

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

برنامه استراتژیک پیشنهادی عدالت در سلامت و عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت در جمهوری اسلامی ایران

تعیین کننده های اجتماعی مانند طبقه اجتماعی، مذهب، شغل، انزوای اجتماعی، استرس، اعتیاد، غذا و حمایت های اجتماعی بسیار عظیم تر 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.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مسئول تامین، حفظ و ارتقاء سلامت افراد است و بالاترین هدف این وزارتخانه نیز تضمین، حفظ و ارتقاء سلامت جسمی و روحی روانی و اجتماعی مردم است. اما این هدفی است که برای رسیدن به آن، همه بخش های جامعه باید با هم هماهنگ بکوشند و تلاش کنند، چرا که سلامت مقوله ای است که بدون عزم ملی و حمایت تمام سازمانها و مردم دستیابی به اهداف آن تامین نمی شود.

برقراری عدالت در سلامت و مقابله با عوامل تعیین کننده و تاثیر گذار بر سلامت نیز تنها در چارچوب وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار ندارد بلکه لازم است نگاهی سلامت محور در تمام افراد و تصمیم گیرندگان امور جامعه ایجاد شود و تمامی بخش ها باین تندرستی و سلامت را محور برنامه خود قرار دهند.

عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت

در دنیای امروز دیدگاه های سلامت چشم اندازی وسیعتر پیدا کرده و ضرورتا به عوامل تعیین کننده غیر طبی سلامت توجه ویژه ای معطوف گشته است. هر یک از این تعیین کننده ها به خودی خود د و یا از طریق تاثیر بر یکدیگر وضعیت سلامتی را به شدت تحت تاثیر قرار میدهند و سبب بروز بی عدالتی های در وضعیت سلامت می گردند. این تعیین کننده ها از قبیل وراثت، شیوه زندگی، محیط زیست، وضعیت اقتصادی - اجتماعی و ... بوده که تاثیر چشمگیری بر سلامت و پیامدهای آن از جمله کیفیت زندگی دارند.

در واقع صحیح است که مراقبت های پزشکی می توانند باعث طول عمر و یا بهبودی از یک بیماری جدی شوند ولی آن چیزی که برای سلامت جمعیت مهم است، شرایط اجتماعی - اقتصادی است که باعث میشود مردم بیمار شوند و یا نیاز به مراقبت پزشکی داشته باشند. بدین معنا که تعیین کننده های اجتماعی سلامت (Social Determinants of Health) مانند میزان درآمد، سطح تحصیلات، شغل، تغذیه، طبقه اجتماعی بسیار بیشتر از عواملی مانند عوامل بیولوژیک سبب ابتلا به بیماریها میشوند و در سلامت انسان نقش بسزایی دارند که اگر نادیده گرفته شوند رسیدن به اهداف سلامتی و برقراری عدالت در سلامت را محال می نمایند.

از طرفی دیگر سلامت مقوله ای است که نقش آن در ارتقاء شاخص های توسعه انسانی نیز انکار ناپذیر است، لذا مبارزه با عواملی که سلامت را تحت تاثیر قرار داده و نیز سبب وجود نابرابریها در سلامت می گردند در حقیقت از اولویتهای همه آحاد جامعه و نیز از مهمترین وظایف دولت محسوب می شود. جوامعی با میلیونها کودک و بزرگسالی که قادر به زندگی مولد و مثر نمیستند پایدار نخواهند بود.

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

در کل می توان چنین نتیجه گیری نمود که شرایطی که مردم در آن رشد کرده، زندگی و کار می کنند هم چنین سن افراد همگی بر وضعیت سلامتشان تاثیر گذار هستند . نابرابری در این شرایط خود منجر به نابرابری های سلامت میگردد. خوشبختانه اکثریت قریب به اتفاق این نابرابری ها در سلامت، چه در بین و چه در داخل کشورها، قابل اجتناب اند. موفقیت در عرصه بهبود سلامت و کاهش این بی عدالتی ها بستگی به توجه جدی به علل اجتماعی زمینه ای آن دارد. راه حل های فنی در داخل بخش سلامت نیز بسیار مهم هستند اما باید توجه کنیم که این راه حل ها کافی نیستند. توجه به عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت به حیطة های کاری وسیع تر و اقدامات پایدارتری نیز نیاز دارد

مروری بر تجارب سایر کشورها

برزیل:

در سال ۲۰۰۶ کمیسیون ملی SDH توسط رییس جمهور و با حمایت از سوی وزیر بهداشت تشکیل شد که دارای ۱۶ رهبر اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و دانشگاهی است این کمیسیون معتقد است که سلامت یک کالای عمومی است و توسط مشارکت تمام بخش های اجتماعی برزیل ساخته می شود . کمیسیون ملی حول و حوش تولید و انتشار دانش، تقویت تمرکز SDH بر سیاستگذاری ها و برنامه ریزی ها، بسیج تشکلات مدنی، ارتباطات و همکاری های بین المللی شکل گرفت . به منظور تقویت ظرفیت تحقیق ملی، ۴ میلیون دلار امریکا در زمینه تحقیقات مرتبط با سوالات کلیدی SDH و بی عدالتی در سلامت سرمایه گذاری نمودند . این تحقیقات تمرکز ویژه ای بر مسائل سلامت در میان جمعیت های کلیدی خاص شامل سیاه پوستان، معلولین و مردها داشتند. علاوه بر این، کمیسیون تمام سیستم های ملی مرتبط با SDH را مرور نمود و مطالعه موردی در زمینه عدالت در سلامت در سیستم های سلامت شغلی را ترتیب داد تا بتواند از این طریق توصیه های سیاستی را تولید نماید. این کمیسیون با تعدادی از NGO ها گفتگو نمود و برنامه کاری و ائتلاف سیاسی در زمینه حیطة های مرتبط با SDH ایجاد کرد. کمیسیون برنامه های تلویزیونی، مقالات در مجلات و وب سایتی تهیه نمود تا دسترسی به اطلاعات را تسهیل نموده و بحث و گفتگو در خصوص مسائل و فعالیت های مرتبط با عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت و عدالت در سلامت را تشویق نماید.

توصیه های اختصاصی عبارت است از:

- ارتقا سلامت به عنوان چارچوبی برای اقدامات بخشی و بین بخشی در زمینه SDH
- انتخاب یک مورد در وزارت بهداشت به منظور هماهنگ نمودن اقدامات بخشی و بین بخشی ارتقاء سلامت
- ایجاد کابینه ریاست جمهوری متشکل از گروه های کاری بین بخشی موجود تا اقدامات در زمینه SDH را شکل داده و هماهنگ نمایند
- ایجاد برنامه های تحقیقاتی دائم در زمینه SDH و شبکه هایی برای تبادل و همکاری بین محققین و سیاستگذاران تا پروژه های تحقیقاتی را دنبال نموده و بهره مندی از نتایج آن را ترویج نمایند
- ایجاد سیستم اطلاعات دائم برای پایش و ارزشیابی نابرابری های سلامت
- تقویت مکانیسم های مدیریت مشارکتی از طریق انتشار اطلاعات منتخب و آموزش رهبری جامعه
- تقویت شبکه شهرداری های سالم از طریق انتشار اطلاعات، آموزش مدیران شهرداری ها و ایجاد فرصت هایی فضاهای تعاملاتی برای تبادل تجارب مرتبط SDH

این کمیسیون فعالیت های فنی و سیاستهای منطقه ای را به سمت توجه به SDH و عدالت سوق داده است . کمیسیون هم چنین در زمینه ترویج ابتکارات منطقه ای برای حذف سیلیکوز و مسایل سلامت شغلی نقش کلیدی داشته است.

کانادا:

مسئولیت اصلی این کار در این کشور همکاری به عهده آژانس سلامت عمومی کانادا تحت رهبری معاونت سلامت عمومی، ارتقا سلامت و پیشگیری از بیماری های مزمن، دکتر سیلوی استاچنکو، گذاشته شده است . یک گروه جدید تحت نظارت جیم بال تحت عنوان ابتکارات و نوآوری های استراتژیک نیز اخیرا ایجاد شده است، که شامل تیمی است که مسئول تنظیم پاسخ به کمیسیون است . این تیم در حال حاضر تحت عنوان بخش تعیین کننده ها و ابتکارات جهانی شناخته می شود . تیم، اقدامات در زمینه تعیین کننده های اجتماعی سلامت را از طریق مشارکت ملی و جهانی و ابتکارات استراتژیک سیاستی آگاهانه در سایر بخش ها و سطوح دولت حمایت می کند . ریاست این گروه مرجع با معاونت سلامت عمومی است و کمیسیونر کانادا، رهبرانی از دو شبکه دانش، نمایندگان از بخش های دولتی فدرال، نمایندگان ایالتی و موسسات دانشگاهی و رهبران NGOها در آن عضو هستند . اهداف کلی و اختصاصی این گروه مرجع عبارت است از:

- هدف کلی: گسترش پایه دانش

○ هدف اختصاصی بهبود دانش در حیطه بافتی، ابزاری، مکانیسم ها و رویکردهای اقدامات بین

بخشی در زمینه سلامت و عدالت

■ اقدامات:

- انجام ۸ مطالعه موردی در کانادا به منظور مشخص کردن بافت اقدامات بین بخشی، رویکردها و مکانیسم های مورد استفاده برای اقدام بین بخشی سلامت و عدالت در سلامت
- همکاری با دبیرخانه سازمان جهانی بهداشت در راستای مرور مقالات در زمینه تجارب جهانی اقدام بین بخشی در سلامت و عدالت و هماهنگ نمودن انجام مطالعات موردی که ۲۰ کشور با درآمد بالا، متوسط و پایین و اتحادیه اروپا را شامل می شود
- میزبانی گفتگوی دو روزه برای جمع بندی درس های آموخته شده از مطالعات موردی و پیشنهاد مسیرها و جهت های اقدامات مشارکتی آتی
- برنامه ریزی برای انتشار گزارش اقدامات بین بخشی در پاییز ۲۰۰۷
- هدف اختصاصی: تقویت دانش در خصوص تعیین کننده های سلامت مردم بومی

■ اقدامات:

- برگزاری میزگردهایی در میان ذی نفعان بومی کانادا
- سفارش سه مقاله در خصوص جزییات تعیین کننده های سلامت مردم بومی و رویکردهای سیاستی به منظور مدنظر قرار دادن نابرابری های سلامت
- مشارکت در سمپوزیوم بومیان و حمایت مالی از این قبیل مشارکت ها

- هدف کلی: افزایش آگاهی و تقویت حمایت در بین دولت و تصمیم گیرندگان
 - هدف اختصاصی: ایجاد یک موقعیت اقتصادی برای سرمایه گذاری در زمینه SDH
 - اقدامات:
 - همکاری با سازمان جهانی بهداشت، انگلستان، سوئد، شیلی به منظور شناسایی این قبیل مسائل
 - شواهد آزمون شده موجود در کانادا به منظور بهره گیری از آنها در مذاکرات و گفتگوهای سیاستی کالادا
 - میزبانی میزگردی به نام موقعیت اقتصادی کانادایی برای تخصیص اعتبارات به تعیین کننده های اجتماعی سلامت.
 - هدف اختصاصی: درگیر نمودن مشارکت بیشتر تشکلات مدنی به منظور افزایش آگاهی از تعی ین کننده های اجتماعی سلامت در میان دولت و تصمیم گیرندگان
 - اقدامات:
 - برگزاری جلسه ای با ۵۰ سازمان جامعه ای، منطقه ای و ملی که درگیر مسائل مورد توجه SDH اند و تبادل اطلاعات با آنها و گفتگو در زمینه فرصت های همکاری
 - ایجاد برنامه های ارتباطی و درگیر نمودن تشکلات مدنی
 - افزایش آگاهی در خصوص SDH از طریق کنفرانس ها و سخنرانی ها توسط تیم جدید و کمیسیونر کانادا
 - هدف کلی: همکاری در تغییرات سیستماتیک

شیلی:

اقدامات شیلی در این زمینه به عنوان کشور همکار بر پایه فعالیت های آنها در زمینه فرآیند اصلاح سلامت از سال ۱۹۹۸ شکل گرفت. در راستای همکاری با کمیسیون عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت سازمان جهانی بهداشت، شیلی فوکال پوینتی را در وزارت بهداشت برای هماهنگ نمودن فعالیت ها منصوب نمود فعالیت های این کشور همکار شامل تقویت اطلاعات مرتبط با SDH و عدالت از طریق پایش و بازبینی اهداف عدالت در سلامت ملی است. در سال ۲۰۰۶ شیلی یک پیمایش کیفیت زندگی ملی را انجام داد که ماهیت تحلیلی داشت هدف این پیمایش این بود که متوجه شوند که چگونه بخش های مختلف در سلامت نقش دارند و تمرکز بیشتر آن هم بر شرایط اشتغال و وضعیت کارگران بود. مراجع سلامت منطقه ای شیلی نیز این رویکرد را در برنامه ها و سیستم پایش خود ادغام نموده و در حال ردیابی نابرابری های سلامت با تحلیل های بین بخشی هستند. وزارت بهداشت هم چنین با مشارکت شهرداری ها برنامه هایی برای درگیر نمودن جوامع دارد. این کشور تفاهم نامه ای نیز با برزیل در زمینه حذف سلیکوز و توجه به مسائل شغلی دارد. شیلی در حال حاضر موقعیتی برای اختصاص اعتبار برای مداخلات SDH پیدا کرده است. تحت رهبری رییس جمهور، باچله، متعهد شده است تا سیستم حمایت اجتماعی ایجاد نماید. آنها متوجه شدند که رشد اقتصادی قوی موجود در کشور نیاز به پیشرفت حمایت جامع اجتماعی دارد. متعاقب این موضوع دولت اقداماتی را در این زمینه شکل

داد بدین صورت که ۶۸٪ بودجه بخش دولتی کشور در سال ۲۰۰۷ به سمت هزینه های اجتماعی سوق داده شد، یعنی ۱۱.۲٪ افزایش در مقایسه با سال ۲۰۰۶.

بهرحال سوق دادن موثر اقدامات به سمت SDH با چالش هایی مواجه است. آنها تلاش نمودند تا درون و برون بخش سلامت رویکرد SDH را به کار گیرند تا وضع سلامت بهتر شود. پس لازم است SDH در اهداف جامع از قبیل حمایت اجتماعی یا کیفیت زندگی ادغام شود که این خود ممکن است نیاز به مرتبط شدن با اهداف استراتژیک و فرآیندهای وزارت خانه ها و آژانس های مختلف داشته باشد. این رویکرد نیاز به تاثیرگذاری بر برنامه های مختلف دولت دارد. شیلی معتقد است که بخش سلامت نباید تنها به خود اکتفا کند بلکه باید این دیدگاه را همگانی نماید که شاید سایر بخش ها و دست اندکاران بیرون از بخش سلامت این موضوعات را در دستور کاری خود قرار دهند.

مدل شیلی برای اقدام در زمینه SDH ادغام سیاست ها و برنامه های SDH به عنوان قسمتی از بدنه سیستم حمایت اجتماعی بزرگتر است. شیلی برای ۴۰ بیماری، دسترسی مراقبتی در محدوده زمانی معین، حداکثر Co payment و استانداردهای کیفیت تعیین نموده است. هم چنین مکانیسم های جبرانی برای زمانی که استانداردهای تنظیم شده افت می کنند تعیین نموده اند. این بیماری ها شامل بیماری هایی هستند که علل اصلی مرگ و میر و ناخوشی در شیلی محسوب می شوند. برنامه "ائتلاف شیلی" اولین برنامه بین بخشی شیلی با رویکرد سیستمیک حمایت اجتماعی در این زمینه است. هدف این برنامه هماهنگ نمودن موثر بخش های اجتماعی مختلف به منظور هدف قرار دادن خانواده هایی که در فقر شدید هستند می باشد تا دسترسی آنها به مداخلات طراحی شده را تضمین نماید. غایت این برنامه ها این است که ضمانت کند که برنامه های اجتماعی به کسانی که بیشترین نیاز را دارند می رسد. در ائتلاف شیلی، اولویت با سیستم حفاظت اجتماعی است تا پوشش همگانی برای کل مردم در سراسر دوره زندگی اشان ایجاد نماید. این برنامه با کودکان و سالمندان شروع شده است. برنامه محافظت اجتماعی کودکان تحت نام "شیلی با تو رشد می کند" شناخته می شود که در سال ۲۰۰۷ آغاز شده است.

انگلستان:

فیونا آدشید، مدیر کل بهبود سلامت هدایت این کار را به عهده دارد. ایشان مکانیسمی برای شناخت نیازها و علائق همکارانش در کشور انگلستان ایجاد نمود و نیز همکارانی در دیگر کشورها را جستجو نمود تا از این طریق فعالیت هایش را تقویت نماید. انگلستان در بدنه دولت توجه به نابرابری های سلامت را داخل نمود و این خود منجر به تدوین برنامه عملیاتی با اهداف مرتبط شد. این فعالیت ها توسط یک کمیته علمی به سرپرستی مارمورت پایش می شود. هم چنین یکسری اقداماتی در حیطه های خاص شکل دادند که شامل:

- اسکن آینده و SDH

- شرایط اقتصادی و SDH، یادگیری همسان در زمینه SDH

استراتژی مقابله با نابرابری های سلامت و نیز برنامه عملیاتی آن در انگلستان حیطه های اساسی تعیین کننده های اجتماعی سلامت را پوشش می دهد که تا سال ۲۰۱۰ ادامه دارد. استراتژی نابرابری های ملی سلامت اهدافی را برای اقدامات دولتی تامین نموده است. انگلستان قصد نموده است که تا سال ۲۰۱۰ نابرابری های پیامدهای سلامت را تا ۱۰٪ کاهش دهد که از طریق مرگ و میر کودکان و امید زندگی در بدو تولد اندازه گیری می شود. این استراتژی ملی اولویت را به خانواده هایی که فرزند کوچک دارند و آنهایی که به علل اصلی مرگ زودرس دچارند، داده است. رویکردهای مختلف آنها شامل اقداماتی نظیر:

- کمک به ایجاد یک محیط بین المللی حمایتی برای دستور کارهای ملی که به نابرابری های سلامت و تعیین کننده های اجتماعی توجه دارند
 - همکاری با سازمانها و همکاران بین المللی برای ایجاد شواهد و یادگیری در حیطه های مورد علاقه
 - ایجاد مکانیسم های تبادل آموخته ها
- به منظور تسهیل ایجاد محیط حامی، دپارتمان سلامت میزبانی جلسات بین المللی و شرکت در جلسات مرتبط را به عهده داشته است.
- درسی که از تجارب انگلستان گرفته می شود این است که کار در عرصه عدالت در سلامت و تعیین کننده های اجتماعی نیاز به وقت زیادی دارد و نتایج آن در زمانی طولانی قابل مشاهده است و اینکه در این رویکرد نیاز به تعهد جدی سیاستمداران برای سرمایه گذاری در کاری وجود دارد که ممکن است در مدت زمان کاری آنها نتایج اش مشخص نشود.

کنیا:

یک برنامه عملیاتی تهیه کرد و تعهد دفتر ریاست جمهوری برای تشکیل یک کمیسیون ملی در سال ۲۰۰۶ را بدست آورد. فو کال پوینت وزیر بهداشت است که خود کمیسیونر هم هست. برنامه عملیاتی تهیه شده شامل: تمرکز بر بهبود وضعیت مرگ و میر مادران به ویژه در استان های محروم؛ مرتبط نمودن برنامه های شهری و اقدامات سلامت به منظور اصلاح شرایط در محله های شلوغ و پر جمعیت کنیا؛ کار در حیطه پایش عدالت.

کنیا میزبان جلسه مشورتی تشکلات مدنی منطقه ای در زمینه SDH و نیز میزبان پنجمین اجلاس کمیسیونرها در ژوئن ۲۰۰۶ بوده است.

کمیسیون ملی عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت کنیا ریشه کن نمودن نابرابری در سلامت در کشور را هدف گرفته است. فعالیت های این کمیسیون ملی می تواند شامل:

- تولید و انتشار شواهد، دانش و اطلاعات از جمله تشخیص پایه ای عدالت در سلامت و تعیین کننده های اجتماعی سلامت و نیز بازیابی هزینه اثر بخشی رویکردهای بهبود سلامت جمعیت
 - بررسی و توصیه هایی در زمینه سیاستها، برنامه ها و ایجاد چارچوبی در زمینه اثرات نهایی عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت و عدالت در سلامت
 - توصیه هایی به دولت در زمینه: (۱) چگونگی هزینه کرد سایر بخش ها و سیاست های کلان و چارچوب های تخصیص منابع که می تواند بی عدالتی در سلامت را کاهش دهد (۲) و چگونه این هزینه ها و تصمیمات اخذ شده می تواند هزینه اثر بخش و پایدار باشد
 - تقویت مکانیسم های سازمانی به منظور اتخاذ یک رویکرد دولتی از جمله معرفی شاخص های عدالت در سیستم روتین اطلاعات سلامت و در پایش برنامه های توسعه ای
 - به حرکت در آوردن تشکلات مدنی به منظور جلب مشارکت و اقدام از جمله جلسه ملی و منطقه ای ذی نفعان و تدوین استراتژی جلب حمایت در زمینه عدالت در سلامت و عوامل اجتماعی تعیین کننده آن
 - همکاری در اقدامات بین المللی و همکاری با دفتر منطقه ای افریقایی سازمان جهانی بهداشت
- این کمیسیون توسط یک گروه کاری فنی بین بخشی در زمینه SDH و یک کمیته در مجلس در زمینه SDHE حمایت می شود. عملکرد وزارت بهداشت به عنوان دبیرخانه ای می باشد.

سایر فعالیت های اختصاصی:

- مرور معیارهای تخصیص منابع سیستم های تخصیصی دولت به منظور ارزیابی این موضوع که چگونه این معیارها به تعیین کننده های اجتماعی کلیدی سلامت و عدالت در سلامت مرتبط می شوند
- بررسی هزینه های جاری وزارت بهداشت و پیامدهای سلامت از دیدگاه تعیین کننده های اجتماعی سلامت
- برگزاری کارگاه های ملی با حضور ذی نفعان کلیدی
- ارزشیابی اثرات کاهش هزینه های مصرف کننده بر فقر و وضعیت سلامت در میان گروه های آسیب پذیر

موزامبیک:

در سال ۲۰۰۶ به عنوان کشور همکار انتخاب شد و سپس فوکل پوینتی در وزارت بهداشت تعیین شد. این فوکل پوینت مدیر کل همکاری ها و برنامه های ملی است که با وزیر بهداشت مستقیماً کار می کند. در اواخر ۲۰۰۶ یک تحلیل پایه ای با کمک سازمان جهانی بهداشت انجام شد که منجر به شناسایی اولویت های برنامه های عملیاتی از قبیل ارتباط بین مرگ و میر مادری و تحصیلات مادری و مسائلی از قبیل سوء تغذیه کودکان، مالاریا و منابع آب آشامیدنی شد. موزامبیک برای استقرار اهداف سلامت ملی برنامه ریزی نمود. در ارتباط با این برنامه، رهبران سلامت ملی متوجه نیاز به بهبود سیستم اطلاعات سلامت شدند. هم چنین تلاش هایی در زمینه هم راستا نمودن اولویت ها و ایجاد مکانیسم های همکاری در داخل وزارت بهداشت و نیز در بین وزارت خانه های کلیدی صورت پذیرفت

اهداف استراتژیک وزارت بهداشت در سال ۲۰۰۶ تا ۲۰۰۹ عبارت است از:

- افزایش پوشش خدمات سلامت
 - کاهش نابرابری در تخصیص بودجه
 - افزایش اثر بخشی در استفاده از منابع
 - بهبود کیفیت خدمات ارائه کنندگان شخصی و غیر شخصی
 - تدوین برنامه استراتژیک سلامت شفاف برای سایر بخش ها
- اولویت های SDH شامل تحصیلات مادری، دسترسی به آب و سوء تغذیه است. در زمینه اقدامات بین بخشی، رهبران سلامت متوجه شدند که اشتیاقی به همکاری وجود دارد اما هنوز مکانیسم های واضحی در این زمینه موجود نیست. فعالان کلیدی در این زمینه وزارت آموزش و فرهنگ، وزارت امور عمومی، وزارت کار و وزارت امور اجتماعی و زنان هستند. فرصت ها و اولویت های اقدامات بین المللی شامل:
- وزارت آموزش و فرهنگ: بهبود همکاری در حیطه های مرتبط با سلامت و آموزش؛ ایجاد مکانیسم هایی برای ادغام برنامه های تغذیه ای و سلامت مدارس
 - وزارت امور عمومی: مداخلات مرتبط با آب و بهسازی محیط به منظور کاهش مرگ و میر کودکان از طریق افزایش پوشش و دسترسی در میان محروم ترین جوامع
 - وزارت کار: نیاز سنجی عدالت در سلامت در نیروی کار برای مقابله با کودکان کار و بهبود حفاظت اجتماعی و سلامتی کسانی که در بخش های غیر رسمی شاغل اند.
 - وزارت امور اجتماعی و زنان: پیشگیری و کنترل خشونت علیه زنان در بین محروم ترین جوامع

داده ها برای تحلیل عدالت در موزامبیک در دسترس است اما به اندازه کافی مورد استفاده قرار نمی گیرد بنابراین اقدام اولویت دار برنامه ریزی در خصوص مطالعه پایه ای بی عدالتی در سلامت از جمله روند داده های موجود بر تقویت ظرفیت ملی تحلیل عدالت، می باشد. هدف اختصاصی ارزیابی پایه ای بی عدالتی ها در سلامت و پایش مستمر بر اساس منابع داده های موجود (برای مثال پیمایش DHS) است. بهبود سیستم ثبت حیاتی یکی از اولویت هاست. یکی از نیازها در قدم اول، انسجام و همکاری بیشتر بین وزارت بهداشت و موسسه ملی آمار است.

عدالت در دسترسی به خدمات سلامت یکی از حیطه های دیگر اولویت دار موزامبیک است. تضمین عدالت در دسترسی مهم است نه تنها به خاطر اثراتش بر پیامدهای سلامت بلکه به خاطر این که این موضوع خود یکی از مقیاس های کلیدی عملکرد سیستم سلامت است. این مسئله نیز ضروری است که ابزار اختصاصی و مکانیسم هایی برای پی گیری عدالت در دسترسی و اقدامات بین بخشی مرتبط با فعالیت های ارتقایی، پیشگیرانه و درمانی در برنامه های خاص وجود داشته باشد. سازمان جهانی بهداشت موزامبیک را به عنوان کشوری که در زمینه تعیین موانع مراقبت ها همکاری می کند انتخاب نمود. در این راستا این کشور در زمینه شناسایی موانع و تسهیلات دسترسی به مراقبت ها در ارتباط با دو تا از شایع ترین مشکلات سلامت کشور یعنی مرگ و میر مادری و مالاریا فعالیت می کند.

یک حیطه اولویت دار دیگر در زمینه عدالت در سلامت در کشور، عدالت در سیستم های سلامت شغلی و شرایط اشتغال است. فرصت هایی در این زمینه عبارت است از:

- انجام یک مطالعه موردی در زمینه شرایط اشتغال در موزامبیک
- تبادل تدابیر و عضو شدن در شبکه ای با شیلی و برزیل که این کشورها نیز مطالعات موردی در زمینه شرایط اشتغال انجام می دهند
- حمایت از پیشنهادات به منظور اقدام در زمینه نتایج حاصل از مطالعات موردی از قبیل همکاری بین بخشی با وزارت کار و سایرین به منظور بهبود سلامت و شرایط اشتغال در موزامبیک

سر یلانکا:

نماینده ای از سری لانکا در جلسه مشورتی منطقه ای تعیین کننده های اجتماعی سلامت در دهلی نو در سپتامبر ۲۰۰۵ شرکت کرد. متعاقب آن وزارت مراقبت سلامت و تغذیه سری لانکا اقداماتی را در زمین ه پی گیری ابتکارات سازمان جهانی بهداشت انجام داد. یک گروه کاری در می ۲۰۰۶ منصوب شدند تا استراتژی ها را شناسایی نموده و برنامه عملیاتی تهیه نمایند. این گروه تحت مدیریت فوکال پوینت این رویکرد، یعنی واحد برنامه ریزی و توسعه مدیریت وزارت مراقبت سلامت و تغذیه، ک ار می کنند. اعضا این گروه کاری عبارت است از افرادی از وزارت بهداشت، وزارت برنامه ریزی و اعتبارات، وزارت کار، موسسه مارگا، برخی از آکادمی ها و سازمان جهانی بهداشت. این گروه جلسات دوره ای مشورتی با ذی نفعان ملی و همکاران بین المللی برگزار نمودند. بالاخره اعضایی از سازمان جهانی بهداشت منطقه و کشور و افرادی از وزارت بهداشت طی ملاقاتی در سال ۲۰۰۶ بر سر این موضوع که سری لانکا یکی از کشورهای همکار در این زمینه باشد توافق نمودند. پس از آن فوکال پوینتی در وزارت بهداشت تعیین گردید.

گروه کاری پیشنهاد نمود که فعالیت های سری لانکا به عنوان کشور همکار بر روی مداخلاتی در جهت کاهش نابرابری ها در سلامت تمرکز یابد. به دلیل اینکه:

- کاهش نابرابری ها در راستای ارزشهای مرکزی جامعه است و دولت قبلی و فعلی سری لانکا برای توسعه عادلانه سلامت تعهد نموده است
 - مقابله با نابرابری ها به بهبود وضعیت راكد شاخص های سلامت کمک می کند و نیز از افزایش شیوع بیماری های غیرواگیر و آسیبها جلوگیری می کند
 - این موضوع ارتباط نزدیکی با اهداف وسیع سیاستی حکومت داشته و برای سیاستمداران قابل پذیرش است
- تاریخچه موفقیت آمیز اقدامات سلامت کشوری با سطح پایینی از هزینه های سلامت سرانه، تجارب آن کشور را مهم جلوه داد. این کشور سه مطالعه موردی عمده را انجام داد:
- مطالعه موردی در زمینه مرور سابقه سری لانکا در خصوص " سلامت خوب با هزینه کم " و مذاکراتی در زمینه (۱) تغییرات ساختاری در سازماندهی مراقبت های اولیه سلامت (۲) سرمایه گذاری بیشتر در سلامت و (۳) تمرکز سرمایه گذاری های افزایش یافته بر روی ارائه مراقبت های بیماری های غیرواگیر با هزینه کم
 - وزارت بهداشت و محققان دانشگاهی با همکاری موسسه مارگا یک مطالعه موردی در زمینه اقدامات بین بخشی برای سلامت با تمرکز بر (۱) توصیف و ارزیابی تمام مکانیسم های رسمی موجود در راستای همکاری های بین بخشی برای سلامت (۲) توصیف و ارزیابی تمام مکانیسم های غیر رسمی موجود در راستای همکاری های بین بخشی برای سلامت از جمله جمع آوری بهترین تجارب در کشور و (۳) تهیه توصیه هایی برای گفتگو با دولت ترتیب داد
 - در همکاری با سازمان بین المللی کار، سری لانکا یک مطالعه موردی در زمینه عدالت در سلامت شغلی انجام داد. این مطالعه پیشنهاداتی در زمینه چگونگی ارتقا منسجم و خدماتی که نیازهای اختصاصی سلامت کارگران را مورد توجه قرار می دهند ارائه داد.
- فعالیت های کلیدی دیگری نیز انجام شد از قبیل مطالعه علل تداوم سوء تغذیه کودکان، علیرغم سایر پیشرفت های بهداشتی کشور. سری لانکا هم چنین سیستم اطلاعاتش را بهبود بخشید تا بتواند نابرابری های اجتماعی سلامت را بهتر بشناسد. با کمک سازمان جهانی بهداشت سری لانکا در حال بازبینی دو ابزار عمده است:
- فرم های ثبت حیاتی
 - پیمایش اجزا سلامت از دیدگاه اقتصادی اجتماعی و تامین مالی مصرف کننده
- در سال ۲۰۰۷ سری لانکا و دفتر منطقه ای سازمان جهانی بهداشت ملاقات منطقه ای در زمینه اجرای پیشنهادات کمیسیون عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت در راستای مقابله با بی عدالتی در سلامت را میزبانی نمودند.

سوئد:

این کشور از لحاظ توجه به عدالت در سلامت و تعیین کننده های اجتماعی قدمت زیادی دارد . بر اساس فعالیت های کمیته ملی سلامت عمومی سوئد، سیاست جامع سلامت عمومی سوئد توسط پارلمان سوئد در آوریل ۲۰۰۳ مورد پذیرش قرار گرفت. این سرب شد تا سلامت به عنوان دستور جلسات سیاستی درآید و عدالت در سلامت از اولویت های سیلستی محسوب گردد. هدف نهایی این سیاست " ایجاد شرایط همکاری جمعی برای دستیابی به سلامت مطلوب عادلانه برای همه مردم " است. برای رسیدن به این هدف از طریق تلاش های چند بخشی، دولت ۱۱ حوزه هدف مرتبط با SDH را تنظیم نمود. بسیاری از فعالان در سطوح مختلف جامعه در این زمینه مسئولیت هایی داشتند و باید اثرات فعالیت هایشان بر سلامت عمومی را در نظر می گرفتند و نتایج کارهایشان را پیش می کردند. کمیته راهبری

ملی، تحت نظر وزیر بهداشت و مدیر کل آژانس های مرتبط مستقر گردید تا اقدامات ملی، منطقه ای و محلی را بهتر هماهنگ نماید. موسسه سلامت عمومی سوئد پایش و ارزشیابی سیاستهای ملی را هماهنگ می نمود. سوئد یک گروه مرجع نوردیک در زمینه عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت تشکیل داد و یک تحقیق و ائتلاف سیاستی با ایسلند و نروژ و دانمارک و فنلاند ایجاد شد. هدف از تشکیل این گروه مرجع ترویج بحث و گفتگو و ایجاد اعتقاد در زمینه نیاز به کار در حیطه عوامل اجتماعی سلامت می باشد. سوئد هم چنین نماینده سه تا از نه شبکه دانش (جهانی شدن، زنان و عدالت جنسیتی و وضعیت شهرنشینی) می باشد. گزارش این گروه مرجع توجه کمیسیون را به خود جلب نموده و گزارشی تحت نام تجارب نوردیک: وضعیت رفاه و سلامت عمومی به رییس کمیسیون ارائه گردید.

همراه با سازمان جهانی بهداشت، انگلستان، کانادا و شیلی، سوئد نیز به ایجاد محیط اقتصادی برای سرمایه گذاری در SDH معتقد است هم چنین. نتایج ۴ مطالعه هزینه اثربخشی سوئد به کمیسیون ارائه گردیده است. موقعیت اقتصادی برای سرمایه گذاری در سلامت یکی از وظایف مهم دو گروه کاری اتحادیه اروپا که سوئد نیز در آن عضو است می باشد.

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.

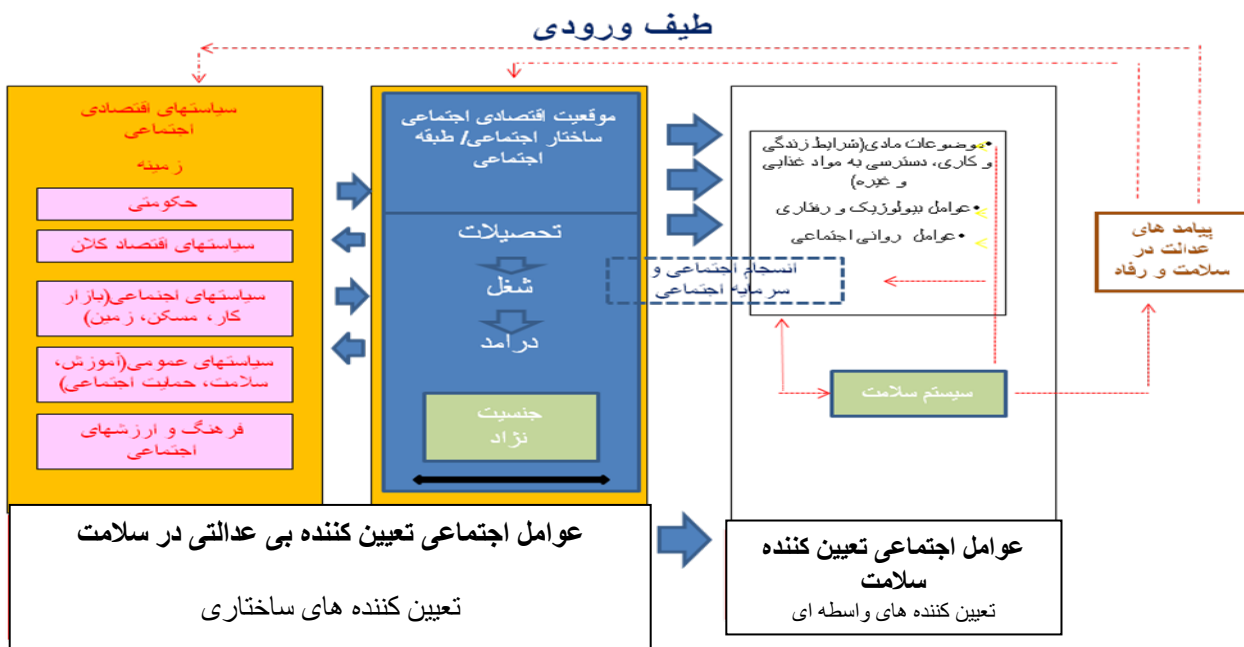
با توجه به تجارب ایران در ارتقاء عدالت در سلامت، در اواخر سال ۱۳۸۴، جمهوری اسلامی ایران به عنوان کشور همکار سازمان جهانی بهداشت در زمینه رویکرد عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت و عدالت در سلامت شناخته شد. به دنبال برگزاری چهارمین اجلاس کمیسیونرهای عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت و عدالت در سلامت سازمان 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.

دبیرخانه در طی جلسات متعدد و تشکیل کمیته ها و کارگروه های مختلف تلاش نموده تا روشهای مداخله موفقیت آمیز را شناسایی نمایند و در این راستا اقدام به تدوین برنامه استراتژیک حاضر نموده است..

چارچوب مفهومی تدوین برنامه استراتژیک

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 تاثیر 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. نقش کلیدی اقدامات چند سطحی و چند بخشی در این وادی کاملاً واضح است. نمودار ۱ ارتباط بین عوامل اجتماعی و پیامدهای سلامت را به وضوح نمایش می دهد. (بر گرفته از مستندات کمیسیون عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت-دستیابی به عدالت در سلامت: از علل ریشه ای تا پیامدهای منصفانه)

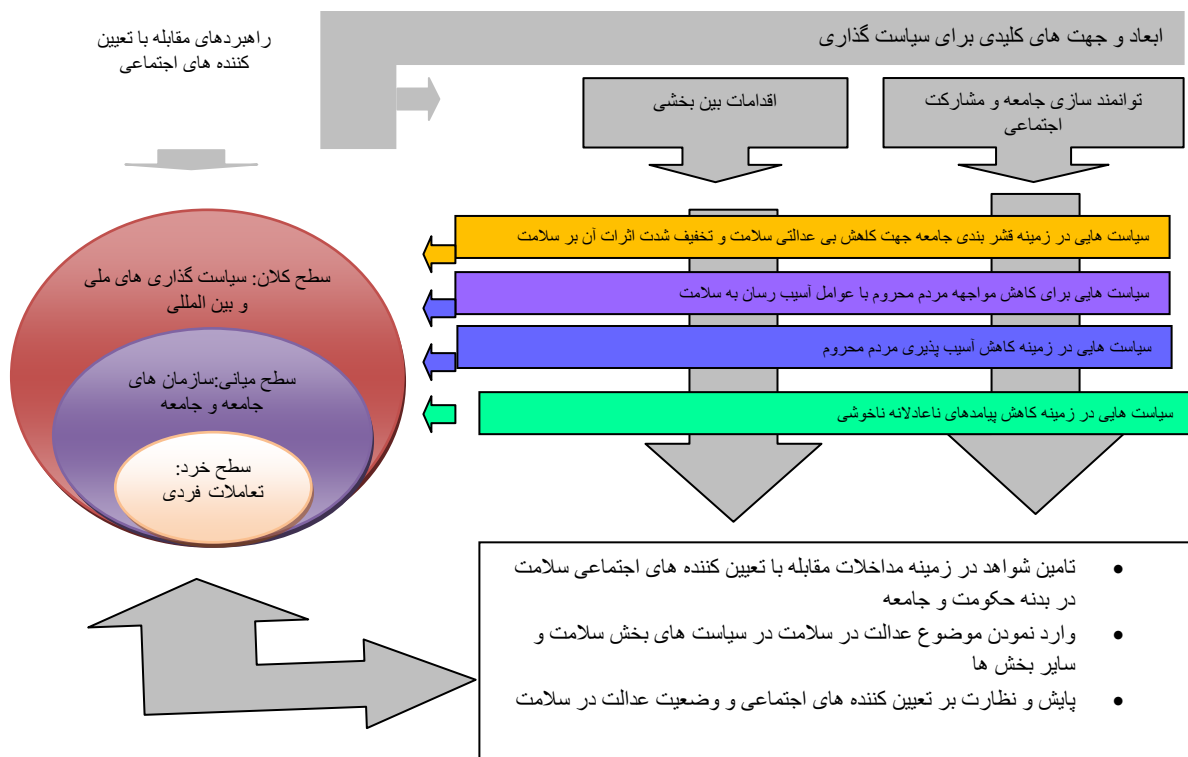
نمودار ۱: ارتباط بین عوامل اجتماعی و پیامدهای سلامت:



Ref: [New Model of Public Health: Health Inequalities, Concepts, Frameworks and Policy Solutions](#), Graham, M.P. Kelly, 2004, JHSA.

نمودار ۲ ابعاد و جهت گیری های کلیدی سیاست گذاری در رویکرد عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت و عدالت در سلامت را به تصویر کشیده است. در این نمودار به وضوح به سطوح سیاستگذاری و مسیرهای مهم مد نظر در این رویکرد اشاره گردیده است.

نمودار ۲: ابعاد و جهت گیری های کلیدی سیاست گذاری در رویکرد عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت و عدالت در سلامت



در ادامه با توجه به بررسی تجارب کشورها، مرور مفاهیم علمی و توصیه های سازمان جهانی بهداشت و بررسی اقدامات انجام شده در کشور طی سال های پس از انقلاب اسلامی مرتبط با این موضوع، برنامه استراتژیک **پیشنهادی** تدوین شده برای جمهوری اسلامی ایران ارائه می گردد. بدیهی است موارد ارائه شده باید مورد نقد علمی و عملی صاحب نظران و ذی نفعان قرار گرفته و به عنوان یک سند کشوری به مراجع ذی صلاح ارائه گردد. هم چنین در ادامه این مسیر باید مداخلات و فعالیت های هماهنگ کلیه سازمان های مسئول تعیین گردیده و به عنوان مرجعی برای اجرای فعالیت ها طی سال باقیمانده از برنامه چهارم توسعه اقتصادی اجتماعی و فرهنگی و در طول برنامه پنجم سازندگی مورد استفاده قرار گیرد.

چشم انداز (Vision)

بدنبال آنیم جامعه ای ترسیم نماییم که آحاد افراد آن سواى جنسیت ، نژاد ، قومیت ، طبقه اجتماعى فرصتهای عادلانه ای برای برخورداری از سلامت داشته باشند، این خود محقق نمی گردد مگر اینکه سلامت بعنوان هدف عالی در تمام سطوح جامعه قرار گیرد و نیز کلیه سازمانهای دولتی و غیر دولتی با مشارکتی آگاهانه در جهت تامین، حفظ و ارتقای سلامت به معنای عام آن تلاش نمایند.

رسالت (Mission)

جمهوری اسلامی ایران بر خود لازم میدانند تا با شناخت دقیق عوامل اجتماعی موثر بر سلامت در جامعه در برنامه ریزیهای خرد و برنامه ریزیهای کلان کشوری تاثیر گذاشته، اثرات نامطلوب آنها بر سلامت و نابرابریهای سلامت را به حداقل رسانیم.

پر واضح است که برنامه های مذکور باید با مشارکت سازمانهای دولتی و غیر دولتی و مردم تعیین شده و تعهد سیاسی کل نظام حکومتی برای پیاده سازی آنها وجود داشته باشد.

ارزشها (Values)

برخورداری از یک زندگی سالم و مولد حق تک تک افراد جامعه است و در این راستا معتقد به:

۱. تامین نمودن فرصتهای مساوی در برخورداری از سلامت
۲. بهبود وضعیت سلامت مردم خصوصا گروههای آسیب پذیر از طریق کاهش مواجهه و حذف عوامل آسیب رسان به سلامت
۳. جلب نمودن مشارکت فعالانه مردم در سیاستگذاریها، برنامه ریزیها و اجرا
۴. جلب نمودن مشارکت حداکثری سیاستگذاران و تصمیم گیرندگان کل کشور
۵. ارزش نهادن بر فعالیتهای و همکاریهای بین بخشی

می باشیم. به عنوان مثال در ذیل به برخی از قوانین موجود کشوری اشاره گردیده است:

برخورداری از تأمین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری، پیری، از کارافتادگی، بی سرپرستی، در راه ماندگی، حوادث و سوانح، نیاز به خدمات بهداشتی درمانی و مراقبتهای پزشکی به صورت بیمه و غیره، حقی است همگانی. دولت موظف است طبق قوانین از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم، خدمات و حمایتهای مالی فوق را برای یک یک افراد کشور تأمین کند. (اصل ۲۹)

مردم ایران از هر قوم و قبیله که باشند از حقوق مساوی برخوردارند و رنگ، نژاد، زبان و مانند اینها سبب امتیاز نخواهد بود. (اصل ۱۹)

لازم به ذکر است تحلیل وضعیت (Situation Analysis) نقاط قوت-ضعف و فرصت - تهدید به صورت مشارکتی و با حضور کلیه ذی نفعان تعیین خواهد شد.

اهداف کلی

- کاهش فاصله طبقه اجتماعی از طریق کاهش نابرابری در درآمد و سلامت
- کاهش مواجهه با عوامل آسیب رسان به سلامت خصوصا در گروههای آسیب پذیر *
- کاهش آسیب پذیری گروههای آسیب پذیر در برابر شرایط آسیب رسان به سلامت

- کاهش پیامدهای نابرابر بیماری و پیشگیری ناشی از تنزل وضعیت اقتصادی اجتماعی در میان گروههای آسیب پذیر که دچار بیماری می شوند توسط مداخلات مرتبط با مراقبتهای سلامت
- * گروههای آسیب پذیر مانند گروههای متعلق به دهکهای پایین درآمدی، طبقات پایین اقتصادی اجتماعی جامعه، کودکان و زنان بی سرپرست، طرد شدگان اجتماعی مانند معتادان، بیماران روانی و ایدزی، جمعیت ساکن در مناطق محروم کشور مانند حاشیه نشینان شهری، جمعیت ساکن در مناطق محروم، استانهای محروم و مناطق دور افتاده

راهنماها

۱. ترویج تحقیقات در زمینه های اولویت دار عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت با رویکرد مشارکتی
۲. توانمند سازی و ارتقاء سطح توانایی های مسئولین مرتبط با برنامه، پرسنل، تشکلات مدنی و مردم
۳. جلب حمایت و تقویت همکاریهای درون و برون بخشی در زمینه رویکرد عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت و در راستای اهداف برنامه
۴. تدوین و ساماندهی سرکتهای ملی در راستای اهداف و بر مبنای SDH
۵. تامین منابع بمنظور اقدام در خصوص اهداف برنامه بر اساس توجه به تعیین کننده های اجتماعی آن
۶. پیاده سازی سیاستها در سطح کشور و ایجاد نظام پایش و ارزشیابی

انتخاب اولویت های مداخلاتی

مروری بر تجارب سایر کشورها نشان می دهد که برای اقدام در زمینه عدالت در سلامت از طریق رویکرد تعیین کننده های اجتماعی سلامت، همکاری های بین بخشی و حمایت دولت و تصمیم گیرندگان کشوری از اهمیت زیادی برخوردار است و نقش محوری وزارت بهداشت در رویکرد SDH در اغلب کشورها از طریق تعیین حیطه های اولویت دار سلامت و جلب همکاری های درون و برون بخشی در این زمینه تبلور یافته است. بر اساس مرور تجربیات و شواهد موجود در دنیا و نیز تجارب بدست آمده در طی مدت فعالیت دبیرخانه عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت معاونت سلامت وزارت بهداشت، برنامه استراتژیک پیشنهادی سه ساله ای با تمرکز بر مشارکت بین بخشی در حیطه های توانمند سازی ملی، ترویج تحقیقات، جلب حمایت و تقویت همکاری های بین بخشی، تدوین و ساماندهی سیاستهای ملی در راستای اهداف، تامین منابع و پیاده سازی مشارکتی سیاستهای لازم برای این گونه اقدامات بین بخشی تدوین شده است که در واقع تامین کننده چارچوبی برای SDH در سطح ملی محسوب می شود. اما همزمان لازم است در زمینه حیطه های اولویت دار سلامت، برنامه عملیاتی چند بخشی در راستای ارتقا عدالت در سلامت و حذف عوامل تاثیر گذار بر سلامت تدوین نمود.

بررسی تجارب سایر کشورها، تحلیل وضعیت موجود، بررسی مطالعات انجام یافته در کشور و نظرات صاحب نظران وزارت بهداشت و حوزه سلامت همگی نشان داده اند که اقدام در زمینه رشد و تکامل دوران ابتدای کودکی با محوریت عدالت در سلامت بخصوص توجه به رشد و تکامل کودکی در طبقه محروم از هزینه اثر بخش ترین سرمایه گذاری ها در زمینه سلامت کل جامعه می باشد. تکامل دوران ابتدای کودکی به شرایط و فرصتهای موجود برای کودکان و مادران آنها در سالهای اولیه زندگی اشاره دارد، که خود می تواند نقش موثری در شکل گیری زندگی و وضعیت سلامت آتی کودکان ایفا نماید.

از طرفی بررسی های داده های مرگ نوزادی در کشور نشان دهنده تفاوت های زیادی در بین مناطق مختلف کشور می باشد که نیاز به تدابیری برای کاهش این میزان مرگ و میر در کشور و رفع این اختلافات برای دستیابی به عدالت در سلامت وجود دارد.

همچنین یکی از راههای تعیین اولویت برنامه های سلامت، توجه به بار بیماری ها اعم از واگیر و غیرواگیر است. مطالعه بار ملی بیماریها در کشور نشان داده است که بیماری های قلبی عروقی، حوادث ترافیکی و بیماری های روانی به ترتیب بیشترین بار بیماری ها را به خود اختصاص داده اند. لذا واضح است که این بیماری ها با توجه به شیوع آنها و هزینه های مادی و معنوی که به سلامت مردم و نظام سلامت تحمیل میکنند از دیگر اولویتها محسوب می شوند.

از دیگر فاکتورهای موثر در سلامت جامعه نحوه عملکرد نظام سلامت میباشد. وضعیت نظام سلامت و روش های سازماندهی، تامین منابع مالی و اجرای برنامه های آن عامل تعیین کننده بسیار قوی در خصوص وضعیت سلامت و نابرابری در سلامت میان گروه های مختلف جامعه است. نظام سلامت باید به گونه ای طراحی شود که باعث کاهش نابرابری های سلامت در جامعه شود به طوریکه همه گروه های جامعه بتوانند از خدمات سلامت به نحو مطلوب بهره گیرند. لذا وزارت بهداشت به عنوان متولی ارائه خدمات سلامت باید در زمینه عادلانه نمودن ارائه خدمات تلاش نماید و فراهم آوردن دسترسی مناسب به خدمات سلامت خصوصا برای طبقات پایین جامعه را جزء اصلی ترین وظایف خود بداند و به طور کلی این فاکتور یکی از عوامل اجتماعی اصلی تعیین کننده سلامت است.

از طرف دیگر، علاقه به زندگی شهرنشینی و مهاجرت باعث ایجاد مناطق محروم در حاشیه شهرهای بزرگ کشور شده است. 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 می مانند، مثل حاشیه نشین ها، گروه های مختلف قومی و ... مواردی که معمولا در مقایسه با دیگران مورد غفلت قرار می گیرد مواردی از قبیل امکان تحصیل، شرایط اشتغال برابر و یا برخورداری از حمایت های اجتماعی می باشند. لذا در هرگونه اقدام در راستای عدالت در سلامت، این نواحی باید مدنظر قرار گیرند. هم چنین با توجه به حرکت کشور به سمت صنعتی شدن، تبعات و نتایج ناگوار و مخرب این روند بر محیط زیست و محیط زندگی مردم به خصوص در شهرهای بزرگ و صنعتی، کاملا مشهود می باشد. همچنین مرور تجارب کشورها نشان داده است که محیط کار و زندگی سالم همواره باید در نظر گرفته شود.

از سوی دیگر بر اساس تحلیل وضعیت موجود که با همکاری دفتر منطقه ای سازمان جهانی بهداشت انجام پذیرفته حیطه های اولویت دار به منظور ورود در برنامه استراتژیک و عملیاتی اجتماعی تعیین کننده سلامت عبارتند از:

- تفاوت های منطقه ای در بین ساکنین: شهر/روستا و استان
- وضعیت اقتصادی اجتماعی پایین به عنوان یک عنصر زمینه ای در عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت که خود قابل تجزیه شدن به عناصر دیگر می باشد
- جنسیت، خصوصا بی عدالتی در تحصیلات به خصوص سواد مادران

- شیوه های زندگی مرتبط با تعیین کننده ها، به خصوص آنهایی که با میزان های بالایی از چاقی، حوادث ترافیکی، مشکلات سلامت روان و اعتیاد مرتبط اند
 - وضعیت اشتغال، خصوصاً اشتغال جوانان
 - تکامل دوران ابتدای کودکی: خصوصاً موضوعاتی از آن که با محل سکونت و وضعیت اقتصادی اجتماعی هم پوشانی دارند
 - خدمات سلامت به عنوان مانعی برای مراقبت های عادلانه سلامت
- موارد ذکر شده فوق می تواند محدوده ای از مشکلات اصلی سلامت را که در برنامه چهارم توسعه اقتصادی اجتماعی و فرهنگی و مطالعه ملی بار بیماریهای سال ۸۲ نیز بدان اشاره شده است را مورد توجه قرار دهد، که خود شامل:
- حوادث جاده ای
 - سوء تغذیه و تغذیه سالم (شامل وزن کم هنگام تولد در نواحی روستایی)
 - اعتیاد/وابستگی به مواد
 - HIV/AIDS و مشکلات روانی
- لازم است تا جهت گیری های سیاستی با بی عدالتی های سلامت در کشور از طریق اقدام در زمینه تعیین کننده های اجتماعی سلامت مقابله نماید. اینها شامل:
- ایجاد پایه قوی شواهد در زمینه تعیین کننده های اجتماعی سلامت و استفاده از آنها برای جلب مشارکت و سیاست گذاری ها
 - جلب مشارکت به منظور ورود تعیین کننده های اجتماعی سلامت در سیاست ها و برنامه های ملی
 - بهبود سیستم های سلامت و تخصیص منابع مالی
 - بهبود همکاری های بین بخشی
 - گسترش مشارکت با دیگر ذی نفعان
- نهایتاً با توجه به همه موارد پیش گفت و محدودیت منابع، دبیرخانه عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت برنامه عملیاتی خود را در حیطه های زیر متمرکز نموده است:
- ✓ تکامل دوران ابتدای کودکی،
 - ✓ سلامت معنوی و روانی،
 - ✓ ارائه عادلانه خدمات سلامت،
 - ✓ بیکاری و امنیت شغلی،
 - ✓ تغذیه و امنیت غذایی،
 - ✓ شیوه زندگی سالم،
 - ✓ آموزش، آگاهی و تحصیلات،
 - ✓ مسکن،
 - ✓ محیط زیست،
 - ✓ حمایت اجتماعی،
 - ✓ حاشیه نشینی و مناطق محروم دور افتاده،

✓ توزیع عادلانه درآمد و امنیت اقتصادی،

✓ جنسیت،

✓ حوادث.

در تمامی این حیطه ها آموزش ، تحقیق، ورود در سیاستگذاری ها و قوانین با اولویت برنامه پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی و پیاده سازی مداخلات در استانها و نیز هماهنگی و همکاری بین بخشی از اهداف اصلی خواهند بود. در این راستا گروه های کاری در حیطه های فوق الذکر شکل گرفته است که در مراحل ابتدایی خود می باشد. بنابراین برنامه استراتژیک حاضر، چارچوبی برای همکاری های بین بخشی در این زمینه ارائه نموده است که با مشارکت کلیه ذی نفعان امکان طراحی برنامه های عملیاتی در حیطه های اولویت دار ذکر شده محقق گردد.

نکته قابل ذکر دیگر این است که با توجه به اینکه SDH مفهومی وسیع دارد لذا تبیین اهداف کمی برای سنجش میزان پیشرفت برنامه کاری، در همه ابعاد دشوار است. با این وجود در این برنامه راهبردی سعی شده است شاخصهای متنوع و البته وسیع الطیفی (broad spectrum) از گروه های مختلف گرفته شود تا به نوعی تغییرات آنها بتواند میزان حرکت به سمت چشم انداز برنامه را تبیین نماید. به نظر میرسد در صورتیکه بتوانیم در چند محور اصلی به سمت عدالت و ارتقاء سلامت از طریق رویکرد عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت حرکت نماییم، بصورت همزمان در بسیاری از شاخصها حرکت رو به جلو خواهد بود.

ساختار اجرایی پیش بینی شده در زمینه عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت و عدالت در سلامت

این ساختار شامل ۱۴ کارگروه و یک کمیته راهبردی میباشد. همه این ۱۴ کارگروه، در راستای اهداف خود میبایست نسبت به انجام تحقیق و آموزش های مرتبط تعیین راهکارها و پیشنهادات برای ورود به سیاستگذاری ها و قوانین با اولویت برنامه پنجم توسعه و پایلوت نمودن برنامه ها در استانها و استانی نمودن برنامه ها و نیز همکاری های بین بخشی مبادرت ورزند. کارگروه ها به صورت چند بخشی بوده و نمایندگانی از وزارت بهداشت و سایر وزارتخانه ها و سازمانهای مرتبط در آن عضو می باشند.

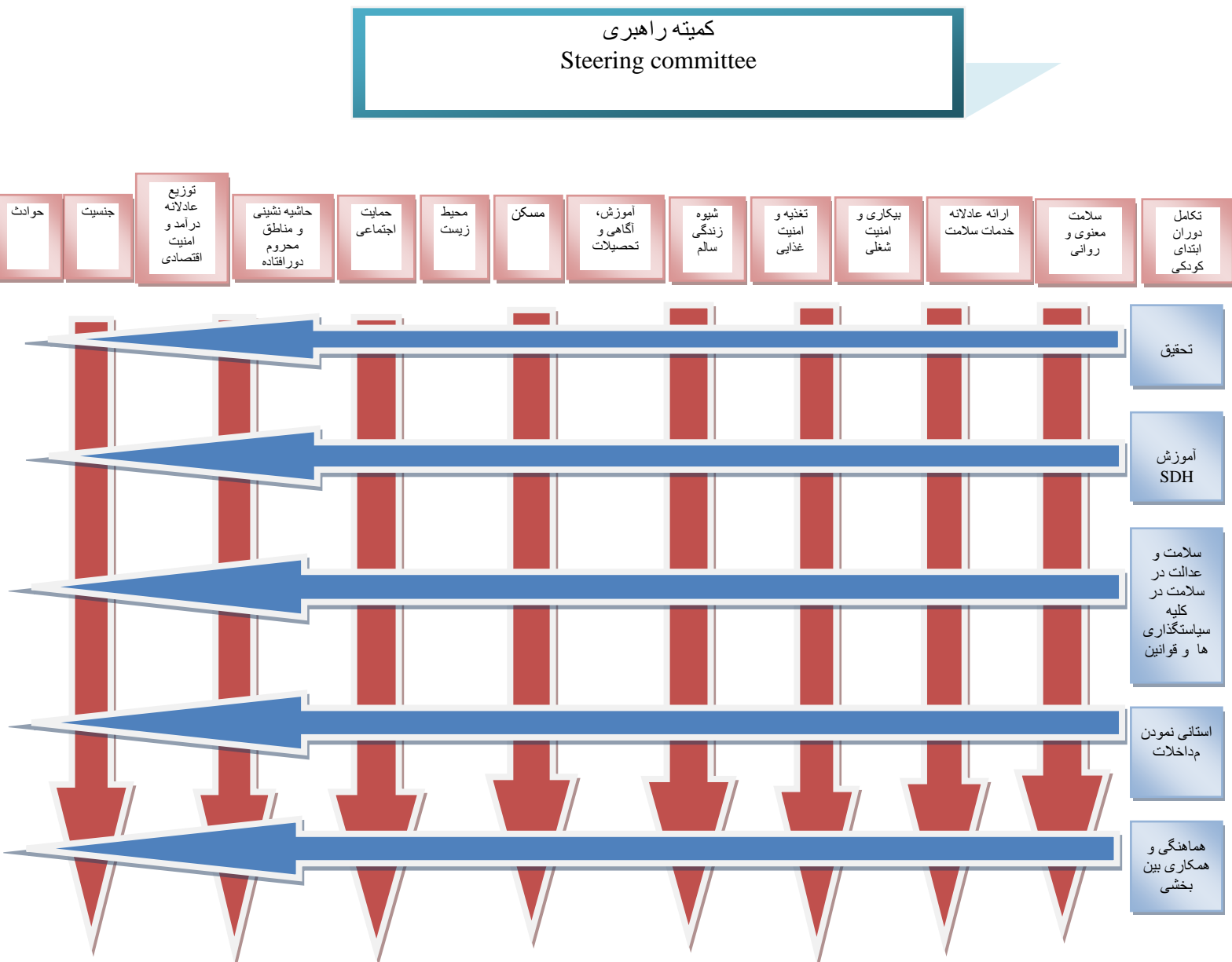
کمیته راهبردی که در آن معاون سلامت و کمیسیونر عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت س ازمان جهانی بهداشت و صاحب نظران در عرصه سلامت و نمایندگان تام الاختیار از وزارتخانه ها و سازمانهای مرتبط و نیز روسای هر یک از کار گروه ها عضو هستند، نقش رهبری و هماهنگ نمودن سیاستها و برنامه ها را داشته و بر فعالیت کلیه کار گروه ها نظارت نموده و اختیار مداخله در فعالیتهای آنها (بررسی اقدامات صورت پذیرفته در کارگروه ها، بررسی مصوبات آنها و تصویب/رد آنها و جهت دهی به مسیر کار گروه ها) را دارد.

انتظارات کلی از کار گروه ها:

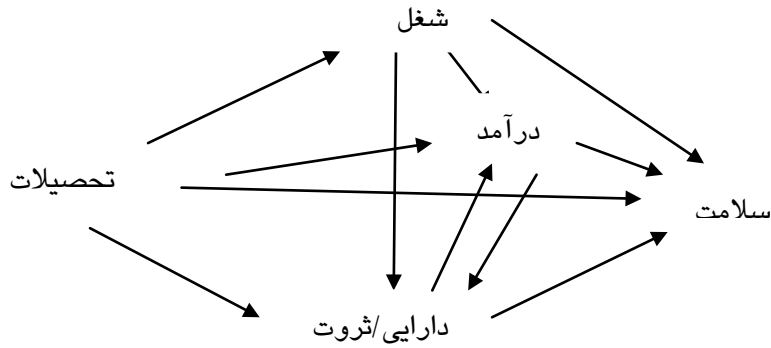
جمع آوری داده ها و اطلاعات مرتبط و تجربیات موفق سایر کشورها - تحلیل وضعیت موجود - تعیین حیطه های اولویت دار تحقیقاتی و پیشنهاد انجام تحقیقات مرتبط - توانمندسازی و آموزش - جلب حمایت - شناسایی و تحلیل ذی نفعان - بررسی و تطابق متون با الگوهای اسلامی - تدوین برنامه عملیاتی - پیشنهاد در خصوص راهکارهای ورود موضوع کار گروه در قوانین و سیاستگذاری های کشوری - ارائه راه کارهای پایش و ارزشیابی مداخلات - تهیه توصیه

هایی به منظور تدوین سند ملی - بهره گیری از ظرفیت های مردمی و سایر ظرفیت های موجود - ارائه گزارش به دبیرخانه SDH - ارسال مصوبات به کمیته راهبری مدت زمان پیش بینی شده جهت فعالیت هر کار گروه از آغاز فعالیت کار گروه تا مدت یک سال می باشد.

ساختار پیشنهادی کار گروه های عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت و عدالت در سلامت

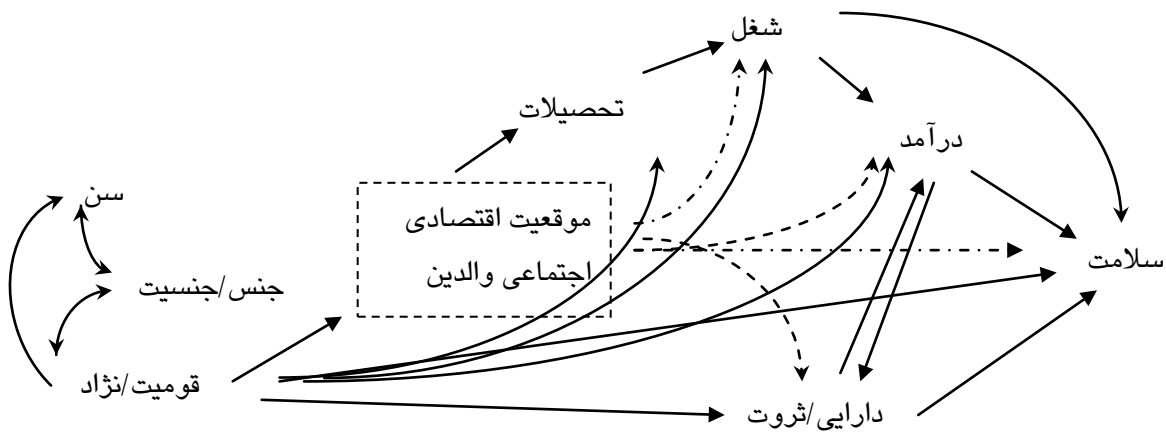


رابطه عوامل اصلی اقتصادی-اجتماعی با سلامت



رفرنس: سلامت و عوامل تعیین کننده آن با تاکید بر نقش نظام های سلامت- کتاب اول- دکتر سعید داودی

سلامت مقوله ای است که محصول عوامل و علل متعدد با شبکه ای از اثرات پیچیده و چند سویه است:



رفرنس: سلامت و عوامل تعیین کننده آن با تاکید بر نقش نظام های سلامت- کتاب اول- دکتر سعید داودی

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

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)

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 مراقبت های 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 مهارت های 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 قویا 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 سیاست های 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 کامل اشان 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. هدف کلی: فراهم نمودن فرصت های عادلانه جهت پرورش و تکامل تمامی ظرفیت های دوران کودکی صفر تا هشت سال ایرانی

سلامت معنوی و روانی: (افسردگی - اختلالات شخصیتی - اختلالات رفتاری و خشونت - وابستگی به مواد - خودکشی)

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 اجتماع اش 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 مواد اند. در گزارش اخیر سازمان

جهانی بهداشت تعداد مبتلایان به صرع در دنیا ۵۰ میلیون نفر و تعداد مبتلایان به آلزایمر و سایر دمانس ها 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 بخش ها می باشد. به عبارت دیگر، برخی از سازمانها و ارگانهای، 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 تاثیر گذار 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.

هدف کلّی: ارتقاء سلامت روان مردم ایران با مشارکت مردم و حکومت

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. ب 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 تأثیرات 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

هدف کلی: تبیین و ترویج بعد معنوی سلامت

❏ 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 نا عادلانه مردم در تامین منابع مالی)

منافع عمومی سیستم های سلامت برای مردم چیزی بیش از پیشگیری از بیمارها و درمان آنهاست. 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 آنها 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 خصوصا 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 (خصوصا بهبود دسترسی به مراقبت های سلامت، محافظت بهتر در برابر هزینه های خانمان سوز بیماری و توزیع مجدد منابع به سمت گروه های فقیر تر با نیازهای بیشتر سلامت)؛ احیا مجدد رویکرد مراقبت اولیه سلامت، به عنوان استراتژی که سبب تقویت و انسجام ویژگی های ارتقا عدالت در سلامت ذکر شده در فوق می گردد. به منظور تقویت سیستم های سلامت و توجه به بی عدالتی های سلامت، موضوعات ذیل باید مد نظر قرار گیرند:

تضمین تعهدات سیاسی برای سیاست های اقتصادی و اجتماعی که حمایت کننده عدالت، مبتنی بر حقوق اقتصادی و اجتماعی و بهره گیری از رویکرد مراقبت های اولیه جامع؛ تامین کننده پایه ای برای نهادینه کردن اقدامات ضروری به منظور ارتقا سلامت در بین گروه های محروم و حاشیه نشین باشند؛

استقرار چارچوب های سیاستی و تمهیدات رسمی که هماهنگ کننده تصمیم گیرندگان و صاحب منصبان بخش های مختلف درون و برون سیستم سلامت بوده؛ فرصت هایی به منظور درگیر نمودن تشکلات مدنی در تصمیم گیری ها و اقدامات سیستم سلامت تلفیق نمایند؛ اساسی برای سرمایه گذاری مالی در سلامت ایجاد نمایند؛ قوانین بخش خصوصی و توسعه و مدیریت منابع انسانی را مشخص نمایند؛

تضمین افزایش پرداخت هزینه های بخش سلامت توسط دولت به عنوان مثال از طریق اولویت بندی مجدد سلامت در درون بودجه دولتی؛ گستراندیدن لپه های مالیاتی و بهبود سیستم های جمع آوری مالیات و تضمین کمک های مالی بین المللی؛

اختصاص مجدد منابع دولتی در بین نواحی جغرافیایی، جمعیت، سطوح سیستم و اشکال مراقبت های سلامت بر اساس نیازهای سلامت جمعیت و ظرفیت های توسعه ای به جای استفاده از الگوهای قدیمی اختصاص و هزینه کرد منابع؛ حذف پرداخت های مصرف کنندگان برای خدمات عمومی؛

اولویت بندی مراقبت های اولیه سلامت در استراتژی های سرمایه گذاری سیستم سلامت عمومی؛ توانمند و قادر نمودن مدیران بخش دولتی سطوح محلی برای جهت دهی عملکرد های روتین سیستم به سمت اهداف عدالتی

هدف کلی: ارتقا وضعیت عدالت در سلامت از طریق ارائه عادلانه خدمات سلامت

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 شاخص های پوشش - اختلالات رفتاری و خشونت)

امنیت شغلی باعث افزایش سلامتی، رفاه و رضایت شغلی می گردد، در عوض میزان بالای بیکاری موجب بیماری و مرگ زودرس می شود. 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 می باشند. اثرات بیکاری بر روی سلامت در نتیجه مسائل روحی روانی و مسائل مالی به وجود می آید. اضطراب در مورد نا امنی 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 می گردند. اشتغال منصفانه هم چنین دلالت بر ارتباطات عادلانه بین کارفرما و کارگر دارد و منظور از کار مناسب نیز تامین فرصت هایی برای شغل های مولد با درآمد منصفانه، امنیت محیط کاری و حمایت اجتماعی از خانواده است. هدف کلی: ایجاد شرایط شغلی منصفانه و کافی و پیشگیری از بیکاری و بی عدالتی شغلی

تغذیه و امنیت غذایی: (سوء تغذیه - وزن کم کودکان در بدو تولد - کم خونی - کمبود ریز مغذی ها - مرگ و میر کودکان زیر پنج سال - بیماری های گوارشی - مشکلات تکاملی کودکان)

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 می شوند. پر خوری 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 تامین غذای سالم و مغذی است . در حال حاضر تجارت جهانی غذا، تجارت بزرگی است. توافق کلی بر سر تعرفه ها و سیاست های تولید ، تامین 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 روش های تولید مواد غذایی و کشاورزی سالم و دوستدار محیط زیست، تقویت فرهنگ تغذیه ای سالم تاکید گردد. هدف کلی: ارتقا سطح امنیت غذا و تغذیه در کشور

شیوه زندگی سالم: (فشار خون بالا- دیابت - بیماری های قلبی عروقی - اعتیاد به دخانیات- وابستگی به مواد- چاقی- ایدز و HIV- بیماری های گوارشی - افسردگی - اختلالات رفتاری-سوانح و حوادث)

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، بیش از ۸۰٪ موارد مبتلا به بیماری های قلبی، ۹۰٪ موارد مبتلا به دیابت نوع ۲ و ۱/۳ موارد سرطان ها 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. هدف کلی: مقابله با عوامل خطر سلامت مرتبط با شیوه زندگی

آموزش، آگاهی و تحصیلات: (مرگ و میر زیر یک سال و زیر پنج سال - بیماری های قلبی عروقی- دیابت- بیماری های اسهالی- اختلالات رفتاری-سوانح و حوادث)

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 آموزش های عمومی مورد نیاز و آموزش های سلامت اثر مهمی در مبارزه با فقر و ایجاد تاثیرات مطلوب بر سلامت دارند.

هدف کلی: کاهش نابرابری های سلامت از طریق بهبود وضعیت تحصیلات، سواد و آگاهی مردم کشور

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)

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 تنش های حرارتی در منزل منجر به افزایش مخاطرات ابتلا به بیماری های تنفسی و آلرژی می گردد. از سوی دیگر دسترسی به محلی برای سکونت نیز به 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 سیاست های 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.

هدف کلی: تامین مسکن و محله مناسب برای سکونت آحاد جامعه خصوصا اقشار محروم

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)

بررسی ها نشان داده اند از عواملی که موجب افزایش بیماری ها در سال های گذشته بوده، شدت یافتن آلودگی هایی است که در محیط اطراف وجود دارد. از تبعات آلودگی شهری، ایجاد و اشاعه ی بیماری های مختلف در کودکان است. آسم، آلرژی، بیماری های حاد و مزمن، سرطان و بیماری های گردش خون از جمله بیماری هایی است که در طول سال های گذشته در کودکان آلمانی به دلیل آلودگی محیط زیست افزایش یافته است. شاید در شهرها مهم ترین عامل ایجاد محیط زیست آلوده، آلودگی هوا ناشی از کارخانه های موجود در شهرها و حومه، ترافیک شهری، آلودگی های صنعتی و آلودگی های مراکزی مثل بیمارستان ها باشد. در بیمارستان ها بیماری های مختلف عفونی بستری می شود، بیماری های جراحی و بیماری های متنوع دیگری بستری می شود که آلودگی های ناشی از آنها می توانند، وارد سیستم فاضلاب شهری بشود و تبعاتی را برای افراد جامعه داشته باشد. در حال حاضر آسم و آلرژی تنفسی یکی از بیماری های شایعی است که واقعا در تهران وجود دارد که دلیلش هم وجود آلودگی در این شهر است. از دیگر بیماری های ناشی از محیط زیست می توان آلرژی پوستی و سرطان را نام برد. افرادی که در مناطق آلوده زندگی می کنند، احتمال سرطان در آنها بیشتر است، بعد سوزش چشم و پوست و کمبود اکسیژن خون است که خودش می تواند سبب بی قراری بشود. آلودگی هایی که در آب وجود دارد یا آلودگی های ناشی از سوخت مواد پلاستیکی می تواند حاوی میکروب های هوایی یا بی هوایی باشد که وجود این میکروب ها در هوا می تواند بصورت معلق بوده و سبب عفونت های تنفسی و گاهی گوارشی خصوصا در کودکان بشود. محیط زیست نه تنها بیماری های جسمی بلکه بیماری های روحی و روانی را نیز موجب می شود: ثابت شده، حتی در یکسری از بیماری های روحی - روانی مثل افسردگی یا اسکیزوفرنی ها، آلودگی هوا فرد را مستعد به این بیماری ها می کند. آلودگی هوا حتی می تواند بر روی جنین در خانم های 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.

هدف کلی: تامین سلامت محیط زیست (آب، خاک و هوا) و کاهش و یا حذف آلاینده های مخاطره زای سلامت

حمایت اجتماعی: (افسردگی - خودکشی - اختلالات شخصیتی - اختلالات رفتاری و خشونت، عدم انسجام اجتماعی - عدم سرمایه اجتماعی - عدم حمایت اجتماعی و انزوای اجتماعی)

سلامت اجتماعی به چگونگی وضعیت ارتباط فرد با دیگران در جامعه می‌پودازد. هر نوع قطع ارتباط بین فرد و جامعه، به گونه‌ای که افراد در چارچوبهای اجتماعی جذب نگردند، زمینه‌ای مساعد برای رشد انحرافات اجتماعی و پیدایش مشکلات سلامت می‌باشد. به عبارتی می‌توان گفت هر نوع ورطه یا فاصله بین فرد و جامعه که به عدم ادغام افراد در چارچوب‌های اجتماعی می‌انجامد، به انحرافات اجتماعی میدان می‌دهد. 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 است برابر 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 می‌کنند. و تعریف آن چنین است: "چند و چون قیود درونی هر شخص و دامنه‌ی مداخله‌ی او در جامعه. بُعد اجتماعی سلامتی شامل سطوح مهارت‌های اجتماعی، عملکرد اجتماعی و توانایی شناخت هر شخص از خود به عنوان عضوی از جامعه‌ی بزرگتر است. به طور کلی از دید سلامت اجتماعی هر کسی عضوی از افراد خانواده و عضو یک جامعه‌ی بزرگتر به حساب می‌آید و بر شرایط اقتصادی و اجتماعی و رفاه "تمامیت شخص" در رابطه با شبکه‌ی اجتماعی، توجه می‌شود. ریشه‌ی سلامتی اجتماعی در "محیط زیست مادی مثبت" (یعنی متوجه بر موضوع‌های اقتصادی و اقامتی) و "محیطی زیست انسانی مثبت" است که شبکه اجتماعی مشخص را در نظر می‌گیرد. کلید تصمیم‌گیری 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 می‌کنند و معتقدند که مقیاس سلامت اجتماعی بخشی از سلامت فرد را می‌سنجد و شامل پاسخهای درونی فرد (احساس، تفکر و رفتار) است که نشانگر رضایت یا فقدان رضایت فرد از زندگی و محیط اجتماعی‌ش می‌باشد. کیفیت زندگی و عملکرد شخصی فرد را نمی‌توان بدون توجه به معیارهای اجتماعی از زیابی کرد و عملکرد خوب در زندگی چیزی بیش از سلامت روانی است و تکالیف و چالش‌های اجتماعی را نیز دربرمی‌گیرد.

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 شبکه‌ها 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 شیوه‌ای دگرگون شود که کنش را تسهیل کند.

متغیرهای اجتماعی عمده سرمایه اجتماعی عبارتند از : ۱- نظام‌های حمایت‌گر خانواده ۲- نظامهای آموزشی ۳- سازمان‌های افقی و عمودی .

علاوه بر این در فرهنگ اسلامی، شواهد و راهبردهای صریحی با دلالت بر اهمیت « سرمایه اجتماعی » و متغیرهای اصلی آن نظیر « اعتماد عمومی»، « لزوم اهتمام کارگزاران حکمت اسلامی بر ایجاد نگرش مثبت مردم نسبت به عملکرد حکومت و دست‌اندرکاران حکومتی»، « خودداری از اشرافیت و تجملگرایی، پرهیز از تشریفاتی که بین حکومتگران و مردم فاصله بیندازد»، « پی‌ریزی انسجام اجتماعی و وحدت ملی»، « اهتمام به قانون، نگاه یکسان حکومت‌گران به عموم شهروندان»، « تلقی سرنوشت مشترک در میان همه اعضای امت اسلامی (وحتی اقلیت‌های دینی و قومی)»، و نهایتاً " تلاش برای جایگزینی مفهوم « ما » بجای « من » در عرصه‌های اجتماعی به چشم می‌خورد .

رفاه اجتماعی نتیجه فعالیت‌هایی است که نهادهای اجتماعی برای دستیابی افراد در جوامع به سطح قابل قبولی از زندگی، تندرستی و فرصتهایی است که اجازه می‌دهد آنان تمامی استعدادهای خود را پرورش دهند و مسائل خود را در سازگاری با جامعه حل نمایند، عرضه کنند.

شبکه اجتماعی یک ساختار اجتماعی است که از گره‌هایی (که عموماً فردی یا سازمانی هستند) تشکیل شده است که توسط یک یا چند نوع خاص از وابستگی به هم متصل‌اند، برای مثال : قیمت‌ها، الهامات، ایده‌ها و تبادلات مالی، دوست‌ها، خویشاوندی، تجارت، لینک‌های وب، سرایت بیماری‌ها (اپیدمیولوژی) یا مسرهای هواپیمایی. ساختارهای حاصل اغلب بسیار پیچیده هستند. تحلیل شبکه‌های اجتماعی روابط اجتماعی را با اصطلاحات گره و رشته

می نگردد. گره ها بازیگران فردی درون شبکه ها هستند و رشته ها روابط میان این بازیگران هستند. انواع زیادی از رشته ها می تواند میان گره ها وجود داشته باشد. تحقیق در تعدادی از زمینه های آکادمیک نشان داده است که شبکه های اجتماعی در بسیاری از سطوح به کار گرفته می شوند از خانواده ها گرفته تا ملت ها و نقش مهمی در تعیین راه حل مسائل، اداره کردن تشکیلات و میزان موفقیت افراد در رسیدن به اهدافشان ایفا می کند.

هدف کلی: بهبود سلامت اجتماعی از طریق بهبود ارتباطات اجتماعی

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)

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 می مانند مثل حاشیه نشین ها، گروه های مختلف قومی ... مواردی که معمولا در مقایسه با دیگران مورد غفلت قرار می گیرد مواردی از قبیل بیل امکان برخورداری از تحصیل، شرایط اشتغال برابر و یا برخورداری از حمایت های 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.

هدف کلی: بهبود وضعیت سلامت و معیشت حاشیه نشین ها و افراد ساکن در مناطق محروم دور افتاده و تلاش برای کاهش آسیب پذیری مردم محروم نسبت به شرایط آسیب رسان به سلامت که با آن روبرو هستند.

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)

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 گریبانگویی 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 هر دو 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 خصوصا 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.

هدف کلی: تلاش برای کاهش فقر و پیامدهای نابرابر سلامت منتج از فقر

جنسیت: (ابتلا به بیماری ها- مرگ و میر- خودکشی- اختلالات رفتاری و خشونت- سوانح و حوادث- افسردگی- استرس- سوء تغذیه)

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 و در طی زمان فرق می کند. در صورتیکه جنس اشاره به تقسیم زیست شناختی مذکر و مؤنث دارد و جنسیت توجه را به تفاوت های ایجاد شده از نظر اجتماعی بین زنان و مردان جلب می کند. عدالت جنسیتی عبارت است از پاداش ها و فرصت های منصفانه زنان و مردان و حق مساوی آن ها در استفاده از نعمت های مادی و معنوی موجود در جامعه مطابق با کار انجام شده.

در سراسر قاره ها و فرهنگ های 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 شاخص های 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. تفاوت های جنسیتی و نابرابری های جنسیتی می توانند موجب بی عدالتی هایی در زمینه ی وضعیت سلامت زنان و مردان و دسترسی ایشان به مراقبت های بهداشتی بشوند، به عنوان 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 مراجع کند باز می دارد. آنجا که زنان طولانی تر از مردان عمر می کنند تصور عمومی بر این است که آنها تندرست تر هم هستند. واقعیت، زنان بیشتر احتمال دارد که از نظر سلامتی شرایط نامطلوب تری را تجربه کنند. نتایج بررسی به عمل آمده در مورد سنجش میزان بیماری در چندین کشور نشان داد علی رغم اینکه زنان طول عمر بیشتری دارند، در طول عمرشان در تمام مقاطع زندگی نسبت به مردان بیمارتر و ناتوان ترند.

اثر متقابل جنسیت و سلامت: جنسیت بیش از یک تعیین کننده سلامت است که نمی تواند به تنهایی نمود داشته باشد بلکه با سایر تعیین کننده ها مانند وضعیت اجتماعی و درآمد، استخدام، تحصیل، محیط اجتماعی، محیط فیزیکی، رشد و نمو کودک سالم، رفتارهای فردی سلامت و مهارتهای سازگاری، خدمات سلامت، شبکه های حمایت اجتماعی، اعطای بیولوژی و ژنتیک و فرهنگ تداخل دارد. عامل جنسیت در تمام جنبه های سلامت و مراقبتهای سلامتی نفوذ می کند. مطمئناً، مواردی وجود دارد که تفاوت های جنسیتی تاثیر بدی هم بر سلامت مردان باقی گذاشته - چنانکه می توان به مواقعی اشاره کرد که ریسک پذیری ی بیشتر مردان جوان منتهی به نرخ های بالاتر تصادفات در میان ایشان می شود- و یا میزان بالای خ شونت، به مرگ یا معلولیت در مورد ایشان می انجامد. اما در مجموع، بسیاری از متخصصین بهداشتی بر این باورند که نابرابری های جنسیتی به کاهش سطح سلامت و غفلتی سیستماتیک در زمینه ی سلامت زنان منجر گردیده است. هنجارها و ارزش های جنسیتی و رفتارهای متعاقب آن، تاثیر سوئی بر سلامت باقی می گذارند. در واقع، تصویر جنسیتی در یک مقطع زمانی و مکانی می تواند از موانع عمده - و گاه تنها عامل مهم- در 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: (مرگ و میر - معلولیت ها - بیماری های اعصاب و روان)**

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 کسان ی 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 آسیب های ناشی از حوادث راه ها آن را به عنوان یک مشکل بهداشتی جدی مطرح کرده، آمده است: در سطح جهان، هر روز ۳۲۴۲ در اثر آسیب های ترافیکی جان خود را از دست داده و بین ۲۰ تا ۵۰ میلیون نفر دچار آسیب یا ناتوانی می شوند و آسیب های 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.

با توجه به بار بالای لذا ایمن نمودن کشور برای آحاد مردم را باید تبدیل به یک وظیفه الزامی برای سیاستگذاران و مسئولین گردد. (همه گیر شناسی آسیب های ناشی از علل خارجی حوادث در جمهوری اسلامی ایران)

اهداف عمومی (Objectives)

راهبرد ۱: ترویج تحقیقات در زمینه‌های اولویت‌دار عوامل اجتماعی تعیین کننده

سلامت با رویکرد مشارکتی

- 01:** هماهنگی جهت ایجاد نظام جمع‌آوری نتایج تحقیقات در اهداف برنامه و رویکرد عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت و عدالت در سلامت
- 02:** تعیین اولویتهای تحقیقاتی در این حیطه به تفکیک سازمان و وزارتخانه با مدل مشارکتی و انتشار نتایج آن
- 03:** حمایت از حداقل ۵ تحقیق کشوری مرتبط در هر سال برنامه
- 04:** برگزاری حداقل یک سمینار و کنفرانس علمی بین رشته‌ای در سال از سال دوم برنامه به بعد
- 05:** ترغیب دانشگاههای علوم پزشکی کشور به حمایت از تحقیقات مرتبط به شکلی که حداقل ۲٪ بودجه تحقیقاتی دانشگاههای علوم پزشکی و ۱٪ بودجه تحقیقات دانشگاههای غیر علوم پزشکی در سال آخر برنامه به تحقیقات مرتبط اختصاص یابد
- 06:** برگزاری حداقل یک کنفرانس بین‌المللی در این زمینه تا پایان برنامه

راهبرد ۲: توانمند سازی و ارتقاء سطح توانایی های مسئولین مرتبط با برنامه، پرسنل،

تشکلات مدنی و مردم

- 01:** آشنایی کامل ۹۰٪ روسا و معاونین بهداشتی دانشگاههای علوم پزشکی و استا نداران سراسر کشور با موضوع و اهداف برنامه ، نیازسنجی، اولویت بندی و نحوه طراحی مداخلات
- 02:** توانمند سازی ۹۰٪ پرسنل مرتبط در دانشگاههای علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سراسر کشور
- 03:** آشنایی کامل ۹۰٪ مسئولین و نمایندگان وزارتخانه ها و سازمانهای مرتبط بلموضوع و اهداف برنامه ، نیازسنجی، اولویت بندی و نحوه طراحی مداخلات
- 04:** افزایش آگاهی حداقل ۱۰٪ از تشکلات مدنی مرتبط با موضوع و اهداف برنامه در کشور و تعیین نقاط ورودی
- 05:** اطلاع رسانی مستمر به مردم در رابطه با موضوع عدالت در سلامت و عوامل اجتماعی تعیین کننده آن در طول برنامه و نیز عوامل آسیب رسان به سلامت و راههای کاهش مواجهه با آنها **به شکلی که در هر سال حداقل ۵٪ مردم جامعه با مبانی این موضوع آشنایی نسبی پیدا کنند**
- 06:** ظرفیت سازی در حداقل ۳ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بمنظور تربیت نیروی متخ صص و آگاه به اصول SDH
- 07:** تربیت حداقل ۲ نیروی آگاه به موضوع و برنامه و در سطح عالی در هر دانشگاه

راهبرد ۳: جلب حمایت و تقویت همکاریهای درون و برون بخشی در زمینه رویکرد

عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت و در راستای اهداف برنامه

- 01:** تشکیل کمیته ملی با برلنه و آیین نامه مصوب در راستای اهداف

- 02:** تشکیل زیر کمیته های تخصصی در تمامی سازمانها و وزارتخانه های مرتبط
- 03:** جمع آوری و ارائه شواهد در زمینه تاثیرات بی عدالتی و عوامل اجتماعی بر سلامت و ایجاد نظام تبادل اطلاعات و تجارب مرتبط در سطح ملی و بین المللی از طریق برگزاری حداقل یک نشست سالیانه در سطح کشوری و یا بین المللی با حضور نمایندگان حداقل ۷۰٪ سازمانها و وزارت های مرتبط
- 04:** هماهنگی به منظور تلفیق مبحث عدالت در سلامت و عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت در واحدهای درسی دانشگاههای علوم پزشکی کشور
- 05:** تعیین انتظارات، اهداف، برنامه ها و شاخصهای مرتبط به منظور پایش عملکرد حداقل ۵۰٪ سازمانها و وزارت های مرتبط در برآمه پنجم توسعه
- 06:** ایجاد وب سایت و گروههای کاری مجازی و نشر و انعکاس اخبار مرتبط به کلیه سازمانها و نهادها در بولتن ها و انتشارات رسمی سازمانها و وزارتها
- 07:** حمایت و ترغیب حداقل ۳ سازمان مردم نهاد در زمینه موضوع و اهداف برنامه در سطح کشور

راهبرد ۴: تدوین و ساماندهی سیاستهای ملی در راستای اهداف و بر مبنای SDH

- 01:** شناسایی عوامل آسیب رسان به سلامت اقشار آسیب پذیر و بررسی وضعیت کلان موجود عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت و عدالت در سلامت در کشور و در قالب طرحهای تحقیقاتی و پرداختن به جزئیات آن
- 02:** تعیین وضعیت قوانین و مقررات و دستورالعملهای کشوری متناسب با نگاه SDH
- 03:** تعیین اولویتهای حیطه های مداخلاتی استانی و ملی بمنظور تحقق اهداف بر اساس تعیین کننده های اجتماعی تاثیر گذار بر آن
- 04:** شناسایی ذینفعان موثر در حیطه های مداخلاتی مرتبط بر اساس تعیین کننده های اجتماعی تاثیر گذار بر آن
- 05:** تبیین شاخصهای عملیاتی بمنظور سنجش میزان فعالیت ها و پیشبرد اهداف در راستای حیطه های مداخلاتی مرتبط
- 06:** تدوین یک سند ملی ارتقاء وضعیت سلامت و عدالت در سلامت از طریق رویکرد تعیین کننده های اجتماعی سلامت مشتمل بر اهداف و رسالت کلیدی ذینفعان و وظایف آنها و ارائه به نهادهای قانون گذار برای تصویب و وارد شدن در برنامه های کلان کشور

راهبرد ۵: تامین منابع بمنظور اقدام در خصوص کاهش بی عدالتی در سلامت و ارتقاء

سلامت بر اساس توجه به تعیین کننده های اجتماعی آن

- 01:** الزام سازمانها و وزارت های مرتبط به در نظر گرفتن هزینه مداخلات و فعالیتها در بودجه ریزی عملیاتی خود
- 02:** تعهد وزرای مرتبط به موضوع به تامین هزینه های دبیرخانه ای و تحقیقاتی
- 03:** آشنا نمودن حداقل ۱۰ نفر از نمایندگان مجلس در کمیسیون تلفیق بودجه در مجلس در هر دوره با موضوع و مداخلات
- 04:** اضافه شدن حداقل یک شاخص جدید مرتبط به موضوع در لیست شاخصهای کلان اقتصادی کشور

راهبرد ۶: پیاده سازی سیاستها در سطح کشور و ایجاد نظام پایش و ارزشیابی

01: هماهنگی جهت ایجاد نظام جمع آوری اطلاعات در راستای مداخلات در حداقل ۷۰٪ وزارتخانه ها و ارگانهای مرتبط

02: هماهنگی جهت تعیین شاخص های پیامد در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سایر وزارتخانه و ارگانهای مرتبط

03: ایجاد سیستم نظارت بر اجرای سرطیستها و برنامه‌ها تا پایان سال ۱۳۸۷ و ارایه دو گزارش در هر سال به شورای عالی سلامت

04: تقویت مستند سازی اقدامات و تحقیقات صورت گرفته در کشور در قالب گزارشات جامع در هر سال و ارایه به مقامات عالی کشوری

