

Achieving Justice and Social Determinants of Health

Ali Ramadankhani ¹, Hassan Emami Razavi ², Narges Tabrizchi ^{3*}

¹ Professor in Health Education and Health Promotion, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

² Professor of Surgery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

³ Assistant Professor of Social Medicine, Academy of Medical Sciences, Tehran, Iran

Received: 26 July 2020 Accepted: 28 October 2020

Abstract

Background and Aim: Justice in its ancient meaning is the equivalent of giving everything to someone who deserves it, and in the more modern sense, justice is based on equal recognition of members of society in certain rights, and this view is more compatible with social justice. The main concern of health systems is to ensure the health of society, but this is not only achieved through the control of pathogens, diagnosis and treatment. Rather, social, economic, and environmental factors such as education, economic status, insurance, living conditions, etc play a major role in people's health, and addressing health determinants is a step towards achieving justice. In other words, individuals in society, regardless of gender, race, beliefs, social and economic status, do not have a structural difference in health and its determinants and enjoy the care needed at the right time and place.

Methods: This study was conducted with the approach of "qualitative content analysis" and "elite opinion".

Results: The basis of justice is the realization of social justice and justice in health is a subset of social justice. In the field of health justice, "social factors of health" and "social determinants of health" have the greatest role. Poverty and health inequalities are the most important causes of death and disability in society. The correlation between justice and social health, as well as the social determinants of health, has been proven, and responsibilities have been defined for governments in this area.

Conclusion: For achieving justice in health; the political commitment of the officials, the national determination and will, using all the capacities of the country, recognizing the creating conditions, trying to reduce health inequalities, improving the components of social capital, improving the indicators related to the social determinant of health, reducing social disorders and harms is needed.

Keywords: Justice, Health, Justice in Health, Social Determinants of Health.

* Corresponding Author: Narges Tabrizchi

Address: Academy of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Tel: -

E-mail: tabrizchi@gmail.com

تحقق عدالت و تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت

علی رمضانخانی^۱، سیدحسین امامی‌رضوی^۲، نرگس تبریزی^{۳*}

^۱استاد، دکترای تخصصی آموزش بهداشت و ارتقا سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

^۲استاد جراحی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

^۳استادیار دکترای تخصصی پزشکی اجتماعی، فرهنگستان علوم پزشکی، تهران، ایران

دریافت مقاله: ۱۳۹۹/۰۵/۰۵ پذیرش مقاله: ۱۳۹۹/۰۸/۰۷

چکیده

زمینه و هدف: عدالت در معنای قدیمی آن، معادل دادن هر چیز به کسی است که استحقاق آن را دارد و در معنای امروزی‌تر، عدالت مبتنی است بر برابر شناختن افراد جامعه در برخی از حقوق خاص و این دیدگاه بیشتر با عدالت اجتماعی سازگار است. دغدغه اصلی نظام‌های سلامت، تامین سلامت جامعه است ولی این مهم تنها از طریق کنترل عوامل بیماری‌زا، بیماریابی و درمان آنها تامین نمی‌شود. بلکه عوامل اجتماعی، اقتصادی و محیطی مانند سطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی، بیمه، شرایط زندگی و غیره سهم عمده‌ای در سلامت افراد دارند، و پرداختن به تعیین کننده‌های سلامت گامی در راه تحقق عدالت است. به عبارت دیگر، آحاد جامعه، صرف نظر از جنس، نژاد، اعتقادات، موقعیت اجتماعی و اقتصادی، در سلامت و تعیین کننده‌های آن تفاوت ساختارمند نداشته باشند و از مراقبت مورد نیاز در زمان و مکان مناسب بهره‌مند شوند.

روش‌ها: این مطالعه با رویکرد تحلیل محتوای کیفی و تجمیع نظر نخبگان انجام شده است.

یافته‌ها: اساس عدالت، تحقق عدالت اجتماعی است و عدالت در سلامت، فرعی و بخشی از عدالت اجتماعی است. در حوزه عدالت در سلامت "عوامل اجتماعی سلامت" و نیز "تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت"، بیشترین نقش را در بر دارد. فقر و نابرابری‌های سلامت، مهمترین عامل مرگ و میر و معلولیت‌ها در جامعه است. همبستگی عدالت و سلامت اجتماعی و نیز تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت ثابت شده است و وظایفی برای دولت‌ها در این زمینه، تعریف شده است.

نتیجه‌گیری: لازمه تحقق عدالت در سلامت؛ تعهد سیاسی مسئولین، عزم و اراده ملی، استفاده از همه ظرفیت‌های کشور، بازشناسی شرایط ایجادکننده، تلاش برای کاهش نابرابری‌های سلامت، بهبود مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی، ارتقای شاخص‌های مربوط به تعیین کننده اجتماعی سلامت، کاهش نابسامانی‌ها و آسیب‌های اجتماعی است.

کلیدواژه‌ها: عدالت، سلامت، عدالت در سلامت، تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت.

* نویسنده مسئول: نرگس تبریزی

آدرس: فرهنگستان علوم پزشکی، تهران، ایران

تلفن: -

ایمیل: tabrizchi@gmail.com

مقدمه

به طور کلی مفهوم عدالت یک مفهوم فلسفی و نظری بسیار مهمی است، و برای تنویر افکار و مشخص شدن استراتژی‌ها بسیار اهمیت دارد. اندیشمندان مختلف از روی عدالت‌خواهی هر کدام به دلیل یک‌سونگری‌شان نتوانستند مفهومی جامع از عدالت را ارائه دهند. افلاطون در شناخت سرشت انسانی راه به خطا برد، مارکس معضل جامعه سرمایه‌داری را شناسایی کرد اما خطاهای عمده داشت، رالز تلاش کرد عدالت را وارد لیبرالیسم کند اما تأکید بیش از حد بر بعضی آموزه‌ها مثل اقتصاد و بازار آزاد، نظریه‌اش را از

حیث درون منطقی با مشکل مواجه ساخت. اما اسلام به وسیله پیامبر اعظم از همه ابعاد به این مسئله بزرگ حیات انسانی نگریسته و در نتیجه نظریه‌ای نظام‌مند شامل تمامی تلاش‌های بشری ارائه داده است. اسلام عدالت توزیعی، استحقاقی، برابری فرصت‌ها را در کنار یکدیگر قرار می‌دهد و آنها را با هم دارای معنا تلقی می‌کند. نابرابری در جامعه ایران محل رخنه دشمن و نقطه آسیب‌پذیری جامعه است و به نظر می‌رسد جایگزین کردن تحریم‌ها به جای جنگ با ایران، ایجاد فشارهای اقتصادی و نشر تبعیض و نابرابری از انتخاب متفکران آمریکایی بر علیه ما باشد. در تقسیم‌بندی نابرابری‌ها علاوه بر نابرابری ناشی از سوءاستفاده و پایمال کردن حق دیگران، قسم دیگر نابرابری‌ها ناشی از قرار گرفتن در یک محیط با عوامل آسیب‌رسان به سلامت افزون‌تر مثل آلودگی هوا است و نیز یک سری از نابرابری‌ها نیز ممکن است از کار و تلاش و ناشی از استعداد و ظرفیت اشخاص باشد.

در بحث عدالت آنچه مهم است رویکرد همه‌جانبه‌نگری به عدالت و نابرابری است. عدالت قانونی است عام و مدیر و مدبری است کلی که همه اجتماع را در بر می‌گیرد و بزرگرایی است که همه باید از آن عبور کنند و به فرمایش معصوم در عدل گنجایش خاص است، عدالت می‌تواند همه را در بر بگیرد و در خود جای دهد. سلامت حاصل شرایط و کیفیت اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی سیاسی و زیست محیطی است. سلامت بنابر تعریف رایج دارای ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی است (۱). سلامت اجتماعی از اساسی‌ترین معیارهای رفاه اجتماعی هر جامعه‌ای به شمار می‌رود و با بهداشت روانی، فردی و اجتماعی مرتبط است، براساس تعریف سازمان جهانی بهداشت سلامت اجتماعی، کمیت و کیفیت تعامل فرد با اجتماع به منظور ارتقاء رفاه آحاد جامعه است. بنابراین تعریف سلامت اجتماعی را در سطح فردی و اجتماعی مشخص می‌نماید. نتیجه تعامل فرد با اجتماع، ارتقای سرمایه اجتماعی، امنیت اجتماعی، کاهش فقر و بی‌عدالتی و یا نقطه مقابل آن آسیب‌های اجتماعی می‌باشد. عوامل تأثیرگذار بر ابعاد مختلف سلامت که از آنها با عنوان تعیین‌کننده‌های سلامت یاد می‌شود؛ در بسترهای اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی نقش‌آفرینی می‌نمایند. با تغییر در وضعیت اقتصادی اجتماعی، سلامت افراد تغییر می‌یابد. بر اساس شواهد گرادیان اجتماعی در سلامت وجود دارد به نحوی که در

سطوح بالاتر اقتصادی اجتماعی افراد از وضعیت سلامت بهتری برخوردارند و برعکس افرادی که در طبقات پایین اجتماعی اقتصادی قرار می‌گیرند دو برابر افراد طبقات بالاتر دچار بیماری و مرگ زودرس می‌شوند (۲). تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت یعنی شرایطی که افراد در آن به دنیا آمده، رشد، زندگی و کار می‌کنند و هر یک از این تعیین‌کننده‌ها از قبیل تحصیلات پایین، درآمد پایین، نامنی شغلی، تغذیه نامناسب، محیط زندگی نامناسب، حمل و نقل ناسالم و عدم حمایت اجتماعی به خودی خود یا از طریق تأثیر بر یکدیگر وضعیت سلامت را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهند و سبب بروز بی‌عدالتی‌هایی در وضعیت سلامت می‌گردند. عوامل اجتماعی تأثیرگذار در واقع بازگوکننده موقعیت‌های متفاوت مردم در نردبان اجتماعی قدرت و منابع می‌باشد (۳). ارتباط بین وضعیت اقتصادی اجتماعی با مرگ زودرس مستقل از عوامل خطر رفتاری است (۴). این نقش به حدی است که در انگلستان هر ۱۰ دقیقه یک مرگ زودرس مرتبط با نابرابری وضعیت اقتصادی اجتماعی رخ می‌دهد (۵). در مطالعات متعدد نقش عوامل یاد شده را بیش از عوامل بیولوژیکی ناخوشی‌ها می‌دانند و توجه به تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت را راهکاری برای کاهش نابرابری در سلامت معرفی می‌نمایند (۶). همانطور که مشخص است منشاء تفاوت‌های آشکار در سلامت، خارج از نظام سلامت قرار دارند. بسیاری عدالت را ایجاد فرصت برابر برای همه افراد جامعه تعریف می‌کنند (۷) به این معنی که افراد صرف‌نظر از جنس، نژاد، اعتقادات، موقعیت اجتماعی و اقتصادی و... در سلامت و تعیین‌کننده‌های آن تفاوت سیستماتیک نداشته باشند و از مراقبت مورد نیاز در زمان و مکان مناسب بهره‌مند شوند (۸). طی سالیان گذشته اقدام‌های موثری در بهبود وضعیت کشور در حوزه‌های مختلف اجتماعی تأثیرگذار بر سلامت انجام گرفته است؛ که تأثیر آن در بهبود سواد مردم در نقاط مختلف کشور، ارتقاء شاخص‌های سلامت مادر و کودک، مرگ و میر نوزادان، مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال و مرگ و میر مادران باردار، لحاظ نمودن منابع مالی برای تهیه مسکن، افزایش امید به زندگی در هردو جنس، گسترش حمایت‌های اجتماعی، افزایش سمن‌ها و توسعه ارتباطات جمعی چشمگیر بوده است (۹). با این وجود هنوز شاخص‌های یاد شده در مناطق مختلف و گروه‌های جمعیتی، متفاوت‌اند (۱۰).

عدالت در سلامت و نابرابری در سلامت را تقریباً مترادف بیان کرده‌اند و نابرابری در سلامت مصداق بارز بی‌عدالتی است. چون برخوردار از سلامت حق همگانی است و سلامتی با امید به زندگی و بیماری ارتباط تنگاتنگ دارد سلامتی ارتباط بسیار قوی با رفاه دارد و بیماری و معلولیت عوامل تعیین‌کننده فقر محسوب می‌شود، همچنین بیماری امری اختیاری نیست و مردم قدرت انتخاب ندارند لذا عدالت در سلامت یک مفهوم اخلاقی، انسانی و جهانی است. در حال حاضر توسعه‌یافتگی هر اجتماعی را از روی کیفیت سلامت مردم آن، میزان توزیع عادلانه سلامت در میان طبقات

نتایج

عدالت در سلامت را به برخورداری همگانی از سلامت تعبیر می‌کنند. یعنی نظام عادلانه سلامت نظامی است که برخورداری همگانی سلامت در آن محقق می‌شود. در بحث سلامت، عدالت در سلامت و برابری در سلامت را تقریباً مترادف بیان می‌کنند. نابرابری در سلامت مصداق بارز بی‌عدالتی است. در گذشته عدالت در سلامت را به معنای تخصیص منابع به بیماران اطلاق می‌نمودند ولی در معنای وسیع‌تر امروزی تامین شرایط زندگی به نحوی است که تمام آحاد جامعه در جهت حد اعلاای سلامت حرکت نموده و از بیماری به دور باشند. بنابراین در عدالت اجتماعی توجه به نیازهای سلامت مردم به دور از تبعیض انجام می‌شود و هدف عدالت در سلامت آن است که هر فرد باید فرصت مناسب برای دستیابی به سلامت را داشته باشد و باید به طور عملی هیچ فردی از سلامت محروم نشود. و باید خدمات یکسان برای نیازهای یکسان و خدمات متناسب با نیازهای مردم ارائه شود (۱۱).

عوامل متعدد اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و فرهنگی و زیست محیطی بر رشد نابرابری‌ها تأثیرگذارند و بطور کلی شرایط نابرابری‌ساز برخی بر دسترسی آحاد جامعه به خدمت تأثیر دارند مثل تمرکزگرایی و فقدان سیاست توزیع عادلانه خدمات سلامت در پهنه جغرافیا، منطقه‌گرایی، گران کردن خدمات و تمرکز بر خدمات گران‌قیمت و فوق تخصصی و دور شدن از خدمات همگانی، و بخش دیگر شرایط نابرابری‌ساز، در حوزه بهره‌مندی است مثل، افزایش هزینه سرانه، آثار رفتاری نظام پرداخت، خصوصی‌سازی و لوکس‌گرایی، علاوه بر آن حذف یا عدم اجرای قوانین و تصمیمات که موجب بی‌عدالتی در سلامت می‌شوند.

حق اشتغال، حق دسترسی به یک سرپناه، حق دسترسی به آموزش و پرورش رایگان و حق دسترسی به خدمات سلامت از آرمان‌های انقلاب اسلامی است و ایدئولوژی حاکم بر قانون اساسی دفاع از حقوق مردم به ویژه اقشار فرودست جامعه است در قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، به موضوع بهداشت، درمان و تأمین اجتماعی توجه ویژه شده است و در بند دوازدهم اصل سوم این قانون، دولت به برطرف ساختن هر نوع محرومیت در زمینه بهداشت و تعمیم بیمه موظف گردیده است. و نیز در اصل بیست و نهم، برخورداری از تأمین اجتماعی از نظر بازنشستگی، پیری و از کار افتادگی، بی‌سرپرستی، در راه ماندگی، حوادث و سوانح و نیاز به خدمات بهداشتی درمانی و مراقبت‌های پزشکی به صورت بیمه و غیره، حقی همگانی بیان شده است و دولت مکلف گردیده است از محل درآمدهای عمومی و مشارکت‌های مردمی، حمایت‌ها و خدمات فوق را برای یک یک افراد کشور تامین نماید.

نظام جمهوری اسلامی ایران در چهار دهه اخیر با تلاش زیاد گام‌های موثری در جهت تحقق عدالت در سلامت برداشته است و شاهد تغییرات قابل ملاحظه‌ای در شاخص‌های مربوط هستیم، و

اجتماعی و نیز میزان حفاظت از افراد محروم در مقابل عوامل آسیب‌رسان به سلامت آن اجتماع قضاوت می‌کنند و دیدگاه‌های سلامت چشم‌اندازی وسیع‌تر پیدا کرده و به عوامل تعیین‌کننده غیرطبی سلامت توجه ویژه دارد.

جلوگیری از نابرابری در سلامت نیازمند توجه به تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت است. امروز تلاش کشورها برای کاهش نابرابری در سلامت از طریق توجه به این تعیین‌کننده‌هاست. شواهد حاکی از آن است که بیشترین بار بیماری‌ها و قسمت اعظم نابرابری‌های سلامت در دنیا از عوامل اجتماعی ناشی می‌شود و در بسیاری از کشورها بدون بدست آوردن موقعیت‌های چشمگیر در زمینه کاهش فقر، برقراری امنیت غذایی، امکان تحصیلات و اصلاح شرایط زندگی در نواحی فقیرنشین دستیابی به اهداف سلامت مقدور نمی‌باشد. با مهار عوامل اجتماعی در جهت مثبت می‌توان سیاست‌های مرتبط با سلامتی و رفاه را بهبود بخشیده و مسایل اجتماعی که ریشه در فرآیندهای اجتماعی دارند را نیز اصلاح نمود. تحقق عدالت و غلبه بر نابرابری‌ها موضوع حکمرانی خوب و میثاق مشترک مردم و نظام جمهوری اسلامی ایران است و همچنین هدف‌گذاری دسترسی و برخورداری همگانی از سلامت و وظیفه حاکمیت پاسخگو است و اولین گام برای کاهش نابرابری مستلزم بازشناسی شرایطی است که دسترسی و بهره‌مندی از خدمات سلامت را نابرابر می‌سازد و به رشد نابرابری‌ها می‌انجامد. به منظور شناخت وضعیت کشور در خصوص عدالت اجتماعی و عدالت در سلامت، لازم است داده‌های سلامت را در گروه‌های مختلف اجتماعی و اقتصادی و منطقه‌ای احصاء و مقایسه نمود. در این مقاله ضمن بازشناسی ارتباط تحقق عدالت و تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت و تبیین چالش‌های کلی پیش رو، تهدیدها و آسیب‌پذیری‌های اجتماعی کشور و ابعاد مختلف آن، راهبردهای پیشنهادی خبرگان این حوزه برای تصمیم‌گیری، سیاست‌گذاری و اقدامات اجرایی در تحقق عدالت تبیین می‌شود.

روش‌ها

در این مقاله از روش ترکیبی مرور منابع و روش کیفی استفاده شده است. در گام نخست مستندات مرتبط با استفاده از کلیدواژه‌های عدالت، سلامت، عدالت در سلامت، عدالت اجتماعی و تعیین‌کننده‌های اجتماعی شناسایی شد. با مرور مقالات، پژوهش‌های معتبر داخلی و خارجی در دسترس استخراج گردید. در مرحله بعد، مطالب ارائه شده توسط ۳ نفر سخنران از خبرگان علمی و ۱۶ نفر از مسئولین ارشد کشوری مرتبط شرکت‌کننده در جلسات شورای آینده‌نگاری و نظریه‌پردازی سلامت فرهنگستان علوم پزشکی پیاده‌سازی و با روش رفت و برگشت قیاسی استقرایی تحلیل شد. در نهایت، با تجمیع و تلخیص و تلفیق متون و واحدهای معنایی، موضوعات در بخش‌های کلیات، چالش‌ها و راهبردهای کلان استخراج و مطالب تدوین گردید.

افراد جامعه منجر شود، مطالعات نیز نشان داده‌اند که سرمایه فردی و سرمایه اجتماعی جامعه هر دو به صورت جداگانه با سلامت همبستگی دارند و در سطح فردی یک رابطه علت و معلولی از سرمایه اجتماعی و سلامت شناخته می‌شود. در کل، مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی مثل میزان اعتماد به خانواده، نظام سیاسی، نهادهای سیاسی، کنشگران سیاسی، ارتباطات اجتماعی و مشارکت مردم در حوزه‌های گوناگون اجتماعی کشور روند کاهشی دارد. ضعف شدید مسئولیت‌پذیری، احساس بی‌قدرتی، تماشاچی بودن در بین افراد جامعه در هر سطح و لایه‌ای و ضعف جلب مشارکت مردمی ساختارمند و قانونمند به ویژه در عرصه‌های مدنی از مشکلات ارتقاء سلامت و سرمایه اجتماعی است.

برای پیاده‌سازی عدالت اجتماعی، پیشگیری از تهاجمات فرهنگی و تخریب ارزش‌ها و سرمایه اجتماعی باید به محوریت دولت و مشارکت کلیه نهادها و خبرگان و ذینفعان و با تمسک به قانون در پلکان اقدامات مربوط به عدالت به روشنی تعریف و وظایف دستگاه‌های مختلف به طور هماهنگ مشخص و برای دوره‌های معین برنامه‌ریزی شده و برآمدها تعیین و مطالبه شود. به جهت رعایت اختصار و اهمیت موضوعات، یافته‌های مهم در بخش مرور منابع و تحلیل واحدهای معنایی ارائه شده توسط سخنران‌ها و شرکت‌کنندگان در بحث را در قالب چالش‌های اصلی و پیشنهادهای کلی به شرح زیر دسته‌بندی می‌کنیم:

چالش‌ها

- اکثریت خبرگان اعتقاد دارند مشکلات اقتصادی مهم‌ترین چالش موجود است؛ چرا که بین فقر مطلق، بیکاری و تورم با توزیع عادلانه سلامت رابطه معکوسی وجود دارد (۱۶). فقر و نابرابری درآمدی اثر معکوسی بر امید به زندگی دارد به علاوه این ارتباط با مرگ‌ومیر کودکان زیر ۵ سال مستقیم است به طور کلی نابرابری درآمدی و هزینه در آموزش ۸۶ درصد تغییرات سلامت را تبیین می‌نمایند (۱۷). شدت اختلاف و نابرابری‌ها در جهان بسیار زیاد شده است. در جامعه ایران نیز این نابرابری‌ها محل رخنه دشمن و نقطه آسیب‌پذیری جامعه می‌باشد و دشمنان ایران و انقلاب اسلامی با بکارگیری تمام دانش و فنون برای بازداشتن از اجرای عدالت و تضعیف و تخریب سرمایه اجتماعی کشور تلاش می‌کنند.
- در بحث نابرابری درآمدی بین روستا و شهر و بین استان‌ها، شاخص‌های اجتماعی و فردی مربوط توسط مدیریت کشور به خوبی شناسایی و مراقبت نمی‌شود.
- ارتباط و همبستگی فساد در نظام سلامت با توزیع ناعادلانه و نامناسب درآمدها و تخصیص نامناسب منابع، افزایش قیمت محصولات، کاهش کیفیت خدمات و اختلال کارکردی در نظام سلامت، از چالش‌های پیش روی عدالت در سلامت می‌باشد (۱۸).

اگر چه زیرساخت‌های سلامت کشور پس از انقلاب به ویژه در دهه اول و دوم، توسعه و ارتقاء یافته است و دسترسی به خدمات اولیه بهداشت گسترش قابل توجهی یافته است (۱۲) و شاخص‌های سلامت بهتر شده و امید به زندگی به بالای ۷۵ سال رسیده (۱۳) و در حوزه سلامت به سمت عدالت حرکت کرده‌ایم اما هنوز فعالیت‌هایمان عدالت‌مدار نیست و بحث سلامت کشور در اولویت پائین قرار دارد. هنوز در بحث عدالت در سلامت به طور مناسب مردم را بکار نمی‌آوریم و از مشارکت مردم به خوبی بهره نمی‌بریم و در جهت وفاق ملی به طور مطلوب عمل نمی‌کنیم. در شناخت نقاط بی‌عدالتی اشکال داریم و بیمه‌ها و نظام حمایتی، کارآمدی مورد انتظار را ندارند و نیز به بیمه، سیاست‌های کلی سلامت، قوانین و اسناد بالادستی برای اجرایی شدن به اندازه کافی توجه نمی‌شود (۱۴).

توزیع مبتنی بر اولویت‌های واقعی صورت نمی‌گیرد و برخی مزیت‌های خاص مثل: استقرار نظام شبکه و برقراری سیستم ارجاع و اولویت روستا به شهر تحقق نیافته است. و مهمتر آنکه دشمن با تمام توان و از راه‌های مختلف تضعیف و تخریب سلامت و سرمایه اجتماعی کشور را هدف قرار داده است. در کنار فشارهای خارجی با توجه به ادبیات نظری، تأثیرپذیری چند برابری هزینه‌های بهداشتی درمانی از افزایش سطح عمومی قیمت‌ها، نسبت به سایر گروه‌های هزینه‌ای به خوبی قابل مشاهده است و نیز بالا بودن سهم پرداخت مستقیم خانوارها به خاطر هزینه‌های درمانی در کشور منجر به افزایش خانوارهای مواجه با هزینه‌های کمرشکن سلامتی خواهد شد. که این مسئله در نهایت به سقوط خانوارهای بیشتری به زیر خط فقر خواهد انجامید. مساله پرداخت از جیب برای مراقبت‌های سلامت برای خانوارهای فقیر از اهمیت بالایی برخوردار است چرا که برخی از آنها به دلیل هزینه‌های سلامت از مراجعه به مراکز درمانی چشم‌پوشی کرده و همین امر می‌تواند در بلندمدت آثار سوء بیشتری بر خانوارها داشته باشد.

هر چند در طول سنوات گذشته موضوع سلامت و عدالت اجتماعی مورد توجه متخصصان و پژوهشگران و حتی سیاست‌گذاران بوده و در سیاست‌ها و برنامه‌های توسعه کشور نیز ردپای آن دیده می‌شود (۱۵) به نظر می‌رسد یکی از دلایل ناکامی سیاست‌های دولت در این حوزه فقدان اجماع و وفاق اجتماعی بر سر اهداف و تبع آن ضعف سرمایه اجتماعی و ناتوانی در جلب مشارکت عمومی در تحقق این برنامه‌ها و سیاست‌ها است.

در بحث سلامت و سرمایه اجتماعی، سلامت اساسی‌ترین جزء رفاه اجتماعی به شمار می‌رود و بیش از مداخلات پزشکی به عوامل اجتماعی وابسته است، سرمایه اجتماعی یکی از تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت است که ممکن است نقش به سزایی در نابرابری‌های سلامت داشته باشد. افزایش و کاهش برخورداری از هر یک از مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی به عنوان بخشی از سیاست‌های اجتماعی می‌تواند به تغییر در میزان و سطح سلامت

امکانات بهداشتی درمانی بهتر، کارآمدتر و ایمن‌تر برخوردار گردد. عوامل متعدد اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و فرهنگی بر نابرابری‌ها تأثیر دارند. برخی عوامل نابرابری‌ساز بر دسترسی و برخی دیگر بر بهره‌مندی از خدمات تأثیر می‌گذارند.

تلاش برای کاهش نابرابری مستلزم شناسایی شرایطی است که منجر به رشد نابرابری‌ها می‌شود. برای رفع این نابرابری‌ها با چالش‌های اصلی روبرو هستیم و راهکارهای کلان متعدد از جمله پرداختن به تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت را پیش رو داریم.

پیشنهاد‌های کلی

تحقق عدالت و غلبه بر نابرابری‌ها موضوع حکمرانی خوب و میثاق مشترک مردم و نظام جمهوری اسلامی ایران است. لذا برای غلبه بر نابرابری و جلوگیری از تشدید آن لازم است مسئولان جمهوری اسلامی ایران تدابیر، تصمیمات و اقدامات اساسی کوتاه‌مدت و بلندمدت را اتخاذ و با کمک مردم عملی نمایند. به منظور توجه به آثار و عواقب سلامتی سیاست‌ها، باید آگاهی و نگرش سیاستمداران تغییر کند و این امر نیازمند برنامه‌ریزی مستمر است (۱۶).

دشمنان ایران، در تهاجم همه جانبه خود به ویژه جنگ اقتصادی و استفاده از سلاح تحریم، عدالت و پایه‌های حکومتی را هدف گرفته‌اند، دشمن‌شناسی، بکارگیری تجربیات گذشته، شناخت روش‌های روشنگری و اقدام به کاهش نابرابری‌ها با حضور مردم در صحنه‌های مختلف از راهبردهای اساسی در مقابله با این تهاجم است. مشارکت جمعی در مواجهه با عوامل اجتماعی سلامت براساس بسیاری از تجربیات ملی و بین‌المللی توصیه شده است (۷). این مشارکت در حوزه‌های تخصصی به ایجاد شبکه‌های تحقیقاتی، انجام طرح‌های پژوهشی و تبادل و همکاری بین محققان و استفاده از نتایج تحقیقات منجر می‌شود. در بخش عامه جامعه، مدیریت مشارکت‌های مردمی و سازمان‌های مردم‌نهاد و استفاده از این سرمایه در تمام مراحل شناسایی و رفع عوامل موثر بر سلامت در سطح محلات و مناطق مختلف حتی در سطح ملی و فراملی را در بر می‌گیرد.

برای کاهش هزینه‌های سلامت و در نهایت حرکت به سمت برابری و تحقق عدالت در سلامت بایستی راهبرد بکارگیری مردم، جلب اعتماد و مشارکت آنها، گسترش و تقویت تشکلهای مردمی به منظور افزایش سرمایه اجتماعی و تحکیم ساختار درونی و حرکت در جهت وفاق ملی در اولویت کار مسئولین کشوری قرار گیرد.

به منظور دسترسی و برخورداری همگانی از سلامت، وظیفه حاکمیت مسئول و پاسخگو، اتخاذ تدابیری برای جریان منابع به سمت گروه‌های محروم و کمتر برخوردار مناطق روستایی و حاشیه شهرها است. سیاست‌ها و برنامه‌های حمایت

عدم وجود نگرش فردی و سازمانی جامعه نگر و تغییر پارادایم از عدالت اجتماعی به یک اقتصاد نئولیبرال و تحقیر ارزش‌های جمعی و ترغیب به دنیاطلبی، مصرف‌گرایی و فردگرایی و نفوذ و انتشار فرهنگ نئولیبرال و تحقق این تغییرات، کاهش تولید و رشد انسانی، دچار کردن افراد جامعه به یک اختلال روانی، کاهش فرآیندهای فکری و پاسخگویی عاطفی و دچار کردن جامعه به روانپریشی اجتماعی و رفتارهای مبتنی بر آشفتگی فکری تهدید جدی پیش رو خواهد بود.

اگر چه بسیاری از زیرساخت‌های سلامت کشور ارتقاء و بهبود یافته است و در حوزه سلامت به سمت عدالت حرکت خوبی کرده‌ایم، اما همه فعالیت‌هایمان هنوز عدالت مدار نیست.

به دلیل افزایش برخی ناهنجاری‌های اجتماعی دچار کاهش روند سرمایه اجتماعی هستیم و برای کنترل آسیب‌های اجتماعی، تلاش‌ها و برنامه‌ریزی‌ها ضعف و یا فقدان مسئولیت‌پذیری اجتماعی در کشور و نبود نظارت آن گونه که در حدود انتظار ارزش‌های دینی و انقلابی باشد موفقیت‌آمیز نبوده است.

غفلت و عدم استفاده از کلیه ظرفیت‌ها و سرمایه‌های اجتماعی شبکه‌ای کشور مثل هیات‌های مذهبی، سازمان‌های مردم‌نهاد و داوطلبان سلامت موجود در کشور از تهدیدهای جدی سلامت و سرمایه اجتماعی جامعه می‌باشد.

رویکرد غالب در امر سلامت، رویکرد بالینی و درمان محور است و توجه به عوامل زمینه‌ساز محیطی هنوز به طور جدی صورت نمی‌گیرد (۱۹).

به رغم تدوین دستورالعمل‌هایی تحت عنوان نظام برنامه‌ریزی در برنامه‌های گذشته، به نظر می‌رسد اجرای برنامه‌ها از انسجام و ارتباط ارگانیک برخوردار نبوده و از این رو زمینه‌هایی برای نادیده گرفتن برخی وجوه برنامه‌ها خصوصاً در حوزه‌های اجتماعی و نابرابری را فراهم آورده است. نبود برنامه‌ریزی مناسب و درازمدت در کشور در زمینه تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت از چالش‌های موجود است (۲۰).

بحث

عدالت اقتضای فطرت و آرمان بزرگ ما است. عدالت در معنای قدیم آن معادل دادن هر چیزی به کسی است که استحقاق آن را دارد. و در معنای امروزی‌تر عدالت مبتنی است بر برابر شناختن افراد جامعه در برخی از حقوق خاص و این دیدگاه بیشتر با عدالت اجتماعی سازگار می‌باشد. منظور از عدالت اجتماعی توجه به نیازهای سلامت همه اقشار جامعه بدون توجه به موقعیت جغرافیایی، فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی است. بر اساس بینش اسلامی، جهان واقعیتی است که بر پایه عدالت بنا نهاده شده است و بر این اساس انسان حق دارد که در تمام طول عمر خود از

ارگان‌ها و نهادهای دیگر شناسایی و در چارچوب برنامه‌های ملی به حرکت در جهت تحقق اهداف عدالت در سلامت متوجه و ترغیب نماید.

- آینده‌نگری وضعیت تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت کمک می‌نماید تا برنامه‌های بلندمدت بهتر بتواند از سلامت جامعه محافظت نماید و آمادگی لازم برای پاسخگویی به نیازهای پیش‌آمده وجود داشته باشد.
- مشکلات سر راه عدالت در سلامت قابل مدیریت و اقداماتش درونی است و راه حل مشکلات اعتنا و اجرای قانون اساسی است، قانون اساسی اعلام می‌کند که کار وظیفه همگانی است و فرصت‌ها را باید دولت ایجاد کند، آموزش و پرورش اجباری و رایگان است.
- بنا به اهمیت عدالت در سلامت و در راستای تلاش برای کاهش نابرابری، لازم است بر سه محور یا اقدام اساسی تأکید شود. اول، بازشناسی شرایطی که منجر به رشد نابرابری‌ها می‌شود، دوم، شرایطی که دسترسی به خدمات سلامت را نابرابر می‌سازد و سوم، شرایطی که بهره‌مندی از خدمات را نابرابر می‌سازد.

در بیانیه گام دوم مقام معظم رهبری، برای اجرا و دستیابی به اهداف عدالت، چهار پیش‌نیاز قاطعیت، ارتباط با مردم، ساده‌زیستی و مردمی بودن و خودسازی و تهذیب و نیز هفت الزام قوانین عادلانه، ساختار عادلانه، مجریان عادل، نظارت و آگاهی‌های مردم، گفت‌وگو سازی عدالت، مجاهدت و ایستادگی و در نهایت تحقق همزمان عدالت با دیگر ارزش‌ها مثل معنویت و عقلانیت را معرفی می‌کند. لذا لازم است همه الزامات و پیشنهادها تعریف شده به عنوان پیوست تمام برنامه‌های ملی و توسعه‌ای تلقی و اجرایی شود.

نتیجه‌گیری

ارزش در تعریف استاندارد ارزش‌های اجتماعی به اموری گفته می‌شود که هیچکس نتواند آن را نفی و انکار کند و در میان ارزش‌ها، عدالت بزرگترین ارزش شناخته شده است. در جامعه‌شناسی توسعه گفته می‌شود که عدالت برجسته‌ترین هنجار یا فضیلتی است که در طول تاریخ بشر شناخته شده است. عدالت در سلامت به این معنا است که هر فرد باید فرصت مناسب برای دستیابی به سلامت را داشته باشد. سلامت اجتماعی یکی از ابعاد سلامت محسوب و یکی از مؤلفه‌های کلیدی سلامت معرفی شده است. جلوگیری از نابرابری در سلامت نیازمند پرداختن به تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت است، امروز تلاش کشورها برای کاهش نابرابری در سلامت از طریق توجه به این تعیین‌کننده‌ها است، هر یک از این تعیین‌کننده‌ها به خودی خود یا از طریق تأثیر بر یکدیگر وضعیت سلامتی را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهند و سبب بروز بی‌عدالتی‌هایی در وضعیت سلامت می‌گردند شواهد حاکی از آن است که بیشترین بار بیماری‌ها و قسمت اعظم

اجتماعی به نحوی باشند که تضمین نماید افراد با بیش‌ترین نیازها از مداخلات حمایت اجتماعی برخوردار شوند. لازم است اثر و اقدامات راهبردی در جامعه هم انعکاس یابند.

- برای حل مسائل سلامت و نیل به عدالت اجتماعی و برابری در نظام‌های بهداشتی درمانی، باید تأمین سلامت مردم و عدالت در سلامت، اولویت روز جامعه و دغدغه اصلی تمام تصمیم‌گیران کشوری باشد و پوشش همگانی مراقبت و توزیع عادلانه در حوزه سلامت در اولویت کارها قرار گیرد.
- ادغام تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه هم از لحاظ کارکردی و هم از نظر هنجاری، شاخص‌های عدالت در سلامت را ارتقاء می‌دهد. این ادغام، نیازمند توجه به پیش‌نیازهای سیاستی و ایجاد سازوکار مناسب، برنامه راهبردی و شاخص‌های ارزیابی است (۱۰).
- موضوع عدالت در سلامت موضوع بسیار مهم در جهان و ایران است و برای مهار نابرابری‌ها و تحقق عدالت در سلامت مدیریت کشور بایستی ابعاد، شاخص‌ها و متغیرها و سیاست‌های مربوط را بررسی و قوانین نابرابری‌زا را در چهار حوزه محوری هزینه‌های سلامت، بهره‌مندی، برون‌داد سلامت و فقر و محرومیت را شناسایی و گزارش نماید. بنابراین نیاز به ایجاد سیستم اطلاعاتی است که به طور منظم به پایش و ارزشیابی نابرابری‌های سلامت بپردازد.
- راهکارهای علمی و تجربه‌شده‌ای در کشور وجود دارد که برنامه‌ها و راهبردهای مناسبی برای تحقق اهداف کمی و کیفی شاخص‌های عدالت در سلامت می‌باشد، پیشنهاد می‌شود این راهبردها توسط مسئولان کشوری بازبینی، اصلاح و توسعه یابد.
- جهت تأمین و ارتقای عدالت در سلامت بایستی تأمین امنیت غذا و ترویج غذای سالم و ارتقای سازوکارهای نظارت بر تولید و توزیع مواد غذایی و ارتقاء سلامت تغذیه از اولویت‌های مهم سیاست‌گذاری و برنامه‌های توسعه کشور قرار گیرد.
- برای تحقق عدالت مالیاتی و کاهش فاصله‌های جمع درآمد خالص خانواده بایستی از طریق ایجاد نظام یکپارچه مالیات‌ستانی، تأمین اجتماعی و ارائه تسهیلات مالی با بهره‌گیری از سامانه جامع اطلاعاتی ملی گام‌های اساسی برداشته شود.
- بحث عدالت و عدالت در سلامت بسیار گسترده است و آنچه بیشترین نقش را دارد عوامل اجتماعی سلامت است. این عوامل تنها منحصر به یک سازمان و نهاد نیست و برای کاهش نابرابری در این عوامل باید عزم جهادی و مشارکت بین بخشی در حوزه سلامت و با تأکید بر تعیین‌کننده‌های ساختاری و تعیین‌کننده‌های اجتماعی انجام پذیرد. نباید همه کارکردهای مربوط را از وزارت بهداشت انتظار داشت ولی به دلیل تولید و مسئولیت قانونی سلامت باید سازمان متولی،

مشکلات سر راه عدالت و عدالت در سلامت در کشور علی‌رغم گستردگی و پیچیدگی، قابل مدیریت و اقداماتش درونی است و کلید حل مشکل اجرای قانون اساسی و قوانین بالادستی موجود است.

تشکر و قدردانی: از آقایان دکتر حسین راغفر استاد محترم اقتصاد دانشگاه الزهراء، دکتر فرشاد مومنی استاد محترم دانشگاه علامه طباطبایی و مدیر عامل موسسه مطالعات دین و اقتصاد، دکتر محمدرضا واعظ مهدوی عضو محترم هیات علمی دانشگاه شاهد؛ به عنوان سخنران نشست‌های مربوط به عدالت در سلامت شورای آینده‌نگاری و نظریه‌پردازی سلامت فرهنگستان علوم پزشکی و نیز کلیه شرکت‌کنندگان در جلسه هشادونهم این شورا به ویژه ۱۶ نفر از حاضران که حضور فعال در بحث‌ها را داشتند تقدیر و تشکر می‌گردد.

تضاد منافع: بدین وسیله نویسندگان تصریح می‌نمایند که هیچ‌گونه تضاد منافی در مطالعه حاضر وجود ندارد.

منابع

1. Rad F, Mohammadzadeh F, Mohammadzadeh H. Religion and social health: The relationship between religiosity and social health (A case study of the students of Payam-e Noor University, Marand). *Journal of Social Sciences*. 2016; 12(2): 137-168
2. Turrell G, Kavanagh A, Draper G, Subramanian S V. Do places affect the probability of death in Australia? A multilevel study of area-level disadvantage, individual-level socioeconomic position and all-cause mortality, 1998-2000. *J Epidemiol Community Health*. 2007; 61(1):13-9. doi:10.1136/jech.2006.046094
3. Marmot M. Social determinants of health inequalities. *The Lancet*. 2005; 365(9464): 1099-1104. doi:10.1016/S0140-6736(05)71146-6
4. Bihan H, Backholer K, Peeters A, Stevenson CE, Shaw JE, Magliano DJ. Socioeconomic position and premature mortality in the AusDiab Cohort of Australian adults. *Am J Public Health*. 2016; 106(3): 470-477. doi:10.2105/AJPH.2015.302984
5. Lewer D, Jayatunga W, Aldridge R .W, EdgeCh, Marmot M, Story A, Hayward A. Premature mortality attributable to socioeconomic inequality in England between 2003 and 2018: an observational study. *Lancet Public Health* 2020; 5: e33-41 doi:10.1016/S2468-2667(19)30219-1
6. Motlagh M I, Oliaei Manesh A, Beheshtian M. Health and its determining social factors? The main strategy is to promote justice in health and create a fair opportunity for all. Ministry of Health and Medical Education. Movafagh publication. Tehran.1387Second Edition. [Persian]
7. Zaboli R, Sanaeinasab H. The challenges and solutions for action of social determinants of health

نابرابری‌های سلامت در دنیا از عوامل اجتماعی ناشی می‌شود و در بسیاری از کشورها بدون بدست آوردن موفقیت‌های چشمگیر در زمینه کاهش فقر، برقراری امنیت غذایی، امکان تحصیلات و اصلاح شرایط زندگی در نواحی فقیرنشین دستیابی به اهداف سلامت مقدور نمی‌باشد.

در نظام جمهوری اسلامی ایران در چهار دهه اخیر در جهت تحقق عدالت در سلامت گام‌های موثر برداشته شده است و نیز شاهد تغییرات قابل ملاحظه‌ای در شاخص‌های مربوط هستیم و اگر چه زیرساخت‌های سلامت کشور پس از انقلاب اسلامی ارتقاء یافته است و دسترسی به خدمات بهداشتی اولیه گسترش یافته و شاخص‌های سلامت بهبود یافته است و به طور کلی به سمت عدالت حرکت کرده‌ایم. اما هنوز فعالیت‌هایمان عدالت مدار نیست و هنوز در بحث عدالت در سلامت به طور مناسب مردم را به کار نمی‌گیریم و از مشارکت آنها به خوبی استفاده نمی‌کنیم. تحقق عدالت و غلبه بر نابرابری‌ها موضوع حکمرانی و میثاق مشترک مردم و نظام جمهوری اسلامی ایران است و مسئولان باید با تدابیر، سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی و هدفگذاری مناسب برای بلند مدت و کوتاه مدت طراحی و آنها را عملی سازند.

- in Iran: a qualitative study. *Iran J Health Educ Health Promot*. 2014; 2 (1):5-16 [Persian]
8. Braveman P, Gruskin S. Defining equity in health. *J Epidemiol Community Health* 2003; 57:254-258 doi:10.1136/jech.57.4.254
9. Marandi AR , Damari B , Zeinaloo AA , Motlagh ME , Kamel Sh. 30 years' experience of the Islamic Republic of Iran in the social components of health and justice in health: the roles and future orientations of the Islamic Consultative Assembly. *Scientific Journal of the Medical Council of Iran*. 2012; 30 (3): 225-236 [Persian]
10. Torkaman Nejad Sh, Nasiri Pour A. A new model for integrating social determinants of health into primary health care in Iran. *Payesh*. 2016; 15 (5): 481-494 [Persian]
11. Abbasi M, Zamani M, Ganj Bakhsh M. Justice in health and its place in medical ethics. *Medical ethics*. 2009; 10(3):11-33
12. Pezeshjian M. Equity in Healthcare after the Islamic Revolution now 40 years onward. *Iranian Journal of Culture and Health Promotion*. 2018; 2 (4): 493-501[Persian]
13. Ramezankhani A, Mohamadloo A, Tabrizchi N, Visoogh Moghaddam A, Rakhshani F, Vazirian MH, et al. A review of the concepts of part 2 of the general health policy, announced by the supreme leader. *Iranian Journal of Culture and Health Promotion*. 2018; 2 (2): 149-159 [Persian]
14. Marandi AR, Azizi F, Larjani B, Jamshidi HR, et al. Health in the Islamic Republic of Iran: 1357-93.2nd ed. Tehran: Information: 2014 [Persian]
15. Safari Shalie R. Justice Discourse in the Field of Health in the Aftermath of the Islamic Revolution in Iran. *Strategic Studies Journal*. 2017;19(74): 89-114.

16. Baoosh M, Shiani MS, Mousaei M. Analysis of Socioeconomic Factors Affecting on Poverty and Inequalities Health. *refahj*. 2017; 17 (67): 71-108
17. Babakhani M, Raghfar H, Rafiei H. Investigating the relationship between social justice and health indicators in Iran; 1363-1385. *Journal of Knowledge and Health*. 2010; 5: 46 [Persian]
18. Proposed Strategic Plan for Health Justice and Social Factors Determining Health in the Islamic Republic of Iran.
Available from:
<https://health.nkums.ac.ir/Category/8278> Cited 2020 sep 26th.
19. Mohagheghi MA, Sajadi SJ, Larijani B, Abolghasemi H, Emami Razavi SH, Bagheri Lankarani K, et al. Essential evolution requirements in the higher health education system: An explanation, analysis and approach of "General Health Policies" in the field of medical education. *Iranian Journal of Culture and Health Promotion*. 2019; 2 (3): 354-388
20. Naghibi S A, Chaleshgar Kordasiabi M. A review of Social Determinants of Health. *Clin Exc*. 2017;7 (2): 50-62 [Persian]