

The Importance of Addressing Climate Change in Reassessing the Role of Basij in Health Provision and Promotion in Southeastern Iran

Mohammad Reza Vaez Mahdavi^{1*}

¹ Future Empathizers of Iran Foundation, Future Empathizers of Sistan and Baluchestan (HASB), Health Justice Research Institute, Shahed University, Tehran, Iran

Received: 26 August 2025 Accepted: 30 October 2025

Abstract

Background and Aim: Sistan and Baluchestan Province, the largest province in southeastern Iran, despite its strategic geographic location and predominantly young population, faces substantial disparities in development, infrastructure, and health indicators compared with national averages. This study aimed to analyze the health status of the province, identify the major healthcare challenges, and examine the effects of social determinants of health and climate change on health conditions and service delivery.

Methods: This study was conducted using a descriptive-analytical review of official reports, documentary evidence, and available research related to health and development in Sistan and Baluchestan Province. Secondary data were obtained from reports of the Hamdelan Ayandehnegar Foundation of Sistan and Baluchestan (HASB), the Ministry of Health, and other relevant institutions. Health indicators, healthcare infrastructure, and the provincial health service network were analyzed, with particular attention to disparities from national averages and the impact of broader social and environmental determinants.

Results: The findings indicate that health and development indicators in Sistan and Baluchestan are significantly lower than the national average. Life expectancy in the province is estimated to be approximately 7 years lower than the national mean, reflecting a considerable burden of health inequality and structural deprivation. Major healthcare challenges include high mortality and disability due to traffic accidents, communicable diseases, malnutrition, and population-related issues such as migration, addiction, and genetic and familial disorders. In addition, major deficiencies were identified in healthcare infrastructure, including shortages of more than 400 health houses, nearly 100 comprehensive health centers, and insufficient hospital space and bed capacity, particularly in the southern parts of the province. The findings also suggest that social determinants of health and climate-related factors, especially water scarcity, drought, intense rainfall, flooding, soil erosion, and desertification, play an important role in aggravating underdevelopment and health inequalities in the region.

Conclusion: Improving health status and reducing inequalities in Sistan and Baluchestan require urgent expansion of healthcare infrastructure, completion of the health service network, accelerated construction and equipping of health and hospital facilities, and implementation of intersectoral interventions addressing water management, flood prevention, watershed management, and environmental degradation. Integrated policy measures targeting both healthcare system deficiencies and broader social and climatic determinants are essential for sustainable health improvement in the province.

Keywords: Sistan and Baluchestan, Health Indicators, Health Service Network, Health House, Climate Change, Social Determinants of Health.

* **Corresponding Author:** Mohammad Reza Vaez Mahdavi

Address: Future Empathizers of Iran Foundation, Future Empathizers of Sistan and Baluchestan (HASB), Health Justice Research Institute, Shahed University, Tehran, Iran.

E-mail: mh_mahdavi@yahoo.com



Copyright© 2025. This open-access article is published under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License which permits Share (copy and redistribute the material in any medium or format) and Adapt (remix, transform, and build upon the material) under the Attribution-NonCommercial terms.
Downloaded from: [http:// www.jmedbehazm.ir](http://www.jmedbehazm.ir)

اهمیت توجه به تغییر اقلیم در بازخوانی نقش بسیج در تأمین و ارتقاء سلامت در جنوب شرق کشور

محمد رضا واعظ مهدوی^{*۱}

^۱ بنیاد همدلان آینده نگر ایران، همدلان آینده نگر سیستان و بلوچستان (هاسب)، پژوهشکده عدالت در سلامت، دانشگاه شاهد، تهران، ایران

دریافت مقاله: ۱۴۰۴/۰۶/۰۴ پذیرش مقاله: ۱۴۰۴/۰۸/۰۸

چکیده

زمینه و هدف: استان سیستان و بلوچستان به‌عنوان پهناورترین استان جنوب شرق ایران با موقعیت جغرافیایی ویژه و جمعیت نسبتاً جوان، از لحاظ شاخص‌های توسعه‌ای، زیرساختی و بهداشتی در برابر میانگین ملی دارای شکاف‌های قابل توجهی است. این مطالعه با هدف تحلیل وضعیت سلامت و شناسایی چالش‌های اصلی بهداشت و درمان استان و همچنین بررسی اثرات متغیرهای اجتماعی سلامت و تغییر اقلیم بر ابزارها و خدمات سلامت انجام شد.

روش‌ها: این مطالعه از مرور و تحلیل گزارش‌های رسمی و پژوهشی مرتبط با سلامت و توسعه در استان استفاده کرده است. داده‌های ثانویه از بنیاد همدلان آینده‌نگر سیستان و بلوچستان (هاسب)، بنیاد پیشنهادی و گزارش‌های وزارت بهداشت و سازمان‌های مرتبط بهداشت و درمان جمع‌آوری و تحلیل شدند. با تمرکز بر شاخص‌های سلامت، شبکه بهداشتی-درمانی، و زیرساخت‌های بهداشت، به‌طور توصیفی-تحلیلی فاصله با میانگین ملی و اثر عوامل فرابخشی بررسی گردید. گزارش‌ها حاکی از احداث و تکمیل برخی زیرساخت‌های بهداشتی است (مثلاً بیش از ۴۰۰ خانه بهداشت، نزدیک به ۱۰۰ مرکز جامع سلامت و بهبود شبکه بهداشتی-درمانی، تکمیل ۴ بیمارستان با ۶۱۲ تخت‌خواب در چهار شهر) و نیازهای فوری در حوزه‌های بیمارستانی به‌ویژه در منطقه جنوب استان مطرح می‌شوند.

یافته‌ها: شاخص‌های سلامت و توسعه در استان به‌طور معنی‌داری پایین‌تر از میانگین ملی است؛ فاصله‌ای در حدود چند سال در برخی شاخص‌ها وجود دارد (مثلاً امید به زندگی)؛ جمعیت جوان استان با فشارهای سلامت و دسترسی محدود به خدمات پایه سلامت مواجه است؛ کمبودهای کلیدی در زیرساخت‌های بهداشتی و فضای درمانی، به‌ویژه در مناطق جنوبی، و نیاز به توسعه سریع مجموعه‌ای از خدمات سلامت مشاهده می‌شود؛ چالش‌های عمده بهداشت و درمان شامل مرگ‌ومیر و معلولیت ناشی از تصادفات، بیماری‌های واگیردار، سوء‌تغذیه و وجود ملاحظات جمعیتی-اجتماعی (مهاجرت، اعتیاد، بیماری‌های ژنتیک/خانوادگی) است؛ تغییر اقلیم و مسائل آب و اقلیم خشک با بیابان‌زایی و سیلاب‌های محتمل می‌تواند بارهای سلامت را تشدید کند و نیازمند مداخلات فرابخشی در حوزه‌های آب‌خیزداری و مدیریت محیطی است.

نتیجه‌گیری: برای ارتقای سلامت و کاهش نابرابری در سیستان و بلوچستان، ضروری است توسعه زیرساخت‌های بهداشتی و درمانی با سرعت بیشتری انجام شود، شبکه بهداشتی-درمانی تکمیل و تجهیزات و فضاهای بیمارستانی تقویت گردد، و مداخلات فرابخشی با تمرکز بر مدیریت منابع آب، تغییر اقلیم و بهبود شرایط اجتماعی سلامت اجرا شود. سیاست‌گذاری‌ها باید به سمت تقویت ظرفیت‌های اجرایی در شهرستان‌ها، بهبود دسترسی به خدمات پایه سلامت و پاسخ‌گویی مناسب به چالش‌های جمعیتی و محیطی حرکت کند.

کلیدواژه‌ها: سیستان و بلوچستان، سلامت عمومی، شبکه بهداشتی-درمانی، خانه بهداشت، تغییر اقلیم، متغیرهای اجتماعی سلامت.

* نویسنده مسئول: محمد رضا واعظ مهدوی

آدرس: بنیاد همدلان آینده نگر ایران، همدلان آینده نگر سیستان و بلوچستان (هاسب)، پژوهشکده عدالت در سلامت، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.

ایمیل: mh_mahdavi@yahoo.com

مقدمه

استان سیستان و بلوچستان به عنوان پهناورترین استان در ناحیه جنوب شرق کشور واقع شده است. این استان ۱۲۱۰ کیلومتر مرز خاکی با دو کشور پاکستان و افغانستان و ۳۷۰ کیلومتر مرز آبی در کرانه‌های شمالی دریای عمان و از شمال به استان خراسان جنوبی، از جنوب به دریای عمان، از شرق به کشورهای پاکستان و افغانستان و از غرب به استان‌های هرمزگان و کرمان محدود شده است.

مساحت استان ۱۸۷۵۰۲ کیلومترمربع است که ۱۱/۵ درصد از وسعت کشور را برمی‌گیرد. براساس سرشماری عمومی سال ۱۳۹۰ تراکم نسبی استان ۱۲/۵ نفر در هر کیلومترمربع بوده است که از این لحاظ یکی از کم تراکم‌ترین استان‌های کشور محسوب می‌شود. میزان این شاخص در سال ۱۳۸۵ برابر ۱۳ نفر در هر کیلومترمربع بوده است. کل مرزهای استان حدود ۱۵۸۰/۲ کیلومتر یعنی معادل یک ششم از کل مرزهای جمهوری اسلامی ایران می‌باشد. طول مرزهای استان با کشور افغانستان نیز ۲۸۸/۵ کیلومتر یعنی معادل یک سوم از کل مرز ایران با افغانستان و طول مرزهای مشترک استان با کشور پاکستان ۹۲۱/۷ کیلومتر بوده که کل مرز مشترک ایران و پاکستان را تشکیل می‌دهد. طول مرزهای آبی استان با ساحل دریای عمان ۳۷۰ کیلومتر است.

استان سیستان و بلوچستان از دو منطقه شمالی و جنوبی تشکیل شده است:

- (شمال استان)، نگینی است برآمده از آبرفت‌های رودخانه هیرمند، که بزرگ‌ترین دریاچه آب شیرین جهان را در خویش جای داده است. شریان حیاتی منطقه یعنی هیرمند نوسانات سالانه قابل ملاحظه‌ای را نشان می‌دهد. وزش بادهای ۱۲۰ روزه که از اواخر بهار تا پایان تابستان می‌وزد در خشکی محیط موثر است. منطقه شمال استان شامل شهرستان‌های زاهدان، میرجاوه، زابل، زهک، نیمروز، هامون و هیرمند می‌باشد.

- (جنوب استان)، تنوع اقلیمی‌اش را با دریای عمان گره زده است. این وادی دارای طبیعتی کوهستانی می‌باشد. مناطق جنوبی استان با توجه به مجاورت با دریای عمان و بهره‌گیری از بادهای موسمی اقلیم متفاوتی دارند. بالا بودن میانگین دما و پایین بودن نوسانات آن از مشخصه‌های اساسی اقلیم منطقه است. با توجه به پایین بودن نزولات جوی و عدم وجود منابع برفی کوهستانی اکثر جریان‌ات رودخانه‌ای، موقتی و فصلی بوده و در بخش وسیعی از استان منابع محدود آب‌های زیر زمینی تنها امکانات تأمین آب محسوب می‌شوند. وجود مخروط آتشفشانی تفتان با ۳۹۴۱ متر ارتفاع در شمال بلوچستان مرکزی، شرایط اقلیمی متنوع و جالبی را فراهم آورده است. منطقه جنوب استان از شهرستان‌های خاش، سراوان، سیب و سوران، مهرستان، ایرانشهر، بمپور، سرباز، دلگان، نیکشهر، قصرقند، فوج، چابهار و کنارک تشکیل می‌گردد.

همجوارگی استان با دو کشور افغانستان و پاکستان با وجود

بازارهای مصرف بی رقیب از یک سو و شرایط خاص حاکم بر آن کشورها از سوی دیگر، این استان را از اهمیت بسیاری برخوردار ساخته است. از سوی دیگر منطقه سیستان در حال حاضر به دلیل مواجهه با خشکسالی‌های پی در پی و قطع آب هیرمند به دلیل عدم تمکین کشور مقابل به موافقت نامه‌های دو جانبه و عدم رعایت حق آبه جمهوری اسلامی ایران، دچار مشکلات و چالش‌های فراوانی در بخش‌های اقتصادی و اجتماعی خود گردیده است.

ایجاد شرایط و امکانات لازم به منظور تغییر روند مذکور و حفظ و ماندگاری جمعیت به ویژه جمعیت جوان و تحصیل کرده در منطقه، در برون رفت سیستان از وضعیت فعلی بسیار تاثیرگذار خواهد بود. اگرچه در سال‌های اخیر اقدامات بسیار ارزنده و مفیدی در این خطه برای جبران کاستی‌ها و مشکلات موجود انجام گرفته است، لیکن برون رفت کامل از وضعیت موجود و برنامه‌ریزی برای توسعه اقتصادی منطقه، نیازمند اقدامات و توجه بیشتری می‌باشد.

استان سیستان و بلوچستان، در میان ۳۱ استان کشور دارای رتبه اول جمعیت کمتر از ۱۵ سال است و به نوعی جوان‌ترین استان کشور است اما به لحاظ شاخص‌های زیرساختی و توسعه‌ای در بخش‌های مختلف مانند اقتصاد، راه و حمل و نقل، آموزش و بهداشت، تأمین اجتماعی، درآمد سرانه و فرهنگ و هنر در میان استان‌های کشور نه تنها از میانگین کشوری پایین‌تر است بلکه فاصله این شاخص‌ها با میانگین کشوری نیز بسیار زیاد است به نحوی که در اغلب موارد کمتر از نصف میانگین کشوری است. این فاصله چشمگیر شاخص‌های توسعه‌ای و زیر ساختی این استان با دیگر مناطق کشور نشان‌دهنده نابرابری چشمگیر در برخورداری از مواهب توسعه و به نوعی عدم ایفای حقوق شهروندی برای این منطقه محروم کشور است. مروری بر این شاخص‌ها وضعیت توسعه نیافتگی استان سیستان و بلوچستان را نسبت به سایر استان‌ها واضح‌تر می‌سازد. این استان دارای بالاترین درصد فقر بر اساس آخرین گزارش سامانه رفاه ایرانیان و پایین‌ترین رتبه شاخص امید به زندگی در بدو تولد در سال ۱۳۹۵ را بین ۳۱ استان کشور می‌باشد. در جنوب شرق ایران، این مفهوم با امنیت پایدار گره خورده است، جایی که امنیت نه تنها به معنای نبود تهدیدات نظامی، بلکه شامل امنیت اقتصادی، اجتماعی، زیست‌محیطی و بهداشتی است (۱).

در دهه‌های اخیر، تغییرات اقلیمی جهانی و عوامل محلی مانند مدیریت ناکارآمد منابع، منجر به بحران‌های جدی شده است. بحران کم‌آبی یکی از برجسته‌ترین چالش‌هاست که ریشه در کاهش بارندگی، خشک شدن رودخانه هیرمند و تالاب هامون دارد. تالاب هامون، که زمانی منبع حیاتی آب، کشاورزی و شیلات برای مردم سیستان بود، اکنون به دلیل سدسازی‌ها در افغانستان و تغییرات آب و هوایی، به بیابانی خشک تبدیل شده است (۲). این امر نه تنها اقتصاد محلی را فلج کرده، بلکه مهاجرت اجباری جمعیت را افزایش داده و امنیت اجتماعی را تهدید می‌کند. بر اساس گزارش‌ها، سطح آب زیرزمینی در دشت‌های سیستان سالانه ۵۰ تا

بسیج، به عنوان نیروی مردمی، در تأمین امنیت مرزها، محرومیت‌زدایی و خدمات سلامت مشارکت دارد. در این میان به خصوص نقش بسیج و نیز قرارگاه‌های بسیج مردمی در سازماندهی، جذب منابع و محرومیت‌زدایی در منطقه چشم‌گیر است. فرمانده قرارگاه سازندگی منطقه شرق کشور در جلسه هیات مدیره بنیاد هاسب در روز ۲۵ خرداد ۱۴۰۴ اظهار داشت سردار شهید حسین سلامی فرمانده کل سپاه پاسداران انقلاب اسلامی شخصاً فعالیت‌های قرارگاه محرومیت‌زدایی و سازندگی بسیج را پیگیری و هدایت می‌کرده است. نیروی زمینی سپاه با ایجاد پاسگاه‌های مرزی، امنیت پایدار را تقویت کرده است و بسیج سازندگی در پروژه‌های عمرانی، توزیع بسته‌های معیشتی، مدرسه‌سازی، تأمین لوازم التحریر، آب رسانی روستایی، آبیاری نوین و خدمات جهادی سلامت، نقش کلیدی ایفا می‌کند. در دوران کووید-۱۹، بسیج ۶۵-۷۵ درصد مناطق حاشیه‌ای را پوشش داد.

در این مقاله نخست اهمیت نابرابری در شاخص‌های توسعه و تاثیر آن بر روند سامان فضایی توسعه منطقه جنوب شرق (آمایش سرزمین) محرومیت و نابرخورداری در حوزه بهداشت و درمان تبیین شده است و در مرحله بعد افق‌های تغییر اقلیم طی ۵۰ سال آینده با استفاده از اسناد و مدارک ملی و بین‌المللی مورد بررسی قرار گرفته و بر اهمیت اقدام پیشگیرانه در ساماندهی مسائل درون بخشی و برون بخشی (به عنوان مصداقی از متغیرهای اجتماعی سلامت: SDH)؛ با هدف استمداد و طلب یاری از بسیج تاکید گردیده است.

حکمرانی و اهمیت عدالت؛ عوامل مخدوش‌کننده عدالت در جامعه

شاید در طول تاریخ، بعد از تأمین نیازهای اساسی، بشر با هیچ دغدغه‌ای به اندازه دغدغه «عدالت» مواجه نبوده است. عدالت یک مفهوم فطری برای نوع بشر است و انسان‌ها همواره از بی عدالتی در رنج بوده‌اند. پیام اصلی پیامبران الهی نیز بعد از توحید، عدالت و تحقق حق برخورداری همه انسان‌ها از نعمات الهی بوده است:

إِنَّ اللَّهَ يَأْمُرُ بِالْعَدْلِ وَالْإِحْسَانِ وَإِيتَاءِ ذِي الْقُرْبَىٰ ، وَيَنْهَىٰ عَنِ الْفَحْشَاءِ وَالْمُنْكَرِ وَالْبَغْيِ، يَعِظُكُم لَعَلَّكُمْ تَذَكَّرُونَ (نحل / ۹۰).
فَلَذَلِكَ فَادَعُ أَوْاسْتَقِمْ كَمَا أَمَرْتُ وَلَا تَتَّبِعْ أَهْوَاءَهُمْ، وَقُلْ: أَمَنْتُ بِمَا أَنْزَلَ اللَّهُ مِنْ كِتَابٍ، وَأُمرْتُ لِأَعْدِلَ بَيْنَكُمْ، اللَّهُ رَبُّنَا وَرَبُّكُمْ، لَنَا أَعْمَالُنَا وَلَكُمْ أَعْمَالُكُمْ، لَا حِجَّةَ بَيْنَنَا وَبَيْنَكُمْ، اللَّهُ يَجْمَعُ بَيْنَنَا وَإِلَيْهِ الْمَصِيرُ (شوری / ۱۵).

عدالت یکی از مهمترین آرمان‌های بشری و هدف والای نهضت‌های انبیاء بوده است. پیامبر گرامی اسلام برای برقراری عدالت اجتماعی اهتمام فراوان داشتند و امیرالمومنین علی (ع) شهید راه عدالت خوانده شده‌اند. امروزه عدالت در سلامت مهمترین چالش نظام‌های سلامت است و نابرابری در عرصه سلامت در هیچ یک از نظام‌های سلامت پسندیده و قابل قبول نیست. مطالعات فراوان نشان داده است که بی عدالتی از مهمترین عوامل تهدید

۸۰ سانتی‌متر افت می‌کند، که این مسئله منجر به بیابان‌زایی گسترده شده است (۳). همچنین، بادهای ۱۲۰ روزه سیستان، که با سرعت بالا همراه هستند، ذرات ریزگرد را تا سطوح خطرناک (بیش از ۳۰۰۰ میکروگرم بر مترمکعب) افزایش می‌دهند، که این میزان بیش از ۶۰ برابر حد مجاز سازمان جهانی بهداشت است. این ریزگردها نه تنها سلامت تنفسی ساکنان را تهدید می‌کنند، بلکه بر کشاورزی، دامداری و اکوسیستم تأثیر منفی می‌گذارند و منجر به افزایش بیماری‌های قلبی-عروقی، تنفسی و حتی اختلالات روانی مانند افسردگی در میان حاشیه‌نشین‌ها می‌شوند (۴).

چالش‌های زیست‌محیطی در جنوب شرق ایران فراتر از مرزهای ملی است و جنبه‌های بین‌المللی دارد. بحران‌های زیست‌محیطی مانند خشکسالی و ریزگردها، بحران‌های جهانی محسوب می‌شوند که بر امنیت ملی و روابط همسایگی تأثیر می‌گذارند. پایداری محیط زیست در فرآیند توسعه، با ارزیابی مداوم و ادغام اصول پدافند غیرعامل، ضروری است. در ایران، اندیشه توسعه پایدار با تمرکز بر پیوند امنیت و محیط زیست، نیازمند رویکردهای نوین است تا چالش‌هایی مانند بیابان‌زایی و آلودگی را مدیریت کند (۵،۶).

در کنار چالش‌های زیست‌محیطی، تهدیدات زیستی نیز امنیت جنوب شرق را تهدید می‌کند. تهدیدات زیستی شامل بیماری‌های عفونی، بیوتروریسم و عوامل زیستی عمدی یا غیرعمدی است که می‌توانند بر جمعیت، اقتصاد و زیرساخت‌ها تأثیر بگذارند (۷). در ایران، پدافند زیستی به عنوان بخشی از پدافند غیرعامل، بر شناسایی، پیشگیری و پاسخ به این تهدیدات تمرکز دارد (۸). نظام عملیاتی پدافند زیستی کشور، شامل سطوح کشف، تشخیص، مقابله و بازسازی است. تهدیدات زیستی جزو پنج تهدید اصلی جهانی هستند و در جنوب شرق، با توجه به مرزهای طولانی و مهاجرت، ریسک بالاتری دارند. برای مثال، شیوع بیماری‌هایی مانند مالاریا یا لیشمانیوز، که ناقلین آن‌ها با تغییرات اقلیمی افزایش می‌یابند، نیاز به نظام دیده‌بانی قوی دارد. پدافند زیستی در حوزه سلامت، دام، آب، غذا و محیط زیست تقسیم‌بندی می‌شود و نقش فعالی در مقابله با تهدیدات دارد (۹-۱۱).

سلامت عمومی در جنوب شرق ایران با نابرابری‌های ساختاری مواجه است. عدالت سلامت، که به معنای توزیع عادلانه منابع بهداشتی است، در این منطقه پایین است. ضریب جینی توزیع پزشکان عمومی در سیستان و بلوچستان از میانگین کشوری پایین‌تر است. تعداد پزشکان عمومی در مقایسه با میانگین کشوری کمتر است. تخت‌های بیمارستانی نیز نابرابر توزیع شده و استان در شاخص‌های سلامت مانند مرگ و میر مادران و کودکان، وضعیت نامناسبی دارد. این نابرابری‌ها ریشه در محرومیت تاریخی، تمرکز منابع در مراکز شهری و کمبود زیرساخت‌ها دارد. علاوه بر این، ریزگردها و کم‌آبی بر سلامت تأثیر می‌گذارند و منجر به افزایش ۴۵-۶۵ درصدی بستری‌های تنفسی در کودکان می‌شوند (۱۲-۱۴). نقش بسیج در توسعه و امنیت جنوب شرق برجسته است.

یک روز کاری، غروب که به خانه برمی‌گشتند، به دیدار بستگان می‌رفتند و شرایط عمومی زندگی مردم هم دستخوش استرس و تنش نبود. امروز، سبک جدید زندگی که نقطه مقابل روال قدیم است، گسترش بیماری‌ها و مخدوش شدن سلامت و به تبع آن، افزایش هزینه‌ها را تشدید کرده است. در شرایطی که سرعت افزایش منابع تأمین سلامت، از سرعت افزایش هزینه‌ها کمتر است، قهرآ رقابت برای به دست آوردن منابع تشدید می‌شود و البته در این رقابت فزاینده، برنده‌ها افراد قوی‌تر و افراد دارای روابط بیشتر و افراد بهره‌مند از انواع رانته‌ها و مزایا هستند و بازنده‌ها، افراد محروم و ضعیف‌تر خواهند بود. لذا در شرایط تشدید رقابت‌ها، فاصله طبقاتی بین غنی و فقیر و همچنین فاصله سلامتی افراد دارا و افراد نادر، افزایش می‌یابد و بنابراین، شکاف ایجاد شده بر اثر اختلاف طبقاتی و بی‌عدالتی، عمیق‌تر و عمیق‌تر می‌شود.

به همین دلیل، امروز، مفهوم عدالت در سلامت، اهمیتی بسیار بیشتر از گذشته پیدا کرده است و به موازات آن، چالش مهم نظام‌های سلامت، این شده است که برای برخورداری همگانی از خدمات سلامت و کاهش فاصله برخورداری‌ها و افزایش دسترسی همگانی چه باید کرد (۱۹)؟

فقر، مهم‌ترین نمود بی‌عدالتی و عارضه توسعه نامتوازن و عدم توزیع عادلانه ثمرات رشد و پیشرفت جوامع است. توسعه نامتوازن به این معنی است که ثروت‌ها و ظرفیت‌های اجتماعی به طور یکسان و برابر بین همگان توزیع نمی‌شود. برخی «برخوردار» و برخی «نا برخوردار» می‌شوند. این نابرابری می‌تواند نابرابری در درآمد، نابرابری در سواد و علم و دانش، نابرابری در سلامت، و نابرابری در دیگر عرصه‌های حیات اجتماعی انسان‌ها را شامل شود.

در آموزه‌های اسلامی، «انفاق» برای مقابله با فقر پیشنهاد و تاکید شده است. انفاق از ریشه «نفق» می‌باشد و نفق یعنی چاله؛ انفاق یعنی پر کردن چاله‌ها؛ یعنی انفاق تا آنجا باید پیش برود که در جامعه چاله‌ها یا فواصل شدید اجتماعی و درآمدی وجود نداشته باشد. به عبارت دیگر سیاست «انفاق» با سیاست «رفع نابرابری‌های اجتماعی» منطبق است.

در سال‌های اخیر، جهان با چالش‌های جدید و پرمخاطره‌ای مواجه شده است. عوارض ناشی از توسعه نامتوازن و نامتقارن جهان و بخصوص آسیب‌های وارده به محیط زیست و از جمله، آلودگی هوا، افزایش دمای کره زمین و آثار تغییر اقلیمی، تغییر سبک زندگی، مصرف غذاهای نامناسب و فست فودها، افزودنی‌های غذایی، بی‌حرکی و کاهش فعالیت فیزیکی، شب بیداری‌ها، استرس و نابرابری‌های اجتماعی، نگرانی‌های بابت جنگ‌ها و مشکلات اقتصادی و آینده بشریت، پیدایش بیماری‌های جدید مثل کرونا یا بازگشت بیماری‌هایی همچون سل و مالاریا که در گذشته تصور می‌کردیم مهار شده‌اند؛ علی‌رغم دستاوردهای ارزنده علم و تکنولوژی برای بشر، مجموعه‌ای از رخدادهایی را شکل داده‌اند که آثار استرس‌زایی بر ارگان‌های مختلف بدن ایجاد می‌کنند. تاثیرات

کننده سلامت است. مکانیسم‌های متعددی برای این اثر بیان شده و در مقالات متعددی از بنیان‌گذاران مورد تحلیل قرار گرفته است. فقر و نابرابری‌های اجتماعی موجب ایجاد نوعی استرس در موجودات زنده اعم از حیوان و انسان می‌شود که به استرس مزمن (Chronic Stress) و یا استرس اجتماعی (Social Stress) موسوم گردیده است. این استرس با فعال کردن محور HPA و ترشح گلوکوکورتیکوئیدها در سطح پایه‌ای که توسط مکانیسم پس نورد منفی ACTH مهار نمی‌گردد (Cortisol Scape / فرار کورتیزولی)، آثار بیولوژیک گسترده‌ای بر سیستم‌های مختلف بدن منجمله سیستم‌های ایمنولوژیک بر جای می‌گذارد. انواع استرس‌های مزمن شامل فقر، نابرابری، مشکلات خانواده رفتاری- اجتماعی به مرور عملکرد مغز و بدن را دچار اختلال کرده و سبب بروز انواع بیماری‌ها و شتاب در روند پیری می‌شوند (۱۵-۱۸).

مفهوم و هدف عدالت در سلامت، برخورداری یکسان همه انسان‌ها از خدمات سلامت و برون‌داد سلامت است. مثال مهم در تبیین این مفهوم و هدف، این است که امروزه امید به زندگی در یک کشور آفریقایی مثل سیرالیون ۴۷ و در لسوتو حداکثر ۵۰ سال ولی در کشوری مانند ژاپن ۸۴ سال است. چرا مردمی که در سیرالیون به دنیا می‌آیند، نمی‌توانند بیش از ۴۷ سال امید به زندگی داشته باشند ولی در ژاپن امید به زندگی به ۸۴ سال رسیده است؟ این تفاوت، غیر منصفانه، غیر اخلاقی و غیر عادلانه است. دلیل این نابرابری چشمگیر، شرایط بد زندگی، سوتغذیه، بی‌عدالتی‌های اجتماعی و خدمات بهداشتی درمانی ناکافی در این کشورهای محروم است.

اخلاق انسانی، آرمان بین‌المللی بشری و همچنین رسالت انبیا، ایجاب می‌کند که همه انسان‌ها به اندازه یکسان حق حیات داشته باشند، همه انسان‌ها حق برخورداری از مواهب خلقت و مواهب هستی داشته باشند، همه انسان‌ها فرصت برخورداری از دستاوردهای علم و تکنولوژی و پیشرفت بشری را داشته باشند.

عواملی که منجر به برخورداری نابرابر عده‌ای از انسان‌ها و انحصارگری عده‌ای دیگر می‌شود، همان "عوامل مخدوش کننده عدالت" در جامعه هستند. در همین راستا "عدالت در سلامت" یکی از شاخه‌های مهم عدالت اجتماعی است. امروزه نظام‌های سلامت در سطح جهانی با چالش‌های بسیار جدی و جدیدی مواجه شده‌اند؛ طول عمر و امید به زندگی افزایش یافته و جمعیت جهان به سمت سالمندی می‌رود که همین فرایند، هزینه‌های بسیار زیادی برای نظام‌های سلامت ایجاد کرده است. علاوه بر این، به دنبال رشد تکنولوژی پزشکی، درمان‌ها و داروهای جدیدی کشف و تولید و تجویز می‌شود که این‌ها هم هزینه بر هستند. در کنار این پدیده-ها، سبک زندگی بشر هم دستخوش تغییر شده؛ در سالیان دور، افراد از خانه تا محل کار، پیاده می‌رفتند و از طریق کار و فعالیت و تحرک بدنی، سوخت و ساز بدن بالا می‌رفت، تغذیه و غذای مردم، سالم بود و هوا آلوده نبود و آب شرب هم پاکیزه بود، مردم بعد از

سیستان و بلوچستان؛ نابرابری در شاخص‌ها؛ سامان فضایی توسعه (آمایش)

امروز مهمترین ناترازی در جهان، ناترازی در حیات است. چنانکه امروزه امید به زندگی در بعضی از کشورها با کشورهای دیگر فاصله زیادی دارد و به عنوان نمونه، در کشور لسوتو امید به زندگی ۵۱/۴۸ و در آفریقای مرکزی ۵۲/۳۱ سال؛ ولی در ژاپن ۸۴/۴۶ سال است در حالی که این ۳۲ سال تفاوت، نه از نظر اخلاقی و نه از نظر انسانی قابل توجیه نیست.

ما بر اساس همان رویکرد فطری عدالت محور به تحلیل ناترازی در امید به زندگی ایرانیان به عنوان مهمترین شاخص حیات بشری پرداختیم. این تحلیل به ما نشان داد که امید به زندگی در استان‌های مختلف کشور بین ۶۷ سال در استان سیستان و بلوچستان، تا ۷۶/۲ سال در استان البرز و ۷۶/۰۵ سال در استان تهران متفاوت است. البته در طول سال‌های بعد از پیروزی انقلاب، دستاوردهای بسیار ارزنده‌ای در حوزه سلامت داشتیم و امید به زندگی که در آستانه پیروزی انقلاب حدود ۵۱/۲ سال بود و در فاصله سال‌های ۱۹۶۰ تا ۱۹۷۹ فقط دو سال افزایش (از ۴۹/۵ به ۵۱/۲ سال) داشت، در فاصله سال‌های ۱۹۸۰ تا ۱۹۸۸ و ظرف ۸ سال، با وجود شرایط انقلاب و مشکلات سال‌های آغازین دهه ۱۳۶۰ و جنگ و محاصره اقتصادی و کاهش درآمدهای نفتی، از حدود ۵۱/۲ سال به ۶۱/۶ سال رسید. این افزایش، در طول سال‌های بعد نیز کمابیش ادامه یافته و در سال ۱۹۹۷ به ۶۹/۵ و سال ۲۰۰۳ به ۶۹/۸ سال رسید.

ناشی از این رخدادها و نیز افزایش تمایلات راحت طلبی و تجمل دوستی؛ سلامتی و رفاه و آرامش بشر را در مخاطره قرار داده است؛ و شرایطی را ایجاد کرده است که هزینه‌ها و مصارف انسان‌ها را بسیار افزایش داده است.

سرعت این افزایش هزینه‌ها از افزایش درآمدها فزونی گرفته و شرایطی ایجاد کرده است که رقابت برای دریافت این منابع بسیار تشدید یافته است (۲۰).

در دنیای امروز، برنده این رقابت تشدید یافته چه کسانی خواهند بود؟ برندگان، کسانی هستند که قوی ترند و روابط بیشتری دارند و به رانت‌های مختلف اجتماعی وصل هستند. به همین دلیل در شرایط فزونی مصارف و نیازها بر منابع و امکانات و تشدید رقابت برای دریافت منابع محدود، بخش اعظمی از منابع به قدرتمندان و توانگران اختصاص می‌یابد و محرومان و فقرا (و نیز ساکنان مناطق محروم و دور از ساختارهای قدرت) منابع کمتری را در دسترس خواهد داشت و بدین ترتیب نابرابری‌ها افزایش می‌یابد!

به همین دلیل؛ امروزه نابرابری؛ چالش مهم نظام‌های اجتماعی در تمام کشورهاست. با توجه به این چالش، تحقق عدالت اجتماعی و کاهش نابرابری‌های منطقه‌ای، مهمترین راهبردی است که حتی در سازمان‌های بین‌المللی دوستدار بشریت دنبال می‌شود. امروزه نابرابری در برخورداری از مواهب زندگی، مهمترین ناترازی جوامع انسانی تلقی می‌شود و اهتمام دانایان و نیک اندیشان در سراسر گیتی بر این قرار گرفته است که نا ترازیه‌ها در بین جوامع و نیز آحاد جامعه را کاهش دهند (۲۳-۲۱).

جدول-۱. شاخص توسعه انسانی در جمهوری اسلامی ایران ۲۰۰۳-۱۹۶۰

سال	۱۹۶۰	۱۹۸۰	۱۹۸۸	۱۹۹۷	۲۰۰۳
نرخ باسوادی بزرگسالان %	۱۴/۵	۴۱/۸	۶۱/۶	۶۹/۵	۷۷/۱
امید به زندگی (سال)	۴۹/۵	۵۱/۲	۶۱/۶	۶۹/۵	۶۹/۸
تولید سرانه (GDP) واقعی (US\$, PPP)	۱۹۸۵	۴۹۶۷	۳۷۱۵	۵۲۲۲	۷۰۰۰
رشد شاخص توسعه انسانی (HDI)	۰/۵۶۲	۰/۵۶۶	۰/۶۴۶	۰/۶۹۰	۰/۷۳۲

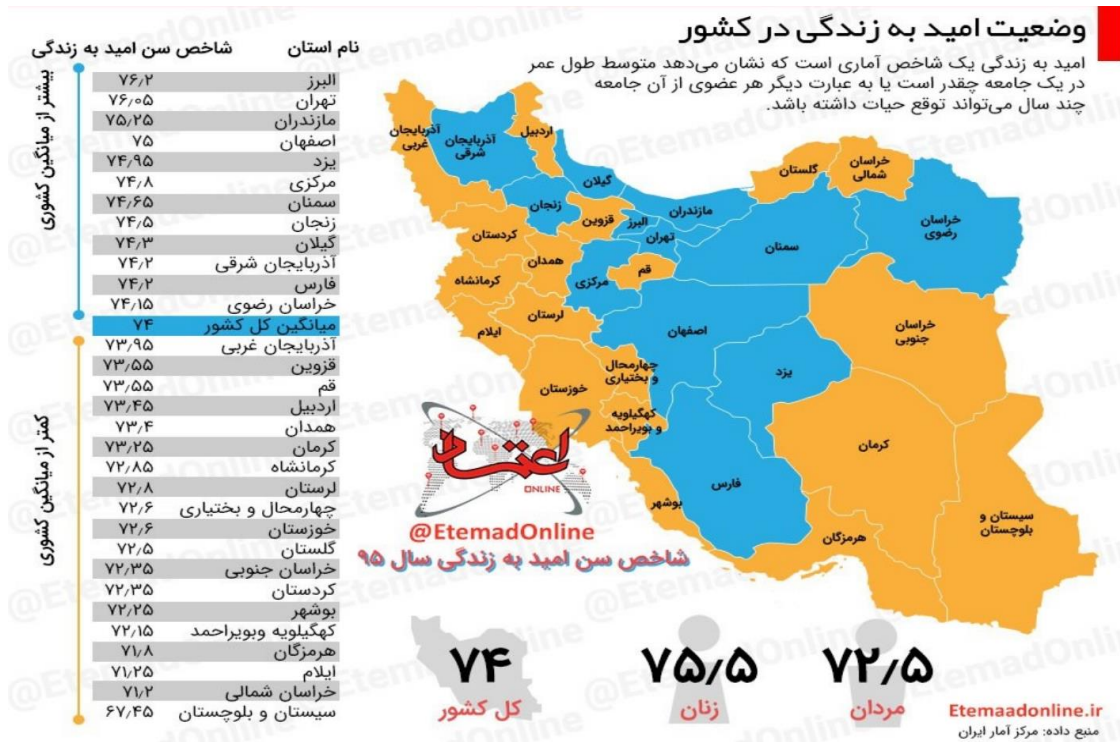
Source: HDR, 2006.

بین استان سیستان و بلوچستان و سایر استان‌های کشور مواجهیم و برطرف کردن این ناترازی، باید اولویت نخست نظام بهداشت و درمان باشد و باید تمام امکانات برای تأمین نیازهای زیرساختی و بهداشتی و درمانی استانی که نیازمند تر است، بسیج شوند. بنابراین علاوه بر دولت، بخش غیر دولتی، مؤسسات خیریه از جمله بسیج سازندگی و بنیاد هاسب هم برای برطرف کردن این ناترازی مسئول است.

• امروز استان سیستان و بلوچستان با کمبود بیش از ۵۰۰ خانه بهداشت مواجه است در حالی که استان آذربایجان شرقی در

امروز میانگین امید به زندگی در کشور به ۷۴ سال رسیده است. اما نکته مهم این است که در بررسی توزیع این شاخص در کشور، شاهدیم که مثلاً امید به زندگی در استان البرز ۷۶/۲ سال، استان تهران ۷۶/۰۵ سال، استان مازندران ۷۵/۲۵ سال، استان اصفهان ۷۵ سال، استان همدان ۷۳ سال، استان لرستان ۷۲/۸ سال، استان چهارمحال و بختیاری ۷۲/۶ سال و تقریباً در اغلب استان‌ها بین ۷۲ تا ۷۵ سال است اما در استان سیستان و بلوچستان امید به زندگی ۶۷/۴۵ سال است.

بنابراین، با یک ناترازی بسیار شدید در نرخ امید به زندگی



شکل-۱. وضعیت امید به زندگی در کشور

اولیه برای بهبود شاخص‌ها، هم آسان و هم زود بازده است. امروز در کشورهای اروپایی یا کشورهای اسکاندیناوی، امید به زندگی به حدود ۸۴ سال رسیده و افزایش هر یک سال امید به زندگی، بسیار دشوار است و اقدامات بسیار گسترده‌تری باید صورت بگیرد تا بتوانیم به کیفیت بالاتری دست پیدا کنیم. مهمترین شاخص نابرابری‌های اجتماعی و نابرابری در سلامت، امید به زندگی به عنوان یک شاخص برون داد است و این شاخص می‌تواند به بخش‌های اختصاصی‌تری همچون مرگ و میر کودکان یا مادران یا امکانات جمعیتی مثل تخت بیمارستانی تقسیم شود. امروز در ایران، میانگین کشوری تخت بیمارستانی به جمعیت ۱/۶۵ صدم است یعنی به ازای هر هزار جمعیت ۱/۶۵ تخت بیمارستانی داریم که حتی در همین بخش هم شاهد تفاوت بین استان‌ها هستیم چنانکه این شاخص در استان سیستان و بلوچستان ۰/۹۲ صدم، در استان هرمزگان ۱/۱۲ صدم، در استان مرکزی ۱/۵ و در استان یزد ۱/۵۷ است. بنابراین در دسترسی به بیمارستان هم با ناترازی مواجهیم و به همین دلیل، ساخت بیمارستان باید به سمت استان‌های دارای تعداد تخت کمتر هدایت شود. یکی دیگر از زیرشاخص‌های امید به زندگی، تعداد خانه‌های بهداشت نسبت به جمعیت روستایی است. امروز در کل کشور، به ازای هر ۱۰ هزار نفر جمعیت روستایی ۸/۵ خانه بهداشت داریم در حالی که تعداد خانه‌های بهداشت در استان سیستان و بلوچستان ۶/۸۵ صدم و در استان بوشهر ۶/۹۵ صدم است و بنابراین، در تعداد خانه‌های بهداشت هم در بعضی استان‌ها با ناترازی مواجهیم. از دیگر

سال ۱۳۷۲ و در زمان ریاست آقای دکتر پزشکیان در دانشگاه علوم پزشکی تبریز با کمبود ۵۰۰ خانه بهداشت مواجه بود که در آن زمان، با کمک همه نهادها و بسیج همکاری بین بخشی و اعتبارات وزارت بهداشت و سازمان برنامه، این کسری کاهش یافت. در واقع، شرایط امروز استان سیستان و بلوچستان مثل شرایط استان آذربایجان شرقی یا زنجان و همدان و سایر استان‌ها در سال ۱۳۷۲ است.

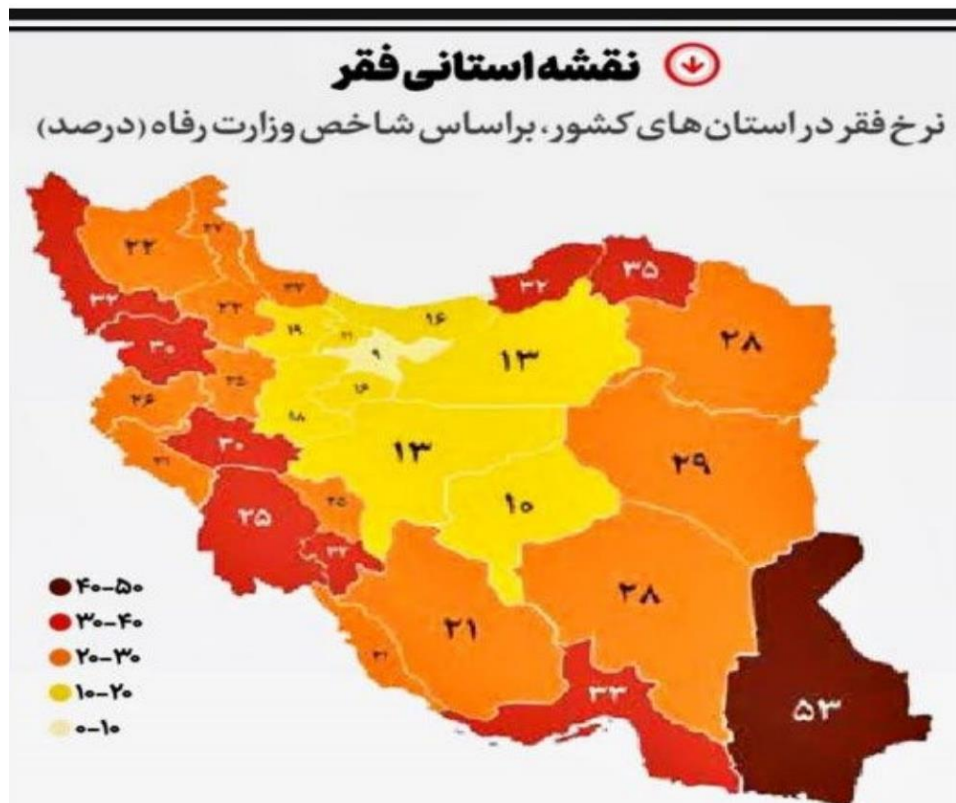
- زمانی که نرخ امید به زندگی خیلی پایین و حول و حوش ۵۲ سال بوده، عمدتاً به این علت بوده است که تعداد زیادی از کودکان در اثر اسهال و استفراغ از بین می‌رفتند و بسیاری از مادران باردار در هنگام زایمان فوت می‌کردند. یکی از دلایل افزایش امید به زندگی در سال‌های بعد از انقلاب، کاهش مرگ کودکان و مادران باردار بود. عوامل مهم این کاهش میزان مرگ و میر، ایجاد جاده و ایجاد شبکه بهداشتی درمانی و مهار بیماری‌های عفونی همچون فلج اطفال و دیفتی و وبا و کزاز و حتی افزایش باسواد بودن مادر با سواد، خیلی بهتر از یک مادر بی سواد می‌تواند حیات بچه‌اش را حفظ کند و ارتقای امید به زندگی، الزاماً مربوط به خدمات پزشکی نیست بلکه بخش مهمی از افزایش امید به زندگی، ناشی از بهبود کیفیت زندگی و افزایش درآمد و حتی پوشش شبکه برق در روستاها حاصل شده است. مجموع این اقدامات، کاهش مرگ و میر را به دنبال داشته است. حدود ۵۰ سال قبل، اغلب مادران، ۱۰ فرزند می‌آوردند به امید اینکه ۳ یا ۴ فرزند زنده بماند ولی امروز اینطور نیست. بنابراین، اقدامات

است و در این شاخص هم شاهدیم که طبق محاسبات وزارت رفاه، تعداد جمعیت زیر خط فقر در استان‌های مختلف بسیار متفاوت است. در استان تهران ۹ درصد، در استان سمنان ۱۳ درصد، در استان یزد ۱۰ درصد، در استان آذربایجان شرقی ۲۲ درصد، در استان آذربایجان غربی ۳۲ درصد، در استان خوزستان ۲۵ درصد، در استان خراسان رضوی ۲۸ درصد، در استان خراسان شمالی ۳۸ درصد، در استان کرمان ۲۸ درصد و در استان سیستان و بلوچستان ۵۳ درصد جمعیت زیر خط فقر هستند و این شاخص نشانه یک ناترازی مهم در کشور است در حالی که وضع خط فقر در تمام استان‌ها با یک خط‌کش اندازه‌گیری شده ولی در استان سیستان و بلوچستان ۵۳ درصد جمعیت زیر خط فقرند چون سطح زندگی و سطح درآمد مردم در این استان با سایر استان‌های کشور، بسیار بسیار متفاوت است.

شاخص‌های مهم، نسبت خانوارهای دارای بیمه سلامت و نسبت خانوارهای دارای بیمه اجتماعی نسبت خانواده‌های دارای فرد معلول و حتی نسبت پزشک به هزار نفر جمعیت است که در این شاخص‌ها هم با نابرابری مواجهیم. بنابراین، ناترازی‌ها باید در ابتدا در قالب شاخص‌ها مورد بررسی قرار بگیرد و مهمترین تراز؛ کاهش نابرابری در شاخص‌های توسعه و دستیابی به برابری و تحقق برخورداری همگانی بر اساس شاخص‌های توسعه کشور است. امروز در سایر حوزه‌ها و از جمله در وضعیت خط فقر و کیفیت تحصیلی و سطوح آموزش هم کمابیش با ناترازی مواجهیم.

نابرابری در جمعیت زیر خط فقر

یکی از شاخص‌های مؤثر در امید به زندگی، وضعیت خط فقر

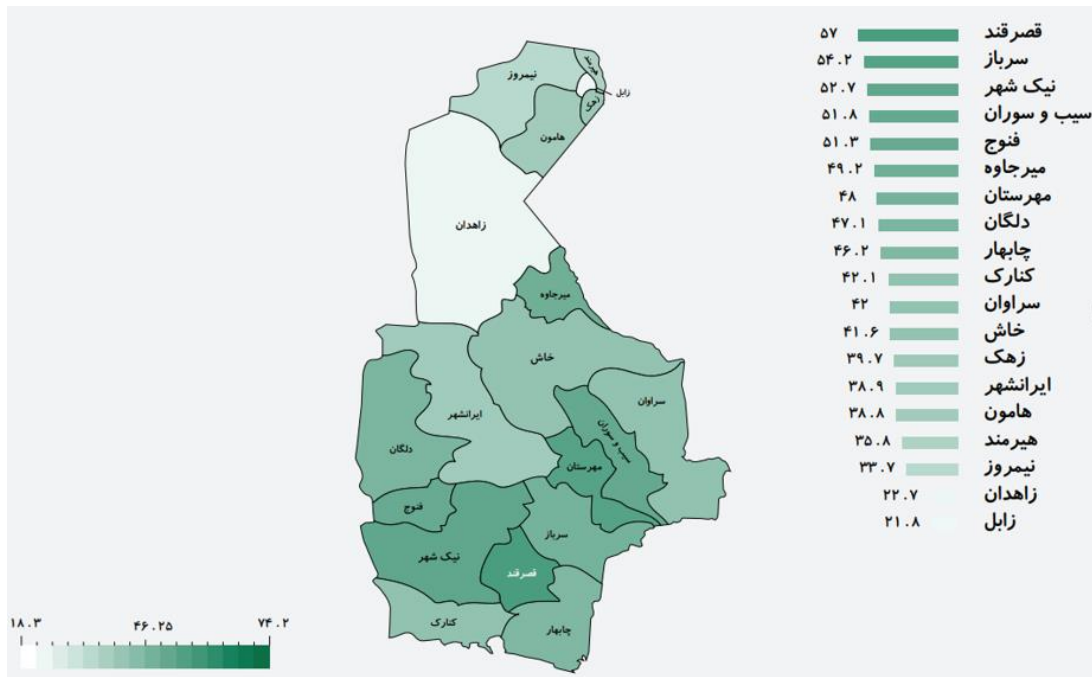


شکل-۲. نقشه استانی فقر

تحلیل شاخص محرومیت در ۶۰ شهر دارای بیشترین محرومیت؛ جلوه دیگری از این ناترازی را ظاهر می‌سازد. طبق نمودار شاخص محرومیت، بالاترین ضریب این شاخص عدد ۶ محاسبه شده است؛ (اعداد بالاتر نشان‌دهنده محرومیت بیشتر و ضرایب پایین‌تر محرومیت کمتر را نشان می‌دهد؛ بر مبنای این ضریب، شاخص محرومیت در شهرستان راسک ۶/۲۱، در سرپاز ۱/۷۷ در کنارک ۱/۷۵، در مهرستان ۱/۳۷، در شادگان ۰/۵۳، در رودبار ۰/۷۵، در قلعه گنج ۰/۵۵، در تایباد ۰/۷۱، در رودبار جنوب ۰/۷۵، در جرجان ۱/۲۳، در صدم است و اغلب استان‌ها،

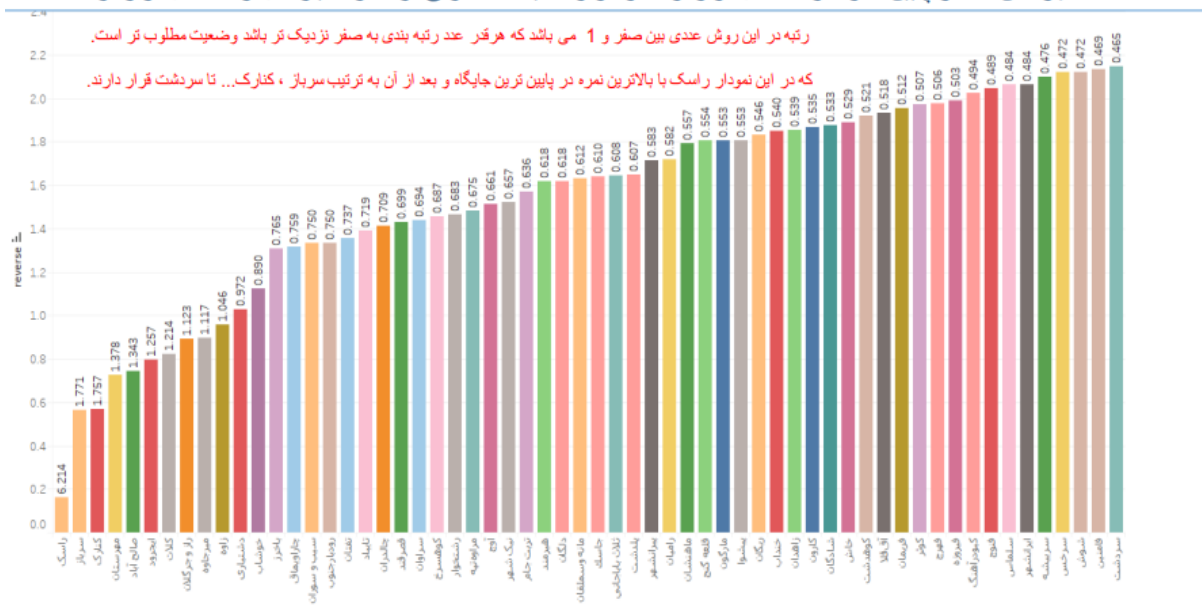
البته در بعضی شهرهای استان سیستان و بلوچستان، شمار جمعیت زیر خط فقر گاهی تا ۷۰ درصد است. تفاوت در شاخص جمعیت زیر خط فقر نشان می‌دهد که باید در سیاست‌های جبرانی به این جمعیت توجه بیشتری داشته باشیم.

بر این اساس پرداخت یارانه یکسان در کشور، منصفانه نیست و حمایت‌های اجتماعی باید بیشتر به سمت جمعیت زیر خط فقر هدایت شود. ناترازی‌های واقعی در قالب شاخص‌های نابرابری اجتماعی باید بررسی و برای رفع آن سیاستگذاری شود. ناترازی واقعی، در سطح زندگی و رفاه مردم آشکار می‌شود.



شکل-۳. بررسی میزان جمعیتی که در دو دهک پایین درآمدی قرار دارند: دو دهک معادل ۲۰ درصد جمعیت است؛ لکن چنانچه در شکل فوق مشاهده می‌شود در شهرهای قصرقند، سرپاز، نیک شهر، سیب و سوران و فنج بیشتر از ۵۰ درصد جمعیت در دو دهک پایین درآمدی واقع شده‌اند: اطلس رفاه ایرانیان؛ برگرفته از پایگاه رفاه اطلاعات رفاه ایرانیان: سیستان و بلوچستان.

60 شهرستان که در پایین جدول رتبه بندی قرار گرفته و در وضعیت نامطلوبی از نظر معیارهای رتبه بندی قرار دارند



شکل-۴. نمودار تحلیل شاخص محرومیت در ۶۰ شهر دارای بیشترین محرومیت

نمرات امتحان نهایی خرداد سال گذشته استان‌ها را به تفکیک اعلام کرد که در این نمرات هم می‌بینیم که میانگین نمرات امتحان نهایی در دانش‌آموزان در استان خوزستان ۸/۲۹ صدم، در استان همدان ۹/۱۲ صدم، در استان یزد ۱۲، در استان تهران ۱۰/۶۷، در استان سمنان ۱۱/۶۲، در استان کرمان ۹/۴۴ در استان هرمزگان ۸/۷۶ صدم و در استان سیستان و بلوچستان ۷/۷۴ صدم

یک یا دو شهر با ضریب محرومیت بالا دارند و مجموع شهرهای دارای بالاترین شاخص محرومیت در سراسر کشور ۶۰ شهر است اما از این ۶۰ شهر، بیش از ۳۰ شهر در استان سیستان و بلوچستان است (شکل ۴).
از دیگر شاخص‌های مهم در امید به زندگی، کیفیت آموزش است. وزارت آموزش و پرورش در یک اقدام قابل توجه، میانگین



شکل-۵. معدل امتحانات نهایی خردادماه ۱۴۰۲ در استان‌ها

هدف اصلی و محوری خود را «ارتقاء شاخص‌های توسعه همه مناطق نابرخوردار کشور به سطح میانگین کشوری» تعریف نموده است و با توجه به فاصله چشمگیر اکثریت قریب به اتفاق شاخص‌های توسعه‌ای استان سیستان و بلوچستان با میانگین کشوری؛ گام نخست این اهتمام را تلاش برای ارتقاء شاخص‌های توسعه این استان؛ به خصوص شاخص‌های بهداشتی و درمانی و شاخص‌های سلامت به سطح میانگین کشوری قرار داده است.

به منظور دستیابی به این هدف، با الهام از تجربیات ملی و مطالعات بین‌المللی تلاش شده است تا فعالیت‌ها در سه حیطه: (۱) جلب حمایت سیاسی و عزم مدیریتی در دستگاه‌ها و سازمان‌های دولتی؛ (۲) ترغیب نهادهای عمومی غیردولتی نظیر بنیاد مستضعفان، بنیاد برکت، دانشگاه آزاد اسلامی، سازمان تأمین اجتماعی، بانک‌ها، بسیج مسئولیت اجتماعی شرکت‌های عمومی و نظایر این‌ها، و (۳) تشویق مؤسسات خیریه و سازمان‌های مردم نهاد مشابه؛ سامان یابد. بسیج سازندگی و قرارگاه محرومیت‌زدایی و سازندگی سپاه پاسداران انقلاب اسلامی در زمره کارآمدترین و توانمندترین نهادهای تاثیرگذار در این عرصه تلقی می‌شوند.

چه باید کرد؟

الف) در بخش بهداشت و درمان: فاصله عمیق شاخص‌های کلیدی بخش بهداشت و درمان در استان سیستان و بلوچستان با سایر استان‌های کشور بیانگر محرومیت و عدم برخورداری بخش عظیمی از مردم این استان از خدمات پایه سلامت می‌باشد. توجه به ۷ سال فاصله امید به زندگی در این استان با میانگین کشوری با احتساب جمعیت حدود سه میلیون نفری این استان قریب به ۲۱

است که حتی در کیفیت آموزش هم این استان در پایین‌ترین ردیف قرار گرفته و طبیعی است که نمره امتحان نهایی ۷/۷۴ صدم به معنای شانس کمتر برای قبولی در کنکور است و این اعداد نشان می‌دهد که فرصت‌های توسعه آموزش عالی هم به طور یکسان در کشور توزیع نشده است.

بنابراین، امروز مهمترین ناترازی موجود در کشور، ناترازی در شاخص‌های توسعه است آن هم در حالی که عدالت اجتماعی، هدف مورد تاکید قانون اساسی است و شعار امیرالمومنین و هدف پیامبران، برقراری عدالت بوده و روزه ماه رمضان برای درک درد فقرا و گرسنگان است. تبیین اجتماعی مفهوم عدالت، تلاش برای برابری در شاخص‌های توسعه، کاهش نابرابری شاخص‌های توسعه، تلاش برای توسعه متوازن و توسعه همگن با هدف برخورداری متعادل و تقریباً یکسان همه ایرانیان از دستاوردهای توسعه و رفاه اجتماعی است. سعدی می‌فرماید:

"بنی آدم اعضای یکدیگرند که در آفرینش ز یک گوهرند
تو کز محنت دیگران بی غمی نشاید که نامت نهند آدمی"
تلاش برای برقراری عدالت اجتماعی و کاهش ناترازی در شاخص‌های توسعه، ویژگی ادमित و انسان بودن است.

تبیین شاخص‌های بهداشت و درمان و نابرابری‌های منطقه‌ای آن: اهمیت شاخص در تدوین راه و برنامه‌ریزی اقدام

بر اساس تحلیل نابرابری در شاخص‌های فوق و نیز بسیاری دیگر از شاخص‌های اجتماعی، اقتصادی و زیر ساختی؛ بنیاد هاسب،

درمان) باید سازماندهی و به موقع اجرا گذاشته شود (۲۴).
 ب) در فرابخش؛ حوزه های تاثیرگذار عمومی: اهمیت متغیرهای اجتماعی سلامت و جایگاه سیاست‌ها و اقدامات فرابخشی در تأمین سلامت مورد تاکید فراوان قرار گرفته و مفصلاً مستند سازی شده است (۲۵).

در منطقه شرق و جنوب شرقی کشور مهمترین چالش ایجاد کننده توسعه نیافتگی مسئله آب و اقلیم خشک و کم باران منطقه می‌باشد. بر اساس جمع بندی و تحلیل نتایج حاصل از بحران‌های مذکور و اطلاعات موجود از گزارش های بین‌المللی مربوط به تغییر اقلیم: بنیاد هاسب نسبت به دریافت مطالعات و گزارش‌های پیش‌بینی وضعیت بارندگی در ۵۰ سال آینده اقدام نموده و شرکت‌ها و محققینی که نسبت به آنالیز این گزارش‌ها مطالعاتی انجام داده بودند را گرد هم آورد و با تشکیل جلساتی با مدیران وزارت جهاد کشاورزی، سازمان برنامه‌بودجه، بنیاد مستضعفان، ستاد توسعه مکران، استانداری سیستان و بلوچستان، ادارات منابع طبیعی، وزرا و نمایندگان مجلس، افق‌های درازمدت تغییر اقلیم در منطقه را مورد بررسی و بحث قرار داد. گزارش‌های مذکور حاکی از آن هستند که جنوب شرق کشور طی ۵۰ سال آینده در معرض رخدادهای ناشی از افزایش بارندگی و بروز سیلاب، سیل، فرسایش خاک و بیابان زایی شدیدی قرار خواهد داشت.

میلیون نفر- سال، سال‌های از دست رفته عمر نسبت به میانگین کشوری را نشان می‌دهد. این شاخص‌ها ضرورت اقدام سریع در زمینه توسعه زیر ساخت‌ها و جبران کمبودهای زیرساختی در حوزه بهداشت و درمان این استان را مورد تاکید قرار می‌دهد. بنابراین نخستین گام اهتمام برای احداث بیش از ۴۰۰ خانه بهداشت، نزدیک به یکصد مرکز جامع سلامت و تکمیل شبکه بهداشتی و درمانی در این استان و نیز تسریع در تکمیل بیمارستان ۲۵۰ تختخوابی چابهار، بیمارستان ۵۰۰ تختخوابی ایرانشهر، بیمارستان ۳۲ تختخوابی پلدان، بیمارستان ۳۲ تختخوابی کلات و تأمین دیگر نیازهای زیرساختی این استان در زمینه‌های بهداشتی و درمانی می‌باشد: (طرح جامع توسعه استان سیستان و بلوچستان: گزارش کمیسیون برنامه و بودجه هیات دولت برای طرح در هیأت وزیران: کد پیشنهاد ۶۴۶۲۴؛ تاریخ تنظیم گزارش ۱۴۰۴/۰۸/۰۶)

علاوه بر این‌ها طبق بررسی‌های بنیاد همدلان آینده‌نگر سیستان و بلوچستان (هاسب) اهم چالش‌های بهداشت و درمان استان مشتمل بر: (۱) مرگ و میر و معلولیت‌های بسیار زیاد ناشی از تصادفات؛ (۲) بیماری‌های واگیر؛ (۳) سوء تغذیه؛ (۴) چالش‌های مبتنی بر ساختارهای جمعیتی (مهاجرین، اعتیاد، بیماری‌های ژنتیک و خانوادگی) می‌باشد که برای مقابله با هر یک از این چالش‌ها اقدامات اختصاصی مربوطه در حوزه بخشی (بهداشت و



شکل-۶. آب گرفتگی در روستای گنجک، شهرستان زراباد در سیل پاییز ۱۴۰۴

کاجو و باهوکلالات. سدهای احداث شده بر روی این رودخانه‌ها متشکل از ۵ سد (پیشین، شیرکرک، زبردان، خیرآباد و کهپیر) با ظرفیت ۷۶۲ میلیون متر مکعب می‌باشد. با توجه به اینکه میزان روان آب سالیانه نزدیک به ۲ میلیارد متر مکعب در سال برآورد

استان سیستان و بلوچستان دارای ۵ حوزه آبریز اصلی مشتمل بر: (۱) هامون ماشکیل؛ (۲) هامون هیرمند؛ (۳) هامون جازموریان؛ (۴) کویر لوت؛ (۵) بلوچستان جنوبی (حوزه رابج- باهوکلالات) می‌باشد. رودخانه‌های اصلی در این منطقه عبارتند از هیرمند، رابج، کهپیر،



شکل-۷. نمونه‌ای از فرسایش خندقی و ایجاد گالی در منطقه دشتیاری



شکل-۸. فرسایش خندقی که در زبان محلی به آن گرگروک می‌گویند زمین‌های کشاورزی و ساختمان‌های روستایی را در خود می‌بلعد و روستاها را نابود مضمحل، و روستاییان را آواره می‌کند.

خاک و گالی‌ها سایت بزرگی از فرسایش خندقی به وسعت ۱۳۰ هزار هکتار در منطقه دشتیاری را شکل داده‌اند.

می‌شود، چالش اصلی هدر رفت بیش از ۱۳۳۶ میلیون متر مکعب آب شیرین از این منطقه کم آب می‌باشد. علاوه بر این فرسایش



شکل-۹. تصاویری از سیل بند روستای کورکیج در منطقه دشتیاری که در اولین بارندگی سال جاری نقش موثری در حفاظت و پیشگیری از سیل و آب گرفتگی روستا ایفا کرد.

فرسایش به ۴۱ تن در هکتار بالغ گردیده است. سیلاب تنها در سال ۱۴۰۲ به ۱۴۷ روستا صدماتی بالغ بر ۱۰۰۰ میلیارد تومان وارد ساخته است. (مدیریت سیلاب و کنترل فرسایش خندقی - گالی،

روند افزایش گالی‌ها از سال ۱۳۳۶ تاکنون بسیار افزایش یابنده بوده است. به نحوی که از ۲۳۷۱ هکتار در سال ۱۳۳۶ به ۸۷۳۰ هکتار در سال ۱۳۹۹ بالغ شده است. هدر رفت خاک در اثر این



شکل-۱۰. لایروبی رودخانه و مسیل روستای هومدان؛ شهرستان زراباد؛ پاکسازی این مسیل منجر به حفاظت از این روستا در جریان بارندگی سال جاری گردید.

حفاظت از روستاهای در معرض خطر سیل موثر بوده است. لیکن این اقدامات در برابر حجم نیاز آبخیزداری و کنترل سیل هم در بالا دست و هم در پایین دست حوزه‌های سیلاب بسیار ناچیز بوده است. بررسی‌های مشترک ما با اداره کل منابع طبیعی و آبخیزداری سیستان و بلوچستان اجرای نزدیک به ۱۰۰۰ پروژه آبخیزداری با نیاز اعتباری بالغ بر ۲ تا ۳ همت را ضروری و اجتناب ناپذیر نشان می‌دهد. بدین لحاظ و با توجه به نقشی که این پروژه‌ها در پیشگیری از سیل و مدیریت صدمات ناشی از تغییر اقلیم در منطقه می‌تواند ایفا کند از بسیج سازندگی و قرارگاه محرومیت‌زدایی سپاه پاسداران برای این اقدام ضروری استمداد می‌طلبیم.

تضاد منافع: بدین وسیله نویسنده تصریح می‌نماید که هیچ‌گونه تضاد منافی در مطالعه حاضر وجود ندارد.

در حوزه بلوچستان جنوبی: مهندسین مشاور ایده پردازان توسعه، اداره کل منابع طبیعی و آبخیزداری استان سیستان و بلوچستان). بر این اساس مدیریت سیلاب در زمره اهم مسائل و استراتژی‌های پیش‌رو قرار دارد. توسعه سازه‌های آبخیزداری و پخش سیلاب تقویت مدیریت سیلاب و پایش بارش‌های شدید حفاظت خاک و کنترل گسترش گالی‌ها و استفاده از تصاویر ماهواره‌ای برای رصد مستمر بارندگی‌های فصلی اقدامات مهمی هستند که می‌تواند تهدید سیل و ایجاد فرسایش خندقی را به فرصت عمران و آبادانی و افزایش درآمد در این منطقه تبدیل کند.

بنیاد خیریه ما به سهم خود و با جلب کمک‌های خیرین تا بحال نسبت به احداث حدود ۱۰ پروژه آبخیزداری در سطح منطقه اقدام کرده است که به نوبه خود از فرسایش خاک و ایجاد گالی (که در زبان محلی به آن گرگروک گفته می‌شود) جلوگیری کرده و در

منابع

1. Khammarnia M, Ghiasvand H, Javadi F, Safdari AF. Equity in the Distribution of health resources: A Case Study in Southeast Iran. Shiraz E-Medical Journal. 2021;22(8):e106392. doi:10.5812/semj.106392
2. Istgaldi M, Hossein Zadeh R, Chamani A. The Effect of Climate Change on Production of Agricultural and Other Economic Sectors of Sistan and Baluchestan Province. Advanced Environmental Sciences. 2026;23(4):809-24. doi:10.48308/envs.2025.236441.1423
3. Ebrahimzadeh I, Esmaelnejad M. Climate changes and the role of recent droughts on agricultural economy of Sistan. Romanian Review of Regional Studies. 2013;9(1):11-22.
4. Dargahian F, Doostkamian M. A Study of Pressure Gradient during the Activity of 120-Day Winds of Sistan and its Relationship with Dust and Wind Speed in Helmand Basin, Iran. Desert. 2022;27(1):55-68. doi:10.22059/jdesert.2022.88509
5. Tahbaz M. Environmental challenges in today's Iran. Iranian Studies. 2016;49(6):943-61. doi:10.1080/00210862.2016.1241624
6. Ebadi AG, Toughani M, Najafi A, Babae M. A brief overview on current environmental issues in Iran. central Asian Journal of Environmental Science and Technology Innovation. 2020;1(1):1-11. doi:10.22034/CAJESTI.2020.01.08
7. Parhizgari N, Gouya MM, Mostafavi E. Emerging and re-emerging infectious diseases in Iran. Iranian Journal of Microbiology. 2017;9(3):122-42.
8. Gholamhosseini A, Banaee M, Sinha R, Zeidi A, Faggio C. Bio-concentration of heavy metals in marine crustaceans' hemolymph: insights from Oman Sea, Iran. International Journal of Environmental Science and Technology.

- 2025;22(6):4321-34. doi:10.1007/s13762-024-05931-y
9. Moghaddasi H, Arani LS, Zarghi A. Features of bioterrorism information system. *Journal of Bioterrorism and Biodefense*. 2018;9(162):2. doi:10.4172/2157-2526.1000162
 10. Bellard C, Marino C, Courchamp F. Ranking threats to biodiversity and why it doesn't matter. *Nature Communications*. 2022;13(1):2616. doi:10.1038/s41467-022-30339-y
 11. Mousavi A, Ardalan A, Takian A, Ostadtaghizadeh A, Naddafi K, Bavani AM. Climate change and health in Iran: a narrative review. *Journal of Environmental Health Science and Engineering*. 2020;18(1):367-78. doi:10.1007/s40201-020-00462-3
 12. Mojiri A, Ahmadi K. Inequality in the distribution of resources in health care system by using the Gini coefficient and Lorenz curve (A case study of Sistan and Baluchestan province over a five-year period). *Payesh (Health Monitor)*. 2022; 21(3):227-36. doi:10.52547/payesh.21.3.227
 13. Shahraki M, Ghaderi S. Inequality in distribution of physician and general practitioner in Sistan and Baluchestan province, Iran (2009-2017). *Payesh (Health Monitor)*. 2020;19(2):177-86. doi:10.29252/payesh.19.2.177
 14. Sefiddashti SE, Arab M, Ghazanfari S, Kazemi Z, Rezaei S, Karyani AK. Trends of geographic inequalities in the distribution of human resources in healthcare system: the case of Iran. *Electronic physician*. 2016;8(7):2607-13. doi:10.19082/2607
 15. Seeman T, Epel E, Gruenewald T, Karlamangla A, McEwen BS. Socio-economic differentials in peripheral biology: Cumulative allostatic load. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2010;1186(1):223-39. doi:10.1111/j.1749-6632.2009.05341.x
 16. McEwen BS. Sex, stress and the hippocampus: allostasis, allostatic load and the aging process. *Neurobiology of Aging*. 2002;23(5):921-39.
 17. Heidary F, Vaeze Mahdavi MR, Momeni F, Minaii B, Rogani M, Fallah N, et al. Food inequality negatively impacts cardiac health in rabbits. *PloS One*. 2008;3(11):e3705. doi:10.1371/journal.pone.0003705
 18. Moradi F, Vaezmahdavi M, Ahmadiani A, Roghani M, Delshad AA, Mojarab S, Altiraihi T. Social instability, food deprivation and food inequality can promote accumulation of lipofuscin and induced apoptosis in hepatocytes. *World Applied Science Journal*. 2012;20(2):310-8. doi:10.5829/idosi.wasj.2012.20.02.3660
 19. Shahed University, Health Justice Research Center, Founding Statement.
 20. Vaez Mahdavi MR. Poverty, Inequality and Social Welfare. Sepideh Danaei. 2025. No. 183. Available from: <https://www.magiran.com/p2884618>
 21. Ezoji A, Arani AA, Vaez Mahdavi MR, Jahangard E. The impact of human capital (health and education) on labor productivity; a composite model approach-a case study of Iran. *Iranian Economic Review*. 2019;23(2):373-97. doi:10.22059/ier.2019.70287
 22. Kiadaliri AA, Asadi-Lari M, Kalantari N, Jafari M, Mahdavi MR, Faghihzadeh S. Absolute and relative educational inequalities in obesity among adults in Tehran: Findings from the Urban HEART study-2. *Obesity Research & Clinical Practice*. 2016;10:S57-63. doi:10.1016/j.orcp.2015.05.002
 23. Cheraghian B, Nedjat S, Mansournia MA, Majdzadeh R, Mohammad K, Vaez-Mahdavi MR, Faghihzadeh S, Mehrizi AA, Asadi-Lari M. Different patterns of association between education and wealth with non-fatal myocardial infarction in Tehran, Iran: A population-based case-control study. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*. 2015;29:160.
 24. Statement Identifying and Removing Barriers to Health Equity. Statement of the General Assembly of the Academy of Medical Sciences. 2025.
 25. Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet*. 2005;365(9464):1099-104. doi:10.1016/s0140-6736(05)71146-6
 26. Mohammad Reza Vaez Mahdavi in conversation with Ali Mirzaei, Sistan and Baluchestan, awaiting sustainable development: *Negah-e-No Quarterly*, 2020. No. 127, pp. 39.