نشریه فرهنگ و ارتقای سلامت فرهنگستان علوم پزشکی
سال چهارم، شماره دوم، تابستان ۹۹، صفحات ۱۳۱ تا ۱۴۰

مقاله مروری

عوامل اجتماعی سلامت

سیدعلیرضا مرندی[1*]

چکیده

زمینه و هدف: عوامل اجتماعی تأثیرگذار بر سلامت، ریشه بی‌عدالتی‌ها در تأمین سلامت افراد جامعه می‌باشند. این عوامل، در ابتلابه بیماری‌های واگیر و غیرواگیر جامعه نقش دارند. عوامل بیولوژیک و ژنتیک فقط در حد ۱۵ درصد، نظام سلامت در حدود ۲۵ درصد و عوامل اجتماعی در ۵۰ درصد و در تعدادی از مطالعات، ۷۵ درصد در سلامت افراد تأثیرگذارند. در این نوشتار، تأثیر عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت مورد بحث قرار می‌گیرد.

روش: این پژوهش، یک مطالعه مروری با استفاده از منابع معتبر داخلی و بین‌المللی و ثبت دیدگاه‌ها و تجربیات نویسنده می‌باشد.

یافته‌ها: عوامل اجتماعی شامل عوامل اقتصادی، فرهنگی، زیست محیطی، اجتماعی و سیاسی است. سلامت مردم خیلی بیش از آنکه به مراقبت‌های پزشکی متکی باشد به عوامل و پدیده‌های اجتماعی ارتباط دارد. تأثیر عوامل عدیده اجتماعی در امر سلامت جوامع مختلف متفاوت بوده و در نتیجه شاخص‌های سلامت در بین کشورها و حتی در درون کشورها اختلاف فاحشی دارند. چندین راهکارهای برای کنترل عوامل مؤثر بر سلامت پیشنهاد می‌گردد: کنترل بیماری‌های کشنده و اصلاح سیستم سلامت، برخورد با فقر، بهبود بخشیدن شرایطی که مردم در آن زندگی و کار می‌کنند، اولویت هزینه در سلامت در مقایسه با تکنولوژی پیچیده پزشکی، لزوم برنامه‌ریزی و نظارت بر بخش خصوصی.

نتیجه‌گیری: برای تأمین عدالت در سلامت انجام دو اقدام ضروری به نظر می‌رسد. احیا و توسعه شبکه بهداشتی ـ درمانی کشور و پرداختن هر چه بیشتر به عوامل اجتماعی سلامت که سهم حداقل ۵۰ درصدی در ارتقای سلامت جامعه و افراد دارد. اجرایی کردن این دو اقدام بسیار ارزشمند که موجب استقرار عدالت در سلامت می‌شود، نیازمند عزم ملی، مشارکت مردم و همکاری‌های بین بخشی است.

کلید واژه‌ها: سلامت، عدالت، عوامل اجتماعی

مقدمه

در اساسنامه سازمان بهداشت جهانی مفهوم سلامت محدود به بیمار نبودن نیست؛ بلکه بالاترین حد سلامت جسم، روان و رفاه اجتماعی است. در سال ۱۳۶۲ هیئت اجرایی سازمان بهداشت جهانی به پیشنهاد نماینده کشور نروژ بعد معنوی سلامت را هم به عنوان چهارمین بعد سلامت مورد تصویب قرار داد. این موضوع در اجلاس سالیانه سازمان بهداشت جهانی به تصویب رسید.

عدالت در سلامت و تأمین آن به عنوان شاخصی برای سنجش ارزش‌گذاری دولت‌ها برای مردم کشورشان محسوب می‌شود. مفهوم عدالت در سلامت عبارت از برخورداری آحاد مردم از حد اعلای سلامت است که به‌طور طبیعی شامل همه ابعاد جسمی،روانی، معنوی و رفاه اجتماعی می‌شود. عوامل اجتماعی تأثیرگذار بر سلامت، ریشه بی‌عدالتی‌ها در تأمین سلامت افراد جامعه است. عوامل اجتماعی در ابتلا به بیماری‌های واگیر و غیرواگیر جامعه نقش دارند(۱). هدف از تدوین این مستند تأکید بر اهمیت عوامل اجتماعی در سلامت افراد و توجه به آن در سیاست‌گذاری‌ها است.

بیان مسئله

زمانی که بیماری سارس در هنگ کنگ برسلامت سایر کشورها تأثیر می‌گذارد، آنگاه که موارد بیماری فلج اطفال در نیجریه، کشورهای عاری از فلج اطفال را در فواصل دور و نزدیک مورد تهدید قرار می‌دهد، وقتی HIV/AIDS ثبات کل قاره‌ای را چنین تهدید می‌کند، دیگر نمی‌توان فقط به تعاریف زیست پزشکی سلامت تکیه کرد و یا به راه‌حل‌هایی که از این طریق ارائه می‌شود بسنده کرد. سلامت برای تأمین امنیت شخصی و جمعی از اهمیت خاصی برخوردار است. مسئله امنیت فقط به تهدیدهای بیولوژی، محدود نمی‌شود. فقر شدید علاوه بر اینکه خیلی از افراد را تهدید می‌کند، خود زمینه مساعدی برای سایر تهدیدها نظیر جنگ، تروریسم و خشونت است. در جریان جنگ‌ها و درگیری‌های مسلحانه، نباید امکانات و تأسیسات مربوط به سلامت مورد تعرض قرار گیرد ولی این امکانات و افرادی که در آن محل کار می‌کنند، مورد هدف قرار می‌گیرند. مراکز غیرنظامی و مرتبط با سلامت نظیر تصفیه‌خانه‌های آب آشامیدنی در معرض حمله هستند و

۱. * نویسنده مسئول: استاد ممتاز دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، عضو پیوسته و رییس فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-10-10]

به‌طور طبیعی آثار آن برای جامعه و به‌خصوص سلامت مردم بسیار زیاد است. پرواضح است که جوامع بیمار، توان لازم را در همه زمینه‌ها و ازجمله برای دفاع از خود از دست می‌دهند.

عوامل مؤثر بر سلامت

به منظور تأمین، حفظ و ارتقای سلامت باید نگاهی جامع و همه‌جانبه نسبت به سلامت داشت. عوامل بیولوژی و ژنتیک فقط در حد ۱۵ درصد، مجموع خدمات پزشکان، گروه پزشکی، سیستم ارائه خدمات بهداشتی - درمانی کشورها اعم از خصوصی و دولتی، دانشگاه‌ها و وزارت بهداشت حدود ۲۵ درصد و نقش عوامل اجتماعی متجاوز از ۵۰ درصد در سلامت افراد تأثیرگذارند. این توضیح لازم است که در پاره‌ای مطالعات نقش عوامل اجتماعی را تا ۷۵ درصد ذکر می‌کنند. منظور از عوامل اجتماعی، شرایطی است که انسان در آن متولد شده، رشد، زندگی و کار می‌کند و پا به سن می‌گذارد. عوامل اجتماعی اعم از عوامل اقتصادی، فرهنگی، زیست‌محیطی، اجتماعی و سیاسی است. از جمله عوامل اجتماعی می‌توان از تکامل سال‌های اول زندگی[1]، میزان سواد و تحصیلات افراد، اشتغال، محیط کار، جنسیت، فقر، تغذیه، مسکن، محل سکونت (همسایگی، محله، روستا، شهر، حاشیه شهر)، محیط زیست، حمل‌ونقل و تردد، تفریح، میزان نفوذ اجتماعی و ... نام برد(۲). سلامت تحت تأثیر وضعیت اجتماعی است و حتی در ثروتمندترین کشورها، مردم فقیرتر به‌طور قابل‌توجهی طول عمر کوتاه‌تر و بیماری بیشتری نسبت به افراد ثروتمند دارند. این تفاوت‌ها، حساسیت سلامت را نسبت به محیط اجتماعی نشان می‌دهد. در حقیقت سلامت مردم خیلی بیش از آنکه به مراقبت‌های پزشکی متکی باشد به عوامل و پدیده‌های اجتماعی ارتباط دارد. نظیر: امنیت غذایی و تغذیه؛ دسترسی به آب سالم و دفع بهداشتی فضولات؛ محیط و شرایط زندگی در اوایل دوران کودکی؛ مسکن و محل زندگی؛ حمل و نقل؛ اشتغال و وضعیت کار کردن؛ حمایت اجتماعی، جنگ و درگیری و غیره(۳).

این امر غیرقابل انکار است که وضعیت اجتماعی مردم در سلسله مراتب اجتماعی که برپایه ثروت، تحصیلات، جنس، نژاد، محل سکونت (شهر، روستا، محله، حاشیه شهرها) و غیره استوار است، به صورتی جدی وضعیت سلامت آنان را شکل می‌دهد .برای مثال زنان، نوجوانان و کودکان در جهان در مجموع از سلامت نازل تری برخوردارند، که علت آن تبعیض اجتماعی و عدم برابری امکان دسترسی آنان به خدمات بهداشتی ـ درمانی است. زن و مرد از نظر بیولوژی و از نظر نقش و مسئولیتی که جامعه به عهده آنان می‌گذارد و نیز از نظر جایگاه آنان در خانواده و جامعه با هم تفاوت دارند. این نقش‌ها و مسئولیت‌ها تأثیر خیلی زیادی بر علل، عواقب و سیر بیماری‌ها و سلامت افراد دارد و باید پیوسته مورد توجه قرار گیرد. به نحوی که برخی جنس را به عنوان عامل اجتماعی تأثیرگذار بر سلامت معرفی می‌کنند(۴).

در اجلاس سال ۱۳۸۸ سازمان بهداشت جهانی، وزرای بهداشت همه کشورها تصویب کردند که همه دولت‌ها، پوشش و ارائه مراقبت‌های اولیه سلامت را به آحاد مردم در دستورکار خود قرار دهند و برای نیل به عدالت در سلامت، پرداختن به عوامل اجتماعی سلامت را که دست کم ۵۰ درصد سلامت جامعه و افراد به آن وابسته است عملیاتی کنند. آنان همچنین تصویب کردند که دولت‌ها تلاش کنند تا نوع و نحوه ارائه مراقبت‌ها براساس نیاز جامعه بوده و دولت‌ها پاسخگوی مردم باشند و مدیران حوزه سلامت به جای اعمال مدیریت به صورت عمودی، از طریق جلب مشارکت مردم، مسائل سلامت را رهبری کنند. همچنین دولت‌ها مکلف شدند تا موضوع سلامت جامعه را در همه سیاست‌ها و مصوبات دولت ملحوظ نموده و اعمال کنند(۵).

تحولاتی که طی دهه‌های اخیر در تکنولوژی پیچیده پزشکی و داروسازی به وجود آمده است، علاوه بر اینکه هزینه‌های طاقت‌فرسا، بر جامعه و نظام سلامت وارد می‌کنند؛ نقش کمتر از ۴ درصد در سلامت دارد و این در حالی است که همانطوری که پیش از این اشاره شد، نقش عوامل اجتماعی سلامت بیش از ۵۰ درصد می‌باشد.

نمودارهای ۱ و ۲، نقش پررنگ عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت را نشان می‌دهد. منحنی اول مربوط به مطالعه میزان مرگ ناشی از بیماری سل در کشور انگلیس بین سال‌های ۱۸۵۵ و ۱۹۵۶ میلادی است. نمودار نشان می‌دهد که کاهش سریع میزان مرگ ناشی از سل در انگلستان خیلی قبل از کشف آنتی‌بیوتیک‌ها و داروهای ضد سل و نیز واکسن ب ث ژ اتفاق افتاد.

نمودار ۲ مربوط به کاهش میزان مرگ کودکان زیر یکسال (IMR) در کشور استرالیا در بین سال‌های ۱۸۸۱ و ۱۹۷۵ میلادی است. این نمودار هم نشان می‌دهد که کاهش IMR در استرالیا خیلی قبل از زمان کشف انواع واکسن‌ها و آنتی‌بیوتیک‌ها اتفاق افتاد.

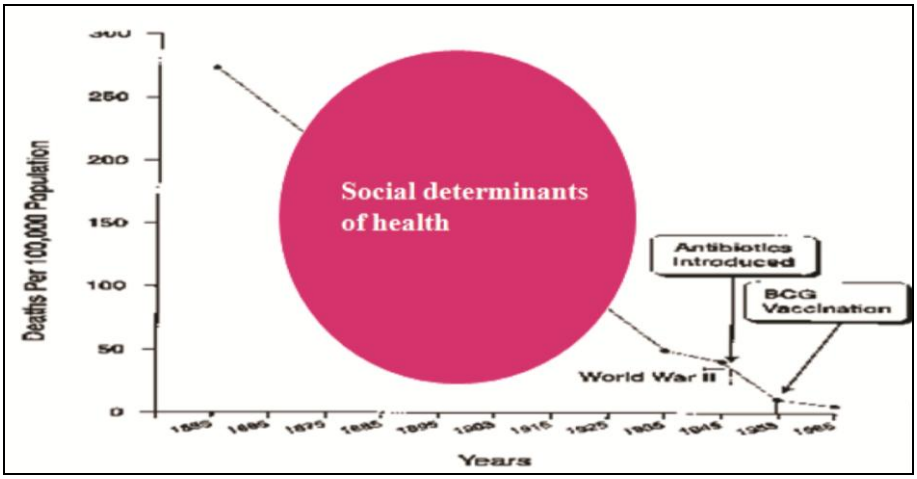
نمودار ۳ که کاهش میزان مرگ را از سال ۱۷۵۰ تا ۲۰۰۰ میلادی نشان می‌دهد، حاکی از آنست که بهبود وضعیت تغذیه و سالم‌سازی آب، از خیلی قبل و خیلی بیشتر از دسترسی به خدمات مدرن پزشکی مرگ‌ومیر را کاهش داده می‌دهد.

مشکلات سلامت از درون جوامع

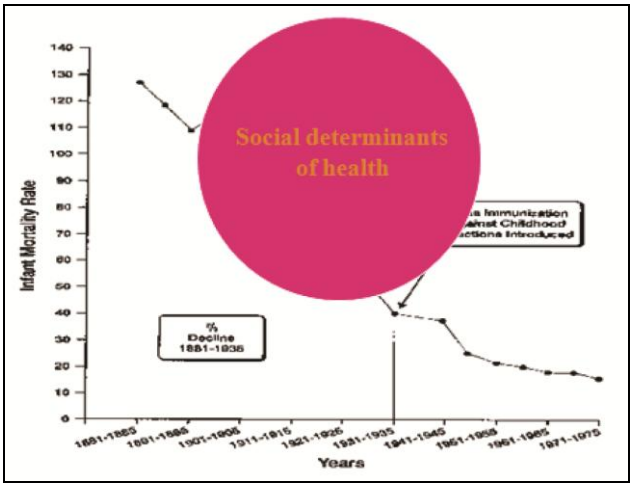
Kenneth Newell از مدیران WHO در کتاب "Health by the People" که در سال ۱۳۵۴ منتشر شد نوشت که ما با مطالعه اقدامات انجام شده در ارتباط با سلامت در آفریقا، آسیا و آمریکای جنوبی نشان دادیم که بسیاری از «علل» مشکلات معمولی در ارتباط با سلامت از خود جوامع نشأت می‌گیرد و مداخله بخش بهداشت به‌تنهایی اغلب بی‌اثر است و اقدامات خارج از بخش

1. Early Child Development (ECD)

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-10-10]



نمودار ۱



نمودار ۲

سلامت شاید اثرات بیشتری داشته باشد تا مداخلات بهداشتی به‌تنهایی در همان سال سازمان بهداشت جهانی و یونیسف در زمینه راه‌های جایگزینی برای رسیدگی به نیازهای اولیه سلامت در کشورهای درحال‌توسعه نشریه‌ای منتشر کرده و در آن توجه را به نقاط ضعف برنامه‌های عمودی مربوط به بیماری‌ها جلب کردند. در این قبیل برنامه‌ها به تکنولوژی توجه شده ولی به عدم احساس مالکیت توسط جامعه بی‌توجهی به عمل آمده است. نشریه مزبور تأکید کرد که عوامل اجتماعی نظیر فقر، مسکن نامناسب و فقدان آموزش، ریشه‌های واقعی گرفتاری‌های مربوط به سلامت در کشورهای درحال‌توسعه است.

عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت

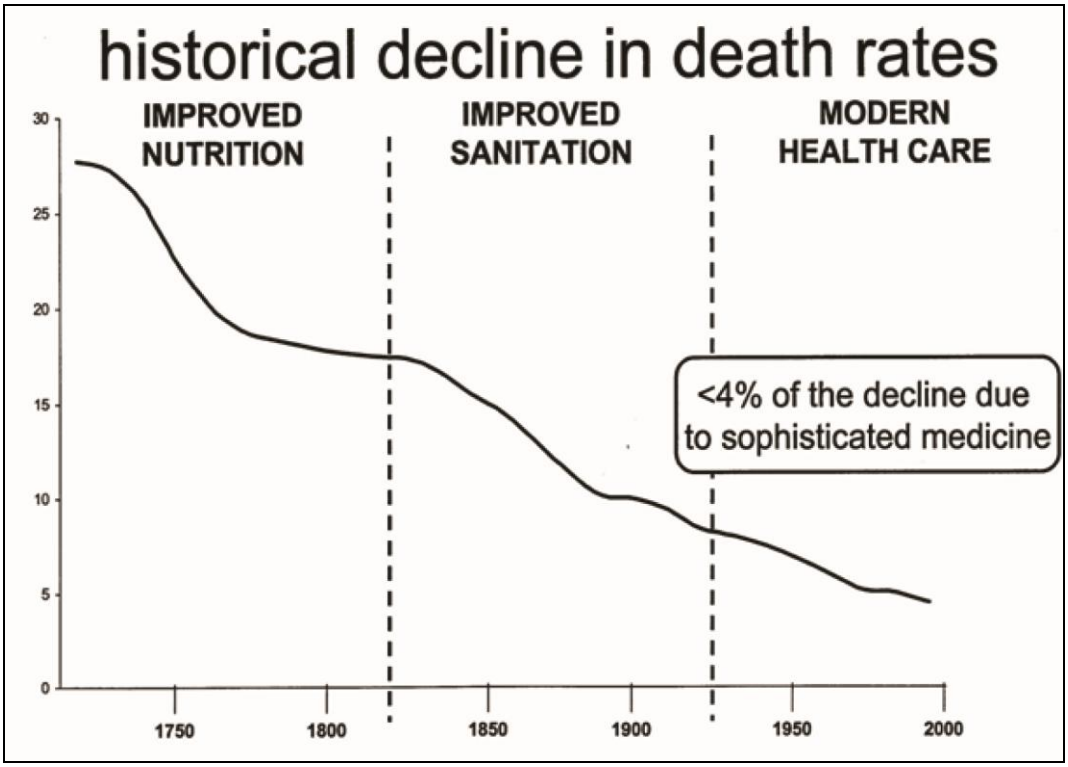
۱. عوامل اقتصادی

سلامت به صورت پیچیده‌ای با وضع اقتصادی مرتبط است. افراد سالم قدرت فراگیری بیشتری دارند، کسب درآمد برای آنان آسان‌تر است، به جامعه بیشتر منفعت می‌رسانند و بهتر می‌توانند از افراد سالمند و از کودکان مراقبت کنند و نیز سالم‌تر زندگی می‌کنند. افرادی که از درآمد بالاتری برخوردارند، به‌طور طبیعی دسترسی بیشتری به اطلاعات بهداشتی، مراقبت‌های بهداشتی - درمانی، غذاهای مغذی، آب آشامیدنی سالم و دفع بهداشتی، فضولات دارند و در محیط‌های سالم تر، زندگی می‌کنند. آنان به محض بیمار شدن به مراقبت‌های لازم پزشکی و تکنولوژی بالای تشخیصی و درمانی دسترسی دارند. افراد فقیر به پاره‌ای و یا تمام امکانات فوق دسترسی محدودی دارند، هنگامی‌که بیمار شوند، دسترسی آنان به سیستم بهداشتی- درمانی با تاخیر صورت گرفته و اغلب بسیار اولیه است و اقدامات تشخیصی و درمانی، درصد خیلی بیشتری از درآمد خانواده را به خود اختصاص می‌دهد. تشخیص کسالت در مراحل پیشرفته‌تر بیماری صورت می‌گیرد، و در نتیجه آمار مرگ و میر افراد فقیر خیلی بالاتر است. در مطالعه‌ای درایران نشان داده شد مناطق با تولید ناخالص داخلی پایین، مرگ‌ومیر بیشتری دارند(۶) .در بسیاری از نقاط جهان یک بیماری فاجعه‌انگیز قادر است خانواده‌هایی را که با زحمت می‌توانند زندگی معمولی داشته باشند به ورطه فقر بکشاند اثرات هم‌افزایی درآمد و سلامت، محدود به کشورهای در حال توسعه نیست. در کشورهای صنعتی بسیار پیشرفته هم همین امر در مورد افراد فقیرتر ودر مورد اقلیت‌ها صحت دارد.

۲. عوامل سیاسی

سلامت یک مسئله سیاسی بوده و در حقیقت عنصر کلیدی بسیاری از سیاست‌ها است. عدم دسترسی به خدمات بهداشتی - درمانی می‌تواند موجب سلب اعتماد و حمایت مردم از مسئولان شود و یا برعکس موجب حمایت جدی مردم از دولت شود. ارائه مراقبت‌های بهداشتی درمانی، گران بوده تأمین اعتبارات مورد نیاز پیوسته امر مشکلی است .صرف‌نظر از اینکه مقدار تولید ناخالص ملی چقدر باشد، بی‌عدالتی در دسترسی به خدمات بهداشتی - درمانی منجر به تهدید سلامت افراد می‌شود. آنان که از نظر

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-10-10]



نمودار ۳

اقتصادی، اجتماعی و سیاسی نفوذ کمتری دارند همان افرادی هستند که از حمایت‌های دیگر اجتماعی هم برخوردار نیستند وکمترین دسترسی را هم به خدمات بهداشتی درمانی دارند.

مسئولان کشورهای درحال توسعه، بسیاری اوقات در سخنرانی‌ها اظهار می‌دارند که باید ارائه خدمات بهداشتی - درمانی را به روستاها و نقاط محروم کشور توسعه داد ولی در عمل، توجه بیشتر آنان و به‌طور عمده به مراکز درمانی شهرها و آن هم شهرهای بزرگتر معطوف است. اغلب این قبیل کشورها بیش از نیمی از اعتبارات ملّی مربوط به سلامت را صرف بیمارستان‌ها و خرید تجهیزات و وسایل گران قیمت پزشکی می‌کنند که گیرنده اصلی این گونه خدمات اغلب طبقه مرفه تر جامعه است. ارائه خدمات از این قبیل، معمولاً تأثیر مثبتی در بهبود وضع سلامت مردم و بهبود شاخص‌های بهداشتی جامعه نخواهد داشت.

مراقبت‌های اولیه بهداشتی که در **نشست آلماتی**، سلامت برای همه تا سال ۲۰۰۰ نامیده شد بر اصول مهمی استوار می‌باشد که یکی از این اصول، استفاده از تکنولوژی مناسب است. یعنی نوعی از تکنولوژی که برای جامعه و کشور به راحتی قابل تأمین و نگهداری و در دسترس عامه مردم بوده و جوابگوی نیازهای همگان باشد و نه اینکه فقط قشر متمکن و صاحب‌نفوذ جامعه به آن دسترسی داشته باشند. اصل اساسی دیگر از مراقبت‌های اولیه بهداشتی، ارتباط روشن و جدی بین سلامت و توسعه اجتماعی است. به خدمات بهداشتی نباید بعنوان یک مداخله زودگذر نگاه کرد، بلکه این امر یک پدیده درازمدت برای اصلاح وضعیت زندگی مردم است و به همین دلیل همکاری‌های بین بخشی از ستون‌های مهم مراقبت‌های اولیه بهداشتی به حساب می‌آید تا از این طریق بتوان به عوامل اجتماعی و زیست محیطی سلامت پرداخت. اصل فوق‌العاده مهم دیگر که در کشور ما به آن توجه لازم نمی‌شود، مشارکت مردم است. در این مقصود به‌طور مطلق مشارکت مالی نیست؛ بلکه مشارکت در برنامه‌ریزی، اجرا و نظارت یعنی عملاً در تمام مراحل مدیریتی است.

تجربیات برخی کشورها در ارتقای شاخص‌های سلامت

در سال ۱۳۶۴ کنفرانسی تحت عنوان "Good health at low cost" (بهترین سلامتی با کم‌ترین هزینه) در بنیاد راکفلر برگزار شد. این کنفرانس سه کشور چین، کاستاریکا و سریلانکا و نیز یکی از ایالت‌های هندوستان یعنی کرالا را مورد بررسی قرار داد. این کشورها با وجود تولید ناخالص داخلی پایین و سرانه بهداشتی که در مقایسه با کشورهای پردرآمد، ناچیز است توانسته بودند از وضعیت سلامت خیلی خوبی برخوردار شوند و شاخص‌های بهداشتی بسیار مناسبی داشته باشند. هرچند کشور کوبا در این کنفرانس مورد بررسی قرار نگرفت ولی این کشور هم با وجود وضع اقتصادی نامناسب توانسته است به شاخص‌های بهداشتی قابل مقایسه و در بعضی موارد بهتر از کشورهای متمکن توسعه یافته دست یابد. دلیل مشترک پیشرفت کشورهای مورد اشاره، ایجاد ارتباطات بین بخشی قوی برای رسیدگی به عوامل اجتماعی مؤثر، در امر سلامت بود که از این طریق توانستند شاخص‌های سلامت جامعه را ارتقا بخشند و به‌خصوص پاسخگوی نیازهای گروه‌های آسیب‌پذیر باشند.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-10-10]

فقرزدایی، اشتغال، رفع تبعیض‌ها ازجمله رفع تبعیض علیه زنان و دختران، اجباری کردن تحصیلات و سوادآموزی همگانی به‌خصوص برای دختران و زنان، آموزش فراگیر مسائل مربوط به سلامت در طول دوران تحصیلات، گسترش و همگانی کردن خدمات بهداشتی و درمانی با تأکید خاص بر استفاده برابر و بدون تبعیض افراد فقیر و غنی از تمامی خدمات و امکانات بهداشتی، تشخیصی و درمانی، مشارکت جامعه در تصمیم‌گیری مسائل مربوط به سلامت، و از همه مهم‌تر تعهد واقعی مسئولان به سلامت به عنوان یک هدف اجتماعی و به حساب آوردن آن به عنوان جزء مهم توسعه از علل موفقیت این دسته از کشورها است.

باید به این حقیقت توجه داشت که پیشرفت و توسعه برای انسان بوده و در عین حال انسان خود، محور توسعه است و سلامت بیشترین تأثیر را در پیشرفت به طرف توسعه دارد. اگر اصلاحات لازم در وضعیت سلامت فقیرترین افراد جامعه بوجود نیاید پیشرفت عمده در رسیدن به اهداف توسعه و ازجمله اهداف هزاره توسعه غیرقابل تصور به نظر می‌رسد.

بی‌عدالتی در سلامت

به دلیل تأثیر عوامل عدیده اجتماعی در امر سلامت میزان برخورداری از موهبت سلامت در جوامع مختلف متفاوت بوده ودر نتیجه شاخص‌های سلامت در بین کشورها و حتی در درون کشورها اختلاف فاحشی دارد. مثلاً اختلاف امید زندگی بین بعضی کشورها مثلاً ژاپن با بعضی کشورهای آفریقایی قریب به ۵۰ سال می‌باشد. در داخل کشور آمریکا اختلاف امید به زندگی بین سیاه پوست‌های فقیرو سفید پوست‌های غنی بالغ بر ۲۰ سال است. در کشور استرالیا هم اختلاف امید به زندگی بین بومی‌های آن کشور و سفیدپوستان مهاجر حدود ۱۷ سال می‌باشد .در ایران محاسبات مرکز آمار ایران اختلاف بین استان تهران و سیستان و بلوچستان را حدود ۱۰ سال تخمین می‌زند. احتمالاً اختلاف بین پایین ترین طبقات اجتماعی استان سیستان و بلوچستان با جامعه متمکن‌تر تهرانی بیش از رقم مزبور است. در تهران نیز در مناطق مختلف امید زندگی متفاوت است به نحوی که سرانه هزینه‌ها با امید زندگی همبستگی مستقیم نشان داده است(۷).

میزان مرگ‌ومیر کودکان زیر ۵ سال در کشور سیرالئون نزدیک به ۳۰۰ کودک در هر هزار تولد زنده است، در حالی که این شاخص در کشور ژاپن کمتر از ۵ در هر هزار تولد زنده، در فنلاند کمتر از ۴ و در کشور ایسلند ۳ در هزار است به عبارت دیگر هرچه سطح اجتماعی - اقتصادی در جامعه پایین باشد، مرگ زیر ۵ سال بیشتر است. مرگ و میرکودکان زیر یک سال در بیستک (یک‌پنجم)کم درآمد جامعه ایرانی معادل ۴۷/۲ در هر هزار تولد زنده است درحالی‌که (بیستک (۲۰ درصد)) غنی جامعه ۲۰/۷ در هزار می‌باشد. همچنین شیوع کوتاهی قد و کم وزن بودن کودکان که ناشی از سوءتغذیه است در مناطق روستایی خیلی بیشتر از شهرها است.

ارتباط زیادی بین تولید ناخالص ملی و طول عمر وجود ندارد. مثلاً امید زندگی در آمریکا که تولید ناخالص ملی آن چند برابر کشورهای کوبا و کاستاریکا است با کشورهای مزبور تقریبا به یک اندازه است .حتی میزان هزینه کشورها برای امر سلامت، به‌طور لزوم به معنی بهتر شدن شرایط سلامت در کشورهای مزبور نیست .برای مثال، کشور ایالات متحده آمریکا بیشتر از هر کشوری در جهان برای سلامت هزینه می‌کند ولی در سال ۲۰۰۳ میلادی از نظر امید به زندگی در بین ۳۰ کشور نام برده در ذیل در ردیف ۲۹ قرار گرفت (به ترتیب رتبه): ژاپن، هنگ کنگ، ایسلند، سویس، اطریش، سوئد، ایتالیا، کانادا، اسراییل، فرانسه، اسپانیا، نروژ، نیوزیلند، استرالیا، بلژیک، آلمان، سنگاپور، قبرس، لوکزامبورک، فنلاند، هلند، انگلستان، مالت، یونان، کاستاریکا، امارات متحده عربی، شیلی، ایرلند، آمریکا و کوبا.

مهم‌ترین خطری که سلامت و عدالت در سلامت را در کشور آمریکا تهدید می‌کند، اختلاف بین غنی و فقیر است. هرچه نابرابری اقتصادی بیشتر باشد وضعیت سلامت بدتر می‌شود. یعنی امید به زندگی کوتاه تر شده و مرگ‌ومیر، افزایش می‌یابد. تمام کشورهایی که در درجه‌بندی فوق در رتبه بالاتری قرار داشته و از وضعیت بهتری برخوردارند کشورهایی هستند که در آن اختلاف درآمد کمتری بین افراد فقیر و غنی وجود دارد. به عبارت دیگر وضعیت عدالت در سلامت در کشورهایی که مساوات طلب هستند (نظیر کشورهای اسکاندیناوی) خیلی بهتر از کشورهای سرمایه داری نظیر آمریکا است.

همانطوری که پیش از این ذکر شد، بررسی وضعیت مرگ‌ومیر ناشی از بیماری سل در انگلستان طی یکصد سال نشان می‌دهد که عمده کاهش مرگ‌ومیر در کشور مزبور متعاقب بهبود شرایط اجتماعی - اقتصادی جامعه اتفاق افتاده است. یعنی هرچه وضعیت غذا و تغذیه و شرایط زندگی مردم بهتر شد میزان مرگ‌ومیر، به همان نسبت کاهش یافت. این کاهش خیلی قبل از کشف واکسن **ب ث ژ** و داروهای ضد سل به وقوع پیوست. بررسی مرگ‌ومیر کودکان زیر یک سال در کشور استرالیا نیز در طی یکصد سال همین امر را به اثبات رساند .یعنی بهبود شرایط اجتماعی اقتصادی جامعه ازجمله بهبود وضعیت غذا و تغذیه و شرایط زندگی خیلی زودتر از کشف واکسن‌ها و آنتی‌بیوتیک‌ها موجب کاهش مرگ‌ومیر کودکان زیر یک سال استرالیا شد.

راهکارهای پیشنهادی برای کنترل عوامل مؤثر بر سلامت

تلاش بخش سلامت فقط یکی از عوامل مؤثر بر سلامت است. در حالی که عمده‌ترین تأثیر از عوامل اجتماعی و اقتصادی، نشأت می‌گیرد که بر شرایطی که مردم در آن زندگی و کار می‌کنند اثر می‌گذارد. عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، انعکاسی از وضعیت گوناگون مردم در پله‌های مختلف نردبان اجتماعی است که وضعیت مردم، خود نشأت گرفته از موقعیت، قدرت، درآمد و ثروت آنان است. هرگاه سیاست‌های اجتماعی، سلامت انسان را در مرکز قرار دهد، منجر به سلامت بهتر و نابرابری کمتر در سلامت می‌شود:

۱. یک راه برخورد با نابرابری‌های سلامت، کنترل بیماری‌های کشنده و اصلاح نظام سلامت است.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-10-10]

۲. راه دوم برخورد با فقر است که اولین هدف توسعه هزاره نیز به حساب می‌آید.
۳. سومین اقدام که کاری بسیار مهم و مکمل دو اقدام قبلی است مربوط به عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت است و آن بهبود بخشیدن شرایطی است که مردم در آن زندگی و کار می‌کنند. نابرابری‌های سلامت و بی‌عدالتی، عوامل مشترک دارند. عدم توجه به عوامل پیچیده اجتماعی، مانع رسیدن به اهداف هزاره توسعه و نیز مانع رفع نابرابری‌های سلامت می‌شود.
۴. اولویت هزینه در سلامت در مقایسه با تکنولوژی پیچیده پزشکی:نتایج مطالعات در کشورهای مختلف جهان حاکی از کاربرد و منفعت محدود تکنولوژی پیچیده پزشکی در سلامت اقلیت کوچکی از افراد جامعه است. بررسی‌های مشابه در جمهوری اسلامی‌ایران هم حکایت از همین امر دارد. در ایالات متحده آمریکا که از GDP خیلی بالا و سرانه بهداشت و درمان چندین برابر کشور ما برخوردار است، از هر یک هزار نفر جمعیت کشور، سالیانه فقط یک نفر نیازمند بستری شدن در بیمارستانی می‌شود که مجهز به تکنولوژی پیچیده پزشکی است؛ بنابراین نقش این نوع تکنولوژی در سلامت عمومی جوامع و شاخص‌های سلامت کشورها ناچیز است. همچنین به دلیل اینکه این نوع تکنولوژی سهم عظیمی از اعتبارات بهداشت و درمان کشور را می‌بلعد (فقط برای اینکه درصد بسیار محدودی از مردم که به‌طور عمده هم از قشر مرفه‌تر جامعه هستند از آن استفاده کنند)، میزان اعتبارات باقیمانده در سبد بودجه محدود بهداشت و درمان کشور برای عامه مردم ناکافی است. واضح است که این نوع هزینه کردن اعتبارات، نه تنها در راستای تأمین عدالت در سلامت نیست، بلکه منجر به افزایش بی‌عدالتی در جوامع می‌شود.

لزوم برنامه‌ریزی و نظارت بر بخش خصوصی: بخش خصوصی می‌تواند در زمینه سلامت نقش سازنده‌ای ایفا کند. لازمه این امر آن‌است که دولت بر برنامه‌ها و عملکرد بخش خصوصی و نیز روابط اقتصادی مراجعه‌کنندگان به بخش خصوصی و غیردولتی نظارت دقیق و مستمر داشته باشد. در صورتی که نظارت و کنترل لازم بر بخش خصوصی وجود نداشته باشد، سرمایه‌گذاری‌های هنگفت و غیرضرروی صرف خرید تجهیزات پیچیده پزشکی می‌شود و آنگاه سرمایه‌گذاران برای جبران استهلاک وسایل و نیز تأمین درآمد بیشتر، تلاش برای القا احساس نیازی را که اغلب فقط دلایل مادی دارد، شروع می‌کنند. این قبیل تلاش‌ها به دلیل منافعی که علاوه بر صاحبان سرمایه، نصیب کارخانه‌های سازنده، نمایندگی‌ها، واسطه‌ها و ویزیتورها می‌شود، با شدت ادامه و گسترش می‌یابد. امکان استفاده از این قبیل تجهیزات، امکانات و خدمات به‌طور انحصاری برای قشر مرفه جامعه که اقلیت کوچکی هستند مقدور است. سایر اقشار جامعه به دلیل محدودیت بضاعت مالی، یا از استفاده از امکانات مزبور محروم می‌شوند و یا مجبورند هزینه آنرا از جیب خود بپردازند که این خود دو اتفاق را در پی خواهد داشت: یکی اینکه اقشار بی‌بضاعت مجبور به استفاده از پس‌اندازهای احتمالی و فروش اموال ناچیز خود و نیز استقراض از دیگران می‌شوند که نتیجه آن سقوط به زیر خط فقر است. تجربه هم نشان داده است که آن دسته از افرادی که به دلیل مشکلات پزشکی به زیر خط فقر سقوط می‌کنند، به‌طور عملی هرگز از این ورطه هولناک نجات نمی‌یابند. اتفاق دوم آن است که القای نیازهای کاذب به مردم در نهایت موجب افزایش توصیه پزشکان به استفاده از چنین امکانات، آزمایش‌ها و داروها می‌شود و در نتیجه مردم که به راحتی امکان پرداخت این قبیل هزینه‌ها را ندارند، (بسیاری اوقات با هدایت و پیگیری فروشندگان و نمایندگی‌ها)، به شرکت‌های بیمه و دولت فشار می‌آورند که این قبیل هزینه‌ها یعنی داروهای گران قیمت، آزمایش‌ها، معاینه‌ها و خدمات پرهزینه را تحت پوشش بیمه قرار دهند. دولت‌ها هم غالباً تحت فشارهای تبلیغاتی که بسیاری اوقات از طریق تریبون‌های مختلف و رسانه‌ها انعکاس یافته و تشدید می‌شود، به جای پرداختن به امر بازسازی و گسترش شبکه بهداشتی - درمانی کشور و اجرای سیستم ارجاع که همگان را به گونه‌ای عادلانه تحت پوشش خدمات سلامت قرار داده، صرفه‌جویی اقتصادی هم به دنبال دارد و در حقیقت نوعی اصلاح الگوی مصرف است، تسلیم فشارهای مورد اشاره (که اغلب ریشه آن در مال اندوزی معدود افراد است) می‌شود. این اقدام که ظاهری خداپسندانه دارد، موجب می‌شود که سازمان‌های بیمه به نوعی ورشکستگی دچار شده و به دلیل محدودیت اعتبارات دولت، به‌طور عملی از عهده پرداخت هزینه‌های ضروری‌تر که اغلب کم هزینه‌تر بوده و مورد نیاز اکثریت افراد جامعه است برنیاید که این امر خود موجب نارضایتی گسترده مردم می‌شود. طبیعی است که به دلیل صرف هزینه در این مسیر دولت از رسالت انقلابی و عدالت گستر خود که همانا احیا و گسترش شبکه بهداشتی - درمانی کشور است باز می‌ماند.

صاحبان سرمایه که پیوسته درصدد مال‌اندوزی بیشتری هستند به این مقدار بسنده نکرده به فکر پدیده‌ای به نام توریسم درمانی یا پزشکی می‌افتند. لازمه توفیق در جذب این نوع توریست، صرف هزینه‌های بیشتر، باز هم برای خریداری تجهیزات بیشتر و گران‌قیمت‌تر پزشکی است. هر چند تعدادی از ایرانیان مقیم خارج و یا حتی تعدادی خارجی ممکن است به دلیل گرانی این نوع خدمات پزشکی در کشورهای محل اقامت به این کشور سفر کنند ولی قطعاً این میزان درآمد برای صاحبان سرمایه راضی‌کننده نیست و در نتیجه باز هم تبلیغات اقواکننده و القاکننده گسترده‌تری برای ایجاد نیاز کاذب در ذهن مردم و حتی پزشکان ادامه می‌یابد و این حلقه معیوب که منجر به رضایت اقلیتی از افراد غالباً مرفه‌تر و صاحبان نفوذ در جامعه می‌شود، موجب نارضایتی اکثریت مردم و بدتر از آن کاهش میزان سلامت عمومی و سقوط شاخص‌های بهداشت و سلامت جامعه می‌شود.

این مسیر نه تنها موجب تضعیف و اضمحلال شبکه بهداشتی - درمانی کشور شده و توده مردم را از دریافت مراقبت‌های اولیه سلامت که

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-10-10]

هدفی است متعالی باز می‌دارد، بلکه منجر به تشدید اختلاف درآمد بین پزشکان عمومی و خانواده، متخصصان داخلی، کودکان و روان‌پزشکان از یک طرف و صاحبان تخصص و فوق‌تخصص که اقدامات جراحی و یا پاره‌ای مداخلات درآمدزا را انجام می‌دهند می‌شود. این امر خود موجب تشدید تخصص‌گرایی و فوق تخصص گرایی شده، کاهش رغبت پزشکان به ادامه خدمت در قالب پزشک عمومی، داخلی، اطفال و روان‌پزشکی می‌شود. این در حالی است که حل مشکلات اساسی و زیربنایی سلامت جامعه و پرداختن به سلامت افراد به طور جامع‌تر و در عین حال کم هزینه‌تر توسط این دسته از پزشکان صورت می‌گیرد.

در نهایت، این نوع نگرش و عملکرد منجر به افزایش اختلاف طبقاتی بیشتر در جامعه می‌شود. عده‌ای از افراد متمکن و صاحبان نفوذ اجتماعی از خدمات لوکس و مدرن بهره‌مند می‌شوند و درمقابل قاطبه مردم باید به امید اینکه شاید مراکز دولتی جواب‌گوی بخشی از نیازهای پزشکی آنان باشند به این قبیل مراکز مراجعه کنند و به‌طور احتمالی به دلیل ایکه سازمان‌های بیمه کننده و دولت حمایت مالی لازم و به موقع را از این قبیل مراکز نمی‌کند، مردم مجبورند مبلغ قابل‌توجهی را از جیب خود پرداخت کنند و یا به احتمال زیاد به‌طورکلی از مراجعه صرف‌نظر کنند. طبیعی است که نتیجه تأخیر یا عدم مراجعه و یا درمان ناقص این گروه کثیر از مردم به جز تداوم بیماری، بروز انواع معلولیت‌ها و یا در نهایت مرگ زودهنگام نخواهد بود.

جالب توجه اینکه افزایش روزافزون هزینه‌های کمر شکن تکنولوژی پیچیده پزشکی از جمله دلایلی است که کشورهای آمریکا و اروپای غربی را وادار نموده است تا به طرف ارائه مراقبت‌های اولیه سلامت و توجه به عوامل اجتماعی سلامت و اعمال عدالت در سلامت گرایش روزافزون نشان دهند و برای افزایش تعداد و نیز افزایش درآمد پزشکان عمومی، کودکان، داخلی و روان‌پزشک در مقایسه با سایر پزشکان تلاش کنند.

اشاره‌ای به مراقبت‌های اولیه سلامت

همانطوری که پیش از این مطرح شد در سال ۱۳۵۶ در شهر آلمه‌آتای قزاقستان با حضور هزاران نفر کارشناس و نیز وزرای بهداشت همه کشورها و سپس در اجلاس سازمان جهان بهداشت در سال ۱۹۷۹ مسئله سلامت برای همه تا سال ۲۰۰۰ میلادی Health For All by 2000 (HFA) مصوب شد و ارائه مراقبت‌های اولیه سلامت Primary Health Care (PHC) که در حقیقت نوعی سطح‌بندی مراقبت‌های سلامت است به عنوان کلید «سلامت برای همه» به تصویب رسید.

از جمله اصول و در حقیقت ستون‌های اصلی مراقبت‌های اولیه سلامت (PHC)، باید از مشارکت فعال جامعه نام برد چون در همه زمینه‌ها، از برنامه‌ریزی تا اجرا و نظارت، مردم باید حضور فعال داشته باشند. از اصول دیگر PHC، همکاری‌ها و هماهنگی‌های بین‌بخشی است که با توجه به گستردگی عوامل اجتماعی سلامت و ارتباط آن با وزارتخانه‌ها، نهادها و ارگان‌های گوناگون، بدون مشارکت و هماهنگی همه آن‌ها نیل به مقصود ممکن نیست. اصل دیگر، استفاده از تکنولوژی مناسب است یعنی آن دسته از فن‌آوری‌ها که برای جامعه، از نظر پرداخت، ساخت و یا حداقل تعمیر فوری و بازسازی و راه‌اندازی قابل دسترس و استفاده باشد. از ستون‌های دیگر، توسعه پژوهش‌های کاربردی و تحقیقات سیستم سلامت (Health System Research) است.

برای این که مراقبت‌های اولیه سلامت هرچه فراگیرتر و کامل‌تر ارائه شده و آحاد جامعه از آن برخوردار شوند باید عوامل اجتماعی سلامت به خوبی در مراقبت‌های مزبور ادغام شده باشد. از این طریق هم نیل به عدالت در سلامت امکان پذیر می‌شود و هم امکان دسترسی به اهداف توسعه هزاره فراهم می‌شود. لازمه نیل به این مقصود یعنی ارائه مراقبت‌های اولیه سلامت به آحاد مردم، تعهد بالای سیاسی در دولت‌مردان و تصمیم‌سازان کشورها است و البته نتیجه چنین اقدامی، توزیع عادلانه امکانات، مراقبت‌های سلامت، ارتقاء سطح سلامت جامعه، بهبود شاخص‌های سلامت و برقراری عدالت در سلامت جامعه است.

هدف‌های توسعه هزاره به‌قرار زیر است

هدف اول: ریشه‌کن کردن فقر شدید و گرسنگی

برای نیل به این مقصود باید تا سال ۲۰۱۵ تعداد افرادی که با روزی کمتر از یک دلار ز ندگی می‌کنند وکسانی که از گرسنگی رنج می‌برند به نصف رسانده شود. درحال‌حاضر در جهان در حال توسعه حدود ۱/۲ میلیارد نفر با روزی کمتر از یک دلار زندگی می‌کنند. ۸۰۰ میلیون نفر دچار سوءتغذیه هستند و ۱۵۳ میلیون کودک کمتر از ۵ سال کمبود وزن دارند. نیمی از جمعیت منطقه جنوب صحرای آفریقا با فقر دست به گریبان هستند.

نسبت مردمی‌که در فقر شدید زندگی می‌کنند در جنوب صحرای آفریقا و آسیای غربی از دهه ۱۹۹۰ عملاً افزایش یافته است. دو سوم کسانی که با کمتر از یک دلار زندگی می‌کنند ساکن آسیا هستند. کشورهای شرقی و جنوب شرقی آسیا برای تأمین هدف کاهش فقر، گام‌هایی برداشته‌اند و آسیای جنوب مرکزی در حال پیشرفت است.

هدف دوم: دستیابی به آموزش ابتدایی همگانی

هدف آن است که تا سال ۲۰۱۵ همه پسران و دختران، دوره ابتدایی را تکمیل کنند. درحال‌حاضر ۱۱۴ میلیون کودک در سن آموزش ابتدایی در جهان به مدرسه نمی‌روند. بدین ترتیب از هر پنج کودک یک کودک حتی از دسترسی به بنیادی‌ترین آموزش محروم است.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-10-10]

هدف سوم: ترویج برابری جنسیتی و توانمندسازی زنان

هدف آن است که نابرابری‌های جنسیتی در آموزش ابتدایی و متوسطه با اولویت تا سال ۲۰۰۵ و در تمام سطوح تا سال ۲۰۱۵حذف شود. درحال‌حاضر حدود ۶۳ میلیون دختر در سن تحصیلات ابتدایی هنوز به مدرسه نمی‌روند و فقط در ۹ کشور جهان از هر سه کرسی پارلمان و یا بیشتر فقط یک کرسی در اختیار زنان است.

هدف چهارم: کاهش میزان مرگ‌ومیر کودکان

منظور کاهش دوسوم میزان مرگ‌ومیر کودکان کمتر از ۵ سال بین سال‌های ۱۹۹۰ و ۲۰۱۵ است. درحال‌حاضر نزدیک به ۱۱ میلیون کودک کمتر از ۵ سال یعنی بیش از ۱۲۰۰ کودک در هر ساعت جان خود را از دست می‌دهند که بیشتر این مرگ‌ها به دلایلی است که به‌راحتی قابل پیشگیری یا درمان هستند.

هدف پنجم: بهبود بهداشت مادران

هدف آن است که بین سال‌های ۱۹۹۰ و ۲۰۱۵ سه چهارم نسبت زنانی که هنگام حاملگی و یا زایمان جان خود را از دست می‌دهند کاهش پیدا کند. درحال‌حاضر هر سال بیش از پانصد هزار زن یعنی یک نفر در هر دقیقه در طول حاملگی و یا هنگام زایمان فوت می‌کنند. در منطقه جنوب صحرای آفریقا از هر ۱۶ زن یک نفر جان خود را از دست می‌دهد، و حتی در کشورهای افغانستان و سیرالئون این نسبت به یک نفر از هر ۷ زن می‌رسد. این در حالی است که در کشورهای توسعه یافته این خطر، یک نفر برای هر ۲۸۰۰ زن را تهدید می‌کند.

هدف ششم: مبارزه با ویروس و بیماری ایدز، مالاریا و سایر بیماری‌ها

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

هدف هفتم: تضمین پایداری محیط زیست

ادغام و گنجاندن اصول توسعه پایدار در سیاست‌ها و برنامه‌های کشوری و جلوگیری از تخریب منابع زیست و کاهش نسبت افرادی است که به آب آشامیدنی سالم دسترسی ندارند به نصف تا سال ۲۰۱۵ و بهبود بخشیدن چشمگیر زندگی حداقل ۱۰۰ میلیون زاغه‌نشین تا سال ۲۰۲۰ درحال‌حاضر حدود ۲/۴ میلیارد نفر از بهداشت کافی و حدود ۱/۲ میلیارد نفر از دسترسی به آب سالم محروم هستند.

هدف هشتم: ایجاد مشارکت جهانی برای توسعه

کشورهای ثروتمند مسئول تأمین دسترسی برابر به بازارها و فن‌آوری خود و ایجاد محیط و شر ایط مالی مناسب هستند. برخورداری از حکومت مطلوب و تمرکز بر نیازهای اجتماعی و سرمایه انسانی به منظور دستیابی کشورهای در حال توسعه به هدف‌های هزاره ضروری است. رسیدگی کامل و همه‌جانبه به مسائل مربوط به بدهی کشورهای در حال توسعه، ایجاد کار شرافتمندانه و مولد برای جوانان. تأمین دسترسی به داروهای حیاتی با قیمت مناسب در کشورهای در حال توسعه با همکاری شرکت‌های داروسازی. ایجاد بهره‌گیری از فن‌آوری‌های جدید به ویژه فن‌آوری‌های اطلاعاتی و ارتباطی با همکاری بخش خصوصی.

دبیرکل سازمان ملل متحد، هر سال در باره پیشرفت در زمینه تحقق هدف‌های جهانی که در اعلامیه هزاره برای دستیابی به صلح و امنیت و حقوق بشر و توسعه پایدار تعیین شده است گزارش می‌دهد. او در گزارش سال ۲۰۰۳ به نکات زیر در رابطه با ۸ هدف اعلامیه هزاره در مورد توسعه اظهار می‌داردکه: «پیشرفت‌های سریع در زمینه بعضی از این هدف‌ها نشان می‌دهد که هدف‌ها در عین بلندپروازانه بودن، به‌طور قطع برای اکثراً کشورهای جهان قابل تحقق هستند» و در جای دیگر گزارش می‌گوید: «اما بعضی از گزارش‌ها و اقدامات فعلی حاکی از این است که بخش‌های قابل‌توجهی از جهان با خطر عدم تحقق بسیاری از این هدف‌ها مواجه هستند. نیاز ضروری وجود دارد که رهبران سیاسی برای گشودن درهای تجارت، افزایش کمک و کاهش بدهی‌ها، و دادن فرصتی عادلانه به کشورهای درحال توسعه برای کاهش فقر شدید در این کشورها به تعهدات خود عمل کنند».

هدف‌های توسعه هزاره، زمینه مساعدی را برای اقدامات چندبخشی در زمینه سلامت، فراهم کرده و بر ارتباط دوطرفه بین سلامت و عوامل اجتماعی تأکید دارد. هدف‌های مزبور نشان می‌دهد که بدون مبارزه با فقر و به دست آوردن امنیت غذایی، تحصیلات، توانمند کردن زنان و اصلاح شرایط زندگی زاغه‌نشین‌ها، بسیاری از کشورها به هدف‌های مربوط به سلامت دست نخواهند یافت.

جابه‌جایی مرکز ثقل خدمات سلامت در غرب

در اروپا و به ویژه آمریکا تا همین اواخر، ارائه خدمات سلامت به‌طور عمده بر خدمات فوق تخصصی و مراقبت‌های ویژه متمرکز بود، مدتی است که این تمرکز به تدریج به طرف مراقبت‌های اولیه سلامت تغییر جهت داده است. مقررات جدید و جدی در ارتباط با فارماکوپه به‌ویژه در کشورهای اروپایی وضع و اعمال می‌شود. داروهای تجاری به‌خصوص آن دسته که گران‌تر است جای خود را به داروهای ژنریک می‌دهند. دولت‌ها تلاش می‌کنند تا همه سیاست‌هایشان مبتنی بر سلامت باشد و با توجه ویژه به عوامل اجتماعی سلامت، برای کاهش بی‌عدالتی در سلامت تلاش می‌کنند.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-10-10]

تربیت تعداد پزشکان خانواده در حال افزایش و تعداد فوق تخصص‌ها در حال کاهش است. آموزش سلامت در جامعه جدی‌تر و فراگیرتر شده و بر خودمراقبتی (Self Care) و مراقبت در منزل (Home Care) تأکید بیشتری می‌شود و جایگاه این نوع از مراقبت‌ها در سیستم ارائه خدمات از استحکام بیشتری برخوردار شده است. در آمریکا در ظرف سال‌های اخیر با افزایش استفاده از مراکز ارائه مراقبت روزانه (day care)، کاهش تخت روز بیمارستانی و نیز کاهش عفونت‌های بیمارستانی به‌طور عملی توانسته‌اند ۲۰ درصد از تخت‌های بیمارستانی را تعطیل کنند.

آموزش پزشکی

برای بهبود بخشیدن مراقبت‌ها و ارتقاء سلامت جامعه و به‌خصوص به منظور توفیق در اعمال هرگونه تحول زیربنایی در این امور، باید به نحوه و کیفیت آموزش پزشکی توجه کرده و در آن مداخله کرد. آموزش پزشکی باید بر مبنای مراقبت‌های اولیه سلامت متحول شود، همان‌گونه که در آمریکا و اروپای غربی این تغییر و تحول اتفاق افتاده و در حال شکل‌گیری است. در آموزش پزشکی باید به‌طور عمده تأکید بر ارتقای سلامت جامعه، پیشگیری، بهداشت،آموزش بهداشت و شیوه زندگی و با توجه خاص به اخلاق پزشکی، مسائل معنوی و بعد معنوی سلامت باشد. با توجه به اینکه این روزها، علل عمده مرگ‌ومیر مربوط به مسائلی از قبیل بیماری‌های غیرواگیر و سوانح و حوادث است، تمرکز آموزش هم باید بیشتر بر این قبیل مسائل باشد. از جمله تحولات دیگری که در آموزش پزشکی در کشور ما مورد نیاز است، تأکید بر علوم رفتاری، مهارت‌های ارتباطی، خدمات اجتماعی و انسانی، آموزش مدیریت و اقتصاد سلامت، تکنولوژی اطلاعات و آموزش کار گروهی است.

نتیجه‌گیری

نیل به عدالت اجتماعی، هدف بسیار ارزشمند جمهوری اسلامی ایران است. و عدالت در سلامت در حقیقت هسته مرکزی و زیربنای عدالت اجتماعی به شمار می‌رود. برای تأمین عدالت در سلامت انجام دو اقدام ضروری به نظر می‌رسد. اقدام اول عبارت است از احیا و توسعه شبکه بهداشتی - درمانی کشور که در حقیقت هم اصلاح الگوی مصرف در حوزه سلامت به حساب می‌آید و هم از طریق شبکه می‌توان اطمینان حاصل نمود که ۷۵ میلیون ایرانی به‌گونه‌ای عادلانه از مراقبت‌های اولیه سلامت برخوردار می‌شوند. اقدام دوم، پرداختن هر چه بیشتر به عوامل اجتماعی سلامت است که سهم حداقل ۵۰ درصدی در ارتقای سلامت جامعه و افراد دارد. اجرایی کردن این دو اقدام بسیار ارزشمند که موجب استقرار عدالت در سلامت می‌شود، نیازمند عزم ملی، مشارکت مردم و همکاری‌های بین بخشی است(۸). به امید روزی که خورشید "عدالت در سلامت "در پرتو انوار مقدس خود، سراسر کشور وجهان را منور کند انشاا...

Review Article

Social Determinants of Health

Seyed Ali Reza Marandi*[1]

Abstract

Background: Effect of social determinants on health is the base of inequity in health of society. These factors have a main role in the spread of infectious and non-communicable diseases in community. Biological and genetic factors affect only 15%, health system about 25% and social determinants in 50% and in a number of studies, 75% affect people's health. In this article, the impact of social determinants on health is discussed.

Methods: This research is a review study using national and international references and also the views and experiences of the author.

Results: Social determinants include economic, cultural, environmental, social and political factors. People's health is more related to social factors than to medical care. Social determinants have various effects on the health of different communities and as a result, health indicators vary between countries and even within country. Several strategies are proposed to control the factors affecting health: controlling lethal diseases and improving the health system, reducing poverty, improving conditions of people live and work, prioritizing expenditure on health rather than medical technology, necessity for planning and supervising on private section .

Conclusion: It is necessary to perform two activity to ensure equity in health. Development of the health network of the country, and assessing the social determinants of health as much as possible which have a share of at least fifty percent in promoting the health of community and individuals. Implementing these two very valuable actions that lead to the establishment of equity in health requires national decision, people's participation and trans-sectoral cooperation.

Keywords: Equity, Health, Social Determinant

1. * Corresponding Author: Distinguished professor of Shahid Beheshti University of Medical Sciences. Permanent Member & President of Academy of Medical Sciences IR of Iran

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-10-10]

منابع

1. Marmot M. Social determinants of health inequalities. The Lancet 2005; 365(9464): 19–25.
2. Marmot M. Status syndrome; how your social standing directly affects your health. Lonndon: Bloomsbury, 2004.
3. Erik B, Anand SK. World Health Organization.Equity, Social Determinants and Public Health Programmes. Available at: https://apps.who.int/iris/handle/10665/44289.
4. Kunitz SJ. Sex, race and social role history and the social determinants of health. Int J Epidemiol 2007; 36: 3–10.
5. The World Health Report 2008.Primary Health Care Now More Than Ever; 2008.
6. Khosravi A, Taylor R, Naghavi M, Lopez AD.Differential mortality in Iran. Pop Heal Met 2007; 5: 7.
7. Fereshteh Nejad SM , Asadi Lari M , Moradi Lakeh M , Preacher Mahdavi MR , Afkari MI , et al. Estimation of Life Expectancy and its Association with Social Determinants of Health (SDH) in Urban Population of different districts of Tehran in 2008. Journal of Medicine and Cultivation, 2017; 19(2): 25-40. [In Persian]
8. Marandi SA. Public Health. Tehran: Ministry of Health; 2009. Vol 3. [In Persian]

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-10-10]