

کتاب جامع

بهداشت عمومی

فصل ۱۴ / گفتار ۱۱ / دکتر سید علیرضا مرندي

عوامل اجتماعی سلامت

فهرست مطالب

۳۱۰۵.....	اهداف درس
۳۱۰۵.....	تعریف سلامت و عدالت در سلامت
۳۱۰۶.....	ابعاد سلامت و عوامل مؤثر بر آن
۳۱۰۶.....	علت تمرکز بر بعد بیولوژیک
۳۱۰۹.....	سلامت برای همه
۳۱۰۹.....	مشکلات سلامت از درون جوامع
۳۱۱۰.....	تحلیل نتولیرالیسم به کشورهای جنوب
۳۱۱۱.....	علل موفقیت بعضی از کشورها
۳۱۱۲.....	بی عدالتی در سلامت
۳۱۱۵.....	نقش فنآوری پیچیده پزشکی در سلامت
۳۱۱۵.....	لزوم برنامه‌ریزی و نظارت بر بخش خصوصی
۳۱۱۷.....	مصوبات سال ۱۳۸۸ اجلاس سازمان جهانی بهداشت
۳۱۱۷.....	اشاره ای به مراقبت‌های اولیه سلامت
۳۱۱۸.....	اهداف توسعه پایدار که در سازمان ملل به تصویب رسیده است
۳۱۲۴.....	جابه‌جایی مرکز ثقل خدمات سلامت در غرب
۳۱۲۴.....	آموزش پزشکی
۳۱۲۴.....	نتیجه
۳۱۲۵.....	منابع:

عوامل اجتماعی سلامت Social Determinants of Health

دکتر سید علیرضا مرندی

استاد دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و رئیس فرهنگستان علوم پزشکی کشور

اهداف درس

پس از یادگیری این مبحث، فراگیرنده قادر خواهد بود:

- واژه سلامت را با تغییرات جدید آن تعریف نماید
- ارتباط سلامت و حقوق بشر را متذکر شود
- مشکلات سلامت از درون جوامع را شرح دهد
- هدف‌های علمی (Knowledge networks) را توضیح دهد
- سیاست‌های موفق برخی از کشورها در زمینه سلامت را بیان کند
- علل تحمیل نئولیبرالیسم را توضیح دهد
- علل موفقیت برخی از کشورها در اجرای عدالت در سلامت بازگو کند
- بی‌عدالتی در سلامت را تعریف نموده مثال‌هایی ارائه دهد
- اهداف توسعه پایدار را فهرست نموده هر یک را شرح دهد.

تعریف سلامت و عدالت در سلامت

در اساسنامه سازمان جهانی بهداشت که در سال ۱۳۲۵هـ.ش به تصویب رسیده، آمده است که مفهوم سلامت فقط بیمار نبودن نیست بلکه بالاترین حد سلامت جسم، روان و رفاه اجتماعی است. در سال ۱۳۶۲ش هیئت اجرایی سازمان جهانی بهداشت به پیشنهاد نماینده کشور نروژ، بُعد معنوی سلامت را هم به عنوان چهارمین بعد سلامت مورد تصویب قرار داد. پس از آن این موضوع در اجلاس سالیانه سازمان جهانی بهداشت هم به تصویب رسید. اما اجلاس نتوانست تعریف مشترکی از سلامت معنوی به تصویب برساند و لذا توصیه کرد که همه کشورها برحسب شرایط فرهنگی و اجتماعی خود، سلامت معنوی را در سیاست‌ها و برنامه‌های خود منظور نمایند.

در طی دهه‌های اخیر و متعاقب مطالعات گسترده در جوامع و کشورهای مختلف، عدالت در سلامت به عنوان یک موهبت و ضرورت اجتناب ناپذیر مطرح شده است تا جایی که تأمین عدالت در سلامت به عنوان شاخصی برای سنجش ارزش‌گذاری دولت‌ها برای مردم کشورشان محسوب می‌شود. مفهوم عدالت در سلامت عبارت از *برخورداوری آحاد مردم از حد‌اعلای سلامت است* که طبیعتاً شامل همه ابعاد جسمی، روانی، معنوی و رفاه اجتماعی می‌باشد.

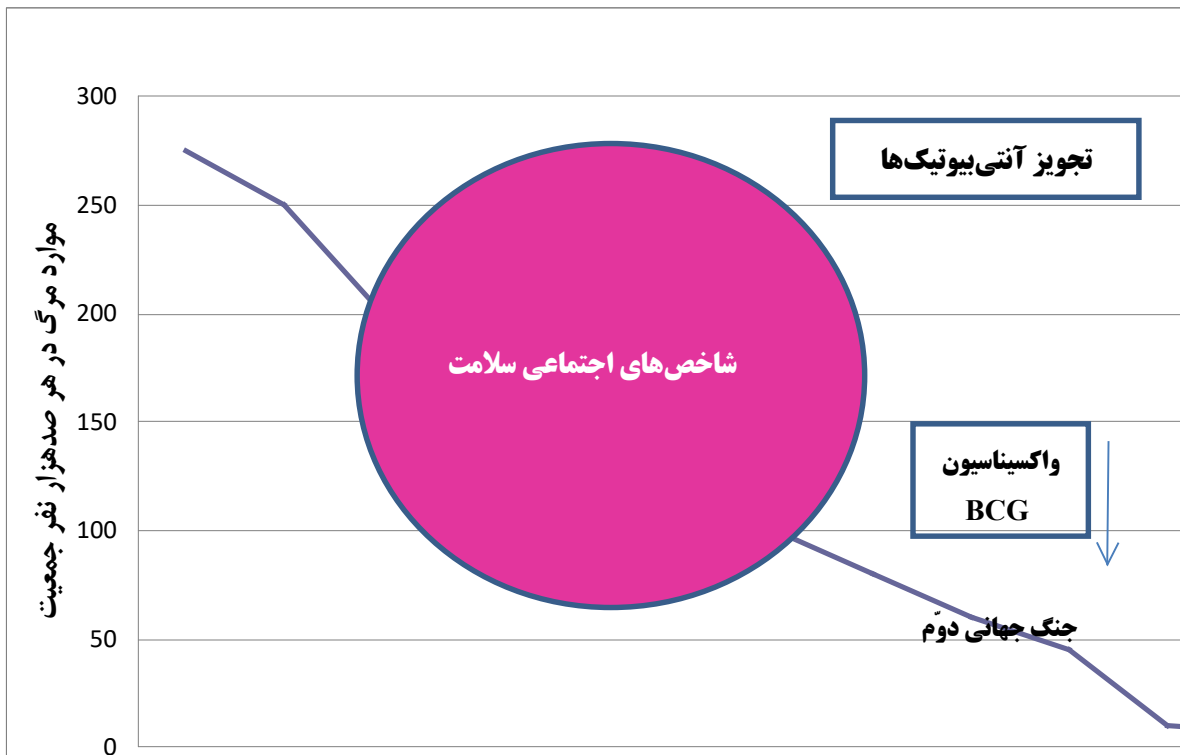
ابعاد سلامت و عوامل مؤثر بر آن

درک دنیا از سلامت و نیز تلاش جهانی برای تأمین، حفظ و ارتقاء سلامت، سیر تکاملی خود را ادامه می‌دهد. بحث سلامت می‌تواند مربوط به سلامت ژن، سلول، بافت، ارگان، انسان، خانواده و جامعه باشد و به مراحل مختلف یعنی پیشگیری، درمان و توانبخشی و غیره تقسیم شود. اما در طرح موضوع سلامت، پیوسته باید تأمین، حفظ و ارتقاء سلامت منظور نظر و هدف باشد و همیشه باید نسبت به سلامت نگاهی جامع و همه‌جانبه داشت. متأسفانه اغلب اینگونه نیست و در اکثر موارد تمرکز بر بعد بیولوژیک است، آن هم در قالب بیماری‌ها و از دیدگاه فوق تخصصی و باز با کمال تأسف عین همین مطلب را در آموزش پزشکی، پژوهش، ارائه خدمات و تأمین و توزیع اعتبارات می‌توان مشاهده کرد. این در حالی است که در بین عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، نقش عوامل بیولوژیک و ژنتیک فقط در حد ۱۵٪، سهم مجموع خدمات پزشکان، گروه پزشکی، سیستم ارائه خدمات بهداشتی - درمانی کشورها اعم از خصوصی و دولتی، دانشگاه‌ها و وزارت بهداشت حدود ۲۵٪ است و این در حالی است که نقش عوامل اجتماعی در سلامت انسان، حدود ۷۵٪ می‌باشد. لازم به ذکر است که در پارهای مطالعات نقش عوامل اجتماعی را ۸۵٪ 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، زیست محیطی، اجتماعی و سیاسی است. از جمله عوامل اجتماعی می‌توان از تکامل سال‌های اول زندگی (ECD) Early Child Development نام برد و نیز میزان تحصیلات افراد، اشتغال، محیط کار، جنسیت، فقر، تغذیه، مسکن، محل سکونت (همسایگی، محله، روستا، شهر، حاشیه شهر)، محیط زیست، حمل و نقل و تردد، تفریح، میزان نفوذ اجتماعی و ...

علت تمرکز بر بعد بیولوژیک

تحولاتی که در طی دهه‌های اخیر در فناوری پیچیده پزشکی و داروسازی به وجود آمده است، سرمایه‌گذاری‌های میلیاردی دلاری را در این صنایع به دنبال داشته است. شرکت‌های سازنده تجهیزات پزشکی و کارخانه‌های تولید کننده داروهای گران‌قیمت و نیز نمایندگی‌های آنها برای فروش هرچه بیشتر محصولات خود از هرگونه روش تبلیغی، از شیوه‌های معمولی تا روش‌های کاملاً غیر اخلاقی و غیر مشروع استفاده می‌کنند. از مؤثرترین روش‌های تبلیغ، قانع کردن پزشکان برای استفاده از محصولات مزبور است. طبیعی است تمام هزینه‌های تبلیغات از جیب مصرف کنندگان تأمین می‌شود. در عمل برخلاف تصور مردم و حتی پزشکان، این شرکت‌های سازنده و نمایندگی‌های تجهیزات پزشکی و داروهای گران‌قیمت هستند که در مورد استفاده از

تجهیزات پزشکی در کشورهای مختلف تصمیم می‌گیرند و نه مردم، مسئولین و یا حتی جامعه دلسوز پزشکی. مقالات عدیده‌ای به قلم صاحب‌نظران و اساتید سرشناس در مجلات مشهور پزشکی آمریکا و اروپای غربی در طی سالها و به خصوص ماههای اخیر به این مهم پرداخته است. آنها به این نتیجه رسیده‌اند که تداوم این وضع مقدور نیست و امکان پرداخت هزینه‌های ناشی از تحمیل تجهیزات پیچیده پزشکی و داروهای گران‌قیمت برای آنان وجود ندارد.



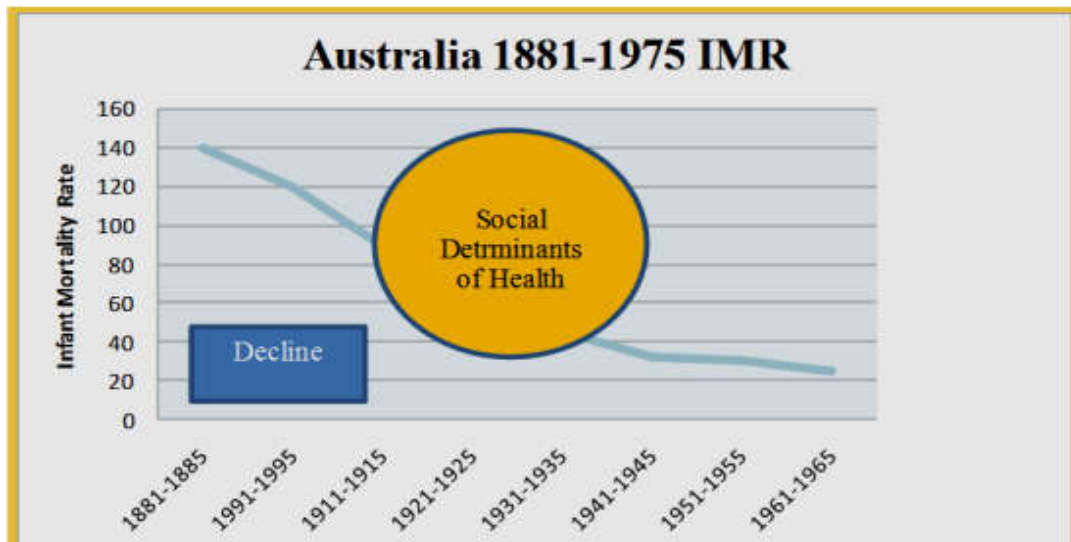
نمودار ۱ - روند موارد مرگ ناشی از سل در انگلستان، ۱۹۶۴-۱۸۵۵

طبق مطالعات کشورهای غربی، علیرغم همه تبلیغات گسترده و هزینه‌های طاقت‌فرسا، نقش فناوری پیچیده پزشکی در سلامت کمتر از ۴٪ است و این در حالی است که همانطوری که قبلاً اشاره شد، نقش عوامل اجتماعی سلامت بیش از ۷۵٪ می‌باشد.

نمودارهای شماره 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 BCG اتفاق افتاد.

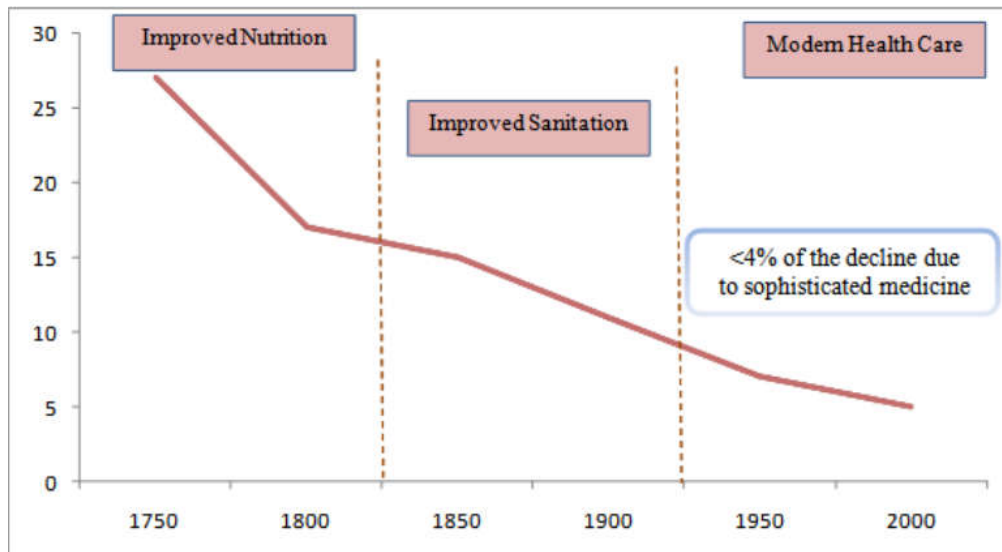
نمودار ۲ مربوط به کاهش میزان مرگ کودکان زیر یکسال (IMR) در کشور استرالیا در بین سالهای ۱۸۸۱ و ۱۹۷۵ میلادی است. این نمودار هم نشان می‌دهد که کاهش IMR در استرالیا خیلی قبل از زمان کشف

انواع واکسن‌ها و آنتی‌بیوتیک‌ها اتفاق افتاده است.



نمودار ۲ - روند میزان مرگ شیرخواران زیر یکساله، در استرالیا، ۱۹۶۵-۱۸۸۱

نمودار سوم که کاهش میزان مرگ را از سال ۱۷۵۰ تا ۲۰۰۰ میلادی نشان می‌دهد، حاکی از آنست که بهبود وضعیت تغذیه و بهداشت، از دیرباز و در دورانی پیشتر از دسترسی به خدمات مدرن پزشکی، مرگ و میر را کاهش داده و می‌دهد.



نمودار ۳ - تاثیر بهبود وضعیت تغذیه و بهداشت بر روند میزان مرگ

یادآور می‌شود که بهبود وضع تغذیه که به تعبیری می‌تواند به عنوان یکی از شاخص‌های وضعیت مناسب اقتصادی، در نظر گرفته شود، نه تنها بر ابعاد سلامت جسمی، روانی و اجتماعی بلکه بر بُعد معنوی سلامت نیز تاثیر دارد! به گونه‌ای که در حدیثی از پیامبر اعظم (ص)، نیز بر این واقعیت تاکید گردیده و فرموده‌اند "كادَ الْفَقْرُ أَنْ يَكُونَ كَفْرًا"، وقتی فقر، از دری وارد شود، ذات اقدس الهی به عنوان منبع و منشأ معنویت فضیلت‌محور، از در

دیگر، خارج می‌گردد.

سلامت برای همه

نشست آلمه آتا در سال ۱۳۵۶ هـ ش بینش نسبت به سلامت را تغییر داد و در محافل بین‌الملل آنرا بعنوان حقوق انسان‌ها قلمداد کرد. نشست مزبور هدف "سلامت برای همه تا سال ۲۰۰۰" را مطرح کرد. برای نیل به هدف مزبور، استراتژی تامین مراقبت‌های اولیه بهداشتی و برخورد با آن دسته از عوامل اجتماعی، اقتصادی و سیاسی که سلامت را خدشه دار می‌کنند در دستور کار قرار گرفت. ارتقاء سلامت که به معنی توانمند کردن مردم در کنترل هرچه بیشتر و بهبود بخشیدن سلامت خودشان است، بعنوان راهی برای دستیابی به "سلامت برای همه" مطرح شد. هرچند سلامت همیشه یک مبحث تکنیکی بوده و فهم ما هم از بیماری‌ها و علت، پیشگیری و درمان آنها بر علوم طبیعی استوار است، ولی درک ما از سلامت فقط بعنوان یک بحث تکنیکی نادرست است. تاثیر عواملی نظیر مسائل اقتصادی، سیاسی، حقوق انسان‌ها، توسعه و حتی امنیت ملی و جهانی، ما را مجبور می‌کند که در مورد سلامت به گونه دیگری فکر کنیم.

وقتی که بیماری سارس در هنگ کنگ بر سایر کشورها تاثیر می‌گذارد، آنگاه که موارد بیماری فلج اطفال در نیجریه، افغانستان و پاکستان، کشورهای عاری از فلج اطفال را در فواصل دور و نزدیک مورد تهدید قرار می‌دهد، وقتی HIV/AIDS ثبات کل قاره‌ای را این چنین تهدید می‌کند، دیگر نمی‌توان فقط به تعاریف بیومدیکال سلامت تکیه نمود و یا به راه‌هایی که از این طریق ارائه می‌شود بسنده کرد.

سلامت برای تامین امنیت شخصی و جمعی از اهمیت خاصی برخوردار است. مساله امنیت فقط به تهدیدهای بیولوژیک، محدود نمی‌شود فقر شدید علاوه بر اینکه خیلی از افراد را تهدید می‌کند ولی خود یک زمینه مساعدی برای سایر تهدیدها نظیر جنگ‌ها، تروریسم و خشونت می‌باشد. زمانی بود که در جریان جنگ‌ها و درگیری‌های مسلحانه، امکانات و تاسیسات مربوط به سلامت، مورد تعرض قرار نمی‌گرفت ولی بطور روزافزونی این امکانات و افرادی که در آن محل کار می‌کنند، مورد هدف قرار می‌گیرند. مراکز غیرنظامی و مرتبط با سلامت نظیر تصفیه خانه‌های آب آشامیدنی در معرض حمله قرار دارند که طبیعتاً آثار آن برای جامعه و بخصوص سلامت مردم بسیار زیاد است. پر واضح است که جوامعی که بیمار باشند توان لازم را در همه زمینه‌ها و از جمله برای دفاع از خود از دست می‌دهند.

مشکلات سلامت از درون جوامع

Kenneth Newell از مدیران WHO در کتاب "Health by the People" می‌نویسد: 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 نشات می‌گیرد و مداخله بخش بهداشت به تنهایی اغلب بی‌اثر است و اقدامات خارج از بخش سلامت شاید اثرات بیشتری داشته باشد تا مداخلات منحصرأ به بهداشتی. در همان سال سازمان جهانی بهداشت و یونیسف در زمینه راه‌های جایگزینی برای رسیدگی به نیازهای اولیه سلامت در

کشورهای در حال توسعه نشریه‌ای منتشر کرده و در آن توجه را به نقاط ضعف برنامه‌های عمودی مربوط به بیماری‌ها جلب کردند. در این قبیل برنامه‌ها به **فناوری** توجه شده ولی به عدم احساس مالکیت توسط جامعه بی‌توجهی بعمل آمده است. نشریه مزبور تاکید کرده که عوامل اجتماعی نظیر فقر، مسکن نامناسب و فقدان تحصیلات و آموزش، ریشه‌های واقعی گرفتاری‌های مربوط به سلامت در کشورهای در حال توسعه است.

سلامت بصورت 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 نموده و نیز سالم تر زندگی می‌کنند. افرادی که از درآمد بالاتری برخوردارند، طبیعتاً دسترسی بیشتری به اطلاعات بهداشتی، مراقبت‌های بهداشتی، درمانی، غذاهای مغذی، آب آشامیدنی سالم و دفع بهداشتی، فضولات داشته و در محیط‌های سالم تر، زندگی می‌کنند. آنان به محض بیمار شدن به مراقبت‌های لازم پزشکی و فناوری بالای تشخیصی و درمانی دسترسی دارند. افراد فقیر به پاره‌ای و یا تمام امکانات فوق فقط دسترسی محدودی دارند، هنگامی که 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 پیشرفته تر بیماری صورت می‌گیرد و در نتیجه آمار مرگ و میر افراد فقیر خیلی بالاتر است 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 و در مورد اقلیت‌ها صحت دارد.

سلامت یک مساله 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 مسئولین شود و یا برعکس موجب حمایت جدی مردم از دولت گردد. ارائه مراقبت‌های بهداشتی - درمانی، گران بوده تامین 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 اقتصادی، اجتماعی و سیاسی نفوذ کمتری دارند همان افرادی هستند که از حمایت‌های اجتماعی دیگر هم برخوردار نبوده و کمترین دسترسی را هم به خدمات بهداشتی درمانی دارند.

تحلیل نئولیبرالیسم به کشورهای جنوب

در دهه ۱۳۶۰ شمسی مدل نئولیبرالیسم اقتصادی که تاکید آن بر خارج کردن بازار از کنترل دولت‌ها و ترویج تجارت جهانی است، توسط دولت آمریکا، بانک جهانی و صندوق بین‌المللی پول مطرح شد. کشورهای در حال توسعه به اشکال مختلف و از جمله موقع دریافت وام تحت فشار قرار گرفتند تا این سیستم اقتصادی را در کشور خود پیاده کنند. این نسخه یکنواخت که با شرایط کشورهای در حال توسعه و از جمله با ضعف مدیریت کشورهای مزبور سازگاری نداشت منجر به کاهش اعتبارات بخش اجتماعی و از جمله سلامت، آموزش عمومی و رفاه اجتماعی شد که طبیعتاً تضعیف و تخریب بیشتر وضعیت بخش‌های مورد اشاره را در کشورهای مزبور به همراه داشت. وضع اقتصادی کشورهای مزبور هم نه تنها شکوفا نگردید بلکه بر شدت مشکلات اکثر آنها نیز افزوده شد.

مسئولین کشورهای در حال 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 عمدتاً به مراکز درمانی شهرها و آن هم شهرهای بزرگتر معطوف است. اغلب این قبیل کشورها بیش از نیمی از اعتبارات ملی 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 آلمه آتا، سلامت برای همه تا سال ۲۰۰۰ نامیده شد بر اصول مهمی استوار می‌باشد که یکی از این اصول، استفاده از فناوری مناسب است. یعنی نوعی از فناوری که برای جامعه و کشور به راحتی قابل تامین و نگهداری و در دسترس عامه مردم بوده و جوابگوی نیازهای همگان باشد و نه اینکه فقط قشر متمکن و صاحب نفوذ 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 اینجا مقصود مطلقاً مشارکت مالی نیست بلکه مشارکت در برنامه‌ریزی، اجرا و نظارت یعنی عملاً در تمام مراحل مدیریتی است.

علل موفقیت بعضی از کشورها

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 علیرغم 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 علیرغم وضع اقتصادی نامناسب توانسته است به شاخص‌های بهداشتی قابل مقایسه و بعضاً بهتر از کشورهای متمکن توسعه یافته دست یابد. دلیل مشترک پیشرفت کشورهای مورد اشاره، ایجاد ارتباطات بین بخشی قوی جهت رسیدگی به عوامل اجتماعی موثر، در امر سلامت بود که از این طریق توانستند شاخص‌های سلامت جامعه را ارتقاء بخشند و بخصوص پاسخگوی نیازهای گروه‌های آسیب پذیر باشند.

فقرزدایی، اشتغال، رفع تبعیض‌ها از جمله رفع تبعیض علیه زنان و دختران، اجباری کردن تحصیلات و سوادآموزی همگانی بخصوص 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 کلیه خدمات و امکانات بهداشتی، تشخیصی و درمانی، مشارکت جامعه در تصمیم‌گیری مسائل

مربوط به سلامت و از همه مهمتر تعهد واقعی مسئولین به سلامت به عنوان یک هدف اجتماعی و به حساب آوردن آن بعنوان 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 تاثیر 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 از جمله اهداف توسعه پایدار غیرقابل تصور بنظر می‌رسد.

سلامت تحت تاثیر وضعیت اجتماعی است و حتی در ثروتمندترین کشورها، مردم فقیرتر بطور قابل توجهی 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 اوائل دوران کودکی، مسکن و محل زندگی، حمل و نقل، اشتغال و وضعیت کار کردن، حمایت اجتماعی، جنگ و درگیری و غیره.

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، بصورتی جدی وضعیت سلامت آنان را شکل میدهد. برای مثال زنان، نوجوانان و کودکان در جهان در مجموع از سلامت نازل‌تری برخوردارند، که علت آن تبعیض اجتماعی و عدم برابری امکان دسترسی آنان به خدمات بهداشتی - درمانی است. زن و مرد از نظر بیولوژی و از نظر نقش و مسئولیتی که جامعه بعهده آنان می‌گذارد و نیز از نظر جایگاه آنان در خانواده و جامعه با هم تفاوت دارند. این نقش‌ها و مسئولیت‌ها تاثیر خیلی زیادی بر علل، عواقب و سیر بیماری‌ها و سلامت افراد دارد و باید پیوسته مورد توجه قرار گیرد.

بی عدالتی در سلامت

به دلیل تاثیر عوامل عدیده اجتماعی در امر سلامت، میزان برخورداری از موهبت سلامت در جوامع مختلف متفاوت بوده و در نتیجه شاخص‌های سلامت در بین کشورها و حتی در درون کشورها اختلاف فاحشی دارد. مثلاً اختلاف امید به زندگی بین بعضی کشورها مثلاً ژاپن با بعضی کشورهای آفریقایی چند ده سال می‌باشد. در داخل کشور آمریکا اختلاف امید به زندگی بین سیاه پوست‌های فقیر و 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. چندین سال قبل در ایران محاسبات مرکز آمار ایران اختلاف بین استان تهران و سیستان و بلوچستان را حدود ۱۰ سال تخمین می‌زند. احتمالاً اختلاف بین پایین‌ترین طبقات اجتماعی استان سیستان و بلوچستان با جامعه متمکن‌تر تهرانی بیش از رقم مزبور است.

میزان مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال در بسیاری از کشورهای آفریقایی حدود ۲۰۰ کودک در هر هزار تولد زنده است، در حالی که این شاخص در کشور ژاپن و بعضی از کشورهای اروپایی از انگلستان یک دست کمتر است. به عبارت دیگر هرچه سطح اجتماعی - اقتصادی در جامعه پایین‌تر باشد، مرگ زیر ۵ سال بیشتر است. مرگ

و میر زیر یکسال و زیر پنج سال در جمهوری اسلامی ایران هم نظیر همه کشورها تابع عوامل اجتماعی-اقتصادی است. همچنین وضع سوء تغذیه و کوتاهی قد هم تابع همان عوامل است.

جدول ۱ - رتبه بندی امید به زندگی در ۳۰ کشور پیشتاز جهان

۱. ژاپن	۱۱. اسپانیا	۲۱. هلند
۲. هنگ کنگ	۱۲. نروژ	۲۲. انگلستان
۳. ایسلند	۱۳. زلاندنو	۲۳. مالت
۴. سوئیس	۱۴. اتریش	۲۴. یونان
۵. استرالیا	۱۵. بلژیک	۲۵. کستاریکا
۶. سوئد	۱۶. آلمان	۲۶. امارات متحده عربی
۷. ایتالیا	۱۷. سنگاپور	۲۷. شیلی
۸. کانادا	۱۸. قبرس	۲۸. ایرلند
۹. رژیم صهیونیستی	۱۹. لوکزامبورگ	۲۹. آمریکا
۱۰. فرانسه	۲۰. فنلاند	۳۰. کوبا

(From UNDP Human Development Report)

جدول ۲ - فهرست کشورها بر حسب امید به زندگی در سال ۲۰۱۵ (WHO، ماه می ۲۰۱۶)

۱. ژاپن	۱۲. کانادا	۲۳. بلژیک
۲. سوئیس	۱۳. لوکزامبورگ	۲۴. یونان
۳. سنگاپور	۱۴. هلند	۲۵. آلمان
۴. اسپانیا	۱۵. نروژ	۲۶. اسلوانی
۵. استرالیا	۱۶. مالت	۲۷. دانمارک
۶. ایتالیا	۱۷. نیوزلند	۲۸. قبرس
۷. ایسلند	۱۸. اتریش	۲۹. شیلی
۸. رژیم صهیونیستی	۱۹. ایرلند	۳۰. کاستاریکا
۹. سوئد	۲۰. انگلستان	۳۱. آمریکا
۱۰. فرانسه	۲۱. پرتغال	۳۲. کوبا
۱۱. کره جنوبی	۲۲. فنلاند	۳۳. چک و اسلواکی

ارتباط زیادی بین تولید ناخالص ملی و طول عمر وجود ندارد. مثلاً امید به زندگی در آمریکا که تولید

ناخالص ملی آن چند برابر کشورهای کوبا و کاستاریکا است با کشورهای مزبور تقریباً به یک اندازه است. حتی میزان هزینه کشورها برای امر سلامت، الزاماً 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 همانطوری که در جدول شماره ۱ آمده است، آمریکا در سال ۲۰۰۳ میلادی از نظر امید به زندگی در بین ۳۰ کشور پیشتاز در این امر در ردیف ۲۹ قرار گرفت و این در حالی است که کشور کاستاریکا در ردیف ۲۵ و کوبا در ردیف ۳۰ قرار داشت.

همچنین در بررسی امید به زندگی در سال ۲۰۱۵ (طبق گزارش WHO در ماه می ۲۰۱۶) آمریکا در ردیف ۳۱ قرار دارد در حالی که کشور کاستاریکا در ردیف ۳۰ و کشور کوبا در ردیف ۳۲ قرار دارد (جدول ۲).

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 کوتاه‌تر شده و مرگ و میر، افزایش می‌یابد. تمام کشورهایی که در درجه بندی 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 اسکانداوی) خیلی بهتر از کشورهای سرمایه داری نظیر آمریکا است.

همانطوری که قبلاً ذکر شد، بررسی وضعیت مرگ و میر ناشی از بیماری سل در انگلستان در طی یکصد سال نشان می‌دهد که عمده کاهش مرگ و میر 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 مرگ و میر، به همان نسبت کاهش یافت. این کاهش خیلی قبل از کشف واکسن BCG و داروهای ضد سل به وقوع پیوست. بررسی مرگ و میر کودکان زیر یک سال در کشور استرالیا نیز در طی یکصد سال همین امر را به اثبات رساند. یعنی بهبود شرایط اجتماعی اقتصادی جامعه از جمله بهبود وضعیت غذا و تغذیه و شرایط زندگی خیلی زودتر از کشف واکسن‌ها و آنتی بیوتیک‌ها موجب کاهش مرگ و میر کودکان زیر یک سال استرالیا شد.

تلاش بخش سلامت فقط یکی از عوامل موثر بر سلامت است. در حالی که عمده‌ترین تاثیر از عوامل اجتماعی و اقتصادی، نشات می‌گیرد که بر شرایطی که مردم در آن زندگی و کار می‌کنند اثر می‌گذارد. عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، انعکاسی از وضعیت گوناگون مردم در پله‌های مختلف نردبان اجتماعی است که وضعیت مردم، خود نشات 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 می‌گردد. راه اول، برخورد با نابرابری‌های سلامت، کنترل بیشتر بیماری‌های کشنده و اصلاح سیستم سلامت است. راه دوم برخورد با فقر است که اولین هدف از اهداف توسعه پایدار به حساب می‌آید. سومین اقدام که کاری بسیار مهم و مکمل دو اقدام قبلی است مربوط به عوامل اجتماعی موثر بر سلامت است و آن بهبود بخشیدن شرایطی است که مردم در آن زندگی و کار می‌کنند. نابرابری‌های سلامت و بی عدالتی، عوامل مشترک دارند. عدم توجه به عوامل پیچیده اجتماعی، مانع رسیدن به اهداف توسعه پایدار و نیز مانع رفع نابرابری‌های سلامت می‌شود.*

نقش فناوری پیچیده پزشکی در سلامت

نتایج مطالعات در کشورهای مختلف جهان حاکی از کاربرد و منفعت محدود فناوری پیچیده پزشکی در سلامت اقلیت کوچکی از افراد جامعه است. بررسی‌های مشابه در جمهوری اسلامی ایران 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 فناوری پیچیده پزشکی است. لذا نقش این نوع فناوری در سلامت عمومی جوامع و شاخص‌های سلامت کشورها ناچیز است. همچنین به دلیل اینکه این نوع فناوری سهم عظیمی از اعتبارات بهداشت و درمان کشور را می‌بلعد (فقط برای اینکه درصد بسیار محدودی از مردم که عمدتاً 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 اقتصاد مقاومتی و تأمین عدالت در سلامت نیست، بلکه منجر به افزایش بی‌عدالتی در جوامع نیز می‌گردد.

لزوم برنامه‌ریزی و نظارت بر بخش خصوصی

بخش خصوصی می‌تواند در زمینه سلامت، نقش سازنده‌ای ایفا کند. لازمه این امر آن است که دولت بر برنامه‌ها و عملکرد بخش خصوصی، و نیز روابط اقتصادی مراجعه کنندگان به بخش خصوصی و غیردولتی نظارت دقیق و مستمر داشته باشد. در صورتی که نظارت و کنترل لازم بر بخش خصوصی وجود نداشته باشد، سرمایه‌گذاران به‌نگفت و غیر ضروری صرف خرید تجهیزات پیچیده پزشکی می‌شود و آنگاه سرمایه‌گذاران جهت جبران استهلاک وسائل و نیز تأمین درآمد بیشتر، تلاش برای القاء احساس نیازی را که غالباً فقط دلایل مادی دارد، شروع می‌کنند. این قبیل تلاش‌ها به دلیل منافی 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 تقریباً منحصراً 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، عملاً هرگز از این ورطه هولناک نجات نمی‌یابند.

اتفاق دوم آنست که القای نیازهای کاذب به مردم نهایتاً موجب افزایش توصیه پزشکان به استفاده از چنین امکانات، آزمایشات و داروها می‌گردد 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، آزمایشات، معاینات 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، صرفه جویی اقتصادی هم به دنبال دارد و در حقیقت نوعی اصلاح الگوی مصرف است، تسلیم فشارهای مورد اشاره (که اغلب ریشه آن در مال‌اندوزی معدود افراد است) می‌گردد. این اقدام که ظاهری خدایسندانه دارد، موجب می‌شود که سازمان‌های بیمه به نوعی ورشکستگی دچار شده و به دلیل محدودیت اعتبارات دولت، عملاً از عهده پرداخت هزینه‌های ضروری‌تر که غالباً کم هزینه‌تر بوده و مورد نیاز اکثریت افراد جامعه است برنیایند که این امر خود موجب نارضایتی گسترده مردم می‌گردد. طبیعی است که به دلیل صرف هزینه در این مسیر دولت از رسالت انقلابی و عدالت گستر خود که همانا احیاء 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 گران قیمت‌تر 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 راضی کننده نیست و در نتیجه باز هم تبلیغات اقواکننده و القاء کننده 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 می‌گردد، 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 هدفی است متعالی باز می‌دارد، بلکه منجر به تشدید اختلاف درآمد بین پزشکان عمومی و خانواده، متخصصین داخلی، کودکان و روانپزشکان از یک طرف و صاحبان تخصص و فوق تخصص که اقدامات جراحی و یا پاره‌ای مداخلات درآمدزا را انجام می‌دهند می‌گردد. این امر خود موجب تشدید تخصص‌گرایی و فوق تخصص‌گرایی شده، کاهش رغبت پزشکان به ادامه خدمت در قالب پزشک عمومی، داخلی، اطفال و روانپزشکی می‌گردد. 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 روزافزون اختلاف طبقاتی** در جامعه می‌گردد. عده‌ای از افراد متمکن و صاحبان نفوذ اجتماعی از خدمات لوکس و مدرن بهره‌مند می‌شوند و در مقابل قاطبه مردم باید به امید اینکه شاید مراکز دولتی جواب‌گوی بخشی از نیازهای پزشکی آنان باشند به این قبیل مراکز مراجعه کنند و احتمالاً به دلیل این که سازمان‌های بیمه کننده و دولت حمایت مالی لازم و به موقع را از این قبیل مراکز نمی‌کنند، مردم مجبورند مبلغ قابل توجهی را از جیب خود پرداخت کنند و یا به احتمال زیاد به طور کلی از مراجعه صرف‌نظر نمایند. 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 احیاناً مرگ زود هنگام نخواهد بود.

جالب توجه اینکه افزایش روز افزون هزینه‌های کمر شکن فناوری 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.

مصوبات سال ۱۳۸۸ اجلاس سازمان جهانی بهداشت

در اجلاس سازمان جهانی بهداشت که همه ساله در ماه می در مقر سازمان مزبور در شهر ژنو (سوئیس) و با حضور وزرای بهداشت همه کشورهای جهان برگزار می‌گردد، مسائل مهم سلامت در سطح جهان مورد بحث و بررسی قرار گرفته و در مورد مهمترین آنها که مورد اتفاق نظر وزرای کشورها است تصمیم‌گیری می‌شود. در اجلاس سال ۱۳۸۸ وزرای بهداشت همه کشورها تصویب نمودند که همه دولت‌ها، پوشش و ارائه مراقبت‌های اولیه سلامت را به آحاد مردم در دستور کار خود قرار دهند و جهت نیل به عدالت در سلامت، پرداختن به عوامل اجتماعی سلامت را که دست کم ۷۵٪ سلامت جامعه و افراد به آن وابسته است عملیاتی نمایند. آنان همچنین تصویب کردند که دولت‌ها تلاش کنند تا نوع و نحوه ارائه مراقبت‌ها براساس نیاز جامعه بوده و دولت‌ها پاسخگوی مردم باشند و تلاش کنند تا 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 لحاظ نموده و اعمال کنند.

اشاره ای به مراقبت‌های اولیه سلامت

همانطوری که قبلاً مطرح شد در سال ۱۳۵۶ هش در شهر آلمه آتای قزاقستان با حضور هزاران نفر کارشناس و نیز وزرای بهداشت همه کشورها و سپس در اجلاس سازمان جهان بهداشت در سال ۱۹۷۹ میلادی (۱۳۵۸ شمسی) مسأله سلامت برای همه تا سال ۲۰۰۰ میلادی (HFA) Health For All by 2000 مصوب شد و ارائه مراقبت‌های اولیه سلامت (PHC) Primary Health Care 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 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 بین بخشی 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 فناوری 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 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 بخوبی 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 پایدار فراهم می‌گردد. 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.

اهداف توسعه پایدار که در سازمان ملل به تصویب رسیده و سال انتهایی آن ۲۰۳۰ می‌باشد:

هدف ۱- ریشه کنی فقر

ریشه کنی فقر در تمام اشکال آن از مهمترین چالش‌ها است. بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۵ یعنی زمانی که اهداف توسعه هزاره سوم (MDGs) مطرح بود تعداد افراد دچار فقر مطلق (آنان که روز را با کمتر از ۱/۲۵ دلار به شب می‌رسانند) به نصف کاهش یافت. این امر، عمدتاً به خاطر توسعه اقتصادی دو کشور چین و هند بود. هنوز بیش از ۸۰۰ میلیون نفر حتی از آب آشامیدنی سالم، غذای کافی و بهداشت محیط، بی‌بهره‌اند. زن‌ها به دلیل تحصیلات کمتر، عدم دسترسی به شغل و فقدان مکنات در وضع نامناسب‌تری به سر می‌برند. علاوه بر سایر مشکلات، درگیری‌ها، جنگ‌ها، تغییرات آب و هوا و عدم امنیت غذایی چالش‌های دیگری هستند که وضعیت را بدتر می‌کنند.

هدف ۲- حذف قحطی و قحطی‌زدگی

سرعت رشد اقتصادی و افزایش تولیدات کشاورزی در ظرف ۲ دهه گذشته موجب کاهش موارد سوء تغذیه به حدود نصف شده است ولی متأسفانه قحطی‌زدگی بسیار شدید و سوء تغذیه هنوز در بسیاری از کشورها مانع بزرگی برای توسعه به حساب می‌آید. در اثر تخریب محیط زیست و خشکسالی یا از دست رفتن امکان تنوع کاشت، بیش از ۹۰ میلیون کودک زیر ۵ سال به طور خطرناکی دچار کم‌وزنی هستند.

هدف دوم از اهداف توسعه پایدار آن است که به تمام اشکال گرسنگی و سوء تغذیه تا سال ۲۰۳۰ خاتمه دهد و اطمینان حاصل شود که همه مردم و به ویژه کودکان در تمام طول سال، دسترسی لازم به مقدار کافی غذای مغذی داشته باشند. لازمه این کار ارتقاء اقدامات کشاورزی است: حمایت از صاحبان مزارع کوچک و ایجاد امکان دسترسی به زمین، فن‌آوری و بازارها. همچنین سرمایه‌گذاری در زیرساخت‌ها و فناوری‌های لازم برای مولد شدن کشاورزی که در این راستا نیاز به همکاری‌های بین‌المللی است تا همراه با سایر اهداف منظور شده در این مجموعه بتوان به گرسنگی و قحطی‌زدگی تا سال ۲۰۳۰ پایان داد.

هدف ۳- سلامت و رفاه مردم

حدود ۵۰٪ مرگ و میر کودکان <۵ سال که قابل پیشگیری است در فاصله سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۵ کاهش یافته است. در طی همین مدت ۳۰٪ از موارد HIV-AIDS کاهش یافت و بیشتر از ۶/۲ میلیون نفر، از مرگ ناشی از مالاریا نجات یافته‌اند. ولی متأسفانه هنوز همه ساله بیش از ۶ میلیون کودک زیر ۵ سال فوت

می‌کنند. روزانه ۱۶۰۰۰ مادر به دلیل حاملگی و زایمان در شرایط نامناسب، جان خویش را از دست می‌دهند و فقط ۵۶٪ از زایمان‌ها توسط افراد ماهر انجام می‌شود. بیماری ایدز علت اصلی مرگ نوجوانان در کشورهای زیر صحرای آفریقا یا به اصطلاح، آفریقای سیاه است.

از طریق پیشگیری، درمان، آموزش، ایمن‌سازی، مراقبت‌های سلامت جنسی و باروری می‌توان از بسیاری از مرگ و میرها اجتناب نمود. SDGs متعهد است که همه‌گیری ایدز، سل، مالاریا و بقیه بیماری‌های واگیر را تا ۲۰۳۰ پایان بخشد. هدف، رسیدن به پوشش همگانی سلامت و دسترسی به داروها و واکسن‌های ایمن و ارزان برای همه است.

برخی از اهداف بهداشتی SDGs برای اطمینان از زندگی سالم و ارتقاء کامیابی همه در تمام سنین

- ۱ - کاهش مرگ و میر مادران در سطح جهان به کمتر از ۷۰ مورد در یکصد هزار تولد زنده (تا سال ۲۰۳۰)
- ۲ - پایان دادن به مرگ‌های قابل پیشگیری نوزادان و کودکان زیر ۵ سال، در حالی که همه کشورها برنامه ریزی کرده باشند که مرگ و میر نوزادان را دست کم تا حد ۱۲ در ۱۰۰۰ تولد زنده، و موارد مرگ کودکان زیر ۵ سال را حداقل تا حد ۲۵ در ۱۰۰۰ تولد زنده کاهش دهند (تا سال ۲۰۳۰)
- ۳ - پایان دادن به همه‌گیری ایدز، سل، مالاریا، و بیماری‌های گرمسیری به فراموشی سپرده شده و مبارزه با هیپاتیت، بیماری‌های منتقله از طریق آب و سایر بیماری‌های مسری (تا سال ۲۰۳۰)
- ۴ - کاهش مرگ‌های زود هنگام ناشی از بیماری‌های غیر واگیر به میزان یک سوم، با بهره‌گیری از اقدامات پیشگیرنده و درمانی و گسترش بهداشت و سلامت روان (تا سال ۲۰۳۰)
- ۵ - تقویت اقدامات پیشگیرنده و درمانی مرتبط با سوء مصرف مواد و از جمله مواد مخدر و الکل
- ۶ - کاهش موارد مرگ و آسیب‌های ناشی از تصادفات جاده‌ای به میزان ۵۰٪ (تا سال ۲۰۲۰)
- ۷ - فراهم کردن امکان دسترسی همگانی به خدمات بهداشتی - درمانی در خصوص بهداشت باروری و جنسی، اطلاعات و آموزش و گنجاندن بهداشت باروری در استراتژی‌ها و برنامه‌های ملی (تا سال ۲۰۳۰)
- ۸ - تامین پوشش همگانی، از جمله حفاظت در برابر ریسک مالی، دسترسی به خدمات با کیفیت بهداشتی - درمانی پایه و دسترسی به داروها و واکسن‌های ضروری ایمن، موثر، با کیفیت و مقرون به صرفه برای همه.
- ۹ - کاهش اساسی موارد مرگ ناشی از مسمومیت‌های شیمیایی و آلودگی آب، خاک و هوا (تا سال ۲۰۳۰).

هدف ۴ - تحصیلات با کیفیت

از سال ۲۰۰۰ با شعار آموزش دوره ابتدایی برای همه، پیشرفت‌های خیلی زیاد بخصوص در زمینه حضور دختران در مدارس ابتدایی حاصل شده است. البته در مناطقی که میزان فقر خیلی شدید است و یا مناطقی که درگیری و جنگ و یا فوریت‌های دیگری وجود داشته باشد نظیر منطقه غرب آسیا و شمال آفریقا وضع خیلی سخت تر می‌شود. در فقیرترین مناطق، هر کودک ۴ برابر بیشتر از سایر کودکان احتمال دارد که به مدرسه ورود پیدا نکند. تحصیلات از قویترین و ثابت شده‌ترین وسائل برای توسعه پایدار است. طبق این هدف همه دختران و

پسران باید تحصیلات ابتدایی و متوسطه را تا ۲۰۳۰ تکمیل کنند. همچنین باید آموزش حرفه‌ای برای همگان و به ویژه زنان و افراد بی‌بضاعت قابل دسترس و ارزان باشد.

هدف ۵ - برابری جنسیتی

توانمند کردن دختران و زنان، نقش چندین برابری در رشد اقتصادی و توسعه دارد. در حال حاضر دختران خیلی بیشتری و در بعضی مناطق جهان همه دختران به مدرسه ابتدایی می‌روند. خارج از بخش کشاورزی، حالا زنان ۴۱٪ در مشاغل مزدبگیر فعالند. ولی متأسفانه هنوز در بسیاری از نقاط جهان زنان از حقوق مساوی در امر اشتغال محرومند. هدف آن است که تبعیض در همه جا بر علیه زنان و دختران برداشته شود. هنوز در مناطقی زنان دسترسی مساوی به مشاغل در سطوح مختلف ندارند. خشونت جنسی و استثمار وجود دارد. داشتن حق مالکیت از جمله زمین برای زنان حیاتی است و نیز دسترسی به سلامت جنسی و باروری و امکان استخدام بیشتر زنان از طریق اصلاح قوانین و سیاست‌ها.

هدف ۶ - آب تمیز و بهداشت محیط

بیش از ۴۰ درصد مردم جهان در دسترسی به آب مشکل دارند که به نظر می‌رسد با توجه به گرم شدن کره زمین وضع، بدتر خواهد شد. غیر مطمئن بودن وضعیت آب مسأله اساسی است. سال ۲۰۱۱ تعداد ۴۱ کشور کمبود جدی آب را تجربه کرده و ده کشور در حال از دست دادن آب تجدیدپذیر هستند. افزایش خشکسالی و بیابان‌زایی وضع را بدتر می‌کند. در ۲۰۵۰ یک چهارم مردم جهان دچار کمبود آب خواهند بود. به منظور دسترسی همگان به آب آشامیدنی سالم و ایمن تا سال ۲۰۳۰ باید برای ساخت زیربناهای کافی سرمایه‌گذاری شود و بر تأمین تسهیلات بهداشت محیط و تشویق رعایت بهداشت در همه سطوح، تأکید به عمل آید. لازمه جلوگیری از کمبود آب آنست که از اکوسیستم‌های مرتبط با آب نظیر جنگل‌ها، کوه‌ها، زمین‌های باتلاقی و رودخانه‌ها جِراست شده و در صورت نیاز بازسازی شوند.

هدف ۷ - انرژی پاک و ارزان

بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ تعداد ۱/۷ میلیارد نفر دیگر از مردم به انرژی برق دسترسی یافتند. جمعیت در حال افزایش و نیاز به انرژی ارزان هم رو به فزونی است. اقتصاد دنیا متکی به انرژی فسیلی است و در نتیجه انتشار گازهای گلخانه‌ای، افزایش یافته و موجب تغییر خیلی جدی در سیستم جوی می‌گردد. از سال ۲۰۱۱ تلاش برای تأمین انرژی پاک موجب شده است که ۲۰٪ انرژی دنیا توسط منابع تجدید پذیر تولید شود. هنوز هم از هر ۷ نفر از مردم یک نفر به برق دسترسی ندارد و لازم است با توجه به تقاضای فزاینده، برای تولید قابل ملاحظه انرژی تجدید پذیر، تلاش خیلی بیشتری کرد. برای اطمینان از دسترسی همگان به انرژی برق ارزان قیمت تا سال ۲۰۳۰ باید سرمایه‌گذاری در انرژی‌های پاک نظیر خورشیدی، بادی و حرارتی صورت پذیرد.

انتخاب استانداردهای هزینه اثربخش برای فن‌آوری‌ها همچنین می‌تواند مصرف انرژی برقی دنیا را در ساختمان‌ها و در صنعت ۱۴٪ کاهش دهد. معنای این امر بی‌نیازی از ساخت ۱۳۰۰ واحد متوسط تولید برق است.

باید تولید انرژی تمیز هدف همه کشورهای در حال توسعه باشد که هم به رشد کمک می‌کند و هم به محیط زیست.

هدف ۸ - شغل مناسب و رشد اقتصادی

طی ۲۵ سال گذشته تعداد افرادی که در شرایط فقر شدید زندگی می‌کنند به طور چشمگیری کاهش یافته است و این علیرغم وضع اقتصادی نامناسب در سال ۲۰۰۸ است که در آن سال بحران اقتصادی و رکود جهانی وجود داشت.

در کشورهای در حال توسعه طبقه متوسط، بیش از ۳۴٪ کل افراد شاغل را به خود اختصاص می‌دهد که این ۳ برابر سالهای بین ۱۹۹۰ و ۲۰۱۵ می‌باشد. اما در عین حال که اقتصاد دنیا به طرف بهبود پیش می‌رود، رشد کندتر و بی‌عدالتی گسترده‌تر و تعداد شغل مورد نیاز کمتر شده است. بر طبق گزارش سازمان بین‌المللی کار بیش از ۲۰۴ میلیون نفر در سال ۲۰۱۵ بی‌کار بودند. اهداف توسعه پایدار موجب ارتقاء رشد اقتصادی، افزایش تولید و فن‌آوری‌های مبتکرانه می‌شود. تشویق سرمایه‌گذاری توأم با خطر پذیری و ایجاد شغل، کلید این امر است همراه با مبارزه با کار اجباری، برده داری و قاچاق نیروی انسانی.

هدف ۹ - صنعت، ابداع و زیرساخت

سرمایه گذاری در زیرساخت‌ها و ابداعات، پیشران‌های مهم رشد اقتصادی و توسعه است. حمل و نقل، انرژی تجدید پذیر و رشد صنایع جدید و فن‌آوری‌های اطلاعات و ارتباطات از اهمیت زیادی برخوردار هستند. ایجاد شغل‌های جدید و انرژی بهره‌ور، صنایع تاب آور، سرمایه گذاری در پژوهش‌های علمی و ابداعات همه کارهای مهمی برای تسهیل رسیدن به توسعه پایدار است. هنوز ۴ میلیارد نفر به اینترنت دسترسی ندارند که ۸۰٪ در کشورهای در حال توسعه هستند و حل این مشکل بسیار مهم است.

هدف ۱۰ - کاهش بی‌عدالتی‌ها

بی‌عدالتی در درآمد در حال افزایش است. به گونه‌ای که ۴۰٪ درآمدها به جیب ۱۰٪ متمکن‌ترها می‌رود، در حالی که فقط ۷٪-۲٪ درآمدها به ۱۰٪ فقیرترها تعلق دارد. لازمه اصلاح این وضعیت، انتخاب سیاست‌های خیلی روشن و قاطع به نفع طبقات پایین اقتصادی، همراه با از بین بردن تبعیض‌های نژادی، قومی و جنسیتی است. این امر یک مشکل جهانی بوده و نیازمند همکاری‌های بین‌المللی است.

هدف ۱۱ - شهرها و جوامع خودکفا

در حال حاضر بیش از نیمی از جمعیت دنیا و تا سال ۲۰۵۰ دو سوم این جمعیت در شهرها زندگی می‌کنند و لذا توسعه پایدار بدون پرداختن جدی به نحوه ساختن و مدیریت شهرها امکان پذیر نیست. رشد سریع مهاجرت و توسعه شهرها در کشورهای در حال توسعه کلان شهرها را از ۱۰ شهر در سال ۱۹۹۰ به ۲۸ شهر در ۲۰۱۴ رسانده است. فقر مطلق اغلب در شهرها دیده می‌شود. امنیت بخشیدن و خودکفا نمودن شهرها یعنی

دسترسی به منازل امن و ارزان و ارتقاء بخشیدن وضعیت حاشیه نشینی شهرها، سرمایه گذاری در حمل و نقل عمومی، پارک‌ها و اصلاح برنامه‌ریزی و مدیریت شهری به صورت مشارکتی و فراگیر.

هدف ۱۲ - مصرف و تولید مسئولانه

برای رسیدن به رشد اقتصادی و توسعه پایدار باید بافوریت روش‌های تولید و مصرف کالاها و منابع را اصلاح کنیم. کشاورزی بیشترین مصرف آب را به خود اختصاص می‌دهد و آبیاری حدود ۷۰٪ آب را مصرف میکند. مدیریت مطلوب منابع طبیعی و نحوه دفع زباله‌های سمی و آلوده کننده‌ها از اقدامات مهم برای رسیدن به این هدف است. تشویق صنعت، بازار و مصرف کنندگان برای بازیافت و کاهش زباله و نیز اصلاح الگوی مصرف بسیار مهم است. مصرف جمعیت عظیمی از مردم دنیا حتی پاسخگوی نیازهای اولیه آنان نیست. اگر اتلاف مواد غذایی در جهان در سطح خرده فروشی و مصرف کننده به نصف برسد به امنیت غذا و کارایی منابع اقتصادی کمک می‌کند.

هدف ۱۳ - تغییرات اقلیمی و اثرات بهداشتی آن

تغییرات آب و هوا همه کشورها را تحت تأثیر قرار داده است. انتشار گازهای گلخانه‌ای، روز افزون بوده و در حال حاضر ۵۰٪ بیش از سال ۱۹۹۰ می‌باشد. ادامه گرم شدن زمین موجب تغییرات طولانی مدت و ماندگار وضعیت آب و هوا و در نتیجه عواقب غیر قابل برگشت ناشی از آن میشود. خسارات ناشی از سونامی‌ها، گردبادهای شدید و سیل‌ها سالانه بالغ بر صدها میلیارد دلار است. لذا باید تا سال ۲۰۲۰ بتوان همه ساله اعتباری بالغ بر یکصد میلیارد دلار برای تخفیف دادن خسارات بلایای ناشی از تغییرات آب و هوا در کشورهای در حال توسعه تأمین کرد. هنوز هم می‌توان اگر خواست سیاسی باشد از طریق طیف وسیعی از فناوری‌ها، افزایش درجه حرارت کره زمین را به ۲ درجه سانتی‌گراد بیش از درجه قبل از صنعتی شدن محدود کرد. لازمه آن خواست سیاسی و اقدام جمعی و فوری است.

هدف ۱۴ - زندگی در زیر آب

اقیانوس‌ها (درجه حرارت، ترکیب شیمیایی، جریان‌ها و زندگی در آنها) زمین را برای انسان قابل سکونت می‌کند. بیش از ۳ میلیارد نفر متکی به تنوع زیستی دریا و ساحل هستند. در عین حال، امروزه شاهد ۳۰٪ استفاده بیش از حد از منابع ماهیها در سطح جهان هستیم یعنی سطحی پایین‌تر از میزانی که برای ادامه بقاء آنها ضروری است. اقیانوس‌ها همچنین ۳۰٪ از CO₂ تولید شده توسط انسان را جذب می‌کنند و حالا شاهد افزایش ۲۶٪ به درجه اسیدی آب اقیانوس‌ها هستیم. آلودگی که تقریباً همه آن از منابع خشکی است به حد مخاطره آمیزی رسیده است به طوری که در هر کیلومتر مربع آب اقیانوس ۱۳۰۰۰ قطعه پلاستیک مشاهده می‌شود. اهداف توسعه پایدار، در صدد مدیریت و حفاظت پایدار اکوسیستم ساحلی از آلاینده‌ها و اثرات اسیدی شدن آب اقیانوس‌ها و حراست از استفاده از منابع اقیانوس با وضع قوانین بین‌المللی است.

هدف ۱۵ - زندگی روی زمین

نباتات ۸۰٪ رژیم غذایی انسان را تشکیل می‌دهند و لذا انسان به کشاورزی به عنوان منبع مهم اقتصادی و مسیری به طرف توسعه، وابسته است. جنگل‌ها که ۳۰٪ سطح زمین را پوشانده‌اند یک اقامتگاه حیاتی برای میلیون‌ها گونه و منابع مهم برای هوای پاک و آب بوده و برای مبارزه با تغییرات اقلیمی نقشی فوق‌العاده دارد. امروزه ما بطور بی‌سابقه‌ای شاهد تخریب و از دست دادن زمین‌های قابل کشت هستیم، یعنی ۳۰ تا ۳۵ برابر تاریخ گذشته. همه ساله خشکسالی و بیابان‌زایی موجب از دست دادن ۱۲ میلیون هکتار میشود که آثار سوء آن متوجه جوامع فقیر است. از ۸۳۰۰ نوع حیوان شناخته شده ۸٪ منقرض شده و ۲۲٪ در خطر انقراض هستند. اهداف توسعه پایدار، حفظ و بازیابی اکوسیستم خشکی نظیر جنگل‌ها، باتلاق‌ها، سرزمین‌های خشک و کوه‌ها تا ۲۰۲۰ است. توقف جنگل‌زدایی برای توقف آثار تغییرات اقلیمی، امری حیاتی است. برای کاهش از دست دادن محل اسکان طبیعی و تنوع حیاتی باید اقدامات عاجل صورت پذیرد.

هدف ۱۶ - صلح، عدالت و مؤسسات توانمند

بدون صلح، ثبات، رعایت حقوق بشر و مدیریت مؤثر بر مبنای قانون نمیتوان به توسعه پایدار رسید. بعضی مناطق دنیا از صلح، امنیت و کامیابی برخوردارند و بعضی مناطق دیگر در حلقه‌های درگیری و خشونت بی‌پایان گرفتارند. خشونت‌های مسلحانه و ناامنی، نقش تخریبی بر پیشرفت کشورها و رشد اقتصادی کشورها داشته و آثار آن می‌تواند برای نسل‌ها ادامه داشته باشد. **خشونت جنسی، جرم، استثمار و شکنجه، هر جا که درگیری و بی‌قانونی باشد شایع‌تر است و کشورها باید از افراد آسیب پذیر در مقابل این مشکلات حفاظت کنند.** اهداف توسعه پایدار درصدد کاهش شدید انواع خشونت بوده و دولت‌ها و جوامع باید برای یافتن راه حل در مقابل درگیری‌ها و عدم امنیت، همکاری کنند. تقویت قوانین و ارتقاء حقوق بشر کلید این پدیده است باید از انتقال سلاح‌های غیر قانونی جلوگیری نموده و از کشورهای در حال توسعه برای مدیریت دنیا استفاده شود.

هدف ۱۷ - مشارکت در اهداف

موفقیت اهداف توسعه پایدار فقط به همکاریها و مشارکت جهانی منوط است. اگر چه گزارش‌ها افزایش ۶۶٪ حمایت کشورهای توسعه یافته را بیان میدارد، ولی بحران‌های انسانی ناشی از درگیری‌ها و بلایای طبیعی، به منابع مالی و کمک‌های بیشتری نیاز دارد. دسترسی به تکنولوژی و علم روش مهمی برای مشارکت در دیدگاه‌ها و پرورش ابتکارات است و برنامه ریزی برای پرداخت بدهی کشورهای در حال توسعه. ارتقاء تجارت جهانی و کمک به کشورهای در حال توسعه برای افزایش دادن صادراتشان راه‌های دیگر ارتقاء همکاریها است.

شایان ذکر است که هرچند طبق شواهد موجود، در نظام جمهوری اسلامی ایران در حال حاضر (نیمه اول سال ۲۰۱۹) که فقط سه سال از آغاز حرکت جهانی به سمت اهداف هفده گانه توسعه پایدار، می‌گذرد، در بسیاری از شاخص‌ها و بویژه هدف سوم که مربوط به سلامت مادر و کودک، کنترل، حذف و ریشه‌کنی برخی از بیماری‌ها است از بسیاری از کشورهای دیگر و متوسط جهانی جلوتر هستیم ولی زینده جمهوری اسلامی ایران

است که تمامی وزارتخانه‌ها، نهادها و مسئولین، به گونه‌ای برنامه ریزی و تلاش کنند که در تمامی اهداف هفده گانه با رعایت حدود شرع مقدس و متناسب با فرهنگ غنی ایرانی - اسلامی، اقدامات لازم، هماهنگ و به موقع به عمل آید تا کشور عزیزمان در همه ابعاد توسعه، الگویی برای سایر کشورهای جهان گردد.

جابه‌جایی مرکز ثقل خدمات سلامت در غرب

در اروپا و به ویژه آمریکا که تا همین اواخر، ارائه خدمات سلامت عمدتاً 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 به ویژه در کشورهای اروپایی وضع و اعمال می‌شود. داروهای تجاری به خصوص آن دسته که گرانتر است جای خود را به داروهای ژنریک می‌دهند. و در آمریکا در سال‌های اخیر ۸۵ تا ۸۷٪ نسخه‌های پزشکان منحصراً داروی ژنریک است. دولت‌ها تلاش می‌کنند تا کلیه سیاست‌هایشان مبتنی بر سلامت باشد و با توجه ویژه به عوامل اجتماعی سلامت، برای کاهش بی‌عدالتی در سلامت تلاش می‌کنند. 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 Self Care و Home Care تأکید بیشتری می‌گردد و جایگاه این نوع از مراقبت‌ها در سیستم ارائه خدمات از استحکام بیشتری برخوردار شده است. در آمریکا در طول سال‌های اخیر با افزایش استفاده از مراکز day care، کاهش تخت روز بیمارستانی و نیز کاهش عفونت‌های بیمارستانی عملاً توانسته‌اند ۲۰٪ از تخت‌های بیمارستانی را تعطیل کنند.

آموزش پزشکی

جهت بهبود بخشیدن مراقبت‌ها و ارتقاء سلامت جامعه و به خصوص به منظور توفیق در اعمال هرگونه تحول زیربنایی در این امور، باید به نحوه و کیفیت آموزش پزشکی توجه کرده و در آن مداخله نمود. 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 عمدتاً تأکید بر ارتقاء 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 مرگ و میر مربوط به مسائلی از قبیل بیماری‌های غیر واگیر 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، فن‌آوری اطلاعات و آموزش کار گروهی است.

نتیجه

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 عبارتست از احیاء 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 هشتاد میلیون ایرانی به گونه‌ای عادلانه از مراقبت‌های اولیه سلامت برخوردار می‌شوند. اقدام دوم، پرداختن هر چه بیشتر به عوامل اجتماعی سلامت است که سهم هفتاد و پنج درصدی در ارتقاء سلامت جامعه و افراد دارد. اجرایی نمودن این دو اقدام بسیار ارزشمند که موجب استقرار عدالت در سلامت می‌گردد، نیازمند عزم ملی، مشارکت مردم و همکاری‌های بین بخشی است.

به امید روزی که خورشید "عدالت در سلامت" در پرتو انوار مقدس خود، سراسر کشور و جهان را منور نماید انشاا...

منابع:

1. United Nations. Sustainable Development Goals. 17 goals to transform our world. Available from: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/>. [Last accessed on 2019 February].
2. WHO. Progress towards the SDGs: A selection of data from World Health Statistics 2018. Available from: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2018/EN_WHS2018_SDGhighlights.pdf?ua=1. [Last accessed on 2019 February].
3. WHO. From MDGs, Millennium Development Goals to SDGs, Sustainable Development Goals. World Health Organization 2015. Available from: <http://www.who.int/gho/publications/mdgs-sdgs/en/>. [Last accessed on 2019 February].
4. Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development. New York (NY): United Nations; 2015. Available from: <https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>. [Last accessed on 2019 February].
5. The World Health Report 2008, Primary Health Care Now More Than Ever. Available from: <http://www.who.int/whr/2008/en/index.html> [Last accessed on 2019 February].
6. World Health Organization, Equity, Social Determinants and Public Health Programmes. Edited By Erik Blas and Anand Sivasankara Kurup. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563970_eng.pdf [Last accessed on 2019 February].