تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت

چالش‌ها و راهکارهای اقدام در زمینه تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در ایران: یک مطالعه کیفی

روح اله زابلی[1]
هرمز سنایی‌نسب[2*]

۱. استادیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله (عج)، تهران، ایران.

*۲. دانشیار گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله (عج)، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)
sanaei1343@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۰۱/۱۹
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۰۱/۲۸

چکیده

زمینه و هدف: جلوگیری از نابرابری در سلامت نیازمند توجه به تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت است. امروزه تلاش کشورها برای کاهش نابرابری در سلامت از طریق توجه به این تعیین‌کننده‌ها است. توزیع نابرابر سلامت در کشورهای درحال‌توسعه یکی از چالش‌های عمده نظام‌های سلامت است که منجر به نابرابری در جایگاه اجتماعی و شرایط زندگی افراد می‌گردد. هدف از این مطالعه تعیین چالش‌ها و راهکارهای اقدام درزمینهٔ تعیین‌کننده‌های اجتماعی نابرابری در سلامت در کشور از دیدگاه خبرگان بود.

مواد و روش‌ها: این پژوهش از نوع پژوهش‌های کیفی و در گروه مطالعات پدیدارشناسی قرار می‌گیرد. جامعه پژوهش را ۲۴ نفر از سیاست‌گذاران و خبرگان درزمینهٔ تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت تشکیل دادند. روش نمونه‌گیری از نوع هدفمند طبقاتی غیرتصادفی بود. برای جمع‌آوری داده‌های کیفی، مصاحبه نیمه‌ساختارمند انجام شد. برای تحلیل یافته‌ها، روش تحلیل چارچوبی با نرم‌افزار Nvivo انجام شد.

یافته‌ها: اکثریت خبرگان اعتقاد داشتند مشکلات اقتصادی مهم‌ترین چالش موجود در این زمینه است. نبود برنامه‌ریزی مناسب و درازمدت در کشور درزمینهٔ تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت، ضعف و یا فقدان مسئولیت‌پذیری اجتماعی در کشور و نبود نظارت، عدم وجود نگرش فردی و سازمانی جامعه‌نگر و درنهایت رویکرد بالینی و عدم توجه به عوامل محیطی؛ مهم‌ترین دلایل عدم اجرا و توفیق رویکرد تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در کشور می‌باشد. راه‌اندازی سیستم پایش عدالت در سلامت در کشور به‌منظور ارائه شواهد لازم برای تصمیم‌گیری و توجیه سیاست‌گذاران، بازبینی ساختار فعلی دفتر تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت، گسترش تحقیقات در این زمینه از مهم‌ترین راهکارهای موجود است.

نتیجه‌گیری: توجه به تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت موجب ارتقای سطح سلامت در جامعه می‌گردد. ارتقای همکاری بین بخشی در حوزه سلامت و تأکید بر تعیین‌کننده‌های ساختاری و تعیین‌کننده‌های اجتماعی نقش مهمی در کاهش نابرابری‌های در سلامت دارد. ضروری است تا با اتخاذ این رویکرد در سیاست‌گذاران کشور، سلامت در همه سیاست‌ها جایگاه خویش را پیدا نماید.

کلیدواژه‌ها: تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت، مطالعه کیفی، چالش‌ها و راهکارها، ایران.

◀ **استناد:** زابلی ر، سنایی‌نسب. چالش‌ها و راهکارهای اقدام درزمینهٔ تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در ایران: یک مطالعه کیفی. فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت ۱۳۹۳؛ ۲(۱): ۵-۱۶.

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2025-11-08]

SOCIAL DETERMINANTS Of HEALTH

The Challenges and Solutions for Action of Social Determinants of Health in Iran: A Qualitative Study

Rouhollah Zaboli[1]
Hormoz Sanaeinasab[2]*

1. Assistant Professor, Health Management Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences (BUMS), Tehran, Iran.

***2.** Associate Professor, Ph.D., Department of Halth Education, Health School, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran. (Corresponding author)
sanaei1343@gmail.com

Received: 08/03/2014
Accepted: 17/03/2014

ABSTRACT

Background and objective: Prevention of health inequalities requires attention towards the social determinants of health (SDH). Today, the efforts of countries to reduce health inequalities is throught paying attention to the social determinants of health. The unequal distribution of health in the developing countries is one of the main challenges of health systems which lead to inequality in social status and living conditions. This study aimed to determine the challenges and solutions of social determinants of health in Iran based on expert views.

Methods: This study was a qualitative and phenomenological study. The study population consisted of 24 policy makers and experts from the fields of SDH. Purposive stratified non-random sampling was used in this study. Semi-structure interview was used for data collections. Thematic analysis with Nvivo software was used for data analysis.

Results: Most experts believed that the economic problems were the major challenges. Lack of long-term planning about social determinants of health, lack of social responsibility and supervision among organizations in the country, the absence of community-oriented individual and organizational perspective and finally clinical approach in health system were the causes of the failure of implementintion of SDH. The most important solution for solving the problem were setting up the health equity monitoring system for identifying the evidence required to justify the policy makers, review the current structure of the office of SDH and conducting further research on the social determinants of health.

Conclusion: Paying attention to the SDH can improve health in the community. Promotion of intersectoral collaboration and emphasis on structural determinants and social determinants of health play an important role in reducing health inequalities. It is essential to take this approach by the policy makers; and health in all policies finds own places.

Keywords: Social Determinants of Health (SDH), Qualitative study, Solutions and Challenges, Iran.

▶ **Citation**: Zaboli R, Sanaeinasab H. The challenges and solutions for action of social determinants of health in Iran: a qualitative study. Journal of Health Education and Health Promotion 2014; 2(1): 5-16.

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2025-11-08]

مقدمه

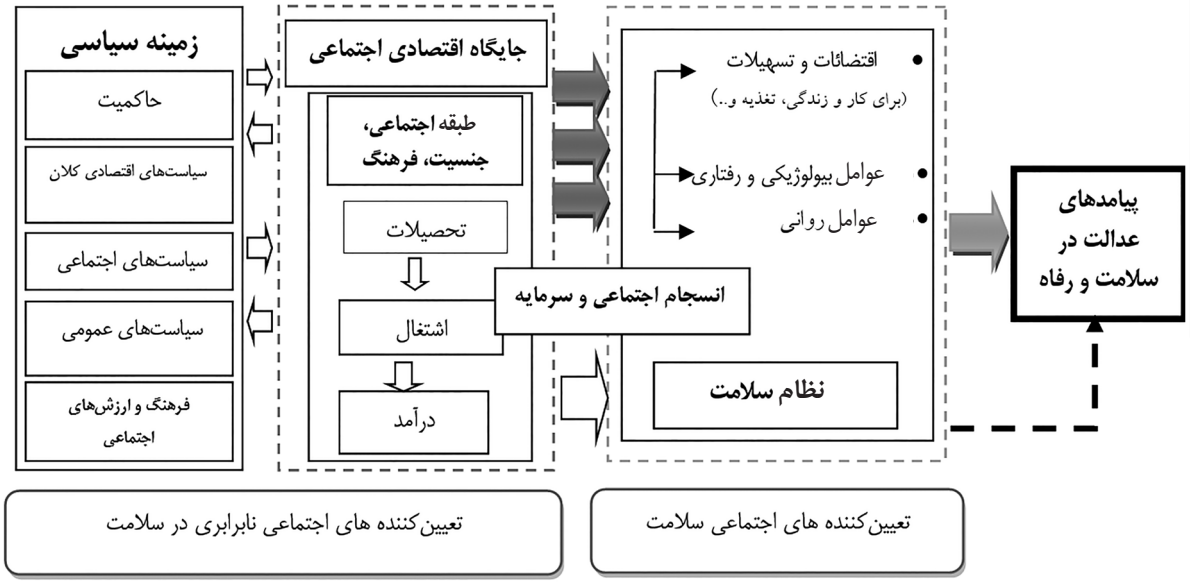
امروزه سلامت یکی از اولویت‌های اساسی در نزد سیاست‌گذاران بوده و توزیع مناسب آن نگرانی اصلی آنان است. مفهوم عدالت، هدف سیاست‌های سلامتی است. چارچوب بین‌المللی حقوق بشر حرکت به‌سوی عدالت در سلامت از طریق توجه به تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت را تأکید می‌نماید (۱-۲). سلامت پدیده‌ای پیچیده‌ای است که از رویکردهای متفاوتی می‌توان آن را بررسی نمود. در دهه‌های اخیر دو رویکرد نسبت به مفهوم سلامت مشاهده می‌شود؛ رویکرد پزشکی مبتنی بر فناوری و مداخلات بهداشتی درمانی و رویکردی که سلامت را پدیده‌ای اجتماعی تلقی می‌نماید (۳). در سال ۱۹۴۸ سازمان جهانی بهداشت به نقش تعیین‌کننده‌های اجتماعی و تأثیر آن‌ها بر روی سلامت اشاره داشت. در فواصل دهه ۱۹۵۰ تا ۱۹۶۰ رویکرد اساسی مورد توجه سازمان جهانی بهداشت و سایر نهادهای بین‌المللی رویکرد فناوری‌محور و مبارزه با بیماری‌ها بوده و توجه کمتری به تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت داشتند (۴). اولین بار مدل تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در بیانیه آلماتا و در قالب راهبرد بهداشت برای همه مطرح گردید و تا سالیان مدید تمامی اقدامات در این زمینه تحت لوای پرچم بهداشت برای همه انجام شد. در دهه ۱۹۸۰ توسعه و تمرکز بر رویکردهای اقتصادی سرمایه‌داری و رویکردهای نئولیبرالیسم و رویکردهای اقتصاد بازارمحور و توجه به کارایی صرف، مانع عمده‌ای در توسعه مفهوم تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت شد (۵). از طرف دیگر، برنامه‌های تعدیل ساختاری از جانب نهادهای بین‌المللی مانع دسترسی و توجه سیاست‌گذاران کشورهای درحال توسعه به رویکرد تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت شد (۶).

شواهد بیانگر این است که عوامل اجتماعی، چگونگی رفتار و پیامدهای سلامتی را تعیین می‌نماید. ارائه مداخلات اثربخش سلامتی نیازمند رویکردهای مبتنی بر جامعه مانند رویکرد تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت دارد (۷). در اوایل دهه ۱۹۹۰ دفتر منطقه‌ای اروپای سازمان جهانی بهداشت، کار بر روی تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت و نابرابری در سلامت را آغاز نمود (۸). از اوایل دهه ۱۹۹۰ تا ۲۰۰۰ نگرانی اصلی بسیاری از کشورها و توجه آن‌ها به این رویکرد تمرکز یافت. شواهد بیانگر این امر است که اقدامات اجتماعی در بسیاری از کشورها در کاهش نابرابری و عدالت در سلامت در این دهه موفقیت‌آمیز نبوده است (۹).

امروزه شواهد علمی محکمی وجود دارد که تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت شامل طبقه اجتماعی، محرومیت اجتماعی، حاشیه‌نشینی، استرس، تکامل دوران ابتدای کودکی، بیکاری، شرایط محیط کار، حمایت اجتماعی، اعتیاد، غذا، حمل‌ونقل، شهرنشینی، مهاجرت و جهانی‌شدن تأثیر بسیاری بر سلامت دارند (۱۰). اگر تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت دارای تأثیر زیادی بر روی سلامت جامعه باشند، ارائه مراقبت‌های پزشکی به‌تنهایی نمی‌تواند موجبات بهبود شرایط سلامت افراد را فراهم آورند (۱۱-۱۲). برای حذف علل ایجاد کننده نابرابری در سلامت باید ارتباط بین تعیین‌کننده‌های اجتماعی و تأثیر آن بر سلامت مشخص شود (۱۳). بر اساس اسناد کمسیون تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت، نابرابری سلامت در میان و بین کشورها به دلیل ترکیبی نامتوازن از سیاست‌های اجتماعی، برنامه‌های توسعه، برنامه‌های اقتصادی و سیاست‌گذاری‌های نامناسب رخ‌داده است (۱۴-۱۵).

کمسیون تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت با هدف بررسی موضوع عدالت در سلامت در سال ۲۰۰۳ تشکیل شد. ازنظر لی جونگووک، دبیرکل وقت سازمان جهانی بهداشت، مداخلات بهداشتی در کشورها با هدف مبارزه با بیماری‌ها و نجات زندگی‌ها بوده ولی موجب کاهش نابرابری و بی‌عدالتی در کشورها نشده است. گزارش سال ۲۰۰۸ این کمسیون، برای رفع نابرابری در سلامت، کشورها را برای پر کردن شکاف عوامل اقتصادی، اجتماعی و سیاسی از طریق انجام تحقیقات و شناسایی تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت و سنجش اثربخشی مداخلات ترغیب می‌نماید (۱۶-۱۷). این کمسیون چارچوبی مفهومی از تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت را برای اقدام در کشورها ارائه داد. بر اساس این چارچوب تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در دو گروه تعیین‌کننده‌های ساختاری و تعیین‌کننده‌های واسطه‌ای تقسیم‌بندی می‌شوند. تعیین‌کننده‌های ساختاری به‌عنوان تعیین‌کننده‌های اجتماعی بی‌عدالتی در سلامت بوده و تعیین‌کننده‌های واسطه‌ای به‌عنوان تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت شناخته می‌شود (نمودار ۱).

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2025-11-08]



نمودار ۱. چارچوب مفهومی تعیین‌کننده‌های اجتماعی نابرابری در سلامت(۳)

تعهد به عدالت در سلامت نیازمند رویکرد تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت است که نه‌تنها باید علت نابرابری در سلامت در گروه‌های مختلف بررسی شود بلکه تفاوت‌ها در سبک زندگی و استانداردهای زندگی در سطوح مختلف گروه‌های اقتصادی اجتماعی نیز باید بررسی شود (۱۸). با وجود بهبود کلی سلامت جهانی در قرن بیستم، نابرابری در سلامت افزایش‌یافته و شواهد نشان می‌دهند که برای جلوگیری از نابرابری در سلامت باید به تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت توجه داشت. تلاش کشورها باید بر کاهش نابرابری در سلامت و توجه به تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت باشد (۱۹-۲۰). ماهیت بین‌بخشی و چالش‌های تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت، پیچیدگی‌های زیادی را موجب می‌شود. بررسی و مقایسه برنامه‌ها و سیاست‌های تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در سطح ملی نیازمند یک رده‌شناسی است تا با کمک آن گروه‌بندی منسجمی از این برنامه‌ها حاصل شود (۲۱-۲۲). ازآنجاکه نقش نظام بهداشت و درمان در ارتقای سلامت حداکثر۲۵٪ است، سازمان جهانی بهداشت بحث تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت را به‌طور نظام‌مند موردبررسی قرار داده است (۲۳). با توجه به تجارب ایران در ارتقاء عدالت در سلامت، در اواخر سال ۱۳۸۴ جمهوری اسلامی ایران به‌عنوان کشور همکار سازمان جهانی بهداشت در زمینه رویکرد تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت و عدالت در سلامت شناخته شد (۲۴). در این سال‌ها اتخاذ رویکرد تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت به‌منظور کاهش تفاوت‌های سلامت و ارتقاء عدالت در سلامت در وزارت بهداشت به‌عنوان یکی از پنج اولویت اعلام‌شده از سوی وزارت قرار گرفت. در اجلاس روسای دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور در تاریخ ۱۳۸۹/۰۱/۲۷، ورود این رویکرد در سیاست‌ها و برنامه‌های دانشگاه‌ها مورد تأکید قرار گرفت. یکی از انتظارات و نیاز به حمایت‌ها از سطح ملی درزمینهٔ تدوین برنامه بین‌بخشی سلامت در کشور، توجه به تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت بیان‌شد. متأسفانه پس از گذشت چندین سال اقدامات مناسبی در این زمینه در کشور انجام‌نشده است (۲۵). هماهنگی بخش سلامت با

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2025-11-08]

سایر بخش‌های مرتبط فرصتی مناسب است اما دشواری‌ها و چالش‌های زیادی هم وجود دارد (۲۶). این پژوهش بر اساس چارچوب مفهومی تعیین‌کننده‌های اجتماعی نابرابری در سلامت با استفاده از نظرات افراد کلیدی و صاحب‌نظران، مهم‌ترین چالش‌های پیش رو را در این زمینه شناسایی و راهکارهای لازم را برای بهبود پیشنهاد می‌نماید.

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع پژوهش کیفی است و در گروه مطالعات پدیدارشناسی قرار می‌گیرد. جامعه پژوهش را سیاست‌گذاران و افراد خبره درزمینهٔ تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت تشکیل دادند. ملاک‌های ورود به این مطالعه عبارت بودند: داشتن حداقل سه سال تجربه، حداقل تحصیلات دکترا در علوم مدیریت سلامت و ارتقای سلامت، اپیدمیولوژی و پزشکی اجتماعی. روش نمونه‌گیری، هدفمند طبقاتی غیرتصادفی[1] بود. ازنظر تشکری و تیدل[2] در این روش نمونه‌گیری، موارد به‌صورت غیرتصادفی و کاملاً هدفمند انتخاب می‌شوند (۲۷). روش گردآوری داده‌ها برای جمع‌آوری داده‌های کیفی، مصاحبه نیمه‌ساختارمند استفاده بود. راهنمای مصاحبه دارای ۳ سؤال اساسی و ۸ سؤال تکمیلی درزمینهٔ تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت بود (جدول ۱).

جدول ۱. سؤالات راهنمای مصاحبه نیمه‌ساختاریافته

سؤالات اصلی	سؤالات تکمیلی
ابعاد عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت در کشور کدام‌اند؟	- چارچوب مفهومی ارائه‌شده از سوی سازمان جهانی بهداشت را تا چه اندازه می‌شناسید؟ - آیا این چارچوب متناسب با شرایط کشور ما می‌دانید؟ - مهم‌ترین عوامل اجتماعی در کشور را کدام می‌دانید؟
مهم‌ترین چالش‌ها برای تحلیل تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در کشور چیست؟	- برای تحلیل تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت چه ملاک‌هایی را باید مدنظر داشت؟ - در خصوص تجربیات سایر کشورها درزمینهٔ تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت چه توضیحاتی می‌توانید ارائه نمایید؟ - مهم‌ترین چالش‌های ما در این زمینه کدام است؟
اقدامات و راهکارها در موضوع تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در کشور چگونه است؟	- چه اقداماتی درزمینهٔ تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در کشور انجام‌شده است؟ - چگونه می‌توان در موضوعات مرتبط با تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در کشور اقدام نمود؟

1- purposive stratified non-random sampling
2- Tashakkori and Teddlie

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2025-11-08]

قبل از انجام مصاحبه، برای تعیین دقیق راهنمای مصاحبه یک مصاحبه آزمایشی در مقیاس کوچک‌تری انجام شد. مصاحبه‌ها تا مرحله اشباع نظری داده‌ها[3] ادامه یافت. حد اشباع داده‌ها در این تحقیق مصاحبه با ۲۴ نفر از خبرگان بود. پس از اتمام، مصاحبه‌ها پیاده‌سازی[4] و یک نسخه از آن برای مصاحبه‌شونده ارسال و صحت مصاحبه‌ها تأیید شد. برای تحلیل یافته‌های این مرحله از روش تحلیل چارچوبی[5] استفاده شد. این روش دارای ۵ مرحله بود: آشنایی، شناسایی یک چارچوب موضوعی، نمایه‌کردن، ترسیم جداول و کشیدن نقشه. این شیوه به‌صورت اختصاصی برای تحلیل تفسیر داده‌های کیفی طراحی گردیده است (۲۷). در مرحله آشنایی یک خلاصه ارتباطی، محتوایی برای هر یک از مصاحبه‌ها طراحی شد. چارچوب موضوعی اولیه بر اساس ادبیات پژوهش، سؤالات راهنمای مصاحبه‌ها و راهنمای موضوعی طراحی گردید. این چارچوب همچنین از طریق مرور مجدد متون مصاحبه‌ها و تکرار مرحله آشنایی مورد بازبینی قرار گرفت. پیاده سازی مصاحبه‌ها انجام شد. پس از تطبیق مصاحبه‌ها با یادداشت‌های تهیه‌شده، جهت استخراج مفاهیم از روش تحلیل محتوا استفاده شد و کدگذاری داده‌ها در سه سطح صورت گرفت به‌طوری‌که ابتدا واحدهای معنایی تشخیص و کدگذاری گردیدند. سپس واحدها در سطح دوم طبقه‌بندی‌شده و درنهایت موضوعات اصلی به‌عنوان سطح سوم کدگذاری از میان طبقات استخراج گردیدند. برای تعیین کدها و موضوعات اصلی‌ها از نرم‌افزار Nvivo استفاده شد (۲۸). به‌منظور تکمیل و افزایش قابلیت اعتبار داده‌ها، تأیید خبرگان و تحلیل مستندات صورت گرفت. بدین‌صورت که با شناسایی و تعیین اصالت مستندات قانونی و اسناد فرادستی در این حوزه و بهره‌گیری از تجربیات و اقدامات صورت گرفته در دبیرخانه تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت، عواملی (کدهایی) شناسایی شد و با روش تلفیق داده‌ها مورداستفاده قرار گرفت. مصاحبه‌ها در فواصل زمانی آذرماه ۱۳۹۰ تا اسفندماه ۱۳۹۱ انجام شد. میانگین زمانی مصاحبه‌ها ۶۳ دقیقه بود. در فرایند تحلیل چارچوبی فرایند کدهای اولیه مشخص گردید. با بازبینی متعدد و ترکیب کدها در چند نوبت درنهایت ۷۱ مفهوم فرعی شناسایی گردید. پس از انجام فرایند تحلیل چارچوبی در بخش چالش‌ها ۴ موضوع اصلی و در بخش راهکارها ۳ موضوع اصلی مشخص شدند.

3- data saturation
4- transcription
5- Framework Analysis

یافته‌ها

جدول ۲ مشخصات جمعیت‌شناختی خبرگان را نشان می‌دهد. بر اساس این جدول ۶ نفر از خبرگان دارای تخصص درزمینهٔ علوم مدیریت و ارتقای سلامت، ۷ نفر دارای تخصص بالینی، ۳ نفر دارای تخصص علوم اجتماعی و ۸ نفر دیگر دارای تخصص‌های دیگر از قبیل اپیدمیولوژی و علوم پایه بوده‌اند.

جدول ۲. ویژگی‌های پایه خبرگان مشارکت‌کننده در پژوهش (تعداد= ۲۴)

مشارکت‌کنندگان	جنسیت		تخصص			
	زن	مرد	علوم مدیریت و ارتقای سلامت	علوم بالینی	علوم اجتماعی	سایر
خبره ۱		*	*			
خبره ۲	*			*		
خبره ۳	*					*
خبره ۴	*		*			
خبره ۵	*			*		
خبره ۶		*		*		
خبره ۷		*	*			
خبره ۸	*			*		
خبره ۹		*				*
خبره ۱۰	*					*
خبره ۱۱	*			*		
خبره ۱۲		*				*
خبره ۱۳	*			*		
خبره ۱۴		*		*		
خبره ۱۵		*				*
خبره ۱۶		*	*			
خبره ۱۷	*				*	
خبره ۱۸		*			*	
خبره ۱۹		*			*	
خبره ۲۰		*				*
خبره ۲۱	*		*			
خبره ۲۲		*	*			
خبره ۲۳		*				*
خبره ۲۴		*				*

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2025-11-08]

بر اساس نظرات خبرگان، چارچوب مفهومی تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت ارائه‌شده از سوی سازمان جهانی بهداشت به‌عنوان الگویی مناسبی برای مطالعه ابعاد تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامتی و نابرابری در سلامت در کشور شناخته شد. خبرگان درزمینهٔ چالش‌های اساسی پیش روی تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در کشور نظرات متعددی داشتند که در قالب ۴ موضوع اصلی تقسیم‌بندی گردیدند: (۱) تأثیر عوامل اقتصادی بر سلامت، (۲) عدم برنامه‌ریزی بلندمدت در زمینهٔ تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت، (۳) ضعف یا فقدان مسئولیت‌پذیری اجتماعی و (۴) رویکرد بالینی و عدم توجه به عوامل محیطی.

(۱) تأثیر عوامل اقتصادی بر سلامت: اکثریت خبرگان اعتقاد داشتند که در شرایط فعلی ناامنی و بی‌ثباتی اقتصادی مهم‌ترین چالش موجود در این زمینه است و اولویت اساسی این است تا سیاست‌گذاران در جهت ایجاد ثبات در این زمینه اقدامات عاجل انجام دهند. نمونه‌هایی از نقل‌قول‌های خبرگان در این موضوع در زیر آورده شده است:

«اینجا همچنان ناامنی اقتصادی بسیار شدیدی بین مردم هست. به‌صورتی تحت تأثیر است که کسی به بقیه چیزها توجه نمی‌کند» (مشارکت‌کننده (م.) ۱).

«در جامعه‌ای که یک‌دفعه تورم ۳۰ - ۴۰٪ بالا رود شرایط خیلی عوض‌شده و سلامت مردم شدیداً تحت تأثیر قرار می‌گیرد» (م. ۲).

«همه این‌ها، تحت تأثیر آن ناامنی اقتصادی که هم در دولت و هم در مردم است» (م. ۱).

«آنچه خیلی مشخص است اقتصادی آن خیلی برجسته است» (م. ۳).

«در ایران روی اقتصاد، درآمد خیلی کارشده. ولی در این ابعاد تأثیرات اقتصاد در حوزه سلامت حداقل کاری شایسته‌ای نشده است» (م. ۱).

«چیز دیگر که به آن رسیدم در شرایط فعلی مملکت بحث اقتصادی خیلی قویی‌تر است و بقیه عوامل را پوشش می‌دهد» (م. ۴).

«یکی از مشکلات خیلی عمده در شرایط فعلی بحث‌های اقتصادی است که جامعه الآن دچار آن است» (م. ۱۶)

(۲) عدم برنامه‌ریزی بلندمدت در زمینهٔ تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت: برخی از خبرگان اعتقاد داشتند که مهم‌ترین مشکل در حال حاضر عدم وجود برنامه‌ریزی مناسب و درازمدت در کشور درزمینهٔ تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت است که موجب شده است این رویکرد در وزارت بهداشت و به‌طور کل در کشور مدنظر نباشد. نمونه‌هایی از نقل‌قول‌های خبرگان بدین شرح است:

«یکی از کارهایی که کردیم و مصوبه دولت را هم گرفتیم تا وزارت بهداشت برنامه مدیریت جامع عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت را تهیه و به هیئت دولت ارسال نماید. وقتی به اجرا رسیدیم، یک سازمان اجرایی نداریم تا حواسش به این‌ها باشد... انجام این کارها برنامه‌ریزی بلندمدت می‌خواهد؛ با یک برنامه‌ریزی کوتاه‌مدت نمی‌توان توفیق داشت.» (م. ۱).

«تا طرح اولیه شفاف و قانونمند نباشد و قانون‌هایی که می‌خواهیم با آن طراحی کنیم را نتوانیم مشخص کنیم، فقط به درودیوار می‌زنیم» (م. ۳).

«مشکل این است که ما برنامه درازمدت نمی‌توانیم تعریف کنیم. قوانین درازمدت متناسب با آن قابل‌تعریف نیست و با افراد قوانین و سیاست‌ها تغییر می‌کند» (م. ۳).

«فرضاً با کنترل چاقی می‌توانیم نسل‌های بعدی را از دیابت دور کنیم. این‌ها زمینه‌ساز است. در این نسل نمی‌توان کاری کرد. باید برنامه‌ریزی کنیم و شروع کنیم برای نسل‌های آینده. برای این نسل نابرابری را می‌توانیم بگذاریم کنار و روی بی‌عدالتی کارکنیم. روی عدالت کارکنیم» (م. ۴).

«در بحث درازمدت بله می‌شود با SDHها می‌توانیم در آینده هم روی برابری و هم روی عدالت کارکنیم» (م. ۴).

(۳) ضعف یا فقدان مسئولیت‌پذیری اجتماعی: ضعف یا فقدان مسئولیت‌پذیری اجتماعی در میان سازمان‌ها در کشور و نبود حسابرسی بر آن‌یکی دیگر از چالش‌هایی بود که خبرگان اعتقاد داشتند موجب نابرابری در سلامت می‌گردد. نمونه‌هایی از نقل‌قول‌های خبرگان بدین شرح است:

«حسابرسی اجتماعی وجود ندارد. مشکل این است که فرض کنید من مسئولیت‌پذیری اجتماعی دارم اما حسابرسی اجتماعی وجود ندارد. مسئولیت‌پذیری اجتماعی سازمان‌ها مهم است. سازمان‌ها این را ندارند از همه بدتر حسابرسی وجود ندارد» (م. ۴).

«حسابرسی اجتماعی هم در کشور وجود ندارد مثلاً خودروسازها» (م. ۴).

«ما زمانی می‌توانیم تعهد به تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت را در کشور افزایش دهیم که هر سازمان سهم

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2025-11-08]

و مسئولیت خویش را در موضوع سلامت بداند...چه تأثیراتی بر سلامت مردم می‌گذارد» (م. ۲۴).

(۴) رویکرد بالینی و عدم توجه به عوامل محیطی: اکثریت خبرگان اعتقاد داشتند علت اصلی در توجه ناکافی به تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در کشور، عدم وجود دیدگاه و نگرش فردی و سازمانی جامعه‌نگر در جامعه می‌باشد. رویکرد بالینی و توجه کم به عوامل محیطی مهم‌ترین دلیل در عدم اجرای رویکرد عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت در کشور می‌باشد. نمونه‌هایی از نقل‌قول‌ها در زیر آمده است:

«متأسفانه برخی مدیران سلامت از کلینیک آمده‌اند و نمی‌دانند با چه ارزشی دارند اهداف را می‌نویسند؛ استراتژی را نمی‌شناسند و برنامه‌ریزی ندارند.» (م. ۴).

«رویکردمان بیماری‌نگر است و سلامت‌نگر نیست بهتر است بگوییم درمانگر است»(م. ۴).

«یکی از زیرساخت‌های (توسعه) آن سلامت است. یعنی اول عینک آن‌ها تعیین‌کننده‌های اجتماعی است. ولی من که پزشکم می‌گویم اول سلامت. بعد یکی از موارد که باعث ارتقا سلامت می‌شود عوامل اجتماعی است. عینک‌های ما باهم فرق دارد.» (م. ۸).

«پزشک شما مسئول تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت (SDH) شماست. پزشک مسئول درمانگاه وظیفه دارد با نگاه SDH پیش رود. ما این کار را در معاونت بهداشت داریم انجام می‌دهیم. این‌ها باید اولویت‌ها را در بخش خود تعیین کنند. بیماری قلب و عروق است یا ... و یا... هر چیزی بگوید غیرازاینکه خود سازمان او باید کاملاً بسیج شود و حرکت کند. یکسری سازمان‌ها دیگر هم باید با وی حرکت کنند. آنجایی که بقیه دارند با او حرکت می‌کنند SDH دارد اتفاق می‌افتد» (م. ۱۰).

«در بحث آموزش پزشکی هم نمی‌شود پزشک را تربیت کرد که در مورد بقیه مباحث چیزی نداند. این فرد حتی در آموزش مبتنی بر جامعه خود هم مانده. ما حتی در این بحث هم خوب نپرداخته‌ایم. چقدر نیروهای سلامت ما با رویکرد SDH تربیت می‌شوند؟» (م. ۱۰).

«الآن نقش وزارت بهداشت (در ارتقای سلامت جامعه) کمرنگ‌تر و نقش سایر وزارتخانه‌ها پررنگ‌تر می‌شود؛ الآن به خاطر مشکلات و پیچیدگی‌های شهری این مسئله اهمیتش خیلی بیشتر شده است.» (م. ۱۵).

«یکی از اشکالات ما هم این است که اولویت اول ما درمان است. آن‌هم درمان بستری. نمی‌دانم به خاطر گرفتاری‌هاست و یا هر دلیل دیگر. آن‌قدر گرفتار بیمارستان هستیم مگر می‌توانیم وارد حوزه دیگر شویم. باید وارد حوزه ارتقای سلامت شویم» (م. ۱۵).

«وزارت بهداشت اگر چنانچه بحث رویکرد سلامت است نه رویکرد پاتولوژیک باید به رویکرد اقتصادی و اجتماعی از هماهنگی بین‌بخشی است تمرکز شود» (م. ۱۵).

«مااشکالمان این است که ما در مرز درمان و احیاناً پیشگیری هستیم و وارد حوزه ارتقای سلامت نشدیم» (م. ۱۵).

«سیستم سلامت ما دنبال بیماری است و توجه خیلی کمی به مسائل بهداشتی و پیشگیری دارد. این خود یک نوع بیماری سیستم می‌باشد.» (م. ۲۰)

یافته‌های کیفی درزمینهٔ راهکارهای موجود بر اساس پیشنهادهای خبرگان را در سه قالب ۳ موضوع کلی تقسیم‌بندی شدند: (۱) راه‌اندازی سیستم پایش عدالت در سلامت، (۲) بازبینی و تقویت ساختار فعلی و (۳) توسعه تحقیقات درزمینهٔ تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت.

(۱) راه‌اندازی سیستم پایش عدالت در سلامت: راهکار اصلی برای اقدام درزمینهٔ تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در کشور، راه‌اندازی سیستم پایش عدالت در کشور به‌منظور جمع‌آوری شواهد لازم برای تصمیم‌گیری و توجیه سیاست‌گذاران است. در زیر نمونه‌هایی از نقل‌قول‌های مرتبط آمده است:

«ازجمله کارهای دیگر برنامه در این زمینه تدوین سند پایش عدالت در سلامت در کشور است که ۵۲ شاخص را تهیه کردیم با کمک خود سازمان‌های بیرونی. در هیئت دولت مصوب کردیم؛ و به همه سازمان‌ها ابلاغ کردیم» (م. ۱).

«اینکه بخواهیم عدالت را بسنجیم در سطح ۴۰۰ شهرستان به شاخص‌هایی احتیاج داشتیم؛ که این شاخص‌ها بر اساس یک تفکیک‌کننده‌هایی باشد که اگر بخواهیم استان‌ها را باهم مقایسه کنیم. شاخص‌هایی که داریم دقیقاً نمی‌توانند وضعیت هر شهرستان به شهرستان را تعیین کنند ولی جمع شاخص‌ها می‌توانند یک عددی باشد که این عدد تعیین‌کننده وضعیت استان نیست» (م. ۲)

(۲) بازبینی و تقویت ساختار فعلی: برخی از خبرگان پیشنهاد نمودند که ساختار فعلی ساختاری مناسبی برای توجه به تعیین‌کننده‌های اجتماعی و پاسخگوی انتظارات

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2025-11-08]

نیست. راهکار مناسب در این زمینه تقویت ساختار فعلی با رویکرد تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت است. نمونه نقل‌قول‌ها مشارکت‌کنندگان در این زمینه آمده است:

« SDH اگر بخواهد در ایران موفق شود، باید مانند خیلی از کشورها که وزارت بهداشت ندارند جز برخی کشورها... به تعیین‌کننده‌های اجتماعی توجه کند. سلامت جزئی از موضوعات اجتماعی است، ساختار مناسب می‌خواهد. مدل مکماهون هم همین است» (م. ۱۰).

«وقتی شورای سلامت استان آن‌قدر اختیار ندارد که چه انتظاری از یک بهورز داری. بهورز می‌تواند مردم را توانمند بکند؟... باید ساختار شبکه تقویت گردد»(م. ۸)

(۳) توسعه تحقیقات در زمینهٔ تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت: راهکار سوم از دیدگاه خبرگان ضرورت انجام و گسترش تحقیقات درزمینهٔ تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت و تأثیرات آن بر سلامت مردم بود. نقل‌قول‌های زیر تنها به برخی از موارد و پیشنهادها اشاره دارند:

«از کارهای دیگر ایجاد شبکه تحقیقاتی SDH است که یکی از بزرگ‌ترین اقدامات در این زمینه است. اگر شما نتوانید در سیاست‌گذاران اطلاعات و داده دهید، آن‌ها نمی‌دانند بر چه اساسی برنامه‌ریزی را انجام دهند. این داده‌ها فقط با تحقیقات به دست می‌آید و این می‌تواند در هر منطقه بابت مسائل هر منطقه ایجاد شود. الآن در ۲۲ دانشگاه از ۵۰ دانشگاه کشور مرکز تحقیقات SDH راه‌اندازی شده است. که قرار است این مراکز زیرپوشش یک شبکه تحقیقاتی بروند. تا بتوانند مشکلات منطقه‌ای را به هم نشان دهند و کارهای مشترک انجام دهند و از نتایج کارهای هم استفاده کنند» (م. ۲).

«تحقیقات درزمینهٔ عوامل اجتماعی و نقش آن‌ها بر سلامت مردم کمتر انجام‌شده است. باید تمرکز مراکز تحقیقاتی و نظام سلامت بر روی این‌ها بیشتر شود»(م. ۲۳).

«وقتی‌که مفهوم وارداتی را بلافاصله و بدون استفاده از تجربه آن کشورهایی که آن را ایجاد کردند تغییری در آن می‌دهیم. رویش به‌اندازه کافی شواهد نمی‌گذاری. دانشمندانت کار نمی‌کنند مفهوم واقعی آن از بین می‌رود... باید تحقیقات برای تولید شواهد در موضوع تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت انجام شود.» (م. ۶)

بحث

اکثر عوامل ایجادکننده نابرابری در سلامت در بخش‌های مختلف اجتماعی پراکنده هستند. باید در سیاست‌گذاری‌ها رویکرد فرابخشی داشت و تأثیرات احتمالی سیاست‌های آن‌ها بر سلامت، خصوصاً بر سلامت آسیب‌پذیرترین گروه‌ها در اجتماع ارزیابی گردد. اما گاهی اوقات سیاست‌گذاران در کشورهای درحال‌توسعه درکی که از سلامت دارند، عمدتاً در حد توجه به خدمات پزشکی است. بنابراین، ارتباط زیادی بین مسئولیت‌های خود و سلامت نمی‌یابند. این وظیفه بخش سلامت است که آن‌ها را آگاه نماید. برای پرداختن به ریشه‌های اصلی عوامل تعیین‌کننده سلامت، باید زمینه‌های بروز نابرابری را شناخت و سپس با جلب مشارکت عمومی جامعه، برای اصلاح آن‌ها اقدامات جدی به عمل آورد (۲۹).

نابرابری‌های اجتماعی و اقتصادی و تأثیر آن‌ها بر سلامت، یکی از موضوعاتی است که امروزه به‌شدت موردتوجه قرار گرفته است؛ زیرا که ارتقاء سلامت در جوامع بیمار بسیار سخت‌تر از کمک به افراد بیمار در جوامع سالم است (۳۰). نابرابری در سلامت، نوع خاصی از تفاوت در سلامت است که در آن گروه‌های اجتماعی آسیب‌پذیر یا گروه‌هایی که به‌طور دائم شرایط نامطلوب اجتماعی و تبعیض را تجربه کرده‌اند، وضعیت سلامتی وخیم‌تری نسبت به گروه‌هایی با وضعیت اجتماعی مطلوب‌تر را دارند (۳۱). اشتغال (۳۲-۳۳)، حمایت‌های روانی و حمایت‌های جامعه (۳۴)، شهرنشینی و روستانشینی (۳۵-۳۷)، متغیرهای اقتصادی اجتماعی و جایگاه اجتماعی (۳۸-۳۹) و فرهنگ (۴۰-۴۱) از مهم‌ترین تعیین‌کننده‌های نابرابری در سلامت می‌باشند. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که ریشه بسیاری از نابرابری‌ها در سلامت ریشه در تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت قرار دارد.

سلامت، کالایی اختصاصی است و توزیع مناسب آن باید نگرانی اصلی سیاست‌گذاران باشد (۴۲-۴۳). نابرابری در سلامت به معنای نابرابری در توان و عملکرد افراد است و این نابرابری به‌طور نظام‌مند منجر به نابرابری در جایگاه اجتماعی و شرایط زندگی افراد شده و تلاش‌های دولت درزمینهٔ مداخلات اجتماعی را با شکست مواجه میکند (۴۴). مفهوم عدالت یکی از مفاهیم اساسی در جوامع است. نابرابری‌ها در کسب فرصت‌ها می‌تواند اقتصاد، اجتماع، خانواده و سلامت جسمی و روانی افراد را تحت تأثیر قرار دهد. نابرابری در توزیع درآمد، شغل، تحصیلات، امکانات و نابرابری طبقات اجتماعی

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2025-11-08]

ازنظر رنگ، نژاد و ملیت می‌تواند شاخص‌های سلامت را کاهش دهد. در رویکرد تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت بخش اعظم تأمین سلامت در خارج از بخش سلامت صورت می‌گیرد. آموزش‌وپرورش، مسکن، برنامه‌ریزی شهری و تأمین و رفاه اجتماعی ازجمله بخش‌هایی هستند که سهم آن‌ها در سلامت، قابل‌توجه است. برای کاهش نابرابری باید پارادایمی جدید از طریق ادغام علم، عمل و سیاست صورت گیرد (۴۵).

از دیدگاه جیمز ویلسون[۶] اگر به تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت توجه نشود، ارائه مراقبت‌های درمانی نمی‌تواند تأثیر زیادی بر روی ارتقای سلامت افراد جامعه داشته باشد. برای حذف ریشه‌ای نابرابری‌های سلامتی باید ارتباط بین عوامل اجتماعی و تأثیر آن بر سلامت مشخص شود (۴۶-۴۹). ثبات و پایداری نظام سلامتی به دلیل افزایش روزافزون تقاضا و تغییرات شتابان نوآوری‌ها و فناوری‌های درمانی در معرض تهدیدات روزافزون است. در این میان، اتخاذ تصمیمات درست و در فقدان شواهد کافی شرایط را برای سیاست‌گذران دشوار نموده است (۵۰). برنامه‌ریزی مشارکتی در نظام سلامت نیازمند وجود چارچوب‌های مشخصی است که در فقدان آن‌ها اطلاعات و دانش کافی برای تصمیم‌گیری و تصمیم‌سازی با چالش‌هایی اساسی همراه است. این چالش‌ها زمانی بیشتر می‌شود که بخواهیم به حرکت جهانی به سمت جامعه سالم بپیوندیم (۵۱). مدیران امروزی در سیستم سلامت با مشکلاتی عدیده‌ای در اولویت‌بندی مسائل و برنامه‌ها به دلیل محدودیت‌های منابع مواجه هستند. با وجود ارزشی که مدل‌های موجود برای اولویت‌بندی وجود دارد هنوز ابزاری مشخص برای اولویت‌بندی وجود ندارد (۵۲).

از دیدگاه مکینون و ایلیچ[۷] ارائه مراقبت‌های پزشکی به‌تنهایی موجبات بهبود شرایط زندگی نمی‌گردد (۵۳). گزارش بلک[۸] نشان داد که شناخت و توجه به شرایط اجتماعی چگونه موجب نابرابری در سلامت می‌شود. بلک و همکارانش برای رفع نابرابری در سلامت پیشنهاد دادند که مداخلاتی درزمینهٔ آموزش و سطح سواد و بهبود شرایط اقتصادی در گروه‌های اقتصادی اجتماعی منجر به کاهش نابرابری در سلامت انجام گیرد (۵۴-۵۵).

متأسفانه در حال حاضر اغلب منابع مالی تحقیقات سلامت صرف موضوعات بالینی می‌گردد و از نشان دادن و به تصویر کشیدن این‌گونه عوامل تأثیرگذار بر سلامت و وضعیت عدالت در سلامت به‌شدت مورد غفلت قرار می‌گیرد. پژوهش مرادی و همکاران درزمینهٔ وضعیت نابرابری در ایران نشان داد که وضعیت همسانی سلامت در بین استان‌های کشور وضعیت مطلوبی ندارد و برای کاهش نابرابری‌ها باید سیاست‌گذاران و مدیران نظام سلامت به تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت توجه خاصی کنند (۵۶). عدم درک جامع و شناخت کامل رویکرد تعیین‌کننده‌های اجتماعی در کشورهای درحال‌توسعه، از مهم‌ترین مشکلات موجود در این زمینه است. پیشنهاد می‌گردد تا با توسعه تحقیقات و ترویج ابعاد تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در کشور، سلامت به‌عنوان رکن اساسی در تمام سیاست‌ها تعیین گردد. علی‌رغم بهبود شاخص‌های بهداشتی در دهه‌های گذشته در کشور، امروزه نیازمند توجه جدی به این رویکرد شدیداً احساس می‌گردد (۵۷). توجه به تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت به حیطه‌های کاری وسیع‌تر و اقدامات پایدارتری نیز نیاز دارد تا نابرابری‌های سلامت در کشور کاهش یابد.

سپاسگزاری

نویسندگان این مقاله از کلیه متخصصین و خبرگان برای مشارکت در مصاحبه‌ها تشکر و قدردانی می‌نمایند.

References

1. Anand S. The Concern for Equity in Health. In Anand S, Peter F, Sen A (Eds). Public health, ethics and equity. Oxford: Oxford UP;2004.
2. Prah Ruger J. Health, capability, and justice: toward a new paradigm of health ethics, policy and law. Cornell J L & Pub Pol'y. 2006;15(2):101-87.
3. WHO. Commission on Social Determinants of Health. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health, DRAFT, April 2007.
4. Brown T, Cueto M. and Fee E. The World Health Organization and the transition from international to global public health. American Journal of Public Health;2006, 96(1): 62-72.
5. Homedes N, Ugalde A. Why neoliberal health reforms have failed in Latin America. Health Policy. 2005. 71: 83-96.
6. Hofrichter R. Health and Social Justice: Politics, Ideology, and Inequity in the Distribution of Disease. San

6- James Wilson
7-Mckeown and Illich
8- Black

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2025-11-08]

Francisco: Jossey-Bass/John Wiley; 2003.
7. Scott A, Wilson R. Social determinants of health among African Americans in a rural community in the Deep South: an ecological exploration. Rural & Remote Health; 2011; 11(1):1-12.
8. Whitehead M. The Concepts and Principles of Equity and Health. International Journal of Health Services; 1992: 22(3) 429-45.
9. Graham H. Understanding health inequalities. Buckingham, Open University Press; 2000.
10. Wilkinson IR, Marmot M. Social Determinants of Health: The Solid Facts. 2nd edition, World Health Organization; 2003.
11. Anderko L. Achieving health equity on a global scale through a community-based, public health framework for action. The Journal of Law, Medicine & Ethics: A Journal Of The American Society of Law, Medicine & Ethics; 2010; 38(3):486-9.
12. Daniels N. Just health: replies and further thoughts. Journal of Medical Ethics; 2009; 35(1):36-41.
13. Griffith DM, Johnson J, Ellis KR, Schulz AJ. Cultural context and a critical approach to eliminating health disparities. Ethnicity & Disease; 2010; 20(1):71-6.
14. Schrecker T, Chapman A, Labont R, De V. Advancing health equity in the global marketplace: how human rights can help. Social Science & Medicine;2010; 71(8):1520-6.
15. O'Keefe E, Scott-Samuel A. Health impact assessment as an accountability mechanism for the International Monetary Fund: the case of sub-Saharan Africa. International Journal of Health Services: Planning, Administration, Evaluation ;2010; 40(2):339-45.
16. Burris S, Anderson ED. A framework convention on global health: social justice lite, or a light on social justice? The Journal of Law, Medicine & Ethics: A Journal Of The American Society Of Law, Medicine & Ethics 2010; 38(3):580-93.
17. Fox AM, Meier BM. Health as freedom: addressing social determinants of global health inequities through the human right to development. Bioethics 2009; 23(2):112-22.
18. Graham H., Kelly M P. Health inequalities: concepts, frameworks and policy. Briefing paper NHS Health development Agency; 2004.
19. Mogford E, Gould L, Devoght A. Teaching critical health literacy in the US as a means to action on the social determinants of health. Health Promotion International ; 2011 Mar; 26(1):4-13.
20. UN Committee on Economic Social and Cultural Rights. 2000. General comment number 14: on the right to the highest attainable standard of health. Para 4. http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/(symbol)/E.C.12.2000.4.En
21. Ministry of health and medical education, Social determinants of health, 2012. Available from http://sdh.behdasht.gov.ir/uploads/331_1650_amale%201.pdf. Accessed 2013 Aug 30. Persian.
22. Marmot M, Wilkinson R. Social determinants of health: Oxford University Press; 2005.
23. Ministry of health and medical education, 2012. Available at http://sdh.en.behdasht.gov.ir/.
Accessed; 2014 Mar 330. Persian.
24. Health policy secretariat, Ministry of health and medical education, 2014. Available at http://siasat.behdasht.gov.ir/index.aspx?siteid=291&pageid=31603. Accessed 2014 Feb 25. Persian.
25. Ministry of health and medical education, Social determinants of health, 2013. Available at http://siasat.behdasht.gov.ir/index.aspx?siteid=291&pageid=31565. Accessed 2014 Feb 25. Persian.
26. Shannon, Margaret A. The use of participatory approaches, methods and techniques in the elaboration of integrated management plans. The formulation of integrated management plans (IMPs) for mountains forests; 2003: 119-34.
27. Tashakkori A, Teddlie C, Handbook of Mixed Methods in Social & Behavioural Research. SAGE Ltd; 2010.
28. Vivo software, the QSR website at www.qsrinternational.com.
29. Sibbald SL, Singer PA, Upshur R, and Martin DK. Priority setting: what constitutes success? A conceptual framework for successful priority setting. BMC Health Services Research; 2009: 5; 9: 43.
30. Embrett, Mark G., and G. E. Randall. Social determinants of health and health equity policy research: Exploring the use, misuse, and nonuse of policy analysis theory. Social Science & Medicine. 2014; 108: 147-55.
31. Shim, Ruth, Carol Koplan, Frederick JP Langheim, Marc W. Manseau, Rebecca A. Powers, and Michael T. Compton. The Social Determinants of Mental Health: An Overview and Call to Action; 2014: 22-26.
32. Moure E.R, Flum M, Lahiri S, Tilly C, Massawe E. A review of employment conditions as social determinants of health part II: the workplace. New Solutions: a Journal of Environmental and Occupational Health Policy 2006; 16(4):429.
33. Cai L. The relationship between health and labour force participation: Evidence from a panel data simultaneous equation model. Labour Economics; 2010; 17(1): 77.
34. Rawls J. A theory of justice. Harvard University Press; 1999.
35. Susilo D, Eriksson M, Preet R, Padmawati S,

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2025-11-08]

Kandarina I, Trisnantoro L, et al. Reducing health inequity in Indonesia through a comprehensive training on social determinants of health among researchers and policy makers. BMC Public Health; 2014;14(Suppl 1):O2.
36. Krumeich A, Meershoek A. Health in global context; beyond the social determinants of health?. Global health action; 2014;7. doi: 10.3402/gha.v6i0.23506.
37. Wilkinson R, Marmot M. Social determinants of health: the solid facts. 2nd edition, World Health Organization; 2003.
38. Oshio T, Sano S, Kobayashi M. Child Poverty as a Determinant of Life Outcomes: Evidence from Nationwide Surveys in Japan. Social Indicators Research; 2010; 99(1):81.
39. Wang E, editor Social Determinants of Health and Policy Priorities: Findings From Oregon Statewide Policy Delphi Survey. Society for Social Work and Research 18th Annual Conference: Research for Social Change: Addressing Local and Global Challenges; 2014: Sswr.
40. Williams SD, Hansen K, Smithey M, Burnley J, Koplitz M, Koyama K, et al. Using social determinants of health to link health workforce diversity, care quality and access, and health disparities to achieve health equity in nursing. Public Health Reports. 2014;129.
41. Murray CJL, Michaud CM, McKenna MT, Marks JS. US patterns of mortality by county and race: Cambridge: Harvard Centre for Population and Development Studies; 1998:1965–94.
42. CSDH. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization; 2008.
43. Marmot M. Do inequalities matter? Daniels N, Eds. Boston: Beacon Press; 2000: 37–41.
44. Gudes O, Kendall E, Yigitcanlar T, Pathak V, Baum S. Rethinking health planning: a framework for organising information to underpin collaborative health planning. Health Information Management Journal; 2010; 39(2):18-29.
45. Ansari Z, Carson NJ, Ackland MJ, Vaughan L, Serraglio A. A public health model of the social determinants of health. Sozial- Und Prñventivmedizin; 2003; 48(4):242-51.
46. Rasanathan K, Montesinos EV, Matheson D, Etienne C, Evans T. Primary health care and the social determinants of health: essential and complementary approaches for reducing inequities in health. Journal of epidemiology and community Health; 2010, doi:10.1136/jech.2009.093914.
47. Sibbald SL, Gibson JL, Singer PA, Upshur R, Martin DK. Evaluating priority setting success in healthcare: a pilot study. BMC Health Services Research; 2010:19(10):131.
48. Scott A, Wilson R. Social determinants of health among African Americans in a rural community in the Deep South: an ecological exploration. Rural & Remote Health;2011; 11(1):1-12.
49. Hicken M. Interaction of social factors and environmental pollutants in black-white health disparities: The case of lead and hypertension. United States - Michigan: University of Michigan; 2010.
50. Theodossiou I, Zangelidis A. The social gradient in health: The effect of absolute income and subjective social status assessment on the individual's health in Europe. Economics & Human Biology; 2009; 7(2):229-37.
51. Ensor T, Witter S. Health economics in low income countries: adapting to the reality of the unofficial economy. Health Policy; 2001; 57(1):1-13.
52. Mc Keown T. the Modern Rise of Population. Academic Press, New York; 1976.
53. Black D. Inequalities in health: Report of a Research Working Group. DHSS, London.1980. Available at: http://heapro.oxfordjournals.org/content/15/2/179.full#xref-ref-2-1.
54. Allin S, Mossialos E, McKee M, Holland W. Making decisions on public health: a review of eight countries. The European observatory on health system and policies, World health organization; 2004. Available at: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf file/0007/98413/E84884.pdf.
55. Health policy secretariat, Ministry of health and medical education, 2014. Available at http://sdh.behdasht.gov.ir/uploads/331_1657_gozaresh%20kargah%2018%20mordad%2089.pdf. Accessed 2014 Feb 25. Persian.
56. Moradi Lakeh M, Ramezani M, Naghavi M. Equality in Safe Delivery and Its Determinants in Iran. Archives of Iranian Medicine. 2007; 10 (4): 446 – 451.
57. Social Determinants of Health in the Islamic Republic of Iran. For the Ministry of Health and Medical Education Islamic Republic of Iran. Prepared with the technical assistance of World Health Organization, April 2007. Available at: http://siasat.behdasht.gov.ir.

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2025-11-08]