

تعیین کننده های اجتماعی سلامت

تعیین کننده های اجتماعی سلامت (SDH) به عنوان شرایط اجتماعی است که مردم در آن کار و زندگی کرده و عمر می گذرانند شناخته می شود

دیدگاه تعیین کننده های اجتماعی به "عواملی که به مردم برای سالم بودن کمک می کنند، بیش از خدمتی که به مردم وقتی بیمارند کمک می کند (درمان)" اهمیت می دهد.

The health gradient



Source: Tafel A. (1992) Working Towards Intersectoral Action for Health: Proceedings and Evidence of a Joint Working Group on Intersectoral Action for Health, Copenhagen, WHO.

در ایران بر اساس گزارش کمیسیون ملی تعیین کننده های اجتماعی سلامت حیطه های اولویت دار عبارتند از

تکامل دوران ابتدای کودکی،	
سلامت معنوی و روانی،	مسکن،
ارائه عادلانه خدمات سلامت،	محیط های سالم،
بیکاری و امنیت شغلی،	حمایت اجتماعی،
تغذیه و امنیت غذایی،	حوادث.
شیوه زندگی سالم،	حاشیه نشینی و مناطق محروم دور افتاده،
آموزش، آگاهی و تحصیلات،	توزیع عادلانه درآمد و امنیت اقتصادی،

موارد آخر ناظر به موضوع گسترده تری است که ما آنرا به عنوان فقر می شناسیم و جایگاه مهمی در مباحث تامین کننده های اجتماعی سلامت دارد.

- 1-Social Determinant of Health
- 2- Resources, Needs, Distribution

تعابیر فقر

برای درک فقر میتوان از مفهوم سازی RND استفاده کرد که ناظر است بر درک فقر بر اساس سه عنصر اصلی: ۱) نیازهای برطرف نشده(نیازهای بقا وپایه و نیازهای سطوح بالاتر)؛ ۲)فقدان منابع رفع نیاز (اعم از مادی و یا خدمات) ، و ۳) نحوه ی توزیع و دسترسی به منابع و یا قابلیت/توانمندی رفع نیازها.

بر اساس اولین عنصر از سه گانه ی فوق(نیازها)، معروفترین و شناخته شده ترین اصطلاحات حوزه ی فقر که عبارتند از فقر شدید، فقرمطلق و فقرنسبی به این ترتیب معنی می شود.

* **فقرشدید** به معنای عدم امکان رفع نیازبقای فیزیولوژیک(تغذیه) با کمبود حداقل کالری مورد نیاز برای زنده ماندن است. مبنای این سطح تغذیه (سیری شکمی) دسترسی به آن میزان از مواد غذایی است که روزانه حداقل بین ۲۱۰۰ تا ۲۳۰۰ کالری برای هر فردتامین کند، به افرادی که چنین تغذیه ای ندارند فقیر شدید گفته می شود(وزارت رفاه و تامین اجتماعی، ۱۳۸۴).

* **فقرمطلق** به معنی عدم امکان رفع چند نیاز پایه ضروری دیگر در کنار تغذیه برای بقا(سرپناه، پوشاک، سلامت) است.

* **فقرنسبی** اما به معنای یک قدم فرارفتن از نیاز بقا(خوراک، پوشاک، سرپناه، و سلامت)و توجه به نیازهایی سطوح بالاتر است که بسته به سطح توسعه ی جوامع میتواند برآورده نشدن آن باعث منزوی شدن فرد گردد. مانند بی سواد(عدم رفع نیاز به آموزش) در جوامع امروزی. مطابق نظر وزارت رفاه و تامین اجتماعی (۱۳۸۴) فقر نسبی عبارت است از: «ناتوانی شخص در دستیابی به سطح خاصی از استانداردهای زندگی که "در جامعه او" لازم یا مطلوب تشخیص داده می شود.



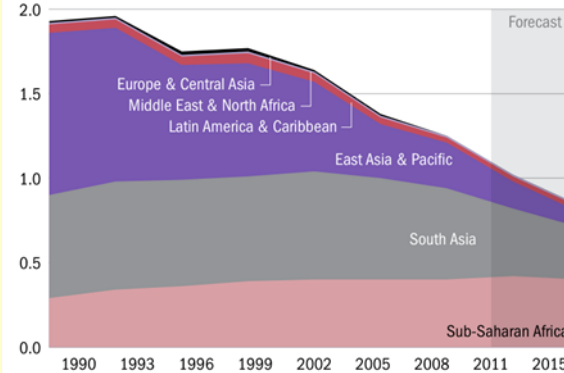
سنجش فقر و شناسایی فقرا

برای شناسایی گروه های هدف نیز روشهای مختلفی وجود دارد از جمله روش های مستقیم مبتنی بر بانکهای اطلاعاتی و پیمایشها و یا روش خوداظهاری، و روشهای غیرمستقیم مانند برآوردهای جمعیتهای پنهان.

برای سنجش فقر و مفاهیم مرتبط با آن(فقرشدید، مطلق، نسبی) روشهای گوناگونی در طول زمان ابداع شده است که به طور کلی میتوان آنها را به دو روش **مقداری و غیرمقداری** طبقه بندی کرد

روشهای مقداری(خط فقر درآمدی، خط فقربرحسب کالری، هزینه و...) از جمله روشهای متقدم سنجش فقر و روشهای غیرمقداری (روش فازی ، روشهای ذهنی و کیفی) روشهای جدیدتر و متاخری هستند که به جنبه های کیفی تر موضوع از جمله صدای خود فقرا هم توجه کرده اند.

Number of people living on less than 2005 PPP \$1.25 a day (billions)

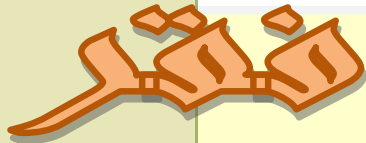


Source: World Bank PovcalNet (<http://iresearch.worldbank.org/PovcalNet/>).

در میان همه ی اینها معروف ترین روشهای درآمدی است که مبنای رفع نیازها را با پول می سنجد به طور مثال سیری شکمی(فقرشدید) را با درآمد روزانه ی یک دلار(بعدها تبدیل شد به ۱.۲۵ دلار)، برآوردن نیازهای غیرخوراکی حداقلی(فقرمطلق) را با ۲ دلار در روز می سنجد و نهایتا سطح مناسب و حداقلی استاندارد زندگی را با مقیاسهای پولی دیگری از جمله ۵۰ درصد میانه هزینه های کل جامعه ؛ ۶۶ درصد یا دو سوم میانه هزینه های کل جامعه ؛ ۵۰ درصد میانگین هزینه های کل جامعه ؛ ۶۶ درصد یا دو سوم میانگین هزینه های کل جامعه می سنجد



دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی



POVERTY



تهران - اوین - بلوار دانشجو - انتهای خیابان کودکان

دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

تلفاکس ۲۲۱۸۰۱۱۵

Email: sdhresearchcenter@gmail.com

http://sdh.uswr.ac.ir

تهیه کننده: پیام روشنگر

فقرا به دلیل تغذیه بد، محیط زیست ناسالم، فقدان دسترسی به خدمات مراقبتی سلامت و... آسیب پذیری بیشتری نسبت به خطرات تهدید کننده ی سلامت دارند. از طرف دیگر کاهش سلامتی افراد و هزینه های کمرشکن درمان میتوانند باعث فقر افراد و ورود آنها به چرخه ی باطل فقر و ناسلامتی شود..

هزینه های کمرشکن سلامت^۳ یعنی هزینه های سلامتی پرداخت شده از جیب خانوار

برابر با بیش از ۴۰٪ ظرفیت پرداخت خانوار یا مصارف غیرفرواکی باشد.

تغذیه و فقر

فقر یکی از عوامل مهم ایجاد سوءتغذیه و در عین حال یکی از عواقب آن است. به سخن دیگر، فقر سبب ایجاد سوءتغذیه و ناتوانی جسمی و ذهنی می شود که به نوبه خود فقر بیشتری را به دنبال خواهد داشت.

بر اساس مطالعه کیمیاگر (۱۳۸۴) درخصوص تحلیل اقتصادی عملکرد تغذیه ای خانوارهای شهری و روستایی کل کشور نشان داده است که پروتئین دریافتی هر فرد از دهک درآمدی اول شهری در زمان مطالعه برابر ۵۱ گرم بوده که ۹ گرم از مقدار توصیه شده کمتر است. در مقابل، پروتئین دریافتی هر فرد از دهک دهم شهری از محل مصرف اقلام خوراکی ۱۳۱ گرم بوده که ۷۱ گرم بیشتر از نیاز است. نکته حائز اهمیت دیگر آن است که سهم بزرگی از پروتئین دریافتی به ویژه در گروههای کم درآمد از منابع گیاهی و عمدتاً نان تامین می شود و سهم پروتئین دریافتی از گوشت قرمز، مرغ و ماهی در دهکهای درآمدی پایین بسیار کمتر از دهکهای بالا می باشد. با این حال نباید فراموش کرد که فقردرآمدی تنها علت سوءتغذیه نیست و عوامل فرهنگی، اجتماعی و بهداشتی و سلامت عمومی جامعه در ایجاد سوءتغذیه نقش دارند.

نتایج تحقیق دیگری در ایران نشان داد که برخی افراد یا خانوارها از نظر درآمدی بالای خط فقر قرار دارند اما از نظر کسب ارزشهای غذایی کمبودهایی در آنها مشاهده می شود (پژویان و دیگران، ۱۳۷۲). این امر می تواند به دلایل غیردرآمدی همچون سواد یا دانش تغذیه ای و یا حتی تبعیضهای جنسیتی در داخل خانوار اتفاق بیفتد.

منابع و مراجع

- پژویان، جمشید. (۱۳۷۳) سیاستهای حمایتی از قشرهای آسیبپذیر. تهران: معاونت اقتصادی وزارت امور اقتصاد و دارایی، .
- حسینی، سیدحسین؛ صفری، فاطمه (۱۳۸۷) معلولیت، فقر، طرد اجتماعی، مجله: رفاه اجتماعی پاییز و زمستان ۱۳۸۷ - شماره ۳۰ و ۳۱
- کیمیاگر، مسعود و باژن، مرجان (۱۳۸۳) فقر و سوء تغذیه در ایران، فصلنامه رفاه

در مقایسه با فقر مطلق، فقر مطلق، یک سوء فقر مطلق در نظر گرفته می شود به این معنا که فرض گرفته می شود خانوارها یا افراد، یک سوء هزینه های خود را به مواد فوراکی و دو سوء مابقی را به مواد غیر فوراکی اختصاص می دهند.

فقر قابلیت

عمده تحلیل های مرتبط با فقر مبتنی بر رویکردی است که می بایست آن را رویکردی «درآمد محور» بنامیم. تعریف فقر، روش های اندازه گیری آن و نهایتاً سیاست های اجتماعی و اقتصادی معطوف به فقر نیز به نوبت خود از نگاه «درآمد محوری» تاثیر می پذیرند. در صورتی که اگر فقر را موضوعی قابلیت بدانییم نه درآمدی، آن گاه می بایست فقر را به مثابه محرومیت از قابلیت، یعنی توانایی خروج از وضعیت فقر تعریف کنیم.

با این تعبیر، بین فردی که مثلاً دچار مشکلات فیزیکی با معلولیت جسمی است با فردی که دارای بدن سالم است، یعنی بین فردی که به دلیل وابستگی اجتماعی و خانوادگی و طبقاتی ناتوان می ماند و کسی که قابلیت تحرک دارد تفاوت ماهوی وجود دارد. سطح مطلوبیت این افراد با توجه به رویکردهای درآمد محور قابل اندازه گیری و مقایسه نیست. فرد معلول با درآمد مساوی با فرد سالم ممکن است در وضعیت نامناسب تری به سر برسد، زیرا او از یک محرومیت قابلیت (و نه درآمدی) نیز رنج می برد.



فقدان فرصت های زندگی و عدم دسترسی افراد معلول به ساختارهای اجتماعی، سیاسی و اقتصادی، تبعیض و طرد اجتماعی افراد معلول را در پی دارد. یافته های پژوهش حسینی و صفری (۱۳۸۷) نشان می دهد که معلولیت در شرایط فقدان فرصت های زندگی به طرد اجتماعی منجر می شود. آنها نتیجه میگیرند در ایران افراد معلول به دلایلی چون محرومیت درآمدی، مشخص نبودن میزان و نوع اشتغال، فقر قابلیت در خصوص شاخص آموزش و فقدان اعتبارات لازم جهت اجرای قانون جامع حمایت از حقوق معلولان، در شمار فقیرترین و مطرودترین افراد جامعه قرار دارند.

سلامت و فقر

اثرات متقابل سلامت بر فقر و فقر بر سلامت از مباحث اقتصاد سلامت و توسعه است. از طرفی فقر با افزایش مواجهه با بیماری های عفونی، سوء تغذیه، کمبود ریز مغذی ها و مرگ و میر مادران و کودکان نیز همراه است. و از طرفی