

به نام خدا



تعیین کننده های اجتماعی سلامت

فقر (Poverty)

پیام روشن فکر

تهران - اوین - بلوار دانشجو - انتهای خیابان کودکان

دانشگاه علوم پزشکی و توانبخشی

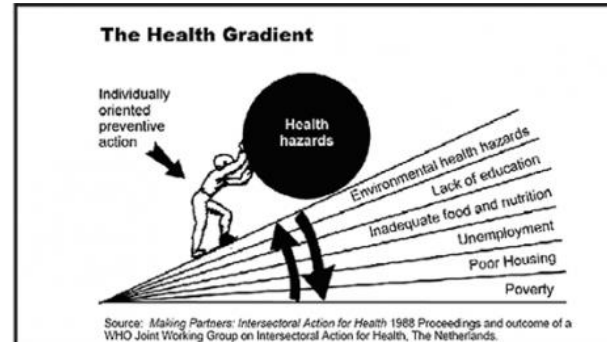
تلفاکی 22180115

Email: sdhresearchcenter@gmail.com

<http://sdh.uswr.ac.ir>

تعیین کننده های اجتماعی سلامت

تعیین کننده های اجتماعی سلامت¹ (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.



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،

ارائه عادلانه خدمات سلامت،

بیکاری و امنیت شغلی،

تغذیه و امنیت غذایی،

شیوه زندگی سالم،

آموزش، آگاهی و تحصیلات،

مسکن،

محیط های سالم،

حمایت اجتماعی،

حوادث.

حاشیه نشینی و مناطق محروم دور افتاده،

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.

تعابیر فقر

برای درک فقر میتوان از مفهوم سازی RND2 استفاده کرد که ناظر است بر درک فقر بر اساس سه عنصر اصلی: (1) نیازهای برطرف نشده(نیازهای بقا و پایه و نیازهای سطوح بالاتر)؛ (2) فقدان منابع رفیع نیاز (اعم از مادی و یا خدمات) ، و (3) نحوه ی توزیع و دسترسی به منابع و یا قابلیت/توانمندی رفیع 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.

² Resources, Needs, Distribution

¹ - Social Determinant of Health

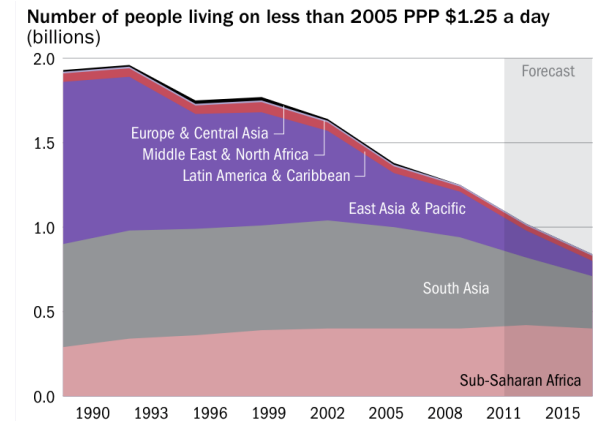
- فقرشدید به معنای عدم امکان رفیع نیازهای فیزیولوژیک(تغذیه) با کمبود حداقل کالری مورد نیاز برای زنده ماندن است. مبنای این سطح تغذیه (سبری شکمی) دسترسی به آن میزان از مواد غذایی است که روزانه حداقل بین 2100 تا 2300 کالری برای هر فردتامین کند، به افرادی که چنین تغذیه ای ندارند فقیر شدید گفته می شود(وزارت رفاه و تامین اجتماعی، 1384).
- فقرمطلق به معنی عدم امکان رفیع 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 مزوی شدن فرد گردد. مانند بی سواد(عدم رفیع نیاز به آموزش) در جوامع امروزی. مطابق نظر وزارت رفاه و تامین اجتماعی (1384) فقر نسبی عبارت است از: «توانایی شخصی 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.



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 1.25 دلار)، برآوردن نیازهای غیرخوراکی حداقلی(فقرمطلق) را با 2 دلار در روز می سنجد و نهایتاً سطح مناسب و حداقلی استاندارد زندگی را با مقیاسهای پولی دیگری از جمله 50 درصد میانه هزینه های کل جامعه ؛ 66 درصد یا دو سوم میانه هزینه های کل جامعه ؛ 50 درصد میانگین هزینه های کل جامعه ؛ 66 درصد یا دو سوم میانگین هزینه های کل جامعه می سنجد.

در محاسبه خط فقر مطلق، خط فقر شدید، یک سوم خط فقر مطلق در نظر گرفته می شود به این معنا که فرض گرفته می شود خانوارها یا افراد، یک سوم هزینه های خود را به مواد خوراکی و دو سوم مابقی را به مواد غیر خوراکی 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 بدانی 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(1387) 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 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 میتواند باعث فقر افراد و ورود آنها به چرخه ی باطل فقر و ناسلامتی شود.

هزینه های کمرشکن سلامت (catastrophic health expenditure) زمانی اتفاق می افتد که هزینه های سلامتی پرداخت شده از جیب خانوار برابر با بی 40٪ ظرفیت پرداخت خانوار یا مصارف غیرخوراکی او باشد. سکونت خانوار در مناطق روستایی احتمال قرار گرفتن خانوار در محدوده ی هزینه های غیرقابل تحمل سلامتی را 4/4 درصد افزایش می دهد

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 ی کیمیاگر(1384) 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 51 گرم بوده که 9 گرم از مقدار توصیه شده کمتر است. در مقابل، پروتئین دریافتی هر فرد از دهک هم شهری از محل مصرف اقلام خوراکی 131 گرم بوده که 71 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 بهداشت 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 ارزش های غذایی کمبودهایی در آنها مشاهده می شود (پژویان و دیگران، 1372). این امر می تواند به دلایل غیردرآمدی همچون سواد یا دانش تغذیه ای و یا حتی تبعیض های جنسیتی در داخل خانوار اتفاق بیفتد.

منابع و مراجع

پژویان، جمشید.(1373) سیاستهای حمایتی از قشرهای آسیبپذیر. تهران: معاونت اقتصادی وزارت امور اقتصاد و دارایی، .
حسینی،سیدحسن؛ صفری،فاطمه (1387) معلولیت، فقر، طرد اجتماعی، مجله: رفاه اجتماعی « پاییز و زمستان 1387 - شماره 30 و 31 کیمیاگر، مسعود و باژن، مرجان(1383) فقر و سوء تغذیه در ایران، فصلنامه رفاه اجتماعی ، سال پنجم، شماره 18.

