

Developing a conceptual model of social determinants of health inequalities: A qualitative study

Zaboli R¹, Malmoon Z², Seyedjavadi M³, *Seyedin H⁴

Abstract

Introduction: Unequal distribution of health in the developing countries is one of the main challenges of health systems. This leads to inequality in social status, living conditions and social interventions of the government's efforts to fail. Current study aimed to develop a conceptual model of social determinants of health inequalities in Iran with a qualitative approach.

Materials & Methods: This study was a qualitative content analysis. The participants were consisted of 33 experts of social determinants of health field which were selected through purposive sampling. Semi-structured interview was used for data collections. Directed content analysis with Nvivo software was conducted.

Findings: This study resulted in 14 themes and 55 sub-themes as determinants of inequality on health in Iran. Main themes were disasters, socio-economic status, macroeconomic policies, leadership, social policies, public policies, culture and social values, social protection, social cohesion, religious, international factors, behavioural and biological factors, psychological factors, health system and socio demographic factors.

Conclusion: Inequalities in health can be avoidable due to its main determinants of economic status, education, employments. Hence social factors determining health approach, is suggested to formulate macro-economic and social policies in the country and it requires more attention.

Keywords: Social determinants of health, Health inequality, Content analysis.

Received: 25 May 2014

Accepted: 23 September 2014

1- Assistance Professor, Health Management Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2- MSc, Department of Organizational and Administrative Development, Deputy of Development of Management & Resources, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

3- MSc, Department of Health Management, School of Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

4 -Assistance Professor, Hospital Management Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (**Corresponding author**).

E-mail: h.seyedin@gmail.com

توسعه الگوی مفهومی عوامل اجتماعی تعیین کننده نابرابری در سلامت: یک مطالعه کیفی

روح اله زابلی^۱، زینب المون^۲، مریم سید جوادی^۳، *سید حسام سیدین^۴

چکیده

مقدمه: توزیع نابرابر سلامت در کشورهای در حال توسعه یکی از چالش های عمده نظام های سلامت است و این نابرابری منجر به نابرابری در جایگاه اجتماعی و شرایط زندگی افراد شده و تلاش دولت ها در زمینه مداخلات اجتماعی را با شکست مواجه می نماید. هدف از این مطالعه توسعه الگوی مفهومی عوامل اجتماعی تعیین کننده نابرابری در سلامت بود.

مواد و روش ها: پژوهش حاضر یک مطالعه کیفی به روش تحلیل محتوا می باشد. مشارکت کنندگان در پژوهش را ۳۳ نفر از خبرگان در زمینه عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت تشکیل دادند. روش نمونه گیری هدفمند بود. برای جمع آوری داده های کیفی، مصاحبه نیمه ساختارمند انجام شد. تحلیل یافته ها با استفاده از روش تحلیل محتوای هدایت شده تحت نرم افزار Nvivo صورت گرفت.

یافته ها: در این پژوهش ۱۴ درون مایه و ۵۵ زیر درون مایه به عنوان عوامل تعیین کننده اجتماعی نابرابری در سلامت تبیین گردید. درون مایه ها عبارتند از حوادث و تصادفات، جایگاه اقتصادی و اجتماعی، سیاست های کلان اقتصادی، حاکمیت و رهبری، سیاست های اجتماعی، سیاست های عمومی، فرهنگ و ارزش های اجتماعی، حمایت اجتماعی، انسجام و ثروت اجتماعی، حاکمیت دینی، عوامل بین المللی، عوامل رفتاری و بیولوژیکی، عوامل روانی، سیستم سلامت و عوامل اجتماعی و جمعیتی.

نتیجه گیری: بخش اعظم نابرابری در توزیع سلامت قابل اجتناب است، چرا که از عوامل تعدیل پذیر مانند وضعیت اقتصادی، وضعیت آموزش، اشتغال و تسهیلات زندگی نشأت می گیرد. با توجه به رویکرد عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت، پیشنهاد می گردد تا در تدوین سیاست های اقتصادی و اجتماعی کلان کشور به آن توجه بیشتری گردد.

کلید واژه ها: تعیین کننده های اجتماعی سلامت، نابرابری سلامت، تحلیل محتوی.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۷/۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۳/۴

۱- استادیار، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله، تهران، ایران.

۲- کارشناس ارشد، مرکز مدیریت توسعه سازمان و تحول اداری، معاونت توسعه مدیریت و منابع، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

۳- کارشناس ارشد، گروه مدیریت سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۴- استادیار، مرکز تحقیقات مدیریت بیمارستانی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران (نویسنده مسؤول).

پست الکترونیکی: h.seyedin@gmail.com

مقدمه

سلامت کالایی اختصاصی است و توزیع مناسب آن باید نگرانی اصلی سیاست گذاران باشد (۱). نابرابری در سلامت به معنای نابرابری در توان و عملکرد افراد است و این نابرابری می تواند منجر به نابرابری در جایگاه اجتماعی و شرایط زندگی افراد شده و تلاش های دولت در زمینه بهبود وضعیت اجتماعی افراد جامعه را با شکست مواجه نماید (۲). دستیابی به عدالت، هدف سیاستگذاران سلامت است، زیرا سلامتی یکی از حقوق اولیه افراد بوده و موضوعی با اهمیت محسوب می گردد (۳). چارچوب بین المللی حقوق بشر حرکت به سوی عدالت در سلامت از طریق توجه به عوامل اجتماعی موثر بر سلامت را مورد تاکید قرار می دهد. در این چارچوب که بر پایه ی اعلامیه جامع حقوق بشر (UDHR) قرار دارد، هر فرد حق دارد تا از شرایط زندگی استاندارد برای حفظ سلامتی خود و خانواده اش برخوردار باشد و این امر شامل غذا، مسکن، مراقبت های پزشکی و خدمات اجتماعی مورد نیاز می باشد (۴).

امروزه شواهد علمی محکمی وجود دارد که عوامل اجتماعی سلامت شامل طبقه اجتماعی، محرومیت اجتماعی، حاشیه نشینی، تنش، تکامل دوران ابتدای کودکی، بیکاری، شرایط محیط کار، حمایت اجتماعی، اعتیاد، غذا، حمل و نقل، شهرنشینی، مهاجرت و جهانی شدن، تاثیرات بسیاری بر سلامت دارند (۵). در صورت عدم توجه به مفهوم عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت، نمی توان انتظار داشت که صرفاً با ارایه مراقبت های بهداشتی بتوان به بهبود و ارتقای سلامت جامعه دست یافت (۶،۷). برای از بین بردن علت نابرابری های سلامتی، باید ارتباط بین عوامل اجتماعی و تاثیر آن بر سلامت مشخص شود (۸). بر اساس مستندات کمیسیون عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت، نابرابری سلامت در کشورها به عنوان ترکیب نامتوازن سیاست های اجتماعی، برنامه های اقتصادی و سیاست گذاری نامناسب بهداشتی-درمانی مطرح می باشد (۹،۱۰).

یکی از الگوهای موجود در زمینه بررسی نابرابری در سلامت در کشور هلند اجرا می شود که بر اساس آن برای

سیاست گذاری در زمینه مدیریت عوامل اجتماعی سلامت باید اقداماتی از قبیل کاهش نابرابری در توزیع عوامل اقتصادی-اجتماعی یا متغیر های ساختاری، کنترل متغیر های واسطه ای موثر بر عوامل اقتصادی-اجتماعی، کنترل تاثیرات معکوس سلامت (Reverse Effect) بر جایگاه اقتصادی-اجتماعی و در نهایت نگرانی های ارایه خدمات درمانی در نظام مراقبت های بهداشتی درمانی انجام گیرد (۱۱).

عوامل اجتماعی، چگونگی رفتار و پیامدهای سلامتی را تعیین نموده و ارایه مداخلات اثر بخش سلامتی نیازمند رویکردهای مبتنی بر جامعه مانند رویکرد عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت است (۱۲). از اوایل دهه ۱۹۹۰ تا ۲۰۰۰ میلادی نگرانی اصلی بسیاری از کشورها و توجه آن ها به موضوع عوامل اجتماعی سلامت تمرکز یافت، اما شواهد نشان می دهد که اقدامات اجتماعی در بسیاری از کشورها خصوصاً در کشور های در حال توسعه در کاهش نابرابری و عدالت در سلامت در این دهه موفقیت آمیز نبوده است (۱۳).

برای کاهش نابرابری در سلامت، کشورها به طرق مختلفی فعالیت های خویش را در این زمینه آغاز نمودند. برنامه کاهش نابرابری بر روی عوامل اجتماعی سلامت در انگلستان، استراتژی تعیین عوامل موثر بر سلامت عمومی در سوئد، تفکرات اقتصاد بازار آزاد و سیاست گذاری اقتصادی محافظه کارانه و پزشکی جامعه نگر در کشورهای در حال توسعه در آمریکای لاتین، مدیترانه شرقی، آسیا و آفریقا همگی به دنبال ریشه اجتماعی بیماری ها می باشند (۱۷-۱۴).

کمیسیون عوامل اجتماعی موثر بر سلامت (CSDH) با هدف بررسی موضوع عدالت در سلامت در سال ۲۰۰۳ تشکیل شد. از نظر Lee مداخلات بهداشتی در کشورها با هدف مبارزه با بیماری ها و نجات زندگی ها بوده ولی موجب کاهش نابرابری و بی عدالتی در کشورها نشده است (۱۸). طبق گزارش سال ۲۰۰۸ این کمیسیون، کشورها به انجام پژوهش ها و شناسایی عوامل اجتماعی موثر بر سلامت و سنجش اثر بخشی مداخلات به منظور رفع نابرابری در سلامت، ترغیب می شوند (۲۰-۱۹).

در سال ۲۰۰۸ کمیسیون عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت چارچوبی را برای اقدام و عمل کشورهای عضو ارائه داد. هدف اساسی از ارائه چارچوب عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت، جلوگیری از اتخاذ سیاست‌هایی است که تأثیر منفی بر سلامت دارند. این گزارش تأکید می‌نماید که یک الگوی جامع عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت باید نقش عوامل اجتماعی تعیین کننده نابرابری در سلامت را تعیین نموده، ارتباط و چگونگی تأثیر عوامل اجتماعی عمده بر یکدیگر را نشان دهد (۲۰-۱۹). بر اساس پژوهش‌های Diderichsen و همکاران الگوی تولید اجتماعی بیماری‌ها بنا نهاده شده است (۲۱).

Diderichsen & Hallqvist الگوی تولید اجتماعی بیماری‌ها را ارایه کردند. این الگو راهنمایی را در اختیار سیاست‌گذاران قرار می‌دهد که با استفاده از آن با عمل به عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت از نابرابری در سلامت جلوگیری نمایند (۲۲).

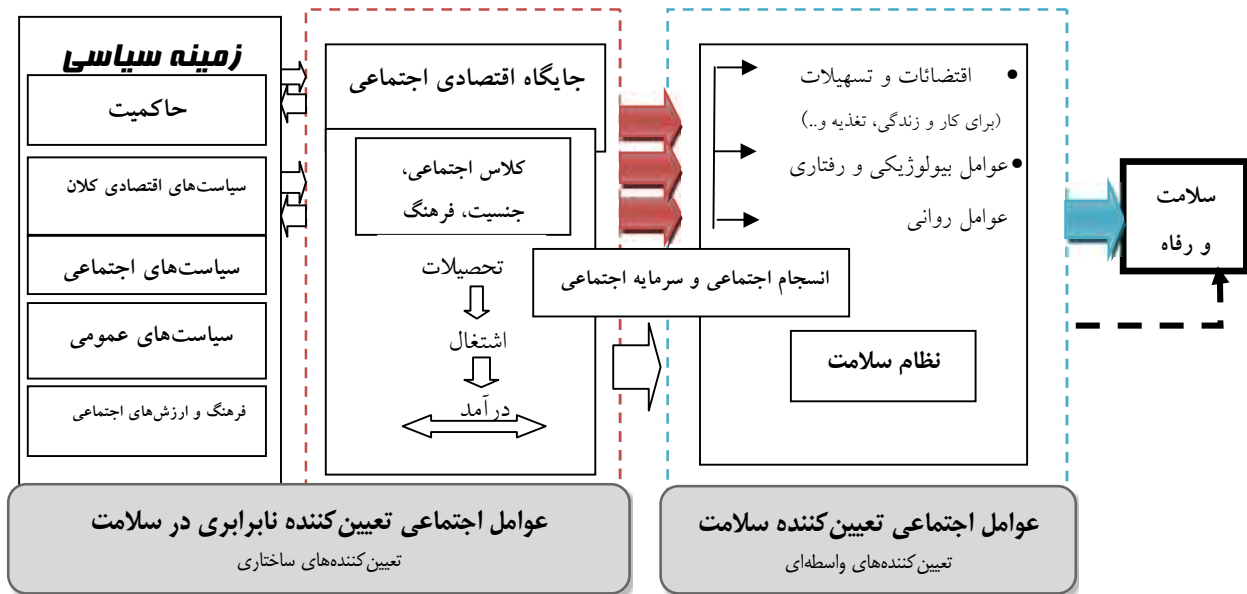
باید توجه داشت که دستیابی به عدالت در سلامت، نیازمند توجه به سطوح سلامت است که نه تنها علت نابرابری در سلامت در گروه‌های مختلف، بلکه تفاوت‌ها در سبک زندگی و استانداردهای زندگی در سطوح مختلف گروه‌های اقتصادی-اجتماعی نیز بررسی شود (۲۳). با وجود بهبود کلی سلامت جهانی در قرن ۲۰، نابرابری در سلامت افزایش یافته و شواهد نشان دهنده این است که برای جلوگیری از نابرابری در سلامت باید به عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت توجه داشت. تلاش کشورها باید بر کاهش نابرابری در سلامت از طریق توجه به عوامل اجتماعی موثر بر سلامت باشد (۲۵-۲۴). هماهنگی بخش سلامت با سایر بخش‌های مرتبط فرصتی مناسب است اما دشواری‌ها و چالش‌های زیادی هم در این زمینه وجود دارد (۲۶).

با توجه به تجارب ایران در ارتقاء عدالت در سلامت، در اواخر سال ۱۳۸۴ جمهوری اسلامی ایران به عنوان کشور همکار سازمان جهانی بهداشت در زمینه رویکرد عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت و عدالت در سلامت شناخته شد. در این سال‌ها اتخاذ رویکرد عوامل اجتماعی تعیین کننده

سلامت به منظور کاهش تفاوت‌های سلامت و ارتقاء عدالت در سلامت به عنوان یکی از پنج اولویت اعلام شده از سوی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی 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. با وجود این اقدامات یکی از انتظارات و نیازها در سطح ملی برای تدوین برنامه بین بخشی سلامت در کشور، تدوین چارچوب مفهومی اولیه برای عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت بیان شده است (۲۷).

پژوهش‌های متعددی در ایران به عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت پرداخته اند. اکثر این مطالعات در زمینه تأثیر این عوامل بوده و چارچوب سازمان جهانی بهداشت را مبنای پژوهش‌های خویش قرار داده اند (نمودار ۱). عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت در کشور در قالب یک چارچوب و الگوی مشخص تاکنون مورد بررسی قرار نگرفته است و تنها وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۸۸ در برنامه پیشنهادی استراتژیک عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت ۱۴ اولویت را به عنوان حیطه‌های اولویت دار در این زمینه تعیین نموده است (۲۷).

از آنجایی که عوامل متعدد و گسترده‌ای به عنوان عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت در کشور مطرح می‌باشند و مفهوم عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت رویکرد جدیدی در حوزه سلامت است، ارائه چارچوب و الگوی مفهومی عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت در ایران برای درک و شناخت بهتر این پدیده ضروری به نظر می‌رسد. هدف از این مطالعه توسعه الگوی مفهومی عوامل اجتماعی تعیین کننده نابرابری در سلامت می‌باشد.



نمودار ۱: چارچوب مفهومی عوامل اجتماعی تعیین کننده نابرابری در سلامت (سازمان جهانی بهداشت ۲۰۱۰)

مواد و روش‌ها

این مطالعه یک مطالعه کیفی به روش تحلیل محتوا بود. مشارکت کنندگان در پژوهش را افراد خبره در زمینه عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت تشکیل دادند. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از خبرگان با حداقل سه سال تجربه فعالیت در زمینه علوم اجتماعی سلامت؛ متخصصین با حداقل تحصیلات دکترا در علوم مدیریت سلامت، اپیدمیولوژی و پزشکی اجتماعی. روش نمونه گیری بصورت هدفمند بود. از نظر Tashakkori & Teddlie در این روش نمونه گیری، موارد بصورت غیر تصادفی و کاملاً هدفمند انتخاب می شوند (۲۸). روش گردآوری داده ها برای جمع آوری داده های کیفی، مصاحبه نیمه ساختارمند بود. این راهنما دارای ۳ سؤال اساسی در زمینه تعیین کننده های اجتماعی سلامت بود. سوالات اساسی عبارت بودند از:

- ۱- عوامل اجتماعی تعیین کننده نابرابری در سلامت در کشور کدام اند؟
- ۲- مهم ترین مشکلات اجتماعی موثر بر سلامت در کشور چیست؟
- ۳- تعیین کننده های اجتماعی سلامت در کشور چیست؟

مصاحبه ها در فواصل زمانی بهمن ۱۳۹۱ تا خرداد ۱۳۹۲ انجام شد. میانگین زمانی مصاحبه ها ۷۸ دقیقه بود. پس از پیاده

سازی مصاحبه ها، به منظور تحلیل داده ها از روش تحلیل محتوای هدایت شده و همزمان با جمع آوری داده ها استفاده شد. بدین ترتیب که پس از انجام مصاحبه ها ابتدا متن نوارها پیاده شد. پس از آن یک نسخه از کدهای استخراج شده برای مصاحبه شونده ارسال و تایید شد. جهت آشنایی با داده ها و غرق شدن، داده ها چندین مرتبه بازخوانی گردید. بدین ترتیب کدهای اولیه شناسایی و کدهای اولیه ی مشابه، در یک طبقه کنار هم قرار گرفتند و طبقات اولیه شکل گرفت. این طبقات در هم ادغام شده و درون مایه ها را تشکیل دادند.

جهت اطمینان از صحت داده های جمع آوری شده، درگیری طولانی مدت و عمیق با داده ها وجود داشت. علاوه، دو پژوهشگر دیگر علاوه بر پژوهشگران اصلی، در تحلیل داده ها مشارکت داشتند. پژوهشگر دست نوشته ها را برای تایید کدگذاری و طبقات می خواندند. برای افزایش تایید پذیری مجدداً به مشارکت کنندگان مراجعه می گردید. داشتن حداکثر تنوع در نمونه گیری و دیدارهای طولانی، راه های دیگر افزایش اعتبار داده بودند. از همان مصاحبه اولیه کدها و طبقات فرعی شکل گرفتند و سپس کاهش داده ها در تمام واحدهای تحلیل (کدها) ادامه یافت تا درون مایه ها ظهور یافتند.

مصاحبه ها تا مرحله اشباع داده ها ادامه یافت. تحلیل محتوای کیفی با نرم افزار Nvivo انجام شد (۳۹). در این پژوهش اخذ رضایت نامه آگاهانه، حفظ اطلاعات هویتی و رعایت امانت داری در پیاده سازی محتوای مصاحبه ها به عنوان ملاحظات اخلاقی مد نظر قرار گرفت.

یافته ها

۱۷ نفر از مشارکت کنندگان را آقایان و ۱۶ نفر را خانم ها تشکیل دادند. از ۳۳ نفر از خبرگان مشارکت کننده در این تحقیق

۱۱ نفر دارای تخصص علوم مدیریت و سیاست گذاری سلامت، ۹ نفر از متخصصین علوم بالینی، ۳ نفر تخصص علوم اجتماعی و مابقی در سایر علوم پایه تخصص داشتند.

فرایند تحلیل محتوای کیفی برای تعیین مهم ترین تعیین کننده های اجتماعی نابرابری در سلامت در ایران استفاده شد. در این فرایند ۵۳۵ کد اولیه استخراج گردید. با بازبینی متعدد و ادغام کدها بر اساس تشابه در طی چندین مرحله، در نهایت ۵۵ زیر درون مایه و ۱۴ درون مایه اصلی استخراج گردید (جدول ۱).

جدول ۱: مهمترین عوامل اجتماعی تعیین کننده نابرابری در سلامت در ایران از دیدگاه خبرگان

درون مایه ها	زیر درون مایه ها یا طبقات
سیاست های کلان اقتصادی	سیاست های بخش خصوصی، سیاست گذاری سلامت، محتوای سیاست ها، پرداخت مستقیم از جیب، یارانه ها، عوامل و شرایط اقتصادی، تورم و ناامنی اقتصادی
حاکمیت و رهبری	محتوای سیاست ها، قانون گذاری و نظارت
سیاست های اجتماعی	گروه های خاص، کار و اشتغال، مسکن و زمین، گروه های آسیب پذیر، تامین اجتماعی
جایگاه اجتماعی و اقتصادی	طبقه اجتماعی، جنسیت، فاصله طبقاتی، درآمد، آموزش، اشتغال
سیاست های عمومی	سلامت، تعهد و مسئولیت اجتماعی، مشارکت مردم، آموزش، حمایت های اجتماعی، ظرفیت سیاسی (دموکراسی)، سواد سلامت، تحصیلات، توانمندسازی مردم
فرهنگ و ارزش های اجتماعی	اصول و اعتقادات مذهبی، عوامل فرهنگی و تعلقات اجتماعی، سبک زندگی، مهارت های زندگی، مهارت های سلامتی
انسجام اجتماعی و ثروت اجتماعی	سازمان های مردم نهاد، توانمندسازی مردم، شبکه های اجتماعی
حاکمیت دینی	اعتقادات فردی، سیاست های کلان مذهبی حکومت
عوامل بین المللی	تحریم ها و بایکوت ها، دیپلماسی سلامت
عوامل رفتاری و بیولوژیکی	عوامل فردی، عوامل بیولوژیک، فرهنگ، موقعیت جغرافیایی
عوامل روانی	بهداشت روانی، معنویت
سیستم سلامت	تکامل دوران کودکی، گروه های خاص مانند سالمندان و کودکان، سیاست گذاری سلامت، دسترسی (مالی، تکنولوژیکی و جغرافیایی)، عوامل درون سیستم سلامت
حوادث و تصادفات	گروه های آسیب پذیر، حوادث و تصادفات
عوامل اجتماعی و جمعیتی	عوامل قومی، ویژگی های جمعیتی، خرده فرهنگ ها (فرهنگ بومی)

نتایج نشان داد که بسیاری از مفاهیم ارایه شده در عوامل اجتماعی نابرابری سلامت در ایران نیز مصداق دارد. علی رغم این با توجه به شرایط کشور درون مایه ها و مفاهیم دیگری نیز استخراج گردید (جدول ۱).

۱- سیاست های کلان اقتصادی: یکی از تعیین کننده

های اجتماعی سلامت شرایط اقتصادی و تاثیرات آن بر سلامت می باشد. نمونه هایی از نقل قول های مشارکت کنندگان بدین صورت است که "در شرایط فعلی مملکت بحث اقتصادی خیلی قوی تر باشد و بقیه عوامل را پوشش می دهد" (م ۴). مشارکت کننده دیگری ابراز داشت که "اینجا همچنان ناامنی اقتصادی

بسیار شدیدی بین مردم هست. به صورتی تحت تأثیر است که کسی به بقیه چیزها توجه نمی کند" (م ۱). مشارکت کننده دیگری چنین بیان داشت که "چیزی دیگر که در ایران SDH خیلی تعیین کننده است، سیاست های بخش خصوصی است" (م ۱۴).

۲- حاکمیت و رهبری: مدیریت نظام سلامت و توجه به

تعیین کننده های اجتماعی سلامت و نوع دیدگاه به سلامت تاثیر بسیار زیادی بر کاهش نابرابری های سلامت در کشور دارد. مشارکت کنندگان در این بخش دیدگاه های یکسانی داشته و به اتفاق بر نقش حاکمیت و رهبری نظام سلامت تاکید

داشتند. نمونه هایی از نظرات مشارکت کنندگان بدین صورت است: "یکی از مهم ترین وظایف تولید است که بر عهده حاکمیت است. کار اصلی تولید هم دادن انگیزه و جهت دهی کلی است" (م ۲۱). "سیاست گذاری کلان نقش کلیدی دارد و من معتقدم تعیین کننده ها از طریق یک سری تعیین کننده های دیگر بر سلامت اثر می گذارند" (م ۸). "یک بخشی از بحث ارتقا سلامت به سیاست های حاکمیت بر می گردد" (م ۱۲).

۳- سیاست های اجتماعی: دیدگاه اکثر مشارکت

کنندگان این بود که اغلب نابرابری های سلامت ریشه در نابرابری های اجتماعی دارد که خود نشان دهنده تاثیر سیاست های اجتماعی بر سلامت افراد می باشد. مشارکت کننده ای اعتقاد داشت "نابرابری در سلامت، روی طبقات محروم جامعه اثر و آسیب بیشتری دارند، فاصله طبقاتی بیشتر می شود؛ و این به خاطر اثر SDHهاست" (م ۱).

فرد دیگری چنین ابراز داشت "هماهنگ شدن مداخلات Health Sector با مداخلاتی که سایر بخش های توسعه در مناطق محروم داشتند به خصوص سوادآموزی که تحول خیلی مهمی بود. در واقع فعالیت های بهداشت و درمان همراه شد با مداخلاتی که در ارتباط با Determinant هایی که بر بخش سلامت تاثیر دارند" (م ۱۵).

از دید مشارکت کنندگان، حمایت اجتماعی دولت از افراد و گروه های آسیب پذیر گام مهمی در کاهش نابرابری های سلامت دارد. یکی از مشارکت کنندگان چنین اظهار نمود که "تقریباً در تمام جوامع یک سری اقشار آسیب پذیر داریم. اگر بخواهیم بحث برابری را اعمال کنیم باید تدابیری بیندیشیم برای افرادی که جزء اقشار آسیب پذیرند تا مشکلات آنها مرتفع شود" (م ۹). یکی دیگر از مشارکت کنندگان اعتقاد داشت که "سلامت بخشی از Social Security است ولی تأمین اجتماعی ما جداست" (م ۴).

۴- جایگاه اجتماعی و اقتصادی: یکی از تعیین کننده

های مهم در نابرابری سلامت، جایگاه اقتصادی اجتماعی است که خود متاثر از عواملی مانند درآمد و سطح تحصیلات می باشد. یکی از مشارکت کنندگان ابراز داشت "عواملی مثل

درآمد، طبقه اجتماعی، نوع غذا یا وضعیت شغلی افراد بیشتر از عوامل بهداشتی و درمانی بر سلامت افراد تاثیر می گذارند" (م ۷). فرد دیگری چنین بیان نمود که "در حال حاضر مهم ترین عواملی که بیانگر Inequity است یکی بحث بهداشت و درمان است و یکی بحث اشتغال" (م ۳). مشارکت کننده دیگری بیان نمود که "اگر بخواهیم سلامت مردم را در جامعه افزایش دهیم باید Social Class یا به عبارت ساده تر مردم را توانمند کنیم" (م ۴).

۵- سیاست های عمومی: دولت و سیاست هایی که در

بخش عمومی کشور اتخاذ می گردند، تاثیرات مثبت و منفی بی شماری را بر سلامت افراد جامعه می گذارند. مشارکت کنندگان اعتقاد داشتند که باید تاثیر این سیاست ها بر سلامت افراد در کشور مورد بررسی و تحلیل قرار گیرد. مشارکت کننده ای اعتقاد داشت که "از مهم ترین عوامل خصوصاً در ایران بحث آموزش است که خود نیازمند سیاست گذاری عمومی است، زیرا تا آگاهی افراد را در زمینه مسائل بهداشتی بالا ببرید، طبعاً انتظار ایجاد می شود که نگرش افراد نیز تغییر کند و به دنبال آن فرد به سمت رفتارهای بهداشتی و practice مورد نظر ما حتماً حرکت خواهد کرد" (م ۹). مشارکت کننده دیگری چنین بیان نمود که "SDH پیشرفته تر CBI است. می دانید چرا این مقوله به هم خورد؟ زیرا در آن حمایت اجتماعی بالا مثل وام ها دیگر نبود. سیاست اجتماعی حمایت نکرد" (م ۴). مشارکت کننده دیگری بیان نمود "عوامل اجتماعی، مشارکت و نحوه مشارکت مردم و بحث اعتمادسازی در بحث سلامت می تواند پیش برنده باشد. باید سیاست های عمومی در این قضیه تمرکز کند" (م ۳).

۶- فرهنگ و ارزش های اجتماعی: مشارکت

کنندگان اعتقاد داشتند که فرهنگ عوامل اجتماعی در کشور نقش تعیین کننده ای در سلامت افراد دارد. نمونه هایی از نظرات مشارکت کنندگان بدین صورت است: "عوامل فرهنگی و ارزش های فرهنگی و اجتماعی و حتی موقعیت جغرافیایی در سلامت افراد خیلی تاثیر دارد" (م ۷). "ارزش های اجتماعی، چیزی یا عقیده ای که برایشان مهم است و حکم قبله دارد مانند تکریم سالمند... این ها مهم است..." (م ۱۴). یکی دیگر از

مشارکت کنندگان چنین بیان نمود که "عوامل رفتاری که الآن خیلی روی سلامت تأثیر می‌گذارد تغذیه، دخانیات، *Physical Activity* و مدیریت استرس است. این چهار مورد در تمام دنیا جزء عوامل اصلی به خطر افتادن سلامت مردم است و همه اینها ناشی از فرهنگ و سبک زندگی است" (م ۱۰).

۷- انسجام اجتماعی و ثروت اجتماعی: مشارکت

افراد در اجتماع یکی از مهمترین شاخص های سلامت روانی و اجتماعی است. مشارکت کنندگان اعتقاد داشتند که انسجام اجتماعی یک ثروت اجتماعی است که نقش مهمی در سلامت روان و ایجاد یک جامعه سالم دارد. یکی از مشارکت کنندگان چنین بیان داشت که "وقتی می‌خواهیم عوامل اجتماعی را بررسی کنیم در یک جامعه تعدادی از افراد کنار هم جمع می‌شوند و روابط و *Network* که ایجاد می‌کنند این خودش نشان دهنده بالا بودن سلامت است" (م ۹). یکی دیگر از مشارکت کنندگان بیان نمود که "مهم‌ترین بحث می‌تواند *Communication* باشد و ارتباطی که این افراد می‌توانند با هم برقرار کنند. به عنوان یک جامعه و این ارتباطات در حیطه‌های مختلف که برخی از این حیطه‌ها که می‌توان بدان اشاره کرد" (م ۹).

۸- حاکمیت دینی: یکی از موضوعات مهم که با توجه به شرایط کشور توسط خبرگان به عنوان یک تعیین کننده سلامت در کشور پیشنهاد شد حاکمیت دینی نام گذاری گردید. با توجه به اینکه کشور ایران یک کشور اسلامی است و فرامین و احکام الهی مبنای تفکرات افراد و دولت قرار می‌گیرد باید به عنوان یک عامل مهم در نظر گرفته شود. یکی از مشارکت کنندگان بیان نمود که "چون اصول دین بر مبنای عدالت محوری است که ما را به سمت یکپارچگی و وحدت همه مردم ببرد تا کار سینرژي در هر عملی را انجام دهند" (م ۱۳). شرکت کننده دیگری چنین بیان نمود که "مذهب به عنوان یک *Determinant* می‌تواند اضافه شود، چون تأثیر آن در کشور ما زیاد است" (م ۸).

۹- عوامل بین‌المللی: یکی از تعیین کننده هایی که در

این مطالعه توسعه داده شده و با توجه به شرایط کشور توسط

خبرگان پیشنهاد گردید، عوامل بین‌المللی است. تحریم هایی که به دلایل سیاسی و بر خلاف تمامی قوانین بین‌المللی بر کشور تحمیل گردید بر سلامت مردم در کشور تأثیر گذاشته است. در این زمینه یکی از مشارکت کنندگان چنین بیان داشت که "با توجه به بحث داروها و تکنولوژی خصوصاً در زمینه بیماران خاص و عدم دسترسی بیماران به آنها، قطعاً تبعات اجتماعی و سلامتی برای مردم دارد" (م ۲۴). از سویی دیگر دیپلماسی سلامت از جانب سیاست گذاران به این معنی است که در ارتباطات بین‌المللی و داخلی باید با رویکرد سلامت محوری به موضوعات نگریسته شود. نمونه ای از نقل قول یکی از مشارکت کنندگان بدین صورت است: "مسئولین مملکت و سیاست‌گذاران و تصمیم‌گیرندگان اقتصادی، سیاسی، اجتماعی و بین‌المللی حواسشان باشد به سلامت مردم لطمه نزنند" (م ۶).

۱۰- عوامل رفتاری و بیولوژیکی: یکی از تعیین

کننده های مهم در نابرابری سلامت عوامل رفتاری و بیولوژیکی است. یکی از مشارکت کنندگان چنین بیان نمود که "ما در *SDH* در کشور ۳ دسته بیومدیکال، *Behavioral Factor* یا *Social* داریم" (م ۸).

۱۱- عوامل روانی: موضوع سلامت روان و تأثیر آن در

ایجاد نابرابری های سلامت از دیگر مفاهیم بود که در مصاحبه با خبرگان بر روی آن تأکید شد. نمونه هایی از نظرات مشارکت کنندگان بدین صورت بیان شده است: "عوامل اجتماعی روانی حتی معنوی می‌تواند روی سلامت تأثیرگذار باشد. حتی کسی که با هدف زندگی می‌کند می‌تواند روی سلامت او موثر باشد" (م ۴). "بحث دیگر سلامت معنوی است که می‌تواند یکی از *SDH component* ها باشد. افرادی که اعتقادات معنوی دارند در مقابله با سرطان قوی تر هستند" (م ۱۰).

۱۲- نظام سلامت: نظام سلامت و مدیریت این نظام

نقش مهمی در ایجاد برابری و عدالت در سلامت دارد. سیاست گذاری سلامت، توجه و تمرکز بر طب پیشگیری، تأکید بر تکامل دوران کودکی، توجه به ابعاد دیگر سلامت و فراهم آوردن دسترسی عادلانه به خدمات برای تمام افراد کشور موضوعاتی است که بیانگر تأثیر نظام سلامت در افزایش یا

شیوه زندگی، ارزش‌ها و اصول حاکم بر زندگی در آن‌ها متفاوت است. یک عامل اجتماعی مهم و موثر بر رفتارهای جامعه است که باید مدنظر قرار گیرد" (م ۷).

بحث

مفهوم عدالت در سلامت این است که هرکسی باید به طور ایده آل، فرصت‌های عادلانه‌ای برای دستیابی به ظرفیت کامل سلامت خود یعنی سلامت جسمی، روانی، معنوی و اجتماعی داشته باشد و هیچ کسی نباید از به دست آوردن این ظرفیت‌ها محروم گردد. سیاست‌های کلان اقتصادی یکی از عوامل تاثیرگذار بر نابرابری در سلامت در کشور می باشد که با تاثیر بر بسیاری از عوامل دیگر همچون دسترسی به مراقبت‌های سلامت، تغذیه سالم، آموزش و مسکن نقش خود را ایفا می نماید. این درونمایه‌ها در مدل سازمان جهانی بهداشت نیز به عنوان تعیین کننده مهمی وجود داشت. مطالعات متعددی مانند پژوهش Moure-Eraso و همکاران، Muntaner و همکاران و همچنین مطالعه Scott و همکاران به روشنی تاثیر این عوامل بر ایجاد نابرابری در سلامت را مشخص نمودند و تایید کننده یافته‌های پژوهش حاضر بودند (۳۲-۳۰). حاکمیت و رهبری، درون مایه دیگری بود که در این مطالعه به دست آمد. این عامل در الگوی سازمان جهانی بهداشت نیز وجود داشت. مطالعات Gilson و همکاران (۳۳)، Best و همکاران (۳۴) یافته‌های پژوهش حاضر را در این زمینه تایید نموده است، اما در این مطالعات این نکته نیز وجود داشت که ارتباط بین اقتصاد و سلامت ارتباطی دو سویه بوده و سلامت افراد جامعه نیز بر کاهش فقر و افزایش رشد اقتصادی هر کشور تاثیر دارد. لذا تمام الگوهای سیاسی و نظام‌های حکومتی تاکید جدی برافزایش درآمدهای جامعه و توزیع یکنواخت‌تر آن و به عبارتی، برقراری عدالت اقتصادی دارند.

سیاست‌های عمومی و همچنین سیاست‌های اجتماعی از دیگر تعیین کننده‌های نابرابری در سلامت در پژوهش حاضر بود. در این زمینه مطالعات متعددی وجود داشت که یافته‌های

کاهش نابرابری‌های سلامت می باشد. یکی از مشارکت کنندگان چنین بیان نمود که "در حال حاضر خود نظام سلامت تهدیدکننده جدی سلامت در ایران شده است" (م ۱). مشارکت کننده دیگری بیان نمود که "باید حداقل امکانات بهداشتی که الان داریم Integrate کنیم ولی فراتر از سیستم موجود. چون سیستم موجود نقصش این است که نه مشارکت مردم را دارد و نه همکاری بین بخشی که اساس PHC ماست" (م ۳).

۱۳- حوادث و تصادفات: متأسفانه با توجه به شرایط کشور و بالا بودن میزان تصادفات و حوادث، موضوع حوادث و تصادفات به یکی از عوامل مهم در ایجاد نابرابری در سلامت تبدیل شده است. یکی از مشارکت کنندگان بیان نمود که "آن‌هایی که الان مهم‌تر است مثل حوادث یکی از بالاترین بار بیماری در جامعه است. باید بدان‌ها بیشتر توجه کرد." (م ۱۰). شرکت کننده دیگری بیان داشت که "مسائل مهم سلامت ایران مثل تصادف و مرگ‌ومیر بر اثر تصادف خیلی مهم است. بالا بودن مرگ و میر، تحمیل هزینه‌های گزاف به خانواده‌ها و جامعه و هزینه‌های کمرشکن ناشی از تصادفات موجب نابرابری‌های زیادی شده است" (م ۱).

۱۴- عوامل اجتماعی و جمعیتی: با توجه به جمعیت جوان کشور، عوامل اجتماعی و جمعیتی به عنوان یک مفهوم جدید به عوامل ایجاد نابرابری در سلامت در کشور اضافه شد. در آخرین آمار رسمی کشور ۵۴ درصد از جمعیت کشور زیر ۲۵ سال سن داشته است. نیازهای اجتماعی این گروه و جوان بودن جمعیت کشور موضوعی است که باید به عنوان یک تعیین کننده به آن توجه کرد و این شرایط، کشور ایران را از سایر کشورهای دنیا متمایز می سازد. یکی از مشارکت کنندگان بیان نمود که "شرایط کشور ما بستگی به جمعیت دارد.. یعنی به گروه جمعیتی.. شاید در نوجوانان و جوانان. عوامل اقتصادی و اجتماعی، معنویات، عوامل محیطی، آلودگی محیط زیست، رعایت نکردن مسئولیت‌های اجتماعی که اثر می‌گذارد بر سلامت مردم. باید به نیازهای جمعیت خصوصاً جمعیت جوان توجه داشت" (م ۴). مشارکت کننده دیگری چنین بیان داشت که "حتی در ایران قومیت‌ها هم باید مد نظر قرار بگیرد. چون

آن مشابه مطالعه حاضر بود. مطالعات Ibanez و Sagna و Hicken به بررسی تاثیر سیاست های اجتماعی و عمومی پرداخته اند و یافته های مطالعه حاضر را در این زمینه تایید نمودند (۳۷-۳۵). بنابراین، در اتخاذ سیاست های عمومی و اجتماعی سلامت باید مد نظر سیاست گذاران قرار گیرد.

فرهنگ و ارزش های اجتماعی یکی دیگر از درون مایه هایی بود که به عنوان تعیین کننده نابرابری در سلامت مشخص شد. فرهنگ و ارزش های اجتماعی از طریق الگوهای رفتاری و متغیرهای تعیین کننده سبک زندگی تاثیرات زیادی بر سلامت یا نابرابری در سلامت دارد. Hilliard (۳۸) و Thompson و همکاران (۳۹) در مطالعات خویش تاثیر فرهنگ را در ایجاد نابرابری در سلامت نشان دادند و نقش فرهنگ را در شکل گیری الگوهای رفتاری و سلامتی، نقشی مهم دانسته و یافته های مطالعه حاضر را تایید نمودند.

انسجام اجتماعی و سرمایه اجتماعی یکی دیگر از تعیین کننده های نابرابری در سلامت در کشور ایران می باشد. مطالعه Uphoff و همکاران نیز این امر را تایید نمود (۴۰). Chuang و همکاران نقش انسجام اجتماعی را در سلامت روانی و اجتماعی مهم بر شمرده و یافته های پژوهش حاضر را تایید نمود (۴۱). با توجه به اینکه سلامت، ابعاد مختلف جسمانی، روانی، اجتماعی و معنوی دارد توجه به سرمایه اجتماعی موجب بهبود ابعاد سلامت می گردد.

حاکمیت دینی یکی دیگر از تعیین کننده های نابرابری در سلامت در کشور ایران از دیدگاه خبرگان بود. در این زمینه مطالعات متعددی وجود دارد که نقش مذهب را در ارتقای سلامت خصوصا بعد معنوی نشان می دهد. نتایج مطالعات Johnstone و همکاران (۴۲)، Pattison و همکاران (۴۳)،

Aldwin و همکاران (۴۴) تایید کننده این امر بود. اما علی رغم وجود شواهد محکم در این زمینه، در الگوی مفهومی سازمان جهانی بهداشت به این بعد بصورت شفاف پرداخته نشده است، اما در کشور ایران با توجه به اینکه کشور اسلامی است و قوانین و احکام اسلامی، تاکیدات مهمی در عدالت، برابری و سلامت فردی و اجتماعی دارد، از دید گاه خبرگان می تواند

تعیین کننده مهمی در کاهش نابرابری های سلامت باشد و از این ظرفیت دینی بهره کافی گرفته شود.

یکی دیگر از تعیین کننده های نابرابری در سلامت در ایران، عوامل بین المللی نام گذاری گردید. تحریم ها و محدودیت های مالی حاکم در روابط بین المللی در سالیان اخیر در زمینه واردات داروها و مواد اولیه پزشکی مشکلات عدیده ای را برای کشور ایجاد نموده است. این عامل در الگوی سازمان جهانی بهداشت وجود نداشت ولی کشور ایران با توجه به شرایط خاص سیاسی و تحریم های اقتصادی متأسفانه مشکلاتی را خصوصا برای بیماران خاص ایجاد نموده است. در این زمینه مطالعات داخلی و خارجی وجود نداشت، چرا که هدف تحریم های بین المللی، سلامت افراد نیست. تحریم و محدودیت در مناسبات مالی عملا سبب کاهش سطح سلامت افراد شد.

عوامل رفتاری، روانی و بیولوژیکی از دیگر تعیین کننده های نابرابری در سلامت در کشور می باشد. در این زمینه پژوهش های متعددی وجود دارد که نقش این عوامل را در سلامت به وضوح نشان می دهد. Wittchen و همکاران (۴۵)، Gibbons و همکاران (۴۶) نمونه هایی از این مطالعات بوده و تایید کننده یافته های پژوهش حاضر می باشند.

نظام سلامت در صورتی که عملکرد مناسبی نداشته باشد موجب نابرابری در سلامت می گردد. عدم دسترسی به خدمات سلامت از لحاظ مالی و جغرافیایی، توزیع نامناسب نیروی انسانی و اثرات جانبی مراقبت های سلامتی می تواند نابرابری در سلامت را تحت تاثیر قرار دهد. بر اساس نظرات خبرگان، عملکرد نظام سلامت یکی از عوامل موثر بر نابرابری در سلامت بود. نتیجه پژوهش کسانی و همکاران در زمینه تعیین کننده های اجتماعی در ایران، یافته های مطالعه حاضر را تایید نمود (۴۷).

حوادث و تصادفات یکی از عوامل عمده نابرابری در سلامت در کشور شناسایی شد. میزان بالای مرگ ناشی از تصادفات جاده ای و از دست رفتن میزان بالای سال های زندگی در ایران می تواند نابرابری در سلامت را در کشور افزایش دهد. نتایج پژوهش فرزانه و همکاران (۴۸) و همچنین

پژوهش خدادادی و همکاران (۴۹) نیز تایید کننده این یافته ها در ایران بود. حوادث و تصادفات در ایران به عنوان یک تعیین کننده نابرابری در سلامت از دیدگاه خبرگان شناسایی گردید. با توجه به بار بالای مرگ و معلولیت های ناشی از حوادث جاده ای، مدیریت این حوادث و کاهش آن، نابرابری در سلامت را در کشور کاهش خواهد داد.

عوامل اجتماعی و جمعیتی بر اساس نظرات خبرگان می تواند به عنوان یک تعیین کننده نابرابری در سلامت در ایران باشد. با توجه به جوان بودن جمعیت کشور، نقش های مختلف جنسیتی، خرده فرهنگ ها و قومیت های مختلف، این عامل به عنوان یک عامل در نابرابری های سلامت در ایران شناسایی گردید، هر چند که در الگوی اولیه پژوهش به آن اشاره نشده بود. یافته های علیزاده و همکاران (۵۰) و همچنین مطالعه کشاورز و همکاران (۵۱) یافته های مطالعه حاضر را تایید نمود و نشان داد که مولفه های اجتماعی مانند جنسیت و فرهنگ در سلامت افراد موثر بوده است.

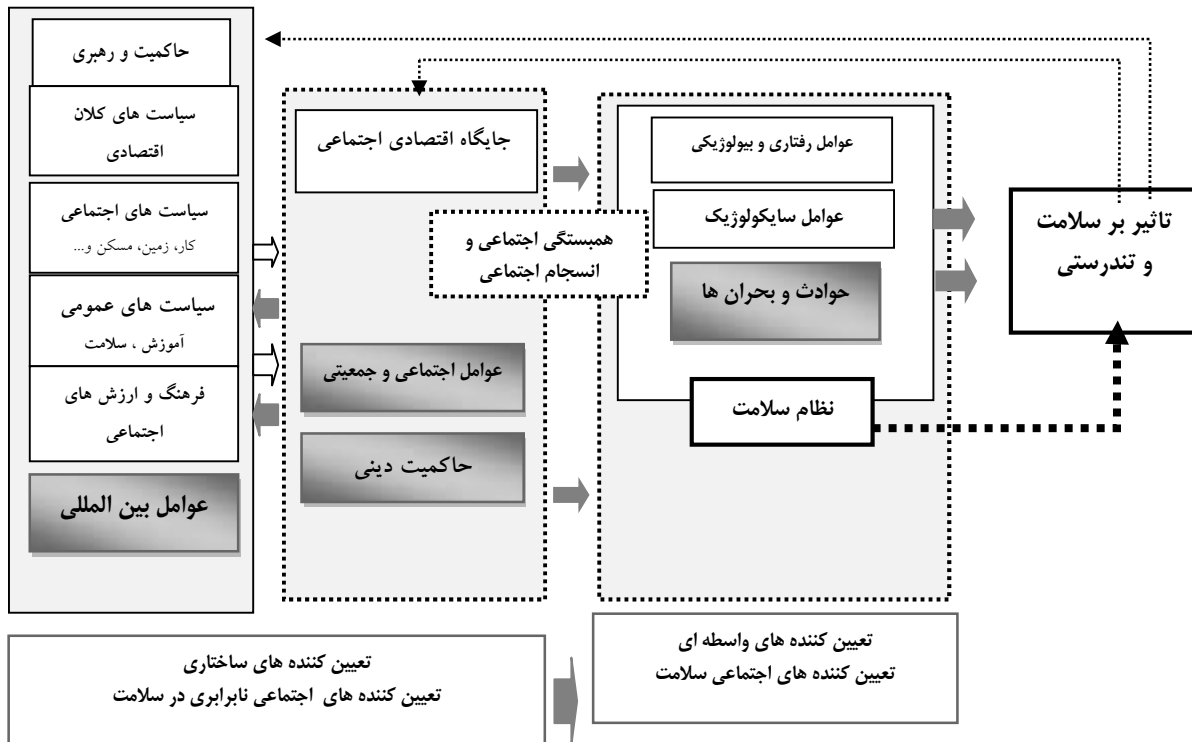
نابرابری های سلامتی و تعیین کننده های اجتماعی و تاثیر آن ها بر سلامت یکی از موضوعاتی است که امروزه به شدت مورد توجه است، چرا که ارتقاء سلامت در جوامع بیمار، بسیار سخت تر از کمک به افراد بیمار در جوامع سالم است (۵۲). نابرابری در سلامت، نوع خاصی از تفاوت در سلامت است که در آن گروه های اجتماعی آسیب پذیر یا گروه هایی که به طور دائم شرایط نامطلوب اجتماعی و تبعیض را تجربه کرده اند، وضعیت سلامت وخیم تر یا مخاطرات سلامت بیشتری را نسبت به گروه هایی با وضعیت اجتماعی مطلوبتر، تجربه می کنند (۵۳).

اکثر عوامل ایجاد کننده نابرابری در سلامت در بخش های مختلف اجتماعی پراکنده است. لازم است که در سیاست گذاری ها، رویکرد فرابخشی مد نظر قرار گیرد و تاثیرات احتمالی سیاست های آن ها بر سلامت، خصوصاً بر سلامت آسیب پذیرترین گروه ها در اجتماع، ارزیابی گردد. گاهی اوقات سیاست گذاران در کشورهای در حال توسعه، درکی که از سلامت دارند عمده تاً در حد توجه به خدمات پزشکی است.

بنابراین، ارتباط زیادی بین مسئولیت های خود و سلامت نمی یابند. این وظیفه بخش سلامت است که آن ها را آگاه نماید. برای پرداختن به ریشه های اصلی عوامل تهدیدکننده سلامت، باید زمینه های بروز نابرابری را شناخت و سپس با جلب مشارکت عمومی جامعه، برای اصلاح آن ها اقدامات جدی به عمل آورد (۵۴). برای کاهش نابرابری ها باید الگویی جدید از طریق ادغام علم، عمل و سیاست صورت گیرد (۵۵). با توجه به وجود سیاست های نامتوازن، محدودیت منابع، فقدان رویکرد جامع و رویکرد سلامت در همه سیاست ها، باید این تعیین کننده ها اولویت بندی شوند (۵۶). عدم درک جامع و شناخت کامل از ابعاد رویکرد عوامل اجتماعی سلامت و مشارکت ناکافی برخی از خبرگان از مهمترین محدودیت های این پژوهش بود. بخش اعظم نابرابری در توزیع سلامت قابل اجتناب است و می توان آن را کاهش داد، زیرا ناشی از عواملی است که تعدیل پذیرند. این عوامل می تواند موارد متعددی نظیر وضعیت اقتصادی، وضعیت آموزش، اشتغال و تسهیلات زندگی را شامل گردد.

نتیجه گیری نهایی

با توجه به اهمیت و تاثیر عوامل اجتماعی بر روی سلامت افراد باید رویکرد عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت در تمامی سیاست ها و برنامه های توسعه در کشور مد نظر قرار گیرد. در این پژوهش بر اساس نظرات خبرگان الگوی ارایه شده توسط سازمان جهانی بهداشت مورد بررسی قرار گرفت و درون مایه های جدیدی شامل حوادث و تصادفات، عوامل اجتماعی جمعیتی، عوامل بین المللی و حاکمیت مذهبی با توجه به شرایط کشور به این الگو اضافه شد (نمودار ۲). پیشنهاد می شود تا با ارایه آموزش ها و جمع آوری شواهد علمی، نقش این عوامل بر سلامت افراد در کشور برای مدیران و سیاست گذاران مشخص گردد. برای ارتقای سلامت جامعه باید توجه بیشتری به عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامتی در کشور داشت، زیرا توسعه مراقبت های بهداشتی درمانی بدون در نظر گرفتن تعیین کننده های اجتماعی، اثربخشی چندانی نخواهد داشت.



نمودار ۲: الگوی مفهومی توسعه داده شده عوامل اجتماعی تعیین کننده نابرابری در سلامت ایران

تشکر و قدردانی

ایران اجرا شده است. از تمامی خبرگان و مشارکت کنندگان محترم در انجام این پژوهش تقدیر و تشکر می گردد.

این مقاله حاصل بخشی از طرح پژوهشی با کد ۶۵۷ می باشد که در سال ۱۳۹۰ و با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی

منابع

- 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- Rawls JA. Theory of Justice. United State, Harvard UP. 1971.
- 3- Ruger JP. Health, capability, and justice: Toward a new paradigm of health ethics, policy and law. Cornell Journal of Law Public Policy. 2006; 15(2):403-82.
- 4- UN Committee on Economic Social and Cultural Rights. General comment number 14: on the right to the highest attainable standard of health. Para 4. 2000. Available at: [http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/\(symbol\)/E.C.12.2000.4.En](http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/(symbol)/E.C.12.2000.4.En).
- 5- Wilkinson R, Marmot M. Social Determinants of Health: The Solid Facts. 2nd edition, World Health Organization, 2003.
- 6- 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.
- 7- Daniels N. Just health: Replies and further thoughts. Journal of Medical Ethics. 2009;35(1):36-41.

- 8- 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.
- 9- 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.
- 10- 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.
- 11- Stronks K. Generating evidence on interventions to reduce inequalities in health: The Dutch case. *Scandinavia Journal of Public Health*. 2012; 30(59): 21-25.
- 12- 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.
- 13- Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services*. 1992; 22(3): 429-445.
- 14- Oldenburg B, McGuffog ID, Turrell G. Socioeconomic determinants of health in Australia: Policy responses and intervention options. *Medical Journal of Australia*. 2000; 172(10): 489-92.
- 15- Graham H. Social determinants and their unequal distribution: Clarifying policy understandings. *The Milkbank Quarterly*. 2004; 82(1):101-124.
- 16- Tajer D. Latin American social medicine: Roots, development during the 1990s, and current challenges. *American Journal of Public Health*. 2003; 93(12):1989-91.
- 17- Werner D, Sanders D. Questioning the solution: the politics of primary health care and child survival. Palo Alto, CA: Health Wrights 1997.
- 18- Lee JW. Public health is a social issue. *Lancet*. 2005; 365(1): 1005-06.
- 19- 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, 2007.
- 20- 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*. 2010; 38(3):580-93.
- 21- Diderichsen F, Evans T, Whitehead M. The social basis of disparities in health. New York: Oxford University Press. 2001.
- 22- Diderichsen F, Hallqvist J. Social inequalities in health: Some methodological considerations for the study of social position and social context. Inequality in health—a Swedish perspective. Stockholm: Swedish Council for Social Research. 1998: 25-39.
- 23- 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.
- 24- Graham H, Kelly M P. Health inequalities: Concepts, frameworks and policy. Briefing paper NHS Health development Agency. 2004.

- 25- 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; 26(1):4-13.
- 26- 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](http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/(symbol)/E.C.12.2000.4.En)
- 27- Ministry of Health, health policy secretariat, strategic plan of social determinants of health in I.R. Iran. 2010. Available at <http://sdh.behdasht.gov.ir/index.aspx?siteid=331&pageid=34212>. Access date on 2014/01/20 (Persian).
- 28- Tashakkori A, Teddlie C. *Handbook of Mixed Methods in Social & Behavioural Research*. Sage Ltd, 2003.
- 29- Smith J, Firth J. Qualitative data analysis: The framework approach. *Nurse Researcher*. 2011; 18(2):52-62.
- 30- Moure-Eraso 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 & Occupational Health Policy*. 2006;16(4):429-48.
- 31- Muntaner C, Chung H, Solar O, Santana V, Castedo A, Benach J. The role of employment relations in reducing health inequalities. A macro-level model of employment relations and health inequalities. *International Journal of Health Services*. 2010; 40(2): 215-21.
- 32- 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.
- 33- Gilson L, Judith D. Leadership and governance within the South African health system. *South African Health Review*. 2011; 6(1): 69-80.
- 34- Best A, Greenhalgh T, Lewis S, Saul JE. et al. Large-system transformation in health care: A realist review. *Milbank Quarterly*. 2012; 90(3): 421-456.
- 35- Sagna M. *Inequalities in Utilization of Maternal Health Services in Uganda*. United States- Texas: The University of Texas at San Antonio; 2010.
- 36- Ibanez ELI. Municipality, space and the social determinants of health. *Environment and Urbanization*. 2011; 23(1):113-7.
- 37- 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.
- 38- Hilliard T. *Understanding socioeconomic, socio cultural and environmental determinants of obesity among African Americans*. United States - Washington: University of Washington; 2010.
- 39- Thompson-Robinson M, Reininger B, Sellers DB, Saunders R, Davis K, Ureda J. Conceptual framework for the provision of culturally competent services in public health settings. *Journal of Cultural Diversity*. 2006; 13(2):97-104.

- 40- Uphoff EP, Pickett KE, Cabieses B, Small N, Wright J. A systematic review of the relationships between social capital and socioeconomic inequalities in health: A contribution to understanding the psychosocial pathway of health inequalities. *International Journal for Equity in Health*. 2013; 12(1): 54-57.
- 41- Chuang YC, Chuang KY, Yang TH. Social cohesion matters in health. *International Journal for Equity in Health*. 2013; 12(1): 87-92.
- 42- Johnston B, Yoon DP, Cohen D, Schopp LH, McCormack G, et al. Relationships among spirituality, religious practices, personality factors, and health for five different faith traditions. *Journal of Religion and Health*. 2012; 51(4): 1017-1041.
- 43- Pattison S. Religion, spirituality and health care: Confusions, tensions, opportunities. *Health Care Analysis*. 2013; 21(3):193-207.
- 44- Aldwin CM, Park CL, Jeong YJ, Nath R. Differing pathways between religiousness, spirituality, and health: A self-regulation perspective. *Psychology of Religion and Spirituality*. 2014; 6(1): 9-12.
- 45- Wittchen HU, Knappe S, Schumann G. The psychological perspective on mental health and mental disorder research: introduction to the ROAMER work package 5 consensus document. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. 2014; 23(1): 15-27.
- 46- Gibbons FX, Kingsbury JH, Weng CY, Gerrard M, Cutrona C. et al. Effects of perceived racial discrimination on health status and health behaviour: A differential mediation hypothesis. *Health Psychology*. 2014; 33(1):11-15.
- 47- Kassani A, Gohari M, Mousavi M, Asadi Lari M, Rohani M, Shoja M. [Determinants of social capital in Tehran residents using path analysis: Urban heart study]. *Iranian Journal of Epidemiology*. 2012; 8(2): 1-12 (Persian).
- 48- Farzane E, Sadeghiye A, Valizade B, Nazmfar N. [Survey of geographical disparities of deaths caused by road accidents on Ardabil]. PhD Thesis, Ardabil Medical University of Sciences. 2012 (Persian).
- 49- Khodadadi N, Ghanbari A, Mousavi M, Khaleghi M, Mousavi SM. Related factors to onset of post-traumatic stress disorder after road accidents. *Holistic Nursing and Midwifery Journal*. 2014; 24(2): 9-17 (Persian).
- 50- Alizadeh S, Mohseni M, Khanjani N, Moemenabadi V. [The correlation with been social participation of women and quality of life on Kerman]. *Journal of Management of Health Promotion*. 2014; 3(2): 34-42 (Persian).
- 51- Keshavarz MH, Sharifirad G, Tavangardrad MR, Mardani Z. [Socio economic factors influencing on fertility rate on Shahreza]. *Journal of Health System Research*. 2014; 10(1): 66-76 (Persian).
- 52- Seeleman C, Suurmond J, Stronks K. Cultural competence: A conceptual framework for teaching and learning. *Medical Education*. 2009; 43(3): 229-37.
- 53- Pickering J. Is wellbeing local or global? A perspective from ecopsychology, wellbeing: Individual, community and social perspectives, Basingstoke, Palgrave Macmillan. 2007, 149-162.

54- Braveman P. Health disparities and health equity: Concepts and measurement. Annual Review of Public Health. 2006; 27(2): 167–94.

55- Anderko L. Achieving health equity on a global scale through a community-based, public health framework for action. The Journal of Law, Medicine & Ethics: Journal of the American Society of Law, Medicine & Ethics. 2010; 38(3):486-9.

56- 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.