

مطالعه تطبیقی مدل‌های تعیین‌کننده اجتماعی سلامت

سعید میرزائی^۱، حسین صافی‌زاده^۲، نادیا ارومیه‌ای^۱

^۱ کارشناس ارشد، دانشجوی دکتری تخصصی سیاست‌گذاری سلامت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر مؤثر بر سلامت، پژوهشکده آینده‌پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم

پزشکی کرمان، کرمان، ایران

^۲ دانشیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر مؤثر بر سلامت، پژوهشکده آینده‌پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

نویسنده رابط: نادیا ارومیه‌ای، نشانی: کرمان، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، تلفن: ۰۳۴۳۱۳۲۵۱۴۷

پست الکترونیک: N_ooroomiei@kmu.ac.ir

تاریخ دریافت: ۹۵/۰۷/۱۴؛ پذیرش: ۹۵/۱۰/۲۵

مقدمه و اهداف: امروزه عدالت یکی از اولویت‌های اساسی سیاست‌گذاران بوده و توزیع عادلانه سلامت یکی از نگرانی‌های آن‌ها به شمار می‌آید. چهارچوب بین‌المللی حقوق بشر حرکت به سوی عدالت در سلامت از طریق توجه به تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت را مورد تأکید خاص قرار داده است. در این پژوهش به منظور شناخت بیش‌تر مدل‌های موجود در دنیا در زمینه‌ی عوامل اجتماعی مؤثر مؤثر بر سلامت ۷ چهارچوب پرکاربرد تعیین‌کننده‌های سلامت برای شناسایی و بررسی دقیق معرفی شده‌اند.

روش کار: این پژوهش از مطالعه‌های تطبیقی بوده و محیط پژوهش شامل تمامی مدل‌های عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت در دنیا بوده که، ۷ مدل با معیار عدالت‌محوری، تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد، رویکرد راهبردی و جامع، اهمیت خانواده در سلامت از طریق جست‌وجوی هدفمند، انتخاب شدند و به صورت دقیق مورد بررسی قرار گرفتند.

یافته‌ها: در این مطالعه، ۷ مدل شناسایی شده و از لحاظ سطح مدل، نوع، اساس و حیطة تمرکز مورد بررسی قرار گرفتند.

نتیجه‌گیری: مدل‌های بسیار متنوعی برای نشان دادن عوامل اجتماعی و در واقع تعیین‌کننده‌های سلامت در سراسر دنیا وجود دارد که هر کدام از این مدل‌ها دارای مزایا و معایبی هستند. این پژوهش می‌تواند به سیاست‌گذاران و پژوهشگران در انتخاب مدل برای تحلیل عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت با توجه به گفتمان حاکم، کمک نماید.

واژگان کلیدی: مطالعه تطبیقی، تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت، مدل

مقدمه

تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت نیز دقیقاً در همین ارتباط بوده و بر این دلالت دارد که نمی‌توان انتظار داشت تنها یک نهاد، وزارت‌خانه یا اداره مسؤول تأمین، حفظ و ارتقای سلامت در جامعه باشد، بلکه تمامی حوزه‌ها و نهادهای جامعه به نوعی در این زمینه نقش دارند (۳).

در دنیای امروز دیدگاه‌های سلامت چشم‌اندازی وسیع‌تر پیدا کرده‌اند و بنا به ضرورت به تعیین‌کننده‌های غیر طبی سلامت، توجهی ویژه معطوف شده است. هر یک از این تعیین‌کننده‌ها به خودی خود و یا از طریق تأثیر بر یکدیگر وضع سلامت را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهند و می‌توانند سبب بروز بی‌عدالتی‌هایی در وضع سلامت شوند. این تعیین‌کننده‌ها مانند وراثت، شیوه‌ی زندگی، محیط زیست، وضع اقتصادی-اجتماعی و غیره بوده که تأثیر چشم‌گیری بر سلامت و پیامدهای آن از جمله کیفیت زندگی دارند. در واقع این موضوع که مراقبت‌های پزشکی

امروزه عدالت یکی از اولویت‌های اساسی سیاست‌گذاران در دنیا بوده و در این راستا توزیع عادلانه سلامت یکی از نگرانی‌های عمده آن‌ها به شمار می‌آید. در تمامی سیاست‌های سلامت، توجه به مفهوم عدالت یک بخش غیرقابل انکار است. در این رابطه چهارچوب بین‌المللی حقوق بشر حرکت به سوی عدالت در سلامت از طریق توجه به تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت را مورد تأکید خاص قرار داده است (۱). منظور از تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت، شرایطی است که افراد در آن به دنیا آمده، رشد کرده و مراحل مختلف زندگی خود را می‌گذرانند و در حقیقت تمامی این شرایط می‌توانند بر وضع سلامت افراد تأثیر بگذارند (۲). آن‌چه مسلم است این‌که سلامت یک موضوع چند بعدی است و بنابراین ایجاد، حفظ و ارتقای آن در یک جامعه، امری پیچیده و دشوار بوده و پیاده‌سازی آن نیازمند وجود مشارکت و همکاری بین آحاد جامعه و بخش‌های مختلف آن هست. مفهوم

دنیای از طریق مرور اسناد بوده، که ۷ مدل با معیار عدالت‌محوری، تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد، رویکرد راهبردی و جامع، اهمیت خانواده در سلامت از طریق جست‌وجوی هدفمند اسناد بالادستی (برنامه‌های توسعه سوم، چهارم و پنجم، قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، سند چشم‌انداز ۱۴۰۴)، انتخاب شدند. و از طرفی دیگر با توجه به وجود تنوع قومیتی در کشور مدلی نیز برای در نظر گرفتن اقلیت‌ها ارائه شد. با استفاده از تکنیک دلفی، از انطباق مدل‌ها با معیارهای شناسایی شده توسط ۸ نفر از صاحب‌نظران آشنا با مفاهیم تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت، ساختار نظام سلامت و بافت ایران در دانشگاه علوم پزشکی کرمان، اطمینان حاصل شد. در گام بعدی مدل‌های شناسایی شده به صورت دقیق مورد بررسی قرار گرفته و در نهایت از لحاظ سطوح مدل، نوع مدل، تمرکز مدل و اساس مدل مقایسه شدند.

لازم به ذکر است چهارچوب‌ها بر اساس نوع به سه دسته چارچوب‌های توضیحی، برهم‌کنشی و عمل‌گرا تقسیم‌بندی شده‌اند. چهارچوب‌های توضیحی به معرفی تعیین‌کننده‌های سلامت می‌پردازند. چهارچوب‌های برهم‌کنش، نقطه برهم‌کنش و ارتباط میان تعیین‌کننده‌های سلامت را نشان می‌دهند، اما به ندرت راهکار اقدامی خاصی را معرفی می‌کنند و چهارچوب‌های عمل‌گرا، بر فرایند سیاست‌گذاری و تصمیم‌گیری تمرکز دارند و می‌توانند سیاست‌گذاران، پژوهشگران را در انجام اقدامات مربوط به تعیین‌کننده‌های سلامت از طریق شناسایی الزامات مورد نیاز برای عمل و نقاط ورودی برای مداخله، حمایت کنند و در این مقاله همین طبقه‌بندی مورد استفاده قرار گرفته است.

یافته‌ها

براساس معیارهای در نظر گرفته شده، ۷ مدل طراحی شده در زمینه عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت شناسایی گردید (جدول شماره ۱) که به اختصار در مورد هر یک توضیح داده می‌شود:

چهارچوب اول: مدل برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری جامع ملت‌های اولیه (۹):

این مدل توسط انجمن ملت‌های اولیه^۱ (AFN) در سال ۲۰۱۳ میلادی برای بررسی وضع سلامت جمعیت بومی کانادا ایجاد شده است منظور از ملت‌های اولیه ساکنان بومی هستند. با توجه به این حقیقت که ملت‌های اولیه وضع سلامت ضعیف‌تری نسبت به سایر مردم کانادا دارند، انجمن ملت‌های اولیه در کانادا، این چهارچوب

می‌تواند باعث افزایش طول عمر یا بهبودی از یک بیماری جدی شوند؛ درست است، اما آن چیزی که برای سلامت جمعیت مهم است، شرایط اجتماعی- اقتصادی است که باعث می‌شود مردم بیمار شوند یا نیاز به مراقبت پزشکی داشته باشند (۴). بدین مفهوم که تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت حتی بسیار بیش‌تر از عوامل بیولوژیک می‌تواند سبب بروز بیماری شود و بدون توجه به این مسایل، دستیابی به اهداف سلامت غیر ممکن است (۵). در حقیقت تعیین‌کننده‌های سلامت، عواملی هستند که به تنهایی یا به صورت برهم‌کنشی سلامت افراد جامعه را تحت تأثیر قرار داده و می‌توانند سبب بی‌عدالتی در سلامت شوند (۶). از این‌رو توجه به تعیین‌کننده‌های سلامت و مکانیسم‌های ایجاد اختلال در سلامت توسط این عوامل امری مهم و ضروری بوده و به همین دلیل در طی سال‌های اخیر، تعدادی از پژوهشگران سعی نموده‌اند با طراحی مدل‌هایی، نقش و تأثیر این تعیین‌کننده‌ها را بر سلامت و هم‌چنین برهم‌کنش عوامل مختلف در این حوزه را در وضعیت‌های متفاوت سلامت توضیح داده و راه‌کارهایی برای دستیابی به عدالت در سلامت بیابند (۷). مدل، از ریشه لاتینی Modus به معنای اندازه گرفته شده و جزئی کوچک یا بازسازی کوچکی از یک شیء بزرگ است که از لحاظ کارکرد با شیء واقعی یکسان است (۸). مدل‌ها و الگوهای دیداری، می‌توانند درک موضوع‌های پیچیده را بهبود بخشند. یکی از انواع مدل‌ها، چهارچوب‌ها هستند که از طریق نمایش واضح پیچیدگی روابط میان پدیده‌های گوناگون، می‌توانند به درک پدیده‌ها و روابط میان آن‌ها کمک کنند. در این مقاله به منظور شناخت بیش‌تر مدل‌های موجود در دنیا در زمینه عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت چهارچوب‌های تعیین‌کننده‌های سلامت مرتبط با ساختار ایران برای شناسایی و بررسی دقیق معرفی شده‌اند. این مرور می‌تواند به عنوان منبعی برای سیاست‌گذاران، پژوهشگران، پزشکان و سایر افراد، به منظور افزایش آگاهی و ترویج اقدامات در خصوص تعیین‌کننده‌های سلامت در درون و بیرون از بخش سلامت مورد استفاده قرار گیرد. هم‌چنین می‌تواند در زمینه درک مسیرهای مشکلات پیچیده و حمایت از تدوین سیاست‌ها و برنامه‌های نوآورانه مورد استفاده قرار گیرد.

روش کار

این پژوهش از نوع پژوهش‌های کاربردی بوده و روش مطالعه توصیفی و به صورت تطبیقی صورت گرفته است. محیط پژوهش شامل تمامی مدل‌های موجود عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت در

^۱ Assembly of First Nations

را برای توسعه سلامت فردی و اجتماعی ایجاد کرد. در این مدل، نابرابری‌های سلامت به عنوان انعکاس و نتیجه عوامل فردی-اجتماعی که سلامت ملت‌های اولیه را تحت تأثیر قرار می‌دهد، قلمداد می‌شود. بر اساس این مدل، ملت‌های اولیه، باید به عنوان متولیان مشروع سرزمین‌ها و منابع شناخته شوند تا بتوانند به روشی تجدید پذیر، پایدار و سازگار با محیط، به حذف فقر و تولید ثروت و محافظت از سرزمین بپردازند. در این راستا باید در زمینه امنیت مالی و مبارزه با اضطراب مداوم، ناامنی، عزت نفس پایین، انزوای اجتماعی و عدم کنترل زندگی فردی و اجتماعی و سایر مواردی که سلامت را تحت تأثیر قرار می‌دهند، اقداماتی صورت گیرد. حیطه‌ی اصلی تمرکز این مدل بر مردم بومی است. این مدل توضیحی، برهم‌کنشی و نسبتاً عمل‌گرا است. تعیین‌کننده‌های این مدل شامل چرخه‌ی پزشکی (چرخه‌ی پزشکی، که گاهی^۱ به عنوان حلقه‌ی مقدس شناخته شده و توسط قبیله‌های مختلف بومیان برای سلامت و شفا استفاده می‌شده است، مظهر ۴ جهت، و هم‌چنین به عنوان پدر آسمان، مادر زمین، و روح درخت که همه نماد ابعاد سلامت و چرخه زندگی هستند، است)، عوامل فردی، ذهنی، روحی، احساسی و فیزیکی (در حلقه‌های بعد)، اقتصادی اجتماعی، محیطی و فرهنگی؛ تعیین‌کننده‌های اختصاصی شامل اراده‌ی فردی، زبان، میراث و هویت فرهنگی قوی، آمادگی اجتماعی، شرایط تاریخی و استعمار، برابری قانونی و سیاسی، اشتغال، تولید محیطی، حمایت‌ها و خدمات اجتماعی، منابع و سرزمین، توسعه اقتصادی، آموزش طولانی مدت، مسکن، زندگی شهری و روستایی، نژاد پرستی و تبعیض هست. نقاط قوت این مدل شامل نشان دادن تعامل تعیین‌کننده‌های سلامت با خود حاکمیتی ملت‌های اولیه و سرمایه اجتماعی با تعیین‌کننده‌های سلامت در طول زندگی، شناسایی و ترکیب شرایط منحصر به فرد سلامت ملت‌های اولیه با سلامت محیطی، توسعه پایدار و عناصر اجتماعی و فرهنگی هست. محدودیت این مدل، عدم بررسی اثر متقابل میان عناصر گوناگون و عدم وجود توصیه‌های عملیاتی است. در نهایت این چهارچوب برای استفاده ملت‌های اولیه تهیه شده و به موضوع‌های مهمی مانند رویکرد بین بخشی، نقش افراد و جوامع در بهبود وضع سلامت و شناسایی محرومیت‌های اجتماعی اشاره کرده است.

چهارچوب دوم: چهارچوب مفهومی برای برنامه‌ریزی

سلامت جوامع (۱۰):

این چهارچوب توسط Etches و همکاران در سال ۲۰۰۶ میلادی

^۱Health Decision Support System

^۲Geographic Information System

برنامه‌ریزان شهری و بخش سلامت، ایجاد شده است.

چهارچوب سوم: به سوی عدالت در سلامت: چهارچوب اقدام (۱۱):

این چهارچوب توسط Daghofer & Edwards در سال ۲۰۰۹ میلادی به دنبال تحلیل توصیه‌های ۱۲ گزارش مهم ملی و بین‌المللی مرتبط با تعیین‌کننده‌های سلامت تدوین شده است. پارامترهای یک برنامه گسترده با هدف کاهش نابرابری سلامت توسط اقدامات بین بخشی را پیشنهاد می‌کند. چهار اصل راهنما، زمینه‌ی استفاده از ۶ راهکار برش متقاطع برای اقدام در خصوص ۵ اولویت را مشخص می‌کنند. نوع این چهارچوب توضیحی و عمل‌گرا است. چهارچوب یاد شده با تمرکز وسیع و گسترده بر مشکلات ۵ اولویت درآمد و شرایط اجتماعی، مسکن، سواد و تحصیلات جمعیت غیر بومی و رشد دوران کودکی متمرکز شده و پیشنهادها برای حل مشکلات برپایه ۶ راهکار برش متقاطع ایجاد رهبری، ایجاد ظرفیت در جامعه، توسعه و انتقال دانش، سرمایه‌گذاری در سیاست‌های اجتماعی، جلب حمایت اجتماعی، تقویت اقدامات بین بخشی، پایه‌ریزی شده‌اند. نقاط قوت این مدل عمل‌گرایی، متمرکز بر اولویت‌ها و هم‌گرا با افکار عمومی است. محدودیت این مدل عدم اشاره به وزن تعیین‌کننده‌ها و اثربخشی اقدامات پیشنهادی است. به‌طور کلی، این چهارچوب با به‌کارگیری رویکرد بین بخشی و اشاره به اهمیت اقدامات بالادستی، در واقع برای سیاست‌گذاران و تصمیم‌گیران تدوین شده، اما می‌تواند برای بسیاری از مخاطبان از جمله فعالان خارج از بخش سلامت نیز مفید واقع شوند.

چهارچوب ۴: چهارچوب مفهومی کمیسیون عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت سازمان جهانی بهداشت و چهارچوبی برای اقدام در خصوص بی‌عدالتی در عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت (۱۲):

این چهارچوب‌ها توسط سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۷ میلادی با هدف راهنمایی و جهت‌دهی عملکرد کمیسیون عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت تدوین شده است. پیش‌نویس ابتدایی آن در سال ۲۰۰۵ میلادی توسط دبیرخانه کمیسیون شکل گرفت و سپس در سال ۲۰۰۷، نسخه تجدید نظر شده در ونکوور کانادا ارائه شد. این دو چهارچوب برای بررسی ریشه‌ای تفاوت سطح سلامت بین گروه‌های اجتماعی، روند طی شده از مشکلات ریشه‌ای تا تفاوت در سلامت و چگونگی انجام مداخله‌ها در راستای کاهش نابرابری‌های سلامت، طراحی شده است. این دو

چهارچوب توضیحی، برهم‌کنشی و عمل‌گرا بوده و بر تدوین سیاست و تصمیم‌گیری تمرکز دارند. تعیین‌کننده‌های اشاره شده در ساختار چهارچوب A۴، بافت و موقعیت اجتماعی و اقتصادی (جنس، طبقه‌ی اجتماعی، نژاد، تحصیلات، شغل، درآمد) و بخش میانی شامل مادی، رفتاری، زیستی و روانی است. انسجام اجتماعی و سرمایه اجتماعی ارتباط میان دو چهارچوب را برقرار کرده‌اند. چهارچوب B۴ شامل سیاست‌های مورد نیاز در سطوح مختلف جهانی (طبقه‌بندی برای کاهش نابرابری‌ها)، سیاست عمومی (با هدف کاهش آسیب عوامل خطرزا برای اقشار محروم)، جامعه (کاهش آسیب‌پذیری قشر محروم)، فردی (کاهش نتایج و پیامدهای نابرابر بیماری‌ها در شرایط اجتماعی، اقتصادی و سلامت)، هست. نقاط قوت این دو چهارچوب شامل، در نظر گرفتن بافت سیاسی، اجتماعی و اقتصادی به عنوان یک تعیین‌کننده ساختاری، تعیین جهت سیاست‌ها با تمرکز بر اقدامات بین بخشی و مشارکت‌های اجتماعی، توانمندسازی در سطح جهانی، سیاست‌های عمومی، جامعه و سطوح فردی، فراهم آوردن هر دو رویکرد مفهومی و عمل‌گرا برای رفع نابرابری در سلامت از طریق ترکیب دو چهارچوب است. چهارچوب نخست علت‌های ریشه‌ای و مسیرهای تفاوت سلامت در گروه‌های اجتماعی را مشخص می‌کند، چهارچوب دوم چگونگی و محل مداخله برای کاهش بی‌عدالتی‌های سلامت را نشان می‌دهد. محدودیت این چهارچوب، عدم نشان دادن تعیین‌کننده‌ها و فرصت‌های برهم‌کنش تعیین‌کننده‌ها به منظور اقدام برای هر یک از چهارچوب‌ها است. به‌طور کلی این دو چهارچوب با به‌کارگیری رویکرد جامع و بین بخشی، تشخیص محرومیت‌های اجتماعی، اشاره به نقش افراد و جوامع و اهمیت اقدامات بالادستی، شناسایی دقیق و روشن اثر متقابل میان تعیین‌کننده‌های سلامت برای مخاطبان بین بخشی، از جمله مخاطبان خارج از بخش سلامت می‌تواند مفید باشد.

چهارچوب ۵: چهارچوبی برای پرداختن به عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت و تندرستی (۱۳):

این چهارچوب توسط وزارت بهداشت ایالت کوئینزلند استرالیا در سال ۲۰۰۱ میلادی و بر اساس رویکرد فرا بخشی به سلامت تدوین شده و نقش بخش‌های مختلف را در عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت شناسایی می‌کند. هم‌چنین، مسؤولیت قابل توجه کارکنان بخش سلامت به صورت کلی و خدمات سلامت را به منظور هدایت و حمایت اقدامات اجتماعی و همکاری بین بخشی در راستای ارتقای سلامت و تندرستی جمعیت است، مشخص

تعریف واضح برهم‌کنش‌ها و حیطه‌های مداخله‌ها امکان‌پذیر است. در مجموع با استفاده از رویکرد جامع و بین‌بخشی و اشاره به اهمیت اقدام بالادستی برای طیف وسیعی از مخاطبان بین‌بخشی از جمله فعالان خارج از بخش سلامت مفید است.

چهارچوب شماره ۷: ماندالای سلامت (۱۵):

ماندالای سلامت یک مدل بوم‌شناختی از سلامت انسان است که تأثیر متقابل جامعه انسانی و محیط را مدنظر قرار می‌دهد. این مدل در سال ۱۹۸۵ میلادی توسط Hancock & Perkins معرفی شد. بر تفاوت‌های میان سبک زندگی و رفتارهای فردی تأکید می‌کند. هم‌چنین به تأثیر و محدود شدن سبک زندگی به‌وسیله‌ی فرایند اجتماعی شدن مادام‌العمر و محیط روان-اجتماعی مانند خانواده، اجتماع، ارزش‌های فرهنگی و استانداردها اشاره دارد. این چهارچوب با تمرکز بر موضوع‌ای اکوسیستم و محیط زیست، توضیحی و تا حدودی برهم‌کنشی است.

تعیین‌کننده‌های اشاره شده شامل زیست‌شناسی انسان-صفات ژنتیکی، رفتار فردی-رژیم غذایی و دیگر عادات، از جمله خطر پذیری و رفتارهای پیشگیری، محیط روانی-وضع اجتماعی و اقتصادی، فشار هم‌سالان، سامانه‌های حمایت اجتماعی، محیط فیزیکی-مسکن، و حالت فیزیکی محیط کار هستند. سامانه سلامت را نیز با تمرکز بر زیست‌شناسی و رفتار انسان شامل شده است. این چهارچوب، یک مدل ساده سلامت عمومی است که به تعامل فرهنگ با محیط در بافت جامع، تعاملی و سلسله‌مراتبی سلامت اشاره دارد. هم‌چنین این چهارچوب نقش شیوه‌ی زندگی و رفتار شخصی را که اغلب گیج‌کننده است؛ مشخص کرده است. محدودیت این چهارچوب عدم اشاره به اقدامات در راستای کاهش نابرابری‌های سلامت است. در کل، این چهارچوب با معرفی شفاف و جامع اثر برهم‌کنشی تعیین‌کننده‌ها، برای مخاطبان بین‌بخشی از جمله فعالان خارج از بخش سلامت، قابل استفاده است.

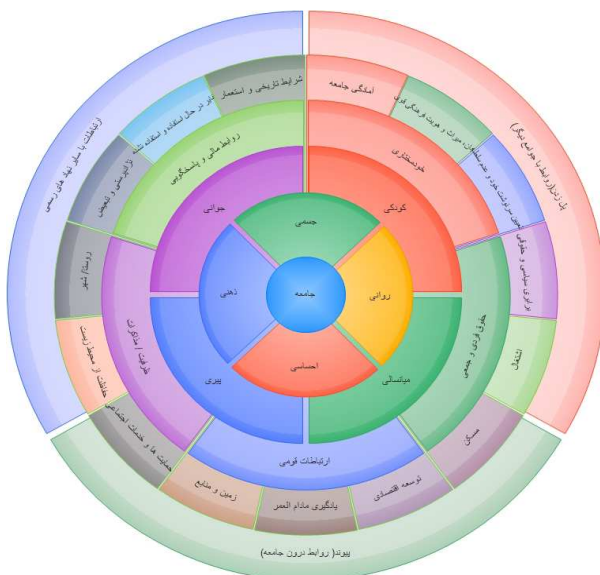
می‌کند. چهارچوب یاد شده با رویکرد اجرایی و تأکید بر سلامت جمعیت، توضیحی، برهم‌کنشی، و عمل‌گرا است. این تعیین‌کننده‌ها، شامل عوامل فردی، بافت اجتماعی، تعیین‌کننده‌های ساختاری و اجتماعی-اقتصادی است. نقاط قوت این چهارچوب اشاره به سلامت جمعیت از طریق عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، رهبری و پشتیبانی همکاری‌های بین‌بخشی و اقدامات جامعه محور است و نقش سلامت جمعیت در ترویج عدالت در سلامت را تعریف می‌کند و طیف گسترده‌ای از اقدامات در سطوح فردی، جامعه و سامانه را مشخص می‌کند. محدودیت چهارچوب عدم تبیین دقیق اثر متقابل میان تعیین‌کننده‌ها است. این چهارچوب با استفاده از رویکرد جامع و بین‌بخشی، در نظر گرفتن محرومیت اجتماعی و نقش افراد و جوامع، اشاره به اهمیت اقدامات بالادستی، با توجه به تصویر سازی دقیق از تعیین‌کننده‌های سلامت و مسیر سلامت و بیماری، می‌تواند برای طیف وسیعی از مخاطبان بین‌بخشی به‌ویژه فعالان خارج از حوزه سلامت و هم‌چنین افرادی که در بخش سلامت عمومی فعالیت می‌کنند؛ مورد استفاده قرار گیرد.

چهارچوب ۶: مدل گسترده تعیین‌کننده‌های سلامت (۱۴):

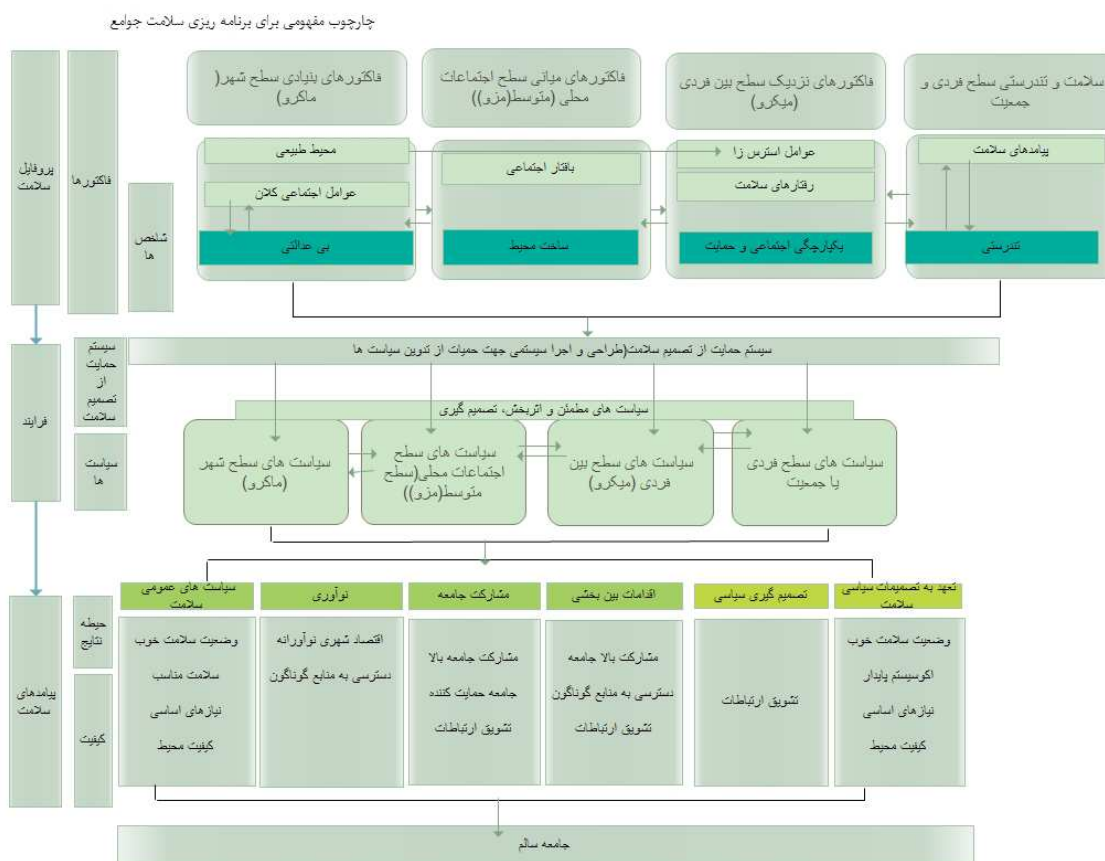
این چهارچوب توسط Dahlgren & Whitehead در سال ۱۹۹۱ میلادی در دفتر منطقه‌ای سازمان جهانی بهداشت در اروپا و به عنوان بخشی از دستورالعمل سیاست‌ها و راهبردهای تدوین شده به منظور شفاف‌سازی مفهوم عدالت در بافت سلامت و پیامدهای آن در توسعه سیاسی طراحی شده است. این چهارچوب توضیحی و به تعیین‌کننده‌ها در در ۳ سطح ۱- شرایط اجتماعی-اقتصادی، فرهنگی، محیطی؛ ۲- شبکه‌های اجتماعی؛ و ۳- فاکتورهای زندگی فردی، اشاره کرده است. این چهارچوب در سطح بین‌المللی به عنوان یک راه‌سودمند برای افزایش آگاهی از تعیین‌کننده‌های سلامت و بحث در خصوص عدالت در سلامت شناخته شده است. محدودیت‌های چهارچوب یاد شده، عدم

جدول شماره ۱- مدل‌های منتخب طراحی شده در زمینه عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت

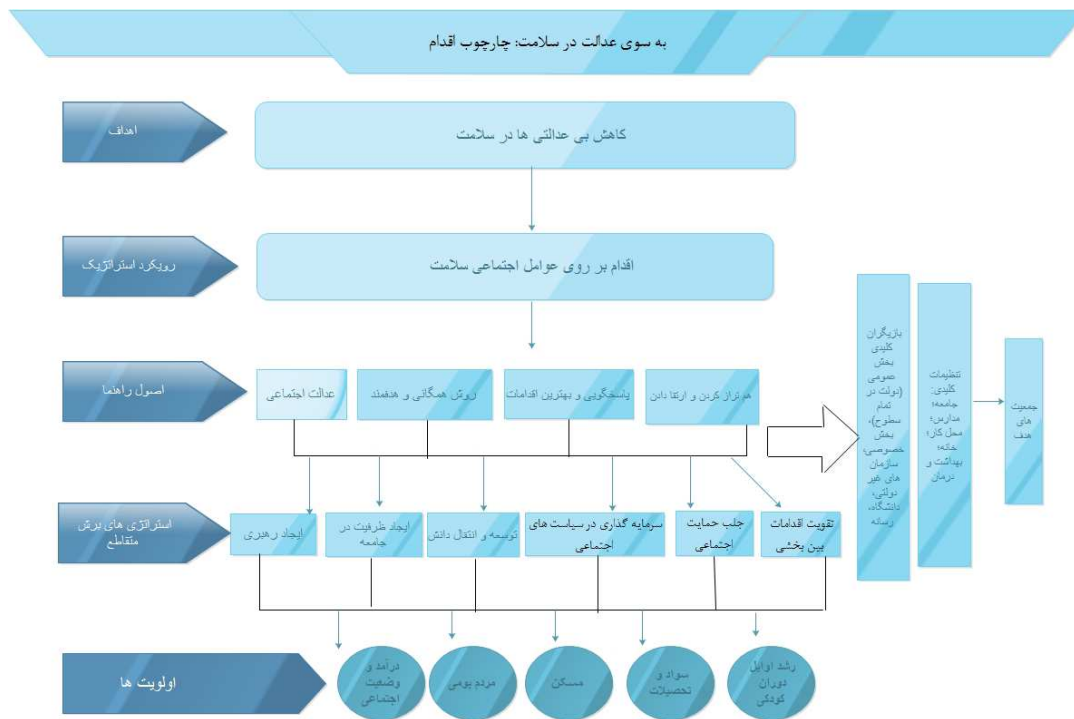
نام مدل
مدل برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری جامع ملت‌های اولیه
چهارچوب مفهومی برای برنامه‌ریزی سلامت جوامع
به سوی عدالت در سلامت: چهارچوب اقدام
چهارچوبی برای اقدام در خصوص بی‌عدالتی در عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت
چهارچوبی برای پرداختن به عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت و تندرستی
مدل گسترده تعیین‌کننده‌های سلامت
ماندالای سلامت



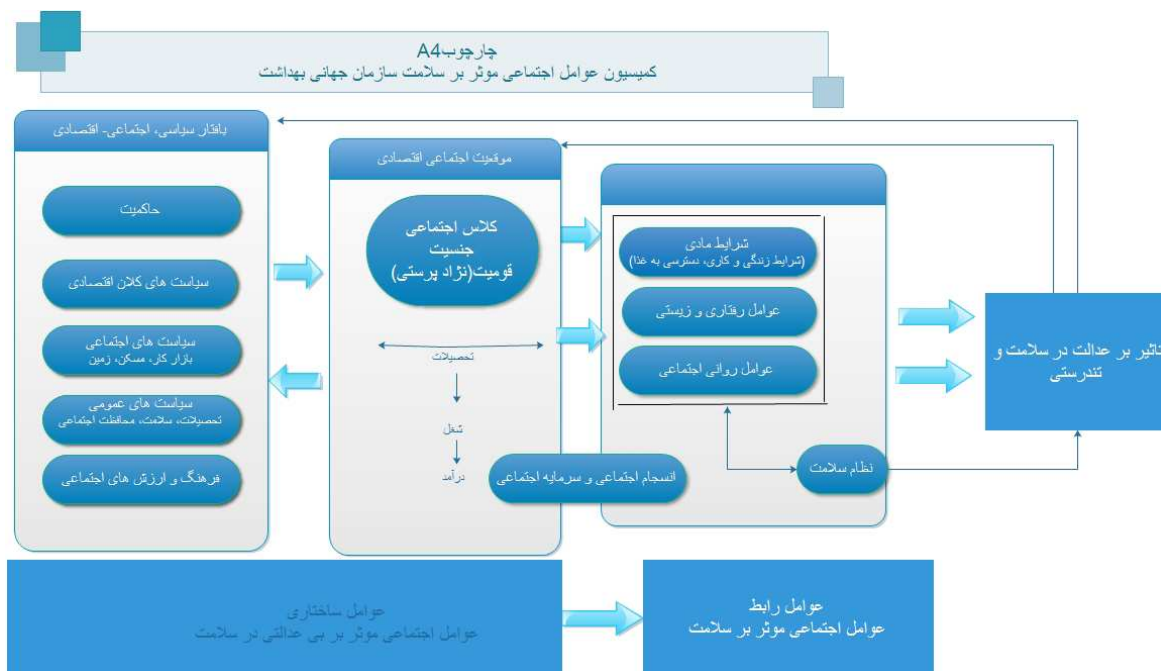
شکل شماره ۱- مدل برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری جامع‌المنتهای اولیه (۹)

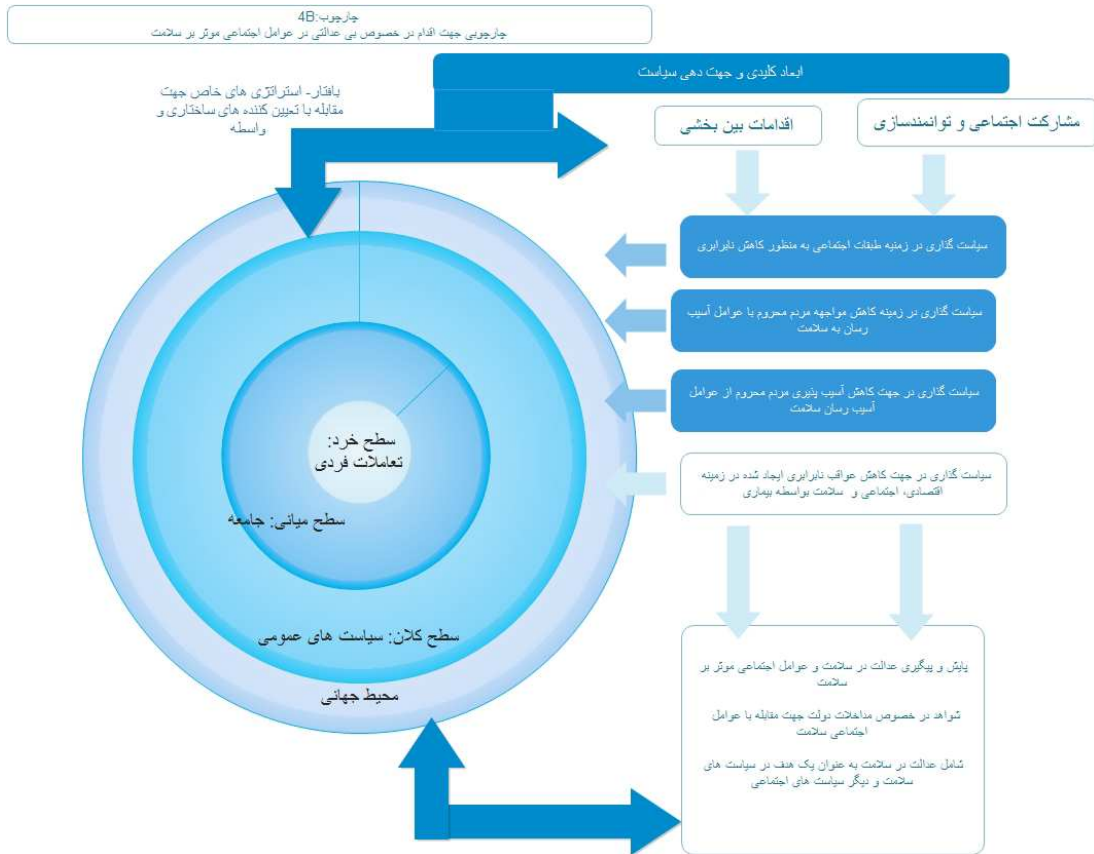


شکل شماره ۲- چهارچوب مفهومی برای برنامه‌ریزی سلامت جوامع (۱۰)



شکل شماره ۳- به سوی عدالت در سلامت: چهارچوب اقدام (۱۱)

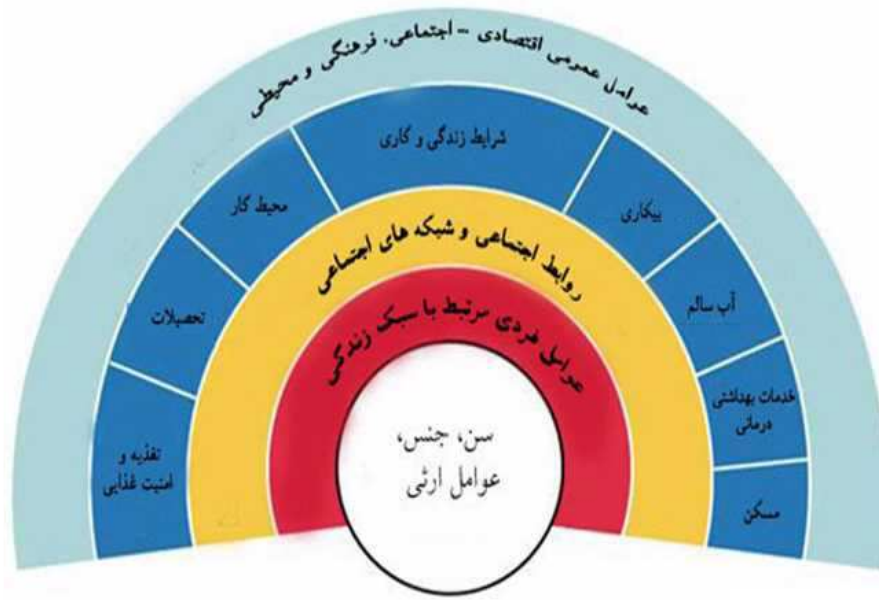




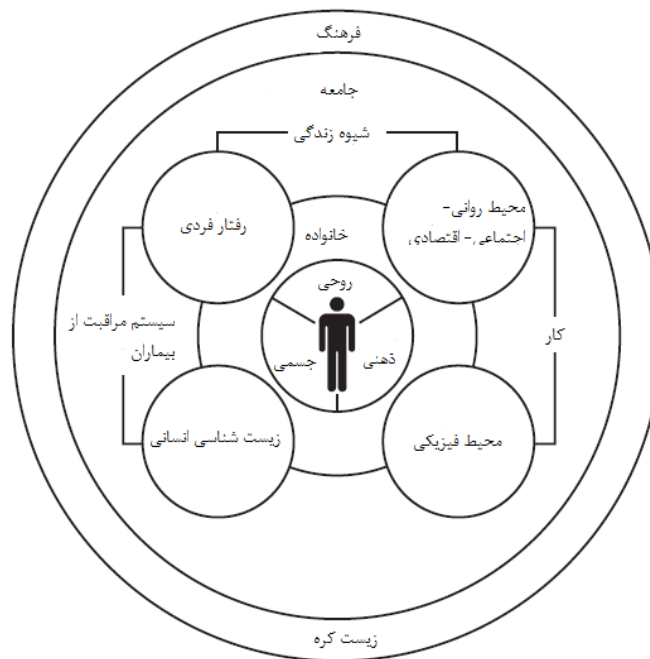
شکل شماره ۴- چهارچوب مفهومی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت کمیسیون سازمان جهانی بهداشت و چهارچوبی برای اقدام در خصوص بی‌عدالتی در عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت (۱۲)



شکل شماره ۵- چهارچوبی برای پرداختن به عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت و تندرستی (۱۳)



شکل شماره ۶- مدل گسترده تعیین کننده های سلامت (۱۴)



شکل شماره ۷- ماندالای سلامت (۱۵)

مدل، نوع مدل، تمرکز مدل، اساس مدل، مورد بررسی و تطبیق قرار گرفته اند.

بحث

در این بخش از مطالعه، یافته ها بر اساس معیارهای سطوح

جدول شماره ۲- تطبیق مدل‌ها بر اساس سطوح در نظر گرفته شده مدل

چهارچوب	سطوح در نظر گرفته شده
مدل برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری جامع ملت‌های اولیه	پنج سطحی (چرخه پزشکی، دوره زندگی، خود حاکمیتی ملت‌های اولیه، تعیین‌کننده های سلامت و سرمایه اجتماعی)
چهارچوب مفهومی برای برنامه‌ریزی جامعه سالم به سوی عدالت در سلامت: چهارچوب اقدام	سه سطحی (شهر، جوامع محلی و بین فردی) پنج سطحی مشابه با برنامه‌ریزی راهبردی (اهداف، رویکرد راهبردی، اصول راهنما، راهکارها و اولویت‌ها)
چهارچوب اقدام در مقابله با نابرابری‌های عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت	چهار سطحی (تعاملات فردی (میکرو)، جامعه (مزو)، سیاست‌های عمومی (ماکرو)، محیط جهانی)
چهارچوبی برای پرداختن به عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت و تندرستی	چهار سطحی (تعیین‌کننده‌های ساختاری و اجتماعی - اقتصادی، بافت جامعه، فاکتورهای فردی، پیامدهای سلامت)
مدل گسترده تعیین‌کننده‌های سلامت	پنج سطحی (فاکتورهای غیر قابل کنترل فردی، فاکتورهای قابل کنترل فردی، سرمایه اجتماعی، شرایط کاری، شرایط فرهنگی و محیطی عمومی)
ماندالای سلامت	چهار سطحی (فرد، خانواده، جامعه، فرهنگ و زیست کره)

جدول شماره ۳ - تطبیق مدل‌ها بر پایه نوع، اساس و حیطه تمرکز مدل

چهارچوب	نوع	اساس	حیطه تمرکز
مدل برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری جامع ملت‌های اولیه	توضیحی، عمل‌گرا و برهم‌کنشی	اعتقادات اقلیت‌ها	جمعیت (جمعیت بومی)
چهارچوب مفهومی برای برنامه‌ریزی جامعه سالم به سوی عدالت در سلامت: چهارچوب اقدام	توضیحی، عمل‌گرا و برهم‌کنشی	همکاری‌های بین بخشی	تدوین سیاست و تصمیم‌گیری
چهارچوب اقدام در مقابله با نابرابری‌های عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت	توضیحی، عمل‌گرا و برهم‌کنشی	برنامه‌ریزی راهبردی	تمرکز وسیع
چهارچوبی برای پرداختن به عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت و تندرستی	توضیحی، عمل‌گرا و برهم‌کنشی	پیامدهای سلامت جمعیت	رویکرد عملی
مدل گسترده تعیین‌کننده‌های سلامت	توضیحی	اقدامات بالا دستی	تمرکز وسیع
ماندالای سلامت	توضیحی و برهم‌کنشی	اکوسیستم	تمرکز وسیع

مدل‌های برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری جامع ملت‌های اولیه، به سوی عدالت در سلامت: چهارچوب اقدام، عوامل تعیین‌کننده سلامت را در ۵ سطح تقسیم‌بندی نموده‌اند، هم‌چنین چهارچوب اقدام در مقابله با نابرابری‌های عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، چهارچوبی برای پرداختن به عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت و تندرستی و ماندالای سلامت ۴ سطح را مورد بررسی قرار داده‌اند، هر چند اجزای مورد توجه در این ۳ مدل تفاوت‌هایی نسبت به یکدیگر دارند. چهارچوب مفهومی برای برنامه‌ریزی جامعه سالم ۳ سطح را مورد بررسی قرار داده است؛ اگرچه این مدل، مدل پیچیده‌تری نسبت به سایر مدل‌ها است.

مدل برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری جامع ملت‌های اولیه، چهارچوب مفهومی برای برنامه‌ریزی جامعه سالم، چهارچوب اقدام در مقابله با نابرابری‌های عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، چهارچوبی برای پرداختن به عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت و تندرستی همگی از لحاظ نوع توضیحی، عمل‌گرا و برهم‌کنشی هستند؛ بدین مفهوم که علاوه بر معرفی تعیین‌کننده‌ها، برهم‌کنش آن‌ها را نشان می‌دهند و بر فرایند اجرایی این عوامل نیز تمرکز و توجه دارند. به سوی عدالت در سلامت: چهارچوب اقدام توضیحی - عمل‌گرا، ماندالای سلامت توضیحی - برهم‌کنشی و مدل گسترده تعیین‌کننده‌های سلامت توضیحی است.

مدل برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری جامع ملت‌های اولیه بر اساس اعتقادات و عقاید اقلیت‌ها شکل گرفته و بر جمعیت بومی متمرکز است. اساس چهارچوب مفهومی برای برنامه‌ریزی جامعه سالم همکاری‌های بین بخشی بوده و تمرکز آن بر تدوین سیاست و تصمیم‌گیری است. سنگ بنای مدل به سوی عدالت در سلامت: چارچوب اقدام، برنامه‌ریزی راهبردی است و بر همه‌ی ابعاد در کنار یکدیگر تأکید می‌نماید. این در حالی است که چهارچوب اقدام در مقابله با نابرابری‌های عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، بر اساس سیاست‌گذاری در سطوح مختلف و متمرکز بر تدوین سیاست و تصمیم‌گیری است. چهارچوبی برای پرداختن به عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت و تندرستی بر پایه پیامدهای سلامت جمعیت است که بر رویکرد عملی و اقدام تمرکز دارد. مدل گسترده تعیین‌کننده‌های سلامت مبتنی بر اقدامات بالا دستی بوده و حیطه تمرکز آن بر تمامی تعیین‌کننده‌ها است و در نهایت اکوسیستم، اساس ماندالای سلامت است و این مدل نیز بر تمامی عوامل تمرکز می‌کند.

هریک از مدل‌های یاد شده با توجه به حیطه تمرکز بر شناسایی

بخش‌های جامعه را برای توجه بیشتر به مقوله سلامت اقناع نمود.

مدل گسترده تعیین‌کننده‌های سلامت، مدلی شناخته شده و پر استفاده در سطح دنیا (۱۶) و همچنین ایران است؛ به طوری که بیش‌تر در اسناد مرتبط با تعیین‌کننده‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت، این مدل به چشم می‌خورد، اما از آنجایی که این مدل برهم‌کنش و ارتباطات بخش‌های مختلف را همانند سایر بخش‌ها نشان نمی‌دهد؛ نمی‌تواند به خوبی بیان‌گر تعیین‌کننده‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت باشد.

ماندالای سلامت را می‌توان به نوعی مشابه با دیدگاه سلامت واحد دانست، به طوری که این چهارچوب بر وجود انسان سالم در اکوسیستم سالم تأکید نموده و تأثیر متقابل فرهنگ و اکوسیستم را لحاظ می‌نماید. ماندالای سلامت بر خانواده نیز به عنوان یکی از ارکان مهم مؤثر بر سلامت توجه می‌کند که این موضوع در مدل‌های پیشین کم‌تر مورد توجه بوده است.

نتیجه‌گیری

هم‌چنان که مشاهده شد مدل‌های بسیار متنوعی برای نشان دادن عوامل اجتماعی و در واقع تعیین‌کننده‌های سلامت در سراسر دنیا وجود دارد که هر کدام از این مدل‌ها دارای مزایا و معایبی هستند که باید با توجه به اقتضائات، ایدئولوژی، گفتمان حاکم بر کشورها و الگوبرداری صحیح مورد استفاده قرار گیرند. در کشور ما بیش‌ترین مدل مورد استفاده، مدل گسترده تعیین‌کننده‌های سلامت است و به سایر مدل‌های موجود در این زمینه کم‌تر توجه شده است که این امر می‌تواند سبب شکل‌گیری یک قالب فکری خاص شده و در نتیجه ذهن پژوهشگران و سیاست‌گذاران محصور شود. از طرفی دیگر در متون علمی روز دنیا رویکردی با عنوان مناسب‌ترین رویکرد وجود دارد که بر استفاده از بهترین چهارچوب بر طبق موضوع پژوهش، تأکید دارد تا بدین طریق تمامی جوانب موضوع لحاظ شده و نتایج بهتری حاصل شود. بنابراین بر اساس مناسب‌ترین رویکرد، می‌توان از مدل‌های معرفی شده (بر اساس حیطه مورد بررسی) در پژوهش‌های تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت، استفاده کرد. نتایج این پژوهش می‌تواند به سیاست‌گذاران و پژوهشگران در انتخاب مدل مناسب برای تحلیل عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت کمک نماید.

تعیین‌کننده‌های سلامت در موضوع‌های مختلف، تأکید دارند. به عنوان مثال مدل برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری جامع ملت‌های اولیه بر گروه خاصی از جامعه (اقلیت) که از لحاظ دسترسی و برخورداری از سلامت، وضع نامناسبی دارند، تأکید می‌کند. از این چهارچوب می‌توان برای بهبود وضع سلامت اقلیت‌ها در هر جامعه‌ای استفاده نمود.

از آن‌جا که چهارچوب مفهومی برای برنامه‌ریزی جامعه سالم ساختاری برای تسهیل تصمیم‌گیری مشترک و مبتنی بر شواهد بین بخش‌های متعدد از جمله برنامه‌ریزی شهری و سلامت برای ساخت جامعه‌های سالم را ایجاد می‌نماید، از این چهارچوب می‌توان در جامعه‌هایی که حاکمیت قانون برقرار است و ارتباط‌های میان بخش‌های مختلف زیر نظر حاکمیت کلان، به خوبی تعریف شده است، مورد استفاده قرار گیرد.

همان‌گونه مدیریت هر سازمان به منظور پایداری و دوام سازمان و از طرفی دیگر به منظور رفع آن نیازی که سازمان به دلیل آن نیاز تشکیل شده است؛ لازم است با توجه به وضع موجود و مطلوب برنامه‌ریزی راهبردی صورت می‌گیرد، در چهارچوب به سوی عدالت در سلامت: چهارچوب اقدام، نیز این مهم بدین صورت گنجانیده شده است؛ به طوری که در این چهارچوب تمامی سازمان‌های موجود در کشور همانند اعضای یک سازمان واحد و هم‌چنین فرایندی در کنار سایر فرایندها برای کاهش بی‌عدالتی‌های سلامت عمل می‌نمایند.

چهارچوب اقدام در مقابله با نابرابری‌های عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت توسط سازمان جهانی بهداشت معرفی شده است و از این رو می‌توان این چهارچوب را چهارچوبی جامع و شامل دانست؛ چرا که در کمیسیون تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت سازمان جهانی بهداشت، از تمامی داده‌های بخش‌های مختلف دنیا استفاده می‌شود. از طرفی دیگر در این چهارچوب ابتدا مشکلات ریشه‌ای را شناسایی و سپس برای رفع مشکلات، راهکارها و اقدامات عملی پیشنهاد می‌شود که این موضوع می‌تواند از نقاط قوت مدل کمیسیون باشد.

چهارچوبی برای پرداختن به عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت و ندرستی به دلیل لحاظ نمودن شاخص‌های سلامت جمعیت مانند امید به زندگی و کیفیت زندگی، برای ترغیب نمودن بخش‌های مختلف در زمینه مشارکت برای بهبود وضع سلامت مناسب است؛ بدین صورت که با استفاده از این مدل می‌توان اثرات مستقیم روابط بین بخشی و فرا بخشی را به تصویر کشید و تمامی

1. Zaboli R, Sanayi N. Challenges and strategies for social determinants of health in Iran. *Journal of Health Education and Community* 2014; 2: 5-16.
2. Vahidi R, Kousha A, Kalantari H, Tabrizi JS. Social Determinants of Health and Their Related Organizations in East Azerbaijan. *Journal health and hygiene* 2012; 3: 20- 8.
3. Asefzadeh S, Rezapour A. *Health Care Management*. Qazvin: Hadis Publication; 2008: 122-3.
4. Motlaq M, Oliaei Manesh AR BM. *Health and determinants of health*. Vol. 2, Movafagh Publication. Tehran; 2008. 52 p.
5. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *International journal of health services*. 1992; 22: 429-45.
6. Canadian Council on Social Determinants of Health. *A Review of Frameworks on the Determinants of Health*. 2015
7. Homades N, Ugalde A. Why neoliberal Health reforms have failed in Latin America. *Health Policy* 2005; 71: 83- 96.
8. Teddlie C, Tashakkori A. *Foundations of mixed methods research: Integrating quantitative and qualitative approaches in the social and behavioral sciences*. Sage; 2009. 109-160 p.
9. Reading JL, Kmetz A, Gideon V. First Nations wholistic policy and planning model. Vol. 8, Assembly of First Nations: Discussion paper for the World Health Organization commission on social determinants of health. Ottawa, ON: Assembly of First Nations. Citeseer; 2007. 10 p.
10. 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: 18-29.
11. Daghofer D, Edwards P. *Toward Health Equity: A Comparative Analysis and Framework for Action*. Public Health Agency of Canada, Strategic Initiatives and Innovations Directorate; 2009 Sep. 175p.
12. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health: discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health. Commission on Social Determinants of Health, 2007.
13. Queensland Health. *Social Determinants of Health: The Role of Population Health Queensland, Summary Document*. Queensland, Australia: Queensland Government. 1st e. 2001.
14. Dahlgren G, Whitehead M. *Policies and strategies to promote social equity in health*. 1st ed. Stockholm: Institute for future studies. 1991.
15. Hancock T, Perkins F. *The Mandala of Health*. *Health Educ*. 1985; 24: 8-10.
16. Mikkonen J, Raphael D. *Mikkonen J, Raphael D. Social determinants of health: The Canadian facts*. York University, School of Health Policy and Management; 2010.

Comparative Study of Social Determinants of Health Models

Mirzaei S¹, Safizadeh H², Oroomiei N¹

1- MSc, PhD Student in Health Policy, Social Determinants of Health Research Center, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

2- MD, PhD, Associate Professor, Social Determinants of Health Research Center, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

Corresponding author: Oroomiei N, N_oroomiei@yahoo.com

(Received 5 October 2016; Accepted 14 January 2017)

Background and Objectives: Today, justice is one of the main priorities of policy makers, and equitable distribution of health is one of their concerns. The concept of justice is a health policy objective. International human rights framework places particular emphasis on moving towards equity in health through attention to social determinants of health. In this study, for better recognition of available social determinants of health models, seven common determinants of health frameworks are presented.

Methods: This was a comparative study. The research environment included all social determinants of health models in the world, of which seven models were selected by targeted search. The criteria for selection were justice, evidence-based decision-making, strategic and comprehensive approach, and importance of family in health. The models were studied in detail.

Results: In this study, seven models were identified and investigated in terms of level, type, basis and focus area.

Conclusion: There are many models around the world to demonstrate the determinants of health, and each of these models has its advantages and disadvantages. Wider Determinants of Health Model is the most frequently used model in Iran. This research can help policy makers and researchers in selecting models for analyzing social determinants of health according to the dominant discourse.

Keywords: Comparative study, Social determinants of health, Model