

مروری بر رویکردهای مفهوم سازی سلامت و تعیین کننده های آن: از رویکرد زیست پزشکی تا سلامت واحد

وحید یزدی فیض آبادی^۱، محمد حسین مهرالحسنی^۲، مؤگان امامی^۳، سجاد خسروی^۴

^۱ استادیار، دکترای تخصصی سیاست گذاری سلامت، مرکز تحقیقات مدیریت ارائه خدمات سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
^۲ دانشیار، دکترای تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات مدل سازی در سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
^۳ دانشجوی دکترای تخصصی پژوهشی علوم مدیریت (سیاست گذاری در سلامت)، مرکز تحقیقات انفورماتیک پزشکی، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

^۴ دانشجوی دکترای تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

نویسنده رابط: سجاد خسروی، نشانی: مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، تلفن: ۰۳۴۳۲۵۸۸۱۱،

پست الکترونیک: khosravi.sajad@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۹۶/۹/۲۰؛ پذیرش: ۹۶/۱۱/۲۱

رویکرد انسان ها به سلامت و شناخت عوامل موثر بر آن در طول زمان دچار تغییرات گوناگونی شده است. شناخت این رویکردها در ارتقای سیاست گذاری و حکمرانی خوب حوزه سلامت می تواند کمک کننده باشد. رویکردهای زیست پزشکی، روانشناختی، ارتقا سلامت، تعیین کننده های سلامت، سلامت در همه سیاست ها و سلامت واحد، به ترتیب مهم ترین رویکردهایی هستند که در سال های مختلف ظهور پیدا کرده و مورد توجه قرار گرفته اند. هر کدام از این رویکردها دارای چالش ها و نقاط قوت و ضعف متعددی می باشند. بررسی اسناد و پژوهش های انجام شده نشان می دهد که اگرچه به این رویکردهای سلامت تا حدودی در نظام سلامت ایران به صورت جهت گیری های مقطعی و غیرمنسجم پرداخته شده است، اما دکتترین مشخص و نظام مندی که هدایت کننده سیاست های کلان سلامت باشد، تبیین نشده است. لذا، به نظر می رسد در عمل، این رویکرد زیست پزشکی به سلامت است که رویکرد غالب در نظام سلامت ایران می باشد.

واژگان کلیدی: سلامت، زیست پزشکی، سلامت واحد

مقدمه

باید توجه داشت که ابعاد مختلف سلامتی و یا بیماری بر یکدیگر اثر کرده و تحت تاثیر یکدیگر قرار دارند. چنانچه مشکلات جسمی بر روان فرد، مشکلات روانی بر جسم او و نیز هر دوی آنها بر جامعه و اختلالات موجود در جامعه بر هر دو بعد دیگر سلامتی اثر می گذارند. لذا اقدامات انجام شده برای ارتقای سلامتی باید به تمام جوانب سلامتی فردی (جسمی، روانی و معنوی) و سلامت کلی جامعه توجه داشته باشد (۳).

برنامه ریزان و سیاست گذارانی که با موضوع سلامت سر و کار دارند، بسته به اینکه در چه چارچوب معنایی می اندیشند و عمل می کنند، ممکن است برداشتی کاملا متفاوت و حتی متضاد از مفهوم سلامت داشته باشند. این به این دلیل است که مفهوم سلامت وابسته به زیربنای پارادایمی تفکر است (۴). رویکرد انسان ها به سلامت و شناخت عوامل موثر بر آن در طول زمان دچار تغییرات گوناگونی شده است. انسان در ابتدا با رویکرد غیر

سلامت یکی از مهم ترین جنبه های زندگی است و بشر به منظور دستیابی به آن از ما قبل تاریخ تاکنون کوشش های فراوانی کرده است. سلامت مفهوم وسیعی دارد و تعریف آن تحت تاثیر میزان آگاهی و طرز تلقی جوامع با شرایط گوناگون جغرافیایی و فرهنگی قرار می گیرد و با گذشت زمان نیز مفهوم آن تغییر می کند (۱). در گذشته و در فرهنگ عامیانه از مفهوم سلامتی بیشتر به عنوان بیمار نبودن یاد می شود (۲). اما در آخرین تعریف از سلامتی، سازمان جهانی بهداشت، سلامتی را برخورداری از آسایش کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط نداشتن بیماری و نقص عضو می داند (۳). با توجه به این تعریف سلامتی، متوجه می شویم که سلامتی یک مسئله چند بعدی است. حتی امروزه علاوه بر بعد جسمی، روانی و اجتماعی، جنبه معنوی را هم در نظر می گیرند و

پیشگیری از بیماری‌ها و تشویق افراد برای اتخاذ رفتارهای سالم به منظور رفع مسائل حل نشده بهداشتی و هزینه‌های سرسام آور خدمات پزشکی و درمانی بود (۱۱). از زمان شکل‌گیری رویکرد زیست پزشکی نسبت به سلامت و بیماری، مقاومت‌های بسیار زیادی از طرف دانشمندان علوم اجتماعی نسبت به این رویکرد وجود داشت و در کشورهای مختلف علاقه روز افزونی را به مطالعه جنبه‌های مختلف رفتاری سلامت به وجود آورد. بنابراین با پیدایش رویکرد روانشناختی، فصل جدیدی در تحقیقات مرتبط با سلامت گشوده شد که تمرکز این مطالعات به جای توجه صرف به درمان بیماری‌ها بر جنبه‌های رفتاری بیماری و سلامت معطوف بود (۱۲).

بعد از رویکرد روانشناختی به سلامت، دیدگاه‌های سلامت چشم اندازی وسیع‌تر پیدا کرد و کم‌کم به عوامل تعیین کننده غیرطبیعی سلامت توجه ویژه‌ای شد. تعیین‌کننده‌های سلامت به خودی خود و یا از طریق تاثیر بر یکدیگر وضعیت سلامت را به شدت تحت تاثیر قرار می‌دهند و سبب بروز بی‌عدالتی‌هایی در وضعیت سلامت می‌گردند. این تعیین‌کننده‌ها از قبیل وراثت، شیوه زندگی، محیط زیست، وضعیت اقتصادی اجتماعی و... بوده که تاثیر چشمگیری بر سلامت و پیامدهای آن از جمله کیفیت زندگی دارند. در واقع مراقبت‌های پزشکی می‌توانند باعث طول عمر و یا بهبودی از یک بیماری جدی شوند ولی آن چیزی که برای سلامت جمعیت مهم است، شرایط اجتماعی اقتصادی است که باعث می‌شود مردم بیمار شوند و یا نیاز به مراقبت پزشکی داشته باشند (۱۳).

آغاز انقلاب سوم، یعنی عصر ارتقای سلامت، پس از گزارش لالوند در سال ۱۹۷۴ و انتشار اعلامیه آلماتا در سال ۱۹۷۸ مطرح شد. اولین کنفرانس ارتقا سلامت در سال ۱۹۸۶ و انتشار منشور اتاوا را می‌توان به عنوان تاریخ رسمی شکل‌گیری این علم به حساب آورد و تاکنون ۹ کنفرانس جهانی در ارتباط با ارتقا سلامت در کشورهای مختلف برگزار گردیده است (۱۴). در کنفرانس اتاوا، ارتقاء سلامت به عنوان فرایند قادرسازی افراد برای کنترل عوامل موثر بر سلامت خود تعریف شد. در این کنفرانس بیان شد که شرط رسیدن به وضعیت مطلوب سلامت جسمی، روانی و اجتماعی این است که افراد یا گروه‌ها خود قادر به شناسایی نیازها و خواسته‌های خویش و تطابق یا تغییر محیط‌های اطراف خود باشند. منشور اتاوا پنج استراتژی توسعه سیاست‌های سالم بهداشتی، ایجاد محیط‌های حامی سلامت، تقویت اقدام جامعه، توسعه مهارت‌های فردی و بازنگری در سیستم‌های ارائه

علمی به مقوله سلامت در بیماری‌می‌نگریست و خرافات و سایر دلایل ماوراء طبیعی را در ایجاد بیماری دخیل می‌دانست (۵). با پیشرفت علم و تکنولوژی در حوزه سلامت، رویکردهای متخصصین به سلامت و بیماری دچار تغییر شد، لذا علوم سلامتی نیز دچار تغییرات تکمیلی مهمی گردیدند که از آن‌ها به عنوان انقلاب‌های علم سلامت نیز یاد می‌شود (۶).

رویکردها و الزامات مفهوم سلامت

رویکردهایی که در این مطالعه توصیف و تبیین می‌شود رویکردهای درون پارادایمی از مفهوم سلامت سازمان جهانی بهداشت می‌باشند. مبنای این تعریف بر اساس حقوق بشر با گفتمان انسان گرایی (اومانیزم) بوده است که نقدهای درون پارادایمی نیز بر این مفهوم وارد است (۷). در ادامه هر یک از رویکردها به اختصار توضیح داده می‌شوند.

رویکرد زیست پزشکی از اواخر قرن نوزدهم و با هدف مهار بیماری‌های عفونی و مرگ‌های ناشی از آن‌ها در کشورهای پیشرفته شکل گرفت. محور اصلی این رویکرد بر شناخت بیماری و راه‌های درمان آن متمرکز بود که از آن به عنوان نخستین انقلاب در بهداشت عمومی یاد می‌شود. این انقلاب سبب شد تا اواسط دهه ۱۹۵۰ بسیاری از بیماری‌های عفونی مهار شوند (۸). با گذشت زمان، روند بیماری‌ها و دلایل عمده مرگ و میر در این کشورها دچار تغییراتی شد و بیماری‌های مزمنی مانند بیماری‌های قلبی و عروقی، سرطان‌ها و سکته مغزی که بیشتر بر اثر سبک و شیوه زندگی و رفتارهای فرد ایجاد می‌شوند، جایگزین بیماری‌های عفونی شدند. همچنین عواملی همچون مصرف دخانیات، رژیم‌های غذایی ناسالم، بی‌حرکی و رفتارهای ناسالم جنسی از جمله مهم‌ترین رفتارهای موثر بر مرگ و میر شناخته شدند. به همین دلیل در رویکرد زیست پزشکی به منظور مهار بیماری‌ها و مرگ و میر ناشی از آن‌ها، سرمایه‌های زیادی صرف فن‌آوری‌های پزشکی پیچیده و عرضه خدمات پزشکی فوق تخصصی شد (۹). کشورهای پیشرفته، با ارزیابی رویکرد زیست پزشکی به این نتیجه رسیدند که صرف هزینه‌های زیاد در بخش خدمات و فن‌آوری پزشکی، تامین‌کننده سلامت افراد جامعه نمی‌باشد و این رویکرد نمی‌تواند پاسخگوی نیازهای سلامتی جامعه باشد. بنابراین رویکرد جدیدی با عنوان رویکرد روانشناختی مورد توجه قرار گرفت (۱۰).

رویکرد روانشناختی به عنوان دومین انقلاب بهداشت عمومی از سال ۱۹۵۰ آغاز شد که هدف اصلی از تشکیل این رویکرد

سلامت در همه سیاست‌ها در یک سیستم، دولت را قادر می‌سازد تا در پاسخ‌دهی به نیازهای سلامت جامعه، به صورت یکپارچه عمل کند. تحقیقات اخیر نشان داده است که عوامل بسیاری خارج از مراقبت‌های بهداشتی تاثیر زیادی بر سلامت دارند. از سیاست‌های کشاورزی و دامپروری که تغذیه افراد را تحت تاثیر قرار می‌دهد تا تصمیمات ملی زیست محیطی که ما را در معرض خطر ابتلا به بیماری قرار داده است، همه به طور مستقیم و غیر مستقیم در انتخاب شیوه زندگی اثر دارد. بنابراین ضروری است که تاثیر هر سیاست و تصمیمی بر سلامت بررسی شود (۲۲-۲۰). لازم به توضیح است با غالب شدن نگاه توسعه پایدار در کشورها رویکرد سلامت در همه سیاست‌ها بیشتر مورد توجه قرار گرفت.

در سال‌های اخیر، تولید نظام سلامت به عنوان فرایندی پیچیده و چند وجهی از همکاری‌های درون بخشی و بین بخشی معرفی شده است که به موجب آن بخش‌ها و بازیگران گوناگون و سطوح مختلف با هدف توسعه عادلانه سلامت در هم تنیده و همکاری می‌کنند. جامعیت دادن به این نگاه در سال‌های گذشته شکل دیگری به خود گرفت و سلامت انسان، مستلزم سلامت در سایر جمعیت‌های موجود در طبیعت دانسته شد. بر این اساس رویکرد جدیدی به عنوان رویکرد سلامت واحد (One Health) شکل گرفت چرا که سلامت انسان، حیوانات و محیط زیست، لازمه سلامت انسان و سر زندگی محیط زیست تلقی می‌شود. رویکرد سلامت واحد، با پیدایش دیدگاه‌های جهانی شدن بیشتر مورد توجه قرار گرفت و برای حل مسائل جهانی در حال ظهور از قبیل شیوع بیماری‌های مشترک بین انسان و دام، نیازمند مداخلات در سطح جهانی می‌باشد (۲۳). امروزه طیف گسترده‌ای از مسائل بهداشتی وجود دارد که فراتر از مرزهای ملی هستند و لزوم افزایش همکاری بین کشورها برای مقابله با این مسائل را بسیار پررنگ‌تر نموده است و دولت‌ها برای حل چنین مشکلاتی و رسیدن به اهداف سلامت در جوامع خود دیپلماسی سلامت را مورد توجه قرار داده‌اند (۲۴). دولت‌ها و دانشمندان سراسر جهان به همکاری‌های بین‌رشته‌ای بیشتر برای پیشگیری و کنترل بیماری‌های قابل انتقال بین انسان و حیوان به عنوان یک اصل اساسی برای توسعه سلامت تاکید کرده‌اند. این چنین همکاری نه تنها بین پزشکان و دامپزشکان، بلکه متخصصان حیات‌وحش، محیط زیست، مردم‌شناسان، اقتصاددانان، جامعه‌شناسان و سایر متخصصین را شامل می‌شود. رویکرد سلامت واحد، برای پرورش چنین همکاری‌های بین رشته‌ای ارائه شده است. به همین منظور سازمان‌های بین‌المللی مانند سازمان غذا و کشاورزی (FAO)،

خدمات بهداشتی را به عنوان جهت‌های اصلی مداخلات ارتقاء سلامت تعریف نموده است (۱۵). ارتقاء سلامت در سطوح مختلف فردی، گروهی، سازمانی، جامعه و سیاست‌گذاری مداخله می‌نماید. شواهد بدست آمده از تجارب جهانی در دو دهه اخیر متخصصین را به سمت رویکردی متمایل نموده است که سلامت افراد را در بستری که در آن زندگی، تحصیل، تفریح و یا کار می‌کنند، اوقات فراغت خود را می‌گذرانند و یا خدمات سلامت را دریافت می‌کنند، مورد توجه قرار می‌دهد. لذا چند سال بعد از منشور اتاوا مفاهیم شهر سالم، روستای سالم، جامعه سالم، مدارس ارتقاء دهنده سلامت، بیمارستان ارتقاء دهنده سلامت، دانشگاه، محل بازی و حتی زندان‌های ارتقاء دهنده سلامت مطرح شدند (۵).

همزمان با شکل‌گیری مفاهیم اولیه ارتقا سلامت، از اواخر دهه ۱۹۸۰ عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت نیز در تحقق پیدا کردن جنبش ارتقاء سلامت اهمیت پیدا کردند. البته می‌توان گفت که نقش عوامل اجتماعی و محیطی که بر سلامت مردم موثر هستند، از زمان‌های بسیار قدیم شناسائی شده است. عبارت عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت، در میانه دهه ۱۹۹۰ به طور فزاینده‌ای مطرح شد. با شناخت عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت و اثرات گسترده این رویکرد، فعالیت‌های زیادی به منظور ترجمان این علم و رویکرد، به زبانی که برای سیاست‌گذاران و عامه مردم قابل فهم باشد انجام پذیرفت. به گونه‌ای که در اواخر دهه ۱۹۹۰ و اوائل سال‌های ۲۰۰۰ محرکی جهت اقدام به سیاستی منسجم برای از بین بردن نابرابری در سلامت و لحاظ کردن عوامل اجتماعی موثر بر سلامت فراهم آمده بود (۱۶).

در سال ۲۰۱۳ هشتمین کنفرانس بین‌المللی ارتقای سلامت در هلسینکی فنلاند برگزار گردید که دستاورد این کنفرانس معرفی رویکردی جدید به سلامت با عنوان سلامت در همه سیاست‌ها بود که می‌توان آن را انقلابی دیگر در سلامت دانست. سلامت در همه سیاست‌ها که اولین بار در سال ۲۰۰۷ در استرالیا جنوبی معرفی شد در واقع، مسئولیت‌پذیری سیاست‌گذاران را نسبت به پیامدهای سلامت سیاست‌هایشان در تمام سطوح سیاست‌گذاری توسعه می‌دهد و سلامت را به عنوان اولویت همه بخش‌ها معرفی می‌کند (۱۷). این رویکرد بر پایه تئوری و مفاهیم رویکرد ارتقاء سلامت همچون اقدامات بین بخشی و سیاست‌های عمومی سلامت که در دهه‌های گذشته توسعه یافته بودند شکل گرفت و به عنوان یک رویکرد جدید برای بهبود و تکمیل رویکرد تعیین کننده‌های سلامت توسعه یافت (۱۸، ۱۹). پیاده‌سازی رویکرد

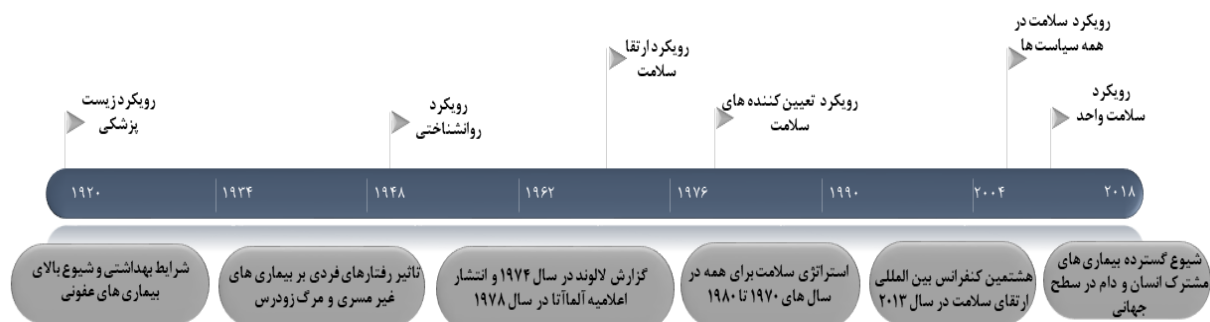
نقشه تحول نظام سلامت که اسنادی لازم‌الاجرا می‌باشند، با استفاده از مدل تحلیل لایه‌ای علت‌ها مورد بررسی قرار گرفتند که در جدول ۲ مشخص شده است. روش تحلیل لایه‌ای علت‌ها برای نخستین بار توسط سهیل عنایت‌الله در سال ۱۹۹۸ مطرح گردید. این روش تلفیقی از سه نوع آینده پژوهی تجربی، تفسیری و انتقادی می‌باشد و چارچوب‌های معرفت‌شناختی و روش‌شناختی مختلفی را به منظور درک لایه‌ها و سطوح واقعیت استفاده می‌کند که شامل چهار لایه می‌باشد. لایه اول، لایه مساله عینی که ناظر بر عینی‌ترین و آشکارترین سطح آینده است و فهم آن نیاز به مهارت‌های تحلیلی خاصی ندارد و معروف به لایه لیتانی می‌باشد. لایه دوم، لایه علت‌ها و ساختارهای اجتماعی که ناظر بر عوامل اقتصادی، فرهنگی، سیاسی و تاریخی است. لایه سوم، ناظر بر فهم جهان بینی و گفتمانی است که پشتیبان دعاوی معرفتی مرتبط با گذشته و آینده است و به این دعاوی مشروعیت می‌بخشد و علت‌های اجتماعی به وجود آورنده مساله عینی (لایه اول) را شکل می‌دهد و نهایتاً لایه چهارم ناظر بر فهم نشانه‌ها و استعاره‌هایی است که به شیوه‌ای ناخودآگاه، به شکل‌گیری جهان‌بینی و گفتمان مسلطی که بوجود آورنده علت‌های اجتماعی و مساله عینی شده است، کمک می‌کنند. در این لایه عمیق‌ترین روایت‌ها، طرحواره‌ها و تصاویر ذهنی شکل دهند به آینده مورد کنکاش قرار می‌گیرند (۲۸).

سازمان جهانی بهداشت (WHO) و سازمان جهانی بهداشت حیوانات (OIE)، برای به عهده گرفتن مسئولیت کنترل بیماری‌های قابل انتقال بین انسان و حیوان با یکدیگر همکاری می‌کنند (۲۵،۲۶).

در شکل یک، سیر تاریخی، وقایع و اتفاقاتی که باعث شکل‌گیری رویکرد های مورد بررسی شده‌اند و همچنین در جدول یک، ویژگی‌های هر رویکرد مشخص شده‌اند.

رویکردهای سلامت در ایران

یکی از مهم‌ترین اهداف و وظایف نظام جمهوری اسلامی که در قانون اساسی مطرح شده است حفظ، تامین و ارتقای سطح سلامت کلیه افراد جامعه می‌باشد. نظام سلامت ایران به منظور دستیابی به این هدف، در چارچوب سیاست‌ها و خط‌مشی‌های تعیین شده مجموعه‌ای از برنامه‌ها، فعالیت‌ها و عملیات اجرایی را تعیین کرده است (۲۷). با بررسی برنامه‌ها و فعالیت‌های این بخش می‌توان میزان توجه به رویکردهای سلامت در این برنامه‌ها را شناسایی کرد. به منظور بررسی رویکردهای حاکم بر نظام سلامت ایران، اسناد بالادستی در حوزه سلامت، شامل قانون اساسی، چشم‌انداز جمهوری اسلامی ایران در افق ۱۴۰۴ هجری شمسی، نقشه جامع علمی کشور و اسناد پشتیبان آن، نقشه جامع علمی سلامت، برنامه‌های توسعه کشور، اسناد طرح تحول راهبردی و



شکل شماره ۱- سیر تاریخی، وقایع و اتفاقات منجر به شکل‌گیری رویکردهای مرتبط با سلامت

جدول شماره ۱- اصول و استراتژی‌ها، نقاط قوت و چالش‌های رویکردهای مرتبط با سلامت

رویکرد	مفاهیم	اصول و استراتژی‌ها	قوت‌ها	چالش‌ها
رویکرد زیست پزشکی	تمرکز اصلی این رویکرد درمان بیماری است و تشخیص علل بیماری کمتر مورد توجه قرار می‌گیرد.	نبود بیماری درمان محوری	کنترل و درمان محدود برخی بیماری‌ها به ویژه بیماری‌های غیرواگیر	<ul style="list-style-type: none"> تمرکز بر نبود بیماری به جای ارتقای سلامت رشد بی رویه مداخلات پزشکی و توجه بیشتر به درمان، آن هم در بعد جسمی نادیده گرفتن عوامل رفتاری، روانشناختی، محیطی و اجتماعی مشارکت و نقش ضعیف بیمار در فرآیند ارائه خدمات و بهبود سلامت تمرکز بر دیدگاه انفرادی به سلامت و بیماری به جای دیدگاه جامعه‌شناختی و اجتماع محور
رویکرد روانشناختی	این رویکر علاوه بر عوامل بیماری‌زا، عوامل روانشناختی و رفتاری افراد را که بر سلامتی آن‌ها تاثیر می‌گذارند را نیز مورد توجه قرار می‌دهد.	آموزش سلامت خود مراقبتی	<ul style="list-style-type: none"> تشویق افراد به اتخاذ رفتارهای سالم نگاه به سلامت به عنوان مسئولیت فردی تغییر در نگرش افراد 	<ul style="list-style-type: none"> نادیده گرفتن عوامل اجتماعی پپیچیدگی تصمیمات وابستگی به اقدامات افراد عدم توجه به تاثیر شرایط زندگی بر روی رفتار
رویکرد ارتقاء سلامت	تاکید این رویکرد بر توانمندسازی افراد برای افزایش کنترل و بهبود سلامتی شان با تمرکز بر پنج اقدام کلیدی توسعه سیاست‌های سالم بهداشتی، ایجاد محیط‌های حامی سلامت، تقویت اقدام جامعه، توسعه مهارت‌های فردی و بازنگری در سیستم‌های ارائه خدمات بهداشتی می‌باشد.	توانمندسازی افراد	<ul style="list-style-type: none"> افزایش سواد سلامت میانجی‌گری بین بخش‌های گوناگون جامعه به منظور پیگیری سلامت حمایت طلبی از سیاست‌های مرتبط با سلامت 	<ul style="list-style-type: none"> عدم توجه به عوامل اجتماعی و اقتصادی مشارکت افراد توانمند سازی افراد توجه به عدالت و برابری سلامتی
رویکرد تعیین کننده‌های سلامت	این رویکرد با شناسایی مهمترین عوامل موثر بر سلامت و اتخاذ راهکارهای مناسب برای حل مشکلات ناشی از آنها و کاهش بی عدالتی‌های سلامت، بین دانش فنی و پزشکی و اقدامات اجتماعی ارتباط برقرار می‌نماید.	عوامل عمومی اقتصادی- اجتماعی، فرهنگی و محیطی روابط اجتماعی و شبکه‌های اجتماعی عوامل فردی مرتبط با سبک زندگی و سن، جنس و عوامل ارثی	<ul style="list-style-type: none"> توجه به سایر عوامل موثر بر سلامت همکاری بین بخشی مشارکت فرد و جامعه 	<ul style="list-style-type: none"> عدم توجه به عوامل زیست محیطی
رویکرد سلامت در همه سیاست‌ها	این رویکر با تاکید بر نقش کل حاکمیت جامعه بر همه بخش‌های دولتی و غیر دولتی، اثرات سایر سیاست‌ها و قوانین بر روی سلامت را از طریق تعیین‌کننده‌های سلامت در نظر می‌گیرد.	<ul style="list-style-type: none"> در اولویت قرار دادن اهداف سلامت به عنوان اهداف اصلی و پایه در همه سیاست‌ها. استراتژی برد- برد یا حمایت از سیاست‌های سایر بخش‌ها که تاثیر مثبت بر سلامت دارند. تاکید بر همکاری‌های بین بخشی بخش 	<ul style="list-style-type: none"> طراحی قوانین و سیاست‌های سلامت محور در سایر بخش‌ها افزایش سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد پیوند بین سیاست‌ها و نتایج سلامت افزایش همکاری‌های بین بخشی 	<ul style="list-style-type: none"> پپیچیدگی در اجرای رویکرد مقاومت سایر بخش‌ها ارزشیابی دشوار فعالیت‌ها و نتایج تضاد منافع

	<ul style="list-style-type: none"> • توسعه محیط حمایت‌کننده از سلامت 	<p>سلامت با سایر بخش‌های در کشور.</p> <ul style="list-style-type: none"> • تلاش برای محدود کردن تأثیرات منفی سیاست‌های پیشنهادی سایر بخش‌ها بر سلامت.
<p>نیاز به منابع بیشتر محدودیت‌های بودجه‌ای فقدان یک سیستم اطلاعاتی آموزش ناکافی نیروهای</p>	<ul style="list-style-type: none"> • توجه هم زمان به سلامت انسان، حیوان و محیط زیست • ترویج ارتباطات بین رشته‌ای و همکاری بین بخشی • پیشگیری از بیماری‌ها و بهبود امنیت غذایی انسانی 	<ul style="list-style-type: none"> • ترویج آموزش سلامت واحد متحد کردن بخش‌ها و اشتراک مساعی از طریق همکاری‌های بین بخشی در داخل کشور • توجه به دیپلماسی سلامت به منظور تسهیل اقدامات جهانی <p>بر اساس این رویکرد کل حاکمیت‌ها و ملت‌ها با توجه به ابعاد اکوسیستم جهان به طور یکپارچه در تحقق سلامت درگیر هستند. در این رویکرد علوم روابط بین‌الملل و دیپلماسی در سلامت به منظور انجام مداخلات جهانی نقش مهمی دارند.</p>

جدول ۲- بررسی اسناد حوزه سلامت با استفاده از مدل تحلیل لایه ای علت‌ها

	<p>❖ جامعه ای پیشرو در مسیر سعادت انسانی و در پرتو کاراترین و عادلانه ترین نظام سلامت</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ افزایش امید به زندگی و بهبود شاخص توسعه انسانی ▪ ارتقای کیفیت زندگی مرتبط با سلامت همه جانبه ▪ کاهش بار ناشی از عوامل خطر بیماری‌های مهم (بخصوص بیماری‌های قلبی عروقی، سرطان‌ها و اعتیاد) و صدمات ▪ افزایش سواد سلامت ▪ بهبود شاخص توسعه سلامت کودکان ▪ کاهش مرگ مادران باردار، نوزادان و کودکان زیر ۵ سال ▪ حفاظت مالی خانوارها در برابر هزینه های سلامت ▪ کاهش عوارض ناشی از آسیب‌های اجتماعی ▪ کاهش سطح خطر ناشی از مخاطرات طبیعی و انسان-ساخت در جامعه ▪ کاهش سطح خطاهای ناشی از مداخله‌های سلامتی ▪ کاهش ناامنی غذایی خانوار ▪ کاهش میزان آلاینده‌های خطرناک و مهم زیست-محیطی ▪ کنترل سل و ایدز، حذف مالاریا و کزاز، ریشه کنی فلج اطفال، سرخک و سرخجه ▪ تأمین بهداشت عمومی و گسترش بیمه همگانی ▪ ارتقای سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی آحاد مردم ایران که همراه با کسب برترین جایگاه در منطقه تا سال ۱۴۰۴ می‌باشد ▪ تامین عدالت در سلامت تا سال ۱۴۰۴ ▪ دستیابی به جایگاه اول منطقه در مراعات حقوق اسلامی، انسانی و مدنی و پاسخگویی و تکریم خدمت گیرندگان نظام سلامت تا سال ۱۴۰۴
--	--

سطح جامعه (بیتانی)

- ❖ ارتقای پاسخگویی نظام ارائه خدمات به نیازهای غیر طبی گیرندگان خدمت
- ❖ افزایش سرمایه اجتماعی
- ❖ جلب مشارکت مردم و همه دستگاههای ذینفع بر فعالیتهای سلامت محور
- ❖ دانش پیشگیری و ارتقای سلامت با تأکید بر بیماری‌های دارای بار بالا و معضلات بومی
- ❖ استفاده از الگوهای تغذیه بومی، داروهای جدید و نو ترکیب، مدیریت اطلاعات و دانش سلامت، طب سنتی، تجهیزات پزشکی، سلولی و مولکولی، ژن درمانی، فرآورده‌های زیستی، فناوری تغذیه، علوم میان رشته‌ای بین علوم پایه با علوم بالینی
- ❖ مقابله با انواع اعتیاد
- ❖ برنامه ریزی برای تدوین برنامه آموزشی ارتقای سلامت و شیوه‌های زندگی سالم

- ❖ برخورداری از رفاه کامل جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی
 - برخورداری از سلامت، رفاه، امنیت غذایی، تأمین اجتماعی، فرصت‌های برابر، توزیع مناسب درآمد، نهاد مستحکم خانواده به دور از فقر، فساد و تبعیض
 - ایمنی و امنیت غذایی
- ❖ یکی از نیازها و حقوق اساسی انسان‌ها
 - تأمین نیازهای اساسی مسکن، خوراک، پوشاک، بهداشت، درمان، آموزش و پرورش و امکانات لازم برای تشکیل خانواده برای همه
 - توجه لازم به سلامت جسم و نشاط روح و حفظ شادابی و طراوت جوانی از طریق توسعه ورزش همگانی
 - ارتقای سطح بهداشت روان، گسترش خدمات مددکاری اجتماعی، تقویت بنیان خانواده و توانمندسازی افراد و گروه‌های در معرض آسیب

- ❖ الگوهای شیوه زندگی سالم منطبق با آموزه‌های اسلامی

پرداخته شده است. به عنوان مثال در لایه گفتاری با رویکرد عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، به این بخش پرداخته شده است. اما آنچه بنظر می‌رسد این است که در عمل همچنان رویکرد غالب در ایران رویکرد زیست پزشکی می‌باشد. مطالعات دیگری نیز در نتایج خود به این مطلب اشاره کرده‌اند (۴،۵).

بررسی‌ها نشان می‌دهد با توجه به جدید بودن رویکرد ارتقاء سلامت در ایران که در چند سال اخیر مورد توجه قرار گرفته است، کمتر معنای علمی واژه، مد نظر بوده است و در واقع معنای سنتی بهبود سلامت، بیشتر در نظر گرفته می‌شود. همچنین بعد از معرفی رویکرد تعیین کننده‌های سلامت و با توجه به تجارب ایران در ارتقا عدالت در سلامت، ایران به عنوان کشور همکار سازمان جهانی بهداشت در زمینه رویکرد تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت و عدالت در سلامت شناخته شد و رویکرد تعیین کننده‌های سلامت به منظور کاهش تفاوت‌های سلامت و ارتقا عدالت در سلامت در وزارت بهداشت به عنوان یکی از پنج اولویت اعلام شده از سوی وزارت قرار گرفت (۲۹). مطالعات انجام شده در این زمینه نشان می‌دهد که در ارتباط با این رویکرد نیز

مدل تحلیل لایه‌ای در بررسی اسناد نشان می‌دهد که ارتباط و هماهنگی صحیحی بین چهار سطح صورت نگرفته است و محتوای لایه‌ها به خوبی همدیگر را ردیابی نمی‌نمایند و می‌توان گفت که محتوای اندیشه‌ای، نگرشی و گفتاری مشخص شده در حوزه سلامت، لایه‌های لیتانی و نظام‌های علی را به خوبی تبیین نمی‌کنند. در کل می‌توان چنین بیان نمود که تعریف شفاف و واحدی در کلیه اسناد بالا دستی در خصوص ماهیت، غایت و رویکردهای سلامت بیان نشده است.

بر اساس بررسی و مرور اسناد مرتبط با حوزه سلامت ایران نمی‌توان به صورت شفاف و روشن، یک زنجیره منطقی و منسجم بین لایه‌های استعاره و معانی، گفتاری، ساختارهای اجتماعی و لیتانی در این اسناد درک نمود. در سطح استعاره و معانی به سبک زندگی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی تأکید شده است. در حالیکه در سایر سطوح به ویژه سطح لیتانی به خوبی این موضوع دنبال نشده و راهبردهای مرتبط با این هدف در سطوح دیگر نیز لحاظ نشده است. اگر چه همانطور که ملاحظه می‌شود در اسناد بالادستی به بعضی از رویکردهای سلامت به صورت مقطعی و غیرمنسجم

زندگی سالم داشته باشند. به همین منظور نقش مداخلات بین بخشی و مشارکت اجتماعی مدار در ارتقا سلامت جامعه برجسته شد. رویکرد سیاست در همه سلامت‌ها که بر پایه تئوری رویکردهای قبلی (ارتقا سلامت و تعیین کننده‌های سلامت) شکل گرفته بود با نگاه قدرت و سیاست بر نقش حاکمیت و دولت‌ها در جوامع پرداخت و توجه ویژه ای به نقش دیگر بخش‌ها غیر از بخش سلامت داشت و با در اولویت قرار دادن اهداف سلامت به عنوان اهداف پایه در سیاست‌های سایر بخش‌ها و آگاه‌سازی سیاست‌گذاران از عواقب و اثرات سیاست‌هایشان بر روی سلامت به دنبال تکمیل رویکردهای قبل بود. با گسترش روابط بین‌المللی و به خصوص پیامدهای جهانی شدن، نگاه به سلامت نیز دچار تحول شد و رویکرد سلامت واحد به عنوان یک دیدگاه جهانی و فراگیر مطرح شد که این رویکرد به نقش قدرت در سطح بین‌المللی و جایگاه دولت‌ها و جوامع در سطح جهانی پرداخته و به صورت یک نگاه سیستمی یکپارچه در سطح ملی و بین‌المللی تحقق سلامت را دنبال می‌نماید. تولید نظام سلامت در ایران علاوه بر هماهنگی و کارکردهای درون بخشی به منظور جامعه عمل پوشیدن به این رویکردهای نوین نیازمند تولید شواهد متقن در این زمینه، ایجاد رهبری بین بخشی اثربخش و کارآمد و حمایت طلبی هدفمند و موثر نیز می‌باشد.

به منظور همراستایی نظام سلامت کشور با رویکردهای نوین سلامت پیشنهاد می‌گردد که با توسعه تحقیقات، در ارتباط با این رویکردها در جامعه، گفت‌وگو سازی مناسب صورت گیرد و توسط کل حاکمیت و بخش‌های جامعه به رسمیت شناخته شود. و با اتخاذ رفتارها و سیاست‌های جدید در عمل به دنبال گسترش فرهنگ ارتقای سطح سلامت جامعه از طریق توجه به مولفه‌های اجتماعی سلامت باشیم. به همین منظور ساختار و نقش نظام سلامت باید متناسب با رویکردهای نوین سلامت اصلاح گردد و نقش تولیتی وزرات بهداشت برای همه بخش‌های دولتی و غیر دولتی به طور شفاف مشخص شود. همچنین باید با استفاده از سازوکارهای قانون گذاری و قوانین و مقررات در سایر بخش‌های کشور، سلامت را به عنوان یک اولویت اصلی در سیاست‌گذاری‌ها مدنظر قرار داد و با ایفای نقش دیپلماسی سلامت در سطح مناسبات ملی، منطقه‌ای و جهانی، برای مقابله با مشکلات بین‌المللی مرتبط با سلامت بهترین سیاست‌ها و اقدامات را اتخاذ کرد.

اقدامات مناسبی در کشور انجام پذیرفته و به این رویکرد توجه کافی نشده است. غالب بودن رویکرد پزشکی در نظام سلامت و توجه کم به عوامل محیطی مهمترین دلیل در عدم اجرای صحیح رویکرد تعیین کننده‌های سلامت در کشور بوده است (۳۰).

بررسی برنامه‌های توسعه در ایران نیز نشان می‌دهد که رویکرد این برنامه‌ها در ارتباط با سلامت، در ابتدا رویکرد زیست پزشکی بوده و تنها به دنبال ارائه خدمات درمانی از طریق توسعه فیزیکی مراکز بهداشتی و درمانی با نگاه دولتی بوده است. بنابراین در برنامه اول و دوم توسعه تمرکز اصلی بر گسترش خدمات درمانی بوده است. در برنامه سوم سیاست‌های بخش سلامت به دنبال افزایش سهم بخش خصوصی در خدمات بهداشتی و درمانی بوده است. از برنامه چهارم توسعه با گسترش مفاهیمی چون عدالت در سلامت در قوانین ایران به نظر میرسد رویکردهای ارتقا سلامت تا حدودی مورد توجه قرار گرفته‌اند (۳۱). از برنامه پنجم توسعه به بعد رویکرد تعیین کننده‌های سلامت مطرح و دیده شده است. اما بررسی قوانین و اسناد نشان می‌دهد که رویکردهای سلامت در همه سیاست‌ها و رویکرد سلامت واحد در ایران به درستی در صحنه عمل مورد توجه قرار نگرفته اند و تنها در سیاست‌های ابلاغی مقام معظم رهبری، تحقق رویکرد سلامت همه جانبه و انسان سالم، در همه قوانین، سیاست‌های اجرایی و مقررات، به عنوان یک بند اصلی معرفی شده است.

نتیجه‌گیری

هر یک از رویکردهای مورد بررسی، ابعاد خاصی از سلامت را مدنظر قرار داده و در دوره‌های متفاوت به منظور تکمیل رویکردهای قبل شکل گرفته‌اند. توجه رویکرد زیست پزشکی بیشتر بر فیزیولوژی افراد و مبتنی بر ارائه خدمات درمانی بود. در رویکرد روانشناختی علاوه بر فیزیولوژی افراد، رفتارهای فردی نیز مورد توجه قرار گرفتند. با شناخت عوامل بیرونی موثر بر سلامت، رویکردهای سلامت نیز از سرمایه‌گذاری صرف در ارائه خدمات درمانی به سمت طیف وسیع‌تری از عوامل اجتماعی و فرهنگی، اقتصادی، سیاسی و زیست محیطی تغییر پیدا کردند. بنابراین با شکل‌گیری دو رویکرد تعیین کننده‌های سلامت و ارتقای سلامت با نگاه جامعه شناختی به انسان، مولفه‌های اجتماعی سلامت مورد تاکید قرار گرفتند. همچنین رویکرد ارتقای سلامت بر توانمندسازی جامعه و نقش آن‌ها تاکید دارد و هدف عمده سیاست‌گذاری‌ها در این رویکرد خلق سیاست‌های عمومی سلامت محور و محیط‌های حمایتی از سلامت بود تا مردم را قادر سازد

1. Safiri Imanian SK. A Sociological Study of Health and Illness, Investigating Health-Related Behaviors among Female Students of Tehran and Alzahra Universities. *Hist Sociol.* 2010; 1: 145–66.
2. Boruchovitch E, Mednick BR. The meaning of health and illness: some considerations for health psychology. *Psico-USF.* 2002; 7: 175–83.
3. Chirico F. Spiritual well-being in the 21st century: it's time to review the current WHO's health definition? *J Heal Soc Sci.* 2016; 1: 11–6.
4. malek mohammadi H, Vahdaninia V. The evolution of health policy: transition to the governance paradigm for health. *Polit Public.* 2016; 2: 73–04.
5. Keshavarz N, Zarei F, Parsi S. Health education and health promotion in Iran: past, present and future. *Iran J Heal Educ Heal Promot.* 2013; 1: 5–8.
6. Beaglehole R, Bonita R. *Public Health at the Crossroads: Achievements and Prospects.* 2nd ed. Cambridge: Cambridge University Press; 2004. 303.
7. Yazdi-Feyzabadi V, Seyfardini R, Ghandi M, Mehrolhassani MH. The World Health Organization's Definition of Health: A Short Review of Critiques and Necessity of a Shifting Paradigm. *Iran J Epidemiol.* 2018; 14: (Submitted).
8. Hamlin C, Sheard S. Revolutions in public health: 1848, and 1998? *BMJ.* 1998; 317: 587–91.
9. Mirzaei E. Health education and health promotion. In: *Persian Textbook of Public Health.* Tehran: Shahid Beheshti University of Medical Sciences; 2014. 204.
10. Cicolella A. Santé et Environnement : la 2e révolution de Santé Publique. *Sante Publique (Paris).* 2010; 22: 351.
11. Kickbusch I. The contribution of the World Health Organization to a new public health and health promotion. *Am J Public Health.* 2003 Mar; 93: 383–8.
12. Bowling A, Iliffe S. Psychological approach to successful ageing predicts future quality of life in older adults. *Health Qual Life Outcomes.* 2011 Mar; 9: 13.
13. Erik B, Johannes S, Anand SK. Social determinants approaches to public health: from concept to practice. SWITZERLAND: World Health Organization; 2010. 300.
14. Evelyne de L, Kwok CT. Ottawa to Bangkok — Health promotion's journey from principles to “global” implementation. *Heal Promot Int.* 2007; 21: 1–5.
15. WHO. *Ottawa Charter for Health Promotion.* 1986.
16. Ministry of Health and Medical Education. *Social determinant of health in iran.* Tehran; 2008.
17. Khayatzadeh-Mahani A, Sedoghi Z, Mehrolhassani MH, Yazdi-Feyzabadi V. How Health in All Policies are developed and implemented in a developing country? A case study of a HiAP initiative in Iran. *Health Promot Int.* 2016 Dec; 31: 769–81.
18. Koivusalo M. The state of Health in All policies (HiAP) in the European Union: potential and pitfalls. *J Epidemiol Community Health.* 2010 Jun; 64: 500–3.
19. Baum F, Lawless A, Delany T, Macdougall C, Williams C, Broderick D, et al. Evaluation of Health in All Policies: concept, theory and application. *Health Promot Int.* 2014 Jun; 29 Suppl 1: i130–42.
20. Rakhshani F, Zarei F. Health in all Policy approach. *Heal Res J.* 2014; 9: 111–3.
21. WHO. *Health in All Policies – Framework for Country Action.* 2013.
22. WHO. *The Helsinki Statement on Health in All Policies.* Finland; 2014.
23. Zinsstag J, Mackenzie JS, Jeggo M, Heymann DL, Patz JA, Daszak P. *Mainstreaming one health.* Vol. 9, *EcoHealth.* United States; 2012. 107–10.
24. Kickbusch I, Silberschmidt G, Buss P. Global health diplomacy: the need for new perspectives, strategic approaches and skills in global health. *Bull World Health Organ.* 2007 Mar; 85: 230–2.
25. Monath TP, Kahn LH, Kaplan B. *One Health Perspective.* *ILAR J.* 2010; 51: 193–8.
26. Zinsstag J, Schelling E, Waltner-Toews D, Tanner M. From “one medicine” to “one health” and systemic approaches to health and well-being. *Prev Vet Med.* 2011; 101: 148–56.
27. Doshmangir L, Mostafavi H RA. How to Do Policy Analysis? A View on Approaches and Modes of Policy Analysis in Health Sector. *Hakim Heal Sys Res.* 2014; 17: 138–50.
28. Haghdoost A, Pourhosseini SS, Emami M, Dehnavieh R, Barfeh T, Mehrolhassani MH. Foresight in health sciences using CLA method. *Med J Islam Repub Iran.* 2017; 31.
29. Zaboli R, Malmoon Z, Seyedjavadi M, Seyedin H. Developing a conceptual model of social determinants of health inequalities: A qualitative study. *J Heal Promot Manag.* 2014; 3: 74–88.
30. Zaboli R, Sanaeinasab H. The Challenges and Solutions for Action of Social Determinants of Health in Iran: A Qualitative Study. *Iranian J Heal Educ Heal Promot.* 2014; 2: 5–16.
31. Akhavan BehBahani A. An overview of Iran's health policies in development programs. *J Med Counc Iran.* 2014; 31: 105–12.

A Review of Approaches to Conceptualize Health and its Determinants: From Biomedical Approach to One Health Initiative

Yazdi Feyzabadi V¹, Mehrolhassani MH², Emami M³, Khosravi S⁴

1-Assistant Professor, PhD in Health Policy, Health Services Management Research Center, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

2- Associate Professor, PhD in Health Services Management, Modeling in Health Research Center, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

3- PhD by Research Student in Management Sciences (Health Policy), Medical Informatics Research Center, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

4-PhD Candidate in Health Services Management, Social Determinants of Health Research Center, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

Corresponding author: Khosravi S, khosravi.sajad@yahoo.com

(Received 11 March 2018; **Accepted** 10 May 2018)

The human approach to health and identification of the factors affecting it over time has changed. Understanding these approaches is helpful in promoting policymaking and good governance can be helpful in the health sector. Biomedical, psychological, health promotion, health determinants, health in all policies and one health are the most important health approaches that have emerged in different years in order. Each of these approaches has many challenges and strengths. Documents and studies show that although these health approaches have been inconsistently addressed in Iran, no specific doctrine has been define to guide the health policies. Therefore, in practice, what seems to be that a biomedical approach to health is the dominant approach in Iran's health system.

Keywords: Health, Biomedical, One health