مجله علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، دوره ۳۰، شماره ۳، پاییز ۱۳۹۱: ۲۳۶-۲۲۵

● **مقاله تحقیقی** کد مقاله: ۰۲۲

# تجربه ۳۰ ساله جمهوری اسلامی ایران در مؤلفه‌های اجتماعی سلامت و عدالت در سلامت: نقش‌ها و جهت گیری‌های آینده مجلس شورای اسلامی

**دکتر سید علیرضا مرندی ۱**
**دکتر بهزاد دماری ۲***
**دکتر علی اکبر زینالو ۳**
**دکتر اسماعیل مطلق ۴**
**دکتر کامل شادپور ۵**

۱- استاد گروه کودکان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
۲- استادیار گروه پزشکی اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی تهران
۳- استاد گروه کودکان دانشگاه علوم پزشکی تهران
۴- دانشیار گروه کودکان دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور
۵- پزشک عمومی، پژوهشگر

* **نشانی نویسنده مسؤول:** خیابان ایتالیا، پلاک ۷۸، مؤسسه ملی تحقیقات سلامت

**تلفکس:** ۸۸۹۹۱۱۰۷-۰۲۱

**نشانی الکترونیکی:**
bdamari@gmail.com

## چکیده

**زمینه:** بیش از سه دهه تحقیق در زمینه مؤلفه‌های اجتماعی سلامت نشان داده است که عواملی چون شیوه تکامل دوران کودکی، آموزش، اشتغال، مسکن، تفریحات، حمل و نقل عمومی، کشاورزی و حمایت اجتماعی اثرات شناخته شده‌ای بر سلامت مردم دارند.

بعد از پیروزی انقلاب اسلامی پیشرفت‌های چشم گیری در شاخص های سلامت مادران و کودکان رخ داد. در آغاز دهه چهارم انقلاب شاهد هستیم که با توسعه شهرنشینی و صنعتی شدن استان‌های کشور، مردم با عوامل خطر متعددی روبرو شده و کنترل آنها در چارچوب درک متقابل و همکاری بین بخشی و استفاده از تمامی ظرفیت‌های استفاده نشده مجلس شورای اسلامی، وزارت بهداشت و سایر دستگاه‌ها میسر خواهد بود.

نقش کلیدی مجلس شورای اسلامی در بررسی و تصویب قوانین برنامه‌های پنج ساله توسعه اول، دوم، سوم و چهارم کشور محوری بوده است و اجزای این برنامه‌ها اغلب محورهای مؤثر بر سلامت را به ویژه در بخش اشتغال، مسکن، حمایت اجتماعی، خدمات سلامت، محیط زیست و امنیت غذایی در برگرفته است. اقدامات سه دهه گذشته مجلس شورای اسلامی در حمایت از سلامت مردم این نوید را می‌دهد تا در دهه چهارم انقلاب اسلامی ایران با استفاده از راهبردهای زیر توسط کمیسیون بهداشت و درمان جهشی در شاخص های سلامت کشور ایجاد شود:

☑ جلب حمایت همه جانبه کمیسیون بهداشت و درمان مجلس برای اتخاذ و نظارت بر قوانین و سیاست‌های سلامت محور در کمیسیون‌های ۱۴ گانه مجلس

☑ مذاکره و جلب حمایت اعضای فراکسیون‌های مجلس و رؤسای نمایندگان مجامع استانی برای اقدامات سلامت محور در مجلس و استان‌ها

☑ همکاری با وزارت کشور در ارتقای عملکرد شوراهای سلامت و امنیت غذایی استان‌ها و شوراهای اسلامی شهر و روستا برای ارتقای مشارکت مردم در بهبود محیط پیرامون

☑ نظارت بر عملکرد و کمک به وزارت بهداشت در فعال سازی بیش از پیش شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور

☑ ایجاد نظام دیده بانی شاخص‌های عدالت در سلامت از طریق مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی

**واژگان کلیدی:** عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، عدالت در سلامت، مجلس شورای اسلامی، شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور

تاریخ دریافت مقاله: ۹۰/۹/۱۰ تاریخ اصلاح نهایی: ۹۱/۷/۲۴ تاریخ پذیرش مقاله: ۹۱/۳/۸

Archive of SID
www.SID.ir

## مقدمه

امروزه از انسان سالم به عنوان محور توسعه پایدار نام برده می‌شود [۱] و به همین دلیل یکی از وظایف حاکمیتی کشورها تأمین، حفظ و ارتقای عادلانه سلامت جامعه است. وضعیت سلامت کشور شاخص کلیدی از حاکمیت بهینه است با توجه به گستره عوامل تأثیرگذار بر سلامت و همچنین تعریف سلامت [۲] که جنبه‌های اجتماعی، معنوی [۳] و روانی را علاوه بر جسمی در بر می‌گیرد، آشکار می‌شود که مسؤولیت تأمین سلامت جامعه فراتر از یک سامانه تخصصی تحت عنوان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و یا دانشگاه‌های زیر مجموعه آن است و این مهم نیاز به هماهنگی و همکاری بین بخشی دارد. شناسایی عوامل مؤثر بر سلامت و مداخلات اصلاحی نیز متفاوت بوده و نیاز به کار بین بخشی وسیع و همکاری همه نهادهای جامعه دارد. [۴] در این میان نظام‌های سلامت در کشورها سه نقش میانجی دانش، حمایت طلب و رهبری سایر سازمان‌ها را بر عهده می‌گیرد. [۵]

بیش از سه دهه تحقیق در زمینه عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت نشان داده است که عوامل اجتماعی چون شیوه تکامل دوران کودکی، آموزش، اشتغال، مسکن، تفریحات، حمل و نقل عمومی، کشاورزی، حمایت اجتماعی اثرات شناخته شده‌ای بر سلامت مردم دارد و سرمایه‌گذاری در ارایه وسیع و با کیفیت این گونه خدمات، بهبود شاخص‌های سلامتی جامعه را به دنبال خواهد داشت ضمن این که در این بهبود همواره باید لایه‌های اجتماعی مختلف را برای برقراری عدالت در نظر داشت. [۶]

بعد از پیروزی انقلاب اسلامی پیشرفت‌های چشم‌گیری در شاخص‌های سلامت مادران و کودکان رخ داد که مرهون تلاش دسته جمعی دست‌اندرکاران حوزه سلامت و سیاست‌گذاران بخش‌های اجتماعی و اقتصادی در توسعه شبکه‌های بهداشتی و درمانی روستاها و شهرها بوده است [۷] و این امیدواری را ایجاد کرد که می‌توان بار دیگر و این بار بهتر از قبل موفقیت‌های دیگری را در عرصه کنترل و کاهش بار بیماری‌های غیرواگیر و آسیب‌ها به دست آورد، چراکه در آغاز دهه چهارم انقلاب شاهد هستیم [۸] با توسعه شهرنشینی و صنعتی شدن استان‌های کشور، مردم با عوامل خطر متعددی روبرو شده و کنترل آنها در چارچوب درک متقابل بین بخشی و استفاده از ظرفیت‌های استفاده نشده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی میسر خواهد بود.

با مروری بر تجربیات کشورهای پیشرو در این زمینه نتیجه‌گیری می‌شود که بهبود شاخص‌های توسعه اقتصادی و اجتماعی جوامع همراه با بهتر شدن شاخص‌های سلامت مردم همراه بوده است و این ارتباط دو طرفه است به این معنی که بهبود شاخص‌های اجتماعی و اقتصادی به سلامت مردم کمک کرده و مردم سالم‌تر توسعه اقتصادی بهتری را فراهم می‌کنند و این جز با گنجاندن شاخص‌های سلامت جوامع در کنار سایر شاخص‌های توسعه میسر نخواهد بود چرا که از این طریق می‌توان نبض خستگی یا سر زندگی جامعه را پایش کرده و سیاست‌گذار را در تنظیم سیاست‌های عمومی سلامت محور یاری داد. در همین ارتباط کشورهای اسکاندیناوی [۹] مرز همکاری بین بخشی را شکسته و این تعهد را در وزارت‌خانه‌ها و سازمان‌های خود ایجاد کرده‌اند تا به «خود ارزیابی سیاست‌های عمومی» بپردازند تا اجرای سیاست‌های مصوب آنان در محیط، نه تنها ضرری را متوجه سلامت مردم نکند بلکه آن را ارتقا هم بدهد.

لذا با توجه به گسترده بودن تعریف سلامت، رشد شاخص‌های بیماری و مرگ ناشی از شهر نشینی و صنعتی شدن جامعه و نقش شناخته شده عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت مردم، همکاری بین بخشی نظام‌مند ضرورت دارد، تجربیات پروژه‌های شهر و روستای سالم یا پروژه‌های مبتنی بر جامعه در کشور [۱۰] نیز، این امید را ایجاد می‌کند تا با استفاده از تجربیات گذشته بتوانیم در سطح ملی، همکاری جدی‌تری را برای «پیشگیری»، «کاهش عوامل خطر بیماری» و «ارتقای عدالت و برابری در سلامت» شروع کنیم.

در بررسی منابع علمی اثرات حوزه‌های مختلف عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت مردم به صورت جدول شماره یک تعیین شده است. [۱۱]

هدف از ارایه این مقاله مروری گذرا بر تجربیات مداخلات اجتماعی مؤثر بر سلامت مردم در سی سال گذشته جمهوری اسلامی ایران است. برای سهولت جمع‌آوری اطلاعات در این مقاله صرفاً به تحلیل و جمع‌بندی هشت حوزه تکامل دوران کودکی، آموزش، اشتغال، مسکن، حمایت اجتماعی، خدمات بهداشتی، محیط زیست و امنیت غذایی پرداخته شده و سپس عملکرد مدیریت عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت در سطح ملی و استانی قبل از مقطع کنونی تشریح شده و نقش مجلس شورای اسلامی در این ارتباط برای آینده پیشنهاد شده است.



Archive of SID
www.SID.ir

| جدول ۱- اثرات نهایی حوزه‌های عوامل اجتماعی بر سلامت مردم | |
|---|---|
| **حوزه‌ها** | **اثرات نهایی** |
| تکامل دوران کودکی | کیفیت تکامل و مراقبت دوران کودکی افراد، پیشگویی‌کننده سلامت افراد در دوره‌های بعدی زندگی است. |
| آموزش | امید به زندگی بهتر و سلامت بیشتر با آموزش ساکنین جامعه ارتباط دارد. افراد با آموزش بالاتر درآمد بیشتر، دسترسی بهتری به مراقبت‌های بهداشتی و شغل ایمن‌تر دارند. ارزش‌گذاری بیشتر برای آینده (بهبود نگاه به آینده)، اطلاعات و مهارت‌های شناختی بهتر موجبات ترجیح برای رفتارهای کم خطر را در افراد تحصیل کرده فراهم می‌آورد. از سوی دیگر افراد با سطح سواد بالاتر از طبقه اجتماعی بهتر و شبکه اجتماعی قوی‌تری برخوردارند که این خود نیز عاملی در ارتقای سلامت آنها است. |
| اشتغال | اضطراب و افسردگی، غیبت از محل کار و کاهش بهره‌وری، افزایش مراجعه به مراکز درمانی و خود گزارشی، افزایش بیماری‌های قلبی و عوامل خطرزای آن، بیماری‌های ناشی از کار (مشکلات ریوی، سرطان‌های شغلی و ...)، نارضایتی شغلی و خشونت‌های خانگی از جمله عوارض کم‌توجهی سیاست‌گذاران به این حیطه از عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت است. |
| مسکن | در تحقیقات متعدد نشان داده شده است که بین حیطه مسکن و شهرسازی با سلامت جسمی و روانی افراد ساکن ارتباط معنی‌داری وجود دارد. این ارتباط از جنبه‌های بهداشت محل سکونت (دمای خانه، میزان اشعه رادون در محل سکونت، رطوبت و وجود حشرات و جوندگان، بهداشت، آب آشامیدنی سالم، توالت، دوش، آشپزخانه و یخچال، آپارتمان نشینی یا ویلایی)، بهره‌مندی (دسترسی درون خانه، استطاعت خرید یا اجاره و شلوغی شامل فراهمی جا و اتاق)، شهرسازی (دسترسی عادلانه به تسهیلات اجتماعی، کیفیت محیطی شامل آلودگی، ترافیک، مبلمان شهری، فضای سبز، سیمای شهر، سرزندگی و زیبایی)، ایمنی و امنیت (سقوط، مسمومیت درون خانه شامل در دسترس بودن دارو، مواد سربی، گاز گرفتگی، سوختگی، آلودگی هوا، صدا، جرم و جنایت یا ترس از آن در خانه و اطراف محل سکونت) قابل توصیف است. |
| حمایت اجتماعی | حمایت اجتماعی اثرات مثبتی بر کاهش مرگ‌ومیر و جنبه‌های گوناگون سلامت جسمی (کاهش سکته مغزی، پیش‌آگهی بهتر درمان بیماری‌ها)، کاهش ابتلا به بیماری‌های روانی و کاهش غیبت از محل کار دارد. انزوای اجتماعی به بیماری منجر می‌شود. |
| خدمات سلامتی | تأکید بر خدمات بیمارستانی به جای مراقبت‌های اولیه، و استفاده کم از خدمات پیشگیری تخصصی و یا ضعف در اثرگذاری بخش سلامت بر سیاست‌های عمومی سالم، شاخص‌های سلامت را از نظر مرگ و بیماری بدتر می‌کند و هزینه‌های نظام سلامت را به تدریج افزایش می‌دهد. |
| محیط زیست | پنج نتیجه اصلی رفتار انسان‌ها در بی‌توجهی به محیط زیست عبارت است از آب آلوده، خاک آلوده، هوای آلوده، محصولات غذایی آلوده (کشاورزی، دامی و شیلات) و تخریب جنگل. این آلودگی و تخریب اختلال رشد کودکان، بیماری قلبی عروقی و تنفسی، سرطان‌ها، بیماری‌های پوستی، وبا، بیماری‌های ایمنی، عوارض مادرزادی و بیماری‌های چشمی را به دنبال دارد. |
| امنیت غذایی | نتیجه کشاورزی غیر علمی و برنامه‌ریزی نشده عبارت است از: دسترسی ناکافی مردم به میوه‌جات، سبزیجات، لبنیات و گوشت سالم (تغذیه سالم)، زیاد بودن سموم باقیمانده سرطان‌زا در محصولات کشاورزی، وجود مواد غذایی تقلبی، بیماری‌های عفونی مشترک دام و انسان، آلودگی محیط زیست و آب و بیماری‌های شغلی کشاورزان و دامداران. |

## مواد و روش‌ها

این مطالعه توصیفی بوده و بر مبنای داده‌های ثانوی، مرور مستندات و گزارش‌های منتشر شده توسط دستگاه‌ها در مقطع سی سال بعد از پیروزی انقلاب اسلامی ایران بوده است. در ابتدا پس از تشکیل گروه خبرگان هشت حیطه اولویت‌دار در مؤلفه‌های اجتماعی سلامت انتخاب شد و سپس با بررسی متون و منابع علمی در زمینه عوامل اجتماعی مؤثر و همکاری‌های بین بخشی [۱۱]، سؤالات مرتبط در هر حیطه تعیین و نهایی شد. با نامه‌نگاری کتبی، گزارش‌های سی ساله دستگاه‌های مرتبط اجرایی در نظام جمهوری اسلامی ایران

www.SID.ir

گردآوری شد. کلیه گزارش‌ها برای یافتن پاسخ پرسش‌های مندرج در جدول شماره ۲ مطالعه شد که در بخش نتایج فقط به تعدادی از نتایج به دست آمده اشاره شده است.

**جدول ۲- حیطه‌های که عملکرد آن بر سلامت مردم تأثیر دارد و در این مقاله بررسی شده است**

| | بخش‌ها | حیطه‌ها |
|---|---|---|
| ۱ | تکامل دوران کودکی | قوانین و حقوق مرتبط به کودکان، سیاست‌های کلان دولت، مشارکت، سواد بهداشتی خانواده‌ها و والدین، آموزش قبل از مدرسه، کیفیت بازی و تسهیلات اجتماعی مورد نیاز، استانداردهای ایمنی ویژه حوادث و ممانعت از آلودگی‌های مضر در این دوران، تلاش رسانه‌ها |
| ۲ | آموزش | درصد ثبت‌نام و ترک تحصیل در مقاطع مختلف، درصد تحصیلات دانشگاهی، درصد بی‌سوادی مرد و زن، کیفیت آموزش، بهره‌مندی و بهداشت مدارس، امور پرورشی |
| ۳ | اشتغال | درصد بیکاری، ایمنی و ارگونومی کار، جمعیت کار آسیب پذیر (کودکان کار، زنان کار، کم مهارت‌ها، بخش غیر رسمی)، بهره‌مندی از فرصت محل کار برای ارتقای سلامت، بیماری‌های شغلی، استرس در محل کار و امنیت شغلی |
| ۴ | مسکن | بهداشت محل سکونت، بهره‌مندی، شهرسازی، ایمنی و امنیت |
| ۵ | حمایت اجتماعی | شرایط سختی که لازمه حمایت اجتماعی است شامل شش حوزه‌ی «بیماری‌ها، بحران خانوادگی، شرایط اقتصادی، افراد در معرض خشونت، دوره‌های ویژه از زندگی، بحران‌های اجتماعی» است. |
| ۶ | خدمات سلامتی | خدمات جمعیتی و عمومی سلامت، خدمات مراقبت طولانی، خدمات انتهایی زندگی و اقدامات تسکینی و خدمات بالینی پزشکی شامل: مراقبت حاد، مراقبت تحت حاد، مراقبت‌های اولیه، مراقبت ثانویه، مراقبت ثالثیه. در بخش خدمات جمعیتی تحلیل حیطه‌های پایش سلامت، تشخیص و بررسی مخاطرات، اطلاع‌رسانی، آموزش و توانمندسازی، مشارکت مردم، تدوین سیاست و برنامه، قوانین و مقررات محافظ سلامت و تأمین‌کننده امنیت، هدایت مردم برای دریافت خدمات سلامتی مورد نیاز و تضمین تدارک مراقبت‌ها در صورت عدم دسترسی، اطمینان از وجود نیروی کار ماهر جهت خدمات سلامت فردی و عمومی، ارزشیابی خدمات جامعه و فردی و در نهایت تحقیق و نوآوری ضروری است. |
| ۷ | محیط زیست | کشاورزی و دامپروری، صنعت، تغییرات جهانی اثرگذار بر محیط زیست، بازیافت، ایجاد زیر ساخت‌ها و کاربری انرژی |
| ۸ | امنیت غذایی | نظام تولید و نظارت بر کشاورزی، سموم باقیمانده (اثر کیفی)، بیماری‌های مشترک دام و انسان، تقلب غذایی، تولید محصول ارگانیک، سلامت کارکنان کشاورزی، گیاهان دارویی، نگهداری و توزیع مواد غذایی، بیماری‌های گیاهی، دامی و ضایعات کشاورزی (اثر کمی) |

## یافته‌ها

آموزش و پرورش، آموزش عالی و نهضت سوادآموزی [۱۲، ۱۳،۱۴]

☑ درصد باسوادان بالای ده سال از ۴۷/۵ به ۸۴/۶ رسیده است.

☑ اختلاف میزان باسوادی میان زنان و مردان از ۲۳/۴ به ۸/۴ درصد و اختلاف میزان باسوادی میان شهر و روستا از ۳۵ به ۱۳/۸ درصد کاهش یافته است.

☑ نهضت سواد آموزی ایران که مأموریت اصلی آن باسواد کردن بزرگسالان بی‌سواد است به سبب فعالیت‌های درخشان خود توانسته است ۵ نشان بین‌المللی از یونسکو و آیسسکو دریافت دارد.

☑ بیش از ۷۷/۷ درصد از سوادآموزان نهضت سواد آموز در گروه‌های سنی زیر ۴۰ سال قرار داشته‌اند.

☑ تا پایان سال ۱۳۸۶ در حدود ۵۰۰۰ روستا و شهر که میزان باسوادان آنها به ۹۷ درصد رسیده است جشن شکرگزاری بر پا داشته‌اند.



www.SID.ir

☑ سازمان نهضت سواد آموزی در چشم‌انداز خویش توسعه و ارتقای کیفیت پژوهش‌ها و برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری بر مبنای نتایج پژوهشی را در دستور دارد.
☑ بیش از ۱۳ هزار روستا در مناطق محروم تحت پوشش آموزش رایگان ( از راه دور) قرار گرفته‌اند.
اولویت دادن به ریشه‌کنی بی‌سوادی در اقشار مولد (زیر ۴۰ سال)، اجباری کردن آموزش ابتدایی برای کلیه کودکان ۶ تا ۱۰ ساله، حمایت مالی از فعالیت‌های بخش‌های غیردولتی در آموزش ابتدایی با ارایه تسهیلات بانکی، استفاده از نیروهای سرباز معلم، تغذیه رایگان دانش‌آموزان مدارس شبانه‌روزی و استفاده از روش‌های آموزشی حضوری و غیرحضوری برای ارائه خدمات آموزشی در نقاط دور افتاده، توسعه فضاهای آموزشی با اولویت روستاها به ویژه برای کودکان از جمله سیاست‌های بخش آموزش عمومی و سواد آموزی است.
در سه دهه گذشته رشد برجسته تعداد دانشگاه‌های علوم پزشکی در کلیه استان‌های کشور به ویژه استان‌های محروم، افزایش تعداد دانش‌آموختگان گروه‌های علوم پزشکی به ویژه زنان و ایجاد امکانات و قوانین مربوط به حضور این فارغ‌التحصیلان در مناطق محروم از جمله موفقیت‌های بخش آموزش پزشکی است.
نقش واحدهای دانشگاه آزاد اسلامی در دور افتاده‌ترین نقاط کشور در افزایش سطح سواد عالی مردم و دسترسی مردم مناطق محروم به تحصیل دانشگاهی را نمی‌توان در افزایش امید به زندگی مردم کشور بی‌تأثیر دانست.
کمیته امداد امام خمینی (ره) [۱۵]
کمیته امداد امام خمینی ۲۲ روز پس از پیروزی انقلاب اسلامی ایران با هدف یاری دادن به محرومان و مستضعفان و خودکفا کردن آنان تأسیس شد و اینک بیش از ۸۵ درصد نیازمندان برنامه‌های حمایتی را تحت پوشش خود دارد. خدمات این نهاد کمک به برقراری عدالت در برخورداری از منابع و کاستن از آسیب‌پذیری‌های ناشی از فقر است. که در چارچوب طرح‌های گوناگون در اختیار نیازمندان قرار می‌گیرد. مانند:
☑ طرح مددجویی (برای اقشار نیازمند، ایتام، از کارافتادگان، معلولان، ...)
☑ طرح حمایت از زنان سرپرست خانوار
☑ طرح شهید رجایی برای کمک به افراد بالاتر از ۶۰ ساله روستایی و عشایری و خانواده‌های آنان
☑ طرح حمایت از زندانیان و محکومان نیازمند و جبران دیه
☑ طرح اشتغال و خودکفایی مددجویان از طریق دادن وام و کمک‌های مالی
☑ بیمه و خدمات بهداشتی درمانی
☑ خدمات عمرانی به صورت تأمین مسکن و نوسازی و بهبود مسکن روستایی
☑ تأمین جهیزیه و کمک هزینه ازدواج
☑ پرداخت وام‌های قرض‌الحسنه
همگی این طرح‌ها در جهت تعمیم عدالت اجتماعی، فقرزدایی و کمک به محرومان اجرا می‌شود و پوشش آنها دائماً رو به گسترش بوده است.

## محیط زیست [۱۶ ، ۱۷]

یکی از مهم‌ترین اقدام‌ها، اصلاح قوانین و مقررات ناظر بر محیط زیست در چارچوب برنامه‌های سوم و چهارم توسعه اقتصادی اجتماعی و فرهنگی کشور، اصلاح قانون آلودگی هوا، پروتکل برون مرزی مواد زاید و خطرناک (از ملحقات کنوانسیون کویت)، پروتکل کیوتو (درباره گازهای گلخانه‌ای)، کنوانسیون‌های روتردام و استکهلم بوده است.
برخی از قوانین و آیین‌نامه‌های محیط زیست، مانند آیین‌نامه‌های ناظر بر آلودگی‌های صوتی و مدیریت پسماند بر سلامت مردم اثر مستقیم دارند. سازمان محیط زیست در چارچوب «برنامه عزم ملی برای حفاظت محیط زیست» به تشکیل کمیته‌های بین بخشی و از این راه جلوگیری از تخریب محیط زیست دست زده است. در این سال‌ها بیش از ۸۰۰ طرح پژوهشی به اجرا گذارده شده است.

## وزارت مسکن و شهرسازی [۱۸]

اقدامات وزارت مسکن در راستای تأمین مسکن مردم به طور خلاصه به شرح زیر بوده است:
۱- واگذاری زمین ارزان قیمت در شهرهای مختلف
۲- ایجاد بنیاد مسکن، (کمک‌های مردمی) و پرداخت یارانه مسکن
۳- ساخت واحدهای مسکونی استیجاری و اجاره به شرط تملیک
۴- ایجاد صندوق‌های مختلف مسکن کارگری، رزمندگان، فرهیختگان و ...
۵- آیین نامه‌های ساخت مسکن مقاوم

## وزارت کار و امور اجتماعی [۱۹]

یکی از وظایف اساسی این وزارت خانه سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی برای کاهش بیکاری و افزایش امنیت شغلی است. از جمله سیاست‌های دسترسی به فرصت‌های شغلی:
۱- کاهش سهم کارفرما در بیمه و مالیات برای تشویق آنها در استخدام نیروی کار
۲- تسهیل اعزام نیروی کار به خارج

Archive of SID

www.SID.ir

۳- گسترش خوداشتغالی و کسب و کار کوچک:
☑ تسهیلات زود بازده برای افراد
☑ فراهم کردن زمینه‌های اشتغال پایدار برای نیروی‌های کار مازاد روستایی
۴- حمایت از توسعه بخش تعاون
۵- تقویت مشارکت بخش خصوصی در فعالیت‌های اقتصادی
۶- در برنامه‌های اجرایی وزارت کار و امور اجتماعی از جمله به موارد زیر اشاره شده است:
☑ تحقیق و تجزیه و تحلیل مسائل گوناگون بهداشت کار و بیماری‌های حرفه‌ای ...
☑ سنجش شرایط محیط کار و اندازه‌گیری عوامل زیان‌آور و تهیه دستور عمل‌های ایمنی و بهداشت کار

## چالش‌های این بخش:

۱- بحران اقتصادی، رکود مزمن، قاچاق کالا و کمبود نقدینگی در بخش صنعت
۲- به فروش نرفتن محصولات تولید شده در صنایع نساجی، مصالح ساختمانی و مواد غذایی
۳- تعامل ضعیف گروه‌های کارگر و کارفرما
۴- کمبود نیروی انسانی متخصص و مجرب
۵- آشنا نبودن برخی از اعضای مراجع حل اختلاف با مقررات و قانون کار
۶- اختلاف نظرهای متعدد با وزارت رفاه و تأمین اجتماعی در برخورد با قانون بیمه بیکاری
۷- جوان بودن جمعیت کشور و عدم تناسب شمار جویندگان کار و فرصت‌های شغلی
۸- اشتغال اتباع خارجی غیر مجاز و در عین حال پیامدهای زیانبار ناشی از اخراج یکباره آنان از بازار کار
۹- فقدان شبکه ارتباطی میان مراکز خدمات اشتغال/ مکانیزه نمودن فعالیت‌ها
۱۰- فقدان انگیزه در میان شاغلان مراکز کاریابی برای افزایش عملکرد
۱۱- کمبود آموزش‌های ترویجی فنی و حرفه‌ای
۱۲- کمبود نیروی کار مناسب و تحصیلکرده
۱۳- ضعف بنیه علمی کارکنان بخش اشتغال

برای کمک به سلامت کار و کارگر مرکز تحقیقات و تعلیمات حفاظت و بهداشت کار وزارت کار و امور اجتماعی آزمایش پاراکلینیکی و تشخیص مسمومیت‌های ناشی از کار، اسپیرومتری برای تشخیص بیماری‌های ریوی ناشی از کار و شنوایی سنجی کارگران را در برنامه کار خویش دارد.

بخش فرهنگی و امور اجتماعی وزارت کار و امور اجتماعی توجه به مسائل رفاهی، ورزش و تفریحات کارگران، ایجاد خانه‌های بهداشت کارگری و مراکز نگهداری کودکان را در دستور کار خود دارد. سامان‌دهی ورزش کارگری، سامان‌دهی اوقات فراغت خانواده‌های کارگران و اصلاح و توسعه نظام بهداشت و ایمنی شغلی از جمله فعالیت‌های این بخش است.

وزارت کار و امور اجتماعی از سال ۱۳۶۶ با توزیع بن کارگری به اقدام حمایتی مؤثر از کارگران دست زده است.

وفق مصوبات کنوانسیون ممنوعیت کار کودکان، تعدیل نرخ بیکاری در استان‌ها و سطح ملی و کاهش میزان بیکاری در میان زنان از جمله اقدام‌هایی است که به بسط عدالت کمک می‌کند.

## وزارت رفاه و تأمین اجتماعی [۱۸، ۲۰ ، ۲۱]

وزارت رفاه و تأمین اجتماعی، از شهریور ماه ۱۳۸۳ برای برخوردار ساختن مردم از خدمات رفاه و تأمین اجتماعی پدید آمد. این وزارتخانه ستادی است برای هماهنگی بین بخشی سازمان‌های بیمه‌ای، حمایتی و امدادی از جمله (اجتماعی و سلامت)، بازنشستگی کشور و لشگری، کمیته امداد امام خمینی، بنیاد شهید و امور ایثارگران، هلال‌احمر و ... که هر یک پیشینه چند ده ساله‌ی کار و فعالیت‌اند. فراگیر ساختن تأمین اجتماعی، تعیین خط فقر و تدوین برنامه‌های فقرزدایی، طراحی برنامه‌های اشتغال، آموزش مهارت‌های شغلی، ارتقای مشارکت نهادهای غیر دولتی و خصوصی در فقرزدایی، تأمین غذای سالم و کافی، تضمین خدمات بهداشتی درمانی و توانبخشی رایگان، تأمین مسکن ارزان قیمت و اطمینان یافتن از آموزش زیر ۱۸ سالگان در سه دهک پایین درآمدی و ایجاد فرصت‌های اشتغال روستانشینان و عشایر از مأموریت‌های این وزارتخانه است.

بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی در سال ۱۳۸۶: ۲۷/۸۳۰/۹۱۶ نفر
بیمه‌شدگان سازمان بیمه خدمات درمانی در سال ۱۳۸۶: ۳۹/۳۹۲/۹۰۵

سازمان بهزیستی کشور که در ماه‌های پایانی سال ۱۳۵۹ شکل گرفت سازمانی حمایتی است که از طریق بودجه عمومی به افراد ناتوان و محروم جامعه کمک می‌کند. از جمله خدمات این سازمان می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

**الف- در امور اجتماعی**

- کمک به شهریه دانشجویان خانواده‌های نیازمند و دچار ناتوانی
- تأمین مسکن مددجویان


Archive of SID
www.SID.ir

– تأمین سبد مطلوب غذایی اقشار نیازمند:
■ تهیه یک وعده غذای سالم به کودکان مهدهای روستایی
■ توزیع بن غیرنقدی کالاهای اساسی
■ توزیع آرد یارانه‌ای
■ توزیع شیر خشک رایگان
– پرداخت مستمری برای تأمین حداقل معیشتی خانواده‌های نیازمند
– آموزش مهارت‌های شغلی
– نگهداری فرزندان
– حمایت‌های اجتماعی
■ مهدکودک در سکونت گاه‌های غیررسمی
■ در مناطق آسیب‌خیز
■ پایگاه سلامت اجتماعی

**ب– امور فرهنگی و پیشگیری**

– خدمات امور پیشگیری در معلولیت‌ها
– مشاوره و مددکاری اجتماعی
– توانبخشی مبتنی بر جامعه
– امور درمان و زیان‌کاهی اعتیاد
– امور پیشگیری و کنترل ایدز

**ج– امور توانبخشی**

– امور معلولان ذهنی
– توانبخشی بیماران روانی مزمن
– توانبخشی سالمندان

در مجموع سیاست‌های فقر زدایی و رفاه اجتماعی در سه دهه گذشته به شرح زیر بوده است:

☑ بیمه اقشار مختلف: کارکنان دولت، کارگران، کارگران ساختمانی، رانندگان تاکسی و جاده‌ای، روستائیان (درمان بیمارستانی)، بیمه بستری شهری (درمان بیمارستانی)

☑ بیمه کمیته امداد امام خمینی (ره): بیمه درمان به علاوه پرداخت مستمری به کودکان یتیم، زنان سرپرست خانوار، روستائیان بالای ۶۵ سال

☑ ارتقای بیمه درمان روستائیان با اضافه کردن درمان سرپایی به بیمه روستائیان، پزشک خانواده و سیستم ارجاع

☑ تسهیلات برای مهاجرت معکوس از شهرها به روستاها

☑ طرح رابطین بهداشتی در شهرها با مشارکت ۱۰۰ هزار نفر و برنامه همیاران سلامت روان در حدود ۳۰۰۰ نفر و ...

☑ برنامه‌های ساماندهی کارتن خواب‌ها و ایجاد نوانخانه‌ها و گرم خانه‌ها

☑ اختصاص مستمری برای سالمندان روستایی از محل افزایش قیمت بنزین

معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی رئیس جمهور در گزارش تحولات اقتصادی اجتماعی کشور موارد زیر را منتشر کرده است: [۲۲]

۱– طول شبکه آب‌رسانی در ده ساله‌ی ۱۳۷۳تا ۱۳۸۲ تقریباً ده برابر شده است.

۲– تعداد مشترکان برق از ۳/۴ میلیون در سال ۱۳۵۷ به ۱۸/۸ میلیون در سال ۱۳۸۳ رسیده است. تعداد خانوارهای روستایی دارای برق از ۴۳۹۵ خانواده در سال ۱۳۵۷ به ۴/۴۲۷/۸۴۹ خانوار در سال ۱۳۸۵ رسیده است.

۳– تعداد تلفن‌های مشغول به کار از ۷۶۱۳۰۴ در سال ۱۳۵۷ به ۱۷۷۹۸۸۰۹ در سال ۱۳۸۳ رسیده است.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و مجلس شورای اسلامی نیز برای مدیریت عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت تجربیات و اقداماتی انجام داده‌اند که برجسته‌ترین آنها به شرح جدول شماره ۳ است.

**جدول ۳– اقدامات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و مجلس شورای اسلامی در زمینه مؤلفه‌های اجتماعی سلامت قبل از سال ۱۳۸۸**

| اقدامات اساسی در جهت مدیریت عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت قبل از ۱۳۸۸ |
|---|
| ☑ تجربه مؤثر همکاری بین بخشی در برنامه‌های روستای سالم، شهر سالم و برنامه‌های توانمندسازی زنان |
| ☑ تشکیل شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور و شوراهای متناظر در ۳۰ استان کشور از ۴ سال پیش |
| ☑ تشکیل دبیرخانه عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت در وزارت بهداشت از دو سال قبل |
| ☑ آزمایش «برنامه‌ریزی سلامت استان با رویکرد عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت» در استان قزوین |
| اقدامات مجلس شورای اسلامی در عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت در طول ۳۰ سال گذشته |
| ☑ بررسی و تصویب قوانین برنامه‌های پنج ساله توسعه اول، دوم، سوم و چهارم کشور (این برنامه‌های اغلب محورهای مؤثر بر سلامت را به ویژه در بخش اشتغال، مسکن، حمایت اجتماعی، خدمات سلامت، محیط زیست و امنیت غذایی در برمی‌گیرد) |

Archive of SID

www.SID.ir

- ☑ حمایت از توسعه شبکه‌های بهداشتی کشور در مناطق روستایی
- ☑ مشارکت نمایندگان مجلس و به ویژه رئیس کمیسیون بهداشت و درمان مجلس در شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور
- ☑ تصویب قوانین کنترل جمعیت بیمه همگانی خدمات درمانی
- ☑ تصویب قانون تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (ادغام نظام ارایه خدمات سلامتی با آموزش پزشکی)
- ☑ تصویب حداقل سی قانون در راستای اعتلای حقوق زنان در کشور

**جدول ۴- تغییرات شاخص‌های مهم در مؤلفه‌های اجتماعی سلامت در سی سال پس از انقلاب**

| | بخش‌ها | شاخص‌های نمونه | سال ۱۳۵۷ | سال ۱۳۸۷ |
|---|---|---|---|---|
| ۱ | جمعیتی | امید به زندگی | ۵۵ سال | ۷۲ میانگین زن و مرد (۷۳/۱ زنان و ۷۱ مردان) |
| | | رشد جمعیت | ۳/۵ (۱۳۶۴) | ۱/۶ (۱۳۸۵) |
| | | جمعیت شهری | حدود ٪۳۰ | ٪ ۶۸/۴۸ |
| | | جمعیت روستایی | حدود ٪۷۰ | ٪۳۱/۳۴ |
| | | شاخص توسعه انسانی | ۰/۵ | ۰/۷۴۶ |
| | | جمعیت | ۳۳ میلیون | ۷۱ میلیون |
| ۲ | سلامت | مرگ نوزادان (منبع ۲۳ و ۲۵) | ۳۹/۸ در هزار تولد سال ۵۷ و ۲۸ در هزار تولد سال ۵۴ | ۱۶ در هزار تولد |
| | | مرگ شیرخواران | ۹۱ در هزار تولد (۱۳۵۴) (۲۵) | ۲۸/۶ (۱۳۷۹) |
| | | مرگ زیر ۵ سال (منبع ۲۴) | ۱۱۰ در هزار تولد | ۳۳ در هزار تولد (در سال ۱۳۷۹ عدد ۳۶) |
| | | مرگ مادران | بیش از ۲۵۵ در ۱۰۰ هزار تولد زنده | ۲۴/۶ در صد هزا ر تولد زنده (۱۳۸۴) |
| ۳ | آموزش | باسوادی (بالای ده سال) | ٪۴۷/۵ | ٪۸۴/۶ |
| | | اختلاف میزان باسوادی زنان و مردان | ۲۳/۴ | ٪۸/۴ |
| | | اختلاف میزان باسوادی میان شهر و روستا | ٪۳۵ | ٪۱۳/۸ |
| | | باسوادی مردان (بزرگسالان- بالای ۱۵ سال) | – | ٪۸۷/۲ |
| | | باسوادی زنان (بزرگسالان – بالای ۱۵ سال) | – | ٪۷۷/۲ |
| | | دانشکده پزشکی | ۹ | ۵۱ (۳۷ مورد مربوط به وزارت بهداشت) |
| | | دانشگاه‌های علوم پزشکی | – | ۴۸ |
| | | هیأت علمی علوم پزشکی | ۲۵۵۲ | ۱۰۷۴۴ (٪۳۱ خانم‌ها هستند) |
| | | تعداد دستیاران رشته‌های تخصصی در کشور | – | ۵۵۴۲ (٪۵۰ خانم‌ها هستند ) |
| ۴ | اشتغال | بیکاری | – | ۱۱/۲ (۱۳۸۵) |
| | | بیکاری زن | – | ۱۵/۹ |
| | | بیکاری مرد | – | ۱۰ |
| | | بیکاری روستائیان | – | ۷/۱ (مردان) – ۱۳/۴ (زنان) |


www.SID.ir

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ۵ | خدمات بهداشتی | تعداد پزشک | – | ۶۴۷۵۳ پزشک مرد و ۲۹۶۵۶ پزشک زن (نظام پزشکی-۱۳۸۶) |
| | | دندانپزشک و داروساز | – | ۱۹۸۷۰ مرد و ۱۲۳۶۹ زن (نظام پزشکی-۱۳۸۶) |
| | | پیراپزشکان | – | بیش از ۱۷۰ هزار نفر |
| | | بهورز | – | بیش از ۲۷ هزار نفر |
| | | خانه بهداشت | – | بیش از ۱۷ هزار واحد (۱۳۸۶) |
| | | رابطین بهداشتی | – | بیش از ۱۰۰ هزار نفر (۱۳۸۶) |
| | | مرکز بهداشتی و درمانی روستایی | – | ۲۴۰۷ مرکز |
| | | مرکز بهداشتی و درمانی شهری | – | ۲۱۸۶ مرکز |
| | | درصد دسترسی روستائیان به خدمات بهداشتی و درمانی | – | ٪ ۹۵ (۱۳۸۶) |
| | | درصد دسترسی کل شهرنشینان به خدمات بهداشتی و درمانی | – | ٪ ۱۰۰ |
| ۶ | عمرانی | درصد کل روستائیانی که به آب آشامیدنی سالم دسترسی دارند | – | ٪ ۹۱ (۱۳۸۵) |
| | | درصد کل شهرنشینان که به آب آشامیدنی سالم دسترسی دارند | – | ٪ ۹۸/۵ (۱۳۸۶) |
| | | میانگین دسترسی روستائیان و شهرنشینان به آشامیدنی سالم | – | ٪ ۸۹/۲ (۱۳۸۴) |
| | | درصد کل کشور که به sanitation دسترسی دارند | – | ٪ ۸۴ (۱۳۷۹) |
| | | برق | ۳/۴ میلیون | ۱۹ میلیون |
| | | تلفن ثابت در روستاها | – | ۵۱/۰۰۰ نقطه روستایی |
| | | تلفن ثابت | ۷۶۱۳۰۴ | بیش از ۱۸ میلیون |
| | | استفاده از گاز | صفر | بیش از ۷۰٪ شهرها |
| | | تلفن همراه | – | ۱۵/۵۰۰/۰۰۰ مشترک |

## بحث و نتیجه‌گیری

نظام جمهوری اسلامی ایران در سی سال گذشته به موفقیت‌های چشمگیری در شاخص‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت دست یافته است:

☑ سواد مردم و توسعه آموزش عالی در دور افتاده‌ترین نقاط کشور

☑ افزایش دسترسی مردم و گروه‌های شغلی مختلف به منابع مالی جهت تهیه مسکن علی رغم دو برابر شدن جمعیت کشور

☑ بهبود شاخص‌های سلامت مادر و کودک. مرگ‌ومیر نوزادان، مرگ‌ومیر زیر ۵ سال و مرگ زنان باردار

☑ گسترش خدمات سلامت از طریق تربیت پزشکان عمومی و پیراپزشکان مرد و زن

☑ افزایش میانگین امید به زندگی افراد از ۵۵ سال در سال ۱۳۵۷ به ۷۲ سال در سال ۱۳۸۷

☑ توسعه حمایت‌های اجتماعی از طریق گسترش خدمات شبکه کمیته امداد و بیمه‌های اجتماعی

☑ توسعه تسهیلات ارتباطی تلفن، برق، آب بهداشتی در روستاها

☑ پوشش رسانه‌ای رادیو و تلویزیون و ایجاد ۳۰ شبکه رادیو و تلویزیونی استانی

www.SID.ir

گام‌های آینده برای ارتقای مدیریت عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت و عدالت در سلامت برای بخش مجری خدمات سلامت به شرح زیر خواهد بود:

☑ توسعه نظام شبکه‌های بهداشتی درمانی با محوریت پزشک خانواده و تشکیل شوراهای همکاری بین بخشی منطقه‌ای برای رسیدگی به عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت

☑ تدوین اهداف عملیاتی برای هر یک از دستگاه‌های اجرایی در بخش دولتی

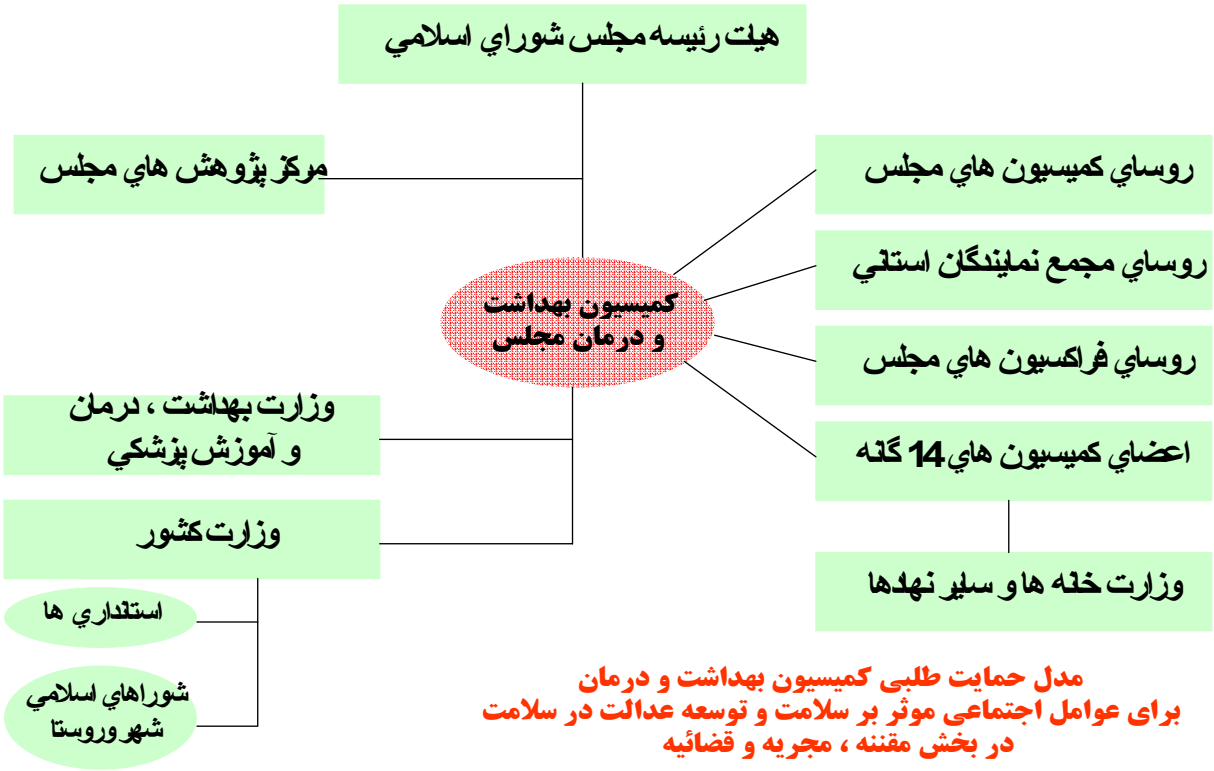
☑ تعیین نقش کمی و سهم دستگاه‌های اجرایی در سلامت کشور با مشارکت خود سازمان‌ها

☑ تدوین دوره‌های آموزشی توانمندسازی در برنامه ریزی استانی سلامت با رویکرد عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت ویژه استانداری‌های کشور

☑ تدوین نظام «ارزیابی اثرات سلامتی سیاست عمومی کشور» و تصویب آن در شورای عالی سلامت و امنیت غذایی

☑ تعیین اولویت‌های تحقیقاتی در زمینه عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت

آنچه باید بیش از همه در این مقاله بر آن تأکید شود نقش مجلس شورای اسلامی در توسعه عدالت در سلامت و برجسته‌تر کردن نقش عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت در برنامه‌ها و قوانین کشوری است، خوشبختانه قوانین جمهوری اسلامی خود مبنای عدالت اجتماعی است و در حال حاضر نه تدوین قانون جدید بلکه باید نظارت بر حسن اجرای آن هدف اصلی باشد. بر اساس مدل‌های رایج حمایت طلبی [۲۶] نمودار روبرو را می‌توان برای رایزنی و جلب حمایت کمیسیون بهداشت و درمان مجلس با سایر بخش‌ها پیشنهاد نمود.




**نمودار شماره ۱- مدل حمایت طلبی کمیسیون بهداشت و درمان برای مؤلفه‌های اجتماعی سلامت**

بر اساس این مدل مهم‌ترین جهت‌گیری‌های مجلس شورای اسلامی در زمینه مؤلفه‌های اجتماعی سلامت با محوریت کمیسیون بهداشت و درمان در آینده به شرح زیر خواهد بود:

۱- ایجاد نظام پایش و ارزشیابی برنامه‌های توسعه پنج ساله کشور از نظر رعایت اصول عدالت در سلامت

۲- همکاری مرکز پژوهش‌های مجلس با کمیسیون بهداشت و درمان مجلس در زمینه تولید شواهد علمی برای تعیین اثرات قوانین



www.SID.ir

مدون بر سلامت مردم و انتشار آنها بین کمیسیون‌ها برای تحت تأثیر قرار دادن قوانین موجود

۳- پیگیری کمیسیون بهداشت و درمان مجلس از وزارت بهداشت در مورد فعال سازی بیش از پیش شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور

۴- تعامل فعال کمیسیون بهداشت و درمان مجلس با وزارت کشور از دو جنبه زیر:

☑ برجسته کردن نقش استانداری‌ها و معاونت‌های برنامه‌ریزی استانداری در توسعه عدالت در سلامت و برنامه‌ریزی با رویکرد عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت

☑ مذاکره برای رفع خلاءهای قانونی مشارکت شوراهای اسلامی شهر و روستا در توسعه سلامت و همچنین بها دادن به مشارکت‌های جمعی مردم تحت عناوین کانون‌های خیریه و سازمان های مردم نهاد

۵- جلسات مشترک کمیسیون بهداشت و درمان با کمیسیون‌های چهارده گانه مجلس در زمینه عوامل اجتماعی مرتبط (جدول شماره ۵) به هر کمیسیون برای ایجاد نگاه سلامت محور در تدوین قوانین شامل تصویب قوانین حمایتی، نظارت بر وظایف قانونی دستگاه‌های اجرایی و نظارت بر پیشرفت اهداف و برنامه های توسعه

۶- ایجاد نظام دیده‌بانی شاخص‌های عدالت در سلامت در مجلس

**جدول ۵- نقش‌های کلیدی هر یک از کمیسیون‌های تخصصی مجلس در مؤلفه‌های اجتماعی سلامت**

| شماره | کمیسیون‌ها | نقش‌ها: تصویب قانون حمایتی، نظارت بر وظایف قانونی و اهداف برنامه‌های توسعه هر بخش برای: |
|---|---|---|
| ۱ | آموزش و تحقیقات | نقش آموزش عمومی و عالی در سلامت، توسعه امکانات آموزشی در گروه‌های محروم اجتماعی و جغرافیایی |
| ۲ | اجتماعی | مسکن، تفریحات، اشتغال و ناامنی شغلی، خدمات حمایتی |
| ۳ | اصل ۹۰ قانون اساسی | نظارت بر شیوه مشارکت مردم و خیرین، پاسخگویی مسؤولان بهداشت و درمان به مردم، حقوق و تکالیف سلامتی مردم |
| ۴ | اقتصادی | سرمایه‌گذاری خارجی در ایران و ایجاد اشتغال، تورم و ... |
| ۵ | امنیت ملی و سیاست خارجی | بررس نقش تحریم‌ها در سلامت مردم و سیاست‌های تحدیدی |
| ۶ | انرژی | توسعه دسترسی به انرژی و نحوه مصرف بهینه آن |
| ۷ | برنامه و بودجه | عادلانه شدن سهم بهداشت و درمان از درآمد ناخالص ملی، نهادینه کردن بودجه‌های سلامت محور دستگاه‌ها و نحوه تخصیص و هزینه کرد |
| ۸ | بهداشت و درمان | دیده‌بانی شاخص‌های عدالت در سلامت و نقش حمایت طلبی برای سایر کمیسیون‌ها، مرور برنامه‌های حوزه سلامت از نظر رعایت عدالت |
| ۹ | تحقیق | تحقیق و تفحص از کلیه دستگاه‌هایی که در سیاست‌های خود سلامت مردم و محیط را مد نظر قرار نداده‌اند. |
| ۱۰ | صنایع و معادن | تسهیلات قانونی برای سلامت کارکنان، حمایت از صنعت سلامت محور |
| ۱۱ | عمران | توسعه تسهیلات بهداشتی درمانی و دسترسی به آن از طریق توسعه بخش ترابری |
| ۱۲ | فرهنگی | رسانه حامی سلامت، برنامه‌های ملی سلامت محور در بخش فرهنگ |
| ۱۳ | قضایی و حقوقی | پیشگیری از جرم، تخلفات بهداشتی کلیه تولیدکنندگان |
| ۱۴ | کشاورزی، آب و منابع طبیعی | محیط زیست، امنیت غذایی، حفظ منابع آب |

بدون شک موج دوم بهبود شاخص‌های سلامت در کشور در دهه چهارم بعد از پیروزی انقلاب اسلامی در گرو ایجاد نگاه سلامت محور در هر سه قوه مقننه، مجریه و قضائیه است و در این راه نارسایی‌های آماری و اطلاعاتی همواره به عنوان چالش و فرصت بهبود مطرح است که باید برای آن چاره‌ای اندیشید.

www.SID.ir

## مراجع


1- Detels R. at al. Oxford Textbook of Public Health. Fourth edition. Oxford University Press. 2004

2-3- Mckenzie J, Neiger B, Smeltzer J. Planning, Implementing & Evalating Health Promotion Programs. San Francisco, Pearson Education Inc. 2005.

4-5- Elizabeth T. Anderson Judith McFarlanr. Community As Partner, theory and practice in nursing. 5th edition. Lippincott Williams & Wilkins. 2008.

6- Michael M. and Richard G. Wilkinson. Social Determinant of Health. Oxford University Press.1999.

7- The First Millennium Development Goals Report. Achivement and Chaleges. Management and Planning Organization and the United Nations, Tehran. (2004)

8- Naghavi M and et al. National Burden of Disease. Deputy of Health. Ministry of Health and Medical Education. 2007. (Persian)

9- Timo S. et al. Health in all Policies, Prospects and Potentials. Ministry of social affairs and health. 2006.

10- Motevalian A. at al. Evaluation of Community Based Intiative (CBI) in Islamic Republic of Iran. WHO. 2009 (Persian)

11- Damri B, zeinaloo A, Mahram M. A way to healthy development of province: comprehensive health plan of Qazvin province. Teb & Jame-e Pub. 2009. (Persian)

12- Achievements of education movement since past 3 decades. Education movement organization. 2008. (Persian)

13- I.R. Iran Ministry of Education performance report, 30 years after Islamic revolution. General directorate of public affairs. 2008. (Persian)

14- The main achievements of I.R. Iran ministry of education. General directorate of public affairs. 2008. (Persian)

15- Introduction to Imam Khomeini Relief Foundation. Simaye Emdad 8. Deputy for planning and parliament affair. 2008. (Persian)

16- Shafyei F and et al. Performance of department of environment in 9th Govermnet (2005-2007). department of environment Pub. 2007. (Persian)

17- Zakaei M. 8 years performance of department of environment (1997-2005). department of environment Pub. 2006. (Persian)

18- Motlagh E, Olyaeimanesh A, Behshtian M. Health and it's social determinants. Movafagh Pub. 2008. (Persian)

19- Performance year book of Ministry of Labor and Social Affairs (1997-2004 & 2005-2007). Ministry of labor and social affairs Pub. (Persian)

20- Performance report of Ministry of Welfare and Social Security (2004-2006). Deputy for management development and parliament affairs. 2007. (Persian)

21- Statistics year book of Ministry of Welfare and Social Security. 2008. (Persian)

22- Socioeconomic evolutions of Iran from statistics viewpoint. Management and planning organization, Iran statistics Center. 2005. (Persian)

23- Naghavi M. Health transition in Iran. Iranian Journal of Epidemiology. 2006. Vol 3. (Persian)

24- Khosravi A and et al. Health profile of I.R. Iran. Ministry of Health and Medical Education. 2009. (Persian)

25- Malekafzali H. Mother and child health of I.R.Iran. UNISEF Pub. 1992. (Persian)

26- Delavari A, Damari B, Vosoogh Moghaddam A. Principles and techniques of advocacy in health system. Teb & Jame-e Pub. 2009. (Persian)


Archive of SID



www.SID.ir