

جامعه شناسی پزشکی و عوامل اجتماعی موثر بر سلامت

Social Determinants Of Health

ویژه دانشجویان ارشد جامعه نگر دانشگاه تبریز

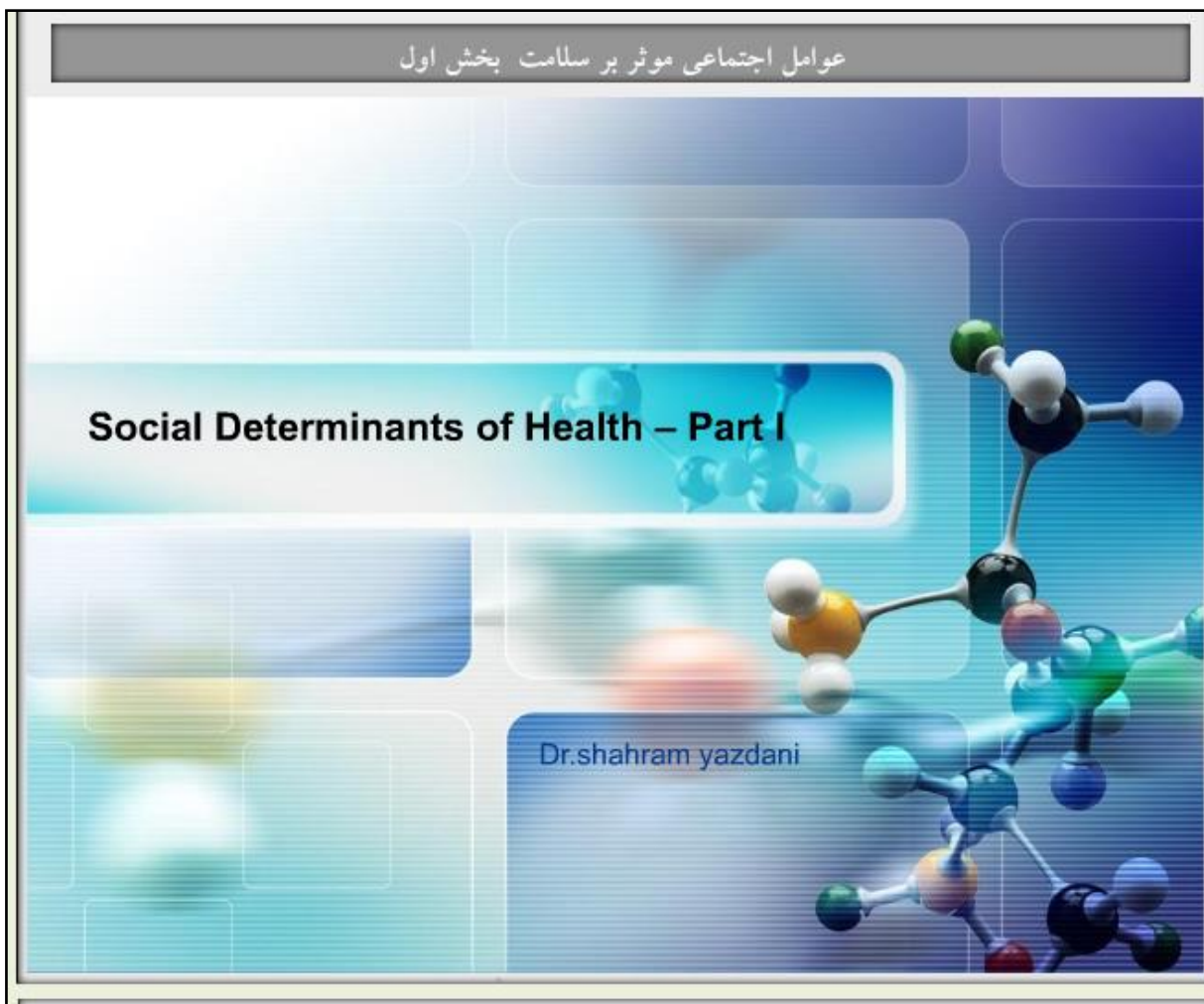
استاد: دکتر شهرام یزدانی

تنظیم: دانشجویان ارشد جامعه نگر دانشگاه همدان

بهمن ماه ۹۴

جامعه‌شناسی پزشکی و عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت
(جلسه اول)

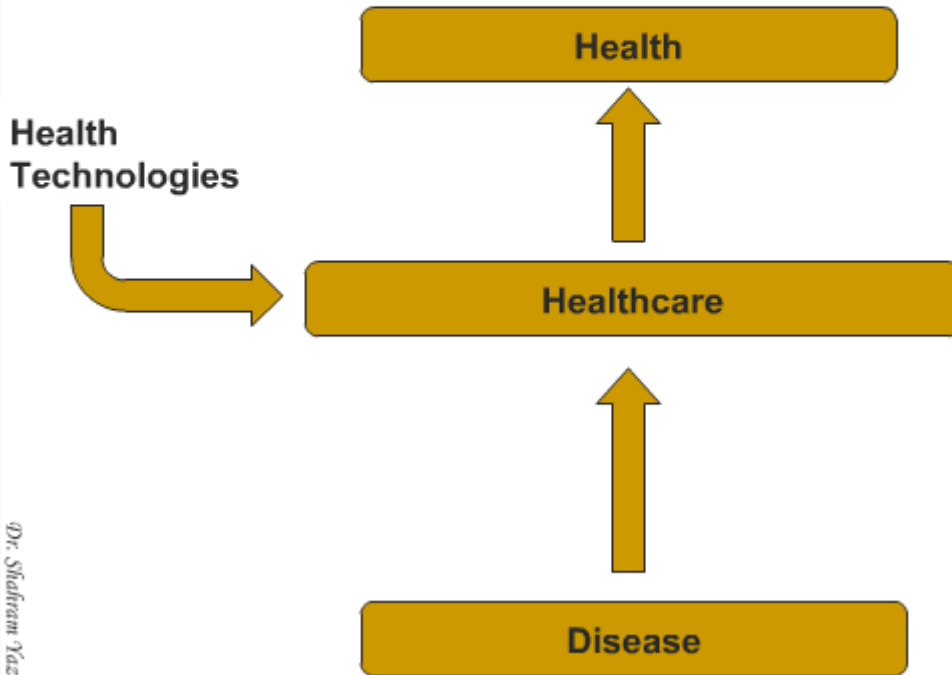
۱. تاکید بر نقش رفتارهای سلامت در ارتقاء سلامت
۲. تشکیک در نقش فناوریها در ارتقاء سلامت



اسلاید اول:

بسم الله الرحمن الرحيم. اولین گفتار از مجموعه مباحث جامعه‌شناسی پزشکی و عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت را خدمتتان خواهیم داشت. در این مبحث یک مقدمه‌ای بر مفهوم عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت را خدمتتان ارائه خواهیم داد.

From Disease to Health



Dr. Shafrim Yazdani

اسلاید دوم:

به عنوان یک اصل کلی ما مدلی که به صورت سنتی در طب ارزش استفاده کردیم و برای چندین قرن مدل حاکم بر طب بوده مدلی است که حول مفهوم بیماری و مراقبت های سلامت شکل گرفته. طبق این مدل ساده شده آنچه که مشکل ما هست و ما باید با آن مواجه کنیم بیماری هست و آنچه برای مواجهه در دست داریم مراقبت های سلامت با تاکید بر فناوری های سلامت هست. در اینجا ما تعداد بیشماری دشمن داریم (بیماری ها). بیش از صد هزار بیماری دشمنان ما هستند و آنچه که در واقع در دست داریم فناوری های سلامت هست اعم از داروها و یا روش های تشخیص و غیره و ذالک و علی القاعده با بکارگیری مناسب این فناوری ها می توانیم بر بیماری ها غلبه کنیم و به سلامت برسیم.

Most Praised Health Technologies of 20th Century



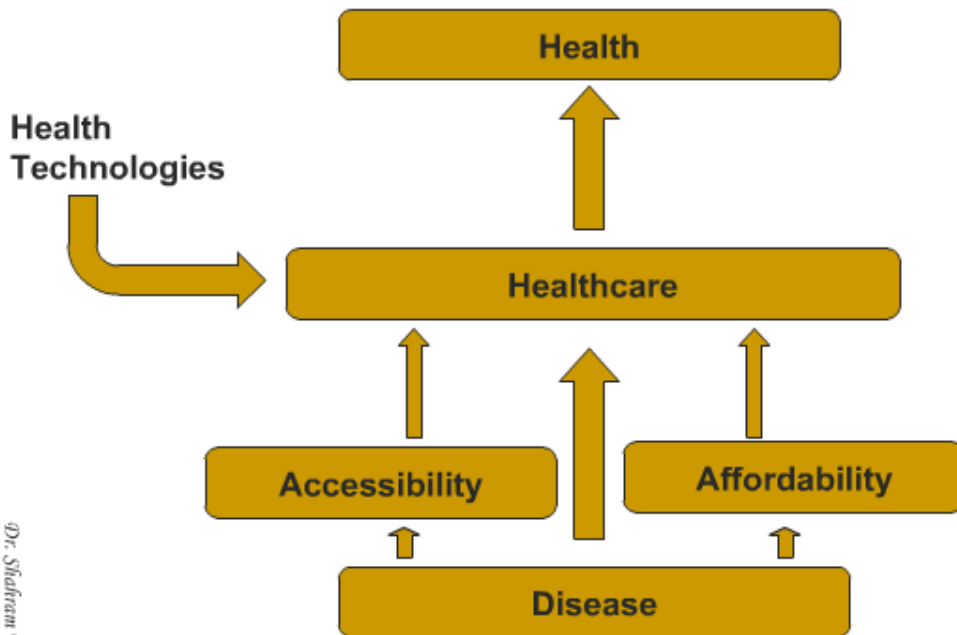
1. Sulphonomides
2. Diphtheria Toxoid
3. Poliomyelitis Vaccine
4. Whooping Cough Vaccine
5. Penicillin
6. Chlaramphenicol
7. Measles Vaccine
8. Isoniazide
9. Influenza Vaccine

اسلاید سوم:

همان طور که مشاهده می کنید در این مدل ساده شده، ما در واقع آمدم یک باور کلی را پذیرفتیم و آن این است که سلامت فقط از طریق رفع بیماری بدست می آید و اگر بیماری وجود نداشته باشد ما سلامت را داریم. اگر در نظر بگیریم در طول قرن بیستم یک تعدادی فناوری بودند که به طور عمومی ستایش شده اند و هر کدام از این فناوری ها توانستند در نوع خود جان صدها هزار نفر و یا میلیون ها نفر را نجات بدهند از این ها نام برده شده مثل چه فناوری؟ مثل سولفانامیدها - واکسن دیفتیری - واکسن فلج اطفال - واکسن سیاه سرفه - پنی سیلین - کلرامفنیکل - واکسن سرخک - ایزونیاژید در درمان سل - واکسن آنفلوانزا. القاعده در نگاه اول می توان گفت که قسمت زیادی از آنچه که ما داریم و امروزه مردم بیشتر عمر می کنند یا سالم تر هستند به واسطه فناوری هست. در رأس آن این فناوری ها که نام بردم شاید بهترین فناوری ها در قرن بیستم باشند.



Accessibility and Affordability



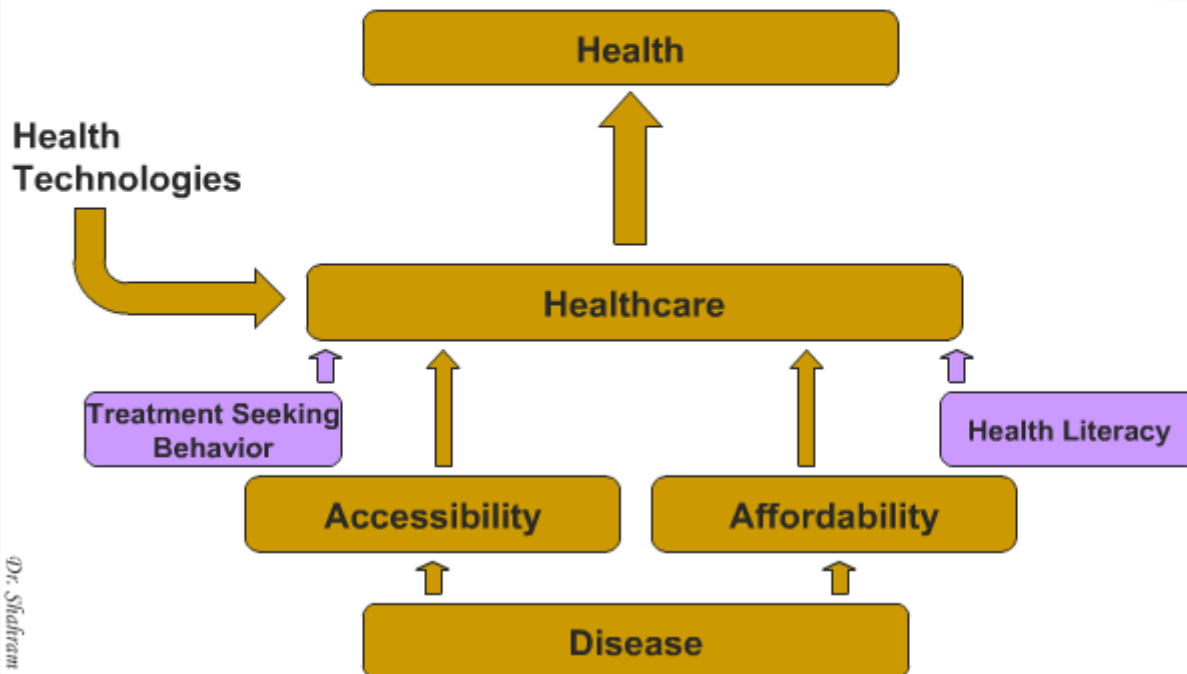
اسلاید چهارم:

واقع قضیه این است که موضوع به این سادگی نیست یعنی اینکه ما به این سادگی نمی توان به این قضیه نگاه کنیم. عملاً در واقع دسترسی به این فناوری ها برای خودش مشکل بزرگی است به عنوان مثال هر فردی که بیمار می شود آیا دسترسی به موقع به این خدمات و فناوری های سلامت دارد یا ندارد؟

مفهوم **Accessibility** یا قابلیت دسترسی در نظام های سلامت مطرح شد و صرف اینکه ما این فناوری را داشته باشیم کفایت نمی کند. این فناوری باید در وضعیتی در نظام ارائه خدمات ما وارد شود که آن فردی که به آن نیاز دارد باید در زمان مورد نظر به آن دسترسی پیدا کند اما این هم کفایت نمی کند و آن بحث **Affordability** یا قابلیت خرید که اگر ما امروز این فناوری اثربخش را در کل مملکت توزیع کنیم آیا مردم به اندازه کافی پول در جیب دارند که بتوانند خرید خدمت کنند و به این فناوری دسترسی پیدا کنند یا نه؟ و این یکی از مباحثی است که در چند دهه اخیر در موردش خیلی بحث شده چه چیزی است؟ بحث دسترسی اثربخش مردم به فناوریهاست. حالا پژوهشگرها آمدند و کار کردند و فناوری ها توسعه پیدا کرده و درمان را ما می دانیم که چی هست و باید درمان در محل مناسب و در زمان مناسب بدست فرد مناسب برسد مفاهیم **Accessibility** (قابلیت دسترسی) و **Affordability** (قابلیت خرید) در اینجا مطرح شد و روی آن کار شد و نظام سلامت کارشان این شد که اصولاً توسعه شبکه در کشور ما با دیدگاه **Accessibility** و یا دسترسی بود و ما در واقع خدمات اولیه یا **PHC** (مراقبت های اولیه) را بتوانیم در سطح روستاهای خودمان ارائه بدهیم و مفهوم بیمه روستایی با دیدگاه **Affordability** بود. یعنی در واقع روستائیان ما بتوانند تحت پوشش بیمه ای قرار گیرند که این خدمات بتواند برای آنها قابل خرید باشد و در دنیا و مملکت ما نیز روی این موضوع کار شده.



Health Literacy



Dr. Shafiqul Kabir

اسلاید پنجم:

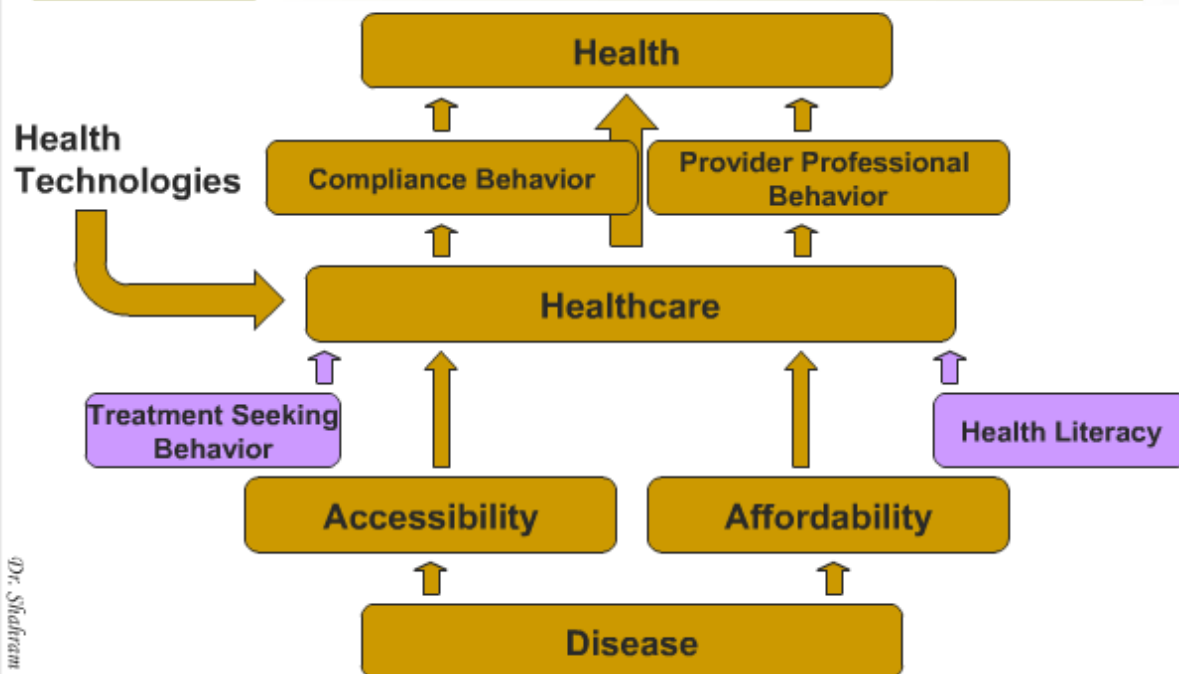
بعد از یک مدتی دیدند که فناوری را در اختیار افراد قرار می دهیم ولی مردم رفتار خاص خودشان را دارند. از یک سمت در واقع اگر خانه بهداشت تأسیس کنیم و یا یک مرکز بهداشتی و درمانی روستایی را تأسیس کنیم اما مردم به آنجا مراجعه نکنند مردم در شهر مثلاً به یک فوق تخصص مراجعه کنند تمام زحمات شما برای تضمین دسترسی عملاً به هدر خواهد رفت پس عملاً می بینیم که رفتار جستجوی خدمت مردم امر خیلی مهمی در اینجا می شود یعنی وقتی یک فردی بیمار شد عملاً به کی مراجعه می کند؟ به اولین کسی که مراجعه می کند کسی هست؟ آیا حاضر است به یک مرکز بهداشتی و درمانی روستایی مراجعه کند و یا نه؟ اگر مراجعه کند و آن خدمتی را که دریافت می کند آیا راضی خواهد کرد یا خیر؟ ما به این اصطلاحاً می گوییم: **treatment seeking behavior** یا رفتار جستجوی خدمت که یک امر خیلی مهم شد و نظام های سلامت گفتند حالا که ما با پژوهش دسترسی به فناوری ها را ممکن کردیم و توزیع مناسب برای این فناوری ها را تعریف کردیم. و سیستم های بیمه ای در واقع **Affordability** یا قابلیت خرید را تضمین کرد. آنچه که مهم است این است که رفتار مردم را بتوان تغییر دهیم. در اینجا بحث آموزش همگانی و یا در واقع بحث ساز و کارهایی را که باعث می شد مردم بتوانند به آن فردی که باید مراجعه کنند مد نظر قرار گرفته شد. در خیلی از کشورها از ساز و کارهای تشویق و تنبیه مالی استفاده شد. به عنوان مثال اگر فردی به پزشک مراقبت های اولیه خودش به پزشک عمومی یا خانواده مراجعه نمی کرد بیمه ها

هزینه هایش را تقبل نمی کردند و عملاً در واقع تغییر رفتار جستجوی خدمت برای نظام های سلامت هدف شد و مهم بود و اگر قرار بود که روستائیان ما به جای اینکه به سیستم ارائه دهنده خدمات درمانی مراجعه کنند مثلاً به پزشک سنتی مراجعه کند ممکنه ما این موضوع را نپسندیم و اگر قرار باشد به سیستم ارائه دهنده، خدمت ما مراجعه کند اما مراحل را بای پس Bypass کند یعنی به جای اینکه به پزشک عمومی مراجعه کند ناگهان به فوق تخصص مراجعه می کند و باز هم پیامدهای سلامت مخدوش خواهد شد. این یک موضوع شد که روی آن کار شد و دانش خاص خودش را دارد که چگونه می توانیم رفتار جستجوی خدمت مردم را کنترل کنیم. از سمت دیگر اگر در سمت راست اسلاید که در باکس بنفش رنگ می بینیم بحث سواد سلامت مردم یا Health Literacy مطرح شد که اگر مردم پی به اهمیت بیماری خودشان ببرند و مراقبت ها از چه شکل و از چه نوعی و در چه زمانی و به چه میزان سلامت آنها را ارتقاء ببخشند آن موقع است که مراقبت های سلامت اهمیت پیدا می کند مثل وقتی در مورد Health Literacy صحبت می شود در مورد چی صحبت می کنیم. ما در نظام سلامت دوست داریم مردم حداقل تعداد دارو را مصرف کنند. دارویی که کاملاً اثربخش است و جستجوی داروی اضافه نکنند. خیلی از نقاط مملکت ما سرم و ویتامین های مختلف یا پنی سیلین به عنوان درمان همه ی دردها شناخته می شود و این به واسطه پایین بودن سطح سواد سلامت مردم می باشد. پس در واقع به عنوان یک هدف قرار گرفته شده این موضوع که سواد سلامت مردم افزایش پیدا کند و هر چی که سواد عمومی مردم زیاد می شود انتظار داریم که سطح سواد سلامتشان افزایش یابد و نظام های سلامت به طور خاص آمدند و این مهم را هدف قرار دادند و روی سطح سواد سلامت مردم کار کردند.

تا اینجای کار می بینیم که موضوع از آن وضعیت ساده ای که به یک بیماری داریم و یک مراقبت و یک سلامت داریم پیچیده تر می شود. دیدیم مفاهیم دسترسی، قابلیت خرید رفتار جستجوی خدمت، سواد سلامت این ها هم روی مقوله ای به نام سلامت تأثیر می گذارد و چون سلامت وظیفه غایی و نهایی ما در نظام سلامت می باشد تمامی مقولات علی القاعده از سمت نظام سلامت کاملاً به صورت نظام مند آدرس دهی شود.



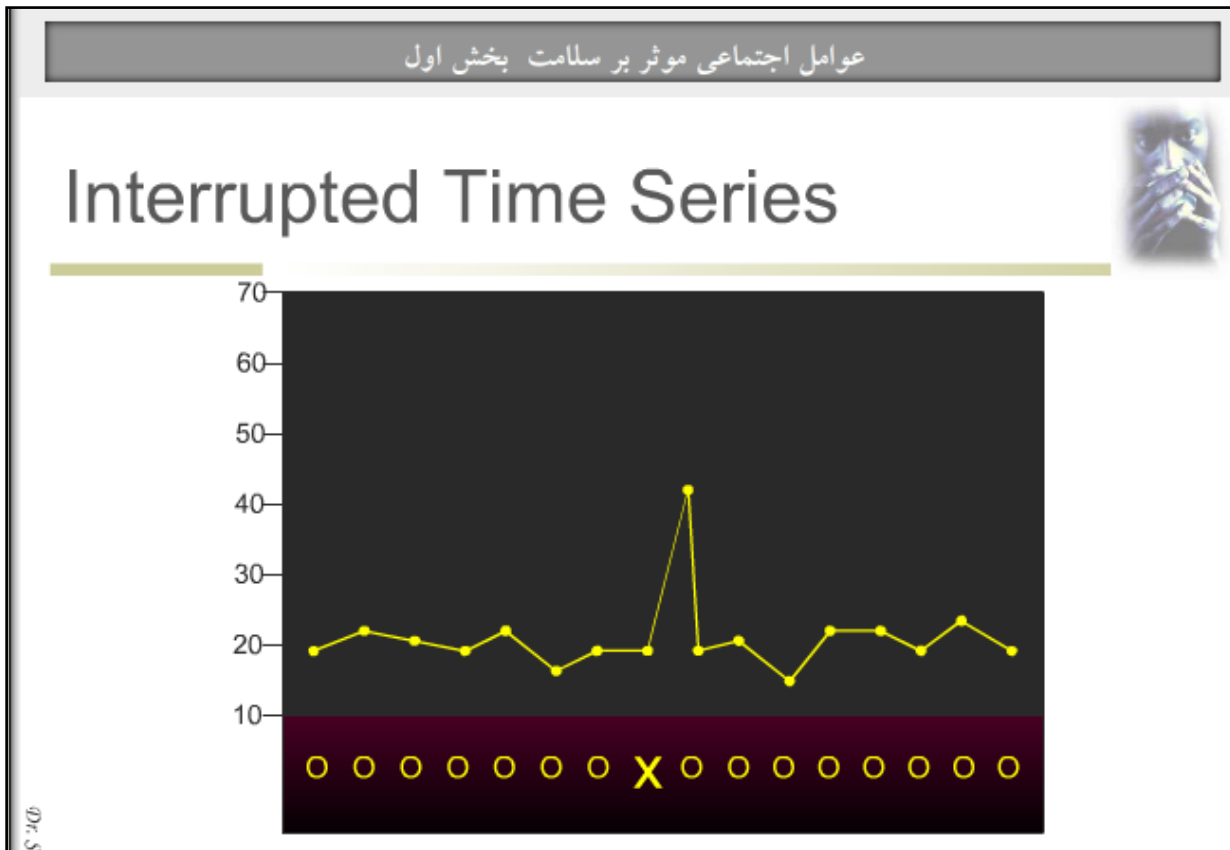
Compliance



اسلاید ششم:

بعد از مدتی دیدند که اگر بیایند خدمات سلامت را حتی به دست همه برسانند و قابلیت خرید باشد و در دسترس هم باشد و مردم هم رفتار جستجوی خدمت درستی هم داشته باشند و سطح سواد خوبی همداشته باشند اما مردم رفتار تبعیت مناسبی نداشته باشند به این می گوئیم **compliance Behavior** یعنی دستورات را بعد از دریافت مو به مو اجرا نکنند یعنی در واقع نتایج مخدوش می شود. بحث آموزش بیماران هم در اینجا مطرح می شود یعنی آموزش بیماران یک امر مهم می شد یعنی تا قبل یعنی بحث **Health Literacy** یا سواد سلامت را داشتیم. آموزش سالم بودن بود ولی در این قسمت که بحث **Compliance Behavior** یا رفتار تبعیت از دستورات پزشکی است ما در اینجا آموزش بیمار را باید داشته باشیم و همه ی ابزارهایی که در کنارش باید مورد استفاده قرار می گیرد مثل پمفلت ها یا دفترچه های کوچک آموزشی و یا سی دی های آموزشی و یا چیزهایی که علی القاعده شما توصیه هایی را که به بیمار می دهیم اولاً باید بیمار آن را فراموش نکند و دوم آنکه به اهمیت آن پی ببرد و آنها را مو به مو تبعیت کند و ما به کرات می بینیم که بچه با گلودرد چرکی و یا استرپتوکوکی می آید و داروی مناسب هم تجویز می شود و دارو هم خریده می شود و هم پزشک و هم دارو و همه چیز درست است اما به محض اینکه دو روز این دارو خورده می شود دارو را قطع می کنند و چند وقت دیگر این بچه با یک بیماری رماتیسم قلبی مراجعه می کند می بینیم که بحث **Compliance Behavior** مهم است و روی این موضوع هم کار شد. در کنار این قضیه رفتار حرفه ای پزشکان به عنوان هدف در واقع به آن توجه می کنند و حالا پزشک و پرستار و همه ارائه دهندگان خدمات سلامت به آن اصطلاحاً می گوئیم **Provider professional Behavior** یا رفتار حرفه ای مراقبین سلامت و یا ارائه

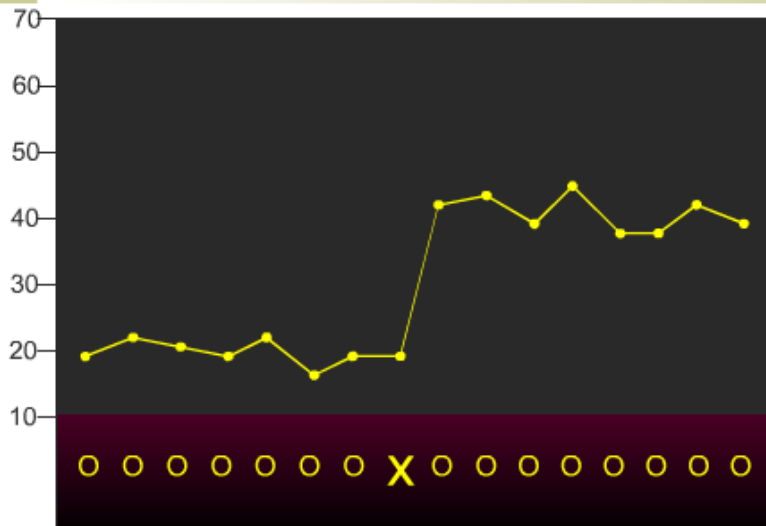
دهندگان خدمات سلامت که به آن توجه شد و اگر تمام این ها باشد ولی پزشک و یا پرستار و یا بهورز و یا هر کس دیگر کاری را که باید انجام دهد نکند و از وجدان کاری و حرفه ای کافی برخوردار نباشد باز همه چیز مخدوش خواهد شد و چیزی تجویز می شود که نباید تجویز شود و کاری انجام نمی شود که باید انجام شود و عملاً همه چیز به هم می ریزد پس بحث ایجاد یک رفتار حرفه ای در واقع مورد توجه قرار می گیرد و علی القاعده، پیشه‌هایی هم صورت می گیرد و در واقع انحرافی از رفتار حرفه ای و کدهای اخلاقی نداشته باشیم.



اسلاید هفتم:

همان طور که اشاره کردیم انتظار ما این بود فناوری هایی که علی القاعده وارد سیستم های سلامت شد بتواند روی نتایج و پیامدهای سلامت مردم تاثیراتی داشته باشد یعنی اینکه انتظار ما این است که مثلاً در یک سالی داروی ایزونیازید یا داروی ریفامپین که داروی ضد سل است در واقع ابداع شد و بعد وارد سیستم سلامت شد و استفاده شد. انتظار این است که علی القاعده باید وضعیت سلامتی بیماری سلی ما بهبود یابد و یا مرگ و میر سل ما کاهش پیدا کند. اصولاً در واقع مطالعاتی از این جنس که در طول زمان می آید و بررسی می کند در واقع **Interrupted time series** و یا مطالعات سری های زمانی منقطع می گوئیم. در اسلاید مشاهده می کنیم به عنوان مثال ما هر جایی که کلمه O را داریم، اندازه گیری می کنیم مثلاً مرگ و میر را به عنوان مثال و یا سطح سلامت را اندازه گیری می شود. در آن نقطه ای که X را داریم یک فناوری وارد بازار می شود و شما نگاه می کنید که فناوری باعث بهبود چیزی می شود و ببینیم پی آمدهایی را که ما اندازه گیری می کنیم افزایش می یابد و این باعث نشان دهنده تأثیر این فناوری است و مثلاً انتظار ما این است که اگر این فناوری بدون تأثیر بود این جهش را که ما بالای این X می بینیم نمی دیدیم.

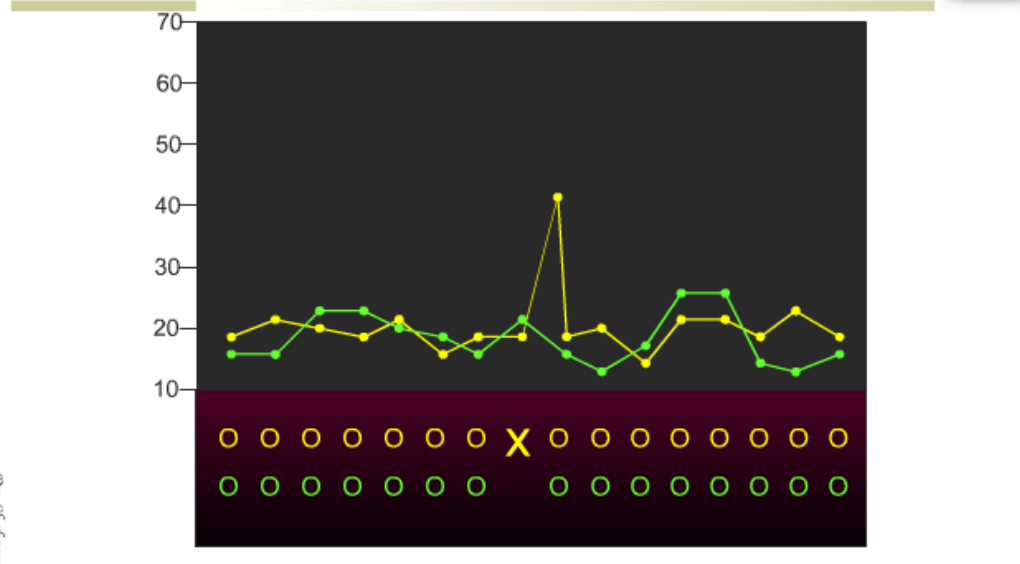
Interrupted Time Series



اسلاید هشتم:

و گاهی اوقات تأثیر شما ماندگار می شود. مثلاً مردم به سطحی از سلامت دارند طول عمرشان یک مقداری است ولی در زمانی خاص این مداخله انجام می شود و این مداخله فناوری می باشد و این فناوری یک آموزش می باشد و اقدامی که صورت می گیرد و بعد از آن در واقع سطح سلامت مردم افزایش می یابد. اگر قرار باشد مداخله ما انجام شود و ما این جهش و افزایش را نبینیم نشان دهنده این است که مداخله بی تأثیر است.

Interrupted Time Series



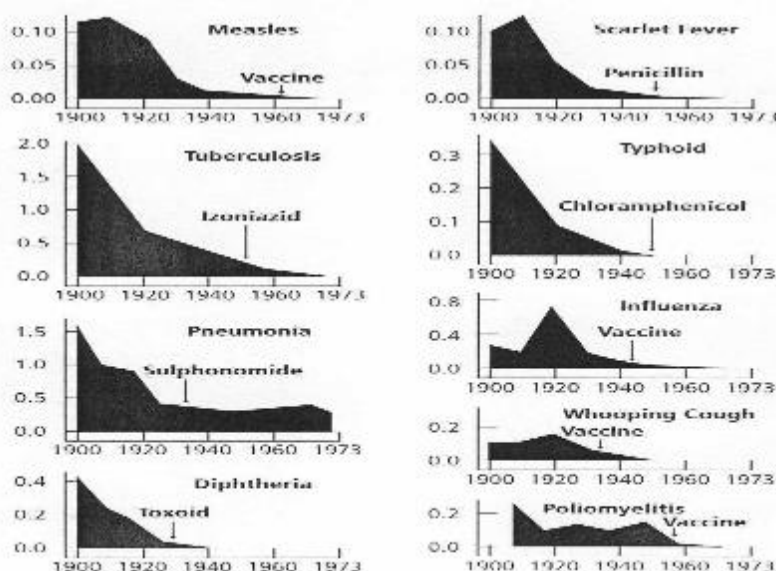
اسلاید نهم:

به عنوان مثال فرض کنید. نقاط سبز رنگ را نگاه کنید می بینید که تصویر کلی در پترن Patern یا الگوی کلی صورت نگرفته ولی در نقاط زرد رنگ به واسطه مداخله ای که صورت گرفته و ورود یک فناوری خاص به بازار یا استفاده از یک فناوری و یا حتی پوشش یک فناوری در سیستم بیمه بهبودی صورت گرفته.



The Role of Technologies

FIGURE 3.1 THE FALL IN THE STANDARDIZED DEATH RATE (PER 1,000 POPULATION) FOR NINE COMMON INFECTIOUS DISEASES IN RELATION TO SPECIFIC MEDICAL MEASURES, UNITED STATES, 1900-1973



Source: McKinlay and McKinlay (1967: 699).

اسلاید دهم:

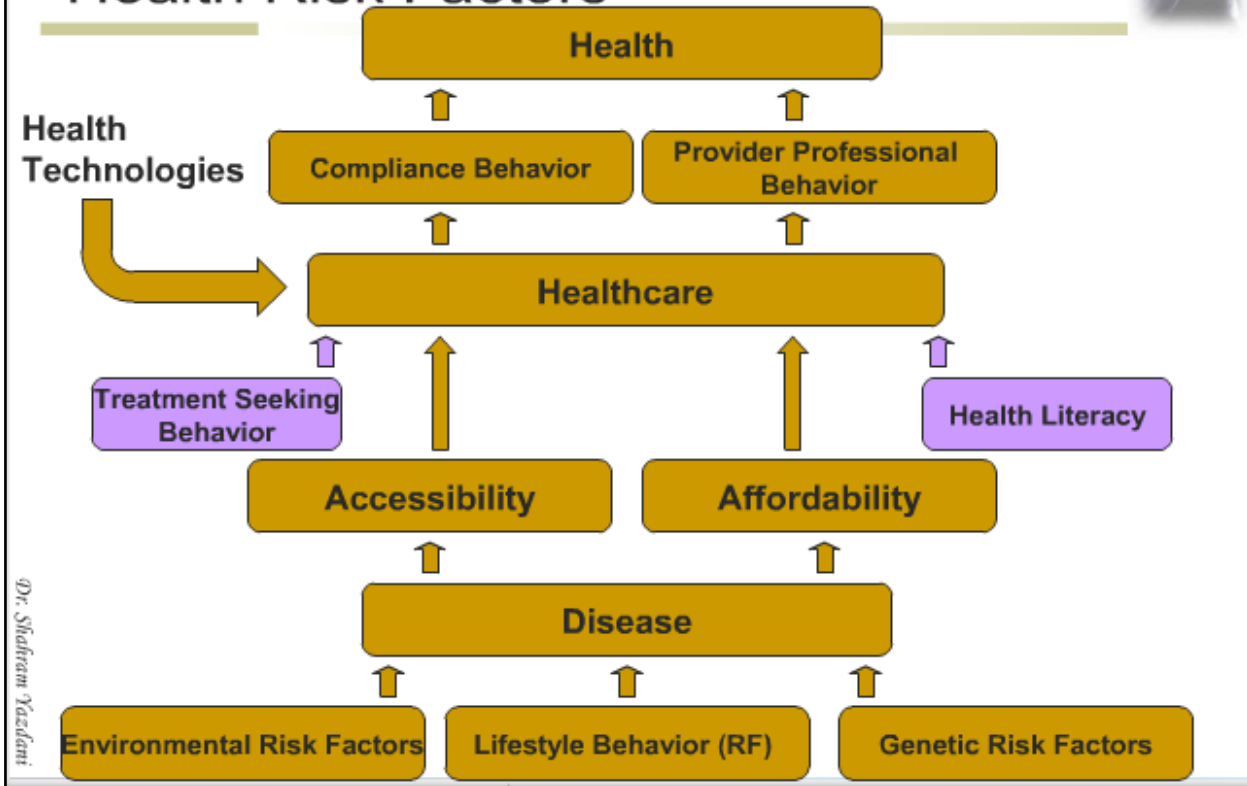
بیایم بینیم که این فناوری هایی را که در اسلاید دوم به آن اشاره شد مثل واکسن های مختلف مثل آنتی بیوتیک های مختلف واقعاً از نظر تاریخی چه کاری برای ما کرده اند؟ همان طور که در اسلاید مشاهده می کنید یک مطالعه ای بین سال های ۱۹۰۰ تا ۱۹۷۳ صورت گرفته و تأثیر چند فناوری کلیدی را بر روی مرگ و میر بیماری های متناظرش بررسی کردند به عنوان مثال مرگ و میر ناشی از سرخک و در واقع تغییر این مرگ و میر بعد از ورود واکسن سرخک و یا مرگ و میر ناشی از مخرمک یا Scarlet fever و تأثیر این مرگ و میر به دنبال ورود پنی سیلین به بازار و مرگ و میر ناشی از سل و تغییر این مرگ و میر به دنبال ورود ایزونیازید که داروی ضد سل است مرگ و میر ناشی از حصبه یا تیفوئید و تغییر این مرگ و میر به دنبال ورود کلرامفنیکل مرگ و میر ناشی از ذات الریه (پنومونی) و تغییر این مرگ و میر به واسطه ورود سولفونامیدها مرگ و میر ناشی از آنفولانزا و تغییر به واسطه ورود واکسن آنفولانزا و به همین ترتیب در مورد بحث در واقع Whooping cough و واکسن آن و فلج اطفال و واکسن آن و دیفتی و واکسن آن در واقع وجود دارد.

خوب اولاً چیزی که تعجب ما را بر می انگیزد چیزی است که نگاه می کنیم می بینیم مثلاً در مورد سرخک از سال ۱۹۰۰ که این مطالعه شروع شد تا مرگ و میر در حال کاهش است و این در واقع کم می شود و تا سال ۶۱-۶۲-۱۹۶۰ زمانی است که واکسن سرخک وارد بازار می شود اولاً اینکه دو نکته وجود دارد. قبل از ورود واکسن سرخک

مرگ و میر بشدت کاهش پیدا کرده و بعد از آن هم به این موضوع دقت می کنیم که خود واکسن سرخک هم خیلی تغییر زیادی در این مرگ و میر ایجاد نکرده یعنی همین موضوع را در مورد سل هم می توانیم ببینیم. در هر صورت ایزونیازید حدود سال های ۴۸-۱۹۴۷ پیدا شد، ابداع شد می توان ببینیم که مرگ و میر ناشی از سل چندین دهه قبل از آن شروع به کاهش می کند و باز هم نگاه می کنیم ورود داروهای ایزونیازید باعث نمی شود که شیب این منحنی تغییر کند و خیلی این مرگ و میر تغییر نمی کند. این اتفاق در مورد سایر بیماری ها هم می افتد. همان طور که مشاهده می کنید عملاً اتفاقی که می افتد این است که یک مقدار شک ما را بر نمی انگیزد که آیا واقعاً این فناوری ها چقدر مؤثر بوده اند. در کاهش مرگ و میر اقشار مختلف در طول سده گذشته این مطالعات با ارزش که در این مدت انجام شده موضوع مهمی را به ما نشان می دهند. موضوع این است که چیزی غیر از این فناوری ها خیلی پیش از ورود این فناوری ها به بازار باعث کاهش مرگ و میر مردم شده در تمام این بیماری ها ما دارای شیب خیلی تند نزولی مرگ و میر را داریم و بعد از آن این فناوری ها وارد شده و خیلی تغییر ایجاد نکرده و این یعنی چی؟ یعنی اینکه به نظر می آید که اتفاقاتی که افتاد، جدا از فناوری ها باعث کاهش مرگ و میر مردم و بهبود سلامت مردم شده.



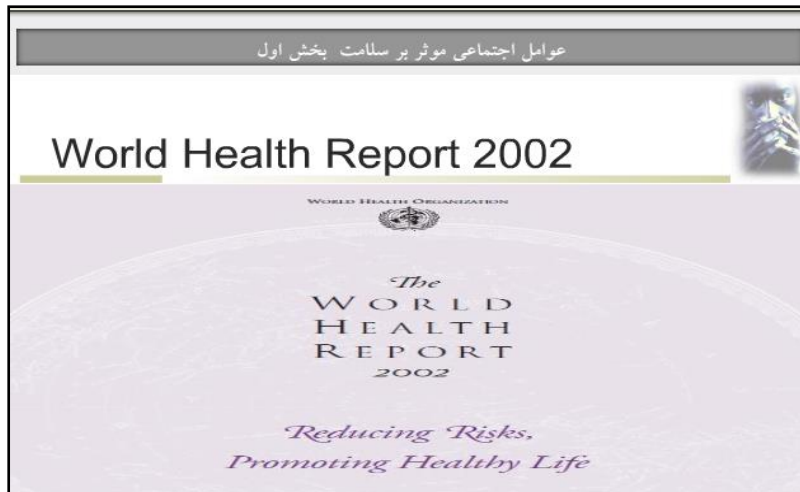
Health Risk Factors



اسلاید یازدهم:

این اتفاق چی هست؟ این اتفاق چیزی نیست جز بحث عوامل خطرزای سلامت Health Risk Factor برخی از این عوامل محیطی هستند و برخی از این عوامل به سبک زندگی ما بر می گردند و برخی از آنها ممکن است ژنتیکی باشند و عملاً از ابتدا قرن بیستم ما نگاه می کنیم می بینیم به واسطه بهبود شرایط زندگی و بهبود سبک زندگی ما مرگ و میر کاهش می یابد حتی در مورد سل و آنفولانزا و حتی در مورد سرخک و در همه موارد خیلی پیش از این که ما ایزونیازید را، واکسن سرخک را و چیزی از این دست را داشته باشیم به نظر می آید که در اینجا اتفاق مهمی رخ می دهد و آن این است که چیزی قبل از بیماری وجود داشته که ما به آن توجه نکرده ایم و آن هم عوامل خطرزای سلامت است. نمونه هایش چی است؟ به عنوان مثال یک تغذیه سالم، میزان کافی سبزیجات و میوه در رژیم غذایی ما، فعالیت بدنی کافی، فعالیت های جنسی بدون مخاطره (امن)، عدم استفاده از دخانیات، عوامل متعدد داریم مثل چاقی و یا آب سالم. این ها مقوله هایی هستند که به عنوان عوامل خطرزای سلامت وجود داشتند مثل آب آلوده، رفتار جنسی نامناسب، فعالیت فیزیکی نامناسب و باعث مرگ و میر می شدند و قبل از اینکه به واکسن و داروها و آنتی بیوتیک ها برسیم و با تغییر سبک زندگی مردم باعث شده این عوامل بهبود پیدا کند و مردم طول عمر بیشتر و کیفیت زندگی بالاتری داشته باشند. پس نگاه می کنیم می بینیم که یک اتفاق مهم دارد می افتد و ما به جای اینکه صد هزار بیماری روبروی خودمان داشته باشیم یک تعداد خاص و یک تعداد

محدود عوامل خطر سازی سلامت روبروی خودمان داریم که می گوییم آنها را در واقع آدرس دهی کنیم. این بحثی که خدمتتان می گویم بحثی است که در سه چهار دهه اخیر به طور خاص در سطح جهان به آن توجه شد و در آخر قرن بیستم بحث عوامل خطر زای سلامت و آدرس دهی آنها را در سطح فرد و جامعه امر خیلی مهمی می شد و فرد از طریق طب پیشگیری و از طریق طب جامعه گر یا طبابت اجتماعی این موضوع آدرس دهی شد که ما چطور می توانیم مثلاً فردی را که سیگار می کشد را ترک بدهیم و یا در جامعه کاری کنیم که به صورت کلان یک جامعه مصرف سیگار را کم کنیم و دو رویکرد مختلف دارد و طب پیشگیری و پزشکی اجتماعی دو رویکرد اجتماعی را اتخاذ می کنند و عملاً این دو رویکرد باعث شد که ما بتوانیم تا حد زیادی جان مردم را نجات دهیم.



اسلاید دوازدهم: گزارش سال ۲۰۰۲ سازمان جهانی بهداشت در رابطه با همین موضوع بود و عنوانش بود کاهش خطرات سلامت و ترویج زندگی سالم و عملاً در این گزارش اشاره روی این موضوع شد که ما می توانیم در هر ناحیه جغرافیایی مثل جنوب آسیا و شرق آسیا و یا اروپا و یا جای مختلف یک تعداد معدود نه صد هزار بیماری عامل خطر زای سلامت را کنترل کنیم. در سطح فرد و جامعه و از این طریق بخش زیادی از بار بیماری ها را کاهش دهیم و یک اتفاق خیلی خوب مبارک و میمون و علی القاعده عادلانه.



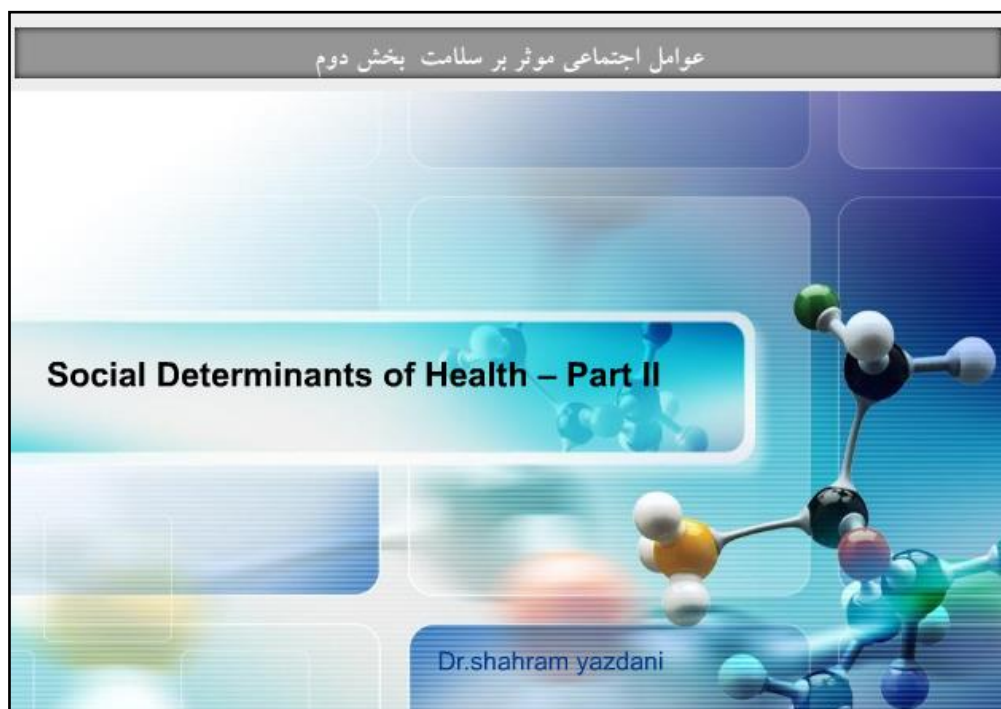
اسلاید سیزدهم: خوب ما در این جا بحث به پایان می رسد، این نتیجه گیری که در طول سده گذشته ما بهبود قابل ملاحظه ای را در سطح سلامت مردم داشتیم و به طور پیش فرض این بهبود را تا به حال منتسب به فناوری ها می کردیم اما پژوهش هایی که اخیراً صورت گرفته نشان می دهد که بخش زیادی از این بهبود نه به واسطه فناوری ها بلکه به واسطه در واقع بهبود سبک زندگی مردم و زندگی سالمتر در محیط سالمتر محقق شده. در اینجا به پایان بحثمان می رسیم.

عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت

(جلسه دوم)

۱. اهمیت مدیریت عوامل خطر زای سلامت

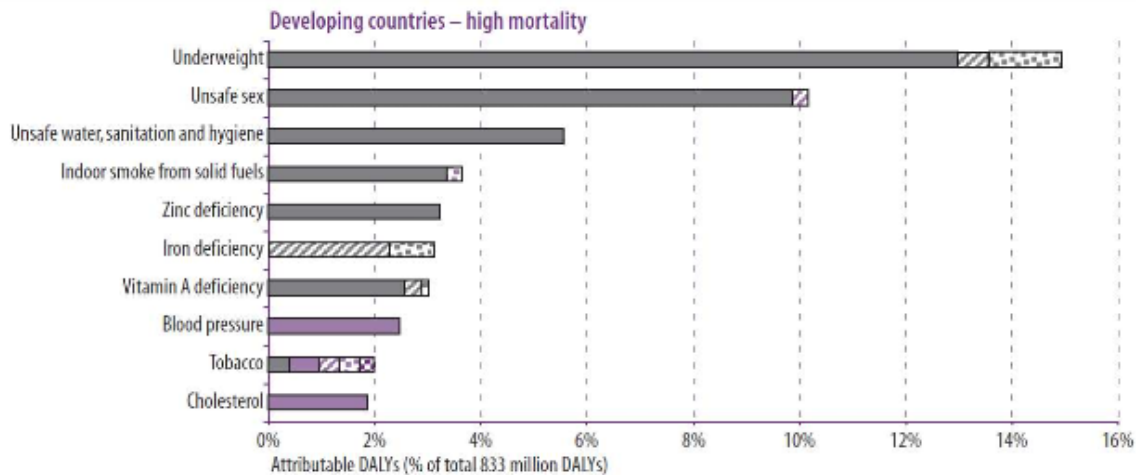
۲. نقش کلیدی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت



اسلاید اول:

بسم الله الرحمن الرحيم. گفتار دوم از مجموعه مباحث عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت را خدمتان خواهیم داشت. در این مبحث مقدمات عوامل اجتماعی را پیگیری خواهیم کرد. ما در گفتار قبل موضوع را از بحث بیماری ها و فناوری ها به عوامل خطرزای سلامت رساندیم و دیدیم که عوامل خطرزای سلامت می توانند تا حد زیادی برای ما راه گشا باشد.

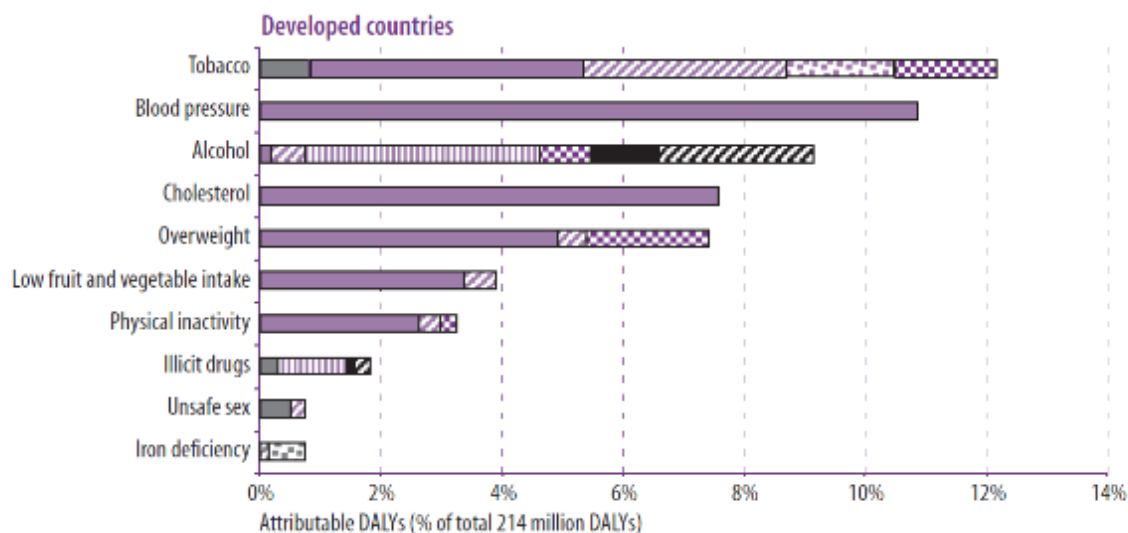
Burden of disease attributable to 10 selected leading risk factors



اسلاید دوم:

همانطور که در اسلاید مشاهده می کنید می بینید که قسمت زیادی از بار بیماری ها در نواحی مختلف قابل انتساب به چند عامل خطرزای سلامت است به عنوان مثال می بینیم در کشورهای در حال توسعه یا Developing countries که مرگ و میر بالایی هم دارند می بینیم که قسمت زیادی از این مرگ و میر به واسطه در واقع مثلاً ۱۰ عامل خطرزا است وزن کم بچه ها موقع تولد (Under Weight) چیزی حدود یا بیش از ۱۴٪ مرگ و میر کل این جامعه را رقم می زند یا رفتارهای جنسی پر خطر ۱۰٪ مرگ و میر کل جامعه نهایتاً به واسطه بیماری های مقاربتی یا این چنینی است مثل هیپاتیت و ایدز و غیره و ذالک. بحث آب آلوده (Sanitation) چیزی حدود ۶٪ از کل مرگ و میر به این علت رخ می دهد. بحث دودی که در درون خانه به واسطه استفاده از سوخت های فسیلی وجود دارد حدود ۴٪ می بینیم که اگر اینها را جمع بزنیم چند عامل خطرزای سلامت بخش زیادی از بار بیماری ها و مرگ و میر را به عهده دارد و اگر بتوانیم این چند عامل را کنترل کنیم می توانیم در واقع بدون اینکه خودمان را درگیر بحث بیماری های مختلف کنیم در همین سطح مقدار زیادی از بار بیماری ها را کاهش دهیم.

Burden of disease attributable to 10 selected leading risk factors



اسلاید سوم:

درست مثل همین بحث در کشور توسعه یافته هم وجود دارد یعنی در کشور توسعه یافته باز هم می توانیم ما قسمت زیادی از بار بیماری ها را منتسب کنیم به چند عامل خطرزای خاص که در کشور توسعه یافته و توسعه نیافته فرق می کنند می بینیم که حدود ۱۲٪ از مرگ و میر را مشکل سلامت در کشور توسعه یافته به سبب استفاده از دخانیات می باشد تنباکو (Tobacco) و یا چیزی حدود ۱۱٪ از کل بیماری ها در این کشورها به واسطه فشار خون بالاست و یا حدود ۹٪ به واسطه استفاده از الکل، کلسترول و وزن زیاد و هر کدام حدود ۸-۷ درصد را به عهده می گیرند باز هم مشاهده می کنیم اگر چند عامل خطرزا را ما کنترل کنیم به نظر می آید که توانسته باشیم از بار بیماری ها را در جوامع اعم از توسعه یافته و نیافته و یا در حال توسعه باشند می توان کنترل کنیم. به نظر می آید که جهان سلامت و یا جهان آکادمیک به یک دستاورد بزرگی دست یافته باشد و آن این است که به جای مقابله با بیماری ها عوامل خطرزای سلامت را کنترل کنیم. در وهله اول یک شور و شغف زیادی به راه افتاد و بالاخره مداخلات زیادی در این زمینه انجام شد.



Ten Tips For Better Health

1. Don't smoke. If you can, stop. If you can't, cut down.
2. Follow a balanced diet with plenty of fruit and vegetables.
3. Keep physically active.
4. Manage stress by, for example, talking things through and making time to relax.
5. If you drink alcohol, do so in moderation.
6. Cover up in the sun, and protect children from sunburn.
7. Practise safer sex.
8. Take up cancer screening opportunities.
9. Be safe on the roads: follow the Highway Code.
10. Learn the First Aid ABC : airways, breathing, circulation.

اسلاید چهارم:

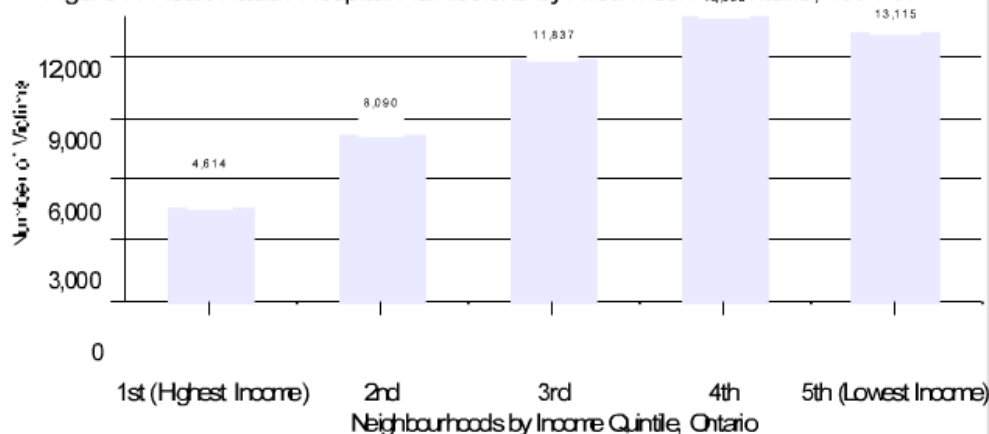
یکی از افرادی که تو این قسمت آمد و شعارهای سلامت خود را مطرح کرد آقای دونالدسن بود و در سال ۱۹۹۹ مطرح کرد که اگر می خواهید سالم باشید و یا سالم تر زندگی کنید این ۱۰ تا توصیه را گوش کنید و بکار ببندید:

- ۱- سیگار نکشید و یا اگر می کشید آن را قطع کنید.
 - ۲- یک رژیم متعادل مملو از سبزیجات و میوه جات استفاده کنید.
 - ۳- از نظر فیزیکی فعال باشید.
 - ۴- استرس خود را کنترل کنید.
 - ۵- الکل مصرف نکنید.
 - ۶- خودتان را از آفتاب بپوشانید.
 - ۷- رابطه جنسی پر خطر نداشته باشید.
 - ۸- اسکرینینگ سرطان را انجام دهید (اسکرینینگ Screening = آزمایش)
 - ۹- شرایط رانندگی ایمن در جاده ها را رعایت کنید و چیزهای دیگر
 - ۱۰- کمک های اولیه ABC را یاد بگیرید: (باز کردن راه هوایی airway) (برقرار کردن تنفس breathing منظور دادن تنفس مصنوعی) (برقرار کردن گردش خون circulation ماساژ قلبی).
- در وهله اول خیلی ها خوشحال شدند که ما پس باید این کارها را بکنیم ولی واقعیت قضیه این شد که به نظر آمد که در واقع این شعارها خیلی هم برای همه اقشار جامعه قابل اجرا نیست ببینیم موضوع چه بود؟

Social Determinants are Important



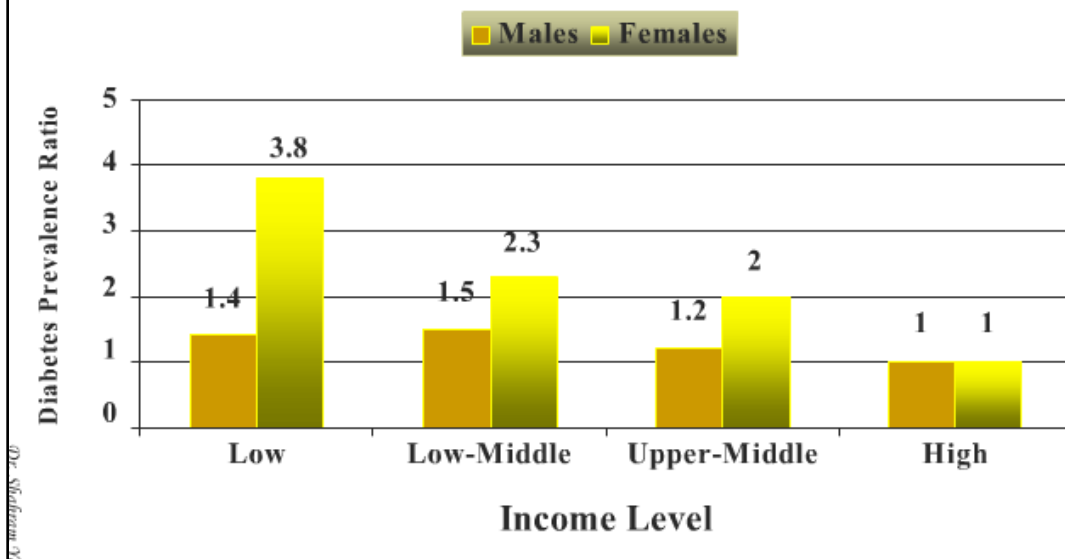
Figure 7: Heart Attack Hospital Admissions by Area Income, Ontario, 1994-97



اسلاید پنجم:

اتفاقی که افتاده این است که ما یک امر ریشه ای تر داریم یعنی به عنوان مثال وقتی از یک فردی که رابطه جنسی پرخطر دارد ببینیم چرا این اتفاق افتاده؟ ممکن است به بحث بی سوادی و جهل آن برسیم و وقتی بخواهیم ببینیم چرا یک فردی محیط شغلیش پر استرس است و یا چرا میوه و سبزی مصرف نمی کند به فقر می رسیم. بعضی از جاها به بی عدالتی می رسیم. بعضی جاها در واقع به خشونت می رسیم. خشونت می رسیم که تو جامعه وجود دارد می رسیم می بینیم که برخی از این عوامل خطرزای سلامت ریشه ای تر می توان به آن نگاه کرد یعنی وقتی بحث ورزش نکردن، سیگار کشیدن و محیط شغلی بی استرس نگاه می کنیم می بینیم که پشت این قضیه عوامل دیگری وجود دارد که ما به آن عوامل، عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت می گیریم. پس ما دیدیم که ما تو سه سطح فکر می کنیم یک سطح بیماری ها هست که تعدادشان خیلی زیاد قبلاً ما صدهزار بیماری ممکنه داشته باشیم یک سطح بحث عوامل خطرزای سلامته که ممکنه صد تا داشته باشیم و یکی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت که ممکنه است ۱۰ تا داشته باشیم، بحث فقر، جهل، بی عدالتی و چیزهای این چنینی همین که مشاهده می کنید بسیاری مؤثره در این اسلاید اگر دقت بفرمائید میزان بستری شدن به واسطه حملات قلبی و سکته قلبی در بیمارستان ها برای گروهی که درآمد بالا دارند به مراتب کمتر از گروهی که درآمد پایینی دارند یعنی صرف درآمد بالا باعث می شود که مردم کمتر سخته کنند حالا به طرق مختلف که من در مورد آن صحبت خواهیم کرد.

Increased Risk of Diabetes in Ontario Among Low Income Residents, 1997/97



اسلاید ششم:

یا به عنوان مثال در این اسلاید مشاهده می کنید سطح درآمد و میزان ابتلای به دیابت آن طوری که در کانادا انجام شده می بینیم که فقرا بیشتر دیابت می گیرند و اغنیاء کمترین میزان ابتلای به دیابت را دارند.

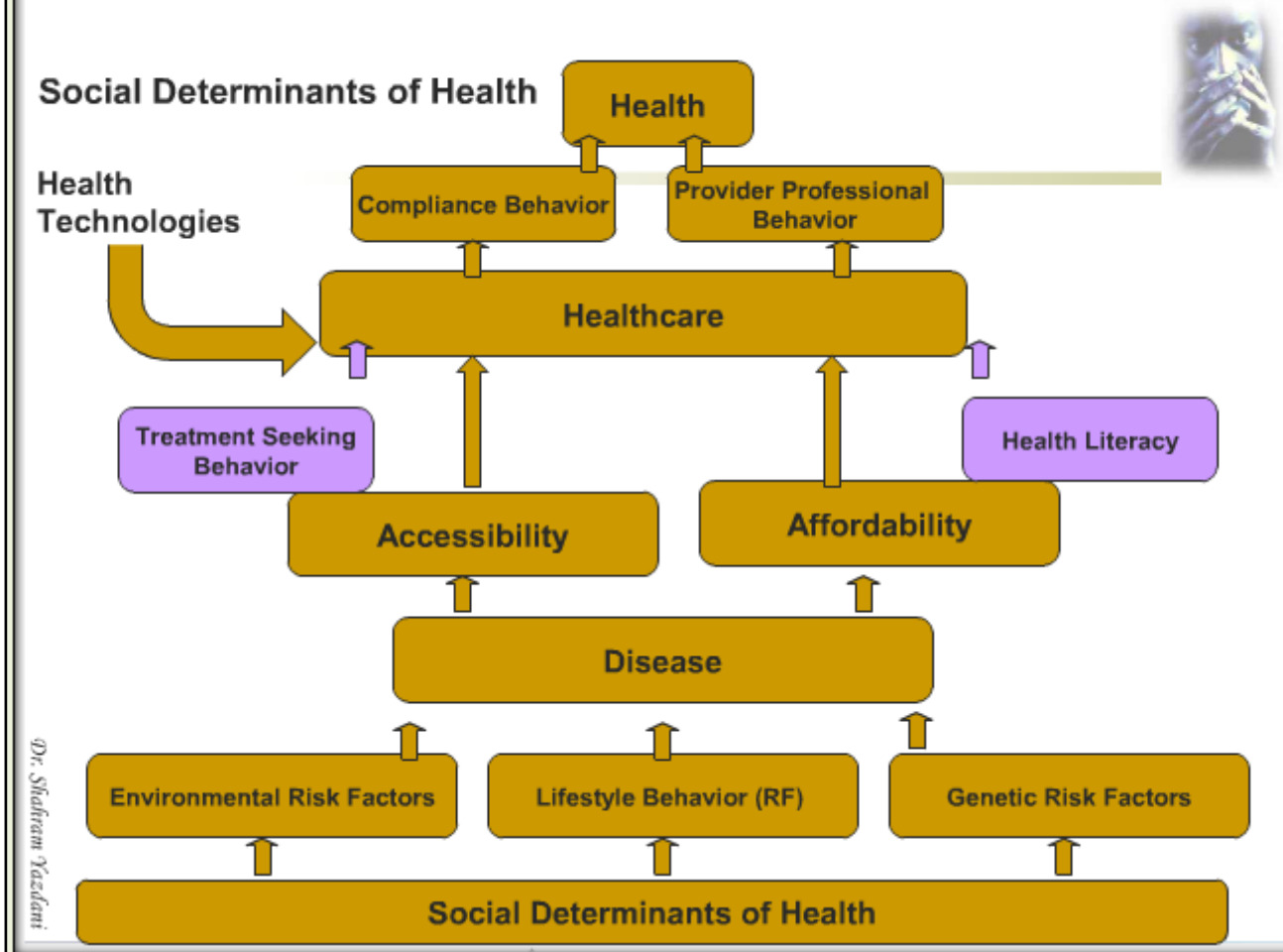


The Evidence Concerning Low Income and Heart Disease: The Hard Data

- Statistics Canada estimated that in 1996, 23% of years of life lost for all causes prior to age 75 in Canada could be attributed to income differences.
- The diseases most responsible for income-related differences in death rates were cardiovascular diseases.
- In 1996, 22% of all the years lost that can be attributed to income differences were caused by cardiovascular disease.
- These income differences account for an annual excess of 24% or 6,366 premature deaths from cardiovascular disease.

اسلاید هفتم:

آمار متعدد داریم و در کشوری مثل کانادا دیدند حدود ۲۳٪ سال های زندگی که مردم از دست می دهند قبل از سن هفتاد و پنج سالگی مستقیماً به تفاوت درآمدی آنها مرتبط می شود و عملاً در واقع بیماری های قلبی و عروقی در رأسش قرار می گیرد. اگر دقت کنیم می بینیم که بحث بیماری که کاملاً برای یک پزشک ملموس است اگر به عامل خطرزای سلامت می رسد یک مقدار موضوعش بهداشت عمومی تر می شود و تغییر رفتار می خواهد و بحث در واقع آموزش بهداشت را طلب می کند و از طب بالینی دور می شود اما به بحث عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت که می رسیم دیگر بحث فقر و ثروت و رفاه و محرومیت و عدالت و بی عدالتی و چیزهای این چینی مطرح می شود که عملاً در اثر سطح کلان جامعه باید به نحوی به آن توجه شود.



اسلاید هشتم:

این نقش مفهومی که ما باید با آن تا حالا کار کردیم و به تدریج کامل تر می شود اینجا باز برای خودش تغییر شکل می دهد اما در کف این نقش مفهومی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت را قرار می دهیم یعنی بحث ما این می شود که علت اینکه مردم در معرض عوامل خطرزای سلامت قرار می گیرند یک تعداد محدود عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت است و به واسطه این دو موضوع است که بالاخره مردم می توانند بیمار شوند و سلامت خودشان را از دست می دهند.

Relative Risk of Coronary Artery Diseases

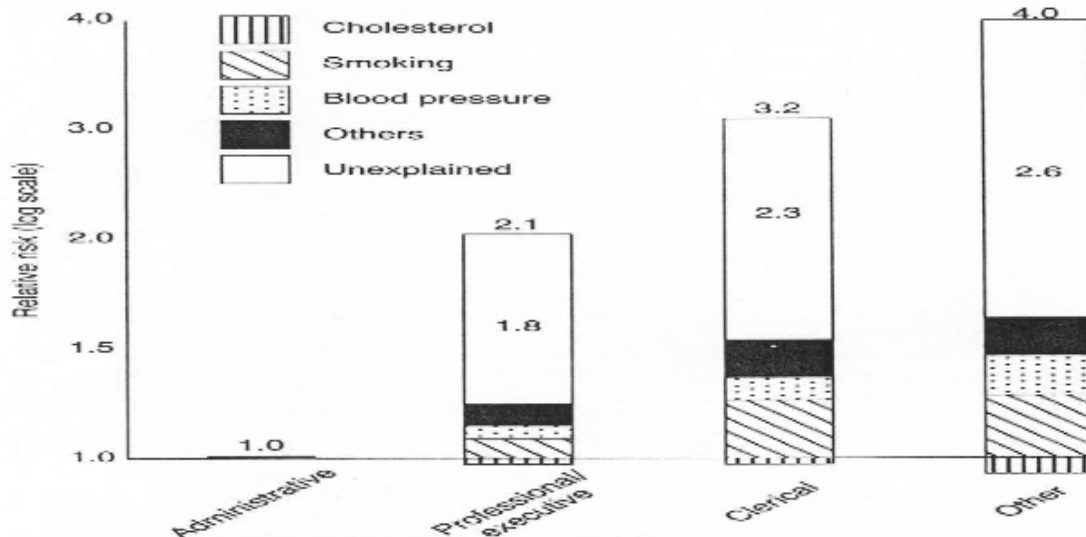
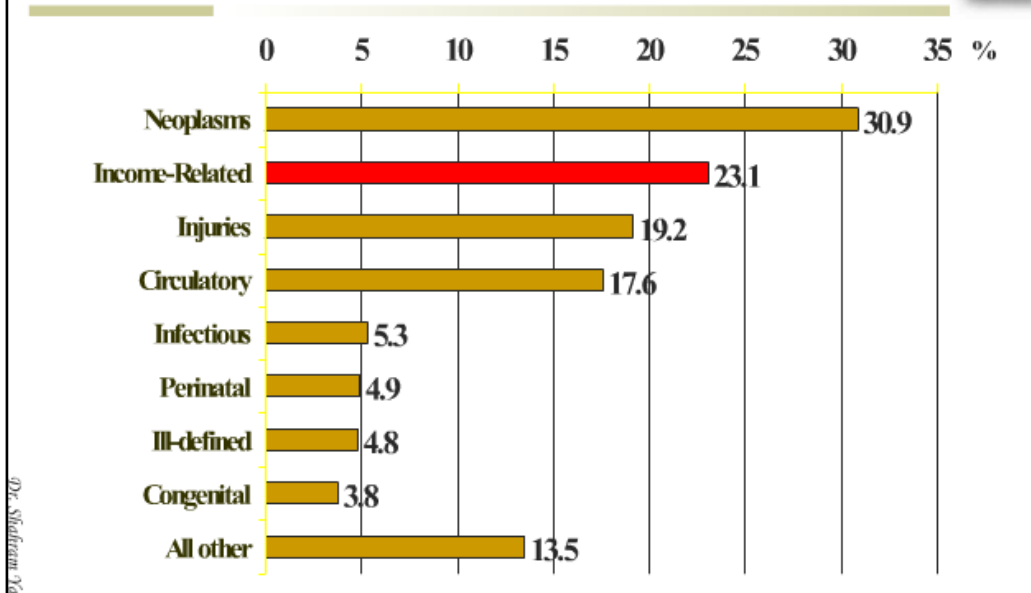


Figure 4.1: Relative risk of death from coronary heart disease according to employment grade, and proportions of differences that can be explained statistically by various risk factors
 Note: 'Others' = height, body mass, exercise, glucose tolerance
 Source: G. Rose and M. Marmot, Social class and coronary heart disease. British Heart Journal 1981: 13-19

اسلاید نهم:

مطالعات اولیه تماماً روی این موضوع معطوف بودند که مسیری را که سبب می شود که یک فرد فقیر یا یک فرد بی سواد دچار بیماری شود. از گلوگاه عوامل خطرزای سلامت رد می شود یعنی این فرد فقیر به این دلیل در واقع بیمار می شود که سیگار می کشد یا مثلاً فعالیت بدنی آن کافی نیست و یا به عنوان مثال رابطه جنسی پر خطر دارد و یا چیزهای این چینی و کاملاً از مسیر عوامل خطرزای سلامت رد می شود اما مطالعات بعدی این موضوع را زیر سؤال برد به عنوان مثال توی مطالعه ای که اسلایدش را مشاهده می کنید می بینیم که تفاوت مرگ به واسطه بیماری های قلبی و عروقی و بیماری های عروق کرونر را می بینیم تو گروه مختلف. در سمت چپ اسلاید شما گروه Administrative را می بینید. شغل های در واقع مدیریتی هستند و مشاغل اجرایی را در ستون می بینید و کارهای کارمندی را ستون سوم و سایر موارد مثل کارهای کارگری و غیره ستون چهارم می بینید. همان طور که مشاهده می کنید اصولاً مرگ و میر ناشی از عروق کرونر هر چی به سمت مشاغل پایین تر سوق پیدا می کنیم می بینیم که مرگ و میر بیشتر می شود. از سمت دیگر که نگاه می کنیم می بینیم که بله درست است طبق پیش بینی که کرده بودیم افرادی را که در واقع مشاغل پست تر را دارند کلسترول بالاتر دارند. بیشتر سیگار می کشند. فشارخونشان بالاتر است اما قسمتی از این ستون هایی که سفیدرنگ است و نوشته ایم توجیه نشده باقی می ماند. (unexplained) به نظر می رسد که فقر جدا از اینکه باعث می شود که فرد فقیر کلسترول بالاتر داشته باشد و فشارخونش بالاتر باشد فقر مستقیماً هم باعث بیماری عروق کرونر می شود و آن چیزی است که روی آن کار شده عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت مثل فقر، بی عدالتی مستقیماً باعث مرگ و میر می شوند یعنی جدای از مقوله عوامل خطرزای سلامت باعث افزایش مرگ و میر می شوند.

PYLL(0-74) by Cause, 1996



اسلاید دهم:

در مطالعه ی دیگر باز مشاهده می کنیم که سال ۱۹۹۶ انجام شده می بینیم که در هر صورت از بیماری های مختلف سال های زندگی که به واسطه مرگ زودرس از بین می رود می شود به علل مختلف منتسب کرد بخشی عللش بیماری عروق کرونر، برخی تصادف بعضی سرطان است ولی می بینیم ۲۳٪ این سالها مستقیماً به علت فقر است و به علت تفاوت درآمدی است یعنی افراد فقیر می میرند به واسطه فقر خودشان نه به واسطه اینکه این فقر باعث می شود که غذا بدتر بخوردند و فقر تغذیه ای باعث مرگ و میر آنها شود. اصولاً در واقع عوامل اجتماعی یک تأثیر مستقیمی روی بحث سلامت و بیماری می گذارند.

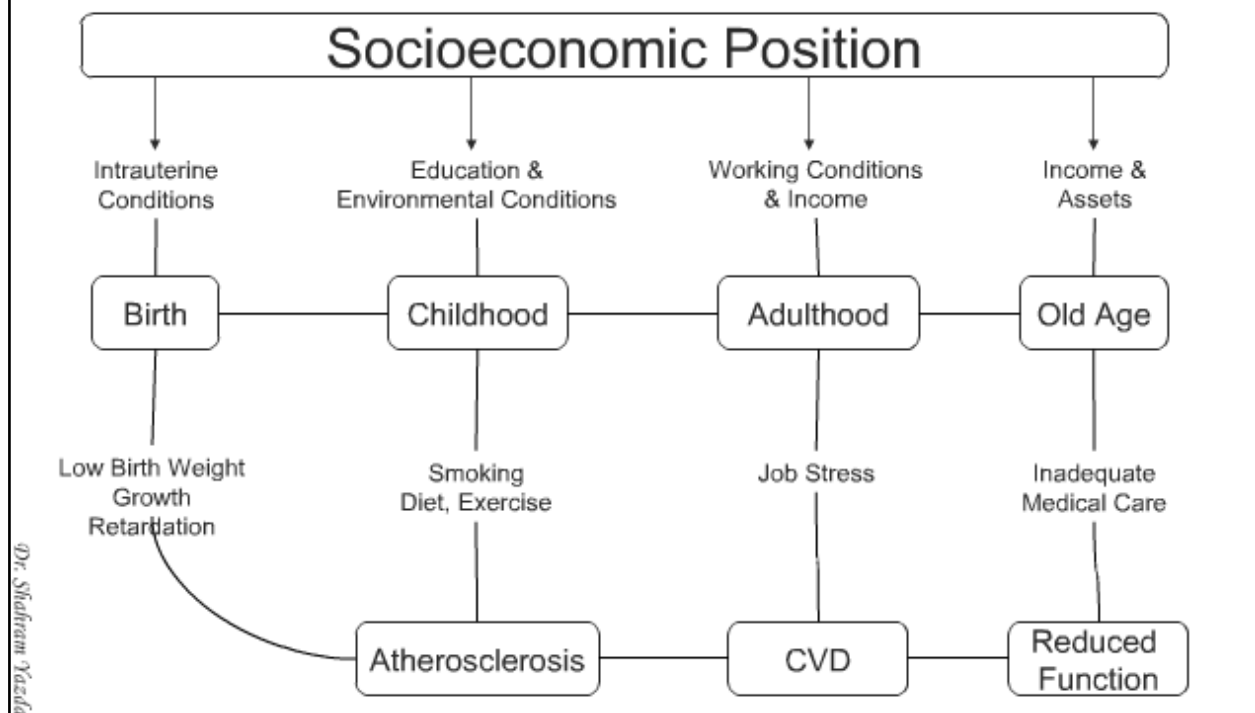
Inequality is Bad for Our Hearts



اسلاید یازدهم:

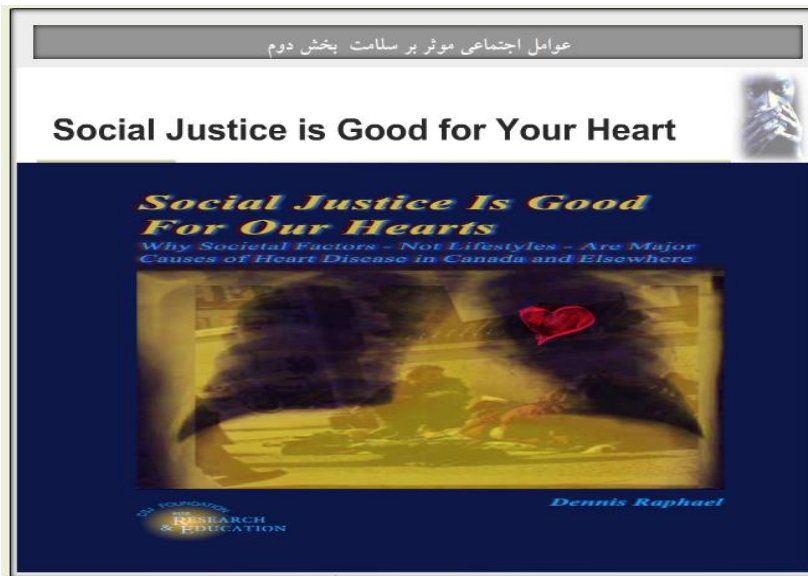
اینجا بود که این مطالعات از این جنس خیلی به تعداد زیاد و در کشورهای مختلف انجام شد. جایی که مثلاً یکی از انجمن های معروف بیماری قلبی و عروقی در دنیا کتابی را منتشر کردند تحت عنوان **Inequality is Bad For Our Hearts** یعنی نابرابری برای قلب ما بد است. عملاً در واقع افرادی که یک جور بی عدالتی اجتماعی را تجربه می کنند شدیداً دچار بیماری قلبی و عروقی می شوند. این بخشی است که در واقع بررسی هم شد، مثلاً در کشور هندوستان یکی از ایالات هایش همه مردم فقیر بودند. مردم زیاد هم دچار بیماری قلبی و عروقی نمی شوند. ولی در یک ایالت دیگرش افراد فقیر در کنار افراد غنی قرار دارند کوه و کاخ در کنار هم قرار می گیرند. افراد فقیر مرگ و میرشان خیلی بیشتر است. شاید صرفاً به این علت که هر روز چشمشان به این کاخ می افتد اما مشاهده شد که بحث خود فقر نیست که این افراد را می کشد خود بی عدالتی هم می تواند باعث افزایش مرگ و میر شود.

Socioeconomic Influence on Cardiovascular Disease



اسلاید دوازدهم:

به صورت مختلف این عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت در دوره های خاص زندگی روی سلامت ما تأثیر می گذارد و خیلی جالب است که بدانید عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت عوامل اقتصادی و اجتماعی را از زندگی جنینی تأثیر می گذارد. مثلاً مشاهده شده که در یک بررسی که در زمان جنگ جهانی دوم انجام شده تا اینکه خانم هایی که در زمان جنگ جهانی دوم باردار بودند و حالا خشونت و یا فقر یا در واقع تغذیه ناکافی را تجربه کردند بعداً که این فرزندان به دنیا آمده و بزرگ شدند در سن بلوغ فرزندان این افراد بیماری روانی از جمله اسکیزوفرنی بیشتری می گرفتند. پس عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت از زندگی درون رحمی تأثیر می گذارند. بحث عوامل محیطی و آموزش در دوران کودکی تأثیر می گذارد. بحث در دوران جوانی و نوجوانی خطرات محیطی بسیار مهم است. سیگار، الکل، روابط جنسی غیر مطمئن تا سن میان سالی تا بحث درآمدی و نابرابری در آمدی، محیط کاری پر استرس تأثیر می گذارد و همه اینها در نهایت باعث افزایش مرگ و میر بخصوص از طریق بیماری قلبی و عروقی در افرادی که به نوعی محرومیت و فقر را تجربه می کنند.



اسلاید سیزدهم:

یک مطالعه دیگر انجام شد و نتیجه آن اسمش باز معنی دار است. Social Justice Is Good For Your Heart. یعنی عدالت اجتماعی برای قلب ما خوب است یعنی نهایتش این است یعنی اگر بی عدالتی برای قلب ما بده دولت ها بیایند و کاری کنند و عدالت اجتماعی را مستقر کنند. بیماری قلبی و عروقی تا حد زیادی کاهش پیدا می کند و این موضوع مستقل از بیماری ها و مستقل از عوامل خطرزای سلامت می تواند مورد بحث قرار گیرد.



اسلاید چهاردهم:

به قدری مطالعه بر روی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت زیاد شد که دیگر به عنوان Solid Facts یعنی به عنوان واقعیت غیر قابل انکار به آن اشاره شد. یعنی چیزی که نمی شود آن را انکار کرد و ما در نظام های سلامت با یکسری دشمن جدید مواجه شدیم. اگر دشمن اولی ما کوچک و متعدد بود به عنوان بیماری ها و دشمن بعدی ما عوامل خطرزای سلامت بود که ممکن است صد یا دویست تا باشند. دشمن بعدی ما عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت هست که تعدادش کم است و اتفاقاً مقابله با آن دشوار است یعنی ریشه کنی فقر به مراتب از ریشه کنی بیماری سرخک سخت تر خواهد بود شک نکنید مقابله با بی عدالتی اجتماعی به مراتب از مقابله با سل در مملکت ما سخت تر خواهد بود در عین حال سل ۴ یا ۵ عامل اجتماعی مؤثر بر سلامت را اگر بشود بنوعی کنترل کرد می توان امیدوار بود که اولاً بی عدالتی رفع شود و تا حد زیادی وضعیت سلامتی مردم بهبود پیدا کند.

Social Determinants of Health: The Solid Facts



- Social gradient
- Early life
- Work
- Social support
- Stress
- Social exclusion
- Unemployment
- Addictions
- Food
- Transport

World Health Organization, 1998

اسلاید پانزدهم:

از اینجاست که می بینیم که نوع گفتمان مسئولین در نظامهای سلامت تغییر کرد و می بینیم که دیگر قبلاً می آمدیم در مورد سل و سرخک صحبت می کردیم اما سازمان جهانی بهداشت در سال ۹۸ توی در واقع بیانیه ای که منتشر کرد می گوید بحث دشمنان سلامت جامعه چی است؟ نمی گوید سل است نمی گوید سرخک است می گوید طیف طبقات اجتماعی (Social gradient) میگه اون دوره های اولیه زندگی که تحت شرایط نامطلوب ما بزرگ می شویم (Early life) شرایط شغلی، فقدان حمایتهای اجتماعی، استرس، جداماندگی اجتماعی (Social exclusion) فرد خودش را از جامعه جدا یافته پیدا می کند. بیکاری - اعتیاد - غذا - حمل و نقل عمومی (Transport). می بینیم که نوع گفتمان عوض شد. دیگه از سرخک و سیاه سرفه و اینها در آمدیم و سراغ چیزهای دیگر رفتیم.

Ottawa Charter's Prerequisites of Health



- Peace
- Shelter
- Education
- Food
- Income
- A stable eco-system
- Sustainable resources
- Social justice
- Equity

World Health Organization, 1986

اسلاید شانزدهم:

یک موقع می بینیم که یکی از معروف ترین بیانیه ها به نام Ottawa Charter's معروف است. توی اتاوا ای کانادا که برای سازمان بهداشت جهانی هست اینجا باز هم در واقع آن چیزی که برای سلامت می خواهیم و دنبالش باید باشیم نامبرده می شود نمی گویند واکسن نمی گویند حتی آب سالم یا پنی سیلین بلکه می گویند Peace (صلح) – Shelter (سرپناه) – Education (آموزش) – Food (غذا) – Income (درآمد) – A Stable eco system – Sustainable resources (اکوسیستم پایدار) – Social justice (عدالت اجتماعی) – Equity

تساوی حقوق

در واقع نوع گفتمان عوض شد و اینهاست که به صورت ریشه ای باعث سلامت مردم می شود. پس فقدانش باعث بیماری مردم و مرگ و میرشان می شود.

Health Canada's Determinants of Health



- Income and Social Status
- Social Support Networks
- Education
- Employment/Working Conditions
- Social Environments
- Physical Environments
- Personal Health Practices and Coping Skills
- Healthy Child Development
- Biology and Genetic Endowment
- Health Services
- Gender
- Culture

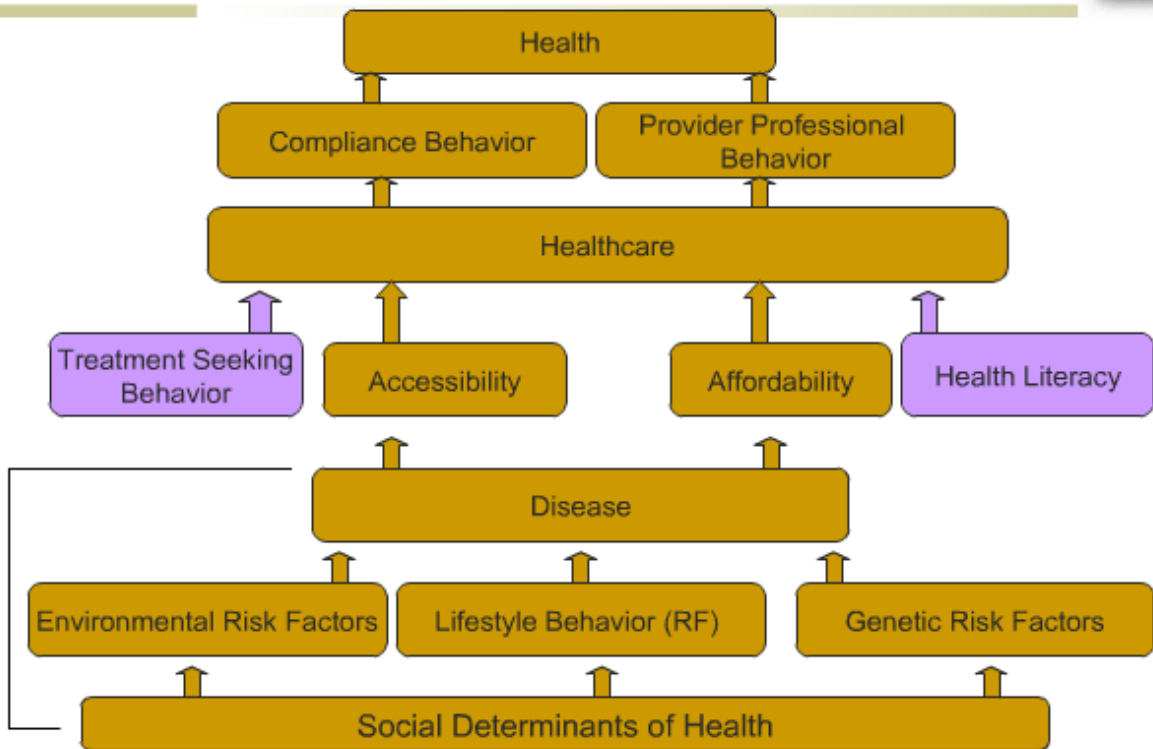
Dr. Shafiqur Razdan

اسلاید هفدهم:

به همین ترتیب بیانیه ی متعددی وجود دارد. باز مثلاً در بیانیه ی دیگر همین مقولات به شکل دیگر به آن اشاره می شود. بحث درآمد و وضعیت اجتماعی و بحث آموزش و شبکه های حمایتی اجتماعی، محیط اجتماعی مورد تأکید قرار می گیرد.



Direct Health Effects of SDH



اسلاید هجدهم:

بحثی که اینجا پیش می آید این است که ما در این نقشه مفهومی خودمان باید تغییر کوچکی ایجاد کنیم. ما قبلاً می گفتیم که عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت به واسطه عوامل خطر زای سلامت یا Health Risk Factor تأثیر می گذارد اما الآن حرفمان را یک مقدار عوض می کنیم می گوئیم بله درست است که افرادی که در واقع فقیر هستند و محروم هستند و تحت ستم و بی عدالتی قرار می گیرند در یک محیط خصمانه تری را تجربه می کنند پس Environmental Risk Factor عوامل خطر زای محیطی بیشتری را تجربه می کنند و سبک زندگی نامطلوب تری را دارند. این را می دانیم اما جدایی از آن صرف عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت مستقیماً می تواند باعث بیماری شود حتی وقتی سایر عوامل را می بینیم باز هم بی عدالتی به عنوان مثال می تواند باعث بیماری می شود.



Ten Tips for Staying Healthy - Dave Gordon, 1999.

1. Don't be poor. If you can, stop. If you can't, try not to be poor for long.
2. Don't have poor parents.
3. Own a car.
4. Don't work in a stressful, low paid manual job.
5. Don't live in damp, low quality housing.
6. Be able to afford to go on a foreign holiday and sunbathe.
7. Practice not losing your job and don't become unemployed.
8. Take up all benefits you are entitled to, if you are unemployed, retired or sick or disabled.
9. Don't live next to a busy major road or near a polluting factory.
10. Learn how to fill in the complex housing benefit/ asylum application forms before you become homeless and destitute.

Dr. Shahram Yazdani

اسلاید نوزدهم:

اینجا بود که در مقابل شعارهای ده گانه آقای دونالدسن که من در اسلاید سوم خودم به آن اشاره کردم اینجا آقای Gordon می آید در واقع آن را به سُخره می گیرد یعنی طنز گونه دونالدسن چه گفته بود. دونالدسن گفته بود خوب بخورید خوب بپوشید به نظر می آمد که خیلی هنر کرده با این شعارهای خودش. آقای گوردون می آید می گوید که اگر می خواهید سالم بمانید ۱۰ تا کار را انجام دهید یک جور طنز گونه به آن نگاه می کند می گوید: ۱- فقیر نباشید اگر می توانید و اگر نمی توانید فقیر هستید طولانی فقیر نباشید. ۲- پدر و مادر فقیر نداشته باشید. ۳- ماشین داشته باشید ۴- شغل مناسب پر درآمد داشته باشید. ۵- خانه خوب و با کیفیت بالا داشته باشید (نمور نباشد) ۶- تعطیلات تابستانی فرضاً به یک کشور خوب بروید. بدیهی است که در واقع مردم این توصیه ها برایشان بی معنی است چون در اختیارشان نیست. آقای گوردون با این توصیه ها به این شکل طنز گونه می گوید که مردم آنچه را که سبب بیماریشان می شود بعضاً در اختیار خودشان نیست نه بیمار شدنشان نه حتی عوامل خطرزای سلامتشان این عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت در اختیار مردم نیست و نقش دولت ها پر رنگ است و دولت ها باید کاری انجام دهند ما نمی توانیم مردم را به واسطه فقرشان سرزنش کنیم و نمی توانیم مردم را به واسطه اینکه فرزند فقیر هستند سرزنش کنیم. دولت در واقع باید آستین بالا بزند و کاری کند که مردم از این موضوع رنج نبرند.



What is the role of governments?

■ What is the role of governments?

اسلاید بیستم:

اینجاست که بحث نقش دولت ها در کنترل و مدیریت عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت پر رنگ می شود و عملاً در واقع وقتی توپ در زمین مردم انداخته شد مردم نتوانستند کاری کنند عملاً دیدیم که در اوایل دهه ۷۰-۸۰ همه توپ توی زمین مردم رفت گفتیم سبک زندگی سالم (Healthy life style) به مردم گفتیم خوب بخور، خوب بنوش، خوب بگرد، خوب مردم ندارند خوب بخورند، خوب بپوشند، خوب بگردند. عملاً دولت ها هستند که باید کاری انجام دهند.

Social Class Differences

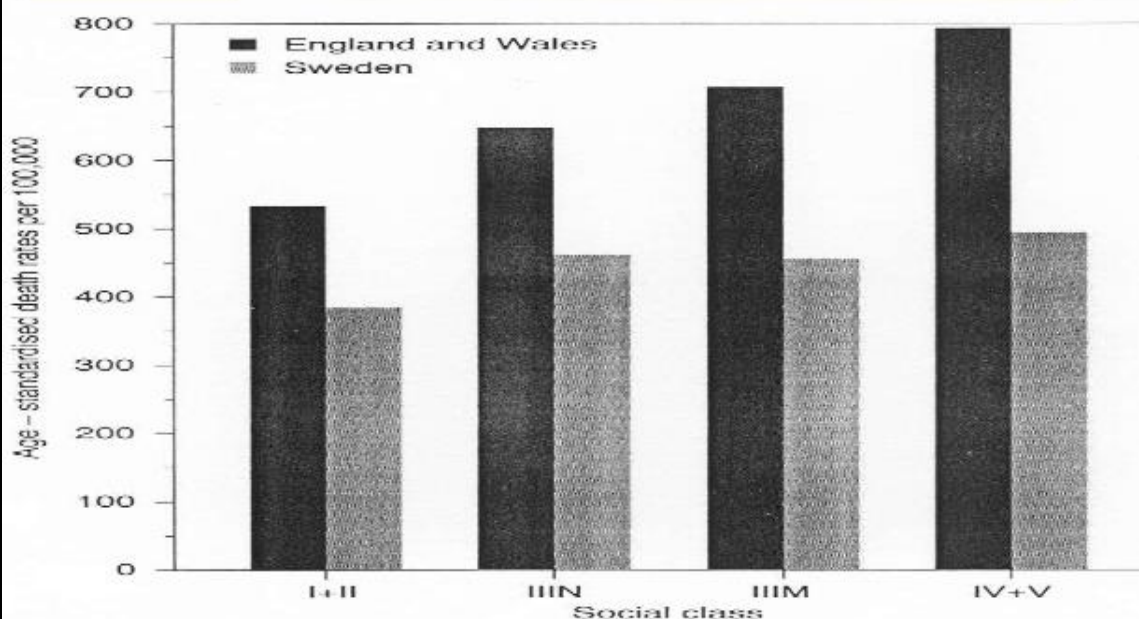


Figure 5.8: Social class differences in mortality of men 20-64 years: Sweden compared with England and Wales
Source: D. Vagero, O. Lundberg. Health inequalities in Britain and Sweden. *Lancet* 11: 35-6. 1989.

اسلاید بیست و یک:

من تو دو اسلاید در واقع نقش دولت ها را برایتان بیان می کنم و البته در صحبت های آتی هم به این موضوع مجدداً بر خواهم گشت. اگر در مملکت ما از کسانی که در رابطه با سیاست گذاری سلامت به حساب آشنایی دارند بپرسند یکی از سیستم های سلامت نمونه دنیا کجاست خوب همه کشور انگلستان را نام خواهند برد. کشور انگلستان با سیستمی که ما به آن NHS می گوئیم National Health Service یکی از مدون ترین و زیبا ترین نظام های سلامت دنیا را دارد. اما همین کشور انگلستان به واسطه ایدئولوژی حاکم آنجا که سیستم رفاه درستی ندارد عملاً مردمش از فقر رنج می برند و در مقابل کشور سوئد سیستم سلامتش به اندازه انگلستان نام آشنا نیست و ما خیلی نظام سلامت سوئد را نمی شناسیم اما نظام رفاه قوی دارد. حالا بینیم یک نظام سلامت خوب در مقابل یک نظام رفاه خوب هر کدام چه کاری می کنند؟ و چه اتفاقی می افتد. توی یک اسلاید مرگ و میر مردان ۲۰ تا ۶۴ ساله را می بینیم که در واقع در گروه های مختلف اجتماعی نمایش داده شده ستون های سیاه رنگ مربوط به کشور انگلستان است و همان طور که مشاهده می کنید هر چی که کلاس اجتماعی افت پیدا می کند مثلاً به کلاس ۴ و ۵ می رسیم مرگ و میر مردان ۲۰ تا ۶۴ ساله در انگلستان به طور قابل ملاحظه ای افزایش می یابد. می بینیم در ستون سیاه رنگ سر به فلک می کشد اما در کشور سوئد با ستون خاکستری رنگ ها می بینیم که جدای از سطح اجتماعی که فرد غنی یا فقیر است کارگر و یا کارمند است مدیر یا چی است؟ مرگ و میر مردان ۲۰-۶۴ ساله تقریباً در یک سطح باقی می ماند. خوب اینجا جای تأمل دارد که کشور انگلستان با آن نظام سلامت شش دانگ NHS چرا نمی تواند مرگ و میر ستون پایین اجتماعی را کم کند به واسطه این که این افراد به واسطه عوامل اجتماعی مؤثر بر

سلامت متأثر می شوند و نظام سلامت نمی تواند جایگزین نظام رفاه شود و نظام سلامت حداکثر خدمات نظام سلامت را ارائه می دهد اما نظام رفاه می تواند باعث شود که در واقع عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت بهبود پیدا کند و فرد اصولاً بیمار نشود.

عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت بخش دوم

Social Class Differences

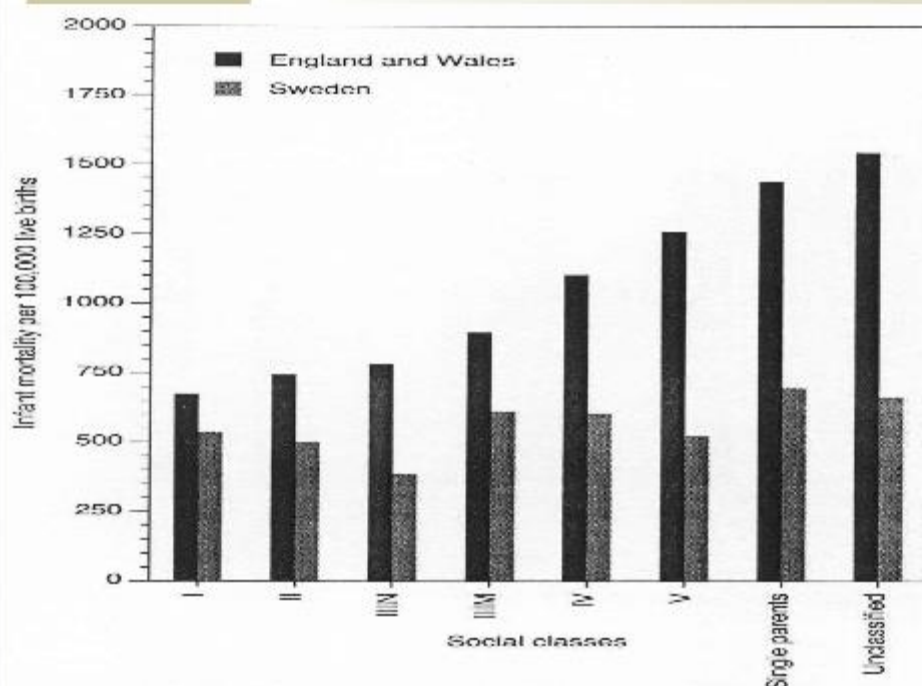


Figure 5.7: Social class differences in infant mortality in Sweden compared with England and Wales
Source: Leon et al., 1992

اسلاید بیست و دوم:

کاملاً قابل تأمل است باز هم مرگ و میر بچه ها زیر یک سال را در صد هزار نفر می بینیم خیلی تأثیر برانگیز است و واقعاً جای تأمل دارد و باز نگاه می کنیم در ستون های سیاهرنگ کشور انگلستان با افت کلاس اجتماعی مرگ و میر بچه های زیر یک سال به طور قابل ملاحظه ای افزایش می یابد و مثلاً در کشور سوئد ملاحظه می کنیم که مرگ و میر بچه ها حتی کلاس یک و کلاس سه این را مشاهده می کنید که بعضاً در افرادی که حتی ستون متوسط اجتماعی قرار دارند بچه هایشان مرگ و میر کمتر دارند تا افراد خیلی پول دار که سطح یک هستند و اصولاً شما با یک خط مستقیم مواجه هستید و این نشان دهنده اهمیت کارکرد دولت ها هستند. در واقع دولت ها هستند که از طریق یک نظام رفاه و طراحی و اجرای نظام رفاه درست می توانند باعث در واقع رفع و دفع این بی عدالتی بشوند.

USA, Canada, and Sweden Rankings on Compared to other Industrialized Nations



Measure	(Ranking, 1 is best)		
	USA	Canada	Sweden
Income Inequality (1990)	18 of 18	11	3
Child Poverty (1990)	17 of 17	14	2
Infant Mortality (1996)	24 of 29	17	2
Youth Suicide (1992-1995)	15 of 22	16	10
High School Drop-Outs (1996)	17 of 17	16	10
Youth Homicide (1992-1995)	22 of 22	19	5
Wages (1996)	13 of 23	15	6
Unemployment (1996)	2 of 10	7	8
Elderly Poverty (1990)	15 of 17	4	5
Life Expectancy (1996)	20 of 29	4	3

Dr. Shahram Yazdani

اسلاید بیست و سوم:

باز در این اسلاید می‌توانید مشاهده کنید کشور سوئد - کانادا و آمریکا را می‌توانید ملاحظه کنید که کلاً نظام‌های سلامت همه‌ی آنها معروف هستند و نظام‌های رفاهشان کاملاً متفاوت است مثلاً کشور آمریکا نظام رفاه شش دانگی ندارد و بعد می‌توان ببینیم در رابطه با بی‌عدالتی درآمدی بین یک مطالعه از ۱۸ کشوری که مطالعه شده است آمریکا رتبه ۱۸ را بدست آورده است حالا مثلاً سوئد رتبه ۳ را داشته فقر کودکان ۱۷ از ۱۷ یعنی بدترین رتبه مال آمریکاست و رتبه دوم مال سوئد است. مرگ و میر بچه‌ها ۲۴ از ۲۹ مال آمریکاست یعنی بین ۲۹ کشوری که بررسی شده از نظر رشد مرگ و میر کودکان آمریکا رتبه ۲۴ داشته و خیلی پایین است و رتبه دوم مال سوئد است. همینطور نگاه کنید عوامل متعدد **Life expectancy** بقای امید به زندگی باز می‌بینیم در کشور آمریکا با این همه درآمد و هزینه‌ها که می‌شود.

می‌دانید که نظام سلامت آمریکا پر هزینه‌ترین نظام سلامت دنیاست یعنی با وجود این امید به بقا طول زندگی مردم توی ۲۹ کشور که بررسی شده رتبه ۲۰ را بدست آورده در حالی که کشور سوئد با هزینه‌های بسیار کمتر در بخش سلامت خودش از طریق تعیبه یک نظام رفاه درست و توجه خاص به عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت رتبه سوم را دارد. همان‌طور که مشاهده می‌کنید این آمار نشان می‌دهد صرف داشتن فناوری‌های پیشرفته و داروهای خیلی در واقع جدید و غیره و ذالک نمی‌توان سلامت مردم را تضمین کند. مردم برای اینکه سالم باشند از نظر اجتماعی و اقتصادی یک وضعیت مناسبی را داشته باشند.

جامعه‌شناسی پزشکی و عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت

(جلسه سوم)

سلامت، فقر و محرومیت

۱- عوامل ایجاد کننده ثروت و رفاه

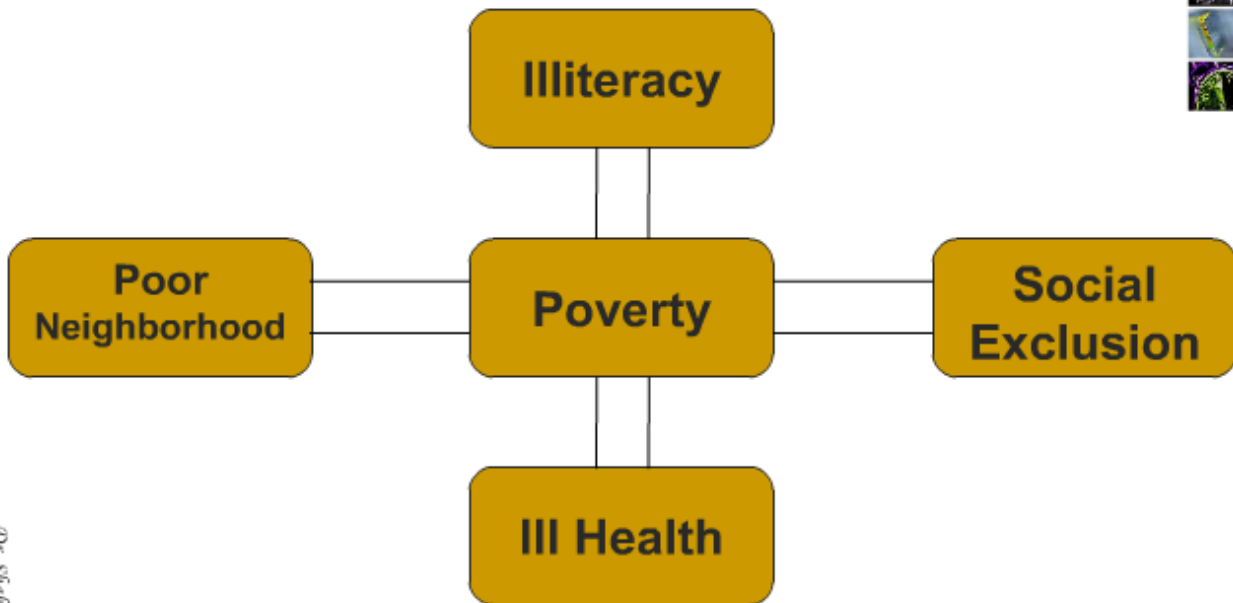
۲- فقر و محرومیت و آسیب های اجتماعی



اسلاید اول:

بسم الله الرحمن الرحيم. سومین مبحث از مجموعه مباحث عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت را خدمتتان خواهیم داشت. در این مبحث ارتباط بین سلامت از یک سو و فقر و محرومیت از سوی دیگر را بحث خواهیم کرد.

Poverty: At the Heart of Many Vicious Cycles



اسلاید دوم:

یک امر خیلی مهم این است که وقتی ما به مقوله فقر نگاه می کنیم فقر جزئی از حلقه ناقص بسیاری از فجایع و مشکلات اجتماعی است یعنی چه؟ به عنوان مثال ما نگاه می کنیم می بینیم که بین فقر و بی سوادی یک ارتباط متقابل وجود دارد. یعنی فقر باعث بی سوادی و بی سوادی باعث فقر می شود پس در واقع حلقه معیوب داریم. اصطلاح انگلیسی می گوئیم *Vicious cycles*. حلقه معیوبی که خودش را ایجاد می کند. این فقر مدام بی سوادی ایجاد می کند و بی سوادی فقر را ایجاد می کند و این می تواند به صورت بی پایان ادامه پیدا کند. یا به عنوان مثال نگاه کنید ببینید بین فقر و *ill Health* (بیماری) و وضعیت سلامت ناکامل یک ارتباط متقابل وجود دارد و از یک سو فقر باعث بیماری می شود و از یک سوی دیگر فردی که بیمار می شود نمی تواند در آمد زایی کند و دچار فقر می شود و پس اگر رهاش کنیم به حال خودش و فقر و بیماری می تواند تا بی نهایت همدیگر را تقویت و تشدید کنند و یا به عنوان مثال بین فقر و جدامانگی از اجتماع *Social Exclusion* (افراد جدا مانده از اجتماع) ارتباط متقابل وجود دارد و افراد فقیر معمولاً از جامعه به دور می مانند و افرادی که از جامعه به دور مانده می شوند فقیر می شوند. و به این ترتیب اگر رهاش کنیم به حال خودش می تواند تا بی نهایت ادامه پیدا کند. بین بحث فقر و همسایگی فقرا ارتباط وجود دارد یعنی کسانی که محل تولدشان در یک منطقه فقیر است فقیر خواهد شد و جدای همه ی پتانسیل های درونیشان و اگر فقیر باشند معمولاً نمی آیند در محله ثروتمندنشین زندگی کنند و در محله فقیر زندگی می کنند یعنی فردی که ثروتمند هم باشد و فقیر بشود همسایگی خودش را عوض خواهد کرد پس در واقع این دو تا با هم ارتباط متقابل دارند. حالا بررسی

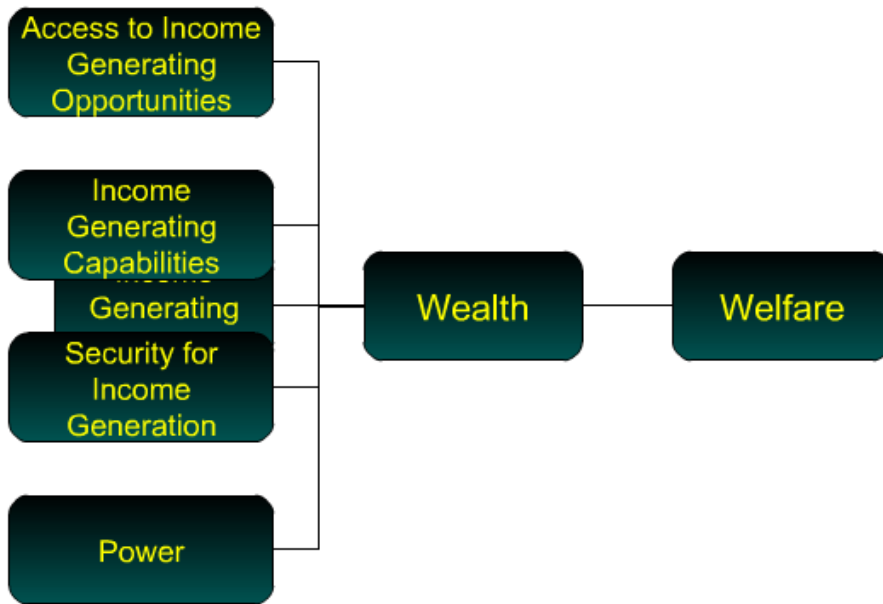
کردند دیدند ارتباط متقابل بین فقر با عوامل نامطلوب اجتماعی در بیش از ۳۰ مورد وجود دارد. فقر - بی سوادی و فقر - بیماری و فقر - جداماندگی اجتماعی و مقولات متعدد یعنی چه؟ یعنی به نظر می آید که فقر یک حلقه مشترک است بین تمام این موارد. پس اگر بخواهیم در واقع به همه این موارد نگاه کنیم به بی سوادی به بیماری و مشکلات اجتماعی، اگر به فقر نگاه کنیم و علاجه برای فقر پیدا کنیم به نظر می آید که تمام این ها را آدرس دهی می کنیم. فقر در واقع یک مشکل کلیدی است و یک مشکل ریشه ای است و این ریشه ای بودن خیلی خیلی اهمیت آن را زیاد می کند این همان چیزی است که در جلسات قبل به آن اشاره کردم که وقتی می گوئیم عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت می بینیم که تعداد این عوامل ممکن است خیلی محدود باشد. گفتیم که فقر، بی عدالتی، مقولاتی از این قبیل، بی سوادی اما نگاه می کنیم می بینیم هر کدام از آنها می تواند تعداد خیلی زیادی از مشکلات را ایجاد کند پس اگر موارد محدود اجتماعی را آدرس دهی کرده و به نوعی برطرف کنیم می توان امیدوار باشیم که حجم زیادی از مشکلاتمان برطرف می شود.



اسلاید سوم:

بحث این محرومیت و فقر و در مقابلش بحث در واقع ثروت و رفاه را در قالب این نقشه مفهومی مرور بکنیم ما شرایطی را داریم که در واقع می تواند یک فرد را مستعد برای درآمد زایی کند. این یعنی چه؟ یعنی به صرف اینکه من و شما وجود داریم این ویژگیهای های پایه درآمد زایی را نداریم. آن شرایط و پیش نیازهای تولید ثروت و تولید درآمد شرایطی است که قابل بحث است یعنی می توانیم فکر کنیم که یک فردی که یکسری ویژگی هایی دارد و این ویژگی ها آن را مستعد می کند برای اینکه درآمد زا باشد پس این ویژگی ها وجود دارد. اگر این ویژگی ها در یک فرد جمع شود این فرد می تواند از طریق تولید درآمد به انباشت ثروت برسد و می دانیم که درآمد یک امر پویا و دینامیک است و ثروت یک امری است که انباشت روی هم پیدا می کند. پس شرایط تولید درآمد می تواند منجر به ثروت شود و خود این ثروت یا Wealth می تواند منجر به رفاه شود و برخورداری از مواهبی که باعث می شود کیفیت زندگی ما بهبود پیدا کند پس شرایط اولیه تولید درآمد منجر به ثروت می شود و این ثروت منجر به رفاه می شود. هر کدام را هم می توانیم باز کنیم و برایش مثال هایی بزنیم.

Wealth and Welfare

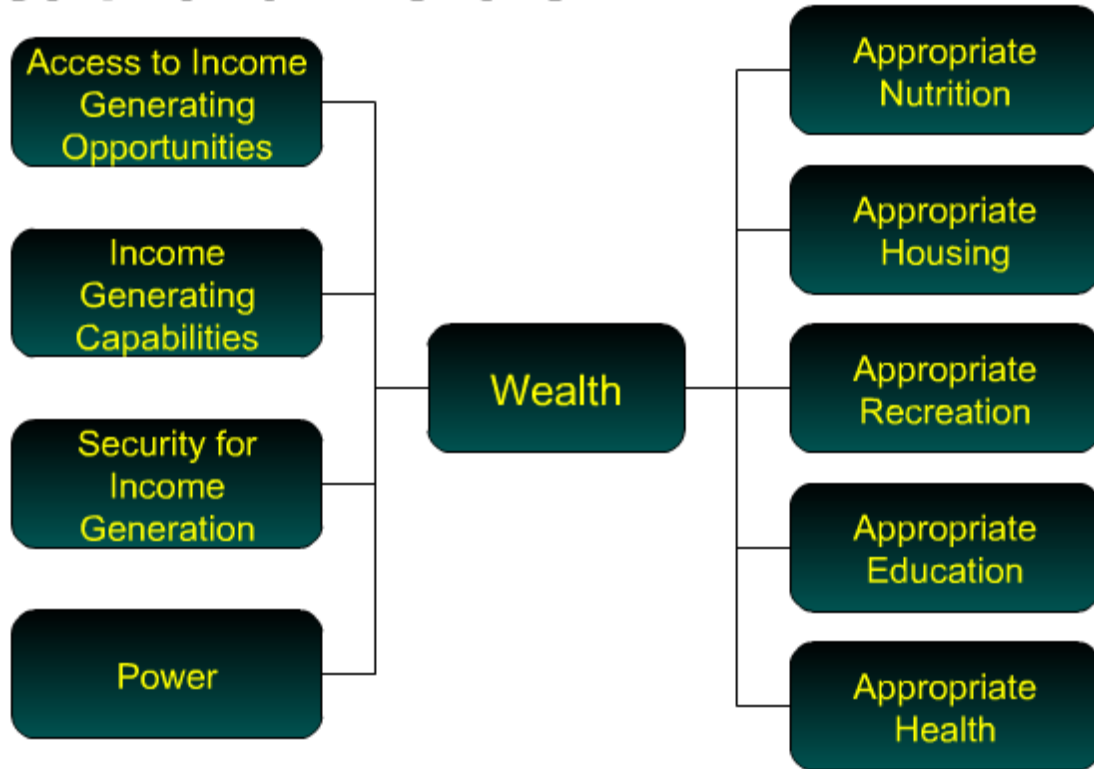


اسلاید چهارم:

به عنوان مثال وقتی در مورد شرایط اولیه تولید درآمد بحث می کنیم در دسترسی به فرصت های درآمد زایی می تواند یکی از این شرایط باشد یعنی چی؟ یعنی به عنوان مثال اگر شما هزاران پتانسیل درونی داشته باشید اما محیط بیرونی، دسترسی شما به این شرایط و فرصت های تولید درآمد و ثروت را محدود کند در واقع درآمد را نخواهیم بود. به عنوان مثال برای اینکه من و شما اشتغال و کاری داشته باشیم و بتوان درآمدی داشته باشیم مثلاً باید به سرمایه دسترسی داشته باشیم و بتوانیم وام بگیریم و به فرصت های شغلی دسترسی داشته باشیم. باید اطلاعات داشته باشیم و اگر من و شما را از این در واقع اطلاعات و از این وام و از این فرصت های شغلی محروم کنند من و شما اگر در واقع پتانسیل درونیمان خیلی زیاد هم باشد باز درآمد را نخواهیم بود. به نوعی می توان گفت که این شرایط، این فرصت ها آن چیزی هستند که در کنار ظرفیت های درونی من و شما قرار می گیرند می توانند باعث درآمدزایی بشوند. همین جا می فهمیم که در کنار فرصت های بیرونی، ظرفیت های درونی در واقع تولید درآمد خیلی مهم است یعنی چه؟ یعنی در محیط ما باید یکسری ویژگی ها وجود داشته باشید و بتوانیم درآمد را باشیم و اما در درون من و شما می توان ویژگی وجود داشته باشد تا بتوانیم درآمد را باشیم. این را می توان به عکس مورد قبل بحث کنیم. فرض کنید که شرایط بیرونی یکسان است آیا همه ما به یک میزان درآمد را خواهیم بود؟ خیر تفاوت در چه خواهد بود؟ حالا دیگر در ظرفیت های درونی است یعنی در شرایط محیطی و بیرونی یکسان باز هم من و شما به واسطه اینکه ظرفیت های درونی تولید درآمدمان متفاوت هست می توانیم به میزان های مختلفی درآمد را باشیم. اما به آن چه می گوئیم: ظرفیت های درآمد زایی. قبلی فرصت های در آمدزایی بود فرض کنید که فرصت ها و ظرفیتها در کنار هم قرار گرفته شده و من و شما توانستیم کاری را شروع کنیم و درآمد را باشیم. می دانیم که در واقع در زندگی ما ممکن است حوادث متعددی رخ دهد که قابل پیش بینی نیست و این حوادث ممکن است به طور ناگهانی

کل زندگی و شغل درآمدزایی من و شما را تحت تأثیر قرار دهد. مثلاً یک تموج، یک بالا و پایین شدن در قیمت ارز باعث می شود قیمت مواد اولیه ما بالا رود و ما نتوانیم آنها را بخریم و ورشکست شویم و به عنوان مثال تو زندگی خود ما ممکن است یک بیماری و یک حادثه و ورشکستگی رخ دهد. Retirement بازنشستگی صورت گیرد و یا معلولیتی در زندگی رخ دهد و باعث شود از هر آنچه که داشته ایم محروم شویم یعنی چه؟ یعنی در کنار آن ظرفیت و فرصتی که قبلاً بحثش را کردیم باید یک تأمین و ایمنی هم داشته باشیم. یک ساز و کار و مکانیزمی باید وجود داشته باشد که شرایطی که ممکن است موقت باشد و این شرایط نا مطلوب و این حادثه و این تموج ارزی یا هر چی که هست و بیماری ممکن است یک ماه طول بکشد و در این یک ماه باید دست من و شما را بگیرد. کمکمان کند و نگه‌مون بدارد و وقتی که این شرایط برطرف شد من و شما بتوانیم مجدداً به شغل درآمد زایی خودمان برگردیم. پس این بحث تأمین است می‌گوییم: Security For Income Generation تأمین برای تولید درآمد. پس تا اینجا کار شد بحث فرصت‌ها بیرونی است و ظرفیت‌ها درونی است و تأمین آنچه که باعث تأمین می‌شود و یک حوادث و تموج در زندگی‌مون باعث نشود که ما به قعر آب فرو رویم و ما را روی آب نگه دارد و بعد فرض کنید که در این جامعه ظلمی به ما شد و حق ما خورده شد و ما امکان دفاع از خودمان نداشته باشیم در این صورت افراد قوی و اغنیاء به سادگی حق ضعفا را بخورند صدای این افراد هم در نیاید و این چیزی هم که ضروری است مثلاً power یا قدرت است. بالاخره کسی که در موضع ضعف کامل قرار دارد و دستش به هیچ چیز نمی‌رسد به سادگی در واقع توی بازار رقابتی حقتش خورده می‌شود دستش به جایی نمی‌رسد و شما می‌بینید که بعضاً گزارش می‌شود که یک روستایی یا یک باغ دار مجبور می‌شود محصولات خودش را به حداقل قیمت که هزینه‌ای که بعضاً کرده را بر نمی‌گرداند مثلاً به یک مال‌خر یا واسطه بفروشد و نهایتاً از همه چیز محروم می‌شود و وقتی از او می‌پرسیم چرا می‌گوید دستم به جایی نمی‌رسد. اون قوی و من ضعیفم و اگر این کار نکنم همین را هم که دارم از دست می‌دهم پس خود این Power شرط چهارم است. اگر مجدد جمع بندی کنیم فرصت‌ها بیرونی ظرفیت‌های درونی، ایمنی و تأمین در مقابل تموجات، حوادث بیرونی و قدرت این چهارتا چیزی است که اگر در کنار هم جمع شوند می‌توانند باعث جمع شدن درآمد شوند و انباشت آن می‌تواند منجر به تولید ثروت می‌شود.

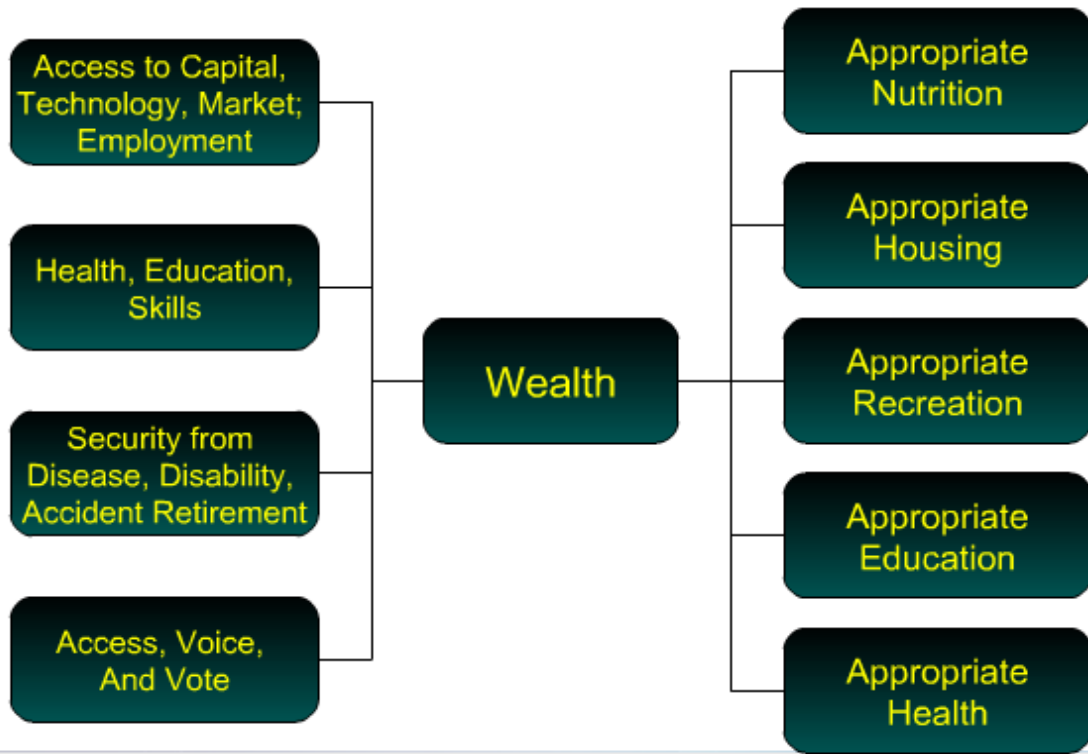
Wealth and Welfare



اسلاید پنجم:

ما این ثروت را برای چه می خواهیم برای اینکه استفاده کنیم نه جمع کنیم عملاً باید ثروت هزینه شود جهت رفاه ما و خانواده ما پس رفاه یعنی برخورداری از مواهبی است که در واقع به نوعی می تواند کیفیت زندگی ما را بهبود بخشد و یا افزایش دهد مثلاً داریم می گوییم که در واقع تغذیه مناسب و یا یک سرپناه و مسکن مناسب خوبی و یا تفریح و اوقات فراغت مناسب و تحصیلات مناسب و سلامت مناسبی داشته باشیم و ما پول را جز اینها که نمی خواهیم خرج کنیم می خواهیم برای رسیدن به این مواهب خرجش کنیم مواهبی که اگر کنارش قرارش دهیم می شه خوشبختی و رفاه و شادی و عملاً منجر به اینها می شود پس تا حدودی الآن می بینیم که چطور به درآمد می رسیم و درآمد ما را به چه می رساند.

Wealth and Welfare

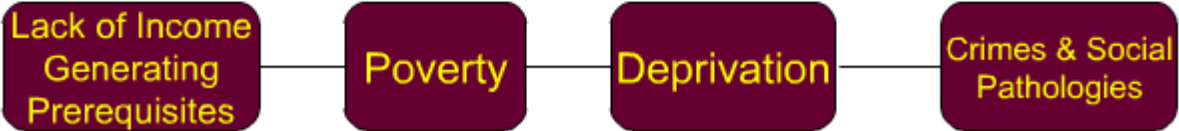


اسلاید ششم:

شفاف تر صحبت کنیم وقتی بحث دسترسی به فرصت های بیرونی داریم دقیقاً فرصت ها چیست؟ یکی سرمایه یا Capital است. یکی فناوری ها است یکی دسترسی به بازار، ممکنه ما را از بازار حذف کنند و فرصت های شغلی است اگر این امکانات وجود داشته باشد و دسترسی به فرصت ها کامل است ظرفیت های درآمذایی چه چیزی است؟ خیلی چیزها است اما در وهله اول سلامت است یعنی اگر سلامت نباشیم نمی توان درآمدزا باشیم پس یکی از ظرفیت های درونی که داریم و ما را درآمدزا می کند سلامت است. اگر اینجا نگاه کنیم می بینیم سلامت دو جای این بحث ما آمده به عنوان ظرفیت درونی برای درآمدزایی و وقتی درآمدزایی شکل گرفت ما این پول را در واقع برای سلامت خرج می کنیم. پس سلامت هم وسیله و هم هدف می شود. به دنبال سلامت، آموزش هم می بینیم Education یعنی آموزش هم هدف و هم وسیله است. فردی که آموزش دیده است و دانشی دارد تولید درآمد می کند و به واسطه انباشت ثروت از مواهب یک زندگی مرفه برخوردار است اما واقع قضیه این است که ما خودمان بحث تحصیلات را هدف زندگی قرار می دهیم جدای از بحث تحصیلات وسیله درآمدزایی است به نوعی فرد تحصیل کرده آدم شادتر و خوشبخت تری هم می تواند باشد و مهارتها، این مهارتهای درآمدزایی خیلی مهم است و الآن در خیلی از کشورهای دنیا بخشی از تسهیلات معطوف به این موضوع می شود که فرد بتواند مهارت های پایه درآمدزایی را داشته باشد. وقتی بحث تأمین می شود ما در مورد ایمنی بحث می کنیم ایمنی در مقابل بیماری ها و معلولیت ها و حوادث و ورشکستگی و بازنشستگی. هر کدام از اینها می تواند زندگی را از این رو به ان رو کند. اگر سیستم تأمینی

وجود داشته باشد در مملکت خودمان با اصطلاح تأمین اجتماعی که با آن آشنا هستیم همین تأمین اجتماعی مقولاتی هست و اگر من و شما مریض شدیم دستمان را بگیرد و نگه‌مون دارد و تا وقتی که سالم شویم حفظمان کند یا Disability (معلولیت) تأمین اجتماعی برای همین است. حوادث بازنشستگی می بینیم که تأمین اجتماعی مفهومیست همین است و بحث Power یا قدرت Power را ما با ۳ کلمه شفاف می کنیم دسترسی (Access) - صدا (Voice) - رأی (Vote) اگر فردی دسترسی داشته باشد قدرت دارد فرضاً فردی باشد که به هیچ چیزی دسترسی ندارد مثلاً اگر مشکل و یا ظلمی برایش پیش بیاید نتواند مراجعه کند شناسد و نداند و شناسد به کی مراجعه کند و کجا دادستانی کند و صدایش به کجا برسد. پس دسترسی ها خیلی مهم است. می بینیم که ما با توسعه دولت و با در واقع با Decentraliz تمرکز زدایی از دوست داریم دسترسی ها را زیاد می کنیم. وقتی یک واحد دولتی ما در سطح شهرستان و روستا شعبه ای دارد و فردی است که بتواند داد مردم را بستاند و مردم بتوانند داد مردم را بستاند و مردم بتوانند به او مراجعه کنند و حق خودشان را مطالبه کنند پس Access و دسترسی افزایش یافته Voice مردم باید صدا داشته باشند. این صداها چطوری است؟ بحث این نیست صوتی از گلو و حنجره ما خارج شود معمولاً نهادهای جامعه مدنی کارشان همین است. کشاورزها تشکل صنفی دارند و اگر مشکلی برایشان پیش آمد به تشکلشان مراجعه می کنند و آن تشکل صدایشان می شود و در سطح بخشداری و فرمانداری استانداری تشکل صدای کشاورزان را منعکس می کند. پس عمده این صدا یا Voice در قالب نهادهای جامعه مدنی آنچه که می گوئیم Civil Society Organization معنی پیدا می کند. کار نهادهای مدنی این است که صدای مردم را به مقامات بالادستی برساند و گرنه همه مردم که نمی توانند هفتاد میلیون به ریاست جمهوری مراجعه کند و بگویند که ما مشکل داریم. نه نهادهای جامعه مدنی کارشان همین موقع هاست پس Voice مهم است (رأی) قدرت می آورد چرا؟ زمانی که مردم رأی داشتند برای فرضاً انتخابات و شوراهای روستا و شوراهای شهر و یا جاهای دیگر و رأی بدهند این رأی را برایشان ارزش می آورد یعنی جایگاه بالادستی برای اینکه رأی این مردم را داشته باشند. آن ها نگاه و توجه می کنند پس رأی این افراد به آنها قدرت می دهد پس دسترسی - صدا - رأی به مردم قدرت می دهد.

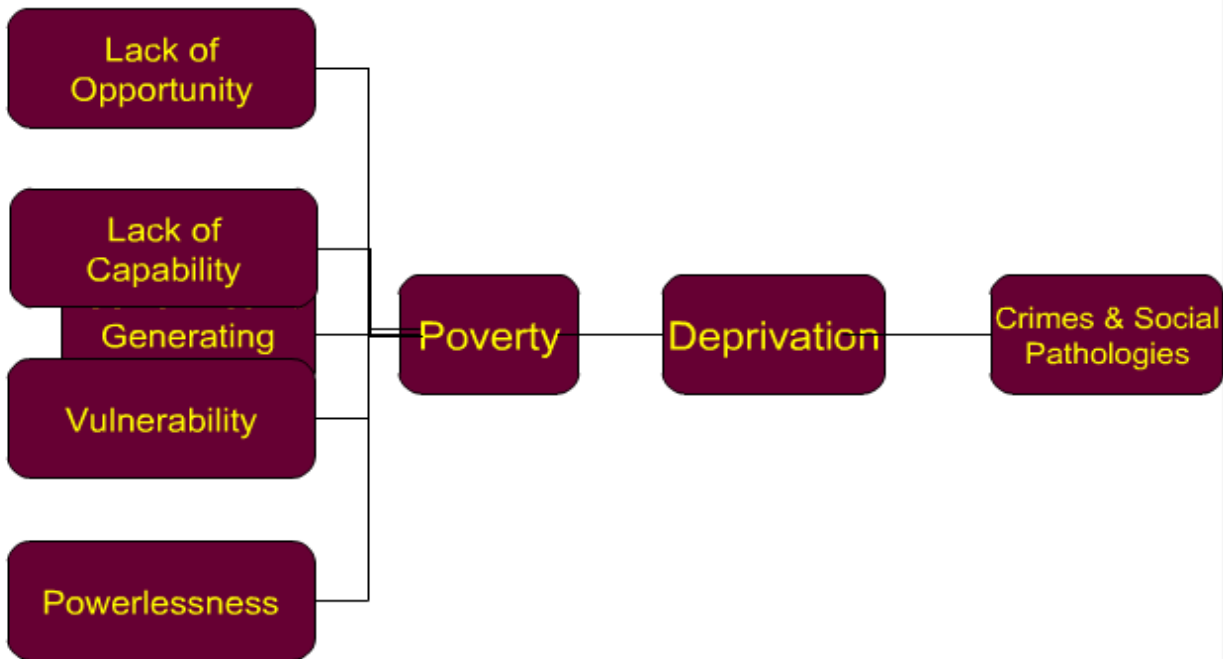
Poverty and Deprivation



اسلاید هفتم:

ما الآن نقش مفهومی کامل شد. بیایید سمت منفی اش را هم نگاه می کنیم که بالاخره بنوعی سمت منفی قضیه ما را دچار مشکل می کند. ما باید سمت منفی را هم بشناسیم و یکجوری سمت منفی را آدرس دهی کنیم تا به سمت مثبتش برسیم. ما در مقابل پیش شرط های درآمدزایی، فقدان پیش شرط های درآمدزایی می تواند باعث چیزی شود که می گوییم فقر یا Poverty پس فقر در مقابل ثروت یا Wealth قرار می گیرد. خود این فقر می تواند باعث محرومیت شود. همان طور که ثروت باعث Welfare یا رفاه می شود فقر باعث محرومیت می شود. و اصطلاح انگلیسی Deprivation می شود یعنی محروم ماندن از مواهب زندگی شاد - مرفه - خوشبخت و خود این محرومیت می تواند باعث جرم و جنایت و آسیب های اجتماعی شود.

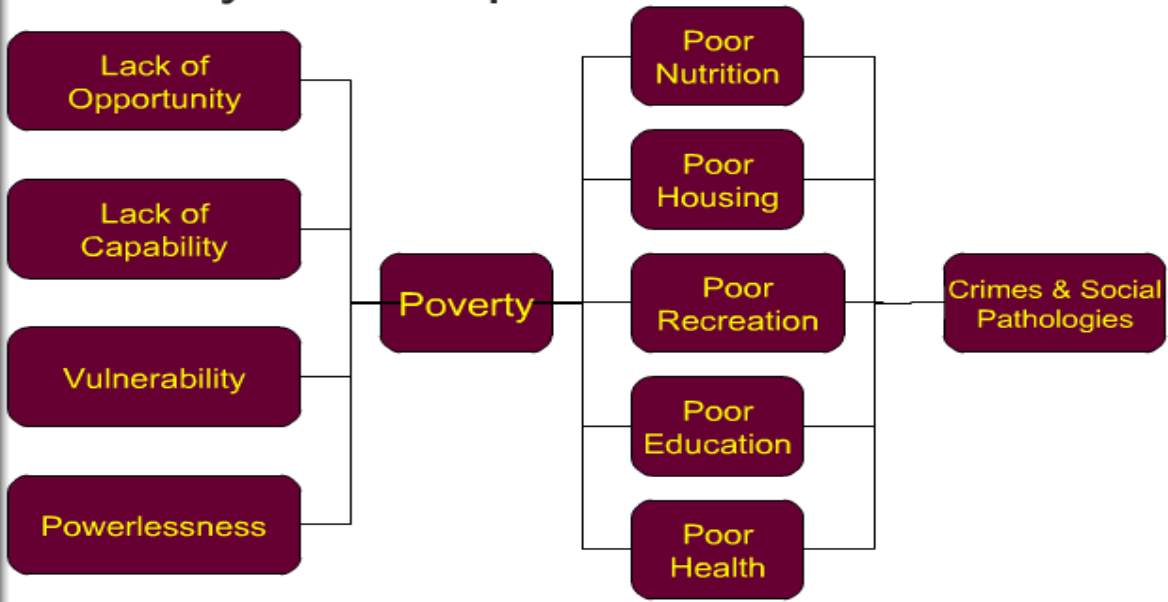
Poverty and Deprivation



اسلاید هشتم:

بینید وقتی ما در مورد فقدان شرایط درآمدزایی صحبت می کنیم. در مورد چی صحبت می کنیم یکی می شود فقدان فرصت های بیرونی. این فقدان فرصت های بیرونی ما یک اصطلاح است که شنیده ایم اما برایمان الآن مفهوم بیشتری پیدا می کند می گوییم رانت . یعنی چه؟ یعنی وقتی فرصت های بیرونی و درآمدزایی به طور یکسان و عادلانه بین آحاد مختلف جامعه توزیع و تقسیم نشود اصطلاحش می شود رانت. یعنی چه؟ یعنی اگر یک وامی وجود دارد و دو نفر به آن نیاز دارند و یکی در واقع محروم بماند از این. در صورتی که حقیقت است و فرد دیگری که بتواند به واسطه دسترسی های خاص خودش بتواند دریافت کند می گوییم رانت یا اگر یک فرصت شغلی وجود دارد چون فامیل فلان کس است. بتواند دسترسی پیدا کند می گوییم رانت. پس دسترسی نا متوازن و غیر عادلانه به فرصت های بیرونی تولید درآمد را اسمش را رانت می گذاریم. فقدان ظرفیت های درونی Lack Of Capability به همان ترتیبی که می گفتم سلامت و سواد و مهارت می تواند باعث درآمد شود فقدانش هم می تواند باعث فقر شود که این را هم می بینیم آسیب پذیری یا Vulnerability حالا این آسیب پذیری در مقابل تأمین یا Security شد پس ما از این به بعد اصطلاحات در ذهنمان معنا پیدا می کند و وقتی می گوییم آسیب پذیری یا Vulnerability مقابل کلمه Security یا تأمین قرار می گیرد. Vulnerability یعنی ما درآمد الآن داریم و کار هم داریم ولی معلوم نیست که فردا این را داشته باشیم و با تکان کوچک در زندگی و یا بازار با تکان کوچک در سلامتمون آن را از دست بدهیم. یعنی ما آسیب پذیر Vulnerable هستیم پس ما این اصطلاح را هم یاد گرفتیم Vulnerability (آسیب پذیری) در مقابل Security (تأمین) و کلمه بعد ضعف powerlessness در مقابل آن قدرت می بینیم که فقدان فرصت های بیرونی و دسترسی ناعادلانه به فرصت های بیرونی، عدم وجود ظرفیت های درونی، آسیب پذیری وضعف ۴ موضوعی است که می توانند ما را دچار فقر یا Poverty کنند و این فقر هم باعث محرومیت می شود.

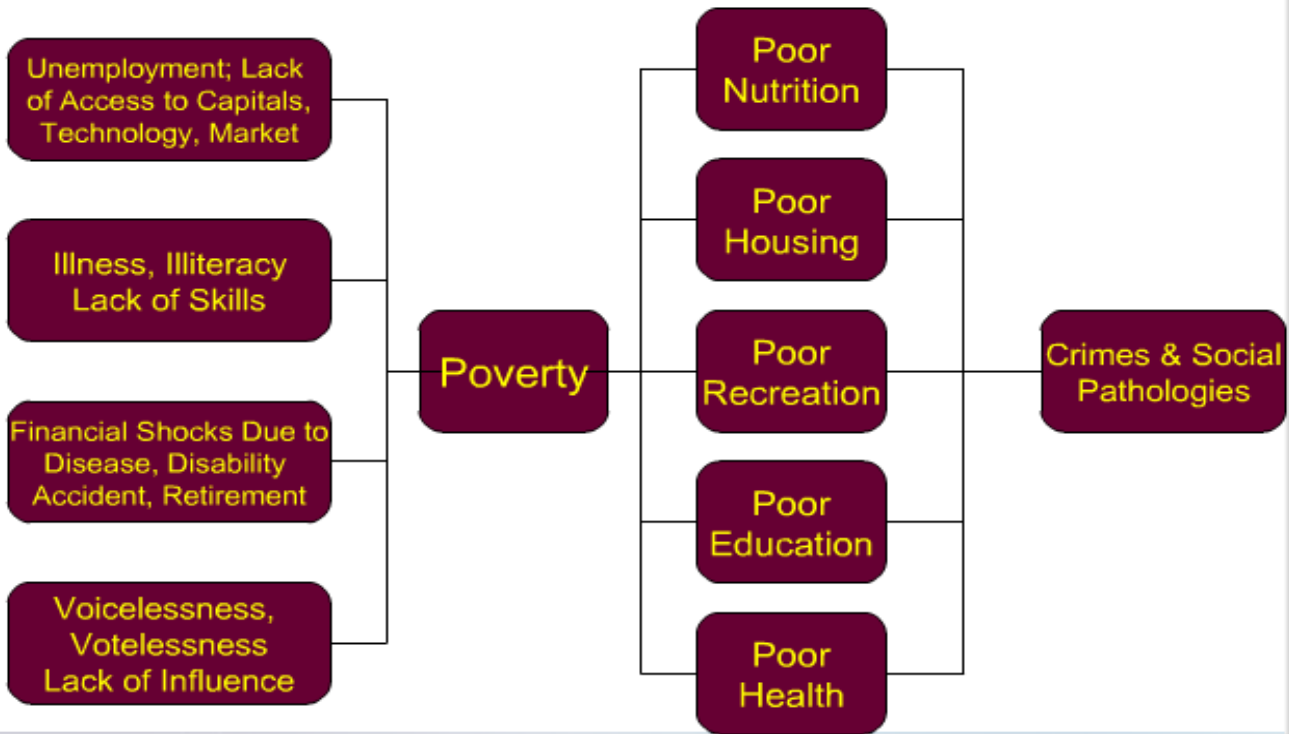
Poverty and Deprivation



اسلاید نهم:

این محرومیت چی هست؟ تغذیه ناکافی - سرپناه نامناسب - تفریح نامناسب - تحصیلات نامناسب و سلامت نامناسب محرومیت می شود. باز هم می بینیم سلامت و آموزش نقش کلیدی دارند و هم در واقع ثروت ایجاد می کنند و هم ثروت آنها را ایجاد می کند.

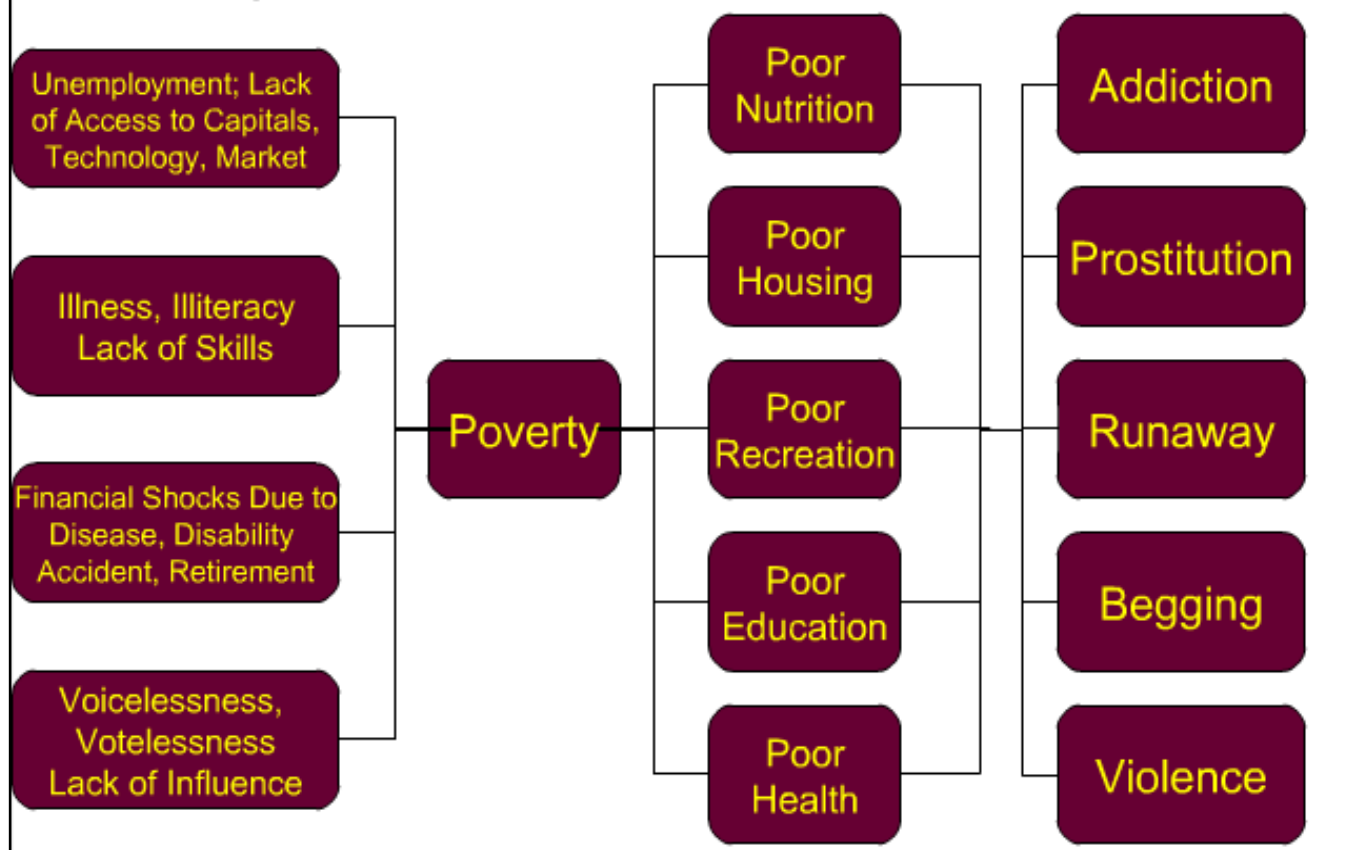
Poverty and Deprivation



اسلاید دهم:

و به همین ترتیب است که وقتی که می گوئیم در واقع بحث Lack of opportunities یا فقدان فرصت های بیرونی بحث بیکاری، دسترسی نامناسب به سرمایه ها و وام ها به فناوری ها و بازار کار عملاً می شود Lack of opportunities فقدان فرصت های بیرونی. وقتی که صحبت از فقدان ظرفیت های درونی را می کنیم می شود بیماری، بی سواد و بی مهارتی که همه آن در واقع مهم هست و وقتی Vulnerability یا آسیب پذیری را می کنیم یعنی اینکه شوک های مالی ناشی از بیماری، بازنشستگی یا تصادف یا معلولیت باعث ورشکستگی شود این آسیب پذیری می شود وقتی می گوئیم Powerlessness یا ضعف یعنی فقدان صدا، فقدان تأثیر، فقدان رأی آنها چیزهایی است که باعث ضعف من و شما می شود پس در نهایت همه اینها می تواند باعث آسیب های اجتماعی، جرائم و جنایت شود.

Poverty and Deprivation



اسلاید یازدهم:

مثلاً اعتیاد، ارتباطش مشخص است با فقر و محرومیت Prostitution یا فحشاء ارتباطش با فقر و محرومیت مشخص است و باعث فرار از خانه که توی جوان ها و نوجوانان خیلی رخ می دهد ارتباطش با فقر و محرومیت در واقع شناخته شده است. تکدی گری، ارتباطش با فقر و محرومیت مشخص و شناخته شده است و خشونت که ارتباطش با فقر و محرومیت مشخص است. می بینیم که در اینجا نقشه آسیب های اجتماعی را کشیدیم و ارتباطش با محرومیت و فقر و ارتباطش با عوامل مستعد کننده فقر می توان گفت که ماهه چیز می دانیم و می توانیم آنها را به تدریج آنها را آدرس دهی کنیم.



اسلاید دوازدهم: ما در صحبت اولمان سعی کردیم که ترمینولوژی یا واژگان اولیه را مرور کنیم و آنها را در قالب نقش مفهومی Conceptualiz یا مفهوم سازی کنیم.

جامعه‌شناسی پزشکی و عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت

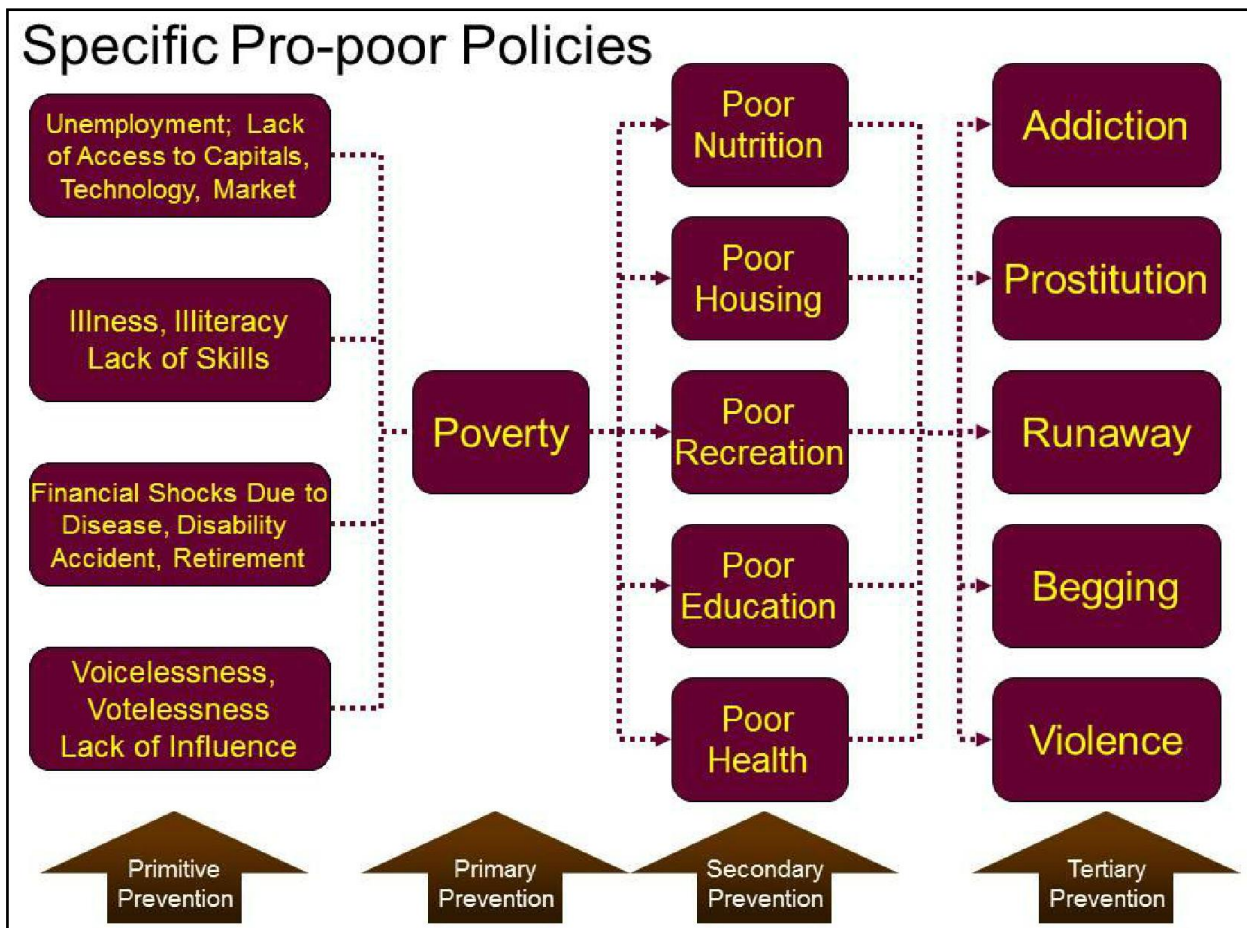
(جلسه چهارم)

سلامت، فقر و محرومیت



اسلاید شماره ۱:

مبحث چهارم از مجموعه مباحث عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت را خواهیم داشت. این مبحث ارائه بحث قبلی است که در آن ارتباط بین سلامت و فقر و محرومیت را مورد بحث قرار دادیم.



اسلاید شماره ۲:

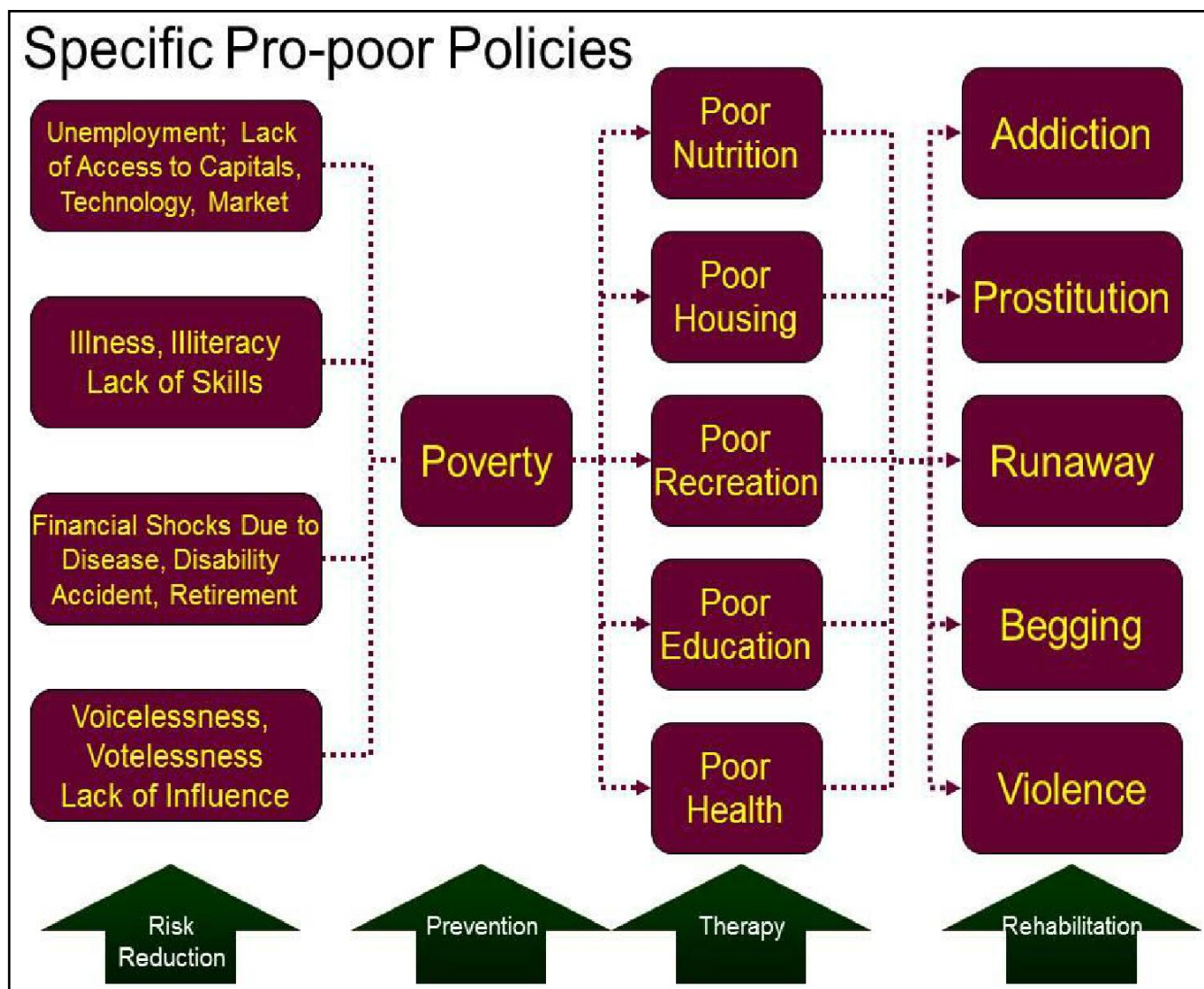
همانطور که خاطرتان هست ما در انتهای مبحث قبل به چنین نقشه مفهومی رسیدیم و ارتباط بین عوامل ایجاد کننده فقر و خود فقر-محرومیت و عوارض و آسیب های اجتماعی را کاملا در این نقشه به طور شفاف نمایش دادیم. در این بحث میخواهیم بدانیم با علم به چنین پاتولوژی و آسیبی چه باید بکنیم و چه کارهایی علی القاعده باید انجام دهیم. اصولا کارهایی که در این زمینه انجام میدهم کارهایی است که به طور خاص گروه های فقیر و محروم را مورد هدف قرار میدهد. این موضوع در انتهای بحث گفته خواهد شد که بخشی از کارهایی که ما در سیستم رفاه مملکت خودمان میتوانیم انجام دهیم به طور خاص محرومین و فقرا را هدف قرار میدهد و بخشی از مداخلات عمومی است که در واقع گروه خاصی مخاطبش نیستند، پس وقتی میگوییم:

Specific pro – poor policies

یا سیاست هایی که به طور خاص افراد فقیر و محروم را مورد هدف قرار میدهد داریم در واقع از بخشی از خدمات رفاه در جامعه خودمان صحبت میکنیم. همانطور که مشاهده میکنید درمورد بیماریها که یک primitive prevention یا پیش اولیه داریم بعد پیشگیری اولیه و ثانویه داریم و پیشگیری ثالثیه هم داریم. در بحث فقر و محرومیت هم میتوانیم چنین مفهومی داشته باشیم. یک پیشگیری اولیه داشته باشیم همانطور که مشاهده میکنید بحث عوامل اولیه ایجادکننده فقر را هدف قرار میدهد پیشگیری اولیه ما خود فقر را مورد هدف قرار میدهد. پیشگیری ثانویه ما محرومیت را مورد هدف قرار میدهد و در نهایت پیشگیری ثالثیه آسیب های اجتماعی ناشی از فقر را مورد هدف قرار میدهد.

پس این چهار سطح که در نظام سلامت با آن آشنا هستیم در نظام رفاه هم میتواند مفهوم پیدا کند.

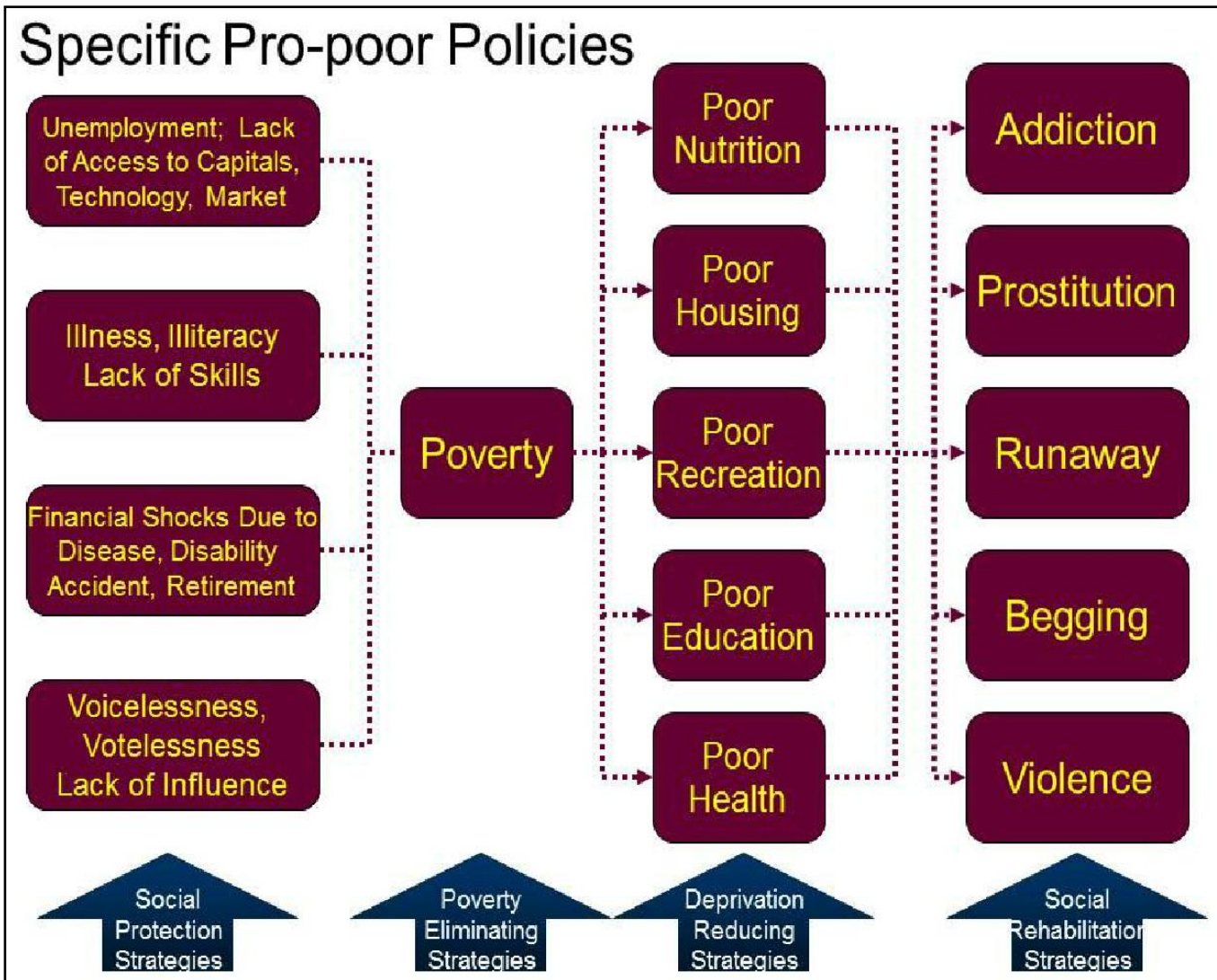
Specific Pro-poor Policies



اسلاید شماره ۳:

به نوعی باز هم در اینجا بحث پیشگیری پیش اولیه ما مثل خطر زدایی یا Risk reduction (کاهش خطر) را داریم پیشگیری اولیه ما اینجا Prevention چگونه طب پیشگیری داریم اینجا پیشگیری ثانویه درمان است و پیشگیری ثالثیه ما باز توانی است. اگر مفاهیم را بخواهیم به کلامی که در نظام رفاه بیشتر با آن آشنا هستیم، بخواهیم تبدیل کنیم.

Specific Pro-poor Policies



اسلاید شماره ۴:

ما در یکجا راهبرد ها و سیاست های حفاظت اجتماعی را داریم Social protected . کارش این است در افراد ظرفیت سازی کنند در محیطشان در واقع فرصت سازی میکنند. ایجاد تأمین کنند و در واقع همه شان میشود

حفاظت اجتماعی Social protection strategies

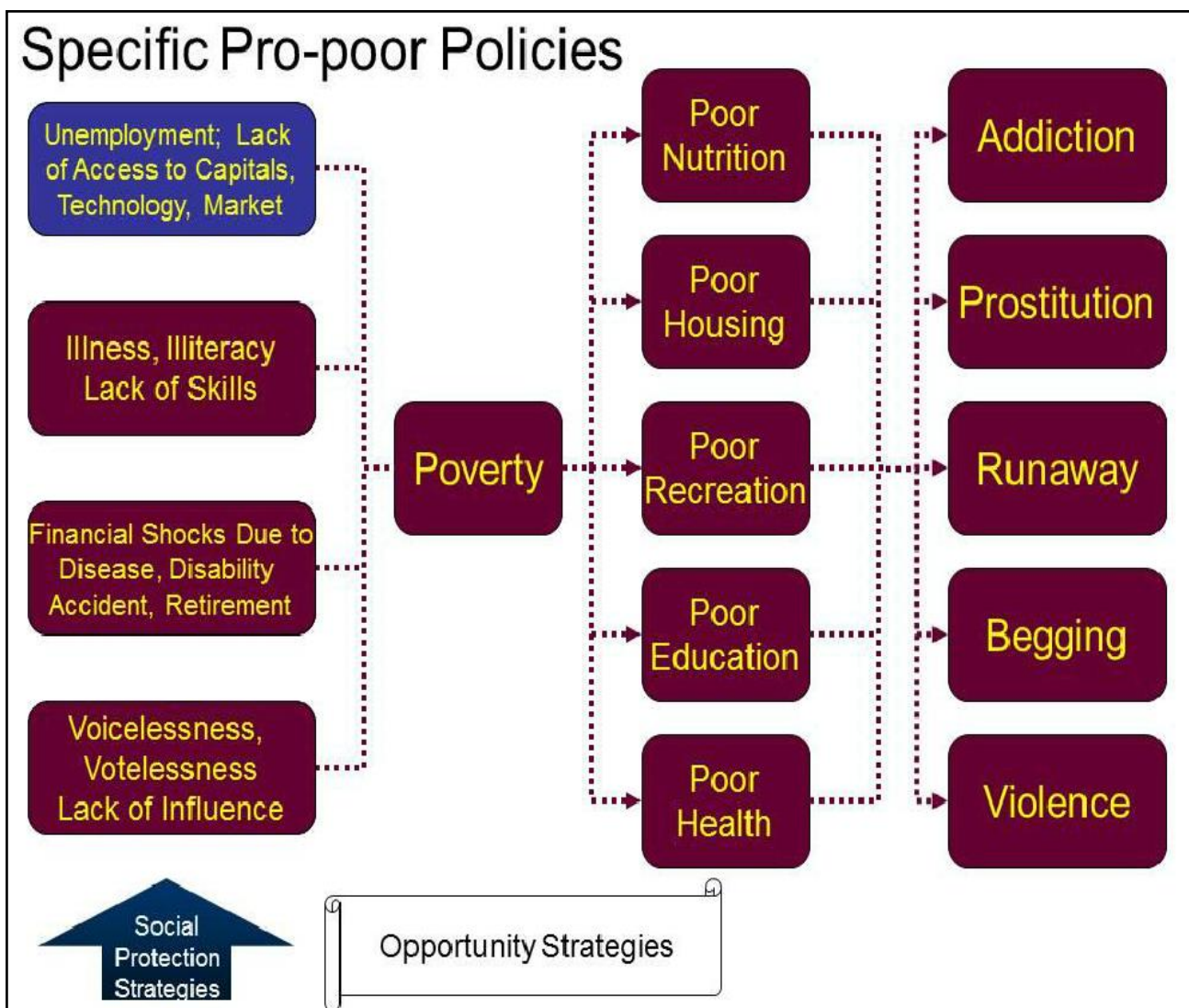
یک قسمت کار ما که فقرا را هدف قرار میدهد. راهبرد های فقر زدایی که با آن آشنا خواهیم شد.

بخشی از کار ما راهبرد های محرومیت زدایی Deprivation Reducing strategies

حالا فرق بین فقر و محرومیت را میدانیم Social Rehabilitation strategies

اگر یک عامل اجتماعی موثر بر فقر را بتوانیم مدیریت کنیم داریم در موردش صحبت میکنیم همانطور که مشاهده

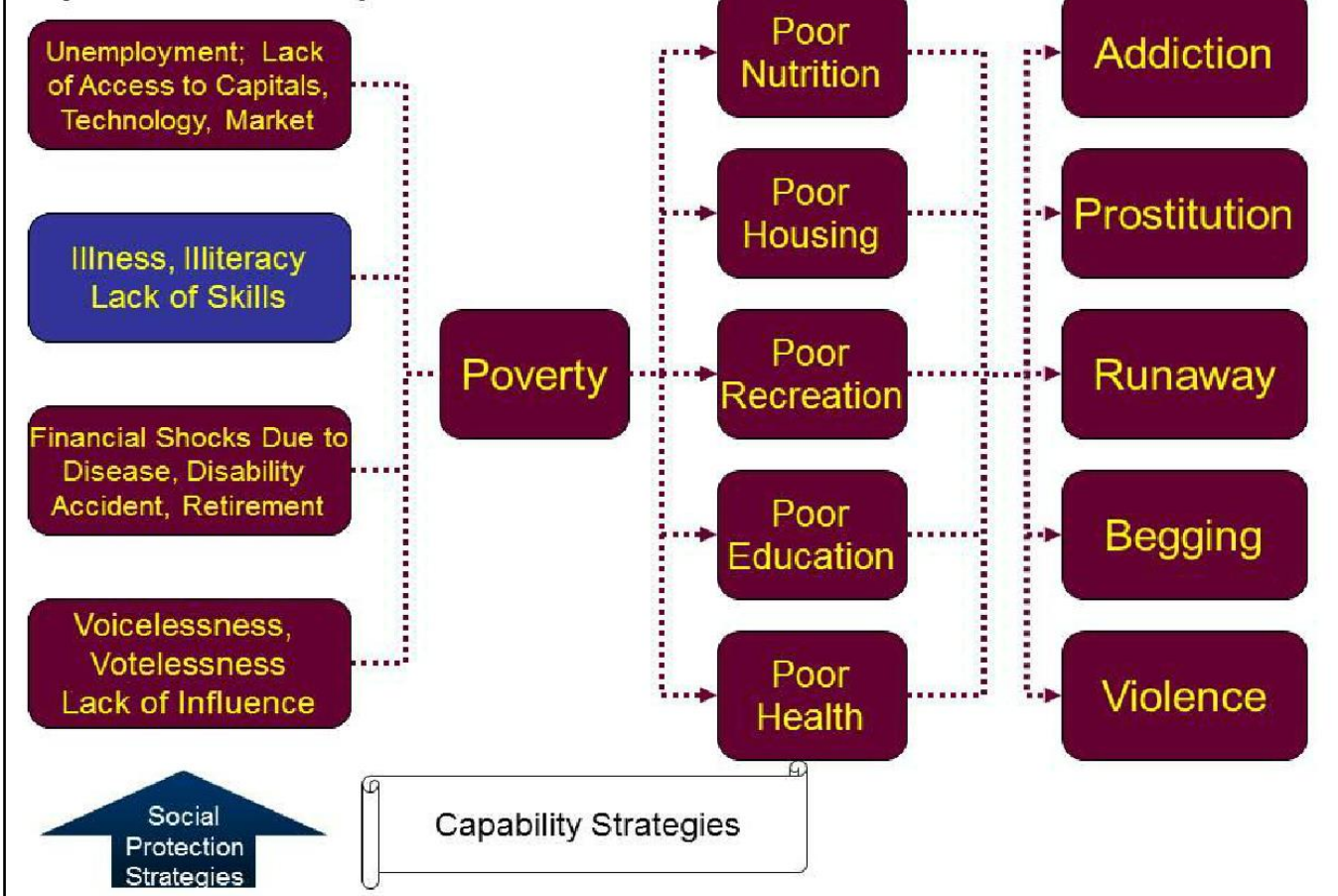
میکنید عملاً داریم چهار گروه راهبرد را که در نظام رفاه باید مورد توجه قرار دهیم و در کنار هم اینها میتوانند به ما کمک کنند.



اسلاید شماره ۵ :

چنانچه مشاهده می کنید بخشی از Social protection strategies یا راهبرد های حفاظت اجتماعی ما به آن میگوییم راهبرد های ایجاد فرصت یا opportunity strategies. در این قسمت مشاهده میکنید به گروه های محروم و فقیر بتوانیم به نوعی فرصتهای بیرون مهیا کنیم مثلا وامهای کوچک یا Micro Finans که مبلغ کمی است و در واقع باعث میشود کارهایی را راه بیندازی و یا دسترسی فرد به اطلاعات، مثلا اگر فرصت شغلی وجود دارد افراد مرفه فوراً از آن زود آگاه میشوند اما آگاه سازی اقشار محروم از این فرصتهای شغلی که وجود دارد یا به عنوان مثال به ازای یک فن آوری جدید که میتواند به آن کمک کند در وهله اول این فن آوری انتقال برای اقشار محروم باشد عملاً نگاه میکنیم که فرصت های بیرونی را برای درآمد زایی برای افراد فقیر و محروم مهیا می کنیم.

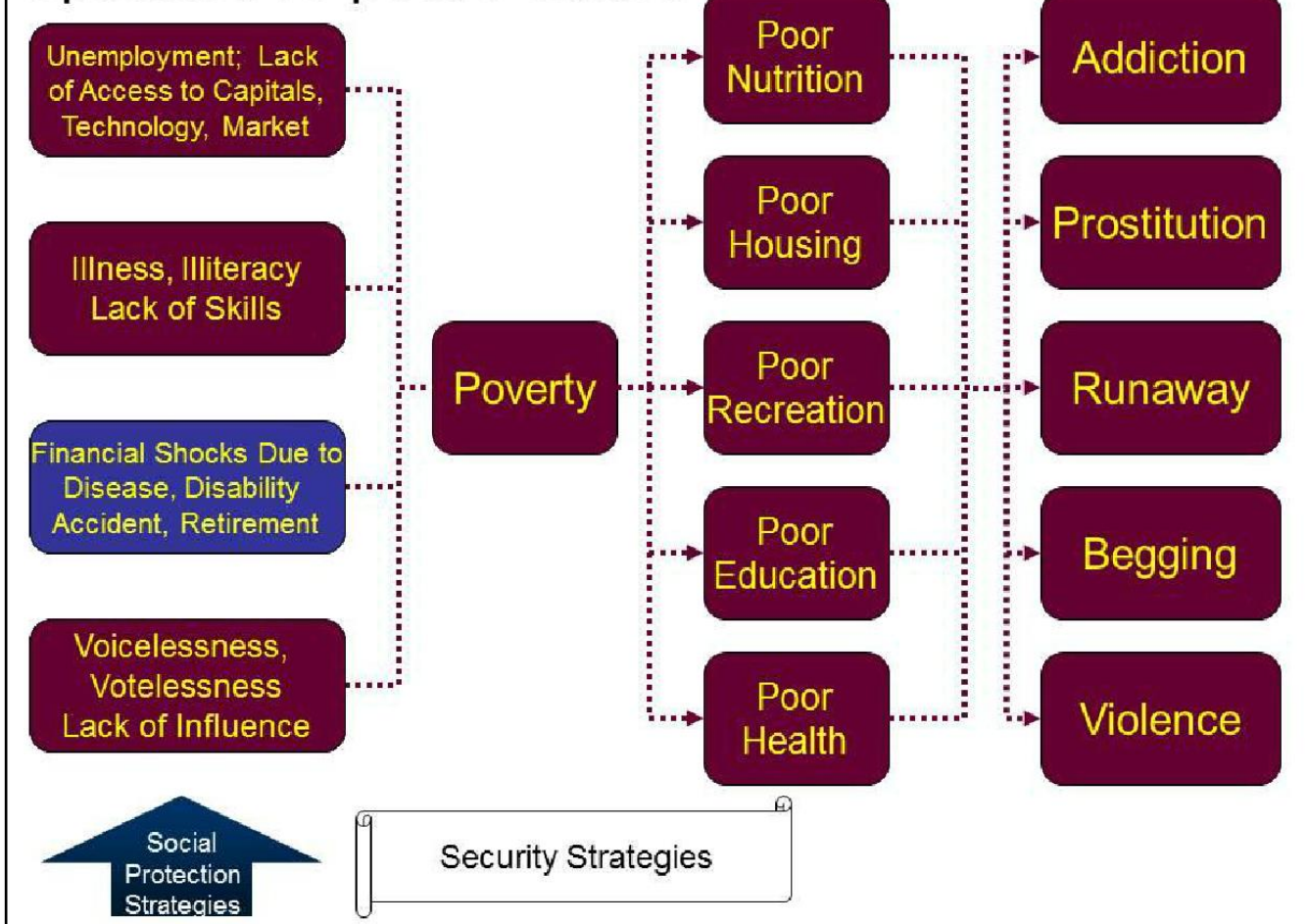
Specific Pro-poor Policies



اسلاید شماره ۶:

گروه دوم از راهبرد های ما راهبرد های ظرفیت سازی یا Capability strategies است، قبلی فرصت سازی بود. ما در نظام سلامت فقط کارمان ویزیت بیمار نیست، ما در نظام سلامت کارمان این است که با هدف تحقق سلامت برای همگان بیاییم و با بی سوادى مبارزه کنیم با هدف تحقق سلامت برای همگان بیاییم مهارت آموزی شغلی کنیم. فردی که ظرفیت های درنی اش شکل میگیرد نهایتاً سالمتر است میتواند بخشی از کارها باشد پس درواقع راهبرد های ظرفیت سازی دنبال این میگردد که فردی سالم، با سواد- ماهر داشته باشیم که این فرد بتواند درآمدزایی داشته باشد.

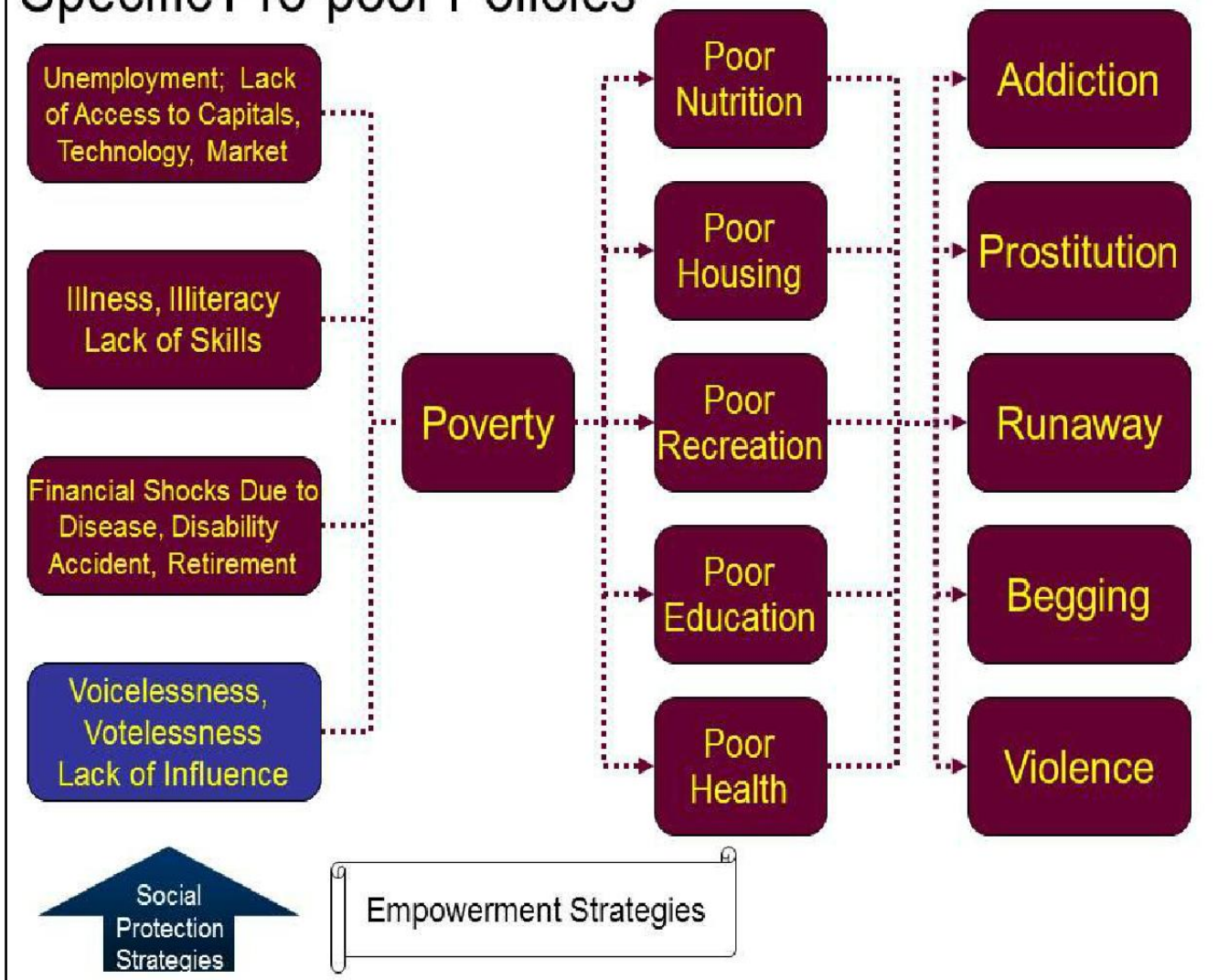
Specific Pro-poor Policies



اسلاید شماره ۷ :

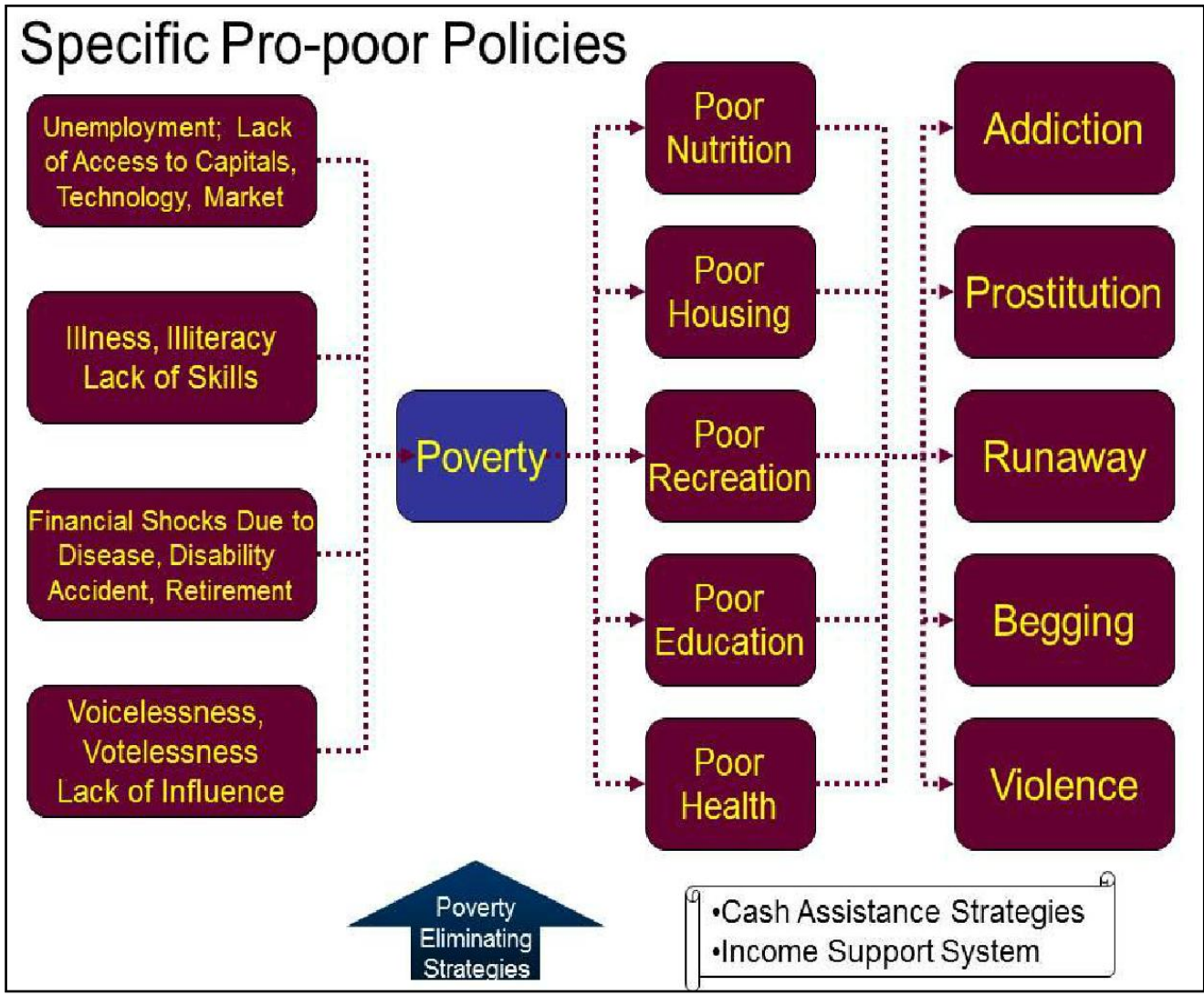
گروه سوم راهبرد های تأمین یا Security strategies است. راهبرد های تأمین شکل اصلی آن است از طریق بیمه های دولتی بزرگ تأمین اجتماعی به نوعی آحاد جامعه در مقابل شوک های ناشی از حوادث غیر مترقبه حفاظت کنیم. اما همه چیز در قالب بیمه های بزرگ خلاصه نمیشود. به عنوان مثال یکی از اشکال موفق تأمین در کشور های در حال توسعه و حتی توسعه نیافته در قالب بیمه های جامعه نگر کوچک شکل میگیرد. به عنوان مثال در یک جامعه کوچک مثلاً در سطح روستا مثلاً هر خانواده مبلغ بسیار کمی را کنار بگذارد که مبلغ این صندوق بسیار کم است که به طور مثال اگر در روستا اگر کسی دستش شکست، پایش شکست و یا به هر علتی ورشکست شد آن پول داده شود و در واقع بیمه های کوچکی که در سطح جامعه شکل میگیرد تحت عنوان Community base insurance معروف است و غیر از بیمه های تأمین اجتماعی بزرگ است و مکمل آن است پس راهبردهای تأمین هم متعدد هستند و مورد توجه قرار میگیرند.

Specific Pro-poor Policies



اسلاید شماره ۸:

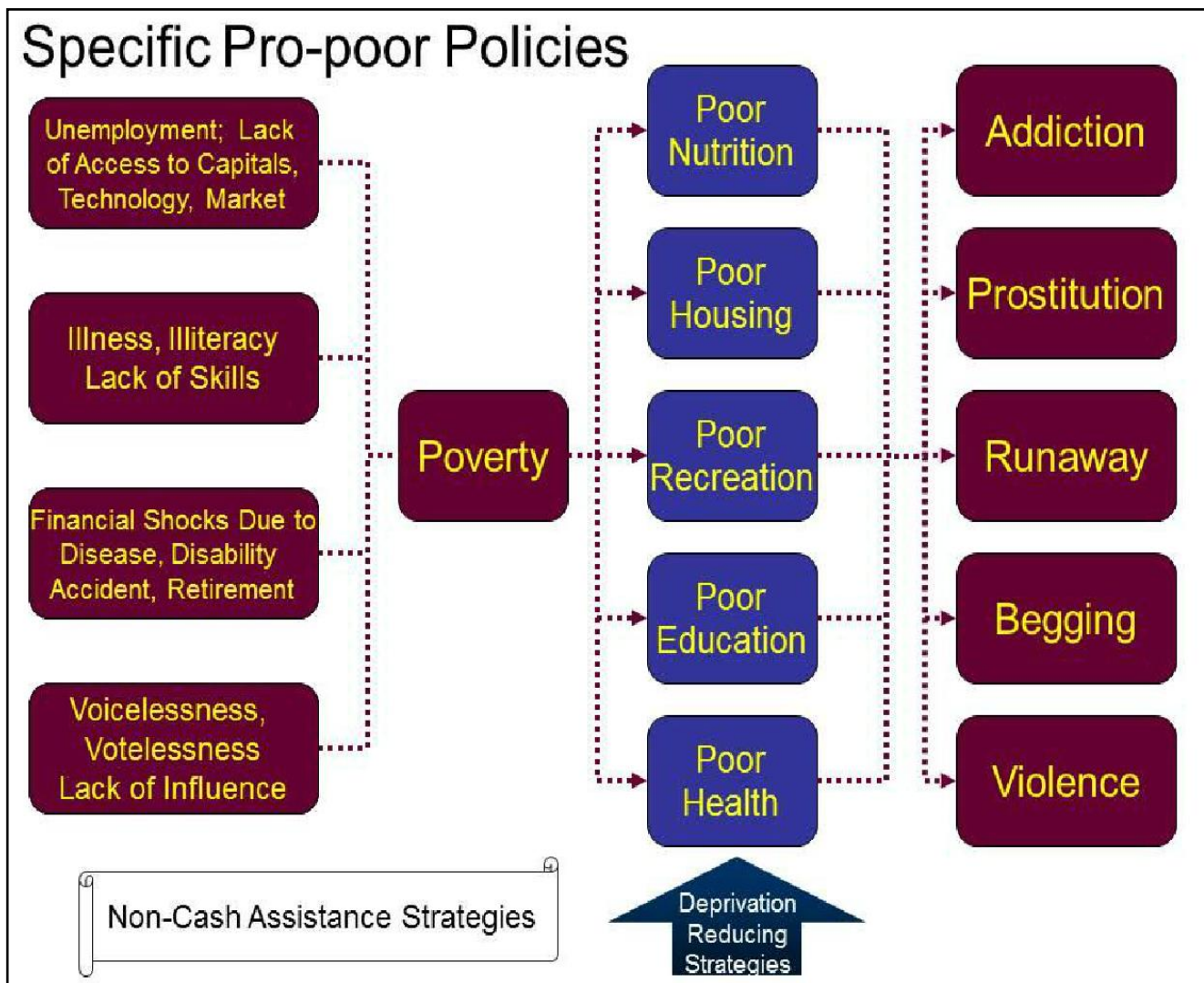
پس راهبرد توانمند سازی یا empowerment strategies برای این است که بتوانیم به نوعی جامعه یا افراد فقیر را بیایم به نوعی قویشان کنیم. کارهایی که میشود انجام داد یکی اثر این است که ما تشکل های مدنی خاص این افراد طراحی شود. مثلا بیایم کارگر های کوره های آجرپزی که افراد فقیر و محرومی هستند و در واقع بیایم اینها را یک جوری تشکل درست کنیم، این تشکل یک نماینده ای داشته باشد و نماینده بیاید در راستای اعاده حقوق اینها تلاش کند و کار های اینچنینی و یا مثلا یکی از کارهایی که در کشور های دنیا انجام میشود، صدای فقرا را به گوش دولتمردان برساند و Voice of poor و گلایه و بیان مشکلات و بعضی مواقع ناله های افراد ضعیف ضبط میشود و از طریق ویدیو یا اور یا متن ضبط میشود و برای افراد غنی و دولتمردان فرستاده میشود. همین که بدانند در گوشه ای از جامعه شان افرادی هستند که چنین سطحی از مشکلات را دارند تحمل میکنند و تجربه میکنند ممکن است باعث شود توجه بیشتری به این قضیه کنند. در واقع بحث empowerment strategies ایجاد صدا و دسترسی است که میتواند خیلی مهم باشد.



اسلاید شماره ۹:

سطح بعدی در واقع راهبرد های ما راهبرد های فقر زدایی است. وقتی در مورد فقر صحبت میکنیم عملاً در مورد پولی که در جیب مردم است داریم صحبت میکنیم و با سرمایه ای که در واقع مردم دارند و یا ثروتی که میتوانند داشته باشند، عمدتاً راهبرد های فقر زدایی در قالب راهبرد های مالی است و یا اصطلاحاً Cash Assistance میگوییم چون اینجا فقدان پول است. راهبرد و راه حل در واقع دادن پول است، این کمک های نقدی مهم است و سازکارها و سیستم هایی که به نوعی درآمد اقشاری که درآمدهای کم است را افزایش میدهد معمولاً از طریق سازکار های مجدد ثروت چنین چیزی امکان پذیر است. ما در صحبت های بعدی اشاره خواهیم کرد.

Specific Pro-poor Policies

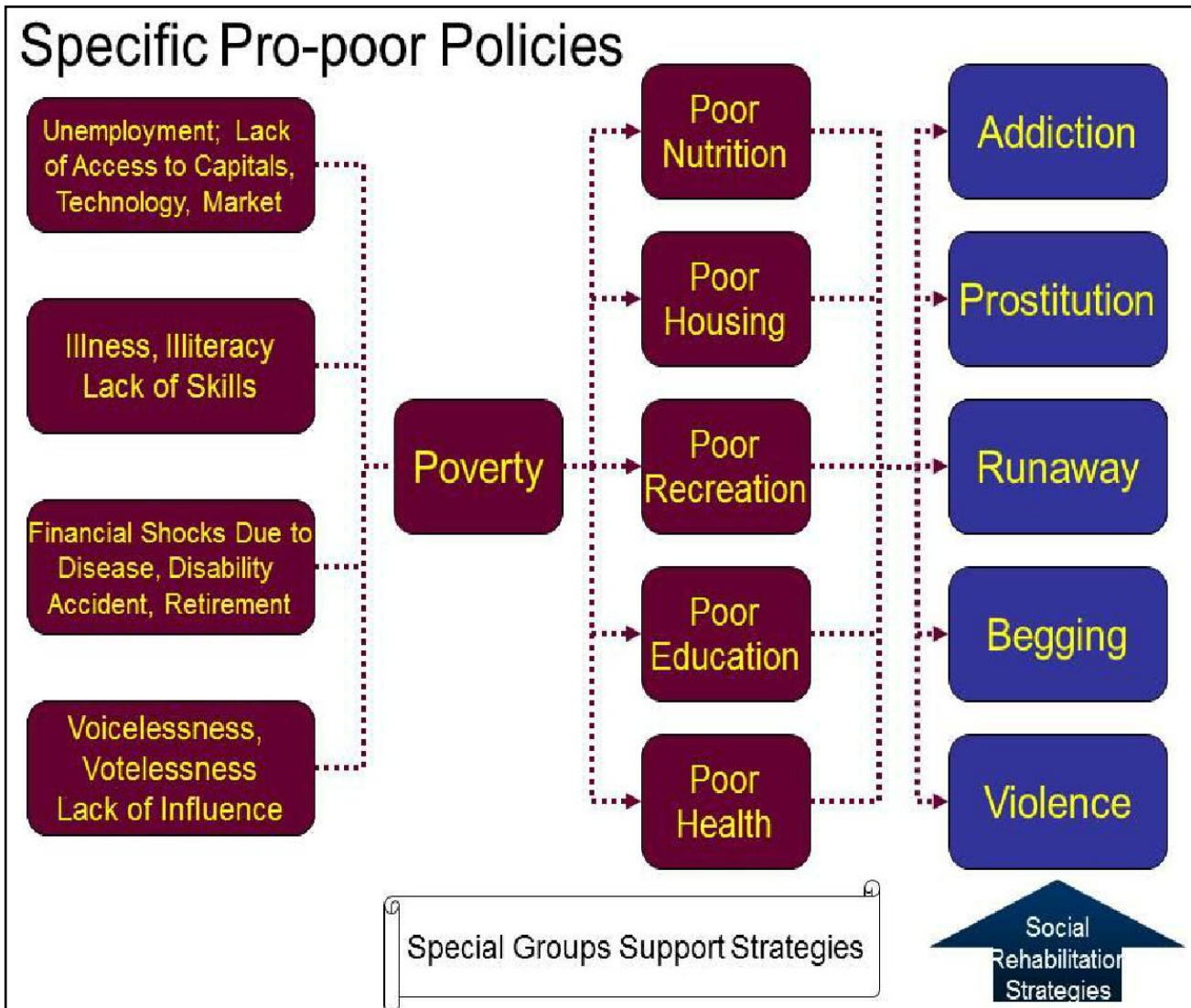


اسلاید شماره ۱۰:

راهبرد های محرومیت زدایی برخلاف فقر زدایی کمکشان غیر مالی است به عنوان مثال یک شکل از محرومیت این است که اقشار فقیر تغذیه کافی و مناسبی ندارند به عنوان مثال در اینجا سبد های کمک های غذایی که به خانواده های فقیر داده می شود یا بعضاً کوپن های غذایی داده میشود و یا مراکز توزیع مواد غذایی مجانی در مناطقی که فقیر نشین هستند شکل میگیرد و یا بحث Poor housing یا مسکن مناسب که در واقع خانه هایی با اجاره کم و خانه هایی که محل استقرار موقت باشد و حتی بدون پرداخت پول و یا درواقع شرایط خیلی خاص و تسهیل شده خرید خانه ارزان قیمت، و یا در بعضی از کشور ها مسکن به عنوان حق مثبتۀ هر خانواده ای است که به او مسکن داده شود و حتی بدون این که از او بخواهند قسطی بدهد. و یا در بعضی کشور های دنیا میگویند هیچ دلیلی وجود ندارد بچه ای فقیر از تفریح ساده محروم شود و برای این افراد کوپن ها و یا بلیط هایی مجانی سینما- تئاتر و شهر بازی و حتی ژتون های سفر داده میشود که حالا این خانواده اگر پول در جیبش نیست بچه هایش محروم از یک تفریح خیلی ساده نشوند.

✓ بحث آموزش است که به عنوان حق مثبت به آن نگاه می شود « آموزش مجانی همگانی » که تا یک سطوحی توسط دولت حمایت میشود مثلاً در مملکت خودمان تا هشت کلاس سواد است.

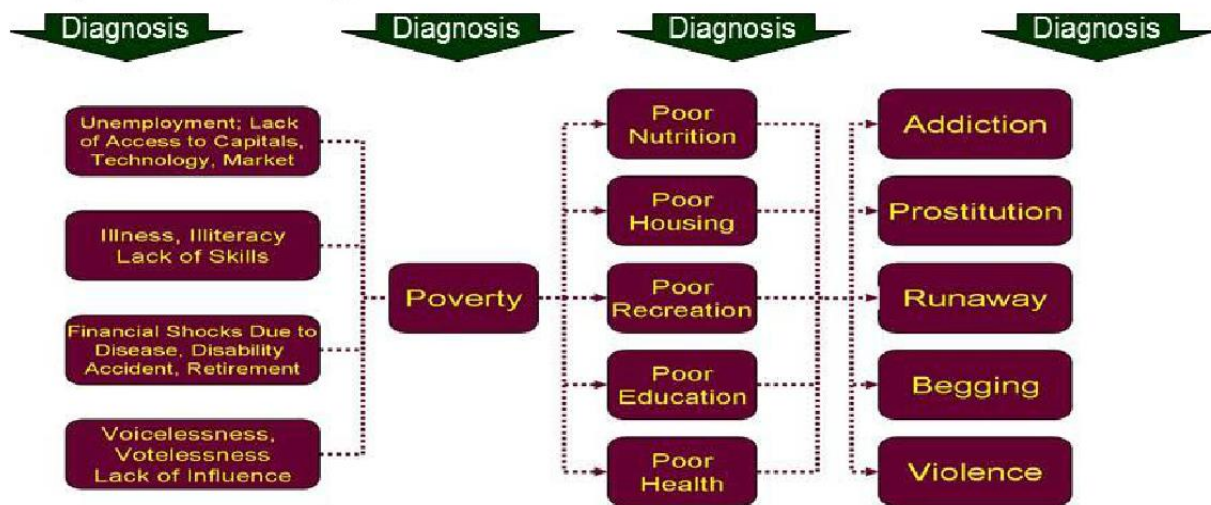
- ✓ بحث سلامت یکی از مواهب است: بحث ارائه و تضمین ارائه و برخورداری از حداقل بسته خدماتی که فرد حتی اگر پولی در جیبش نباشد و مشکلاتی داشته باشد، این مشکلات در قالب بسته حداقلی خدمات قابل آدرس دهی باشد.
- ✓ سیستم مدارس دولتی: در سطح دبیرستان و راهنمایی در سطح روستاها قابل دسترسی است دارد آموزش را آدرس دهی می کند.
- ✓ بحث مسکن مهر تا حدودی دارد بحث مسکن را آدرس دهی میکند و به نوعی همه اینها سازوکارهای محروم زدائی هستند.



اسلاید شماره ۱۱:

شکل بعدی در واقع راهبرد ها، راهبرد های بازتوانی اجتماعی هستند. اینجا راهبرد های ما ویژه گروه های خاصی هستند یعنی به عنوان مثال دولت می آید در قالب سیستم رفاه خودش مثلا سیستم رفاه بهزیستی، برنامه ای برای بازتوانی اجتماعی افراد معتاد طراحی میکند، برای بازتوانی اجتماعی افرادی که به فحشا ارتکاب میکنند، یک برنامه ای را طراحی میکند برای ساماندهی اجتماعی متکدیان یک برنامه طراحی می کند. عملاً می بینیم در اینجا برنامه های خاص برای گروههای خاصی که به نوعی دچار آسیب های اجتماعی شده اند طراحی و اجرا می شود.

Targeting Specific Pro-poor Policies



Type I error: To classify as "non-poor" someone who is truly poor

Type II error: To classify as "poor" someone who is not poor

Based on Individual Assessment, Group Characteristics, Self-targeting, or Type of Service

Public health subsidies is the sum of all resources, expressed in monetary terms, allocated by the government to the health sector.

The *cost of targeting* is the economic value of all resources devoted to the targeting effort.

The *effectiveness of targeting* is the proportion of the subsidy that reaches the intended beneficiaries.



اسلاید شماره ۱۲:

همانطور که مشاهده میکنید و ابتدا اشاره شد تمام برنامه ها، خاص افراد فقیر و محروم هستند یعنی ما همه برنامه ها را برای جامعه ارائه نمی دهیم اینها در واقع به طور خاص برای افراد محروم و فقیر ارائه داده می شوند.

یعنی چه؟ یعنی ما باید در یک مرحله افراد فقیر و محروم را بتوانیم شناسایی کنیم همانطور که در بحث درمان وقتی می گوییم درمان قبلش می گوییم تشخیص، در جامعه لازم است ما یک تشخیصی داشته باشیم مثلا خدمات را به همه افراد جامعه ندهیم، مثلا اگر پول نقدی میخواهیم بدهیم در قالب یارانه نقدی به افراد فقیر بدهیم و یا مثلا بن غذا و یا مسکن ارزان قیمتی باشد، به افراد فقیر بدهیم. این مستلزم تشخیص است. این تشخیص در سطح جامعه را هدفمند کردن یا Targeting میگوییم که اصطلاحش خیلی شنیده میشود عملا در واقع آن سوبسید هایی که از طریق منبع دولتی قرار است داده شود بهتر است به طور خاص به افراد محروم رسیده شود. این سوبسید ها در بعضی کشور ها به همه آحاد جامعه می رسد که این ممکن است مقدارش بی فایده شود.

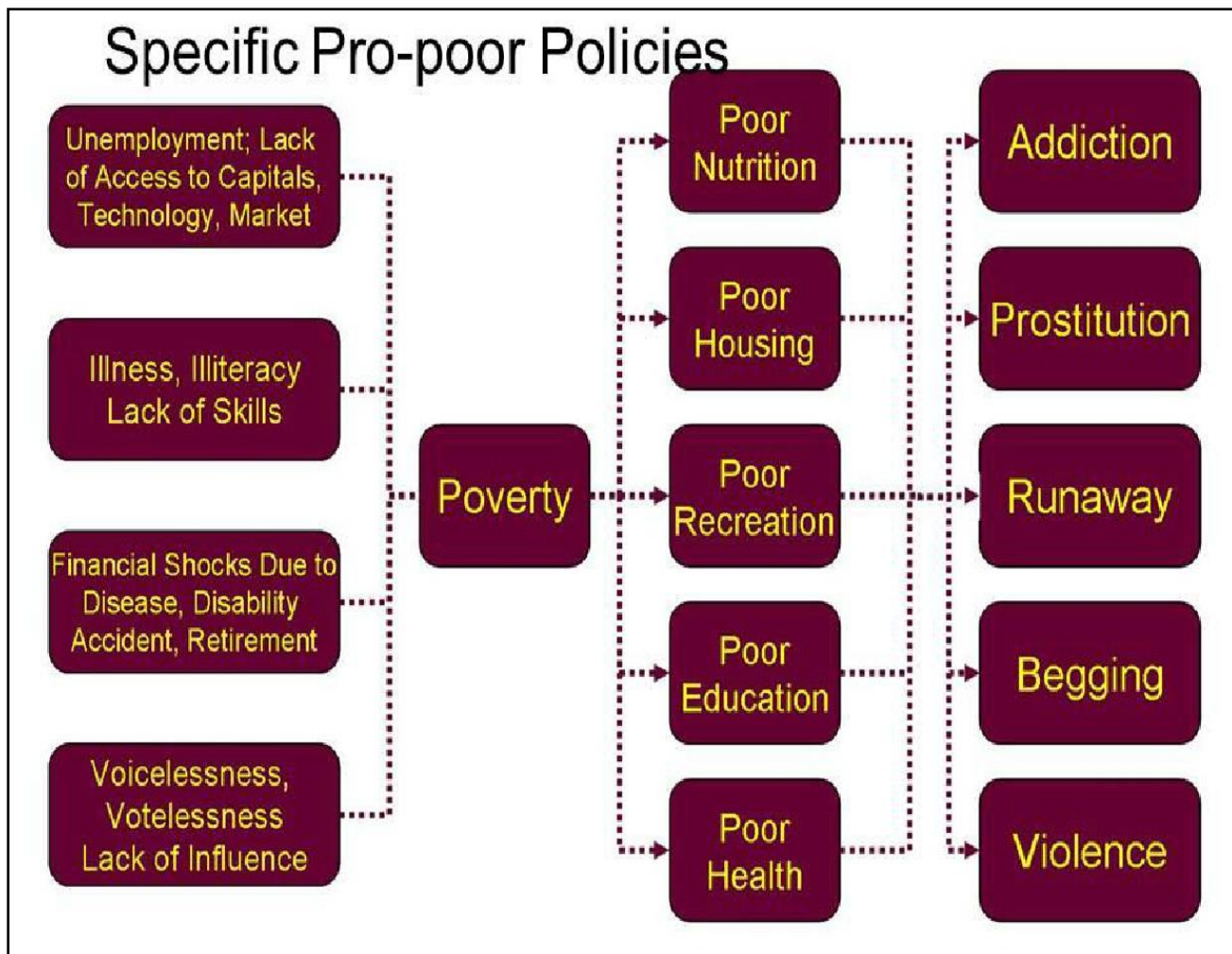
به عنوان مثال: فرد و یا خانواده در کشور ما وضعیت اقتصادی شان مورد بررسی قرار گرفته و این باعث می شود ما دست روی خانواده ای بگذاریم و بگوییم، خانواده فقیر و محروم است و ما به همان خانواده کمک برسانیم. گاهی

وقتها موضوع گروهی می شود که به آن Group characteristics می گوئیم. مثلا یک ناحیه جغرافیایی خاص (جنوب شهر تهران فلان محله) فقیر و محروم هستند و یا کل کشور شهرستان و یا این استان فقیر و محروم هستند و در آن نواحی خاص جغرافیایی می آئیم خدمات خاصی را ارائه میدهیم. گاهی اوقات فرد خودش را کاندید این قضیه میکند و ما نمی آئیم شناسایی کنیم مثلا میگوئیم هرکس داوطلب مسکن مهر است بیاید ثبت نام کند. پیش فرض ما این است که، اغنیا نمی آیند این کار را بکنند و یا مثلا میگوئیم هرکس می خواهد از غذای مجانی استفاده کند بیاید در این صف به ایستد، پیش فرض ما این است که اغنیا در این صف نمی ایستند و به آن Self-Targeting میگویند یعنی هدفمند سازی از سمت خود فرد ایجاد میشود و یک شکل هدفمند سازی نگاه به آن خدمات و کالاها هست یعنی ما می آئیم کالاهایی را مورد حمایت قرار میدهیم که آن خدمات و کالا عمدتا توسط افراد فقیر دارد استفاده میشود.

به عنوان مثال: در اغلب مناطق مرفه مملکت از سویا به عنوان مواد غذایی استفاده نمی شود و به جای آن گوشت استفاده می شود پس سویا می تواند ماده غذایی باشد که ما به آن سوبسید دولتی بدهیم و حمایتش کنیم و یا مثلا در مناطق مرفه سیستم های گرمایش پیشرفته وجود دارد و از بخاری استفاده نمی شود پس بخاری این کالای خاص مورد حمایت قرار میدهد و عملا ما داریم کالا و خدمات خاصی را با توجه به اینکه اغنیا یا فقرا استفاده می کنند حمایت میکنیم یعنی کالا و خدماتی را که عمدتا فقرا از آن استفاده می کنند حمایت میکنیم. بطور مثال، سل معروف است که عمدتا بیماری فقرا است و در گروه های غنی کمتر می بینیم پس دارو های سل و خدمات آن را مجانی می کنیم زیرا اغنیا کمتر از آن استفاده میکنند و فقرا بیشتر استفاده می کنند. در مقابلش نقرس که اغنیا بیشتر دچار می شوند. پس به طور مختلف می توانیم هدفمند کردن را انجام دهیم.

این هدفمند سازی کردن کمک و یا یارانه ها می تواند هزینه ای در بر داشته باشد و هزینه اقتصادی داشته باشد. به طور مثال باید تحقیق و بررسی شود که افراد دارند و یا ندارند و آنها شناسایی شوند هم هزینه و هم تأثیر دارد. تأثیرش این است که به چه میزان این سازوکار و هدفمند کردن می تواند اغنیا را از فقرا جدا کند پس تأثیر و اثر بخشی هدفمند کردن این است که اغنیا و فقرا را از هم جدا کنیم و هزینه اش هم پولی است که خرج می کنیم تا بتوانیم شناسایی و جدا کنیم: دو خطا ممکن است رخ دهد ۱- خطای اول این است که فردی که واقعا فقیر است را اشتباها بگوئیم تو فقیر نیستی و به تو کمک نمی کنیم. ۲- خطای نوع دوم این است که کسی غنی است و اشتباها بگوئیم تو فقیر هستی در این میان نوع دوم خطا زیاد درد آور نیست و اگر یارانه بدهیم آسمان به زمین نمی آید ولی در این میان اشتباها به افراد فقیر بگوئیم غنی هستی و به او کمک نکنیم درد ناک است پس باید حواسمان باشد.

Specific Pro-poor Policies



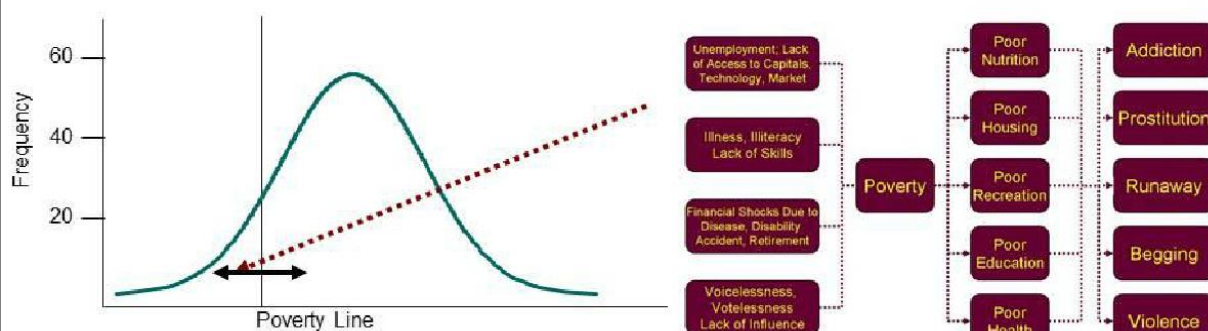
اسلاید شماره ۱۳:

بحث بعدی ما، می بینیم عملاً غیر از سیاستهایی که خاص افراد فقیر است ما چه سیاست های دیگری می توانیم داشته باشیم.

Specific Pro-poor Policies

Poverty is a dynamic not static concept.

A poverty line can be absolute (e.g. less than \$1 daily)
or relative (e.g. less than 50% of average earnings).



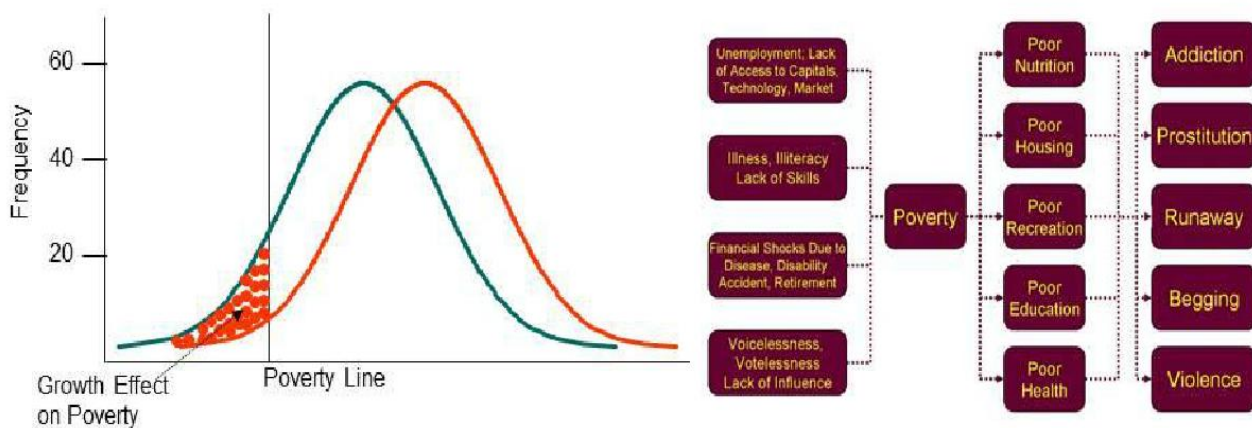
اسلاید شماره ۱۴:

اول از همه در نظر بگیریم ما یک توزیع از ثروتی در جامعه داریم همانطور که مشاهده میکنید اگر محور افقی را میزان ثروت و محور عمودی را تعداد و یا تواتر افرادی که در واقع هرکدام از این موارد را دارند در نظر بگیریم می بینیم که یک درصدی از افراد جامعه خیلی فقیرند و یک درصدی از افراد خیلی غنی هستند و اغلب افراد جامعه هم در وسط قرار می گیرند و درآمد متوسطی دارند. اگر بخواهیم خطی بکشیم که خط فقر به آن می گوئیم و خطی است که اگر ثروت و درآمد در زیر آن میزان داشته باشد فرد را فقیر محسوب می کنیم. گاهی اوقات خط فقر را به صورت مطلق تلقی می کنند مثلا می گویند اگر کسی کمتر از یک دلار درآمدش باشد (در جامعه ما ۳ هزار تومان می شود) میگوئیم فرد به طور مطلق فقیر است. گاهی اوقات در جوامع به طور نسبی و در مقایسه با افراد خط فقر را تعریف می کنیم. مثلا متوسط درآمد خانواده در جامعه چقدر است، محاسبه می کنیم می شود ۳ میلیون تومان بعد میگوئیم نصف متوسط درآمد خانواده چقدر است می شود ۱/۵ میلیون تومان سپس می گوئیم هرکس نصف متوسط درآمد جامعه درآمد داشته باشد زیر خط فقر نسبی قرار می گیرد و یا در جامعه ای متوسط درآمد، ۲ میلیون تومان درآمد نسبی باشد خط فقر نسبی یک میلیون تومان می شود، اگر متوسط درآمد ۱۰ میلیون تومان باشد خط فقر نسبی ۵ میلیون تومان و.....

چنانچه مشاهده میکنید خط فقر مطلق یک عدد ثابت است اما در یک جامعه بتدریج که وضع رفاهی اش بهتر میشود خط فقر نسبی با آن حرکت می کند و هردو معنی دارد و هرکدام در جای خاص خودش می تواند کاربرد داشته باشد.

Pro-poor Growth Policies

Specific Pro-poor Policies



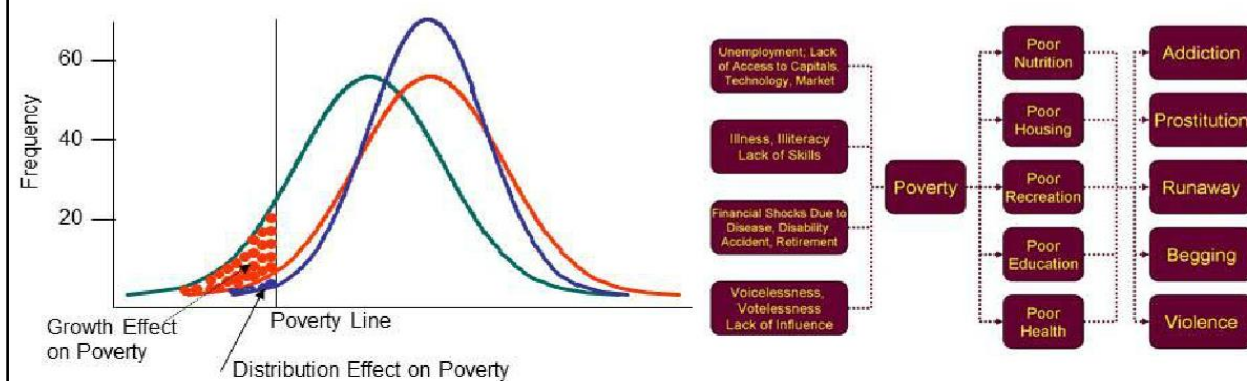
اسلاید شماره ۱۵:

یک موضوع خیلی مهمی که باید دقت کرد این است که فقر یک مفهوم کاملا پویا است، یک مفهوم بدون حرکت نیست یعنی اینکه از زیر خط فقر می آیند بالا و دوباره زیر خط فقر می افتند یعنی افراد در طول زمان بالا و پایین خط فقر را بازی می کنند و به این موضوع باید به آن اهمیت دهیم زیرا ما بیاییم یک خانواده را بررسی کنیم طبق ملاک امروز و این فرد فقیر نباشد اما این خانواده چون در لب مرز خط فقر حرکت می کند، ماه آینده به زیر خط فقر بیفتد حواسمان باید باشد افراد بالا و پایین خط فقر می روند. اما یک موضوع مهم این است آگه خانواده در زمان نسبتا طولانی مثلا یک یا دو سال زیر خط فقر بماند معمولا شرایطش به نحوی است که دیگر خودش را بالا نمی تواند بکشد و این خیلی مهم است و علامت تشخیصی و آلام مهم است. خانواده ای که بیش از یک سال و یا بیش از دو سال زیر خط فقر هستند و خودشان را نمیتوانند بالا بکشند. معمولا اینها در تله فقر افتاده اند یعنی این افراد خودشان و بدون کمک دولت گلیمشان را نمیتوانند از آب بیرون بکشند و این ها یک اولویت محسوب می شوند و کسانی که در طول زمان بالا و پایین خط فقر بازی می کنند. اگر کسی مدت طولانی زیر خط فقر قرار گیرد معمولا نمی تواند خودش را بالا بکشد. کل این سیاست هایی که ما بحث کردیم انواع و اقسامش را در اسلاید مشاهده می شود و کارش این است این افرادی را که زیر خط فقر هستند مورد هدف قرار بدهند.

Pro-equity Policies

Pro-poor Growth Policies

Specific Pro-poor Policies



اسلاید شماره ۱۶:

ما جدای از این ، کار دیگری را هم می کنیم. به عنوان مثال در جامعه اگر از طریق سیاستهای کارآفرینی بهبود وضعیت معیشتی مردم بتوانیم کلاً این منحنی درآمدی مردم را به سمت راست جابجا کنیم یعنی این منحنی همین است و فاصله طبقاتی هم وجود دارد اما کل اینها به یک میزان و به سمت درآمد بیشتر حرکت کند و این خیلی خوب است. یعنی علی رغم اینکه آن فاصله بین اغنیا و فقرا برطرف نشده اما بالاخره وضعیت معیشتی بهتری دارند. همچنانکه در اسلاید مشاهده میکنید نقاطی که با قرمز مشخص شده آن تعداد افرادی هستند که با بهبود وضعیت معیشتی جامعه از زیر خط فقر مطلق خارج میشوند. خط فقر مطلق یک عدد ثابت بود مثلاً یک دلار در روز درآمد. حال می بینیم وقتی کل منحنی به سمت راست حرکت می کند تعداد کمتری از افراد زیر خط فقر مطلق قرار می گیرند و یک تعداد از افراد از زیر خط فقر مطلق خارج می شوند که ما اصطلاحاً اثر رشد اقتصادی بر فقر می گوئیم. باید حواسمان باشد به شرطی که شکل منحنی تغییر نکند و اگر درآمد متوسط جامعه بالا رود و این منحنی یک مقدار تغییر شکل بدهد و به سمت چپ کوچ شود علی رغم این که ثروت جامعه بالا رفته ولی تعداد فقرا ممکن است کمتر نشده و حتی بیشتر هم شود.

Pro-equity Policies

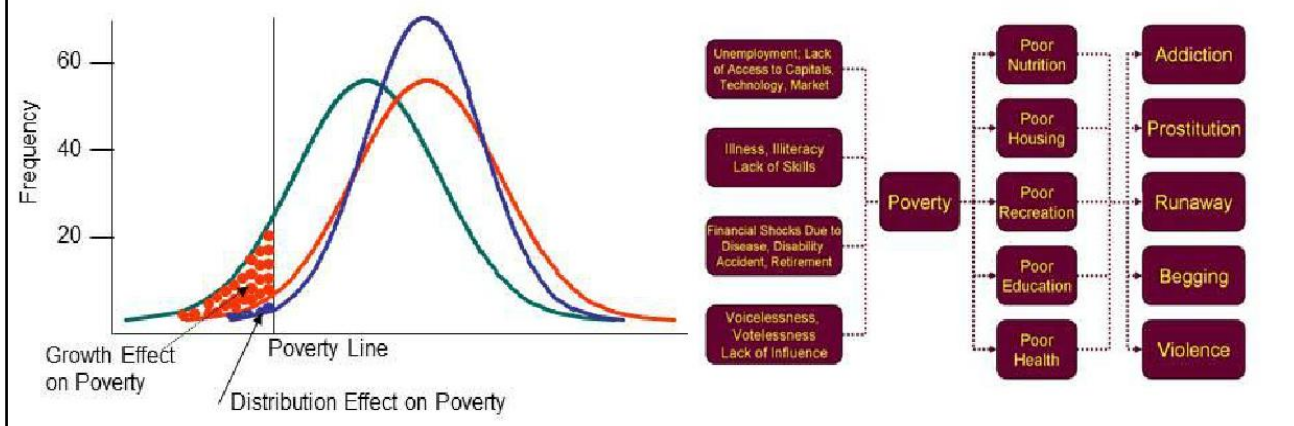
Pro-poor Growth Policies

In Ethiopia growth could have reduced the poverty headcount by some 31 per cent between 1981-95.

Yet, because of changes in the distribution that contributed to a 37 percent *increase* in poverty, the final effect has been a net increase in poverty of 6 per cent.

The case of Indonesia between 1996 and 1999 is the opposite. There, distributional changes compensated for the adverse effect of growth on poverty.

Specific Pro-poor Policies



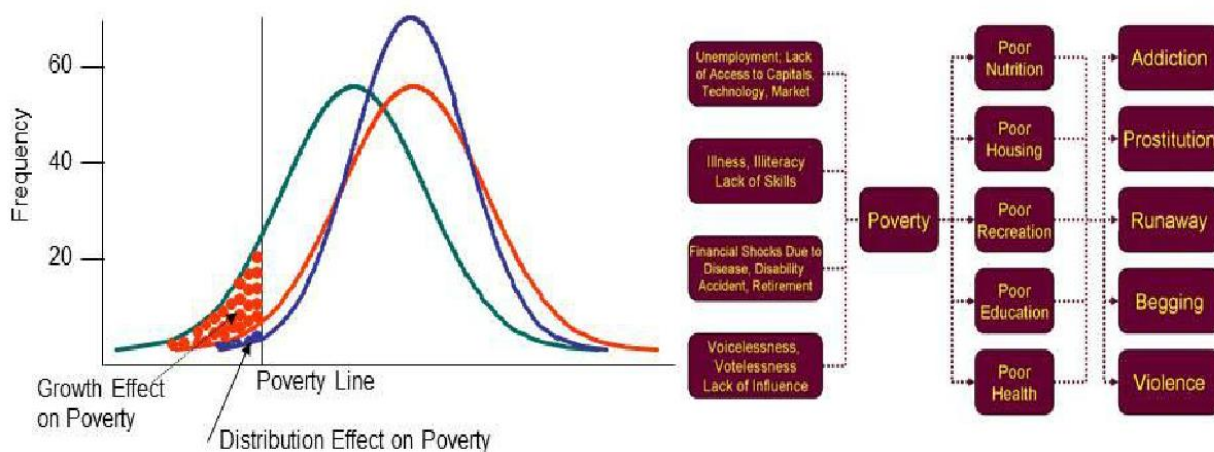
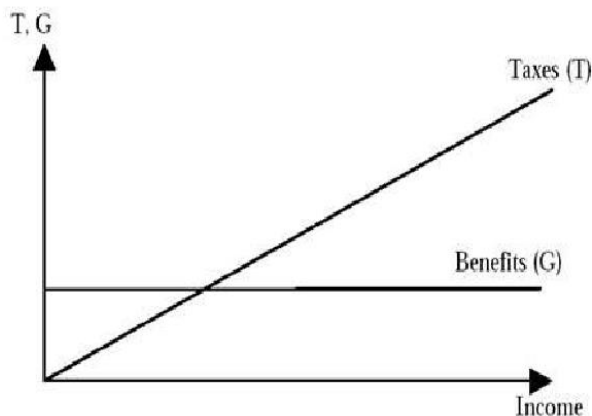
اسلاید شماره ۱۷:

مبحث بعدی این است که در این منحنی آبی رنگ می بینیم فاصله منحنی را کم کنیم و نازک و باریک کنیم فاصله طبقاتی که کم می شود خودش ممکن است اثر مهمی داشته باشد. این نقاط آبی رنگ که مشاهده می کنید. افرادی هستند که وقتی متوسط درآمد جامعه ثابت است از زیر خط فقر مطلق خارج می شوند که در منحنی می بینیم که به آن اثر توزیع ثروت بر فقر Pro- equity policies میگوییم توزیع ثروتی که در راستای عدالت است و این برای ما خیلی مهم است.

Pro-equity Policies

- Income Redistribution
- Public Consumption

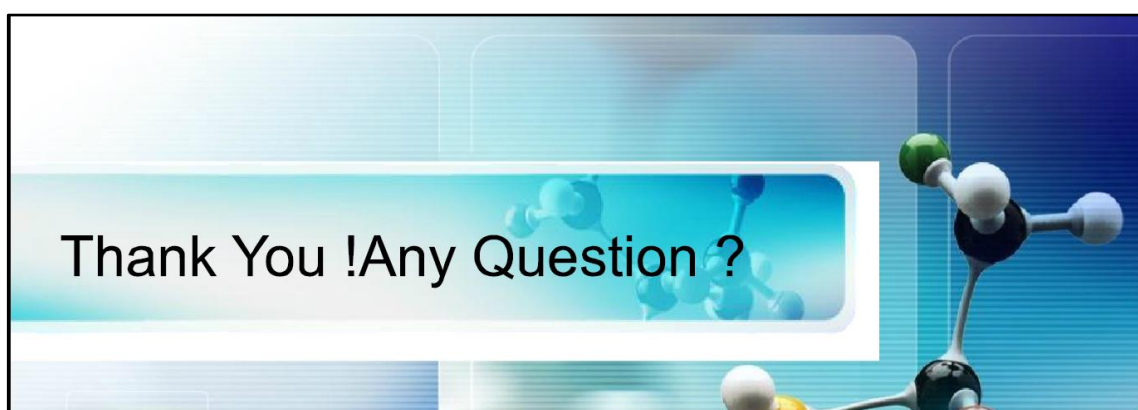
The proportional taxes, flat rate benefits (PTFB) model of the universal welfare state



اسلاید شماره ۱۸:

سیاست هایی که هرکدام در راستای عدالت هست هرکدام از اینها در جای خودش در دنیا تجربه شده و برای ما مهم است مثلا در کشور اتیوپی وضعیت اقتصادی مقداری بهبود پیدا کرد و این بهبود اقتصادی بین سالهای ۱۹۹۵-۱۹۹۸ می توانستند فقرا را به میزان ۳۱٪ کاهش دهد اما بواسطه اینکه علیرغم رشد، توجه خاصی به فقرا نشد دیدند که این رشد رخ داد اما نتنها باعث بهبود وضعیتشان نشد بلکه ۳۷٪ باعث افزایش فقر شد که با آن ۳۱٪ که خنثی شد ۶٪ تعداد فقرا افزایش پیدا کردند یعنی اینکه در کشوری در مجموع ثروت بیشتری داشته باشد در مجموع متوسط درآمد کلی بیشتری داشته باشد. تولید ناخالص ملی افزایش پیدا کند و اما تعداد فقرا افزایش یابد مثل اتفاقی که در اتیوپی بین سالهای ۱۹۹۵-۱۹۸۱ رخ داد، برعکسش هم ممکن است رخ دهد مثلا در کشور اندونزی بین سالهای ۱۹۹۶-۱۹۹۹ که رکود اقتصادی در آسیای جنوب شرقی حاکم بود کشور اندونزی یک رکود شدیدی را تجربه می کرد در واقع درآمد متوسط در سطح کشور و به تبع سرانه و درآمد ملی کشورشان کاهش پیدا کرد. اما دولت اندونزی آمد و با سیاست هایی که فقرا را هدف قرار می داد و بهشون کمک می کرد. کاری کرد که در همین زمان تعداد فقرا کاهش پیدا کرد. یعنی در عین رکود اقتصادی تعداد فقرا کاهش پیدا کرد. پس صرف رشد اقتصادی مهم نیست بلکه توجه ویژه ای که به اقشار محروم مبذول میداریم

سیاستهایی که در راستای عدالت است چگونه شکل میگیرد. معمولاً از طریق مثلاً در کشور اندونزی مالیات فزاینده ای از اقشار غنی گرفته می شود و هرچه ثروت بیشتر، عدد و درصد بیشتری از درآمد و ثروتشان مالیات گرفته میشود و یک bene Fits و پولی در جامعه توزیع می شود و اصطلاحی که رابین هود از اغنیا گرفته و به فقرا می داده این کارها را به صورت قانونی دولت انجام می دهد و اسمش دزدی نیست و اسمش مالیات و Social Assistance یا کمک اجتماعی است. این کار باعث می شود در وضعیت بد اقتصادی حتی اقشار محروم وضعیت اقتصادی بهتری پیدا کنند. بحث توزیع مجدد ثروت و بحث خدمات و کالاهای عمومی دو چیزی هستند که می توانند اقشار محروم را به نوعی از فلاکت نجات دهند و این موضوع مستقل از درآمد اجتماعی و رشد اقتصادی است و امری است که دولتها حتی در وضعیت بد اقتصادی به آن اقدام کنند و به آن هدف عدالت برسند



اسلاید شماره ۱۹:

بحث به اختصار راهبرد های توزیع مجدد ثروت و راهبردهای مختلف که باعث می شود فقر کم شود به سرعت مرور شد.

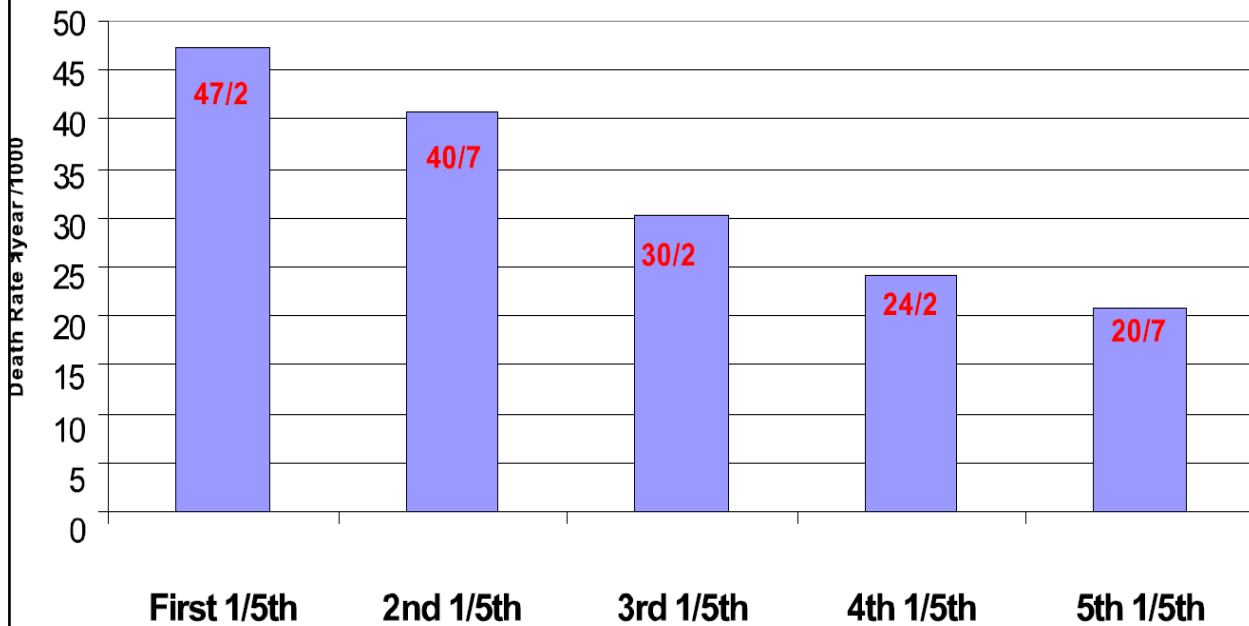


اسلاید شماره ۱:

گفتار پنجم از مجموعه مباحث عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت را خواهیم داشت. در مباحث قبل مقدمه‌ای کلی بر تاثیر عوامل اجتماعی بر سلامت مردم داشتیم و همچنین بحث فقر و محرومیت را سعی کردیم که مفهوم‌سازی کنیم.

در این مبحث ارتباط بین نظام‌های رفاه و کارکردهایی که این نظام‌ها یا مقوله سلامت دارند به اختصار بررسی می‌کنیم.

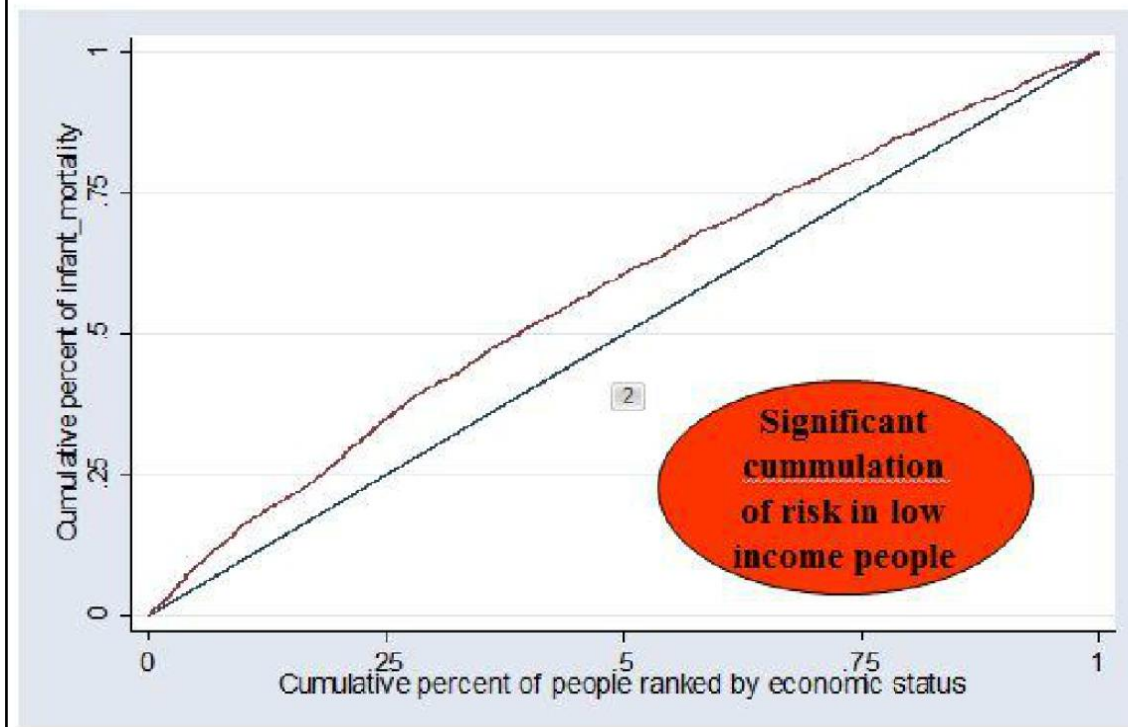
Infant mortality rate, in socio-economic quintiles. Iran, 1995-1999



اسلاید شماره ۲:

ما به صورت اولیه در جامعه ای زندگی می کنیم که در اغلب جوامع در این طبقات مختلف اجتماعی و اقتصادی در آن وجود دارد. و از طرفی مردم مصون از عوارض متعدد این اختلاف طبقاتی نیستند به عنوان مثال در مملکت ما میزان مرگ و میر بچه ها و یا Infant Mortality rate بر سال ۲۰٪ های مختلف اجتماعی- اقتصادی (Socio-economic) کاملا تفاوت می کند مثلا مشاهده می کنید ، در ۲۰٪ فقیر جامعه در مملکتمان میزان مرگ و میر چیزی حدود ۴۷ در ده هزار است و در ۲۰٪ افراد غنی جامعه به عدد ۲۰ کاهش می یابد. ۲۰ در ده هزار می بینیم که تفاوت وجود دارد یعنی ما ادعا کنیم اختلاف طبقاتی وجود دارد اما در نظام سلامت توانستیم کاری کنیم که مرگ و میر بچه ها متأثر از فقر و محرومیت خانواده شان نباشد نه اینچنین نیست.

Distribution of Death Under 1 Year Compared to Economic Status DHS 1379

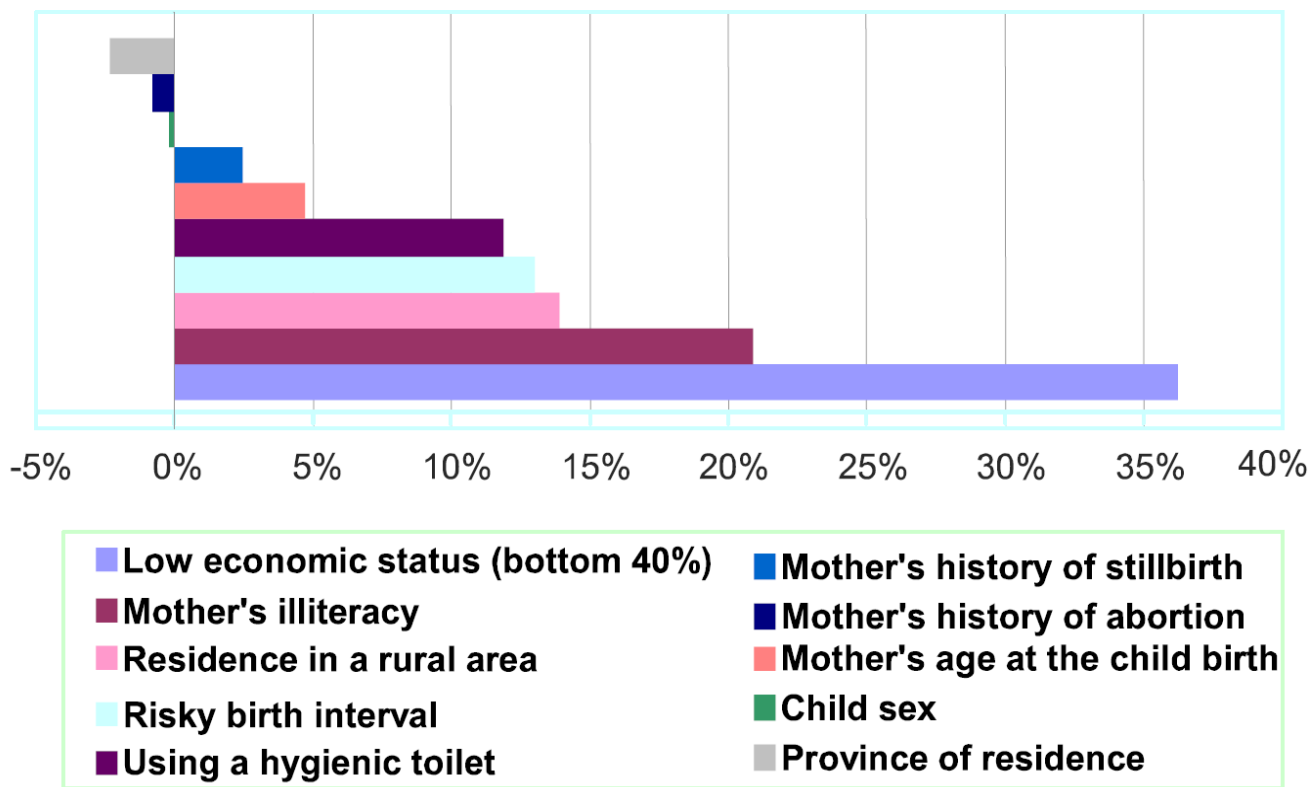


اسلاید شماره ۳:

به عنوان مثال بحث توزیع مرگ در بچه ها زیر یکسال بر اساس وضعیت اجتماعی و اقتصادی‌شان. باز مشاهده می کنید این منحنی، لورنز Lorenz هست که خیلی هم معروف است به عنوان مثال همانطور که به صورت Cumulative (تجمعی) جمعیت اضافه می شود ده درصد، ده درصد تا صد درصد پر می شود به همین ترتیب ده درصد ها در مواقع مرگ و میر بچه ها اضافه می شود ما از عدالت مطلق برخوردار بودیم و توزیع Cumulative و تجمعی مرگ بچه های زیر یک سال روی نیمساز ربع اول صفحه مختصاتمان قرار می گرفت اما همچنان که در اسلاید دیده می شود و با رنگ قرمز مشخص شده است فاصله گرفته یعنی چه؟ ما تجمع مرگ و میر بچه های زیر یک سال در دهک ها و در واقع قشر فقیرمون داریم و هرچه فاصله بین خط مستقیم نیمساز ربع اول محور مختصاتمان با منحنی لورنز بیشتر باشد میزان بی عدالتی بیشتر است در واقع در اینجا عدد کمی نیست عملاً تجمع قابل ملاحظه ای می بینیم که این دال بر بی عدالتی سلامت است بخصوص در بچه ها.

Contribution of determinants of infant mortality to its economic inequality

Dr. Naghavi



اسلاید شماره ۴:

چه چیزی باعث افزایش مرگ و میر بچه ها می شود. در یک مطالعه که در مملکت ما انجام شده نتایجش خیلی جالب بوده. می بینیم چه چیزی بر مرگ و میر بچه های زیر یک سال است. در رأسش چیزی که مشخص می شود وضعیت بد اجتماعی و اقتصادی خانواده شان است. یعنی اینکه مهمترین بیش از ۴۰٪ مرگ و میر بچه های زیر یک سال به سبب فقر خانواده شان است رتبه دوم از این بابت با چیزی حدود ۲۱٪ بیسوادی مادران تشکیل می دهد. که بعدا بحث خواهیم کرد. یعنی صرف این که مادر بچه بیسواد باشد ۲۱٪ مرگ و میر بچه ها در ارتباط با این موضوع توجیه می شود. و اینکه خانواده این بچه ها در مناطق روستایی زندگی کنند چیزی حدود ۱۴ درصد از مرگ و میر بچه ها را توجیه می کند. فاصله گذاری نامناسب بین تولد این بچه ها چیزی حدود ۱۳-۱۲٪ مرگ و میر را توجیه می کند یعنی بچه هایی که با فاصله کم به دنیا می آیند احتمال مرگ و میرشان بیشتر است و یک چیز ساده که آیا در خانه توالت بهداشتی وجود دارد یا ندارد ۱۲٪ مرگ و میر بچه ها را توجیه می کند. این درواقع ۵ موضوع گفته شده قسمت عمده مرگ و میر بچه ها در مملکت ما Valietion و تفاوت و تغییرات عمده اش به سبب این موضوع است و خیلی مهم است این ۵ علتی که گفته شد از وضعیت اقتصادی- بی سوادی مادر-سکنی گزیدن در منطقه روستایی-فاصله گذاری نامناسب تولد ها، همه اینها می تواند هدف ما در نظام سلامت باشد و ما اینها را بینیم و بگوییم به عنوان عوامل اجتماعی با ما مرتبط است، نگوئیم وضعیت اقتصادی مردم که حدود ۴۰٪ از مرگ و میر بچه هایشان را رقم می زند پس به ما مرتبط هست.

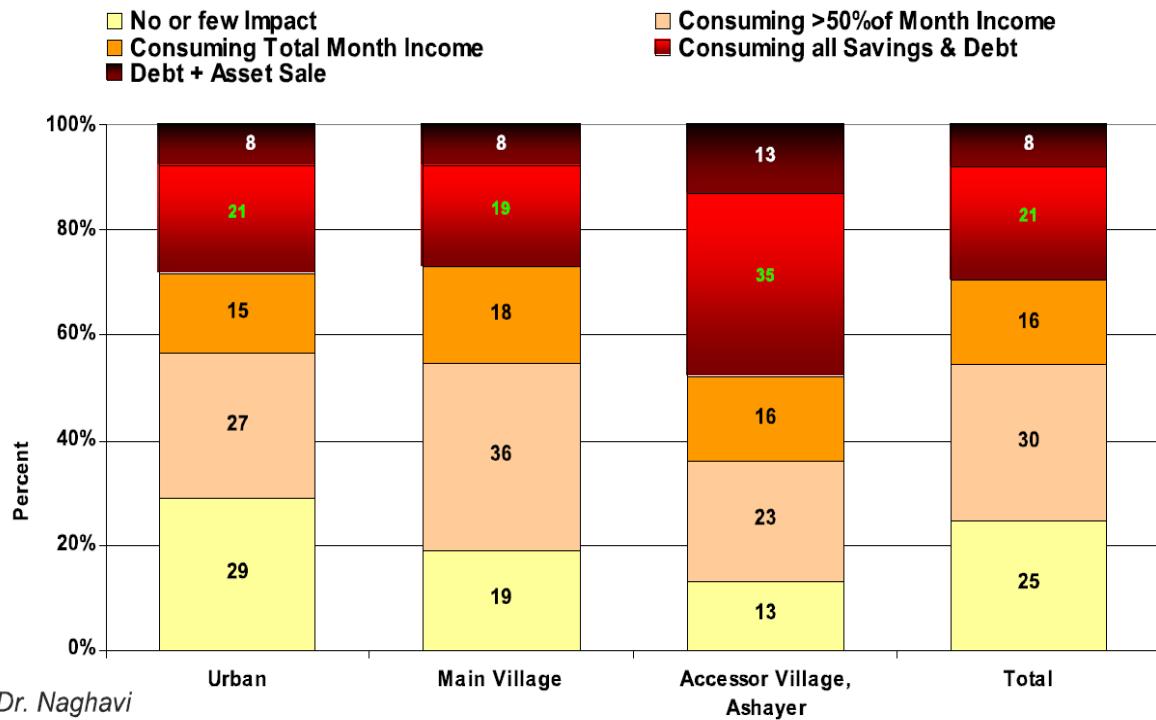
Relation Between Family Asset Index and Insurance Coverage in Unemployed People



اسلاید شماره ۵:

خوب از آن طرف قضیه می‌گوییم فقرای ما بیشتر مریض می‌شوند و باید مراقبت دریافت کنند، پولش را هم ندارند یعنی چه؟ یعنی اینکه قشری که بیشتر از همه بیمار می‌شوند و بار بیماری را به دوش می‌کشند کمتر توانی برای پرداخت هزینه‌های درمانشان دارند یعنی می‌شود گفت نیازمند ترین هستند یعنی کسی که بیشترین نیاز را دارد کمترین توان را هم دارند که نیاز خودشان را برآورده کنند و این خیلی بد است شما مشاهده می‌کنید در اسلاید سمت چپ ما ارتباط بین پوشش بیمه‌ای با وضعیت اشتغال خانواده‌ها را می‌بینیم یعنی قرار بر این است که جدا از وضعیت مالی و اشتغالی من به نوعی این تأمین را برقرار کند و اگر من بیمار شدم بتواند پوشش بدهد اما مشاهده می‌کنید در سمت چپ که به عنوان urban areas به آن اشاره شده در منطقه شهری همانطور که وضعیت اشتغال مردم افت پیدا می‌کند همانطور پوشش بیمه افت می‌کند. خوشبختانه در مناطق روستایی به واسطه برنامه منسجم‌تر برای بیمه روستایی این افت صورت نمی‌گیرد چون در سمت راست می‌بینیم که در مناطق روستایی مان جدا از اشتغال چیزی حدود ۸۰٪ پوشش بیمه را داریم. در مناطق شهری مشاهده می‌کنید افت وضعیت اشتغال این عدد به ۳۰٪ کاهش می‌یابد پس می‌بینیم که افرادی که نیاز دارند بیمار هم می‌شوند و بیکار هم هستند. خیلی خوب نتوانستیم در اطراف شهرها پوشش بدهیم و این مشکل اساسی است.

Impact of One Episode Hospital Admission Payment on Month Income; Savings; Asset Sale & Debt Health Care Utilization Study – Esfand 1381

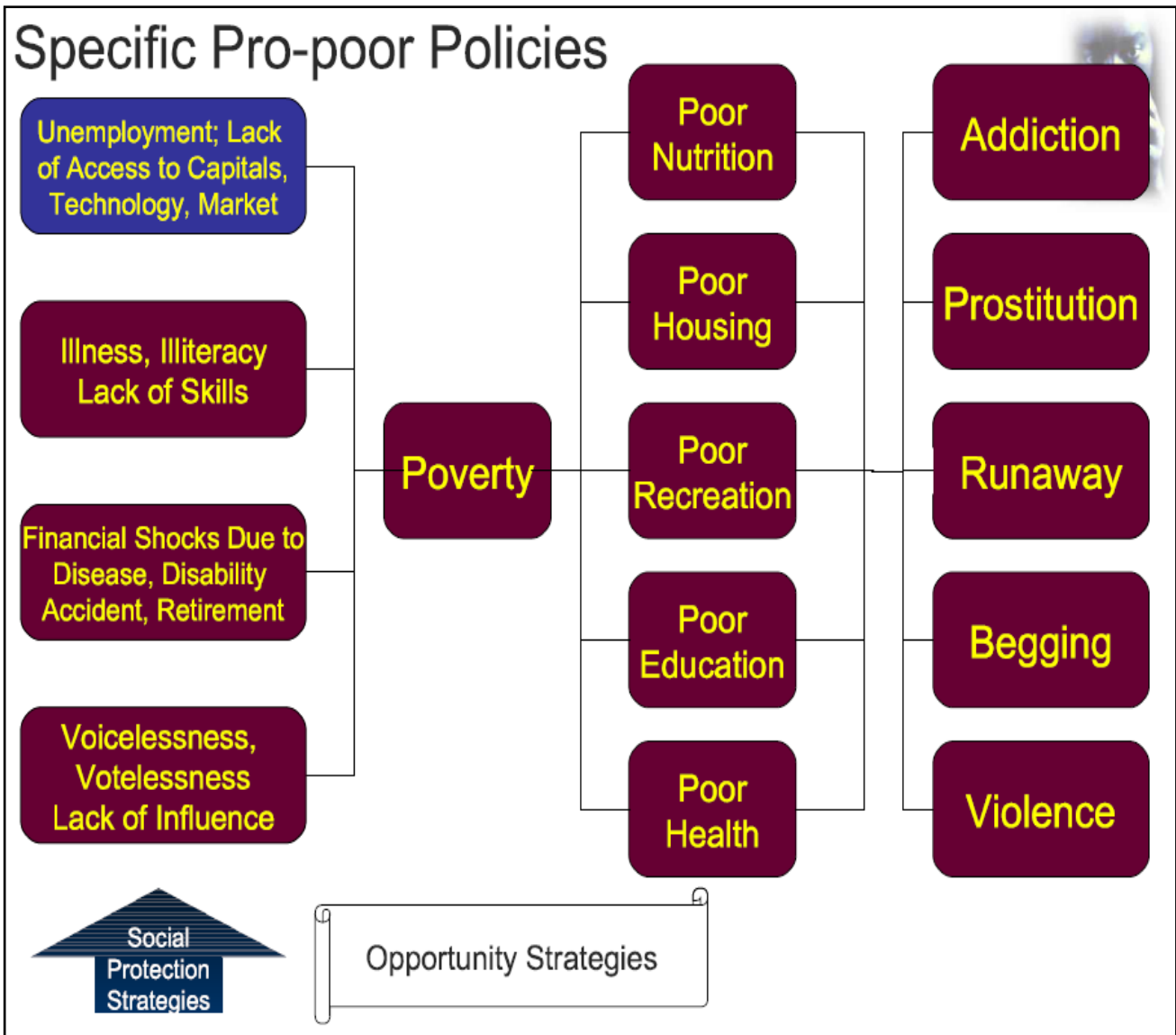


اسلاید شماره ۶:

یک مطالعه دیگر در مملکت ما انجام شده بسیار تکان دهنده است. نتایج مطالعه ای که در سال ۱۳۸۱ در مملکت ما انجام شد. بررسی کرد که ببیند اگر یک فردی در یک خانواده ای بیمار باشد و نیاز بستری در بیمارستان را داشته باشد آن خانواده چه جوری هزینه های بستری این فرد را پرداخت می کنند. ممکن است اینقدر وضعیتشان خوب باشد که هیچ تاثیری روی اقتصاد خانواده شان نداشته باشد. اگر یک نفرشان بستری شود ممکن است مجبور شوند تمام درآمد ماهیانه خود را پرداخت کنند که در اینجا با رنگ نارنجی مشخص است، رنگ زرد همان است که هیچ تاثیری روی خانواده ندارد. ممکن است که بیش از ۵۰٪ درآمد ماهیانه بخواهد مصرف شود که نارنجی کم رنگ است ممکن است مجبور شوند تمام پس انداز خود را خرج کنند بلکه آنچه را در خانه دارند و آن مایملکشان را هم بفروشند. که با رنگ بنفش تیره مشخص است. خوب در چهار ستون مشاهده می کنید، سمت چپ منطقه شهری است و مشاهده می کنید در منطقه شهری اگر فردی از یک خانواده ای بستری شود در بیمارستان در حدود ۲۹٪ موارد، اقتصاد خانواده تکان نمی خورد و بیش از ۲۷٪ موارد بیش از ۵۰٪ درآمد ماهیانه هزینه می شود و در ۱۵٪ موارد کل درآمد ماهانه هزینه می شود. در ۲۱٪ موارد کاربرد استفاده از پس انداز و قرض کشیده می شود و در ۸٪ موارد کار به فروش اجناس خانگی می رسد.

می بینید در مناطق روستایی اصلی یک مقدار وضع بدتر است. مثلاً در ۱۹٪ موارد هیچ تکانی وضعیت اقتصادی خانواده نمی خورد اما در ۳۶٪ موارد و بیش از ۵۰٪ درآمد ماهانه و در ۱۸٪ موارد کل درآمد ماهانه هزینه می شود و در ۱۹ و ۸ درصد موارد به ترتیب ما کارمان به قرض گرفتن و فروش اجناس خانه می کشد اما چیزی که خیلی تکان دهنده تر است این است که وضعیت در عشایر ما و در روستاهای کوچک و دور افتاده که روستاهای اقماری به آن می گوئیم خیلی قابل تامل است. و فاجعه ای دارد رخ می دهد. اگر فردی در یک روستای دور افتاده کارش به بستری بکشد، در ۱۳٪ موارد اقتصاد خانواده تکانی نمی خورد، در ۲۳٪ موارد بیش از ۵۰٪ درآمد ماهانه خانواده هزینه می شود و در ۱۶٪ موارد کل درآمد خانواده هزینه می شود. اما نکته مهم این است در ۳۵٪ موارد یعنی بیش از یک سوم موارد خانواده کل پس اندازش را هزینه می کند و کارش به قرض می کشد و یا از آن بدتر در ۱۳٪ موارد کارش به فروش اجناس خانه می رسد. حالا اگر ۳۵٪ و ۱۳٪ را جمع کنیم می شود ۴۸٪، تقریباً نیمی از موارد وقتی که فردی از عشایر و روستاهای دور افتاده ما وقتی بستری می شود خانواده اش به عسرت می افتد یعنی کارشان به قرض و فروش می رسد و خیلی بد است. این در وضعیتی است که این افراد تحت پوشش بیمه هم هستند. بیمه روستایی که حدود ۸۰٪ حداقل پوشش می دهد و در بدترین تخمین ها، حداقل ۸۰٪ پس می بینیم که این بیمه کفایت نمی کند و مقولات دیگری این وسط باید به آنها توجه شود. وضعیت پایه خانواده باید تقویت شده.

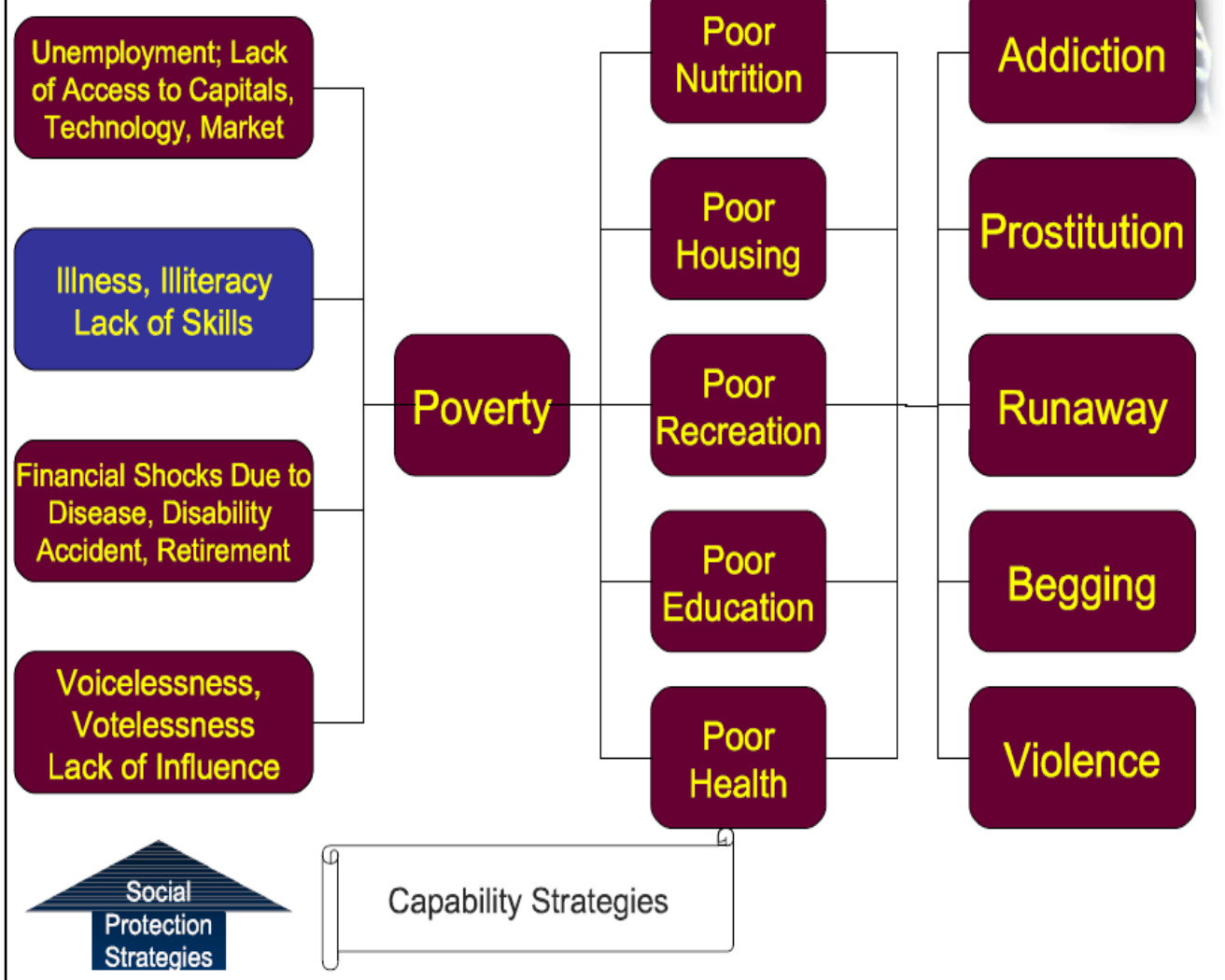
Specific Pro-poor Policies



اسلاید شماره ۷:

برمی گردیم به نقشه مفهومی که جلسه قبل با آن آشنا شدیم و سعی می کنیم که این نقشه را مقداری بازش کنیم و دیدیم که بخشی از راهبرد های ما که به آن راهبرد های فرصت و یا opportunity-strategies می گوئیم این بحث کارآفرینی و ایجاد فرصت های شغلی برای ما خیلی مهم است.

Specific Pro-poor Policies



اسلاید شماره ۸:

به همین ترتیب بحث در واقع ظرفیت های درونی، مثل سواد، مثل مهارت‌ها اهمیت خیلی زیادی پیدا میکند که به آن راهبرد های توانمند سازی یا Capability strategies می گوییم.

Employment Focused Welfare Reform Strategies in USA



- In recent years USA have implemented a broad range of programmatic, policy and organizational changes to create assistance systems that emphasize work rather than cash assistance.
- The primary welfare-to-work strategy used to create a more work-oriented, transitional assistance system is "Work First," a philosophy and program strategy that emphasizes helping recipients find unsubsidized employment as quickly as possible.
- Work First programs share a common philosophy regarding work: any job is viewed as a good job and program efforts should be geared toward helping recipients enter the paid labor force as quickly as possible.

اسلاید شماره ۹:

در بعضی از کشورها سیستم رفاه آن کشور بیش از آنکه دنبال سوبسید مالی و غیره باشد می آید کل آن شاکله سیستم رفاهش را با بحث اشتغال بنا می کند مثلا در آمریکا یک شعار معروفی سیستم رفاهش دارد به نام Work First یعنی اول کار، یعنی یک فرد فقیر مطالبه ای داشت و سیستم خواست کمک کند میگوید پول به تو نمی دهم اول کار، اول سعی می کنم کار برایت پیدا کنم، این فلسفه در نوع خودش فلسفه بدی نیست. آن ضرب المثلی که داریم بجای اینکه ماهی بدهیم، ماهی گیری را نشان بدهیم باید چیزی خوب باشد هرچند که در کشور آمریکا فقط اتکا کردن روی این راهبرد به تنهایی و ندیدن سایر راهبرد هایی که در قبل بحث شد موفق نبوده یعنی در آمریکا این استراتژی به نوعی شکست خورده است و سیستم رفاهش نتوانسته رفاه بخشی عظیمی از جامعه اش را تأمین کند.

Employment Focused Welfare Reform



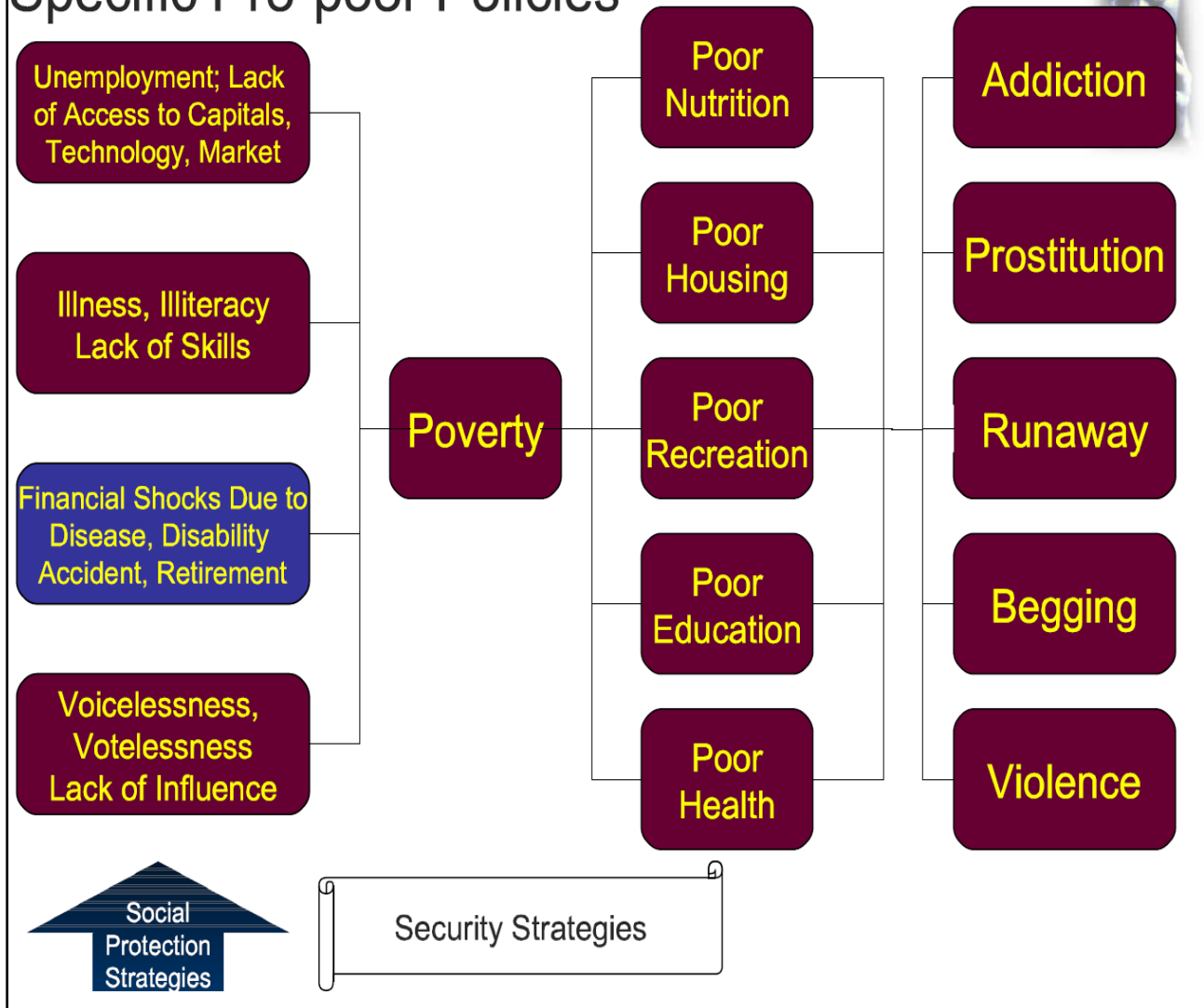
Key Characteristics of Study States' Strategies to Create an Employment Focused Welfare System (As of July 1997)

	Work First, Work Mandate States		Work First, Participation Mandate States		
	Massachusetts	Virginia	Indiana	Oregon	Wisconsin (pre W-2) ^a
Targeted Groups	Non-disabled recipients without a child under age 6	Non-disabled recipients without a child under age 18 months	Non-disabled recipients without a child under age 3	Recipients without a child under age 12 weeks	Recipients without a child under age 12 weeks
Penalty for Noncompliance	Progressively steeper penalty → loss of all cash assistance	Loss of all cash assistance	Grant reduction (adult portion)	Progressively steeper penalty → loss of all cash assistance	Determined by amount of participation; maximum penalty is loss of all cash and Food Stamp benefits, except for \$10.
Diversion Strategies	None	Lump sum cash payment	Pursuance of alternative support	Pursuance of alternative support, applicant job search	Pursuance of alternative support, applicant job search
Treatment of Earnings for Eligibility/ Benefit Determination	\$30 and 50% of earned income disregarded	All income disregarded up to the Federal Poverty Line	Standard AFDC earned income disregards (\$30 and 1/3)	50% of earned income disregarded	Standard AFDC earned income disregards ^b (\$30 and 1/3)
Time Limit	Benefit elimination	Benefit elimination	Benefit reduction	Benefit elimination	None ^b
Organizational Strategies	Integrated case management	No major changes	Performance-based contracting	Integrated case management, performance-based outcomes	Transfer of administrative authority to Work Force Development, one-stop service delivery

اسلاید شماره ۱۰:

آنچه در اغلب ایالتها البته در قوانین ایالتی شان فرق می کند اما آنچه که در اغلب ایالتها اتفاق می افتد این است که اگر خانواده ای به هر شکلی به عنوان خانواده فقیر شناسایی شود معمولاً به صورت اولیه فرصت کوتاهی برای چند ماهی مبلغی برای خانواده در نظر گرفته می شود و در این فرصت خانواده دنبال کار بگردد و کمکش هم می کنند و مشاوره کاری هم می دهند در انتهای فرصت اگر این فرد کار پیدا نکرد دو حالت دارد یا اینکه با شیب تندی پول را قطع می کنند، در ایالت مختلف است یا اینکه میگویند ما خودمان برایتان کار پیدا می کنیم. یعنی چه؟ یعنی اینکه افراد به کارهای خیلی پست گمارده می شوند مثلاً کار در زندانها و مناطق و سایت های خیلی کثیف و غیره و درواقع یک جور کارهای اجباری می شود. شرط تداوم کار یعنی شرط اجتماعی برای اینکه پول پرداخت کنیم کار کنید. این راهبرد یک فرصت می دهد و البته بعد از فرصت یارانه قطع می شود و یا برای این که یارانه قطع نشود موظف است هر جا که دولت گفت کار کند.

Specific Pro-poor Policies



اسلاید شماره ۱۱:

بحث در واقع راهبرد های تأمین Security strategies است و در بسیاری از کشور ها راهبرد اساسی و قالب محسوب می شود.

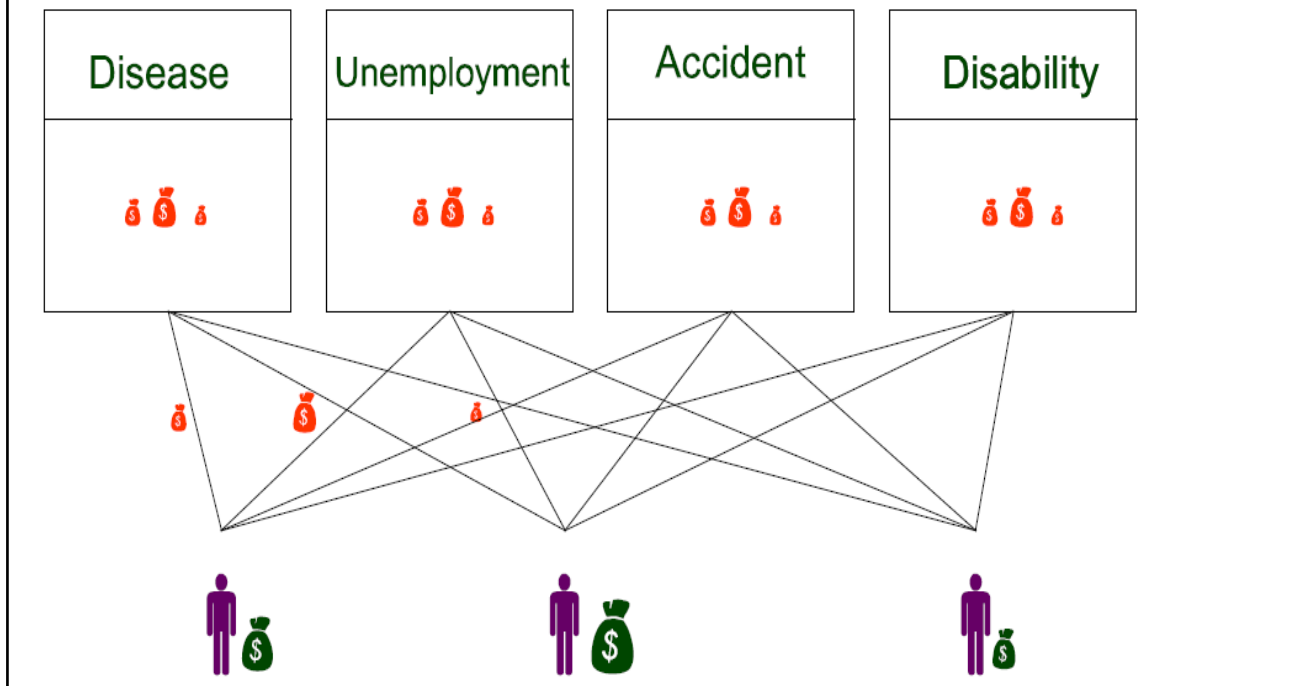
Social protection

- Social protection is defined as the set of policies and programs designed to reduce poverty and vulnerability by promoting efficient labor markets, diminishing people's exposure to risks, and enhancing their capacity to protect themselves against hazards and interruption/loss of income.

اسلاید شماره ۱۲:

ما وقتی بحث Social protection می کنیم در واقع یک مجموعه از سیاست ها و برنامه ها است که نهایتا قرار است چه کار کند؟ قرار است فقر را کم کند و آسیب پذیری یا Vulnerability به حد اقل برساند از طریق ایجاد و ترویج بازار کار که فقرا بتوانند در آن کار کنند و افراد کمتر در معرض مخاطرات قرار بگیرند و ظرفیت های درونی شان افزایش پیدا کند و اگر دچار مشکلی شوند و وقفه ای در سیستم درآمدشان صورت گرفته، سیستم از شان حمایت کند تا این وقفه برطرف شود و خانواده بتواند مجدد روی پایش بایستد.

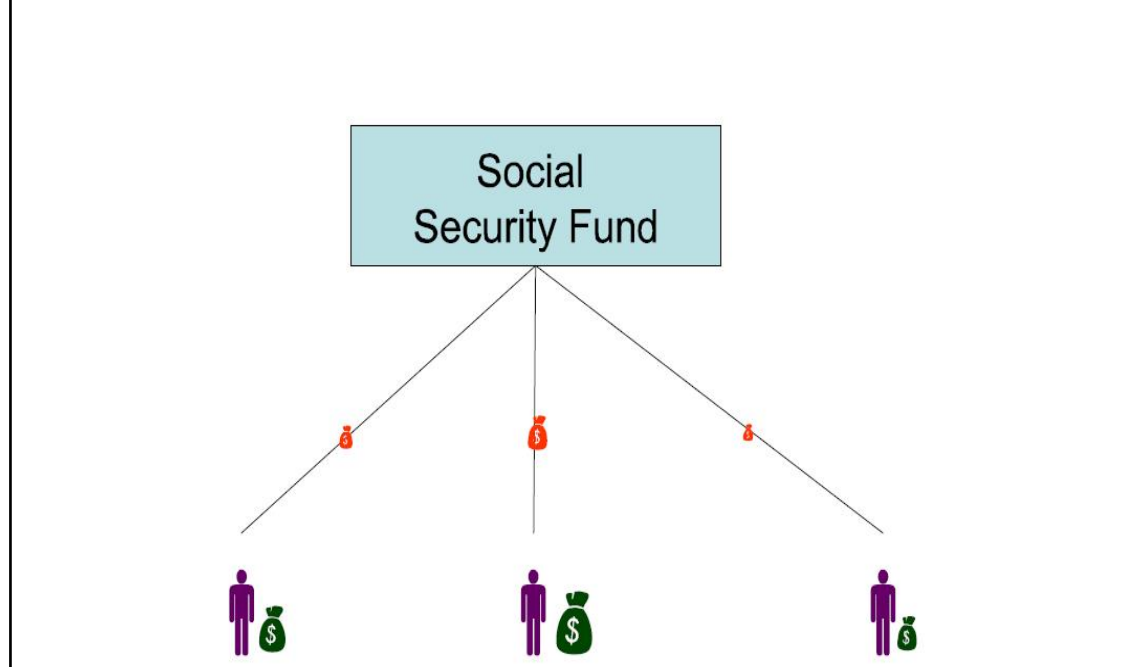
Social protection



اسلايد شماره ۱۳:

برای مقولات مختلف این Social Security تعریف شده، مثلا به خانواده نگاه می کنید. خانواده سمت چپ درآمد متوسط دارد خانواده وسط درآمد زیاد دارد و خانواده سمت راست درآمدش کم است. برای بحث تأمین در ارتباط با بیماریها هرکدام یک مبلغی را تحت عنوان حق بیمه کنار بگذارند، در بیمه سلامت همانطور که مشاهده می کنید در یک سیستم بیمه عادلانه فردی که فقیر ترند کمتر پرداخت می کند و فرد غنی بیشتر پرداخت می کند، پولها یک جا انباشت می شود و در نهایت هرکدام بیمار شدند از آن استفاده می کنند. حالا همین خانواده ها ممکن است در رابطه با بیکاری بخواهند بیمه شوند. مجدداً درواقع یک بیمه عادلانه شکل می گیرد، بیمه تصادف و بیمه معلولیت هم می تواند باشد. حالا بحث بیمه های متعددی داشته باشیم اما خیلی از کشور ها به این نتیجه می رسند اگر ما این بیمه ها را روی هم بریزیم و یک صندوق بزرگتر ایجاد کنیم و درواقع یک صندوقی که فرد وقتی حق بیمه اش را می دهد هم بیماری و هم بیکاری و هم تصادف و معلولیتش را همه پوشش دهد و بیمه می تواند سوبسیدهای درونی بیشتری را پوشش بدهد و این موضوع را تحت عنوان

Social Security



اسلاید شماره ۱۴:

بیمه های اجتماعی که بیش از صد سال است در دنیا شکل گرفته را وارد کار می کند. Social – Security Fund بیمه هایی هستند که می آیند از تجمیع بیمه های متعدد که اهداف اجتماعی دارند شکل می گیرند و نهایتاً می توانند بخشی از معضلات اجتماعی و آسیب های اجتماعی را پوشش دهد و تأمین و جایگزین شود.

Social Security Concepts



- In the 20th century two concepts of social security have emerged in Europe, the insurance concept and the redistribution concept.
- The 'insurance concept' was introduced by Bismarck, the German leader who introduced this type of social protection for workers in the second half of the 19th century.
- During World War II the British reformer Lord Beveridge developed the 'redistribution concept' of social security.

اسلاید شماره ۱۵:

این مفهوم Social Security یا تأمین اجتماعی در اوایل قرن بیستم از تلفیق دو مفهوم که در اروپا شکل گرفت یک معنی پیدا کرد. یکی از اینها مفهوم بیمه بود و یکی مفهوم باز توزیع ثروت. پس در واقع تأمین اجتماعی در کشور های مختلف دو مفهوم را در بر گرفته مثلا در کشور آلمان در عصر جنگ جهانی و در نیمه دوم قرن نوزدهم و قبل از شروع قرن بیستم بیس مارک صدر اعظم معروف یک سیستم بیمه ای تأمین اجتماعی را برای اولین بار برای کارگران درست کرد و بعدا در طول زمان که به سمت جنگ جهانی اول و دوم رفتند این سیستم تأمین اجتماعی گسترش پیدا کرد. پس مفهوم بیمه ای برای اولین بار در آلمان و اوایل نیمه دوم قرن نوزدهم و عصر جنگ جهانی دوم در انگلستان Lord Beveridge بود مفهوم باز توزیع ثروت را مطرح کرد و گفت که تأمین اجتماعی نوعی باز توزیع ثروت است به مرور زمان سیستم تأمین اجتماعی انگلستان شکل بیمه ای پیدا کرد اما مفهوم تأمین اجتماعی با تأکید بر باز توزیع ثروت از انگلستان و کارکرد لرد بوریج و بیس مارک آلمان و انگلستان شروع و مفهوم بیمه بود.

Social Security Concepts



	Pure Insurance- Bismarck	Pure Redistribution- Beveridge
Main Goal	Guarantee Social and Economic Status	Guarantee Income at Subsistence Level
Eligibility	Dependent on Contribution	Independent of Contribution
Expected Benefits	Matches Contributions	Means Tested
Types of Benefits	Depend on Previous Wage and Contributions	Means Tested, Flat Rate
Financing	Premiums	General Tax Revenues
Administration	Private	Public
Focus	Labor Market	Citizen's Right
Examples	Germany	United Kingdom

اسلاید شماره ۱۶:

مقایسه اش در واقع مهم است زیرا در مملکت ما مدلی که داریم مدل بیمه ای است اما باید فکر کنیم بدانیم آیا درست است یا نه، چقدر کارکرد خواهد داشت. سیستم بیس مارک مطلق و خالص که فقط بیمه دارد می آید به نوعی با مشارکت افراد به آنها سرویس می دهد یعنی اگر حق بیمه ندهد به او سرویس نمی دهد. کارش این است وضعیت اجتماعی و شغل فرد را تنظیم می کند. سیستم بوریج بر اساس باز توزیع ثروت است و ربطی به سیستم مشارکت افراد ندارد و اینطور نیست که شما مالیات و حق بیمه ندادید پس باید شما را محروم کنیم. این افرادی هستند در جامعه که نه شغل دارند که بخواهیم حق بیمه از آنها کم کنیم و نه مایملکی که بخواهیم مالیات کم کنیم و مستقل از مشارکت فرد شکل میگیرد و هدفش این است که یک درآمد پایه را برای همه آحاد جامعه تضمین کند پس درآمد در اینجا مهم می شود، ما دیدیم که در بیس مارکی بیمه های مختلف بیماری داشتیم، اگر فرد بیمار نشود سیستم بیمه فعال نخواهد شد و اگر کسی درآمدش قوت لایموتش را تأمین نمیکند و بیمار نباشد و یک مشکلی داشته باشد سیستم بیمه فعال نخواهد شد. اما سیستم بوریجی که مبتنی بر باز توزیع ثروت است میگوید من کار ندارم که آیا مشارکت می کنید یا نه من یک درآمد مکفی و حد اقلی برای شما تأمین می کنم خوب مهم است شکل درآمد این سیستم حق بیمه است و در بیس مارکی مالیات است یعنی از اغنیا مالیات گرفته می شود. از هر چیزی که خصوصی باشد اما در سیستم توزیع مجدد ثروت در همه جای دنیا سیستم دولتی در خزانه دولت جمع می شود و حق شهروندا را می شناسد.

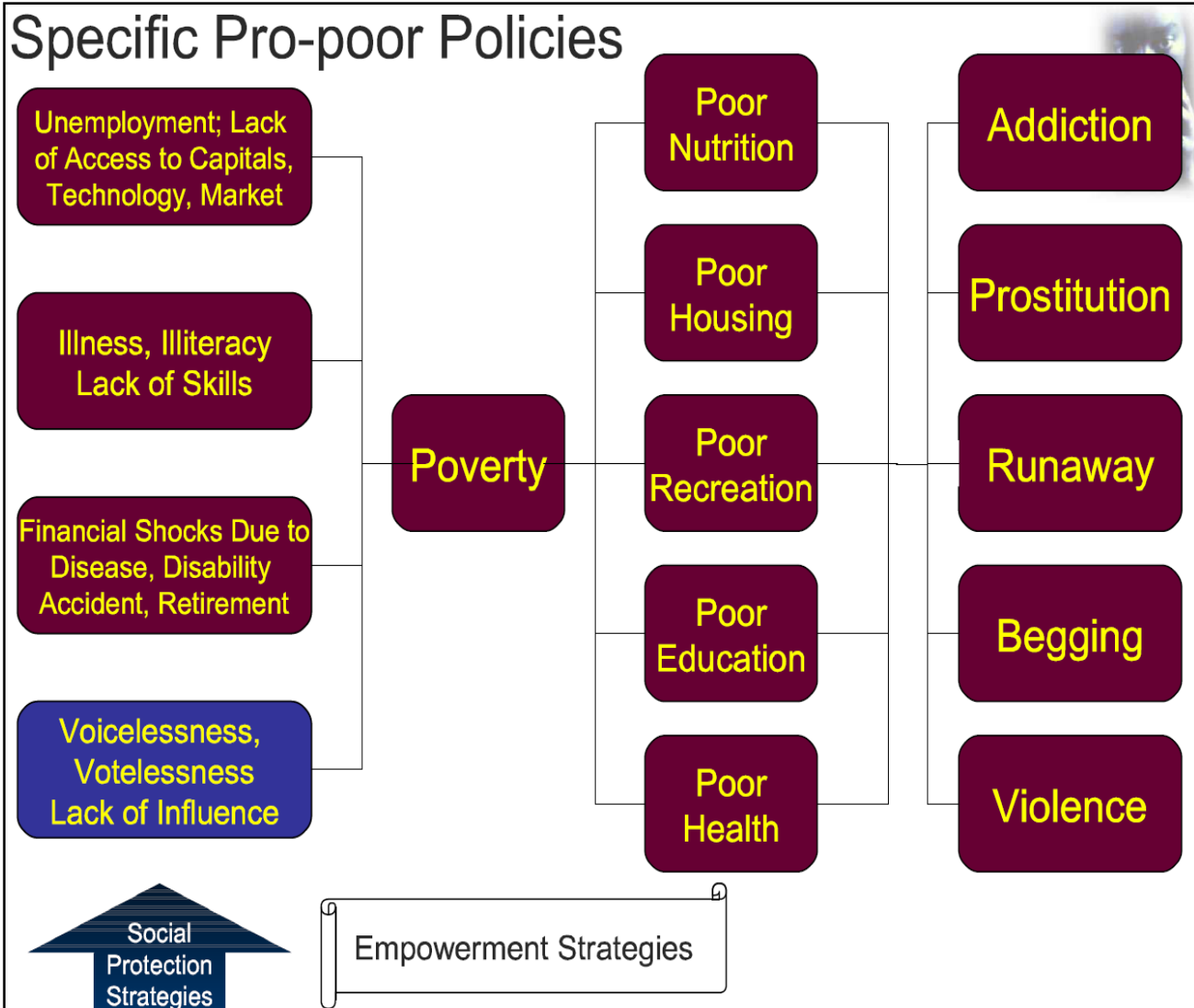
Sweden Welfare System



- **Social Insurance**
 - Sickness insurance
 - Work injury insurance
 - Disability pensions
 - Survivor's pension and partial pension
 - Old age pensions
 - Unemployment compensation

اسلاید شماره ۱۷:

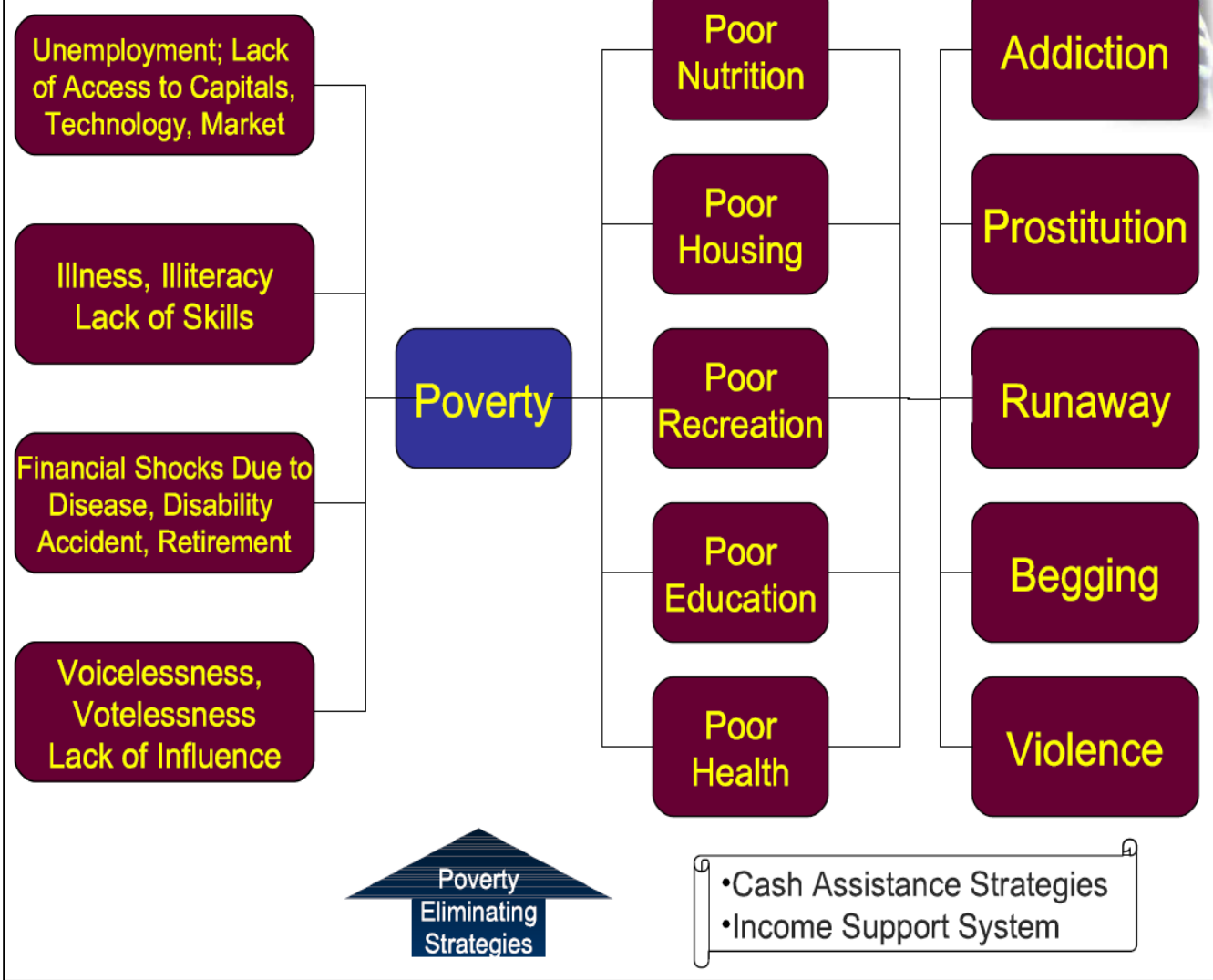
سیستم رفاه سوئد خیلی سیستم رفاه برجسته ای است و نگاه می کنیم میبینیم که اجتماعی در کشور سوئد بیمه بیماری و بیمه حوادث شغلی را دارد بیمه معلولیت یا Disability و بیمه سالمندی، بیمه بیکاری را دارد و پوشش می دهد و سیستم تأمین کامل را دارد و پوشش می دهد.



اسلاید شماره ۱۸:

سیاست های EM powerment را بحث کردیم و گفتیم کارش شکل گیری نهاد های جامعه مدنی است که به نوعی صدای فقرا و محرومین به گوش دولت برساند بخشی از سیستم رفاه به توصیه این نهاد اجتماعی بپردازد

Specific Pro-poor Policies



اسلايد شماره ۱۹:

بحث مهم فقر زدائی که کمک مالی و مستقیم است.

Australian Welfare System



Comparison of Social Security Payments to the Henderson Poverty Line
(after housing – \$ per week, June 1999)

Family/Income Unit	Poverty Line	Social Security payment	Payment as % of Poverty Line
Couple unemployed - 0 children	341.20	329.50	97%
Couple unemployed - 1 child	410.14	391.45	95%
Couple unemployed - 2 children	479.08	444.80	93%
Single adult unemployed	255.06	200.75	79%
Single, under 21, unemployed	255.06	171.60	67%
Sole parent - 1 child	279.16	292.30	105%
Sole parent - 2 children	348.10	345.65	99%
Single aged pensioner	255.06	218.60	86%
Pensioner couple - 0 children*	292.96	337.30	115%
Pensioner couple - 1 child*	361.90	396.80	110%
Pensioner couple - 2 children*	430.84	454.20	105%

اسلاید شماره ۲۰:

موضوع سیستم رفاه در دنیا بخصوص در کشورهای سوسیالیستی و سوسیال دموکرات هست که در کشورهای اروپا یا مثل استرالیا چکار می کنند؟ می گویند ما بیمه داریم سیستم تأمین اجتماعی هم داریم اما خانواده مختلف را باید آنقدر به آنها پول داده شود که از زیر خط فقر بالا بیایند. همانطور که در اسلاید مشاهده می کنید و خیلی جالب است برای خانواده های مختلف خط فقر تعریف شده است مثلاً در استرالیا می بینیم که یک زوج بیکار که فرزند هم ندارند این خط فقر ۳۴۱ دلار است و برای یک زوج بیکار با یک بچه ۴۱۰ دلار، و برای یک زوج بیکار با دو بچه ۴۷۹ دلار است و برای یک فرد مجرد زیر ۲۱ سال ۲۵۷ دلار و برای یک پدر و مادر که به تنهایی بچه شان را بزرگ می کنند و همسرشان با آنها نیست که به آنها Sole Parent میگویند ۲۷۹ دلار و اگر Sole Parent باشد پدر و مادر باشد فرق نمی کند با دو بچه ۳۴۸ دلار. همینطور برای گروه های مختلف خط فقر را تعریف کرده اند اما از همه مهمتر، نگاه می کنیم ستون سوم که دولت می آید و تضمین می کند برای هر کدام از خانواده ها که تعریف شده، مبلغی را تحت عنوان Social Assistance یا کمک اجتماعی در نظر می گیریم مثلاً برای زوج بدون بچه ۴۷۹ دلار پرداخت می کنند که معادل ۹۷٪ خط فقر است یعنی تقریباً دیگر فرد فقیر نخواهد بود و یا برای یک زوج با یک بچه مبلغ ۳۹۱ دلار که ۹۵٪ خط فقر است و بیاییم پایین تر تا یک پدر و مادر با یک بچه و یا Sole parent بیش از حتی چیزی که خط فقر است در نظر گرفته که ۱۰۵٪ میزان است و عملاً می شود ادعا کرد با این کمک اجتماعی هیچ خانواده ای در استرالیا فقیر نخواهد بود. عملاً در کشور سوئد اتفاق می افتد و عملاً شما خانواده فقیر نمی بینید این پولها از مالیاتی که بر اغنیا بسته می شود تأمین می شود.

Sweden Welfare System



- **Income Maintenance**

- Cash benefits to families

- Parental insurance
- Child allowance
- Housing allowance
- Child pensions and care allowance

- **Social Insurance**

- Sickness insurance
- Work injury insurance
- Disability pensions
- Survivor's pension and partial pension
- Old age pensions
- Unemployment compensation

اسلاید شماره ۲۱:

همانطور که مشاهده می کنید بحث In come maintenance یا تضمین درآمد در کشور سوئد کاملاً تعریف شده است می بینیم که برای بچه ها مبلغی پرداخت می شود. برای پدر و مادر ها و مسکن و هزینه های تحصیل بچه همه دیده شده و پرداخت به خانواده ها می شود.

Family benefits



- Basic child allowance of 900 SEK/month
- Extended child allowance of 950 SEK/month for children aged 16 and over, attending secondary school
- Additional child allowance for third child of 254 SEK/month, 760 SEK/month for fourth etc
- Student grants of 950 SEK/month for 9 months per year for students attending high school
- Housing allowance: one child 600 SEK/month
- Maintenance support of separated parents to custodial parent by 1,173 SEK/month

اسلاید شماره ۲۲:

به عنوان مثال در یک خانواده سوئدی صرف یک بچه وجود داشته باشد یعنی به ازای هر بچه در ماه ۹۰۰ کرون سوئد پرداخت می شود و عدد کمی نیست یعنی اگر بچه سنش بیش از ۱۶ سال شود این به ۹۵۰ SEK سوئد اضافه می شود و اگر تحصیلات ثانویه و دبیرستان را شروع کند تا راهنمایی و دبیرستان را شروع کند و اگر بچه دوم و سوم به دنیا بیایند ۲۵۴ و ۲۶۰ کرون سوئد اضافه می شود و اگر بچه ها دانشجوی و دبیرستانی شوند ۹۵۰ کرون در طول ۹ ماه تحصیل در هر ماه داده می شود. برای هر خانواده سوئدی برای هر ماه مبلغی پرداخت می شود. برای Housing allowance حق مسکن به هر خانواده و برای هر بچه ۹۰۰ کرون سوئد پرداخت می شود. اگر پدر و مادر از هم جدا شده باشند و باز هم چون مثلا در یک منزل زندگی می کردند و حالا در منزل جداگانه زندگی می کنند مبلغی اضافه پرداخت می شود تا بتوانند زندگی کنند.

Parental insurance

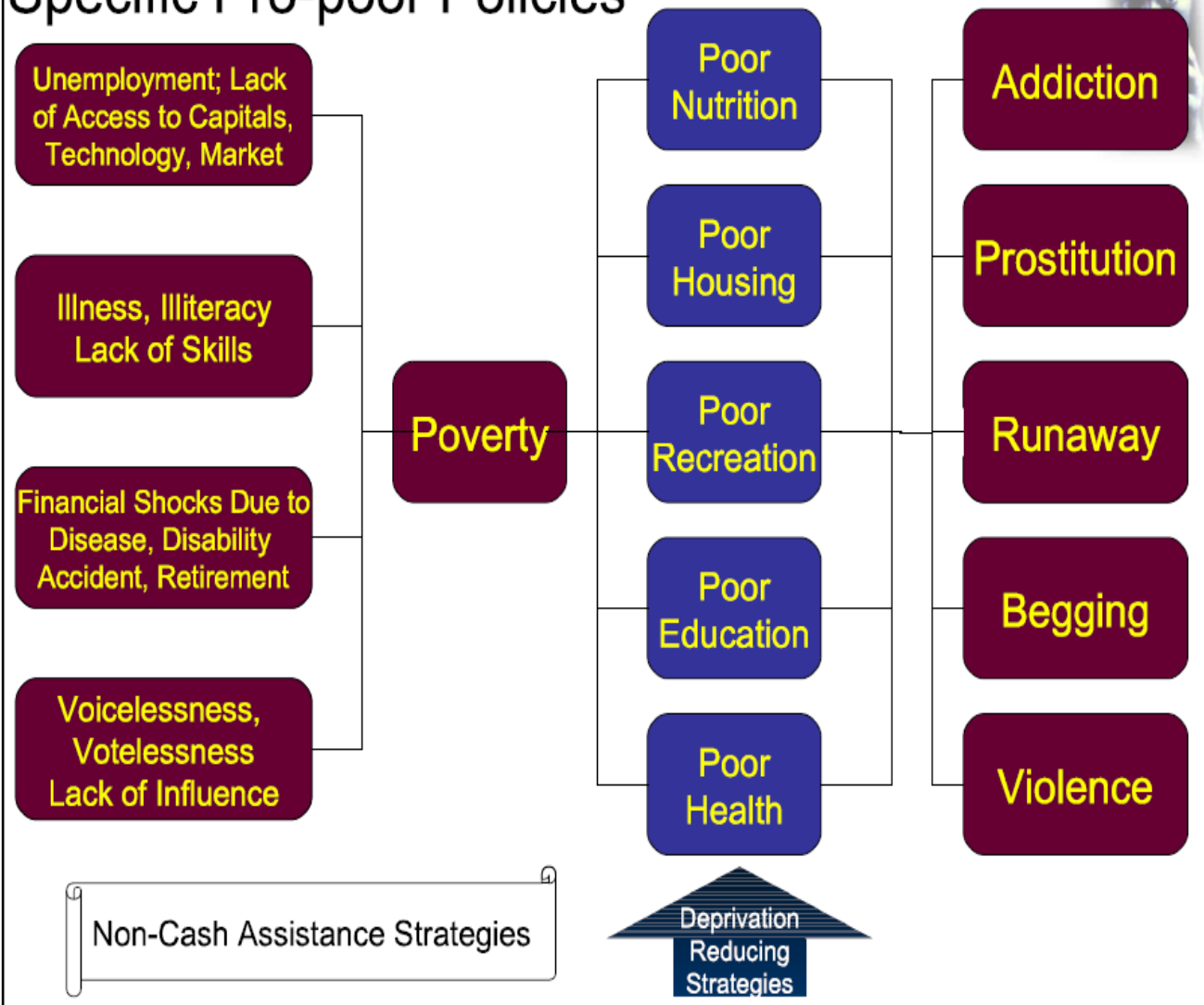


- Pregnancy benefits to expectant mothers are provided at a maximum of 50 days at 80% of the qualifying income
- Parental benefits are payable for 480 days (per child) with 390 days at 80% of qualifying income and 90 days a flat rate of 60 SEK/day. The 480 days are divided equally between parents and 180 days of one parent can be transferred to the other parent
- Temporary parental benefits payable to parents taking care of sick children aged up to 12
- “Dad’s days” where fathers are entitled 10 days of parental benefit

اسلاید شماره ۲۳:

وقتی یک خانم سوئدی باردار می شود مبلغی را پرداخت می کنند تا ۸۰٪ درآمدش تا حدود ۵۰ روز بتواند استفاده کند و بعد برای ۴۸۰ روز برای هر بچه که عدد زیاد است یعنی بیش از یک سال ۸۰٪ درآمد پرداخت می کنند و درواقع بارداری باعث نمی شود درآمد خانواده قطع شود و روزهای تعطیل خاصی برایش در نظر می گیرند.

Specific Pro-poor Policies



اسلاید شماره ۲۴:

همه در جای خودش است پس می بینیم که سیاست های فقر زدایی کشور هایی که سیستم رفاه درست دارند باعث می شود خانواده ای فقیر نباشد مگر پولی که می گیرند به اصطلاح آتش بزنند در آنصورت فقیر خواند شد اما اگر عقلانی رفتار کنند فقیر نخواهند شد.

Sweden Welfare System



• Welfare Services

- Childcare
- Schools
- Labor market measures
- Healthcare
- Care of disabled people
- Care of the elderly

• Income Maintenance

- Cash benefits to families
 - Parental insurance
 - Child allowance
 - Housing allowance
 - Child pensions and care allowance

■ Social Insurance

- Sickness insurance
- Work injury insurance
- Disability pensions
- Survivor's pension and partial pension
- Old age pensions
- Unemployment compensation

اسلاید شماره ۲۵:

خدمات رفاهی را می بینید که در کشور سوئد ارائه می شود کمک غیر نقدی است مثلاً می گویند برای مراقبت از بچه ها مهد کودک ها مجانی است و یا مدارس اغلب مجانی است و خدمات سلامت قسمت عمده اش در واقع با تخفیف زیاد و مجانی است، برای افراد معلول قسمت زیادی خدمات مجانی می شود یعنی می بینیم خدماتی ارائه داده می شود بدون این که پول دریافت شده. می گوییم فقر زدایی پول در جیب مردم نبود و باز احساس محرومیت نکنند.

The health care system



- The goals are good health and equal health services for everyone
- Health centers with wide variety of health professionals, consultation with a doctor 100-150 SEK
- Hospitalization fees of 80 SEK per day
- If total fees are higher than 900 SEK, during a 12 month period, the additional expenses are free
- All medical treatment for children and young people under 20 years old are free

اسلاید شماره ۲۶:

به عنوان مثال شما نگاه می کنید می بینید پرداخت یک پزشک در کشور سوئد ۱۵۰-۱۰۰ کرون است برای بستری شدن ۸۰ کرون سوئد در روز است مهم این است که اگر در طی یک سال پولی که خانواده پرداخت می کند برای هزینه سلامتشان اعم از هزینه سرپایی و بستری بیش از ۹۰۰ کرون سوئد باشد بقیه پول ها را دولت می دهد. مهم است براینکه درواقع دولت دارد می گوید درواقع هیچ خانواده سوئدی در طول یک سال بار مالی مشکلات سلامتشان بیش از ۹۰۰ کرون سوئد نخواهد بود و این یک معجزه می تواند باشد درحالی که تمام خدمات درمانی برای بچه و جوانان زیر ۲۰ سال مجانی است یعنی می گویند هنوز درآمد ندارند ۱۵۰-۱۰۰ کرون ویزیت هم از او گرفته نمی شود می بینیم که باز باری به دوش خانواده سوئدی وارد نمی شود.

Child care services

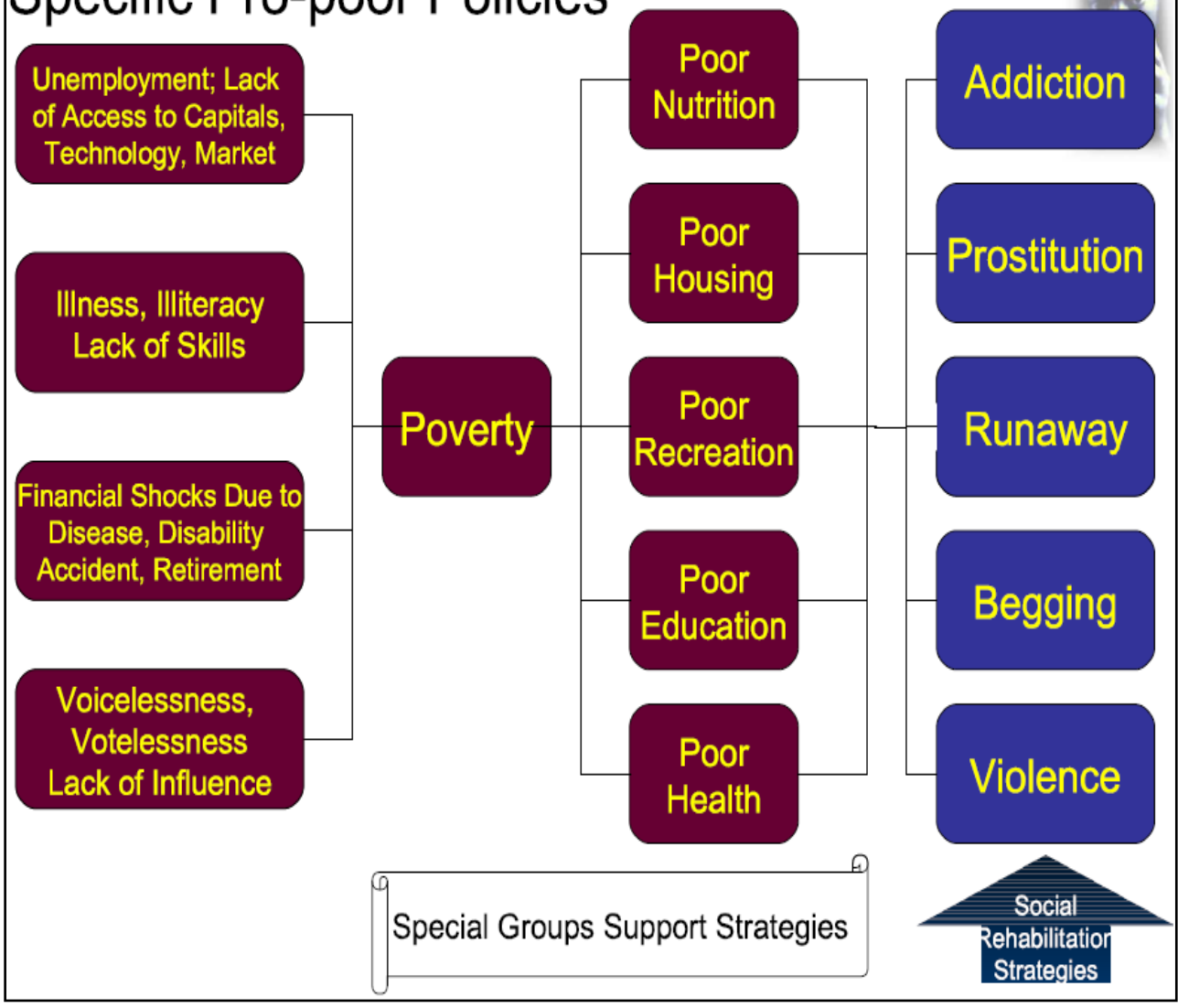


- Pre-schools for children aged from one up to six years (part-time or full time)
- Local municipalities can charge not more than a rate at a maximum of three, two and one percent respectively of a household's income (before tax) for the first, second and third child in the family.
- Fees may not exceed 1,260 SEK/month for the first child, 840 SEK/month for the second and 420 SEK/month for the third

اسلايد شماره ۲۷ :

خدمات پيش دبستاني، مهد کودک، تا سن ۶ سالگي به نوعي تضمين شده است و خدمات دولتي است با مقدار بسيار کمی می توانند به مدرسه و مهد کودک بروند و دولت تأمين می کند در همه مناطق دسترسي تضمين شده وجود دارد.

Specific Pro-poor Policies



اسلاید شماره ۲۸:

بحث پایانی ما Social Rehabilitation strategies یا راهبرد های بازتوانی اجتماعی است که اگر کسی دچار آسیب های اجتماعی شود. مثل فحشا یا چیز دیگری باید به او کمک کنیم.

Sweden Welfare System



• Welfare Services

- Childcare
- Schools
- Labor market measures
- Healthcare
- Care of disabled people
- Care of the elderly

• Income Maintenance

- Cash benefits to families
 - Parental insurance
 - Child allowance
 - Housing allowance
 - Child pensions and care allowance

■ Social Insurance

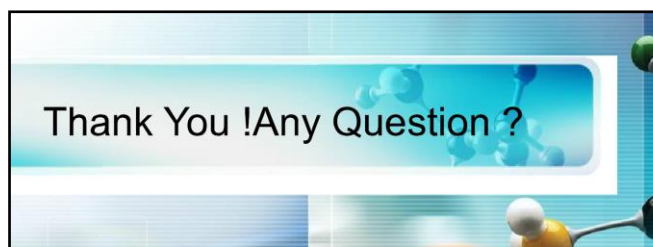
- Sickness insurance
- Work injury insurance
- Disability pensions
- Survivor's pension and partial pension
- Old age pensions
- Unemployment compensation

■ Social Rehabilitation services

- Child and Youth Problems Service
- Care of Substance Abusers

اسلاید شماره ۲۹:

نگاه می کنیم می بینیم در این قسمت خدمات بازتوانی اجتماعی در کشور سوئد وجود دارد مثلاً خیلی از جوانان مشکلات اخلاقی دارند ممکن است خشونت و غیره چکار می کنند؟ خدمات اجتماعی فقط به بچه ها و جوانان می دهند. حال خانواده هایشان راحت شود و بچه ای ارتکاب به سرقت می کند به سمت آسیب اجتماعی جدی تری پیش نرود و درواقع پوشش می دهد و مراقبت از تمام معتادان و یا Care of substance Abusers جزوی از خدمات رفاهی دولت محسوب می شود. می بینیم اگر در کنار هم بگذاریم یک بسته کامل از خدمات وجود دارد به معنی واقعی می تواند هدف رفاه را مهیا کند.



اسلاید شماره ۳۰: بحث ما به صورت اولیه اهمیت یک پکیج و بسته کامل خدمات رفاهی مورد بحث قرارداد و اگر این بسته تمام جوانب را ببیند می شود انتظار داشت عدالت اجتماعی و رفاه اجتماعی حاکم باشد.



اسلاید شماره ۱:

مبحث ششم از مجموعه مباحث عوامل مؤثر بر سلامت: در مباحث قبلی با مفاهیم کلی و کارکرد های کلی نظام رفاه آشنا شدیم. در این مقوله یک تقسیم بندی از **نظامهای رفاه دنیا** را ارائه خواهیم داد. درک این موضوع خیلی مهم است زیرا بدانیم چه اشکالی از نظام رفاه در دنیا وجود دارد و نظام رفاه در کشور ما به کدام شبیه است و یا در هدف گیری دراز مدت خود به چه سمتی می تواند حرکت کند.

Typology of Welfare Systems

- Liberal Welfare System
- Conservative Welfare System
- Social Democratic Welfare System
- Latin Rim Model for Welfare System
- East European Welfare System

اسلاید شماره ۲: کلاً نظام رفاه در دنیا را به ۵ گروه کلی تقسیم می کنند.

۱- یک گروه نظام رفاه لیبرالی محسوب می شود.

۲- یک گروه نظام رفاه محافظه کار یا Conservative

۳- یک گروه نظام رفاه سوسیال دمکرات است.

۴- گروه چهارم نظام رفاه مدل کشور های لاتین است که البته اروپای جنوبی را کاملاً در بر می گیرد.

۵- گروه دیگر نظام رفاه اروپای شرقی که باقی مانده نظام رفاه های دوران کمونیست محسوب می شود.

Liberal Welfare System



- The liberal regime comprises Anglo-Saxon welfare states such as the **United States, Canada, or Great Britain.**
- In these countries, the market plays the dominant role in the distribution of resources.

اسلاید شماره ۳:

این پنج شکل نظام رفاه به اختصار بحث خواهیم کرد. یک دیدی می دهد که در نظام های رفاه چگونه دولت بتدریج دستش از آستین بالا می آید و کارکرد های بیشتری را متحمل می شود. پس به نوعی طیف داریم که در یک سمت طیف دولت زیاد کاره ای نیست و کارکرد های رفاه را تکلیف خودش نمی داند و در سمت دیگر کارکرد های رفاهی را حق مثبت مردم می داند و تکلیف اصلی دولت ارائه خدمات رفاهی می شود.

نظام های رفاهی در کشور های Anglosaxon می توان دید نمونه بارز در کشور امریکا، اما در کشور های انگلستان، کانادا نیز وجود دارد. در این کشور ها بازار نقش اصلی را ایفا می کند و توزیع منابع بر اساس میزان سهم و مشارکت در بازار مالی معنی پیدا می کند به نوعی در کشور هایی که سیستم رفاه لیبرال دارند نقش دولت بیش از آنکه تأمین خدمات رفاهی باشد. در تضمین شکل گیری یک بازار پویا معنی پیدا می کند یعنی دولت می گوید من به رفاه مردم کاری ندارم سعی می کنم این بازار یا مارکت و دنیای کار آفرینی را را داغ نگه دارم و مردم به تبعه مرفه خواهند بود و درواقع مستقیماً دخالتی در سیستم رفاهی نمی کنم

Liberal Welfare System



- Welfare provisions by the state are minimal and restricted to those who have proven need (**means-tested programs**), while the extent of social insurance programs and universal transfers is only modest.
- **Strict social dualism** between the majority of citizens which are (market-differentiated) rewarded for their frugality, entrepreneurship and self-reliance and the stigmatized recipients of social-assistance.

اسلاید شماره ۴:

عملاً خدمات رفاهی که از طرف دولت سیستم لیبرالی ارائه می شود حداقلی هستند و فقط به افرادی تعلق می گیرد که نیاز بسیار زیادی دارند و علی القاعده یک سازوکار بررسی نیاز صورت می گیرد و خانواده هایی که نیاز شدید دارند می توانند در واقع از این مزایا برخوردار شوند عملاً در جامعه ای که در نظام رفاه در آن حاکم است قسمت عمده شهروندان به واسطه آنکه کار دارند و مالیات پرداخت می کنند به عنوان شهروند درجه یک^۱ به آنها نگاه می شود درصدی از مردم که درصد کوچکی هم نیستند بواسطه آنکه کار ندارند و اشتغال ندارند و به جای مالیات دادن از صندوق رفاه استفاده می کنند و کمک به آنها داده می شود عملاً داغ ننگی به پیشانی آنها زده می شود و به عنوان شهروند درجه ۲^۲ محسوب می شوند عملاً Social dualism شهروند دوگانگی اجتماعی شهروند درجه ۱^۱ و ۲^۲ وجود دارد و مبنای تقسیم بندی هم این است که مشارکت می کنند در تأمین صندوق دولت و یا دارد برداشت می کند و در این کشور ها چنین آسیبی هم وجود دارد نگاهی که به افراد فقیر می شود. نه به عنوان کسانی هستند که به واسطه جبر زمان فقیر شده اند نگاه به شکلی است که فرد می توانسته کار کند و غنی باشد ولی درآمد زائی نکرده است.

Conservative Welfare System



- The *conservative* regime is typical for most Continental European countries like **Germany, Austria, or France.**
- Although state activity is clearly higher than in the liberal type it is **restricted to situations when the family fails to ensure social security.**

اسلاید شماره ۵:

یک شکل دیگر که مقداری پیشرفته تر می تواند باشد از سیستم رفاه لیبرالی، سیستم رفاه محافظه کار یا Conservative است سیستم رفاه محافظه کار عمدتاً با تمرکز با Social security یا تأمین اجتماعی شکل گرفته در جلسات قبل گفته شد Social security یا تأمین اجتماعی یکی از کارکرد های نظام رفاه است در نقشه مفهومی که داشتیم فقط یکی از خانه ها بحث Social security بود به همین دلیل سیستم رفاه لیبرالی بحث تأمین اجتماعی بهتر از سیستم های لیبرال است.

اما همه می دانند که کارکرد در یک نظام رفاه کاملی ندارد عمدتاً وقتی می گوییم سیستم تأمین اجتماعی بطور اتوماتیک و در طول زمان کمک نمی کند وقتی ما به عسرت افتادیم سیستم تأمین اجتماعی دست ما را بگیرد اما خیلی از افراد در فقر و فلاکت زندگی می کنند و هیچ وقت تأمین اجتماعی خدمت خاصی ارائه نمی دهد.

Conservative Welfare System



- Welfare provisions depend on work performance, previous earnings and preserve former status with **negligible redistributive impacts**.
- The protection against the market depends primarily on the labor market position with **employees and their families being protected** to a high degree and others being insufficiently protected .

اسلاید شماره ۶:

تأثیر سیستم های رفاه محافظه کار که متکی بر تأمین اجتماعی و حق بیمه تأمین اجتماعی است در توزیع مجدد ثروت خیلی حد اقلی است یعنی سیستم های رفاهی محافظه کار مثلاً سبب نمی شود. در طول زمان فاصله طبقات کم شود یعنی آن مبلغی که به عنوان حق بیمه می شود آنقدر حداقلی است که تأثیر عمده ای بر روی طبقات ندارد. در سیستم های رفاه لیبرالی Conservative معمولاً افرادی در واقع شاغلین رسمی هستند به عنوان مدیر و کارمند و غیره این افراد که کار رسمی دارند به خانواده هایشان مشکلی ندارند و بالاخره تا حدود زیادی از سیستم تأمین استفاده میکنند اما سایر آحاد جامعه که به شغل های غیر رسمی مشغولند در خطر هستند اینها به نوعی در خطرند و سیستم های conservative شغل های غیر رسمی را معمولاً پوشش نمی دهد.

Social Democratic Welfare System

- The *social democratic* regime, can be found in Scandinavian countries like **Sweden, Norway, or Denmark**.
- In these countries the state plays a dominant role in the distribution of resources with the aim of promoting **“an equality of highest standards, not an equality of minimal needs”**.

اسلاید شماره ۷:

شکل سوم سیستم رفاه که اوج تعالی سیستم رفاه می توان دانست، سیستم رفاه سوسیال دمکرات یا Social Democratic است. این سیستمهای رفاه را در کشور های شمال اروپا می توان دید مثل نروژ- دانمارک و سوئد. فراموش نکنیم که در این سیستم رفاه دولت نقش کلیدی و اصلی را ایفا می کند یعنی در سیستم رفاه لیبرالی دولت می گوید اگر از بازار صیانت کنم در سیستم های رفاه سوسیال دمکرات این بحث نیست دولت درآمد را می خواهد در آمد را تضمین کند و می گوید من به هر شکل می خواهم درآمد این خانواده را تأمین کنم و به همین خاطر است اثر باز توزیع ثروت عمده ای دارد. یعنی ثروت اغنیا در قالب مالیات های مختلف گرفته می شود و به صورت مختلف به اقشار محرومتر تعلق می گیرد پس بحث مساوات اجتماعی در بالاترین استانداردهای خودش نه فقط توجه به نیاز های حداقلی شعاری است که در کشور های سوسیال دمکرات می بینیم یعنی اینکه همه باید در بالاترین سطح تأمین باشند و نه در سطح پایین حداقلی این در کشور ها با موفقیت اجرا می شود.

Social Democratic Welfare System



- Individuals are emancipated from market dependence by means of **universal benefits**.
- Because of universal entitlement rules **society is not characterized by a dualism** or segmentation like in the other regime-types.

اسلاید شماره ۸:

عملا افراد بواسطه مشارکت در بازار و اشتغال رسمی نیست که دریافت کننده مزایای رفاهی دولت هستند صرفا به واسطه شهروند هستند در جامعه از مزایای کاملا گسترده ای برخوردار می شوند این باعث می شود در واقع در این کشور ها چون همه شهروندان از همه مزایا برخوردارند اعم از غنی و فقیر آن حالت دوگانگی که در کشور آمریکا داشتیم که یک عده شهروند درجه یک بودند و یک عده شهروند درجه ۲ وجود نداشته باشد مثلا در یک کشور مثل سوئد ممکن است از اغنیا مالیات گرفته شود اما آن مزایایی که برای بچه ها و مدرسه و غیره یکسان به همه تعلق می گیرد به همان غنی و فقیر هم داده می شود و به آن شکل نیست که یک عده انگل جامعه محسوب شوند و سوبسید بگیر دولت محسوب شوند. و آن داغ ننگ که در کشور هایی با سیستم رفاه لیبرال وجود دارد در کشور های سوسیال دموکرات وجود ندارد.

Latin Rim Model for Welfare System

- In South European or “Latin Rim” countries (Italy, Spain, Portugal, and Greece) the welfare states is rudimentary and fragmented due to their late industrial and socio-political development.
- Moreover, the important role of the family as a welfare provider and a “central economic institution”.
- Its typical characteristics are a **weak state and a high degree of familialism.**

اسلاید شماره ۹:

شکل چهارم سیستم رفاه سیستم رفاه باریکه لاتین می گوئیم. این باریکه لاتین در واقع عمدتاً در جنوب اروپا کشورهایی مثل پرتغال - اسپانیا - ایتالیا، یونان را می بینیم که نظام رفاه حداقلی دارند و دولت طراحی خیلی درستی نتوانسته انجام دهد. اما اتفاق خاصی که افتاده این است که بواسطه اینکه در این کشورها خانواده و خانواده گسترده و خانواده های ابرگسترده کاملاً جایگاه دارد و این جایگاه پررنگ در جامعه دارند این خانواده ها هستند که کارکرد رفاهی پیدا می کنند وقتی می گوئیم خانواده شامل پدر مادر فرزند می شود و خانواده گسترده می گوئیم خواهر و برادر و پدربزرگ و مادربزرگ اضافه می شوند اما خانواده ابرگسترده که در این کشورها می بینید حتی ممکن است چند خانواده باشند که زیر چتر یک نفر قرار می گیرند در فیلمها و سریال های پدر خوانده و غیره دیدید که چه جوری هستند به اینها می گویند خانواده ابرگسترده که اینها از هم حمایت می کنند و عملاً یک خانواده بزرگ می شوند و به نوعی اشاره می شود Social capital یا سرمایه اجتماعی، Social capital در این جوامع شکل خاصی دارد و در سطح خانواده قوی است شکلی از سرمایه های اجتماعی که به آن Banding Social capital یا سرمایه اجتماعی متصل کننده حالا دولت کاری نمی کند ولی اگر در یک خانواده گسترده و یا ابرگسترده فردی دچار مشکل شود و بقیه اعضای خانواده وظیفه خود می دانند که دست فرد را بگیرند و کمک کنند. آیا خوب است؟ خوب کارکرده درستی است که رفع تکلیف دولت نمی شود ولی توانسته خوب کار کند می بینیم که در کشور های اسپانیا - پرتغال - یونان - خیلی از کارهایی که دولت باید انجام دهد. خانواده به خوبی انجام می دهد و از آن مهمتر این دوتا جای هم را نمی گیرند. نظام رفاه بالادستی را نمی گیرد و دو تا می تواند خوب کار کند.

East European Welfare System

- Many of east European countries are typical of socialist welfare systems.
- The state did not just play the dominant role in the distribution of resources, it was even the one and only distributor.
- Because of the absence of market elements, de-commodification was nearly perfect in socialist regimes.
- Finally, **social inequality was minimal**, because differences in income and living conditions were rather small.

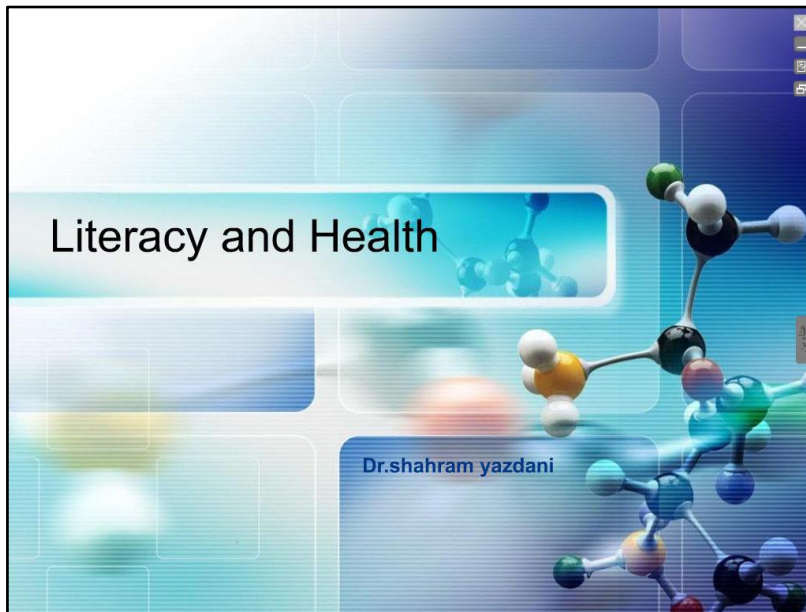
اسلاید شماره ۱۰:

شکل آخر نظامهای رفاه که تا حدودی دارد کم‌رنگ می شود سیستم رفاه اروپای شرقی است که متأثر از ایدئولوژی کمونیستی شکل گرفته اینجا دولت نقش آخرین نیست بلکه کلاً صنایع مالی و مالکیت ها در دست دولت است و این دولت است که در غیاب عناصر بازار می آید از اغلب کارکردهای اجتماعی که DicomietRiction از شکل کالا در می آورد ولی می گوید خدمت سلامت کالا نیست که بخواهیم بفروشیم و بخیریم بالاخره مسکن کالا نیست که بخواهیم بفروشیم و بفروشیم مسکن یک حق مردم است در مملکت هم مسکن است و دولت هم به خانواده ها می دهد مالکیت مسکن هم در خیلی از اینسری کشور ها سلب شده است عملاً نگاه می کنیم خیلی از مقولات و کارکرد ها و خدمات که در کشور خودمان هم شکل کالا پیدا کرده _____ واقعیت قضیه این است که نباید تمام کالا می شد اما کالا شده است اما از شکل کالایی خارج شده و در مزایده قرار نمی گیرد به همین دلیل به صورت یکسان و بدون بی عدالتی اجتماعی به همه تعلق می گیرد خرید و فروش نمی شود. ممکن است ثروتمند در جامعه باشد فقیر هم نداریم و همه در یک سطح زندگی می کنند یکی یکی از سیستم های رفاهی ایدئولوژی کمونیست بعد از فرو پاشی رژیم سابق شوروی این شکل از نظام رفاه دارد کم رنگ شده و جای خود را به سوسیال دمکرات می دهد

Thank You !Any Question ?

اسلاید شماره ۱۱: در این بحث پنج شکل سیستم رفاه را بحث کردیم هر کدام مزایا و معایبی دارند ولی واقعیت این است که شکل سیستم ها سوسیال دمکرات یکی از اشکالی است که در برخی از کشور ها کلاً سیاستهای سیستم رفاه خود را برای نیل به اهداف چنین سیستم های رفاهی قرار می دهند از آنجایی که بازتوزیع ثروت قابل توجهی دارد صورت می گیرد به مرور زمان می توانند فاصله طبقات را کم کنند.

جامعه‌شناسی پزشکی و عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت
(جلسه هفتم)



اسلاید شماره ۱۰

ارتباط سواد با سلامت:

گفتار هفتم: عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت = عوامل خاص مؤثر بر سلامت را بطور ویژه مورد بحث قرار می‌دهیم
عنوان این بحث ارتباط سواد با سلامت می‌باشد.

What is literacy?

What is it?

- Functional literacy is a measure of a person's ability to **read basic text** and **write a simple statement** relevant to everyday life

Why do we care?

- Those who are functionally literate are able to participate more fully in society, and are able to exert a higher degree of control over everyday events
- Literacy levels are related to public health outcomes

توضیح استاد (اسلاید شماره ۲):

وقتی ما در مورد سواد صحبت می کنیم واقعیت اینکه یک مفهوم از بحث برداشت نمی شود . آن چیزی که تحت عنوان Literacy یا سواد در موردش صحبت می کنیم داریم Functional literacy یا سواد کارکردی می باشد یعنی مفهوم سواد متفاوت است اما وقتی ما در مورد سواد صحبت می کنیم و چیزی دیگری بهش اضافه نمی کنیم عملاً داریم در مورد Functional literacy یا سواد کارکردی صحبت می کنیم آن در واقع میزان توان افرادست برای اینکه بتوانند متون ساده ای که در زندگی روزمره بهش نیاز دارند را بتوانند بخوانند و یک متن خیلی ساده را که باز هم به زندگی روزمره شان مرتبط هست را بتوانند بنویسند ما به این می گوئیم سواد کارکردی که در زندگی روزمره فرد بتواند با اصطلاح (گلیم خود را از آب بیرون بکشد) در جامعه امروز که نوع اقتصاد فرق کرده اقتصاد از شکل کشاورزی تبدیل شده به شکل صنعتی و از شکل صنعتی تبدیل شده به شکل اقتصاد دانش مدار مفهوم سواد هم به طور قطع تغییر کرده اما امروز بحث ما عمدتاً مربوط هست به سواد پایه ای و یا سواد کارکردی ولی علی القاعده انتظار ما از این سواد داره روز به روز تغییر می کنه چرا برای ما مهم است ؟ برای اینکه این سواد کارکردی باعث می شود فرد بطور موثرتر بتواند در تمام شوون جامعه مشارکت بکند - فعالیت داشته باشد و نقش قویتری در کنترل زندگی روزمره خودش داشته باشد یعنی در این صورت دولت می تواند بخشی از وظایفش را به مردم بسپارد و مردم خودشان کارکردها را انجام بدهند تا زمانیکه مردم سواد ندارند دولت باید به نیابت از مردم بخش عمده ای از کارشان را انجام بدهد از طرفی سطح سواد مردم به پیامدهای سلامت آنها کاملاً مرتبط است یعنی آدم های باسواد هم خودشان سالم ترند و هم بچه هاشان سالم ترند ارتباط بین سواد و سلامت از یک سو و از سمت مقابلش هم بی سواد و بیماری از یک سوی دیگر یک ارتباط کاملاً اثبات شده و بررسی شده است.

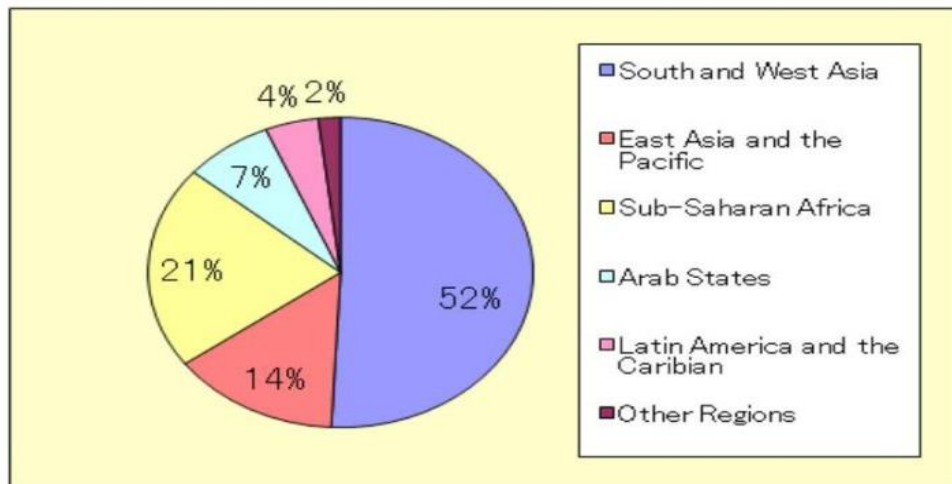
Illiteracy causes Poverty and Social Life Development

- More than one quarter of the world's population is unable to read or write.
- Millions more are functionally illiterate i.e.
 - they don't possess reading and writing skills necessary to meet the demands of everyday life.
 - not limited to developing countries, it is also a serious problem in industrialized nations e.g. 27 million in USA, 75% are unemployed.

توضیح استاد (اسلاید شماره ۳) :

با علم به این موضوع ما توی دنیایی داریم زندگی می کنیم که $\frac{1}{4}$ جمعیت آن قادر به خواندن و نوشتن نیستند یعنی میلیون ها نفر از نظر کارکردی بی سواد هستند و نمی توانند حتی نیازهای روزمره خودشان را برآورده کنند اثبات شده که این وضعیت باعث شده جوامع تحت ستم قرار بگیرند و نهایتاً یکی از مقوله هایی که مستعد کننده استعمار است مقوله بی سوادی در جامعه می باشد اما وقتی ما در مورد بی سوادی صحبت می کنیم و فقط در مورد کشورهای توسعه نیافته و در حال توسعه صحبت نمی کنیم بلکه بعنوان مثال در یک کشوری مثل آمریکا ۲۷ میلیون نفر فرد کاملاً بی سواد وجود دارد و نکته قابل توجه اینکه از این ۲۷ میلیون نفر ۷۵٪ بیکارند در جامعه ای که اقتصاد آن به اقتصاد دانش مدار تبدیل می شود . نتیجه اینکه بی سوادی تأثیرش روی کیفیت زندگی بیش از پیش خواهد شد .

Total Number of Adult Illiterate Population: 775 millions

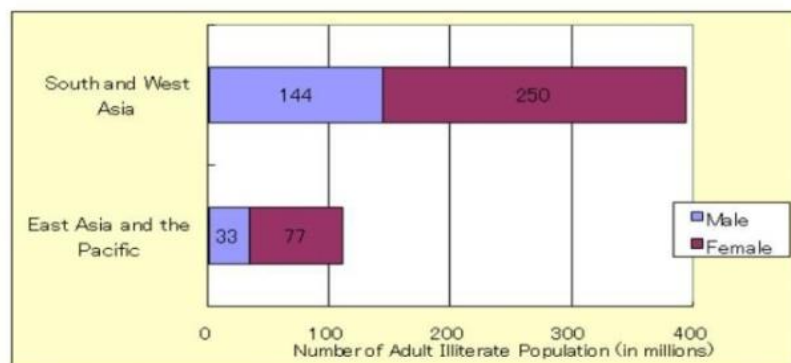


"More than two-thirds of the world's adult illiterates live in Asia and the Pacific Region"

توضیح استاد (اسلاید شماره ۴):

بی سوادی مشکل کل دنیاست البته ما خودمان می دانیم که کلاس ترینگ یا خوشه یا تجمع خوشه ای بی سواد یک امر کاملاً اثبات شده می باشد از جمعیت ۷۷۵ میلیون نفری بی سوادهای دنیا ۵۲٪ آن در آسیای جنوبی و غربی تجمع پیدا کردند و منطقه ای که ما داریم زندگی می کنیم ، پس بیشترین تعداد بی سوادهای دنیا در این منطقه هستن ۱۴٪ اونها توی شرق آسیا و ناحیه پاسی فیک (Pacific) (منطقه آرام - صلح جو) ۲۱٪ از آنها در آفریقای زیر صحرا هستن البته این درصد جمعیت از کل بی سوادها هست و اگر نه درصد جمعیت بی سواد مثلاً توی آفریقای زیر صحرا قطعاً بیش از جنوب آسیا است وقتی جمع می زنیم چیزی حدود بیش از $\frac{2}{3}$ بی سواد توی قاره آسیا دارند زندگی می کنند این مهم است و فقط مشکل کشور ما نیست و تمام کشورهای دنیا از این معضل رنج می برند و یک معضل قاره ای مهم هست برای ما .

Women continue to constitute the majority of the illiterate.



Rates of illiteracy are higher in S&W Asia, especially in India, Bangladesh and Pakistan

Source: Asia-Pacific Literacy database - http://www.accu.or.jp/litdbase/index_h.htm

توضیح استاد (اسلاید شماره ۵):

خود بی سوادی عملاً رفتار خاص خود را نشان می دهد بعنوان مثال اگر ما در نظر بگیریم ۷۷۵ میلیون نفر بی سواد در کل دنیا داریم از این جمعیت چیزی حدود ۴۰۰ میلیون آن توی آسیا دارند زندگی می کنند (جنوب و غرب آسیا) و باز از این جمعیت ۲۵۰ میلیون آن زنان بی سواد هستند یعنی چه؟ یعنی اینکه ما تجمع بی سواد را در جنوب و غرب آسیا داریم باز هم بین زن و مرد مقایسه کنیم تجمع بی سواد در زنان می باشد. (بی سواد زنان چه اهمیت ویژه ای دارد؟)

گسترش آموزش و توسعه کشور

رتبه شاخص توسعه انسانی	کشور	طول عمر	سرنانه درآمد ملی (دلار)	متوسط سالهای تحصیل	تغییر رتبه HDI از 2010 تا 2005
1	نروژ	81	58810	12.6	0
2	استرالیا	81.9	38692	12	0
4	آمریکا	79.6	47094	12.4	0
11	ژاپن	83.2	34692	11.4	1
12	کره جنوبی	79.8	29518	11.6	8
15	اسرائیل	81.2	27831	11.9	0
32	امارات	77.7	58006	9.2	5
55	عربستان	73.3	24726	7.8	2-
70	ایران	71.9	11764	7.2	10
83	ترکیه	72.2	13359	6.5	1-
101	مصر	70.5	5889	6.5	2

from Yazdani

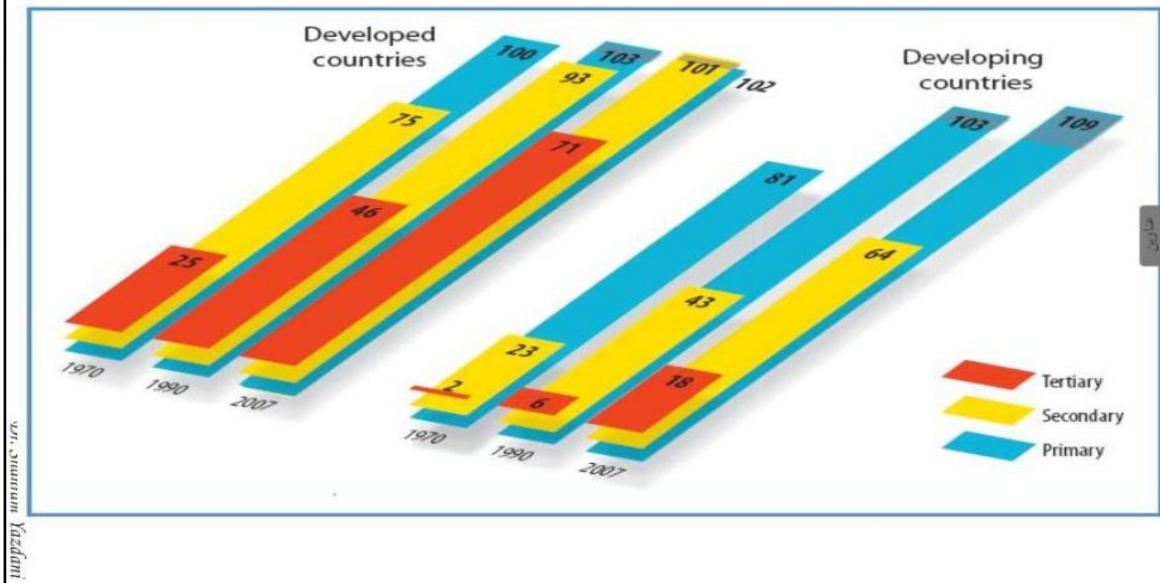
Mean Years of Schooling

توضیح استاد (اسلاید شماره ۶):

خیلی از کشورها مثل کشور ما در طول سالهای گذشته بالاخره یک مسیری را طی کرده و بالاخره سرمایه گذاری بر روی سرمایه انسانی را اولویت قرار داده اند وقتی ما در مورد (هیومن کپی تال) با سرمایه انسانی داریم صحبت می کنیم داریم در مورد سلامت مردم - سواد مردم - مهارت و تجربه مردم صحبت می کنیم. این می شود سرمایه انسانی و آن چیزی هست که نهایتاً منجر می شود به ارزش افزوده اقتصادی، ما یک شاخصی داریم که به آن شاخص توسعه انسانی می گویند (Development) هیومن دولبمنت ایندکس این شاخص سرمایه انسانی را بررسی می کند بقیه توضیحات مشابه (نوشته های) داخل اسلاید می باشد. (آمارگیری آموزش و توسعه کشور) ایران بیشترین رشد رتبه را توی شاخص در سرمایه انسانی داشته از (۲۰۰۵ تا ۲۰۱۰) یعنی هیچ کشور دنیا به اندازه ایران رشد در سرمایه انسانی خودش نداشته اول انقلاب اسلامی سال ۱۹۷۹ میلادی سواد متوسط مردم ایران ۲/۱ بوده الان شده ۷/۲ سال بالاخره رشد خوبی بوده سرعت خوبی هم داشته درسته از نروژ - استرالیا - آمریکا عقب بودیم اما رشد قابل توجهی در زمینه سواد داشتیم. پس می بینیم که توی بحث آموزش ما یک توسعه خوبی داشتیم بخشی از این توسعه بواسطه نهضت مبارزه با بی سوادی و سواد آموزی بوده و بخشی هم توسعه آموزش عالی بوده.

تغییر مفهوم آموزش

Gross enrolment ratios by level of schooling, 1970–2007



توضیح استاد (اسلاید شماره ۷) :

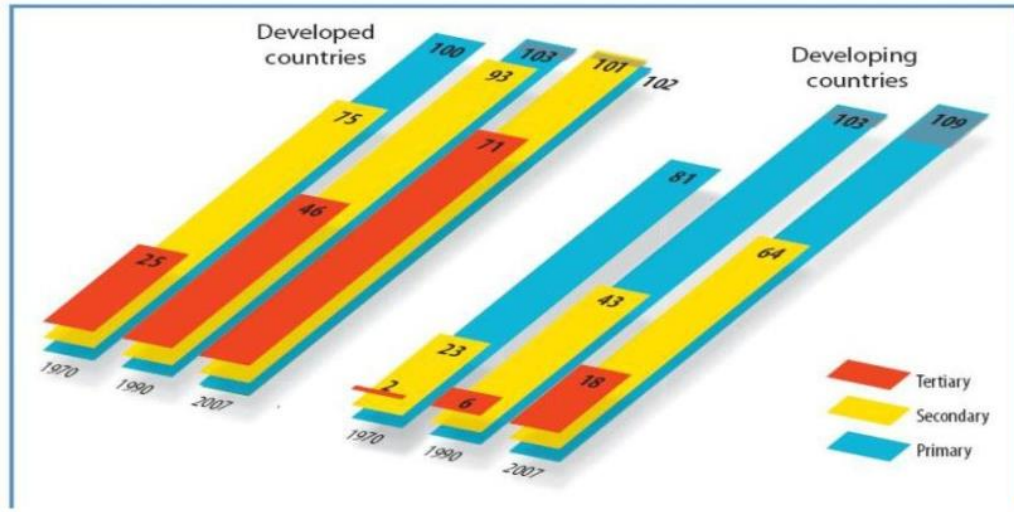
تغییر مفهوم آموزش، مفهوم آموزش وقتی می گوئیم تغییر کرده، قدیم الایام قبل از اینکه توی کشاورزی معنی پیدا کند. یک اقتصادی بیش از کشاورزی داشتیم یعنی مردم یکجا بند نبودند - به مهارت خاصی نیاز نداشتند، خام خوری می کردند، میوه را توی جنگل جمع می کردند ، شکارچی و جمع آوری کننده بودند بهش می گویند هانت گدر نه نیازمند مهارت بودند نه نیازمند تحصیلات توی بحث اقتصاد کشاورزی مهارت مورد توجه قرار گرفت ولی مهارتهای خیلی ساده از این بابت هستش که بازم کارگرهایی که توی اقتصاد کشاورزی کار می کردند علی القاعده به کارگر بدون مهارت تلقی می شوند ما می گوئیم آن اسکیل ورکر (unskill worker) (کارگر غیرماهر) اینها نیازمند آموزشهای مدون نبوده اند و این مهارتهای ساده را یاد می گرفتند در مجموع یک کارگر غیر ماهر تلقی می شدند توی اقتصاد صنعتی حال دیگه ما کارگر ماهر داشتیم(اسکیل ورکر) (Skill worker) که نیازمند آموزش بودند بخشی از این آموزش باید آموزش ابتدایی می بود و بخشی دیگر آموزشهای مهارتهای تخصصی بوده که در صنعت یاد می گرفتن اما به نوعی توسعه آموزش پایه در اقتصاد صنعتی مفهوم پیدا کرد . وقتی صحبت از اقتصاد دانش مدار می کنیم یعنی داریم می گوئیم که چه میزان ارزش افزوده اقتصادی ما به دنبال تحقیق و توسعه دارد شکل می گیرد یعنی نقش تحقیق و توسعه خیلی جدی می باشد نوع تحصیلات مورد نیازش هم متفاوت است (عمدتا میشود تحصیلات دانشگاهی) حالا شما در اسلایدی که مشاهده می کنید (شماره ۷) در سمت چپ سه تا ستونی که می بینید در کشورهای توسعه یافته است و در سمت راست آن سه ستون در کشورهای در حال توسعه است . اول الگوی تغییر یافته در سمت چپ کشورهای توسعه یافته سال ۱۹۷۰ میزان ورود به تحصیلات ابتدایی توی کشورهای توسعه یافته ۱۰۰٪ بوده ۷۵٪ درصد تحصیلات ثانویه و های اسکول بوده و ۲۵٪

وارد تحصیلات دانشگاهی می شدند می بینیم که این عدد در سال ۱۹۹۰ در کشورهای توسعه یافته بطور ناگهانی تغییر خیلی عمده ای می کند حالا بالاخره تحصیلات ابتدایی سر جایش باقی می ماند اما ۷۵٪ تحصیلات ثانویه میشه ۹۳٪ و ۲۵٪ تحصیلات دانشگاهی می شود ۴۶٪ و به یک فاصله ۱۷ سال در سال ۲۰۰۷ باز هم تغییر عمده می باشد می بینیم که دیگه تحصیلات ثانویه را پر می کنند یعنی ۱۰۲٪ و ۱۰۱٪ ورود به تحصیلات ابتدایی و ثانویه می باشد و پیش دانشگاهی عمومی می شود و تحصیلات دانشگاهی به ۷۱٪ می رسد و این نقطه مثبتی می باشد مشاهده می شود عمده تمرکز کشورهای توسعه یافته در طول این سه دهه معطوف بر گسترش تحصیلات دانشگاهی می باشد و بی سوادی نداشته اند در سال ۱۹۷۰ ورود به تحصیلات ابتدایی نیز ۱۰۰٪ بوده است عملاً سرمایه گذاری در تحصیلات دانشگاهی انجام دادند و پایه های اقتصاد دانش مدار خود را مهیا کردند در کشورهای در حال توسعه مثل کشور ما این اعداد کاملاً متفاوت و در سال ۱۹۷۰ ورود به تحصیلات ابتدایی ۸۱٪ تحصیلات ثانویه ۲۳٪ تحصیلات دانشگاهی ۲٪ بوده در سال ۱۹۹۰ افزایش پیدا می کند و این عمده رشد در تحصیلات ثانویه بوده و از ۲۳٪ به ۴۳٪ و تحصیلات دانشگاهی از ۲٪ به ۶٪ می رسد که باز هم عدد کوچکی است و در سال ۲۰۰۷ در واقع تحصیلات ثانویه ۶۴٪ می شود و تحصیلات دانشگاهی ۱۸٪ می شود همانگونه که مشاهده می شود در زمانیکه جهان پیشرفته در حال سرمایه گذاری روی تحصیلات دانشگاهی بوده تا مبنای اقتصاد دانش مدار خویش را مهیا نماید ما در حال مبارزه با بی سوادی بوده ایم و حالا امروز یعنی ۲۰۰۷ اگر وضعیت ما را ملاحظه کنید شبیه وضعیت سال ۱۹۷۰ کشورهای توسعه یافته می باشد یعنی در سال ۱۹۷۰ تحصیلات ثانویه ما ۶۴٪ و در کشورهای توسعه یافته ۷۵٪ بوده است ، یعنی ما الان در سال ۲۰۰۷ در کشورهای در حال توسعه تحصیلات دانشگاهی ۱۸٪ سال در صورتیکه ۱۹۷۰ در کشورهای توسعه یافته ۲۵٪ بوده است یعنی ما الان چیزی حدود ۳۷ سال عقب هستیم بیش از ۳۷ سال یعنی رسماً ۴ دهه عقب هستیم و حالا ما باید کاری را شروع کنیم که کشورهای توسعه یافته در ۱۹۷۰ شروع کرده اند . توسعه روابط تحصیلات دانشگاهی - تکمیل تحصیلات ثانویه و در واقع شکل دادن به پایه های اقتصاد دانش مدار .

تغییر مفهوم آموزش

در طی چهار دهه اخیر با گسترش نهضت های سوادآموزی، کشورهای در حال توسعه فاصله خود را در حوزه تحصیلات ابتدایی با کشورهای توسعه یافته به حداقل رسانده اند.

Gross enrolment ratios by level of schooling, 1970-2007



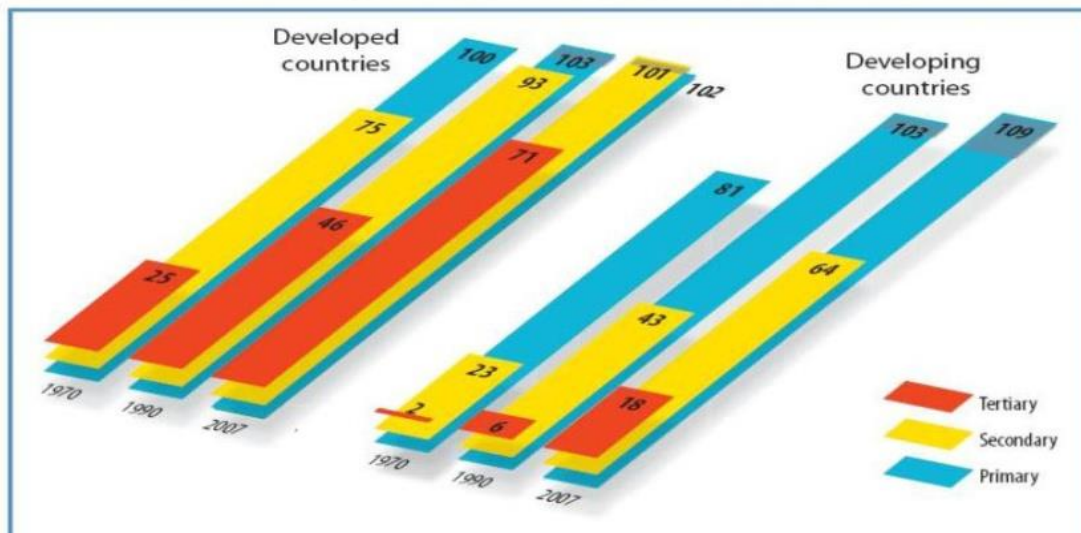
توضیح استاد (اسلاید شماره ۸):

تغییر مفهوم آموزش: وضعیت مملکت ما نیز مثل کشورهای در حال توسعه بوده و ما در بدو انقلاب نهضت سوادآموزی و مبارزه با بی سوادی را پیش گرفتیم و الان موفقیت های خوبی داشته ایم و توسعه ما باید توسعه تحصیلات دانشگاهی باشد.

تغییر مفهوم آموزش

- در همین زمان کشورهای توسعه یافته با سرمایه گذاری وسیع بر روی تحصیلات ثانویه و ثالثیه، و با شعار انبوه سازی آموزش عالی، پروفایل تحصیلی خود را از (25، 75، 100) به (70، 100، 100) ارتقا بخشیدند.

Gross enrolment ratios by level of schooling, 1970-2007



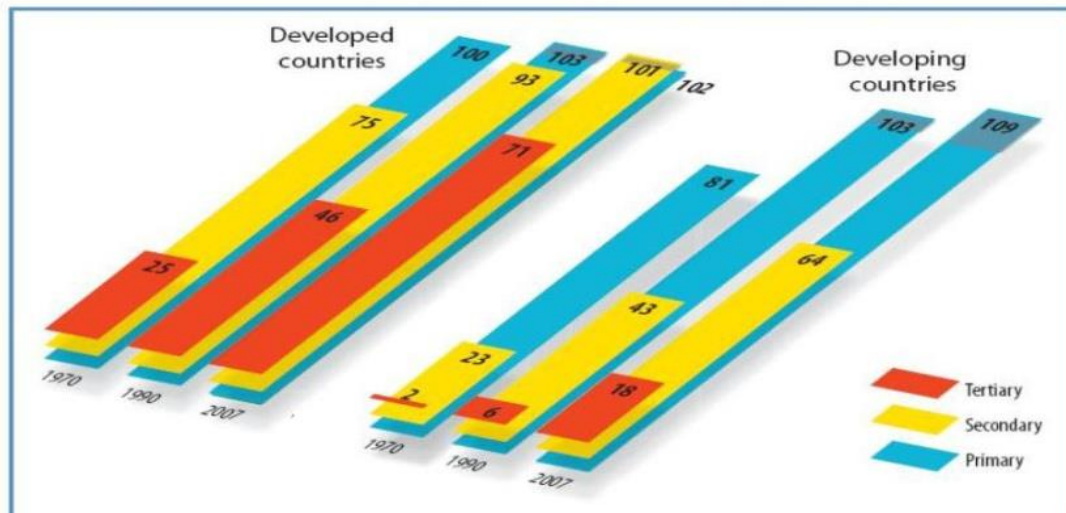
توضیح استاد (اسلاید شماره ۹):

پروفایل کشورهای توسعه یافته در شکل در سال ۱۹۷۰ (۱۰۰٪ تحصیلات ابتدایی) - (۷۵٪ تحصیلات ثانویه) و (۲۵٪ ثالثیه بوده) و الان (۷۰ - ۱۰۰ - ۱۰۰) می باشد و این می تواند هدف دو یا سه دهه آینده ما باشد و البته می توانیم با سرعت بیشتری زودتر هم به آن برسیم.

تغییر مفهوم آموزش

- در حال حاضر پروفایل تحصیلی کشورهای در حال توسعه
- (20، 65، 100)، بیشترین فاصله را در زمینه تحصیلات ثالثیه با کشورهای توسعه یافته (70، 100، 100) دارد.

Gross enrolment ratios by level of schooling, 1970-2007



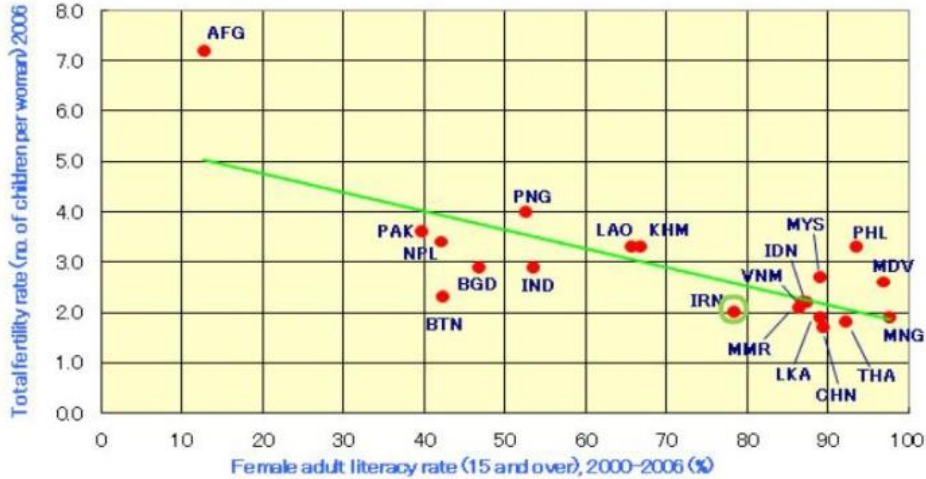
توضیح استاد (اسلاید شماره ۱۰):

در کشورهای در حال توسعه بیشترین فاصله تحصیلی الان با کشورهای توسعه یافته در تحصیلات دانشگاهی می باشد یعنی فاصله بین (۷۰٪ تا ۲۰٪) در کشورهای توسعه یافته و ۲۰٪ در کشورهای در حال توسعه کشور ما بیشترین فاصله یعنی ۵۰٪ فاصله می باشد توی تحصیلات ثانویه فاصله داریم اما از ۶۴٪ تا ۱۰۰٪ چیزی حدود ۳۵٪ فاصله داریم. با توجه به نمودار تجزیه و تحلیل نمایید.

As Female Literacy Rates Climb, Total Fertility Rate Drops

List of country codes

Afghanistan	AFG
Bangladesh	BGD
Bhutan	BTN
Cambodia	KHM
China	CHN
India	IND
Indonesia	IDN
Iran	IRN
Lao	LAO
Malaysia	MYS
Maldives	MDV
Mongolia	MNG
Myanmar	MMR
Nepal	NPL
Pakistan	PAK
Papua NG	PNG
Philippines	PHL
Sri Lanka	LKA
Thailand	THA
Viet Nam	VNM



NB. Total fertility rate is the number of children that would be born per woman if she were to live to the end of her child-bearing years and bear children at each age in accordance with prevailing age specific fertility rates.

Source: Asia-Pacific Literacy database - http://www.accu.or.jp/litdbase/index_h.htm

Dr. Shahram Yazdani

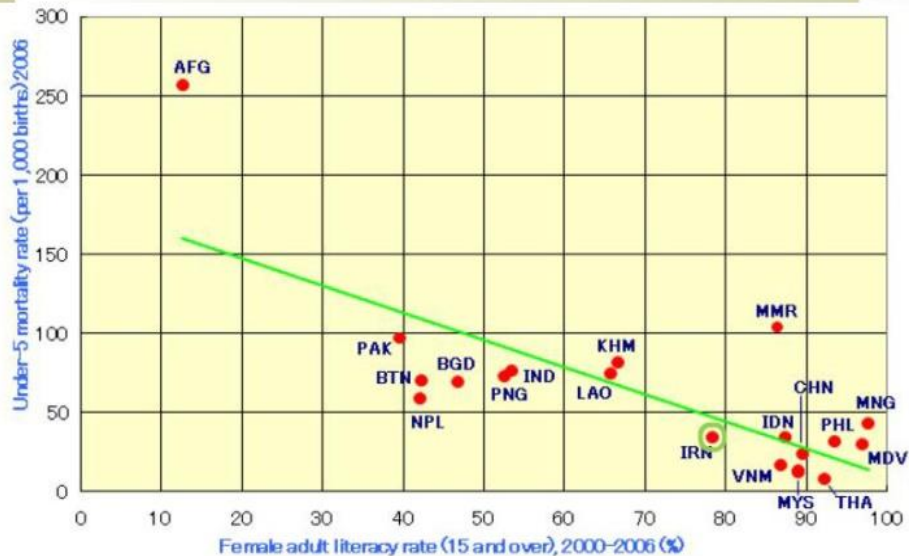
توضیح استاد (اسلاید شماره ۱۱) :

بحث تحصیلات بر روی همه چیز تاثیر می گذارد اما حواسمان باشد که وقتی ما درباره سلامت صحبت می کنیم سواد خانم ها در سنین باروری بیشترین تاثیر را روی سلامت جامعه می تواند داشته باشد ملاحظه کنید اولین منحنی که نگاه می کنیم ارتباط بین میزان سواد خانم های بالای ۱۵ سال با Fertility Rate با میزان زاد و ولد ، در سمت چپ کد کشورها را می بینیم و کشور ایران با یک حلقه سبز و با کد IRN مشخص شده و هر چه سواد خانم ها بیشتر می شود اندازه خانواده کوچکتر می شود و میزان زاد و ولد کم می شود و این شاخص در افغانستان (سواد خانم ها) بین ۱۰-۱۲٪ می باشد و البته هر زن افغان حدود ۷ بچه به دنیا می آورد و این عدد در مورد ایران میزان سواد خانم ها حدود ۸۰٪ و میزان تعداد متوسط بچه ۲ عدد می باشد .

As Mothers Learn to Read, More Children Survive

List of country codes

Afghanistan	AFG
Bangladesh	BGD
Bhutan	BTN
Cambodia	KHM
China	CHN
India	IND
Indonesia	IDN
Iran	IRN
Lao	LAO
Malaysia	MYS
Maldives	MDV
Mongolia	MNG
Myanmar	MMR
Nepal	NPL
Pakistan	PAK
Papua NG	PNG
Philippines	PHL
Sri Lanka	LKA
Thailand	THA
Viet Nam	VNM



NB. Under-5 mortality rate is probability of dying between birth and exactly five years of age expressed per 1,000 live births.

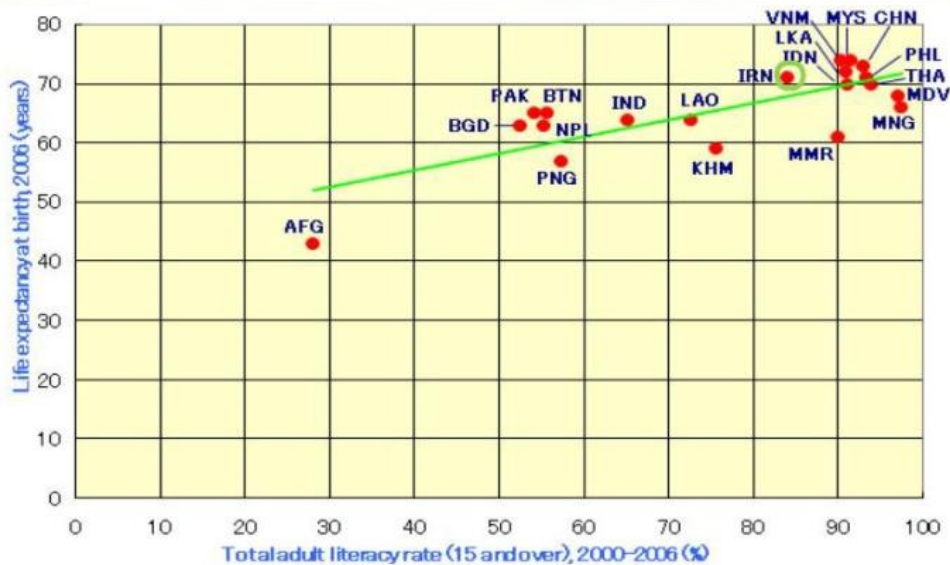
Source: Asia-Pacific Literacy database - http://www.accu.or.jp/litdbase/index_h.htm

Dr. Shafiqur Yazdani

توضیح استاد (اسلاید شماره ۱۲) :

همانطور که مادرها بیشتر باسواد می شوند بچه هایشان بیشتر زنده می مانند و نکته بسیار مهمی می باشد خط سبز شیب تند کاهش مرگ و میر بچه ها را با افزایش سواد مادران نشان می دهد و در افغانستان به ازای هر ۱۰۰۰ نفر تولد بچه که به دنیا می آید چیزی حدود ۲۵۰ مورد فوت می کنند در پاکستان این عدد حدود ۱۰۰ و در ایران خوشبختانه عدد کوچکی می باشد و حدود ۲۰ مورد ممکن است باشد که با دایره سبز رنگ نشان داده شده است .

Literate People Tend to Live Longer



Life expectancy at birth is the number of years newborn children would live if subject to the mortality risks prevailing for the cross-section of population at the time of their births

Source: Asia-Pacific Literacy database - http://www.accu.or.jp/litdbase/index_h.htm

توضیح استاد (اسلاید شماره ۱۳):

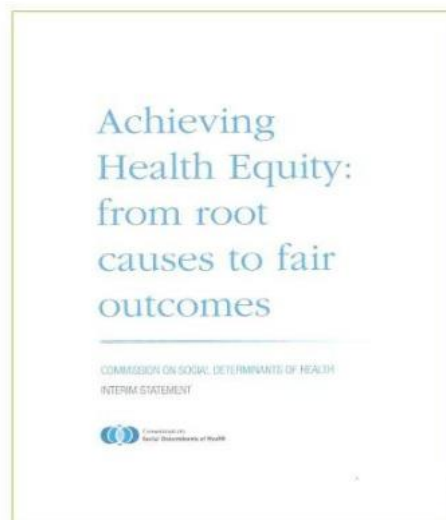
هم چنین مشاهده می شود هر چه سواد خانم ها بیشتر می شود میزان طول عمر متوسط جامعه بیشتر می شود و در واقع در مورد ایران که می بینیم با دایره سبز رنگ مشخص شده با سواد متوسط حدود ۸۱٪ در کل جامعه طور عمر حدود ۷۱ سال را داریم که عدد نسبتاً مناسبی هست و البته کشورهایی بهتر از ایران هم در اسلاید وجود دارد.

Commission on Social Determinants of Health

Education and the life-course

- “Removing the numerous barriers to achievement of primary education will be a crucial part of action on the social determinants of health”
- Literacy has “central role in health equity” in countries rich and poor

http://www.who.int/social_determinants/resources/interim_statement/en/index.html



توضیح استاد (اسلاید شماره ۱۴) :

واقعیت قضیه اینست که بحث سواد عملاً از طریق مختلفی می تواند بر روی کیفیت زندگی اثر بگذارد و در وضعیت سلامت دوتا مسیر کلی و عمومی وجود دارد یک بحث اینکه سواد می تواند باعث مراقبت بهتر از بچه ها بشود سواد باعث درآمد و درآمد باعث بهبود کیفیت زندگی و باعث سلامت می شود سواد باعث می شود از رفتارهای پر خطر پرهیز کنند طول عمر بیشتری داشته باشند انواع و اقسام طرق درباره سواد باعث بهبود سلامت می شود اما یک مسیر جانبی هم وجود دارد که بحث سواد سلامت می باشد یعنی افراد باسواد سطح سلامت بیشتری دارند . سواد به خصوص تحصیلات اولیه **primary education** یک نقش بی بدیل را در وضعیت سلامت مردم دارد حالا اگر دولت بخواهد دنبال شعار عدالت در سلامت باشد شاید یکی از بهترین و موثرترین کارها اینکه تحصیلات پایه را در سطح کشور عمومی و اجباری کند به خصوص در خانم ها و این شاید کم هزینه ترین و بیشترین تاثیر و پر تاثیرترین مداخله برای تحقق شعار عدالت در سلامت می تواند باشد .

Literacy and health

Relationship between low literacy and a range of health related outcomes well established

- Some indirect effects
 - Employment
 - Income
- Some direct effects
 - Engaging in preventive health practices
 - Early detection of disease
 - Access to health care
 - Management of chronic disease

Key messages:

- Literacy is a public health goal
- Achieving the MDGs in relation to literacy will have major public health benefits

توضیح استاد (اسلاید شماره ۱۵) :

بین کم سواد و طیف وسیعی از پیامدهایی که به نوعی بالاخره با سلامت ارتباط دارد مطالعه شده و این ارتباط بررسی شده بعنوان مثال بررسی شده کم سواد با بیکاری در ارتباط می باشد کم سواد با کم درآمدی ارتباط دارد مشاهده شده کم سواد باعث می شود مردم به پیشگیری از بیماریها بی تفاوت باشند یعنی خدمات پیشگیری سلامت *preventive medicine* در افراد کم سواد کمتر استفاده می شود یا اینکه افراد کم سواد معمولاً بیماریشان دیرتر تشخیص داده می شود افراد با سواد بیماریشان زودتر تشخیص داده می شود در افراد کم سواد دسترسی به خدمات سلامت محدودتر می باشد یعنی دیرتر می توانند شناسایی کنند که کجا مراجعه کنند افراد کم سواد وقتی بیماری مزمن دارند نمی توانند دستورات پزشک را درست اجرا کنند و به نوعی تبعیت از دستورات و مدیریت بیماری مزمن مخدوش می شود عملاً بخش زیادی از مشکلات ما مرتبط با کم سواد می باشد (روی آن مطالعه جداگانه شده است .)

A brief history of health education (1)

- A central component of efforts to promote health and prevent disease throughout this century
- Evolved from **health propaganda** campaigns focused on eradication of infectious disease into **healthy lifestyle** programs
- Found to be most effective in reaching and influencing the most literate, best educated and economically advantaged in the community

توضیح استاد (اسلاید شماره ۱۶) :

عملابحث اهمیت سواد و سواد سلامت از جایی شروع شد که ما فهمیدیم یک چیزی بنام **healthy Lifestyle** یا سبک زندگی سالم وجود دارد و این سبک زندگی سالم نقش آفرین است در پیامدهای سلامت و خیلی بیش از فناوری های سلامت می تواند نقش آفرین باشد اینکه ما چطور زندگی کنیم و سبک زندگی ما چه باشد و از چه طرفی ارتباط بین سبک زندگی سالم با تحصیلات اثبات شده و وسط این قضیه سبک زندگی سالم قرار گرفته یعنی اگر یک سمت قضیه سلامت باشد یک سمت سواد باشد وسط کار سبک زندگی سالم می باشد یعنی سواد باعث بهبود سبک زندگی ما می شود و سبک زندگی ما را سالم تر می کند و منجر به پیامدهای سلامت بهتر می شود .

The emergence of the concept of health literacy

- Literacy is context and content specific – more accurate to talk about literacies for example:
 - financial literacy,
 - consumer literacy,
 - IT literacy and,
 - health literacy
- Even where a person has advanced literacy skills their ability to obtain, understand and apply information about health may be poor – hence findings indicating high prevalence of poor health literacy from US, Australian and Canadian studies.

توضیح استاد (اسلاید شماره ۱۷) :

مفهوم سواد سلامت از جایی شروع شد که ما در طی ۲ و ۳ دهه اخیر از مفهوم سواد به مفهوم سوادها رسیدیم یعنی یک کلمه لیترسی (literacy) که قبل از این شاید بتوان گفت در ۲-۳ دهه اخیر (واژه لیترسی) جمع بسته نمی شده و در مورد سواد صحبت می کردیم یعنی فهمیدیم سواد انواع دارد مثلا **سواد مالی** – **سواد IT** که الان خیلی مهم است سواد بعنوان یک مشتری که بعنوان یک خریدار که عملا انواع مختلف دارد سواد اجتماعی – سواد شهروندی انواع سوادها شکل گرفته و البته سواد سلامت . ما در طی دو و سه دهه اخیر به این موضوع رسیدیم که سواد یک شکل نیست انواع و اقسام مختلف هست و یکی از مهم ترین اشکال آن **سواد سلامت** می باشد .

What is health literacy?

- “Health literacy represents the cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand, and use information in ways which promote and maintain good health”
- “Health literacy means more than being able to read pamphlets and make appointments. By improving peoples’ access to health information and their capacity to use it effectively, health literacy is critical to empowerment”

*Nutbeam D. Health Promotion Glossary. *Health Promotion International*, 13(4): 349-364. 1999 (also - WHO/HPR/HEP/98.1)

توضیح استاد (اسلاید شماره ۱۸) :

سواد سلامت چیست؟ دانش ها و مهارت های شناختی و اجتماعی که در ما ایجاد انگیزه می نماید و البته ما را قادر می سازد که بتوانیم دسترسی پیدا کنیم به منابع اطلاعاتی مرتبط با سلامت و آنها را بخوانیم بفهمیم و از آنها استفاده کنیم به نحوی که این اطلاعات سلامت باعث بهبود کیفیت زندگی ما و ارتقا سطح سلامت ما بشود. پس دسترسی - خواندن و فهمیدن و بکار گرفتن اطلاعات مرتبط با سلامت آن چیزی که ما تحت عنوان سواد سلامت می شناسیم یعنی اگر یک شهروند ایرانی بداند وقتی دچار یک مشکل خودش یا خانواده اش می شود به کجا باید مراجعه کند چی را باید بخواند - بفهمد و بکار ببندد آن فرد سواد سلامت دارد همانطور که مشاهده می کنیم عملاً ارتقا سواد سلامت بار عمده ای را از خدمات بهداشتی - درمانی برمی دارد یعنی چی؟ یعنی ما در مملکت خودمان که شاهد بهبود و ارتقا سطح PHC نظام مراقبت های اولیه خودمان هستیم به موازات این ارتقا علی القاعده خود مردم هم باید ارتقا پیدا کنند ارتقا مردم یعنی در واقع اینکه نقش بیشتری را در قبال سلامت خود و خانواده شان بپذیرند و این ممکن نیست مگر از طریق ارتقا سواد سلامت پس **سواد سلامت تاثیر مستقیم سواد بر روی پیامدهای سلامت ما هست** و ما گفتیم سواد به طور غیر مستقیم مثل بهبود کار و درآمد و اشتغال و ... باعث بهبود پیامدهای سلامت ما هم می شود.

انتظار جوانان از تحصیلات و تحقق توانمندی های بالقوه جوانان



رتبه شاخص توسعه انسانی	کشور	متوسط سالهای تحصیل	سالهای تحصیل مورد انتظار	نسبت ورود به تحصیلات اولیه	نسبت ورود به تحصیلات ثانویه	نسبت ورود به تحصیلات ثالثیه
1	نروژ	12.6	17.3	98	96	75
2	استرالیا	12	20.5	97	87	75
4	آمریکا	12.4	15.7	91	88	81
11	ژاپن	11.5	15.1	100	98	57
12	کره جنوبی	11.6	16.8	98	96	96
15	اسرائیل	11.9	15.6	97	87	60
32	امارات	9.2	11.5	91	83	25
55	عربستان	7.8	13.5	84	73	29
70	ایران	7.2	14.0	99	75	36
83	ترکیه	6.5	11.8	93	71	37
101	مصر	6.5	11.0	93	71	31

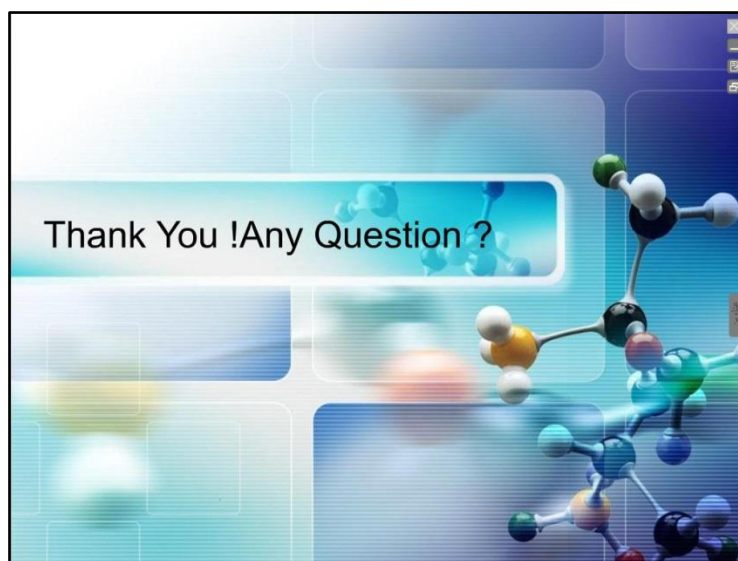
Human Development Index
 Mean Years of Schooling
 Expected Years of Schooling
 Net Primary Enrolment Ratio
 Net Secondary Enrolment Ratio
 Gross Tertiary Enrolment Ratio

توضیح استاد (اسلاید شماره ۱۹) :

در جامعه انگیزه اولیه برای این قضیه وجود دارد که انتظار جوانان ایرانی برای باسواد شدن یک عدد بسیار بالایی هست و مشاهده می کنید که ایرانی ها و جوانان ایرانی الان انتظارشان از سواد حداقل ۱۴ سال تحصیلات می باشد یعنی یک جوان ایرانی به تحصیلات حداقل ۱۴ سال فکر می کند و این از خیلی از کشورهای منطقه بیشتر می باشد درسته که متوسط سواد عربستان و امارات از ما بیشتر می باشد اما انتظار جوان ایرانی از باسواد شدن نسبت به عربستان و امارات بیشتر می باشد یک اماراتی سواد متوسطش ۹/۲ سال می باشد و انتظارش هم ۱۱/۵ سال می باشد یعنی خیلی با هم فاصله ندارند اما فاصله ۷ ساله بین چیزی که داریم و چیزی که توقع داریم یک انگیزه خیلی زیادیه برای باسواد شدن در میان جوانان ما ایجاد کرده است .

و این فاصله و این انگیزه در طول سه دهه بعد از انقلاب اسلامی حفظ شده در سال ۱۹۸۵ سواد متوسط در جوان ایرانی ۲/۸ سال بوده و سالهای مورد انتظار از سواد ۸/۴ سال بوده است سال ۱۹۹۰ سواد متوسط جوان ایرانی ۳/۷ سال و سالهای مورد انتظار به ۹/۷ سال می رسد سالهای ۱۹۹۵ انتظار یک ایرانی از سواد ۱۰ سال بوده و متوسط سواد آن ۴ سال بوده است همیشه با افزایش سواد متوسط ما انتظار ما از سواد بیشتر شده و این فاصله باقی مانده و این فاصله بعنوان یک موتور محرک باعث شده که ما روز به روز سواد بیشتری را برای جوانان ایرانی انتظار داشته باشیم یعنی به این قسمت امید زیادی می شود داشت ما بعنوان افرادی که در نظام سلامت نقش آفرین هستیم ۱- بهورزان ۲- مربی بهورزی ۳- پزشک خانواده نقش مهمی ما داریم برای ترویج باسوادی در منطقه ای که هستیم یعنی ما بعنوان رهبران اجتماعی می توانیم نقش آفرین باشیم با کمک سایر اقشار با رهبری بین بخشی

آموزش و پرورش و جاهای دیگر باید بشینیم صحبت کنیم و افراد جامعه بومی خودمان را تشویق کنیم به سواد آموزی و این سواد آموزی تاثیرش خیلی بیشتره از قرص و دارو هست روی سلامت مردم یعنی اگر ما می خواهیم وقتی بگذاریم و بریم و بشینیم صحبت کنیم توی افراد جامعه در مساجد و آنها را تشویق کنیم به سواد آموزی تاثیر آن روی پیامد سلامت پس از چند سال قطعا بیش از این هست که بخواهیم به همه قرص و دارو و آمپول بدهیم قطعا در بحث عوامل اجتماعی موثر بر سلامت بخشی از وظایف ما این است که از طریق رهبری بین بخشی به ارتقاء سواد و پیامد آن سواد سلامت برنامه ریزی کنیم .




پایان مبحث اول سی دی سوم عوامل اجتماعی موثر بر سلامت



توضیح استاد (اسلاید شماره ۱):

ما در مبحث قبل برخی از عوامل اجتماعی را مثل محرومیت یا مثل بی عدالتی و هم چنین بی سوادی (elitarcy) را مورد بحث قرار دادیم در این مبحث بحث در واقع گرسنگی و ارتباط آن با وضعیت سلامت را مورد بررسی قرار خواهیم داد.

Major Hunger Challenges



- In the world today:
 - 852 million people are undernourished
 - 300 million children will go to bed hungry
 - Malnourished people typically lose five to 10 percent of their lifetime incomes

توضیح استاد (اسلاید شماره ۲):

شاید بتوان گفت به نوعی گرسنگی یکی از مهم ترین عواملی است که توی سطح دنیا باعث (ill health) یا در واقع وضعیت نامطلوب سلامت می شود در کنار این وضعیت شاید یکی از دردناکترین ها باشد وقتی ما فکر می کنیم که در دنیا چیزی حدود ۸۵۲ میلیون نفر به صورت مزمن گرسنه هستند یعنی در واقع احساس سیری را ندرتا تجربه می کنند و توی همین دنیا یا نزدیک به ۳۰۰ میلیون بچه هر شب گرسنه می خوابند عملاً در واقع گرسنگی بخشی از یک سیکل معیوب را تشکیل می دهد که در قالب سیکل معیوب فقر و گرسنگی و بیماری همدیگر را دائماً تشدید می کنند برخی از آمارها نشان می دهد که صرف یک وضعیت تغذیه نامطلوب جدای از بیماری بلافاصله باعث ۱۰٪ کاهش توی راندمان کاری و درآمدی می شود یعنی صرف گرسنگی باعث کاهش راندمان کاری می شود حال اگر بیماری به این وضعیت اضافه شود درآمد بطور قابل ملاحظه ای کاهش می یابد.

World Hunger Facts



- Over 20,000 people die each day due to causes related to undernutrition
- $\frac{3}{4}$ of these are children under the age of 5
- About 6 million/year

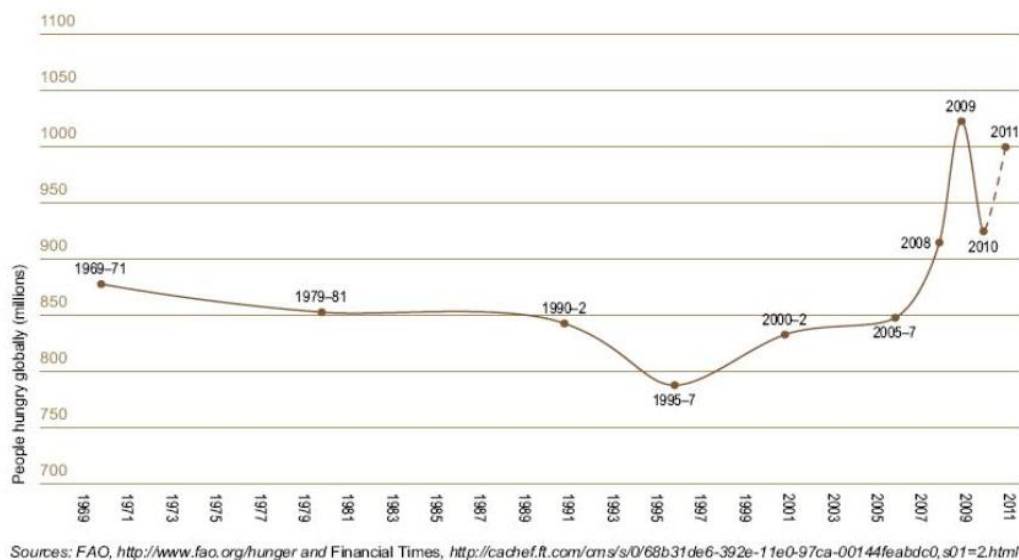
http://www.smh.com.au/ffximage/2005/06/30/poverty_wideweb__430x387.jpg

توضیح استاد (اسلاید شماره ۳) :

واقعیت قضیه اینست که گرسنگی جدای از اینکه باعث بیماری می شود بخش زیادی از مرگ و میر افراد و بخصوص اطفال را تو دنیا سبب می شود روزانه چیزی حدود بین ۲۰ تا ۲۵ هزار نفر به سبب گرسنگی و وضعیت تغذیه نامطلوب می میرند و شاید قسمت دردناک اینست که حدود $\frac{3}{4}$ این افراد که در طول روز می میرند بچه های زیر ۵ سال هستند این عدد که سر جمع آن در طول سال عدد بالایی است که می شود ۶ میلیون نفر در سال و اگر در نظر بگیریم که بالاخره طول عمر مفیدی که یک بچه می تواند داشته باشد ۶۰ سال ۵۰ سال یا ۷۰ سال باشد مشاهده می شود تعداد سالهای زندگی از دست رفته به سبب گرسنگی چه عدد بالایی می تواند باشد .

Undernourishment 1969-2011

Figure 16: The number of hungry people worldwide



توضیح استاد (اسلاید شماره ۴):

برخی از اوقات ما فکر می کنیم که بالاخره با صنعتی شدن و یا توسعه فناوریانه ما توانستیم به گرسنگی غلبه کنیم این حس خوشبینانه را شاید بشود گفت ما در اوایل دهه ۷۰ داشتیم در زمانیکه می بینیم که تو یک فاصله ۲ دهه ی ما دهه ی ۷۰ و ۸۰ دیدیم که عملاً به واسطه صنعتی شدن کشاورزی و استفاده فناوری نوین در صنعت کشاورزی تولید مواد غذایی تو دنیا افزایش پیدا کرد و به نوعی وضعیت نسبتاً مطلوب اقتصادی در دنیا که رشد اقتصادی نسبتاً مداومی را تجربه می کرد باعث شد در طول دو دهه ما تقریباً بین ۱۹۹۵-۱۹۷۰ ما کاهش گرسنگی را در دنیا مشاهده می کردیم اما بعد از آن و بتدریج ما افزایش گرسنگی را داشتیم تا به اوج خود تا سال ۲۰۰۸-۲۰۰۹ رسید و تا همین الان هم ادامه دارد و ما در نیم قرن گذشته اوج گرسنگی در دنیا را در سال ۲۰۰۸ و ۲۰۰۹ تجربه کردیم که تعداد افراد گرسنه در دنیا به بیش از یک میلیارد نفر رسید .

World Hunger Spike: Since 2008



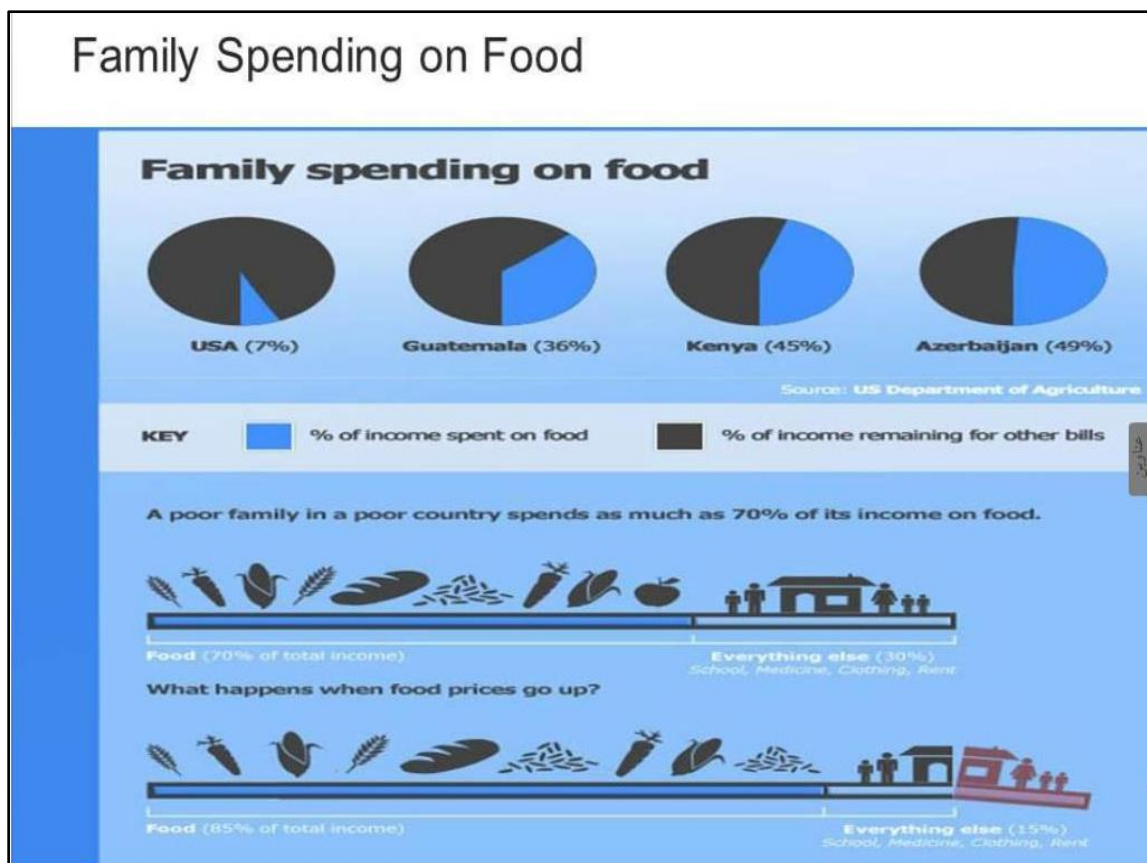
http://www.fao.org/fileadmin/templates/faohome/home_photo/image_home_en.jpg

- **Poorest cannot afford food**
 - **Food prices up**
 - Increased demand from emerging countries
 - Economic development
 - Population increase
 - Biofuels production
 - Reduced crop production
 - Climate change
 - **Recession**

توضیح استاد (اسلاید شماره ۵):

چه چیزی باعث این موضوع شد؟ واقعیت قضیه اینست که بله ممکنه تولیدات کشاورزی افت پیدا کرده باشد اما اصل قضیه اینست که رکود اقتصادی که تو این دوره بر دنیا حاکم شد باعث شد قدرت خرید مردم کاهش پیدا کند و مردم در عین اینکه بالاخره محصولات غذایی وجود داشت نمی توانستند آنرا بخرند پس در واقع باز هم در اینجا می بینیم که ارتباط بین فقر و گرسنگی و از آن طرف بین گرسنگی و بیماری چقدر ارتباط تنگاتنگی وجود دارد.

Family Spending on Food



توضیح استاد (اسلاید شماره ۶):

سوال چه خانواده ای در معرض گرسنگی می باشد؟ یا چه خانواده ای را گرسنگی تهدیدش می کند؟ یک خانواده ای که بخش اندکی از درآمد خانواده را صرف خرید مواد غذایی می کند خیلی توسط گرسنگی تهدید نمی شود به عنوان مثال در یک کشوری مثل آمریکا که چیزی حدود ۷٪ از کل درآمدهای خانوار و بالطبع آن هزینه های خانواده که صرف مواد غذایی می شود همیشه یک حاشیه امن خیلی وسیعی وجود دارد و مثلا در اوج رکود اقتصادی هم خانواده ممکنه هزینه هایی که برای تفریحات و ... کم کند ولی از مواد غذایی خودش نمی زند و گرسنه نمی ماند ولی می بینیم که در یک کشوری مثل کواتمالا که ۳۶٪ درآمد و هزینه های خانواده صرف مواد غذایی می شود این حاشیه امن کوچکتر می شود و خانواده ممکنه با یک مشکل مالی کوچک گرسنه بماند این عدد در کنیا ۴۵٪ و در آذربایجان شوروی که یک کشور همسایه ما است حدود ۵۰٪ می شود در این کشورها مثل کنیا - گوآتمالا یا آذربایجان عملا خانواده ها در معرض و در خطر گرسنگی هستند و ما در اصطلاح به آنها (wanarable) می گوئیم و (wanarable) (عدم امنیت) در مقابل (security) (امنیت) قرار می گیرد پس ما با دو تا مفهوم آشنا شدیم یکی مفهوم امنیت غذایی یا (food security) و دیگری ناامنی غذایی یا (food wan rabillity) می باشد عملا خطر گرسنگی چه خانواده و جامعه ای را تهدید می کند و چه خانواده و جامعه ای را تهدید نمی کند ممکنه در برخی جوامع شما اندازه گیری کنید و ببینید خانواده های اندازه گیری شده در حال حاضر گرسنه نیستند اما به واسطه اینکه درصد زیادی از هزینه های خانواده صرف خرید مواد غذایی می شود اما در معرض گرسنگی هستند یعنی خطر گرسنگی تهدیدشان می کند و علی القاعده همان کارهایی که ما باید در یک جامعه یا درصد زیادی از خانواده ها انجام دهیم در این جوامع نیز انجام می دهیم برای اینکه این در معرض خطر گرسنگی بودن را به حداقل خود برسانیم.

Where are the Undernourished?

Figure 17: Where are the hungry people?

Undernourishment by household type (2005 estimate, %)

Undernourishment by region (2010, millions)



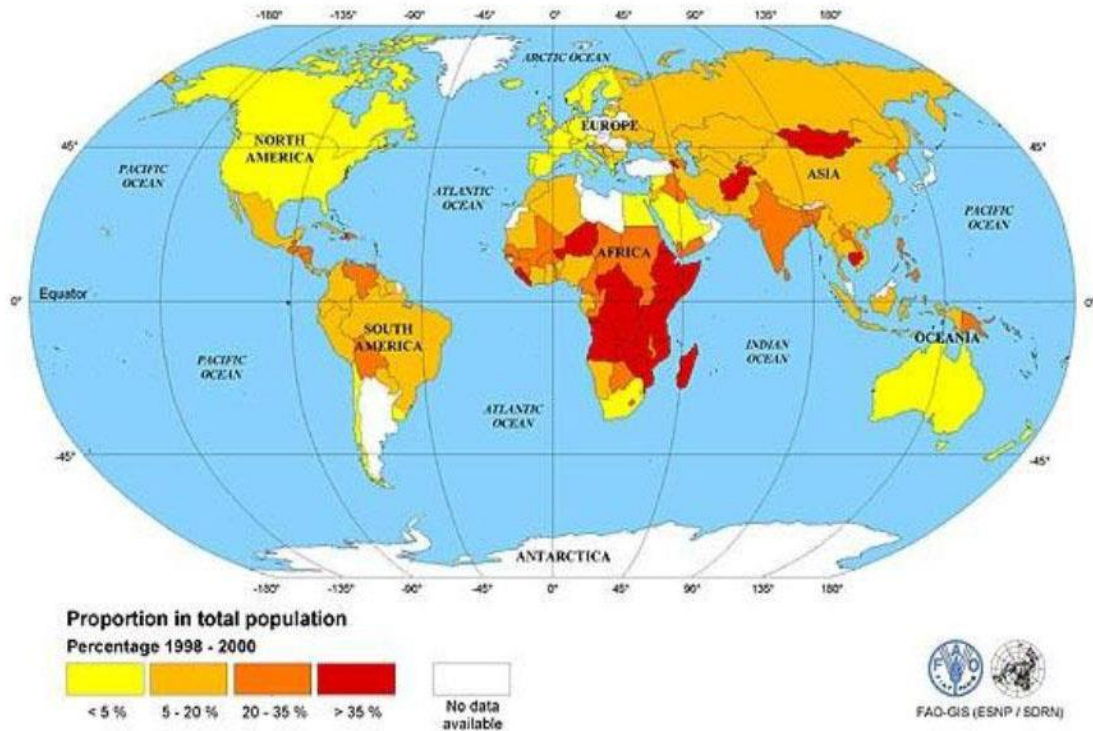
Sources: UN Millennium Project, http://www.unmillenniumproject.org/reports/af_hunger.htm; FAO, <http://www.fao.org/hunger/en/> and <http://www.fao.org/economic/ess/ess-data/ess-fs/ess-fadata/en/>

توضیح استاد (اسلاید شماره ۷):

توزیع جغرافیایی گرسنگی تو دنیا مورد مطالعه قرار گرفته و مشاهده شده از افرادی که تو دنیا بصورت مزمن گرسنه هستند قسمت عمده آنها در کشورهای آسیایی زندگی می کنند و چیزی حدود $\frac{5}{78}$ میلیون نفر در کشورهای آسیایی و البته در کشورهای حوزه *pacific* به سبب اینکه کشورهایی که پر جمعیت و فقیر و پس گرسنه هم هستند، رتبه دوم را کشورهای آفریقای زیر صحرا دارند که اگر شما کشورهای آفریقای شمالی را و هم چین کشور آفریقای جنوبی را از آفریقا جدا کنید بقیه کشورها آفریقای زیر صحرا هستند $\frac{239}{78}$ میلیون نفر گرسنه تو این ناحیه وجود دارد کشورهای آمریکای لاتین $\frac{53}{78}$ میلیون نفر گرسنه کشورهای آسیای نزدیک و هم چین شمال آفریقا ما به $\frac{37}{78}$ میلیون نفر گرسنه دارند.

و در کشورهای توسعه یافته $\frac{19}{78}$ میلیون نفر کلا گرسنه دارند باز از نظر توزیع در مناطق شهری و روستایی قسمت عمده افراد گرسنه در مناطق روستایی زندگی می کنند در جاییکه معمولا مزارع کوچک دارند و کشاورزی غیر صنعتی دارند و شاید بتوان گفت که مزرعه عمدتا قوت غالبشان را تامین می کند مثلا با یک خشکسالیه کوچک این افراد گرسنه می مانند و چیزی حدود $\frac{50}{78}$ از گرسنه های دنیا توی در واقع خانواده هایی که در مزارع کوچک زندگی می کنند هستند.

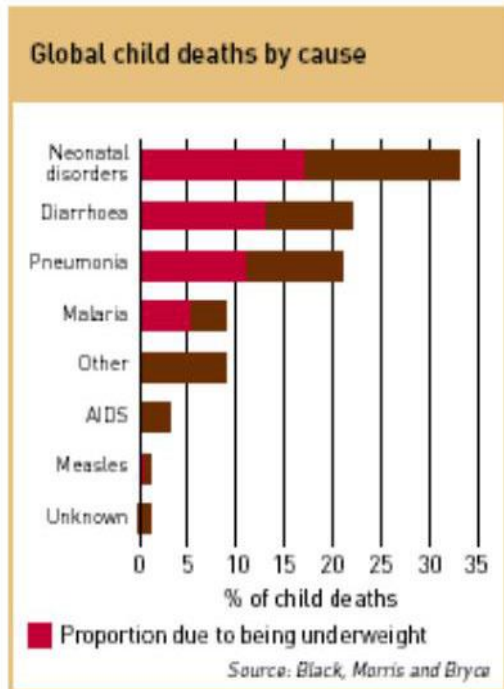
World Hunger Map



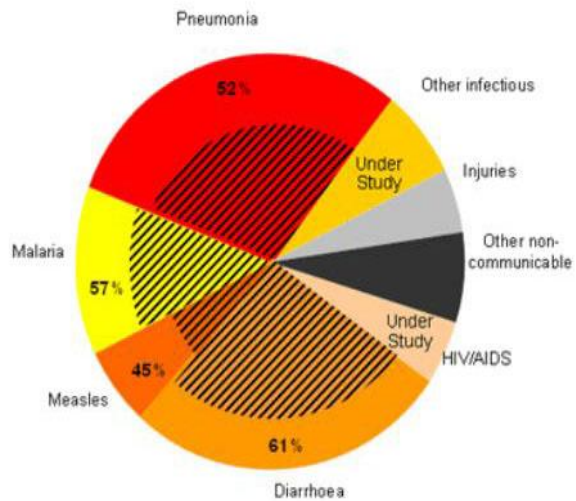
توضیح استاد (اسلاید شماره ۸):

نقشه ای که ملاحظه می کنید نقشه گرسنگی در سطح جهان می باشد توزیع گرسنگی در کشورهای مختلف دنیا با درآمد اختصاصی این کشورها یک ارتباط نزدیک دارد همانطور که مشاهده می کنید رنگ زرد رنگ کمتر از ۵٪ جمعیت کشور گرسنه هستند عمدتاً در آمریکای شمالی و اروپای غربی و استرالیا این مناطق را می بینید رنگ نارنجی کم رنگ را بین ۵ تا ۲۰٪ افراد این جامعه گرسنه هستند که عمده آسیا از جمله ایران توی این گروه قرار می گیرد و نارنجی پر رنگ بین ۲۰ تا ۳۵٪ افراد جامعه گرسنه هستند مثلاً کشور هند تو این گروه قرار می گیرد و رنگ قرمز بیش از ۳۵٪ افراد گرسنه هستند که عمدتاً در کشورهای آفریقایی جنوبی صحرا و چند کشور آسیایی مرکزی مورد می توانید این وضعیت را مشاهده نمایید .

Undernutrition and Child Death



Deaths among children aged 28 days to five years
6.6 million/year



The shaded area shows the % of deaths from this infection that are due to the presence of undernutrition

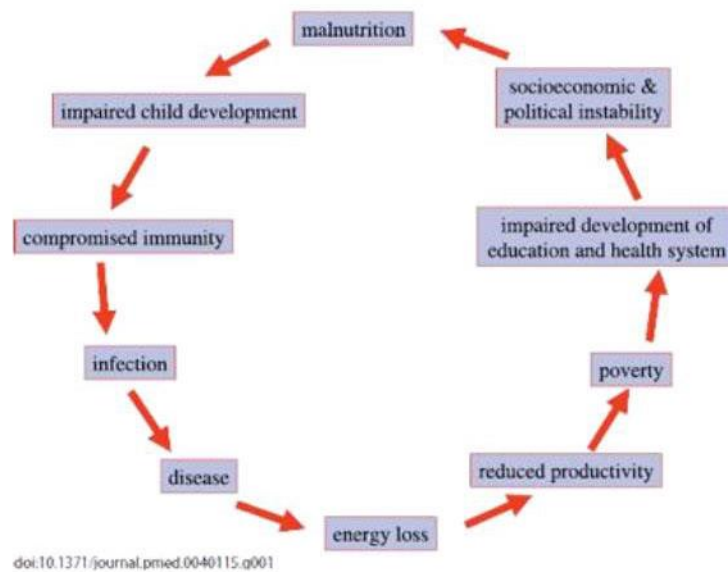
<http://ftp.fao.org/docrep/fao/008/a0200e/a0199e.pdf>

<http://rehydrate.org/images/child-deaths-undernutrition.gif>

توضیح استاد (اسلاید شماره ۹) :

همانطور که اشاره شد بین گرسنگی و مرگ و میر بچه ها ارتباط خیلی نزدیکی وجود دارد یک قسمت نامطلوب و شاید غمناک قضیه و قصه همین می باشد وقتی که ما علل مرگ بچه ها را رتبه بندی می کنیم در صدرش مثلا **مرگ و میر نوزادی** هست بعد بیماری های **اسهالی** بعد **پنومونی** بعد **مالاریا** و تو سطح دنیا رقم همینجوری به پایین می آید اما از همین عوامل قسمت مهم و عمده از بار مرگ و میر را گرسنگی رقم می زند یعنی چه ؟ یعنی وقتی می گوئیم چیزی حدود $\frac{32}{100}$ مرگ و میر بچه ها در حول و حوش دوران **نوزادی** اتفاق می افتد از این $\frac{32}{100}$ نیمی از آن یعنی حدود $\frac{16}{100}$ آن به سبب گرسنگی رخ می دهد یعنی اگر گفته می شود چیزی حدود $\frac{21}{100}$ - $\frac{22}{100}$ مرگ بچه ها به سبب اسهال رخ می دهد چیزی بیش از نیم یعنی حدود $\frac{60}{100}$ مرگ و میر بچه ها به سبب اسهال در زمینه گرسنگی اتفاق می افتد یعنی اگر بچه ها گرسنه نباشند آن مرگ و میر نوزادی یا مرگ و میر در اثر اسهال در بچه ها رخ نمی دهد یا مرگ و میر پنومونی چیزی حدود $\frac{20}{100}$ مرگ و میر بچه ها را رقم می زند باز هم چیزی حدود $\frac{50}{100}$ مرگ و میر ناشی از پنومونی به سبب گرسنگی در بچه ها می باشد مشاهده می شود که همانطور که در جلسات قبل نیز اشاره شد عوامل اجتماعی بر سلامت ریکی (Reciy) (بصورت دستورات عملیاتی و بسته هایی) هستند اگر ما بتوانیم آنها را آدرس دهی کنیم بخش زیادی از بار مشکلات سلامت در جوامع آدرس دهی می شوند .

Malnutrition Cycle



توضیح استاد (اسلاید شماره ۱۰):

چه اتفاقی می افتد؟ این سیکل معیوبی است کمی مسئله را باز می کنیم وقتی ببینیم این عدم ثبات وضعیت اقتصادی خانواده باعث سوء تغذیه می شود این سوء تغذیه باعث می شود که بچه ها دوره رشد و تکامل خود در کودکی را خوب طی نکنند و سیستم ایمنی بچه هایی که گرسنه هستند سیستم ایمنی کاملی نیست و خطر پذیر هستند معمولا عفونتهای مزمن و مکرر پیدا می کنند و این عفونت ها باعث می شود بخش زیادی از انرژی خود را از دست بدهند (productivity) (بهره وری) این افراد کاملا از بین می رود و خود کاهش (productivity) (بهره وری) باعث فقر می شود خود فقر باعث می شود این افراد مجددا تحصیلات نداشته باشند یا مهارت نداشته باشند و این فقدان تحصیلات و مهارت باعث می شود مجددا این سیکل تکرار شود وضعیت (socioeconomic) (اجتماعی و اقتصادی) افت پیدا کند پس می بینیم که با چند واسطه بحث فقر- بیماری و شاید بشه گفت گرسنگی به هم وصل می شوند.

Causes of Hunger



- Poverty
 - 2.3 billion people earn less than \$2/day

توضیح استاد (اسلاید شماره ۱۱) :

ما بحث ارتباط گرسنگی و بیماری را بهش اشاره کردیم اما واقعیت قضیه اینکه علل خود گرسنگی چیست ؟ مهم ترین علت گرسنگی خود فقر می باشد که به آن اشاره شد ما در دنیایی زندگی می کنیم که دو میلیارد و سیصد میلیون نفر از افراد دنیا فقیر محسوب می شوند یعنی اینکه خط فقر را اگر ۲ دلار در روز در نظر بگیریم ۲ میلیارد و سیصد میلیون نفر در دنیا زیر این خط زندگی می کنند.

Causes of Hunger

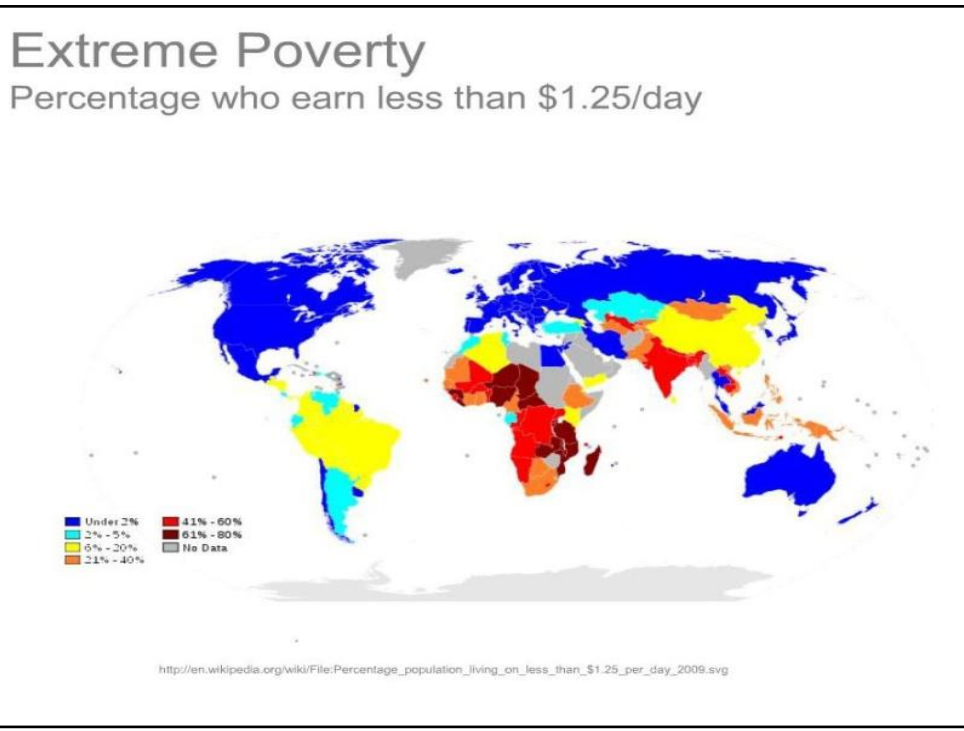


<http://www.thp.org/africa/1bapr1-360.jpg>

- Extreme Poverty
 - 1.3 Billion people earn less than \$1.25/day
 - 75% of these live in rural areas
 - many unable to own land
 - Worst in Sub-Saharan Africa

توضیح استاد (اسلاید شماره ۱۲) :

اصطلاح (Extreme poverty) (فقر - شدید - مفرط) یا در واقع فقر شدید درآمد روزانه کمتر از ۱/۲۵ دلار می باشد که یک میلیارد و سیصد میلیون نفر از افراد دنیا شدیداً فقیر هستند ۷۵٪ این افرادی که شدیداً فقیر هستند در نقاط روستایی زندگی می کنند که بدترین وضعیت آن در آفریقای زیر صحرا ملاحظه می شود پس مهم ترین علت گرسنگی در دنیا فقر می باشد .



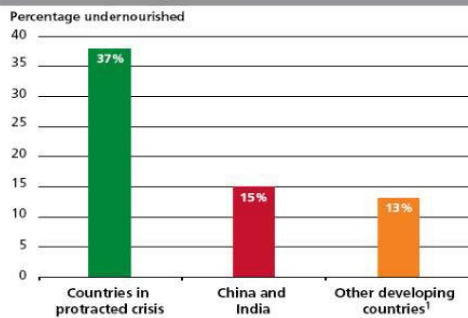
توضیح استاد (اسلاید شماره ۱۳) :

نقشه فقر شدید در دنیا نشان می دهد که درصدی از افراد جامعه که درآمد آنها کمتر از $\frac{1}{25}$ دلار در روز می باشد باز مشاهده می شود نقاط آبی رنگ کمتر از ۲٪ افراد فقر شدید دارند و مثلا نقاط قرمز رنگ بین ۴۱٪-۶۰٪ این وضعیت را دارند همانطور که ملاحظه می کنید نقشه فقر یا نقشه گرسنگی روی هم می افتد یعنی نقاطی که علی القاعده خیلی از گرسنگی رنج نمی برند خیلی هم فقیر نیستند خوشبختانه کشور ایران در هر دو نقشه وضعیت نسبتا خوبی دارد یعنی ما هم از نظر گرسنگی جمعیت خیلی گرسنه ای زیادی نداریم و هم افرادی که (Extreme poverty) فقر شدید) دارند در مملکت ما زیاد نیستند و این یک نقطه مثبت تلقی می شود .

Causes of Hunger

FIGURE 8

The proportion of undernourished people is about three times as high in countries in protracted crisis as in other developing countries



Note: Data are for 2005-07.

¹ Excluding countries in protracted crisis, China and India.

Source: FAO.

http://us-cdn.creamermedia.co.za/assets/articles/attachments/31567_11683e.pdf

■ Harmful Economic Systems

○ Control over incomes and resources by

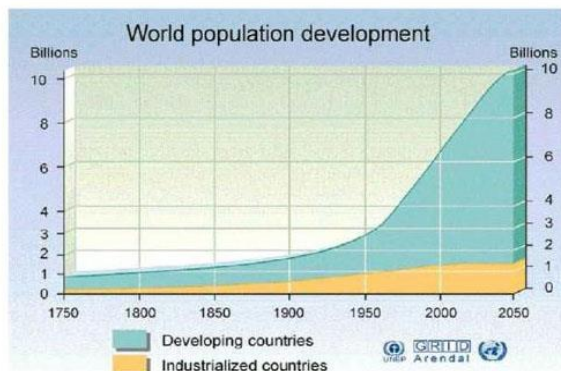
- Military
- Wealthy
- Politically powerful

■ Conflicts

توضیح استاد (اسلاید شماره ۱۴) :

صرفاً فقر نیست که باعث گرسنگی می شود گاهی اوقات کشورها سرانه درآمد ملی که حساب می شود یعنی درآمد تقسیم بر جمعیت $\frac{\text{درآمد}}{\text{جمعیت}}$ حساب می شود این عدد متوسطش عدد کوچکی نیست اما توزیع ناهنجار ثروت در جامعه باعث می شود که علی رغم اینکه GOP عدد بالایی است یا (GOP/capital) (سرانه) تولید ناخالص ملی بصورت سرانه عدد بالایی هست ولی علی القاعده خیلی از افراد توی جامعه فقیر و گرسنه هستند مناقشات سیاسی می تواند به این موضوع رقم بزند در خیلی از کشورها مشاهده می شود که دائماً در وضعیت چینی ها هستند و هیچ وقت ثبات سیاسی را تجربه نمی کنند و اوج آن می تواند جنگ باشد ملاحظه می شود که در منحنی سمت چپ بعضی از کشورها که (produced crisis) (بحران اجتماعی) دارند یعنی کشورهایی که بحران اجتماعی طولانی مثل جنگ های طولانی دارند ۳۷٪ جمعیت آنها گرسنه هستند. و کشورهایی مثل چین و هندوستان ۱۵٪ هستند سایر کشورهای در حال توسعه این عدد ۱۳٪ می باشد پس اینکه می بینیم صرف ثبات سیاسی صرف صلح می تواند باعث شود که مردم در واقع گرسنه نباشند آرامش و صلح مواردی هستند که می توانند تاثیر گذار باشند روی بحث گرسنگی و یا سیری مردم.

Population Pressure



<http://www.sustainablescale.org/images/uploaded/Population/World%20Population%20Growth%20to%202050.JPG>

- World Population has doubled in 40 years
 - Most of increase in developing countries
 - 5 billion people
- Poverty and economic insecurity result in population growth
 - Children are a source of wealth to the poor

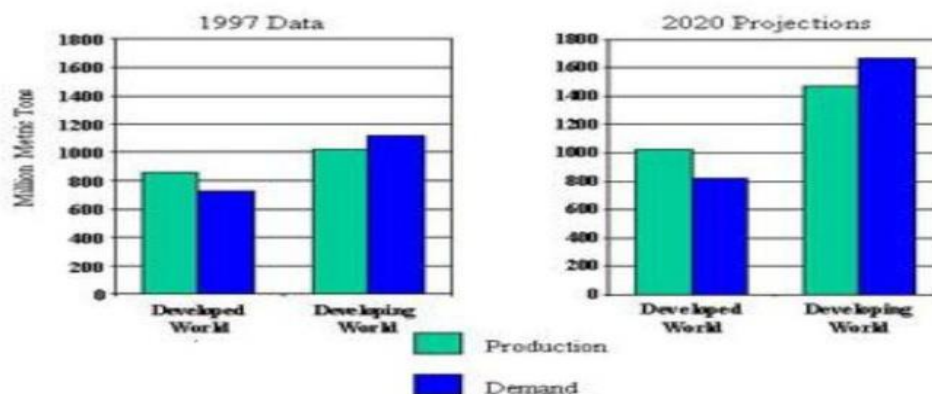
توضیح استاد (اسلاید شماره ۱۵) :

بحث دیگر که بعنوان عامل مطرح می شود فشار جمعیتی یا (population pressure) می باشد امر بسیار مهم و همه ما تئوری مالتوس را می دانیم که معنی آن این بود که زراعت بصورت حسابی جمعیت بصورت هندسی افزایش می یابد و حالا صحبت مالتوس درست یا غلط در هر صورت می بینیم که جمعیت دنیا در ۴۰ سال گذشته ۲ برابر شده قسمت عمده این افزایش جمعیت را در کشورهای در حال توسعه و توسعه نیافته مشاهده می شود جمعیت دنیا مشاهده می شود قسمت آبی رنگ در این منحنی قسمتی از افزایش جمعیت جهان که در کشورهای در حال توسعه و توسعه نیافته رخ داده و قسمت نارنجی رنگ افزایش جمعیت در کشورهای توسعه یافته و صنعتی در حال رخ دادن است علی القاعده وقتی تناسب بین افزایش جمعیت و افزایش تولیدات کشاورزی وجود نداشته باشد قطعاً می توان انتظار گرسنگی را داشت .

Overview – The Facts

- Over 800 million people go to bed hungry each night; most of them are women and children, World Food Programme (WFP).

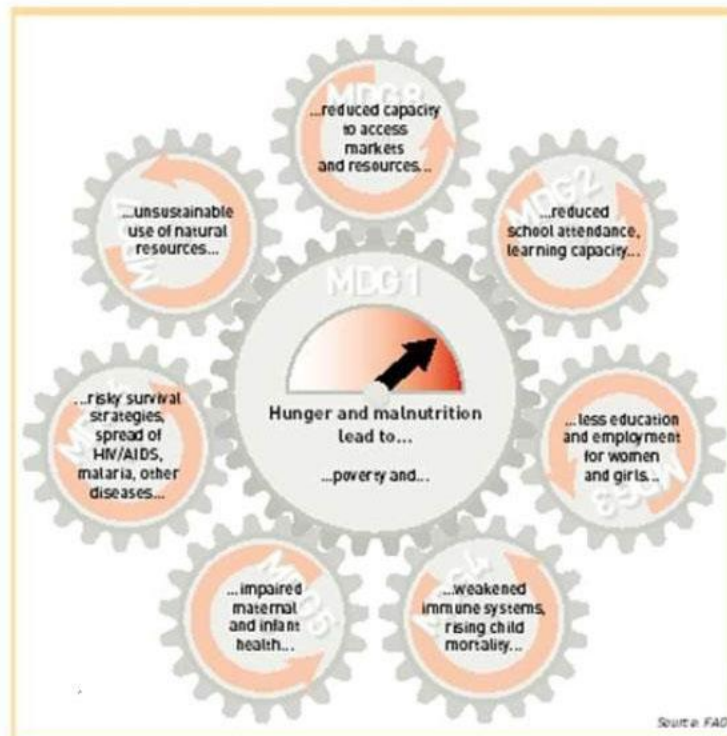
Grain Production and Demand - 2020 Comparing Grain Production and Demand



توضیح استاد (اسلاید شماره ۱۶) :

در همین رابطه می توان تولید یا نسبت تغییرات تولید غلات را با افزایش جمعیت نگاه کنید شما می بینید که در آمار سمت چپ سال ۱۹۹۷ در کشور توسعه یافته می بینیم که تولید غلات که با رنگ سبز نشان داده شده بیش از مصرف یا تقاضای غلات که با رنگ آبی نشان داده شده همین موضوع در سال ۲۰۲۰ در کشور توسعه یافته وجود دارد در سال ۲۰۲۰ در منحنی سمت راست مشاهده کنید که تولید غلات باز هم افزایش پیدا کرده و البته (Demand) (تقاضا) و تقاضا هم زیاد شده ولی باز هم (supplais) (تدارک و تولید) داشته اند و در واقع افزایش تولید داشته اند یا اضافه تولید داشته اند عکس این موضوع می بینیم که در کشورهای در حال توسعه مشاهده می شود در سال ۱۹۹۷ مشاهده می شود که تقاضا یا مصرف غلات بیش از تولید غلات بوده است در سال ۲۰۲۰ که هنوز نرسیدیم در واقع extrapolate (تعمیم و تأمین) یا project (پروژه) آینده نگاری شده این قضیه مشاهده می شود که علی رغم اینکه تولید غلات افزایش یافته اما تقاضای به این غلات بیشتر افزایش پیدا می کند پس اون GOP شکاف یا کاستی بین عرضه و تقاضا بیشتر می شود و می توان انتظار داشت که در کشورهای در حال توسعه ما در این برهه زمانی که در آن قرار داریم میزان گرسنگی افزایش پیدا کند.

Side effects of Hunger and Poverty

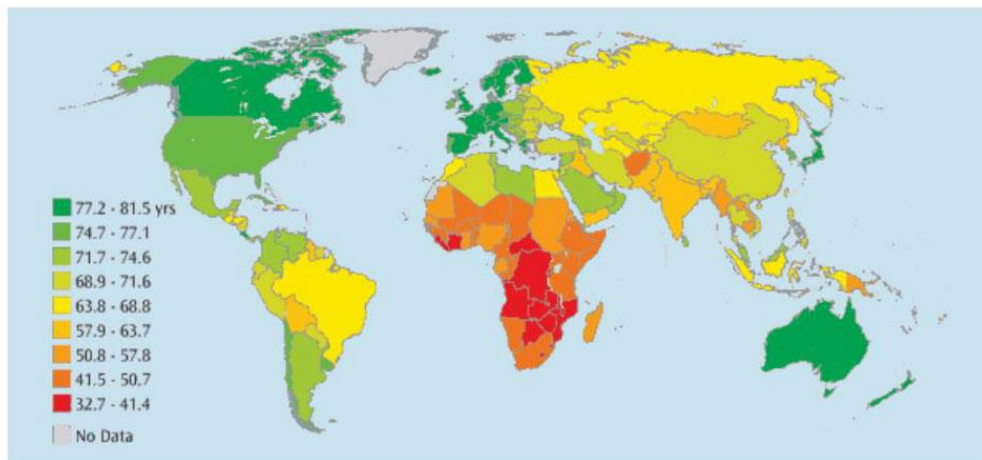


<ftp://ftp.fao.org/docrep/fao/008/a0200e/a0199e.pdf>

توضیح استاد (اسلاید شماره ۱۷) :

عوارض گرسنگی و فقر چیست ؟ در واقع (malnutrition) (سوء تغذیه) سوء تغذیه و گرسنگی سبب خیلی چیزها می شود بعنوان مثال ظرفیت کاری را کم می کند ظرفیت فکری را کم می کند و به واسطه آن ظرفیت تحصیلی را کاهش می دهد بررسی شده بچه هایی که گرسنه هستند میزان یادگیری آنها بطور قابل ملاحظه ای کمتر از بچه هایی هستند که سیر هستند سیستم ایمنی افراد را به هم می ریزد و ضعیف و مستعد بیماری می کند ملاحظه شده افراد گرسنه در واقع هنجارهای اجتماعی را بیشتر زیر پا می گذارند و علی القاعده خشونت (violence) (خشونت) و جرم و جنایت در آنها بیشتر صورت می گیرد صرف بحث گرسنگی می تواند به تنهایی خیلی از آسیبهای اجتماعی دیگر را رقم زد .

Worldwide life expectancy



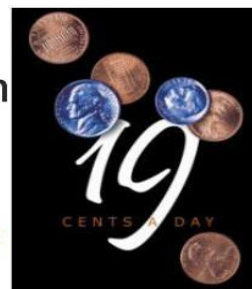
<http://www.theglobaleducationproject.org/earth/images/final-images/life-expectancy-map.gif>

توضیح استاد (اسلاید شماره ۱۸) :

ما یک مرتبه نقشه گرسنگی در دنیا را کشیدیم و دیدیم این نقشه گرسنگی با نقشه ثروت و فقر در دنیا همخوانی دارد و کشورهایی که فقیر هستند گرسنه هم هستند و حالا نقشه (life expectancy) یا امید به زندگی دنیا را باز هم ملاحظه می کنیم و مشاهده می کنید کشورهایی که با سبز پر رنگ نشان داده شده اند امید به زندگی بین ۷۷ تا ۸۱ سال دارند باز هم میشه کشورهای آمریکای شمالی و اروپای غربی و به همین ترتیب مشاهده می شود که توی این نقشه یک طنازر بسیار نزدیکی با نقشه های قبلی دارد یعنی در واقع جوامع گرسنه همان جوامع فقیر هستند یعنی جوامعی که کمتر عمر می کنند و باز دوباره ایران را می بینیم که توی یک وضعیت متوسطی قرار دارد بین ۶۸ تا ۷۱ سال وضعیت نسبتاً میانی را به خود اختصاص داده است .

WFP and School Feeding

- WFP works with schools, local and national governments, donors and aid groups to use food to attract children to school.
- WFP works to make the school feeding project self-sustaining. Thus far, 20 countries have taken full responsibility for school feeding.
- It only costs WFP **19 cents a day** to feed a child in school.



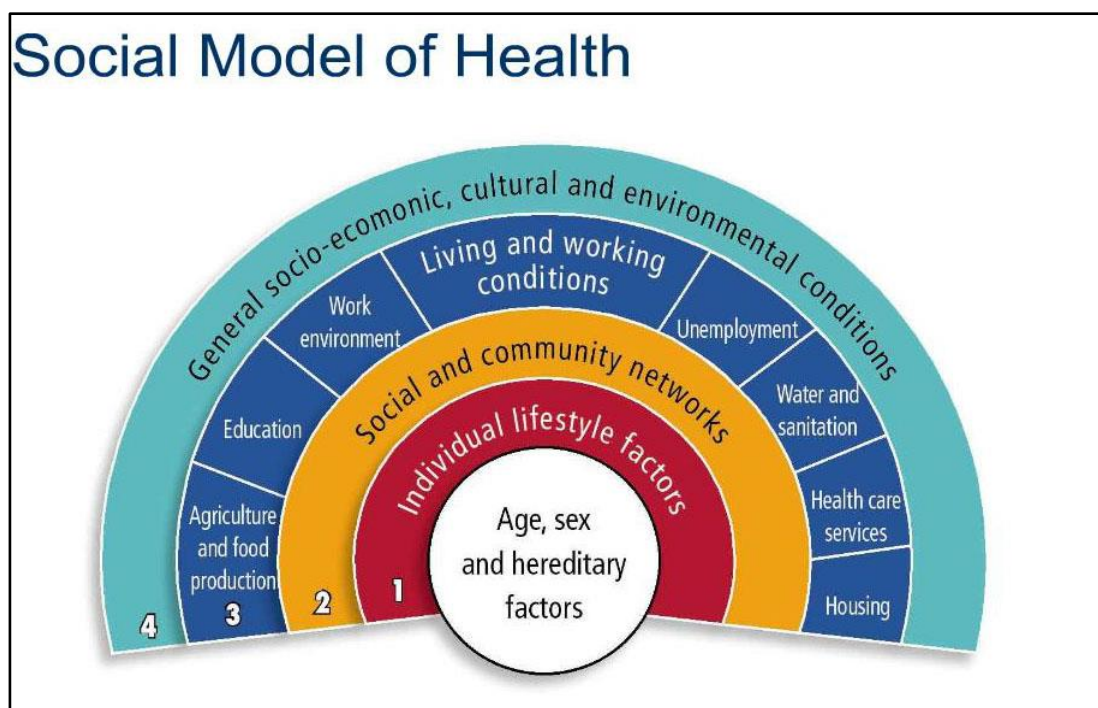
توضیح استاد (اسلاید شماره ۱۹) :

سوال اینکه حال ما چکار باید بکنیم؟ واقعیت قضیه اینست که تو دنیا فعالیت های زیادی انجام شده برای اینکه گرسنگی را آدرس دهی کنند یا به نوعی در واقع برطرف نمایند بخصوص گرسنگی بچه ها را بخشی از وظایف ما بعنوان متولی سلامت مردم باید در این راستا باشد که بتوانیم در واقع حتی الامکان گرسنگی بچه ها را برطرف نماییم توی مملکت خودمان ممکنه به این موضوع فکر شود که آیا این خیلی سرمایه زیادی می خواهد مطالعات زیادی انجام شده البته متوسط جهانی می باشد ما توی مملکت خودمان هم می تونیم حساب کنیم . ما در سطح دنیا چیزی حدود ۱۹ سنت در طول ۱ روز می شود در واقع یک بچه گرسنه را سیر کرد این عدد در واقع این طور معنی می شود با چیزی حدود ۶ یا ۷ دلار در ۱ ماه یک بچه گرسنه را سیر کرد و سالانه ۶۰ یا ۷۰ دلار می شود و عدد خیلی بالایی نمی باشد و علی القاعده کشورهای مختلف دنیا آمدند با صور مختلف فعالیت ها و (ineshetive) (ابتکار عمل هایی) برای مقابله و مبارزه با گرسنگی شکل داده اند این موضوع از کپن های غذایی و (Food stamp) (نوع غذا) تا مراکز توزیع غذا تا توزیع غذا در مدارس و انواع و اقسام دیگر شکل گرفته و یک گروه عمده از سیاست های رفاهی که در دنیا انجام شده سیاست های در راستای (Food security) (امنیت غذایی) یا ایمنی و تامین غذایی شکل گرفته یعنی سیاست هایی که باعث می شود ما مطمئن شویم که این خانوار در معرض گرسنگی نیست پس بعنوان بخشی از پکیج رفاهی که قبلا مورد بحث قرار گرفت بخش سیاست های تامین غذایی باید همیشه مورد نظر ما باشد بعنوان متولیان سلامت جامعه



سلامت و وضعیت مسکن :

نهمین مبحث از مجموعه عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت را خواهیم داشت ما در مباحث قبل عوامل مختلف اجتماعی که بر سلامت تاثیر می‌گذارد مثل فقر - محرومیت و مثل بی‌عدالتی و بی‌سوادگی و گرسنگی را بررسی کردیم در این بحث ، وجود یک سرپناه مناسب در سلامت را با هم بحث خواهیم کرد .



توضیح استاد (اسلاید شماره ۲) :

اصولا وقتی که بحث (social model health) مدل طبقه اجتماعی سلامت در واقع موضوع کار ما قرار می‌گیرد همانطور که مشاهده می‌کنید و در حلقه آبی رنگ مشاهده می‌کنید بحث (Housing) سرپناه یکی از کلیدی ترین عوامل می‌شود یعنی اینکه سرپناه سالم و مناسب در واقع می‌توان گفت یکی از شرایط اساسیه یک زندگی اجتماعی سالم برای ما می‌شود .

Issues of Property Condition

- Structure, fitness and amenities
- Cold housing
- Dampness
- Indoor air quality
- Infestation
- Noise, insulation

توضیح استاد (اسلاید شماره ۳) :

توی خیلی از بیانیه ها که در حقوق بشر بحث می شود و خیلی از قانون های اساسی کشورهای مختلف از جمله قانون اساسی مملکت خود ما یک سر پناه مناسب بعنوان یک حق مثبت برای مردم در واقع تلقی شده و در خیلی از کشورهای دنیا دولت ها هم در واقع تکلیف خودشان می دانند که مقولاتی مثل پوشاک و غذا و سرپناه و خدمات سلامت را حتما تضمین کنند و در واقع برای شهروندان خودشان در برخی از کشورها مثل کشورهای اروپای شمالی مثل دانمارک ۳۷ مترمربع به ازای هر شهروند حق مثبتی محسوب می شود و یک خانواده ۲ نفره دولت مکلف است به یک سرپناه ۶۰-۷۰ متری برایشان مهیا نماید . بعضی از کشورها به این تکلیف خودشان دقیقا دارند عمل می کنند .

Issues of Property Condition

- Structure, fitness and amenities
- Cold housing
- Dampness
- Indoor air quality
- Infestation
- Noise, insulation

توضیح استاد (اسلاید شماره ۴) :

وقتی بحث از به اصطلاح مسکن خوب یا سرپناه مناسب می شود معمولا در واقع بحث ساختار مناسبش - و اینکه گرمای مناسب داشته باشد نمودر نباشد و کیفیت هوای داخلش مناسب باشد یا آلودگی مثلا میکروبی و یا جانوری خاصی وجود نداشته باشد و از نظر صوتی هم در واقع آلودگی صوتی مشخصی هم نداشته باشد ویژگی های یک سرپناه مناسب را برای ما مشخص می کند یک سرپناه قابل اعتماد هست و توی آن می شود در واقع یک زندگی آرامی داشت مقابل آن نیز مشاهده می شود بخش زیادی از جمعیت دنیا الان در وضعیتی زندگی می کنند که مثلا شب سرشان را روی بالشت نرمی نمی توانند بگذارند یا در واقع سرما و رطوبت اذیتشان می کند و حشرات و آلودگی ها اذیتشان می کند می بینیم که مسکن مناسب برای خیلی از شهروندان در سطح دنیا مهیا نیست .

Who Is Homeless?

- “Chronic Homeless”
 - What we generally think of when we think of homelessness
- Families
 - Families with children are the fastest growing segment of the homeless
 - More than 600,000 American kids will sleep in a shelter tonight
 - The average age of a homeless person: 9 years old.

توضیح استاد (اسلاید شماره ۵) :

واقعیت قضیه اینست که وقتی درباره کیفیت مناسب مسکن صحبت می کنیم درباره عواملی صحبت می کنیم که فقدان می تواند باعث بیماری شود یا کیفیت زندگی ما را کم بکند به این ترتیب بین کیفیت یک مسکن و کیفیت زندگی یک گره تنگاتنگ می خورد و بین اون و وضعیت سلامت یک ارتباط خیلی نزدیکی برقرار می شود .

Who Is Homeless?

- “Chronic Homeless”
 - What we generally think of when we think of homelessness
- Families
 - Families with children are the fastest growing segment of the homeless
 - More than 600,000 American kids will sleep in a shelter tonight
 - The average age of a homeless person: 9 years old.

توضیح استاد (اسلاید شماره ۶) : وقتی صحبت از Homeless یا در واقع بی سرپناه می شود تعاریف مختلفی برای بی سرپناه داریم اما به کسی که فاقد یک مکان مشخص و ثابت و دارای کیفیت مناسب برای بیتوته خود باشد را Homeless می گویند پس Homeless ممکنه کسی باشد که از خودش خانه داشته باشد ولی کیفیت مناسبی ندارد پس در صحبت Homeless هم وجود خانه و هم وجود کیفیت هر دو باید وجود داشته باشد تا فرد در واقع صاحب یک خانه محسوب شود پس بی سرپناه به معنی این نیست که خود مالک جایی نباشد حقیقت قضیه اینست که قسمت زیادی از جمعیت دنیا دارند به این سمت سوق پیدا می کنند متأسفانه بیشترین میزان رشد بی سرپناهی را در کودکان مشاهده می کنیم همین امروز که ما داریم بحث را گوش می کنیم همین امشبش در یک کشور توسعه یافته مثل آمریکا ۶۰۰۰۰۰ بچه آمریکایی باید توی (shelter) (پناهگاه) یا پناهگاه های عمومی بخوابند یعنی اینکه عدد، عدد خیلی بالایی هست و قسمت دردناک اینکه سن متوسط یک فرد یا انسان بی سرپناه توی جهان امروز چیزی حدود ۹ سال است یعنی اغلب بچه ها هستن که از این بی سرپناهی دارند رنج می برند.

Why are families homeless?

- They don't have enough money to afford housing!!
- There is an affordable housing shortage throughout the United States.
- The housing that does exist is very expensive.

توضیح استاد (اسلاید شماره ۷):

چرا مردم بی سرپناه هستند؟ در ظاهر پاسخ آن ساده و شاید مهم ترین علت بی سرپناهی فقر می باشد و اینکه پول کافی ندارند برای اینکه خانه ای را اجاره کنند این عامل همه جای دنیا وجود دارد اما تنها عامل بی سرپناهی هم نیست.

Other factors contributing to homelessness in some cases...

- Substance Abuse
- Mental Illness
- Domestic Violence
- Family Strife
- Unemployment
- Disability

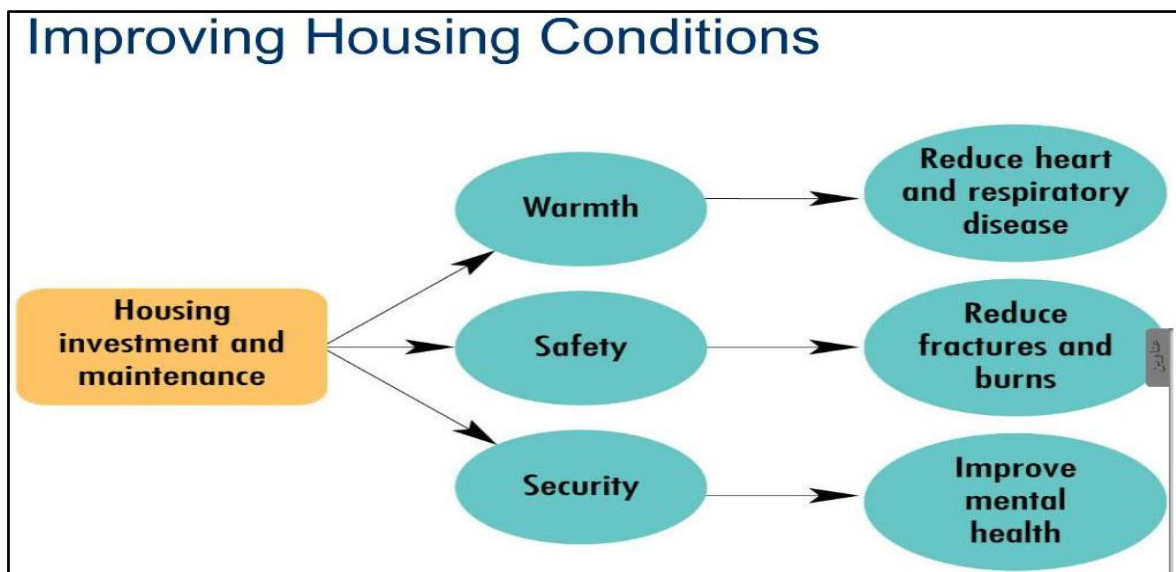
توضیح استاد (اسلاید شماره ۸):

بعنوان مثال بعد از بررسی بین مقولات مختلف مثلا اعتیاد به مواد مخدر مثلا وجود بیماری روانی مثلا میزان خشونت درون خانواده یا بیکاری - معلولیت و بی سرپناهی یک ارتباط خیلی قوی وجود دارد پس در کنار فقر عوامل دیگری می توانند خانواده را به سمت بی سرپناهی سوق دهند.

Outcomes

- Combination of poor housing conditions and low income can lead to detrimental lifestyle choices such as smoking or domestic violence
- Little research into health and housing
 - Greater understanding of effect of anti-poverty strategies

توضیح استاد (اسلاید شماره ۹) : نتیجه بی سرپناهی چی هست ؟ (poor housing condition) (وضعیت مسکن فقیر) یا شرایط نامطلوب مسکن یا محل زندگی یک اثر بسیار عمیقی را روی ابعاد مختلف زندگی می گذارد و این موضوع تا چند سال پیش پژوهش کمی صورت گرفته بود البته در چند سال اخیر پژوهش های خیلی زیادی صورت گرفته و ما امروز شواهد خیلی زیادی داریم که به ما نشان می دهد افرادی که سرپناه مناسبی ندارند و مسکن مناسبی ندارند به چه مشکلات سلامتی را دچار می شوند .



توضیح استاد (اسلاید شماره ۱۰) :

همانطور که مشاهده می کنید بحث مسکن و اینکه مسکن گرمی وجود داشته باشد بررسی شده و مشاهده شده که بیماری های قلبی و ریوی را به حداقل می رساند مسکنی که سرد و نمور می باشد بیماری های قلبی و ریوی در آن زیاد می شود بحث (safety) (ایمنی) مثل یک نرده مناسب پله مناسب و غیره و زنگ میزان شکستگی و سوختگی را بطور قابل ملاحظه ای کم می کند بحث (security) (امنیت) یعنی فرد وقتی امشب سرپناه دارد مطمئن باشد فردا شب نیز سرپناه دارد چون خیلی ها امشب سر روی بالش نرم می گذارند اما از فردا شب مطمئن نیستند مشاهده شده Houshng security (اطمینان از آینده) بطور قابل ملاحظه ای باعث می شود که بیماری روانی

کم شود و این احساس عدم تامین یا آسیب پذیری نسبت به وضعیت سرپناه باعث می شود بطور قابل ملاحظه ای بیماری روانی افزایش می یابد .

Mortality (SMRs) of Men and Women 1971-81 by Housing Tenure (England and Wales)

	Men 15-64	Women 15-59
Owner Occupier	84	83
Privately rented	109	106
Local Authority	115	117

(Source: Goldblatt, quoted Arblaster and Hawtin)

توضیح استاد (اسلاید شماره ۱۱) :

مطالعه انگلستان (وولز) انجام شده مشاهده شده میزان مرگ و میر زنان و مردان براساس وضعیت تملک مسکن کاملاً متفاوت است بعنوان مثال در بین مردان ۶۴-۱۵ ساله یک مرگ و میر تعدیل شده ۸۴ بود در کسانی که صاحب خانه بوده اند و در خانم های صاحب خانه ۸۳ بود کسانی که اینقدر پول داشتند که یک خانه اجاره بکنند این مرگ و میر که ۱۰۹ و ۱۰۶ افزایش پیدا می کرد و کسانی که نهایتاً از مسکن های دولتی استفاده می کردند مثلاً سرپناه و مسکن دولتی مرگ و میر آنها به ۱۱۵ و ۱۱۷ افزایش پیدا می کرد همانطور که مشاهده می کنید عدد و رقم عدد بالایی هست و در واقع ارتباط بین وضعیت سرپناه و مرگ و میر را بطور کامل به ما نشان می دهد .
توضیحات اسلاید مشابه توضیحات اسلاید است - اسلاید شماره ۱۱ را مرور کنید

more detailed evidence:

- Cancer deaths high among council tenants
- Children's mortality linked to unemployment and poor council housing
- Accidents: 5,000 in home/year, plus road accidents - commonest cause of child death
- Hypothermia in England; for each 1°C below average temperature there is a 8 fold increase in deaths
- Owner Occupiers report better health than council tenants, esp. women and older people (Blaxter)
- Fire deaths higher in multi lets

توضیح استاد (اسلاید شماره ۱۲) :

مطالعات روی بیماری های مختلف صورت گرفته بعنوان مثال کسانیکه در مسکن استیجاری یا دولتی زندگی می کنند یا مسکنی که مخصوص فقرا شکل می گیرد مرگ و میر و سرطان در بین آنها بطور قابل ملاحظه ای بیش از افرادی هست که صاحب خانه هستند یا بعنوان مثال مشاهده شده مرگ و میر بچه در کسانیکه در مساکن دولتی زندگی می کنند یا صاحب مسکن نیستند به طور قابل ملاحظه ای بیشتر می باشد میزان تصادفات بعنوان (شایع ترین علت مرگ و میر بچه ها در سنین تحرکشان) در کسانیکه در مسکن شخصی ندارند خیلی بیشتر می باشد در کشور انگلستان در یک بررسی مشاهده شد به ازای هر یک درجه سانتیگراد که درجه حرارت خانه (محل زندگی) از آن قابل قبول معمول که بین ۲۴-۲۵ درجه می باشد کمتر شود مرگ و میر بچه ها به سبب هیپوتومی average (سرمازدگی) در فصل زمستان ۸ برابر افزایش پیدا می کند یعنی بطور مثال اگر ۳ درجه دمای خانه سردتر شود بجای ۲۵ درجه یعنی بشود ۲۲ یا ۲۱ درجه ۲۴ برابر مرگ و میر افزایش پیدا می کند . انواع و اقسام مطالعات انجام شده مثلا مرگ و میر به سبب سوختگی در افرادی که در خانه های مشترک زندگی می کنند که به آن (molt iterant) (تو هم بوده - دوره کرده) گفته می شود مثلا در فضایی که مشترک هست هر کس در یک اتاق زندگی

می کند و آشپزخانه مشترک دارند توی این فضای مولتی ترنت مرگ و میر ناشی از سوختگی بطور قابل ملاحظه ای در بچه ها افزایش می یابد .

Damp and Housing

- Flats cause higher risk of respiratory illness
- Behavioural or structural?
- Coping with damp is factor in women's depression
- 47% children in 'difficult to let' estates chesty coughs, 27% other estates (Byrne)
- Flats smaller, away from play areas, in poor environment etc
- Poor housing and lack of access to housing big influence on women's health (Brown and Harris, cited Payne)

توضیح استاد (اسلاید شماره ۱۳) :

در بررسی انجام شده که خانه های کوچک دولتی (موقت یا دائم) بیماری تنفسی بیشتر هست یا بیماری رفتاری بیشتر هست بین میزان رطوبت محیط و دپرشن خانم ها ارتباط خیلی نزدیکی وجود دارد بچه هایی که در خانه های نمور زندگی می کنند ۴۷٪ مشکلات متعدد مثل سرفه دارند و در واقع در برخی آمارها ۲۷٪ و در هر صورت درصد قابل ملاحظه ای بیماری مزمن تنفسی پیدا می کنند و هر چه این مسکن کوچکتر - سردتر و نمورتر باشد این بیماری ها بیشتر می شود .

Effect of Poor housing

- Accidents
 - Falls (43% in under 5s)
 - Poor lighting, lack of handrails, poor stairs, straight stairs
 - Fires, burns, scalds
 - Old wiring, faulty heating, lack of fireguards

توضیح استاد (اسلاید شماره ۱۴) :

سقوط توی بچه های زیر ۵ سال باز هم با کیفیت مسکن رابطه مستقیم دارد کسیکه صاحب خانه هست سقوط در بچه ها خیلی کمتر هست تا بچه هایی که توی مسکن با کیفیت پایین بصورت موقت زندگی می کنند ۴۳٪ آسیب و مرگ و میر بر اثر سقوط افزایش پیدا می کند .

Mental Health Problems

- Housing density
- Overcrowding
 - Study in women in West London
 - In children, higher rates of emotional problems

توضیح استاد (اسلاید شماره ۱۵) :

یکی از مباحث دیگر بحث (Housing density) (کیفیت مسکن) کیفیت مسکن آیا گرم هست ؟ آیا خشک هست ؟ یک موقع می گوییم چند نفر با هم زندگی می کنند روی این موضوع هم در واقع تحت عنوان (overcrowding) (ازدحام بیش از حد) تجمع جمعیت در یک خانه کوچک بررسی های متعددی شده مثل بررسی انجام شده در لندن مشاهده شد هر چه تراکم افراد فقیر در یک خانه بیشتر هست بیماری های روانی بخصوص توی خانواده و در بچه ها بیشتر می شود .

Homelessness and Health: Mental Health & Development

- Estimates of percent of homeless people with mental illnesses are as high as 80-95%
- Homeless and marginally housed kids may have higher rates of depression and behavior problems
- Homeless children are more likely to have developmental delays than their housed peers

توضیح استاد (اسلاید شماره ۱۶) :

در افرادی بی خانمان و افرادی که سرپناه ندارند میزان شیوع بیماری های روانی ۸۰٪ تا ۹۵٪ گزارش شده که در راس آن افسردگی و مشکلات رفتاری بوده است .

Rough Sleepers

■ Mental health problems	11 times more likely
■ Chronic chest and breathing problems	3 times
■ Ulcers and skin wounds	3times
■ Joint problems	2 times
■ Sight problems	3 times

توضیح استاد (اسلاید شماره ۱۷) :

خیلی از افراد تو دنیا تو سرپناهی زندگی می کنند که شب ها هنگام خوابیدن یک جای نرمی برای خوابیدن ندارند که (Rought sleeper) (خشن - زبر - خواب رونده) سرشان را روی زمین می گذارند تشک ندارند اگر چه ساده به نظر می رسد اما در مطالعه انجام شده مشاهده شده اگر سر در جای نرمی نباشد بیماری روانی را تا ۱۱ برابر افزایش می دهد یا بیماری تنفسی را ۳ برابر افزایش می دهد . زخم های مزمن پوستی را ۳ برابر افزایش می دهد مشکلات مفصلی ۲ برابر افزایش می دهد و حتی مشکلات بینایی را ۳ برابر افزایش می دهد پس مشاهده می شود خیلی از مسایل بی اهمیت در مطالعات متعدد تاثیر گذار هستند .

Temporary Accommodation

- Higher rate of chronic health problems (105%)
- Higher rate of Acute health problems (78%)
- Higher mental health problems (100%)

توضیح استاد (اسلاید شماره ۱۸) :

کسانیکه خانه بدوش هستند چند روز در یک فضا و چند روز در جای دیگر بعنوان سرپناه و اصطلاحا به آن (Temporary Accomodation) (محل اقامت موقت) یعنی در واقع جای ثابتی برای زندگی ندارند صرف اینکه

عدم ثبات باعث بیماری های مختلفی می شود در واقع خانه بدوشی بیماری های مزمن سلامت را تا ۱۰۵ درصد افزایش می دهد . بیماری های حاد را تا ۷۸٪ افزایش می دهد و بیماری های روانی را تا ۲ برابر می کند ۱۰۰٪ افزایش می دهد پس یک موضوع دیگه ثبات مکان زندگی می باشد یعنی ثابت نبودن مکان زندگی اثرات نامطلوب خود را می گذارد .

Poor Indoor Air Quality

- People spend 80% of time indoors
- Damp housing :
 - due to poor construction and materials, inadequate heat, lack of ventilation
 - Ideal conditions for mold
 - Evidence of link is strongest in children
- House dust mites, cockroaches
- Pets
- Tobacco smoke
- VOCs (volatile organic compounds)- in cleaning products, paints- ex- formaldehyde
- Radon
- Cooking and heating equipment

توضیح استاد (اسلاید شماره ۱۹) :

کیفیت هوای استنشاقی روی سلامت در بررسی مشخص شد مردم چیزی حدود ۸۰٪ زمان زندگیشان را در توی خانه هاشان زندگی می کنند و این عدد متوسط می باشد و این عدد در بچه ها و خانم ها بیش از این می باشد و در آقایان کمتر از ۸۰٪ می باشد حالا در واقع وقتی کیفیت این هوا مناسب نباشد خیلی اتفاقات می افتد یکی از چیزهای خیلی مهم آلودگی به واسطه سوخت های فسیلی که در خانه ها ایجاد می شود حالا هیزم هست یا فضولات حیوانات استفاده می شود و یا حتی نفت که اینها هر کدام آلودگی هایی را ایجاد می کند و اینها مشکلات سلامت زیادی را می تواند ایجاد کند بحث دیگه کیفیت هوای داخل خانه ها مطرح می شود بحث آلرژن هایی هستن که در خانه ها وجود دارند مثلا آلرژن ها (مالت ها) حشرات ریزی که در هوا وجود دارند و قابل مشاهده نمی باشند مثلا ۴ تای آنها ممکنه ۱mm باشند یا بحث (cockroaches) اثبات شده در واقع رفت و آمد و وجود و زیاد بودن تعداد سوسک ها در محیط باعث آلرژی شدید می شود یا mold قسمت هایی از خانه ها که روی دیوارشان کپک وجود دارد باعث مشکلات تنفسی متعدد در افراد مختلف به خصوص در بچه ها می شود .

Homelessness and Health: Dental Care

- Access to dental care is a huge problem – Medicaid does not cover dental care for adults
- Nearly 50% of school-aged children have not seen a dentist in the previous year in one study
- 36% of homeless children have dental problems according to family surveys

توضیح استاد (اسلاید شماره ۲۰):

باز در بررسی های انجام شده افرادی که مسکن مناسب ندارند معمولاً تحت نظر یک پزشک به طور دائم هم قرار نمی گیرند و به همین دلیل هست که بخش زیادی از این افراد پزشک خانواده ندارند یا مثلاً تحت نظر یک دندانپزشک قرار نمی گیرند و این هم مشکلات زیادی ایجاد می کند .

Affordable Housing and Health

- Frees up resources for food and health care
- Reduce stress and related adverse health outcomes
- Home ownership can increase self- esteem
- Well constructed and managed housing can reduce poor health as related to poor indoor air quality
- Stable housing can improve health for seniors and those with disabilities
- Access to neighborhoods
- Alleviating crowding
- Alleviating stress

The Positive Impact of Affordable Housing on Health: A Research Summary
Center for Housing Policy

توضیح اسناد (اسلاید شماره ۲۱) :

برای آنها کل قضیه مرتبط با سلامت می شود و ما بعنوان متولی سلامت باید کاری بکنیم علی القاعده دولت ها می آیند چه کاری انجام می دهند ؟ دو سیاست در پیش می گیرند یا می آیند مسکن هایی با قیمت کم و وام های طولانی و کم بهره ایجاد می کنند چیزی شبیه مسکن مهر در مملکت ما و از آن مهم تر کاری که در سطح دنیا انجام می شود مسکن های دولتی هستند که می توانند در واقع محل اسکان یا سرپناه موقت افراد باشند ما گاهی اوقات در برخی از کشورها مثلا در کشور آمریکا این عدد ، عدد بسیار زیادی است مثلا تا حدود یک میلیون واحد برای بیتوته شب در سیستم تعریف شده و افراد بی سرپناه تا یک میلیون نفر شب ها در این جاها بخوابند و با کیفیت های متنوع و اغلب پایین می باشد اما این دو استراتژی که بحث کمک کردن به مردم و اینکه بتوانند مسکنی بخرند و یا اینکه محل موقت برای بیتوته داشته باشند در خیلی از کشورهای دنیا وجود دارد در کشورهای سوسیالیستی مثل کشورهای شمال اروپا اصولا موضوع متفاوت می باشد مثل سوئد - نروژ - دانمارک اصولا تملک مسکن و زمین به دولت تعلق دارد و مردم مالک مسکن نیستند و دولت هست که مسکن را بصورت دائم در اختیار خانواده ها قرار می دهد و عملا security (امنیت) و تامین به اوج خود می رسد .

Benefits of housing improvements

- Improving housing conditions can lead to significant improvements in health and wellbeing

(Howden-Chapman et al, 2007)

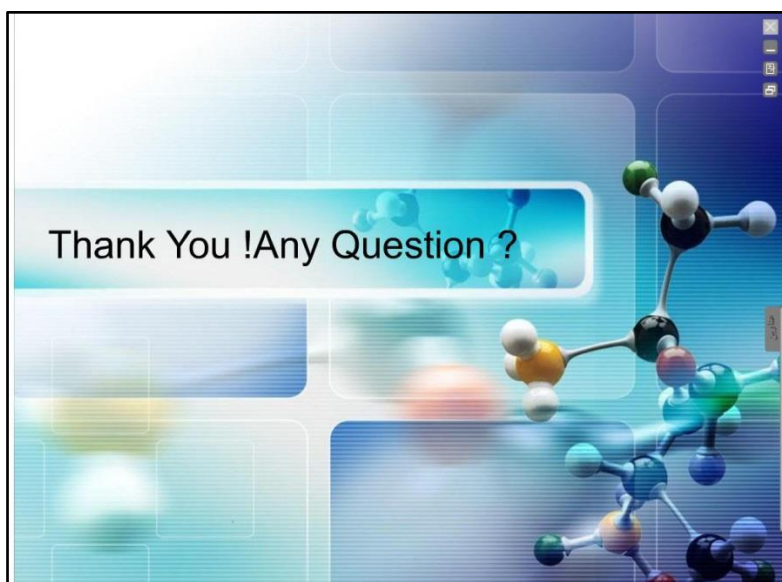
Better self-rated health	50% ↓ in fair/poor health
Fewer days off school	51% ↓
Fewer days off work	38% ↓
Fewer visits to GP	27% ↓

- A recent study showed that investing £1 in keeping homes warm could save the NHS up to 42p in health costs

(Liddell, 2008)

توضیح استاد (اسلاید شماره ۲۲):

در بررسی مشخص شده وقتی وضعیت مسکن مردم بهبود بخشیده می شود سرپناه بهبود پیدا می کند ما پول خود را در جای خوبی سرمایه گذاری کرده ایم و اگر دولت این کار را انجام بدهد جای خوبی سرمایه گذاری کرده در بررسی مشخص شده صرف اینکه شما کمک کنید مردم سرپناه بهتری داشته باشند ۵۰٪ در واقع وضعیت سلامت شان بهبود پیدا می کند ۵۱٪ در واقع وضعیت تحصیلشان یا وضعیت غیبت از کارشان کم می شود وضعیت تحصیلشان بهبود پیدا می کند عده ای هم ۳۸٪ غیبت از کارشان کم می شود یه عده هم ۲۷٪ مراجعه به پزشکشان کم می شود یعنی دولت باید سرمایه گذاری کند روی مسکن مردم از آنطرف در کشور انگلستان در بررسی مشاهده شده هر یک پوند که دولت سرمایه گذاری می کند روی بهبود وضعیت مسکن مردم ۴۲ پنی در واقع بازگشت سرمایه توی ۱ سال خواهد داشت یعنی عملاً برمی گردد به دولت یعنی عملاً مردم کمتر بیمار می شوند کمتر مشکلات شغلی و تحصیلی پیدا می کنند و دولت در واقع این را سرمایه گذاری می کند و سرمایه گذاری به دولت بر می گردد.



پس دیدیم بحث Housing در واقع یک بحث مسکن - سرپناه - یک بحث عامل اجتماعی خیلی مهمی که در سلامت مردم تاثیر می گذارد و بخشی از آن بحث های رفاهی است که ما در نظام سلامت هم باید به آن توجه کنیم و از طریق آن بتوانیم پیامدهای سلامت مردم را بهبود ببخشیم .

دوستان و همکاران گرامی پیاده سازی درس « جامعه شناسی پزشکی و عوامل اجتماعی موثر بر سلامت » با تلاش همکاران دانشگاه همدان انجام شد.

ضمن آرزوی موفقیت روزافزون برای شما عزیزان، پیشاپیش در خصوص اشکالات احتمالی موجود پوزش می طلیم. نظرات سازنده شما بزرگواران مزید امتنان خواهد بود.

پیروز و سربلند باشید