Review

A review of Social Determinants of Health

Seysed Abolhassan Naghibi[1*], Mosharafeh Chaleshgar Kordasiabi[2]

1. Assistant Professor, Department of Public Health, Health Sciences Research Centre, Addiction institute, Faculty of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.
2. Assistant Professor, Department of Public Health, Health Sciences Research Centre, Addiction institute Faculty of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.
*. Corresponding Author: E-mail: Anaghibi1345@yahoo.com

(Received 1 August 2017; Accepted 3 November 2017)

Abstract

Many of the issues in health services system have a social, cultural and economic nature. Accordingly, most vulnerability, invulnerability diseases, and various types of disorders in the individual are affected by these factors. In this regard, this study was conducted to review social determinants of health researches. The study was a narrative overview was conducted using the research with key words (social determinants of health, health inequality) in credible databases (IranMedex, SID, Magiran). Data was extracted using checklist in literatures. Based on literature review in social determinants of health, the titles of results include 4 subjects: A) The concept of social determinants of health and development of a conceptual model, B) Inequalities in health, C) health and income D) Review of the health system based on the social determinants of health Classified and shown. Regarding the role of social determinants of health, development of related research, requires discourse, explaining a conceptual model appropriate to the social and cultural conditions of the country, design of the valid data collection tools, Targeting, deepen and participation of specialists from the other relevant fields along with health professionals.

Keywords:social determinants of health, inequality, health system, health.

Clin Exc 2017; 7(2): 50-62 (Persian).

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2025-12-31]

تعالی بالینی
آموزشی- پژوهشی
دوره هفتم شماره ۲(۶۲-۵۰)

مروری بر تعیین کننده های اجتماعی در سلامت

سید ابوالحسن نقیبی[۱*]، مشرفه چالشگر کردآسیابی[۲]

چکیده

بسیاری از مسائل موجود در نظام ارائه خدمات سلامت ماهیت اجتماعی فرهنگی اقتصادی دارند. بر این اساس اغلب بیماری‌های واگیر، غیر واگیر و انواع اختلالات در فرد تحت تأثیر این عوامل قرار دارند. بر این اساس مطالعه حاضر به بررسی تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت از طریق مرور متون پژوهشی انجام‌گرفته است. مطالعه از نوع مروری سنتی می‌باشد. جستجو در بانک‌های اطلاعاتی معتبر، سامانه دانش‌گستر برکت، Magiran، Irandoc، SID و با استفاده از کلیدواژه تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت، نابرابری در سلامت، اصلاحات نظام سلامت صورت پذیرفت. داده‌ها با استفاده از چک‌لیست از مقالات استخراج شدند. با توجه به گستردگی دامنه عناوین و مطالعات در مورد تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در این مقالات عناوین پژوهش‌ها در چهار محور طبقه‌بندی‌شده است؛ الف) مفهوم تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت و توسعه الگوی مفهومی، ب) نابرابری‌ها در سلامت، ج) سلامت و درآمد و د) بازنگری در نظام سلامت براساس رویکرد تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت. با توجه به نقش تعیین‌کننده‌های اجتماعی بر سلامت، توسعه پژوهش‌های مرتبط نیازمند به گفتمان‌سازی، تبیین الگوی مفهومی متناسب با شرایط اجتماعی و فرهنگی کشور، طراحی ابزارهای پژوهشی معتبر، هدفمند نمودن و عمق بخشیدن و جلب مشارکت متخصصین سایر رشته‌های مرتبط به همراه متخصصین علوم سلامت می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت، نابرابری، نظام سلامت، سلامت.

مقدمه

سلامت پدیده‌ای پیچیده است که از رویکردهای متفاوتی می‌توان آن را بررسی نمود. در دهه‌های اخیر دو رویکرد نسبت به مفهوم سلامت مشاهده می‌شود. رویکرد پزشکی مبتنی بر فناوری مداخلات بهداشتی درمانی و رویکردی که سلامت را پدیده‌ای اجتماعی تلقی می‌نماید(۱). علیرغم اینکه تأثیر عوامل اجتماعی بر سلامت، قرن‌هاست که شناخت شده است ولی مشارکت ذاتی و واقعی در مورد نحوه ارتباط سلامت و بیماری با روندهای اجتماعی اخیراً مطرح‌شده است. تحقیقات معتبر و قابل‌اتکا مرتبط با وابستگی سلامت به عوامل اجتماعی و شیوه زندگی قدیمی‌تر از ۴۰-۳۰ سال نیستند(۱).

در عوامل موثر بررسی نقش تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت بسیار گسترده و به‌طوری‌که سهم عوامل اجتماعی ۵۰ درصد، ژنتیک و بیولوژی ۱۵ درصد، محیط فیزیکی ۱۰ درصد و سیستم بهداشت و درمان ۲۵ درصد می باشد(۲).

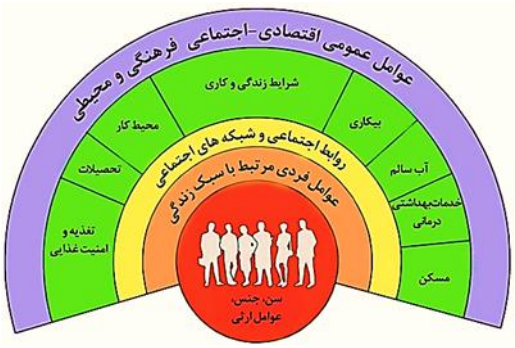
۱. استادیار، گروه بهداشت عمومی، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، پژوهشکده اعتیاد، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی، مازندران، ساری، ایران.
۲. استادیار، گروه بهداشت عمومی، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، پژوهشکده اعتیاد، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.
* نویسنده مسئول: ساری، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، پژوهشکده اعتیاد، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی، گروه بهداشت عمومی
E-mail: Anaghibi1345@yahoo.com

تاریخ دریافت:۱۳۹۶/۵/۱۰ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۶/۶/۱۲ تاریخ پذیرش:۱۳۹۶/۸/۱۲

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2025-12-31]

تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت شرایطی را توصیف می‌کنند که مردم تحت آن شرایط متولدشده بزرگ می‌شوند، زندگی و کار می‌کنند و پیر می‌شوند. سلامت مردم با ویژگی‌های جامعه و ساختارهای خدماتی و اقتصادی آن مرتبط است و این واقعیت بسیار مهم مبنای سیاست‌گذاری مؤثر برای ارتقای سطح سلامت مردم به شمار می‌رود(۳).

امروزه به صورات واضح نشان داده‌شده است که عوامل اجتماعی نقش بسیار مهمی در سلامت و رفاه در ابعاد فردی، گروهی و جمعی دارند(۴)(دیاگرام شماره ۱).



دیاگرام شماره ۱: عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت

در سال ۱۹۴۸ سازمان جهانی بهداشت به نقش تعیین‌کننده‌های اجتماعی و تأثیر آن‌ها بر روی سلامت اشاره داشت. در فواصل ۱۹۵۰ و ۱۹۶۰ رویکرد اساسی موردتوجه سازمان جهانی بهداشت و سایر نهادهای بین‌المللی رویکرد فناوری محور و مبارزه با بیماری‌ها بوده و توجه کمتری به تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در بیانیه آلماتا و در قالب راهبرد بهداشت برای همه مطرح گردید و تا سالیان مدید تمامی اقدامات در این زمینه تحت لوای پرچم بهداشت برای همه انجام شد(۶-۵).

در اوایل دهه ۱۹۹۰ دفتر منطقه‌ای اروپایی سازمان جهانی بهداشت، کار بر روی تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت و نابرابری در سلامت را آغاز نمود(۷). امروزه شواهد محکم علمی وجود دارد که تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت شامل طبقه اجتماعی، محرومیت اجتماعی، حاشیه‌نشینی، استرس، تکامل دوران کودکی، بیکاری، حمایت اجتماعی، شرایط محیط کار، غذا، حمل‌ونقل، اعتیاد، مهاجرت، شهرنشینی و جهانی‌شدن تأثیر بسیاری بر سلامت دارند(۸).

در سال‌های اخیر مطالعات در مورد نقش عوامل اجتماعی در سلامت به‌شدت رویه گسترش است. چون به این واقعیت پی برد شده است که بسیاری از مسائل موجود در نظام ارائه خدمات سلامت اساساً اجتماعی‌اند و ماهیت اجتماعی فرهنگی اقتصادی دارند بر این اساس بسیاری از بیماری‌های واگیر، غیر واگیر و انواع اختلالات در فرد تحت تأثیر این عوامل قرار دارند(۹).

مراقبت‌های اولیه بهداشتی[1] در قالب ایجاد عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت در ایران از سال ۱۳۶۳ با استقرار برنامه نظام شبکه‌های بهداشتی درمانی در کشور(خانه‌های بهداشت، مراکز بهداشتی درمانی روستایی و ...) موردتوجه قرار گرفت(۱۱-۱۰).

با توجه به تجارب ایران در ارتقاء عدالت در سلامت، در اواخر سال ۱۳۸۴ جمهوری اسلامی ایران به‌عنوان کشور همکار سازمان جهانی بهداشت در زمینه رویکرد تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت و عدالت در سلامت شناخته شد(۱۲). در این سال‌ها اتخاذ رویکرد تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت به‌منظور کاهش تفاوت‌های سلامت و ارتقاء عدالت در سلامت در وزارت بهداشت به‌عنوان یکی از پنج اولویت اعلام‌شده از سوی وزارت قرار گرفت. در اجلاس روسای دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور در سال ۱۳۸۹، ورود این رویکرد در سیاست‌ها و برنامه‌های دانشگاه‌ها مورد تأکید قرار گرفت. یکی از انتظارات و نیاز به حمایت‌ها از سطح ملی درزمینهٔ تدوین برنامه بین‌بخشی سلامت در کشور، توجه به تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت بیان شد(۱۳).

با ایجاد دبیرخانه تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، گفتمان نقش

[1]. PHC: Primary Health Care

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2025-12-31]

عوامل اجتماعی در سلامت به‌طور جدی‌تر در فرآیند برنامه‌های سلامت قرار گرفت. با پیشنهاد برنامه استراتژیک SDH به دانشگاه‌های علوم پزشکی توجه به رویکرد SHD در برنامه‌های دانشگاه تأکید شده است. با تغییر ساختار وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، معاونت امور اجتماعی در ستاد مرکزی وزارت و دانشگاه‌های علوم پزشکی ایجادشده است(۱۳). با توجه به جایگاه تعیین‌کننده‌های اجتماعی در سلامت و اهمیت گفتمان سازی در این زمینه و تبین و توصیف مؤلفه‌های اجتماعی، در این راستا این مطالعه به‌منظور بررسی گذری بر تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت انجام گرفت.

روش کار

مطالعه از نوع مروری سنتی بود. جستجو در بانک‌های اطلاعاتی معتبر؛ سامانه دانش‌گستر برکت، Magiran،Irandoc، SID صورت پذیرفت. با استفاده از کلیدواژه عوامل اجتماعی، تعیین‌کننده سلامت، نابرابری در سلامت، اصلاحات نظام سلامت مقالات وارد مطالعه شدند. شرایط ورود و خروج از مطالعه شامل مقالات فارسی که از سال ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۵ در مجلات علمی و پژوهشی که در بانک‌های اطلاعاتی موردنظر بوده است. داده‌ها با استفاده از چک‌لیست از مقالات استخراج گردیده و در نهایت نتایج توسط گروه پژوهش جمع‌بندی و در چهار محور ارائه‌شده است.

نتایج

با توجه به پراکندگی و گستردگی دامنه موضوعات و مطالعات در مورد تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در این مقاله عناوین پژوهش‌ها در چهار محور طبقه‌بندی و نشان داده‌شده است.

الف) محور مفهوم تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت و توسعه الگوی مفهومی

کمیسیون عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت با هدف بررسی موضوع عدالت در سلامت در سال ۲۰۰۳ تشکیل شد. طبق گزارش سال ۲۰۰۸ این کمیسیون کشورها به انجام پژوهش‌ها و شناسایی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت و سنجش اثربخشی مداخلات به‌منظور رفع نابرابری در سلامت ترغیب می‌شوند. در سال ۲۰۰۸ کمیسون عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت چارچوبی را برای اقدام و عمل کشورهای عضو ارائه داد(۱۴).

هدف اساسی از ارائه چارچوب عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت جلوگیری از اتخاذ سیاست‌هایی است که تأثیر منفی بر سلامت دارند. پژوهش‌های متعددی در ایران به عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت پرداخته‌اند. اکثر این مطالعات در زمینه تأثیر این عوامل بوده و چارچوب سازمان جهانی بهداشت را در مبنای پژوهش‌های خویش قرار داده‌اند(۱۵).

عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت در کشور در قالب یک چارچوب و الگوی مشخصی تاکنون موردبررسی قرار نگرفته است. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۸۸ در برنامه پیشنهادی استراتژیک عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت ۱۴ اولویت را در این زمینه تعیین‌شده است(۱۶).

چارچوب مفهومی تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت سازمان جهانی بهداشت شامل دو گروه: تعیین‌کننده‌های ساختاری و تعیین‌کننده‌های واسطه‌ای می‌باشد.

۱) تعیین‌کننده‌های ساختاری شامل سیاست‌های اقتصادی و اجتماعی کلان و موقعیت اجتماعی اقتصادی هستند که به‌عنوان عوامل تعیین‌کننده بی‌عدالتی در سلامت نیز گفته می‌شوند.

۲) تعیین‌کننده‌های واسطه‌هایی که شامل عوامل زیست‌شناختی و رفتاری و عوامل روانی اجتماعی می‌باشند. تعیین‌کننده‌های واسط به‌عنوان تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت شناخته می‌شود(۱۷).

با توجه به اهمیت و تأثیر عوامل اجتماعی بر روی سلامت افراد باید رویکرد عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت در تمامی سیاست‌ها و برنامه‌های توسعه در کشور مدنظر قرار گیرد. در پژوهشی براساس نظرات خبرگان الگوی ارائه‌شده توسط سازمان جهانی بهداشت موردبررسی قرار

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2025-12-31]

گرفت و درون‌مایه‌های جدیدی شامل حوادث و تصادفات، عوامل اجتماعی جمعیتی، عوامل بین‌المللی و حاکمیت مذهبی با توجه به شرایط کشور به این الگو اضافه شد(۱۲). در این بخش از مقاله به برخی از مهم‌ترین عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت از دیدگاه کمیسیون عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت[2] اشاره می‌شود.

تکامل دوران ابتدایی و کودکی

ساختار و اساس در طول عمر فرد در دوره کودکی شکل می‌گیرد. تکامل دوران کودکی شامل حیطه‌های مختلف جسمی، روانی، احساسی، شناختی، تکلمی و اجتماعی تا ۸ سالگی است. بر اساس پژوهش‌های انجام‌شده سرمایه‌گذاری برای سلامت در دوره کودکی بیشترین تأثیر را در کاهش نابرابری‌های سلامت دارد. با فراهم کردن فرصت‌های عادلانه، دسترسی آسان، استقرار برنامه‌های مدون برای مراقبت‌های بهداشتی دوران بارداری، حین زایمان، دوره نوزادی و مراقبت‌های منظم دوره کودکی شرایط مناسب را برای رشد و تکامل کودکان در همه مناطق در ابعاد مختلف ایجاد نمود(۲۰-۱۸).

سلامت معنوی و روان

برخورداری از سلامت روانی به‌عنوان یکی از ابعاد سلامتی در استفاده فرد از ظرفیت‌هایش، فائق آمدن بر استرس‌ها، تعامل با دیگران و مشارکت در جامعه می‌باشد. شرایط اجتماعی مانند درآمد کم، بیکاری، تحصیلات کم، شیوه زندگی ناسالم، تبعیض‌ها و شکاف و اختلاف طبقاتی و ... اختلالات روانی را در جامعه افزایش می‌دهد. بر اساس پژوهش‌های انجام‌شده در تهران بیشتر نابرابری‌های سلامت روان ناشی از عوامل اجتماعی است (آموزش، اشتغال و وضعیت اقتصادی) و نه عوامل دموگرافیک(۲۲-۲۱). نابرابری‌ها در سلامت روانی را می‌توان ناشی از دودسته عوامل دانست الف) عواملی که قابل تعدیل و تغییرند و ب) عواملی که غیرقابل تعدیل و تغییرند. از عوامل قابل تعدیل می‌توان به موقعیت اقتصادی و اجتماعی فرد، سطح آموزش، سطح مشارکت اجتماعی، اشتغال و مالکیت و کیفیت مسکن اشاره کرد. از عوامل غیرقابل تعدیل می‌توان به جنس، سن، قومیت و نژاد اشاره کرد(۲۳).

تغذیه و امنیت غذایی

بدون تردید بهره‌مندی از تغذیه مناسب در همه ادوار زندگی برای افراد و اعضای خانواده بسیار حیاتی است. فراهم کردن دسترسی، تأمین غذای سالم و مغذی برای گروه‌های مختلف سنی(به‌ویژه کودکان، مادران باردار و شیرده، سالمندان)، اصلاح، بهبود تقویت و ترغیب رفتار تغذیه‌ای بهداشتی در جامعه، نظارت و کنترل واردات مواد غذایی، وضع قوانین و مقررات برای ضمانت اجرایی برنامه‌ها، تأمین سلامت مواد غذایی از مزرعه تا سفره، نظارت بر استفاده از سموم و دفع آفات در تولیدات مواد غذایی، تقویت کشاورزی سالم و دوستدار محیط‌زیست از جمله سیاست‌های حمایتی در تغذیه سالم است(۲۶-۲۴).

شیوه زندگی سالم

طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، شیوه زندگی راهی برای زندگی براساس الگوهای قابل‌تعریف رفتاری است که از طریق تعامل بین خصوصیات فردی، تعاملات اجتماعی و شرایط زندگی اجتماعی، اقتصادی و محیطی یک فرد تعیین می‌شود بسیاری از مشکلات بهداشتی قابل‌پیشگیری‌اند یا حداقل می‌توان وقوعشان را به تعویق انداخت. همچنین در طول سه دهه گذشته مشاهده‌شده است که بخش قابل‌توجهی از ۱۰ علت مرگ، ناشی از عوامل قابل‌پیشگیری اجتماعی و شیوه زندگی می‌باشد(۲۷). یک شیوه زندگی سالم می‌تواند به‌عنوان تعریفی عمومی از رفتار مردم در سه بعد درون افراد، محیط‌های اجتماعی آن‌ها(خانواده، همسالان، جامعه، محل کار) و رابطه بین افراد و محیط‌های اجتماعی آنان در نظر گرفته شود(۲۸). بیشتر تعاریف جدید شیوه زندگی:

[2] . Commission on Social Determinants of Health: CSDH

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2025-12-31]

تأثیر عوامل اجتماعی، اقتصادی و محیطی بر شیوه زندگی را موردتوجه قرار داده‌اند. امروزه با توجه به تغییر سیمای اپیدمیولوژیک ابتلا و مرگ‌ومیر بیماری‌ها، نقش شیوه زندگی و الگوهای رفتاری در سلامت و بیماری بسیار تعیین کننده می‌باشد(۳۰-۲۹).

حوادث

یکی از مهم‌ترین علل مرگ‌ومیر در کشور، بعد از بیماری‌های قلبی و عروقی، حوادث می‌باشد. سوانح و حوادث سالیانه موجب خسارت جانی و مرگ‌ومیر، مصدوم شدن، معلولیت ،ناتوانی و همچنین پیامدهای نامطلوب اقتصادی و اجتماعی روانی فراوان بر جوامع می‌شود. از آنجائی که حوادث عموماً جمعیت جوان و فعال جامعه را هدف قرار می‌دهد. آثار زیانباری بر اقتصاد، اجتماع، تولید، ساختار جمعیت و ... وارد می کند(۳۱).

آموزش، آگاهی، تحصیلات

سواد و تحصیلات یکی از نشانگرهای مهم اجتماعی و اقتصادی جوامع می‌باشد. سواد و تحصیلات یکی از متغیرهای اساسی خروج از فقر است. بالا رفتن سطح تحصیلات ظرفیت دستیابی به مشاغل مناسب، کسب درآمد بیشتر، بهبود سطح زندگی را فراهم می‌نماید و انجام رفتارهای بهداشتی را توسعه می‌بخشد و درنهایت وضعیت سلامت مطلوب‌تر می گردد. درعین‌حال شواهدی مبنی بر این وجود دارد که آموزش پایه بهتر از طریق بهبود سواد و مطالعه‌های سلامتی می‌توانند تمایل برای استفاده از خدمات بهداشتی را بهبود ببخشند(۳۲). افزایش سطح تحصیلات زنان و آموزش زنان از عوامل مؤثر در توانمندی زنان و به‌عنوان معیار اساسی در بهبود سلامت خانواده، کاهش مرگ‌ومیر و تغییر رفتار باروری مشاهده شد(۳۳).

مسکن

مسکن افراد با سلامتشان مرتبط است. نوع مسکن، مساحت آن، جایگاه فیزیکی، محله و منطقه سکونت، ازدحام جمعیت ساکن آن، دما و رطوبت، توانایی و دسترسی آسان افراد به مسکن، تأمین هزینه و برخورداری از مسکن مناسب، هرکدام به نحوی بر سلامت جسمی و روانی ساکنان آن مؤثر می‌باشد(۳۴).

محیط‌های سالم

با توسعه شهرنشینی، صنعتی شدن، تغییر شیوه زندگی، افزایش اتومبیل، ازدیاد استفاده بی‌رویه از سموم کشاورزی، آلاینده‌های زیست‌محیطی در حال افزایش است. آلودگی هوا، ترافیک، آلودگی آب‌های سطحی و زیرزمینی، آلودگی خاک، دفع غیربهداشتی فاضلاب و زباله، تخریب جنگل و مراتع و... از چالش‌های زیست‌محیطی عصر حاضر می‌باشد. یکی از جدی‌ترین عوامل خطر بیماری‌ها اعم از بیماری‌های واگیر و غیرواگیر آلاینده‌های زیست‌محیطی و محیط‌های ناسالم زندگی است(۳۰).

حمایت اجتماعی

حمایت اجتماعی در جهت تحقق نیازهای واقعی و عاطفی افراد کمک‌کننده است تعلق به یک شبکه اجتماعی از جامعه و الزامات متقابل موجب می‌شود تا افراد احساس محبت، دوستی، احترام و ارزش نمایند این امر تأثیر حفاظتی قوی بر سلامتی دارد. همچنین روابط حمایتی می‌توانند سبب برانگیختن رفتارهای سالم‌تری گردند. احساس وجود حمایت اجتماعی حکایت از بهبود روند سلامت اجتماعی، سرمایه اجتماعی، رفاه اجتماعی و شبکه‌های اجتماعی در جامعه است. ارتقاء ارتباطات اجتماعی مطلوب، تقویت سرمایه‌های اجتماعی و بهره‌گیری از آن‌ها در توانمندسازی افراد و گروه‌های جامعه، استفاده از شبکه‌های اجتماعی به‌عنوان یک ساختار اجتماعی در جهت تقویت ارتباطات بین فردی، گروهی و اجتماعی از خانواده، دوستان، خویشاوندان و تعمیم آن به‌کل جامعه، افزایش اعتماد عمومی در جامعه، انسجام اجتماعی، وحدت ملی، احساس غرور ملی و ... همگی بر

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2025-12-31]

سلامت تک‌تک اعضای جامعه تأثیر مثبت خواهد داشت(۳۵).

ب: محور نابرابری‌ها در سلامت

عدالت در سلامت به معنی مطمئن شدن از این موضوع است که افراد یک جامعه به‌طور منصفانه و بر اساس نیاز خود از مراقبت‌های بهداشتی درمانی لازم بهره می‌برند. توزیع نامناسب سرویس‌های سلامت یکی از عوامل تعیین‌کننده وضعیت سلامت افراد است. به‌طور مثال حاشیه‌نشین مناطقی در کشورهاست که از بسیاری مزایای اجتماعی در مقایسه با سایر مناطق بهره‌مند نیستند. حاشیه‌نشین‌ها در مناطق محروم و دوردست از امکاناتی همانند: خدمات عمومی و رفاهی آب، برق، جاده ارتباطی، مراکز تفریحی، رفاهی، فرهنگی و آموزشی، بهداشتی درمان، تحصیل، شرایط اشتغال برابر و حمایت‌های اجتماعی کمتر برخوردار هستند. ضمن اینکه شرایط مسکن نامناسب، درآمد کم، مشاغل کاذب، تغذیه نامناسب، ناهنجاری‌های اجتماعی مثل اعتیاد، بزهکاری و... نیز ازجمله مسائل مناطق حاشیه‌نشین هست. فقدان یا کمبود مزایای اجتماعی و رفاهی که در بالا ذکر شد اثرات نامطلوبی بر سلامت دارد(۳۸-۳۶).

برخورداری آحاد مردم جامعه از خدمات سلامت و ارائه عادلانه آن خدمات یکی از شاخص‌های مهم ارزیابی نظام‌های سلامت و سیاست کلان سلامت جوامع هست. در این راستا بهره‌مندی مناسب و منصفانه مردم از خدمات سلامت عدالت محور، مستلزم تدوین سیاست‌های کلان سلامت، طراحی و ایجاد ساختارهایی برای سلامت که متضمن تخصیص مناسب منابع برحسب نیازهای سلامت، طراحی و مدیریت برنامه‌های سلامت برحسب نیازهای مردم به‌ویژه اقشار آسیب‌پذیر و مناطق کمتر برخوردار، اولویت‌گذاری به استراتژی مراقبت اولیه بهداشتی در نظام سلامت می‌باشد(۳۹).

در سال ۱۳۸۹ به‌منظور ارزیابی مقوله عدالت در سلامت در ایران. با مشارکت گروه بزرگی از خبرگان حوزه سلامت و برگزاری جلسات بین‌بخشی متعدد تعداد ۵۲ شاخص در قالب ۵ حیطه به‌عنوان شاخص‌های عدالت در سلامت معرفی و به تصویب هیئت‌وزیران رسیده است(۱۲).

ج: محور سلامت و درآمد

درآمد کم و نابرابری‌های اقتصادی پیامدهای بسیار نامطلوب اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی از جمله بر سلامت دارد. ازجمله مقوله‌های مرتبط با درامد می‌توان به فقر، بیکاری، شغل و ناامنی شغلی، تغذیه و... اشاره نمود. فقر یکی از تعیین‌کننده‌های زمینه‌ای سلامت و بیمارهای است. فقر مانع برخورداری افراد فقیر و خانواده آنان از استانداردهای قابل‌دستیابی زندگی می‌شود. ارتباط بسیار قوی بین فقر با بیماری‌های عفونی واگیر، بیماری‌های غیر واگیر، مرگ‌ومیر، تغذیه نامطلوب، محیط زندگی نامناسب، دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی برای گروه‌های مختلف سنی وجود دارد(۴۰).

حجم بسیار زیادی از مطالعات، ارتباط محکم میان درآمد و بیماری‌ها و مرگ‌ومیر با استفاده از شاخص‌های مختلف درآمد و سلامت را نشان دارند بیکاری و ناامنی شغل زمینه‌ساز ایجاد اختلالات جسمی، روانی، اضطراب، افسردگی، ناامنی اجتماعی، شیوع بیماری‌های قلبی و عروقی و ... و مرگ زودرس می‌شود(۴۳-۴۱).

بنابراین تأمین فرصت برای شغل مولد، ایجاد بستر مناسب برای اشتغال، شرایط کاری منصفانه، امنیت محیط کاری یکی از مؤلفه‌های مهم اجتماعی بر سلامت در ابعاد جسمی و روانی و اجتماعی است. کاهش آسیب‌پذیری ناشی از فقر و نابرابری در درآمد مستلزم سیاست‌گذاری مناسب، طراحی و اجرای برنامه حمایتی در بخش‌های اقتصادی، اجتماعی و رفاهی، اشتغال بیمه‌ای، تغذیه‌ای، از جمله مراقبت‌های بهداشت و درمان می‌باشد(۴۳).

د: محور بازنگری در نظام سلامت بر اساس رویکرد تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت

نظام سلامت کشور برای ارائه خدمات در چارچوب رویکرد تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت با چالش‌های جدی ازجمله چالش‌های ساختاری، تئوریک و نظری و

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2025-12-31]

مفهومی، نیروی انسانی، هماهنگی بین‌بخشی و جلب حمایت جانبه مواجه می‌باشد. در بعد ساختاری، ساختار فعلی نظام سلامت کشور قادر به پاسخگویی مناسب به نیازهای سلامت در ابعاد تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت نیست. در بعد تئوریک، نظری و مفهومی، روح حاکم بر نظام سلامت از جهت مبانی نظری و پشتوانه تئوری و نگرشی، مبتنی بر اولویت به ارتقاء سلامت نیست. در بعد نیروی انسانی، به‌عنوان یکی از ارکان نظام سلامت از جهت توانمندی، آموزش‌های آکادمیک و دانشگاهی، مهارت و ... متناسب با رویکرد ارتقاء سلامت‌محور نیست. در بعد هماهنگی بین بخشی و جلب حمایت جانبه، ازآنجایی‌که برنامه‌های ارتقاء سلامت مبتنی بر مشارکت جامعه، ایجاد محیط‌های حمایتی و جلب حمایت بخش‌های مختلف بیرون از سازمان است. با سازوکارهای موجود در نظام سلامت امکان دستیابی به آن میسر نیست(۴۴). بدون تردید نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران برای مواجهه با مؤلفه‌های جدید مؤثر بر سلامت نیازمند به شناخت چالش‌های فرارو، توانمندسازی کارکنان، اصلاح و بازنگری در ساختار، وظایف و مأموریت‌ها مبتنی بر رویکرد ارتقای سلامت می‌باشد.

بحث

براساس نتایج مطالعات عناوین پژوهش در چهار دسته طبقه بندی گردید که عبارت‌اند از:

الف) مفهوم تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت و توسعه الگوی مفهومی آن،

ب) نابرابری‌ها در سلامت،

ج) سلامت و درآمد،

د) بازنگری در نظام سلامت براساس رویکرد تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت.

عوامل متعدد و گسترده‌ای به‌عنوان عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت در کشور می‌باشد. براساس مطالعه زابلی و همکاران عوامل تعیین‌کننده سلامت عبارت‌اند از حوادث و تصادفات، جایگاه اقتصادی و اجتماعی، سیاست‌های کلان اقتصادی، حاکمیت و رهبری، سیاست‌های اجتماعی، سیاست‌های عمومی، فرهنگ و ارزش‌های اجتماعی، حمایت اجتماعی، انسجام و ثروت اجتماعی، حاکمیت دینی، عوامل بین‌المللی، عوامل رفتاری و بیولوژیکی، عوامل روانی، سیستم سلامت و عوامل اجتماعی و جمعیتی(۱۲).

سلامت، کالایی اختصاصی است و توزیع مناسب آن باید نگرانی اصلی سیاست‌گذاران باشد(۱۷). نابرابری در سلامت به معنای نابرابری در توان و عملکرد افراد است و این نابرابری به‌طور نظام‌مند منجر به نابرابری در جایگاه اجتماعی و شرایط زندگی افراد شده و تلاش‌های دولت در زمینه مداخلات اجتماعی را با شکست مواجه می‌کند. نابرابری‌ها در کسب فرصت‌ها می‌تواند اقتصاد، اجتماع، خانواده و سلامت جسمی و روانی افراد را تحت تأثیر قرار دهد. نابرابری در توزیع درآمد، شغل، تحصیلات، امکانات و نابرابری طبقات اجتماعی از نظر رنگ، نژاد و ملیت می‌تواند شاخص‌های سلامت را کاهش دهد(۴۵). پژوهش مرادی و همکاران در زمینهٔ وضعیت نابرابری در ایران نشان داد که وضعیت همسانی سلامت در بین استان‌های کشور وضعیت مطلوبی ندارد و برای کاهش نابرابری‌ها باید سیاست‌گذاران و مدیران نظام سلامت به تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت توجه خاصی کنند(۴۶). نابرابری درآمد نشان‌دهنده کاهش درآمد در دسترس اکثریت افراد جامعه می‌باشد که تأثیر منفی بر سلامت دارد. علاوه بر این وجود نابرابری در جامعه موجب افزایش احساس محرومیت نسبی افراد شده و سلامت روانی جامعه را تحت تأثیر قرار می‌دهد. نتایج مطالعات اخیر تعامل جدی میان عوامل مرتبط با فقر و سلامت روان نامطلوب را نشان می‌دهد به‌طوری‌که فراوانی اختلالات روانی شایع در میان فقرا دو برابر بیشتر از ثروتمندان است(۴۷). مطالعه مروری انجام‌شده بر روی ۴۷ مقاله انجام‌شده در ایران توسط سجادی و همکاران رابطه علت معلولی بین درآمد و سلامت را نشان داد(۴۱). مطالعات دیگری نیز نابرابری درآمدی را از تعیین‌کننده‌های اصلی سلامت ارزیابی کردند(۴۸،۲۱).

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2025-12-31]

از آنجائی که ساختار فعلی وزارت بهداشت درمان آموزش پزشکی کاملاً درمان محور و مبتنی بر نگاه بهداشت سنتی است و استفاده از رویکرد اجتماعی در ارتقای سلامت در این سازمان هنوز جایگاه واقعی خود را پیدا نکرده است. با این شرایط نمی‌تواند پاسخگویی الگوی تغییریافته بیماری‌ها،کنترل بیماری‌ها غیرواگیر و افزایش بار ناشی از این بیماری‌ها و سایر مشکلات روانی و اجتماعی مرتبط با سلامت جامعه باشد. ریشه این مشکلات در موقعیت‌های ساختاری عمیق‌تر مانند عوامل اجتماعی، اقتصادی، سیاست‌های کلان کشور نهفته است(۴۹). مطالعه دژمان و همکاران بازنگری ساختارهای موجود(نظام ارائه خدمات، شوراهای تصمیم‌گیری بی نبخشی) و پیشنهادی(توانمندسازی جامعه، همکاری بین بخشی و عدالت در سلامت) را برای رسیدن به هدف ارتقا سلامت جامعه پیشنهاد داد(۴۹). مرور تجربیات کشورهای کنیا و شیلی نشان‌دهنده تغییر نظام سلامت عمومی کشورها از ارائه خدمات مستقل با تأکید بر بعد سلامت به اصلاحات ساختاری گسترده اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی به‌عنوان عوامل ریشه‌ای مؤثر بر سلامت می‌باشد(۵۱-۵۰).

نتیجه‌گیری

ارائه مداخلات اثربخش سلامتی نیازمند رویکردهای مبتنی بر جامعه مانند رویکرد تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت دارد. امروزه شواهد علمی محکمی وجود دارد که تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت تأثیر بسیاری بر سلامت دارند . بنابراین ارائه مراقبت‌های پزشکی به‌تنهایی نمی‌تواند موجبات بهبود شرایط سلامت افراد را فراهم آورند. انتقال اطلاعات و داروهای علمی به سیاست گذران و تصمیم گیرایی و ترویج آگاهی، تصمیم سازی و اقدام علمی اهداف کلیدی برنامه WHO در خصوص مؤلفه‌های اجتماعی سلامت به شمار می‌روند. شناخت آثار سیاست‌ها و شرایط اجتماعی و اقتصادی بر سلامت می‌تواند اثر عمیقی در تعیین روش‌هایی که جامعه در خصوص توسعه در پیش می‌گیرد داشته باشد(۱۶).

مداخلات سیاست‌های اجتماعی و سلامت زمانی اثربخش است که ساختار رویکردها، ترکیبی از تغییرات محیطی و افزایش خدمات بهداشتی ترویج برنامه‌ها در ابعادی فردی و خانواده محور باشد .

با بررسی مطالعات انجام‌شده در کشور در حیطه تعیین‌کننده‌ای اجتماعی سلامت نکات زیر قابل‌توجه می‌باشد.

قدمت انجام پژوهش‌های مرتبط با عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت در کشور خیلی طولانی نیست. به‌طوری‌که در یک دهه گذشته به‌صورت پراکنده به آن پرداخته‌شده و در ۵ سال اخیر بسیار بیشتر موردتوجه قرارگرفته است.

یکی از چالش‌های مهم در مطالعات مرتبط با تعیین‌کننده‌های اجتماعی برای محققین ما، فقدان الگوی مفهومی تعیین‌کننده‌های اجتماعی در سلامت متناسب با شرایط فرهنگی و اجتماعی ایران است، بنابراین مطالعات در این بخش نیازمند به گفتمان‌سازی، تدوین، طراحی مبانی تئوریک، مفهوم‌سازی، تولید منابع، متون علمی، درست‌نامه‌های کاربردی و بومی‌سازی مفاهیم متناسب با شرایط فرهنگی و اجتماعی کشور می‌باشد.

مطالعات در حیطه تعیین‌کننده‌ای اجتماعی سلامت سازمان‌یافته و هدفمند نیست. پژوهش‌هایی که در این بخش در کشور صورت گرفته است بسیار پراکنده است.

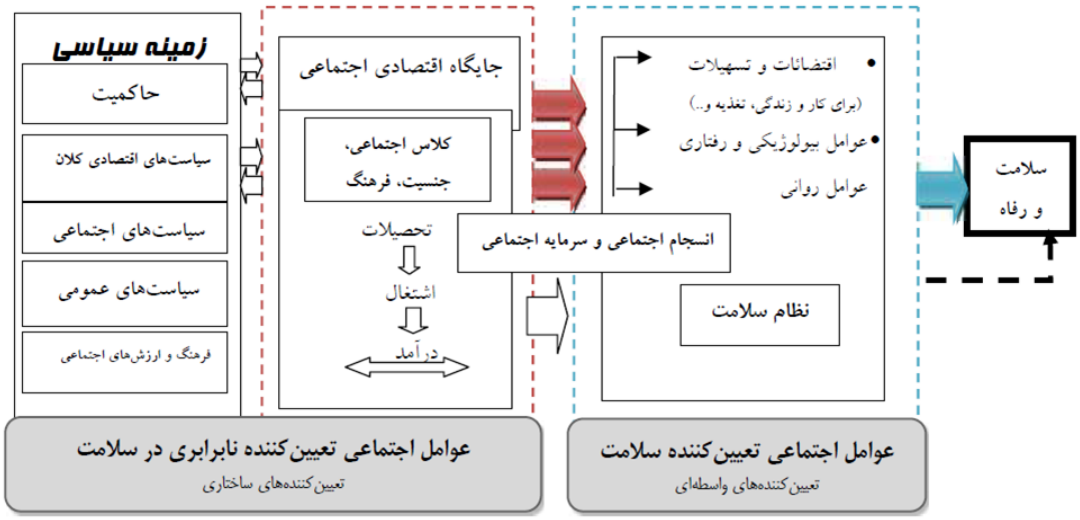
انجام مطالعات در قلمرو عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت نیازمند ابزارهای پژوهشی معتبر می‌باشد. فقدان و کمبود ابزارهای سنجش تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت برای مطالعات، عدم برخورداری بسیاری از ابزارهای موجود از جامعیت، شمولیت تناسب با شرایط فرهنگی اجتماعی از جمله مشکلات پژوهش در این حوزه است. ضمن اینکه ابزارهای موجود از جهت روایی و پایایی نیاز به بررسی و واکاوی بیشتری دارد. بنابراین یکی از فعالیت‌های موردنیاز ابزارسازی برای مطالعات در این بخش می‌باشد.

مطالعات در بخش تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت نیازمند مشارکت رشته‌ها و تخصص‌های مختلف علوم سلامت با رشته علوم اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی می‌باشد. بدون شک با مطالعات یک‌سویه نمی‌توان تحلیل

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2025-12-31]

جامعه‌ی از موضوع تعیین‌کننده‌های اجتماعی در سلامت داشت.

علیرغم اینکه ده‌ها مراکز تحقیقاتی تحت عنوان تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور در چند سال اخیر ایجادشده است. به دلایل مختلفی این مراکز نتوانسته‌اند نقش‌های اساسی و قابل قبولی را در مطالعات مرتبط با تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت ایفا نمایند. به نظر می‌رسد وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در سطح کلان و کشوری می‌تواند با به‌کارگیری متخصصین مرتبط در این مراکز تحقیقاتی، هدفمند نمودن فعالیت این مراکز، ایجاد شبکه ارتباطی و همکاری بین این مراکز، اعلام مأموریت ویژه به هرکدام از مراکز تحقیقاتی در قطب‌های ده‌گانه دانشگاه‌هایی علوم پزشکی کشور تحولی شگرف در حیطه مطالعات مؤلفه‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت ایجاد نماید.



نمودار شماره ۱: چهارچوب مفهومی عوامل اجتماعی تعیین‌کننده نابرابری در سلامت(سازمان جهانی بهداشت ۲۰۱۰)

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2025-12-31]

References

1. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva, Switzerland: WHO; 2010. [September 22, 2016]. (Social determinants of health discussion paper 2 (policy and practice)). http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf.
2. Baheiraei A, Mirghafourvand M, Mohammadi E, Nedjat S, Charandabi SM-A, Rajabi F, et al. Health-promoting behaviors and social support of women of reproductive age, and strategies for advancing their health: Protocol for a mixed methods study. BMC Public Health. 2011;11:191.
3. Moghadam MN, Banshi M, Javar MA, Amiresmaili M, Ganjavi S. Iranian Household Financial Protection against Catastrophic Health Care Expenditures. Iranian Journal of Public Health. 2012;41(9):62-70.
4. Cockerham WC. Medical Sociology. In: Cockerham WC, editor. MEDICAL SOCIOLOGY. New York(NY): taylor and francis. 2017; 41-59.
5. Brown TM, Cueto M, Fee E. The World Health Organization and the Transition From “International” to “Global” Public Health. American Journal of Public Health. 2006;96(1):62-72.
6. Homedes N, Ugalde A. Why neoliberal health reforms have failed in Latin America. Health policy (Amsterdam, Netherlands). 2005;71(1):83-96.
7. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. International journal of health services : planning, administration, evaluation. 1992;22(3):429-45.
8. Regidor E. Social determinants of health: a veil that hides socioeconomic position and its relation with health. Journal of Epidemiology and Community Health. 2006;60(10):896-901.
9. Armstrong D, Tavakol M. Medical Sociology. 3rd, editor. tehran: Sina Cultural and Legal Institute, Shahid Beheshti university. 2012; 5-50.
10. Marandi A, Shadpour K, Damari B, Zeinaloo A, Motlagh E. Iran`s 30 Years' Experience on Social Determinant of Health and Health Equity. Journal of Medical Council of Iran 2012;30(3):225-236.
11. Manenti A. Health situation in Iran. Med J Islam Repub Iran. 2011;25(1):1-7.
12. Zaboli R, Malmoon Z, Seyedjavadi M, Seyedin H. Developing a conceptual model of social determinants of health inequalities: A qualitative study. Journal of Health Promotion Management. 2014;3(4):74-88.
13. Vahidi R, Kousha A, Kalantari H, Tabrizi J. Social Determinants of Health and Their Related Organizations in East Azerbaijan. journal of health. 2013;3(4):20-28.
14. Alami A. Equity in health from social determinants of health’s point of views. Journal of Research and Health. 2011;1(1):7-9.
15. Alami A. Equity in health from social determinants of health’s point of views. Journal of Research and Health. 2011;1(1):7-9.
16. Barak M, Ahari SS, Amani F, Asadi G, Rahimi G, Khadem E. Causatives and Risk Factors for Deaths among Infants Under 1 Year Old in Ardabil Slums During 2008-2009. J Ardabil Univ Med Sci. 2013;12(1):40-47.
17. Soleimani F, Sajedi F, Akbari SAA. Developmental delay and related factors. Advances in Nursing & Midwifery. 2015;24(85):60-71.
18. Al-Naddawi M, Ibraheem MF, Alwan SH. Causes of Global Developmental Delay in Children Welfare Teaching Hospital-Baghdad. The Iraqi Postgraduate Medical Journal. 2013;12(3):383-389.
19. Morasae EK, Forouzan AS, Majdzadeh R, Asadi-Lari M, Noorbala AA, Hosseinpoor AR. Understanding determinants of socioeconomic inequality in mental health in Iran's capital, Tehran: a concentration index decomposition approach. International Journal for Equity in Health. 2012;11:11-18.
20. Mahmoud Tavousi AAHM, Akram Hashemi, Fatemeh Naghizadeh, Ali

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2025-12-31]

Montaze. Mental health in Iran: a nationwide cross sectional study. Payesh. 2016;15(3):233-299.
21. Blaxter M. Health and life style. london: routledge. 1990; 104-105.
22. Dastgiri S, Mahboob S, Tootoonchi H, Ostad-Rahimi A. Factors affecting food insecurity: a cross sectional study in Tabriz in 1383-84. Journal of Ardabil University of Medical Sciences. 2006;6(3):233-239.
23. Damari B, Vosooghmoghaddam A. 3 years performances of the Provincial Health and Food Security Councils in IR Iran: the way forward. J Sch Public Health Inst Public Health Res. 2012;10(2):21-28.
24. Bouis H, Eozenon P, Rahman A. Food prices,household income and resource allocation:socioeconomic perspectives on their effects on dietary quality and nutritional status. Food NutriBull. 2011;32(1):14-23.
25. Bahadori M, Sanaeinasab H, Ghanei M, Mehrabi Tavana A, Ravangard R, Karamali M. The Social Determinants of Health (SDH) in Iran: A Systematic Review Article. Iranian Journal of Public Health. 2015;44(6):728-741.
26. Kaviani M. The quantification and measurement of Islamic life style. Ravanshenasi va Din. 2011;4(2):27-44.
27. Moghadam M, Sadeghi V, Parva S. Weaknesses and challenges of primary healthcare system in Iran: a review. The International Journal of Health Planning and management. 2012;27(2):121-1341.
28. Grey M. Lifestyle determinants of health: Isn't it all about genetics and environment? Nursing Outlook. 2017;65(5):501-505.
29. Khodadadi N, Ghanbari A, Mousavi M, Khaleghi M, Mousavi S. Related factors to onset of post-traumatic stress disorder after road accidents. Holistic Nursing and Midwifery Journal. 2014;24(2):9-17.
30. Jahdi F, Montazeri A, balouchi M, Moghadam ZB. The impact of group prenatal care on pregnant women empowerment. Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research. 2013;13(2):229-234.
31. Froozanfar S, Majlessi F, Rahimi F, A Pourreza A. Assesment of the relationship between empowerment and reproductive behavior. Daneshvar medicine. 2012; 19(99): 46-93.
32. Zazouli MA, Yazdany Cherati J, Ahmadnezhad A. Assessment of Safety Status of Residential Housing in Rural Families of Ramian Township(Golestan Province, Iran) in 2011. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. 2013;22(2):164-175.
33. Heidarkhani H, Haghighatian M, Ghanbari N. Analyzing the different aspects of social protection and social health of women heads of households in rural areas Kermanshah city. socio-cultural Development Studies. 2016;5(2):31-57.
34. Braveman P, Gruskin S. Defining equity in health. J Epidemiol Community Health. 2003;57:254-258.
35. Aramesh K. Debate about principles of justice in medical ethics. Ethics in Science and Technology. 2007;2(3):10-15.
36. Riley LW, Unger A, Reis. MG. Slum health: Diseases of neglected populations. BMC International Health and Human Rights. 2007;7(2):1-6.
37. Torkamannejad S, Nasiripour A, Maleki M, Riahi L. Evaluation of health equity indicators in Iran. Healh care management 2012;4(1,2):21-31.
38. Sajjadi H, Vameghi M, S SMG. Health and Income in Iran: A Review on Published Studies in Farsi, 2000 to 2007. Hakim Res J. 2013;15(4):309-320.
39. Heidarian M, Ghaemiyan T, Abadi AS, Montazeri A. Relationship Among Poverty & Life Quality. Payesh Health Monit. 2011;14(11):491-495.
40. Rezapour A, Azar FE, Zadeh Ny, Hasanpour F, Faradonbeh HB, Nosrati SA, et al. The Socio-Economic Determinants of Health Care Utilization: A Cross-Sectional Survey In Tehran Metropolis. Journal of Payavard Salamat. 2015;9(2):180-191.

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2025-12-31]

41. Vahidi R, Kousha A, Kalantari H, Tabrizi J. Social Determinants of Health and Their Related Organizations in East Azerbaijan. journal of health. 2013;3(4):20-28.
42. Ori G, Elizabeth K, Tan Y, Virendra P, Scott B. Rethinking Health Planning: A Framework for Organising Information to Underpin Collaborative Health Planning. Health Information Management Journal. 2010;39(2):18-29.
43. Moradi-Lakeh M, Vosoogh-Moghaddam A. Health Sector Evolution Plan in Iran; Equity and Sustainability Concerns. International Journal of Health Policy and Management. 2015;4(10):637-640.
44. Delgadillo J, Asaria M, Ali S, et al. On poverty, politics and psychology: the socioeconomic gradient of mental healthcare utilisation and outcomes. Br J Psychiatry 2016;209:429-430.
45. Babakhani M. Relationship between Economic Growth, Income Inequality and Health in Iran: 1978-2006. Iranian Journal of Epidemiology. 2009;5(1):9-16.
46. Dejman M, Falahat K, Eftekhari MB, Mahmoodi Z, Forouzan A, shushtari ZJ. Addressing Social Determinant of Health in Iranian Healthcare Network- A proposed Model. Hakim Health Sys Res. 2015;18(1):14-25.
47. Pishvaei M, Moradi N, Armanmehr V, Baghery P. Equity in health: From concept to application in healthcare system. Journal of Research & Health 2013;3(2):333-334.
48. Irwin A, Valentine N, Brown C, Baghery R, Solar O, Brown H. The commission on social determinants of health: tackling the social roots of health inequities. PLOS Med. 2006;3(6):106.

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2025-12-31]