



The Iranian Association of
Medical Law



The Bioethics and Health
Law Institute

Health Disparities and Social Justice; An Ethical Analysis of the Impact of Environmental Factors, Poverty and Education on Public Health

Vahid Moazzen¹ 

1. Department of Public and International Law, Law Faculty, Farabi Campus, University of Tehran, Qom, Iran.

ABSTRACT

Background and Aim: With the development of the broad concept of health in the current era, the main effort of the countries for the realization of justice in the health system is made by focusing on the social determinants of health. Studies have shown that most of the diseases and health inequalities are rooted in social factors and the Millennium Development Goals have recognized the impact of these factors on the health of communities. On the other hand, the role of health in promoting human development indicators is undeniable. Therefore, eliminating the factors that affect health and cause inequalities in health is one of the key tasks to be accomplished by the governments. In the present article, an attempt has been made to explain how community health is influenced by the parameters outside of the health system by focusing on the environmental factors, poverty and education.

Method: this research is of theoretical type and the research method is descriptive-analytical and the method of data collection is library and has been done by referring to documents, books and articles.

Ethical Considerations: In all stages of writing the present research, while respecting the originality of the texts, honesty and trustworthiness have been observed.

Results: According to the findings of the study, not paying attention to the mentioned parameters and relying on the demand-based market mechanism in the policy-making lead to the indirect increase of inequalities in the health system and as a result, the health needs of a group of people in this cycle are eliminated.

Conclusion: in order to address the mentioned challenges, measures have been introduced such as inter-sectoral cooperation, attention to the possible effects of policies on health, especially among the poor, the definition of poverty as deprivation from the principal capabilities and education as empowerment, the relationship between the educational programs and the social class of the learners, the simultaneous role of nature and education in the individual health along with increasing social capital to be accomplished by the governments.

Keywords: Social Health Determination; Environmental Factors; Poverty; Education; Social Justice

Corresponding Author: Vahid Moazzen; **Email:** vahid.moazzen@gmail.com

Received: January 12, 2024; **Accepted:** May 14, 2024; **Published Online:** December 01, 2024

Please cite this article as:

Moazzen V. Health Disparities and Social Justice; An Ethical Analysis of the Impact of Environmental Factors, Poverty and Education on Public Health. Medical Law Journal. 2024; 18: e32.



نابرابری‌های سلامت و عدالت اجتماعی؛

تحلیل اخلاقی اثرگذاری عوامل محیطی، فقر و آموزش بر سلامت عمومی

وحید موذن^۱

۱. گروه حقوق عمومی و بین‌الملل، دانشکده حقوق، دانشکدگان فارابی، دانشگاه تهران، قم، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: با نضج گرفتن مفهوم موسع سلامت در عصر کنونی، عمده تلاش کشورها برای تحقق عدالت در نظام سلامت از طریق توجه به تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت صورت می‌پذیرد. مطالعات نشان داده‌اند بیشترین بار بیماری‌ها و نابرابری‌های سلامت ریشه در عوامل اجتماعی دارند و اهداف توسعه هزاره نیز تأثیر این عوامل بر سلامت جوامع را به رسمیت شناخته است. از طرفی نقش سلامت ارتقای شاخص‌های توسعه انسانی نیز انکارناپذیر است، بنابراین حذف عواملی که سلامت را تحت تأثیر قرار داده و سبب بروز نابرابری در سلامت می‌گردند، در زمره وظایف کلیدی دولت‌ها محسوب می‌گردد. در مقاله پیش رو تلاش شده است تا چگونگی اثرپذیری سلامت جامعه از پارامترهایی که خارج از نظام سلامت قرار دارند با تمرکز بر عوامل محیطی، فقر و آموزش تبیین گردد.

روش: این مقاله به روش توصیفی - تحلیلی، به صورت کتابخانه‌ای و با ابزار فیشبرداری کتب و مقالات نگارش یافته است.

ملاحظات اخلاقی: در تمام مراحل نگارش پژوهش حاضر، ضمن رعایت اصالت متون، صداقت و امانتداری رعایت شده است.

یافته‌ها: مطابق یافته‌های این مطالعه عدم توجه به پارامترهای مذکور و تکیه بر مکانیسم بازار مبتنی بر تقاضا در سیاستگذاری‌ها، موجب می‌گردد تا نابرابری‌های نظام سلامت به صورت غیر مستقیم افزایش یافته و نیازهای بهداشتی گروهی از مردم نیز در این چرخه حذف گردد.

نتیجه‌گیری: جهت مقابله با چالش‌های مذکور اقداماتی چون تحقق همکاری‌های بین بخشی، توجه به تأثیرات احتمالی سیاست‌ها بر سلامت خصوصاً فقرا، تعریف فقر به عنوان محرومیت از توانمندی‌های اساسی و آموزش به منزله توانمندسازی، ارتباط بین سطح برنامه‌های آموزشی و طبقه اجتماعی گیرندگان آموزش، نقش توأمان طبیعت و تربیت در سلامت فرد در کنار افزایش سرمایه اجتماعی به عنوان رؤس اقدامات دولت‌ها در این خصوص معرفی شده‌اند.

واژگان کلیدی: عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت؛ عوامل محیطی؛ فقر؛ آموزش؛ عدالت اجتماعی

نویسنده مسئول: وحید موذن؛ پست الکترونیک: vahid.moazzen@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۷/۰۵؛ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۴/۳۱؛ تاریخ انتشار: ۱۴۰۳/۰۹/۱۱

خواهشمند است این مقاله به روش زیر مورد استناد قرار گیرد:

Moazzen V. Health Disparities and Social Justice; An Ethical Analysis of the Impact of Environmental Factors, Poverty and Education on Public Health. Medical Law Journal. 2024; 18: e32.

مقدمه

سلامت از جمله مهم‌ترین سرمایه‌های هر انسانی محسوب می‌شود که به وی اجازه توسعه کامل توانایی‌هایش را اعطا می‌کند. اگر بنا به هر عللی این سرمایه فرسوده شود یا به طور کامل توسعه پیدا نکند، می‌تواند موجب ضعف فیزیکی و روحی انسان گردد (۱). شیوه زندگی سالم مطابق تعریف امروزی خود دربرگیرنده پارامترهایی چون تطابق مؤثر (Effective Coping)، یادگیری مادام‌العمر (Lifelong Learning)، احتیاط‌های ایمنی و امنیتی (Safety and Security)، فعالیت‌های اجتماعی و داوطلبانه (Social Precautions)، فعالیت‌های داوطلبانه (Activity and Volunteering) و حس هدفمند و معنا دار بودن و امید (Sense of Purpose And meaning, Spirituality and Hope) است (۲). در همین بستر بی‌عدالتی در سلامت افراد متضمن نابرابری در توانایی‌های عملی آنان است که نتیجه‌ای جز محو اصل برابری فرصت‌ها به دنبال ندارد (۳). در این مفهوم بی‌عدالتی در سلامت عبارت است از تفاوت در وضعیت سلامتی افراد که علاوه بر اینکه غیر منصفانه و ناعادلانه است، توأمان ضروری نبوده و اجتناب‌پذیر باشد (۴). بنابراین غالباً در برنامه‌ریزی‌های سیاست‌گذاران، سلامت به عنوان پیش‌نیاز عملکرد هر شهروند به عنوان یک کالای ویژه در نظر گرفته می‌شود (۵). هرچه میزان نابرابری اجتماعی، اقتصادی درون یک جامعه بیشتر باشد، شیب طبقاتی نابرابری سلامت هم بیشتر خواهد بود، در نتیجه گروه‌هایی با درآمد متوسط در جامعه‌ای که از بی‌عدالتی رنج می‌برد، دارای سطح سلامت نامناسب‌تری نسبت به اقشار همتای خود و یا حتی اقشار فقیرتر در جامعه دارای عدالت هستند و در آمارهای کلی سبب افت میزان سلامت جامعه می‌گردند.

در همین راستا از دهه ۱۹۵۰ به بعد رابطه بین عوامل اجتماعی، اقتصادی و سلامت تحت عنوان اپیدمیولوژی اجتماعی (Social Epidemiology)، در سطح ملی و بین‌المللی مورد توجه محققان قرار گرفت (۶). تغییر الگوی بیماری‌ها از بیماری‌های عفونی به مزمن نیز عامل دیگری بود

که نقش عوامل روانی و اجتماعی با عنوان تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت (Social Determination of Health) را اهمیت ویژه‌ای بخشید (۷)، در نتیجه انجام این مطالعات امروزه شواهد علمی محکمی وجود دارند که اثرگذاری کلان مؤلفه‌های اجتماعی سلامت شامل طبقه اجتماعی (Social Gradient)، محرومیت اجتماعی (Social Exclusion)، نابرابری درآمدی، استرس، تکامل دوران ابتدای کودکی (Early Childhood Development)، بیکاری، شرایط محیط کار، حمایت اجتماعی (Social Support)، اعتیاد، غذا، زنان و نابرابری جنسیتی، جهانی‌شدن، شهرنشینی و مهاجرت و... را بر روی مقوله سلامت جامعه تأیید می‌کنند. دو تحقیق صورت‌گرفته در سال ۱۹۸۰ در کشور انگلستان موسوم به گزارش سیاه (The Black Report - 1980) و گزارش وایت‌هال (The Whitehall Study - 1987) با موضوع نابرابری‌های اجتماعی در زمینه سلامت نخستین گام‌های برداشته‌شده در مسیر توجه به تأثیرگذاری عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت قلمداد می‌شوند. مطابق یافته‌های این پژوهش‌ها نابرابری در سلامت اجتماعی ناشی از تأثیرات عوامل اجتماعی در تأمین سلامت نیست، بلکه چون افراد و یا خانوارها در معرض بیماری و اختلال در سلامت قرار می‌گیرند، خود به خود از نظر اقتصادی ناموفق می‌مانند و در نتیجه به اقشار پایین‌تر اجتماعی، اقتصادی سقوط می‌کنند (۸). در کشورهای در حال توسعه که به سطح مناسبی از عدالت اجتماعی نرسیده‌اند، بیماری‌های مسری، مرگ مادران و سوءتغذیه، فقر و اقشار محروم جامعه را بیشتر در معرض آسیب قرار می‌دهد و این گروه بیشتر در معرض مخاطرات حاصل از بیماری‌ها قرار می‌گیرند که این امر خود معلول عوامل مختلفی است، از جمله اینکه اطلاعات و میزان دسترسی این اقشار به بهداشت، تغذیه، زندگی سالم و مراقبت‌های بهداشتی پایین‌تر بوده، هزینه‌های بالا گاهاً موجب می‌شوند تا از شروع و یا ادامه فرایند درمان خود منصرف شوند و یا در صورت درمان نیز با توجه به ارزش نسبی پول، پرداخت مستقیم هزینه‌های درمانی آنان را بیشتر در ورطه فقر فرو می‌برد. میزان تعادل در سطح سواد و تحصیلات زنان و مردان

روش

این مقاله به روش توصیفی - تحلیلی، به صورت کتابخانه‌ای و با ابزار فیش‌برداری کتب و مقالات نگارش یافته است.

یافته‌ها

مطابق یافته‌های این مطالعه عدم توجه به پارامترهای مذکور و تکیه بر مکانیسم بازار مبتنی بر تقاضا در سیاستگذاری‌ها، موجب می‌گردد تا نابرابری‌های نظام سلامت به صورت غیر مستقیم افزایش یافته و نیازهای بهداشتی گروهی از مردم نیز در این چرخه حذف گردد.

بحث

۱. **مبانی نظری:** بیش از یک قرن است که ثابت شده شاخص امید به زندگی در افراد و یا سن مرگ و میر ایشان مرتبط با طبقه اجتماعی آنان است، هر چقدر مردم از سطح بالاتری از رفاه و تحصیلات برخوردار باشند، بالتبع زندگی طولانی‌تر و با کیفیت‌تری خواهند داشت. مطالعات نشان داده‌اند که سطح سلامت عمومی جامعه همبستگی معناداری با عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت دارد. عوامل متعدد دیگری نیز که همچون حلقه‌های زنجیر به هم مرتبط هستند، میزان این اثرگذاری را تشدید می‌کنند که از بارزترین آن‌ها می‌توان از بی‌عدالتی و عملکرد نامطلوب دولت‌ها در ارائه خدمات سلامت نام برد. مطابق آمارها، وضعیت سلامتی در کشورهای جهان در طول قرن بیستم روند رو به رشدی داشته و محققان به طور سنتی دو عامل مهم پیشرفت‌های علمی و توسعه اقتصادی جوامع را به صورت پیش‌فرض مهم‌ترین علل این افزایش نرخ امید به زندگی و سطح سلامت جوامع معرفی می‌کنند (۱۰). در نقطه مقابل گروهی از محققان با ارائه قرائن و مستندات در بدیهی‌بودن این پیش‌فرض مناقشه کرده‌اند. به عنوان مثال بونکر (Barbara Bunker) و همکاران در مطالعه‌ای ضمن پذیرش تأثیر مداخلات بهداشتی نوین نشان داده‌اند که تمامی مداخله‌های علمی و پزشکی نهایتاً قادر بوده‌اند تا پنج سال میزان امید به زندگی را افزایش دهند، در حالی که این

نیز از جمله دیگر عوامل تعیین‌کننده سطح سلامت و امید به زندگی در جوامع مختلف است (۹).

در حقیقت اهمیت و ضرورت بحث این است که با توجه به وجود همبستگی معنادار بین سطح سلامت عمومی جامعه و عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت، بررسی و تبیین دقیق ابعاد این رابطه می‌تواند مورد استفاده سیاستگذاران نظام سلامت قرار گیرد. سؤال اصلی که این پژوهش در پی ارائه پاسخی برای آن است، این است که اصولاً آیا عوامل و پارامترهای خارج از حوزه سلامت که در ارتباط مستقیم با توزیع عدالت در جامعه هستند توانایی تأثیر گذاشتن بر سطح سلامت افراد یک جامعه را دارا می‌باشند؟ و در صورت مثبت بودن پاسخ، این تأثیر در قیاس با سایر عواملی که بلاواسطه مؤثر بر سلامتی افراد می‌باشند همچون بیماری‌ها و یا خدمات بهداشتی، درمانی چه کیفیتی را داراست؟ در پاسخ به پرسش مطروحه این فرضیه طرح می‌گردد که نابرابری‌های سلامت که غالباً غیر ضروری، قابل اجتناب و ناعادلانه هستند، به طور مستقیم و غیر مستقیم از عوامل خارج از حوزه سلامت همچون عوامل اقتصادی، فرهنگی تأثیر می‌پذیرند و عملاً سطح سلامت عمومی جامعه همبستگی معناداری با عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت دارد.

با توجه به مطالب پیش گفت، در پژوهش حاضر ابتدا مبانی نظری مورد بحث قرار گرفته و در ادامه پس از تبیین چگونگی تأثیرپذیری سلامت عمومی از عوامل خارج از حوزه سلامت و مرتبط با عدالت اجتماعی، به ترتیب چگونگی اثرپذیری سلامت عمومی جوامع از عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت در مقوله‌های عوامل محیطی، فقر و آموزش به عنوان حوزه‌های منتخب این تحقیق مورد واکاوی قرار گرفته است.

ملاحظات اخلاقی

در پژوهش حاضر جنبه‌های اخلاقی مطالعه کتابخانه‌ای شامل اصالت متون، صداقت و امانتداری رعایت شده است.

شاخص در طی قرن بیستم نزدیک به ۲۰ سال افزایش را نشان می‌دهد (۱۱). مطابق یافته‌های مطالعه دیگری تنها ۱۰ درصد افزایش امید به زندگی در کشورهای پیشرفته و جهان اول ناشی از افزایش درآمد سرانه ملی این کشورها بوده و ۹۰ درصد این رشد به عواملی فارغ از عوامل اقتصادی صرف نسبت داده شده است (۱۲). هر چقدر در جوامع فقیر نیازهای اساسی بشری مانند غذا، آب و سرپناه نقش دسته اول را در تعیین سطح سلامت جامعه ایفا می‌کنند، در جوامع پیشرفته و در حال توسعه این سرمایه اجتماعی (Social Capital) است که در قیاس با گروه اول نقش پررنگ‌تری را ایفا می‌کند. مطابق یافته‌های یک پژوهش در نظام سلامت انگلستان در دهه‌هایی که این کشور درگیر دو جنگ جهانی اول و دوم بوده و به تبع آن با رشد اقتصادی، اجتماعی منفی مواجه بوده و به دلیل تخریب تمامی زیرساخت‌های بهداشتی و درمانی خود قادر به ارائه هیچ یک از مداخله‌های بهداشتی، درمانی مانند واکسیناسیون، بهداشت آب و فاضلاب، مراقبت‌های پیشگیرانه بهداشتی نبوده است، بالاترین نرخ افزایش امید به زندگی در طول کلیه دهه‌های قرن بیستم در طی این دهه شکل گرفته است (۱۳). به نظر می‌رسد این تأثیر همان مقوله سلامت جامعه و یا به زبان صریح‌تر عوامل روانی، اجتماعی همچون افزایش همبستگی و وفاق ملی، اعتماد عمومی و همدلی و احساس یکپارچگی جامعه، کاهش نابرابری‌ها و تبعیض‌های اجتماعی و در یک بیان شکل‌گیری مفهوم ملت به عنوان یک کلیت یکپارچه و غیر قابل تفکیک است که این پیامد را به دنبال داشته است.

در مطالعه دیگری در کشور آمریکا با در نظر گرفتن چهار نوع منطقه شهری در دو گروه متفاوت طبقات کم‌درآمد و ثروتمند برخورد از عدالت اجتماعی و محروم از عدالت اجتماعی برای هر کدام از دو گروه نتایج جالبی به دست آمده است: نخست آنکه میزان مرگ و میر در جوامع فقیر بیشتر از جوامع ثروتمند است و فقرایی که در جوامع دارای عدالت اجتماعی بیشتر و تبعیض کمتر زندگی می‌کنند از میزان مرگ و میر کمتری نسبت به جوامع نابرابر برخوردار هستند. همچنین ثروتمندان جوامع نابرابر نیز بیشتر از ثروتمندان ساکن در

جوامع برخوردار از عدالت اجتماعی به مرگ زودرس دچار شده‌اند. نتیجه آنکه نرخ مرگ و میر تمامی طبقات اجتماعی اعم از ثروتمند و فقیر در جوامعی که تبعیض طبقاتی بیشتر و عدالت اجتماعی کمتری برقرار است، به صورت معنی‌داری بالاتر از میانگین نرخ مرگ و میر در جوامع برخوردار از عدالت اجتماعی است (۱۴). بر مبنای نتایج این مطالعات می‌توان این‌گونه اذعان داشت که در جوامع افقی که نابرابری‌های اقتصادی و اجتماعی کمتر است همکاری، تعاون و نوع‌دوستی بیشتری در جامعه مدنی شکل می‌گیرد تا در جوامع عمودی که دارای سلسله مراتب طبقاتی هستند و با عمیق شدن شکاف طبقاتی سطح عدالت اجتماعی کاهش می‌یابد (۱۵).

۲. چگونگی تأثیرپذیری سلامت عمومی از عوامل محیطی، فقر و آموزش: در برنامه‌های اصلاح نظام سلامت در کشورهای گوناگون، گذشته از تمرکز بر روی عناصر اصلی و هسته‌ای سلامت تحت نام اهرم‌های کنترل (Levers for Health Care)، سایر عوامل نیز به عنوان عوامل زمینه‌ای و تأثیرگذار بر حوزه نظام سلامت در نظر گرفته می‌شوند. از جمله این عوامل می‌توان از نگرش سیاسی و اجتماعی مردم، طرز تلقی مردم از حکومت و ظرفیت دولت و همچنین تأثیرگذاری غیر مستقیم سایر عوامل اجتماعی بر سلامت نام برد (۱۶). بدون شک ارتقای سلامت تنها به پیشرفت‌های پزشکی مربوط نمی‌شود و تعاملاتی که سلامت فرد و اجتماع را تعیین می‌کنند نیز نقش تعیین‌کننده‌ای دارند (۱۷). در این مسیر تنها به بررسی مسائل مبتلابه و شایع نظام سلامت همچون هزینه‌های درمان، بیمه، دارو و مانند آن بسنده نمی‌شود، بلکه با نگاهی جامع، کلیه پارامترهای فرهنگی، اقتصادی، اجتماعی را که به نوعی ممکن است بر پیامدهای سلامت جامعه تأثیرگذار باشند، مد نظر قرار می‌گیرند. مطابق آمار رسمی رفتار افراد، سبک زندگی و عوامل محیطی ۷۰ درصد از مرگ‌های زودرس را در دنیا رقم می‌زنند و اقدامات پیشگیرانه و سیاستگذاری‌هایی که به این عوامل توجه داشته باشند، می‌توانند موجبات کاهش بیماری‌ها، افزایش کیفیت زندگی و طول عمر را فراهم آورند (۱۸). در حقیقت عمده‌ترین

چالش شکل‌گرفته در بستر اصلاحات جدید عدم توجه به عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت در طراحی مکانیسم بازار مبتنی بر تقاضا در محیط بود، بدین معنی که زمانی که منطق بازار طراحی‌شده برای سیستم سلامت بر پایه نقش دست اول تقاضا تعریف شده باشد، عوامل و پارامترهای محیطی مانند فقر، سطح تحصیلات، عدم تقارن اطلاعاتی، تعارض منافع در نظام سلامت آموزش و مواردی مانند آن‌ها به صورت غیر مستقیم باعث می‌شوند تا نیازهای بهداشتی گروه خاصی از مردم در این چرخه حذف شده و قابل رؤیت نباشند و به افزایش نابرابری دامن بزنند (۱۹-۲۰). از بین این مجموعه عوامل در بیشتر کشورها دو فاکتور محیط و فقر در پیدایش مشکلات سلامت نقش اصلی را ایفا می‌کنند که با حل آن‌ها مشکلات سلامت نیز تا حدود زیادی مرتفع می‌شود. به عنوان مثال ترویج تغذیه مناسب نقش اساسی در سیاست‌های سلامت دارد، چراکه سوءتغذیه می‌تواند ناشی از فقر، شرایط نامطلوب و یا سیاست‌های نامناسب کشاورزی باشد و یا حوادث ترافیکی و یا سوانح جاده‌ای که خارج از حوزه بخش سلامت اتفاق می‌افتند، ولیکن بر روی شاخص‌های سلامت بسیار تأثیرگذار هستند (۲۱)، در حالی که مطابق اصول عدالت ترتیبات و مناسبات اجتماعی بایست به نحوی عمل کنند که همه افراد جامعه قادر باشند به یک میزان حداقلی از منابع دسترسی داشته باشند و بتوانند پاسخگوی تأمین مؤلفه‌هایی با معیارهای نیاز اقشار جامعه همچون معیار نیاز به زندگی شایسته یا کار شایسته و زندگی متمدانه باشند (۲۲). مطالعات مختلف نشان داده‌اند افراد آموزش‌دیده در قیاس با افرادی که تحصیلات پایینی دارند، زندگی سالم‌تر و طولانی‌تری داشته‌اند و گسترش آموزش در بین گروه‌های مختلف جمعیتی در حقیقت کلید کاهش نابرابری‌های بهداشتی و افزایش سطح سلامت عمومی جامعه است (۲۳). علاوه بر دو فاکتور محیط و فقر، مقوله آموزش نیز در زمره مصادیق کلاسیک عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت برشمرده می‌شود.

به عنوان مثال از ارتباط بین سطح برنامه‌های آموزشی و طبقه اجتماعی گیرندگان آموزش به عنوان نمونه‌ای از تأثیرگذاری

غیر مستقیم اقدامات دولتی بر پارامترهای تعیین‌کننده عدالت اجتماعی در جامعه نام برده می‌شود. در این خصوص مطالعات نشان داده‌اند که صرف مخارج مساوی و برابر در زمینه آموزش، بدون در نظر گرفتن موقعیت و طبقه اجتماعی افراد از سوی دولت، می‌تواند نابرابری در نتایج دستاوردهای آموزشی را تشدید کرده و نفع و بهره‌وری بیشتر کودکان طبقات مرفه جامعه را به دنبال داشته باشد، فلذا تصمیم‌سازان نظام سلامت باید در تدوین برنامه‌های آموزشی و یا اختصاص بودجه به آن، فاکتور قابلیت و توان کودک در بهره‌برداری از آموزش‌های ارائه‌شده در مدرسه به ویژه در سنین و مقاطع پایین‌تر آموزش و تحصیل را مد نظر قرار دهند (۲۴). در همین خصوص و در راستای مطالب پیش گفت چگونگی تأثیرپذیری سلامت جامعه از سه پارامتر عوامل محیطی، فقر و آموزش شهروندان موضوع این بحث را تشکیل می‌دهند.

۱-۲. عوامل محیطی: رفتارهای بهداشتی افراد تحت تأثیر پیشینه زندگی، فرایندهای بین فرد و گروه‌های جامعه، عوامل نهادی، عوامل اجتماعی و خط مشی‌های دولت قرار دارند. با دقت در عوامل مذکور می‌بینیم که بیشتر این عوامل تأثیرگذار خارج از اراده فرد، یعنی در محیط پیرامون وی تعیین می‌شوند (۲۵). به بیان دیگر سلامت جامعه صرفاً با پیشگیری یا درمان پزشکی حاصل نمی‌شود، بلکه در یک مقیاس وسیع‌تر سلامت هر فرد، برآیند تجربه‌های اجتماعی وی در طول عمر خود است. زمانی که یک بیمار میانسال دچار سکته مغزی یا قلبی به اورژانس بیمارستان مراجعه می‌کند، این حالت پیامد آسیب‌های جسمی و روحی است که در طول عمر وی بر روی هم تلمبار شده‌اند. از همین روی گفته می‌شود مراقبت‌های پزشکی مانند آمبولانسی هستند که در کف یک پرتگاه ایستاده است، پرتگاهی که عوامل متعدد محیطی و شخصی، فرد بیمار را به اعماق آن پرتاب کرده است (۲۶). در زندگی واقعی، شیوه زندگی محصول ترکیبی از انتخاب (Choice)، شانس (Chance) و منابع (Resources) می‌باشد. محیط فرهنگی، اجتماعی که افراد در آن رشد یافته و زندگی می‌کنند یکی از عوامل تعیین‌کننده و مهم تعیین سبک

زندگی است که اهمیت و تأثیر بیشتری نسبت به انتخاب‌های شخصی افراد دارد و شیوه زندگی اساساً مصنوع و تصویری است از فرهنگ و محیطی که فرد در آن زندگی می‌کند (۲۷). از دیگرسو عدم وجود یک الگوی منظم در توزیع بیماری گروه‌های سنی مشابه، می‌تواند شاهدهی بر مدعای احتمال تأثیرات تغییرات محیطی افراد در سطح سلامتی ایشان باشد.

در نتیجه اگر عملکرد دولت در حوزه‌های متنوع تحت سیطره خویش به نحوی باشد که برخی از اقشار جامعه به علت وضعیت غیر متعارف و یا ناهمگون اجتماعی از فرصت دسترسی و برخورداری از سلامت مناسب محروم شوند، می‌توانیم از تأثیر عوامل محیطی بر سلامت سخن بگوییم. از دست‌دادن سلامتی و یا محرومیت از فرصت‌های آن به دلیل تأثیر عوامل محیطی با از دست‌دادن آن به دلیل بی‌اهمیتی فرد به سلامتی خود و یا داشتن سبک زندگی خاص وی متفاوت است. فی‌الواقع بایست میان کسب سلامتی و قابلیت کسب آن صرف نظر از اینکه توسط فرد استفاده می‌شود یا خیر قائل به تمایز شد. در اکثر مواقع کسب سلامتی زمینه‌ساز مناسبی برای به منصفه ظهور رسیدن قابلیت‌های فردی است، زیرا افراد هنگامی که حق انتخاب واقعی داشته باشند، اولویت را به کسب سلامتی می‌دهند (۲۸). مطابق نتایج پژوهش‌ها در مورد محیط روانی، اجتماعی کار، نارضایتی کارکنان از محیط کاری خود به سبب عواملی چون کاربرد نامناسب مهارت‌های فردی سبب افزایش احتمال بروز سکتة قلبی می‌گردد. از دیدگاه پزشکی موضوع این‌گونه توضیح داده می‌شود که عدم رضایت به سطح فیبرینوژن پلاسما ارتباط دارد و فیبرینوژن خود یک عامل تشدیدکننده بیماری قلبی است (۲۹).

اثرگذاری شرایط محیطی بر سطح سلامت افراد از جنبه‌ای دیگر نیز حائز اهمیت است. بدون شک در بررسی میزان موفقیت افراد مختلف در جامعه، نقش طبیعت (Nature) و تربیت (Nurture) به عنوان مصادیقی از مهم‌ترین مؤلفه‌های عوامل محیطی بسیار حائز اهمیت و تعیین‌کننده است. تفاوت‌های موجود در استعدادهای طبیعی افراد، در واقع بسیار کمتر از آن است که ما از آن آگاهیم و استعدادهای متفاوتی که افراد بالغ را در حرفه‌های متفاوت از بقیه متمایز می‌سازد،

در بسیاری موارد معلول تقسیم کار است نه علت آن. تفاوت‌های موجود بین شخصیت‌های کاملاً نامتشابه، مثلاً بین یک فیلسوف و یک کارگر ساده، بیش از آنکه محصول طبیعت باشد، حاصل عادات، رسوم و آموزش‌های فرد است. زمانی که این دو به این دنیا قدم نهادند و در طول سال‌های اولیه حیاتشان، احتمالاً بسیار همسان بودند و خانواده و اطرافیان‌شان نمی‌توانستند تفاوت‌های عمده‌ای در آن‌ها مشاهده کنند (۳۰). نتیجه آنکه زندگی در شرایط متفاوت، نه‌تنها بر روی طیف انتخاب‌های شهروندان تأثیرگذار است، بلکه توأمان جامعه نیز به نحو غیر قابل اجتنابی، شرایط زندگی هر فردی را به عنوان عامل معرفی‌کننده هویت اجتماعی شهروندان قلمداد می‌کند. این مهم در خصوص مهاجران و پناهنجویان با شدت بیشتری صدق می‌کند، چراکه علیرغم تمام حمایت‌های بین‌المللی از این گروه، همچنان حقوق ایشان در قیاس با اتباع کشور میزبان با محدودیت‌هایی همراه است (۳۱). در حقیقت نقطه شروع اخلاقیات برای هر شخص داده‌های زندگی وی هستند و هر فرد از گذشته، خانواده، گروه و جامعه‌ای که متعلق به آن است حقوق، تکالیف و انتظارات متفاوتی را به ارث می‌برد (۳۲) که در انتخاب‌های بهداشتی و لاجرم سطح سلامت وی تأثیرگذار است.

۲-۲. فقر: امروزه رابطه موجود بین فقر و سلامتی انسان‌ها یک اصل مناقشه‌ناپذیر بوده و به نوعی می‌توان فقر را اصلی‌ترین عامل کمبود سلامتی تلقی کرد تا جایی که مطابق آمارهای رسمی یک‌سوم کل مرگ و میر افراد ناشی از علل مرتبط با فقر است (۳۳). توجه به این مهم ضروری است که این آمارها تنها فقر مطلق، یعنی فقر اقتصادی را در نظر داشته‌اند، در حالی که فقر نسبی به معنای نابرابری‌های اجتماعی و محرومیت از توانمندی‌ها نیز نقش مهمی در بروز مسائل و مشکلات سلامتی دارند. نگرش به فقر به عنوان «محرومیت از توانمندی‌های اساسی» و نه فقط به عنوان کمی درآمد، پشتوانه‌ای منطقی دارد. نتایج محرومیت از توانمندی‌های ابتدایی را می‌توان در مرگ‌های زودرس (Early Deaths)، سوءتغذیه (Malnutrition)، بیماری‌های مزمن

(Chronic Disease)، بی‌سوادی گسترده (Widespread Illiteracy) و سایر ناکامی‌ها مشاهده کرد (۱۹)، حتی در کشورهای جهان اول نیز که از میزان امید به زندگی بالایی برخوردارند، مناطق فقیرنشینی یافت می‌شوند که این شاخص در آن‌ها بسیار پایین و نزدیک به میانگین کشورهای محروم است. غالباً این‌گونه بیان می‌شود که عدالت یک جامعه از طریق سنجش چگونگی رفتار با افرادی که از کمترین میزان سطحی از رفاه برخوردارند همچون فقرا و مهاجران و پناهجویان سنجیده می‌شود (۳۴). مسائل اخلاقی مرتبط با عدالت سلامت نمی‌تواند صرفاً به از بین‌بردن تفاوت‌های موجود بسنده کند، بلکه باید با در نظر داشتن فقر مطلق به دنبال بهبود وضعیت توده محروم، به منظور ارتقای سودمندی اجتماعی باشد و اولویت را بر بهبود سلامتی فقرا قرار دهد (۳۵).

از طرفی دیگر مطابق دیدگاه آزادی‌گراها لزوم اقدامات جبرانی دولت‌ها در راستای جبران فقر شدید، صرفاً نه به خاطر عادلانه‌بودن این رفتار حمایتی دولت، بلکه به این دلیل که جلوگیری از شیوع و گسترش فقر به نفع کلیت جامعه است، ضرورت می‌یابد (۲۶). محرومیت مادی به معنای نوین آن به معنای ناتوانی مشارکت کامل در اجتماع و کنترل زندگی فردی تعبیر می‌شود، در حالی که در گذشته مفهوم فقر به مواردی چون مسکن نامناسب، تغذیه بی‌کیفیت و ناکافی، پوشاک نامناسب و مواردی از این دست محدود می‌شد، این مفهوم امروزه معانی گسترده‌تری همچون عدم وقت کافی برای رسیدگی به دوستان و خانواده، خرید لباس نو برای اعضای خانواده، نداشتن اوقات فراغت کافی و یا نداشتن فعالیت‌های تفریحی و سرگرمی خاص را دربر می‌گیرد. مطابق این دیدگاه، فقر جلوه‌ای از سلب توانمندی‌های اساسی است و نه صرفاً پایین‌بودن درآمد که معیار استاندارد مشخص کردن فقر شناخته شده است (۳۶).

در حقیقت ارائه تحلیل چگونگی اثرگذاری فقر بر کاهش توانمندی‌های انسان، نیازمند نگاهی عمیق‌تر از مفهوم و پوسته بیرونی و آشکار عامل فقر است. به عنوان مثال ممکن است

بین محرومیت درآمدی (فقر) و مشکلات موجود در تبدیل درآمد به عملکرد، زیان‌هایی مضاعف وجود داشته باشد. مشکلات جسمی از قبیل سن، معلولیت و بیماری نیز می‌توانند علاوه بر اینکه توان تحصیل درآمد را کاهش دهند، تبدیل درآمد به توانمندی را نیز مشکل سازند، زیرا به عنوان مثال یک فرد مسن، معلول و یا سخت بیمار، به غیر از مواردی که انجام عملی مشابه افراد سالم برای وی غیر ممکن است، ممکن است برای انجام عملی مشابه افراد سالم به درآمدی بیشتر (برای استخدام دستیار، تهیه وسایل کمکی و یا درمان) نیاز داشته باشد (۳۷). با وجود تمامی تمایزات بین دو مفهوم فقر درآمدی و فقر توانمندی بایست توجه داشت که این دو نمی‌توانند به هم مربوط نباشند، زیرا درآمد در زمره مهم‌ترین وسایل برای کسب توانمندی محسوب می‌گردد. به بیان صریح‌تر ارتباط بین توانمندی بیشتر و درآمد بیشتر دوطرفه بوده و با پیروی از یک رابطه علی، فقط در راستای درآمد بیشتر و در نتیجه توانمندی بیشتر عمل نمی‌کند. تنها کافی نیست بگوئیم آموزش‌های پایه‌ای بهتر و بهداشت و درمان مستقیماً کیفیت زندگی را ارتقا می‌بخشند، بلکه همچنین موجب افزایش توان افراد در کسب درآمد و در نتیجه رهایی آن‌ها از فقر درآمدی نیز می‌شوند. هرچه گستره پوشش آموزش‌های پایه‌ای و بهداشت و درمان گسترده‌تر باشد، احتمال اینکه فقرای بالقوه نیز شانس غلبه بر فقر را کسب کنند، بیشتر خواهد شد (۲۱). در این بیان منظور از فقرای بالقوه افرادی هستند که در وضعیت کنونی فقیر نیستند، ولیکن به دلیل محرومیت از توانمندی‌های اساسی همچون آموزش، تخصص و سلامت جسمانی بیش از سایرین در معرض ابتلا به فقر قرار دارند. می‌توان گفت دریافت خدمات بهداشتی از سوی فقرا، بسیار شبیه جستجوی کار از سوی افراد بدون تجربه و تازه‌کار است. داشتن سابقه کار برای پیدا کردن کار مناسب ضروری است و برای داشتن سابقه کار، لازم است تا در جایی شاغل باشید. با همین منطق فقرا به دلیل فقر خود بیشتر در معرض عوامل بیماری‌زا و استرس‌زا قرار دارند و بیمار می‌شوند و برای دریافت خدمات درمانی نیاز

به پول دارند، در حالی که به خاطر فقیربودن پولی ندارند، ضمن اینکه بین بیکاری، فقر و کاهش سلامت افراد نیز ارتباط مستقیمی وجود دارد و بیکاران در معرض خطر بیشتری برای تجربه فقر و از دست دادن سلامتی خود هستند. در حقیقت بیکاری رفتارهایی را در پی دارد که می‌تواند منجر به پیامدهای مخرب سلامت شود. به عنوان مثال، بیکاری با افزایش رفتارهای مقابله‌ای ناسالم (مانند سیگار کشیدن و رژیم غذایی نامناسب)، کاهش عزت نفس و افزایش پریشانی روانی همراه است. استرس تجربه شده در طول دوره‌های بیکاری به دلیل عوامل متعددی از جمله، از دست دادن درآمد، انگ زدن از سوی جامعه (تلقی بیکاربودن به عنوان یک موقعیت اجتماعی نامطلوب)، نیاز روانی اجتماعی به شغل و از دست دادن جایگاه اجتماعی خود عامل مؤثر دیگری در کاهش سطح سلامت افراد محسوب می‌گردد (۳۸).

۲-۳. آموزش: امروزه شهروندی نه یک موقعیت انفعالی، بلکه یک موقعیت فعال است که نمی‌تواند صرفاً مجموعه‌ای از حقوق باشد که فرد را از تعهد به دیگران رها کند، بلکه علاوه بر حقوق بر مفهوم وظایف و تعهدات نیز دلالت دارد (۳۹). در این مفهوم شهروندی یک نوع قرارداد متقابل اجتماعی و یک سلسله حقوق متقابل دولت بر مردم و مردم بر دولت و همچنین یک احساس مشترک عمومی نسبت به هویت ملی و اجتماعی در یک محدوده مشخص است (۴۰). به نظر ارسطو انسان برای اینکه انسان واقعی باشد، بایستی یک شهروند فعال در جامعه باشد. سلامتی و پایداری یک مردم‌سالاری هم به عدالت‌محوری ساختار اساسی جامعه و هم به کیفیت ویژگی‌ها و نگرش‌های شهروندان وابسته است (۴۱).

پس می‌توان ادعا کرد رواج فرهنگ مسئولیت‌پذیری شهروندان در قبال جامعه، شاید نخستین سنگ بنای تبیین‌کننده ضرورت آموزش در حوزه بهداشت و درمان باشد. باید دانست برنامه‌های آموزشی برای دولت‌ها یک سرمایه‌گذاری برد - برد است، زیرا یک شهروند مطلع و آگاه در قیاس با شهروندی که با حقوق و تکالیف خود به نحو صحیح آشنایی ندارد، ارزش افزوده بسیار بالاتری را برای جامعه ایجاد می‌کند، بنابراین

آموزش شهروندان از طریق توانمندساختن آن‌ها، علاوه بر اینکه به صورت مستقیم بر رفاه و آزادی مردم تأثیرگذار است، به صورت غیر مستقیم نیز از طریق تأثیر بر تغییرات اجتماعی و یا تولید اقتصادی باعث حرکت جوامع بشری به سمت توسعه گردیده (۴۲) و تأثیری شگرف بر زندگی گروه‌های مختلف جامعه می‌گذارد (۴۳). امروزه با تغییرات اپیدمیولوژیک رخ داده در بیماری‌ها با کاهش بیماری‌های حاد که با درمان‌های کوتاه مدت بهبود می‌یابند و گسترش بیماری‌های مزمن که مستلزم برنامه‌های درمان طولانی مدت است، نقش بیماران در مدیریت روند درمان خود بیش از هر زمان دیگری در مرکز توجه قرار گرفته است (۴۴). از صریح‌ترین اسناد بین‌المللی در زمینه آموزش سلامت می‌توان از منشور اتاوا (Ottawa Charter) برای ارتقای سلامت (۱۹۸۶ م.) نام برد که «توسعه مهارت‌های فردی و عملکرد مثبت جامعه، ایجاد محیط‌های حامی سلامت و وضع مقررات حامی سلامت» را به عنوان ارکان مهم آموزش سلامت برشمرده است (۴۵).

در رویکرد پیشگیرانه آموزش سلامت، تغییر دانش و عقاید فرد منتج به تغییر نگرش وی گردیده و نتیجتاً اصلاح رفتارهای بهداشتی وی را به دنبال خواهد داشت که مستلزم یک هدف‌گذاری بلندمدت می‌باشد. این قرائت از آموزش سلامت روندی از بالا به پایین دارد و بیشتر از آنکه بر پایه انتخاب‌های فردی استوار باشد، ضمن در نظر گرفتن پارامترهای مؤثری چون عوامل فردی و محیطی، در مواردی حتی اجبار در پذیرش بعضی رفتارهای بهداشتی را نیز به همراه دارد (۴۶)، ولیکن در تعریف آموزش سلامت که دربرگیرنده مفهوم توانمندسازی است، هدف اصلی قادرساختن افراد و جوامع به انتخاب و اتخاذ اقدامات فردی سالم یا اقدامات زمینه‌ای تعیین‌کننده سلامت از طریق افزایش سواد بهداشتی (Health Literacy) شهروندان است که تمرکز خاصی نیز بر روی ویژگی‌های فردی (Self-Tailoring) دارند. واژه‌نامه ارتقای سلامت سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۹۸ توانمندسازی را فرایندی دانسته است که افراد از طریق آن کنترل بیشتری بر تصمیم‌گیری‌ها و فعالیت‌هایی که بر سلامتشان اثر می‌گذارد خواهند داشت (۴۷). میزان سواد و اطلاعات بهداشتی افراد

نتیجه‌گیری

عدالت در سلامت دارای مفهوم بسیار گسترده‌ای است و با بخش‌های مختلف اجتماعی ارتباط پیوسته و معناداری دارد. این مفهوم بلاشک تنها مربوط به مسائل مرتبط با توزیع مراقبت‌های سلامتی و نتایج آن نیست، بلکه با دیگر مسائل مرتبط با تحقق عدالت اجتماعی همچون تأمین منابع مالی، زندگی شایسته و مسائل حقوق بشری ارتباط نزدیکی دارد. امروزه تحقق عدالت در سلامت جوامع، به اقداماتی فراتر از تمرکز صرف بر روی علل فوری ایجادکننده بیماری‌ها دارد و نیازمند است تا علت‌العلل (Cause of the Causes) موجب نابرابری‌های سلامت مورد توجه ویژه سیاستگذاران قرار گیرد. از همین روی میزان و نحوه ادراک دولت‌ها و سیاستگذاران آن‌ها در پذیرش نقش بنیادین و کلیدی عدالت اجتماعی و تأثیرگذاری آن بر عوامل اجتماعی سلامت یکی از مهم‌ترین پیش‌شرط‌های بهروزی دولت‌ها در زمینه اهداف خود در ارتقای سلامت عمومی جوامع قلمداد می‌گردد. این مهم که سلامت یک پیش‌شرط لازم و ضروری برای همه افراد محسوب می‌شود تا بتوانند اهداف خویش را دنبال کنند، نیز اهمیت عملکرد دولت در این حوزه را دوچندان می‌کند. برخورداری از سلامتی به عنوان یک الزام اولیه برای برابری این حق را برای همه افراد ایجاد می‌کند تا فارغ از سطح اقتصادی، فرهنگی و جایگاه خود سزاوار برخورداری از فرصت‌های برابر برای تعقیب اهداف زندگی خود باشند، فرصت‌هایی که با درد و رنج حاصل از بیماری‌ها و محدودیت‌های ناشی از معلولیت و... از بین می‌روند. در این بستر شاید بتوان به درستی یکی از مهم‌ترین نقش‌آفرینی‌های دولت در مسیر نیل به سلامت برابر جامعه را به وجودآوردن فرصت‌های برابر برای تک‌تک شهروندان جامعه صرف نظر از شرایط اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی برای مقابله با مشکلات و مسائلی دانست که در زندگی روزمره با آن رو به رو هستند و ممکن است بر کیفیت زندگی آنان تأثیر بگذارد. به بیان صریح‌تر اعطای آزادی و برابری‌های مدنی به فردی که به دلیل فقر مالی و یا شرایط خاص پیرامون وی از تأمین حداقل‌های زندگی روزمره خود ناتوان است و یا به خاطر

تأثیر زیادی بر نحوه برخورد هر فرد با مقوله سلامت خویش و توانایی وی در اجرای برنامه‌های خود مراقبتی (Self-Care) دارد. مطابق این نگرش، دولت نمی‌تواند سلامت و بهداشت کافی را برای شهروندان فراهم کند، مگر آنکه شهروندان خودشان به گونه‌ای مسئولانه در مورد سلامت خود رفتار کنند، مانند انجام و اجرای رژیم بهداشتی و سلامتی، ورزش و عدم مصرف مواد مخدر و دخانیات (۴۸). برای جبران خلأهای موجود، رسانه‌های ارتباط جمعی نیز یکی از ابزارهای مهم و تأثیرگذاری هستند که دولت قادر خواهد بود با استفاده بهینه از آن‌ها در جهت بالابردن سطح اطلاعات و سواد مردم در حوزه پیشگیری و بیماری‌های شایع در جامعه همچون چاقی، استعمال دخانیات، ایدز، مراقبت در دوران بارداری و... آموزش سلامت را در کشور نهادینه سازد. رسانه‌های گروهی همچنین می‌توانند روی رفتارها و عادت‌های بهداشتی افراد، استفاده از خدمات بهداشتی و درمانی، فعالیت‌های حفاظت از سلامت و سیاست‌های حامی سلامت و بهداشت جامعه تأثیرگذار باشند (۴۹). به عنوان شاهدی بر این ادعا در تحقیقاتی در ایالات متحده آمریکا نشان داده شده است ۷۵ درصد بیمارانی که دچار بیماری‌های مزمن هستند، سطح سواد بهداشتی پایینی دارند (۵۰).

در این بین طرح مباحث اخلاقی‌محور با موضوعاتی مانند اتانازی، غربالگری‌های ژنتیکی، مسئولیت فردی در میزان سلامت و اراده‌گرایی در بیماران نیز در تقویت نظریه مشارکت فعال همراه با آگاهی بیماران در فرایند درمان خود نقش مهمی را ایفا نموده‌اند. لازم به تصریح است ارتقا و احترام به خودمختاری افراد برای توجیه اخلاقی ترویج آموزش‌های بهداشتی بسیار شایع است. حداکثرسازی سود برای بیشترین درصدی از جمعیت جامعه نیز، غالباً به عنوان توجیه دیگر اخلاقی مداخلات دولت در زمینه آموزش‌های بهداشتی معرفی می‌شود (۵۱).

در تغییر شرایط موجود اجتماعی خودشان و اطرافیانشان محقق می‌شود و فرهنگ به سادگی بر شیوه زندگی افراد تأثیر نمی‌گذارد. بنابراین راهبردهای اثربخشی عوامل محیطی، فقر و آموزش زمانی بهترین کارکرد را خواهند داشت که بر مبنای ارزش‌های موجود شکل بگیرند.

مشارکت نویسندگان

وحید موذن تمامی مراحل پژوهش را به انجام رسانده و ضمن تایید نسخه نهایی، مسئولیت پاسخگویی در قبال پژوهش را پذیرفته است.

تشکر و قدردانی

ابراز نشده است.

تضاد منافع

نویسنده هیچ‌گونه تضاد منافع احتمالی را در رابطه با تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله اعلام نکرده است.

تأمین مالی

نویسنده اظهار می‌نماید که هیچ‌گونه حمایت مالی برای تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله دریافت نکرده است.

بی‌سواد و محروم‌بودن از مهارت‌های اجتماعی و سایر شرایط محیطی نامساعد، حتی جهت تأمین هزینه‌های درمان خود و خانواده خود در مضیقه است، بلااستفاده خواهد ماند و به اصطلاح این حق هرگز از جنبه بالقوه به حالت بالفعل در نخواهد آمد. به عنوان یک نمونه عوامل کوتاهی قد، کمبود آذنی فقر آهن و محرکات ناکافی شناختی به عنوان اصلی‌ترین عوامل خطر ساز مانع تکمیل ظرفیتی کودکان، به صورت مستقیم از فقر نشأت گرفته‌اند. همچنین عدم اهتمام لازم از سوی دولت‌ها به مقوله آموزش سلامت شهروندان منتج به افزایش چشم‌گیر نرخ مشکلات جسمانی و روحی، روانی گشته و هزینه‌های بالای اقتصادی، اجتماعی را بر دولت‌ها تحمیل می‌کند، چراکه به عنوان مثال یک فرد بیمار با سبک زندگی ناسالم علاوه بر آنکه نیازمند صرف هزینه‌های گزاف بهداشتی، درمانی از سوی دولت است، بازده و راندمان کاری پایینی نیز خواهد داشت و نمی‌تواند عامل مولدی برای اقتصاد محسوب گردد.

شایان ذکر است عوامل اجتماعی همچون یک شمشیر دوسویه می‌توانند اثرات مثبت و یا منفی بر روی سطح سلامت جامعه داشته و در یک چرخه معیوب اثرات زیانبار یکدیگر را تشدید کرده و یا آثار مثبت خویش را دوچندان نمایند. به عنوان مثال تنهایی افراد که ممکن است خود نیز نشأت گرفته از سایر محرومیت‌های حاصل از اجتماع همچون طلاق و یا زندانی‌بودن والدین باشد، می‌تواند منجر به افسردگی شده و یا به دنبال سیگار کشیدن، بیماری‌های ریوی را برای فرد در معرض آسیب به همراه آورد. در نقطه مقابل نیز شرایط خانوادگی مساعد و دیدن آموزش‌های لازم در یک سیستم آموزش و پرورش اصولی، می‌تواند با افزایش توانایی‌ها و ظرفیت‌های فرد، از به ورطه فقر افتادن وی جلوگیری نماید. با دقت در چگونگی اثرگذاری عوامل محیطی، فقر و آموزش بر نظام سلامت، پیداست که قضاوت در خصوص موقعیت‌های ناعادلانه در مکان‌ها و زمان‌های مختلف متفاوت خواهد بود و در حقیقت معیار تعیین‌کننده درجه قدرت حق انتخاب بین گزینه‌های متعدد است. همچنین باید دانست تغییر بستر اجتماعی از طریق درگیرسازی (Engagement) افراد و گروه‌های انسانی

References

1. Marmot M. The influence of income on health: views of an epidemiologist. *Health Affairs*. 2002; 21(2): 33-38.
2. Crandall JE. Adlers concept of social interest theory, measurement and implications for adjustment. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1980; 39(3): 481-495.
3. Habibnejhad SA, Moazzen V. Ethical Challenges of Restrictions on Citizens' Health choices by the Government. *IJMEHM*. 2020; 13: 306-318. [Persian]
4. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv*. 1992; 22(3): 429-445.
5. Anand S, Kara H. Efficiency versus Equity. *World Development*. 1989; 26(2): 307-310.
6. Subramanian SV, Kawachi I. Income inequality and health: What have we learned so far?. *Epidemiol Rev*. 2004; 26: 78-91.
7. Bloom DE, Canning D, Kotschy R, Prettnner K, Schünemann J. Health and Economic Growth: Reconciling the Micro and Macro Evidence. *World Dev*. 2024; 178: 106575.
8. Marmot MG, Rose G, Shipley M, Hamilton PJ. Employment grade and coronary heart disease in British civil servants. *J Epidemiol Community Health*. 1978; 32(4): 244-249.
9. Riyahifar M, Masoudi Asl I, Akhavan Behbahani A. Justice and Ethics in Health. Tehran: The Research Center of the Islamic Consultative Assembly (Majles), Social Studies Office; 2012. p.98-101. [Persian]
10. Chen Z, Ma Y, Hua J, Wang Y, Guo H. Impacts from Economic Development and Environmental Factors on Life Expectancy: A Comparative Study Based on Data from Both Developed and Developing Countries from 2004 to 2016. *Int J Environ Res Public Health*. 2021; 18(16): 8559.
11. Kaplan GA, Pamuk ER, Lynch JW, Cohen RD, Balfour JL. Inequality in income and mortality in the United States: analysis of mortality and potential pathways. *BMJ*. 1996; 312(7037): 999-1003.
12. Flood CM. International Health Care Forums, a legal, economic and political analysis. London: Routledge; 2000. p.18.
13. Villerme L. Tableau d'Etat physique et Moral des Ouvriers. Paris: Renourard; 1940. Vol.2 p.123-127.
14. Carrin G. Social Health Insurance in Developing Countries: A Continuing Challenge. *International Social Security Review*. 2002; 4(4): 57-69.
15. Sénit CA. Leaving no one behind? The influence of civil society participation on the Sustainable Development Goals. *Environment and Planning C: Politics and Space*. 2020; 38(4): 693-712.
16. M shiao R, Berman P. Reforms in the Health System: A Guide to Justice and Fairness. Translated by Translators Group. Tehran: Ministry of Health and Medical Education; 2006. p.25-28. [Persian]
17. Marmot MG, Rose G, Shipley M, Hamilton PJ. Employment grade and coronary heart disease in British civil servants. *J Epidemiol Community Health*. 1978; 32(4): 244-249.
18. Navaroo V. The next failure of health care reform. Counterpunch. Baltimore, Maryland: Counterpunch Publications; 2008. p.214.
19. Moazzen V, Shamsi Gooshki E, Zarei Hanzaki E, Mohamadrezaei M. Legal Solutions to Address Conflict of Interest in Licensing Healthcare Institutions in Iranian Healthcare System. *MLJ*. 2023; 17(58): 27-40. [Persian]
20. Ritsatakis A. Equity and social determinants of health at a city level. *Health Promot Int*. 2009; 24: 81-90.
21. The World Bank. Health sector reform in Bolivia: A Decentralization Case study. Washington D.C: Aworld Bank Country Study; 2001. p.95.
22. Ogus AI. Regulation: Legal Form and Economic Theory. Oxford: Clarendon Press; 1996. p.46.
23. Zajacova A, Lawrence EM. The Relationship between Education and Health: Reducing Disparities through a Contextual Approach. *Annu Rev Public Health*. 2018; 39: 273-289.
24. Mortimore P, Whitty G. Can School Improvement Overcome the Effects of Disadvantage? London: Institute of Education, Routledge; 1997. p.29.
25. Ngwenya N, Nkosi B, Mchunu LS, Ferguson J, Seeley J, Doyle AM. Behavioural and socio-ecological factors that influence access and utilisation of health services by young people living in rural KwaZulu-Natal, South Africa: Implications for intervention. *PLoS One*. 2020; 15(4): e0231080.
26. Jordana J, Levi Faur D. The Politic of Regulation: Institutions and Regulatory Reforms for the Age of Governance. Barcelona: Edward Elgar Publishing; 2001. p.105.
27. World health organization. World Health Organization [Health Improvement Guidelines]. Translated by Por Eslami M, Sarmast H. Tehran: Publications of the Health Communications and

- Education Office, Ministry of Health and Medical Education; 2001. p.67. [Persian]
28. Sen A. Public Health, Ethics and Equity. New York: Oxford University Press; 2004. p.135.
 29. Siegrist J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *J Occup Health Psychol*. 1996; 1(1): 27-41.
 30. Zakian Khoramabadi F, Moazzen V, Parsapour A, Takian A, Mirshekari A, Larijani B, Shamsi Gooshki E. Access to health care for Afghan immigrants and refugees: an ethico-legal analysis based on the Iranian health law system. *J Med Ethics Hist Med*. 2023; 16(1): 1-20.
 31. Adam Smith. An inquiry into the nature and causes of the wealth of Nations. Amsterdam: Republished Oxford, Clarendon Press; 2008. p.29.
 32. Jarvis MJ. Patterns and Prediction of Unaided Smoking Cessation in the General Population. New York: Wiley Publications; 1997. p.151.
 33. Subramanian SV, Kawachi I. Income inequality and health: What have we learned so far? *Epidemiol Rev*. 2004; 26: 78-91.
 34. Moazzen V, Shamsi Gooshki E. The extent of government intervention in the public health system and individual freedoms during the Covid-19 pandemic: A theoretical analysis. *J Med Ethics Hist Med*. 2023; 16(1): 1-12.
 35. Ornstein CA. Social Justice: History, Purpose and Meaning. *Social Science and Public Policy*. 2017; 54(6): 541-548.
 36. Sen A. Values and development. Cambridge: Harvard University Press; 1984. p.143.
 37. Shin H, Kim J. Differences in income-related inequality and horizontal inequity in ambulatory care use between rural and non-rural areas: Using the 1998-2001 U.S. National Health Interview Survey data. *Int J Equity Health*. 2010; 2:9:17: 2-11.
 38. Renahy E, Mitchell C, Molnar A, Muntaner C, Ng E, Ali F, O'Campo P. Connections between unemployment insurance, poverty and health: A systematic review. *Eur J Public Health*. 2018; 28(2): 269-275.
 39. Faulks K. Citizenship. Translated by Delforoz MT. Tehran: Kavir Publications; 2012. p.14. [Persian]
 40. Ameli SR. The Interaction between Religion, Globalization and Citizenship. *Nameh-ye Olum-e Ejtemai*. 2002; 18: 167-200. [Persian]
 41. Gulliford M, Morgan M. Access to Health Care. London: Rontledge; 2003. p.17.
 42. Barlow JH, Williams B, Wright CC. Patient education for people with arthritis in rural communities: The UK experience. *Patient Educ Couns*. 2001; 44(3): 205-214.
 43. Moazzen V. Investigation of the Concept of Freedom with Focus on Its Application in the Realization of Social Justice in the Health System. *MLJ*. 2021; 15(56): 773-788. [Persian]
 44. Mullen PD, Simons-Morton DG, Ramírez G, Frankowski RF, Green LW, Mains DA. A meta-analysis of trials evaluating patient education and counseling for three groups of preventive health behaviors. *Patient Educ Couns*. 1997; 32(3): 157-173.
 45. Thompson SR, Watson MC, Tilford S. The Ottawa Charter 30 years on: Still an important standard for health promotion. *International Journal of Health Promotion and Education*. 2018; 56(2): 73-84.
 46. Padgett D, Mumford E, Hynes M, Carter R. Meta-analysis of the effects of educational and psychosocial interventions on management of diabetes mellitus. *J Clin Epidemiol*. 1988; 41(10): 1007-1030.
 47. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HPR-HEP-98.1>.
 48. Bröder J, Okan O, Bauer U, Bruland D, Schlupp S, Bollweg TM, et al. Health literacy in childhood and youth: A systematic review of definitions and models. *BMC Public Health*. 2017; 17(1): 361-384.
 49. Brody DS. The patient's role in clinical decision-making. *Ann Intern Med*. 1980; 93(5): 718-722.
 50. Cullen R. Health Information on the Internet. London: Greenwood Publishing Group; 2006. p.14.
 51. Campbell AV. Mere words? Problems of definition in medical ethics. Edited by Doxiadis S. *Ethical Dilemmas in Health Promotion*. New York: John Wiley and Sons; 1987.