

فهم منطق متأخر سیاستگذاری سلامت: گذار به حکمرانی برای سلامت

ولی اله وحدانی نیا^{۱*}، عباس وثوق مقدم^۲

۱. مرکز مطالعات سیاستگذاری عمومی دانشگاه تهران، تهران، ایران
۲. دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران

نشریه پایش

سال هفدهم، شماره ششم، آذر - دی ۱۳۹۷ صص ۶۴۶-۶۳۱

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۱۱/۷

[نشر الکترونیک پیش از انتشار - ۹ بهمن ۹۷]

چکیده

مقدمه: با توجه به تکامل مفهومی سلامت و روندها در حکمرانی و چگونگی کاربرد آن در سلامت توسط حکومت‌هایی که به دنبال بهبود نتایج سلامت بوده‌اند، ظهور اجماعی در این خصوص را نشان می‌دهد؛ که سلامت مردم بیشتر از این نمی‌تواند در حصار تنگ دیدگاه زیست-پزشکی مانده و هدفی صرفاً بخشی و برونداد عملکرد یک وزارتخانه تلقی گردد.

مواد و روش کار: این مقاله کیفی، به روش تحقیق اسنادی، روایتی معرفت‌شناسانه از منطق متأخر سیاستگذاری سلامت ارائه می‌دارد. **یافته‌ها:** سیاست‌گذاری برای سلامت باید مبتنی بر فهمی از آنچه که تاثیرات عمده‌ای بر روی سلامت مردم دارند، باشد؛ آنچه که به عنوان عوامل «تهدیدکننده سلامت»، «محافظت‌کننده سلامت» و «ارتقاءدهنده سلامت» توصیف می‌شوند. چنین فهمی به ظهور پارادایم جدیدی با عنوان «حکمرانی برای سلامت» منجر گردیده است.

بحث و نتیجه گیری: حکمرانی برای سلامت، نه لزوماً مداخله‌ای، بلکه، «نظامی ارزشی» و نوعی «نگریستن و باور فرهنگی-اجتماعی» به «توسعه پایدار» است که می‌تواند منجر به فرصت‌هایی برابر برای سلامت بهتر و کاهش بی‌عدالتی گردد. بعلاوه اینکه، تمرکز مشارکت-جویانه بر همکاری بین‌بخشی و هماهنگی فرابخشی سلامت، ویژگی‌های سیستمی سیاستگذاری‌های عمومی را تقویت کرده و منجر به برنامه‌های اثربخش‌تر در همه حوزه‌های سیاستی می‌شود. تحقق چنین آرمانی از حکمرانی یکپارچه برای سلامت، نیازمند «اراده سیاسی» لازم است.

کلیدواژه: سلامت، سیاستگذاری سلامت، حکمرانی برای سلامت، توسعه پایدار

* نویسنده پاسخگو: تهران، دانشگاه تهران، مرکز مطالعات سیاستگذاری عمومی دانشگاه تهران

E-mail: vvnia@yahoo.com

مقدمه

«سلامت»، از جمله مفاهیم سهل و ممتنع است؛ هرچند در ابتدا سهل و ساده به نظر برسد؛ اما وقتی می‌خواهیم به تعریف، سیاست-گذاری و عملی کردن آن بپردازیم، می‌بینیم که چندان هم ساده نیست و موانع زیادی برای انجام آن وجود دارد. پیچیدگی و دشواری این واژه به ظاهر ساده، از همان آغاز با فهم و تعریف آن آغاز می‌گردد. سلامت، در برابر تعریف لغزنده بوده و روش تفکر درباره آن وابسته به متن تاریخی، فرهنگی، سیاسی، اجتماعی، اقتصادی، جغرافیا، سطح توسعه‌یافتگی و تحولات اندیشه‌ای و اعتقادی است که در آن این سؤال مطرح و فهم می‌گردد.

بعنوان مثال، در ۱۵۰ سال گذشته تعریف سلامت در برخی کشورهای غربی از «رهایی از بیماری» به توانایی انجام «فعالیت-های روزمره» و سپس به احساس شادی و «بهزیستن» ارتقاء یافته است. در فرهنگ این کشورها، انتظار مردم این است که سلامت‌شان اگر عالی نیست، خوب باشد. برخی از فرهنگ‌ها، هم انتظارات پایین‌تری دارند. یا در برخی کشورهای افریقایی «فتق ناف» آنقدر شایع است که حتی بعنوان مریضی (Sickness) شناخته نمی‌شود و به سادگی وضعیتی عادی (بهنجار) در جامعه دانسته می‌شود. ممکن است در یک فرهنگ ترسیم خطی بین بیماری و سلامت، وابسته به سن و جنسیت باشد. مثلاً، ممکن است تجربه ناخوشی برای سالمندان به نسبت جوانان یا میانسالان یک وضعیت عادی دانسته شود و درک وضعیت سلامت برای فرد سالمند شامل درد و ناراحتی باشد که در افراد جوانتر تجربه نمی‌گردد. زنان باردار در کشورهای در حال توسعه، توجهات پزشکی را که زنان در کشورهای توسعه‌یافته دریافت می‌کنند ندارند، پس ممکن است تحمل درد و ناراحتی‌های بیشتر در بارداری وضعیتی عادی تلقی گردد. همچنین، در جوامع مدرن، گرایش به لحاظ وضعیت‌های بیشتری بعنوان بیماری وجود دارد مثل: اعتیاد به الکل، وابستگی دارویی و بزهکاری؛ یا اینکه، پذیرش مواردی بعنوان بیماری، ممکن است انعکاس گسترش بیمه سلامت و در نتیجه بسط تعریف بیماری باشد. احتمالاً، تعاریف سلامت، منعکس‌کننده ایدئولوژی‌ها و فرهنگ گروه‌های عمدتاً قدرتمند یک جامعه هستند [۱، ۲]. به هر حال، فهم سلامت وابسته به زیربنای الگوواره تفکر است [۳] و سیاست‌مداران، پژوهشگران، سیاستگذاران و دست‌اندرکاران برنامه‌ریزی سلامت، بسته به اینکه در چه بافتاری می‌اندیشند، تصمیم‌گیری و عمل می‌کنند، ممکن است برداشتی کاملاً متفاوت از مفهوم «سلامت» و

روش سیاستگذاری برای آن داشته باشند. مرور ادبیات و مباحثات گسترده صورت‌گرفته درباره سلامت نیز نشان می‌دهد که دستورکارهای سلامت در بین دو الگوواره سیاست‌گذاری در نوسان بوده‌اند:

(۱) الگوواره زیست-پزشکی؛ دربرگیرنده رویکردهایی با تعریف حداقلی از سلامت است و بر خدمات پزشکی غالباً فناوری‌محور و نهایتاً مداخلات بهداشت عمومی متکی هستند.

(۲) الگوواره زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی؛ که فهمی مثبت از سلامت بعنوان پدیده‌ای اجتماعی و مرتبط با دستورکار عدالت اجتماعی، دارد و نیازمند اشکال پیچیده‌ای از اقدامات سیاستی است.

درست است که مفهوم سلامت، با پیدایش اندیشه طب مدرن در چارچوب تفکر خطی و مکانیکی الگوواره نیوتنی-دکارتی، دچار تقلیل‌گرایی شناختی شده و بدنبال آن سیاست‌گذاری سلامت، فارغ از ابعاد پیچیده وجودی انسان، به سمت مسیرهای صرفاً زیست-شناختی، سوق داده شده است، اما بدنبال چند دهه حرکت به سمت تعریف سلامت در مفهومی مثبت؛ اکنون، تأکیدات زیادتری روی بهینه‌سازی شایستگی توسعه فردی در ابعاد جسمی، احساسی، عاطفی، ذهنی، اجتماعی و حتی معنوی صورت می‌گیرد. لذا، هدف اصلی این نوشتار این است تا با جستجو و معرفی زوایای مختلف استدلالی این منطق جدید سیاستگذاری سلامت، چشم‌اندازی از آن را جهت دستورکارسیاسی و سیاستگذاری در ایران ارائه دارد.

مواد و روش کار

این مطالعه کیفی به روش تحقیق اسنادی-کتابخانه‌ای انجام گرفته است. روش اسنادی یعنی تحلیل آن دسته از اسناد موجودی که شامل اطلاعات در مورد پدیده‌ای است که قصد مطالعه آن را داریم [۴]. این روش مستلزم جستجوی توصیفی و تفسیری است که واژگان و مفاهیم، مهمترین رکن آن است [۵]. در اینجا متن به منزله نوعی زبان یا ابزار نگریسته می‌شود که بازگوکننده واقعیت و پدیده اجتماعی موردنظر است. این روش اجازه داد تا به طیف گسترده‌ای از کتب و متون، اسناد و گزارشات منتشر شده در گستره وب مراجعه و آنها را مورد تجزیه و تحلیل قراردهیم. جستجوی منابع در مرحله مطالعه اکتشافی، براساس اهداف و جهت‌گیری این مطالعه، انجام و بر مبنای ارزش علمی و محتوایی مورد دست‌بندی قرارگرفت، سپس، از میان این منابع نمونه‌گیری بر اساس چهار

معیار «اصالت»، «اعتبار»، «نمایابودن» و «معناداربودن» انجام شد. در ادامه کار، بر نمونه‌گیری انباشتی (گلوله برفی) تکیه شد؛ یعنی با استفاده از فهرست منابع پژوهش‌های مورد استناد به سمت منابع بیشتر حرکت گردید تا اشباع نظری موردنظر حاصل گردد [۶].

یافته‌ها

۱- فهم گسترده مفهومی سلامت

۱-۱- **مدلهای تبیین سلامت:** مرور تعاریف و ادبیات تحولات مفهومی سلامت در طی سالهای متمادی، رویکردها و مدل‌های متعددی را آشکار می‌سازد، که هرچند، هیچ توافق جهانی بر روی تعداد و ارجحیت این مدل‌ها وجود ندارد، اما، سه مورد کلی «مدل پزشکی»، «مدل کل‌نگر»، و «مدل خوب‌بودن» پیشرو هستند.

مدل پزشکی (طب مدرن): مبتنی بر دیدگاه ناخوشی، بیماری و عملکرد شایسته است. در اوایل قرن بیستم غالب گردید و شایع‌ترین تعریف است که سلامت را به سادگی «فقدان بیماری» می‌داند. در افراطی‌ترین حالت، بدن را شبیه یک ماشین می‌بیند که وقتی خراب می‌شود باید تعمیر گردد. این مدل بر درمان بیماریهای جسمی خاص تأکید داشته و مشکلات اجتماعی و روانی را به درستی به حساب نمی‌آورد، متوجه رفع مشکلات سلامتی بوده و به پیشگیری اهمیت کمتری می‌دهد. این مدل، سلامتی را با فقدان آن می‌سنجد به عنوان مثال، با نرخ مرگ و میر یا شیوع بیماری. نمونه تعاریف آن از سلامت اینگونه است: «حالتی که با بی‌عیبی آناتومیک، فیزیولوژیک و روانشناختی مشخص می‌گردد؛ توانایی انجام کارهای شخصی و ایفای نقش‌های اجتماعی، کاری و خانوادگی؛ توانایی انطباق با استرس‌های فیزیکی، بیولوژیکی، روانشناختی و اجتماعی و...». مدل پزشکی در توجه به سلامت مردم، ممکن است جمعیت سالم را جمعیتی ببیند که در آن، همه اعضا سالم هستند. استعاره مکانیکی می‌تواند برای جامعه هم بکاربرده شود: یک جامعه سالم، جامعه‌ای است که در آن عملکرد سیستم‌های مختلف (اقتصادی، قانونی، حکومتی و غیره) یکسان است [۷، ۲].

مدل کل‌نگر، بر این باور است که برای تعریف سلامت و بیماری و پیشگیری و درمان بیماری‌ها باید تمامی ابعاد وجودی انسان در نظر گرفته شود، اساسا این نوع نگاه، تکیه‌گاه طب سنتی در طول تاریخ بوده که با ظهور طب مدرن به حاشیه رانده می‌شود. این مدل که کل وجودی فرد شامل ابعاد سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی را دربرمی‌گیرد، با پیشرفت و پیچیده‌تر شدن جوامع بشری،

بار دیگر مورد توجه قرار گرفته و در مباحثات «طب جایگزین» بطور گسترده مطرح گردیده است. مدل کل‌نگر در توجه به سلامت مردم یا شاخص‌های شایستگی فردی را جمع می‌زند یا درکل، شاخص‌های بهزیستی مردم را ثبت می‌کند. در واقع، مدل کل‌نگر دیدگاه پزشکی را گسترش داده و ایده «سلامت مثبت» را معرفی می‌کند. براین اساس، هیچ نقطه انقطاعی بین سلامت و بیماری نیست. پایین‌ترین نقطه طیف «سلامت-بیماری» مرگ است و بالاترین نقطه سلامت مثبت است. «سلامت مثبت» حالتی فراتر از فقدان ساده بیماری است. سلامت مثبت پیش‌بینی‌کننده افزایش طول عمر، کاهش هزینه‌های سلامت، سلامت روان بهتر در پیری، و پیش‌آگهی بهتر به هنگام ابتلاء به بیماری است (تصویر ۱) [۸].

با همین نگاه، در مقدمه اساسنامه سازمان سلامت جهان، سلامت، اینگونه تعریف گردیده است: «حالتی از بهزیستی جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط فقدان بیماری یا ناتوانی» [۹].

این تعریف برای مدتی طولانی، با این توجیه که واژگان آن مبهم‌اند، غیرقابل سنجش در نظر گرفته می‌شد، که بیشتر از آنکه به این دلیل باشد که کسی نمی‌تواند روشهایی برای سنجش «بهزیستن» ارائه دارد، به این دلیل بود که انجام آن نیازمند ارزیابی‌های ذهنی‌ای است که به زیرکی با شاخص‌های عینی محبوب مدل پزشکی مقایسه می‌گردد [۱۰].

- **مدل «خوب‌بودن» (بهزیستی):** مرتبط با حالت‌های بهتر از عادی بودن و همچنین درک و احساس ذهنی سلامت است، که بواسطه ابتکار عمل «ارتقای سلامت»، توسط سازمان سلامت جهان توسعه یافت.

در ۱۹۸۴، سندی بحث انگیز در سازمان سلامت جهان ارائه گردید که نگاه به «سلامت بعنوان یک حالت» را به مدلی پویا که در آن «سلامت بعنوان یک فرآیند یا یک نیرو» معرفی می‌گردد، متحول کرد [۱۱]. همین فهم، در منشور اوتاوا برای ارتقای سلامت، بسط یافت. در این تعریف، سلامت «حدی است که در آن یک فرد یا گروه قادر باشد آرزوهایش را تحقق بخشد و نیازهایش را برآورده سازد و با محیط سازگار گردد. سلامت منبعی برای زندگی روزمره است و نه هدف زندگی؛ مفهومی مثبت با تأکید بر منابع شخصی و اجتماعی و نیز ظرفیت‌های جسمانی» [۱۲]. تعاریف این دیدگاه، سلامت را از منظر انعطاف‌پذیری فهم می‌کنند (مثل: «قابلیت افراد، خانواده‌ها، گروه‌ها و جوامع برای سازگاری موفقیت‌آمیز در مواجهه با مشقت‌ها یا خطرهای قابل توجه» [۱۳].

احساس کلی فرد از خوب بودن، عملکرد روانی و شرایط عاطفی است [۱۶].

بعد عینی بهزیستی، به «استانداردهای زندگی» یا «سطح زندگی» مربوط می‌شود؛ استانداردهای زندگی به کالاهایی که فرد مصرف می‌کند و خدماتی که از آن بهره‌مند است، اشاره دارد. سازمان سلامت جهان استانداردهای زندگی را اینگونه تعریف کرده است: درآمد و اشتغال، مسکن، بهداشت و تغذیه، سطح بهره‌مندی از خدمات سلامت، آموزشی، تفریحی و غیره. سازمان ملل متحد نیز، برای استانداردهای زندگی، ۹ بعد پیشنهاد می‌دارد: سلامت، مصرف مواد غذایی، تحصیلات، شغل و شرایط کاری، مسکن، امنیت اجتماعی، پوشاک، تعطیلات و اوقات فراغت (آزادی) و حقوق بشر [۱۷].

بعد ذهنی بهزیستی، مربوط می‌شود به کیفیت زندگی. سازمان سلامت جهان، کیفیت زندگی را؛ «ادراک فرد از وضعیتش در زندگی، در بستر نظام‌های فرهنگی و ارزشی که در آن زندگی می‌کند و در ارتباط با اهداف، انتظارات، استانداردها و علائقش»، تعریف می‌کند. یک مفهوم وسیع که به روشی پیچیده تحت تأثیر سلامت جسمی، وضعیت روانی، عقاید شخصی، روابط اجتماعی و روابط افراد با ویژگی‌های برجسته محیط زندگی‌شان، قرار می‌گیرد [۱۷]. تأثیر بهزیستی بر سلامت، اساسی (اما متغیر) و قابل مقایسه با دیگر عوامل خطرزا مثل رژیم غذایی است. اما، رابطه سلامت و بهزیستی یک طرفه نیست. سلامت بر بهزیستی تأثیر می‌گذارد و بهزیستی خودش هم بر سلامت تأثیر دارد. روابطی بین بهزیستی و نتایج سلامت جسمی، بهبود پاسخ سیستم ایمنی، تحمل بالای درد، افزایش طول عمر، سلامت قلبی و عروقی، پیشرفت کندتر بیماری و سلامت باروری وجود دارد. سلامت خوب با رضایت بالاتر از زندگی ارتباط دارد [۱۸]. بیماریهای مزمن بلندمدت هم بر بهزیستی تأثیرگذار هستند. اما، مشکلات حاد اخیر سلامتی، بیشتر بر بهزیستی تأثیرگذار است. هر دو جنبه سلامت روانی و جسمی می‌توانند بر بهزیستی اثر بگذارند. بیماریهای روانی و بهزیستی ابعادی مستقل از هم نیز دارند: سلامت روانی به سادگی در نقطه مقابل بیماری روانی نیست. این امکان وجود دارد که برخی افراد اختلال روانی داشته باشند و در سطح بالای بهزیستی باشند. برخی افراد هم ممکن است که سطح پایینی از خوبزیستی را بدون داشتن اختلال روانی داشته باشند [۱۹، ۲۰].

این تعریف از سلامت مردم، احتمالاً، دربرگیرنده عناصری از قبیل موفقیت است که بواسطه آن مردم با تغییراتی مثل واقعیت‌های اقتصادی یا بلایای طبیعی سازگار می‌گردند [۱۰].

در تعریفی اکولوژیک، سلامت عبارتست از: حالتی که در آن انسان‌ها می‌توانند به طور نامحدود با دیگر موجودات زنده که با آنها در تعامل هستند، همزیستی کنند [۱۴].

هرچند، هرکدام از این مدلها، حرفی برای گفتن دارند، ولی هیچ کدام کامل نیستند: مزیت مدل پزشکی (طب مدرن) این است که بیماریها را مسأله‌ای مهم برای جامعه معرفی کرده و بدین ترتیب، وضعیت‌های بیماری به راحتی قابل تشخیص و شمارش و دسته بندی است. اما، این رویکرد تقلیل‌گرا است و در شکل افراطی بدین معنی است که افراد دارای معلولیت، «ناسالم» هستند، و سلامت فقط درباره مرگ و میر و بیماری جسمی است. یک محدودیت بالقوه مدل پزشکی، نادیده گرفتن بعد زمانی است. از طرفی، آیا ما باید به یک اندازه دو فرد به ظاهر سالم را که یکی از آنها حامل ژنی خطرناک است که باعث مرگ زودرس می‌گردد، در وضعیت عملکردی برابر در نظر بگیریم؟ بخصوص که اگر در پیش‌آگهی گنجانه نشده باشد، در پیشگیری هیچ فایده‌ای ندارد. از مزیت‌های مدل‌های کل‌نگر و خوب بودن هم این است که، اجازه تمایزگذاری ظریف‌تر بین افرادی که به‌رغم یک نقص جسمی در داشتن یک زندگی مولد موفق‌اند، را می‌دهد؛ فرد نابینا یا نقص عضو هنوز هم ممکن است قادر باشد آرزوهای خود را برآورده سازد، مولد باشد، شاد باشد و بنابراین به عنوان فردی سالم دیده شود.

۱-۲- سلامت با مفهوم «خوبزیستی» درهم تنیده است: سلامت جهان

بهزیستی، یک واژه در تعریف سازمان جهانی بهداشت از مفهوم سلامت است. از طرفی، سلامت یکی از والاترین چیزهایی است که مردم برای بهزیستی مهم می‌دانند [۱۵].

بر اساس نظر سازمان جهانی بهداشت، «بهزیستی دو بعد دارد؛ عینی و ذهنی. این مفهوم به همان نسبت که دربرگیرنده شرایط زندگی احاطه شده با هنجارها و ارزش‌های اجتماعی است، دربرگیرنده تجربه افراد از زندگی‌شان است». مثال‌هایی از محیط زندگی دربرگیرنده سلامت عبارتند از: آموزش، اشتغال، روابط اجتماعی، محیط طبیعی و مصنوعی، امنیت، مشارکت مدنی و حکمرانی. مسکن و تعادل زندگی و کار. تجارب ذهنی دربرگیرنده

فرهنگی، سازمانی، فردی و زیستی هستند، خلق می‌شود. در اولویت-ترین موارد از این پیوندها، به نقل از ولکنسون و مارموت [۲۴] در جدول ۱ آمده است.

با این فهم از چهار لایه تعیین کننده سلامت (تصویر ۲)، می‌توان بالعکس، چهار سطح سیاست‌گذاری برای سلامت را تبیین کرد:

- **سطح اول سیاست‌گذاری:** تغییرات ساختاری درازمدت را هدف قرار می‌دهد، که نیازمند اقدام سیاستی در سطوح ملی و بین‌المللی هستند. مثل؛ سیاست‌های خارجی، امنیتی، اقتصادی و...

- **سطح دوم سیاست‌گذاری:** توسعه شرایط اجتماعی و فیزیکی که در آن مردم زندگی و کار می‌کنند را در درون چارچوبی از اقدامات هماهنگ یک یا چندین بخش هدف قرار می‌دهد، که نیازمند اقدام در سه سطح ملی، استانی و محلی است. مثل؛ سیاست‌های رفاهی (بخش رفاه)، سیاست‌های مراقبت سلامت (بخش بهداشت و درمان)، سیاست‌های اشتغال و... همه اقدامات این سطح، از طریق فرآیندهای سیاسی مربوط به سیاست‌گذاری‌های عمومی و با نقش-آفرینی بازیگران و ذینفعان مختلف دولتی، بازاری، مردمی و... دنبال می‌گردد.

- **سطح سوم سیاست‌گذاری:** تقویت حمایت اجتماعی برای افراد (علاوه بر حمایت خانواده‌ها)، را هدف قرار می‌دهد؛ بر این اساس که چگونه مردم می‌توانند در جهت کسب حمایت‌های چندجانبه و بطوریکه دفاع آنها در برابر خطرات سلامتی تقویت شود، با یکدیگر پیوند یابند. این سطح از سیاست‌گذاری، توانمندی‌های ذاتی را که روابط خانوادگی، دوستان، سازمانهای داوطلب و جوامع، فرای توانمندیهای فردی افراد، دارند به رسمیت شناخته و تقویت می‌کند.

- **سطح چهارم سیاست‌گذاری:** نگرشها و عادات تاثیرگذار فردی را هدف قرار می‌دهد، که بر حوزه‌هایی با درجه خاصی از حق انتخاب برای فرد، متمرکز است. این سطح، دربرگیرنده آموزش بهداشت و حمایت هدفمند از افرادی است که غیرسالمترین سبک زندگی را دارند [۲۲]. بدین ترتیب، درک این نکته که برای هر هدف‌گذاری در ابعاد سلامت و عوامل خطر آن در فرآیند سیاست‌گذاری سلامت، می‌توان راهبردهایی را در هر چهار سطح سیاست‌گذاری تعبیه کرد، مهم است. برای مثال، برای هدف کنترل مصرف تنباکو؛ راهبردها می‌توانند شامل این اقدامات باشند:

- مالیات‌بندی بر سیگار (سطح یک)؛

- ممنوعیت تبلیغات سیگار و استعمال آن در مکان‌های عمومی (سطح دوم)؛

در هر حال، بهزیستی یک هدف مشترک حکومتی است که می‌تواند به تقویت و تشویق ارائه خدمات مفید برای سلامت منجر گردد. مثلا، ترویج فعالیت جسمی، منافی برای سلامت دارد و منافی هم برای خوبزیستی دارد. یا تقویت شبکه‌های اجتماعی و اوقات صرف‌شده برای اجتماعی‌شدن، به همان نسبت که سلامت روان را بهبود می‌بخشد، به نفع بهزیستی هم است [۲۱].

۱-۳- **بحثی در «تعیین‌کننده‌های سلامت» و «عدالت سلامت»:** تعریف گسترده از سلامت و شالوده نظری آن، نتایج مستقیمی برای ماهیت تبیین عواملی دربردارد، که سلامت و نابرابریهای سلامت را تعیین می‌کنند.

در اوایل دهه ۱۹۹۰، وایت هد و دالگرن [۲۲] بعنوان بخشی از برنامه دفتر منطقه اروپای سازمان سلامت جهان (با عنوان سلامت در همه برنامه‌ها)، ضمن طرح «نظریه تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت، تصویر مشهوری پیشنهاد کردند، که عوامل عمده تاثیرگذار بر سلامت را بعنوان لایه‌هایی که، یکی بر روی دیگری قرار دارد، معرفی می‌کرد؛ بر روی همه لایه‌ها، محیط عمده ساختاری، سپس، شرایط اجتماعی و مادی که مردم در آن زندگی و کار می‌کنند (مانند مسکن، آموزش، حمل و نقل، و مراقبت‌های بهداشت و درمان). بعد، محیط حمایتی خانواده، دوستان، همسایه‌ها، و جامعه محلی و بالاخره، سبک زندگی خود فرد (مثل عادات غذایی و دخانیات) آمده است. سن، جنسیت، و ژنتیک بعنوان عوامل فردی که فرد را مستعد می‌کنند، نیز بخشی از تعیین‌کننده‌ها هستند. تصویر شماره ۲ با اندکی تغییر به منظور تبیین مفهومی «جاده سلامت» است.

این تصویر به ظاهر ساده هر چند اکنون در مرکز توجه است، اما، در آن زمان ساده‌لوحانه تصور می‌شد و برای مدتی، غیرعملی و قبول آن سخت به نظر می‌رسید. به ویژه، که سروکار داشتن با این تعداد تعیین‌کننده‌های سلامت و رسیدگی به آنها در قالب ساختارهای سازمانی بسیار بعید به نظر می‌رسد و عملی شدن آن، نیازمند مرجعیت ارزشی، مشترک فرابخشی کار بین‌بخشی و بین سازمانی و پاسخ به این پرسش است که؛ چطور چنین سطحی از همکاری و هماهنگی حاصل خواهد شد [۲۳].

به هر حال، با پیشرفت‌های اندیشه‌ای رخ داده، شواهد گردآوری شده و پژوهش‌های بیشماری که انجام گرفته، امروزه، پذیرفته شده است که سلامت در بطن زندگی روزمره مردم و از درون سیستم‌های پیچیده‌ای که وابسته به متغیرهای سیاسی، اجتماعی، اقتصادی و

باشند». به‌هرحال، بدن‌بال پذیرش اصل عدالت در سلامت، نیاز به مداخلاتی برای از بین بردن اختلافاتی که غیرمنصفانه به نظر رسیده و قابل اجتناب هستند، ایجاد می‌گردد. دسترسی برابر به عوامل تعیین‌کننده سلامت، به جهت ایجاد جامعه‌ای عادلانه برای پیشرفت سلامت کل جمعیت و تضمین توزیع صحیح سلامت خوب، حیاتی است. بی‌عدالتی در سلامت ریشه در بی‌عدالتی اجتماعی دارد. پس، به هنگام برنامه‌ریزی و اجرای برنامه‌ها، در همه بخش‌ها و همه سطوح، باید تأثیرات آنها در کاهش یا تشدید نابرابری مورد توجه قرار گیرد [۲۷]. بعد از مدل وایت‌هد و دالگرن [۲۲]، مدل‌های تبیینی دیگری نیز برای این منظور خلق شده‌اند که مدل تعیین‌کننده‌های اجتماعی نابرابری سلامت کمیسیون مولفه‌های اجتماعی موثر بر سلامت سازمان سلامت جهان [۲۸] یک نمونه آن است. در هر حال، همه این مدل‌ها، به صراحت بیان می‌دارند که «زمینه زندگی مردم» تعیین‌کننده سلامت آنهاست. بدین ترتیب، می‌بینیم تعریف گسترده از سلامت و شالوده نظری آن که با مفهوم بهزیستی درهم‌تنیده است، علاوه بر اینکه نتایج مستقیمی برای ماهیت تبیین عوامل تعیین‌کننده سلامت و نابرابری‌های سلامت دارد، منطقی سیستمی نیز پیش‌رو می‌گذارد تا بتوان با مشکلات در سطح علل‌شان مقابله کرد؛ تعیین‌کننده‌ها از طریق سیاست‌ها و مداخلات در دیگر عرصه‌های سیاست‌گذاری، بصورت مستقیم‌تری می‌توانند تحت تأثیر قرار گیرند [۲۹].

۲- چرایی نیاز به حکمرانی برای سلامت؟

۲-۱- سلامت بوسیله بخش بهداشت و درمان خلق نمی‌گردد: در تمرکز بر روی تعیین‌کننده‌های سلامت، بخودی خود، تأکیدات از برنامه‌ریزی، سرمایه‌گذاری و ارائه خدمات بهداشتی و درمانی؛ به طیف وسیع‌تری از نیروهای سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و محیطی شیف‌ت پیدا می‌کند، که تأثیرات وسیع‌تری بر روی سلامت فرد و مهمتر از آن جمعیت دارند. به عبارتی، سلامت یک جمعیت بواسطه عوامل گسترده‌ای، که بیشتر آنها خارج از کنترل بخش بهداشت و درمان است، شکل می‌گیرد. مهمترین پیشرفت‌های سلامت در دو قرن گذشته، بدلیل تحولات در همین حوزه‌های گسترده‌تر رخ داده و بطور مستقیم به بهبود مراقبت‌های سلامت مربوط نمی‌شود [۳۰].

بجز عوامل ثابت سن، جنسیت و وراثت، مراقبت‌های بهداشت و درمان تنها ۲۰٪، رفتارهای سالم ۳۰٪، عوامل اقتصادی و اجتماعی ۴۰٪ و محیط فیزیکی ۱۰٪ در تعیین سلامت مردم سهم

- کمک به جوامع برای پیوند با یکدیگر به جهت اعمال کنترل‌های بیشتر روی فروش سیگار به کودکان در فروشگاه‌های محلی (سطح سوم)؛

- آموزش عموم مردم درباره خطرات استعمال سیگار (سطح چهارم) [۲۲].

البته، اغلب راهبردهایی که در یک سطح در نظر گرفته می‌شوند، هنوز هم، تلاش‌های هماهنگی در چندین سطح دیگر را می‌طلبند که حتی در مواردی نتایج دیررسی دارند و به همین سبک، اقدامات مثبت برای سلامت در یک سطح، می‌تواند بواسطه اقدامات منفی در سطوح دیگر خنثی شود. بنابراین، تمرکز بر اثرات هم‌افزای این نوع سیاست‌گذاری‌های عمودی و افقی سلامت، برای تحقق اهداف سلامت و کاهش بی‌عدالتی‌های اجتماعی بسیار کلیدی هستند.

در عین حال، چارچوب معرفی شده را می‌توان بعنوان سیستمی به-هم پیوسته برای تحقق «عدالت سلامت» که خود ریشه در «عدالت اجتماعی» دارد، هم بکار گرفت. در واقع، آقایان وایت‌هد و دالگرن، چیزی را شناسایی کردند که به «عدالت سلامت» تعبیر شده است؛ اینکه، بایستی چطور بیعدالتی اندازه‌گیری شده و چه سیاست‌گذاری‌ها و راهبردهای ممکن باید برای کاهش شکاف‌ها پیگیری شود. تمایز نظری وایت‌هد [۲۵]، بین «عدالت» و «انصاف» در کنار این مدل گسترده سلامت معنی‌دار است؛ همه نابرابری‌ها و اختلافات ناعادلانه نیستند. عواملی از قبیل سن و جنسیت و وراثت ممکن است منجر به نابرابری‌هایی شوند که بعنوان بیعدالتی تعبیر نمی‌شوند؛ تنها، نابرابری‌هایی که قابل اجتناب هستند، ناعادلانه هستند. قضاوت درباره ناعادلانه‌بودن چیزی، بسته به زمان و مکان هم متغیر است. اما، یک معیار قابل کاربرد در گستره وسیع، دامنه حق انتخابی است که مردم با آن سروکار دارند. بجز مواردی که ناشی از انتخاب‌های پرخطر عمدی توسط فرد است، اگر مردم گزینه کمتری برای انتخاب در محیط کاری و زندگی‌شان دارند، پس نابرابری‌های سلامت به احتمال زیاد ناعادلانه به نظر خواهند رسید؛ غالباً، شرایط نامساعد مسبب بی‌عدالتی، مربوط به آموزش، سطح درآمد، محیط و عواملی است که متمایل به ترکیب و تقویت یکدیگر بوده و بطور قطع، گروه‌هایی را نسبت به بیماری و ناخوشی آسیب‌پذیرتر می‌کنند و اینگونه احساس بی‌عدالتی هم افزایش می‌یابد. [۲۶، ۲۵].

بر مبنای چنین استدلالی است که وایت‌هد [۲۵] پیشنهاد می‌کند: «عدالت در سلامت، به این معنی است که، بطور آرمانی؛ همه باید، فرصتی منصفانه برای کسب پتانسیل کامل سلامت‌شان داشته

و اقتصادی و حفظ محیط زیست است و از عناصر ضروری و معرف «حکمرانی مطلوب» برای «توسعه پایدار» است [۳۶].

تضمین زندگی سالم، و ارتقاء بهزیستی برای همه افراد و جمعیت‌ها محور دستیابی به توسعه پایدار است و بالعکس، توسعه پایدار برای دستیابی به سلامت و بهزیستی حیاتی است [۳۷].

«توسعه پایدار» که به دلیل جامعیت مباحث و اقبال گسترده در آخرین سال‌های قرن بیستم به بالنده‌ترین مناظره جهانی تبدیل شده است، انسان را مرکز توجه قرار داده و هر آنچه حیات، بقا و آزادی او را مورد تهدید قرار دهد، مردود می‌داند؛ «انسان سالم محور توسعه پایدار» اصل یک منشور ریو است. سلامت، ورودی مهمی برای توسعه پایدار است و در همان حال، که محیط سالم، پیشنیاز سلامت خوب است، مردم سالم هم بهتر قادرند بیاموزند، بهره‌ور باشند و به جامعه و اقتصادشان خدمت کنند. توسعه پایدار می‌تواند با راهبردهای هوشمندانه برای بهبود تعیین‌کننده‌های سلامت مثل حمل و نقل، مسکن، انرژی و کشاورزی، بیماری‌های مزمن و بیماری‌های ناشی از فقر را کاهش داده و به همان نسبت سلامت را ارتقاء دهد [۳۸].

کنفرانس ریو+۲۰ ملل متحد درباره توسعه پایدار، در سند نهایی‌اش با عنوان «آینده‌ای که ما می‌خواهیم»، اعلام داشته؛ «سلامت یک پیش‌شرط، یک نتیجه و شاخصی برای ابعاد سه‌گانه توسعه پایدار (اجتماعی، زیست‌محیطی و اقتصادی) است». پس، از کشورهای عضو می‌خواهد که رویکردی چندبخشی اتخاذ کرده و به جهت کاهش بی‌عدالتی و ایجاد توسعه پایدار، بر روی تعیین‌کننده‌های اقتصادی و اجتماعی و محیط زیستی سلامت کار کنند.

در دستور کار توسعه پایدار ۲۰۳۰ که از ژانویه ۲۰۱۶ به اجرا درآمده نیز، علاوه بر هدف کلی شماره ۳ که مشخصاً بر «سلامت خوب و خوب‌زیستی» متمرکز است، چشم‌انداز تعیین‌کننده‌های سلامت در تمامی ۱۷ هدف کلی دیده می‌شود. بطوریکه، همه این اهداف مرتبط و متصل و به هم وابسته‌اند و تحقق آن مستلزم بهترین هماهنگی و مشارکت برای سلامت، در بین بخش‌های سیاست‌گذاری است [۳۷].

همانگونه که این سطح از تمرکز جهانی بر پیوند سلامت و توسعه پایدار، با ایفای نقش رهبری و هماهنگ‌کننده سازمان جهانی بهداشت، در ترویج اقدام جهانی برای سلامت، شکل گرفته است، در سطح ملی و زیر ملی نیز، بخش مراقبت سلامت، باید نقشی کلیدی بازی کند. این بخش می‌تواند شواهدی درباره اثرات سلامتی

دارند. سیاست‌ها و برنامه‌ها از طریق تاثیر بر تعیین‌کننده‌های سلامت، می‌توانند سلامت مردم (امید به زندگی ۵۰٪، کیفیت زندگی ۵۰٪) را تعیین کنند (تصویر ۳) [۳۱].

درک از تعیین‌کننده‌های سلامت، روشن می‌سازد که سلامت یک موضوع سیاستی متقاطع و درهم تنیده است و در قالب تعاریف قراردادی از بخش‌های حکومتی یا آنچه که حکومت یا یک کشور انجام می‌دهد، نمی‌گنجد. چون، موضوعات متقاطع، چالشی بوده و بیشترین پیچیدگی را در میان موضوعات سیاستی دارند؛ در یک ظرف جای نمی‌گیرند، به قلمرو و مرزهای بخشی محدود نگردیده و فرای صلاحیت یک بخش هستند [۳۲].

به عنوان مثال، مقابله با بیماری‌های غیرواگیر/مزمّن مثل بیماری‌های قلبی و عروقی، سرطان و... که در درازمدت و در نتیجه ترکیبی از عوامل ژنتیکی، فیزیولوژیکی، محیطی و رفتاری شکل گرفته و پیشرفت می‌کنند و عمدتاً مربوط به عوامل خطر قابل پیشگیری یا حداقل قابل بهبود هستند، توسط بخش بهداشت و درمان به تنهایی ممکن نیست. کارکرد اولیه بسیاری از نظام‌های سلامت درمان افراد بیمار است که تازه بعد از این هم آنها را در همان وضعیت واقعی‌ای رها می‌کند که ابتدا به بیماریشان منجر گردیده است، که چنین کارکردی ضد بهره‌وری است.

بنابراین، پرواضح است که سلامت نمی‌تواند هدفی صرفاً بخشی قلمداد شود که برای دستیابی به آن مسئولیت‌پذیری یک وزیر یا وزارتخانه کفایت کند. سلامت فرابخشی و محصول روابطی پویا و پیچیده است و حل مسائل پیچیده، مستلزم رویکردهای سازمان-یافته‌ای است که طیف وسیعی از بازیگران، سطوح حکمرانی بومی تا بین‌المللی و مشارکت جامعه و فرد را دربرگیرد؛ نوعی سیاست‌گذاری یکپارچه که در آن علاوه بر «سیاست‌گذاری‌های عمودی» با «سیاست‌گذاری‌های افقی» هم سروکار داریم. با این حال، در گستره عمل، تناقضات و ناسازگاری‌های عمده‌ای بین سلامت و منافع، ارزش‌ها، اهداف و عملکرد دیگر بخش‌های سیاست‌گذاری وجود دارد؛ سلامت برای دیگر بخش‌ها اولویت بالایی ندارد. تنها درک اینکه، فقط وزیر بهداشت و درمان مسؤل و جوابگو برای سلامت شناخته می‌شود؛ و نادیده گرفتن یا نبود شواهد آنچه که در عمل رخ می‌دهد و نمی‌دهد خود تأییدی بر این مدعا است [۳۳، ۳۴].

۲-۲- سلامت، قلب توسعه پایدار است: سلامت، هدف کلان اجتماعی است که جدایی‌ناپذیر از بهزیستی انسانی، توسعه اجتماعی

بهترین نعمت است"، "هیچ لباسی زیباتر از سلامتی نیست"، "ثمره تفریط و کوتاهی، پشیمانی است و ثمره دورانیشی سلامت" [۴۴] در ادبیات فارسی نیز، مفهوم زندگی شایسته، همواره بر نقش سلامت شایسته متمرکز بوده است: «سلامت در اقلیم آسودگی ست کزین بگذری جمله بیهودگی است» [۴۵]. برای افراد و خانواده‌ها هم سلامت، قابلیت برای توسعه فردی و امنیت اقتصادی در آینده محسوب می‌گردد. سلامت زیربنایی برای بهره‌وری شغلی، قابلیت برای یادگیری در مدرسه، و قابلیت برای رشد از نظر عقلی، جسمی و عاطفی است. از نظر اقتصادی، رشد مداوم و مستمر اقتصادی بستگی به سطح «سرمایه انسانی» دارد که سطح خود آن نیز وابسته به سطح آموزش و سلامت است که مبنای بهره‌وری اقتصادی یک فرد هستند. از سوی دیگر، هر دوی این متغیرها بر اساس سطح توسعه‌یافتگی کشورها رشد می‌کنند، به عبارت دیگر خود این متغیرها از دل توسعه بیرون می‌آیند و تغییرات آنها به میزان سرمایه‌گذاری در آنها بستگی دارد. همانند رفاه اقتصادی خانواده فرد، سلامت خوب جامعه هم یک ورودی حیاتی برای کاهش فقر، رشد اقتصادی، و توسعه بلندمدت اقتصادی در مقیاس کل جوامع است. جمعیتی سالم و ماهر برای مشارکت نیروی کار، بهره‌وری و سلامت بهتر اقتصادی حیاتی است. (همه عواملی که بر استانداردهای آینده زندگی اثر می‌گذارند). مردم در سلامت خوب مولدتر هستند و می‌توانند بصورت بهره‌ورتر در آموزش و بازار کار مشارکت نمایند. سرمایه‌گذاری در سلامت ممکن است مرز امکانات تولید یک جامعه را تغییر دهد و خلق ثروت که قبل از این غیرممکن بود با توسعه سرمایه انسانی احتمال وقوع بیشتری پیدا می‌کند. گستره تأثیر جمعیت سالخورده وابسته به توانایی حکومت در سالم و فعال نگه داشتن مردم در طول زندگی‌شان است. از طرفی، رابطه سلامت و اقتصاد متقابل است. وضعیت نامساعد اقتصادی بر روی قابلیت افراد برای داشتن انتخاب‌هایی از قبیل؛ مکان زندگی، تغذیه، دسترسی به خدمات و مشارکت کامل در زندگی اجتماعی اثر می‌گذارد. حتی در کشورهای ثروتمند، افرادی که وضع نامساعد اقتصادی و اجتماعی را تجربه می‌کنند، در مقایسه با کسانی که از نظر اقتصادی و اجتماعی ممتاز هستند، بیشتر مشکلات سلامتی را تجربه می‌کنند و طول عمر کمتری دارند. نابرخورداریهای اقتصادی علاوه بر تأثیر بر افراد و خانواده‌ها، از طریق تأثیرات اجتماعی مثل حمایت رفاهی و از طریق کاهش

راهبردها و ابتکارات توسعه پایدار تولید کند. می‌تواند به منظور تضمین لحاظ سلامت بعنوان یک خروجی در همه سیاست‌ها، ابزارهای «ارزیابی پیامدهای سلامت» را ترویج کند و می‌تواند اهداف، شاخص‌ها و ابزارهای مرتبط با سلامت را برای اندازه‌گیری و پایش نتایج سیاست‌های توسعه پایدار تعیین کند [۲۹،۴۰].

در هر حال، شواهد علمی محکمی وجود دارد که؛ چنانچه برنامه‌های توسعه با «محوریت انسان‌سالم» پیگیری نگردند، نه تنها آسیب‌پذیری سلامت مردم را بیشتر خواهند کرد بلکه ناتوانی بخش مراقبت سلامت در پاسخگویی به نیازهای مردم بیش از پیش خواهد شد. چراکه، سلامت وابسته به سیاست‌ها، سیستم‌ها و فرآیندهایی است که از بیرون قلمرو مأموریتی بخش بهداشت و درمان سرچشمه می‌گیرند. پس، همانگونه که بیانیه آدلاید [۴۱]، اذعان می‌دارد؛ دستیابی به توسعه انسانی پایدار، رعایت عدالت در سلامت و حصول نتایج مطلوب سلامت، مستلزم تعهد اجتماعی تازه‌ای بین بخش‌های مختلف است؛ تعهدی که تحت رهبری‌ای یکپارچه در حکومت، در میان بخش‌ها و در میان همه سطوح آن (محلی، منطقه‌ای، ملی و بین‌المللی) به اجرا درآید. اهداف حکومتی زمانی به بهترین نحو قابل دستیابی هستند که تمامی بخش‌ها، سلامت و خوب‌زیستی را بعنوان عناصر کلیدی توسعه سیاست‌شان لحاظ کنند. پیشرفت در سلامت از طریق اقدام بر روی تعیین‌کننده‌های سلامت می‌تواند آسانتر و سراسر از رویکردهای سنتی مشکل‌محور یا بیماری‌محور باشد.

۲-۳-سلامت»، نیرویی مولد و از شاخصه‌های کلیدی اقتصادی پویا و جامعه‌ای موفق است: سلامت، اکنون به یک استعاره برای موفقیت کشورها، تبدیل گردیده است. در کلام آمارتیا سن، برنده جایزه نوبل اقتصاد (کتاب «توسعه به مثابه آزادی»)، سلامت یکی از قابلیت‌های اساسی است که به زندگی انسان ارزش می‌بخشد [۴۲]. در نظرسنجی جهانی سازمان ملل متحد برای اجلاس هزاره، هم، «سلامت خوب» بعنوان خواست شماره یک مردان و زنان در سراسر دنیا رتبه‌بندی گردید [۴۳].

خرد نهفته در فرهنگ‌ها (ضرب‌المثل‌ها و...)، هم سلامت را بعنوان یک ثروت، در سودمندترین معنی آن، آموزش می‌دهد. مثلاً، درآموزه‌های اسلامی، بر اهمیت سلامت و جایگاه والای ارزشی آن تأکید و از آن بعنوان یک نعمت و یک دارایی یاد و بر مراقبت از آن سفارش شده است. بعنوان مثال امام علی ع می‌فرماید: "سلامتی

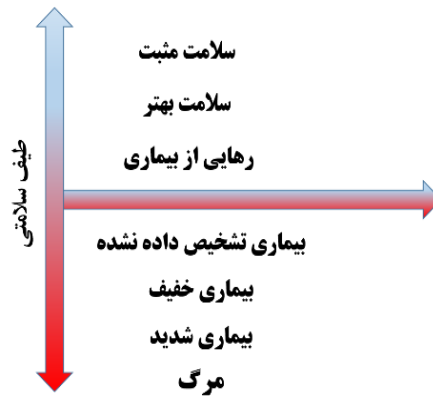
۲-۴- بحران هزینه‌های مراقبت سلامت، محرک اقدام: هزینه‌های فزاینده مراقبت سلامت (بهداشت و درمان) در حال بلعیدن سهم روبه افزایشی از تولید ناخالص ملی کشورها است، تاحدی که، بیم عقب‌گرد در پیشرفت‌های صورت گرفته است. استفاده فزاینده از فناوریهای گران قیمت و فناورمحور شدن روزافزون روشهای تشخیصی-درمانی پزشکی هم بر فشار هزینه‌ها افزوده است، بخصوص که بخش عمده‌ای از افزایش هزینه‌های سلامت مربوط به بار شیوع «بیماریهای غیرواگیر» و مرتبط با پیامدهای پیرشدن جمعیت، است که تقاضا برای خدمات سلامت را افزایش می‌دهد. این موضوع بصورتی روزافزون، حکومت‌ها را نگران‌تر کرده و محرک احساس نیاز فوری برای محدود کردن فشار فزاینده هزینه مشکلات سلامتی بر روی منابع مالی محدود کشورها است [۳۰].

امروزه، جوامع در هر دو دنیای توسعه یافته و در حال توسعه، در حال تجربه بار مالی همه‌گیری بیماریهای غیرواگیر هستند. لذا، اهداف توسعه پایدار ۲۰۳۰ ملل متحد، بیماریهای غیرواگیر را بعنوان چالشی بزرگ برای توسعه پایدار شناخته و بعنوان بخشی از برنامه، سران کشورها را متعهد به مقابله بلندپروازانه ملی برای کاهش یک سوم مرگ و میر بیماریهای مزمن تا سال ۲۰۳۰ از طریق پیشگیری و درمان کرده است.

افزایش هزینه‌های مراقبت سلامت علاوه بر تحمیل هزینه بر اقتصاد کشور، می‌تواند به سرعت منابع مالی خانواده را کاهش داده و خانواده را به سمت فقر سوق دهد و بدین ترتیب هزینه‌های اجتماعی نیز به دنبال آورد. چنین وضعیتی با پیامدهای وحشتناکی که دارد، به وضوح، غیرقابل تحمل بوده و نیاز است تا با اتخاذ رویکردی یکپارچه، همه بخش‌ها برای کاهش خطرات مرتبط با بیماریهای مزمن و ترویج مداخلات پیشگیری و کنترل آنها همکاری کنند. شواهد هم نشان می‌دهد که این قبیل اقدامات سرمایه-گذارهای اقتصادی عالی‌ای هستند. زیرا اگر به موقع به افراد ارائه گردند، می‌توانند نیاز به اقدامات درمانی گران قیمت را کاهش دهند [۴۸]. در حال، برای درک و حل بسیاری از مسائل موجود و در حال ظهور سلامت مثل ماهیت پیچیده بیماریهای غیرواگیر تغییرات هم در سطوح سیاستگذاری نیاز است و هم در سطوح سازمانی و اجتماعی و فردی.

مشارکت و بهره‌وری بر اقتصاد کلان تر هم تأثیر می‌گذارند. پیشرفت در سلامت مردم وابسته به رسیدگی به علل نابرخورداریهای اقتصادی و فقر و عواملی است که به بی‌عدالتی در سلامت منجر می‌گردند. بنابراین، سرمایه‌گذاری در سلامت اغلب به بهره‌وری بیشتر نیروی کار و فرار از تله فقر منجر می‌گردد. به عبارتی، تحریک رشد و توسعه، مستلزم ارتقاء سطح سرمایه انسانی است. در واقع، برنامه‌های سلامت عمومی به حرکت به سمت ایجاد اجزاء دیگر سرمایه انسانی مثل آموزش و نرخ باروری مستمر خانواده‌ها کمک می‌کند. استدلال می‌شود که کنترل چاقی، کنترل مصرف الکل، کنترل سیگار و اعتیاد و ترویج ورزش، تولیدات صنعتی را افزایش داده و غیبت از کار و تضعیف سرمایه انسانی را در اقتصاد کاهش می‌دهد. پیشرفت سطح سلامت جامعه، این اجازه و امکان را هم به جامعه می‌دهد تا هزینه‌هایی را که مجبور بود برای درمان بیماریها هزینه کند، در ابعاد دیگر رفاه جامعه صرف کند. تصویر ۴، همبستگی تعیین‌کننده‌های سلامت و بلوک‌های سازنده رفاه پایدار را نشان می‌دهد [۳۶،۴۶،۴۷].

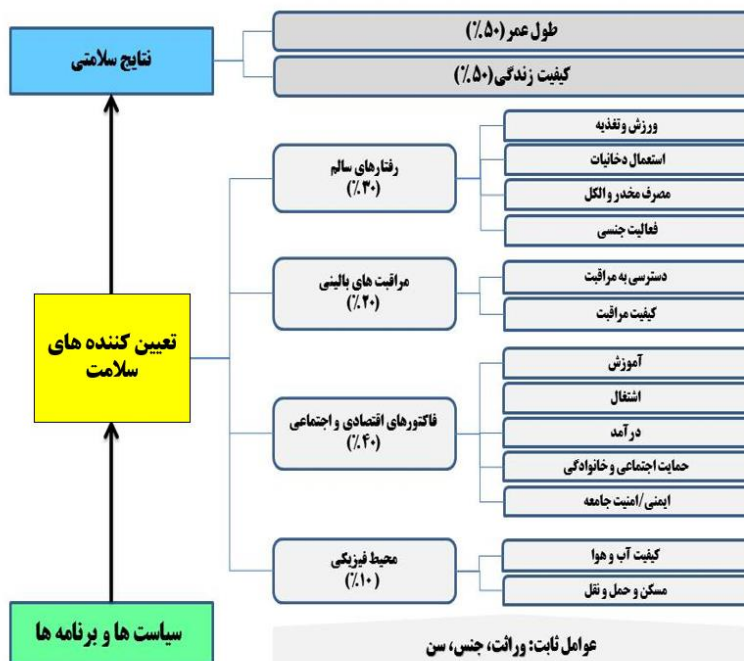
در هر حال، همبستگی بین سطح سلامت بهتر و توسعه اقتصادی بالاتر، توسط نظریه‌پردازی بسیاری به اثبات رسیده و اکنون این موضوع کاملاً به رسمیت شناخته شده است که سلامت مردم تأثیرات مهمی بر عملکرد اقتصادی کشورها دارد. سیاستی که پیامدهای منفی برای سلامت و بهزیستی مردم دارد، تأثیراتی بر روی اقتصاد، از طریق هم کاهش بهره‌وری و هم افزایش هزینه‌های نظام مراقبت سلامت خواهد داشت. همانگونه که بیانیه آدلاید ۲۰۱۰، تأکید می‌کند؛ یک جامعه سالم، ضرورتی کلیدی برای دستیابی به اهداف جامعه است. این پیوند بین سلامت، بهزیستی و توسعه اقتصادی، دستورکار سیاسی همه کشورها را به جلو رانده است. جوامع، کارفرمایان و صنایع، بطور فزاینده‌ای، منتظر و محتاج اقدام هماهنگ حکومتی برای رسیدگی به تعیین‌کننده‌های سلامت و بهزیستی و اجتناب از تکثیر و تکه‌تکه شدن اقدامات شده‌اند [۴۱].



تصویر ۱: طیف سلامت

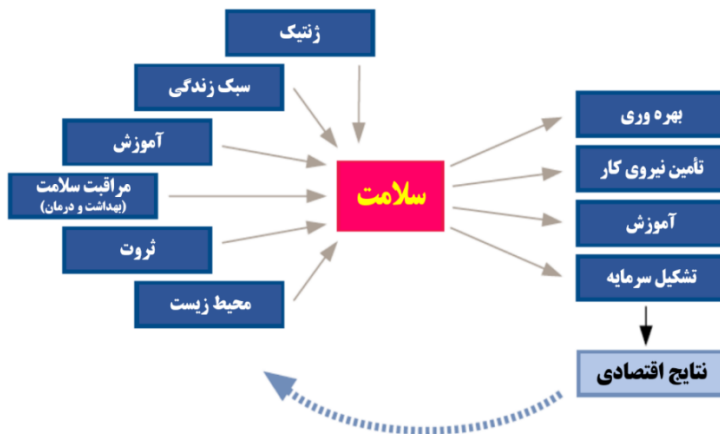


تصویر ۲: تعیین‌کننده‌های سلامت {جاده سلامت}



برداشت از: County Health Rankings model ©2010 UWPHI. www.CountyHealthRankings.org

تصویر ۳: سهم تعیین کننده های سلامت



تصویر ۴: سلامت به مثابه یک محرک اصلی اجتماعی و اقتصادی

جدول ۱: تعیین‌کننده‌های سلامت

تعیین‌کننده	چگونه بر سلامت اثر می‌گذارد؟
شیب اجتماعی	<ul style="list-style-type: none"> • شرایط اجتماعی و اقتصادی نامطلوب در طول زندگی بر سلامت تأثیر می‌گذارد. • در پلکان پایین‌تر اجتماعی، امیدزندگی کمتر و تعداد زیادی از بیماریها شایع‌تر هستند. • شرایط روانشناختی و اجتماعی می‌توانند باعث استرس‌های بلند مدت گردند.
استرس	<ul style="list-style-type: none"> • محیط‌های پر استرس، با ترشح پایدار هورمون‌هایی همچون کورتیزول، باعث احساس نگرانی، اضطراب و ناتوانی از عهده کارها برآمدن، در افراد می‌شوند و به سلامت آسیب می‌زند و ممکن است منجر به مرگ زودرس گردند. • پژوهش‌های مشاهده‌ای و مطالعات مداخله‌ای نشان می‌دهند که زیربنای سلامت بزرگسالان در سالهای اولیه کودکی و قبل از تولد گذارده می‌شود.
سال‌های اولیه زندگی	<ul style="list-style-type: none"> • یک شروع خوب در زندگی به معنای حمایت از مادران و کودکان است؛ تأثیرات سلامتی آموزش و تکامل ابتدای کودکی در تمام دوره زندگی طول می‌کشد.
محرومیت اجتماعی	<ul style="list-style-type: none"> • فقر، محرومیت نسبی و محرومیت اجتماعی، تأثیر مهمی بر سلامت و مرگ زودرس دارند، و شانس زندگی در فقر به شدت پیش‌روی برخی گروه‌های اجتماعی نهاده شده است. • کیفیت نامطلوب زندگی، ناشی از مشقت و خشونت، فقر، محرومیت اجتماعی و تبعیض می‌تواند امید به زندگی را کاهش دهد. • بیکاری سلامت را به مخاطره می‌اندازد، و در مناطقی که بیکاری گسترده است خطر بیشتر است. میزان بالاتر بیکاری بیماری و مرگ زودرس بیشتری را سبب می‌گردد.
بیکاری	<ul style="list-style-type: none"> • امنیت شغلی سلامت، خوب‌زیستی و رضایت شغلی را افزایش می‌دهد. • به طور کلی، داشتن شغل برای سلامت بهتر از نداشتن شغل است. اما سازمان اجتماعی کار، شبکه‌های مدیریت و روابط اجتماعی در محیط کار همه در سلامت سهم دارند.
محیط کار	<ul style="list-style-type: none"> • استرس در محیط کار خطر بیماری را افزایش می‌دهد. افرادی که کنترل بیشتری بر کارشان دارند سلامت بهتری دارند. • حمایت اجتماعی و روابط خوب اجتماعی کمک مهمی به سلامت می‌کند. • دوستی، روابط خوب اجتماعی و شبکه‌های حمایتی قوی سلامت را بهبود می‌دهند.
حمایت اجتماعی	<ul style="list-style-type: none"> • مصرف مخدر هم پاسخی به شکست اجتماعی است و هم عاملی مهم در بدتر شدن نابرابریهای سلامت است. • هرچند افراد وابسته به الکل، مخدر و تنباکو هستند و از مصرفشان رنج می‌برند، ولی مصرف، تحت تأثیر ترتیبات اجتماعی گسترده‌تر است.
اعتیاد	<ul style="list-style-type: none"> • یک رژیم غذایی خوب و عرضه غذای ایمن و کافی برای ارتقای سلامت و خوب‌زیستی، اساسی است. کمبود و فقدان نوع غذایی سبب بیماریهای کمبود و سوء تغذیه می‌گردد. مصرف بیش از حد غذا منجر به بیماریهای قلب و عروق، دیابت، سرطان، چاقی و پوسیدگی دندان می‌گردد. • بدلیل کنترل نیروهای جهانی بازار بر عرضه مواد غذایی، غذای سالم یک موضوع سیاسی است.
غذا و تغذیه	<ul style="list-style-type: none"> • دوچرخه‌سواری، پیاده‌روی و استفاده از حمل و نقل عمومی به چهار روش سلامت را ارتقاء می‌دهد؛ امکان ورزش را فراهم می‌کنند، تصادفات مرگبار را کاهش می‌دهند، تماس اجتماعی را افزایش می‌دهند، و آلودگی هوا را کاهش می‌دهند. • حمل و نقل سالم به معنی رانندگی کمتر و اشکال فعالتر حمل و نقل ترکیب شده با حمل و نقل عمومی است.
حمل و نقل	

بحث و نتیجه‌گیری

ابزارها و روش‌های این تفکر برای روشن‌ساختن ساختارهای پویا و وضعیت‌های نوظهور منجر به مشکلات پیچیده سلامت عمومی مناسب‌تر هستند. البته، رویکردهای طبی زیست‌پزشکی (دید علی خطی) هم شایسته است اما، پایداری و سودمندی آنها برای توسعه انسانی مورد سوال است چراکه، سیاست‌گذاری برای سلامت غالباً با مسائل چندعاملی، چندسطحی و چنددینفنی سروکار دارد. بدین- ترتیب، برخلاف رویکرد سنتی به علم همه‌گیرشناسی که شناسایی وضعیت سلامت و مخاطرات فردی را مورد توجه قرار می‌دهد، رویکرد مبتنی بر پیچیدگی، محیط وسیعتری که در آن خطرانی برای سلامت ظهور می‌کنند را برجسته می‌نماید، شیب اجتماعی یکی از

با چشم‌انداز نظری که تشریح گردید، پرواضح است که مسائل سلامت و علل و آثار آن، ما را به پذیرش «پیچیدگی» بعنوان یک شاخصه کلیدی سیاست‌گذاری برای سلامت در عصر حاضر وامی- دارد. فهم سلامت بعنوان یک سیستم تطبیقی پیچیده، نقشی کلیدی در پی‌ریزی و توسعه مفهومی «حکمرانی برای سلامت» داشته است. از نظر معرفت‌شناختی، علم سیستم‌های پیچیده وضعیت‌های غیرخطی، پویا و انعکاسی را به رسمیت شناخته و با دیدگاهی انتقادی، ذهنی و نسبی‌گرا طیف وسیعی از عوامل مرتبط با پیچیدگی مشکلات سلامت عمومی را نشان می‌دهد. بنابراین،

بهبه‌یستی مردم است. «همکاری»، «مشارکت» و «هماهنگی» از راهبردهای اصلی تحقق این یکپارچگی، متکی بر اصل «ارزش مشترک، مبنای عمل مشترک» است. یعنی خلق شبکه حکمرانی چندسطحی و چنددینفعی که بخش سلامت بعنوان گره اصلی، درون این مرکز تلقی گردیده و بعنوان یک میانجی، تسهیل‌گر، مربی، مشوق و شریک در فرآیندهایی افقی و مشارکتی، هم بر کار درون حکومت (میان بخش‌ها، و میان سطوح سیاسی و بروکراتیک تصمیم‌گیری و اقدام) و هم تعامل حکومت با جامعه مدنی و بخش خصوصی و مردم تمرکز دارد.

به هر حال، تحقق چنین آرمانی از حکمرانی یکپارچه برای سلامت، نیازمند «اراده سیاسی» لازم است. اصطلاح «اراده سیاسی»، که در ادبیات سیاست‌گذاری برای توصیف قابلیت تغییر بکار می‌رود، به معنی حضور و تعهد مجموعه‌ای از بازیگران سیاسی با درک مشترک از یک مسأله و راه‌حل‌های آن، است. چراکه، «امر سیاسی»، موضوع «منازعه قدرت» و «منافع» است. پس، حکمرانی برای سلامت به همان میزان که کاری فنی است، فعلی سیاسی و موضوعی برای قدرت است. پس، امکان‌پذیری آن، وابسته به منازعات قدرت بین صاحبان منافع گوناگون است. بنابراین در حکمرانی برای سلامت، باید همیشه، توجیح و توجهی سیاست‌گذارانه برای توزیع قدرتی که تعیین می‌کند «چه کسی می‌برد؟» باشد. بی‌تردید بزرگترین محدودیت «حکمرانی برای سلامت»، خودخواهی ذی‌نفعانی است که از صدای سیاسی بلندتری برخوردارند و قدرت کافی برای ارتقای منافع خود به غیرقابل دفاع‌ترین شکل ممکن دارند.

سبم نویسندگان

ولی اله وحدانی نیا: نویسنده و محقق اصلی شامل طراحی مطالعه، گردآوری داده‌ها، تجزیه و تحلیل داده‌ها و نگارش عباس وثوق مقدم: بازخوانی مقاله و درج اصلاحات

واضح‌ترین‌های آنها است؛ این بدین معنی است که راهبردهای سلامت در سطوح متعددی عمل کرده و آثارش فراتر از نتایج سلامت دنبال می‌شود، بطوریکه، دیگر بخش‌ها، بدون دخالت در بخش سلامت، نتایج سلامت را محقق می‌کنند [۴۹].

چنین فهمی از پیچیدگی سیاستگذاری سلامت، بر تاریخی از مباحثات عمیق و گسترده استوار گردیده که تحت عناوینی همچون «اقدام بین‌بخشی سلامت»، «شهرهای سالم»، «مدارس سالم»، «سلامت برای همه»، «همه برای سلامت»، «سیاستگذارپهای عمومی سالم»، «سلامت درهمه سیاست‌ها» و اخیراً دعوت به «حکمرانی برای سلامت» تجلی پیدا کرده است؛ عصری از سیاستگذاری سلامت که هم در بیرون و هم در درون جریان اصلی نهادهای سلامت، عمل می‌کند و هدف آن تغییر اولویت‌های سیاسی و دستور کارهای سیاستی از طریق گسترش تصمیم‌گیریهی سلامت عمومی، مبتنی بر راهبردهای «پیشگیری» و «ارتقاء سلامت» است. ارتقاء سلامت، با رویکردی مشارکتی و توانمندساز (با بار ارزشی) به توسعه سلامت در یک ترتیبات اجتماعی پیچیده تأکید دارد [۵۰]. حکمرانی برای سلامت، لزوماً مداخله‌ای نیست، بلکه «نظامی ارزشی»، «دیدگاهی سیاسی-اجتماعی-فرهنگی»، «تفکری سیستمی» و «فعلی برای اقدام» بر روی «تعیین‌کننده‌های سلامت»، با تلفیق «سلامت‌درهمه‌سیاست‌ها»، برای هدف مشترک فرابخشی «سلامت و بهزیستی مردم» است و با در نظر گرفتن و مدیریت پیامدهای مثبت و منفی سیاست‌های عمومی می‌تواند منجر به فرصت‌هایی برای سلامت بهتر و کاهش بی‌عدالتی سلامت گردد [۵۱، ۵۲].

بنابراین، ایده کلی این مقاله دعوت به «یکپارچگی» برای «انسجام سیاست‌گذاری‌ها» (رویکرد بسیج کل حکومت) و «همگرایی اجتماعی» (رویکرد بسیج کل جامعه) به منظور به کارگرفتن تمامی منابع و ظرفیت‌های درون و بیرون از حکومت برای سلامت و

منابع

1. Abanobi OC. Content Validity in the Assessment of Health States. *Health Values* 1986;10:37-40
2. Larson JS. *The Measurement of Health: Concepts and Indicators*. 1st Edition, Greenwood Press: New York, 1991
3. Chuengsatiansup K. Spirituality and health: an initial proposal to incorporate spiritual health in health impact assessment. *Environmental Impact Assessment Review* 2003; 23: 3 –15
4. Bailey K.D. *Methods of Social Research*. 1st Edition, New York: The Free Press, 1994
5. Bryman A. *Quality and Quantity in Social Research*. 1st Edition, Unwin Hyman: London, 1988
6. Scott JA. *Matter of Record-documentary Sources in Social Research*. Cambridge: Polity, 1990
7. Stokes J, Noren J, Shindell S. Definition of terms and concepts applicable to clinical preventive medicine. *Journal of Community Health*. September 1982; 8: 33–41
8. Park K. *Park's textbook of preventive and social medicine*. English: 23th Edition, Bhanot Publishers: Indian, 2015
9. *Constitution of the World Health Organization*. Geneva, World Health Organization, 1946. (http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf)
10. http://www.med.uottawa.ca/sim/data/health_definitions_e.htm
11. World Health Organization. Regional Office for Europe. *Health promotion : a discussion document on the concept and principles : summary report of the Working Group on Concept and Principles of Health Promotion*, Copenhagen, 9-13 July 1984. (<http://www.who.int/iris/handle/10665/107835>)
12. WHO. *First International Conference on Health Promotion*, Ottawa, Canada, 17–21 November 1986. (www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf?ua=1)
13. Vingilis E, Sarkella J. Determinants and Indicators of Health and Well-Being: Tools for Educating Society. *Social Indicators Research* 1997; 40: 159-178
14. Last JM(ED). *Dictionary of epidemiology (Handbooks Sponsored by the IEA and WHO)*. 1st Edition, Oxford University Press: Uk, 1995
15. *Measuring What Matters – national Statistician's Reflections on the National Debate on Measuring National Well-being*. The UK's Office for National Statistics, July 2011. (www.ons.gov.uk/ons)
16. *Health 2020 – a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being*. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen, 2012. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/199536/Health2020-Short.pdf?ua=1)
17. <http://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en>
18. Diener E, Chan MY. Happy People Live Longer: Subjective Well-Being Contributes to Health and Longevity. *Applied Psychology: Health and Well-Being* 2011; 3:1-43
19. Dolan P, Peasgood T, White M. Do we really know what makes us happy A review of the economic literature on the factors associated with subjective well-being. *Journal of Economic Psychology* 2008; 29: 94-122
20. Scott W, et al. 'Mental well-being and mental illness: findings from the Adult Psychiatric Morbidity Survey for England. *British Journal of Psychiatry* 2007; 3:23-28
21. *THE RELATIONSHIP BETWEEN WELLBEING AND HEALTH- A Compendium of Factsheets: Wellbeing Across the Lifecourse*. Department of Health. United Kingdom, 2014. (https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/295474/The_relationship_between_wellbeing_and_health.pdf)
22. Dahlgren G, Whitehead M, *Policies and strategies to promote social equity in health*. Background document to WHO- Strategy paper for Europe. Institute for Futures Studies, 1991. (<https://core.ac.uk/download/pdf/6472456.pdf>)
23. Warner M, Gould N. *Integrating Health in All Policies at the Local Level: Using Network Governance to Create 'Virtual Reorganization by Design'*. in I.Kickbusch(ed). *Policy Innovation for Health*. Springer, 2009: pp 125-163. (<https://www.springer.com/gp/book/9780387798752#>)
24. Wilkinson R, Marmot M(ed). *The solid facts: social determinants of health*. 2nd edition. WHO Regional Office for Europe. Denmark, Copenhagen. 2003 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf)
25. Whitehead M. Concepts and Principles of Equity and Health. *International Journal of Health Services*, 1992;22(3):429-45. (<https://doi.org/10.2190%2F986L-LHQ6-2VTE-YRRN>)

26. Ritsatakis A. Equity and social determinants of health at a city level, *Health Promot International*, 2009; 24(1):i81-i90.
27. Marmot M. Fair society healthy lives: the Marmot Review: strategic review of health inequalities in England post-2010. Department for International Development, 1 January 2010. (<http://www.parliament.uk/documents/fair-society-healthy-lives-full-report.pdf>)
28. WHO. Closing the gap in a generation (Health equity through action on the social determinants of health), 2008. (<http://whqlibdoc.who.int/publications>)
29. Kickbusch I (ed). Policy Innovation for Health. New York: Springer, 2009 (<https://www.springer.com/gp/book/9780387798752#>)
30. Government of South Australia (Department of Health). The South Australian approach to Health in All Policies: background and practical guide, Version 2, November 2011. (<http://www.sahealth.sa.gov.au/healthinallpolicies>)
31. Taylor KW, Athens JK, Booske BC, O'Connor CE, Jones N, Remington PL. Wisconsin County Health Rankings. Madison, WI: University of Wisconsin Population Health Institute, 2008. (http://www.co.washington.wi.us/uploads/docs/CHN_08_County_Health_Rankings.pdf)
32. Bourgon J. 1996. "Strengthening our policy capacity." In *Rethinking Policy: Strengthening Policy Capacity*, Conference Proceedings. Canadian Centre for Management Development. Ottawa: Supply and Services Canada. 1996. (<http://publications.gc.ca/collections/Collection/SC94-57-8-1996E.pdf>)
33. Phen S, Pongthep S. A Model of Health Impact Assessment for the Sub District Municipality: A case study of the Songkhla Lake Basin. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 2013: 429-436. (www.sciencedirect.com)
34. Langeveld et al. (2016). Use of a knowledge broker to establish healthy public policies in a city district: a developmental evaluation. *BMC Public Health* 2016; 16: 271
35. KJÆRGÅRD B, et al. Health and sustainability. *Health Promotion International* 2013; 29:3
36. de Leeuw E, Green G, Spanswick L, Palmer N. Policymaking in European healthy cities. *Health Promotion International* 2015; 30:12
37. Raquel Nunes A, Lee K, O'Riordan T. The importance of an integrating framework for achieving the Sustainable Development Goals: the example of health and well-being, 2016
38. United Nations Conference on Sustainable Development (UNCSD) Rio+20. "The Future We Want", 2012.
39. Damari B, Vosoogh-moghaddam A, Riazi-isfahani S. Implementing Health Impact Assessment at National Level: An Experience in Iran. *Iran J Public Health*, Feb 2018; 47; 246-255
40. Pan American Health Organization. Health, Environment and Sustainable Development: Towards the Future We Want, 2013.
41. WHO and the Government of South Australia. The Adelaide Statement on Health in All Policies: moving towards a shared governance for health and well-being. *Health Promotion International*, 2010. (http://www.who.int/social_determinants/hiap_statement_who_sa_final.pdf)
42. Sen A. Development as Freedom. Oxford University Press, 1999.
43. United Nations, Millennium Poll, 2000.
44. <http://old.aviny.com/hadis-mozooee/ejtemai/salamati.aspx>. [In Persian]
45. Nezami ganjavi. Eghbalnamah. 1200-1300 AH, [In Persian]
46. Suhrcke M, et al. "The Contribution of Health to the Economy in the European Union." Brussels European Commission, 2005.
47. Currie J, Madrian, B. Health Insurance and the Labor Market, In: Ashenfelter O, Card D, eds. *Handbook of Labor Economics*, Vol 3. Netherlands, Elsevier Science BV, 1999: 3309-3415.
48. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en>
49. Kickbusch I, Gleicher D. Governance for health in the 21st century: a study conducted for the WHO Regional Office for Europe. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012. (<http://www.euro.who.int>)
50. Raj Sharma S, Matheson A. Systems thinking in 21st century: a call to health promoters. *Health Prospect: Journal of Public Health*, June 2016
51. Kickbusch I, Behrendt T. Implementing a Health 2020 vision: governance for health in the 21st century. Making it happen. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2013
52. Adam B, et al. Assessment of health risks of policies. *Environmental Impact Assessment Review*, 2014; 48: 47-52

ABSTRACT

Understanding late logic of health policy making: The transition to governance for health

Valiallah Vahdaninia^{1*}, Abbas Vosoogh Moghaddam²

1. Tehran University Public Policy Studies Center, Tehran, Iran

2. Health and Food Security Supreme Council Secretariat, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran

Payesh 2018; 17(6): 631-646

Accepted for publication: 27 January 2019

[EPub a head of print-29 January 2019]

Objective (s): Looking at the conceptual evolution of health, trends in governance and how it is used by governments seeking improvement in health outcomes, shows the emergence of a meaning consensus that the population health, could not be seen any more in the biomedical narrow viewpoint and as a performance of one ministry.

Methods: This is a qualitative paper, using documentary descriptive and analytical research methods to express, an epistemological narrative of the health policy late logic.

Results: Policymaking for health, should be based on an understanding of what has a major impact on the population health; what have being described as 'health hazard', 'health protector' and 'health promoter'. Such an understanding has led to a new paradigm appearance entitled 'Governance for Health'.

Conclusion: Governance for health is not necessarily an intervention but a 'value system' and a kind of 'sociocultural perception' to 'sustainable development' that may lead to equal opportunities for better health and inequity reduction. In addition, participatory focus on intersectoral collaboration and multi-sectoral coordination for health, reinforces the systemic features of public policy and could lead to more effective programs in all policy areas. Realizing such an ideal integrated governance for health requires 'political will and commitment'.

Key Words: Health, health policy, governance for health, sustainable development

* Corresponding author: Tehran University Public Policy Studies Center, Tehran, Iran
E-mail: vvnia@yahoo.com