

## طردشدگی اجتماعی و رهیافت انتقادی سلامت جمعیت: مطالعه موردی سلامت زنان در ایران

احمد محمدپور \*

مهدی رضائی ☆

رهیافت انتقادی سلامت جمعیت، یکی از رهیافت‌های بین‌رشته‌ای معاصر در حوزه‌های جمعیت‌شناسی، جامعه‌شناسی پزشکی و بهداشت است. این رهیافت ضمن نقد رویکردهای متعارف سلامت و بهداشت جمعیت‌ها، و نیز اتخاذ رهیافت انتقادی تلاش می‌کند به نقش و تأثیر عوامل قدرت، نابرابری اجتماعی و طردشدگی اجتماعی در سلامت جمعیت توجه کند. رهیافت انتقادی سلامت جمعیت، به عنوان یک رهیافت معاصر، عمیقاً متأثر از آرای هابرماس و فوکو در تحلیل نقش نیروهای اقتصادی سیاسی در سلامت جمعیت بوده است. در این مقاله ابتدا به بررسی دیدگاه‌های متعارف مرتبط با سلامت جمعیت پرداخته شده است. سپس با ذکر برخی شواهد و مطالعات، به چرخش نظری و روشی معاصر به سوی رهیافت انتقادی سلامت جمعیت، ارتباط آن با طردشدگی اجتماعی، و نیز اصول و عناصر اساسی این رهیافت پرداخته شده است. در پایان و در بخشی مجزا، با استفاده از این رهیافت انتقادی، سلامت جمعیت زنان در کشور بررسی شده است.

واژگان کلیدی: طردشدگی اجتماعی، رهیافت انتقادی، سلامت جمعیت، سلامت زنان در ایران.

a\_mohammadpur@yahoo.com

m\_rezaei-05@yahoo.com

\* استادیار جامعه‌شناسی دانشگاه بوعلی سینا

☆ دانشجوی دکترای جمعیت‌شناسی دانشگاه تهران

## مقدمه و کلیات

بهداشت یا سلامت روانی- جسمانی امروزه یکی از معرف‌های اجتماعی و فرهنگی مدرنیته و مدرنیته متأخر است. سلامتی یا بیماری در دوران مدرن، اشکالی جدید و متفاوت نسبت به گذشته به خود گرفته و از پیچیدگی بیشتری برخوردار شده است. پیشرفت‌های دوران مدرن، علی‌رغم ارائه پیشرفت‌های بهداشتی چشم‌گیر، پیامدهای خاصی را نیز با خود به دنبال آورده است (ناوارو<sup>۱</sup> ۲۰۰۷؛ ورموت<sup>۲</sup> ۲۰۰۲). مطالعه تحولات اجتماعی دو قرن اخیر، بیانگر توجهات مداوم به مسئله بهداشت و سلامت افراد جامعه در ابعاد فردی و اجتماعی است. شعارها و آرمان‌های مدرنیته، که خبر از رفاه و آزادی برای انسان‌ها می‌داد، متفکران حوزه‌های علوم انسانی و پزشکی را به مطالعه سلامت جمعیت‌ها و کاوش در علل و عوامل آنها واداشته است؛ چراکه انقلاب صنعتی در وهله نخست تنها چیزی که به همراه نداشت، سلامت و بهداشت بود (سرتو<sup>۳</sup> ۲۰۰۳). اگرچه متخصصان علوم پزشکی به علل و عوامل فیزیولوژیک و اپیدمیولوژیک سلامت پرداختند، اما متفکران علوم انسانی، به‌ویژه علوم اجتماعی در معنای عام، نسبت به شناساندن علل و عوامل غیر اپیدمیولوژیک نقش بسیار مؤثری داشتند و زمینه تکامل دیدگاه‌های مرتبط با بهداشت و سلامت را فراهم آوردند.

بخش عمده‌ای از حوزه‌های علمی مانند بهداشت عمومی، جامعه‌شناسی، انسان‌شناسی، اپیدمیولوژی، جمعیت‌شناسی و پزشکی به بحث سلامت جمعیت و متغیرهای آن علاقمندند. تا جایی که در رشته‌های علوم انسانی و اجتماعی شاهد ظهور حوزه‌های جامعه‌شناسی پزشکی، انسان‌شناسی پزشکی و جمعیت‌شناسی بهداشت و سلامت هستیم. یکی از مهم‌ترین شاخه‌های علوم اجتماعی، که خصلتی بین‌رشته‌ای دارد، جمعیت‌شناسی است. به‌ویژه زمانی که نوعی چرخش نظری از مباحث صرف مرتبط با حجم جمعیت، به سمت مباحث جمعیت و توسعه و به‌ویژه سلامت جمعیت در کنفرانس قاهره اتفاق افتاد، جمعیت‌شناسی بیشتر و بیشتر بین‌رشته‌ای شد و سلامت جمعیت در تمام حوزه‌های سه‌گانه آن (باروری، مرگ‌ومیر و مهاجرت) جایی برای خود باز کرد (شش<sup>۴</sup> و دیگران ۲۰۰۴).

در دوره مدرن، به‌ویژه در یک قرن گذشته، انتقال در تأکید بر عوامل اپیدمیولوژیک به سمت عوامل غیر اپیدمیولوژیک (عمران<sup>۵</sup> ۱۹۷۱)، محور مطالعات و استراتژی‌ها در برنامه‌ریزی‌های بهداشت و سلامت بوده است. بدین معنا که در بسیاری از جوامع، ریشه‌کن کردن عوامل

1. Navarro  
3. Szreter  
5. Omran

2. Wermuth  
4 Schesh

اپیدمیولوژیک در رأس برنامه‌های بهداشتی اولیه بوده است و بعدها با ظهور عوامل غیراپیدمیولوژیک بود که جهت‌گیری‌ها جابه‌جا شد. پرداختن به وضعیت وخیم سلامت در میان زیرگروه‌های اجتماعی را می‌توان در نوشته‌های فردریش انگلس، در مورد شرایط وخیم زندگی فقرا (از جمله کارگران) در لندن قرن نوزدهم دنبال کرد. از آن زمان، بحث بهداشت جمعیت به صورت جزء لاینفک مباحث حوزه ناپرابری اجتماعی و طردشدگی اجتماعی درآمد. شرایط مذکور، بستری برای شکل‌گیری رهیافت سلامت جمعیت<sup>۱</sup> فراهم کردند. از سوی دیگر، ارتقاء بهداشت و سلامت عمومی به زمینه‌های ایدئولوژیک دولت‌ها و احزاب سیاسی نیز انتقال پیدا کرد. در حقیقت، دولت‌های رفاه تلاش کردند برنامه‌های بهداشتی و مراقبت‌های مرتبط با آن را تا حد ممکن تحت پوشش قرار دهند.

این مقاله، با این نگرش که موضوع سلامت جمعیت طی قرن اخیر به جزء جدایی‌ناپذیر سیاست دولت‌ها مبدل شده و نیز تغییر و تحولات ایجادشده در ساختارهای اقتصادی و اجتماعی، خواسته یا ناخواسته، معطوف به سلامت و بهداشت جمعیت بوده و همچنین به‌طور مستقیم و غیرمستقیم سلامت اجتماعات انسانی را تحت تأثیر قرار داده‌اند، بررسی دو موضوع عمده و درعین حال به هم مرتبط را در کانون توجه قرار داده است. در این راستا، پس از معرفی رهیافت سلامت جمعیت، طردشدگی اجتماعی<sup>۲</sup> مورد بررسی قرار گرفته و بر این نکته تأکید شده است که رهیافت سلامت جمعیت، می‌تواند چهارچوبی مفهومی در جهت تحلیل ابعاد مرتبط با سلامت طردشدگی اجتماعی به دست دهد. این مقاله با اتخاذ همین رویکرد به بررسی وضعیت سلامت جمعیت زنان در ایران پرداخته و نیروهای دخیل در سلامت/بیماری زنان را مورد بررسی و تحلیل قرار داده است. در پایان، بر اساس رهیافت سلامت جمعیت و با نگرشی انتقادی به تحلیل مواردی از نیروهای اقتصادی-اجتماعی و سیاسی مؤثر بر سلامت جمعیت می‌پردازد.

### دیدگاه‌های متعارف به سلامت جمعیت

پارادایم مسلط در علوم پزشکی، مبتنی بر مدل‌های پزشکی از بیماری‌ها بوده‌اند. پیدایش رهیافت سلامت جمعیت، نتیجه ناتوانی دیدگاه متعارف پزشکی و آنچه اپیدمیولوژی کلینیکی نامیده می‌شود، بود. چراکه رهیافت مذکور، در اواخر قرن هجدهم و اوایل قرن نوزدهم، نتوانست معضلات سلامتی ناشی از انقلاب صنعتی، رشد اقتصادی و شهرنشینی همراه با آن را تبیین کند.

1. Population Health Approach (PHA) 2. Exclusion

با زوال شرایط حاد و غلبه شرایط مزمن، مدل‌های پزشکی به تدریج آمریت خود را از دست دادند. به موازات تأثیرپذیری سبک‌های زندگی از مسائل عدیده بهداشت و سلامت، ارائه مدل جدیدی از سلامت و بیماری ضرورت یافت (سرتر ۲۰۰۳).

پارادایم متعارف در حوزه‌های علوم پزشکی و بهداشت، رهیافتی نظری و مبتنی بر دیدگاه‌های اپیدمیولوژیک و با هدف مراقبت از سلامت در سطح فردی است. به نظر کوهن (۲۰۰۶) رویکرد متعارف پزشکی، اساساً به عنوان ابزاری اپیدمیولوژیک برای ارزیابی و مراقبت از سلامت جمعیت تلقی می‌شود و نه به عنوان رهیافتی عملگرا در زمینه متعین‌های گسترده‌تر سلامت. یافته‌های او نشان می‌دهند که توجه به محدودیت‌های این دیدگاه، به عنوان چهارچوبی برای تلاش در جهت سلامت عمومی و کاهش نابرابری بهداشتی، امری مهم و ضروری است (کوهن ۲۰۰۶: ۷۹). تمرکز دیدگاه‌های متعارف بر ابزارها و عوامل اپیدمیولوژیک، به فقدان توجه به عدالت، برابری و تغییر اجتماعی منتهی شده است که این امر به ایجاد نوعی ترکیب‌بندی جدید میان عوامل مذکور منجر و به رهیافت انتقادی سلامت جمعیت موسوم شد (همان).

از اواسط دهه ۱۹۶۰ مراقبت‌های بهداشتی در کشورهای توسعه‌یافته، به‌ویژه در ایالات متحده، نوعی انقلاب در مفهوم‌سازی سلامتی و بیماری را تجربه کرد. در نتیجه این تحولات، چند دهه گذشته شاهد ظهور مدل‌ها و تبیین‌های متعددی بوده است که تبیین‌های مصنوعی<sup>۱</sup>، تبیین انتخاب اجتماعی<sup>۲</sup> و تبیین رفتاری<sup>۳</sup> از جمله عمده‌ترین آنها هستند. هر کدام از تبیین‌های فوق، به نحوی در پی شناخت پدیده سلامت یا عدم سلامت جمعیت هستند (کلارک<sup>۴</sup> ۲۰۰۱: ۱۰۹ و ۱۲۲). برای مثال، یکی از اشکال تبیین‌های مصنوعی، آن است که در پی انکار موجودیت نابرابری‌های طبقاتی است، با این ادعا که نابرابری‌های بهداشتی و سلامت در جهان واقعی وجود ندارد بلکه امری تصنعی و ساخته فرآیند سنجش و اندازه‌گیری است. تبیین انتخاب اجتماعی برخلاف بسیاری از تبیین‌های ساختگی، وجود نابرابری در سلامت و بهداشت را می‌پذیرد (کلارک همان). در این رویکرد استدلال می‌شود که تمرکز ضعف سلامت در طبقه پایین‌تر جامعه، به‌وضوح بیانگر تأثیر تحرک اجتماعی و بهداشتی است. تفاوت‌های طبقاتی و اجتماعی موجود در سلامت به‌مثابه نتیجه تحرک بهداشتی رو به بالا و تحرک غیربهداشتی رو به پایین است. افراد طبقه کارگر، به دلیل موقعیت خود در ساختار اجتماعی، نسبت به اعضای طبقه متوسط به فرصت‌های محدودتری دسترسی دارند و از منابع مالی و مادی کمتری

1. Artifact

2. Social Selection

3. Behavioral Determinants

4. Clarke

بهره‌مندند. تبیین‌های رفتاری از نابرابری‌های موجود در سلامت و بهداشت، بر شیوه‌هایی تأکید دارند که گروه‌های اجتماعی مختلف از طریق آنها زندگی خود را سازمان می‌دهند. نگرش، ارزش، باور، دانش و رفتار از نکات محوری این تبیین هستند (همان).

دو دههٔ گذشته شاهد ظهور مدل‌های زیست-روانشناختی در باب سلامت و بیماری بوده که برای بررسی مسائل و مشکلات سلامتی و بهداشت معاصر بسیار متداول شد (پاول<sup>۱</sup> ۲۰۰۶). این مدل جدید بر تعامل متعین‌های زیست‌شناختی، شرایط روان‌شناختی، شرایط اجتماعی و عوامل اکولوژیک مرتبط با سلامت جمعیت تأکید داشت. مدل مذکور بر این باور بود که سلامت جمعیت در جوامع مدرن از سن، جنس و طبقهٔ اجتماعی غیرقابل تفکیک است (پاول، همان). در واقع، «شرایط زندگی» باید در امتداد با ابعاد سیاسی، اجتماعی و جمعیت‌شناختی مورد بررسی قرار گیرد تا ماهیت مسائل بهداشت و سلامت معاصر قابل درک شود. برای توضیح این تعاملات، مدل‌های نظری متعددی دربارهٔ موضوع نابرابری، بی‌عدالتی و طردشدگی اجتماعی ارائه شدند که در بسیاری از آنها بر این نکته تأکید شده است که بدون حذف نابرابری، طردشدگی اجتماعی و مسائل بهداشتی مرتبط با آن همچنان باقی خواهند ماند (پاول ۲۰۰۶، آنجل<sup>۲</sup> و دیگران ۲۰۰۶). این مدل هم بیمار و هم بیماری را دربرمی‌گیرد (آنجل و دیگران ۲۰۰۶:۳۲) و بر اهمیت توجه به بستر اجتماعی که بیمار در آن زندگی می‌کند، بسیار تأکید دارد. ایدهٔ وی بیانگر آن است که چهارچوب‌های ساختاری و فرهنگی به عنوان متعین‌های تعریف سلامت جمعیت از اهمیت زیادی برخوردارند. از نظر وی روابط بین این عناصر را همواره باید مورد بررسی و بازنگری قرار داد (همان).

مکنتاش<sup>۳</sup> (۲۰۰۱) با ارائهٔ مدلی به بیان تعاملات بین سلامت و نابرابری اجتماعی می‌پردازد. در این مدل، سیستم مراقبت بهداشتی، خود به عنوان عنصر مرکزی نابرابری اجتماعی در هر جامعه‌ای قلمداد می‌شود؛ به این معنا که ادعاهای نابرابری مشروع در مورد خدمات مراقبت‌های بهداشتی و تجارب نابرابر در راستای مراقبت‌های بهداشتی، عناصر مهم فقر و نابرابری اجتماعی در تجربهٔ فرد هستند. این مدل بر این استدلال تأکید می‌کند که سیستم‌های مراقبت بهداشتی، به عنوان یک نهاد اجتماعی، بر ساختار اجتماعی مبتنی هستند و نابرابری‌های ساختاری را در خود دارند و درعین‌حال، عرصهٔ کلیدی برای مقابله با نابرابری‌های اجتماعی نیز هستند. آنها ظرفیت‌های مراقبتی جوامع را بازنمایی کرده و فضای عمومی برای به کار انداختن مجدد آن ظرفیت‌ها را فراهم می‌کنند. از نظر مکنتاش، سیستم مراقبت‌های بهداشتی با نابرابری‌های

1. Powels

2 Angel

3. McIntosh

اجتماعی در تعاملند و پیامدهای سلامتی و بهداشتی را دربردارند (مکتاش ۲۰۰۱).

در مدلی دیگر، مورای<sup>۱</sup> و دیگران (۲۰۰۱) به بیان رابطه بین متغیرهای فردی (پدیده‌های باارزش مانند ثروت، دانش، استفاده از خدمات بهداشتی-رفتاری و عوامل خطرزا، جست‌وجوی مراقبت بهداشتی و مکانیزم‌های روانی-آسیب‌شناختی)، بین فردی (رتبه، فاصله و شبکه‌ها)، و محیطی (محیط اجتماعی-نابرابری، سرمایه اجتماعی، سیستم مراقبت بهداشتی- و محیط فیزیکی) می‌پردازد (مورای و دیگران ۲۰۰۱). منظور از رتبه، همان جایگاه اقتصادی-اجتماعی فرد نسبت به دیگران است و منظور از فاصله، میزان فاصله اجتماعی فرد از افراد طبقات بالاتر است، و شبکه‌ها نیز بیانگر شبکه روابط فرد با دیگران است و این‌که آیا فرد به خاطر رتبه و فاصله‌اش دچار نوعی طردشدگی شده است یا نه. همه این متغیرها در ارتباطی متقابل، بر سلامت جمعیت تأثیر می‌گذارند (مورای و دیگران، همان).

پاول (۲۰۰۱) نیز در چهارچوب همین رهیافت بر ماهیت چندبعدی متعین‌های سلامت جمعیت تأکید می‌کند. به نظر وی، سلامت جمعیت متأثر از سه سطح نهادها، امکانات (پزشکی و غیرپزشکی) و دانش است. این سه سطح، به‌مثابه چرخ دنده‌ها، به‌طور متقابل (و نه متوالی) در یکدیگر درگیرند و سلامت جمعیت را تعیین می‌کنند (پاول ۲۰۰۱). نهادها، تمام حوزه‌های سیاسی، اقتصادی، سازمانی و برنامه‌ریزی‌های زیربنایی آنها را دربرمی‌گیرد. سطح دانش، دربردارنده حوزه‌های آموزش و آگاهی‌بخشی است، و سطح امکانات نیز باز به‌نوعی متأثر از برنامه‌ریزی‌های حوزه نهادی است. ماهیت هر کدام از این سطوح و عناصر درونی آنها، مستقیم و غیرمستقیم، تعیین‌کننده سلامت جمعیت هستند (پاول، همان).

وجود گروه‌های اقلیت که به‌لحاظ شاخص‌های بهداشتی در وضعیت بفرنجی به سر می‌برند، عده‌ای را به اندیشه در این مورد واداشت که چگونه فقر منجر به بقای هرچه بیشتر ناهمخوانی‌های بهداشتی و سلامت بین فقرا و دیگران می‌شود. این تلاش‌ها، به ارائه نظریه فرهنگ فقر منتهی شد (آنجل و دیگران ۲۰۰۶). بر اساس این دیدگاه، که توسط اسکار لویس مطرح شد، فقر مزمن باعث می‌شود که افراد مجموعه‌ای از جهت‌گیری‌ها و رفتارها را اتخاذ کنند که کاملاً با تحرک اجتماعی، موفقیت اقتصادی و درگیری موفقیت‌آمیز با سازمان اجتماعی مرتبط است (همان). بر این اساس، محیط اجتماعی که افراد در آن زندگی می‌کنند، اخلاق کاری محکمی را سامان نمی‌دهد و موجب تداوم برخی کامیابی‌های آنی نمی‌شود. فردی که به این شیوه جامعه‌پذیر می‌شود، احتمال کمتری می‌رود که به فرصت‌های آموزشی دست یابد، یا در

جهت تغییر رفتار یا کاهش مخاطرات بهداشتی و سلامت اقدام کند (آنجل و دیگران ۲۰۰۶). همه این تبیین‌ها به‌نوعی در پی شناخت روابط بین عوامل اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و بهداشتی هستند و هر یک به‌نوعی مشکلات سلامت و بهداشت جمعیت را به عوامل متعددی نسبت می‌دهند. برخی از آنها فرد و باورهایش را عامل تعیین‌کننده سلامت وی در نظر می‌گیرند و برخی دیگر، ساختارهای اجتماعی و فرهنگی از پیش موجود را. این در حالی است که سلامت جمعیت را همواره نمی‌توان به یک چهارچوب معین محدود کرد، چراکه خصلتی پویا دارد و در هر زمان می‌تواند وابسته به یک سری عوامل باشد. برای مثال، اگر به تبیین رفتاری و فرهنگی فقر و سلامت نگاه کنیم، خواهیم دید که این رویکرد دچار نوعی تسلسل است. شرایط اقتصادی و اجتماعی وخیم، مولد فرهنگ فقر است و فرهنگ فقر باز تولید فقر را به دنبال دارد؛ در نهایت مشخص نمی‌شود که این فقر و فرهنگ فقر یا رفتارهای مرتبط با سلامت ضعیف، از کجا نشأت گرفته‌اند و برای حل آن چه می‌توان کرد. از این رو، اتخاذ رویکردی دیالکتیکی و انتقادی نسبت به این مسئله می‌تواند بسیار مفید باشد، چراکه برخی از دیدگاه‌های متعارف جمعیت فاقد چنین رویکردی هستند. جای تأمل دارد که کمتر رویکردی را می‌توان یافت که جهت‌گیری پویایی داشته باشد، یعنی به‌گفته‌کوهن بر سازوکارهای جاری در زمان و مکان تأکید کند و با رویکردی انتقادی، این سازوکارها را مورد مذاقه قرار دهد (کوهن ۲۰۰۶: ۱۳۸). مشخصه انتقادی به این معناست که اولاً ظرفیت بازاندیشی در تبیین این سازوکارها را در خود ایجاد کرده باشند و دیگر این‌که فضاهای کنش افراد جامعه و نهادهای اجتماعی برای رفع این معضلات بهداشتی / سلامتی را مشخص کنند.

در شرایطی که بحث تأثیر متعین‌های اجتماعی، اقتصادی و سیاسی سلامت از اهمیت خاصی برخوردار است، وجود یک چهارچوب مطالعاتی منسجم، چه به‌لحاظ نظری و چه به‌لحاظ روش، بسیار ضروری است؛ چهارچوبی که نه تنها ابزار تحلیل و تبیین باشد بلکه به عرصه عمل و کنش سوژه‌های فردی، گروهی و نهادی توجه کند. یعنی علاوه بر رسالت تبیینی، رسالت آگاهی‌بخشی برای اجتماعات انسانی را دربرداشته باشد. بر این اساس، رهیافت سلامت جمعیت، به‌ویژه آن‌جا که خصلت انتقادی به خود گرفته، به عنوان یک کل منسجم توانسته است جایگزین رهیافت متعارف پزشکی شود.

تاریخ قطعی و مشخصی برای ظهور رهیافت سلامت جمعیت وجود ندارد. ریشه‌های مدرن مباحث رهیافت سلامت جمعیت به اواخر قرن ۱۸ برمی‌گردد؛ یعنی زمانی که توجه زیادی به

آنچه که «امراض تمدن»<sup>۱</sup> نام گرفت، می‌شد، مانند بیماری‌های تنفسی، سل، نفرس و هیستری. در این زمان، طبقه ممتاز از این نکته مطلع بودند که آنها به دلیل موقعیتشان به‌زودی از شر بیماری‌های محیطی رها می‌شوند، درحالی‌که این بیماری‌ها توده‌های عظیم مردم را به کام مرگ می‌کشاند (بارتلی<sup>۲</sup> ۲۰۰۴ و ورموت<sup>۳</sup> ۲۰۰۲). از نظر معاصران آن زمان، انقلاب صنعتی اول همه چیز داشت، مگر مزیت‌های بهداشتی و سلامت. اما به تدریج تفکرات متعالی‌روشنگری قرن هجدهم، انقلابات دوگانه جمهوری خواهان<sup>۴</sup> و گسترش بازرگانی در اروپا و آمریکا به معرفی برنامه‌های دموکراتیک و عقلانی‌تر انجامیدند که در آن اول این‌که، حمایت و مراقبت در مقابل بیماری‌ها باید به‌طور برابر برای همه شهروندان دولت-ملت فراهم شود. دوم این‌که، باید بهبود و ارتقاء سلامتی<sup>۴</sup> نیز به صورت یکی از اهداف عالی دولت‌ها درآید. از این‌رو از همان ابتدا سلامت جمعیت مبتنی بر هزینه‌های انسانی رشد اقتصادی و رشد شهری هماهنگ با آن بود. بدون شک یکی از دلایل تجدید حیات این رهیافت در طی دو دهه گذشته نیز این بوده است که مشکلات بهداشتی/سلامتی سطح اپیدمیک یکبار دیگر توسط اقتصادهای جهانی و رشد شهری سر برآورده‌اند (سرتر<sup>۵</sup> ۲۰۰۳).

رهیافت سلامت جمعیت، بر عوامل و شرایط درونی مرتبطی تمرکز می‌کند که بر سلامت جمعیت در طول دوره زندگی مؤثر است و به دنبال شناسایی تغییرات و نوسانات نظام‌مند در الگوهای وقوع آنها است و درصدد به‌کارگیری دانش حاصل از این شناسایی برای توسعه و اجرای سیاست‌هایی در جهت بهبود سلامت و رفاه جمعیت است. هدف از این رهیافت، حفظ و بهبود وضعیت سلامت کل جمعیت و اقدام در جهت کاهش نابرابری در وضعیت سلامت و بهداشت بین گروه‌ها و زیرگروه‌های جمعیت است. تعریف رهیافت سلامت جمعیت در حال تکامل بوده است و باز هم تکامل خواهد یافت و این نتیجه آزمون و ارزیابی تأثیرات آن است. با این وجود، این رهیافت دارای یک‌سری ویژگی‌هاست.

### رهیافت سلامت جمعیت

رهیافت سلامت جمعیت، یک چهارچوب مفهومی برای تفکر درباره موضوع سلامت است. این رهیافت ما را یاری می‌دهد تا با شناخت متعین‌های مؤثر بر سلامت، بتوانیم آنها را تحلیل و اهمیت نسبی شان را در تعیین سلامت مشخص کنیم. این رهیافت:

– شامل تصمیماتی (برای مثال در مورد اولویت‌ها، سرمایه‌گذاری، تغییرات سیاستی و

- |                                |                    |
|--------------------------------|--------------------|
| 1. Diseases of Civilization    | 2. Bartley         |
| 3. Dual Republican Revolutions | 4. Positive Health |

نظایر آن) است که توسط یک سری اسناد و شواهد، در مورد سهم نسبی آنها به عنوان متعین‌های سلامت جمعیت و تعامل آنها با هم، هدایت می‌شوند.

– چهارچوبی عملی است که از طریق سیاست‌ها، برنامه‌ها و خدمات روی محورهای موضوعات سلامت، که به‌طور کامل این موضوعات را به عنوان متعین‌های چندگانه مشخص می‌سازد، متمرکز می‌شود.

– کنش‌ها و اقداماتی را دربرمی‌گیرد که اولویت را به سطوح جامعه‌ای، اجتماع، ساختار یا نظام می‌دهند، بدین منظور که بتواند بر وضعیت سلامت در سطح کل جمعیت و یا سطح گروهی تأثیر داشته باشد.

– مستلزم تعاون و همیاری بخش‌های چندگانه (دولت در تمام سطوح و سازمان‌های داوطلبانه و نظایر آن) در حوزه سلامت، محیط و غیره است. با توجه به این نکته بسیاری از این متعین‌ها در حوزه مسئولیت بخش‌هایی غیر از بهداشت و سلامت قرار می‌گیرند. از این نظر، حضور بخش‌های مختلف در فرآیند مذکور ضروری به نظر می‌رسد. از این رو، تحلیل و تصمیم‌گیری چندسطحی مشخصه رهیافت سلامت جمعیت است. این رهیافت از قابلیت خاصی برای ارتقاء سلامت و کاهش نابرابری برخوردار است و سیاست‌های بهداشتی و سلامتی و نیز اقدامات مرتبط با آن و دیگر متعین‌های آنها را انسجام می‌بخشد (اوه‌ارا<sup>۱</sup> ۲۰۰۶، اور<sup>۲</sup> ۲۰۰۵ و بارتلی ۲۰۰۴).

رهیافت فوق بین نظریه و کنش ارتباط ایجاد می‌کند. به عبارت دیگر، به عنوان یک رهیافت انتقادی، مباحث نظری آن را به‌وضوح وارد عرصه عمل می‌کند. همین نکته متمایزکننده آن از سایر تبیین‌ها و دیدگاه‌های مرتبط با سلامت جمعیت است. این رهیافت، در پی تحلیل عوامل و متعین‌های غیر بیولوژیکی سلامت است. به عبارت دیگر، در درون این رهیافت از عوامل اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و فرهنگی عده‌ای سخن می‌رود که سلامت گروه‌های اجتماعی را به خطر می‌اندازد. مروری بر عوامل طردشدگی، نظیر درآمد، شغل، شرایط کاری، محیط اجتماعی و مانند آنها و ارتباط بدیهی آنها با سلامت و بهداشت جمعیت، بیانگر لزوم چرخشی نظری و عملی و ارائه مدل‌هایی کارآمدتر در راستای سلامت جمعیت است.

از دیدگاه کو‌هن (۲۰۰۶)، ما اکنون نیازمند آنیم که پرسش‌های انتقادی بیشتری را مطرح کنیم؛ پرسش‌هایی در مورد علل اقتصادی، اجتماعی و پیامدهای نابرابری در زمینه سلامت و بهداشت، و نیز جست‌وجو برای ایجاد نظام عدالت توزیعی در جهت حذف علل اقتصادی و

1. O'Hara

2. Orr

اجتماعی مؤثر بر سلامت جمعیت و نابرابری‌های مرتبط با آن. رهیافت مذکور نه تنها متعین‌های اجتماعی شناخته‌شده مؤثر بر سلامت را با راهبردهای عملی پیوند می‌زند؛ بلکه کلیه تصمیمات را با عمل مرتبط با رهیافت سلامت منطبق می‌سازد (کوهن ۲۰۰۶).

رهیافت سلامت جمعیت به علل ثانویه سلامت می‌پردازد. در این راستا علل بلاواسطه را از علل بنیادین جدا می‌کند. برای مثال، رفتار استعمال دخانیات را نمی‌توان به عنوان علت بنیادین سلامت-بیماری در نظر گرفت، بلکه علت ثانویه است، یعنی چهره‌ای ثانویه از یک علت بنیادین اجتماعی و اقتصادی. بنابراین، سیاست‌گذاران باید پرسش‌هایی درباره عوامل اقتصادی-اجتماعی که شیوع استعمال دخانیات را باعث می‌شوند، مطرح کنند. مفهوم «علل بنیادین» خود را به حوزه اپیدمیولوژی اجتماعی می‌کشاند. شاید بتوان گفت که کار انگلس در زمینه شرایط زندگی طبقه کارگر در انگلستان دهه ۱۸۴۰، جزو اولین کارهایی بود که آشکارا عنوان کرد که تغذیه نامناسب و ناکافی، عاملی آشکار و مؤثر بر ضعف سلامت طبقه کارگر است و درصد تفکیک علل بنیادین از علل بلاواسطه برآمده است. وی تأکید داشت که علل بلاواسطه از طریق عوامل اقتصادی-اجتماعی بروز می‌کنند (فاستر<sup>۱</sup> ۱۳۸۳). اگر بین گروه‌های اقتصادی-اجتماعی به لحاظ ابتلا به بیماری‌های قلبی و عروقی و سرطان تفاوتی وجود دارد و این تفاوت ناشی از تغذیه است، پس باید عناصر سازمان اجتماعی و اقتصادی تغذیه را به عنوان عامل بنیادین این بیماری‌ها قلمداد کرد. توجه به عوامل بلاواسطه به جای عوامل بنیادین، ممکن است پیامدهای ناگواری را نه تنها برای جمعیت بلکه برای برنامه‌های سلامت و بهداشت نیز داشته باشد (اسمیت<sup>۲</sup> ۲۰۰۱: ۹). این عوامل بنیادین بیشتر از همه، گروه‌ها و بخش‌های حاشیه‌ای اجتماع را تحت تأثیر قرار می‌دهد. گروه‌هایی مانند کودکان کارگر، کارگران با دستمزد پایین، مهاجران، آوارگان، حاشیه‌نشینان، اقلیت‌های قومی و نژادی و مذهبی و جنسی و جوامع دورافتاده روستایی که به نوعی در حاشیه مانده‌اند و از دستیابی به برخی فرصت‌ها و امکانات و تسهیلات محروم شده‌اند. بنابراین، صرف پرداختن به علل بلاواسطه بیماری‌های جامعه، بدون توجه به عوامل ثانویه یا بنیادین، نوعی تکرار مکررات است؛ چراکه بدون پرسش از چرایی وضعیت موجود و راه‌های اقدام برای بهبود این وضعیت، نمی‌توان به ارتقای سلامتی جامعه کمک کرد. بدون شک، اقدام در چنین جهتی مستلزم اتخاذ یک رهیافت چندسطحی، کل‌نگر، جامع و البته انتقادی است تا بتوان هم ابعاد این پدیده را شناخت و هم مسیرهایی که قابلیت رسوخ به این مصائب را دارند شناسایی کرد. از سوی دیگر،

1. Foster

2. Smith

این رهیافت می‌تواند بهتر از دیدگاه‌های متعارف، صور خاص تغییرات سبک زندگی افراد جامعه را تحلیل کند. این‌که چه نیروهایی و با چه انگیزه‌ای و چه پیامدی، در تعیین این سبک‌های زندگی دخیل هستند و این‌که برای مقابله با این نیروهای تهدیدکننده چه باید کرد را از طریق رهیافت پویای سلامت جمعیت می‌توان مورد بررسی قرار داد.

### طردشدگی اجتماعی و سلامت گروه‌های جمعیتی

بهداشت عمومی و سلامت جمعیت یکی از اجزاء اصلی بیانیه حقوق بشر است. از آن‌جا که بیانیه حقوق بشر واکنشی بر ضد تجاوزات به حریم زندگی انسانی، از جمله دسترسی به زندگی سالم، بود. لذا بیانیه حقوق بشر موضوع سلامت و بهداشت را نیز کاملاً مشخص کرده است. برای مثال، اجماع بین‌المللی بر سر حقوق فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی در ماده ۲۲ آن لحاظ شده است: «هر فردی حق دارد که از استانداردهای سلامت جسمی و ذهنی بهره‌مند گردد» (سازمان ملل<sup>۱</sup> ۲۰۰۵) و در این رابطه مسئولیت‌های دولت‌ها را نیز مشخص کرده است. این مسئولیت‌ها شامل کاهش مرگ‌ومیر نوزادان، ارتقاء و بهبود سلامت محیطی و بهداشتی، پیش‌گیری، مداوا و کنترل بیماری‌های اپیدمی، اندمیک، حرفه‌ای، و تضمین دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی به‌هنگام وقوع بیماری است. دیگر حقوق مرتبط با سلامت و رفاه جمعیت، مانند دسترسی به کالاها و خدماتی از قبیل اطلاعات، غذا، پوشاک، مسکن و مکان سالم در کنار حقوق زیست‌محیطی هوا و آب پاکیزه، مدنظر قرار گرفته است. بدون شک، دستیابی به این اهداف مستلزم برنامه‌ریزی منظم در زمینه حذف طردشدگی اجتماعی و پیش‌گیری از نابرابری است (گراسکین<sup>۲</sup> و دیگران<sup>۳</sup> ۲۰۰۶). همواره این پرسش مطرح بوده است که آیا همه افراد از این حقوق برخوردارند؟ اگر نه، چرا؟ چرا گروه‌هایی از مردم از این حقوق بی‌بهره‌اند؟ در پاسخ به همین چرایی است که مدل‌ها و دیدگاه‌های متعددی در این باره ارائه شده‌اند و در چنین شرایطی است که موضوع طردشدگی اجتماعی اهمیت می‌یابد (وانگ<sup>۴</sup> ۲۰۰۷؛ اورت<sup>۴</sup> ۲۰۰۲؛ دیویس<sup>۵</sup> ۲۰۰۱).

طردشدگی اجتماعی، به معنای بی‌بهره کردن گروه‌های خاصی از مردم از دسترسی عادی به امکانات و خدمات است، که منجر به محرومیت‌های متعددی می‌شود. به عبارت دیگر، طردشدگی اجتماعی، به عوامل متغیر و چندگانه‌ای اشاره دارد که باعث می‌شود مردم از

1. United Nations  
3. Wang  
5. Davis

2. Gruskin  
4. Everett

مبادلات، تعاملات و حقوق متعارف جوامع مدرن دور مانده یا محروم شوند. این امر بر افراد و گروه‌هایی که به نحوی در معرض محرومیت هستند، مؤثر است. در واقع، قرار گرفتن مردم در معرض طردشدگی فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی چرخهٔ مخاطرات زندگی را تشدید می‌کند (جونز<sup>۱</sup> و دیگران ۱۹۹۷).

طردشدگی اجتماعی معمولاً با ترکیبی از عوامل تعریف می‌شود. بنابراین، تعاریف ارائه‌شده عمدتاً چندبعدی هستند (اور ۲۰۰۵). طردشدگی اجتماعی، به ناتوانی افراد و گروه‌های معین در مشارکت کامل در زندگی اجتماعی اطلاق می‌شود، که تحت تأثیر و فشار نابرابری‌های ساختاری در دسترسی به منابع اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و فرهنگی هستند. این نابرابری‌ها برخاسته از محرومیت ناشی از عواملی چون نژاد، طبقه، جنسیت، معلولیت، جهت‌گیری جنسی، مهاجرت و دین است. طردشدگی اجتماعی، هم از سوی گروه‌ها و هم افراد، به شیوه‌های متفاوت و در ابعاد گوناگون تجربه می‌شود. طردشدگی را می‌توان در چهار سطح یا بعد شامل طردشدگی از جامعهٔ مدنی، طردشدگی از کالاهای اجتماعی، طردشدگی از تولید اجتماعی و طردشدگی اقتصادی دسته‌بندی کرد (ویکینسون<sup>۲</sup> ۱۹۹۶). یکی از مهم‌ترین مشخصه‌های طردشدگی اجتماعی آن است که چهارچوب متعارفی را توسعه می‌دهد که فقدان منابع مرتبط با نیازها را می‌شناساند. در این زمینه، طردشدگی می‌تواند شکل بسط‌یافتهٔ تلاش‌های نظری دیگری مانند مفهوم فقر نسبی تاونزند<sup>۳</sup> و ایده‌های آمارتیا سن<sup>۴</sup> دربارهٔ کارکردپذیری و قابلیت باشد (ساندرز ۲۰۰۳).

علی‌رغم این‌که میتوان مدعی شد که طردشدگی اجتماعی همواره در جوامع وجود داشته است، اما نمی‌توان از تأمل در چرایی وجود آن چشم‌پوشی کرد. محور بروز طردشدگی اجتماعی، امر «تفاوت» است، یعنی همسان نبودن با گروه یا گروه‌های جمعیتی مسلط، غالب و صاحب قدرت. تفاوت بودن، در موارد بسیار، به گروه‌هایی از جامعه جایگاه فرودستی را می‌دهد. یک گروه جمعیتی ممکن است به دلایلی غیر اکتسابی و در بسیاری موارد ناخواسته، از قبیل جنس، قومیت، ملیت، نژاد، زبان، مذهب، سن، بیماری، طبقهٔ اجتماعی، مهاجر بودن، فقر در حاشیهٔ گروه‌های اکثریت و مسلط قرار گیرد، طرد شود و به عنوان «دیگری» فرودست تعریف شوند. این طردشدگی می‌تواند مشخصه‌های بسیاری داشته باشد که از آن میان فقر یکی از مهم‌ترین و محوری‌ترین و آشکارترین آن است؛ چراکه می‌تواند تعیین‌کنندهٔ بسیاری از مشخصه‌های دیگر باشد. مشخصه‌هایی مانند فقدان فرصت کاری، فقدان فرصت دستیابی به آموزش و مهارت، محرومیت کودکان، معضلات خانوادگی، موانع موجود بر سر راه سالمندان

1. Jones

2. Wilkinson

3. Taounznd

4. Sen

برای یک زندگی فعال و داشتن یک زندگی سالم، نابرابری در بهداشت، مسکن نامناسب، محلات نامناسب زندگی (اسمیت ۲۰۰۰؛ کاواشی<sup>۱</sup> ۱۹۹۹؛ ماسون<sup>۲</sup> ۲۰۰۱).

از جمع نسبت نظرات فوق نتیجه می‌شود که رابطه بین طردشدگی و نابرابری اجتماعی را باید به خوبی درک کرد و نباید به سادگی آن دو را مترادف هم دانست، بلکه باید آنها را پدیده‌هایی جداگانه و در عین حال مرتبط با هم تفسیر کرد. میان آنها رابطه‌ای دیالکتیک وجود دارد. اگرچه، طردشدگی اجتماعی نشان از وجود نابرابری است اما بسته به نوع نابرابری موجود، میزان طردشدگی اجتماعی هم متفاوت است. هرچه نابرابری‌های سیاسی، اقتصادی و اجتماعی بیشتر باشد، طردشدگی اجتماعی نیز شدیدتر و تعداد گروه‌های طردشده بیشتر است و بسته به این‌که گروه‌های مسلط چقدر در پی کاهش نابرابری هستند، میزان طردشدگی گروه‌های جمعیتی نیز نوسان خواهد داشت. مسلماً گروهی که به دلایل قومی، مذهبی و زبانی در عرصه‌های اقتصادی و اجتماعی و سیاسی طردشده است، وضعیتی متفاوت از گروهی دارد که صرفاً به یکی از دلایل جنسی یا سنی یا بیماری طرد شده است. نکته کلیدی این‌که، طردشدگی اجتماعی در سایه نابرابری شدید، عوارض انباشتی و شدیدتری خواهد داشت و یکی از عوارض بسیار جدی آن بر سلامت جمعیت‌ها است.

بسیاری از ابعاد طردشدگی، مانند آموزش، محرومیت و نابرابری در شرایط زندگی، در ارتباط با سلامت جمعیت هستند. بدون شک، بسیاری از مؤلفه‌های طردشدگی اجتماعی در ارتباط با توزیع نابرابر منابع و بی‌عدالتی در بهره‌مندی از ثمرات توسعه هستند. نابرابری در توزیع خدمات بهداشتی، مشکلات طبقاتی، نابرابری‌های درآمدی، فقر و تغذیه، عوامل به هم مرتبطی هستند که بر سلامت جمعیت، در کل، و سلامت جمعیت‌های طردشده، به‌طور خاص، تأثیر می‌گذارند. بدین معنا که گروه‌های اجتماعی که در حاشیه مانده‌اند، به‌طور بالقوه و بالفعل، در معرض عوامل خطرزای انباشتی<sup>۳</sup> قرار دارند (جونز و دیگران ۱۹۹۷: ۱۷۷). برای مثال، جمعیت افراد مبتلا به بیماری‌های خاص، گروه‌های جمعیتی پناهنده و آواره در اردوگاه‌ها، گروه‌های سالمند، جمعیت‌های شاغل در مراکز فعال اما فراموش شده مانند کوره‌های آجرپزی، زنان سرپرست خانوار، اقلیت‌های مذهبی و قومی و کودکان خیابانی، همگی نمونه‌هایی هستند که گروه‌های جمعیتی طردشده قلمداد می‌شوند و به‌نوعی در معرض نابرابری‌ها و عوامل خطرزای بیشتری قرار دارند. مادران تنها با فرزندان‌شان، احتمال بیشتری برای زندگی در منازلی با شرایط وخیم و محیط‌های ناسالم دارند. افراد متعلق به گروه‌های اقلیت، بسیار بیشتر در

1. Kawachi

2. Mason

3. Cumulative Risk Factors

معرض عوامل خطرزای سلامتی هستند، مردمانی که در مناطق حاشیه‌ای زندگی می‌کنند، به احتمال بیشتر از آب ناسالم و آلوده و مسکن نامناسب استفاده می‌کنند و از امکانات بهداشتی کمتری برخوردارند. رفتارهای مخرب سلامت، مانند استعمال دخانیات و مشروبات الکلی، ممکن است راهی برای سازگاری با موقعیت‌های استرس‌زا باشد. برای تمام گروه‌های فقیر، تغذیه ناکافی صرفاً وجهی از سبک زندگی آنهاست. فقر در کنار «سبک زندگی» و تأثیرات فرهنگی، نقش مهمی در تعیین الگوهای غذایی و جلوگیری از تغییر ایفا می‌کند (مونتگومری<sup>۱</sup> و دیگران ۲۰۰۴؛ ساندرز ۲۰۰۳).

شواهد زیادی وجود دارند که نشان می‌دهند رابطه تنگاتنگی بین بیماری‌های روانی و پایگاه اقتصادی-اجتماعی افراد وجود دارد. پاتل<sup>۲</sup> (۲۰۰۱) بر این باور است که نگرانی‌های روزمره در مورد پرداخت مخارج ضروری و تهیه مواد غذایی تحت شرایط تورمزای اقتصادی، می‌تواند حتی قدرتمندترین اذهان و افکار را به خود مشغول کند. در جامعه‌ای با نرخ بالای بیکاری، شکاف طبقاتی گسترده و عمیق، نابرابری در توزیع درآمد و فقدان رفاه اجتماعی همگی با هم موجبات ناامیدی، عقده‌های روانی و افسردگی را فراهم می‌کنند. مسلماً چنین وضعیت ناخوشایندی برای گروه‌هایی که فراموش شده‌اند یا به دلایلی سیاسی و فرهنگی یا مذهبی از جایگاهی بسیار فروتر از هنجار غالب یا گروه حاکم جامعه هستند، بسیار شدیدتر است (پاتل ۲۰۰۱). در مدلی که پاتل ارائه می‌دهد تحولات اقتصادی یا سیاست‌های اقتصادی ناعادلانه، نوعی محرومیت اقتصادی را در گروه‌های جمعیتی طردشده ایجاد می‌کند. همین محرومیت‌های اقتصادی-اجتماعی، از طریق مکانیزم‌های مختلف بر سلامت/بیماری جمعیت اثر می‌گذارند و در مقابل، وضعیت و شرایط سلامت/بیماری جمعیت نیز، به عنوان یک واقعیت، تأثیراتی اقتصادی را به دنبال خواهد داشت (همان).

در هر دوره زمانی، تعاملات خاصی بین متعین‌های سلامت جمعیت وجود دارد. این متعین‌ها زمانی که در بستر پرشدگی اجتماعی قرار بگیرند، شدت و تأثیرگذاری بیشتری می‌یابند. در برخی موارد، عدم دسترسی به خدمات بهداشتی متعین است و در مواردی دیگر، سبک زندگی و یا نوع تغذیه و در مواردی نیز برنامه‌ریزی‌های ناعادلانه، تعیین‌کننده سلامت عمومی است و گاه خود برنامه‌هایی که با نام توسعه اجرا می‌شود و تقسیم‌بندی‌هایی که در آن حوزه به عمل می‌آید، می‌تواند تأثیرگذار باشد. در بسیاری موارد، تضاد بین مناطق توسعه‌یافته و توسعه‌نیافته و یا در حال توسعه، شناخت مسئله «نابرابری در سلامت» را ساده‌نمایی می‌کند.

1. Montgomery

2. Patel

اما با این حال شواهدی از حقیقت نیز در آن وجود دارد که بیانگر چرایی وجود چنین تقسیماتی است. در برخی از کشورهای اروپایی، دسترسی به خدمات بهداشتی نسبتاً همه‌گیر و جامع است و به ویژگی‌های اقتصادی-اجتماعی یا جغرافیایی وابسته نیست. اما در کشورهای در حال توسعه، سایه برنامه‌های تعدیل ساختاری و فشار برای کاهش هزینه‌های دولت در بخش بهداشت، و سازماندهی بخش بهداشت در بخش‌های خصوصی و مسائل مرتبط به پرداخت‌ها، به صورت یکی از تهدیدهای عمده برابری و عدالت درآمده است (لئون<sup>۱</sup> و دیگران ۲۰۰۱؛ پتروویسی<sup>۲</sup> و دیگران ۲۰۰۶). فشار چنین برنامه‌هایی نه تنها بر گروه‌های پردرآمد بسیار بیشتر است، بلکه حتی گاهی بر شمار این گروه‌ها می‌افزاید.

در رابطه با گروه‌های جنسیتی هم همین امر صادق است. اگرچه طبقه اجتماعی متعین مهمی در سلامت است، اما جنسیت عنصری کلیدی در بیماری و مرگ در درون همه طبقات است؛ عنصری که به‌طور مستقیم و غیرمستقیم بر سلامت افراد تأثیرگذار است. شواهد نشان می‌دهد که تفاوت‌های جنسیتی هم در مرگ و هم در بیماری وجود دارد؛ اما زمانی که به بررسی الگوهای ویژه جنسی سلامت، بیماری و امراض می‌پردازیم، بایستی به خاطر داشته باشیم که تفاوت‌های جنسی در این زمینه نه تنها بیانگر تفاوت‌های بیولوژیکی بین دو جنس است، بلکه نشان‌دهنده تفاوت‌های اقتصادی-اجتماعی نیز هست. این تفاوت‌ها در وضعیت سلامت، به‌ویژه در مورد زنان، منعکس‌کننده نابرابری‌های اجتماعی، تعصبات و سوگیری‌ها در قبال زنان است (بوسول<sup>۳</sup> ۱۹۹۵؛ مونتاقو<sup>۴</sup> ۱۹۹۶؛ بلاستر<sup>۵</sup> ۱۹۹۰). زمانی که زنان متعلق به یک گروه قومی یا مذهبی، در یک منطقه جغرافیایی دورافتاده و در شرایط شغلی بسیار سخت زندگی می‌کنند، بدون شک در معرض خطرات انباشتی بسیار بیشتری نسبت به افراد دیگر است.

تبیین‌های ساختاری دیگری در مورد محدودیت فرصت‌های موجود برای افراد دارای ویژگی‌های نژادی و قومی و جنسی و شغلی وجود دارند. این تبیین‌ها، چنین وضعیتی را «فرصت‌های مسدودشده» می‌نامند. بر اساس این دیدگاه، مضرات و پیامدهای بهداشتی فقر محصول آسیب‌پذیری‌های ساختاری هستند. برای مثال، پرین و کلووارد<sup>۶</sup> به بیان نرخ بالای فقر در بین آمریکاییان آفریقایی تبار به عنوان نتیجه نژادپرستی ساختاری می‌پردازد که به تخصیص نظام‌مند متفاوت مزایا بر اساس نژاد اشاره دارد. نژادپرستی و تبعیض نهادی موجب تداوم فقر و مشکلات بهداشتی و سلامتی سطح فردی می‌شود و این وضعیت از طریق محیط‌های ناسالم و

1. Leon

3. Boswell

5. Blaxter

2. Petrovici

4. Montague

6. Peryn & Cloward

غیربهداشتی، سطوح پایین آموزشی، مراقبت‌های پزشکی ناکافی، احساس ناامیدی و بی‌پناهی، تداوم یافته و بازتولید می‌شود. نابرابری‌های ساختاری و نهادی، که مانع پیشرفت اقتصادی و اجتماعی اقلیت‌ها در گذشته و حال شده است و اغلب به شکل ثابتی وجود دارد، دارای بنیان‌های خاصی در تاریخ نژادپرستی و طردشدگی نظام‌مند از فرصت‌های اقتصادی و اجتماعی است. عوامل ساختار اجتماعی، که گروه‌های خاصی را در مخاطره زیاد بیماری قرار می‌دهد و مانع دسترسی آنها به سطوح بالای مراقبت بهداشتی و سلامت می‌شود، جوامع ما را به طرق گوناگون تحت تأثیر قرار داده است. این مضرات نهادی که بیشتر خود را در قالب مؤلفه‌های شغلی و درآمدی نشان می‌دهند، اغلب به‌طور مستقیم به اختلال در مراقبت‌های بهداشتی و سلامت به‌ویژه در میان اقلیت و فقرا دامن می‌زنند (اسمیت<sup>۱</sup> ۲۰۰۰؛ اسمیت<sup>۲</sup> ۲۰۰۳: ۸۸).

رهیافت سلامت جمعیت، به‌ویژه زمانی که رویه انتقادی اتخاذ می‌کند، دارای پشتوانه‌های نظری نیرومندی است. دیدگاه‌های جامعه‌شناختی مختلفی به شکلی ضمنی از این رویکرد حمایت می‌کنند. در این میان دیدگاه‌های فوکو و هابرماس بسیار جالب توجه است. هابرماس با بحث از سلطه نظام یا نظام اقتصادی-سیاسی بر فضای حیاتی یا زیست‌جهان (فضای فرهنگی-اجتماعی)، بر این باور است که روابط قدرت و ثروت، تعاملات اجتماعی و انسانی را به حاشیه رانده و هم‌زمان سلامت و بهداشت روانی و روان‌تنی افراد را به خطر انداخته است (ناوارو ۲۰۰۷). وی معتقد است که نظام سرمایه‌داری معاصر از یک سو، نظامی ذاتاً نابرابر و از سوی دیگر، با ایجاد یک سری پیامدهای منفی باعث پیدایش مشکلات و تنش‌های متعدد برای جوامع معاصر شده است که پیامدهای بهداشتی و سلامتی یکی از این پیامدهاست. این نوع ویژه از پیامد مدرنیته یا سرمایه‌داری متأخر را نمی‌توان با مدل‌های بهداشتی و پزشکی معاصر مورد بررسی قرار داد. هابرماس همچنین به تمایل ذاتی نظام سرمایه‌داری در به حاشیه راندن آن دسته از مقولات یا گروه‌های اجتماعی اشاره می‌کند که به هر دلیل قادر به هم‌نوایی و انطباق با آن نیستند. این دسته از گروه‌ها در معرض تهدیدات و مشکلات گوناگونی قرار می‌گیرند و از فرصت‌های متعارف زندگی محروم می‌شوند. رویکرد فوکویی نیز در پیدایش و گسترش رویکرد انتقادی سلامت جمعیت تأثیر چشمگیری داشته است (ناوارو ۲۰۰۷؛ دیلون<sup>۳</sup> ۲۰۰۷؛ سیگریست<sup>۴</sup> ۲۰۰۶). فوکو در مطالعه خود در رابطه با خاستگاه تاریخی علوم پزشکی و نیز تعاریف اجتماعی نظیر جنون، سلامتی، اختلال و نظایر آن معتقد است که فرآیند تولید این نوع

1. Janie Percy Smith  
3. Dillon

2. George Smith  
4. Siegrist

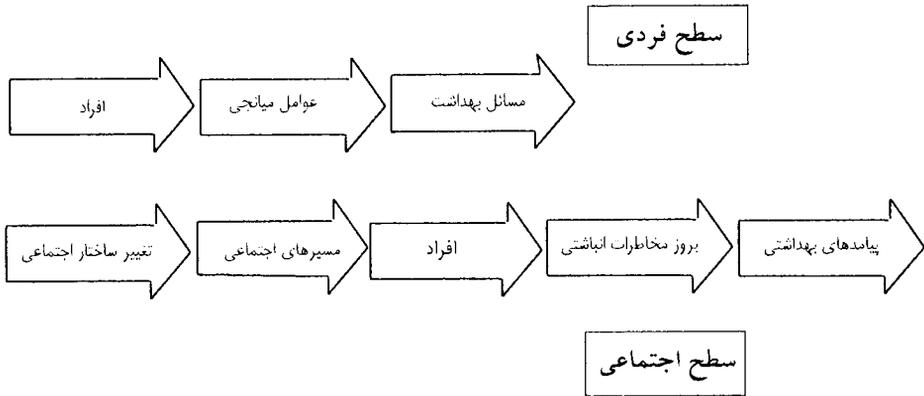
از دانش، متأثر از قدرت بوده است (همان). قدرت توانسته به طور مداوم تقسیم‌بندی‌هایی را از گروه‌های جمعیت انجام دهد و به این شکل گروه‌هایی را به عنوان «دیگری» و «متفاوت» تعریف کند. قدرت مذکور در خلال چند قرن اخیر و مخصوصاً بعد از جنگ جهانی دوم پیامدهای خاصی به دنبال داشته است. کنترل، دستکاری یا اجرای عناصر و سیاست‌های بهداشتی و سلامتی، همان اندازه که در راستای بهبود شرایط زندگی جمعیت‌های انسانی بوده است، به همان میزان نیز در راستای مراقبت، نظارت و حفظ سلطه بر این جمعیت‌ها به شیوه نامرئی بوده است. فوکو همچنین بر این باور است که سیاست‌های بهداشتی نوین در راستای همان سیاست‌های مراقبتی و نظارتی سرمایه‌داری متأخر است. از نظر وی، درک وضعیت بهداشتی و سلامت جمعیت‌های معاصر، بدون بررسی اشکال مدرن تقسیم‌بندی‌ها، نابرابری‌ها و سیاست‌های پنهان و هم‌ارز معاصر امکان‌پذیر نیست. به هر روی، دو رویکرد هابرماس و فوکو امروزه در مطالعه تأثیر نابرابری اجتماعی، قدرت، سلطه نظام و طردشدن اجتماعی بر سلامت جمعیت، از اهمیت ویژه‌ای برخوردارند. آنها اصول اساسی نظری این رهیافت را شکل داده‌اند و در بخش‌هایی، رهیافت معاصر سلامت جمعیت را در ارتباط با این سه عامل کلیدی تعالی بخشیده‌اند (ناوارو ۲۰۰۷؛ دیلون ۲۰۰۷؛ سیگریست ۲۰۰۶).

رهیافت انتقادی سلامت جمعیت، دیدگاهی کل‌نگرانه به موضوع سلامت/بیماری دارد. رهیافت فوق پدیده سلامت افراد جامعه را در دو سطح فردی و اجتماعی مورد توجه قرار می‌دهد. گراهام<sup>۱</sup> (۲۰۰۱) مدلی ارائه می‌دهد که دارای دو سطح فردی (ویژگی‌های اقتصادی-اجتماعی فرد، عوامل بینابینی و برنامه‌های بهداشتی) و سطح اجتماعی (تغییر در ساختار اقتصادی، مسیرهای اقتصادی-اجتماعی، ویژگی‌های اقتصادی-اجتماعی فرد، زمینه‌های خطرات انباشتی و پیامدهای سلامت یا بهداشت) است. این مدل رابطه و وابستگی درونی عوامل فوق را در تعیین سلامت جمعیت بیان می‌کند (نمودار شماره ۱).

سطح فردی این مدل نشان می‌دهد که اپیدمیولوژی اجتماعی، به عنوان خوشه‌ای از عوامل سطح فردی شناخته می‌شود که، محیط‌های اقتصادی-اجتماعی افراد و سلامت آنها را به هم پیوند می‌زند. این سطح شامل عوامل مادی، همچون مسکن نامطلوب و استانداردهای ضعیف زندگی و عوامل اجتماعی-روانی مانند وقایع زندگی، مشکلات مزمن و شبکه‌ها و روابط اجتماعی است. این عوامل شامل تأثیرات رفتاری، نظیر سیگارکشیدن و یک وعده غذایی ضعیف نیز می‌شود.

1. Graham

نمودار ۱. مدل چندسطحی نابرابری‌های سلامت



منبع: گراهام ۲۰۰۱

در سطح اجتماعی این مدل، شاهد عناصری هستیم که خارج از کنترل فرد هستند و از طریق مسیرهایی تغییرات اجتماعی سطح کلان را به زندگی فرد وارد می‌کنند و بر میزان قرار گرفتن در معرض خطرات انباشتی تأثیر می‌گذارند. افرادی که به یک گروه اجتماعی خاص (مانند قومیت، مذهب یا طبقه) تعلق دارند، ممکن است در معرض مجموعه‌ای از عوامل خطرزا، مانند فقر، محل سکونت نامناسب، آموزش ضعیف، امکانات بهداشتی ناکافی و شغل نامناسب و درآمد اندک قرار داشته باشند (گراهام ۲۰۰۱). مدل فوق، بیانگر این نکته کلیدی است که نباید سلامت جمعیت را صرفاً در سطح فردی بررسی کرد، بلکه باید در درون بسترهای اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی و سیاسی مورد بررسی، تحلیل و تبیین قرار گیرد. مسلماً آن دسته از مسیرهای اجتماعی، اقتصادی و سیاسی که در حاشیه مسیرهای اصلی و یا غالب یک جامعه قرار دارند، در همان حال که عین نابرابری هستند، فشارها، ناخوشایندی‌ها، کاستی‌ها و مخاطرات انباشتی هرچه بیشتری را نیز بر جمعیت‌هایی که در آن مسیرها قرار دارند، وارد می‌سازند. بدون شک، طردشدگی مکانی، اجتماعی، سیاسی و فرهنگی، طردشدگی فرصت‌ها را نیز به دنبال دارد. هرچه این طردشدگی بیشتر باشد، دسترسی به فرصت‌ها، از جمله داشتن یک زندگی توأم با سلامت، کمتر و فرصت‌های مسدودشده بیشتر خواهد بود.

## سلامت جمعیت زنان در ایران: تحلیلی انتقادی

بزرگ‌ترین زیرگروه جمعیتی هر جامعه‌ای را زیرگروه‌های جنسی زن و مرد تشکیل می‌دهند. رابطه این دو گروه در بسیاری از جوامع، قدرت‌محور، نابرابر و به نفع مردان است. این رابطه نابرابر در سطح کلان، نه تنها در روابط بین دو جنس در فرایند زندگی روزمره، بلکه در ساختارهای نهادی و سیاسی پهن‌دامنه نیز منعکس می‌شود؛ ساختارهایی که جایگاه نهادی تاریخی قدرتمندی را برای مردان، در مقابل زنان، تعیین کرده است. این دسته از روابط چون عمدتاً نشأت‌گرفته از قدرت هستند، لذا همه جوانب زندگی فردی و اجتماعی هر دو گروه فرادست و فرودست، از جمله سلامت آنها، را تحت تأثیر قرار داده است. چراکه نابرابری در برخورداری از قدرت، نابرابری در برخورداری از فرصت‌ها و امکانات و نیز پردشدگی در حوزه‌های سیاسی، تصمیم‌گیری، فرصت‌ها، بهره‌مندی و غیره را به دنبال دارد. به عبارت دیگر، نابرابری جنسیتی، پردشدگی اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و رفاهی را به همراه دارد. آنچه در این جا مد نظر است، تأثیر این نابرابری بر سلامت/ بیماری گروه جمعیتی زنان است. در جریان این روابط و تعاملات قدرت‌محور و با هدف حفظ رابطه برتری جویانه مرد نهاد (به معنای نهادهای اجتماعی و از جمله دولت)، به‌طور خواسته یا ناخواسته، همواره جایگاه جنس مؤنث آسیب‌پذیر و متزلزل‌شده و این متزلزل، هم در بعد جسمانی و هم در بعد روانی، برای زنان آسیب‌زا بوده است. مطالعه آسیب‌های جسمانی و روانی زنان، به عنوان یک گروه فرودست نسبت به مردان و نیز گروهی که در بسیاری از موقعیت‌ها به حاشیه رانده شده است، را نمی‌توان صرفاً با رویکرد پزشکی متعارف مطالعه کرد. زیرا این رویکرد، همه نارسایی‌ها را به چهارچوب‌های جسم و روان خود زن محدود می‌کند و در همان چهارچوب درصد معالجه نیز برخورد خواهد آمد. فهم بنیان‌های آسیب‌های مرتبط با سلامت زنان از طریق رهیافت انتقادی سلامت جمعیت، به‌خوبی امکان‌پذیر است و بدون شک، اتخاذ این رویکرد برای نقد و بررسی سلامت زنان در جوامع مختلف از جمله ایران بسیار ضروری است.

در ایران آمارهای موجود نشان‌دهنده تفاوت بنیادین بار برخی بیماری‌ها (DALY)<sup>۱</sup> براساس جنس است. بار بیماری‌ها، نه تنها به لحاظ رتبه در میان دو جنس متفاوت است، بلکه در موارد متعددی شکاف عمیقی را میان دو جنس نشان می‌دهد. جدول شماره ۱، بار بیماری‌های

۱. DALY، نوعی شاخص فاصله سلامت است که سال‌های ازدست‌رفته زندگی، چه از بین رفته به علت مرگ زودرس و چه هدررفته در نتیجه ناتوانی ناشی از بیماری‌های غیرکشنده را محاسبه می‌کند. این شاخص در مطالعه جهانی بار بیماری‌ها و آسیب‌ها برای محاسبه بار بیماری‌ها تعریف و به کار گرفته شد.

دو جنس را، براساس طبقه‌بندی هفده‌گانه بیماری‌ها، نشان می‌دهد.

همان‌گونه که مشاهده می‌شود بیشترین بار بیماری‌ها در میان مردان مربوط به حوادث ترافیکی و در میان زنان مربوط به بیماری‌های روحی، روانی، اختلالات رفتاری، و از آن جمله افسردگی است. براساس این آمارها بار بیماری‌های روانی و اختلالات رفتاری در زنان ایران با ۱۰۰۰ سال عمر هدررفته، بیشترین بار بیماری‌ها را به خود اختصاص داده است. در موارد جدول شماره ۱. بار بیماری‌ها در همه سنین بر حسب بیماری و آسیب و طبقات ۱۷ گانه بیماری‌ها و آسیب‌ها به تفکیک سال‌های از دست‌رفته عمر به دلیل مرگ زودرس یا سال‌های سپری‌شده با ناتوانی

| زن                        |         | مرد                       |         | گروه‌های عمده بیماری‌ها                  |
|---------------------------|---------|---------------------------|---------|--|
| نسبت DALY<br>درهزار به‌کل | DALY    | نسبت DALY<br>درهزار به‌کل | DALY    |  |
| ۱۷/۷۲                     | ۱۱۹۲۲۸  | ۲۲/۱۷                     | ۱۶۹۴۸۸  | بیماری‌های عفونی و انگلی                 |
| ۲۸/۹۵                     | ۱۹۴۹۸۵  | ۳۲/۱۳                     | ۲۴۵۶۳۶  | سرطان                                    |
| ۳۰/۴۳                     | ۲۰۴۷۷۷  | ۱۶/۹۰                     | ۱۲۹۱۷۸  | بیماری‌های خونی و دستگاه خونساز          |
| ۴۵/۸۴                     | ۳۰۸۴۳۳  | ۳۲/۲۸                     | ۱۷۷۹۸۶  | بیماری‌های تغذیه و متابولیک              |
| ۱۷۷/۰۱                    | ۱۱۹۱۱۰۵ | ۱۴۵/۸۸                    | ۱۱۱۵۲۷۷ | بیماری‌های روانی و اختلالات رفتاری       |
| ۲۹/۷۸                     | ۲۰۰۳۹۲  | ۲۱/۵۰                     | ۱۶۴۳۶۸  | بیماری‌های دستگاه عصبی                   |
| ۱۱/۴۰                     | ۷۶۶۸۳   | ۹/۱۴                      | ۶۹۸۸۴   | بیماری‌های چشمی                          |
| ۱۱۶/۲۳                    | ۷۸۲۱۲۸  | ۹۴/۹۳                     | ۷۲۵۷۵۳  | بیماری‌های قلبی و عروقی                  |
| ۱۱/۴۰                     | ۷۶۶۸۳   | ۹/۱۴                      | ۳۱۰۵۰۶  | بیماری‌های دستگاه تنفسی                  |
| ۵۰/۷۲                     | ۳۴۱۳۲۴  | ۳۷/۸۲                     | ۲۸۹۱۲۷  | بیماری‌های دستگاه گوارش                  |
| ۲۷/۷۲                     | ۱۸۶۴۹۵  | ۲۱/۷۲                     | ۱۶۶۰۶۰  | بیماری‌های دستگاه پوستی                  |
| ۸۶/۲۷                     | ۵۸۰۵۳۳  | ۳۸/۲۱                     | ۲۹۲۱۰۵  | بیماری‌های دستگاه استخوانی و عضلانی      |
| ۵۸/۴۲                     | ۳۹۳۱۰۲  | ۳۳/۶۹                     | ۲۵۷۵۴۶  | بیماری‌های دستگاه ادراری و تناسلی        |
| ۱۲/۰۷                     | ۸۱۲۲۱   | ۰                         | ۰       | عوارض باروری و زایمان و پس از زایمان     |
| ۷۱/۲۳                     | ۴۷۹۲۹۴  | ۸۱/۳۴                     | ۶۲۱۸۷۵  | بیماری‌های اختلالات مربوط به حول تولد    |
| ۱۷/۹۹                     | ۱۲۱۰۷۴  | ۱۴/۷۰                     | ۱۱۲۳۶۹  | بیماری‌های مادرزادی و اختلالات کروموزومی |
| ۱۷۵/۶۴                    | ۱۱۸۱۸۴۶ | ۳۶۴/۹۳                    | ۲۷۸۹۹۶۶ | حوادث عمدی و غیر عمدی                    |

منبع: نقوی ۱۳۸۶

متعدد دیگری نیز شاهد شکاف عمیق بار بیماری‌ها در میان زنان و مردان هستیم که لایه بالای این شکاف را جمعیت زنان تشکیل می‌دهند. بیماری‌هایی مانند بیماری‌های تغذیه و متابولیک، بیماری‌های روانی و اختلالات رفتاری، بیماری‌های دستگاه عصبی، بیماری‌های قلبی و عروقی، بیماری‌های دستگاه گوارش، بیماری‌های دستگاه استخوانی و عضلانی، بیماری‌های دستگاه ادراری و تناسلی در این خصوص قابل ذکر هستند. قابل ذکر این‌که این شکاف‌ها در سنین ۳۰ تا ۴۴ سال در میان زنان و مردان بسیار عمیق‌تر است. به عنوان نمونه، نسبت بار بیمارهای تغذیه و متابولیک در این گروه سنی برای مردان و زنان به ترتیب ۱۶/۵۰ و ۴۰ است که از شکاف موجود این نسبت بار برای همه سنین بسیار بیشتر است (نقوی ۱۳۸۶). در همه این بیماری‌ها بیشترین بار بر روی جمعیت زنان است و بیشتر آنها از آن دسته از بیماری‌هایی هستند که به‌طور مستقیم و غیرمستقیم، متأثر از شرایط سبک زندگی و محیط اقتصادی و اجتماعی و فرهنگی پیرامون زنان است.

از سوی دیگر، نتایج طرح ملی بار بیماری‌ها نشان می‌دهد که پدیده سزارین سلامت جمعیت زنان و کودکان در ایران را به‌شدت تهدید می‌کند. این نتایج نشان می‌دهند که از ۱۰۹۳۰۳۰۰ زایمان در ایران در سال ۱۳۸۲، ۴۷۵۰۱۲۲ مورد، معادل حدود ۴۰ درصد کل زایمان‌ها، با روش سزارین صورت گرفته است و اگر سال‌های عمر توأم با ناتوانی (YLD)<sup>۱</sup> برای زایمان‌های طبیعی معادل ۷/۰۹ روز است، این شاخص برای زایمان‌های سزارینی ۸/۲۰ روز بوده است. قابل توجه این‌که بیشترین میزان این سزارین‌ها مربوط به زایمان بار اول زنان است در حالی‌که تعداد سال‌های عمر توأم با ناتوانی این مورد، در مقایسه با زایمان‌های بار اول به روش طبیعی، کمتر است، اما در سزارین‌های مربوط به زایمان بار دوم، بار سوم و بار چهارم تعداد سال‌های عمر توأم با ناتوانی، در مقایسه با موارد متناظر در زایمان‌های طبیعی، بسیار بیشتر است (نقوی ۱۳۸۶). همچنین در کنگره بین‌المللی زنان و زایمان در سال ۱۳۸۶ اعلام شد که خطر سقط جنین، شیوع هیپاتیت، و افزایش سزارین در کمین جمعیت زنان ایرانی است. نسبت سزارین در ایران حدود ۴۰ درصد و بسیار بالاتر از استاندارد جهانی است که در برخی از بیمارستان‌های مرجع و خصوصی این نسبت تا ۹۰ درصد هم می‌رسد. این در حالی‌ست که در کشور آمریکا متوسط سزارین ۱۴/۵ است (نقل از سایت زنان ایران - آنلاین<sup>۲</sup> ۱). این پدیده در حالی شیوع می‌یابد که سزارین، فقط در موارد حاد و خطرناک، برای مادر و نوزاد تجویز می‌شود و اساساً خود پدیده سزارین می‌تواند هم برای نوزاد و هم برای مادر مخاطره‌آمیز باشد (مروندی ۱۳۸۷).

1. Years Lived with Disability

2. Online

اگر از رویکرد پزشکی متعارف به این موضوع نگاه شود، همه این بیماری‌ها و اختلالات سلامتی ناشی از متغیرهای فردی و بیولوژیک هستند و مرجع نهایی و اصلی علاج آنها نیز، همان علم پزشکی و پزشکان هستند. اما آمارهای بار بیماری‌ها و شکاف بین دو جنس، بیانگر چیزی فراتر از این‌هاست. این آمارها نشان می‌دهند که زنان بیشترین بار را در بسیاری از بیماری‌ها بر دوش می‌کشند و به‌طور ضمنی، بیانگر این نکته است که علل و عوامل متعددی، در سطوح فردی و اجتماعی، بر سلامت زنان مؤثرند و بدون شک تصور علل پزشکی و فردی صرف برای آنها ساده‌انگارانه است. چنین وضعیتی مستلزم اتخاذ رویکرد انتقادی سلامت جمعیت است. اگر سلامت/بیماری زنان را در درون نمودار چندسطحی گراهام قرار دهیم، مشخص می‌شود که وضعیت فردی و بیولوژیک جمعیت زنان صرفاً حلقه‌ای از فرآیند منجر به سلامت/بیماری است و سایر حلقه‌های این مسیر خارج از کنترل زنان است که همانا فضای اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و سیاسی مسلط بر جامعه است.

براساس رهیافت انتقادی سلامت جمعیت، وضعیت سلامت زنان ایران را می‌توان از سه بعد به‌هم مرتبط بررسی و تشریح کرد که هر سه، به‌طور مستقل و نیز در تعامل با هم، سلامت زنان را تحت تأثیر قرار می‌دهند. این سه بعد عبارت‌اند از: عوامل اجتماعی-فرهنگی، دولت-سیاستگذاری و نظام پزشکی-بهداشتی که در ارتباط متقابل و پیچیده با یکدیگر، بخش عمده‌ای از مسئله سلامت و بهداشت زنان کشور را تعیین می‌کنند.

بعد اجتماعی و فرهنگی، آن دسته از ارزش‌ها و هنجارهایی را دربرمی‌گیرد که روابط سلطه مردان بر زنان را در همه عرصه‌ها تقویت می‌کنند. ارزش‌ها و هنجارهای مذکور بسیاری از روابط اجتماعی و حتی اقتصادی را براساس تفاوت‌های جنسی بر ساخته فرهنگ و جامعه، برای زنان و مردان مشخص می‌کنند و براساس آن می‌توانند زندگی فردی و اجتماعی دو جنس را تحت تأثیر قرار دهند، که به‌طور مستقیم و غیرمستقیم سلامت آنها را با خطر مواجه می‌سازد. وجود چنین ارزش‌ها و هنجارهایی، زمینه عدم بهره‌مندی از امکانات و محرومیت از بسیاری از فرصت‌ها برای زنان را فراهم می‌آورد. از آن‌جا که در بسیاری از جوامع بخش اعظم قوانین رسمی و قواعد عرفی توسط نهادهای دولتی مردم‌محور تعریف و تولید می‌شود و این قوانین و قواعد عرفی هم همواره درصدد حفظ و بازتولید برتری همه‌جانبه مرد/دولت است، در نتیجه این روابط نابرابر، زنان با امورات ناخوشایندی از جمله خشونت خانوادگی، طردشدگی، بی‌توجهی و محرومیت از فرصت‌ها روبه‌رو می‌شوند که روی هم رفته بیشترین بار بیماری‌های جسمی و روانی را بر زنان تحمیل می‌کند. این امر که ریشه در خاستگاه‌های ارزشی و هنجاری تعریف‌شده توسط قدرت فزادست دولت/مرد در جامعه دارد، ارزش‌ها و هنجارهای حافظ برتری را القاء و

تحمیل می‌کند و می‌تواند شامل کم‌توجهی به زنان در بسیاری از عرصه‌ها، اعمال محدودیت‌های خاص ارتباطی و رفتاری برای آنها، عدم امکان بهره‌مندی از فرصت‌های برابر با مردان، چشم‌پوشی از خشونت‌های اعمال‌شده نسبت به آنان در ابعاد مختلف جسمی و روانی، تلاش نیروهای ارزشی و هنجاری برای حفظ و بقای فرودستی زنان به اشکال متعدد باشد. همه این فرایندها و تعاملات به‌طور بالقوه و بالفعل زمینه‌ساز فضاها و توأم با فشار و استرس جسمی و روانی برای زنان و دختران جامعه هستند و بخشی از بار بیماری‌های جسمی و روانی زنان در ایران، از جمله افسردگی (رتبه اول بار بیماری‌ها در میان زنان)، را به خود اختصاص می‌دهند.

بعد اجتماعی و فرهنگی سلامت زنان در کشور، با نقش دولت و سیاستگذاری‌های آن دارای ارتباط تنگاتنگی است و بخش عمده‌ای از سلامت آنها را تعیین و تبیین می‌کند. در این خصوص، در ایران نیز مانند بسیاری از جوامع، دولت در سطح کلان جامعه همان نقش پدر در سطح خرد خانواده را ایفا می‌کند و لذا خواسته‌هایی که به شکلی جدی تهدیدکننده این روابط قدرت-محور باشد را کنار می‌نهد. از این رو، می‌توان به‌وضوح حاکمیت قوانین خانوادگی و دودمانی را بر مناسبات پدر-دولت با شهروندان دید (احمدی خراسانی ۱۳۸۴). سیاست‌هایی که در چنین شرایطی تدوین و تصویب می‌شوند، به‌طور مستقیم و غیرمستقیم، می‌تواند سلامت/بیماری کل جمعیت و به‌ویژه زنان را تحت تأثیر قرار دهند. بسیاری از سیاست‌ها، مانند سیاست‌های مربوط به سقط جنین، بارداری‌های نوجوانان، عقیم‌سازی اجباری، کنترل جمعیت، اهدای تخمک و اسپرم، شیوع ایدز و غیره همگی به‌نوعی معطوف به سلامت زنان هستند. آنچه در برخی موارد قابل توجه است، چشم‌پوشی دولت یا عدم قاطعیت آن نسبت به متعین‌های بنیادین سلامت/بیماری زنان است که همانا ارزش‌های اجتماعی، فرهنگی و جنسیتی تعریف و اعمال‌شده توسط جامعه است. برای نمونه، دستورالعمل وزارت بهداشت پیرامون اولویت‌های سلامت زنان در سال ۱۳۸۶ را در نظر بگیرید. در این دستورالعمل، در حوزه بهداشت باروری برای کاهش مرگ‌ومیر مادران به ترویج «زایمان ایمن»، در بعد بهداشت روان زنان به «ارتقاء سطح بهداشت روانی از جمله کاهش میزان افسردگی و استرس»، و در بخش ارتقاء سلامت زنان و خانواده به مواردی از قبیل «آموزش زندگی سالم و تحکیم بنیان خانواده» تأکید شده است (نقل از سایت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایلام - آنلاین ۲). این نکته در این دستورالعمل اولویت‌بندی سلامت زنان آشکار است که خود دولت و سیاستگذاران، سلامت زنان را صرفاً امری پزشکی می‌پندارند و نه امری برساخته اجتماع، فرهنگ و اقتصاد. در این جا «زایمان ایمن» صرفاً در گرو استفاده از نیروهای متخصص پزشکی میسر می‌شود و نه امری متأثر از یک‌سری عوامل فرهنگی و اجتماعی مقدم بر زایمان؛ کاهش افسردگی اقدامی نیست که صرفاً

و در انحصار وزارت بهداشت باشد، بلکه افسردگی بیش از هر چیز نیاز به پیشگیری دارد تا درمان؛ و آموزش زندگی سالم و تحکیم بنیان خانواده نیز از آن دسته کلیشه‌هایی است که به‌هیچ‌وجه در حیطه نظام بهداشتی قرار نمی‌گیرد.

این دسته از سیاست‌گذاری‌ها، راه را برای هرچه بیشتر طبیعی جلوه‌دادن بیماری‌های مبتلا به جمعیت، از جمله جمعیت زنان، هموار کرده است و سیاست تک‌بعدی‌نگری در بررسی سلامت جمعیت را به دنبال دارد. آنچه در این دستورالعمل آشکار است، حاکمیت کامل گفتمان پزشکی هم در مرحله سیاست‌گذاری و هم در مرحله اجراست، در نتیجه همین سلطه گفتمانی، نوعی تقلیل‌گرایی در سیاست‌گذاری‌های مرتبط با سلامت جمعیت زنان در کشور پدید آمده است. در کنار دولت و سیاست‌گذاری‌های فوق، نقش نظام رسمی پزشکی و بهداشتی از اهمیت قابل‌ذکری برخوردار است: منظور از این بعد، تأثیرات گفتمان حاکم بر نظام پزشکی ایران بر سلامت کل جمعیت و به‌ویژه جمعیت زنان است که در دو حوزه می‌توان به آن پرداخت. حوزه اول، عبارت است از تبیین مشکلات سلامت زنان بر اساس ویژگی‌های سطح فردی آنان. این گفتمان علی‌رغم آن‌که ممکن است در مواردی به عوامل اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی مؤثر بر سلامت نیز بپردازد، اما در عمل آنچه در مرکز و محور گفتمان پزشکی کشور است همان عوامل سطح فردی و بیولوژیک است. طبیعتاً در چنین وضعیتی تلاشی جدی برای مرکزیت بخشیدن به تبیین‌های اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی از بار سنگین بیماری‌ها در میان زنان صورت نمی‌گیرد. خلاصه‌کردن مسائل مرتبط با سلامت زنان در دو بخش زنان و زایمان و بهداشت مادر و کودک، بیانگر اغماض از سایر ابعاد سلامت/بیماری زنان است. حوزه دوم این‌که اقتصاد سیاسی موجود در دل نظام پزشکی و بهداشتی نیز در تشدید این امر نقش دارد. منظور از اقتصاد سیاسی «توزیع آمرانه ارزش‌ها و هنجارها در جامعه» است که در این جا ارزش‌های مرتبط با سلامت زنان مطرح است. از جهتی دیگر، چرخش در انتساب علل بیماری‌های جمعیت زنان از عوامل سطح فردی و بیولوژیک به عوامل اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و تلاش برای تضعیف این علل، قدرت بلامنازع گفتمان پزشکی حاکم بر جامعه را متزلزل می‌کند. برای نمونه در این زمینه می‌توان به بحث سزارین در کشور اشاره کرد که اگر نه همه، بلکه بخش عمده‌ای از آن متأثر از ارزش‌های توزیع‌شده از سوی جامعه پزشکان در مورد «مشکلات زایمان طبیعی»، «عوارض زایمان طبیعی برای روابط جنسی زوجین»، «به‌هم‌خوردن تناسب اندام» و غیره است؛ از سوی دیگر، رشد بی‌رویه این پدیده ناشی از درآمد بالا و نیز دردسر کمتری است که نسبت به زایمان طبیعی برای پزشکان دارد. پرسش این است که جامعه پزشکی به عنوان مرجع بلامنازع علمی و حتی اجتماعی زنان و مردان در عرصه سلامت، تا چه اندازه در رشد بی‌رویه این پدیده دخالت

داشته و دارد و البته تا چه اندازه نیز می‌تواند در کاهش آن مؤثر واقع شود؟ پزشکی کردن بسیاری از ابعاد زندگی زنان، از زیبایی ظاهری گرفته تا مسائل تولیدمثل و اختلالات روانی مانند افسردگی، باعث شده است که به قول اینهورن<sup>۱</sup> (۲۰۰۶) از بیماری‌های زنان، تعاریفی پزشکی / مردانه ارائه شود، بدون آن‌که صدای خود زنان در مورد بیماری‌هایشان شنیده شود. به عبارتی گویاتر، صدای زنان در حوزه سلامت نیز دچار طردشدگی شده است. به عنوان مثال، مطالعه‌ای که در کشور توسعه‌یافته ایالات متحده آمریکا در مورد زنان سیاهپوست آمریکایی، که نوزادان نارس و یا کم‌وزن به دنیا آورده بودند، انجام شده، ارتباط مستقیمی میان ابتلا به واژینوز باکتریال و وقوع این مشکلات یافته است. اما مطالعه‌ای مردم‌شناختی نشان داد که واژینوز باکتریال تنها عامل مستعدکننده تولد چنین نوزادانی در زنان سفیدپوست نیست، بلکه تنش‌های دوران بارداری نظیر مشکلات مسکن، خشونت محیطی، کار زیاد با درآمد ناکافی، عدم دریافت حمایت کافی از سوی همسر، خدمات بهداشتی و تغذیه ناسالم بیشتر از واژینوز باکتریال در بروز این وضعیت نقش دارند (اینهورن ۲۰۰۶). از این‌رو، تحلیل تک‌بعدی پزشکی و تحدید و تقلیل علل بیماری‌ها به عوامل فیزیولوژیک و پزشکی صرف، موجب بی‌توجهی به سایر علل شده است و بدون شک، چنین رویکردی از آن‌جا که مسئولیت بیماری را به سطح فرد/ بیمار تقلیل می‌دهد، بار مسئولیتی برای دو بعد دیگر جامعه، دولت و سیاستگذاری‌های آن نخواهد داشت.

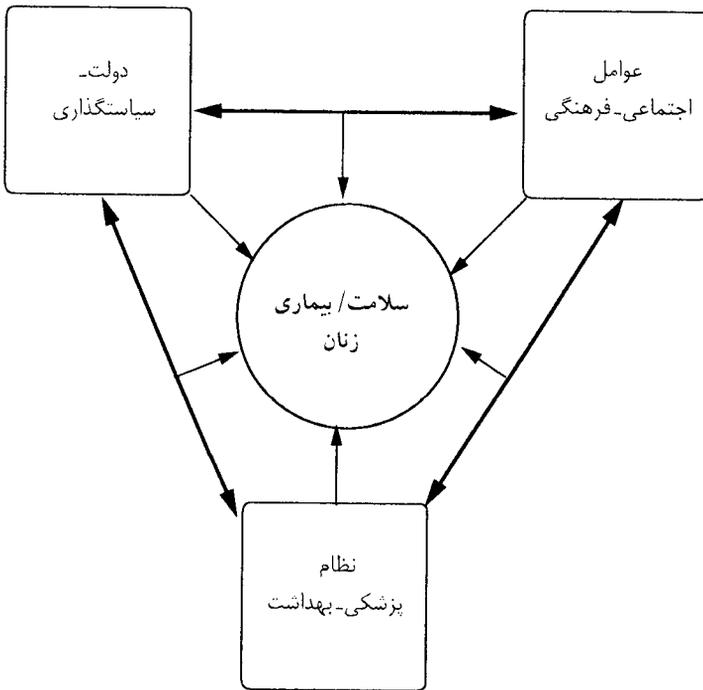
سه بعد مذکور، نه تنها به صورت مستقل بلکه در ارتباط با یکدیگر نیز باعث تشدید این تأثیرات می‌شود. در این میان، نقش محوری دولت در تعامل با جامعه پزشکی از اهمیت خاصی برخوردار است. فقدان تمایل یا بی‌توجهی دولت به تعریف سلامت/ بیماری زنان، به عنوان یک امر برساخته اجتماعی و بازگذاشتن فضا به لحاظ سیاستگذاری و قانونگذاری برای تبیین سلامت/ بیماری زنان براساس عوامل پزشکی و زیست‌شناختی، باعث شده که این امر کمتر برای دولت‌ها مسئولیتی مدنی و اجتماعی ایجاد کند. از سوی دیگر، سیاستگذاری‌های تک‌بعدی، محدود، و تقلیل‌گرایانه دولت از جمله در وزارت بهداشت، که در بسیاری از موارد صرفاً عرصه پزشکی و بهداشتی سطح فردی را برجسته ساخته و از ساختارهای بنیادین اجتماعی، فرهنگی، و اقتصادی مؤثر بر سلامت زنان چشم‌پوشی می‌کند، قابل توجه است. مباحث فوق را می‌توان در قالب نمودار شماره ۲ ترسیم کرد:

همه ابعاد ذکر شده به شکلی بسیار پیچیده و درهم‌تنیده با هم در ارتباط هستند و تمایز آنها

1. Inhorn

صرفاً در حوزه تحلیل نظری امکان‌پذیر است. تحلیل فوق صرفاً درصدد تشریح هرچه بیشتر این تعاملات بود. نباید فراموش کرد که تعامل این ابعاد به شکلی که هم‌اکنون وجود دارد، می‌تواند بار بیماری‌ها را برای جمعیت زنان جامعه تشدید کند. این تشدید برای زنانی که در معرض عناصر پردشدگی بیشتری هستند، بسیار بغرنج‌تر خواهد بود. متأسفانه بسیاری از زیرگروه‌های جمعیتی زنان (مانند زنان مبتلا به بیماری‌های خاص نظیر هپاتیت و ایدز یا زنان و دختران شاغل در مشاغل پرمشقت همچون کارگاه‌های آجرپزی) و همچنین گروه‌هایی از زنان درگیر آسیب‌های اجتماعی (مانند دختران فراری یا زنان روسپی) در کشور نه تنها به لحاظ اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در حاشیه مانده‌اند، بلکه حتی به لحاظ آماری نیز جزو پردشدگان هستند؛ بدین معنا که آماری دقیق از آنها در دست نیست. همین نوع پردشدگی انباشتی موجب بغرنج‌شدن سلامت آنان و نیز کل جمعیت می‌شود.

نمودار ۲. برساخت اجتماعی سلامت / بیماری زنان



### بحث و نتیجه‌گیری: به سوی رهیافت انتقادی سلامت جمعیت

سلامت جمعیت به عنوان یکی از صور اجتماعی و فرهنگی مدرنیته در دوران مدرن سیمای کاملاً جداگانه‌ای به خود گرفته است، چراکه به شکلی کاملاً متفاوت از گذشته‌های ماقبل مدرن، به طور خواسته یا ناخواسته، متأثر از عوامل ساخته دست بشر است. با اذعان به مزیت‌های فراوان زندگی مدرن، شاید بتوان گفت که پیدایش رهیافت سلامت جمعیت، در واقع نتیجه همین پیامدهای ناخواسته نوسازی در جوامع جدید است. رویکرد انتقادی معاصر، به تبعیت از رویکرد کلاسیک مارکسیستی، مسئله سلامت جمعیت را در قالب مشکلات عمومی نوسازی و به دنبال آن مدرنیته می‌بیند. این رهیافت بر این نکته تأکید می‌کند که سازمان اجتماعی معاصر اساساً دارای ماهیت سرمایه‌دارانه و بنابراین نابرابر است. نابرابری مذکور با تقسیم کلیه فرصت‌ها و امکانات و حتی تعریف نابرابر از مقولات، گروه‌ها و ابعاد اجتماعی، باعث شده است کل فضای اجتماعی و از جمله سلامت و بهداشت گروه‌های انسانی در معرض تهدید قرار گیرد. از این رو، رهیافت انتقادی سلامت جمعیت این سؤال را مطرح می‌کند که چرا علی‌رغم پیشرفت‌های شگفت‌انگیز معاصر در حوزه پزشکی و بهداشت، اساساً در هیچ دوره‌ای از تاریخ، سلامتی انسان تا به این حد در معرض تهدید عوامل ساخته دست وی نبوده است؟ این رهیافت بر این باور است که پیشرفت‌های منبعث از نوسازی به صورت مستقیم بر این امر تأثیر نمی‌گذارد، بلکه روابط نابرابر ناشی از قدرت و توزیع تصنعی آن عامل اساسی است. در این جاست که مفهوم طردشدگی اجتماعی از اهمیت عمده‌ای برخوردار می‌شود. محور طردشدگی اجتماعی امر «تفاوت» و ناهمسانی با گروه‌های اکثریت و غالب است و در سایه همین تفاوت بودن از گروه‌های مسلط است که واقعیت طردشدگی پا می‌گیرد. رهیافت مذکور عنوان می‌کند که امروزه نه تنها علوم پزشکی بلکه حتی بخش عمده‌ای از علوم اجتماعی نیز درگیر بررسی و درمان پیامدهای منفی مؤثر بر سلامت همین تبعات نوسازی است؛ این عناصر هم در سطح فردی، در قالب سبک زندگی، و هم در سطح اجتماعی، در قالب شکاف‌های طبقاتی و طردشدگی اجتماعی گروه‌های جمعیتی، در حال گسترش هستند.

رهیافت سلامت جمعیت بخشی از نقایص دیدگاه‌های پزشکی و بهداشتی را در تأکید زیاد آنها بر سطح فردی و یا اپیدمیولوژیک و یا فقدان توجه کافی به موضوع عمل یا پراکسیس می‌داند. برای جبران این کاستی‌ها، می‌توان به رهیافت انتقادی سلامت جمعیت روی آورد که رویکردی نسبتاً کامل است؛ زیرا همان‌طور که عنوان شد بیشتر بر سطح جامعه‌ای و نهادی کلان سلامت متمرکز است و بر بهبود کاستی‌ها و نابرابری‌ها تأکید دارد. به عبارت دیگر، این رویکرد را می‌توان مبنایی برای تحلیل‌های نظری حوزه سلامت جمعیت و عمل تلقی کرد. رهیافت فوق

نه تنها درصدد کشف روابط دیالکتیکی حوزه‌های اجتماعی مرتبط با بهداشت است بلکه با اتخاذ رویکرد انتقادی، خصلت پویایی را نیز برای خود اتخاذ نموده است. این خصلت باعث شده است که همواره در حال نوشدن باشد و بسته به شرایط زمانی و مکانی از خود انعطاف نشان دهد. چنان‌که گفته شد این رهیافت کلیه تصمیم‌های مربوط با سلامت عمومی را بر عمل و کنش منطبق با آنها همراه می‌سازد.

براساس رهیافت انتقادی سلامت جمعیت، سلامت عمومی یک جامعه را باید در ارتباط با سه عامل کلیدی قدرت و نهادهای مرتبط با آن، نابرابری اجتماعی و صور متفاوت آن و پردشدگی اجتماعی ناشی از آن بررسی کرد. در این جاست که می‌توان رهیافت انتقادی سلامت جمعیت را به شماری از دیدگاه‌های جامعه‌شناختی پیوند داد که از آن میان می‌توان به دیدگاه‌های سلطه نظام بر فضای حیاتی یا زیست‌جهان هابرماس و دیدگاه‌های فوکو در مورد سیاست سلامت و زیست-قدرت اشاره کرد.

بر همین اساس، از این رویکرد، سلامت افراد جامعه متأثر از زنجیره‌ای از عوامل است که عوامل بلاواسطه صرفاً حلقه‌ای از این زنجیره را تشکیل می‌دهد که در یک سوی آن سلامت/بیماری افراد جامعه و در سوی دیگر آن حلقه‌های اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و فرهنگی قرار دارند. این عوامل به شکل مؤثری سوبه‌ای از عوامل بلاواسطه را در اختیار دارند که جمعیت یا گروه‌های جمعیتی توانایی چندانی در حذف یا سنهیا کردن آن ندارند. چراکه این عوامل به شدت متأثر از حوزه‌های اقتصادی، سیاسی و برنامه‌ریزی‌های اقتصادی-اجتماعی هستند. درک این روابط پیچیده در دنیای مدرن دشوار است، مگر آن‌که دیدگاهی بین‌رشته‌ای و نیز انتقادی اتخاذ شود. این دشواری نه صرفاً به خاطر پیچیدگی آن، بلکه تا حد زیادی به این دلیل است که نیروهایی تلاش می‌کنند که چهره منفی این روابط را مبهم و پوشیده نگه دارند. این روابط پیچیده و بین‌بخشی هستند، بنابراین فهم آنها و اقدام در برابر آنها نیازمند بینشی انتقادی و پویاست. به قول سرتر یک رهیافت اپیدمیولوژیک صرف که به بدن‌ها، سبک زندگی و خطرات فردی توجه دارد نمی‌تواند به درستی علل این تغییرات تدریجی در محیط‌های اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و سیاسی را نشان دهد.

مدل زیر (نمودار شماره ۳) با توجه به رهیافت انتقادی سلامت جمعیت به خوبی تعاملات بین نیروهای مختلف اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی را با پردشدگی اجتماعی و نهایتاً سلامت جمعیت نشان می‌دهد.

بر اساس این مدل، نابرابری اجتماعی از طریق مکانیسم پردشدگی اجتماعی بر سلامت جمعیت تأثیر می‌گذارد. در این مدل می‌توان سه بعد توأمان مستقل و به هم مرتبط مؤثر بر



نکته پایانی این‌که موضوع محوری در رهیافت انتقادی سلامت جمعیت، نابرابری کلان-خرد در برخورداری از فرصت‌ها و امکانات مرتبط با سلامت است و این‌که چه گروه‌هایی به واسطهٔ طردشدگی‌شان بیشتر از دیگران از این نابرابری‌ها آسیب می‌بینند. کاهش طردشدگی اجتماعی و نهایتاً کاهش عوارض مرتبط با سلامت آن، در معنای عام، مستلزم کاهش نابرابری در ابعاد هویتی، فرهنگی، اقتصادی، اجتماعی و سیاسی است و کاهش این امر نیز تا حدودی جز با اتخاذ یک رویکرد انتقادی نسبت به سلامت جمعیت امکان‌پذیر نیست. اساساً نقطه ضعف بنیادین رهیافت‌های اپیدمیولوژیک و متعارف سلامت جمعیت، در کارکرد پنهان و شاید ناخواستهٔ آنها برای سیاست‌زدایی از سلامت جمعیت، تحدید آن به عوامل سطح فردی و بیولوژیک و تقلیل سلامت جمعیت به عوامل سطح فردی باشد. از همین‌روست که رهیافت انتقادی سلامت جمعیت، با اتخاذ رویکردی انتقادی سعی دارد به لایه‌های پنهان‌مانده و شاید پنهان‌شدهٔ سلامت جمعیت‌ها رخنه کند تا ابعاد اقتصادی، سیاسی، اجتماعی و فرهنگی مؤثر بر سلامت/بیماری جمعیت را هرچه بیشتر روشن کند. توجه به مسئلهٔ نابرابری اجتماعی و سلامت/بیماری گروه‌های جمعیتی طردشدهٔ حاصل از آن، یکی از مهم‌ترین جهت‌گیری‌های معاصر و به‌ویژه امری محوری در رهیافت انتقادی سلامت جمعیت است و هم‌اکنون نیز در حوزهٔ جمعیت‌شناسی انتقادی و مطالعات معاصر سلامت جمعیت، در حال گسترش است.

## منابع

- احمدی خراسانی، نوشین (۱۳۸۴) «کاریکاتور مادر آمیزه طنز و تأثر»، نامه، شماره ۴۶، بهمن‌ماه، صص ۴۸-۵۲.
- فاستر، جان (۱۳۸۳) *اکولوژی مارکس*. ترجمهٔ اکبر معصوم‌بیگی. نشر دیگر. تهران.
- مروندی، مرتضی (۱۳۸۷) «سزارین سلامت نوزادان را تهدید می‌کند». روزنامهٔ سلامت. سال پنجم. شمارهٔ ۲۰۰، شنبه ۳۰ آذر.
- نقوی، محسن (۱۳۸۶) *مطالعه ملی بار بیماری‌ها و آسیب‌ها در ایران*. وزارت بهداشت. درمان و آموزش پزشکی، معاونت سلامت.

Angel, Jacqueline, Ronald Angel (2006) "Minority Groups Status and Healthful Aging: Social Structure Still Matters", *American Journal of Public Health*, Vol. 96, issue 7, PP.1152-1159.

Bartley, Mel (2004) *Health Inequality: An Introduction to Concepts, Theories and Methods*. Cambridge: Polity Press.

Blaxter, M. (1990) *Health and Life Style*. New York: Routledge Press.

Boswell, David. (1995) "Health, the Self and Social Interaction", in: Robert Bocock and

- Kenneth Thomson (Ed), *Social and Cultural Forms of Modernity*, London: Open University Press, pp. 169-218.
- Cohen, Benita E. (2006) "Population Health as a Framework for Public Health Practice: A Conceptual Perpective", *American Journal of Public Health*, Vol. 96, issue 9, pp.1574-1576.
- Clarke, Alan. (2001) *Sociology of Health Care*, London: Pearson Education Limited Press.
- Davis, Ann. (2001) *Poverty, Social Exclusion and Mental Health*, London: Sage Publication.
- Dillon, Patricia M.(2007) *Nursing Health Assessment: A Critical Thinking, Case Studies Approach*, Philadelphia F.A Publication.
- Everett, C. (2002) *Critical Issues in Global Health*, Barnes & Nobles Publication.
- Graham, Hilary. (2001) "From Science to Policy: Options for Reducing Health Inequalities", in: David A. Leon and Gill Walt (Ed), *Poverty, Inequality and Health*, Oxford University Press. pp.88-124.
- Gruskin, Sofia. (2006) "Human Right and Ethics of Public Health", *American Journal of Public Health*, Vol. 96, issue 11, pp.116-140.
- Inhorn, Marcia.C (2006) "Defining Women's Health", *Medical Anthropology Quarterly*, Vol. 20, Number3, pp. 345-357.
- Jones, Linda. & Moyra Sidell (1997) *The Challenges of Promoting Health: Exploration and Action*, Macmilan Press, London.
- Kawachi, Ichiro (1999) *The Society and Population Health Reader: Income Inequality and Health*, New Yoek: The New Press.
- Leon & Walt (Ed) *Poverty: Inequality and Health*, London: Oxford University Press.
- Mason, Tom (2001) *Stigma and Social Exclusion in Healthcare*, New York, Routledge Publisher.
- Murray, Christopher J, Julio Frenk. and Emman E. Gakidou (2001) "Measuring Health Inequality: Challenges and New Direction", in: David A. Leon and Gill Walt (Ed) *Poverty, Inequality and Health*, London: Oxford University Press, pp.64-216.
- McIntosh, Maureen (2001) "Do Health Care System Contribute to Inequality?" in: David A. Leon and Gill Walt (Ed) *Poverty, Inequality and Health*, Oxford University Press, pp.175-193.
- Montague, Peter (1996) "Economic Inequality and Health", *Reachel's Environment and Heath Weekley*, Environemental Research Foundation, No. 497, pp.32-38.
- Montgomery, Mark R. & Paul C. Heweet (2004) "Urban Poverty and Health in

- Developing Countries: Household and Nighbourhood Effects". Working Paper, Population Council Inc.
- Navarro, Vicente (2007) *Neoliberalism, Globalization and Inequalities: Consequences for Health and Quality of Life*, Amityville: Baywood Publishing.
- O'Hara, Philip. (2006) "Social Inclusion Health Indicators: A Framework for Addressing the Social Determinants of Health", *Edmonton Social Planning Council*, online: [www.edhalton.ca/.../ICC\\_Social\\_Inclusion\\_Health\\_Indicators\\_Edmonton.pdf](http://www.edhalton.ca/.../ICC_Social_Inclusion_Health_Indicators_Edmonton.pdf).
- Omran, Abdel. (1971) "The Epidemiologic Transition: A Theory of Epidemiology of Population Changes", *Milbank Memorial Fund Quarterly*, Vol. 49, No. 29, pp.509-538.
- Online 1, <http://www.irwomen.info/spip.php?article4845>
- Online 2, <http://www.medilam.ac.ir/vision.asp?contentid=860>
- Orr, Shepley W. (2005) "Social Exclusion and the Theory of Equality: The Priority of Welfare and Fairness in Policy", *Centre for Transport Studies*, Department of Civil and Environmental Engineering, University College London, Online:[www.aunt-sue-info/publications.html](http://www.aunt-sue-info/publications.html)
- Petrovici, Dan, Christopher Ritson (2006) "Population Health and Risk Factors in Transitional Economy", *Journal of Consume Policy*, 29, pp. 279-300.
- Patel, Vikram (2001) "Poverty, Inequality and Mental Health in Developing Countries", in: David A. Leon and Gill Walt (Ed) *Poverty, Inequality and Health*, Oxford University Press, pp.247-263.
- Powles, John (2006) "The Health Transition in The Third World"; Online: [www.phpc.cam.ac.uk/powles/documents/healthtransition\\_third\\_world-2007.ppt](http://www.phpc.cam.ac.uk/powles/documents/healthtransition_third_world-2007.ppt).
- Saunders, Peter (2003) "Can Social Exclusion Provide a New Framework for Measuring Poverty?" *SPRC Discussion Paper*, No.127. pp.9-20.
- Schesh, Susan & Jane Haggis (2004) *Development and Culture*, Springer Publisher.
- Siegrist, Johannes (2006) *Social Inequalities in Health: New Evidence and Policy Implications*. Oxford University Press.
- Smith, Janie Percy (2000) "Introduction: The Contours of Social Exclusion", in: Janie Percy Smith (Ed) *Policy Responses to Social Exclusion: Toward Inclusion?* Open University Press.
- Smith, George (2003) *Health Inequalities: Lifecourse Approaches*, the Policy Press.
- Szreter, Simon (2003) "The Population Health Approach in Historical Perspective", *American Journal of Public Health*, March 93(3), pp.421-431.
- United Nations (2005) "Universal Declaration of Human Rights", Online: [www.un.org/](http://www.un.org/)

overview/right.html

- Wang, Mei-ling (2007) *Social Exclusion and Community Capital: The Missing Link in Global Partnerships of Health for All*, University Press of America.
- Wermuth, Laurie (2002) *Global Inequality and Human Needs: Health and Illness in an Increasingly Unequal World*, Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Wilkinson R (1996) *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*. New York: Routledge.