

خدمات بهداشتی درمانی در کشور به منظور تأمین عمر طولانی‌تر و زندگی سالم‌تر مردم طراحی شده است. عدالت اجتماعی به عنوان یک اصل ارزشی در طراحی و برنامه‌ریزی‌های کلان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و کمیت و همچنین در کیفیت ارائه خدمات همواره مورد توجه قرار گرفته است. برآیندهای عملکرد نظام ارائه خدمات بهداشتی درمانی در زمینه‌هایی چون؛ مقابله با بیماری‌های شایع کودکان، ارتقاء خدمات دوران بارداری و زایمان، کنترل بیماری‌های واگیر، تنظیم خانواده، مقابله با بیماری‌های غیرواگیر و ... در سطوح ملی و استانی از طریق شاخص‌هایی سنجیده می‌شوند که همواره اثرپذیر عملکرد سایر ارکان توسعه نیز هستند. شاخص‌هایی چون میزان‌های بروز مرگ، میزان‌های ابتلا به بیماری‌ها، رفتار باروری و ... نیز تحت تأثیر سطوح مختلف توسعه اجتماعی و اقتصادی قرار دارند.

بیش از همه مؤلفه‌هایی چون اشتغال و بیکاری، تحصیلات، مهاجرت و ... بر شاخص‌های بهداشتی مؤثرند. هرگونه تغییر در شاخص‌های بهداشتی در سطوح ملی و استانی، باید به دقت مورد تأمل قرار گیرند. مجموعه شاخص‌های بهداشتی، اجتماعی و اقتصادی باید در کنار هم سنجیده شود. تعامل آنها بر یکدیگر باید مورد توجه قرار گیرند. سهم عملکرد عوامل زمینه‌ای (بطور مثال سطح سواد مادران) بر نتایج نهایی (مثل میزان‌های مرگ کودکان) تعیین گردد. البته باید توجه داشت که در مجموع تعیین سهم هر یک از ارکان، بطور مثال وزارت بهداشت، کار نسبی است و قطعیت بخشیدن به آن بسی دشوار است. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به منظور ارزشیابی برنامه‌های خود نیازمند تعیین تغییرات دوره‌ای شاخص‌ها است. ولی در برخی از زمینه‌ها به دلیل اشتراک با شاخص‌های عمومی کشور، آنها

توسط سایر بخش‌های دیگر نیز تولید و اعلام می‌شوند و در مواردی چندگانگی آنچه که اعلام می‌شود سبب ارائه تصویری غیرقابل قضاوت در عرصه ملی و بین‌المللی شده است.

بررسی ویژگی‌های جمعیتی و بهداشتی جمهوری اسلامی ایران از طریق ایجاد هماهنگی بین بخشی و به منظور یکسان‌سازی اعداد و ارقام شاخص‌های مشترک بین وزارت بهداشت و سایر بخش‌ها، و به قصد تأمین شاخص‌های مورد نیاز برای برنامه سوم توسعه طراحی و اجرا شده است. این شیوه مشترک کار برای اولین بار در کشور صورت می‌گیرد و نتایج حاصله به عنوان پایه‌ای برای سایر محاسبات در کشور قابل بهره‌برداری است. امیدوارم انتشار این نتایج بتواند برای برنامه‌ریزی آینده، در تمامی سطوح مدیریتی وزارت بهداشت، سایر وزارتخانه‌ها، سازمان‌های دولتی و غیردولتی و سازمان‌های بین‌المللی کمک مؤثری باشد. در خاتمه از زحمات ۳ ساله دفتر سلامت بهداشت خانواده و جمعیت و همکاران دیگر حوزه سلامت که در تمامی مراحل طراحی، تدوین، اجرا، ارزشیابی و تجزیه و تحلیل این تحقیق وسیع با رعایت اصل همکاری بین‌بخشی نقش سازنده‌ای داشته‌اند، تشکر می‌نمایم، همچنین از مشارکت معاونت محترم طرح‌های آماری مرکز آمار ایران نیز که در ایجاد و تداوم فضای همکاری تلاش نموده‌اند تقدیر می‌نمایم و امیدوارم این حرکت مشارکت بین بخشی، مقدمه‌ای برای تداوم برنامه‌های مشترک باشد. همکاری و حمایت‌های صندوق کودکان سازمان ملل متحد (UNICEF) و صندوق جمعیت سازمان ملل متحد (UNFPA) برای انجام این بررسی نیز جای تقدیر و تشکر دارد.

**دکتر مسعود پزشکیان**

**وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی**

📍 مرکز آمار ایران در اجرای وظایف قانونی خود با هدف ارتقاء فرهنگ استفاده از تعاریف و مفاهیم استاندارد و روش‌های علمی در طرح‌های آماری و نیز استناد به آمارهای رسمی کشور، سیاست همکاری با سازمان‌های تولید و مصرف‌کننده آمار را در دستور کار دارد. در تحقق این سیاست و به منظور بهبود کیفی و کمی نتایج طرح‌های آماری که از جمله ابزار مهم سیاست‌گذاری به شمار می‌آید، همکاری با وزارت کار و امور اجتماعی، وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی و ... را تجربه دارد.

همکاری مرکز آمار ایران و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، به ویژه در قلمرو آمارهای مورد نیاز در شاخص‌های جمعیتی - بهداشتی، در گذشته نیز وجود داشته است، ولی هیچگاه میزان مشارکت و گستره همکاری‌های فی‌مابین در حد وسعت طرح؛ سیمای جمعیت و سلامت در جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۳۷۹ (DHS) نبوده است.

با استناد به مصوبه هیئت محترم وزیران، مسئولیت اعلام و انتشار آمار رسمی و ملی کشور نیز برعهده مرکز آمار ایران می‌باشد، به همین دلیل در پاسخ به درخواست وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وظیفه نظارت بر طراحی و اجرای این مطالعه را به عهده گرفت و تعداد قابل توجهی از کارشناسان این مرکز در کلیه مراحل تهیه طرح فنی، طراحی پرسشنامه و راهنمای تکمیل آنها، آموزش، عملیات میدانی و نظارت بر حسن اجرای طرح، مشارکت فعال داشتند.

در این طرح، تبیین جامعه آماری، محاسبه حجم نمونه لازم با استفاده از تعاریف و مفاهیم استاندارد و رایج در مرکز آمار ایران انجام گرفته است.

مبنای انتخاب خانوارهای نمونه طرح برای نقاط شهری و روستایی هر یک از استان‌های کشور، آخرین چارچوب آماری موجود در مرکز آمار ایران است که از فهرست آدرس جغرافیایی خانوارهای معمولی ساکن همراه با نقشه آماری مرتبط، از سرشماری عمومی نفوس و مسکن سال ۱۳۷۵ حاصل شده است.

نتایج حاصل هر آنچه که باشد، اجرای مشترک این طرح بستر مناسبی برای همکاری‌های بیشتر بین دو دستگاه را بوجود آورده است، تجربیات حاصل از آن می‌تواند در سایر بخش‌ها مورد توجه قرار گیرد.

همکاری و هماهنگی دست اندرکاران این تحقیق که از بخش‌های مختلف اجرایی انتخاب شده‌اند با توجه به دیدگاه‌های فنی و علمی متفاوت ولی مکمل هم، ارزش تقدیر و تشکر را دارد.

**دکتر عباس زالی**

**معاون سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور و رئیس مرکز آمار ایران**

سپه‌ترین آرزوی بشر طولانی‌ترین عمر با سلامت کامل بوده است. در واقع عمر طولانی توأم با سلامتی، ناب‌ترین آرزوی بشری است، بخصوص وقتی که پهنه آن تا حد «عمر طولانی توأم با سلامتی و عزت» نیز گسترده شود، مفهوم سلامت اجتماعی (امنیت در همه عرصه‌ها) را نیز در بر می‌گیرد.

اساسی‌ترین هدف توسعه اجتماعی و اقتصادی چیزی جز «تأمین عمر طولانی توأم با سلامتی و عزت» برای آحاد مردم نمی‌تواند باشد. با پذیرش این رویکرد مهم که محتوای توسعه اجتماعی اقتصادی است، نگرش نسبت به کارکرد «توسعه» و مقوله «سلامتی» دگرگون می‌شود.

وقتی که از «سلامتی» سخن گفته می‌شود، دو مفهوم جداگانه یعنی؛ سطح سلامتی جامعه و توزیع سلامتی در جامعه باید مورد توجه قرار گیرد. توزیع ناهمگن سلامتی در جامعه مبین عدم حضور معنی‌دار «عدالت اجتماعی» است و همین عدم حضور عدالت اجتماعی در هسته اصلی «توسعه اجتماعی اقتصادی» خود منجر به ناهمگنی شدیدتر توزیع سلامتی و سپس کاهش سطح سلامتی می‌شود. عدالت اجتماعی، توسعه اجتماعی اقتصادی، سطح سلامتی و توزیع سلامتی، همگی چرخه‌ای را تشکیل می‌دهند که هم بر یکدیگر اثر هم‌افزایی و هم بر یکدیگر اثر کاهندگی دارند.

بخش بهداشت و درمان کشور نه تنها مسئولیت برنامه‌ریزی و تأثیرگذاری بر بخش‌های عمده‌ای از عملیات مرتبط با سلامتی جامعه را به عهده دارد، بلکه مشخصاً وظیفه ارائه خدمات بهداشتی درمانی را نیز به عهده دارد. در نتیجه نه تنها در قلمروی برنامه‌های پنج ساله توسعه اجتماعی موظف به سنجش عملکرد برنامه‌مزبور در قبال سطح و توزیع سلامتی جامعه و تعیین نقش هر یک از عوامل مؤثر بر این مقوله‌ها را به عهده دارد، بلکه هر یک از برنامه‌های گسترده خود را نیز در مقاطع تعیین شده نیز باید ارزشیابی نماید.

تأثیرپذیری سلامت از عوامل اجتماعی و اقتصادی و همچنین برنامه‌های بخش بهداشت و درمان تا بدان حد وسعت دارد که دامنه آن از برخی قلمروهای اختصاصی جمعیت‌شناسی گرفته تا زوایای پیچیده صنعتی، از گستره‌های کشاورزی سنتی تا پهنه وسیع تکنولوژی‌های مدرن را در بر دارد. بر همین اساس رشته‌های تخصصی متعدد و گوناگونی برای پژوهش در عرصه سلامتی پدیدار شده است که هر یک زبان، مفاهیم، تعاریف و روش‌های خاص خود را دارد. این قلمروها گستره‌ای از مردم‌شناسی پزشکی (Medical Antropology) تا پیچیده‌ترین روش‌های اپیدمیولوژی بالینی، از اقتصاد سلامت تا تخصص‌های اجتماعی خاص در فرایندهای تأثیر ریزمغذی‌ها بر سلامتی جامعه را می‌پوشاند. از آنجایی که هر یک از این قلمروهای تخصصی مقاصد خاص خود را دنبال می‌کنند، ناهمخوانی‌گریزناپذیر تعاریف،

مفاهیم، زبان و روش آنها به بیان‌های متفاوتی از ابعاد مختلف یک پدیده واحد منجر می‌شود و در مواردی نیز این ناهمخوانی‌ها به برداشت‌ها و تعبیر نادرست منجر می‌شود.

همسان‌سازی این نگرش‌های تخصصی در برخورد با یک پدیده واحد و یا ابعاد مختلف یک پدیده اجتماعی، خود توانمندی‌های کارشناسی خاص را می‌طلبد. بخصوص وقتی که بحث‌ها به قلمروهای گسترده اجتماعی و عوامل مؤثر بر آن نیز کشیده می‌شود، پیچیدگی‌ها افزایش می‌یابد. این قلمروهای گسترده اجتماعی موارد زیر را در بر دارد:

◆ عدالت اجتماعی در توزیع و بهره‌مندی از سلامتی

◆ تأثیرپذیری و تأثیرگذاری کارکردهای مختلف توسعه اجتماعی از سلامت و بر سلامت جامعه

◆ همخوانی دگرگونی سیمای سلامت جامعه و تغییر الگوی ابتلا و مرگ با تحولات جمعیت‌شناسی، جامعه‌شناسی و مردم‌شناسی در مناطق مختلف

◆ تأثیر تغییرات سطح سلامتی بر تحولات جمعیتی، تحولات اجتماعی اقتصادی، دگرگونی‌های روانشناختی

◆ و .....

همه این پیچیدگی‌ها ضرورت همفکری و مشارکت کارشناسان و متخصصین مختلف را در تبیین این پدیده‌ها الزام‌آور می‌سازد و ضرورت خروج از محدوده‌های تعریف شده سنتی گروهی و فردی اجباری می‌گردد. بر همین اساس وسعت نظر و دانش عمیق تصمیم‌سازان، سیاست‌پردازان و متکی نمودن سیاستگذاران بر نتایج فعالیت‌های کارشناسی الزامی شده است. آنچه این بستر مناسب را برای گسترده شدن و تعمیق دانش سیاست‌پردازان و تصمیم‌گیران فراهم می‌کند انجام همکاری‌های بین‌بخش‌ها و مطالعات مشترک است.

این نگرش پایه مشارکت طاقت‌فرسای کمیته فنی این تحقیق شد و محصول این مشارکت به پایان رساندن موفق این بررسی، و گشودن باب همکاری علمی اجرایی گروه‌های متفاوت و گاه متنافر کارشناسی و تخصصی در این کشور شد. آنچه که مهم است فقط نتایج تحقیق و نتایج تحلیل‌های عمیق‌تر از این داده‌ها نیست بلکه مهم این است که نشان داده شد که با همه ناهمخوانی تعاریف و مفاهیم می‌توان باز هم به نتیجه رسید.

دکتر محمد اسماعیل اکبری

معاون سلامت