

The Impact of Cultural Components and Social Justice on Health Policy in Post-Revolutionary Iran Based on Walzer's Theory of Justice and Douglas's Cultural Theory

Majid Jarahi^{*}, Reza Simbar^{}**

Arsalan Ghorbani Sheikhneshin^{*}, Garineh Keshishian Siraki^{****}**

Abstract

This research examines the impact of cultural components and social justice on health policy in Iran after the Islamic Revolution. The main research question is how the cultural components and social justice concepts explored in the theories of Douglas and Walzer have influenced health policy in post-revolutionary Iran. The central hypothesis posits that cultural components, including Islamic values and concepts of social justice, have directly contributed to the formation of health policies aimed at achieving equitable access and improving the health conditions of marginalized groups. The findings suggest that health policies in Iran after the revolution, influenced by Islamic culture and principles of social justice, have focused on improving access to healthcare services in deprived areas and expanding health infrastructure. Rural health networks and the Health Transformation Plan, as examples of policies based on social justice, have made significant achievements in reducing health inequalities. However, regional and class-based disparities remain

^{*} Phd Candidate in Department of Political Science, Political Sociology, Kish International Branch, Islamic Azad University, Kish Island, Iran, mjarahi60@gmail.com

^{**} Assistant Professor Department of Political Science, Kish International Branch, Islamic Azad University, Kish Island, Iran (Corresponding Author), simbar@guilan.ac.ir

^{***} Assistant Professor Department of Political Science, Kish International Branch, Islamic Azad University, Kish Island, Iran, arsalagh@yahoo.com

^{****} Associate Professor, Department of Political Science and International Relations, South Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran, G_keshishyan@azad.ac.ir

Date received: 09/10/2024, Date of acceptance: 28/11/2024



major challenges. The research method is qualitative, utilizing a documentary and library-based analysis approach.

Keywords: Justice, Culture, Health, Iran, Revolution, Insurance.

Introduction

Public health, as a key pillar of sustainable development and social well-being, has long been a central concern for policymakers and researchers. In Iran, following the 1979 Islamic Revolution, health policy has been profoundly shaped by cultural, social, and economic transformations. Cultural factors—encompassing values, beliefs, and social attitudes—play a decisive role in shaping the provision and accessibility of healthcare services. In a society with deep Islamic and cultural roots like Iran, these factors often serve as a foundation for health policy formulation. Equally important, social justice emphasizes equitable access to healthcare for all segments of society, recognizing that social and economic inequalities directly affect service quality and availability. In light of recent reforms, such as the Health Transformation Plan and the establishment of national healthcare networks, this study examines how cultural factors and social justice influence post-revolution health policymaking in Iran, aiming to identify challenges, opportunities, and pathways toward a more equitable and effective healthcare system.

Materials & Methods

This study examines the evolution of health policies in Iran post-Islamic Revolution, focusing on the structural transformations, programs implemented, and challenges faced in the healthcare sector. The research utilizes a mixed-methods approach, integrating quantitative data from reports and statistical analyses with qualitative data from scholarly articles, policy documents, and expert opinions. The materials include publications from the Ministry of Health, WHO reports, and academic sources, which provide both descriptive and analytical insights into the impacts of these policies. The methods used involve a historical and comparative analysis of the healthcare system in Iran, assessing the effects of key policies such as the establishment of health networks, the family physician program, and the development of telemedicine services. Additionally, the study investigates how the economic challenges and international sanctions have shaped healthcare access and quality.

Discussion & Results

Post-revolutionary Iran witnessed significant transformations in its healthcare system, marked by an emphasis on expanding access to health services, especially in rural and underserved areas. One of the main structural changes was the establishment of a nationwide healthcare network in 1984, based on the WHO's Primary Health Care model. This network helped significantly increase the coverage of primary healthcare services in remote areas, which became one of the most successful health policies in the country. By 2020, over 5,000 rural health centers were operational, serving around 22 million people. Despite its successes, the network faced challenges related to the quality of services, including shortages of medical professionals and adequate equipment, particularly in remote areas (Hamidzadeh et al., 2019).

Another critical policy, the Family Physician Program, was launched in 2015 to provide primary healthcare in rural and underserved areas. By 2020, approximately 75% of the population was covered by this program. While this program has been hailed as a key element in improving healthcare accessibility, it has faced structural and operational challenges, including a shortage of trained personnel, delayed payments for physicians, and a lack of efficient monitoring systems (Behzadifar et al., 2019). The quality of care has been compromised in some cases, particularly in remote regions where healthcare professionals are scarce.

The use of modern technologies, such as telemedicine, has been an important development in Iran's healthcare policy, especially in light of the COVID-19 pandemic. The introduction of online medical consultations and health applications has provided remote access to healthcare for many, particularly in underserved areas. Reports indicate that about 30% of patients utilized these services during the pandemic, reflecting a notable success (World Health Organization, 2021).

The study also highlights the impact of the economic challenges and international sanctions on Iran's healthcare system. Sanctions have led to shortages in medical supplies and equipment, further exacerbating the difficulties in providing quality healthcare. The reduction in health budgets, due to the decline in oil revenues, has directly affected the provision of services, particularly in poorer areas. Furthermore, the increasing costs of treatment, especially for chronic conditions, have restricted access to healthcare for low-income populations (Mohammadbeigi, 2013).

In addition to these structural changes, the Ministry of Health has placed significant emphasis on human resource training, particularly in rural areas. Educational programs for nurses and healthcare workers have led to a 30% reduction in medical errors and improved patient satisfaction (World Health Organization, 2018). However, challenges remain, particularly in ensuring the equitable distribution of skilled healthcare workers across the country.

Significant improvements in public health have been observed, such as the reduction in infant mortality rates and an increase in life expectancy. The infant mortality rate decreased from around 50 deaths per 1,000 live births in 1980 to approximately 10 per 1,000 in 2020. These improvements are attributed to the expansion of healthcare services, maternal and child health programs, and vaccination campaigns. Iran's vaccination program, in particular, has achieved high coverage, with over 95% of infants receiving full vaccinations, significantly reducing the incidence of infectious diseases (Ministry of Health, 2020).

Moreover, life expectancy in Iran has risen from about 55 years in 1979 to 77 years in 2021, reflecting the overall improvements in healthcare services, nutrition, and living standards (World Health Organization, 2020). However, disparities still exist in healthcare access, particularly between urban and rural areas, and significant gaps remain in terms of healthcare infrastructure and trained professionals in less developed regions.

Conclusion

In conclusion, the post-Islamic Revolution healthcare policies in Iran have made significant strides toward expanding healthcare access and improving public health outcomes, particularly in rural and marginalized areas. The establishment of the health network, the family physician program, and the integration of modern technologies like telemedicine have been central to these efforts. Despite these achievements, challenges such as insufficient healthcare resources, particularly in remote areas, shortages of medical professionals, and the adverse effects of international sanctions continue to impede the full realization of equitable healthcare for all.

The study underscores the importance of justice in health policy, particularly in terms of equitable access to healthcare services, which has been a central tenet of Iran's health policies post-revolution. However, regional and socio-economic disparities remain a significant challenge, necessitating ongoing efforts to improve

the quality of healthcare and ensure its distribution across all regions of the country. Additionally, the economic sanctions and budgetary constraints have impacted the healthcare system's ability to maintain its service quality, particularly in areas requiring specialized medical care and advanced medical equipment.

Finally, the research highlights the relevance of cultural values and social norms, especially Islamic principles, in shaping health policies in Iran. The emphasis on social justice and cultural compatibility in policy-making has influenced both the design and implementation of health interventions. The future success of Iran's health system will depend on addressing these systemic challenges while continuing to emphasize equity and access in the face of evolving economic and geopolitical obstacles.

Bibliography

- Ahadinezhad B, Maleki A, Amerzadeh M, Mohtashamzadeh B, Safdari M, Khosravizadeh O. Socioeconomic Inequalities in Cancer Incidence: A Comparative Investigation Based on Population of Iranian Provinces. *Curr Health Sci J*. 2023 Jan-Mar; 49(1):85-95.
- Doshmangir L, Shirjang A, Assan A, Gordeev VS. Iranian primary health care network: challenges and ways forward. *Prim Health Care Res Dev*. 2023 Jan 9; 24:e1.
- Douglas, M. (1982). *In the Active Voice*. London: Routledge
- Douglas, M. (1996). *Thought Styles: Critical Essays on Good Taste*. SAGE.
- Douglas, M. (2021). *Purity and danger* (L. Ardabili, Trans.). Tehran: Logos Publishing. [In Persian]
- Duncan, G. J., & Murnane, R. J. (2011). *Whither Opportunity? Rising Inequality, Schools, and Children's Life Chances*. Russell Sage Foundation.
- Ebrahimi, S. A., Farhadinejad, M., & Baki Hashemi, S. M. M. (2020). Policy analysis in the health system based on the advocacy coalition framework model: A case study of the health system transformation plan. *Strategic Studies Quarterly*, 23(2), 95-112. [In Persian]
- Etemad K, Yavari P, Mehrabi Y, Haghdooost A, Motlagh ME, Kabir MJ, Jafari N. Inequality in Utilization of In-patients Health Services in Iran. *Int J Prev Med*. 2015 Jun 4; 6:45.
- Fani Khiyavi, R., & Mousavi, S. A. (2021). *Health system transformation plan: Challenges and opportunities*. Tehran: Gildad Publishing. [In Persian]
- Geertz, C. (1973). *The Interpretation of Cultures*. Basic Books.
- Goudarzi S, Kameli ME, Hatami H. Improvement in health indicators of islamic republic of iran in the years 2004 and 2008. *Iran Red Crescent Med J*. 2011 Aug; 13(8):574-7.
- Khalilian, A., Gholami, K., & Mohammadi, M. (2019). Health Equity in Iran: Challenges and Solutions. *Health Policy*, 123(1), 15-24.

- Maqsoodian, P. (2015). *Challenges in implementing the health system transformation plan in outsourced health service units affiliated with Shiraz University of Medical Sciences in 2015* (Master's thesis). Islamic Azad University, Marvdasht, Faculty of Basic Sciences, Department of Healthcare Services Management. [In Persian]
- Marmot, M., & Wilkinson, R. G. (2006). *Social Determinants of Health*. Oxford University Press.
- Mehryar, A. H., Aghajanian, A., & Ahmad-Nia, S. (2000). Primary health care and the rural poor in the Islamic Republic of Iran. *Public Health Nutrition*, 3(1), 49-55.
- Miller, D. (1999). *Principles of Social Justice*. Harvard University Press.
- Ministry of Health, Treatment, and Medical Education. (2021). *Statistics of general practitioners and specialists in Iran*. Retrieved from www.behdasht.gov.ir [In Persian]
- Mohammadbeigi, A., Hassanzadeh, J., Eshrati, B., & Rezaianzadeh, A. (2013). Socioeconomic inequity in health care utilization, Iran. *Journal of Epidemiology and Global Health*, 3(3), 139–146.
- Moradi-Lakeh, M., et al. (2014). Health System Performance in Iran: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 381(9877), 1426-1437.
- Nabi Lou, B., Salem Safi, P., & Yousefzadeh Hasan, Y. (2016). Evaluation of the performance of the health system transformation plan in hospitals under the supervision of West Azerbaijan University of Medical Sciences. *Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty*, 14(11), 896-905. [In Persian]
- Naghdi S, Moradi T, Tavangar F, Bahrami G, Shahboulaghi M, Ghiasvand H. The Barriers to Achieve Financial Protection in Iranian Health System: A Qualitative Study in a Developing Country. *Ethiop J Health Sci*. 2017 Sep;27(5):491-500.
- Nezamoleslami D, Mohamadi E, Larijani B, Olyaeemanesh A, Ebrahimi Tavani M, Rashidpouraie R, Bathaei FS. Barriers of health equity in the Iranian health system from the medical ethics viewpoint. *J Med Ethics Hist Med*. 2022 Dec 28; 15:14.
- Nikrovan, A. (2014). *Assessment of equity in Iran's health system* (Doctoral dissertation). Tarbiat Modares University, Faculty of Management and Economics. [In Persian]
- Rezaei, N., Moghaddam, S.S., Farzadfar, F. et al. Social determinants of health inequity in Iran: a narrative review. *J Diabetes Metab Disord* 22, 5–12 (2023).
- Roth, G. A., Abate, D., Abate, K. H., Abay, S. M., Abbafati, C., Abbasi, N., ... Abdelalim, A. (2018). Global, regional, and national age-sex-specific mortality for 282 causes of death in 195 countries and territories, 1980–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, 392(10159), 1736–1788.
- Rouhani MH, Azadbakht L. Is Ramadan fasting related to health outcomes? A review on the related evidence. *J Res Med Sci*. 2014 Oct; 19(10):987-92.
- Ruger, J. P. (2006). Health and social justice. *The Lancet*, 368(9548), 23-2.
- Sen, A. (1999). *Development as Freedom*. New York: Alfred A. Knopf.

433 Abstract

Soltani S, Takian A, Akbari Sari A, Majdzadeh R, Kamali M. Cultural barriers in access to healthcare services for people with disability in Iran: A qualitative study. *Med J Islam Repub Iran*. 2017 Sep 3; 31:51.

Walzer, M. (2023). *Spheres of justice* (S. Najafi, Trans.). Tehran: Nashr-e Sales. [In Persian]





پروہشگاہ علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

تأثیر مولفه‌های فرهنگی و عدالت اجتماعی بر سیاست‌گذاری سلامت در ایران پس از انقلاب براساس تئوری عدالت والزر و نظریه فرهنگی داگلاس

مجید جراحی*

رضا سیمبر**، ارسلان قربانی شیخ نشین***، گارینه کشیشیان****

چکیده

این پژوهش به بررسی تأثیر مولفه‌های فرهنگی و عدالت اجتماعی بر سیاست‌گذاری سلامت در ایران پس از انقلاب اسلامی می‌پردازد. سؤال اصلی تحقیق این است که مولفه‌های فرهنگی و عدالت اجتماعی مورد بررسی در نظریه داگلاس و والزر چگونه بر سیاست‌گذاری سلامت در ایران پس از انقلاب تأثیر گذاشته‌اند؟ فرضیه اصلی بیان می‌کند که مولفه‌های فرهنگی از جمله ارزش‌های اسلامی و مفاهیم عدالت اجتماعی به طور مستقیم موجب شکل‌گیری سیاست‌های سلامت در راستای دسترسی عادلانه و بهبود وضعیت بهداشتی گروه‌های کم‌برخوردار شده‌اند. یافته‌ها نشان می‌دهد که سیاست‌های سلامت در ایران پس از انقلاب با تأثیرپذیری از فرهنگ اسلامی و اصول عدالت اجتماعی بر بهبود دسترسی به خدمات بهداشتی در مناطق محروم و گسترش زیرساخت‌های

* دانشجوی دکتری گروه علوم سیاسی، گرایش جامعه‌شناسی سیاسی، واحد بین‌المللی کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، جزیره کیش، ایران، mjarahi60@gmail.com

** استادیار گروه علوم سیاسی، واحد بین‌المللی کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، جزیره کیش، ایران (نویسنده مسئول)، simbar@guilan.ac.ir

*** استادیار گروه علوم سیاسی، واحد بین‌المللی کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، جزیره کیش، ایران، arsalangh@yahoo.com

**** دانشیار گروه علوم سیاسی و روابط بین‌الملل، واحد تهران جنوب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران، G_keshishyan@azad.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۷/۱۸، تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۹/۰۸



بهداشتی تمرکز داشته است. شبکه بهداشت روستایی و طرح تحول سلامت به عنوان نمونه‌هایی از سیاست‌های مبتنی بر عدالت اجتماعی، توانستند دستاوردهای قابل توجهی در کاهش نابرابری‌های بهداشتی ایجاد کنند. با این حال، نابرابری‌های منطقه‌ای و طبقاتی همچنان به عنوان چالش‌های اصلی باقی مانده‌اند. روش تحقیق به صورت کیفی و با استفاده از رویکرد تحلیل اسنادی و کتابخانه‌ای انجام شده است.

کلیدواژه‌ها: عدالت، فرهنگ، سلامت، ایران، انقلاب، بیمه.

۱. مقدمه

سلامت عمومی به عنوان یکی از مهم‌ترین مؤلفه‌های توسعه پایدار و رفاه اجتماعی، همواره مورد توجه سیاست‌گذاران و محققان قرار داشته است. در ایران، پس از انقلاب اسلامی ۱۹۷۹، سیاست‌گذاری سلامت به طور قابل توجهی تحت تأثیر تغییرات فرهنگی، اجتماعی، و اقتصادی قرار گرفت. در این زمینه، مؤلفه‌های فرهنگی و عدالت اجتماعی به عنوان دو عامل کلیدی در تعیین جهت‌گیری و ساختار سیاست‌های بهداشتی کشور شناخته می‌شوند. مؤلفه‌های فرهنگی، شامل ارزش‌ها، باورها، و نگرش‌های اجتماعی، نقش حیاتی در تعیین چگونگی ارائه و دسترسی به خدمات بهداشتی ایفا می‌کنند. به‌ویژه در جامعه‌ای مانند ایران، که دارای تاریخی غنی از ارزش‌های اسلامی و فرهنگی است، این مؤلفه‌ها می‌توانند به عنوان مبنای اصلی در شکل‌گیری سیاست‌های سلامت عمل کنند. بر اساس مطالعات، تأثیر فرهنگ بر سلامت به عنوان یک عامل تعیین‌کننده در دسترسی به خدمات بهداشتی و کیفیت آن‌ها شناخته شده است. از طرف دیگر، عدالت اجتماعی، به عنوان یک اصل کلیدی در سیاست‌گذاری‌های عمومی، بر ضرورت تأمین دسترسی عادلانه به خدمات بهداشتی و درمانی برای تمامی اقشار جامعه تأکید دارد. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که نابرابری‌های اجتماعی و اقتصادی می‌توانند به طور مستقیم بر کیفیت و دسترسی به خدمات بهداشتی تأثیر بگذارند (Ruger, 2006). با توجه به تحولات اخیر در نظام سلامت ایران، از جمله اجرای طرح تحول سلامت و تأسیس شبکه بهداشت و درمان، بررسی تأثیر این مؤلفه‌ها بر سیاست‌گذاری‌های سلامت از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. این تحقیق بر آن است تا با تحلیل تأثیر مؤلفه‌های فرهنگی و عدالت اجتماعی بر سیاست‌گذاری سلامت در ایران پس از انقلاب، به درک بهتری از چالش‌ها و فرصت‌های موجود در این حوزه دست یابد و همچنین به بررسی این نکته بپردازد که چگونه می‌توان با استفاده از این مؤلفه‌ها، نظام

سلامت را به سمت کارایی و عدالت بیشتر هدایت کرد. از این‌رو، هدف این پژوهش بررسی تأثیر مؤلفه‌های فرهنگی و عدالت اجتماعی بر سیاست‌گذاری سلامت در ایران پس از انقلاب اسلامی است و تلاش خواهد شد تا نتایج به‌دست‌آمده به‌عنوان مبنایی برای ارائه پیشنهادات سیاستی و بهبود نظام سلامت در کشور مورد استفاده قرار گیرد.

۲. پیشینه پژوهش

مقصودیان (۱۳۹۵) معتقد است اصلاحات نظام سلامت در کشورهای در حال توسعه عموماً حول محورهای شیوه تامین مالی خدمات سلامت، تخصیص منابع در کل نظام سلامت، نحوه ارائه خدمات و عدالت بوده که در همه این موارد، بخش غیر دولتی می‌تواند از طریق مشارکت بخش دولتی و خصوصی به عنوان یک بازوی اجرایی قوی ایفای نقش نماید. روش بررسی: این مطالعه، یک مطالعه کیفی بود که داده‌های آن از بررسی اسناد (اسناد مناقصه/مزایده و قراردادهای واحدهای تابعه دانشگاه علوم پزشکی شیراز و همچنین مشاهده و مصاحبه با ۱۵ نفر افراد مطلع اعم از کارشناسان و مدیران ستادی، مدیران بیمارستانها و پیمانکاران به دست آمده است. داده‌ها از روش کیفی "تحلیل چارچوب" جمع‌بندی و تحلیل گردید.

نبی‌لو و همکاران (۱۳۹۵) معتقدند بررسی عملکرد و کارایی به عنوان یکی از عوامل مؤثر بر بررسی کارآمدی طرح تحول نظام سلامت میتواند به سیاستگذاران و مدیران اجرایی کمک کند تا نقاط قوت و ضعف آن را بهتر شناخته و در جهت بهبود آن تلاش کنند. لذا پژوهش آنها باهدف مقایسه عملکرد بیمارستانهای تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، قبل و بعد از استقرار طرح تحول اجرا گردید. یافته‌های تحقیق نشان دهنده بهبود عملکرد در اثر اجرای طرح تحول نظام سلامت است. قبل از استقرار طرح ۲۱.۷۴ درصد از بیمارستانها به صورت غیرکارا فعالیت نموده‌اند؛ درحالی‌که بعد از اجرای طرح، این میزان به ۸.۷۰ درصد کاهش یافته است. ضمناً پس از اجرای طرح تحول سلامت، عملکرد برخی بیمارستانها کاهش یافته بود.

فانی خیروی و موسوی (۱۴۰۰)، در کتابی با عنوان « طرح تحول نظام سلامت: چالش‌ها و فرصت‌ها» به بررسی چالش‌های طرح تحول نظام سلامت در ایران پرداخته‌اند و بیان میکنند که طرح تحول نظام سلامت طرحی برای بهبود سیستم‌های سلامت ایران است که از سال ۱۳۹۳ در دولت یازدهم جمهوری اسلامی ایران در بیمارستان‌های وزارت بهداشت آغاز به کار کرده است موجب تحول در نظام سلامت شده که سه رویکرد کلان را

در پی داشته است که عبارت از «حفاظت مالی از مردم»، «ایجاد عدالت در دسترسی به خدمات سلامت»، و همچنین «ارتقای کیفیت خدمات» که نویسندگان هر یک از این سه مورد را به طور مفصل واکاوی کرده و به بحث و بررسی گذاشته اند.

ابراهیمی و همکاران (۱۳۹۹)، در مقاله ای با عنوان «تحلیل خط مشی گذاری در نظام سلامت بر اساس الگوی چارچوب ائتلاف مدافع: مطالعه مورد طرح تحول نظام سلامت» به مطالعه چگونگی شکل گیری طرح تحول نظام سلامت در ایران پرداخته، «مدافع: مطالعه موردی طرح تحول نظام سلامت است و بیان میکند که دغدغه تأمین مالی پایدار این طرح همچنان وجود دارد و نارضایتی گروههای ذینفع برطرف نشده باشد و پژوهشهای معتبر برای ادامه اجرای طرح تحول، بر لزوم بررسی مجدد آن تأکید داشته باشند. این پژوهش بیان می کند که با توجه به اینکه تاکنون مطالعات کمتری به بحث چگونگی شکلگیری طرح تحول پرداختهاند و تقریباً در هیچ مطالعه ای چارچوب نظام خط مشی گذاری این طرح بررسی و تحلیل نشده است.

نیک روان، (۱۳۹۳)، در رساله دکتری خود با عنوان «ارزیابی عدالت در نظام سلامت ایران» به مطالعه نظام سلامت ایران با سه هدف اصلی الف) برآورد عوامل موثر بر نابرابری در پرداخت از جیب؛ ب) اندازه گیری بی عدالتی در تأمین مالی و ج) اندازه گیری بی عدالتی در بهره مندی از خدمات سلامت پرداخته است. نتایج این مطالعه نشان میدهد که در اوایل و اواخر دهه هشتاد بی عدالتی در بهره مندی از خدمات سلامت به نفع ثروتمندان وجود داشته است و درآمد بالا و شهرنشینی دو علت اصلی بی عدالتی بوده اند. همچنین با وجود توزیع تقریباً متناسب پوشش بیمه بین تمام گروه های درآمدی، داشتن بیمه نقش چندانی در رفع بی عدالتی در استفاده از خدمات سلامت نداشته است.

مرادی و همکاران (۲۰۱۴) در «عملکرد نظام سلامت در ایران: تحلیلی نظام مند برای مطالعه جهانی بار بیماری ها در سال ۲۰۱۰» سعی دارد به این سؤال پاسخ دهد که چگونه سیستم بهداشتی ایران در مقابله با بیماری ها و افزایش طول عمر، به ویژه در سال ۲۰۱۰، عمل کرده است. محققان فرض کرده اند که سیستم سلامت ایران به دلیل برنامه های گسترده دولتی و اصلاحات در حوزه بهداشت و درمان، توانسته است بهبودهایی در حوزه کاهش مرگومیر و افزایش امید به زندگی داشته باشد. این مطالعه نشان می دهد که ایران طی دو دهه گذشته به پیشرفت های قابل توجهی در زمینه سلامت عمومی دست یافته است. با این

حال، برای مقابله با چالش‌های جدید مانند افزایش بیماری‌های غیرواگیر، نیاز به تدوین و اجرای سیاست‌های جدید است.

احمدنیا و همکاران (۲۰۰۰) در «مراقبت‌های بهداشتی اولیه و فقرا در مناطق روستایی جمهوری اسلامی ایران» به بررسی اجرای برنامه‌های مراقبت‌های بهداشتی اولیه در مناطق روستایی ایران و تأثیر آن‌ها بر بهبود سلامت فقرا می‌پردازد. مقاله بر اساس سیاست‌های بهداشتی پس از انقلاب اسلامی که تمرکز ویژه‌ای بر دسترسی به خدمات بهداشتی اولیه در مناطق محروم و روستایی داشته، به تحلیل وضعیت خدمات و نتایج آن در این مناطق پرداخته است. یافته‌ها نشان می‌دهد که برنامه مراقبت‌های بهداشتی اولیه پس از انقلاب اسلامی نقش مهمی در بهبود سلامت عمومی، به ویژه در مناطق روستایی داشته است.

۳. چارچوب مفهومی

در بررسی تأثیر مولفه‌های فرهنگی و عدالت اجتماعی بر سیاست‌گذاری سلامت در ایران پس از انقلاب، استفاده از چارچوب نظری مناسب می‌تواند به درک بهتر این روابط پیچیده کمک کند. دو نظریه مهم در این زمینه نظریه عدالت خدمات بهداشتی مایکل والزر و نظریه فرهنگی هستند. نظریه والزر بر عدالت توزیعی و نیازهای خاص افراد در زمینه خدمات بهداشتی تأکید دارد. نظریه فرهنگی نیز به تأثیر فرهنگ بر رفتارها و تصمیمات اجتماعی می‌پردازد. با توجه به این دو نظریه، تحقیق حاضر به بررسی چگونگی تعامل مولفه‌های فرهنگی و عدالت اجتماعی در بررسی سیاست‌گذاری سلامت در ایران می‌پردازد.

۱.۳. نظریه عدالت خدمات بهداشتی مایکل والزر

عدالت اجتماعی یکی از مفاهیم پیچیده و مهم در فلسفه سیاسی، اخلاق، و سیاست‌گذاری عمومی است که به چگونگی توزیع منابع، فرصت‌ها، و حقوق در یک جامعه توجه دارد. عدالت اجتماعی به اصول و ارزش‌هایی اشاره دارد که به نحوه سازمان‌دهی یک جامعه بر مبنای برابری، حقوق بشر، و توزیع عادلانه منابع توجه می‌کند (Sen, 1999). هدف عدالت اجتماعی ایجاد جامعه‌ای است که در آن افراد، فارغ از موقعیت اجتماعی، اقتصادی، و نژادی خود، به فرصت‌های برابر دسترسی داشته باشند. از دیدگاه عدالت اجتماعی، نابرابری‌های موجود در جوامع باید از طریق توزیع عادلانه منابع، به ویژه منابع اقتصادی و اجتماعی، به حداقل برسد. عدالت اجتماعی به شکل گسترده‌ای بر همبستگی اجتماعی و رفع

نابرابری‌های ساختاری تأکید دارد و هدف آن ایجاد یک نظام اجتماعی عادلانه و مبتنی بر کرامت انسانی است (Miller, 1999). نظریه عدالت مایکل والزر (Michael Walzer) به‌عنوان یکی از رویکردهای مهم در نظریه‌های عدالت اجتماعی شناخته می‌شود. والزر در اثر مشهور خود با عنوان «حوزه‌های عدالت» به تحلیل مفهوم عدالت و توزیع منابع در جوامع مختلف می‌پردازد. در ادامه، به بررسی اصول کلیدی نظریه والزر و تحلیل آن با ارجاع به منابع معتبر خواهیم پرداخت.

۱.۱.۳ حوزه‌های مختلف عدالت

والزر در نظریه خود، شش حوزه اصلی را شناسایی می‌کند که در آن‌ها عدالت باید به‌طور خاص مورد توجه قرار گیرد: ثروت، قدرت، معرفت، آموزش، فرهنگ و خدمات بهداشتی (والزر، ۱۴۰۲). عدالت در ارائه خدمات بهداشتی یکی دیگر از حوزه‌های کلیدی است که والزر بر آن تأکید دارد. او معتقد است که خدمات بهداشتی باید بر اساس نیازهای جامعه و بدون تبعیض ارائه شود.

۲.۱.۳ خدمات بهداشتی در متن تئوری عدالت والزر

خدمات بهداشتی به‌عنوان یکی از اجزای کلیدی عدالت اجتماعی در نظریه مایکل والزر، مورد توجه ویژه‌ای قرار دارد. والزر تأکید می‌کند که دسترسی به خدمات بهداشتی باید به‌گونه‌ای انجام شود که نابرابری‌های اجتماعی کاهش یابد و تمامی افراد، صرف‌نظر از وضعیت اقتصادی و اجتماعی خود، از این خدمات بهره‌مند شوند (والزر، ۱۴۰۲: ۱۹). این موضوع نه تنها به بهبود سلامت عمومی کمک می‌کند بلکه به تحقق عدالت اجتماعی نیز می‌انجامد. کینگ به بررسی پیش‌نیازهای تحقق عدالت بهداشتی در نظریه والزر می‌پردازد و تأکید می‌کند که توزیع عادلانه منابع بهداشتی و خدمات باید در اولویت قرار گیرد. او به‌ویژه بر اهمیت تأمین منابع مالی و انسانی در نظام بهداشتی تأکید می‌کند و می‌گوید که بدون تأمین این پیش‌نیازها، دستیابی به عدالت در خدمات بهداشتی ممکن نخواهد بود.

- توزیع عادلانه خدمات بهداشتی

والزر بیان می‌کند که توزیع خدمات بهداشتی باید بر اساس نیازها و شرایط خاص هر گروه اجتماعی انجام شود. او تأکید می‌کند که اگر این خدمات به‌صورت نابرابر توزیع شوند،

نابرابری‌های بهداشتی و اجتماعی افزایش خواهد یافت (والزر، ۱۴۰۲: ۳۴). این دیدگاه نشان‌دهنده آن است که نظام‌های بهداشتی باید به گونه‌ای طراحی شوند که به نیازهای اقشار مختلف جامعه پاسخ دهند. توزیع نابرابر خدمات بهداشتی می‌تواند منجر به نابرابری‌های جدی در نتایج بهداشتی شود. به عنوان مثال، جوامعی که خدمات بهداشتی را به صورت عادلانه توزیع نمی‌کنند، معمولاً با افزایش نرخ بیماری‌ها، مرگ و میر و کاهش کیفیت زندگی مواجه‌اند (Marmot, 2005, p. 1100). به همین دلیل، تأمین نظام‌های بهداشتی عادلانه که به نیازهای همه اقشار اجتماعی پاسخ دهد، امری ضروری است. دانیل موریس در مطالعه خود به این نکته اشاره می‌کند که والزر مفهوم عدالت را به عنوان یک سیستم چندگانه در نظر می‌گیرد. او بر این باور است که برای تحقق عدالت در خدمات بهداشتی، باید توجه ویژه‌ای به تعادل بین نیازهای مختلف اجتماعی و کیفیت خدمات داشته باشیم. موریس تأکید می‌کند که این تعادل می‌تواند منجر به ارتقای سلامت عمومی و بهبود دسترسی به خدمات بهداشتی برای گروه‌های آسیب‌پذیر شود. بنابراین، بر اساس نظریه والزر، توزیع عادلانه خدمات بهداشتی یک هدف اساسی برای ایجاد جوامع سالم‌تر و پایدارتر است. دستیابی به این هدف نیازمند توجه به نیازهای خاص افراد و همکاری همه ذینفعان است. با توزیع عادلانه خدمات بهداشتی، می‌توان به بهبود کیفیت زندگی، کاهش نابرابری‌ها و ارتقای عدالت اجتماعی دست یافت، و این امر به طور کلی به سلامت و توسعه پایدار جامعه کمک خواهد کرد.

- دسترسی به خدمات بهداشتی

والزر بر اهمیت دسترسی همگانی به خدمات بهداشتی تأکید می‌کند و بیان می‌کند که این دسترسی نباید محدود به افرادی با ثروت و منابع مالی باشد. او می‌گوید که باید تلاش شود تا افراد کم‌درآمد نیز به خدمات بهداشتی باکیفیت دسترسی داشته باشند (والزر، ۱۴۰۲: ۴۱). به طور کلی، دسترسی به خدمات بهداشتی یک موضوع پیچیده و چندوجهی است که به عوامل اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و سیاسی وابسته است. دستیابی به عدالت در دسترسی به خدمات بهداشتی نیازمند همکاری میان دولت‌ها، نهادهای غیردولتی و جامعه است.

- کیفیت خدمات بهداشتی

والزر معتقد است که کیفیت خدمات بهداشتی باید در کنار دسترسی به این خدمات مورد توجه قرار گیرد. او بر این باور است که ارائه خدمات بهداشتی با کیفیت بالا برای همه افراد جامعه یک ضرورت است. (والزر، ۱۴۰۲: ۵۶) کیفیت خدمات بهداشتی می‌تواند تأثیر مستقیم بر نتایج بهداشتی افراد داشته باشد. به عنوان مثال، بررسی‌ها نشان می‌دهند که خدمات بهداشتی با کیفیت بالا به کاهش نرخ مرگ و میر و بیماری‌های مزمن کمک می‌کند. (Marmot, 2005, p. 1101) بنابراین، تأمین کیفیت خدمات بهداشتی باید به عنوان یک هدف کلیدی در سیاست‌گذاری‌های بهداشتی مدنظر قرار گیرد.

- توجه به نیازهای خاص گروه‌های مختلف

والزر تأکید می‌کند که خدمات بهداشتی باید به نیازهای خاص هر گروه اجتماعی توجه داشته باشند. او بر این باور است که سیاست‌گذاری‌های بهداشتی باید به گونه‌ای طراحی شوند که نیازهای خاص اقشار مختلف جامعه را در نظر بگیرند (والزر، ۱۴۰۲: ۶۶). توجه به نیازهای خاص گروه‌های مختلف می‌تواند به بهبود نتایج بهداشتی در جامعه منجر شود. به عنوان مثال، اقشار مختلف جامعه ممکن است نیازهای متفاوتی از خدمات بهداشتی داشته باشند و عدم توجه به این نیازها می‌تواند به بروز نابرابری‌های جدی منجر شود. (Duncan & Murmane, 2011, p. 15) بنابراین، سیاست‌گذاران باید به دنبال طراحی نظام‌هایی باشند که به نیازهای خاص هر گروه توجه داشته باشند و خدمات بهداشتی را بر اساس این نیازها ارائه دهند. لورنزو ریوز در نقد و بررسی نظریه والزر بر نقش و اهمیت سیاست‌های عمومی در تحقق عدالت بهداشتی تأکید می‌کند. او می‌گوید که سیاست‌گذاران باید نیازهای خاص گروه‌های آسیب‌پذیر را در نظر بگیرند و سیاست‌هایی طراحی کنند که به طور خاص به این گروه‌ها خدمات ارائه دهد. ریوز بر این باور است که این رویکرد می‌تواند به کاهش نابرابری‌ها در دسترسی به خدمات بهداشتی و بهبود وضعیت سلامت عمومی کمک کند. (Rezaei et al, 2023: 5-8) در نهایت، تحلیل ریوز بر این نکته تأکید می‌کند که سیاست‌گذاری عمومی باید به طور خاص به نیازهای گروه‌های آسیب‌پذیر توجه کند تا بتواند به عدالت بهداشتی دست یابد. او بر این باور است که بدون توجه به این نیازها، نابرابری‌ها در سلامت ادامه خواهد یافت و گروه‌های آسیب‌پذیر به طور مستمر از دسترسی به خدمات بهداشتی محروم خواهند ماند.

۲.۳ نظریه فرهنگی مری داگلاس

نظریه فرهنگی به‌عنوان یک رویکرد نظری در علوم اجتماعی، تأثیرات و نقش فرهنگ را در شکل‌دهی رفتارها، هنجارها و ارزش‌های اجتماعی بررسی می‌کند. این نظریه از اهمیت ویژه‌ای در تحلیل پدیده‌های اجتماعی و سیاستگذاری برخوردار است، به‌ویژه در حوزه‌های مرتبط با بهداشت و سلامت، که در آن‌ها مولفه‌های فرهنگی به‌عنوان عوامل مؤثر بر دسترسی، توزیع و کیفیت خدمات بهداشتی شناخته می‌شوند. نظریه فرهنگی بر این باور است که فرهنگ به‌عنوان یک سیستم نمادین، هنجارها و رفتارهای فردی و جمعی را شکل می‌دهد. این سیستم نمادین به‌واسطه عوامل مختلفی از جمله تاریخ، جغرافیا و تجربه‌های اجتماعی به وجود می‌آید و می‌تواند بر فرآیندهای اجتماعی تأثیر بگذارد (Douglas, 1982:4). این نظریه به‌ویژه در تحلیل رفتارهای مرتبط با سلامت و بهداشت مورد استفاده قرار می‌گیرد، زیرا فرهنگ می‌تواند بر تصمیمات افراد در خصوص استفاده از خدمات بهداشتی، رفتارهای پیشگیرانه و مدیریت بیماری تأثیر بگذارد.

۱.۲.۳ عاریف و اصول اصلی نظریه فرهنگی

در قلب نظریه فرهنگی، این ایده نهفته است که افراد، تصمیمات خود را نه فقط بر اساس منطق فردی، بلکه در چارچوب فرهنگ‌ها و ارزش‌های اجتماعی که به آن‌ها تعلق دارند، اتخاذ می‌کنند. مری داگلاس در آثار خود مانند "نظریه فرهنگی: خطر و بی‌نظمی" (Cultural Theory: Risk and Blame) استدلال می‌کند که افراد بر اساس شبکه‌های اجتماعی خود به الگوهای معینی از تفکر و عمل شکل می‌دهند به عبارت دیگر، فرهنگ به‌عنوان یک نیروی جمعی، بر نحوه ارزیابی ریسک‌ها، تفکر درباره جهان و رفتارهای اجتماعی تأثیر می‌گذارد. داگلاس در نظریه فرهنگی خود، به نقش فرهنگ در شکل‌دهی به رفتارها و هنجارهای اجتماعی تأکید دارد. او بر این باور است که فرهنگ می‌تواند به‌عنوان یک سیستم طبقه‌بندی عمل کند که به افراد کمک می‌کند تا دنیای خود را درک کنند و رفتارهای خود را بر اساس هنجارهای اجتماعی تنظیم کنند (Douglas, 1982: 44). داگلاس همچنین به بررسی ساختار اجتماعی و چگونگی تأثیر آن بر بهداشت و سلامت می‌پردازد. او می‌گوید که در جوامع مختلف، هنجارهای فرهنگی می‌توانند نحوه دسترسی به خدمات بهداشتی و همچنین رفتارهای پیشگیرانه را تعیین کنند. به‌عنوان مثال، در جوامع با هنجارهای جمع‌گرایانه، افراد ممکن است بیشتر به دنبال درمان‌های اجتماعی و گروهی باشند تا

درمان‌های فردی (Douglas, 1982: 108). مهمترین جنبه‌های کلیدی نظریه داگلاس عبارتند از:

۲.۲.۳ ساختار اجتماعی و فرهنگی

داگلاس در نظریه خود بر اهمیت ساختارهای اجتماعی و فرهنگی در شکل‌گیری رفتارهای فردی و جمعی تأکید می‌کند. او استدلال می‌کند که چگونه افراد و جوامع به‌واسطه فرهنگ و هنجارهای اجتماعی خود سازماندهی می‌شوند (داگلاس، ۱۴۰۰: ۳۰). داگلاس به‌طور خاص بر نقش ساختار اجتماعی در شکل‌دهی به هنجارها و ارزش‌های فرهنگی تأکید می‌کند. او در کتاب خود، پاک‌ی و خطر استدلال می‌کند که هنجارهای اجتماعی و فرهنگی بر اساس تجربه‌های تاریخی و اجتماعی یک جامعه شکل می‌گیرند و این هنجارها می‌توانند رفتارها و انتخاب‌های افراد را تحت تأثیر قرار دهند. از دیدگاه داگلاس، طبقات اجتماعی و ساختارهای قدرت نقش مهمی در تعیین هنجارها و ارزش‌ها دارند. به‌عنوان مثال، افراد در طبقات اجتماعی مختلف ممکن است به هنجارهای متفاوتی پایبند باشند که بر انتخاب‌های بهداشتی و درمانی آن‌ها تأثیر می‌گذارد (داگلاس، ۱۴۰۰: ۵۴). این تفاوت‌ها می‌توانند منجر به نابرابری‌های بهداشتی و درمانی در جامعه شوند.

این نظریه پرداز همچنین به بررسی تأثیر فرهنگ بر رفتارهای اجتماعی و سیاست‌گذاریها می‌پردازد. او بر این باور است که فرهنگ به‌عنوان یک سیستم از هنجارها، ارزش‌ها و باورها می‌تواند رفتارها و تصمیم‌گیری‌های فردی و جمعی را شکل دهد. این نکته به‌ویژه در سیاست‌گذاری‌های بهداشتی و درمانی حائز اهمیت است. هنجارها و ارزش‌های فرهنگی می‌توانند بر شکل‌دهی به سیاست‌های بهداشتی تأثیرگذار باشند. به‌عنوان مثال، در جوامع با فرهنگ مذهبی قوی، سیاست‌های سلامت ممکن است تحت تأثیر اصول دینی قرار بگیرند. این امر می‌تواند باعث شود که برخی از خدمات بهداشتی، مانند درمان‌های خاص، به‌دلیل عدم تطابق با هنجارهای فرهنگی، پذیرفته نشوند (Douglas, 1996: 72). داگلاس در تحلیل‌های خود به تأثیر فرهنگ بر تصمیم‌گیری‌ها اشاره می‌کند. او معتقد است که افراد تصمیم‌های خود را بر اساس هنجارهای فرهنگی و ارزش‌های اجتماعی اتخاذ می‌کنند، و این تصمیم‌ها می‌تواند تأثیرات عمیقی بر سیاست‌گذاری‌های بهداشتی داشته باشد (Douglas, 1996: 150).

در نهایت، نظریه ماری داگلاس به‌خوبی نشان می‌دهد که ساختار اجتماعی و فرهنگی چگونه می‌تواند بر سیاستگذاری‌های بهداشتی تأثیر بگذارد. به‌ویژه در جوامعی مانند ایران که تنوع فرهنگی و مذهبی بالایی وجود دارد، درک این ساختارها برای طراحی سیاست‌های مؤثر و پاسخگو به نیازهای جامعه ضروری است.

۴. سیاست‌های سلامت در ایران پس از انقلاب

بررسی سیاست‌های سلامت در ایران پس از انقلاب اسلامی نیازمند نگاهی دقیق به تغییرات گسترده‌ای است که در این دوره به وقوع پیوسته است. سیاست‌های بهداشتی و درمانی در ایران پس از انقلاب تحت تأثیر اصول انقلاب اسلامی، تلاش برای عدالت اجتماعی، تمرکز بر دسترسی همگانی به خدمات بهداشتی، و نیز مواجهه با تحریم‌ها و چالش‌های اقتصادی قرار گرفته است. در این بررسی، تحولات ساختاری، برنامه‌های اجرایی و چالش‌های موجود در حوزه سلامت را تحلیل خواهیم کرد.

۱.۴ تحولات ساختاری در نظام سلامت

پس از انقلاب، یکی از اصلی‌ترین تحولات در نظام سلامت ایران، ایجاد شبکه بهداشت و درمان در سال ۱۳۶۳ بود. این شبکه، بر اساس الگوی اولیه سازمان جهانی بهداشت (WHO) طراحی شد و به دلیل موفقیت‌هایش در گسترش خدمات بهداشتی اولیه در مناطق روستایی و محروم، به عنوان یکی از موفق‌ترین سیاست‌های بهداشتی ایران شناخته شده است (Mehryar et al., 2000). هدف این شبکه، دسترسی عادلانه به خدمات بهداشتی برای همه مردم ایران، به ویژه در مناطق روستایی و کم‌برخوردار بود. از سوی دیگر، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به عنوان نهاد اصلی در مدیریت و برنامه‌ریزی سلامت، با ساختاردهی جدیدی برای بهبود دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی شکل گرفت. این وزارتخانه، سیاست‌های بهداشتی و درمانی را هدایت و بر اجرای آن نظارت می‌کند. نموده‌ای این امر را می‌توان در ابعاد زیر شاهد بود:

۲.۴ ایجاد شبکه بهداشتی درمانی جامع

یکی از اقدامات وزارت بهداشت، توسعه شبکه بهداشت و درمان در سراسر کشور است. با ایجاد مراکز بهداشتی درمانی در مناطق روستایی و حاشیه‌ای، دسترسی به خدمات اولیه بهداشتی برای جمعیت‌های کم‌برخوردار بهبود یافته است. به‌عنوان مثال، در سال ۲۰۲۰، تعداد مراکز بهداشتی درمانی روستایی به بیش از ۵,۰۰۰ مرکز رسید، که به‌طور مستقیم به حدود ۲۲ میلیون نفر خدمات ارائه می‌دهند (Hamidzadeh et al, 2019:2-5). با این حال، این طرح در اجرا با چالش‌ها و محدودیت‌هایی مواجه بوده است از جمله در کیفیت خدمات ارائه شده. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که کمبود منابع انسانی متخصص و تجهیزات پزشکی مناسب، مانعی برای ارائه خدمات باکیفیت است (Azizi et al., 2021). این مسئله به‌ویژه در مناطق دورافتاده که دسترسی به پزشکان متخصص محدود است، محسوس‌تر می‌شود. مسئله دیگر به تمرکز طرح مذکور بر درمان به جای پیشگیری است. یکی از اهداف اصلی توسعه شبکه بهداشت، تمرکز بر پیشگیری از بیماری‌هاست. این امر باعث می‌شود که اهداف بلندمدت کاهش بیماری‌های مزمن و ارتقای سلامت جامعه به‌طور کامل محقق نشود (Hamidzadeh et al., 2019).

۳.۴ استفاده از فناوری‌های نوین

وزارت بهداشت همچنین به‌کارگیری فناوری‌های نوین و telemedicine را به‌عنوان یکی از راهکارهای بهبود دسترسی به خدمات بهداشتی معرفی کرده است. برنامه‌ریزی برای ایجاد سامانه‌های آنلاین مشاوره پزشکی و اپلیکیشن‌های موبایلی برای دسترسی به خدمات بهداشتی، به‌ویژه در دوران شیوع بیماری‌های واگیر مانند COVID-19، به‌عنوان یک اقدام مؤثر در این زمینه مطرح شده است. بر اساس آمار، حدود ۳۰ درصد از بیماران از خدمات مشاوره آنلاین استفاده کرده‌اند که این آمار نشان‌دهنده موفقیت این برنامه‌هاست (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۲۱).

۴.۴ برنامه پزشک خانواده

برنامه پزشک خانواده یکی از مهم‌ترین برنامه‌های وزارت بهداشت ایران برای ارتقاء دسترسی به خدمات بهداشتی در مناطق روستایی و کم‌برخوردار است. در این برنامه، پزشکان خانواده به‌طور مستقیم مسئولیت مراقبت از سلامت جمعیت‌های محلی را بر عهده

دارند و با ایجاد یک ارتباط نزدیک با بیماران، به بهبود سلامت عمومی کمک می‌کنند. این برنامه در سال ۲۰۱۵ آغاز شد و طبق آمار، در سال ۲۰۲۰، حدود ۷۵ درصد از جمعیت کشور تحت پوشش خدمات پزشکی خانواده قرار گرفتند (وزارت بهداشت، ۲۰۲۱). اگرچه برنامه پزشکی خانواده در ایران به عنوان یکی از اقدامات کلیدی برای ارتقای سلامت عمومی مطرح شده است، اما برخی منتقدان به چالش‌های ساختاری و اجرایی این برنامه اشاره دارند. یکی از مشکلات عمده، کمبود نیروی انسانی متخصص و پزشکان عمومی آموزش دیده است که به‌ویژه در مناطق محروم موجب کاهش کیفیت خدمات شده است (Behzadifar et al., 2019). علاوه بر این، تأخیر در پرداخت حقوق پزشکان خانواده و کمبود انگیزه مالی، اجرای این برنامه را با اختلال مواجه کرده است (Moradi-Lakeh et al., 2020). همچنین، نبود یک سیستم ارزیابی کارآمد برای بررسی کیفیت خدمات ارائه‌شده، موجب شده است که تأثیر واقعی این برنامه بر ارتقای سلامت عمومی مورد تردید قرار گیرد.

۵.۴ برنامه‌های آموزشی و توانمندسازی نیروی انسانی

وزارت بهداشت به آموزش و توانمندسازی نیروی انسانی به ویژه در مناطق محروم توجه ویژه‌ای دارد. برگزاری دوره‌های آموزشی برای پرستاران و کارکنان بهداشتی به‌منظور افزایش کیفیت خدمات و بهبود مهارت‌های عملی آن‌ها، از جمله اقدامات این وزارتخانه است. بر اساس گزارشی، افزایش سطح آموزش نیروی انسانی به کاهش ۳۰ درصدی در خطاهای پزشکی و افزایش رضایت بیماران منجر شده است. همچنین، پس از انقلاب، تمرکز خاصی بر آموزش نیروی انسانی متخصص در حوزه‌های بهداشت و درمان شد تا خودکفایی کشور در این زمینه تقویت شود (World Health Organization, 2018).

آموزش نیروی انسانی متخصص یکی از ارکان اساسی در بهبود کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی در هر کشوری است. در ایران، پس از انقلاب اسلامی، سیاست‌های متعددی برای تقویت نیروی انسانی متخصص در حوزه بهداشت و درمان اتخاذ شده است. با توجه به اینکه نیروی انسانی مجرب و متخصص نقش کلیدی در اجرای سیاست‌های سلامت دارد، توجه به آموزش و توانمندسازی این نیروها از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. طبق آمار منتشر شده از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، در سال ۱۴۰۰، تعداد پزشکان عمومی در ایران به حدود ۸۶ هزار نفر و تعداد پزشکان متخصص به تقریباً ۴۴ هزار نفر رسید (وزارت بهداشت، ۲۰۲۱). این آمار نشان‌دهنده افزایش تعداد

پزشکان و متخصصان بهداشتی در مقایسه با سال‌های قبل است. در نتیجه، آموزش نیروی انسانی متخصص در حوزه‌های بهداشت و درمان نه تنها به بهبود کیفیت خدمات بهداشتی کمک می‌کند، بلکه به تحقق عدالت اجتماعی و دسترسی همگانی به خدمات بهداشتی نیز یاری می‌رساند. سرمایه‌گذاری در آموزش نیروی انسانی متخصص، به‌ویژه در مناطق محروم، می‌تواند به کاهش نابرابری‌های بهداشتی و بهبود شاخص‌های سلامت عمومی در کشور منجر شود. یکی از مهم‌ترین دستاوردهای این تحولات ساختاری، بهبود چشمگیر شاخص‌های سلامت مانند کاهش نرخ مرگ و میر نوزادان و افزایش امید به زندگی بود که نتیجه مستقیم گسترش خدمات بهداشتی و آموزش‌های عمومی در حوزه سلامت بود (Goudarzi et al, 201:575). یکی از مشکلات اصلی در اینجا، عدم توزیع عادلانه نیروی انسانی متخصص در مناطق محروم است. بسیاری از پزشکان و متخصصان تمایل به فعالیت در مناطق شهری و مراکز پرجمعیت دارند، که موجب کاهش دسترسی به خدمات باکیفیت در مناطق کم‌برخوردار می‌شود (Goudarzi et al., 2021, p. 575). همچنین، کیفیت آموزش‌های ارائه شده در برخی از دوره‌های آموزشی و نبود زیرساخت‌های لازم برای توانمندسازی عملی نیروی انسانی، از جمله نقدهایی است که به این سیاست‌ها وارد شده است (World Health Organization, 2018, p. 142).

۶.۴ کاهش مرگ و میر نوزادان

مرگ و میر نوزادان یکی از مهم‌ترین شاخص‌های سلامت عمومی است. بر اساس گزارش‌ها، در سال ۱۹۸۰، نرخ مرگ و میر نوزادان در ایران حدود ۵۰ نفر در هر ۱۰۰۰ تولد زنده بود. این رقم تا سال ۲۰۲۰ به حدود ۱۰ نفر در هر ۱۰۰۰ تولد زنده کاهش یافته است (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۲۰۲۱). این بهبود نشان‌دهنده تأثیر برنامه‌های بهداشتی و آموزشی در زمینه مراقبت از مادر و نوزاد و افزایش دسترسی به خدمات بهداشتی است. سیاست‌های همچون پزشک خانواده از جمله این پیشرفت‌هاست. برنامه پزشک خانواده به عنوان یکی از ابزارهای کلیدی برای بهبود دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی به ویژه در مناطق دورافتاده، نقش مهمی در کاهش مرگ و میر نوزادان ایفا کرده است. پزشکان خانواده با ارائه خدمات پیشگیرانه، غربالگری و آموزش خانواده‌ها در مورد مراقبت‌های نوزادان، می‌توانند به کاهش عوارض و مشکلات مربوط به نوزادان کمک کنند. خدمات بهداشت مادر و کودک از جمله دیگر سیاست‌های موفق در

این زمینه است. این خدمات شامل مشاوره‌های دوران بارداری، مراقبت‌های حین زایمان و پس از زایمان می‌شود که به بهبود سلامت مادران و نوزادان کمک می‌کند. به عنوان مثال، بر اساس گزارشی از وزارت بهداشت، برنامه‌های آموزشی برای مادران باردار در مورد شیردهی و مراقبت از نوزادان به طور قابل توجهی باعث کاهش مرگ و میر نوزادان شده است (Ministry of Health, 2020, p. 23). ایران یکی از کشورهای موفق در برنامه‌های واکسیناسیون است. اجرای واکسیناسیون کامل برای نوزادان و کودکان، شامل واکسن‌های مختلف، به کاهش شیوع بیماری‌های عفونی و در نتیجه کاهش مرگ و میر نوزادان کمک کرده است. طبق گزارشات، نرخ واکسیناسیون نوزادان در ایران بالای ۹۵ درصد است که یکی از عوامل کلیدی در کاهش مرگ و میر نوزادان محسوب می‌شود.

۷.۴ افزایش امید به زندگی

امید به زندگی در ایران نیز از زمان انقلاب اسلامی به‌طور چشمگیری افزایش یافته است. در سال ۱۹۷۹، امید به زندگی در زمان تولد حدود ۵۵ سال بود، در حالی که این رقم تا سال ۲۰۲۱ به حدود ۷۷ سال رسیده است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۲۰). در کنار اجرای برنامه‌های مختلف بهداشتی، از جمله برنامه پزشکی خانواده، خدمات بهداشت مادر و کودک، و واکسیناسیون عمومی و کنترل بیماری‌های عفونی، افزایش درآمد سرانه و بهبود سطح زندگی نیز از دیگر عواملی هستند که به افزایش امید به زندگی کمک کرده‌اند. بهبود شرایط اقتصادی موجب افزایش دسترسی به غذا، مسکن و آموزش شده است، که همگی تأثیر مستقیم بر سلامت عمومی دارند. تغییرات فرهنگی نیز در افزایش امید به زندگی مؤثر بوده‌اند. افزایش آگاهی عمومی درباره بهداشت و سلامتی، بهبود وضعیت آموزش، و افزایش مشارکت زنان در نیروی کار، همگی عواملی هستند که به بهبود کیفیت زندگی و افزایش امید به زندگی کمک کرده‌اند (Ministry of Health, 2020, p. 23).

۸.۴ دسترسی همگانی به خدمات بهداشتی و درمانی

دسترسی همگانی به خدمات بهداشتی و درمانی یکی از اهداف اصلی سیاست‌گذاری سلامت در بسیاری از کشورهاست، به ویژه در ایران پس از انقلاب، که تلاش‌های گسترده‌ای برای تضمین این دسترسی صورت گرفته است. دسترسی همگانی به خدمات بهداشتی به معنای فراهم آوردن امکانات و خدمات بهداشتی با کیفیت برای تمام اقشار

جامعه، بدون در نظر گرفتن موقعیت اجتماعی، اقتصادی یا جغرافیایی آنهاست. این مفهوم شامل عوامل متعددی از جمله فراگیری بیمه‌های درمانی، توسعه زیرساخت‌های بهداشتی، و بهبود توزیع خدمات بهداشتی در مناطق محروم می‌شود.

۱.۸.۴ گسترش شبکه بهداشتی و درمانی

پس از انقلاب اسلامی، یکی از دستاوردهای مهم ایران در حوزه سلامت، توسعه گسترده شبکه بهداشت و درمان روستایی بود که هدف اصلی آن افزایش دسترسی به خدمات بهداشتی در مناطق دورافتاده و محروم بود. این سیستم شامل خانه‌های بهداشت و مراکز جامع خدمات سلامت است که خدمات اولیه بهداشتی، واکسیناسیون، و مراقبت‌های پیشگیرانه را برای جوامع محلی فراهم می‌کند. (Roth et al, 2018: 1738) این شبکه به طوری طراحی شده که حتی در مناطق کم‌برخوردار نیز افراد به خدمات اولیه بهداشتی دسترسی داشته باشند. با وجود پیشرفت‌ها، نابرابری‌های قابل توجهی در دسترسی به خدمات بهداشتی در ایران وجود دارد. طبق گزارش‌ها، حدود ۳۰ درصد از جمعیت ایران به دلیل هزینه‌های درمان از خدمات بهداشتی استفاده نمی‌کنند همچنین، مناطق شهری معمولاً از امکانات بهتری برخوردارند در حالی که مناطق روستایی و کمتر توسعه‌یافته با کمبود خدمات و امکانات بهداشتی مواجه‌اند (Khalilian et al., 2019, p. 20).

۲.۸.۴ پوشش بیمه‌ای همگانی

تلاش‌های گسترده‌ای نیز برای گسترش پوشش بیمه‌ای همگانی صورت گرفته است. یکی از این برنامه‌ها، اجرای طرح تحول نظام سلامت در سال ۲۰۱۴ بود که به منظور کاهش هزینه‌های پرداختی از جیب بیماران و گسترش دسترسی به خدمات تخصصی و فوق تخصصی در بیمارستان‌های دولتی تدوین شد. این طرح موفق شد تا حد زیادی هزینه‌های درمانی را برای قشرهای کم‌درآمد کاهش دهد و دسترسی به خدمات باکیفیت را بهبود بخشد. با وجود پوشش بیمه‌ای همگانی، هنوز هم نابرابری‌های جدی در دسترسی به خدمات بهداشتی وجود دارد. مناطق روستایی و کم‌برخوردار به دلیل کمبود امکانات و نیروی انسانی، با چالش‌هایی در تأمین خدمات بهداشتی روبه‌رو هستند (Nezamoleslami et al, 2022: 4-9). در این میان این امر با چالش‌های جدی همچون هزینه‌های پنهان، نابرابری در دسترسی و کیفیت خدمات روبروست. بسیاری از هزینه‌ها، مانند هزینه‌های جانبی و

داروهای خاص، ممکن است تحت پوشش بیمه قرار نگیرند و این می‌تواند فشار مالی بر بیمه‌شدگان ایجاد کند. کیفیت خدمات بهداشتی تحت پوشش بیمه نیز یکی از چالش‌هاست. با افزایش تعداد بیمه‌شدگان، ممکن است کیفیت خدمات کاهش یابد و بیمارستان‌ها و مراکز درمانی با کمبود منابع مواجه شوند. با وجود پوشش بیمه‌ای همگانی، هنوز هم نابرابری‌های جدی در دسترسی به خدمات بهداشتی وجود دارد. مناطق روستایی و کم‌برخوردار به دلیل کمبود امکانات و نیروی انسانی، با چالش‌هایی در تأمین خدمات بهداشتی روبه‌رو هستند (Doshmangir, 2023: 4-6). در مجموع پوشش بیمه‌ای همگانی در ایران به‌عنوان یک ابزار کلیدی برای ارتقاء سلامت عمومی و کاهش بار مالی ناشی از بیماری‌ها عمل کرده است. با این حال، چالش‌های قابل توجهی نیز وجود دارد که نیازمند توجه و اصلاحات جدی هستند. برای تحقق اهداف پوشش بیمه‌ای همگانی، لازم است که سیاست‌گذاران به نابرابری‌های موجود توجه کنند و راهکارهای مؤثری را برای بهبود کیفیت خدمات و افزایش دسترسی به خدمات در مناطق محروم ارائه دهند.

۳.۸.۴ تمرکز بر عدالت اجتماعی در دسترسی به خدمات

یکی از مفاهیم کلیدی که در سیاست‌گذاری سلامت ایران پس از انقلاب مطرح بوده است، عدالت اجتماعی در دسترسی به خدمات بهداشتی است. سیاست‌گذاران به طور مداوم سعی داشته‌اند تا نابرابری‌های موجود در دسترسی به خدمات را کاهش دهند و امکان استفاده از خدمات بهداشتی با کیفیت برای تمام اقشار جامعه، به ویژه افراد ساکن در مناطق محروم، را فراهم کنند (Etemad, 2015: 4). این مسئله با توسعه زیرساخت‌های درمانی در مناطق روستایی و مرزی، افزایش تعداد پزشکان عمومی و متخصص در مناطق کم‌برخوردار، و بهبود وضعیت بیمه‌های درمانی در این مناطق ارتباط دارد. براساس گزارش‌ها، تعداد کل مراکز بهداشتی و درمانی در ایران در سال‌های اخیر به طور قابل توجهی افزایش یافته است. به عنوان مثال، طبق گزارش وزارت بهداشت، تعداد مراکز درمانی از حدود ۱۵,۰۰۰ مرکز در سال ۲۰۰۲ به بیش از ۲۱,۰۰۰ مرکز در سال ۲۰۱۹ افزایش یافته است (Ministry of Health, 2019, p. 15). این افزایش شامل بیمارستان‌ها، کلینیک‌ها و مراکز بهداشتی درمانی است که به‌ویژه در مناطق روستایی و حاشیه‌ای کشور متمرکز شده‌اند. با اینحال توزیع نابرابر مراکز بهداشتی در سطح کشور یکی از چالش‌های موجود است. در حالی که در شهرهای بزرگ و توسعه‌یافته تعداد مراکز درمانی به طور قابل توجهی بالاست، مناطق روستایی و

کم‌برخوردار معمولاً با کمبود این خدمات همچون تعداد پزشکان مواجه هستند (Mohammadbeigi, 2013: 140-144). بهبود کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی نیز در این راستا حائز اهمیت است. برخی تحقیقات نشان می‌دهد کیفیت خدمات ارائه شده در مراکز بهداشتی درمانی بهبود یافته است، به طوری که ۷۵٪ از بیماران رضایت خود را از خدمات درمانی ارائه شده در این مراکز ابراز کرده‌اند. این رضایت بهبود یافته به دلیل افزایش تعداد کادر درمانی، بهبود تجهیزات پزشکی و ارائه خدمات آموزشی به پزشکان و پرستاران بوده است. توسعه زیرساخت‌های درمانی در ایران یکی از عوامل کلیدی در تحقق عدالت اجتماعی در دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی است. با این حال، برای رسیدن به هدف نهایی که همانا کاهش نابرابری‌ها و بهبود کیفیت زندگی افراد در مناطق محروم است، نیاز به ادامه تلاش‌ها و سیاست‌های مؤثر در این زمینه وجود دارد. (Doshmangir, 2023: 4-6).

۹.۴ چالش‌های اقتصادی و تحریم‌ها

یکی از بزرگ‌ترین چالش‌های نظام سلامت ایران پس از انقلاب، تحریم‌های اقتصادی بوده است که به‌ویژه در تأمین داروها و تجهیزات پزشکی تأثیر منفی داشته است. تحریم‌های اقتصادی اعمال شده از سوی ایالات متحده و متحدانش، موجب افزایش قیمت داروها و کمبود برخی داروهای حیاتی در بازار ایران شده است در حقیقت یکی از مشکلات عمده نظام سلامت ایران، کمبود منابع مالی است. بر اساس گزارش‌های رسمی، بودجه بهداشتی کشور در سال‌های اخیر به دلیل کاهش درآمدهای نفتی و دیگر منابع اقتصادی کاهش یافته است. طبق گزارشی از سازمان برنامه و بودجه، وزارت بهداشت در سال ۱۴۰۰ نسبت به سال‌های گذشته حدود ۲۰ درصد کاهش یافته است (Organization of Planning and Budget, 2021, p. 45).

این کاهش بودجه به کاهش خدمات بهداشتی و درمانی، افزایش نارضایتی بیماران و کمبود دارو منجر شده است. هزینه‌های درمانی نیز به ویژه برای بیماران خاص و مزمن به طور قابل توجهی بالا است. مطابق برخی پژوهش‌ها، ۶۰٪ بیماران اعلام کردند که هزینه‌های درمانی مانع از دسترسی آن‌ها به خدمات بهداشتی می‌شود. این امر به‌ویژه در مناطق کم‌برخوردار و روستایی بیشتر احساس می‌شود. همزمان تحریم‌های اقتصادی به ویژه بر واردات دارو و تجهیزات پزشکی تأثیر گذاشته‌اند. بسیاری از شرکت‌های دارویی بین‌المللی به دلیل تحریم‌ها از تجارت با ایران خودداری می‌کنند. طبق گزارشی از مجله

Lancet تحریم‌ها منجر به کمبود دارو و افزایش قیمت‌ها در بازار داخلی شده است (Lancet, 2020, p. 305). این مشکل به‌ویژه برای بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن و نادر بسیار جدی است. تحریم‌ها همچنین به کاهش کیفیت خدمات بهداشتی منجر شده‌اند. با توجه به کمبود تجهیزات پزشکی و عدم توانایی برای تأمین نیازهای ضروری، پزشکان و پرستاران با چالش‌های جدی در ارائه خدمات روبرو هستند. نتایج برخی تحقیقات نشان می‌دهد ۴۵٪ از کادر درمانی به کمبود تجهیزات پزشکی و نیازهای ضروری اشاره کردند که بر عملکرد آن‌ها تأثیر منفی گذاشته است (Mohammadbeigi, 2013: 140-144).

در کنار این معظلات، فرار مغزها نیز یکی از پیامدهای منفی چالش‌های اقتصادی و تحریم‌هاست. بسیاری از پزشکان و متخصصان به دلیل شرایط دشوار اقتصادی و عدم امکانات کافی، به کشورهای دیگر مهاجرت می‌کنند. این موضوع باعث کاهش کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی در ایران می‌شود و همچنین به کمبود نیروی انسانی در نظام سلامت دامن می‌زند. در نهایت، چالش‌های اقتصادی و تحریم‌ها تأثیرات عمیقی بر نظام سلامت ایران دارند. این مشکلات نه تنها به کمبود منابع مالی و انسانی منجر شده، بلکه کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهند. برای بهبود وضعیت نظام سلامت در ایران، نیاز به برنامه‌ریزی و اجرای سیاست‌های جامع و متناسب با واقعیت‌های اقتصادی کشور وجود دارد. در پاسخ به این چالش‌ها، دولت ایران تلاش کرده است تا خودکفایی در تولید دارو و تجهیزات پزشکی را به‌عنوان یکی از اولویت‌های خود قرار دهد. صنایع داروسازی داخلی توانسته‌اند بخش عمده‌ای از نیازهای دارویی کشور را تأمین کنند، اما همچنان در زمینه تولید داروهای خاص و پیشرفته مشکلاتی وجود دارد که نیاز به سرمایه‌گذاری بیشتر و انتقال فناوری‌های نوین دارد (Ahadinezhad, 2023: 86-88).

۵. انطباق عدالت اجتماعی والزر با سیاست‌گذاری سلامت در ایران

عدالت اجتماعی و توزیعی یکی از اصول کلیدی در سیاست‌گذاری سلامت محسوب می‌شود. سیاست‌گذاری سلامت در ایران، به‌ویژه پس از انقلاب، به‌دنبال توزیع عادلانه‌تر خدمات و منابع بهداشتی بوده است. رویکرد عدالت توزیعی، که محوری‌ترین بخش از نظریه والزر است می‌تواند چارچوبی مناسب برای ارزیابی این سیاست‌ها فراهم کند. والزر مفهوم «توزیع عادلانه» را در حوزه‌های مختلف اجتماعی، از جمله سلامت، مطرح می‌کند. وی بر این باور است که هر حوزه اجتماعی باید با استانداردهای خاص خود تنظیم شود و

عدالت در هر حوزه نیازمند توجه به خصوصیات و نیازهای آن حوزه است. والزر به این نکته اشاره می‌کند که هر حوزه‌ای از زندگی اجتماعی نیاز به مکانیزم‌های خاص خود برای توزیع عادلانه منابع دارد (والزر، ۱۴۰۲: ۶). در حوزه سلامت، عدالت به معنای دسترسی برابر به خدمات بهداشتی با کیفیت است. در ایران پس از انقلاب، یکی از اهداف اصلی سیاستگذاران، ایجاد دسترسی همگانی به خدمات بهداشتی و کاهش نابرابری‌ها در این حوزه بوده است. طرح‌های مختلفی مانند پزشک خانواده و توسعه زیرساخت‌های درمانی در همین راستا تعریف می‌شود. در عین حال با وجود برنامه‌هایی مانند طرح تحول سلامت که با هدف بهبود دسترسی عادلانه به خدمات بهداشتی اجرا شده‌اند، هنوز نابرابری‌های منطقه‌ای و طبقاتی در دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی دیده می‌شود. در اینجا، عدالت توزیعی به ما این امکان را می‌دهد تا بررسی کنیم که آیا سیاست‌گذاری‌های سلامت در ایران به بهبود دسترسی اقشار محروم کمک کرده یا خیر. همچنین رویکرد توسعه قابلیت‌ها نیز نشان می‌دهد که دسترسی به خدمات بهداشتی نباید فقط به معنی داشتن بیمه یا خدمات پزشکی باشد، بلکه باید شامل بهبود توانمندی‌های افراد در داشتن زندگی سالم‌تر نیز باشد (Sen, 1999). والزر همچنین بر این نکته تأکید می‌کند که نیازهای خاص فرهنگی و اجتماعی هر جامعه باید در سیاستگذاری‌ها مد نظر قرار گیرد (والزر، ۱۴۰۲: ۹). در ایران، با توجه به تنوع فرهنگی و اجتماعی، سیاستگذاران باید به نیازهای خاص گروه‌های مختلف، از جمله زنان، اقلیت‌ها و ساکنان مناطق روستایی توجه کنند. همچنین رویکرد توسعه قابلیت‌ها نیز نشان می‌دهد که دسترسی به خدمات بهداشتی نباید فقط به معنی داشتن بیمه یا خدمات پزشکی باشد، بلکه باید شامل بهبود توانمندی‌های افراد در داشتن زندگی سالم‌تر نیز باشد (Sen, 1999). در مجموع این نظریه بر اهمیت توجه به عدالت توزیعی در حوزه سلامت و نیاز به در نظر گرفتن نیازها و خصوصیات فرهنگی و اجتماعی هر جامعه تأکید دارد.

۶. انطباق نظریه فرهنگی با سیاست‌گذاری سلامت در ایران

نظریه فرهنگی نیز درک عمیقی از نقش فرهنگ در شکل‌گیری سیاست‌های سلامت ارائه می‌دهد. فرهنگ و هنجارهای اجتماعی در ایران به شدت بر نوع رفتارهای بهداشتی و نحوه استفاده از خدمات پزشکی تأثیر می‌گذارند. برای مثال، برخی هنجارهای فرهنگی می‌توانند مانع از دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی زنان یا گروه‌های خاص جامعه شوند، یا اینکه

نگرش‌های فرهنگی نسبت به بیماری‌های روانی، مانع از درمان صحیح بیماران مبتلا به اختلالات روانی می‌شود (Geertz, 1973). این تأثیرات فرهنگی نشان‌دهنده نیاز به سیاست‌هایی است که نه تنها به مسائل ساختاری و اقتصادی بپردازند، بلکه به تغییرات فرهنگی و اجتماعی نیز توجه کنند. در این راستا هنجارهای مذهبی نقش مهمی در سیاستگذاری سلامت در ایران ایفا کرده است. در جامعه ایران، مذهب به‌عنوان یکی از مهم‌ترین هنجارها و ارزش‌ها شناخته می‌شود. ارزش‌های مذهبی می‌توانند تأثیر زیادی بر رفتارهای بهداشتی افراد و همچنین بر سیاست‌های سلامت داشته باشند. به‌عنوان مثال در فرهنگ اسلامی، رعایت نکات تغذیه‌ای به‌ویژه در ماه رمضان اهمیت ویژه‌ای دارد. وزارت بهداشت ایران با توجه به این هنجار مذهبی، برنامه‌هایی برای آگاه‌سازی مردم درباره تغذیه مناسب در ماه رمضان طراحی کرده است (Rouhani, 2014: 988).

همچنین در برخی مناطق، هنجارهای مذهبی ممکن است بر تمایل به دریافت واکسن تأثیر بگذارد. به‌عنوان مثال، در دوره‌های خاص مذهبی مانند محرم، ممکن است برخی افراد از انجام واکسیناسیون خودداری کنند. سیاستگذاران به‌منظور افزایش مشارکت مردم در برنامه‌های واکسیناسیون، سعی می‌کنند تا پیام‌های خود را با استفاده از زبان مذهبی و با همکاری روحانیون محلی به جامعه منتقل کنند. در فرهنگ اسلامی، اهمیت سلامتی و جلوگیری از شیوع بیماری‌ها به‌وضوح تأکید شده است. در سال‌های اخیر، در راستای برنامه‌های پیشگیری از بیماری‌های واگیردار مانند هپاتیت و ایدز، از ارزش‌های مذهبی استفاده شده است تا افراد را به انجام آزمایش‌های مربوطه و مراجعه به مراکز درمانی تشویق کنند. این نوع سیاستگذاری می‌تواند با همکاری روحانیون و مبلغان مذهبی انجام شود تا مردم را به دریافت خدمات درمانی تشویق کنند. یا برخی از افراد به‌دلیل باورهای مذهبی ممکن است از استفاده از داروهای خاص یا درمان‌های پزشکی خودداری کنند.

۷. الگوی تأثیر مولفه‌های فرهنگی و عدالت اجتماعی بر سیاست‌گذاری سلامت در ایران پس از انقلاب اسلامی

در زیر یک جدول به‌عنوان الگو ارائه می‌شود که تأثیر مولفه‌های فرهنگی و عدالت اجتماعی را بر سیاستگذاری سلامت در ایران پس از انقلاب اسلامی نشان می‌دهد. این جدول به شناسایی مولفه‌ها و تأثیرات آن‌ها بر ابعاد مختلف سیاستگذاری سلامت کمک می‌کند.

مؤلفه‌های فرهنگی و اجتماعی	تأثیر بر سیاست‌گذاری سلامت	نتایج
آگاهی‌های فرهنگی	تأثیر بر برنامه‌های بهداشتی و آموزشی توسعه فعالیت‌های اطلاع‌رسانی به جامعه	افزایش سطح آگاهی عمومی درباره سلامت کاهش بیماری‌ها و بهبود شاخص‌های سلامت
اعتقادات مذهبی	شکل‌گیری نگرش‌های مثبت نسبت به درمان‌های سنتی و مدرن تأثیر بر انتخاب‌های سلامت در جامعه	افزایش استفاده از خدمات بهداشتی ارتقاء سلامت روانی و جسمی
عدالت اجتماعی	-توزیع عادلانه خدمات بهداشتی -ایجاد سیاست‌های حمایتی برای اقشار کم‌درآمد	کاهش نابرابری‌های بهداشتی افزایش دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی
محیط اجتماعی و اقتصادی	تأثیر بر زیرساخت‌های بهداشتی و اقتصادی شکل‌گیری برنامه‌های بهداشتی متناسب با نیازهای جامعه	افزایش کیفیت خدمات بهداشتی بهبود شرایط زندگی و سلامتی مردم
نقش خانواده و جامعه	حمایت از بیماران و ارتقاء سلامت خانواده مشارکت در برنامه‌های بهداشتی و درمانی	افزایش رضایت بیماران بهبود نتایج درمانی
تجربیات گذشته	اُنیر بر یادگیری و توسعه سیاست‌های بهداشتی جدید استفاده از تجارب موفق در کشورهای دیگر	افزایش کارآمدی برنامه‌های بهداشتی بهبود سیاست‌های عمومی در زمینه سلامت

۸. نتیجه‌گیری و جمع‌بندی پایانی

پژوهش حاضر به بررسی تأثیر مؤلفه‌های فرهنگی و عدالت اجتماعی بر سیاست‌گذاری سلامت در ایران پس از انقلاب اسلامی پرداخته است. نتایج این تحقیق تأکید می‌کند که مؤلفه‌های فرهنگی، به‌ویژه ارزش‌های اسلامی و مفاهیم عدالت اجتماعی، به‌عنوان عوامل کلیدی در شکل‌گیری و تحولات سیاست‌های سلامت در کشور عمل کرده‌اند. از آنجا که فرضیه اصلی تحقیق بیان می‌کند که مؤلفه‌های فرهنگی و عدالت اجتماعی به‌طور مستقیم بر سیاست‌گذاری سلامت تأثیرگذار هستند، نتایج نشان می‌دهند که سیاست‌های سلامت در ایران از جمله تأسیس شبکه بهداشت و درمان و اجرای طرح تحول سلامت، به‌طور معناداری تحت تأثیر این مؤلفه‌ها بوده‌اند. به‌ویژه، در دوران پس از انقلاب، تأکید بر مفاهیم اسلامی و عدالت اجتماعی باعث شکل‌گیری سیاست‌های بهداشتی شده است که هدف آن‌ها افزایش دسترسی به خدمات بهداشتی برای همه اقشار جامعه، به‌ویژه گروه‌های کم‌برخوردار، بوده است. برای اثبات فرضیه تحقیق، ابتدا می‌توان به نتایج مطالعات و گزارش‌های مرتبط اشاره کرد. به‌عنوان مثال، شبکه بهداشت و درمان که به‌ویژه در مناطق روستایی و محروم توسعه یافته، به‌خوبی نشان‌دهنده تأثیر مؤلفه‌های فرهنگی بر سیاست‌های سلامت است. این شبکه با هدف فراهم آوردن دسترسی عادلانه به خدمات بهداشتی، موفق

تأثیر مولفه‌های فرهنگی و عدالت اجتماعی بر ... (مجید جراحی و دیگران) ۴۵۷

به کاهش نابرابری‌های بهداشتی و افزایش شاخص‌های سلامت عمومی شده است. همچنین، طرح تحول سلامت، با تمرکز بر تأمین هزینه‌های درمان و بهبود دسترسی به خدمات بهداشتی، نشان‌دهنده تلاش‌های نظام سلامت در راستای تحقق عدالت اجتماعی است. علاوه بر این، مطالعه‌های مختلف نشان داده‌اند که افزایش دسترسی به خدمات بهداشتی و بهبود شرایط بهداشتی در مناطق محروم، به‌طور مستقیم به مؤلفه‌های فرهنگی و ارزشی جامعه مربوط می‌شود. برای مثال، تجزیه و تحلیل داده‌های آماری نشان می‌دهد که مناطق با ارزش‌های قوی اسلامی و تأکید بر عدالت اجتماعی، در بهبود شاخص‌های سلامت موفق‌تر عمل کرده‌اند.

کتاب‌نامه

- ابراهیمی، سید عباس، فرهادی نژاد، محسن و باکی هشامی، سید محمد مهدی (۱۳۹۹)، «تحلیل خط مشی گذاری در نظام سلامت بر اساس الگوی چارچوب ائتلاف مدافع: مطالعه مورد طرح تحول نظام سلامت»، فصلنامه مطالعات راهبردی، دوره ۲۳، شماره ۲، پیاپی ۸۸، صفحه ۹۵-۱۱۲.
- داگلاس، مری (۱۴۰۰). پاک و خطر. ترجمه لیلا اردبیلی، تهران: انتشارات لوگوس
- فانی خیای، رسول، موسوی، سیداحمد (۱۴۰۰)، طرح تحول نظام سلامت: چالش‌ها و فرصت‌ها تهران، انتشارات گیلداد.
- مقصودیان، پریس، بررسی چالش‌های اجرای طرح تحول نظام سلامت در واحدهای برونسپاری شده خدمات سلامت در واحدهای تابعه دانشگاه علوم پزشکی شیراز در سال ۱۳۹۴، پایان نامه کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه آزاد مرودشت، دانشکده علوم پایه، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی
- نبی‌لو، بهرام، سالم صافی، پرویز، یوسف زاده حسن، «ارزشیابی عملکرد طرح تحول نظام سلامت در بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی استان آذربایجان غربی» مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره چهاردهم، شماره یازدهم، پی‌درپی ۸۸، بهمن ۱۳۹۵، صفحات ۸۹۶-۹۰۵
- نیک‌روان، انسیه (۱۳۹۳)، «ارزشیابی عدالت در نظام سلامت ایران»، رساله دکتری، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده مدیریت و اقتصاد.
- والزر، مایکل (۱۴۰۲). حوزه‌های عدالت. ترجمه صالح نجفی، تهران: نشر ثالث
- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. (۲۰۲۱). آمار پزشکان عمومی و متخصص در ایران. www.behdasht.gov.ir

- Ahadinezhad B, Maleki A, Amerzadeh M, Mohtashamzadeh B, Safdari M, Khosravizadeh O. Socioeconomic Inequalities in Cancer Incidence: A Comparative Investigation Based on Population of Iranian Provinces. *Curr Health Sci J*. 2023 Jan-Mar;49(1):85-95.
- Doshmangir L, Shirjang A, Assan A, Gordeev VS. Iranian primary health care network: challenges and ways forward. *Prim Health Care Res Dev*. 2023 Jan 9;24:e1.
- Douglas, M. (1982). *In the Active Voice*. London: Routledge
- Douglas, M. (1996). *Thought Styles: Critical Essays on Good Taste*. SAGE.
- Duncan, G. J., & Murnane, R. J. (2011). *Whither Opportunity? Rising Inequality, Schools, and Children's Life Chances*. Russell Sage Foundation.
- Etemad K, Yavari P, Mehrabi Y, Haghdooost A, Motlagh ME, Kabir MJ, Jafari N. Inequality in Utilization of In-patients Health Services in Iran. *Int J Prev Med*. 2015 Jun 4;6:45.
- Geertz, C. (1973). *The Interpretation of Cultures*. Basic Books.
- Goudarzi S, Kameli ME, Hatami H. Improvement in health indicators of islamic republic of iran in the years 2004 and 2008. *Iran Red Crescent Med J*. 2011 Aug;13(8):574-7.
- Khalilian, A., Gholami, K., & Mohammadi, M. (2019). Health Equity in Iran: Challenges and Solutions. *Health Policy*, 123(1), 15-24.
- Mehryar, A. H., Aghajanian, A., & Ahmad-Nia, S. (2000). Primary health care and the rural poor in the Islamic Republic of Iran. *Public Health Nutrition*, 3(1), 49-55.
- Mohammadbeigi, A., Hassanzadeh, J., Eshrati, B., & Rezaianzadeh, A. (2013). Socioeconomic inequity in health care utilization, Iran. *Journal of Epidemiology and Global Health*, 3(3), 139–146.
- Naghdi S, Moradi T, Tavangar F, Bahrami G, Shahboulaghi M, Ghiasvand H. The Barriers to Achieve Financial Protection in Iranian Health System: A Qualitative Study in a Developing Country. *Ethiop J Health Sci*. 2017 Sep;27(5):491-500.
- Nezamoleslami D, Mohamadi E, Larijani B, Olyaeemanesh A, Ebrahimi Tavani M, Rashidpouraie R, Bathaei FS. Barriers of health equity in the Iranian health system from the medical ethics viewpoint. *J Med Ethics Hist Med*. 2022 Dec 28;15:14.
- Rezaei, N., Moghaddam, S.S., Farzadfar, F. *et al*. Social determinants of health inequity in Iran: a narrative review. *J Diabetes Metab Disord* 22, 5–12 (2023).
- Roth, G. A., Abate, D., Abate, K. H., Abay, S. M., Abbafati, C., Abbasi, N., ... Abdelalim, A. (2018). Global, regional, and national age-sex-specific mortality for 282 causes of death in 195 countries and territories, 1980–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, 392(10159), 1736–1788.
- Ruger, J. P. (2006). Health and social justice. *The Lancet*, 368(9548), 23-2.
- Marmot, M., & Wilkinson, R. G. (2006). *Social Determinants of Health*. Oxford University Press.
- Miller, D. (1999). *Principles of Social Justice*. Harvard University Press.
- Moradi-Lakeh, M., et al. (2014). Health System Performance in Iran: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 381(9877), 1426-1437.

تأثیر مولفه‌های فرهنگی و عدالت اجتماعی بر ... (مجید جراحی و دیگران) ۴۵۹

Rouhani MH, Azadbakht L. Is Ramadan fasting related to health outcomes? A review on the related evidence. J Res Med Sci. 2014 Oct;19(10):987-92.

Sen, A. (1999). *Development as Freedom*. New York: Alfred A. Knopf.

Soltani S, Takian A, Akbari Sari A, Majdzadeh R, Kamali M. Cultural barriers in access to healthcare services for people with disability in Iran: A qualitative study. Med J Islam Repub Iran. 2017 Sep 3;31:51.

