



## داده‌ها، مولفه‌های اجتماعی و بهبود تصمیم‌گیری برای سلامت: گزارش کمیسیون 3-D

### کلیات

در آوریل ۲۰۲۰، بنیاد راکفلر و دانشکده بهداشت عمومی دانشگاه بوستون اقدام به تشکیل کمیسیون داده‌ها، مولفه‌های اجتماعی و تصمیم‌گیری<sup>۱</sup> برای سلامت (کمیسیون 3-D) کردند. این اقدام با هدف ایجاد گفت‌وگو مشترک بین مولفه‌های اجتماعی سلامت، علوم داده و تصمیم‌گیری مرتبط و نامرتب با حوزه‌ی سلامت- در مسیر بهبود سطح سلامت جوامع گوناگون صورت گرفت. این گزارش، که نتیجه بیش از یک سال بحث و پژوهش گروه چندحوزه‌ای کارشناسان برگزیده محیط‌های دانشگاهی، بخش خصوصی، جامعه مدنی و دولت است، به محرک‌های کلیدی اجتماعی و اقتصادی تأثیرگذار بر امور بهداشتی و سلامت می‌پردازد و نشان می‌دهد که داده‌های مربوط به مولفه‌های اجتماعی سلامت (SDOH) را چگونه می‌توان در فرآیند تصمیم‌گیری به کار گرفت. در این گزارش تعریف جامعی از مولفه‌های اجتماعی سلامت با هدف جلب همکاری بین‌بخشی، رسیدگی به مسائل حوزه سلامت و ترویج پاسخ‌گویی ارائه شده است و مجموعه‌ای از اصول و پیشنهادها برای حمایت از توسعه رویکرد مبتنی بر مولفه‌های اجتماعی سلامت و داده-محور در قبال تصمیم‌گیری و پاسخ‌گویی به تقاضای سرمایه‌گذاری عمومی و خصوصی در حوزه مولفه‌های اجتماعی سلامت بیان شده است.

اقبال عمومی اخیر به مباحث کلان‌داده‌ها، زمینه و فرصت ارزشمندی برای درک بهتر مولفه‌های اجتماعی سلامت و هدایت روند تصمیم‌گیری در مسیر بهبود سلامت افراد و جوامع را فراهم کرده است. البته، فقدان راهبری، اولویت‌گذاری و سرمایه‌گذاری مانع پیشرفت در مسیر تبدیل موثر این رویکرد به اقدام داده-محور در حوزه مولفه‌های اجتماعی سلامت شده است. چالش‌های مختلفی در مسیر دستیابی به این اهداف در کشورهایی با جمعیت پردرآمد، کم‌درآمد و دارای درآمد متوسط دیده شده است. از این چالش‌ها می‌توان به دسترسی به داده‌ها، سلسله مراتب داده‌ها، تعاریف و معیارهای غیریکدست و ناهمگن مولفه‌های اجتماعی سلامت، و عدم وجود زیرساخت مناسب برای مشارکت جوامع محروم و در حاشیه اشاره کرد.

با وجود آگاهی روزافزون درباره لزوم گنجاندن مولفه‌های اجتماعی سلامت در روند تصمیم‌گیری در جامعه‌های دانشگاهی و مدنی، اجرای سیاست‌ها و برنامه‌های شواهد-محور برای رسیدگی به مولفه‌های اجتماعی سلامت یا فراهم کردن زمینه دسترسی به داده‌ها و بهبود دستاوردهای حوزه سلامت به‌کندی صورت گرفته است. تسهیل اقدامات در حوزه سلامت در بخش‌های گوناگون، نیازمند وجود گفت‌وگو مشترک از این مساله است که بهبود وضعیت سلامت منجر به سوددهی سرمایه‌گذاری‌های مالی در سطح کلان جامعه، و افزایش بهره‌وری، علاوه بر تقویت سلامت کل جامعه است. اراده سیاسی میان تصمیم‌گیرندگان نیز چالش مهمی در روند تصویب سیاست‌های مبتنی بر مولفه‌های اجتماعی سلامت است. از آنجاکه تشخیص تأثیر سیاست‌های مرتبط با مولفه‌های اجتماعی سلامت احتمالاً در کوتاه‌مدت دشوار خواهد بود، ترویج سلامت جامعه گزینه‌ای است که نهاد تصمیم‌گیرنده باید پیوسته و احتمالاً صرف‌نظر از الزامات سیاسی کوتاه‌مدت، به آن بپردازد.

بینش کمیسیون 3-D به سه حوزه مرتبط و عینی نیاز دارد تا بتواند به سیاست‌ها و برنامه‌های کاربردی تبدیل شود: اراده‌ی سیاسی، ظرفیت فنی و مشارکت عمومی. نخست، ایجاد اراده‌ی سیاسی مستلزم توسعه گفت‌وگو مشترک با تصمیم‌گیرندگان بخش‌های گوناگون، توجه به منافع بالقوه سرمایه‌گذاری برای بخش‌های دیگر، و تنظیم و تقویت معیارهای پیشرفت اجتماعی فراتر از شاخص‌های اقتصادی است. دوم، وجود ظرفیت فنی برای ارزش‌گذاری نوین داده‌ها و مولفه‌های اجتماعی سلامت، و ترجمان این دو به رهنمودهای کاربردی و استفاده از این رهنمودها برای بهبود تصمیمات سیاستی و وضعیت سلامت جامعه، ضروری است. سوم، مشارکت دادن جوامع در فرآیندهای تصمیم‌گیری می‌تواند منجر به بهبود کیفیت تصمیم‌گیری‌ها شود. مشارکت دادن در فرآیند تصمیم‌گیری به این معناست که تصمیم‌گیرندگان در روند تصمیم‌گیری به دیدگاه‌های طیف‌های گسترده ذینفعان توجه کنند: این تنوع افکار و دیدگاه‌ها فقدان داده‌های کامل و بی‌نقص را جبران می‌کند. البته این سه حوزه به سطحی از اعتماد حداقلی جامعه نیز نیاز دارند. این اعتماد نیز می‌تواند زمینه‌ساز اعتماد گسترده‌تر برای شکل‌دهی، حمایت و تقویت بهتر روند تصمیم‌گیری برای سلامت شود.

<sup>۱</sup> تصمیم‌گیری ترجمه‌ی decision-making است و باید از سیاست‌گذاری policy-making افتراق داده شود.

برای بهبود سلامت جوامع و رفع نابرابری‌ها در دستاوردهای سلامت جامعه که ناشی از نابرابری‌های ساختاری هستند - که بر اثر شیوع کووید-۱۹ تشدید شده‌اند- به رویکرد مبتنی بر مشارکت کل جامعه نیاز داریم. در این زمینه، تلاش مستمر برای بازتعریف مشکلات کلیدی و دستیابی به درک مشترک از چالش‌های بین‌بخشی‌تأثیرگذار بر حوزه سلامت ضروری است. همه‌ی دست‌اندرکاران و کنشگران مرتبط باید نقش مولفه‌های اجتماعی سلامت در شکل‌دهی به دستاوردهای حوزه سلامت را درک کنند. بنابراین، پاسخ‌گویی به پرسش‌های کلیدی در زمینه جمع‌آوری و به‌کارگیری داده‌ها ضروری است. این گزارش - و اصول و پیشنهادهای مرتبط با آن - نقشه راه تبدیل این اهداف به واقعیت را مشخص می‌کند.

---

### اصول و پیشنهادهای 3-D

---

#### اصول 3-D

- اصل ۱: تصمیم‌گیری شواهد-محور برای ارتقای سطح سلامت جوامع، باید فراتر از خدمات درمانی بوده و شامل به‌کارگیری داده‌های مربوط به مولفه‌های اجتماعی سلامت باشد.
- اصل ۲: همه تصمیمات مربوط به سرمایه‌گذاری در بخش‌های مختلف باید با رعایت ملاحظات مربوط به تأثیرات آن در حوزه سلامت گرفته شوند.
- اصل ۳: در روند تصمیم‌گیری‌های تأثیرگذار بر سلامت، برابری در سطح سلامت جوامع باید مد نظر قرار بگیرد و دادوستدهای احتمالی بین هزینه‌ها و مزایای کوتاه‌مدت و بلندمدت نیز به رسمیت شناخته شوند.
- اصل ۴: همه‌ی منابع داده‌های موجود درباره مولفه‌های اجتماعی سلامت باید در روند تصمیم‌گیری حوزه سلامت به کار گرفته شوند.
- اصل ۵: داده‌های مربوط به عوامل مولفه‌های اجتماعی سلامت باید در ترویج حکمرانی شایسته، شفاف و پاسخ‌گو نقش‌آفرینی کنند.
- اصل ۶: روند تصمیم‌گیری شواهد-محور برای بهبود سطح سلامت جوامع باید مشارکتی بوده و دیدگاه‌های متعدد و متنوع جامعه را مد نظر قرار دهد.

#### پیشنهادهای 3-D

- نهادهای مرتبط بین‌المللی، منطقه‌ای، ملی و محلی، از جمله تامین‌کنندگان مالی، باید به شکل قاعده‌مند به جمع‌آوری و انتقال لحظه‌ای داده‌های با کیفیت مربوط به دامنه‌ی گسترده‌ای از مولفه‌های اجتماعی سلامت - از جمله آموزش، مسکن، امور اقتصادی - به تصمیم‌گیرندگان و جوامع، در سطح محلی و ملی، بپردازند.
- دولت‌های ملی باید سامانه‌های شفاف برای جمع‌آوری داده‌های مربوط به عوامل مولفه‌های اجتماعی سلامت ایجاد کنند و صراحتاً از این داده‌ها در روند تصمیم‌گیری استفاده نمایند.
- نهادهای مرتبط بین‌المللی، منطقه‌ای، ملی و محلی، از جمله تامین‌کنندگان مالی، باید فرآیندهای پایش مستمر برای تضمین پاسخ‌گویی در حوزه تصمیم‌گیری‌های داده-محور در حوزه سلامت را مد نظر قرار دهند.
- نهادهای مرتبط بین‌المللی، منطقه‌ای، ملی و محلی، از جمله تامین‌کنندگان مالی، باید جمع‌آوری و تفسیر داده‌ها را بر مبنای مشارکت عمومی انجام دهند و این داده‌ها را به صورت عمومی در دسترس جوامع مرتبط و ذینفع قرار دهند.

---

مطالعه موردی: بررسی آمار چشمگیر شیوع بیماری‌های غیرواگیر بین پناهندگان اهل خاورمیانه

---

تا سال ۲۰۱۷، بیش از پنج میلیون و چهارصد هزار نفر به دلیل جنگ‌های سوریه آواره شده بودند. پناهجویان سوری که از جنگ و خشونت گریخته بودند، عمدتاً در مناطق شهری کشورهای همسایه، مانند لبنان، اردن و ترکیه، مستقر شدند.<sup>۱</sup> ورود گسترده آوارگان فشار هنگفتی به اقتصاد، جامعه و زیرساخت‌های این کشورها وارد کرد. یکی از مسائل مهم این بود که نظام‌های سلامت این کشورها قادر به رسیدگی مناسب به نیازهای بهداشتی و سلامت آوارگان نبودند. در سال ۲۰۱۸، بیماری‌های غیرواگیر (NCD) عامل حدود ۷۴٪ از موارد فوت آوارگان سوری و شهروندان کشورهای میزبان در منطقه خاورمیانه و شمال آفریقا بود.<sup>۲</sup> با وجود محدودیت تعداد پژوهش‌های مرتبط، پژوهشگران چنین فرض کرده‌اند که تنش ناشی از فرار از وطن به همراه تغییرات در رژیم غذایی و میزان فعالیت فیزیکی، احتمال شیوع بیماری‌های غیرواگیر بین آوارگان سوری را افزایش داده بود.<sup>۳</sup> برای رسیدگی به مشکلات ناشی از این بیماری‌ها، کمیسیون 3-D پیشنهاد کرده است که دولت‌های محلی سامانه‌های شفاف برای جمع‌آوری داده‌های مربوط به طیف گسترده عوامل تعیین‌کننده بهداشتی - از جمله مشکلات مربوط به جمعیت آوارگان ساکن محدودی مرزهای خودی - ایجاد کنند و مشخصاً از این داده‌ها در روند تصمیم‌گیری استفاده نمایند.

تداوم درگیری‌ها در سوریه و آمار چشمگیر شیوع بیماری‌های غیرواگیر بین آوارگان سوری و اتباع کشورهای میزبان مداخله‌ی دولت‌ها را بیش از پیش ضروری کرده است. البته، تصمیم‌گیری شواهد-محور برای ایجاد جوامع سالم باید فراتر از صرف ارائه‌ی خدمات درمانی و به‌کارگیری داده‌های مربوط به مولفه‌های اجتماعی سلامت باشد. بسیاری از آوارگان سوری، اهل جوامع آسیب‌دیده از موادی مانند فقر و جنگ، ضعف یا اختلال نظام سلامت، و بار سنگین بیماری‌های مختلف را تجربه کرده بودند. شرایط مهاجرت سبب تشدید نابرابری و قرار گرفتن مهاجران در معرض مشکلات شدید سلامت شده است. از جمله این شرایط می‌توان به مسائل مربوط به جابجایی، وضعیت قانونی افراد و سیاست‌های محلی که زمینه‌ساز یا مانع دسترسی به خدمات بهداشتی و اجتماعی می‌شوند، اشاره کرد. این شرایط باعث تشدید آسیب‌پذیری پناهندگان در برابر عفونت‌ها، بیماری‌های مزمن و بیماری‌های غیرواگیر از جمله پرفشاری خون، دیابت و انواع سرطان‌ها می‌شود.<sup>۴</sup>

در حال حاضر، داده‌های چندانی درباره وضعیت کلی سلامت پناهجویان و مهاجران وجود ندارد. البته راهبردهای مداخله‌ای نیز به شکل گسترده ارزیابی نشده‌اند.<sup>۵</sup> با این وجود، سیاست‌گذاران باید نمونه‌ی روال‌های مناسب و شایسته و مولفه‌های اجتماعی سلامت را با داده‌های موجود تعریف کنند. برنامه مهاجرت و سلامت دفتر منطقه‌ای WHO در اروپا برای حمایت از کشورهای عضو در زمینه افزایش ظرفیت بخش سلامت و اجرای اقدامات شواهد-محور برای رسیدگی به چالش‌های سلامت پناهندگان و مهاجران شکل گرفت. این برنامه برای تقویت سلامت پناهندگان و مهاجران و محافظت از سلامت اعضای جامعه میزبان اجرا شد.<sup>۶</sup>

با جمع‌آوری داده درباره‌ی طیف گسترده‌ی مولفه‌های اجتماعی سلامت، از جمله مذهب و فرهنگ، محیط زیست و عواطف فردی و گروهی، و گنجاندن ملاحظات این عوامل در راهکارهای سیاستی مرتبط، تصمیم‌گیرندگان می‌توانند به نتایج مطلوبی در حوزه سلامت دست یابند. این باید یکی از عوامل اساسی فرآیند تصمیم‌گیری باشد. در مورد پناهندگان سوری، داده‌ها احتمالاً می‌توانند درک ما از مولفه‌های اجتماعی سلامت را بهبود ببخشند و روند تصمیم‌گیری شواهد-محور را تسهیل کنند و بدین ترتیب، میزان شیوع بیماری‌های غیرواگیر بین این گروه از پناهجویان کاهش یابد.

<sup>1</sup> McNatt, Z. بررسی میزان شیوع بیماری‌های غیرواگیر بین آوارگان داخلی در خاورمیانه و شمال آفریقا - یک مرور حوزه‌ای. *Conflict and Health*. 14. (2020). 9  
<https://doi.org/10.1186/s13031-020-0255-4>

<sup>2</sup> همان

<sup>3</sup> M.، El Koussa، H.، Shatila، F.، Naja و دیگران. مشکلات شیوع بیماری‌های غیرواگیر بین آوارگان سوری: یک مرور حوزه‌ای. *BMC Public Health*. 19. (2019). 637  
<https://doi.org/10.1186/s12889-019-6977-9>

<sup>4</sup> دفتر منطقه‌ای سازمان جهانی بهداشت برای اروپا. *Health promotion for improved refugee and migrant health – technical guidance* (ترویج سلامت برای تقویت سلامت پناهندگان و مهاجران - راهنمای فنی). سازمان جهانی بهداشت؛ 2018.

<sup>5</sup> همان

<sup>6</sup> همان