

تکاپو در بنا نهادن آینده ای عادلانه تر در راستای

دستیابی به عدالت در سلامت

در منطقه مدیترانه شرقی

سازمان جهانی سلامت

گزارش کمیسیون عوامل اجتماعی موثر بر سلامت از عوامل اجتماعی موثر بر سلامت در منطقه مدیترانه شرقی



الحمد لله

تکاپو در بنا نهادن آینده ای عادلانه تر در راستای

دستیابی به عدالت در سلامت

در منطقه مدیترانه شرقی

گزارش کمیسیون عوامل اجتماعی موثر بر سلامت از عوامل اجتماعی موثر بر سلامت در منطقه مدیترانه شرقی

برگردان به پارسی

- دکتر عفت محمدی (عضو هیات علمی مرکز تحقیقات عدالت در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران)
- فاطمه یافتیان (کارشناس پژوهشی مرکز تحقیقات عدالت در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران)
- نگین توران (کارشناس پژوهشی مرکز تحقیقات عدالت در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران)

نظارت، ویرایش و تایید:

- دکتر باقر لاریجانی (رئیس شبکه تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، معاونت پژوهشی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی)
- دکتر علیرضا اولیایی منش (رئیس مرکز تحقیقات عدالت در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران)
- دکتر امیرحسین تکیان (معاون پژوهشی مرکز تحقیقات عدالت در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران)

مرکز تحقیقات عدالت در سلامت

دانشگاه علوم پزشکی تهران

بهار ۱۴۰۰

فهرست کتابخانه ی سازمان جهانی سلامت در انتشار داده ها

انتشارات: سازمان جهانی سلامت. دفتر منطقه ای مدیترانه ی شرقی، موسسه عدالت در سلامت، اتحادیه سیاست گذاری و تحقیقات نظام سلامت
عنوان: تکاپو در بنا نهادن آینده ای عادلانه تر در راستای دستیابی به عدالت در سلامت در منطقه مدیترانه شرقی: گزارش کمیسیون عوامل
اجتماعی موثر بر سلامت در منطقه مدیترانه شرقی – خلاصه اجرایی / سازمان جهانی سلامت. دفتر منطقه ای مدیترانه ی شرقی، موسسه عدالت
در سلامت، اتحادیه سیاست گذاری و تحقیقات نظام سلامت

شرح: قاهره: سازمان جهانی سلامت. دفتر منطقه ای مدیترانه ی شرقی، ۲۰۲۱ | شامل منابع کتاب شناسی می شود.

شناسه: ISBN 978-92-9022-497-6 (pbk.) | ISBN 978-92-9022-501-0 (آنلاین)

موضوعات: عدالت در سلامت | نابرابری های خدمات سلامت | عوامل اجتماعی موثر بر سلامت | منطقه مدیترانه شرقی

دسته بندی: NLM W 76

© World Health Organization 2021

حقوق این اثر محفوظ می باشند (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>; CC BY-NC-SA 3.0 IGO).

"این ترجمه توسط سازمان جهانی سلامت (WHO) تولید نشده است. این سازمان نسبت به اطلاعات و صحت این ترجمه مسئول نیست. نسخه
انگلیسی این گزارش نسخه اصلی خواهد بود."

منبع دهی پیشنهادی:

Commission on Social Determinants of Health in the Eastern Mediterranean Region. Build back fairer: achieving health equity
in the Eastern Mediterranean Region: report of the Commission on Social Determinants of Health in the Eastern Mediterranean
Region – executive summary. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0
IGO.

فهرست مطالب

پیش گفت نماینده سازمان جهانی سلامت در ایران	۷
پیش گفت رییس شبکه تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت	۸
پیش گفت مرکز تحقیقات عدالت در سلامت	۱۰
فصل اول: کمیسیون عوامل اجتماعی موثر بر سلامت: اهداف و رویکردها	۱۳
منطقه مدیترانه شرقی	۱۴
رویکرد عوامل اجتماعی موثر بر سلامت	۱۵
کووید-۱۹ و بی عدالتی ها	۱۷
اقدام کنید، بیشتر عمل کنید، بهتر عمل کنید	۱۷
داده ها و شواهد بی عدالتی در عوامل اجتماعی موثر بر سلامت	۱۹
پیشنهاداتی برای اقدام در خصوص عدالت در سلامت در منطقه مدیترانه شرقی	۱۹
بنا نهادن جهانی عادلانه تر	۲۰
فصل دوم: بی عدالتی های سلامت در منطقه	۲۲
پیشرفت سلامت در منطقه	۲۲
بی عدالتی در امید به زندگی و سلامتی در داخل کشورها	۲۴
بیماری های غیرواگیر	۲۵
سلامت روان	۲۸
بیماری های واگیر	۲۸
خشونت و تصادفات	۲۸
خلاصه	۲۹
فصل سوم: کووید-۱۹ و بی عدالتی ها در منطقه	۳۲
بی عدالتی ها در ابتلا و مرگ و میر ناشی از کووید-۱۹	۳۲
دسترسی به خدمات سلامت	۳۳
دسترسی به واکسن	۳۳
بی عدالتی های ناشی از اقدامات پیشگیرانه ی کووید-۱۹	۳۴
خلاصه	۳۸
فصل چهارم: درگیری، جنگ و پیامدهای آن، مهاجرت	۴۰
مسئولیت ها و فعالیت های بشر دوستانه	۴۰
سلامت مهاجرین و جمعیت مقصد را در اولویت سیاست های مهاجرتی قرار دهید	۴۲
تاثیرات منفی تحریم ها بر سلامت و عوامل اجتماعی موثر بر سلامت را برجسته کنید و آنها را کاهش دهید	۴۵
به تصمیمات سازمان ملل متحد در خصوص سرزمین فلسطین اشغالی پایبند باشید	۴۵
فصل پنجم: محرک های اقتصاد بر بی عدالتی های سلامت	۴۸
اجرای سیاست های مالی پیش رونده	۴۸
افزایش کمک های توسعه ای از طرف کشورهای ثروتمند منطقه به میزان ۰.۰۷ درصد درآمد ناخالص ملی	۵۳
سیاست ها باید در جهت ارائه خدمات عمومی متمرکز شوند	۵۳
فصل ششم: فرهنگ و جامعه در منطقه مدیترانه شرقی	۵۶
تقویت همکاری با رهبران و سازمان های مذهبی برای حمایت از عدالت در سلامت	۵۶
دستیابی به پیشرفت در عدالت جنسیتی	۵۷
حذف تبعیض و محرومیت علیه مهاجران، پناهندگان و آوارگان داخلی	۵۹
فصل هفتم: محیط زیست و عدالت در سلامت	۶۲
تغییرات اقلیمی را کاهش داده و با آنها سازگار شوید، انرژی تجدید پذیر را افزایش داده و از عدالت در سلامت در راستای اجرای قرارداد اقلیمی پاریس و موضوعات مرتبط با توسعه ی پایدار حمایت کنید	۶۲

متنوع سازی اقتصاد منطقه مدیترانه شرقی به دور از اتکا به سوخت های فسیلی.....	۶۴
افزایش حفاظت از منابع طبیعی و بهبود مدیریت آب در منطقه.....	۶۶
فصل هشتم: عدالت در سلامت مادر و کودک، سالهای اولیه دوران کودکی و آموزش	۶۸
از سلامت عادلانه ی مادر و کودک مطمئن شوید.....	۶۸
عدالت در دسترسی به آموزش عالی.....	۷۳
با ارتقای وضعیت آموزش و اشتغال زنان، در عدالت جنسیتی پیشرفت ایجاد کنید.....	۷۷
فصل نهم: زندگی کارگری و عدالت در سلامت	۷۹
برای بهبود عدالت در سلامت، نرخ بیکاری را با تمرکز بر جوانان و زنان کاهش دهید.....	۷۹
کیفیت شغل را برای بهبود عدالت در سلامت ارتقا دهید.....	۸۲
اشتغال غیر رسمی را قانون مدار کنید و کار کودکان، بردگی و قاچاق را ریشه کن نمایید.....	۸۴
فصل دهم: سالمندی سالم	۸۷
گسترش خدمات قابل ارائه با بودجه دولتی برای افراد مسن.....	۸۷
افزایش حقوق بازنشستگی از طریق ارائه یارانه های دولتی.....	۸۸
تدوین راهبرد های ملی برای بهبود سلامت و رفاه افراد مسن و تمرکز بر پیری فعال.....	۹۰
فصل یازدهم: محیط زیست و عدالت در سلامت	۹۲
از پوشش همگانی خدمات سلامت اطمینان حاصل کنید و کیفیت مسکن را بهتر کنید.....	۹۲
سیستم های حمل و نقل پایدار و قابل دسترس ایجاد کنید.....	۹۵
سازوکارهای برنامه ریزی ملی و منطقه ای را تقویت کنید.....	۹۶
فصل دوازدهم: نظام های سلامت برای عدالت در سلامت	۹۸
در سراسر منطقه پوشش همگانی خدمات سلامت را تقویت کرده و از دسترسی عادلانه و قابل پرداخت به خدمات سلامت مطمئن شوید.....	۹۸
اجرای صحیح عملکردهای اساسی بهداشت عمومی برای کشور ها.....	۱۰۱
نظام های سلامت را با تمرکز بر عدالت، پیشگیری و اقدام در جهت عوامل اجتماعی موثر بر سلامت توسعه دهید.....	۱۰۱
فصل سیزدهم: حکمرانی و بنا نهادن جهانی عادلانه تر	۱۰۴
منابع	۱۰۷

پیش گفت نماینده سازمان جهانی سلامت در ایران

مفتخرم که این فرصت در اختیار من قرار گرفت که این پیش گفت را برای نسخه فارسی گزارش کمیسیون عوامل اجتماعی موثر بر سلامت^۱ (CSDH) دفتر مدیترانه شرقی سازمان جهانی سلامت، که اخیراً با هدایت دکتر احمد المنظری^۲، مدیر دفتر منطقه مدیترانه شرقی در رابطه با مؤلفه های اجتماعی موثر بر سلامت^۳ (SDH) انتشار یافت، بنگارم. به تلاش ارزشمند مرکز تحقیقات عدالت در سلامت دانشگاه علوم پزشکی تهران (TUMS) در جهت ترجمه و نشر این اثر مهم و راهبردی ادای احترام می نمایم و همچنین مراتب قدردانی خود را به وزیر محترم بهداشت جمهوری اسلامی ایران و رئیس ارجمند دانشگاه علوم پزشکی تهران برای حمایت ایشان تقدیم می کنم. ثمره ی این تلاش ها ایجاد فرصتی برای متخصصین، تصمیم سازان و جوامع نه تنها در جمهوری اسلامی ایران، بلکه در تمامی کشورهای منطقه در جهت فهم بهتر شواهد و توصیه های مطرح شده در این گزارش است.

این گزارش بیان می دارد که سلامت در مفهوم عام خود، تنها با ابراز توجهی ویژه به عوامل اجتماعی موثر بر سلامت بهبود خواهد یافت. تاثیر شدید و عمیق عواملی مانند نابرابری های اجتماعی و درآمدی، تحصیلات، توانمند سازی جوامع و غیره بر پیامدهای سلامت در طول سال های گذشته آشکار شده اند. بسیاری از شواهد مرتبط با این تاثیرات و محرک ها از یک دهه پیش در حال گردآوری است. واقعیتی که در طول جهان گیری کووید-۱۹ شاهد آن بوده ایم به توجه افزون تر به جایگاه بنیادین اعتبار مباحث مرتبط با SDH، به ویژه در سال گذشته انجامیده است که به نوبه خود، بار دیگر اهمیت مرکزیت سلامت به عنوان محور سیاست گذاری های جهانی و ملی برای توسعه را اثبات می کند. اگر جهان نمی خواهد شرایطی مانند آن چه جهان گیری کووید-۱۹ رقم زد را دوباره شاهد باشد، مرکزیت سلامت در تمامی ۱۶ هدف باقی مانده از اهداف توسعه پایدار، حتی ضروری تر از گذشته خواهد بود.

اجرا و پیاده سازی توصیه های مطرح شده در این گزارش تاثیری شگرف بر دستیابی کشورها به نظام های سلامت عادلانه تر، تاب آورتر و مقاوم تر خواهد داشت. همچنین این گزارش، چگونگی سیاست گذاری در سطوح ملی و فرو ملی را با استفاده از رویکردی بهداشتی و در راستای پیاده سازی سیاست های سلامت محور، به گونه ای کارا بیان می کند. بسیاری از شواهدی که در طول گزارش ارائه شده اند، از جمهوری اسلامی ایران گردآوری شده که مايلم مراتب قدردانی و سپاس خود را به نمایندگی از سازمان جهانی سلامت از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و همچنین دانشگاه علوم پزشکی تهران ابراز نمایم. اقداماتی که با هدایت دانشگاه علوم پزشکی تهران، به عنوان نماد آموزش عالی ایران و دبیرخانه مراکز تحقیقات مؤلفه های اجتماعی موثر بر سلامت پیرامون این مقوله اساسی در حال انجام است با پیاده سازی توصیه های این گزارش بیش از پیش تقویت خواهند شد. سازمان جهانی سلامت، برای تقویت و تحکیم هرچه بیشتر تلاش ها در جهت ایجاد و گسترش فرصت های در دسترس، نه فقط برای جمهوری اسلامی ایران بلکه در سطح منطقه در آینده نیز همکاری نزدیکی با وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و همچنین دانشگاه علوم پزشکی تهران خواهد داشت.

با تقدیم احترام

دکتر سید جعفر حسین

نماینده و رئیس دفتر سازمان جهانی سلامت در
جمهوری اسلامی ایران



¹ Commission on Social Determinants of Health (CSDH)

² Dr. Ahmed Almandhari

³ Social Determinants of Health (SDH)

پیش گفت رییسی شبکه تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت

بهره مندی و دسترسی عادلانه مردم به خدمات سلامت از اهمیت به سزایی در نظام های سلامت برخوردار است؛ به گونه ای که کشورهای گوناگون برای رصد، پایش و ارزیابی وضعیت نابرابری های سلامت، برنامه های متفاوت و متعددی را طراحی و پیاده سازی می کنند. فرآیند پایش نابرابری های سلامت و وضعیت عدالت در سلامت می تواند نشان دهد آیا شاخص های عدالت در سلامت در سطح جمعیت؛ وضعیت دسترسی مردم به خدمات سلامت، وضعیت هزینه های کمرشکن و وضعیت سلامتی در حال بهبود، بدتر شدن یا ثابت ماندن است. نتایج پایش ها هم چنین می تواند نشان دهد آیا سیاست ها، برنامه ها و عملکردها آن چه را که برای دستیابی به آن طراحی شده اند، به دست آورده اند.

جهان گیری کووید-۱۹ نیاز شدید همیشگی به هم دلی، مشارکت و یکپارچگی در سراسر گیتی را آشکارتر نموده است. از این رو و با هدف نیل به توسعه پایدار سلامت در کشورهای عضو، سازمان جهانی سلامت بیش از پیش در تلاش برای تقویت نظام سلامت کشورها برای دستیابی به پوشش همگانی سلامت و تحقق عملیاتی عدالت در سلامت برای همه انسان ها بوده است. این سازمان سال هاست که با جمع آوری و ارائه داده های قابل استناد از کشورهای عضو در تلاش برای ارائه نقشه ای فرا مرزی از سلامت مردم دنیاست. همچنین با هدف حمایت از پیشرفت نظام های سلامت و دستیابی به اهداف سلامت، ابزارهای گوناگون سنجش وضعیت سلامت توسط این سازمان تهیه شده اند و با انتشار گزارشات و تجارب کشورها، سازمان جهانی سلامت نقش بارزی در تسهیل راه سیاست گذاران و تصمیم گیران برای تحقق چشم انداز نیل به آینده ای بهتر و سالم تر داشته است. گزارش پیش رو، که توسط دفتر مدیترانه شرقی سازمان جهانی سلامت^۱ و با مشارکت نماینده کشورمان تهیه شده است، در همین راستا و با رویکرد گسترش آگاهی و تثبیت نقش اساسی عوامل اجتماعی موثر بر سلامت^۲، بر بهداشت عمومی و فردی در جمعیت های مختلف و همچنین تاکید بر اصل و نقش مهم رعایت عدالت در سلامت انتشار یافته است.

نقش عوامل اجتماعی بر سلامت در سال های اخیر در سراسر دنیا و همین طور کشور عزیزمان ایران، مورد توجه و تاکید فراوان قرار گرفته است. در دهه های گذشته فرض بر این بود که عوامل تعیین کننده و تاثیر گذار بر سلامت افراد و جوامع، صرفا مداخلات بهداشتی، دارو و درمان های پزشکی باشند. در هزاره سوم، یافته های غیر قابل انکار، که میزان آنها مدام در حال افزایش است، نشان می دهند سهم عمده (برخی تخمین ها تا ۸۰ درصد) ریشه های تعیین کننده سلامت افراد در عواملی همچون سطح درآمد خانوار، میزان و نوع تغذیه، تکامل سالهای ابتدایی کودکی، سطح تحصیلات کودکان و والدین و همچنین وضعیت اقتصادی-اجتماعی آنهاست که عمدتا در خارج از مرزهای بخش سلامت تعیین می شوند و به مراتب نقش پررنگ تر و اساسی تری در تعیین میزان سلامت جسمی و روانی آنها ایفا می نمایند. از طرفی این عوامل ریشه اصلی نابرابری ها در سلامت جوامع میباشند. از این رو پژوهش ها و سنجش نظام مند و درست چنین شاخص های اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و ملی که تاثیراتی مستقیم و یا غیر مستقیم دراز مدت و یا کوتاه مدت بر سلامت افراد دارند و میزان نیاز و بهره مندی آنها از خدمات سلامت را تبیین می کنند در سالیان اخیر افزایش چشم گیری داشته است.

عدالت یکی از ارکان اصلی دین مبین اسلام و نظام جمهوری اسلامی ایران است و پیشرفت آن از ارکان نظام سلامت به شمار می رود. نابرابری هایی که شهروندان کشورمان در دسترسی و بهره مندی از خدمات سلامت، دریافت خدمات با کیفیت و مقرون به صرفه تجربه می کنند از جمله چالش های اساسی هستند که باید برای آنها چاره اندیشید و مرتفع ساخت؛ چرا که این مباحث از اصلی ترین عوامل بازدارنده برای نظام سلامت در ایجاد سلامت مطلوب برای تمامی جمعیت و دستیابی به پوشش همگانی سلامت است. از آنجا که بی عدالتی در سلامت منتج از عوامل اجتماعی موثر بر سلامت است، پس از تثبیت جایگاه عوامل اجتماعی موثر بر سلامت در تعیین سلامت جوامع، توجه به مباحث عدالت در سلامت رونق گرفت. واژه عدالت در سلامت توسط سازمان جهانی سلامت به صورت "نبود هر گونه نابرابری و تفاوت های قابل پیشگیری در میان گروه های مختلف جامعه" تعریف شده است. از این تعریف نتیجه می شود نابرابری های در دسترسی و بهره مندی از خدمات سلامت در میان گروه

^۱. WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean

^۲. Social Determinants of Health

های مختلف مردم، ناشی از کژکارکردی ها، کم کاری ها و سیاست های نادرست می باشد. گسترش جهان گیری کووید-۱۹ اگرچه زیان های فراوانی برای تمامی بخش های کشور از جمله اقتصاد، اشتغال، سلامت و آموزش داشته است، اما بحران کم نظیر ناشی از شیوع این ویروس کشنده، به همراه گسترش آگاهی اجتماعی نسبت به مسائلی که پیش از این نادیده گرفته شده و یا کم اهمیت خوانده می شدند، سبب شد تا اهمیت مسائل اجتماعی و خصوصا عدالت در دستیابی و حفظ سلامت مطلوب برای گروه های مختلف جمعیتی و خصوصا اقشار آسیب پذیر و نیازمند بیشتر آشکار شود. کووید-۱۹ اولویت سلامت بر همه شوون سپهرسیاستگذاری عمومی را روشن کرد و اهمیت سلامت مطلوب برای تمامی افراد جامعه را مشخص تر نمود. این بزرگترین بحران معاصر هم چنین نشان داد که سلامت، پدیده ای پیچیده و چند وجهی است که تمامی جوانب فردی و اجتماعی زندگی را در برمی گیرد. اصولا سلامت تمامی شهروندان به صورت شبکه ای در هم تنیده در گرو سطح سلامت، رفتارهای پر خطر و میزان پیروی از اصول بهداشتی توسط دیگر افراد جامعه و از همه مهم، عوامل اجتماعی و بین بخشی موثر بر سلامت است.

اکنون که در مرحله گذار به دوران نسبتا نامشخص پسا کووید-۱۹ به سر می بریم، داده ها و شواهد نشان داده اند که شهروندان نابرخوردارتر در تمامی کشورهای درگیر همه گیری، عوارض و مرگ و میر بسیار بیشتری در اثر کووید-۱۹ نسبت به افراد برخوردار تجربه کرده اند. نقش حیاتی و پایه ای عوامل اجتماعی موثر بر سلامت و بی عدالتی هایی که اقشار مختلف در دستیابی به سلامت مطلوب تجربه می کنند، بر سطح سلامت کلی کشور و حتی منطقه و دنیا تاثیر گذار است. علی رغم دشواری های پرشمار، اکنون شاید بهترین فرصت برای پایه ریزی و اجرای اقداماتی میان بخشی، چند بعدی، برنامه ریزی شده و هدفمند برای کاهش عوامل بازدارنده دستیابی به سلامت است. که علت العلل بی عدالتی ها در سلامت نیز میباشند. بنابراین رواست تا از این فرصت برای حصول به پیشرفت در محرک های اجتماعی سلامت استفاده کنیم و در جهت دستیابی به توسعه پایدار سلامت، فرآیندها را با رویکرد دستیابی به آینده ای بهتر، سالم تر و عادلانه تر بازسازی نماییم.

کتاب حاضر که ترجمه اثری با عنوان "تکاپو در بنا نهادن آینده ای عادلانه تر در راستای دستیابی به عدالت در سلامت در کشورهای منطقه مدیترانه شرقی سازمان جهانی سلامت" است، توسط دفتر منطقه ای سازمان بهداشت جهانی و مشارکت اینجانب به نمایندگی از کشورمان منتشر گردیده است. این گزارش توسط کمیسیون متخصص و مستقل در حوزه ی عوامل اجتماعی موثر بر سلامت در منطقه مدیترانه شرقی با مسئولیت پروفیسور مایکل مارموت تهیه شده است و یافته های تحلیلی آن با شواهد سراسر دنیا در خصوص نقش حیاتی عوامل اجتماعی موثر بر سلامت در ایجاد بی عدالتی های سلامتی در داخل و در بین کشورها هم راستایی نزدیکی دارند. گزارش این کمیسیون شامل پیشنهاداتی برای اقدام در جهت ایجاد شرایطی است که امید است تمامی ساکنان منطقه، که شامل کشورهایی با بیشترین درآمد سرانه در دنیا، مانند کویت و قطر و کشورهایی که در زمره ی فقیر ترین کشورهای دنیا، مانند افغانستان، جیبوتی و یمن هستند را قادر سازد تا با انجام زندگی عزت مند، به سلامتی بهتری دست یابند که می تواند در نهایت به توزیع عادلانه تر سلامت و عدالت در سلامت بهتر بیانجامد.

از همکاران عزیزم در مرکز تحقیقات عدالت در سلامت دانشگاه علوم پزشکی تهران، آقایان دکتر علیرضا اولیایی منش و دکتر امیرحسین تکیان و همکاران ایشان که برگردان گزارش به فارسی و انتشار آن برای استفاده علاقه مندان را فراهم آوردند، سپاسگزاری و قدردانی می کنم.

دکتر باقر لاریجانی

رئیس شبکه تحقیقات مؤلفه های اجتماعی موثر بر
سلامت در ایران



پیش گفت مرکز تحقیقات عدالت در سلامت

یکی از کارکردهای اصلی دولت ها در دنیای کنونی، تضمین سلامت شهروندان و ایجاد جامعه ای سالم هم از طریق ترغیب و تشویق سبک زندگی سالم و جلوگیری از عوامل آسیب رسان به سلامت و هم با ارائه عادلانه مراقبتهای با کیفیت سلامت بدون توجه به نژاد، مذهب، جنس و توانایی پرداخت افراد می باشد، به گونه ای با در نظر گرفتن منابع محدود کشورها، توزیع خدمات در بین آحاد مردم با محوریت گروههای آسیب پذیر اجتماعی انجام گردد.

افزایش دسترسی و بهره مندی از مراقبتهای سلامت نه تنها بعدی از نظام سلامت عادلانه بر شمرده می شود، بلکه یکی از شاخص های توسعه یافتگی می باشد که به عنوان هدف بنیادین جهت توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جوامع شناخته می شود. از این رو در سالهای اخیر، تلاش برای دستیابی به برابری در دسترسی و بهره مندی از مراقبت های سلامت از طریق توجه به خدمات سلامتی اولیه و با بهره گیری از الگوهای موفق جهانی، مرکز توجه بسیاری از اقدامات اساسی و زیربنایی برای اصلاحات بخش سلامت در کشورهای گوناگون بوده است، که به نظر می رسد لازم است در هنگامه پسا کووید-۱۹ نیز با جدیت و تمرکز افزون تر، پیگیری شود.

شرایط اقتصادی و اجتماعی جامعه مانند شرایط شغلی نامناسب، درآمد پایین، شرایط مسکن نامناسب، محدودیت دسترسی به آب آشامیدنی، نبود سیستم فاضلاب مناسب و عدم توجه به شرایط سالمندی به طور مستقیم و غیر مستقیم بر جنبه های مختلف سلامت افراد تاثیر گذارند؛ به طوریکه این عوامل، بسیار بیشتر و حتی پیش تر از بخش سلامت سبب ایجاد مرگ و میر و انواع بیماری های واگیر و غیر واگیر مانند بیماریهای عفونی، افسردگی و انواع اختلال های روان شناسی، دیابت، ایدز و افزایش وزن، عدم تحرک و سوء تغذیه می شوند. شواهد نشان میدهند که این عوامل به صورت غیر برابری به سلامت محرومین و طبقات فقیر جوامع آسیب رسانده و سبب بی عدالتی در سلامت به طور گسترده گردیده اند. حتی در بحران حال حاضر جهان گیری کووید-۱۹ نیز شواهد فراوانی از سراسر گیتی در دست است که متأسفانه اقشار فرودست و شهروندان نابرخوردار، عوارض و مرگ و میر بیشتر و بارزتری نسبت به افراد برخوردار داشته اند. در تعریف سازمان جهانی سلامت، سلامت نه تنها نبود بیماری، بلکه به معنای نیک بودی کامل بدنی، روانی و اجتماعی و حتی معنوی بیان شده است. بر این اساس، عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت، یعنی شرایط گوناگون و پرشمار اجتماعی و اقتصادی که انسان ها در طول چرخه زندگی از تولد تا مرگ و حضور در اجتماع با آنها رو به رو هستند، از اساسی ترین مولفه های تعیین کننده سلامتی انسان ها محسوب می شوند. مطالعات و شواهد فراوان در منطقه ای از سازمان جهانی سلامت که ما در آن زندگی می کنیم، یعنی منطقه مدیترانه شرقی سازمان جهانی سلامت که ۲۲ کشور از شمال غرب آفریقا تا غرب آسیا را در بر می گیرد، بیان گر آن است که بخش قابل توجه بار بیماری ها و نابرابری های سلامت، به ویژه ناشی از عوامل اقتصادی و اجتماعی است. در واقع از دریچه یک نگاه جامع تر می توان گفت ترکیب ناهمگونی از سیاست ها، مسایل اقتصادی، سیاسی و امنیتی منطقه، وضعیت بی ثبات و تنش های مزمن و فزاینده، شرایطی را برای حدود ۷۰۰ میلیون مردم ساکن منطقه ما پدید آورده اند که پیامدهای ژرف بر سلامت آنها داشته است. فقر، کم سواد، زیر ساخت های ضعیف، حفاظت مالی غیر موثر و شکننده و در یک کلام، اولویت پایین سلامت همه جانبه به عنوان محور توسعه جوامع در این منطقه، از چالش های همیشگی سلامت و توسعه در منطقه مدیترانه شرقی بوده است، که یقیناً با توجه به وجود جنگ، نزاع های قومی و قبیله ای، و برخی برداشتهای متعصبانه و سطحی نگر از دین در منطقه، حین و پس از بحران همه گیری کووید-۱۹ بیشتر نیز خواهند شد (به عنوان مثال در این منطقه با در برداشتن حدود ۹ درصد جمعیت جهان، ۱.۶٪ از منابع مالی سلامت هزینه می شود که منجر به فقیر شدن و هزینه های کمرشکن برای بسیاری شهروندان گردیده است).

سازمان جهانی سلامت نزدیک به دو دهه است که مولفه های اجتماعی موثر بر سلامت و راه های ارتقای عدالت در سلامت در کشورهای عضو را به عنوان یکی از حوزه های عملکردی خود تعریف کرده است و از این روی به تهیه گزارش های مستمر و به روز نمودن آنها با هدف یاری رساندن و راهنمایی نظام های سلامت کشورهای عضو اقدام نموده است. در همین راستا، کمیسیون عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت در منطقه مدیترانه شرقی و با عضویت نماینده کشورمان، اخیراً گزارش نسبتاً جامعی از سرفصل های گوناگون وضعیت نابرابری های سلامت در

منطقه، با تمرکز بر نظام های سلامت و نقش دولت ها در دستیابی به اهداف عدالت در سلامت شهروندان منتشر کرده است و از کشورها برای مقابله با عوامل اجتماعی موثر بر سلامت دعوت به همکاری می نماید.

مرکز تحقیقات عدالت در سلامت دانشگاه علوم پزشکی تهران، به عنوان تنها مرکز پژوهشی رسمی در کشور با عنوان عدالت در سلامت و هم چنین به عنوان دبیرخانه شبکه مراکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، انتشار گزارشات معتبر جهانی، منطقه ای و ملی و حمایت طلبی در ارتباط با شواهد در زمینه عدالت در سلامت در کشور عزیزمان را به عنوان یکی از رسالت های اساسی خود تعریف کرده است. چالش جدی گسترش نابرابری تحت تاثیر عواملی همچون جهان گیری کووید-۱۹، جنگ و تحریم، منازعات پی در پی در منطقه ما، مهاجرت، چالش های زیست محیطی، بیکاری و فقر در بسیاری از کشورها، می تواند تمامی دولت ها را با بحران های جدی مواجه کند. لازم است همه با هم با اشراف بر وضعیت شاخص های نابرابری در زیست بوم فرو ملی، ملی و منطقه ای، اولویت این مهم را درک کنیم و با برنامه ریزی و صرف درست منابع در بهبود آن بکوشیم، که فردا دیر است. امیدواریم محتوای این گزارش ارزشمند راه گشای مدیران، تصمیم سازان و سیاستگذاران نظام سلامت در آینده نزدیک باشد.

خدایا چنان کن سرانجام کار

تو خوشنود باشی و ما رستگار

دکتر علیرضا اولیایی منش

رئیس مرکز تحقیقات عدالت در سلامت
دانشگاه علوم پزشکی تهران



دکتر امیرحسین تکیان

معاون پژوهشی مرکز تحقیقات عدالت در سلامت
دانشگاه علوم پزشکی تهران



نهم خرداد ۱۴۰۰



©WHO/EMRO



کمیسیون عوامل اجتماعی موثر بر سلامت:

اهداف و رویکردها

در سال ۲۰۱۹، دکتر احمد المنظری، مدیر دفتر منطقه مدیترانه شرقی سازمان^۱ جهانی سلامت^۲، کمیسیون تخصصی و مستقلی در حوزه ی عوامل اجتماعی موثر بر سلامت^۳ در منطقه مدیترانه شرقی را پایه گذاری کرد.^۴

اهداف این کمیسیون عبارتند از:

۱. تحلیل و ارائه داده های مرتبط با بی عدالتی های سلامت و عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، که منطقه مدیترانه شرقی با آنها مواجه می باشد.
۲. ثبت اقداماتی که توسط سازمان های بین المللی، دولت ها، سازمان های مردم نهاد^۵ و جوامع مدنی برای مقابله با این مشکلات در حال انجام است.
۳. گردآوری دانش و شواهد علمی در جهت ارائه پیشنهادات عملی و دقیق برای کاهش بی عدالتی های سلامت.
۴. تهیه ی راهنمایی های راهبردی برای توسعه ی برنامه های عدالت محور، شامل حاکمیت و پایش نظام های سلامت در خصوص عدالت در سلامت.

1. WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean (EMRO)

2. World Health Organization (WHO)

3. Social Determinants of Health (SDH)

4. کمیسیونرها: Abdirisak Dalmar, Adel Al Zayani, Anita Zaidi, Assad Hafeez, Bagher Larijani, David Bishai, Hoda Rashad, Iman Nuwayhid, K.Srinath Reddy, Michael Marmot, Rajae El-Aouad, Rowaida Al-Maaitah, Salwa Najjab, Senait Fisseha, and Stephen Gloyd.

5. Non-Governmental Organization (NGO)

۵. شناسایی فرصت ها برای ایجاد ظرفیت از طریق پژوهش و ارزیابی بی عدالتی های سلامت، تدوین برنامه هایی برای اقدامات اجرایی و ایجاد شبکه های دانش در سراسر منطقه مدیترانه شرقی.

تاثیرات ناعادلانه ی جهان گیری کووید-۱۹ نیازمند هدف اضافه ی دیگری برای کمیسیون نیز بود.

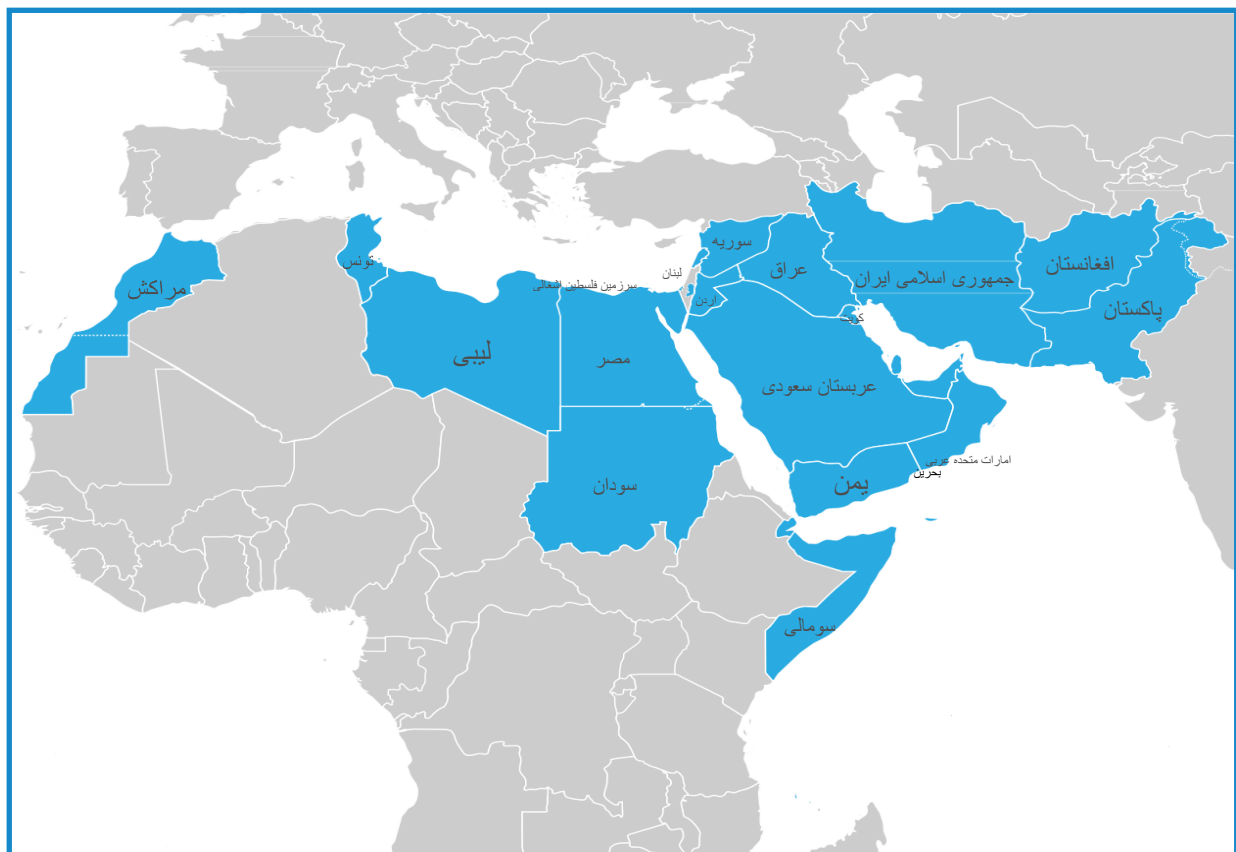
۶. تدوین و ایجاد طرح واره ها و پیشنهادات پژوهشی برای کاهش تاثیرات ناعادلانه ناشی از کووید-۱۹ بر سلامت، شامل ابتلا و مرگ و میر و همچنین تاثیرات بلند مدت اقدامات مهارکننده بیماری.

گزارش این کمیسیون شامل پیشنهاداتی برای اقدام با هدف ایجاد شرایطی است که تمامی ساکنین منطقه را قادر می سازد تا زندگی با عزتی را تجربه کنند و به سلامتی بهتری دست یابند که در نهایت به توزیع عادلانه تر سلامت و عدالت در سلامت بهتر می انجامد.

منطقه مدیترانه شرقی

منطقه مدیترانه شرقی سازمان جهانی سلامت از مراکش در غرب تا پاکستان در شرق گسترش یافته است و شامل ۲۱ عضو از کشورهای عضو سازمان جهانی سلامت (WHO) و فلسطین اشغالی، شامل بیت المقدس شرقی (۱)، می شود. به طور مشخص، منطقه مدیترانه شرقی (EMRO) شامل افغانستان، بحرین، جیبوتی، مصر، جمهوری اسلامی ایران، عراق، اردن، کویت، لبنان، لیبی، مراکش، فلسطین اشغالی، عمان، پاکستان، عربستان سعودی، سومالی، سودان، سوریه، تونس، امارات متحده عربی و یمن که در شکل ۱ نمایش داده شده است می شود (۱).

شکل ۱. منطقه مدیترانه شرقی



این منطقه شامل کشورهایی با تضاد فراوان است - کشورهای عضو شورای همکاری خلیج فارس^۱ (GCC) که در زمره کشورهایی با بیشترین سرانه درآمد در دنیا هستند، مانند کویت، قطر و امارات متحده عربی؛ و کشورهایی که از جمله فقیرترین کشورهای دنیا به شمار می روند، مانند افغانستان، جیبوتی و یمن. از ۲۲ کشور و سرزمین های منطقه، ۱۰ کشور دارای حکومت های آسیب پذیر و جنگ زده تعیین شده اند، که سطح درگیری های آنها از سال ۲۰۱۰ رو به افزایش است. تفاوت های زیادی در شاخص های سلامت در بین این کشورها وجود دارد: در میان زنان، امید به زندگی از ۵۹ سال در سومالی تا ۸۴ سال در کویت متغیر است؛ دامنه امید به زندگی مردان برای همین کشورها از ۵۴ تا ۷۹ سال است.

رویکرد عوامل اجتماعی موثر بر سلامت

تحلیل هایی که در این گزارش ارائه شده اند با شواهد سراسر دنیا در خصوص نقش بنیادین عوامل اجتماعی موثر بر سلامت در ایجاد بی عدالتی های سلامتی در داخل و در بین کشورها مطابقت دارند.

بی عدالتی های موجود در شرایطی که افراد در آن به دنیا آمده، رشد، زندگی و کار می کنند و در نهایت سالمند می شوند و آنچه که ما به عنوان محرک های ساختاری این شرایط لقب داده ایم - تأثیرات سیاسی، اقتصادی، فرهنگی و جغرافیایی - بی عدالتی در سلامت را ایجاد می کنند. اقدام برای بهبود عدالت در سلامت باید متمرکز بر اقدامات در خصوص عوامل اجتماعی موثر بر سلامت باشد. ما از شواهد و تحلیل های کمیسیون های پیشین سازمان جهانی سلامت، شامل کمیسیون عوامل اجتماعی موثر بر سلامت در سال ۲۰۰۸ و کمیسیون های مناطق امریکا و اروپا، و همچنین از شواهد کمیسیون های ملی استفاده می کنیم (۲، ۳، ۴).

انجام تحلیل و ارائه ی پیشنهادات برای کشورهای منطقه، که از قضا تفاوت های بسیار دارند، پیچیده است. تحلیل و پیشنهادات باید در جهت حمایت از پناهندگان، کاهش نرخ بالای مرگ و میر مادران و نوزادان و اطمینان از وجود مقادیر کافی غذا و مواد مغذی برای تمامی کشورها باشند؛ همچنین این پیشنهادات باید شامل راهکارهایی برای بهبود سلامت افراد مقیم کشور های حوزه خلیج فارس (GCC)، که دارای میانگین امید به زندگی بالایی هستند، اما همچنان نابرابری های اقتصادی-اجتماعی سلامت را تجربه می کنند، باشند. در این گزارش سعی خواهیم کرد پیشنهادات خود را برای کشور ها در سطوح مختلف توسعه طبقه بندی نماییم؛ اما نکته اصلی که باید در هر کشور فارغ از سطح توسعه و سلامت آن جامعه مد نظر قرار گیرد، آن است که سلامت همچنان در ارتباط مستقیم با شرایط زندگی روزمره و محرک های ساختاری این شرایط قرار دارد: عوامل اجتماعی موثر بر سلامت.

پوشش همگانی سلامت دارای اهمیتی حیاتی است، و وجود نظام های سلامت برای درمان بیماری ضروری هستند، اما این عوامل اجتماعی موثر بر سلامت است که در گام نخست، سلامت و بی عدالتی در سلامت را ایجاد می کنند. کمیسیون سازمان جهانی سلامت در مورد عوامل اجتماعی موثر بر سلامت در سال ۲۰۰۸ پرسید: "چرا بیماران را درمان کنیم و سپس مجدداً به همان شرایطی که منجر به بیماری آنها شده است بفرستیم؟" آن شرایطی که افراد را بیمار می کند و از فرصتی برای داشتن زندگی ای با عزت محروم می سازد، مرکز توجه این کمیسیون در منطقه مدیترانه شرقی است.

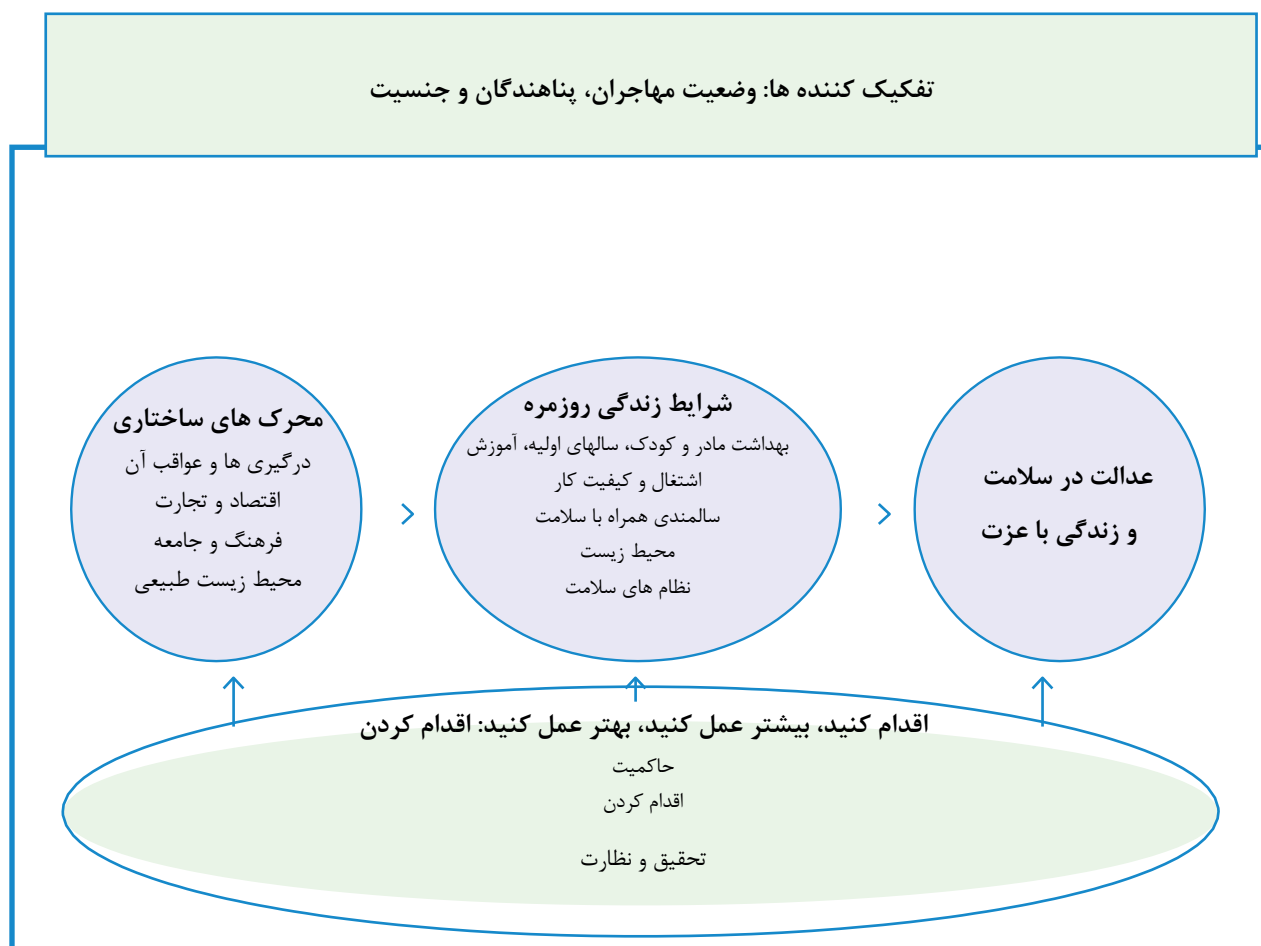
درحالی که شواهد منطقه مدیترانه شرقی با تحلیل های سایر مناطق هم سویی دارند، محرک های ساختاری خاصی در این منطقه وجود دارند که با محرک های مناطق دیگر متفاوت هستند. در منطقه مدیترانه شرقی، سطوح بالای درگیری و نزاع و مهاجرت ناشی از آن، به علاوه تحریم و وضعیت اشتغال، سلامت را در سراسر منطقه تحت تأثیر قرار داده است. نابرابری های جنسیتی در تمامی مناطق وجود دارند، اما در این منطقه به صورتی خاص، عمیق و پایدارتر هستند؛ که تمامی این موارد می توانند در همه کشورها، عوامل اساسی اجتماعی تأثیر گذار بر سلامت و چشم اندازهای توسعه ای را متاثر سازند. باورهای دینی قوی و تأثیرات رهبری مذهبی نیز یکی دیگر از خصوصیات منطقه است، که می تواند برای

1. Gulf Cooperation Council (GCC)

حمایت از عدالت و سلامت والاتر و عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، مورد استفاده قرار گیرد. تغییرات اقلیمی و تخریب محیط زیست نیز از دیگر مشکلات بنیادین منطقه به شمار می روند، که تاثیرات این دو هم اکنون به صورت افزایش دما، خشکسالی و تخریب زمین قابل لمس است. این موضوع، اقدامات پیشگیرانه برای کاهش و مطابقت با تغییرات اقلیمی کشورهای تولید کننده نفت و اقتصاد وابسته به نفت در سراسر منطقه را به شدت تحت تاثیر قرار خواهد داد. کاهش هرچه سریعتر آلاینده ها و گازهای گلخانه ای، ضرورتی حیاتی است که لازم است با حمایت از عدالت در سلامت و توسعه ی اقتصادی، متناسب و متوازن شود.

رویکردی کمیسیون به این موضوع در شکل ۲ خلاصه شده است. این چارچوب، رویکرد مفهومی را شفاف می کند، نقاط احتمالی مداخلات را نشان می دهد و ساختار گزارش را ارائه می نماید. در هر یک از این حوزه ها، پیشنهادهای اجرایی برای هریک از انواع ذی نفعان، به تفکیک هریک از کشورها و در سطوح مختلف توسعه ای ارائه شده است.

شکل ۲. چارچوب عوامل اجتماعی موثر بر سلامت در منطقه مدیترانه شرقی



کووید-۱۹ و بی عدالتی ها

تمرکز بر عدالت اجتماعی و عدالت برای بنا نهادن جهانی عادلانه تر ضروریست.

این گزارش در زمانی بحرانی انتشار می یابد که در سراسر جهان، همچنان که راهکارهای احتمالی کاهش ابتلا و مرگ ناشی از جهان گیری کووید-۱۹ در حال شناسایی هستند، به طور کلی، تاثیرات اجتماعی و اقتصادی بحران، چشم اندازهای مرتبط با عدالت در سلامت را تیره تر کرده است.

اقدام کنید، بیشتر عمل کنید، بهتر عمل کنید

یکی از موضوعات اصلی کمیسیون "اقدام کنید، بیشتر عمل کنید، بهتر عمل کنید"، است که با سطوح توسعه ای متفاوت کشورهای منطقه همخوانی دارد و با اقدامات ضروری مورد نیاز برای کاهش بی عدالتی در داخل کشورها مرتبط است.

میزان درآمد به صورت معناداری با سلامت رابطه دارد، این رابطه در نمودار ۳ نمایش داده شده است. ۳ نکته ی مهمی که از این نمودار برداشت می شود عبارتند از:

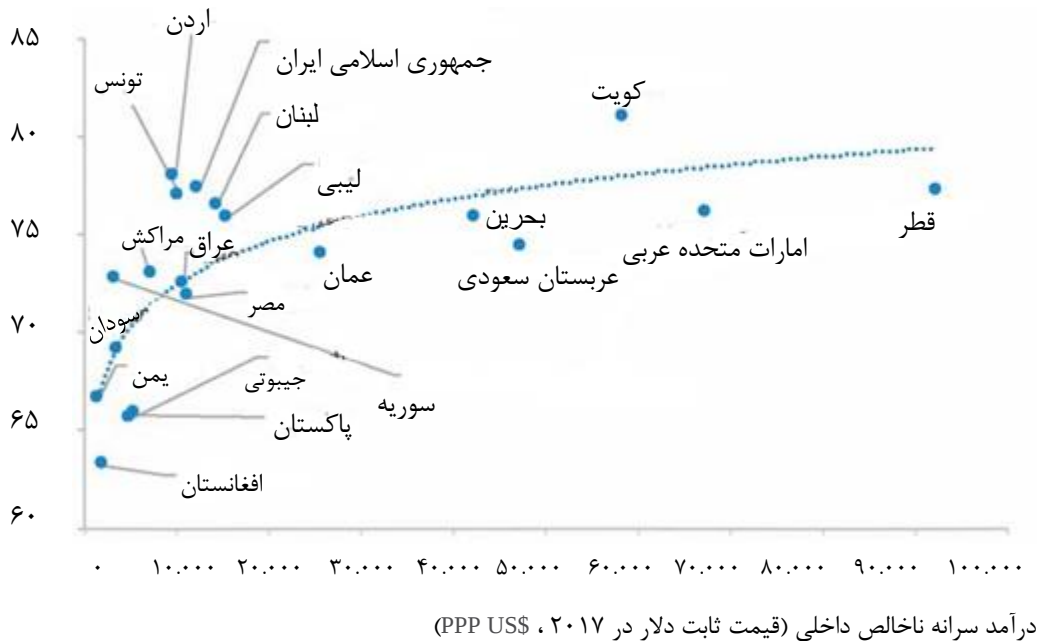
اول، در سطوح پایین درآمد ملی، رابطه ای شیب دار با امید به زندگی وجود دارد: تفاوت های کوچک در درآمد ملی می تواند به تفاوت های بزرگی در امید به زندگی مرتبط باشد. اگر افغانستان درآمد ملی مصر را داشت، امید به زندگی آن احتمالاً به مصر نزدیک تر می بود.

دوم، در سطوح بالاتر از درآمد سرانه ناخالص داخلی^۱ (GNI) ۲۰۰۰۰ دلار، با کسر هزینه خرید انرژی، تنها رابطه ای سطحی بین درآمد ملی و امید به زندگی وجود دارد. مثلاً عمان، با وجود کمتر بودن درآمد سرانه ناخالص داخلی، امید به زندگی تقریباً یکسانی با عربستان سعودی دارد، و یا با این که درآمد سرانه ناخالص داخلی کویت از قطر و امارات متحده عربی کمتر است، اما امید به زندگی آن به طور قابل توجهی بالاتر است.

1. Gross National Income (GNI)

نمودار ۳. امید به زندگی در بدو تولد بر حسب درآمد سرانه ناخالص داخلی (با قیمت ثابت دلار در ۲۰۱۷؛ PPP US\$) در منطقه مدیترانه شرقی، ۲۰۱۹

امید به زندگی در بدو تولد (سال ها)



توجه: هیچ داده ای برای GNI به ازای هر نفر برای سومالی و یا داده ی امید به زندگی برای سرزمین فلسطین اشغالی در دسترس نبود. منبع: UNDP (2020) (۵) و WHO (2020) (۶)

نتیجه گیری واضح حاصل از این منحنی آن است که در سطوح پایین درآمد ملی، افزایش درآمد می تواند به ایجاد فرصت هایی برای اقدامات ملی در جهت بهبود سلامت منجر شود. اما با عبور از سطح مشخصی از درآمد – در حدود ۲۰۰۰۰ دلار به ازای هر نفر – عواملی فراتر از درآمد بر سطح سلامت کشورها اثر گذار هستند. شرایط اجتماعی، تحت تاثیر سیاست ها، یکی از دلایل احتمالی سلامت بهتر در سطح درآمدی مشخص، در برخی کشورها نسبت به سایر کشورهاست. یکی از اهداف کلیدی این گزارش، کشف این شرایط اجتماعی و اقداماتی است که برای آنها می توان انجام داد.

با در نظر گرفتن ظرفیت کشورها با تفاوت های پر شمار سطوح توسعه ای و درآمدی، برای بهبود عدالت در سلامت از طریق سیاستگذاری درست، چه در داخل و چه در میان کشورها، چارچوب زیر از سوی کمیسیون پیشنهاد شده است:

- **اقدام کنید.** برای کشورهایی با سطوح پایین توسعه انسانی در منطقه، انجام اقداماتی در جهت ارتقای توسعه انسانی، شامل افزایش درآمد ملی، تغییری در سلامت حاصل خواهد کرد.
- **بیشتر عمل کنید.** برخی از کشورها و سرزمین ها عملکرد بهتری در شاخص تولید سرانه داخلی نسبت به سایر کشورها دارند – مانند سودان، لبنان، سرزمین اشغالی فلسطین، سوریه، تونس – بدیهی است این عملکرد بهتر می تواند به بهبود عدالت در سلامت بیانجامد.

- **بهتر عمل کنید.** توصیه می شود کشورهایی که سطوح تحصیلات و سلامت آنها با موفقیت های اقتصادی شان هم خوانی ندارد، به منظور بهبود شرایط اجتماعی که منجر به فرصت های بهتری برای داشتن زندگی شرافتمندانه برای همه و ارتقای عدالت در سلامت می شوند، سرمایه گذاری کنند.

داده ها و شواهد بی عدالتی در عوامل اجتماعی موثر بر سلامت

در این گزارش، بر شکاف های قابل توجه در داده ها و شواهد مربوط به بی عدالتی و عوامل اجتماعی موثر بر سلامت تاکید خواهیم کرد. بدون چنین داده هایی، و بدون تحلیل درست و دسترسی به اطلاعات در خصوص وسعت بی عدالتی ها و تأثیرات سیاست ها و مداخلات، درک کافی از وجود نابرابری های سلامت ایجاد نخواهد شد. در صورت عدم گزارش دهی مستمر، مشکلات در حوزه ی عدالت اجتماعی و بی عدالتی نادیده گرفته خواهند شد، و در نتیجه، مردم و دولت ها احتمالاً از تفاوت های ناعادلانه و عمیق در امید به زندگی و سلامت در داخل کشورها غافل خواهند ماند. ایجاد نظام های کارا در زمینه نظارت بر داده و گزارش دهی مستمر در خصوص بی عدالتی های سلامت و عوامل اجتماعی موثر بر آن برای پیشرفت در جهت کاهش بی عدالتی های سلامت در هر کشور و پاسخگو شدن دولت ها در خصوص پیامدهای ناعادلانه، ضرورتی انکار ناپذیر است.

با توجه به محدودیت در داده های در دسترس، یکی از مهمترین مجموعه پیشنهادات ما، توسعه ی نظام های ملی و کارای داده ای برای تهیه و ارائه گزارش بی عدالتی های سلامت و نظارت مستمر مرتبط با آن است. همچنین ما در تمامی حوزه های ذکر شده در این گزارش، اولویت های پژوهشی را معرفی می کنیم که برای درک و انجام اقداماتی در خصوص عوامل اجتماعی موثر بر سلامت ضروری هستند.

پیشنهادهای برای اقدام در خصوص عدالت در سلامت در منطقه مدیترانه شرقی

در حالی که چالش های عمیق و تأثیرات شدید نابرابر سلامت در تمامی کشورهای منطقه وجود دارد، پتانسیل قابل توجهی برای اقدامات اصلاحی نیز موجود است. کمیسیون پیشنهادات کلان و راهکارهای اجرایی برای سازمان جهانی سلامت، دیگر سازمان های بین المللی، دولت ها، وزارت بهداشت، دولت های محلی، جوامع مدنی و سازمان های مذهبی، و همچنین سازمان ها و سرمایه گذاران پژوهشی ارائه می دهد.

قرار دادن عدالت در سلامت در قلب اقدامات سیاستی، قدمی ضروری برای تمامی این پیشنهادات است. نیاز است که دولت ها تعهدی برای در مرکزیت قرار دادن عدالت در سلامت در تصمیم گیری و برآوردن نیاز های شهروندان ایجاد نمایند. سیاست دولت ها باید در جهت پیشرفت اجتماعی، اقتصادی و محیط زیستی باشد، به صورتی که به بهبود سلامت شهروندان و پیشرفت عدالت در سلامت بیانجامد. نابرابری های وسیع در سلامت و عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، به معنای اینست که دولت وظایف خود را در قبال تمامی شهروندان خود انجام نمی دهد.

بنا نهادن جهانی عادلانه تر

تعهد ما نسبت به بنا نهادن جهانی عادلانه تر (عنوان این گزارش)، منعکس کننده ی قضاوت کمیسیون است؛ یعنی، زمانی که کشورها از بحران کووید-۱۹ خارج می شوند، مطلوب نیست که تنها بازگشت به وضعیت پیش از بحران جهان گیری کووید-۱۹ را هدف خود قرار دهند. به جای آن، هنگامه پسا کرونا، باید زمان حرکت در راستای ایجاد جوامعی عادلانه تر قلمداد شود. در جهان پسا کرونا که از بحران های جهان گیری عبور کرده ایم، همچنان نیاز شدیدی برای ایجاد سیاست های مبتنی بر شواهد برای کاهش بی عدالتی های سلامت در داخل و در بین کشورها وجود خواهد داشت. در نیمی از کشورهای منطقه، کلمه "بنا نهادن" جهانی عادلانه تر می تواند به انواعی از بازسازی ها از قبیل بهبود وضعیت جنگ و درگیری ها در منطقه، حل چالش های مرتبط با مهاجرت یا پناهندگی، خروج و یا کاهش بحران های سایه افکننده ی محیط زیستی و اقتصادی اشاره داشته باشد. در تمامی این شرایط، نیاز جدی برای استفاده از بهترین شواهد، با رویکردی از عدالت اجتماعی، با هدف ایجاد جوامعی عادلانه تر و سالم تر وجود دارد.

خلاصه

۱. ایجاد عدالت نیازمند تغییر بنیادین در شرایط و زیرساخت های زندگی است، به گونه ای که تمامی شهروندان یک زندگی با عزت و همراه با سلامت مطلوب داشته باشند.
۲. برای دستیابی به این امر، بر شرایط و وضعیتی که مردم در آن به دنیا می آیند، رشد میکنند، زندگی و کار می کنند و در نهایت، پا به سن می گذارند و بی عدالتی هایی که در این شرایط و زندگی روزمره آنها وجود دارد، تمرکز کنید.
۳. تمامی کشورها، با هر سطح از توسعه، باید با هدایت اصول



@WHO/EMRO



بی عدالتی های سلامت در منطقه

پیشرفت سلامت در منطقه

پیشرفت های مشخصی در مرگ و میر در منطقه مدیترانه شرقی در طول ۳۰ سال گذشته ایجاد شده است. هرچند که مرگ و ناتوانی های زود هنگام ناشی از بیماری های واگیر، مادرزادی، دوران جنینی و تغذیه ای از سال ۱۹۹۰ به میزان یک سوم کاهش داشته اند (۷)، مرگ و میر بر اثر جنگ و درگیری در بسیاری از کشورهای منطقه در حال افزایش است، و همچنین اضافه وزن و چاقی، سوء تغذیه و نا امنی غذایی، همچنان چالش های قابل توجهی را ایجاد می کنند. امروزه بحث "امنیت غذایی" بیشتر متأثر از اقدامات مهارکننده کووید-۱۹ و جنگ و درگیری های منطقه، تغییرات اقلیمی و تخریب زمین می باشد. با وجود پیشرفت های کلی در بسیاری از پیامد های سلامتی، نابرابری های سلامتی در داخل و در بین کشورها همچنان وجود دارد - و در برخی موارد در حال گسترش است. کمبود داده برای ارزیابی و نظارت بر بی عدالتی های درون کشوری در منطقه همچنان به عنوان مشکلی بزرگ باقی مانده و نیازمند توجه است.

امید به زندگی کلی در منطقه به طور میانگین ۴ سال در بین سال های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۹ افزایش داشته است، از کمی بیشتر از ۶۸ سال به کمی بیشتر از ۷۲ سال. بعضی کشورها، اکثراً کشورهایی که امید به زندگی پایینی داشتند، شامل افغانستان، جیبوتی، جمهوری اسلامی ایران، پاکستان، سومالی و سودان، در طول این دوره شاهد تغییرات افزایشی سریع بودند. در حالی که، دیگر کشورهای منطقه افزایشی اندک، و یا حتی روند کاهشی امید به زندگی را تجربه کردند (اکثر این کشورها درگیر جنگ بودند): امید به زندگی برای مردان و زنان در لیبی، سوریه و یمن از سال

۲۰۱۰ کاهش یافته است. میانگین امید به زندگی سالم در منطقه در سال ۲۰۱۶، ۵۹.۷ سال بود؛ که این میزان در سطح جهانی ۶۳.۳ سال بوده است. نمودار ۴ امید به زندگی برای مردان و زنان را در کشورهای منطقه نشان می دهد.

نمودار ۴. امید به زندگی در کشورهای منطقه مدیترانه شرقی به تفکیک جنسیت، ۲۰۱۹



توجه: امید به زندگی در بدو تولد به معنی "میانگین تعداد سالهایی است که یک فرد تازه به دنیا آمده می تواند انتظار طول عمر داشته باشد. تعداد این سال ها به تفکیک سن و جنس، برای سالی مشخص، در کشور، سرزمین و یا منطقه ی جغرافیایی خاص در طول زندگی متفاوت است، و البته در سال های مختلف، و در یک جامعه هم می تواند تغییر یابد" (۸).

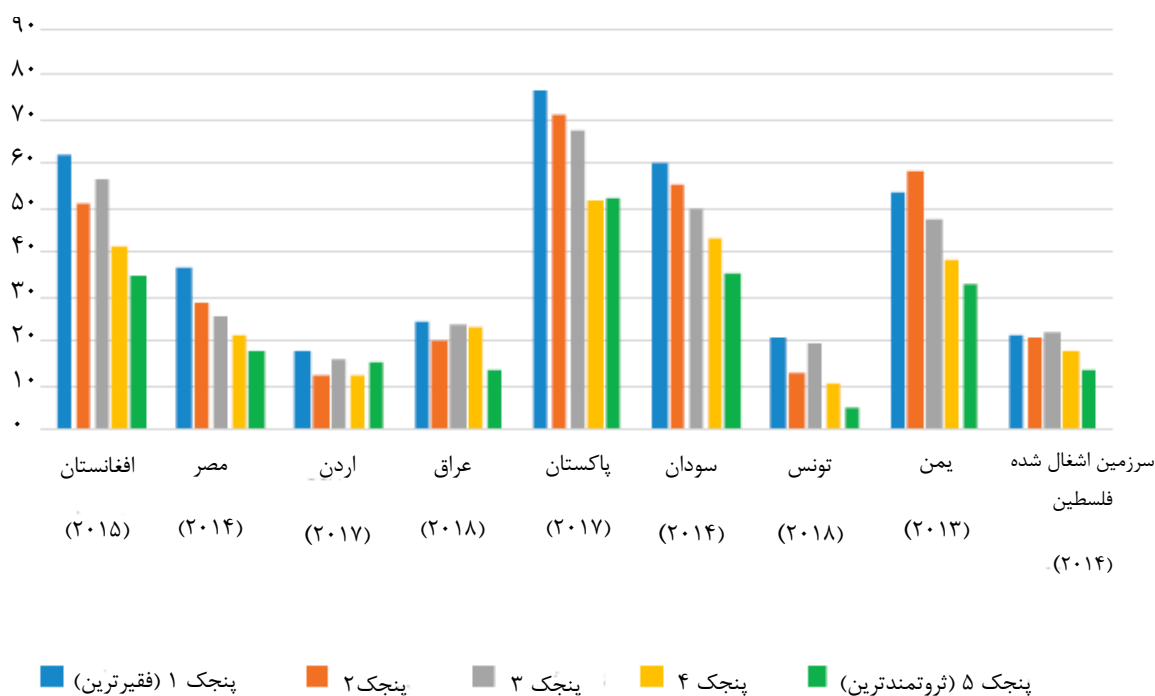
منبع: WHO Global Health Observatory Data Repository (2020) (۶).

بی عدالتی در امید به زندگی و سلامتی در داخل کشورها

در بسیاری از کشورهای منطقه، داده ای برای ردیابی بی عدالتی های اجتماعی در سلامت و زندگی روزانه در دسترس نیست. در بعضی کشورها، تحلیل هایی درون کشوری از سلامت کودکان و نوزادان وجود دارد. نمودار ۵ نابرابری در میزان مرگ و میر نوزادان در هر هزار تولد زنده را به تفکیک گروه های درآمدی در کشورهای منطقه نشان می دهد. در هر کشور، ثروتمندترین پنجم، به استثنای اردن و پاکستان، کمترین نرخ مرگ نوزادان را داراست.

نمودار ۵. نرخ مرگ و میر نوزادان (به ازای هر ۱۰۰۰ تولد) در کشورها و سرزمین های منتخب منطقه مدیترانه شرقی بر اساس پنجم های ثروت، ۲۰۱۳ – ۲۰۱۸

میزان مرگ و میر نوزادان (مرگ در هر ۱۰۰۰ تولد زنده)



توجه: داده به تفکیک پنجم های اقتصادی برای کشورهای بحرین، جیبوتی، جمهوری اسلامی ایران، کویت، لبنان، لیبی، عمان، قطر، عربستان سعودی، سوریه و امارات متحده عربی در دسترس نبود.

داده های مراکش و سومالی برای بیش از ۱۰ سال پیش هستند (به ترتیب از ۲۰۰۳ و ۲۰۰۶)

منبع: WHO Global Health Observatory (۹) و World Bank (۱۰)

در مورد آمار ارائه شده در این نمودار، هدف باید در نظر گرفتن تمام محرک های اجتماعی تاثیر گذار بر سلامت باشد، به گونه ای که شاخص های سلامت تمامی افرادی که پایین تر از بالاترین پنجم اقتصادی قرار دارند، به سمت بهبود میل کند. هیچ مانع زیست شناختی برای تحقق این هدف وجود ندارد. هدفی والاتر می تواند، به عنوان مثال، در نظر گرفتن میزان پایین مرگ و میر نوزادان در میان پنجم های اقتصادی بالا

در کشورهای مصر، عراق و اردن، مشابه پنجک های اقتصادی بالا در کشور تونس باشد. این بی عدالتی ها در سلامت، می تواند به آسیب ها و صدماتی در مسیر توسعه و پیشرفت تمامی کشورها منجر شود. گزارشی از اردن نشان می دهد که بی عدالتی در امید به زندگی در این کشور، دلیل کاهش ۱۰.۷٪ شاخص توسعه انسانی بوده است (۱۱).

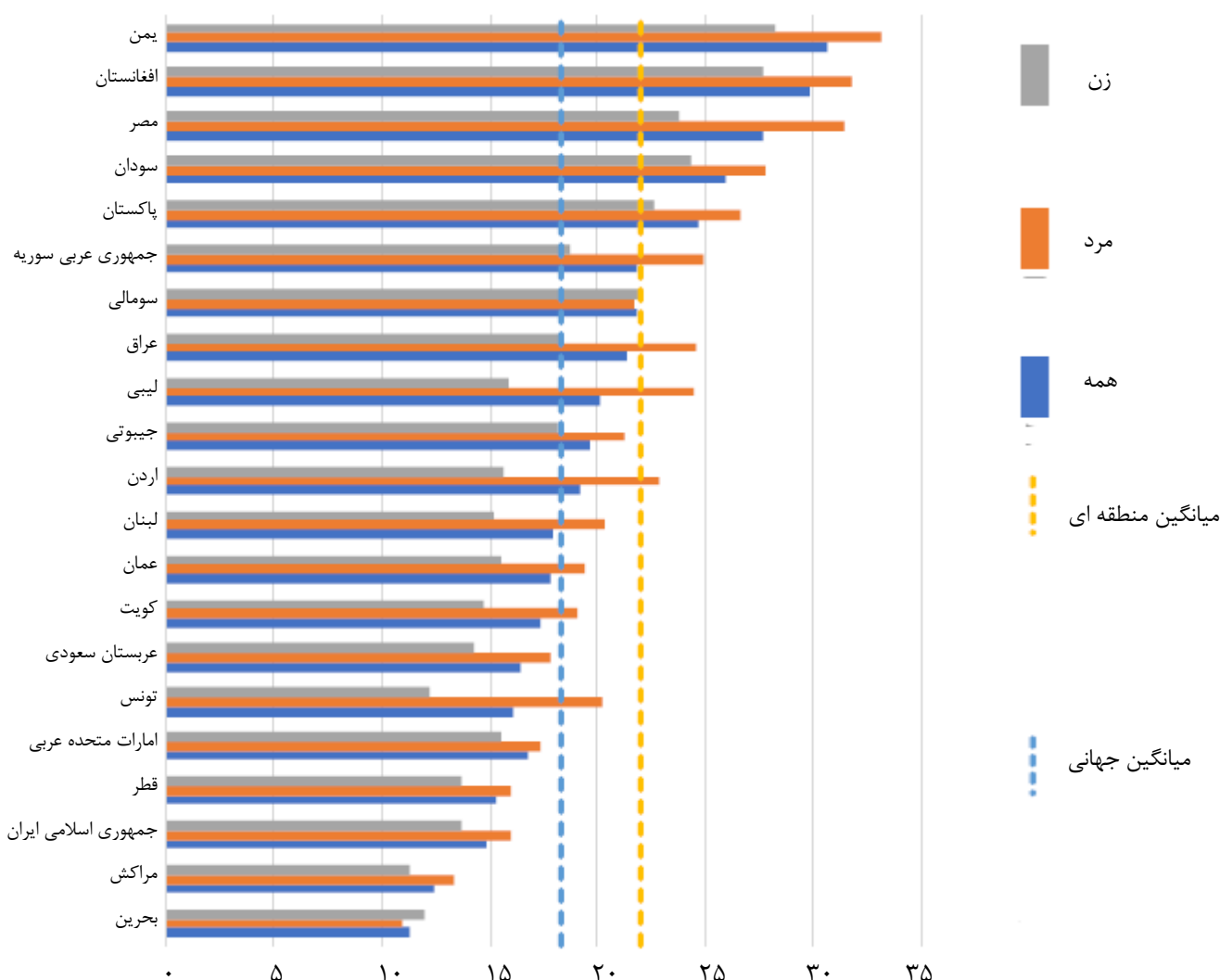
بیماری های غیرواگیر

میزان مرگ میر ناشی از بیماری های غیرواگیر^۱ (NCD) به طور کلی بالاست و میانگین منطقه از میانگین جهانی نیز بالاتر است. تفاوت های زیادی در میان کشورهای منطقه در این زمینه وجود دارد، به طوری که میانگین نرخ مرگ و میر ناشی از بیماری های غیرواگیر در تقریباً نیمی از کشورهای منطقه، نسبت به میانگین جهانی کمتر است.

در تمامی کشورها، به استثناء بحرین و سومالی، میزان مرگ و میر ناشی از NCD در زنان نسبت به مردان کمتر است (نمودار ۶).

1. Non-Communicable Disease (NCD)

نمودار ۶. احتمال (%) مرگ بین دقیقا ۳۰ و ۷۰ سالگی به دلیل هرگونه بیماری قلبی عروقی، سرطان، دیابت و یا بیماری های مزمن ریوی در کشورهای منطقه مدیترانه شرقی، ۲۰۱۶



توجه: احتمال مرگ زودهنگام به دلیل بیماری های غیرواگیر به معنای "درصدی از افراد ۳۰ ساله که قبل از ۷۰ سالگی خود به دلیل بروز هرگونه بیماری قلبی و عروقی، سرطان، دیابت و یا بیماری های مزمن ریوی جان خود را از دست خواهند داد، با فرض اینکه این افراد در معرض مرگ و میر های ناشی از سایر علل جان خود را از دست ندهند (برای مثال جراحات و یا HIV و AIDS)" (۱۲). داده ای برای سرزمین فلسطین اشغالی در دسترس نیست. منبع: WHO Global Health Observatory (۱۳).

بسیاری از بیماری های غیر واگیر در منطقه، مانند دیگر نقاط جهان، معلول تغذیه ی ناکافی و چاقی، استعمال دخانیات، نبود تحرک و فعالیت فیزیکی، در معرض قرار گرفتن مواد سرطان زا، و همچنین عدم دسترسی کافی به خدمات سلامت می باشند. کمیسیون بر این نکته نیز تاکید می نماید که یکی از دلایل عمده بروز بیماری های غیر واگیر، رفتارهای سلامت و سبک زندگی افراد می باشد که ریشه در عوامل اجتماعی موثر بر سلامت دارند. این بدان معنی است که احتمال بروز رفتارهای منجر به بیماری های غیر واگیر در جوامع فقیر و مهاجر پذیر بالاتر است. تغذیه ی نامناسب، کمبود وزن و کوتاه قدی، ارتباط تنگاتنگی با فقر دارند. ناتوانی در تهیه ی غذای کافی و با کیفیت و به همین ترتیب، چاقی، در

بسیاری از کشورها با فقر مرتبط است؛ – خرید غذاهای ارزان قیمت، پرکالری و شکر و گندم تصفیه شده، و نداشتن زمان و فضای کافی برای ورزش و فعالیت بدنی، ترکیب سوء تغذیه و تغذیه ی بیش از حد در داخل کشورها بار مضاعفی از سوء تغذیه را ایجاد کرده است.

اضافه وزن و چاقی

میزان چاقی و اضافه وزن در منطقه بالاست و همچنان نیز رو به افزایش است. در بسیاری از کشورها، بیش از ۶۰٪ جمعیت از چاقی و یا اضافه وزن رنج می برند. شیوع این شاخص در قطر و کویت در بیش از ۷۰٪ جمعیت به طور خاصی بالاست. در بسیاری از کشورهای منطقه، بسیاری از افراد، به ویژه زنان؛ تحرک کافی ندارند، که این موضوع به شیوع بالای چاقی و اضافه وزن و دامنه ای از بیماری های قلبی-عروقی کمک می کند.

ناامنی غذایی

وضعیت میزان کوتاه قدی و سوء تغذیه در منطقه بالا است. گزارشی از امنیت غذایی و تغذیه در سال ۲۰۱۹ در مناطق نزدیک شمالی و شرقی آفریقای^۱ نشان می دهد که تقریباً ۵۵ میلیون از افراد در حکومت های عربی (۱۳.۲٪ از جمعیت) گرسنه هستند و شرایط، به خصوص در کشورهایی که تحت تاثیر جنگ و درگیری بوده اند نگران کننده است (۱۵). جهان گیری کووید-۱۹ هم بر افزایش سطوح گرسنگی و ناامنی غذایی در این مناطق تاثیر گذاشته است که نشان می دهد اقدامات برای بنا نهادن جهانی عادلانه تر، باید شامل کاهش ناامنی غذایی و ساخت نظام غذایی پایدار باشد.

استعمال دخانیات

شیوع استعمال دخانیات در برخی از کشورهای منطقه بالا است، در حالی که در شش کشور (بحرین، مصر، عراق، کویت، لبنان و تونس) نرخ ها از میانگین جهانی (۳۲.۴٪) برای مردان پیشی گرفته است. نرخ های استعمال دخانیات برای زنان، به استثنای لبنان و یمن، از میانگین های جهانی پایین تر است. اقدامات در جهت کاهش استعمال سیگار در منطقه به طور کلی موفقیت آمیز نبوده و تلاش ها برای تنظیم بازار محصولات دخانی و تنباکو ضعیف بوده اند. شرکت های تولید دخانیات با استفاده از فضای مجازی در حال بازاریابی برای قلیان و دیگر محصولات دخانی، به خصوص برای جوان ها، هستند و همین عامل باعث نرخ بالای استفاده از قلیان در منطقه شده است.

الکل

به دلیل هنجارهای دینی، مصرف الکل در سراسر منطقه بسیار پایین است. به طور کلی مصرف الکل در منطقه در مردان بیشتر از زنان است (۱۶).

۱. مناطق شرق نزدیک و شمال آفریقا (The Near East and North Africa; NENA) سازمان غذا و کشاورزی سازمان ملل متحد (FAO) شامل الجزایر، بحرین، مصر، جمهوری اسلامی ایران، عراق، اردن، کویت، لبنان، لیبی، موریتانی، مراکش، عمان، قطر، عربستان سعودی، سودان، سوریه، تونس، امارات متحده عربی، ساحل غربی و نوار غزه و یمن می شود.

سلامت روان

کلیه زیر ساخت ها و تنظیمات سیاسی، اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و همچنین نابرابری های موجود، فقر و گرسنگی، همگی به صورت مستقیم به سلامت روانی نامطلوب و ناعادلانه منجر می شوند، که خود یکی از مولفه های اصلی عدالت در سلامت است.

در سراسر منطقه، بی عدالتی در عوامل بنیادین اجتماعی موثر بر سلامت احتمالاً منجر به بی عدالتی های گسترده در سلامت روان می شوند که به همراه عدم دسترسی به درمان های مناسب، شرایط دشواری به وجود آورده اند. میزان بیماری های روانی ثبت شده در منطقه احتمالاً از میزان واقعی آن بسیار کمتر است که دلیل این کم شماری می تواند سطح پایین آگاهی، شناسایی و گزارش مشکلات روانی و در نتیجه، عدم ثبت و گزارش دهی دقیق این موارد باشد. همانند سایر نقاط جهان، افسردگی و اختلالات استرسی و اضطراب، از جمله مشکلات عام شناسایی شده در منطقه هستند. این گونه اختلالات روانی با شرایط اجتماعی و اقتصادی مرتبط هستند و معمولاً با بهبود این شرایط و درمان های مناسب و کارا، قابل پیشگیری می باشند (۱۷، ۱۸).

بیماری های واگیر

علاوه بر میزان بالای ابتلا و مرگ و میر ناشی از بیماری های NCD در منطقه، بسیاری از کشورهای منطقه درگیر بیماری های واگیر^۱، از جمله سل، بیماری های تنفسی و اسهالی می باشند. توزیع بیماری های واگیر بسیار ناعادلانه است، و جوامع فقیرتر، به حاشیه رانده شده و نادیده گرفته، شیوع بیشتری نشان می دهند. در شرایطی که نرخ انتقال و گسترش بیماری های واگیر بالاست، شیوع آن در حال افزایش است که میزان ابتلا و مرگ و میر ناشی از این گونه بیماری ها را بالا می برد. این شرایط شامل آب و سرویس بهداشتی ناسالم و ناکافی، مکان های شلوغ زندگی و کار و همچنین سیستم های ناسالم پخت و نگهداری غذا می باشند. بسیاری از بیماری های قابل درمان و پیشگیری به دلیل عدم دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی عمومی از شیوع بالایی برخوردارند. درگیری، بی ثباتی و خطرات محیطی نیز خطر شیوع بسیاری از بیماری های واگیر را افزایش می دهند.

بیماری های نادیده گرفته شده مناطق گرمسیری، کشورهای منطقه را تحت تاثیر قرار داده اند. هر دو نوع بیماری سالک پوستی و احشایی در منطقه به صورت بومی وجود دارند (۱۹). در سوریه به دلیل جنگ و درگیری ها، فروپاشی نظام سلامت عمومی و در معرض قرارگیری جمعیت های غیر مصون، شیوع دوباره و قابل ملاحظه ای از سالک اتفاق افتاده است. وبا در یمن و سودان بروز کرده که تا امروز نیز ادامه دارد.

خشونت و تصادفات

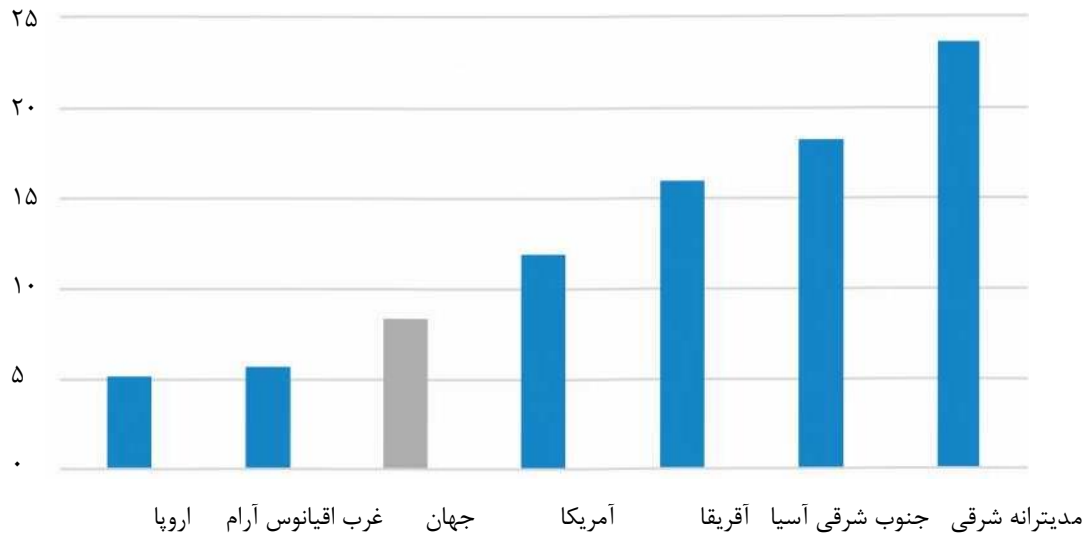
به طور کلی، میزان قتل در منطقه پایین است. به استثنای افغانستان که نرخ هایی بالاتر از میانگین جهانی دارد، بیشتر کشورها به طور قابل ملاحظه ای نرخ های کمتری دارند. به هر حال، نرخ خشونت های مرتبط با جنسیت در منطقه بالاست، که در بخش بعدی به آن پرداخته شده است.

مرگ بر اثر تصادفات جاده ای در منطقه بالاست و در کشورهای با درآمد بالای منطقه، با اختلاف نسبت به دیگر مناطق جهانی بالاترین هستند (نمودار ۷).

سازمان جهانی سلامت گزارش می دهد که بیشترین نرخ مرگ ناشی از تصادفات جاده ای در منطقه در عربستان سعودی رخ می دهد (۲۰).

نمودار ۷. نرخ های مرگ بر اثر تصادفات جاده ای (به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت) در کشورهای با درآمد بالا، به تفکیک مناطق WHO، ۲۰۱۶

تلفات جاده ای (در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت)



توجه: "کشورهای با درآمد بالا" به معنای بحرین، کویت، عمان، قطر، عربستان سعودی و امارات متحده عربی است. منبع: WHO (۲۱).

خلاصه

در کشورهایی که وضعیت اقتصادی-اجتماعی بهتری دارند، موقعیت برای دستیابی به سلامت مطلوب و "بالا بردن سطح سلامت" امکان پذیرتر است.

نبود داده و شواهد به معنی دشواری در شناسایی بی عدالتی های درون کشوری در برخی از حوزه ها است. با وجود این، در جایی که شواهد بی عدالتی در سلامت در داخل کشورها در دسترس است، بی عدالتی واضحی در بسیاری از زمینه های اجتماعی-اقتصادی قابل شناسایی می باشد: نابرابری در عوامل و رفتارهای سلامت، شامل سوء تغذیه، چاقی و استعمال دخانیات، منجر به تفاوت در سلامت مادر و کودک، افزایش بیماری های غیرواگیر و در کل، کاهش سطح سلامت می شوند. سایر بخش های گزارش، نمای کلی بی عدالتی در عوامل موثر بر سلامت را بررسی می کند که می توانند به بی عدالتی در سلامتی در داخل کشورها منجر شوند. پیشنهاد اصلی ما در این زمینه برای تمامی کشورها این است که برنامه ملی عوامل اجتماعی و عدالت در سلامت تدوین کنند. این برنامه ها باید نمای کلی اولویت ها و اقدامات مورد نیاز را برای کاهش بی عدالتی های سلامت در داخل کشور ترسیم نمایند. برخی کشورها چنین برنامه هایی را در مناطق گوناگون خود توسعه داده و راهبردهایی را برای پیاده سازی آن تدوین کرده اند که بعضاً در فصل "اقدام کنید" بررسی شده اند. برنامه ها باید شامل تحلیل داده های ملی در دسترس از بی عدالتی و برنامه ای واضح برای عمل بر اساس چارچوب گزارش این کمیسیون باشند.

پیشنهادهای

۱. برنامه‌ی ملی عوامل اجتماعی و عدالت در سلامت ایجاد کنید.

- از چارچوب این گزارش برای توسعه‌ی برنامه‌ی ملی همراه با یک چارچوب نظارتی، استفاده کنید.

۲. یک چارچوب پایش و نظارت پیاده‌سازی کنید و داده‌های مرتبط با نابرابری در سلامت و عوامل اجتماعی را

رصد کنید.

- حداقل استانداردهای داده برای تحلیل‌های عدالت، شامل تعامل سازمان‌های فراملی که داده جمع‌آوری می‌کنند را ایجاد کنید.
- سازمان‌های سرمایه‌گذار در تحقیقات باید بودجه‌ای برای ایجاد و به اشتراک گذاشتن جهانی شواهد عوامل اجتماعی موثر بر سلامت و عدالت در سلامت، شامل تحقیق در مورد مداخلات مورد نیاز برای بهبود عدالت در سلامت اختصاص دهند.
- چارچوب‌های متفاوت پایش و نظارت برای کشورها با توجه به سطح توسعه یافتگی آنها ایجاد کنید.

اقدام کنید – پوشش ثبت حیاتی مرگ‌ها و تولدها را ایجاد کنید و در بهبود آن بکوشید. شاخص‌های مرگ و میری که می‌توانند بر

حسب جنسیت و حداقل دو مولفه‌ی اجتماعی (مانند تحصیلات، درآمد، شغل، نژاد) و حداقل یک مولفه‌ی جغرافیایی (مانند شهری و

روستایی) طبقه‌بندی شوند، ایجاد کنید. مطمئن شوید که پیمایش‌هایی مانند DHS (Demographic and Health

Surveys: پیمایش‌های جمعیت و سلامت) و یا MICS (Multiple Indicator Cluster Surveys): پیمایش خوشه‌ای

شاخص‌های چندگانه) به صوت مستمر انجام می‌شوند. داده‌ای از سلامت گروه‌های آسیب‌پذیر/غیر برخوردار بدست آورید.

بیشتر عمل کنید – از پوشش ثبت احوال و آمار حیاتی جامع، شامل افراد در شرایط آسیب‌پذیر اطمینان حاصل کنید. از گزارش

مستمر و به موقع شاخص‌های (SDG Sustainable Development Goals: اهداف توسعه پایدار) که به چارچوب مفهومی

ارائه شده در این گزارش مربوط هستند، اطمینان حاصل کنید. پرسش‌نامه‌های مرتب خانوادگی که حوزه‌های سلامت، درآمد، شرایط

زندگی و مشارکت در بازار کار را پوشش می‌دهند، ایجاد کنید.

بهتر عمل کنید – اطمینان حاصل کنید که شاخص‌های اهداف توسعه پایدار مرتبط با این گزارش و چارچوب مفهومی همگی با

تصمیم ۳۱۳/۷۱ مجمع عمومی سازمان ملل متحد: داده‌های با کیفیت، به موقع و قابل استناد به تفکیک جنس، سن، جغرافیا، درآمد،

نژاد، قومیت، وضعیت مهاجرت، معلولیت و دیگر خصوصیات متناسب با زمینه‌های ملی هم راستا هستند. این نظام اطلاعاتی باید

نظارت کاملی بر حقوق بشر و افراد در شرایط آسیب‌پذیر را شامل شود.



©Shutterstock/Cinemanikor

۰۳



کووید-۱۹ و بی عدالتی ها در منطقه

جهان گیری کووید-۱۹، بی عدالتی های اجتماعی و همچنین نابرابری های سلامت را نمایان و تقویت کرده، و همچنین ابعاد جدیدی از بی عدالتی را ایجاد کرده است.

خطر ابتلا و مرگ بر اثر بحران کووید-۱۹ نشان از بی عدالتی های واضح اجتماعی-اقتصادی به دلیل اجبار به کار کردن و زندگی در شرایط شلوغ و غیر بهداشتی و در نهایت پایین بودن سطح سلامتی افراد در دوران قبل از بروز همه گیری دارد. توزیع ناعادلانه ی واکسن در میان کشورهای با درآمد بالا و پایین و همچنین در میان گروه های با شرایط خوب و بد اجتماعی-اقتصادی و کسانی که محروم شده اند، عدالت در سلامت را بیش از پیش تهدید می کند.

بی عدالتی ها در ابتلا و مرگ و میر ناشی از کووید-۱۹

شواهد جهانی مرتبط با نرخ های ابتلا و مرگ و میر ناشی از ویروس کووید-۱۹ بی عدالتی های اجتماعی-اقتصادی آشکاری را نشان می دهند، که بازتابی از بی عدالتی های کنونی اجتماعی، اقتصادی و جغرافیایی هستند.

خطر ابتلا و مرگ ناشی از ویروس کووید-۱۹ در افرادی که وضعیت سلامت نامطلوب دارند، عمدتاً در فقر و یا با درآمد پایین زندگی می کنند، کسانی که در شرایط شلوغ، کار و زندگی می کنند، افرادی که نمی توانند از راه دور کار کنند و یا افرادی که در حوزه ی بهداشت و سلامت فعالیت دارند، مشاغل خدماتی و حرفه هایی که با عموم مردم در ارتباط هستند، بالاتر است (۲۲، ۲۳). بیماری های زمینه ای (خصوصاً بیماری های قلبی و عروقی، دیابت و بیماری های مزمن دستگاه تنفسی) خطر ابتلای حاد و مرگ ناشی از کووید-۱۹ را افزایش می دهند (۲۴).

دسترسی به خدمات سلامت

دسترسی به خدمات سلامت در منطقه در طول جهان گیری کووید-۱۹ کاهش یافته است. به طور کلی، دسترسی به خدمات سلامت در گروه ها و مناطق جغرافیایی نابرخودار که منابع کمتری دارند، کمتر است، که بیشتر متأثر از این بیماری می باشند. کووید-۱۹ نظام های سلامت حکومت های آسیب پذیر که در حال حاضر تضعیف نیز شده اند، را بیش از پیش تهدید می کند (۲۵). در سومالی، پزشکان در آپریل ۲۰۲۰ به نبود ونتیلاتور در سراسر کشور و دسترسی به تنها دو بخش مراقبت ویژه^۱ و مجموعاً ۳۱ تخت مراقبت ویژه اشاره کردند (۲۶). در افغانستان، در بازه ی زمانی آپریل و اکتبر ۲۰۲۰-۱۵٪ خانوارها بیان کردند که توانایی دسترسی به خدمات سلامت مناسب را نداشته اند، در حالی که مراقبت های قبل از تولد و دوران بارداری در سال ۲۰۲۰ نسبت به ۲۰۱۹ به میزان ۲۱٪ کاهش نشان می دهد. (۲۷، ۲۸).

برخی از کارگران مهاجر گزارش کردند که به دلیل خطر قرنطینه و از دست دادن منابع درآمد، رغبتی به استفاده از خدمات سلامت و تست کووید-۱۹ نداشتند. به علاوه، زمانی که اقدامات قرنطینه برداشته شد نیز همچنان به دلیل ترس از ابتلا به کووید-۱۹ رغبتی برای استفاده از خدمات سلامت و مراجعه به مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت نداشتند (۲۹، ۳۰). همه گیری همچنین اختلال بزرگی در خدمات پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر ایجاد کرده است (۳۱). توقف موقت برنامه های واکسیناسیون در سراسر منطقه، خطر بیماری های واگیر نظیر سرخک و فلج اطفال را افزایش داده است (۳۲، ۳۳).

عدم وجود و یا دسترسی ناکافی به اطلاعات بهداشت عمومی یکی از جدی ترین موانع در کنترل جهان گیری کووید-۱۹ در منطقه است (۳۴). بی عدالتی در دسترسی به اطلاعات مرتبط با سلامت شامل نبود منابع، دسترسی محدود به اینترنت و آموزش های حضوری می شوند (۳۵).

دسترسی به واکسن

برای اطمینان از دسترسی کافی، واکسن ها باید برای کشورهای با درآمد متوسط و پایین و آن دسته از کشورهایی که در معرض بحران های انسانی و درگیری هستند، مقرون به صرفه باشند. در تمامی کشورها، دسترسی آسیب پذیر ترین گروه ها، که باید کاملاً در فرآیندهای برنامه ریزی ملی گنجانده شوند، از جمله دسترسی پناهندگان و آوارگان داخلی به واکسن، از اهمیتی حیاتی برخوردار است (۳۶).

بسیاری از کشورهای منطقه برای تخصیص واکسن های کووید-۱۹ به تسهیلات کووکس^۲ COVAX وابسته خواهند بود. انتظار می رود که تخصیص بودجه های این برنامه، ۲۰٪ جمعیت را تا پایان سال ۲۰۲۱ پوشش دهد، هیچ یک از کشورها نمی توانند تا زمانی که تمامی کشورهای گروه نیازمند به اندازه کافی واکسن دریافت نکرده باشند، برای بیش از ۲۰٪ جمعیت خود واکسن دریافت کنند (۳۷، ۳۸). شیوع دوباره کووید-۱۹ در کشورهای با پوشش کم واکسیناسیون، محتمل تر است، از این رو فراهم آوردن کمک های بین المللی در تامین واکسن و تدارکات توزیع آن برای کشورهای با درآمد پایین، اهمیت حیاتی دارد.

1. Intensive Care Unit (ICU)

2. Covax یک پوشش جهانی برای دستیابی به تجهیزات مرتبط با ویروس کرونا است. این همکاری جهانی با هدف مشارکت و هم افزایی دانش و اطلاعات برای مبارزه با همه گیری ویروس کرونا و همچنین توزیع عادلانه فن آوری مرتبط با آن تشکیل شده است.

بی عدالتی های ناشی از اقدامات پیشگیرانه ی کووید-۱۹

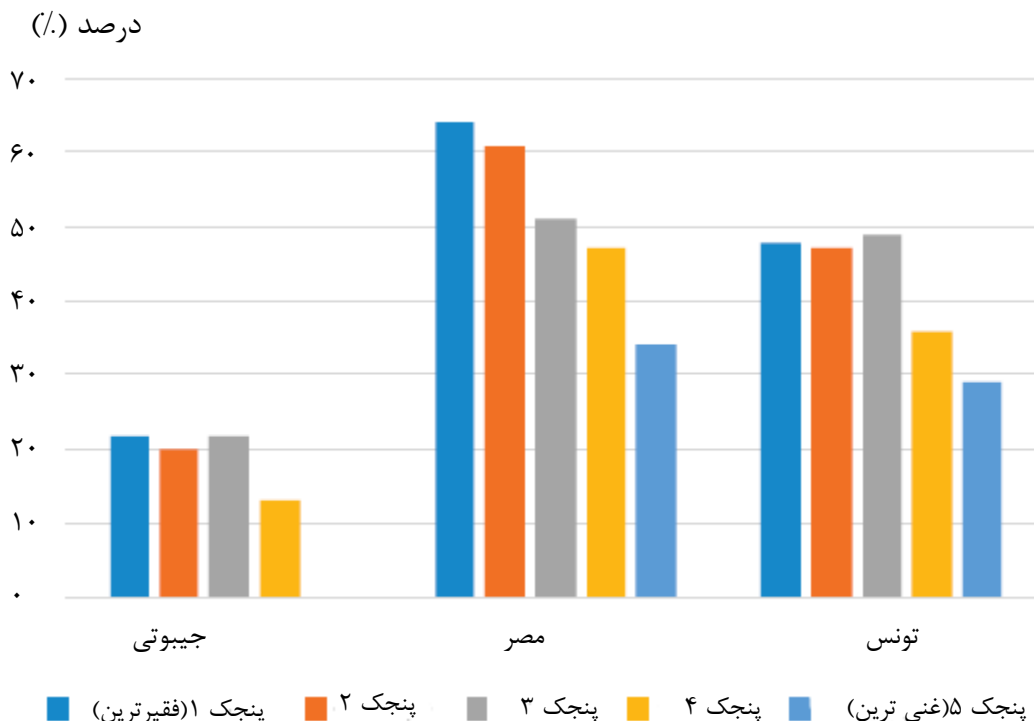
هرچند تعداد اعلام شده ی ابتلا و مرگ در اثر ویروس کووید-۱۹ در منطقه مدیترانه شرقی در مقایسه با دیگر مناطق کمتر است، اقدامات پیشگیرانه، تاثیرات به سزایی بر عوامل اجتماعی موثر بر سلامت داشته اند.

تمامی کشورهای دنیا به درجات گوناگون با رکود اقتصادی و افزایش فقر تحت تاثیر قرار گرفته اند. در منطقه مدیترانه شرقی، حتی کشورهای ثروتمندتر، رکود اقتصادی نگران کننده ای را تجربه کرده اند. در سال ۲۰۲۰، تخمین زده می شد که میزان تولید ناخالص داخلی (GDP^۱) در سراسر منطقه بیش از ۴٪ و در کشورهای درگیر منازعات، ۱۳٪ کاهش داشته باشد (۳۹، ۴۰). بر اساس گمانه زنی ها، برای بازگشت به رشد اقتصادی پیش از جهان گیری، به بیش از ۱۰ سال زمان نیاز است (۴۱)، ضمن این که افراد فقیر، آسیب بیشتری را متحمل شده اند.

بر اساس شواهد بررسی شده در کشورهای با داده در دسترس در منطقه، تاثیرات اقدامات پیشگیرانه بر اشتغال کارمندان با درآمد پایین تر، شدیدتر بود. در نتیجه افراد آسیب پذیر با وضعیت نامطلوب سلامتی، در معرض خطر بیشتری از فقر و بیکاری قرار دارند (نمودار ۸).

1. Gross Domestic Product (GDP)

نمودار ۸. درصد از دست دادن شغل در کشورهای منتخب منطقه مدیترانه شرقی، به تفکیک پنجک های درآمدی، ۲۰۲۰



منبع: Arezki et al. (2020).

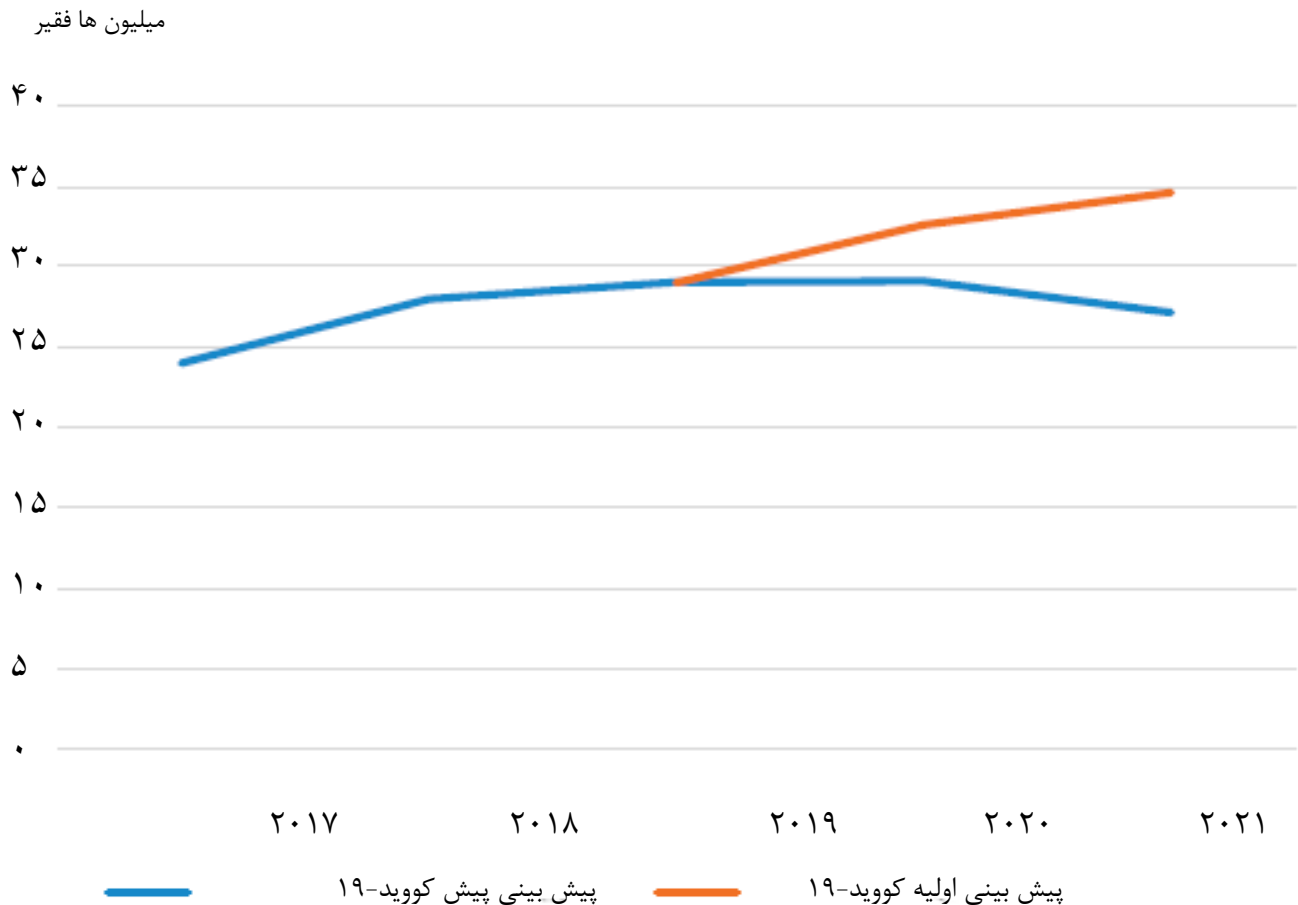
تاثیرات جهان گیری کووید-۱۹ بر سطح درآمد نیز به صورت مساوی نبوده است، به گونه ای که افراد که قبلاً در فقر بسر می بردند، بدترین تاثیرات را متحمل شده اند. در مراکش، فقط ۱۰٪ از خانوار های ثروتمند گزارش کردند که در طول اقدامات پیشگیرانه، درآمدی نداشته اند، درحالی که ۴۴٪ از فقیرترین خانوارها گزارش کردند که طی این دوره، هیچ گونه درآمدی نداشتند (۴۲). در تونس، ۷۸٪ از کارگران در پایین ترین پنجک درآمدی، در زمانی که کاری انجام نمی دادند هیچ حقوقی دریافت نکردند؛ درمقابل، ۶۷٪ از افرادی که متعلق به بالاترین پنجک درآمدی بودند، تمام یا بخشی از حقوق خود را دریافت می کردند (۴۲).

کاهش درآمد خانوار ناشی از همه گیری کووید-۱۹ تاثیرات سریعی بر امنیت غذایی و تغذیه داشته است. به ویژه کشورهایی در منطقه که پیش از این بحران های تغذیه ای داشته اند، بیشترین و بدترین تاثیرات را متحمل شده اند.

در تعدادی از کشورهای منطقه، سطوح فقر، نا امنی غذایی و سوء تغذیه به صورت قابل ملاحظه ای در طی سال ۲۰۲۰ افزایش داشته است (۴۳)، در سودان، تخمین زده می شود ۹.۶ میلیون نفر در بازه ی زمانی ژوئن تا سپتامبر ۲۰۲۰ از ناامنی غذایی رنج برده اند، که افزایشی ۶۵ درصدی نسبت به زمان مشابه سال قبل داشته است (۲۷).

بر اساس تخمین بانک جهانی، تعداد کسانی که در مناطق خاورمیانه و شمال آفریقا در فقر مطلق (با مبلغی کمتر از ۱.۹۰ دلار روزانه) زندگی می کنند از ۲.۸ تا ۳.۸ میلیون نفر تا پایان سال ۲۰۲۰ افزایش یافت. این در حالی است که تخمین مورد انتظار، کاهش فقر مطلق بود، که در نمودار ۹ نمایش داده شده است.

نمودار ۹. تخمین فقر مطلق (کمتر از ۱.۹۰ دلار روزانه) در خاورمیانه و شمال آفریقا، ۲۰۱۷-۲۰۲۱



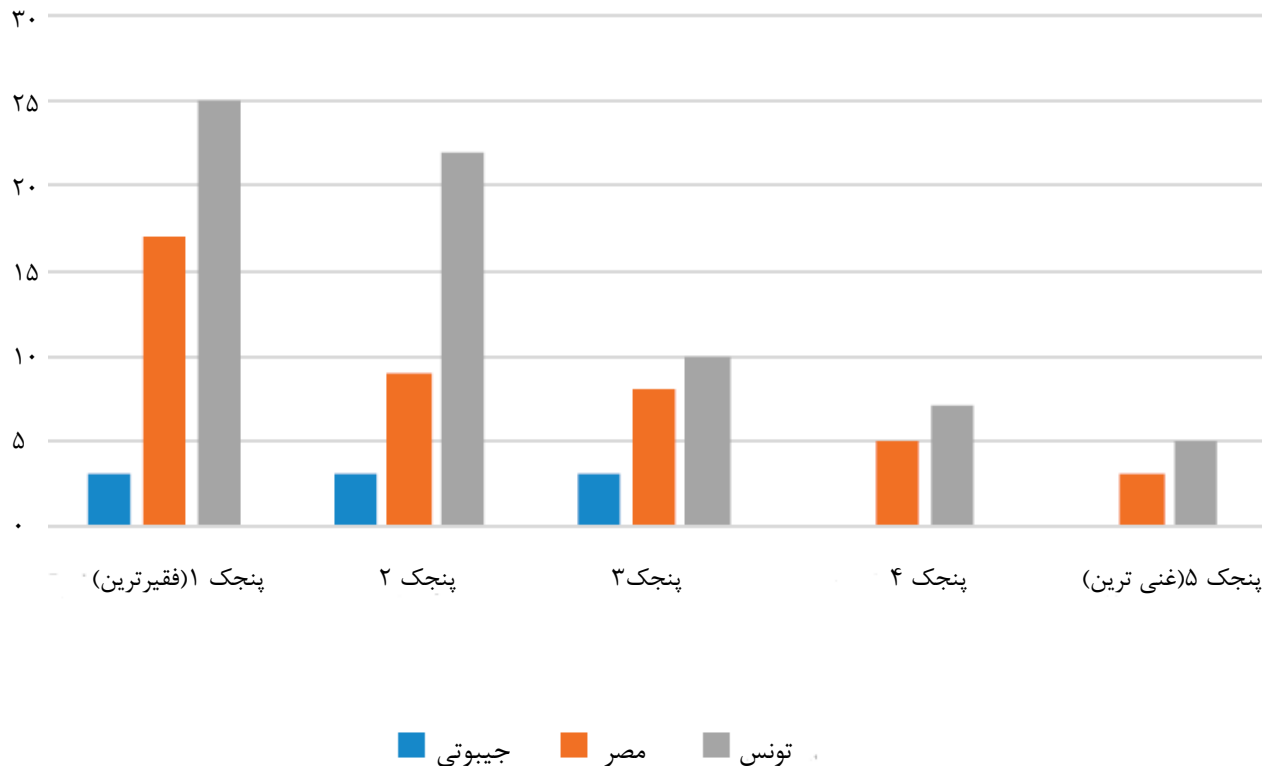
منبع: Lakner et al. (2020) (۴۶).

در برخی از کشورهای منطقه، میزان حمایت های اجتماعی از افراد بیکار، با درآمد پایین و وضعیت سلامت نامطلوب، پایین است، در حالی که در برخی دیگر کشورها، هیچ گونه حمایت اجتماعی قابل توجهی وجود ندارد.

در صورت نبود حمایت اضافی، تاثیرات مخرب اقدامات مهارکننده همه گیری در برخی افراد، می تواند کمر شکن باشد. راهبرد های گوناگون تعدیل این شرایط برای افراد تحت تاثیر شامل افزایش قرض گرفتن پول، کاهش استفاده از خدمات اساسی و کاهش دریافت غذا است (۴۷). با وجود بازه گسترده حمایت اجتماعی که برای پاسخ گویی به جهان گیری کووید-۱۹ در منطقه شروع شد، بانک جهانی هشدار می دهد که بسیاری از نظام های انتقال مالی در حال اجرا در منطقه، در رسیدن به فقیرترین خانوارها موفق نبوده است. نمودار ۱۰ نشان می دهد که تنها ۳٪ از فقیرترین خانوارها در جیبوتی کمک های مالی دریافت می کنند، درحالی که این میزان در مصر کمی بالاتر بوده است، اما همچنان فقط ۱۷٪ افراد در فقیرترین پنجم ها کمک های مالی دریافت می کنند (۴۲).

نمودار ۱۰. سهمی از جمعیت که کمک های مالی دریافت می کنند در جیبوتی، مصر و تونس، به تفکیک پنجه های درآمدی، ۲۰۲۰

درصد جمعیت دریافت کننده کمک نقدی



توجه: داده ها از گزارشات پرسش نامه ی تلفنی در مناطق خاورمیانه و شمال آفریقا هستند، که توسط بانک جهانی در نیمه ی اول سال ۲۰۲۰ جمع آوری شده اند. دسته بندی پنجه ها بر اساس دارایی خانوارها در مصر، بر اساس درآمد در جیبوتی (بالاترین پنجه توسط پرسشنامه پوشش داده نشده) و بر اساس مصرف در تونس است.
منبع: Arezki et al. (2020) (۴۲).

آژانس های بشر دوستانه در منطقه با چندین بحران انسانی رو به رو شده اند، از جمله این بحران ها می توان سطوح فقر فزاینده و مطالبات بیشتر کمک های بشر دوستانه را نام برد.

در افغانستان در سال ۲۰۲۰، تعداد افراد نیازمند کمک های بشر دوستانه به ۱۸.۴ میلیون نفر افزایش یافت، رشدی نزدیک به ۱۰۰٪ در یک سال (۴۸)، در همین حال، میزان منابع مالی بین المللی در حال کاهش است. در ۲۰۱۹، کمک های جهانی بشر دوستانه از ۳۱.۲ میلیارد دلار به ۲۹.۶ میلیارد دلار کاهش یافتند (۴۹)، منابع مالی یونیسف در منطقه نیز نزدیک به ۷۰٪ کاهش داشته است (۵۰).

پاندمی کووید-۱۹، بی عدالتی های موجود در دسترسی به خدمات آموزشی را نیز تشدید خواهد کرد.

دانش آموزانی که دسترسی راحتی به اینترنت، تلفن همراه، کامپیوتر شخصی و یا مکانی آرام برای درس خواندن ندارند، بیشتر از دانش آموزانی که از این مزایا بهره مند هستند آسیب خواهند دید. در پیمایشی که یونیسف طراحی و اجرا کرده بود، ۹۵٪ پاسخ دهندگان در کشورهای منطقه گزارش دادند که فرزندان ایشان تحت تاثیر پیامدهای منفی کووید-۱۹ قرار گرفته اند. عدم دسترسی به کامپیوتر و یا دسترسی محدود به

اینترنت، عوامل اصلی بازدارنده دانش آموزان در دسترسی به آموزش از راه دور بوده اند (۵۱). همچنین انتظار می رود جهان گیری کووی-۱۹، تأثیرات قابل توجهی بر بی عدالتی های جنسیتی داشته باشد. به عنوان مثال، خشونت علیه زنان و دختران افزایش یافته است، دختران دسترسی کمتری به آموزش مجازی نسبت به پسران داشته اند، و میزان انجام وظایف بدون حقوق در خانه در زمان اجرای اقدامات مهارکننده در زنان بیشتر از مردان است (۵۲).

خلاصه

تأثیرات اجتماعی و اقتصادی همه گیری کووید-۱۹ و اقدامات مهارکننده مرتبط با آن به صورت شدیدی در منطقه مخرب بوده اند، و سلامت و عدالت در سلامت را بدتر خواهند کرد، چرخه توسعه را کند می کنند و چه بسا پیشروی به سوی اهداف توسعه ی پایدار را متوقف سازد. درحالی که این چالش ها اساسی هستند، همه گیری کووید-۱۹ می تواند شانس برای کاهش بی عدالتی ها، قرار دادن عدالت اجتماعی در قلب تصمیم گیری ها در جهت بهبود سلامت کل جامعه و کاهش بی عدالتی های سلامت نیز باشد. به طور خلاصه – برای بنا نهادن جهانی عادلانه تر (۵۳).

پیشهادات

۱. با پرداختن به دلایل اصلی نابرابری ها و برداشتن گام هایی برای به حداقل رساندن نابرابری در مواجهه با

بیماری، نابرابری در ابتلا و مرگ و میر را کاهش دهید.

- در سکونتگاه های غیر رسمی، اقامتگاه های آوارگان داخلی و مهاجران، مناطق روستایی و در میان کارگران مهاجر، ارتباطات و اطلاع رسانی های مرتبط با خطرات کووید-۱۹ را گسترش دهید. با جوامع برای ایجاد برنامه های اطلاع رسانی، همکاری نمایید و از داروخانه ها و کارکنان اجتماعی برای انتشار اطلاعات استفاده کنید.
- در تمامی اقامت گاه ها و مدارس آوارگان داخلی و مهاجران، به صورت اورژانسی از بهداشت، سرویس های بهداشتی، دسترسی به آب آشامیدنی سالم و لوله کشی و صابون اطمینان حاصل کنید.
- محل اقامت کارگران مهاجر را بهبود ببخشید، ازدحام را کاهش دهید، تصفیه هوا را بهتر کنید و از دسترسی به آب لوله کشی و تمیز اطمینان حاصل نمایید. برای کارگران مهاجر، تست بیماری و حمل و نقل رایگان برای دسترسی به مکان های انجام تست مهیا کنید.

۲. تأثیرات ناعادلانه ی اقدامات مهارکننده بر بیکاری، درآمد، گرسنگی و عدالت جنسیتی را کاهش دهید.

- بر اساس این گزارش، برنامه هایی برای بنا نهادن جهانی عادلانه تر ایجاد و پیاده سازی کنید.
- از تحت پوشش قرار گرفتن تمامی افراد با درآمد پایین در حمایت اجتماعی و حمایت تغذیه ای اورژانسی در تمامی کشورها (نه فقط آنهایی که پایین ترین درآمدها را دارند) اطمینان حاصل کنید و برای کارگران قرنطینه شده، کمک های مالی ایجاد کنید.
- برای کاهش شیوع بیماری های روان که در این مدت افزایش داشته است، اقداماتی انجام دهید و دسترسی به خدمات سلامت روان را گسترش دهید.

۳. برنامه های عادلانه ی واکسیناسیون را پیاده سازی کنید.

- برنامه های ملی توزیع واکسن برگرفته از نظامی عادلانه و با در نظر گرفتن احتمال در معرض قرار گیری شهروندان ایجاد کنید.
- کشورهای ثروتمندتر باید در ذخیره و تامین مالی واکسن برای کشورهای با درآمد پایین منطقه کمک کنند و همکاری، به ویژه ساز و کارهایی مانند COVAX را ترویج کنند.
- برای کاهش تردید نسبت به واکسیناسیون، فرهنگ سازی و اقداماتی را اولویت دهی کنید.



©Shutterstock/Janossy Gergely

۴۰



درگیری، جنگ و پیامدهای آن، مهاجرت

این بخش بر پیامدهای درگیری و مهاجرت، تحریم ها و اشتغال بر عدالت در سلامت و عوامل اجتماعی تعیین کننده ی سلامت در منطقه تمرکز دارد. ما محرک های پیچیده درگیری و یا چگونگی رفع آنها – این مباحث از حیطه ی این کمیسیون خارج هستند – را بررسی نکردیم و تنها به تأثیرات بی شمار درگیری، جنگ و مهاجرت بر سلامت و عدالت در سلامت اشاره خواهیم کرد، و پیشنهاد می کنیم که عدالت در سلامت باید ملاحظه ای اصلی در واکنش های بین المللی، صلح و اقداماتی در جهت بازسازی در منطقه باشد.

نسبت به مسئولیت ها و فعالیت های بشر دوستانه در خصوص درگیری و جنگ، شرایط اضطراری

عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، عدالت در سلامت و زندگی با عزت حساس باشید و بر آن تمرکز

کنید

تقریباً نیمی از ۲۲ کشور و سرزمین های منطقه در شرایط بحرانی و جنگ به سر می برند. سطح درگیری ها، با بیش از ۱۵۰۰۰۰ مرگ سالانه، از سال ۲۰۱۰ افزایش داشته است.

امید به زندگی برای زنان و مردان در لیبی، سوریه و یمن از سال ۲۰۱۰ به دلیل درگیری ها کاهش یافته است و در سال ۲۰۱۴ بیش از نیمی از مرگ و میرها در سوریه، ناشی از درگیری و جنگ بوده اند (۵۴). این درگیری ها با وارد نمودن آسیب های مستقیم به سلامت و تخریب زیر ساخت ها، منجر به مهاجرت گسترده و افزایش تعداد مهاجرین و آوارگان داخلی، شرایط نامساعد زندگی و اشتغال و شرایط بسیار ناپایدار اقتصادی

و اجتماعی نیز می شود – عواقبی که به نوبه خود، بی عدالتی های اجتماعی، اقتصادی، جنسیتی و سلامتی را افزایش می دهند. جدول ۱ خلاصه ای از تاثیرات مستقیم و غیر مستقیم درگیری ها و جنگ را بر سلامت و عوامل اجتماعی موثر بر سلامت نشان می دهد.

جدول ۱. عواقب مستقیم و غیرمستقیم درگیری و جنگ بر سلامت و عوامل اجتماعی موثر بر سلامت

عواقب درگیری	انواع اقدامات	تاثیرات بر سلامت و عوامل اجتماعی موثر بر سلامت
مستقیم (میدان جنگ)	درگیری مسلحانه	مرگ و جراحات ناشی از جنگ و مبارزه
	• اسلحه کوچک، نارنجک، توپخانه، مین، بمب، حمله های هوایی • شکنجه، خشونت جنسی • آدم ربایی، ترور، زندانی کردن • تصرف	• بیماری های مرتبط با جنگ • بیماری های عفونی، قلبی عروقی و تنفسی • سلامت جنسی و تولید مثلی • سلامت روانی، مانند اختلال استرس پس از حادثه • سوءتغذیه، کم خونی
غیر مستقیم	تخریب و اخلال در:	دسترسی و کیفیت ناکافی به خدمات سلامت
	• نظام ها و تسهیلات سلامت • نظام آموزش و پرورش و مدارس • اسکان • سیستم های آب رسانی و سرویس های بهداشتی • تولید و توزیع غذا • زیرساخت ها (جاده ها، انرژی، حمل و نقل)	• کاهش تجهیزات و ملزومات در دسترس • کاهش بهره مندی از مراقبت های سلامت و کارکردهای بهداشتی دسترسی و کیفیت ناکافی آموزشی • ثبت نام پیش دبستانی و به طور کلی مدرسه • عدم تعادل جنسیتی در مدارس • کاهش پناهگاه های ایمن و مطمئن تخریب زیرساخت ها و ملزومات اساسی اسکان، الکتریسیته و سوخت، آب و سرویس بهداشتی ناکافی افزایش میزان آلودگی افزایش قیمت مواد غذایی، حمل و نقل، آب بیکاری و کاهش درآمد خانوار اختلال در شبکه های امنیت و حمایت • مستمری و حمایت از کهن سالان • برنامه های کاهش فقر (مانند حمایت های مالی، غذایی) • کاهش مراقبت های شخصی رژیم غذایی نامطلوب، نبود ورزش و فعالیت بدنی، استعمال دخانیات
	اخلال اقتصادی	
	• نابودی کارخانه ها و کشاورزی • قطع زنجیره های تجاری و بانکی • مهاجرت افراد و مهارت هایشان • (کارکنان بخش بهداشتی، معلمان، و امثال آنها)	
	منابع به سمت درگیری ها و جنگ منحرف می شوند	
	• اختصاص منابع کمتر برای نیازهای اجتماعی، مانند بهداشت، آموزش، حمایت اجتماعی، زیرساخت ها • کاهش یارانه ها • کاهش ظرفیت و اعتماد به بخش دولتی	
	تمرکز بیشتر بر بقا به جای رفتارهای سالم	

واضح است که در نتیجه افزایش سطح درگیری ها در منطقه از سال ۲۰۱۰، بی عدالتی در سلامت نیز به صورت مستقیم و یا غیرمستقیم افزایش یافته است. در این میان، فرصت هایی برای در اولویت قرار گرفتن عوامل اجتماعی موثر بر سلامت و همچنین تمرکز بر عدالت در سلامت برای

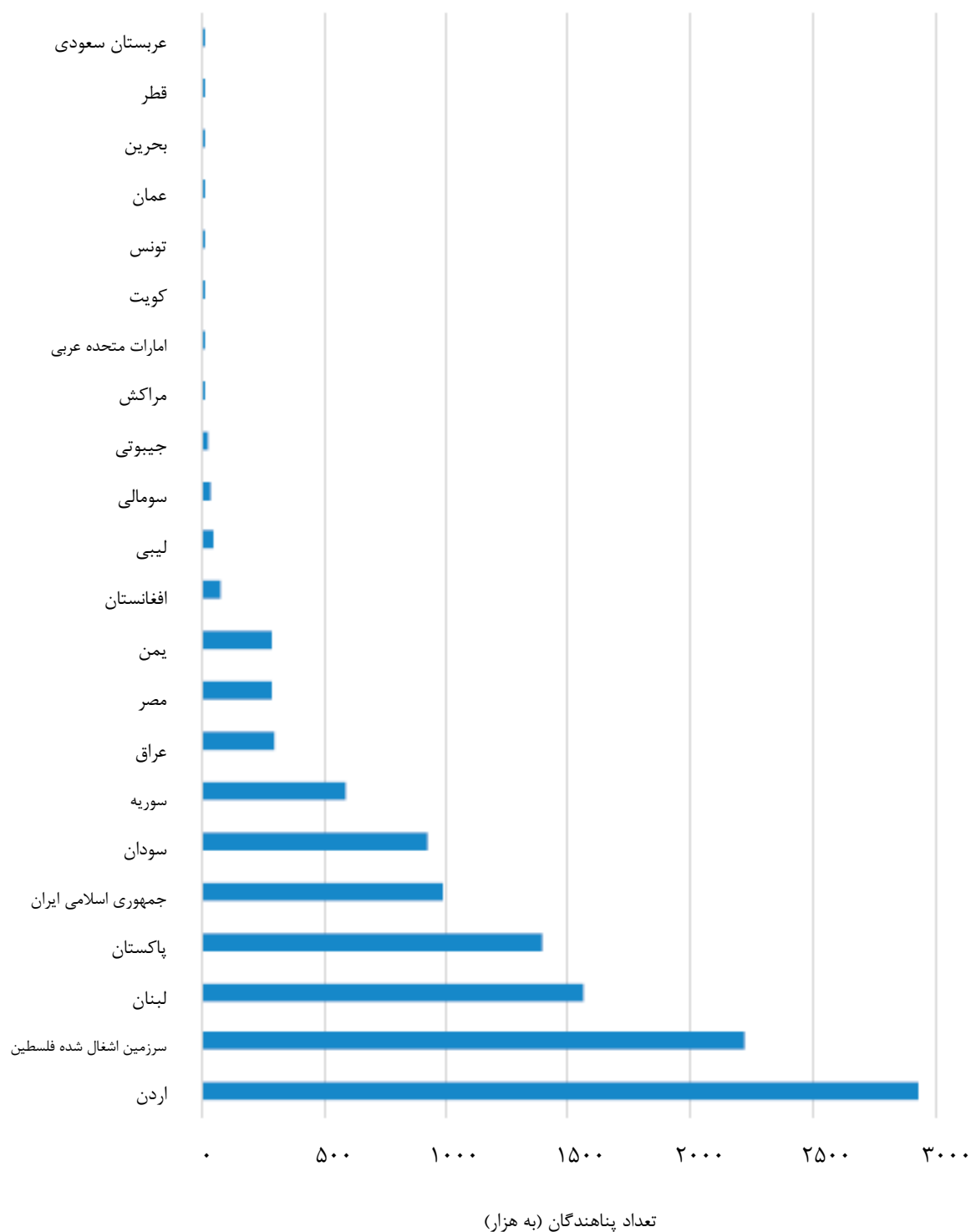
بازسازی شرایط و اقداماتی در جهت اشاعه صلح وجود دارد. این کمیسیون پیشنهاد می کند که آژانس های بشر دوستانه و موسسه هایی که وظیفه ی پاسخ گویی به بحران در شرایط اضطراری را بر عهده دارند نیز وظایف گسترده تری بر عهده گیرند و نقش بیشتری در دستیابی به نتایج بلند مدت بهتر در عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت ایفا نمایند.

سلامت مهاجرین و جمعیت مقصد را در اولویت سیاست های مهاجرتی قرار دهید

منطقه مدیترانه شرقی، طی سالیان دراز مقصد مهاجرت های اقتصادی در منطقه بوده است و همچنین بیشترین تعداد مهاجران و آوارگان داخلی در دنیا را در خود جای داده است. در سال های اخیر، بسیاری از کشورهای میزبان به دلیل افزایش درگیری ها، با افزایش سریعی در تعداد افراد پناهنده مواجه بوده اند.

اعداد دقیقی در دسترس نیستند، اما تا سال ۲۰۱۹، حدود هفت میلیون پناهنده سوریه ای، این کشور را به دلیل درگیری ها ترک کردند، و بیش از ۶.۵ میلیون نفر نیز در داخل کشور جابه جایی داشته اند (۵۵). جمهوری اسلامی ایران، اردن، لبنان و پاکستان تعداد زیادی مهاجر را به دلیل درگیری ها در کشورهای همسایه، همانگونه که در نمودار ۱۱ نمایش داده شده است، در کشور خود پذیرفته اند.

نمودار ۱۱. تعداد پناهندگان (هزار نفر) به تفکیک کشورها و یا سرزمین های میزبان در منطقه مدیترانه شرقی، ۲۰۱۹



توجه: پناهنده به معنای "تعداد افرادی که بر اساس کنوانسیون ۱۹۵۱ مرتبط با شرایط پناهندگان و پروتکل ۱۹۶۷ آن و بر اساس پروتکل کنوانسیون ۱۹۶۹ اتحاد آفریقا؛ کسانی که وضعیت مهاجری بر طبق کنوانسیون عالی ملل متحد برای وضعیت مهاجران به آنها تعلق می گیرد؛ کسانی که کسانی که با توجه اقدامات بشردوستانه، حمایت موقتی از طرف کشوری که در آن پناهنده هستند، دریافت کرده باشند؛ و پناهندگان فلسطینی که در آژانس کار و کمک به پناهندگان فلسطینی در خاور نزدیک سازمان ملل متحد (UNWRA) ثبت نام شده اند به عنوان مهاجر شناخته می شوند. داده ها افراد جویای پناهندگی را شامل می شوند" (۵۶). همچنین آمار ارائه شده بر اساس تخمین های پایان سال ۲۰۱۷ از جمعیت پناهندگان و وضعیت های شبه پناهندگی هستند (۵۷). منبع: UN international migration data (2019) (۵۶).

با توجه به این که کشورهای منطقه به میلیون ها نفر که در جست و جوی امنیت بودند پناه داده اند، منابع در کشورهای میزبان تحت فشار شدیدی قرار گرفته اند، لذا کمک ها و حمایت های بیشتری از جانب سازمان های بین المللی برای اطمینان از جلوگیری از آسیب بیشتر به آنها ضروری است. وضعیت قانونی پناهندگان در کشور میزبان برای سلامت مهاجران اهمیتی حیاتی دارد و معمولاً سطوح دسترسی آنها به خدمات سلامت و دیگر خدمات اجتماعی را مشخص می کند (۵۸). در برخی کشورها، کودکانی که اقامت قانونی ندارند نمی توانند به مدرسه بروند، و در دیگر کشورها، کار کردن کودکان برای کمک به خانواده های مهاجر و پناهنده مرسوم است (۵۹). پاره ای از اقدامات برای بهبود شرایط پناهندگان و مهاجرین در کشورهای مقصد انجام شده است، اما این اقدامات در سطحی نیستند که تاثیر قابل ملاحظه ای داشته باشند.

مهاجرت اقتصادی به صورت مستقیم با پیامد های نامطلوب در عوامل اجتماعی موثر بر سلامت شامل فقر، استاندارد های پایین تحصیلات، بی کاری، شرایط نامطلوب زندگی و اسکان، عدم دسترسی به غذا و خدمات اجتماعی، آزار و اذیت های مرتبط با تعصبات و برداشتهای نادرست از دین و مذهب و وضعیت قانونی در کشور مبدأ ارتباط دارد (۶۰).

برخی کشورها، به ویژه کشورهای عضو شورای همکاری خلیج همیشه فارس (GCC)، مهاجران اقتصادی داخلی زیادی را از کشورها و سرزمین های داخل و خارج از منطقه جذب می کنند. در بعضی از این کشورها، مهاجران بیش از سه چهارم جمعیت کلی را تشکیل می دهند (۶۱). بسیاری از مهاجران با درآمد پایین از شرایط نامطلوب کاری و زندگی رنج می برند، و شواهدی مبنی بر سوء استفاده از کارگران خانگی و ساختمانی در برخی کشورهای عضو شورای همکاری خلیج همیشه فارس موجود است (۶۲).

لازم است سیاست های مهاجرتی، محور موضوعات توسعه ای منطقه ای بر پایه ی چشم انداز کلی یکسان بودن حقوق مهاجران و پناهندگان با شهروندان در دسترسی به خدمات سلامت و آموزشی، و اشتغالی ایمن با حقوق عادلانه قرار گیرد. بسیاری از کشورها و سرزمین ها به تلاش در جهت دستیابی به اهداف توسعه پایدار متعهد شده اند که این تعهد، نشان دهنده لزوم وضع سیاست های بشردوستانه ی مهاجرتی است؛ اما چنین سیاست هایی در حال حاضر ضعیف هستند و به آنها پرداخته نشده است. همچنین ضروری است که تاثیرات مثبت مشارکت مهاجران بر توسعه ی کشورهای میزبان را به رسمیت بشناسیم. با داشتن یک برنامه ریزی منسجم، مهاجران می توانند نقشی اساسی در بازار کار ایفا نمایند، و حتی در مواردی، مهارت های تخصصی آنها تاثیرات مثبت و کارایی بر اقتصاد کشور میزبان داشته باشد.

تأثیرات منفی تحریم ها بر سلامت و عوامل اجتماعی موثر بر سلامت را برجسته کنید و آنها را

کاهش دهید

تحلیل تحریم بر کشورها و سرزمین ها نوعی ابزار است که به صورتی وسیع به عنوان اهرم فشار برای تغییرات سیاسی و کنترل تهدیدات استفاده می شود. متأسفانه تأثیرات عمیق اجتماعی-اقتصادی و سلامتی چنین راهبردهایی، به ویژه بر جمعیت، به خصوص جمعیت های محروم، قابل توجه است.

تأثیرات تحریم ها بر سلامت، به ندرت بررسی شده اند و یا در سیاست هایی که هدف آنها تعدیل و بهبود تحریم ها می باشند، گنجانده می شوند. با این حال، تحریم ها به سلامت آسیب وارد می کنند، از جمله شواهد نشان می دهند که تحریم ها با کاهش بقای مادر و کودک ارتباط مستقیم دارند. تحریم ها همچنین منجر به اختلال در زنجیره ی تامین ملزومات پزشکی می شوند و در نتیجه می توانند به کمبود دارو، ملزومات و تجهیزات درمانی، کاهش نیروی انسانی حوزه درمان و کاهش بودجه بخش سلامت بیانجامند.

تحریم ها همچنین به عوامل اجتماعی موثر بر سلامت نیز آسیب وارد می کنند، تولید ناخالص داخلی کشورها را کاهش می دهند (۶۳)، تورم و بی کاری را افزایش می دهند و بی عدالتی های درآمدی را بیشتر می کنند (۶۴، ۶۵). دسترسی به غذا مستقیماً تحت تأثیر قرار می گیرد و در مواردی شدیداً محدود می شود. همچنین تورم باعث می شود حتی تامین غذاهای اصلی برای بخش عظیمی از جمعیت قابل پرداخت نباشد. تحریم ها همچنین تأثیرات منفی بر آموزش و پرورش، به ویژه برای خانوارهای با درآمد پایین به همراه دارد؛ کاهش منابع دولتی تخصیص بودجه را محدود می کند و به دلیل افزایش کار کردن کودکان، احتمال حاضر شدن آنها در مدرسه را کاهش می دهد.

برخلاف جنگ ها، قوانین بین المللی بشر دوستانه هیچ قاعده ای برای تحریم ها ندارند (۶۶).

اعمال تحریم ها باید شامل آستانه های قطع مشخص برای عواقب ناخواسته بر غیرنظامیان باشد، که باعث کاهش یا تغییر مسیر تحریم ها و گسترش واکنش های بشردوستانه هنگام رسیدن به آستانه مشخص شده باشد. این فرایند باید شامل یک دستورعمل برای نظارت، ارزیابی و گزارش در مورد عدالت در سلامت و تأثیرات تحریم ها بر روی افراد آسیب دیده و این که آیا تحریم ها آستانه ها را رعایت کرده اند یا نه، باشد.

به تصمیمات سازمان ملل متحد در خصوص سرزمین فلسطین اشغالی پایبند باشید

اشغال و تصرف، سلامت و چندین عامل اجتماعی موثر بر سلامت را در سرزمین فلسطین اشغالی تحت تأثیر قرار داده است.

در سال ۲۰۱۹، سرزمین فلسطین اشغالی جمعیتی بالغ بر ۴.۹۸ میلیون نفر، که تقریباً ۷۰٪ از آنها (تقریباً ۲ میلیون نفر) در نوار غزه به عنوان پناهنده ثبت شده بودند، داشت (۶۷). برای بسیاری از فلسطینی های ساکن در سرزمین فلسطین اشغالی، دسترسی به آب، غذا، جمع آوری و دفع زباله و اسکان ایمن محدود است و در غزه، به صورت خاص، کشاورزی و صید ماهی به دلیل اهداف نظامی، آلودگی های ضایعات دفع نشده و ممنوعیت، آسیب دیده است. به علاوه، محدودیت های طولانی مدت، آزادی در حرکت و جابه جایی شرایط حقوق بشری را تشدید و دسترسی به خدمات سلامت، آموزش و اشتغال را تضعیف کرده اند (۶۸). فرصت های شغلی محدود هستند و بسیاری از فلسطینی ها در فقر زندگی کرده و کارهای پرخطر انجام می دهند، و میزان بیکاری بالاست. همچنین با اینکه سازمان ملل متحد^۱ (UN) و دیگر آژانس ها حمایت های ضروری را ارائه می کنند، سطح حمایت های اجتماعی در مجموع پایین است.

1. United Nations (UN)

با وجود چالش های پرشمار، دستاوردهای بسیاری در سرزمین فلسطین اشغالی، به خصوص در ارائه ی آموزش و خدمات سلامت وجود دارد. سازمان UNRWA در ساحل غربی و نوار غزه، خدمات اجتماعی برای ارائه کمک ها و تسهیلات تکمیلی به پناهندگان فلسطینی ارائه می دهد. بسیاری جوامع مدنی و سازمان های مذهبی در سرزمین فلسطین اشغالی فعالیت می کنند تا از دسترسی به خدمات و حمایت ها اطمینان حاصل نمایند.

پیشنهادهای

۱. نسبت به مسئولیت ها و فعالیت های بشر دوستانه در خصوص درگیری و جنگ، شرایط اضطراری عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، عدالت در سلامت و زندگی با عزت حساس باشید و بر آن تمرکز کنید

- از این که عوامل اجتماعی موثر بر سلامت شناسایی شده اند، وجود خدمات سلامت اورژانسی، حمایت های بشر دوستانه و آژانس های بین المللی اطمینان حاصل کنید.
- علاوه بر این که از دسترسی به آب آشامیدنی سالم، سرویس بهداشتی و پناهگاه اطمینان حاصل می کنید، توجه به دسترسی به عوامل اجتماعی اساسی که در این گزارش ذکر شده اند را در اولویت قرار دهید.
- آژانس های بشر دوستانه باید با استفاده از اقداماتی در جهت بهبود عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، برای پیشگیری از درگیری، اقدامات خود را گسترش دهند.

۲. سلامت مهاجران و جمعیت میزبان را در سیاست های مهاجرتی برجسته و شفاف کنید.

- حمایت های بین المللی/خارجی برای پناهندگان را افزایش دهید.
- با وظایف حقوق بشری و اهداف توسعه پایدار های مرتبط با تمامی شهروندان، شامل جمعیت های تحت تاثیر منازعات، تطبیق یابید.
- از ثبت نام و دسترسی مهاجران به خدمات اجتماعی اطمینان حاصل کنید و به پناهندگان اجازه اشتغال دهید.

۳. تأثیرات منفی تحریم ها بر سلامت و عوامل اجتماعی موثر بر سلامت را برجسته کرده و کاهش دهید.

- سیستم نظارت و گزارش دهی نظام مند از تأثیرات تحریم بر جمعیت را بهبود بخشید.
- برای تعدیل عواقب تحریم ها بر جمعیت های غیر نظامی، باید حد آستانه ای برای قطع تحریم مشخص شود.
- به عنوان بخشی از حقوق بین الملل، معافیت های واضح از تحریم را تعیین کنید.

۴. به تصمیمات سازمان ملل متحد در خصوص سرزمین فلسطین اشغالی پایبند باشید

- اطمینان حاصل کنید که از حمایت های حقوق بشر در مقابل خشونت، از جمله حق سلامتی، پیروی می شود. هدف ۱۶ اهداف توسعه پایدار که بیان می کند: جوامع عدالت محور و صلح آمیز، آرام و فراگیر را ترویج دهید، را اجرا کنید.
- بر حمایت اجتماعی و عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، که در این گزارش عنوان شده اند، تمرکز کنید.

۵۰



©Shutterstock/Gonzalo Bell



محرك های اقتصاد بر بی عدالتی های سلامت

داشتن درآمد کافی برای یک زندگی سالم، یکی از اصلی ترین اقدامات در جهت بهبود عوامل اجتماعی موثر بر سلامت است. حتی در کشورهای کم درآمد منطقه نیز، زمینه های زیادی برای کاهش فقر، ارائه حمایت های اجتماعی و خدمات عمومی کارا به کسانی که درآمد پایین دارند، و کاهش بی عدالتی های اقتصادی برای بهبود سلامت وجود دارد.

طراحی و ایجاد نظام های پایش و ارزیابی پیشرفت، به گونه ای که پیشرفت های اجتماعی، اقتصادی و پیشرفت های حوزه سلامت را به صورت جامع اندازه گیری و مشخص می کنند، به جای پایش تولید ناخالص داخلی به تنهایی، یکی از مهمترین راهکارها برای ایجاد عدالت در سلامت در کشورها است.

اجرای سیاست های مالی پیش رونده

بی عدالتی در ثروت و درآمد یکی از بزرگترین چالش های منطقه مدیترانه شرقی است که بیشتر به دلیل تصمیمات سیاسی و بی عدالتی های گسترده در ثروت و قدرت رخ داده است و میل به تحولات اقتصادی را تحت تاثیر قرار می دهد. سیاست های پولی، حمایت های اجتماعی و نظام های مالیاتی باید به گونه ای باشند تا ثروت و درآمد را بین گروه ها و اقشار مختلف جامعه، بازتوزیع نمایند. همچنین باید تلاش شود تا سیاست های مناسبی برای بهبود استاندارد های زندگی جوامع و جمعیت هایی که بیشترین خطر فقر و پیامد های نامطلوب آنها را تهدید می کند، اتخاذ گردد و منابع مالی عمومی کافی ای برای تامین مالی خدمات اساسی برای تمامی شهروندان ارائه شود.

هرچند سطح منابع و توسعه اقتصادی در بسیاری از کشورهای منطقه پایین است، اما هنوز ظرفیت هایی برای باز توزیع منابع در دسترس در جهت بهبود عدالت در سلامت وجود دارد. کشورهای با منابع و ثروت اضافه – که تعداد زیادی از آنها در منطقه وجود دارند – پتانسیل بالایی دارند تا بر عدالت و اطمینان از اولویت داشتن عدالت در سلامت در سیاست های اقتصادی منطقه ای تمرکز نمایند.

درآمد و فقر

بی عدالتی در ثروت و درآمد هر دو تأثیرات منفی بر سلامت دارند. منطقه مدیترانه شرقی در پیاده سازی اقداماتی در جهت توزیع عادلانه تر ثروت از دیگر مناطق، عقب تر است.

از سال ۲۰۱۰، سرانه درآمد تعدادی از کشورهای منطقه کاهش داشته است. در جیبوتی، مصر، یمن و سرزمین فلسطین اشغالی، سطح فقر (به معنی درصدی از جمعیت که با مبلغی کمتر از ۵.۵۰ دلار روزانه زندگی می کنند) در میان سال های ۲۰۱۰ تا ۲۰۱۷ افزایش یافت (۶۹). تأثیرات اقدامات مهارکننده و کنترلی کووید-۱۹ درآمدها را همچنان کمتر خواهد کرد.

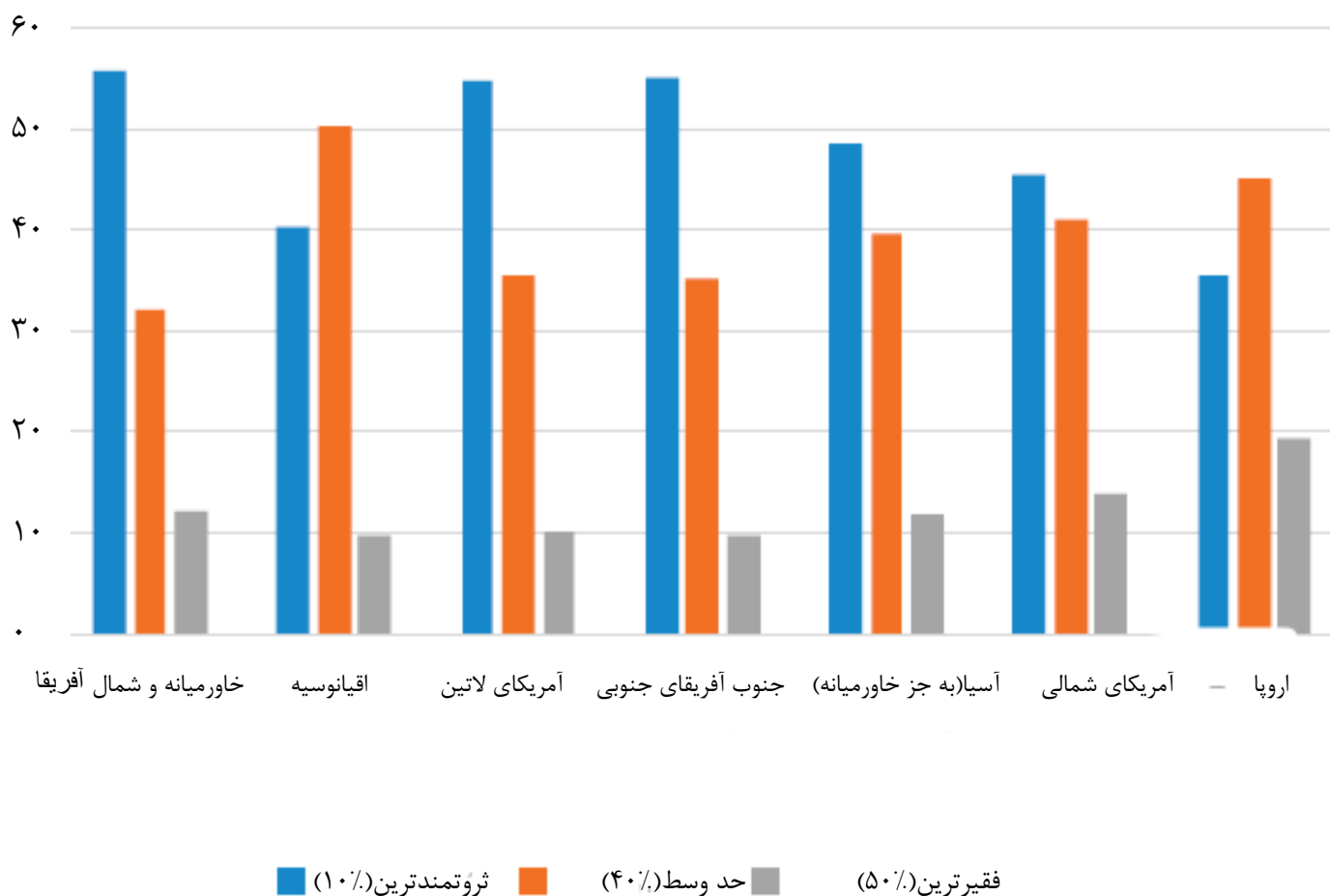
در نتیجه، این کمیسیون پیشنهاد می کند زیر ساخت هایی برای ایجاد سیاست های پولی و نظام های حمایت اجتماعی به صورتی که سطح معینی از درآمد برای حداقل زندگی سالم برای افراد ایجاد شود، و متناسب با شرایط هر کشور، طراحی و توسعه یابد. استانداردهای درآمد حداقلی برای زندگی سالم در سطح ملی نیازمند تثبیت حمایت های اجتماعی و سیاست های حداقل دست مزد در سطحی که برای داشتن زندگی ای سالم کافی باشد، خواهند بود. خدمات و حمایت های مالی اضافی برای کسانی که در زیر آستانه فقر قرار می گیرند باید در دسترس باشد.

بی عدالتی در درآمد

بی عدالتی در درآمد به طور قابل ملاحظه ای در منطقه بالاست، و هرچند آهسته، از سال ۲۰۱۰ رو به افزایش است. همان گونه که در نمودار ۱۲ نمایش داده شده است، نابرابری های درآمدی، بیشتر در خاورمیانه و شمال آفریقا گزارش شده اند، جایی که ثروتمندترین ها که ۱۰٪ از جمعیت را تشکیل می دهند، ۶۰٪ از درآمد ملی قبل از کسر مالیات را دارند، درحالی که ۵۰٪ پایین دست، فقط کمی بیشتر از ۱۰٪ از این درآمد را دارند (۷۰).

نمودار ۱۲. درصد درآمد ملی قبل از کسر مالیات برای ثروتمندترین ۱۰٪، ۴۰٪ میانی و ۵۰٪ پایینی جمعیت، به تفکیک منطقه، ۲۰۱۹

درآمد ملی قبل از مالیات (%)

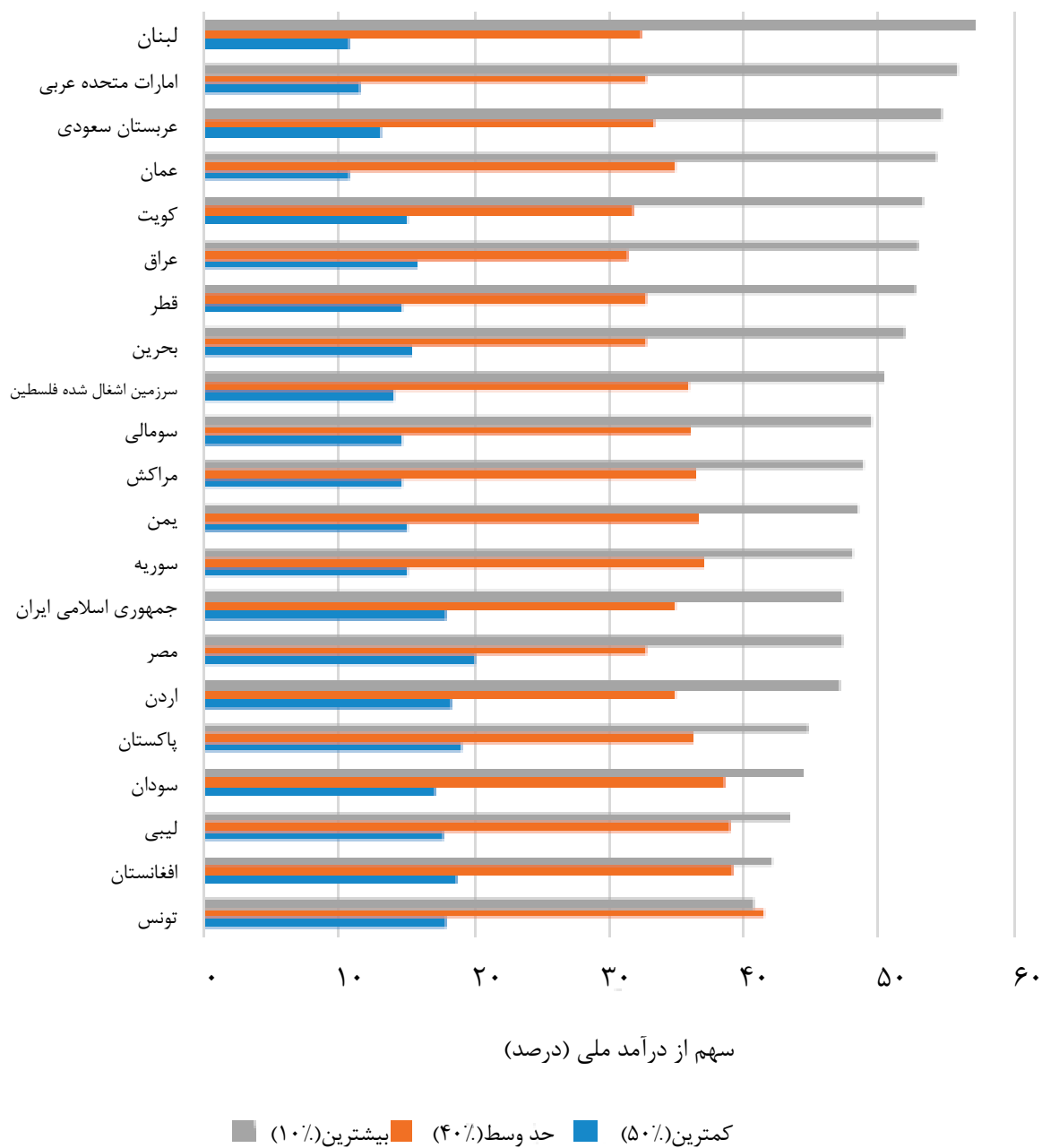


منبع: تحلیل های IHE از داده های بانک داده ای بی عدالتی جهانی (۲۰۲۰) (۷۰).

بر اساس برآوردهایی که برای کشورهای خاورمیانه انجام شده است، یک درصد از ثروتمندترین ها، ۲۷٪ از درآمد ملی پیش از کسر مالیات را در سال ۲۰۱۶ در دست داشتند (۷۱). حتی در صورت حذف کشورهای عضو شورای همکاری خلیج همیشه فارس، دیگر کشورهای خاورمیانه همچنان بی عدالتی های بیشتری در درآمد، نسبت به ایالات متحده ی آمریکا و اروپا نشان می دهند.

در میان کشورهای منطقه مدیترانه شرقی، لبنان بیشترین توزیع نابرابر درآمد را دارد. تونس دارای کمترین نابرابری درآمدی است، همچنین این کشور، تنها کشور در میان کشورها و سرزمین های منطقه در سال ۲۰۱۶ بود که سهم ۴۰٪ میانی، کمی بیشتر از درآمدهای ملی پیش از کسر مالیات نسبت به ۱۰٪ بالایی بود (نمودار ۱۳).

نمودار ۱۳. سهم از درآمد ملی (%) پیش از کسر مالیات برای جمعیت های دهک های بالا ۱۰٪، میانی ۴۰٪ و پایینی ۵۰٪ در کشورها و سرزمین های مدیترانه ی شرقی با داده ی قابل مقایسه، ۲۰۱۹



منبع: World Inequality Database (2020) (۷۰٪).

مالیات گیری

مالیات بر درآمد یکی از پایه ای ترین روش های بازتوزیع درآمد است، انواع دیگر مالیات از جمله مالیات بر ارث، مالیات شرکت های بزرگ، حمایت های اجتماعی و خدمات عمومی نیز به کاهش بی عدالتی های درآمدی کمک می کنند. نتایج تحقیقات حاکی از آن است که مالیات پیش رونده^۱ یکی از ابزارهای کارا برای مبارزه با بی عدالتی های درآمدی است. کشورهایی که از این روش برای اخذ مالیات بهره می گیرند، توانسته اند تا حد زیادی بی عدالتی درآمدی را کاهش دهند (۷۲، ۷۳ ف ۷۴). کشورهای OECD^۳ توانسته اند سطح بی عدالتی را که با ضریب جینی نشان می دهند کاهش دهند، همچنین این کشورها در کاهش میزان فقر، شامل فقر کودکان، با استفاده از مالیات های پیش رونده، موفق بوده اند (۷۵، ۷۶). مالیات اشخاص و کسب و کارها در منطقه پایین است و فرار مالیاتی توسط اشخاص و کسب و کارها به میزان بالایی وجود دارد. بر اساس داده های بانک جهانی، در سال ۲۰۱۸، میانگین جهانی درآمد مالیاتی حاصل از مالیات ۱۴.۴ درصد از GDP بود، این در حالی بود که تنها چهار کشور در منطقه، درآمد مالیاتی بالاتر از ۱۴.۴٪ از GDP کشورشان داشتند.

فرار مالیاتی (۷۸) یکی از مشکلات مرسوم بسیاری از کشورهای منطقه است، شرکت ها و گروه های پنجگ های بالای درآمدی احتمال بیشتری برای فرار از مالیات دارند. در مصر، معادل ۷.۲٪ از GDP به دلیل فرارهای مالیاتی از دست می رود و در سرزمین فلسطین اشغالی و مراکش، نیمی از درآمد مالیاتی قابل دریافت، وصول نمی شود (۷۹، ۸۰). میزان مالیاتی که کشورهای منطقه به دلیل فرارهای مالیاتی شرکت های بزرگ از دست می دهند، سالیانه بیش از ۹.۳ میلیارد دلار است. با در نظر گرفتن سطح بالای بی عدالتی درآمدی در منطقه، و سطوح نسبی پایین دریافت مالیات که با سطوح فرار مالیاتی بالا عجین شده، واضح است که نظام های مالیاتی کنونی برای کاهش نابرابری های درآمدی و ثروت و یا برای سرمایه گذاری های بالاتر در توسعه ی اجتماعی و اقتصادی کارا نیستند (۸۱). این کمیسیون خواستار ابداع و یا توسعه نظام های مالیاتی پیشرونده در کشورهای منطقه است.

سطوح حمایت اجتماعی

حمایت اجتماعی کافی یکی از راه های اساسی برای بهبود سلامت، کاهش بی عدالتی در سلامت و دیگر عوامل اجتماعی موثر بر سلامت و افزایش انسجام اجتماعی و توسعه ی اجتماعی-اقتصادی است. نبود حمایت اجتماعی کافی ممکن است شهروندان را در معرض فقر، تهیدستی و پیامدهای سلامتی مرتبط با آن ها قرار دهد. نظام های حمایت اجتماعی به صرفه اند، به گونه ای که بر اساس گزارش بانک جهانی، به طور میانگین، هزینه ای حدود ۱.۵٪ از GDP برای کشورها در بر دارند (۸۴). متأسفانه سطح حمایت های اجتماعی در منطقه پایین است، به استثنای آسیای جنوبی، سطح این حمایت ها در منطقه نسبت به سایر مناطق بانک جهانی کمتر گزارش شده است. (۸۵).

تفاوت های قابل ملاحظه ای در میان پوشش حمایت های اجتماعی و برنامه های کارگری در سراسر کشورهای منطقه وجود دارد، که از پوشش بیش از ۸۰٪ جمعیت در عراق تا کمتر از ۱۰٪ جمعیت در افغانستان، سودان و سوریه متغیر است. در حالی که سطوح کلی حمایت های اجتماعی پایین است، مثال های خوبی از حرکت رو به جلو در کشورهایی از منطقه که حمایت های اجتماعی را پایه گذاری کرده اند، وجود دارد.

سازمان ملل متحد پیشنهاد کرده است که کشورهای منطقه به صورت پیش رونده و فزاینده ای برای پایه گذاری حمایت اجتماعی، بستر سازی کنند (۸۶). این کمیسیون همچنین پیشنهاد می دهد که بستر سازی ای سریع و پیشرونده در حمایت های اجتماعی در تمامی کشورهای منطقه، با حمایت سازمان جهانی سلامت صورت گیرد. این اقدامات می توانند با پوششی گسترده تر برای کشورهایی که منابع کافی برای دستیابی به آن را دارند، در جهت گسترش عدالت در سلامت تاثیرگذار باشند.

1. Progressive Tax

۲. در این نوع از اخذ مالیات، نرخ مالیاتی مبتنی بر ارزش افزوده است که در آن نرخ مالیات با افزایش مبلغ مشمول مالیات افزایش می یابد.

3. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD)

افزایش کمک های توسعه ای از طرف کشورهای ثروتمند منطقه به میزان ۰.۷ درصد در آمد

ناخالص ملی

کمک های مالی برای توسعه^۱ (ODA) به معنی "کمک های دولتی کشورهای خارجی توسعه یافته برای ترویج توسعه اقتصادی و رفاه کشورهای در حال توسعه" است؛ این کمک ها یکی از راهکارهای مهم حمایت کشورهای ثروتمندتر از توسعه و سلامت کشورهای فقیرتر است (۸۷). هدف مشخص شده توسط سازمان ملل متحد این است که کشورهای توسعه یافته ۰.۷٪ از درآمد ناخالص ملی خود را به ODA اختصاص دهند (۸۸).

در سال ۲۰۱۹، هیچ یک از کشورهای ثروتمندتر منطقه چنین مبلغی را برای ODA تامین نمی کردند و این کمک ها نسبت به سال ۲۰۱۸ کاهش داشته است. به دلیل شیوع کووید-۱۹، میزان ODA کاهش بیشتری خواهد داشت، درحالی که نیاز منابع کشورهای با درآمد پایین به طور قابل ملاحظه ای بیشتر خواهد شد. برای کشورهای دریافت کننده در منطقه ی خاورمیانه و شمال آفریقا در سال ۲۰۱۷، تنها ۱۰.۵٪ از کمک های توسعه ای برای سلامت از کشورهای اهدا کننده در منطقه بود (۸۹).

این کمیسیون پیشنهاد می دهد که تمامی کشورهای ثروتمندتر منطقه میزان ODA خود را به ۰.۷٪ از درآمد ناخالص ملی (GNI)^۲ افزایش دهند، و کشورهایی که این کمک ها را دریافت می کنند، آن را برای دستیابی به عدالت در سلامت بیشتر با پیاده سازی پیشنهاداتی که در این گزارش ارائه شده است، اختصاص دهند.

سیاست ها باید در جهت ارائه خدمات عمومی متمرکز شوند

ایجاد، مدیریت و توزیع منابع مالی کشورها به گونه ای که در جهت ارائه خدمات عمومی^۳ باشد، می تواند منجر به سلامت بهتر، و همچنین حمایت از پیشرفت در توسعه ی اجتماعی شود؛ چنین اقداماتی شامل نظارت بیشتر بر بخش تجاری و سرمایه گذاری در خدمات و ملزومات عمومی می شود.

این کمیسیون تاکید می کند که برای کاهش بی عدالتی ها در سلامت، منابع عمومی در دسترس باید در سطحی کافی و متناسب با سطح نیاز و محرومیت افراد تخصیص یابند. هدف ارائه و ترویج چنین خدماتی پرورش خدمات و مداخلات جامع عمومی ای است که به صورت عادلانه و متناسب اجرایی شده اند.

سرمایه گذاری دولت در خدمات عمومی

هرچه تعداد بیشتری از کشورها برای خدماتی مانند سلامت، آموزش و پرورش، مسکن و بهداشت هزینه کنند، پیامد های مرتبط با سلامت جمعیت بهتر خواهد بود. تخصیص هزینه دولت ها در خصوص خدمات عمومی در کشورهای منطقه، بسیار نابرابر می باشد. در مقایسه با دیگر مناطق، نرخ پرداخت های نظامی به شدت بالاست و به طور قابل ملاحظه ای از هزینه های خدمات سلامت بیشتر است. به طور کلی، میانگین سرانه سلامت در مناطق مدیترانه شرقی از میانگین جهانی پایین تر است.

1. Official development assistance (ODA)

2. Gross National Income (GNI)

3. Public good

عوامل تجاری موثر بر سلامت

غذای کم کیفیت، محصولات دخانی، آلودگی هوا و مشاغل و محیط های کاری نا امن و غیر بهداشتی در منطقه در حال افزایش هستند و بیشتر از همه سلامت خانوارهای کم درآمد را تحت تاثیر قرار می دهند، و نابرابری های سلامتی را عمیق تر می کنند (۹۰). این کمیسیون، آن دسته از فعالیت های تجاری منجر به تولید گازهای گلخانه ای که به محیط زیست آسیب وارد می کنند را نیز به عنوان عوامل تجاری موثر بر سلامت بررسی کرده است. اقداماتی که بر نظارت و کاهش تاثیرات مخرب این فعالیت ها و محصولات اقتصادی تاثیر گذار باشند، توسعه نیافته اند و ظرفیت و تمایل دولت ها برای برخورد با تاثیرات مخرب شرکت های بزرگ همچنان ضعیف باقی مانده است؛ این مساله خود می تواند به سلامت و عدالت در سلامت صدمه وارد نماید.

معیارهای سنجش پیشرفت

این کمیسیون پیشنهاد می کند که منطقه و همچنین کشورها، معیارهایی منطقه ای و یا ملی برای سنجش پیشرفت تدوین نمایند. این معیارها می توانند پیشرفت را با رویکرد توسعه ی اجتماعی و سلامت بسنجند و در آن وضعیت بی عدالتی و نابرابری ها را نیز در نظر گیرند. این راهکار یکی از بزرگترین قدم ها در جهت اولویت بندی دوباره ی رفاه و عدالت برای کشورها و شهروندان منطقه خواهد بود.

در خلال گزارش، چگونگی بهبود پیامدهای اجتماعی، اقتصادی و سلامت، حتی در کشورهایی با منابع کم، با استفاده از سیاست ها و برنامه های ملی را متذکر شدیم. با وجود اهمیت دیگر عوامل در بهبود سلامت و توسعه، بسیاری از معیارهای پیشرفت کشورها تنها بر اندازه گیری های وضعیت اقتصادی – معمولاً GDP یک کشور – متکی اند. تمرکز صرف بر GDP به عنوان اقدام اصلی برای توسعه و پیشرفت باعث شده که حتی برای بهبود سلامت و عدالت نیز بر افزایش GDP تمرکز شود. (۹۱).

پیشنهادهای

۱. سیاست های مالی و پولی عادلانه اجرا کنید.

- برای اطمینان از جمع آوری کارای مالیات و کاهش فرار مالیاتی از روش های مالیات پیش رونده بهره بگیرید.
- از تطبیق تخصیص مخارج با اصل جامعیت متناسب مطمئن شوید – در حوزه هایی با بیشترین نیازها، بیشتر خرج کنید.
- استانداردهای ملی حداقل درآمد برای زندگی سالم را به عنوان استاندارد حمایت اجتماعی و سیاست های حقوقی ایجاد کنید.
- بخش عمومی را برای ارائه خدمات عادلانه و با کیفیت به طور کافی تامین مالی و بر آن نظارت کنید.
- به حداقل های تعیین شده توسط سازمان ملل متحد در خصوص حمایت های اجتماعی دست یابید.

۲. کمک های توسعه ی رسمی را به ۷ دهم درصد درآمد ناخالص ملی کشورهای ثروتمند منطقه افزایش دهید.

- از کشورهای کم درآمد منطقه برای بهبود سلامت، کاهش بی عدالتی ها و دستیابی به اهداف توسعه پایدار و حقوق بشر حمایت کنید.
- از شمول اقتصادی بیشتر مهاجران، پناهندگان و بی خانمان ها (Internally displaced persons) حمایت کنید.

۳. سیاست ها باید در جهت ترویج خدمات عمومی هدایت شوند.

- سنجش پیشرفت ملی را به گونه ای انجام دهید که به جای تکیه بر رشد GDP، بر پایه ی توسعه ی عادلانه ی اجتماعی و اقتصادی باشند.
- قوانینی برای نظارت بر فعالیت های مخرب شرکت ها و محصولات متنوع آنها تصویب و اجرا کنید.



©WHO/EMRO



فرهنگ و جامعه در منطقه مدیترانه شرقی

اعتقادات مذهبی، هنجارهای جنسیتی و نگرش هایی که در خصوص مهاجران وجود دارد، همگی سلامت تمامی افراد در منطقه را تحت تاثیر قرار می دهد. هر سه ی این ابعاد که مرتبط با فرهنگ و جامعه در منطقه مدیترانه شرقی می باشند، از اهمیت به سزایی برخوردارند.

تقویت همکاری با رهبران و سازمان های مذهبی برای حمایت از عدالت در سلامت

در منطقه مدیترانه شرقی، مذهب برای هویت ها، رفتارها و نگرش های مختلف موضوعی حیاتی و مهم است که این مساله خود تاثیرات مهمی بر سلامت افراد و عوامل اجتماعی موثر بر سلامت دارند. مذهب می تواند نقش مهمی به عنوان یک متحد قدرتمند برای اهداف اصلی کمیسیون، شامل عدالت در سلامت، برابری و عزت، داشته باشد و رهبران مذهبی می توانند برای تایید اجتماعی موضوعات و اجرای پیشنهادات کمیسیون همکاران موثری باشند.

شواهد جهانی نشان می دهند که فعالیت های مذهبی با سلامت مطلوب مرتبط هستند و سازمان های مذهبی در منطقه، خدمات و منابع مالی حیاتی برای جوامع کم درآمد و محروم تامین می کنند. با این حال، در حمایت ها و کمک هایی که در حیطه سلامت توسط رهبران و سازمان های مذهبی ارائه می شوند تفاوت هایی وجود دارد، به گونه ای که در برخی موارد برخی باورهای نادرست و فعالیت های به ظاهر مذهبی به سلامت آسیب رسانده اند. درحالی که این گزارش توجهات را به جنبه ها و نقش مثبت رهبران و سازمان های مذهبی معطوف میکند، همچنین تصدیق می کند که همیشه این گونه نیست.

برای کسانی که در جهت بهبود سلامت و عدالت در سلامت در منطقه فعالیت می کنند، تقویت همکاری ها با رهبران و سازمان های مذهبی می تواند پیشرفت به سوی اهداف توسعه پایدار و عدالت در سلامت بهتر را پشتیبانی کند. برای اطمینان از مثبت بودن این گونه مشارکت ها، بهتر

است که معیارهایی برای نوع مشارکت و شروط همکاری با سازمان های مذهبی تدوین شود. اصول حقوق بشر باید در تمام جنبه های زندگی جریان اصلی داشته باشد، همچنین نقض این اصول به بهانه ویژگی های فرهنگی و تفسیرهای مذهبی نادرست، جایز نیست.

دستیابی به پیشرفت در عدالت جنسیتی

جنسیت یکی از مهمترین عوامل اجتماعی موثر بر سلامت هم برای مردان و هم برای زنان است.

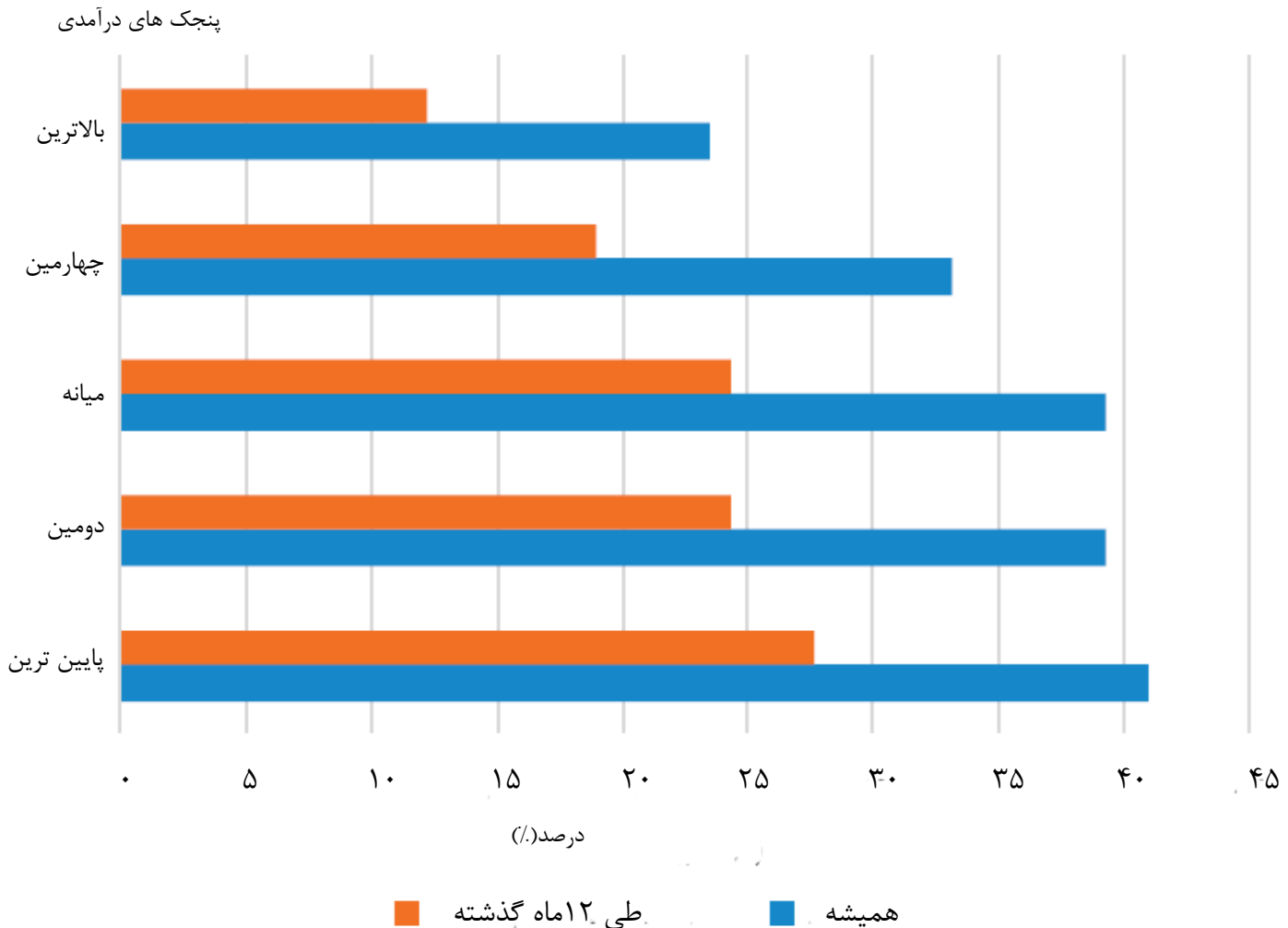
نگرش های ناعادلانه ریشه دار نسبت به مردان و زنان شامل نقش ها و وظایفی است که انتظار می رود زنان و دختران در خانه باید انجام دهند، هدفی که زنان و دختران در زندگی باید داشته باشند، و به چگونگی شکل دهی هویت آنها مرتبط است. این مساله شامل هنجارهای مربوط به سن مناسب ازدواج، تعداد فرزندان، وظایف خانه و سطح سواد می باشد که این موارد، نفوذ اجتماعی و سیاسی، تصمیم گیری و سطوح آزادی عمل و استقلال را در میان زنان تحت تاثیر قرار می دهد. بر طبق اندازه گیری شاخص های برابری جنسیتی، منطقه مدیترانه شرقی در مقایسه با دیگر مناطق جهانی، بیشترین سطوح نابرابری جنسیتی را دارد، اگرچه سطح این نابرابری ها در میان کشورهای منطقه متفاوت است.

بانک جهانی اذعان داشته است که احتمال دسترسی بیشتر به خدمات سلامت و سواد سلامت در زنانی که تحصیلات بالاتری دارند بیشتر است، این افراد در سن مناسب ازدواج می کنند و فرزندان سالم تری خواهند داشت (۹۲). هر کودک به ازای هر سال بیشتر تحصیلات مادر، ۰.۳۲ سال بیشتر در مدرسه طی می کند (۹۳، ۹۴) و زنان تحصیل کرده تر احتمال بیشتری برای اشتغال در بازار کار رسمی و دریافت حقوق بالاتر دارند (۹۲). سازمان یونیسف نشان داده است که به ازای هر یک درصد افزایش در تحصیلات بانوان، ۰.۳۷٪ افزایش در GDP ایجاد می شود، که این موضوع خود می تواند به توسعه ی ملی کمک کند (۹۵).

نابرابری های جنسیتی بیشتر به زنان و دختران آسیب می رسانند، اما پسران و مردان هم به دلیل هنجارها و پیش فرض های جنسیتی تأثیراتی منفی می پذیرند. این تأثیرات، برای مثال، در ریسک پذیری و رفتارهای پرخطر مردان، انتظار داشتن از مردان برای درگیری و شرکت در منازعات و حصول درآمدی مطابق با انتظارات فرهنگی، و هویت های کلیشه ای مردانه که سلامت جسمی و روانی را تخریب می کنند منعکس می شوند، می باشد (۹۶).

در حالی که هنجارهای جنسیتی تمامی افراد منطقه را متأثر می کنند، برای افرادی که تحصیلات و درآمد پایین تری دارند به طور بارزی مخرب تر است. نابرابری های جنسیتی با بی عدالتی های اجتماعی-اقتصادی ترکیب می شوند و به زنانی فقیرتر با تحصیلاتی کمتر منجر می گردند. زنانی که امنیت اقتصادی نداشته باشند، به صورتی نامتوازن، بیشتر در معرض خشونت های وابسته به جنس قرار می گیرند و احتمال کمتری دارد تا برای تکمیل تحصیلات اولیه و ثانویه اقدام کنند؛ همچنین نسبت به زنانی که از تحصیلات بالاتری برخوردارند احتمال کمتری برای اشتغال دارند. اطلاعات نظر سنجی در مصر در خصوص نابرابری های اجتماعی-اقتصادی نشان می دهند که احتمال مواجه شدن این زنان با خشونت های خانگی نیز بیشتر است (نمودار ۱۴).

نمودار ۱۴. درصد زنانی که در حال حاضر متاهل بوده و خشونت جسمی، جنسی، و یا روانی ای از سمت آخرین همسر خود در ۱۲ ماه گذشته تجربه کرده اند به تفکیک پنجک های درآمدی در مصر، ۲۰۰۵



منبع: Analysis by El-Zanaty et al. (2005) که توسط USAID و شورای ملی زنان (۹۷)، بر اساس داده ی نظر سنجی جمعیتی و سلامت سال ۲۰۰۵ مصر گزارش شده است.

برابری جنسیتی محور توسعه پایدار است و تا زمانی که به دست نیاید، پیشرفت به سوی توسعه همه جانبه در منطقه، نشدنی است.

برای کاهش نابرابری های جنسیتی باید در حوزه های قانونی و حکمرانی و همچنین از طریق برنامه هایی برای تغییر هنجارهای اجتماعی در خصوص نقش های جنسیتی اقدامات اساسی انجام شود. از ۲۲ کشور و سرزمین منطقه، ۱۹ کشور دارای احزاب دولتی ای متعلق به کنوانسیون حذف انواع تبعیض علیه زنان (CEDAW)^۱ می باشند. علی رغم عضویت در CEDAW، برخی از کشورهای منطقه نسبت به تصویب و اجرای

1. Convention on the Elimination of all forms of Discrimination Against Women (CEDAW)

بعضی از اساسنامه ها و مندرجات مطرح شده در بیانیه کنوانسیون که بر پیاده سازی معنادار آن تاثیر گذار است، بی تفاوت هستند و برای اجرای آنها شروط و استثنائاتی ابراز کرده اند (۹۸).

با این حال منطقه، در حال حاضر پیشرفت های مثبتی در برابری جنسیتی تجربه می کند. این پیشرفت ها شامل: تایید برابری جنسی توسط بالاترین مقام سیاسی کشورها، اولویت دهی برابری جنسی و توانمند سازی زنان در موضوعات توسعه ای ملی، ایجاد راهبرد و پیاده سازی قوانین و اقدامات اصلاحی، و برپایی "انجمن زنان" می شوند.^۱

حذف تبعیض و محرومیت علیه مهاجران، پناهندگان و آوارگان داخلی

منطقه مدیترانه شرقی، میزبان و حامی تعداد فراوانی از پناهندگان و مهاجران اقتصادی است که می تواند به طور بالقوه، منابع کشور میزبان و سطوح یکپارچگی اجتماعی را تضعیف کند. شواهدی دال بر بدتر شدن نگرش و رفتارها نسبت به مهاجران منطقه وجود دارد، که می توان اثرات منفی بیش از پیش بر سلامت ایشان داشته باشد.

این نگرش ها و رفتارهای منفی منجر به ایجاد تمایل برای کار موقت برای مهاجران، رفتاری تبعیض آمیز نسبت به شهروندان ملی و "رفتارهایی محرومیت زا و حتی سوء استفاده از کسانی که به صورت واضحی متفاوت هستند" می شوند (۹۹). کارگران مهاجر، و به طور خاص کارگران کم تخصص از خارج منطقه، حتی بیش از این در معرض رفتارهای منفی، تبعیض آمیز و یا نژاد پرستی قرار دارند.

برای تغییر نگرش ها نسبت به پناهندگان و مهاجران نیاز است تا سازمان های منطقه ای و دولت های ملی با استفاده از برنامه های آموزشی و حمایت از ارتباطات اجتماعی، با عامه ی مردم همکاری کنند. سازمان های بشر دوستانه، رهبران و سازمان های مذهبی باید بسیار بیش از این درگیر تلاش های حمایتی از نگرش ها و رفتارهای مثبت نسبت به مهاجران باشند. به علاوه ی تلاش در جهت تغییر رفتارها، باید قوانینی برای حفاظت از مهاجران در مقابل سوء استفاده وجود داشته باشد.

^۱ با توجه به این نکته که عمده کشورهای منطقه مدیترانه شرقی مسلمان هستند، در این منطقه برابری جنسیتی باید منطبق با ارزش های دین مبین اسلام و فرهنگ بومی کشورهای عضو سنجیده شده و صلاحیت و درستی قوانین و استانداردهای غربی برای ایجاد برابری جنسیتی در این منطقه مورد سوال می باشد.

پیشنهادهای

۱. برای حمایت از عدالت در سلامت، همکاری با سازمان ها و رهبران دینی را تقویت کنید.

- از نقش برجسته ی دین برای سرعت بخشیدن به پیشرفت به سمت اهداف توسعه پایدار و عدالت در سلامت و گسترش حقوق بشر استفاده کنید.
- مشارکت سازمان های مذهبی را به عنوان شرکایی در مالکیت موضوعات مرتبط با عدالت تقویت کنید.
- سازوکارهایی برای همکاری با سازمان ها و رهبران دینی برای ترویج عدالت در سلامت و تلاش در جهت عوامل اجتماعی موثر بر سلامت ایجاد کنید.

۲. در برابری جنسیتی، پیشرفت حاصل کنید.

- تمامی کشورهای منطقه باید عضو کنوانسیون حذف تبعیضات علیه زنان (CEDAW) باشند و سیاست های داخلی آنها عملاً با مفاد کنوانسیون مطابقت داشته باشند. (البته با در نظر گرفتن ملاحظات دینی و فرهنگی کشورها)
- مشارکت جامعه ی مدنی در برابری جنسیتی را گسترده تر کنید. از عملکرد کارای انجمن ها و شوراهای سطح بالای زنان، به خصوص در نظارت بر دستیابی به اهداف توسعه پایدار مرتبط با جنس و اهداف و مطابقت با CEDAW حمایت کنید.
- برای کاهش خشونت های وابسته به جنس و بهبود برابری جنسیتی، برنامه های آموزشی و دینی ایجاد کنید. قوانین ملی را برای جرم انگاری خشونت های خانگی و تجاوز همسر تقویت کنید.

۳. تبعیض و محرومیت علیه پناهندگان، مهاجران و آوارگان داخلی را از بین ببرید.

- به نیازهای اجتماعی و قانونی مهاجران شامل حفاظت از حقوق بشر، و ترویج حمایت های عمومی برای این اقدامات توجه کنید.
- برای رسیدن به اقامت قانونی و تابعیت، راهی شفاف ایجاد کنید و همچنین سازوکارهایی برای نظارت و اجرای قراردادهای جهانی ایمن، منظم و با قاعده ی مهاجرت، فراهم کنید.
- برای پرورش ظرفیت های حمایتی از جوامع پناهندگان و مهاجران، برنامه های آموزشی را طراحی کنید، به گونه ای که سازمان های مذهبی نیز در این برنامه ها مشارکت داشته باشند.



©Shutterstock/akramalrasny



محیط زیست و عدالت در سلامت

تمامی کشورها با بروز تغییرات اقلیمی و آسیب هایی که در نهایت به محیط زیست وارد می شود، مواجه هستند؛ این تغییرات ناشی از آلودگی، کشاورزی بیش از حد، استخراج منابع و از دست دادن تنوع زیستی می باشد. تاثیرات شدید ناشی از تغییرات اقلیمی و تخریب زمین بر سلامتی مردم، بیشتر متوجه قشر فقیر و آسیب پذیر کشورها می شود (۱۰۰، ۱۰۱). لذا، هم راستا نمودن موضوعات عدالت در سلامت و پایداری محیط زیست در جهت کاهش نابرابری های سلامت ضروری می باشد.

تغییرات اقلیمی را کاهش داده و با آنها سازگار شوید، انرژی تجدید پذیر را افزایش داده و از

عدالت در سلامت در راستای اجرای قرارداد اقلیمی پاریس و موضوعات مرتبط با توسعه ی پایدار

حمایت کنید

منطقه مدیترانه شرقی نسبت به تغییرات اقلیمی به طوری خاص آسیب پذیر است و تمامی کشورها و سرزمین های منطقه با پدیده افزایش دما، کاهش بارندگی، خشکسالی، بیابان زایی و از دست رفتن زمین های حاصل خیز کشاورزی روبه رو هستند.

تاثیرات نامطلوب تغییرات اقلیمی بر سلامت در منطقه، در جدول ۲ خلاصه شده اند (۱۰۲). شواهد متعددی مبنی بر احتمال بیشتر تاثیر پذیری افراد فقیر از این تغییرات وجود دارند.

جدول ۲. تاثیرات مورد انتظار تغییرات اقلیمی بر سلامت و عدالت در سلامت در منطقه مدیترانه شرقی

تاثیرات تغییرات اقلیمی	خطرات و اثرات سلامتی	تاثیرات بر عدالت در سلامت
افزایش تناوب و شدت موج های گرما؛ افزایش خطر آتش سوزی در کشورهای کم باران؛ افزایش تعداد روزها و شب های گرم	مرگ و میر مرتبط با گرمای اضافی؛ افزایش وقوع گرما زدگی و فرسودگی (کمبود آب، گرفتگی های عضلانی)؛ افزایش شیوع بیماری های قلبی عروقی، تنفسی، کلیوی و دیگر بیماری های غیرواگیر شامل بیماری های روانی؛ افزایش مرگ های زودرس مرتبط با آلودگی هوا و اوزون ناشی از آتش، علی الخصوص در موج های گرما؛ افزایش موارد بستری در بیمارستان به دلیل بیماری های غیرواگیر و مشکلات روانی.	خطر مرگ، افزایش بیماری و جراحت کارکنانی که در فضای باز فعالیت دارند، شامل کارگران مهاجر و آوارگان داخلی که در شرایط نامطلوب و موقت اسکان به سر می برند (بدون دسترسی به هرگونه دستگاه و تجهیزات خنک کننده).
	افزایش خطر مرگ، بیماری و جراحت به دلیل افزایش موج ها و آتش سوزی ها	تاثیرات بیشتر بر جمعیت های فقیر و افرادی که در فضای باز مشغول هستند (مانند کارگران کشاورز، ساختمان سازی)، کسانی که در مسکن شلوغ/ فاقد تهویه زندگی می کنند، و کسانی که سلامت نامطلوب دارند.
	افزایش خطر بیماری های تنفسی و قلبی برای کسانی که در فضای باز کار میکنند، سالمندان و کسانی که فاقد سیستم های تهویه و خنک کننده هوا هستند (و یا دارای سیستم های نامطلوبی اند).	کاهش درآمد به دلیل از دست دادن شغل و یا کاهش بهره وری.
بارش های متغییر و فزاینده؛ سطح بالای دریا و دمای آب های شیرین	تاثیر تخریب های ناشی از سیل به زیرساخت های بهداشتی و آبی؛ آلودگی منابع آبی ناشی از طغیان، نبود آب برای بهداشت مطلوب؛ رشد تسریع باکتری ها و بقای آنها؛ افزایش شیوع، انتقال و واگیری عوامل بیماری زا؛ تغییرات توزیع جغرافیایی و فصلی عوامل بیماری زای منتقله از راه آب و جلبک ها.	افزایش وقوع بیماری های اسهالی، به خصوص میان کودکان؛ افزایش وقوع بیماری های منتقله از ناقل ها، شامل مالاریا، تب دنگی، چیکونگ ونیا؛ افزایش وقوع بیماری های منتقله از آب، شامل لپتوسپیروز، شیستوزومیازیس و وبا.
	کاهش تولید غذا؛ دسترسی کمتر به مواد غذایی به دلیل کاهش عرضه و قیمت های بالاتر؛ تاثیرات همزمان سوتغذیه و بیماری های عفونی و واگیر؛ تاثیرات مزمن کوتاه قدی و عقب ماندگی (هدر رفتگی) در کودکان.	افزایش میزان سوء تغذیه و کمبود مواد مغذی در میان خانوارهایی که در فقر زندگی کرده و درآمد پایینی دارند.
	افزایش خطر بیماری های منتقله از راه آب و غذا.	افزایش خطر سوء تغذیه ناشی از کاهش در تولید مواد غذایی.

منبع: بر اساس (۱۰۳، ۱۰۴، ۱۰۵).

تغییرات اقلیمی علاوه بر اینکه به طور مستقیم و واضح بر عدالت در سلامت تاثیر می گذارند، به واسطه تاثیر و آسیبی که بر عوامل اجتماعی موثر بر سلامت دارند، از قبیل افزایش خطر جنگ و درگیری، کمبود منابع و افزایش قیمت های غذا، انرژی، آب و حمل و نقل، افزایش فقر و بی کاری، و افزایش قابل ملاحظه ای در تعداد مهاجران، به طور غیر مستقیم نیز بر سلامت و عدالت در سلامت تاثیر گذار هستند. بانک جهانی تخمین می زند که در مناطق خاورمیانه و شمال آفریقا، تغییرات اقلیمی می توانند نرخ رشد GDP را تا سال ۲۰۵۰ به دلیل "خسارت های مرتبط با آب در کشاورزی، سلامت، درآمد و فقر" حدود ۶-۱۴٪ کاهش دهند (۱۰۶).

تنها در صورتی می توان صدمات مستقیم بر سلامت و عدالت در سلامت و تاثیراتی که بر عوامل اجتماعی موثر بر سلامت وجود دارد را کاهش داد که بتوان میزان گازهای گلخانه ای و دیگر فعالیت های زیان بار اقلیمی را به طور قابل ملاحظه ای کاهش داد. در حال حاضر، دنیا در مسیر درستی در جهت دستیابی به اهداف قرارداد پاریس^۱ قرار ندارد، و برخی کشورها در منطقه مدیترانه شرقی به افزایش آلاینده های ادامه می دهند. در کشورهای عضو شورای همکاری های خلیج همیشه فارس، هر ساله مصرف انرژی چیزی نزدیک به ۰.۸٪ سریعتر از بیشتر مناطق دنیا افزایش می یابد.

لازم است که اقداماتی فوری برای سرعت بخشیدن به دستیابی به هدف آلاینده های کمتر و اهداف قرارداد پاریس صورت گیرد؛ این اقدامات می توانند شامل استفاده از فناوری های سوخت پاک، گسترش انرژی های تجدید پذیر، کاهش تقاضا برای انرژی و بهبود بهره وری انرژی باشند (۱۰۷). در بسیاری از کشورهای منطقه، برنامه هایی محدود برای کاهش آلاینده های وجود دارد، در برخی دیگر از مناطق، هیچ راهبرد و یا اقدامی صورت نگرفته است.

متنوع سازی اقتصاد منطقه مدیترانه شرقی به دور از اتکا به سوخت های فسیلی

برای بسیاری از کشورهای منطقه مدیترانه شرقی، تولید نفت و گاز طبیعی اصلی ترین منبع درآمد است (۱۰۸). منابع درآمدی شش کشور شورای همکاری های خلیج فارس غالباً از نفت و گاز است و اقتصاد آنها کمترین تنوع را در دنیا دارد. در منطقه ای که وابستگی شدیدی به سوخت های فسیلی وجود دارد، تغییر به سمت کاهش اقتصادهای مبتنی بر کربن و متنوع سازی منابع انرژی چالشی اساسی است.

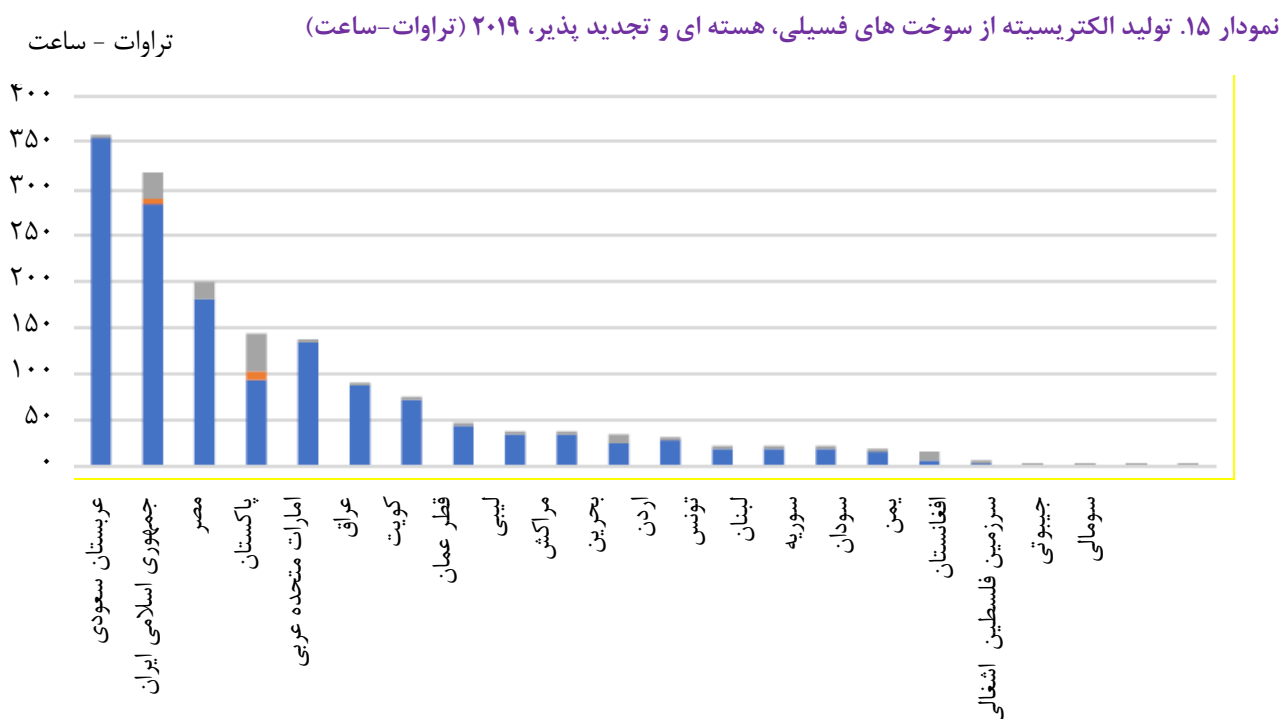
حرکت به سوی ایجاد دنیایی عادلانه تر پس از پاندمی کووید-۱۹، نیازمند بهبود وضعیت اقتصادی، ارتقای عدالت در سلامت و ایجاد محیط زیست هایی پایدار می باشد. پایه گذاری اقتصاد سبز برای این سه نیازمندی، امری محوری است. تجزیه و تحلیل بسته ها و برنامه های بازبینی مالی در کشورهای G20^۲ به این نتیجه رسیده است که بسته های بازبایی سبز از نظر زیست محیطی و اقتصادی از مزایای بالایی برخوردار بودند زیرا بازبایی سبز ضریب بیشتری نسبت به مدل "تجارت معمول" داشت و به صرفه تر بود.

۱. توافق پاریس (فرانسوی: Accord de Paris)، که با نام پیمان پاریس نیز شناخته می شود، ذیل چارچوب پیمان نامه سازمان ملل در تغییر اقلیم (UNFCCC) در رابطه با کاستن از انتشار گازهای گلخانه ای، سازگاری و امور مالی است که از سال ۲۰۲۰ شروع می شود. متن توافق از سوی نمایندگان ۱۹۵ کشور در کنفرانس تغییر اقلیم ۲۰۱۵ سازمان ملل متحد در پاریس مذاکره و با اجماع در ۱۲ دسامبر ۲۰۱۵ تصویب شد. در ۲۲ آوریل ۲۰۱۶ (روز زمین) در مراسمی در نیویورک برای امضا معرفی شد. تا سال ۲۰۱۷، ۱۹۵ عضو UNFCCC این پیمان را امضا و ۱۴۷ کشور آن را به تصویب مجلس خود رسانده اند.

۲. گروه ۲۰ (به انگلیسی: G-20)، یا گروه بیست اقتصاد بزرگ، گروهی متشکل از وزرای اقتصاد (دارائی) و مسولان بانک های مرکزی بیست اقتصاد برتر دنیا است. گروه ۲۰ متشکل از قدرتمندترین کشورهای جهان در زمینه اقتصاد است که در مجموع ۸۵ درصد کل اقتصاد جهانی و دو سوم جمعیت جهان را دربردارند.

انرژی های تجدید پذیر

ظرفیت های عظیمی برای انرژی های تجدید پذیر، شامل انرژی خورشیدی، آبی، جزر و مدی و بادی، در منطقه وجود دارد اما تا به حال، سرمایه گذاری اندکی برای ترویج و توسعه چنین دارایی هایی صورت گرفته است. نمودار ۱۵ نشان می دهد که منطقه همچنان برای تامین برق تا حد زیادی به سوخت های فسیلی وابسته است.



منبع: Our World in Data (2020) (۱۰۹).

برخی از کشورهای منطقه هم برای افزایش مصرف و هم تولید انرژی های تجدید پذیر برنامه هایی دارند؛ لبنان، مراکش، سرزمین فلسطین اشغالی، تونس و یمن متعهد شده اند که تا سال ۲۰۵۰ به صورت ۱۰۰٪ از انرژی های تجدید پذیر استفاده کنند. با این حال، پیشرفت به سوی این اهداف، بسیار آهسته صورت می گیرد. بدون سرمایه گذاری بیشتری در تولید و بهره برداری از انرژی های تجدید پذیر و کاهش مصرف انرژی، شانس کمی برای حفاظت از سلامت و کاهش بی عدالتی های سلامت در منطقه وجود دارد.

کاهش مصرف انرژی

برای کاهش مصرف انرژی، باید مجموعه اقدامات اضافی، شامل تغییراتی در شیوه های کشاورزی و مصالح و شیوه های ساخت و ساز، تولید لوازم خانگی با کیفیت تر، ماشین های الکتریکی بیشتر و حمل و نقل عمومی گسترده تر، به همراه افزایش تولید انرژی های تجدید پذیر صورت گیرد.

رشد جمعیت در منطقه سریع است و تخمین زده می شود که تا سال ۲۰۵۰، جمعیت به میزان ۵۲٪ رشد داشته باشد؛ این مساله خود می تواند افزایش مصرف انرژی را در پی داشته باشد، حتی در صورتی که تقاضا برای مصرف انرژی کاهش یابد (۱۱۰). در بسیاری از کشورهای منطقه به انرژی و آب، یارانه تعلق می گیرد؛ شواهد نشان می دهند که اعمال این یارانه ها بیشترین سود رسانی را برای گروه هایی با بیشترین درآمد در پی دارد، همچنین این موضوع منجر به حمایت از مصرف اضافه و سوء مصرف منابع کمیاب و آلوده کننده می شود که همگی از مصادیق بارز بی عدالتی می باشند. این کمیسیون پیشنهاد می دهد که یارانه های مرتبط با سوخت و آب کاهش یابند.

افزایش حفاظت از منابع طبیعی و بهبود مدیریت آب در منطقه

کمیود آب، مدیریت آب

یکی از کمترین منابع آب شیرین جهان، در منطقه مدیترانه شرقی می باشد و انتظار می رود که تا سال ۲۰۵۰ به دلیل تغییرات اقلیمی و افزایش جمعیت، این مقدار تا بیش از ۵۰٪ کاهش یابد. آلودگی آب در منطقه در حال افزایش است؛ هم آب شیرین آلوده و هم آب دریا سلامت را تهدید می کنند، در حالی که عدم دسترسی به آب شیرین کافی سلامت جسمی و روانی را نیز تخریب می کند.

با اعمال روش هایی مانند کاهش مصرف و مدیریت کاراتر نظام های آبی می توان فرصت هایی برای حفاظت بهتر از آب در کوتاه مدت پدید آورد. کشاورزی بزرگترین مصرف کننده آب در منطقه می باشد، لذا انجام اصلاحاتی در شیوه های کشاورزی برای مصرف صحیح آب از اولویت برخوردار است. سیستم های آبیاری پایدار، مانند آبیاری با استفاده از انرژی خورشیدی، و بهبود استفاده از فاضلاب تصفیه شده و کارایی منابع آبی در این جهت می توانند موثر باشند.

تخریب زمین

تغییرات اقلیمی، رشد سریع جمعیت، نبود سیاست های مدیریت منابع، و چرای بیش از حد دام ها، تخریب زمین در منطقه مدیترانه شرقی را افزایش داده اند.

تخریب و بیابان زایی منجر به کاهش محصولات کشاورزی و تنوع زیستی، افزایش فقر و مهاجرت، کاهش منابع غذایی و آسیب به سلامت و رفاه انسان ها شده است. بیابان زایی همچنین یکی از محرک های پر قدرت فقر روستایی است. مدیریت منابع کمیاب و حفاظت از تنوع زیستی باید در سرتاسر منطقه تقویت شوند.

پیشنهادهای

۱. تغییرات اقلیمی را کاهش داده و با آنها سازگار شوید، انرژی های تجدید پذیر را افزایش دهید و از عدالت

در سلامت در راستای قرارداد اقلیمی پاریس و موضوعات مرتبط با توسعه ی پایدار حمایت کنید.

- تغییر آب و هوا را به عنوان یک وضعیت اضطراری بهداشت عمومی به رسمیت بشناسید و سیاست های بهداشتی و آب و هوایی را ادغام کنید، اطمینان حاصل کنید که نظام های سلامت در سیاست های تغییر آب و هوا دخیل هستند.
- پانل هایی بین بخشهای دولتی در ارتباط با توصیه های تغییر اقلیم بنا گذارید و تأثیرات عدالت در سلامت را برای سازگاری با تغییرات اقلیمی و کاهش آنها ارزیابی کنید.
- معرفی و اجرای حداقل استانداردهای عملکرد محیطی برای لوازم خانگی و مقررات ساختمان و توسعه سیستم های حمل و نقل پایدار.

۲. اقتصاد منطقه مدیترانه شرقی را به دور از اتکا به سوخت های فسیلی متنوع کنید.

- نسبت تولید به مصرف منابع انرژی های تجدید پذیر را افزایش دهید و تولید سوخت های فسیلی را به سرعت کاهش دهید.
- یارانه های مرتبط با سوخت های فسیلی را کاهش دهید.
- توسعه سریع اقتصاد سبز با ایجاد فرصت های شغلی برای افرادی که درآمد کمی دارند.
- صندوق آب و هوای سبز و سایر بودجه های بین المللی سازگاری با تغییرات آب و هوایی را افزایش دهید تا این منابع در دسترس کشورها و جوامعی که بیشتر در معرض خطر ضعف سلامت از بلایای مربوط به آب و هوا هستند، قرار گیرد.

۳. افزایش حفاظت از منابع طبیعی و بهبود مدیریت آب در منطقه؛

- در بهره گیری از منابع آب منطقه ای، انعطاف پذیری ایجاد کنید. تدوین راهبردهای بازیافت فاضلاب منطقه ای و کاهش تقاضا برای آب شیرین کن.
- برای دستیابی به عدالت و از بین بردن انگیزه های مصرف بیش از حد آب، یارانه های آب باید تغییر یابد.
- سیاست های کشاورزی و فقر را برای بهبود امنیت غذایی و حفاظت از تنوع زیستی ادغام کنید.



©WHO/EMRO



عدالت در سلامت مادر و کودک، سالهای اولیه دوران کودکی و آموزش

از میان تمامی مراحل زندگی، سالهای آغازین و دوران مدرسه برای سلامت و برقراری عدالت در سلامت از حیاتی ترین زمان ها است. تجربه هایی که در سال های اولیه و در طول سنین کودکی به وجود می آیند، پایه و اساسی برای مابقی زندگی می باشند و وجود بی عدالتی ها در این مرحله زندگی به بی عدالتی های سلامتی در طول زندگی تبدیل می شوند. همچنین این دوران مرحله ای است که مداخلات می توانند بیشترین اثربخشی را در بهبود پیامدها و کاهش بی عدالتی هایی مادام العمر داشته باشند.

از سلامت عادلانه ی مادر و کودک مطمئن شوید

در منطقه مدیترانه شرقی، مرگ و میر مادران، نوزادان و کودکان زیر پنج سال کاهش قابل توجهی داشته است. با این حال، بی عدالتی های اجتماعی-اقتصادی در پیامد های این مراحل زندگی همچنان باقی است. به منظور بهبود هرچه بیشتر پیامدهای کلی، این بی عدالتی ها باید کاهش یابند.

سلامت مادر

نابرابری های آشکار اجتماعی-اقتصادی در داخل و بین کشورها در میزان مرگ و میر مادران وجود دارد. این بی عدالتی ها به تغذیه دوران بارداری (که احتمالاً به دلیل همه گیری کرونا بدتر خواهد شد)، شرایط زندگی، آموزش های دوران بارداری، درآمد خانوار و دسترسی به خدمات بارداری مرتبط می باشند. نابرابری در موارد گفته شده روی هم انباشته می شوند و زنان فقیرتر و دارای تحصیلات کمتر به طور همزمان چندین خطر شدید سلامتی را تجربه خواهند کرد.

نسبت های مرگ و میر مادران باردار^۱ در بین سالهای ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۷ در منطقه، به طرز چشمگیری به نصف کاهش یافت (۱۱۱). با این حال، ۹ کشور در منطقه هنوز تا رسیدن به اهداف توسعه پایدار برای کاهش این میزان به تعداد مرگ کمتر از ۷۰ به ازای هر صد هزار تولد زنده فاصله دارند. با این وجود، نسبت مرگ و میر کلی مادران باردار در منطقه، یعنی ۸۴ مرگ به ازای هر صد هزار تولد زنده، از میانگین جهانی (۲۱۱) مرگ در هر صد هزار تولد زنده) کمتر است. نمودار ۱۶، نابرابری در زایمان های انجام شده توسط کارکنان آموزش دیده به تفکیک درآمد را نشان می دهد. درصد زایمان های انجام شده توسط فرد آموزش دیده، یکی از مهمترین شاخص ها در جهت کاهش میزان مرگ و میر مادران باردار در منطقه می باشد.

نمودار ۱۶. درصد زایمان های انجام شده توسط کارکنان آموزش دیده (پزشک، پرستار و یا ماما) به تفکیک فقیرترین و غنی ترین پنجک ها در کشورهای منتخب منطقه مدیترانه شرقی



منبع: نظر سنجی های جمعیتی و سلامت و پیمایش های خوشه ای چند شاخصی، تدوین شده توسط UNICEF (۱۱۲).

1. Maternal Mortality Rate (MMR)

کودک همسری و باروری نوجوانان

باروری نوجوانان^۱ – به معنی داشتن فرزند قبل از ۱۹ سالگی – با سلامت نامطلوب برای مادر و کودکان مرتبط است و نابرابری های اجتماعی را به واسطه ی کوتاه کردن دوران تحصیلات زنان و کاهش درآمد آنها دائمی می کند (۱۱۳، ۱۱۴).

در برخی کشورهای منطقه، تعداد زنان و دخترانی که در سن ۱۵ تا ۱۸ سالگی ازدواج کرده اند بالا است. در سومالی، ۸.۴٪ از دختران تا سن ۱۵ سالگی ازدواج کرده و ۴۵٪ بعدی تا سن ۱۸ سالگی متاهل می شوند (۱۱۵). نابرابری جنسیتی، تحصیلات پایین، فقر، مخصوصا در میان جوامع تحت تاثیر جنگ و آواره، به نرخ بالای باروری نوجوانان و کودک همسری^۲ در منطقه دامن زده و کمک کرده اند (۱۱۶). گزارشات صندوق بین المللی پول نشان می دهد که ریشه کنی کودک همسری می تواند رشد سرانه کشورهای کم درآمد را تا بیش از ۱٪ افزایش دهد (۱۱۷). در سال های گذشته، کودک همسری در منطقه در حال کاهش بود، اما متأسفانه درگیری های بین کشوری و داخلی موجب افزایش دوباره این پدیده شده است (۱۱۸). همچنین احتمال افزایش کودک همسری و باروری نوجوانان به دلیل همه گیری کووید-۱۹ وجود دارد.

بعضی کشورها برای کاهش باروری نوجوانان و کودک همسری برنامه های موفقی پیاده سازی و اجرا کرده اند. از جمله این برنامه ها می توان به اجرای اقداماتی هماهنگ از جانب بخش سلامت و تنظیم خانواده، معلمین، سازمان های جوامع مدنی و دینی، و همچنین تقویت قوانین مربوط به سن قانونی ازدواج اشاره کرد. این کمیسیون پیشنهاد می دهد که سن قانونی ازدواج تا ۱۸ سالگی افزایش یافته و به صورت قانونی اجبار شود، و فرهنگ و هنجارهای جنسیتی پیرامون کودک همسری به سرعت تغییر کنند.

ایجاد دسترسی به روش های نوین پیشگیری از بارداری

نبود دسترسی به روش های نوین پیشگیری از بارداری^۳، همچنان یکی از مشکلات مهم عدالت در سلامت منطقه باقی مانده است.

حاملگی ها و تولدهای پشت سر هم و کم فاصله خطر مرگ و سلامت نامطلوب برای مادران و نوزادان آنها را افزایش می دهند؛ ایجاد فاصله ای حداقل ۲ ساله در بین بارداری ها می تواند مرگ و میر مادران باردار را تا ۳۰٪ و مرگ و میر کودکان را تا ۱۰٪ کاهش دهد (۱۱۹). برخی هنجارهای فرهنگی و برداشتهای نادرست دینی در منطقه استفاده از روش های نوین پیشگیری از بارداری را برای زنان در تمامی کشورها و سرزمین های منطقه غیر قابل پذیرش و در نتیجه غیر قابل دسترس می کنند. در منطقه، به استثنا مصر، درصد زنانی که از روش های نوین پیشگیری از بارداری استفاده می کنند از میانگین جهانی پایین تر است. در سراسر منطقه، میزان دسترسی و استفاده از روش های نوین پیشگیری از بارداری برای کسانی که سطح تحصیلات و درآمد پایینی دارند و همچنین افرادی که در مناطق روستایی زندگی می کنند بسیار کمتر است. شیوع همه کووید-۱۹ دسترسی به خدمات سلامت جنسی و باروری را بیش از پیش کاهش داده است. برنامه هایی که توسط رهبران دینی برای ترویج استفاده از روش های نوین پیشگیری از بارداری هدایت شدند به طور قابل ملاحظه ای اثر بخش بوده اند، اما این برنامه ها در بسیاری از کشور ها و سرزمین ها گسترش چندانی ندارند.

1. Adolescent fertility
2. Child marriage
3. Modern contraception

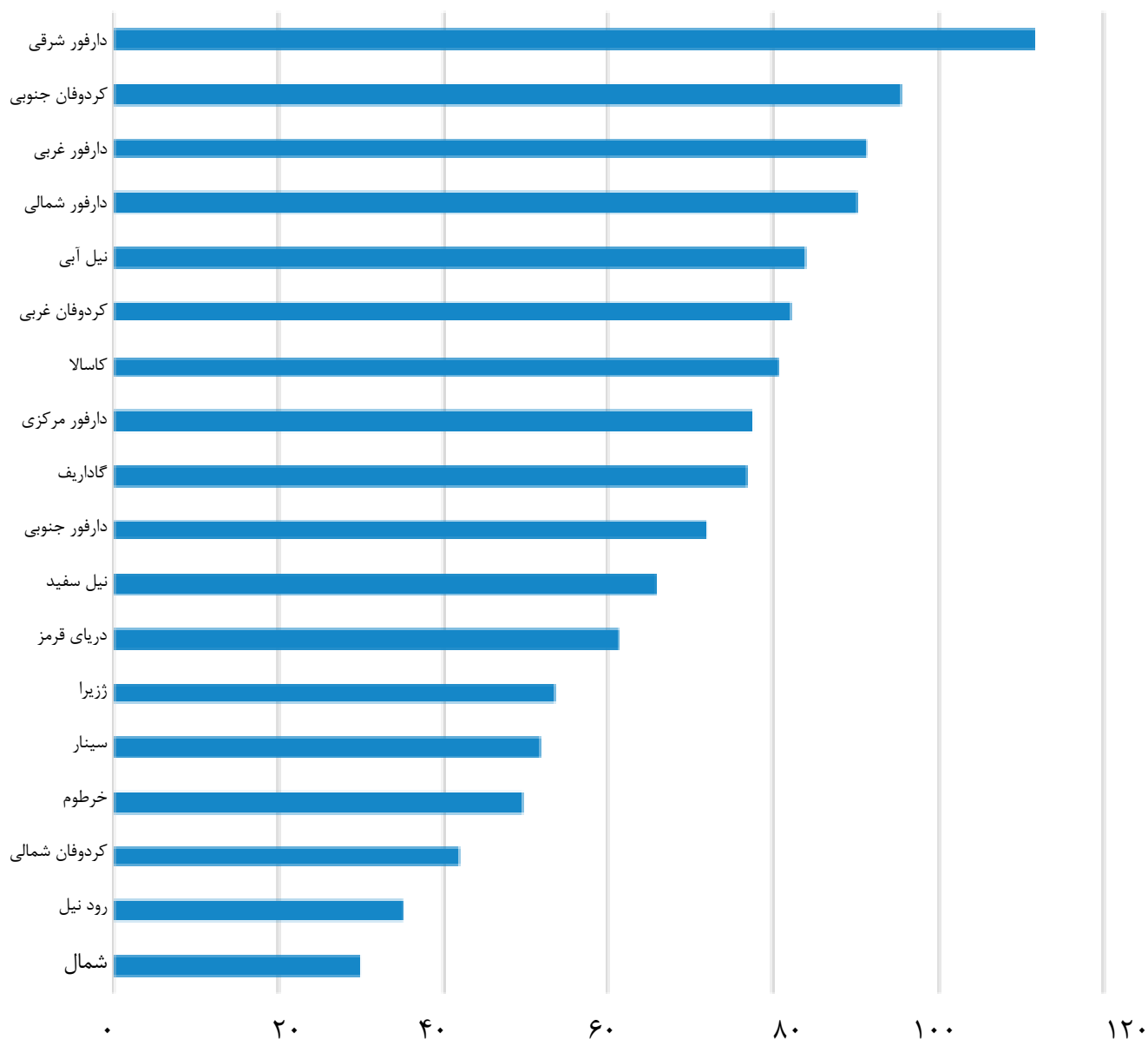
بهداشت و سلامت کودکان

پیشرفت قابل قبولی در میزان مرگ و میر نوزادان^۱ و کودکان زیر پنج سال^۲ در منطقه حاصل شده، اما تفاوت های چشم گیری همچنان در داخل کشورها باقی است؛ این تفاوت ها عمدتاً ریشه در سطح تحصیلات، درآمد و وضعیت مهاجرتی خانواده ها دارد.

شایع ترین دلایل مرگ کودکان زیر پنج سال در منطقه، بیماری های عفونی – که اکثراً قابل پیشگیری اند – هستند (۱۲۰، ۱۲۱). نمودار ۱۷ که میزان مرگ و میر کودکان زیر پنج سال را در سال ۲۰۱۴ در سودان به تفکیک استان نمایش می دهد، نشانگر وجود بی عدالتی های وسیع مرتبط با منطقه ی سکونت در این کشور است. میزان مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال در استان دارفور بالغ بر ۱۱۴ مرگ به ازای هر هزار تولد زنده می باشد، این در حالی است که این میزان در دو استان دیگر، کمتر از ۴۰ مرگ در هر هزار تولد زنده است، میزانی بهتر از میانگین جهانی در سال ۲۰۱۸ (۳۸.۸ مرگ به ازای هر هزار تولد زنده). این ارقام نشان می دهند که وجود نابرابری ها در میزان مرگ و میر کودکان زیر پنج سال به سیاست ها و توزیع منابع در عوامل اجتماعی اساسی موثر بر سلامت در درون کشورها مرتبط می باشد.

1. Neonatal Mortality Rate (NMR)
2. Under-5 Mortality Rate

نمودار ۱۷. مرگ و میر کودکان زیر پنج سال (مرگ به ازای هر ۱۰۰۰۰ تولد) به تفکیک استان، سودان، ۲۰۱۴



تعداد مرگ و میر کودکان زیر پنج سال در هر ۱۰۰۰ تولد زنده

منبع: پیمایش های خوشه ای شاخص های سلامت سودان (۱۲۲).

تغذیه

نبود مواد مغذی کافی یکی از دلایل اصلی مرگ و میر و سلامت نامطلوب در میان مادران، نوزادان و کودکان زیر پنج سال است.

در سال ۲۰۱۵، دلیل زمینه ای ۴۵٪ از مرگ ها در کودکان زیر پنج سال، مساله سوءتغذیه بوده و همچنین تقریباً ۲۰٪ از کودکانی که در منطقه متولد می شوند دارای کم وزنی هنگام تولد هستند. سوءتغذیه با سطوح پایین تکامل مغزی و پیشرفت تحصیلی مرتبط است (۱۲۳). تغذیه نامطلوب مادران منجر به افزایش میزان کم خونی، کم وزنی و کوتاهی قد برای فرزندان آنها می شود.

در میان سال های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۹ میزان کوتاه قدی و کم وزنی در کودکان زیر پنج سال در منطقه به نصف کاهش یافت (۱۲۴)، هرچند که این میزان ها هنوز هم بالا هستند. در سال ۲۰۱۸، ۲۰.۲ میلیون کودک، یا به بیانی دیگر یک کودک در هر چهار کودک در منطقه، کوتاهی قد داشتند. میانگین نرخ شیوع کوتاه قدی در کشورهای با درآمد بالای منطقه ۱۰٪، کشورهای با درآمد متوسط ۲۳٪ و در کشورهای با درآمد پایین ۴۶٪ بود (۱۲۵). این آمار که نشان می دهد حتی کشورهای پر درآمد منطقه باید اقداماتی فوری برای ریشه کنی کوتاه قدی و بهبود تغذیه انجام دهند.

تغذیه انحصاری با شیر مادر در شش ماهه اول زندگی یک کودک از سلامت مطلوب مادر و کودک پشتیبانی می کند. در بسیاری از کشورهای منطقه، نرخ تغذیه انحصاری با شیر مادر بسیار پایین است. پیشنهاد این کمیسیون اضافه کردن برنامه هایی برای افزایش و بهبود نرخ تغذیه با شیر مادر در تمامی کشورها می باشد؛ به ویژه خانوارهایی که امنیت غذایی نداشته و سطح درآمد و تحصیلات پایین تری دارند.

بی عدالتی در پوشش خدمات سلامت برای کودکان و نوزادان

در بسیاری از کشورهای منطقه، نابرابری در سلامت مادران و نوزادان با عدم دسترسی به خدمات بارداری، واکسیناسیون دوران کودکی و معاینات پس از تولد وجود دارد که این نابرابری ها با تحصیلات مادر و درآمد خانوار ارتباط پیدا کرده و با آنها ترکیب شده اند.

اطمینان حاصل کنید که کلیه جوانان در منطقه آموزش ابتدایی و متوسطه را با کیفیت خوب طی

می کنند و عدالت در دسترسی به آموزش عالی را افزایش می دهید

رشد اولیه دوران کودکی^۱

آموزش اولیه با کیفیت، نقش با اهمیتی در رشد مغزی، اجتماعی و احساسی کودکان به همراه دارد و به خصوص این آموزش ها برای کودکان محروم تر بسیار مفید و تاثیرگذار است (۱۲۶، ۱۲۷، ۱۲۸، ۱۲۹).

در بسیاری از کشورها و سرزمین های منطقه، میزان و احتمال ثبت نام در مهد کودک و پیش دبستانی ها، به خصوص برای کودکان محروم تر، پایین است (نمودار ۱۸). با توجه به فایده های آموزش های اولیه در پیشرفت تحصیلی، نابرابری در استفاده و بهره مندی از آموزش های اولیه، بی عدالتی های موجود را تقویت و تشدید می کنند.

نمودار ۱۸. ثبت نام در پیش دبستانی و مهد کودک به تفکیک پنجک های درآمدی در کشورها و سرزمین ها منتخب منطقه مدیترانه شرقی، ۲۰۰۶-۲۰۱۲

درصد (٪)



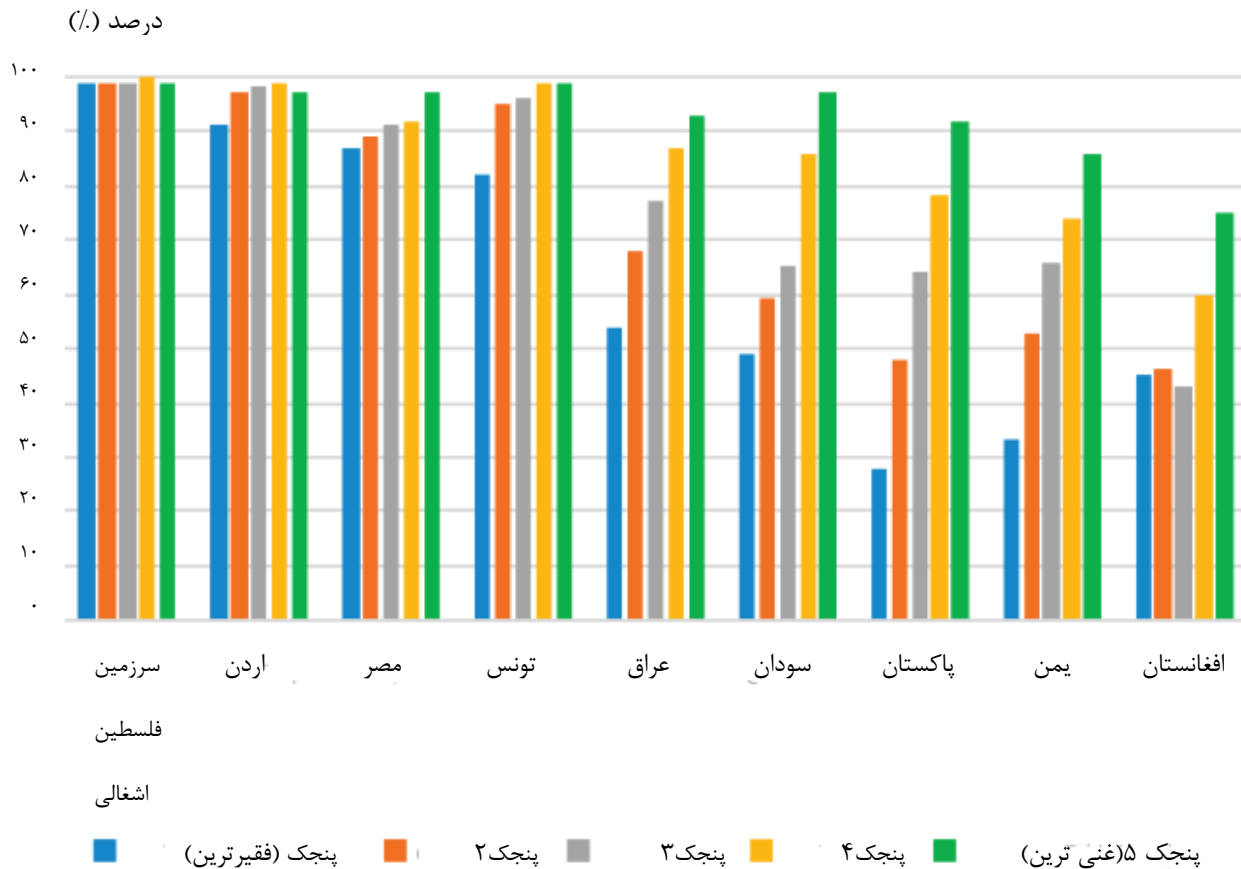
منبع: Lu C et al. (2020) و Krafft et al. (2015)، (۱۳۰، ۱۳۱).

تحصیلات ابتدایی و راهنمایی

دسترسی همگانی به تحصیلات با کیفیت، نابرابری در سلامت را کاهش می دهد. تحصیلات یکی از مهم ترین متعادل کننده ها است و می تواند برای دوری از فقر در بزرگسالی و دستیابی به شرایط بهتر زندگی، بهبود سلامت جسمی و روانی در طول زندگی و افزایش امید به زندگی کمک کننده باشد (۱۳۲، ۱۳۳).

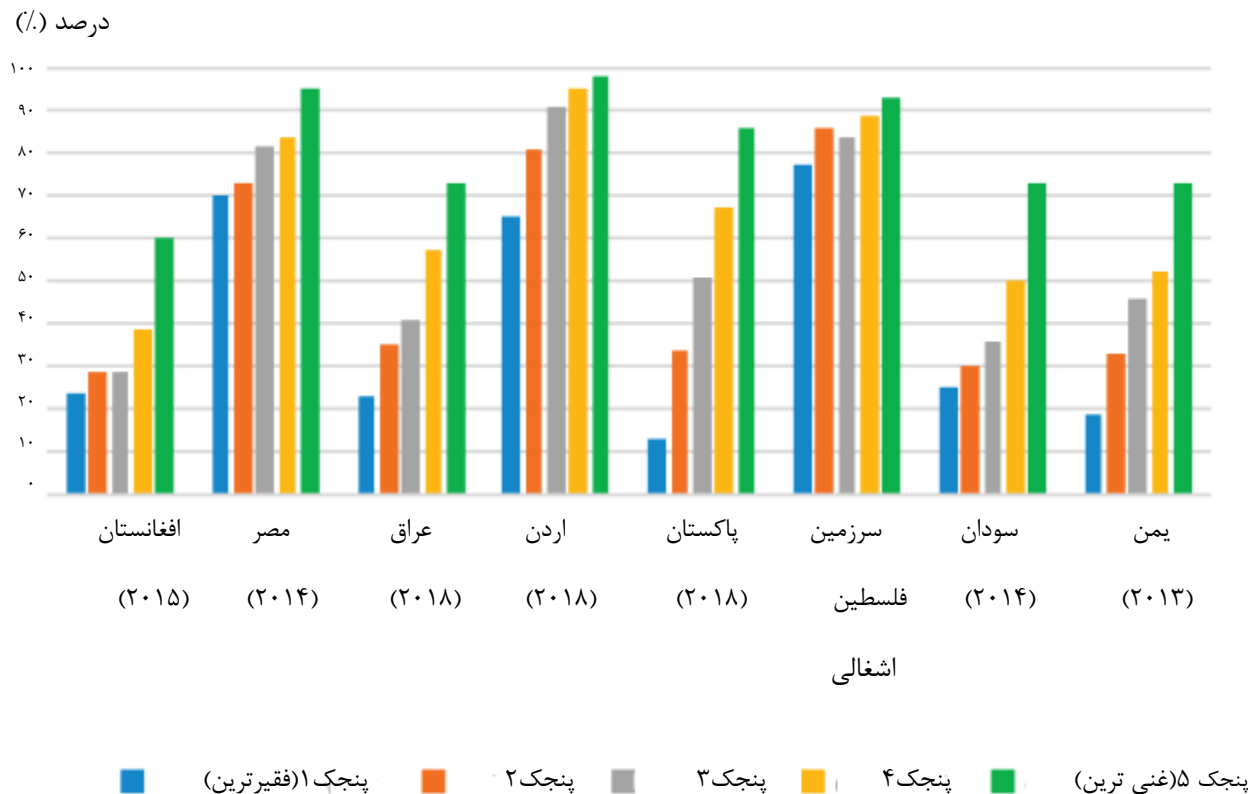
در بسیاری از کشورها، نابرابری های اجتماعی-اقتصادی و جغرافیایی همچنان در دسترسی به آموزش اولیه در مدارس و پیشرفت تحصیلی تاثیر گذار است (نمودار ۱۹)، این نابرابری ها در تحصیلات ثانویه (تحصیلات دانشگاهی و تکمیلی) نمود بیشتری پیدا می کند و حتی شدیدتر می شوند. در نمودار ۱۹ اطلاعاتی در این خصوص نمایش داده شده اند.

نمودار ۱۹. نرخ تکمیل تحصیلات ابتدایی به تفکیک پنجم های درآمدی در کشورها و سرزمین های منتخب منطقه مدیترانه شرقی، ۲۰۱۱-۲۰۱۸



منبع: نظر سنجی های جمعیتی و سلامت و پیمایش های خوشه ای چند شاخصه، تدوین شده توسط UNICEF (۱۳۴).

نمودار ۲۰. تکمیل تحصیلات راهنمایی به تفکیک پنجگ های درآمدی در کشورها و سرزمین های منتخب منطقه مدیترانه شرقی، ۲۰۱۳-۲۰۱۸



منبع: نظر سنجی های جمعیتی و سلامت و پیمایش های خوشه ای چند شاخصه، تدوین شده توسط UNICEF (۱۳۴).

تکمیل نکردن تحصیلات ابتدایی و راهنمایی به فقر، درگیری و جنگ مرتبط است؛ کودکان پناهنده معمولاً به مدارس دسترسی ندارند و همچنین دسترسی به مدرسه در مناطق روستایی، معمولاً دشوارتر است. شیوع پاندمی کووید-۱۹ نابرابری های شرکت و پیشرفت در مدرسه را بیش از پیش کرده، چرا که کودکان به دلیل افزایش فقر برای کار کردن ترک تحصیل می کنند، و بسیاری از کودکان، به خصوص دختران، توانایی دسترسی به آموزش مجازی و آنلاین را در هنگام قرنطینه ندارند.

برای اطمینان از تکمیل تحصیلات ابتدایی و راهنمایی باکیفیت برای تمامی کودکان منطقه، نیاز است تا منابع بیشتری به این بخش اختصاص داده شود. برای دستیابی به این هدف و اختصاص منابع بیشتر، چالش هایی وجود دارد، اما در بسیاری از کشورها هزینه کرد دولت ها در آموزش کم است؛ لازم است که برای سرمایه گذاری در آینده ی کودکان و نوجوانان منابع کافی تخصیص داده شود و این موضوع در اولویت دولت ها قرار گیرد.

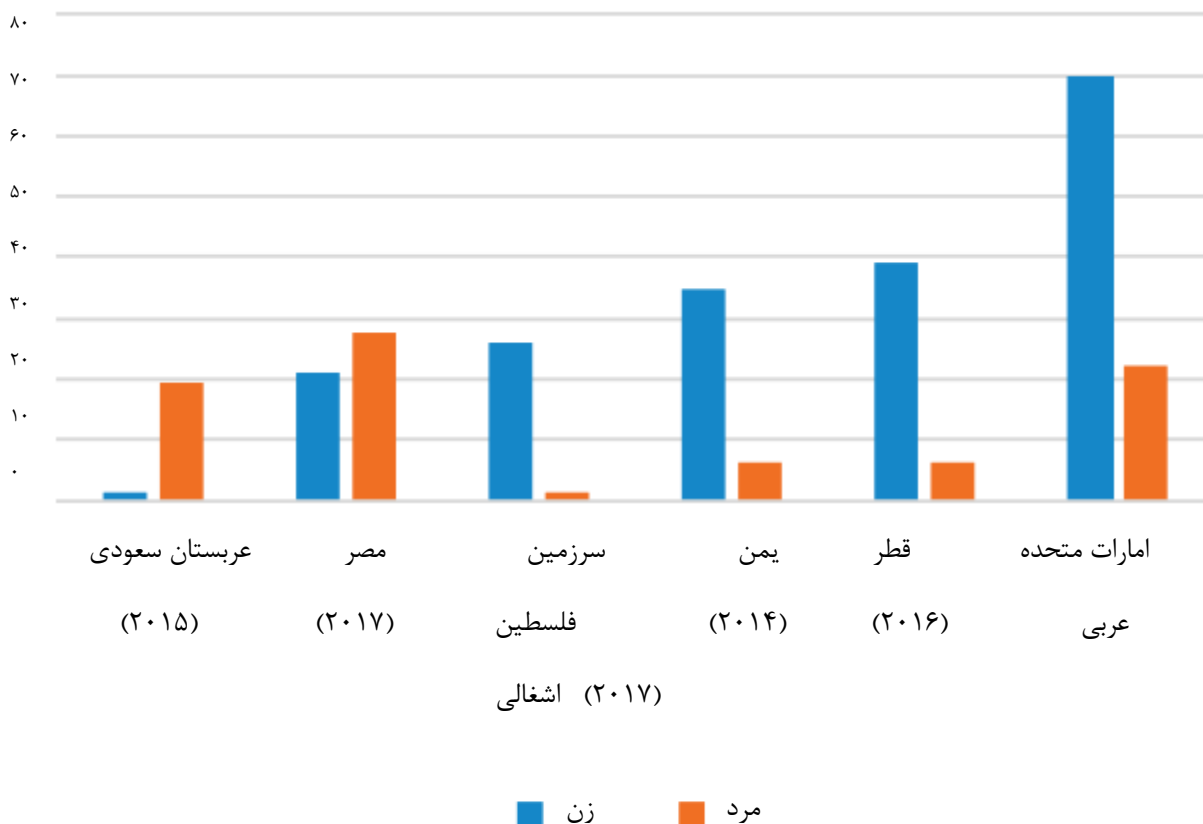
با ارتقای وضعیت آموزش و اشتغال زنان، در عدالت جنسیتی پیشرفت ایجاد کنید

در دستیابی به برابری بیشتر در تحصیل میان دختران و پسران پیشرفت هایی وجود داشته است، اما همچنان تفاوت های فراوانی در نرخ آموزش و استخدام آنها در زمان فارغ التحصیلی وجود دارد.

در بسیاری از کشورها، زنان جوان در آموزش و استخدام پس از تحصیل مشارکت نمی کنند (نمودار ۲۱)، چرا که انتظار می رود دختران کارهای خانه را به جای مشاغل با حقوق بر عهده گیرند. افزایش مشارکت زنان جوان در استخدام و تحصیلات تکمیلی فواید متعددی برای اقتصاد، اجتماع و سلامت جامعه در پی خواهد داشت. تغییر هنجارهای جنسیتی به همراه ایجاد و اجرای قوانینی برای غیر قانونی کردن تبعیض برای کاهش این شکاف از اهمیت برخوردار است.

نمودار ۲۱. افراد جوان (۱۵-۲۴ سال) فاقد تحصیلات، آموزش و یا استخدام، به تفکیک جنسیت، در کشورها و سرزمین های منتخب منطقه مدیترانه شرقی، ۲۰۱۴-۲۰۱۷

درصد (%)



منبع: UNESCWA (۱۳۵).

پیشنهادهای

۱. از سلامت عادلانه مادران و کودکان مطمئن شوید.

- دسترسی به روش های نوین پیشگیری از بارداری را افزایش داده و بی عدالتی ها در دسترسی به این ملزومات بهداشتی را کاهش دهید.
- بی عدالتی ها در دسترسی به خدمات باروری سالم و همچنین خدمات پس از زایمان را کاهش دهید.
- نرخ باروری نوجوانان را کاهش دهید، سن قانونی ازدواج را به ۱۸ سال افزایش داده و اقداماتی اثر بخش برای جلوگیری از کودک همسری اجرا کنید.
- دسترسی به حمایت های تغذیه ای را برای مادران و کودکان افزایش دهید و نرخ تغذیه با شیر مادر را در کشورها و جوامعی که نرخ پایینی در این بخش دارند را افزایش دهید.
- اطمینان حاصل کنید که اطلاعات تمامی کودکان در هنگام تولد بدون دریافت هزینه از خانوار ثبت می شوند.

۲. از تکمیل تحصیلات ابتدایی و راهنمایی با کیفیت توسط تمامی جوانان منطقه مطمئن شوید و عدالت در دسترسی به تحصیلات تکمیلی را افزایش دهید.

- تکمیل تحصیلات ابتدایی و راهنمایی را در تمامی کشورها به ۱۰۰٪ افزایش دهید و برای کاهش تعداد کودکان زیر ۱۸ سالی که در مدرسه نیستند بر فقیر ترین جوامع و مناطق روستایی تمرکز کنید.
- میزان هزینه کرد دولت بر آموزش و پرورش را به عنوان درصدی از کل هزینه های دولت افزایش دهید.
- شکاف کیفیتی بین آموزش خصوصی و دولتی را کاهش دهید.

۳. با ارتقای وضعیت آموزش و اشتغال زنان، در عدالت جنسیتی پیشرفت ایجاد کنید.



@Shutterstock/Eng. Bilal Izaddin

۹



زندگی کارگری و عدالت در سلامت

استخدام یکی از عوامل مهم تعیین کننده سلامت و رفاه فرد و خانواده او می باشد. داشتن "شغل خوب" می تواند به معنی داشتن شغلی ایمن با ساعات کاری مطلوب، حقوق منصفانه، شرایط ایمن کاری و فرصت های آموزشی و پیشرفت باشد (۱۳۶).

از سوی دیگر، شغل کم کیفیت، مانند مشاغل غیر رسمی و نا امن، با حقوق پایین، شرایط کاری نامطلوب جسمی و روانی، فعالیت های ناامن و ساعات کاری طولانی، تاثیرات مخربی بر سلامت جسمی و روانی افراد برجای می گذارد. در بخش هایی از منطقه مدیترانه شرقی، رشد اقتصادی به گونه ی مورد انتظار، منجر به ایجاد مشاغلی شایسته و کاهش فقر نشده است (۱۳۷، ۱۳۸). درگیری و جنگ، ناپایداری سیاسی و شکاف های اقتصادی، که با شیوع جهان گیری کووید-۱۹ شدیدتر هم شده اند، توجه منطقه را از نگرانی در مورد موضوعاتی مانند استخدام، حقوق و شغل با کیفیت دور نگه داشته اند؛ هرچند که برای ارتقای سلامت و توسعه ی اجتماعی و اقتصادی لازم است در نرخ استخدام، کیفیت شغل و حقوق، اصلاحاتی صورت گیرد.

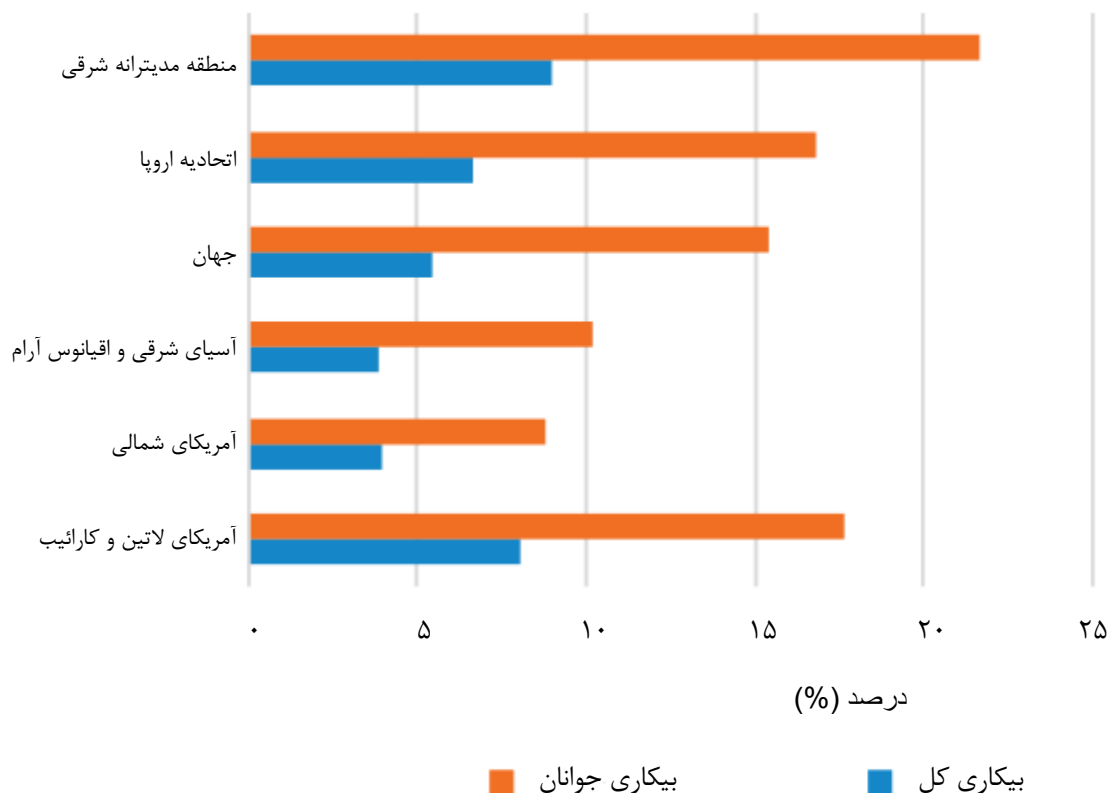
برای بهبود عدالت در سلامت، نرخ بیکاری را با تمرکز بر جوانان و زنان کاهش دهید

بیکاری، افزایش میزان مرگ و میر را در پی دارد، همچنین این معضل با رفتارهای مخرب سلامتی مانند استعمال دخانیات و استفاده سوء از مواد مخدر، افزایش خطر فقر، ناامنی غذایی، از دست دادن مسکن و استرس، که همگی برای سلامت جسمی و روانی مضر و آسیب رسان هستند، ارتباط مستقیم دارد (۱۳۹).

برخی از کشورهای حوزه خلیج همیشه فارس، اشتغال کامل (بالای ۷۰٪) دارند، و برای پر کردن کمبود نیروی کار خود تعداد زیادی مهاجر جذب می کنند. دیگر کشورهای منطقه، دارای نرخ اشتغال زیر ۵۰٪ هستند؛ این نرخ اشتغال پایین از درگیری و جنگ، کاهش مشاغل کشاورزی و خدمات عمومی، سطح پایین مشارکت زنان در بازار کار و سطح بالای مشاغل غیر رسمی تاثیر می پذیرد و با این موارد مرتبط است.

منطقه مدیترانه شرقی در مقایسه با دیگر مناطق جهان، بالاترین نرخ بیکاری و به ویژه بیکاری در جوانان را داراست (نمودار ۲۲) (۱۴۰). کووید-۱۹ باعث شده نرخ بیکاری برای جوانان با سرعتی بیشتر از دیگر گروه‌های سنی در تمام جهان افزایش یابد.

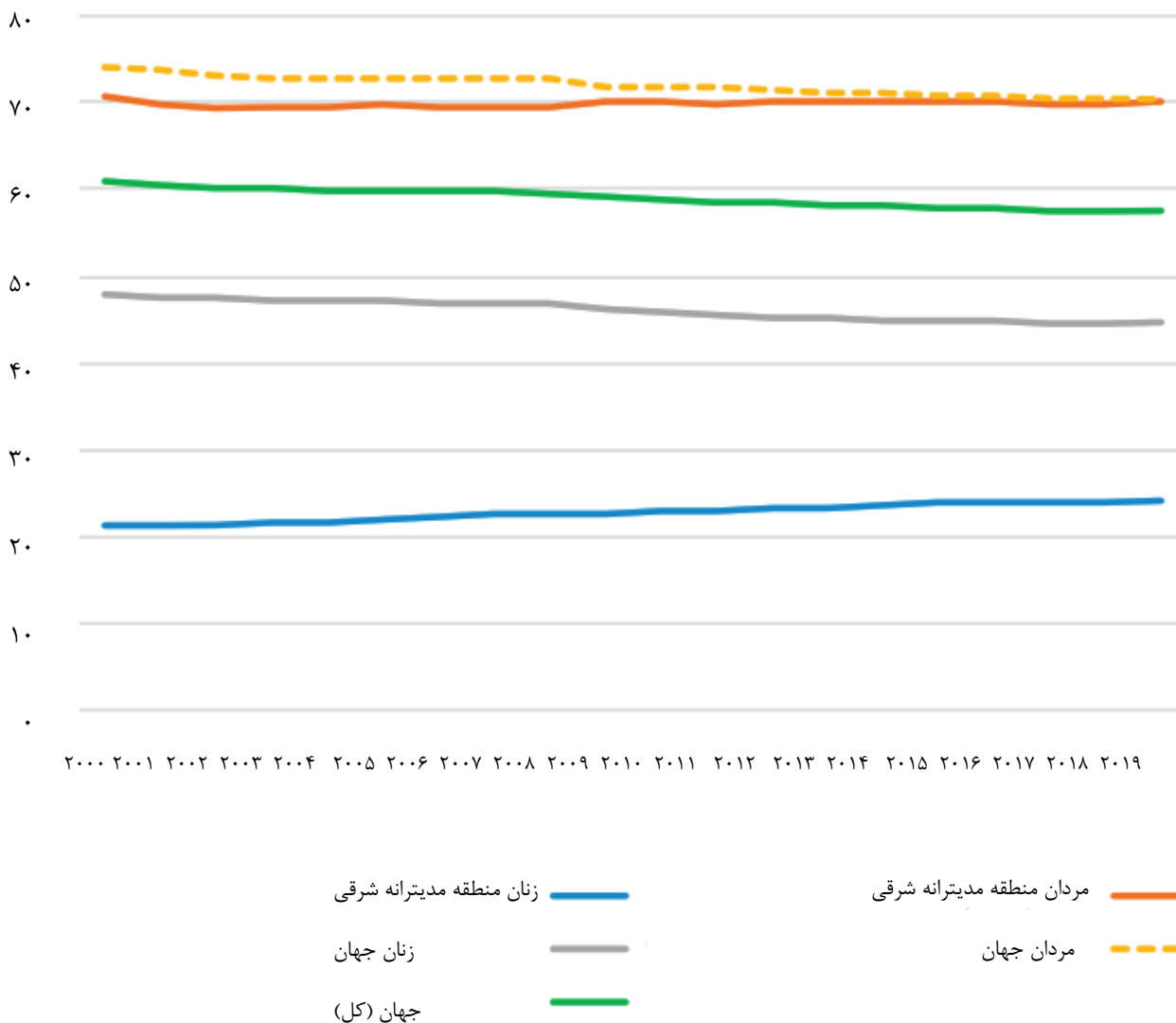
نمودار ۲۲. بیکاری کل و بیکاری جوانان (۲۴-۱۵ سال) (درصد کل نیروی کار) (تخمین مدل سازمان جهانی کار) به تفکیک منطقه، ۲۰۱۹



توجه: بیکاری به معنی نسبتی از نیروی کار گفته می شود که بدون شغل هستند، اما در جستجوی شغل می باشند و برای انجام کار در دسترس هستند. بیکاری جوانان به معنی نسبتی از نیروی کار با سن ۱۵-۲۴ سال که بدون شغل هستند، اما در جستجوی شغل می باشند و برای انجام کار در دسترس هستند. منبع: داده های بانک جهانی، بانک داده ی ILOSTAT (2020) (۱۴۱).

همچنین سطح اشتغال زنان در منطقه نیز پایین است. در سال ۲۰۱۹، نرخ اشتغال زنان در منطقه ۲۴.۶٪ بوده است در حالی که میانگین جهانی این میزان ۴۴.۳٪ بوده است (نمودار ۲۳).

نمودار ۲۳. نسبت اشتغال به جمعیت، +۱۵، (%) به تفکیک جنسیت (تخمین مدل سازمان جهانی کار) در منطقه مدیترانه شرقی، ۲۰۱۹-۲۰۰۰



توجه: نسبت اشتغال به جمعیت به معنای "نسبتی از جمعیت یک کشور که شاغل است اشاره دارد. اشتغال به عنوان افرادی در سن کار تعریف می شود که در یک مدت زمان کوتاه مورد نظر، در هرگونه فعالیت تولید محصول و یا ارائه خدمت برای حقوق و یا مزایا مشغول اند، چه در زمان مورد نظر سر کار بوده (مانند کسی که برای حداقل یک ساعت در شغلی مشغول بوده) و یا به دلیل غیبتی موقت و یا تنظیمات ساعات کاری سر کار حاضر نباشند، تعریف می شود. سنین ۱۵ و بالاتر به طور کلی جمعیت در سن کار در نظر گرفته می شوند" (۱۴۲). منبع: داده های بانک جهانی، بانک داده ی ILOSTAT (2020) (۱۴۲).

فرصت های شغلی برای پناهندگان معمولاً بسیار محدود است و بیشتر شغل هایی که ایشان بر عهده می گیرند، صرفاً برای حفظ بقای فرد می باشد. کشورهایی که تعداد زیادی پناهنده در آنها زندگی می کنند، در تلاش هستند برای حمایت از پناهندگان و آوارگان داخلی که در معرض بیکاری، فقر شدید و شرایط نامطلوب کاری و استخدامی هستند و شرایطشان با اجرای اقدامات مهارکننده و کنترل کننده کووید-۱۹ بدتر شده است، اقداماتی انجام دهند (۱۴۳).

برنامه های حمایتی در مقابل بیکاری، از قبیل ارائه ی حمایت های مالی به افرادی که بیکار هستند و باید تا زمان برگشت دوباره به کار پشتیبانی شوند، در سطح منطقه پایین است. پیشنهاد این کمیسیون ایجاد، و یا گسترش سریع برنامه های بازار کار فعال برای حمایت از افراد بیکار، به ویژه جوانان، برای ورود به بازار کار می باشد. همچنین این کمیسیون پیشنهاد می کند که مزایا و حمایت های دوران بیکاری برای کسانی که از یافتن شغل ناتوان شده اند، ایجاد و تقویت شوند. برخی کشورها برنامه های تشویق زنان برای اشتغال و استخدام ایشان را در دستور کار خود قرار داده اند؛ لازم است که این تلاش ها در کل منطقه گسترش یابند.

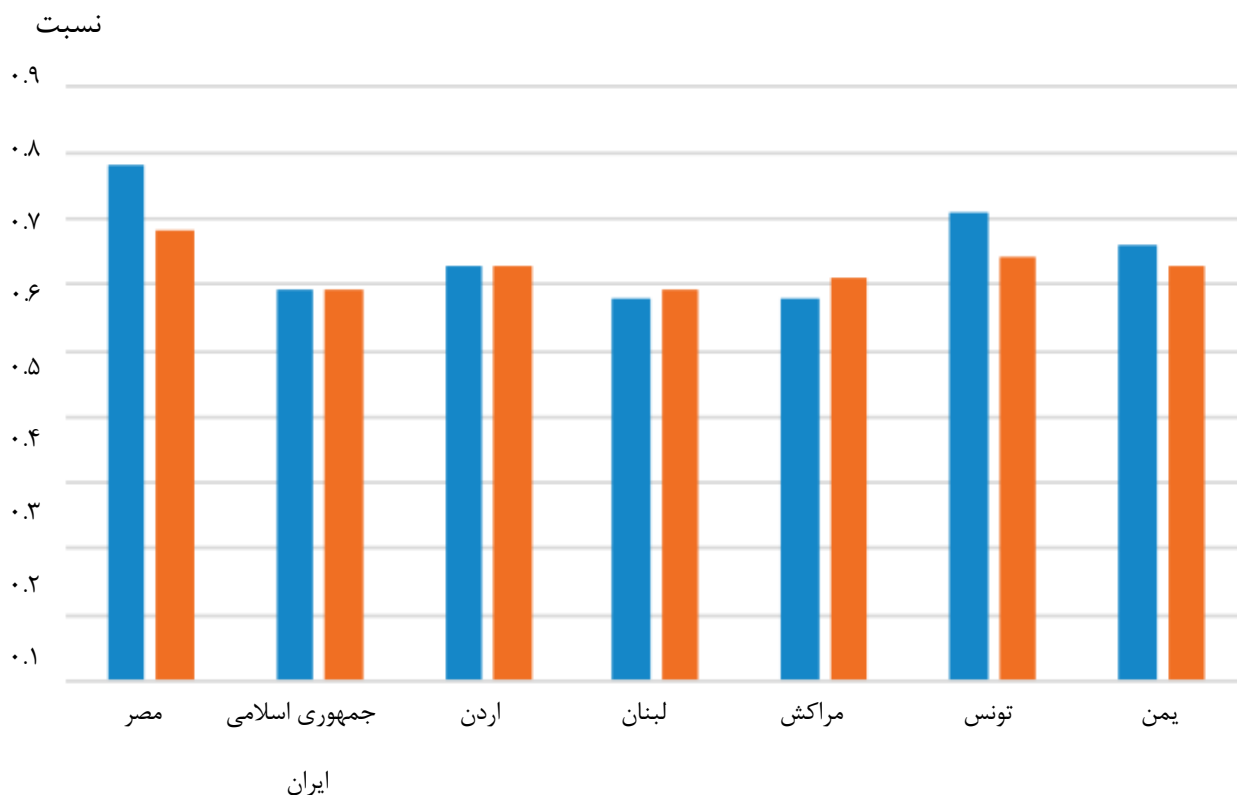
کیفیت شغل را برای بهبود عدالت در سلامت ارتقا دهید

در سرتاسر منطقه، سهم مثبت بالقوه اشتغال در سلامت تحقق نیافته است و کار اغلب به جای حمایت از سلامتی، تا کنون آسیب رسان بوده است. حقوق بسیاری از مشاغل موجود در بیشتر کشورهای منطقه تا حدی ناچیز است؛ این حقوق کم، حفاظت کمی در مقابل فقر ایجاد می کند. منطقه مدیترانه شرقی دارای بیشترین تعداد از کشورهایی است که هیچ گونه قانونی برای حداقل دستمزد ندارند. حتی در کشورهایی که سیاست های حداقلی دستمزد وجود دارند، این سیاست ها برای افرادی که در مشاغل غیر رسمی مشغول هستند و برای پناهندگان و مهاجران اقتصادی بکار برده نمی شوند.

این کمیسیون توصیه می کند که تمامی کشورها درآمد حداقلی برای یک زندگی سالم، به عنوان معیار و سنگ بنای حداقل دستمزد و اقدامات حمایت اجتماعی، تدوین نمایند.

در سرتاسر منطقه، دستمزد زنان از مردان کمتر است. نمودار ۲۴ نشان می دهد که در کشورهایی که داده هایی در دسترس بوده است، هیچ کدام از کشورها برای کار یکسان، دستمزد یکسانی به مردان و زنان پرداخت نمی کنند، و در سال های ۲۰۱۴ تا ۲۰۱۸ در مصر، تونس و یمن، شکاف دستمزدی بین زنان و مردان افزایش یافت.

نمودار ۲۴. برابری دستمزد برای کار یکسان (نسبت زنان به مردان) در کشورهای منتخب منطقه مدیترانه شرقی، ۲۰۱۴ و ۲۰۱۸



۲۰۱۴ ■ ۲۰۱۸ ■

توجه: برابری دستمزد برای کار یکسان به صورت ۰ تا ۱ امتیاز دهی می شوند که ۱ به معنای حقوق برابر میان زنان و مردانی که موقعیت شغلی یکسانی دارند است.

منبع: انجمن اقتصاد جهانی (۱۴۴، ۱۴۵).

بسیاری از مهاجران اقتصادی شرایط کاری نامطلوبی را تجربه می کنند (۱۴۶). ایجاد قوانین منطقه ای کار، به خصوص قوانین مرتبط با امنیت و رفاه پناهندگان و مهاجران، که توسط سازمان بین المللی کار^۱ (ILO) نظارت و اجرا می شوند، باعث می شود که از حفظ حقوق انسانی آنها اطمینان حاصل شود، سلامت را بهبود بخشیده و با گسترش پایه مالیات برای کشورهای میزبان، سودمند بوده و همچنین توسعه اقتصادی را تشویق کند.

این کمیسیون خواستار افزایش آگاهی در خصوص تاثیرات مفید شغل خوب و مطلوب و متقابلاً، تاثیرات مخرب بیکاری است. در حالی که حمایت از اشتغال خوب، مداخله ای ضروری برای بهبود سلامت و عدالت در سلامت است، اما متأسفانه به ندرت دیده می شود که تصویری این چنین از

1. International Labor Organization (ILO)

شغل خوب و تاثیر آن بر سلامتی کشیده شود و همین مساله باعث می شود که تاثیرات اشتغال بر ارتقای سلامت به صورت گسترده درک نشود. به همین دلیل است که نظام های سلامت باید در برنامه های بازار کار و دیگر اقدامات حمایت از اشتغال و شغل با کیفیت مشارکت کنند.

اشتغال غیر رسمی را قانون مدار کنید و کار کودکان، بردگی و قاچاق را ریشه کن نمایید

اشتغال غیر رسمی

میزان اشتغال غیررسمی^۱ در منطقه بسیار بالا است؛ به طور میانگین دو سوم کل مشاغل در سطح منطقه را اشتغال غیر رسمی تشکیل می دهد که این میزان کمی بیشتر از میانگین جهانی است.

اشتغال غیررسمی معمولاً شامل افرادی است که خارج از اقتصاد رسمی، دستمزدهای بسیار پایین دریافت می کنند؛ برای این افراد هیچ امنیت شغلی از نظر پایدار بودن شغل، ایمنی شغل و حمایت در زمان بیکاری وجود ندارد. این مشاغل معمولاً مشمول مالیات بر درآمد ملی نیز نمی شوند (۱۴۷، ۱۴۸). مشاغل غیر رسمی در میان جوانان، افراد فقیر، زنان، و در مناطق آسیب پذیر و تحت تاثیر درگیری و جنگ رایج تر است. جهان گیری کووید-۱۹ و اقدامات مهار کننده و کنترلی مرتبط با آن، افراد با مشاغل غیررسمی را که خود را ناتوان از دسترسی به کار یافته اند، به شدت تحت تاثیر قرار داده و این شرایط بسیاری از کارگران و خانواده هایشان را در مقابل فقر شدید، گرسنگی و بی خانمانی، آسیب پذیر کرده است. کار غیررسمی، به خصوص کار کم دستمزد و ناایمن، برای سلامت بسیار مخرب بوده و یکی از دلایل عمده ی بی عدالتی های سلامت در سراسر منطقه است.

برخی از کشورهای منطقه، شامل مراکش و تونس، برای قانونمند کردن شغل غیررسمی و بهبود شرایط برای بعضی افراد که در شرایط پر مخاطره و آسیب پذیر مشغول هستند، اقداماتی انجام داده اند. توصیه این کمیسیون اتخاذ پیشنهادات ILO برای انتقال از اقتصاد غیر رسمی به اقتصاد رسمی می باشد.

برده داری مدرن و قاچاق

کسانی که در معرض بردگی و قاچاق هستند همچنین در معرض آسیب های جسمی، خشونت، مشکلات جدی روانی، بیماری های عفونی قرار داشته و دسترسی محدودی به خدمات سلامت دارند (۱۴۹، ۱۵۰). بر اساس داده های موجود، منطقه مدیترانه شرقی رتبه دوم بالاترین شیوع برده داری مدرن^۲ را در مقایسه با سایر مناطق در سال ۲۰۱۸ داشته است. کشورهای عربی دارای درصد بالایی از قربانیان کار اجباری هستند که بدهکار هستند، و همچنین بیکاری در این مناطق بیشتر از میانگین جهانی می باشد.

کار کودکان

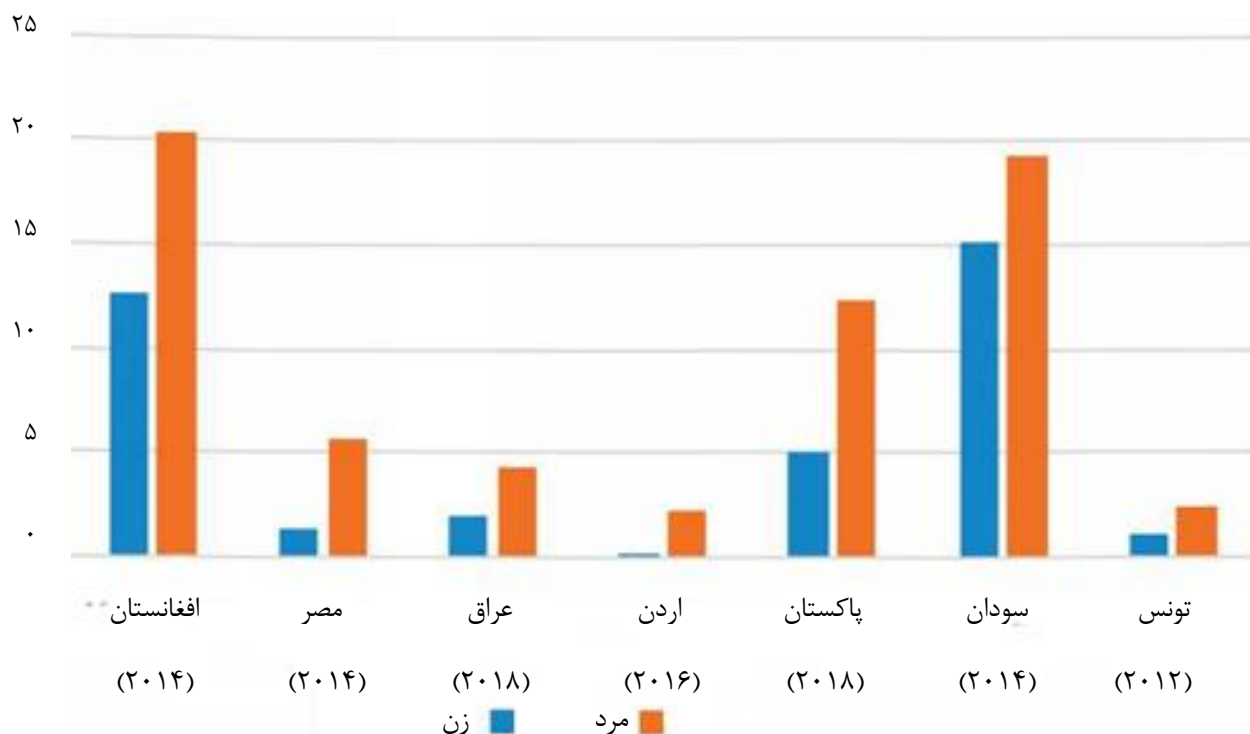
تعریف کار کودکان^۳ عبارت است از: "کاری که کودکان را از کودکی، استعدادها و زندگی عزت مند محروم می کند و برای رشد جسمی و روانی آنان مضر باشد" (۱۵۱). کار کودکان معمولاً از دست رفتن تحصیلات و آموزش را شامل می شود. هرچند که ارائه برآوردی دقیق دشوار است، اما مشاهده می شود کشورهایی که تحت تاثیر درگیری های مسلحانه بوده اند، نسبت به دیگر کشورها نرخ کار کودکان در آن ها بیشتر بوده و

-
1. Informal employment
 2. Modern slavery and trafficking
 3. Child labour

در بسیاری از کشورها، جهان گیری کووید-۱۹ با ایجاد فقر و بستن مدارس، کار کودکان را افزایش داده است. برخی از کشورهای منطقه، به ویژه افغانستان، پاکستان و سودان همانگونه که در نمودار ۲۵ نمایش داده شده است، سطح کار کودکان، به ویژه در میان پسرها بالا است.

نمودار ۲۵. درصد کودکان (۱۷-۵ ساله) که کار می کنند (فعالیت اقتصادی) در کشورهای منتخب منطقه مدیترانه شرقی

درصد کودکان کار



منبع: UNICEF (2020) (۱۵۲).

مهم است که قوانینی برای غیرقانونی بودن کار کودکان اجرا شود و مجموعه ای از پشتیبانی ها در دسترس باشد تا خانواده ها بتوانند فرزندان خود را با جبران از دست دادن درآمد فرزندان خود به مدرسه بفرستند. اثر گذاری و کارایی انتقالات مشروط نقدی (وام و دیگر کمک های مالی) در دیگر مناطق ثابت شده است (۲).

پیشنهادهای

۱. برای بهبود عدالت در سلامت، بیکاری را با تمرکز بر جوانان و زنان کاهش دهید.

- برنامه های بازار کار فعال و باکیفیت با تمرکز بر ارائه شغل رسمی به جوانان ایجاد کنید.
- مزایای بیکاری را ایجاد و یا تقویت کنید.
- برای شناخت تاثیر اشتغال و بیکاری به عنوان مشکلات اساسی عدالت در سلامت، آگاهی رسانی گسترده ای انجام دهید.

۲. کیفیت شغل را برای بهبود عدالت در سلامت ارتقا دهید

- استخدام منصفانه و شغل با کیفیت را به مرکزیت موضوعات سیاسی ملی و راهبردهای های توسعه ای، با تقویت انجمن ها و صنف های کاری و نمایندگان مشاغل، تبدیل کنید. استانداردهای امنیت شغلی، که کارگران مهاجر را شامل شود، ایجاد کنید.
- در جهت دستیابی به حداقل های یک زندگی سالم برای تمامی افراد در تمامی کشورهای منطقه، قوانین حداقل دستمزدی ایجاد کنید.
- نظام های حمایت مالی را برای حفاظت از کارگران مهاجر در مقابل سوء استفاده، قانون مند کنید و برای کارگران بومی، حفاظت رسمی ایجاد کنید.

۳. اشتغال غیر رسمی را قانون مند کنید و کار کودکان، برده داری و قاچاق را ریشه کن نماید.

- پیشنهادات ILO برای انتقال از اقتصاد غیر رسمی به رسمی را تصویب کنید.
- قوانینی برای ریشه کنی کار کودکان، برده داری و قاچاق ایجاد و اجرایی کنید.



©Shutterstock/Mohammad Bash



سالمندی سالم

در حالی که تجارب سنین جوانی، سلامت را در سال های بعدی تحت تاثیر قرار می دهند، تجاربی که افراد در سنین بالاتر کسب می کنند نابرابری های سلامت را افزایش می دهند. درآمد، سطح فقر و حمایت اجتماعی، تعاملات اجتماعی و دسترسی به خدمات سلامت و اجتماعی برای جمعیت سالمند، همگی محرک هایی برای نابرابری های سلامت در میان این افراد هستند.

جمعیت منطقه مدیترانه شرقی نسبتاً جوان است، اما برآوردها حاکی از آن است که جمعیت مسن منطقه تا ۵۰ سال آینده افزایش خواهد یافت. با افزایش سن جمعیت، قدرت سیاسی افراد مسن افزایش خواهد یافت و انتظارات برای حمایت های دولت بیشتر خواهد شد، به ویژه اینکه جمعیت در سن اشتغال، قادر به ادامه حمایت از افراد مسن نخواهد بود.

گسترش خدمات قابل ارائه با بودجه دولتی برای افراد مسن

نرخ بالای بیکاری و فقر، به خصوص بیکاری جوانان، به این معناست که حمایت از اعضای مسن برای خانواده ها دشوار می باشد. در منطقه، خانواده هایی که انتظار می رود از اعضای مسن حمایت مالی کرده و به آنها سرپناه دهند منابع کافی برای این کار را ندارند (۱۵۳). بدون افزایش حمایت های دولتی و ارائه ی خدمات برای افراد مسن، سلامت و رفاه آنان بدتر خواهد شد؛ این مساله باعث می شود بی عدالتی های گسترده تری در سلامت ایجاد شود (۱۵۴).

سطح بالای حمایت خانواده از افراد مسن، ریشه در رسم و رسومات خانواده های منطقه، هنجارهای جنسیتی و اعتقادات مذهبی و عدم وجود خدمات رسمی جایگزین دارد (۱۵۵). بسیاری از افراد مسن تحت حمایت های مالی خانواده و به عنوان عضوی اساسی برای خانواده و زندگی اجتماعی باقی می مانند، اما ادامه ی این روند با تغییرات ساختار سنی منطقه ناپایدار خواهد بود (۱۵۳، ۱۵۴).

در پاسخ به این روندهای چالش بر انگیز، گسترش ارائه خدمات دولتی برای افراد مسن و افزایش نقش حمایتی جوامع مدنی و دینی، خصوصاً برای خانوارهای فقیرتر، ضروری است.

افزایش حقوق بازنشستگی از طریق ارائه یارانه های دولتی

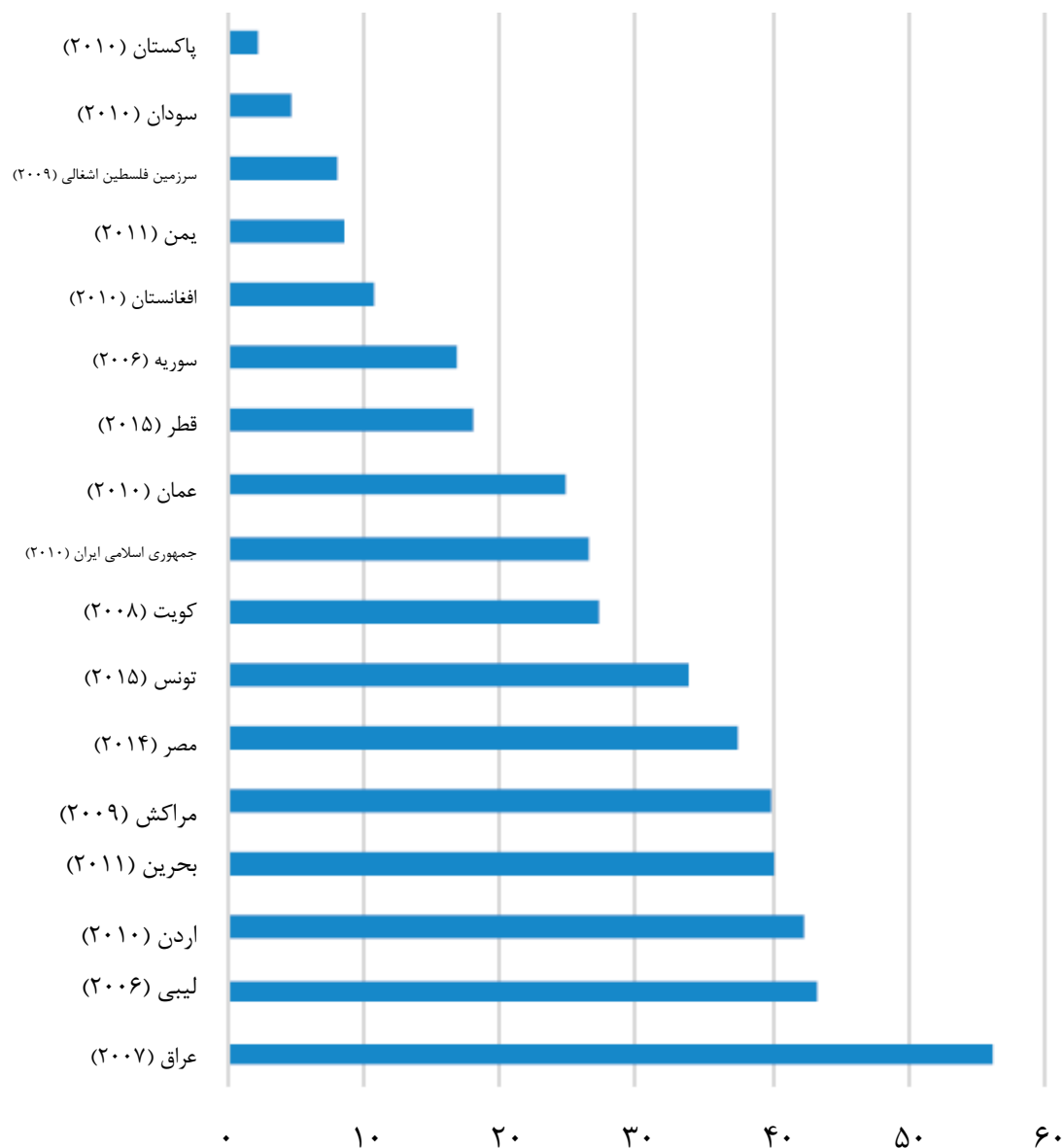
وجود نظام های حمایت اجتماعی جامع و مناسب، که شامل حقوق بازنشستگی می شوند، در کاهش خطر فقر و سلامت نامطلوب در سنین بالا ضروری است (۱۵۶).

در سراسر منطقه، بودجه اندکی صرف هزینه حقوق بازنشستگی و دیگر مزایا برای افراد مسن می شود (۱۵۶)، این بودجه اکثراً کمتر از ۵٪ کل GDP است. در سال ۲۰۱۵، در کشورهای OECD، هزینه های عمومی و دولتی در مزایای بازنشستگی برای افراد مسن و مزایای بازماندگان، به طور میانگین، ۸٪ از GDP را تشکیل می داد (۱۵۷).

در منطقه مدیترانه شرقی در سالهای ۲۰۱۷-۲۰۱۹، میانگین درصد افرادی که بالای سن قانونی بازنشستگی بوده و مستمری دریافت می کنند ۲۴.۲٪^۱ بود که به صورت قابل ملاحظه ای کمتر از میانگین جهانی بوده است (۶۰٪) (۱۵۸). نمودار ۲۶ سطوح پوشش حقوق بازنشستگی را برای افراد واجد شرایط در کشورهای منطقه نشان می دهد. دامنه تغییرات این پوشش از ۵٪ در سودان تا ۵۰٪ در عراق متغیر است.

^۱ به استثنای بحرین، لبنان، عربستان سعودی، سومالی و امارات متحده عربی، که داده ای برای این کشورها در دسترس نبود.

نمودار ۲۶. نسبتی از جمعیت که بالای سن قانونی بازنشستگی هستند و در برخی از کشورها و سرزمین های منطقه مدیترانه شرقی مستمری دریافت می کنند، ۲۰۰۶-۲۰۱۵



منبع: بر اساس گزارش حمایت جهانی ILO (۱۵۹، ۱۶۰).

عمده حقوق های بازنشستگی در منطقه، به صورت مشارکتی پرداخت می شوند و بر اساس وضعیت و شرایط اشتغال فرد در سالهای پیشین (سالهای اشتغال فرد) تعیین می شوند. برای افراد با درآمد کم، کارگران مهاجر، و کسانی که اشتغال غیر رسمی داشته و یا بیکارند، به طور کلی مستمری ای وجود ندارد. افراد مسن برای امنیت مالی اکثراً بر داشته ها و اندوخته های خود و یا حمایت های خانواده متکی هستند. برای بسیاری از افراد مسن این شرایط برای پیشگیری از ایجاد فقر در سالهای بعدی زندگی ناکافی است. افزایش یارانه های دولتی در دوران بازنشستگی افراد برای حمایت از سلامت افراد مسن، کاهش بار مالی ای که بر دوش جوانان است و کاهش نابرابری های سلامت امری ضروری است.

تدوین راهبرد های ملی برای بهبود سلامت و رفاه افراد مسن و تمرکز بر پیری فعال

دولت محلی، شهرها و مناطق، سازمان های مذهبی و جوامع و گروه های داوطلبانه، می توانند قدم هایی کاربردی برای حمایت از روند پیر شدن سالم^۱ بردارند.

سیاست های حمایت از پیر شدن سالم در کشورهای منطقه مدیترانه شرقی یا وجود نداشته و یا به صورت جزیره ای و ناپیوسته بوده و بیشتر آنها در حوزه ی خدمات درمانی اند. رویکردهایی تحت عنوان شهر مساعد و دوستدار افراد مسن، از شهرها برای توسعه ی محیط هایی که افراد سالمند در آنها می توانند به فعالیت و ارتباطات اجتماعی خود ادامه دهند، حمایت می کنند. تمامی شهر های منطقه باید رسیدن به این مهم را هدف قرار دهند.

نظام سلامت نیز به واسطه ی بهداشت عمومی متناسب و اقدامات پیشگیرانه و با حمایت از فعالیت های فیزیکی و ذهنی، نقشی حیاتی در حمایت از پیر شدن سالم و فعال دارد. این رویکردها به حفظ و بهبود ظرفیت ها و سلامت افراد مسن و همچنین کاهش تقاضای خدمات و تسهیلات بهداشتی کمک می کنند.

سوء استفاده از افراد مسن در منطقه، به خوبی بررسی نشده، اما مطالعات در دسترس حاکی از بالا بودن سطح سوء استفاده و خشونت علیه افراد سالمند در منطقه و تاثیرات قابل توجه آن بر سلامت و رفاه این افراد، شامل صدمات جسمانی، استرس، افسردگی و اضطراب است.

هدف سوم اهداف توسعه پایدار بیان می کند که "اطمینان از زندگی سالم و ترویج رفاه برای تمامی گروه های سنی برای توسعه پایدار ضروری است" (۱۶۱)؛ این کمیسیون "برای عدالت در سلامت، هم در سالهای جوانی و هم سالمندی" را به این جمله اضافه می کند: (اطمینان از زندگی سالم و ترویج رفاه برای تمامی گروه های سنی برای توسعه پایدار و عدالت سلامت، هم در سالهای جوانی و هم پیری، ضروری است)

پیشنهادهای

۱. ارائه و دسترسی خدمات دولتی برای شهروندان سالمند را گسترش دهید.

- سازمان های محلی، مذهبی و جوامع مدنی باید از خدمات ویژه سالمندان حمایت کنند و دسترسی به خانه های سالمندان را برای فقیرترین افراد افزایش دهند.
- نیروی کار خدماتی و پرستاران مخصوص سالمندان را افزایش دهید و فرصت های شغلی و آموزشی ایجاد کنید.
- از دسترسی به خدمات سلامت، شامل حمایت از بهداشت مطلوب و همچنین درمان، اطمینان حاصل کنید.

۲. با استفاده از یارانه های دولتی، حقوق بازنشستگی را افزایش دهید.

- برنامه های غیر مشارکتی مستمری را با تمرکز ویژه بر زنان، مهاجران، کارگران غیر رسمی و بیکاران گسترش دهید.
- کمک هزینه های مستمری غیر مشارکتی را بر اساس استانداردهای حداقل درآمد برای یک زندگی سالم بنا کنید.

۳. برای بهبود سلامت و رفاه افراد مسن، راهبرد های ملی ایجاد کنید و بر پیر شدن فعال تمرکز کنید.

- برای حمایت از سلامت روان افراد مسن در منطقه برنامه ها و سیاست هایی ایجاد کنید و سوء رفتار علیه سالمندان در خانه را کاهش دهید.
- تمامی شهرهای منطقه باید شهرهایی دوستدار سالمندی باشند.



©WHO/EMRO

۱۱



محیط زیست و عدالت در سلامت

از پوشش همگانی خدمات سلامت اطمینان حاصل کنید و کیفیت مسکن را بهتر کنید

محیط زندگی با کیفیت خوب برای سلامتی، توانایی افراد برای داشتن زندگی سالم و چگونگی حمایت جوامع و کشورها از سلامتی مهم است و نقشی محوری دارد. در حالی که در بسیاری از کشورها دسترسی به خدمات اولیه بهداشتی بهبود یافته است، همچنان افراد و جوامع بسیاری هستند که بدون دریافت هیچ یک از این خدمات زندگی می کنند و حتی در بسیاری از کشورهای ثروتمندتر منطقه، نابرابری های اجتماعی-اقتصادی در دسترسی به چنین خدماتی وجود دارد. پیشنهاد این کمیسیون، پوشش همگانی خدمات اولیه بهداشتی و ایجاد استانداردهای ملی در جهت در دسترس قرار دادن آب آشامیدنی سالم، سرویس بهداشتی، دسترسی به الکتریسیته، کیفیت هوا و ارتقاء کیفیت مسکن می باشد. همچنین این امکانات اولیه بهداشتی باید در اقامتگاه های پناهندگان و افراد غیررسمی نیز وجود داشته باشد.

اگرچه تدوین استانداردهای اساسی، منابع مورد نیاز برای اجرا و پوشش این خدمات را تضمین نمی کند، اما الگویی برای برنامه ریزی و تحقق شرایط بهبود یافته زندگی فراهم می کند و مسئولیت دولت های ملی و سازمان های بین المللی را برای ارائه چنین خدماتی تقویت می کند. ما همچنین استانداردهای اساسی را برای کیفیت سکونتگاه های غیر رسمی توصیه می کنیم.

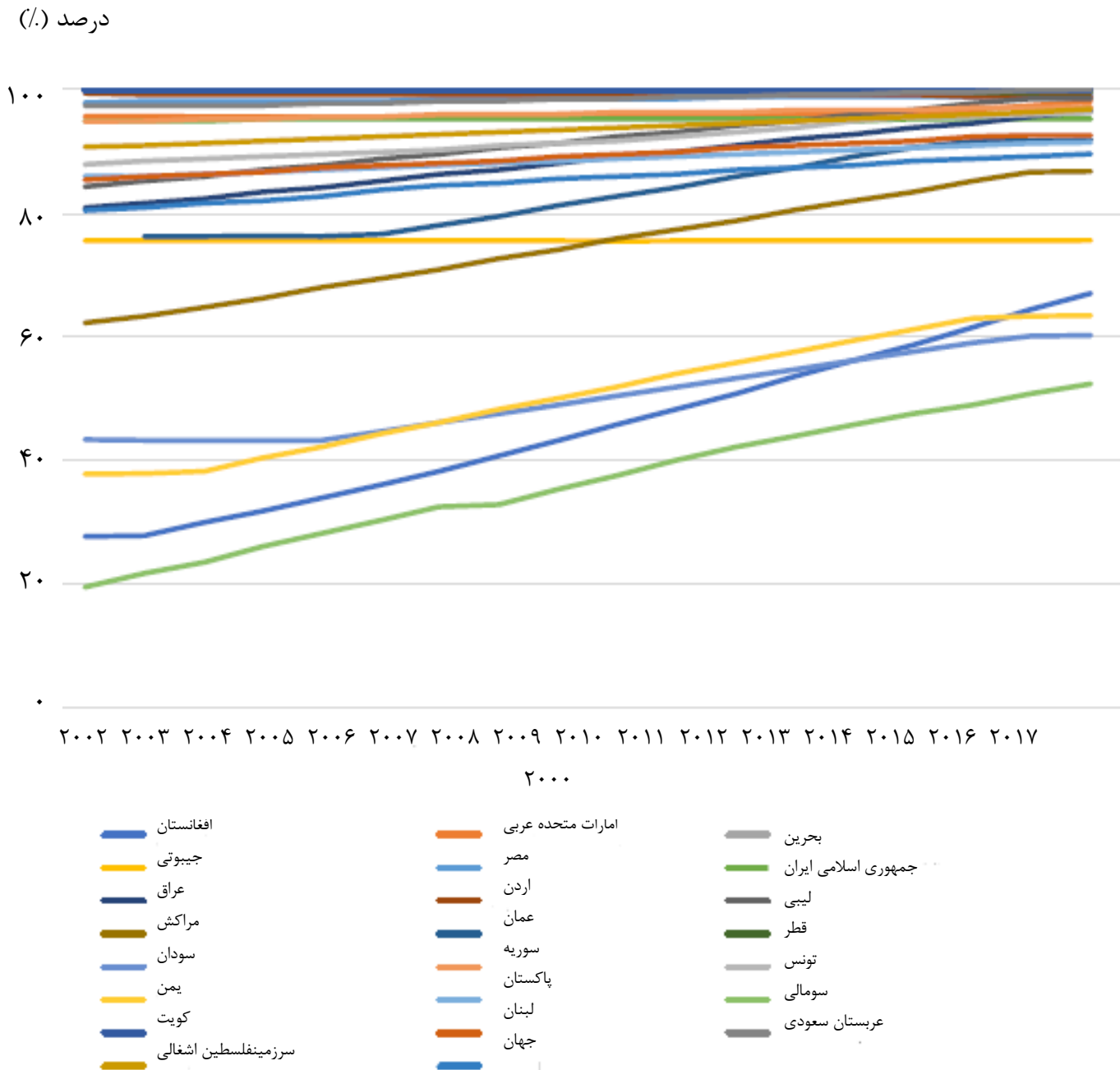
مدیریت دسترسی به آب آشامیدنی سالم و سرویس بهداشتی

دسترسی ناکافی به آب و خدمات بهداشتی احتمال ابتلا به بیماری های عفونی و منتقله از راه آب را افزایش می دهد (۱۶۲، ۱۶۳). در سال ۲۰۱۶ میزان مرگ و میر ناشی از آب و سرویس بهداشتی نا ایمن و عدم رعایت بهداشت در منطقه، بسیار متغیر بوده است. دامنه این تغییرات

از حدود $0.1 >$ به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ نفر در کشورهای کشورهای حوزه خلیج فارس تا ۸۶.۶ به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ نفر در سوماترالی متغیر بوده است (۱۶۴، ۱۶۵، ۱۶۶).

تعدادی از کشورهای منطقه، شامل افغانستان، جیبوتی، مصر، مراکش، سوماترالی، سودان و یمن، در سالهای ۲۰۱۷-۲۰۰۰ دسترسی پایینی به آب شرب داشتند. بیشتر این کشورها، به استثناء جیبوتی، شاهد بهبودهایی اساسی در دسترسی به آب سالم بوده اند (نمودار ۲۷).

نمودار ۲۷. نسبت افرادی که از حداقل خدمات استاندارد آب شرب استفاده می کنند (درصد جمعیت) به تفکیک کشورهای منطقه مدیترانه شرقی، ۲۰۱۷-۲۰۰۰



توجه: نسبت افرادی که از حداقل از خدمات استاندارد آب شرب استفاده می کنند، شامل افرادی می شود که هم از خدمات اولیه ی آب آشامیدنی و هم افرادی که از خدمات مدیریت شده ی ایمن و آب آشامیدنی سالم استفاده می کنند، می شود. خدمات اولیه ی آب آشامیدنی عبارت است از: " نوشیدن آب از یک منبع بهبود یافته، به شرطی که زمان گردآوری بیش از سفری کوتاه و ۳۰ دقیقه ای نباشد" تعریف می شود (۱۶۷).
منبع: بانک جهانی (۱۶۷)، بر اساس برنامه ی نظارت مشترک WHO/UNICEF (JMP) برای تامین آب، سرویس بهداشتی و بهداشت (۱۶۸).

در منطقه مدیترانه شرقی، بیشتر مناطقی که برای اسکان پناهندگان در نظر گرفته شده است، نمی توانند بیش از حداقل ۲۰ لیتر آب روزانه برای هر نفر را تامین کنند و بسیاری از کشورهای منطقه که میزبان پناهندگان هستند، در حال حاضر با کمبود آب مواجه هستند (۱۶۹).

در سالهای ۲۰۰۰ - ۲۰۱۷ در برخی کشورهای منطقه در ارائه ی خدمات بهداشتی پیشرفت هایی وجود داشته است، هر چند که بعضی کشورها همچنان پایین تر از میانگین جهانی باقی مانده اند. در کشورهایی که پوشش همگانی خدمات سلامت وجود ندارد، جمعیت روستایی به مراتب دسترسی کمتری از جمعیت شهری به خدمات سلامت دارند. در سال ۲۰۱۷، ۸۵٪ از افراد در مناطق شهری و ۶۴٪ در مناطق روستایی، از خدمات اولیه ی بهداشتی بهره مند بودند (۱۷۰).

دسترسی به برق

در چندین کشور منطقه دسترسی پایینی به برق، که بسیار از میانگین ۹۰٪ جهانی پایین تر است، وجود دارد. این دسترسی ناکافی یکی از موانع جدی پیشرفت است که توسعه را تحت تاثیر قرار می دهد، از جمله توسعه در سلامت، آموزش و برابری جنسیتی (۱۷۱). هدف هفتم اهداف توسعه پایدار "دسترسی به انرژی مقرون به صرفه، قابل اتکا، پایدار و مدرن برای همگان" می باشد (۱۷۲).

دسترسی به اینترنت

امروزه دسترسی به اینترنت به عنوان یکی از خدمات اساسی در نظر گرفته می شود و عدم دسترسی مطلوب به اینترنت می تواند نابرابری ها در دسترسی به خدمات سلامت، آموزش، استخدام و فرصت های اقتصادی، و همچنین ارتباطات اجتماعی را تشدید و عمیق کند (۲، ۱۷۳).

هر چند که دسترسی به اینترنت بهبود یافته است؛ با این حال، دسترسی تقریباً نیمی از کشورهای منطقه پایین تر از ۵۰٪ است؛ دسترسی به اینترنت در این کشورها در جوامع فقیرتر و روستایی، کمتر از این میزان نیز می باشد. نابرابری های جنسیتی در استفاده از اینترنت در سراسر منطقه همچنان باقی است (۱۷۴). بر اساس گزارشات اتحادیه بین المللی مخابرات^۱، در بین تمامی مناطق دنیا، بیشترین شکاف میان زنان و مردان در استفاده از اینترنت در کشورهای عربی است (۱۷۴).

آلودگی هوا

یکی از مشکلات اساسی عدالت در سلامت در منطقه، کیفیت نامطلوب هوا می باشد؛ ۹۸٪ از جمعیت منطقه در معرض آلودگی هوا قرار دارند. در سال ۲۰۱۶ میزان مرگ و میر ناشی از آلودگی هوای محیط خارج و داخل منزل در منطقه، از میانگین های جهانی بالاتر بوده است.

1. International Telecommunication Union

مرگ و میر ناشی از آلودگی هوا در کشورهای با درآمد متوسط و پایین^۱ منطقه در مقایسه با کشورهای با درآمد بالا بیشتر است. زنان و کودکان به واسطه ی قرار داشتن در معرض آلودگی هوای خانگی و تاثیرات مخرب آن بر سلامت، به صورت نامتناسبی تحت تاثیر مشکلات ناشی از آلودگی هوا هستند. دسترسی به سوخت و فن آوری های پاکیزه و سبز برای آشپزی برای کاهش آلودگی هوای خانگی ضروری است.

ترافیک های جاده ای که به دلیل قرنطینه های همگانی کووید-۱۹ کاهش پیدا کرده اند، نشان می دهند که ایجاد شهرها و جاده هایی با ازدحام و آلودگی بسیار کمتر، محتمل و امکانپذیر می باشد. ایجاد قوانین حمل و نقل و دفع ضایعات صنعتی و همچنین ترویج استفاده از وسایل نقلیه الکتریکی برای کاهش آلودگی هوا و تغییرات اقلیمی، اجزایی اساسی می باشند.

اسکان

یکی از حقوق اولیه انسان، دسترسی به مسکن با کیفیت است؛ همچنین مسکن اهمیتی بنیادی برای سلامت مطلوب دارد. در تمامی کشورهای منطقه، نابرابری های قابل توجهی در دسترسی به اسکان مقرون به صرفه و با کیفیت شایسته و مطلوب وجود داشته که سلامت را به صورت مستقیم و غیر مستقیم تحت تاثیر قرار می دهد.

مسکن گران قیمت و غیر اقتصادی افراد را به سوی فقر سوق داده و باعث رشد سکونتگاه های غیر رسمی، شرایط اسکان غیر سالم و فساد در بازار مسکن می شود. در برخی از کشورهای منطقه، اقامتگاه های غیر رسمی و به اصطلاح زاغه نشینی، به ویژه در حاشیه شهرهای بزرگ، رشدی سریع دارند.

پناهندگان و آوارگان داخلی می توانند به طوری خاص در معرض شرایط نامساعد زندگی باشند چراکه کشورهای میزبان توانایی ارائه ی اسکان و دسترسی کافی به خدمات سلامت را برای پناهندگان ندارند (۱۷۵).

سیستم های حمل و نقل پایدار و قابل دسترسی ایجاد کنید

به طور کلی سیستم حمل و نقل عمومی در منطقه توسعه نیافته اند و بسیاری از افراد برای تردد به وسایل نقلیه شخصی متکی هستند (۱۷۶). این شرایط به افزایش استفاده از خودرو، شلوغی و ترافیک، کیفیت نامطلوب هوا و تصادفات منجر می شود.

حمل و نقل عمومی کارا بر سلامت عمومی و عدالت در سلامت تاثیرات شگرفی دارد، از جمله این تاثیرات را می توان: کاهش تولید گازهای گلخانه ای، افزایش فعالیت جسمی و همچنین قابل پرداخت بودن استفاده از این سیستم ها را نام برد. حمل و نقل عمومی کارا و ارزان قیمت برای توسعه اقتصادی، ایجاد اشتغال برای جوامع کم درآمد، بهبود همبستگی اجتماعی و دسترسی به خدمات بهتر و بیشتر مفید است.

یکی از نگرانی هایی که در منطقه وجود دارد، امنیت زنان در حمل و نقل عمومی است. مطالعه ای در سال ۲۰۱۳ که توسط UN زنان^۲ انجام شد نشان داد که، در میان زنان مصری، ۸۶.۵٪ از زنانی که از وسایل حمل و نقل عمومی استفاده می کنند، احساس امنیت ندارند (۱۷۷) و یافته های پیمایشی که در تونس انجام شده بود، نشان داد که ۸۹٪ زنانی که از حمل و نقل عمومی استفاده می کردند در معرض آزار و اذیت قرار گرفته بودند (۱۷۸).

1. Low and Middle Income Countries (LMIC)
2. United Nations Women

سرمایه گذاری در حمل و نقل عمومی، ترویج پیاده روی و دوچرخه سواری و جداسازی وسایل نقلیه موتوری از دیگر استفاده کنندگان آسیب پذیر جاده ها، همگی حمل و نقل فعال را تشویق کرده و صدمات مرتبط با حمل و نقل را کاهش می دهند (۱۷۹). سیاست های مرتبط با سرمایه گذاری در حمل و نقل عمومی از سال ۲۰۱۳ کاهش یافته اند، اما تعدادی از کشورهای منطقه، برنامه های حمل و نقل شهری را بهبود بخشیده و پروژه های پایدار حمل و نقلی ایجاد کرده اند (۱۸۰).

سازوکارهای برنامه ریزی ملی و منطقه ای را تقویت کنید

مهاجرت از مناطق روستایی به شهری معمولاً به دلیل "تمایل" مردم برای جست و جوی فرصت های بهتر می باشد. دیگر محرک های این نوع مهاجرت شامل عوامل محیطی مانند کمبود دسترسی به آب، تخریب زمین و درگیری و جنگ می شوند (۱۸۱). مهاجرت روستایی به شهری می تواند در تامین اسکان، زیر ساخت و خدمات اساسی مشکلات قابل توجهی ایجاد کند، اما در صورت مدیریت درست می تواند اقتصاد محلی را به حرکت درآورده و جوامع را رونق بخشد (۱۸۲).

راهبردها و سازوکارهای ملی در جهت برنامه ریزی و سرمایه گذاری های طولانی مدت در توسعه پایدار شهری، می توانند خطراتی که شهری شدن برای عدالت در سلامت ایجاد می کند را با تامین محیط ها و زیر ساخت های سالم کاهش دهند (۲). بنابراین این کمیسیون، سازوکارهای برنامه ریزی ملی و منطقه ای تقویت شده را پیشنهاد می کند؛ که شامل ارائه خدمات اساسی بر پایه استانداردهای تعریف شده ملی و سرمایه گذاری در سیستم های حمل و نقل عمومی را با هم ترکیب می نمایند.

پیشنهادهای

۱. از پوشش همگانی خدمات سلامت اطمینان حاصل کنید و کیفیت مسکن را بهتر کنید

- استانداردهایی برای پوشش خدمات اساسی همگانی ایجاد و اجرا کنید؛ این استانداردها باید شامل دسترسی به آب آشامیدنی سالم و سرویس بهداشتی، اسکان، حمل و نقل، برق و اینترنت باشند، به صورتی که بتوانند اقامتگاه های غیررسمی و اقامتگاه های پناهندگان را نیز پوشش دهند.
- برنامه هایی ملی برای کاهش آلودگی هوا با استفاده از قانونمند کردن صنعت و استخراج منابع و آلودگی های حمل و نقلی ایجاد و اجرا کنید. استفاده از وسایل نقلیه الکتریکی را ترویج دهید.
- استراتژی های ملی مرتبط با مدیریت اقامتگاه های غیررسمی ایجاد و اجرا کنید و مکان های تفریحی عمومی، مدارس، مکان های ایمن و قابل تردد و خدمات آموزشی و درمانی در آنها ایجاد کنید. آب آشامیدنی سالم، سرویس بهداشتی و دسترسی عادلانه به خدمات سلامت را در بازسازی و طراحی مجدد اقامتگاه های غیر رسمی اولویت دهید.

۲. سیستم های حمل و نقل پایدار و قابل دسترسی ایجاد کنید.

- سیستم های حمل و نقل عمومی پایدار شامل اتوبوس ها، قطارها و تراموا ها را تقویت کنید.
- امنیت حمل و نقل عمومی، به خصوص برای زنان و سالمندان، را بهبود بخشید.
- استانداردهای امنیت وسایل حمل و نقل و جاده ها را برای کاهش میزان بالای تصادفات بهبود بخشید.

۳. سازوکارهای برنامه ریزی ملی و منطقه ای را تقویت کنید.

- برای توسعه پایدار شهری و روستایی استراتژی های ملی ایجاد کنید.
- برای رسمی و قانونمند نمودن تملک زمین توسط کسانی که در اقامتگاههای غیر رسمی زندگی می کنند، قوانین و راهبرد هایی ایجاد و تصویب کنید.



۱۲



نظام های سلامت برای عدالت در سلامت

هرچند که تمرکز این کمیسیون بر نقش عوامل اجتماعی موثر بر سلامت است، اما نقش نظام های سلامت نیز در بهبود عدالت در سلامت، حیاتی است.

در سراسر منطقه پوشش همگانی خدمات سلامت را تقویت کرده و از دسترسی عادلانه و قابل

پرداخت به خدمات سلامت مطمئن شوید

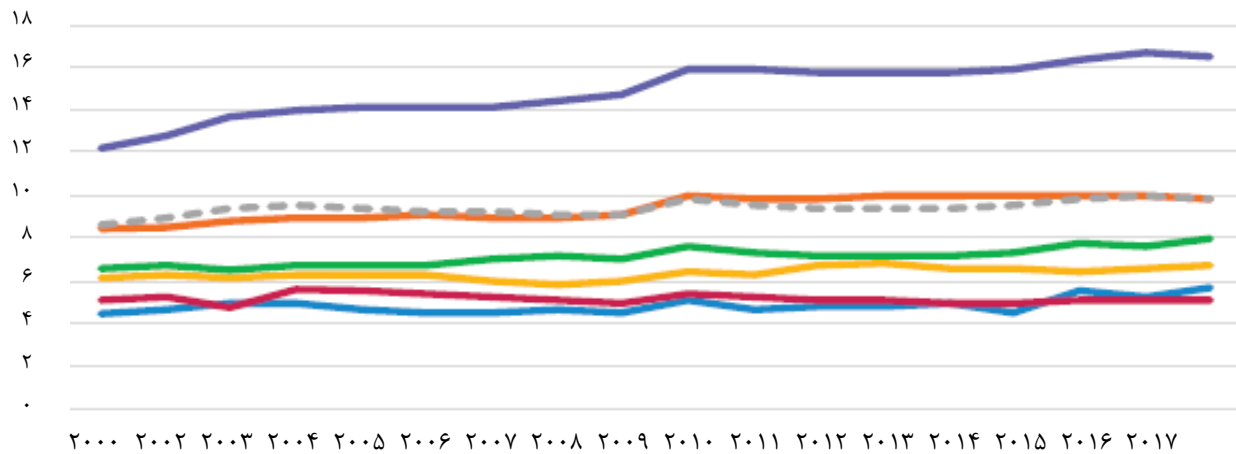
در پوشش همگانی خدمات سلامت، نابرابری های گسترده و پایداری وجود دارد که این نابرابری ها عمدتاً مرتبط با درآمد، تحصیلات و منطقه زندگی افراد می باشند. هزینه ی خدمات بهداشتی اولیه و اساسی برای بخش اعظمی از جمعیت بسیاری از کشورهای منطقه زیاد بوده و در نتیجه استفاده از این خدمات و پرداخت این هزینه ها از سوی این افراد، ایشان را به زیرخط فقر می کشاند.

کشورهای منطقه به هدف دستیابی به پوشش همگانی خدمات سلامت متعهد و بر آن متمرکز شده اند، اما این امر تا کنون محقق نشده است و پوشش خدمات سلامت در بسیاری از کشورها همچنان پایین است؛ اما نشانه هایی از پیشرفت در این زمینه نیز وجود دارد. بر طبق شواهد موجود، پرداخت از جیب در سودان و یمن بیش از ۷۰٪ و در مصر، مراکش و عربستان سعودی بیش از ۵۰٪ هزینه های سلامت را تشکیل می دهد (۱۸۳).

سرمایه گذاری منطقه در سلامت کم است (۱۸۴). نمودار ۲۸ نشان می دهد که در سال های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۷ منطقه EMRO در مقایسه با دیگر مناطق یکی از پایین ترین مقادیر هزینه کرد سلامت (به عنوان درصدی از GDP) را داشته است.

نمودار ۲۸. سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی (% از GDP) در مناطق منتخب، ۲۰۱۷-۲۰۰۰

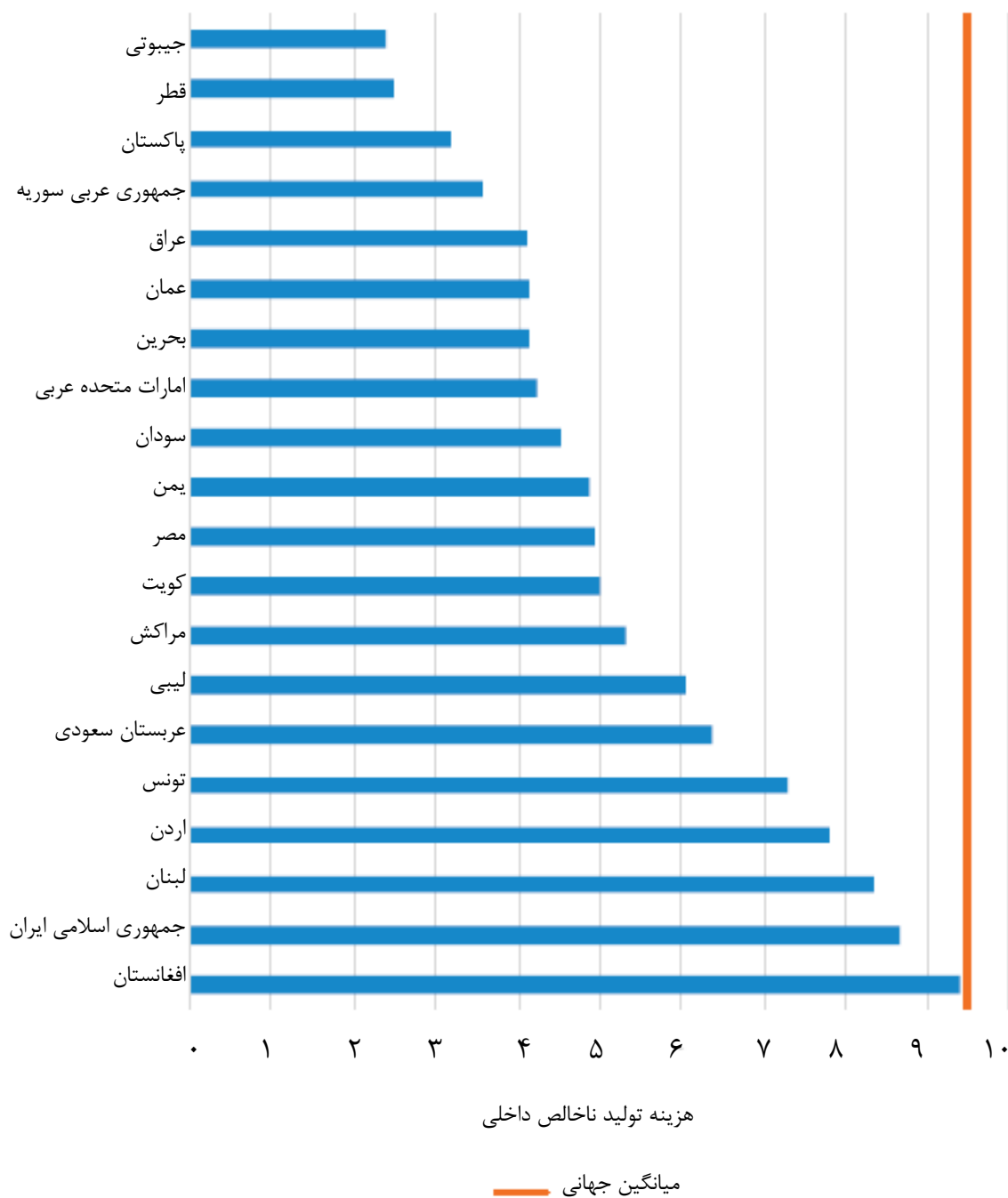
(%) تولید ناخالص داخلی



توجه: برآورد های هزینه های جاری بهداشتی و سلامت به عنوان درصدی از GDP شامل "خدمات و محصولات سلامت که هر ساله مصرف می شوند است. این شاخص هزینه های سرمایه ای سلامت مانند ساختمان ها، ماشین آلات، IT و ذخایر واکسن برای زمان های بحران و یا پاندمی را شامل نمی شود." (۱۸۵). منبع: بانک جهانی بر پایه ی داده های بانک داده هزینه های جهانی سلامت WHO (۱۸۶).

سرمایه گذاری بیشتر کشورهای منطقه در خدمات سلامت مبلغی کمتر از ۵٪ از GDP آنهاست و همان گونه که در نمودار ۲۹ نمایش داده شده است در سال ۲۰۱۸، هزینه های سلامت تمامی کشورهای منطقه پایین تر از میانگین جهانی بوده اند.

نمودار ۲۹. هزینه های خدمات سلامت (% از GDP) در کشورهای منطقه (۲۰۱۸)



توجه: برآورد های هزینه های جاری سلامت به عنوان درصدی از GDP شامل "خدمات و محصولات سلامت است که هر ساله مصرف می شوند. این شاخص هزینه های سرمایه ای سلامت مانند ساختمان ها، ماشین آلات، IT و ذخایر واکسن برای زمان های بحران و یا پاندمی را شامل نمی شود." (۱۸۵). از سومالی و سرزمین فلسطین اشغالی داده ای در دست نبود. داده های تمامی کشورها مربوط به سال ۲۰۱۸ بود؛ به استثنا یمن، سوریه و لیبی، که داده ها به

ترتیب برای سال های ۲۰۱۵، ۲۰۱۲ و ۲۰۱۱ بودند.

منبع: بانک جهانی بر پایه ی داده های بانک داده هزینه های جهانی سلامت WHO (۱۸۶).

توصیه این کمیسیون، افزایش میزان بودجه عمومی تخصیص داده شده به خدمات سلامت، و تمرکز بر خدمات اولیه سلامت می باشد. کشورها باید به گونه ای مدیریت نمایند که ظرفیت سرمایه گذاری در سلامت در کشورهای آسیب پذیر و تحت تاثیر درگیری و جنگ بیشتر شود و از در دسترس قرار گرفتن خدمات سلامت برای مهاجران و افراد کم درآمد، که به دلیل فقر از دسترسی به خدمات سلامت محروم گشته اند، مطمئن شوند. توجه و تمرکزی که بر سلامت و بهداشت در طول سال گذشته و به دلیل شیوع همه گیری کووید-۱۹ ایجاد شد، می تواند به عنوان یک فرصت تلقی شود و به تجمیع اراده ی سیاسی و عمومی برای افزایش هزینه و سرمایه گذاری برای دستیابی به پوشش همگانی خدمات سلامت کمک نماید.

برای دستیابی به استانداردهای جهانی بهداشت عمومی، از اجرای صحیح عملکردهای اساسی

بهداشت عمومی برای هر کشور استفاده و اطمینان حاصل کنید

کشورهای بسیار کمی در منطقه برای ترویج بهداشت و آموزش های بهداشتی، راهبردهای ملی تدوین کرده اند؛ بیشتر این راهبردها مربوط به بیماری های خاص است (۱۸۷). بی عدالتی های متعددی در پوشش واکسیناسیون و دسترسی به دیگر تدابیر پیشگیرانه و خدمات بهداشتی عمومی در منطقه وجود دارد، که این مساله به طور کلی عدالت در سلامت را تضعیف می کند.

مفهوم کارکردهای اساسی سلامت عمومی^۱ را می توان اینگونه تعرف نمود: "مجموعه اقدامات ضروری هستند که تحت مسئولیت اصلی دولت و از طریق اقدامات جمعی، در راستای سلامت عمومی و بهبود، ارتقاء، حفظ و بازیابی سلامت مردم انجام می شوند" (۱۸۸). این کارکردها ابزارهایی مهم برای ارزیابی نظام های سلامت و نابرابری ها در دسترسی به خدمات و مداخلات عمومی سلامتی بوده، و برای ایجاد مداخلاتی جهت تقویت سلامت عمومی حائز اهمیت می باشند (۱۸۸). در سال ۲۰۱۳ WHO برای حمایت از کشورهای عضو در ارزیابی عملکردهای اساسی سلامت عمومی بر اساس ارائه توصیه هایی مبتنی بر شواهد، اقداماتی را انجام داد (۱۸۸).

نظام های سلامت را با تمرکز بر عدالت، پیشگیری و اقدام در جهت عوامل اجتماعی موثر بر سلامت توسعه

دهید

نظام های سلامت، زیر مجموعه های مرتبط با آنها و نیروی انسانی بخش سلامت باید در پیاده سازی برنامه هایی مبتنی بر عوامل اجتماعی موثر بر سلامت مشارکت نمایند و در جهت گسترده نمودن فعالیت های اجتماعی برای بهبود عدالت در سلامت تلاش نمایند (۱۸۹).

بر طبق داده های این گزارش، نشان دادیم که با توجه به عوامل اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی، تجاری و سیاسی موثر بر سلامت می توان از سلامت بهتر و عدالت در منطقه حمایت کرد. نقش نظام های سلامت در این زمینه، تغییر رویکرد خدمات سلامت به سوی نظام سلامت مبتنی بر جمعیت است؛ به طوری این رویکرد هم برای بهبود عدالت در عوامل اجتماعی موثر بر سلامت و هم برای درمان بیماری ها وجود داشته باشد.

1. Essential public health functions

یک نظام سلامت که مبتنی بر اصول پیشگیری و عدالت در سلامت فعالیت می کند دارای ویژگی های زیر می باشد:

- تمرکز بر پیشگیری از بیماری و حمایت از سلامت مطلوب
- تمرکز بر مکان (اعمال سیاست های سلامت به صورت بومی و بر اساس ویژگی های هر منطقه)
- همکاری های بین بخشی و مقطعی
- تمرکز بر بهداشت همگانی و سلامت جمعیت
- اقدام در جهت عوامل اجتماعی موثر بر سلامت
- توسعه ی رویکردهای همگانی مناسب (۲).

منابع انسانی بخش سلامت، نقش مهمی در حمایت از سلامت جمعیت و کاهش نابرابری های سلامت دارد. انجمن پزشکی جهانی^۱ شش زمینه زیر برای افزایش حمایت و پشتیبانی از نیروی انسانی در جهت توسعه اقدامات ایشان در خصوص عوامل اجتماعی موثر بر سلامت معرفی نموده است (۱۹۰):

۱. درک مشکل و چگونگی مقابله با آن: آموزش و تعلیم
۲. جمع آوری شواهد: نظارت و ارزیابی بی عدالتی ها در سلامت
۳. محیط و شرایط بالینی: کار با افراد و جوامع
۴. سازمان های مراقبت های سلامت به عنوان کارفرما و مدیران
۵. مشارکت و همکاری با بخش سلامت و بخش های فراتر از آن
۶. متخصصین سلامت به عنوان مدافعان سلامت

ادغام مباحث مربوط به عوامل اجتماعی موثر بر سلامت در تعلیم و تربیت متخصصین سلامت برای پشتیبانی از ایشان در انجام اقدامات موفق در مقابل این عوامل تعیین کننده و کمک به مقابله با بی عدالتی ها ضروری است (۱۸۹).

1 World Medical Association

پیشنهادهای

۱. در سراسر منطقه پوشش همگانی خدمات سلامت را تقویت کنید و از دسترسی عادلانه و قابل پرداخت به خدمات سلامت مطمئن شوید

- بودجه‌ای اختصاص یافته به بخش سلامت را برای حمایت از دسترسی عادلانه و کاهش احتمال رخداد هزینه‌های کمر شکن سلامت افزایش دهید.
- مهاجران را تحت پوشش همگانی خدمات سلامت قرار دهید.
- حق برخورداری از سلامت را در همه محیط‌ها و گروه‌ها، به ویژه در محیط‌هایی که تحت تاثیر جنگ و درگیری هستند، پیاده سازی و تقویت کنید.

۲. کارکردهای اساسی بهداشت عمومی را برای هر کشور در جهت دستیابی به استانداردهای همگانی بهداشت عمومی ایجاد و پیاده سازی کنید

۳. نظام‌های سلامت را با تمرکز بر عدالت، پیشگیری و اقدام در جهت عوامل اجتماعی موثر بر سلامت توسعه دهید

- بر مداخلات نظام سلامت تاثیر گذار بر محرک‌های اجتماعی و اقتصادی و رفتارهای مرتبط با سلامت و سلامت روان، تمرکز کنید.
- رویکردهای تمام سیستمی و یکپارچه نسبت به سلامت - که شامل اقدام برای بهبود شرایط زندگی و برنامه‌های آموزش و تعالیم سلامت می‌شوند - را ایجاد و توسعه دهید.
- مشارکت با بخش‌های دیگر، از جمله مسکن، حمل و نقل، حمایت اجتماعی و آموزش و پرورش را تقویت کنید.



©Shutterstock/Abed Rahim Khatib



حکمرانی و بنا نهادن جهانی عادلانه تر

هدف اصلی دولت‌ها باید بهبود سلامت و عدالت در سلامت و قرار دادن عدالت در سلامت در کانون فعالیت‌های دولت باشد؛ به دنبال این تغییرات، پیشرفت‌های اجتماعی، اقتصادی و محیط زیستی بدست خواهند آمد. در تمامی کشورهای منطقه، که هر کدام دارای سطح متفاوتی از توسعه هستند، برای بهبود عدالت در سلامت ظرفیتی برای "عمل کردن، بیشتر عمل کردن، بهتر عمل کردن" به واسطه بهبود در عوامل اجتماعی موثر بر سلامت وجود دارد.

تحلیل‌ها و توصیه‌های عنوان شده در این گزارش بر اساس بهترین شواهد در دسترس از چالش‌های بازسازی منصفانه تر وضع موجود در منطقه ارائه شده‌اند. در این فصل، اصول پایه‌ای حکمرانی برای بهبود عوامل اجتماعی موثر بر سلامت و عدالت در سلامت را عنوان می‌کنیم.

این بازسازی تکلیفی برای تمام جامعه است – دولت‌ها، بخش تجاری، جوامع مدنی، سازمان‌های مذهبی، سازمان‌های بین‌المللی و منطقه‌ای، دولت‌های محلی، نیروی انسانی بخش سلامت و بسیاری از دیگر بخش‌ها. در تمامی این حوزه‌ها ظرفیتی برای بهبود شرایط اجتماعی و اقتصادی موثر بر سلامت وجود دارد.

اقداماتی مانند رعایت تعهدات بین‌المللی، اجرای سازوکارهای قانونی و رویکردهای حقوق بشر و همسویی با اهداف توسعه پایدار، همگی برای دستیابی به عدالت در سلامت بسیار مهم می‌باشند.

نظام‌های حکمرانی و فرهنگ‌های سیاسی که چنین اقداماتی را اولویت بندی، حمایت و امکان پذیر می‌کنند، زیربنای اقدامات موفقیت آمیز در جهت بهبود نابرابری‌های سلامت می‌باشند.

اصول حکمرانی برای بازسازی عادلانه تر و بهبود عدالت در سلامت

- برای بهبود عدالت در سلامت، عوامل اجتماعی موثر بر سلامت را بهبود بخشید.
- عدالت در سلامت را در کانون فعالیت های دولت قرار دهید
- اقدام کنید، بیشتر عمل کنید، بهتر عمل کنید.
- اقدامات اجتماعی برای عدالت در سلامت را بر پایه ی اصل سلامت همگانی بنا کنید.
- برای بهبود عدالت در سلامت، تمامی ارگان های دولت را در سیاست گذاری و اقدامات مرتبط مشارکت دهید.
- تمامیت جامعه را در بهبود عدالت در سلامت درگیر کنید.
- پاسخ گویی و تعهدی قوی در عدالت در سلامت ایجاد کنید.
- اقدامات مرتبط با کاهش تغییرات اقلیمی را با عدالت در سلامت هم راستا کنید.

در این گزارش توصیه هایی به تفکیک بخش و مسئولیت، برای سازمان های بین المللی، سازمان جهانی سلامت، نظام های سلامت، دولت های ملی، جوامع مدنی، دولت های محلی و نهادهای مالی پشتیبان پژوهش ارائه شده است، هرچند که این ذی نفعان، تمامی بخش های درگیر در این اقدامات نیستند.

امید است که موضوع مورد بحث و توصیه های این گزارش با اهداف و اقدامات دیگر بخش ها هم راستا شده و آنها این هدف را نیز پذیرفته و دستورکارهای مرتبط را توسعه داده و پیاده سازی کنند. توصیه های این گزارش نه به عنوان نقشه راه بلکه باید به عنوان راهنما استفاده شوند.

بازسازی عادلانه تر و دستیابی به عدالت در سلامت مطلوب تر

- برنامه هایی ملی و فراملی برای اقدام و اجرا تدوین کنید.
- نقش و مشارکت جوامع مدنی و سازمان های مذهبی در اقدامات مرتبط با بهبود عدالت در سلامت را تقویت کنید.
- مشارکت بخش اقتصادی و تجاری در عدالت در سلامت را تقویت کرده و فعالیت های آسیب زا و مخرب این صنایع را متوقف کنید.
- برای تقویت تمرکز بر عوامل اجتماعی موثر بر سلامت از اقدامات بشر دوستانه پشتیبانی کنید.
- مشارکت بخش سلامت را با عوامل اجتماعی موثر بر سلامت بیشتر کنید.
- مشارکت دولت های محلی را در بهبود عوامل اجتماعی موثر بر سلامت جلب کنید.
- اقدامات و برنامه های بهبود عدالت در سلامت و عوامل اجتماعی موثر بر سلامت را با اهداف توسعه پایدار ترکیب کنید.
- رویکردهای حقوق بشر در منطقه را تقویت کنید.
- برای شفافیت و پاسخ گویی بهتر و اطلاع رسانی در خصوص اقدامات انجام شده در جهت بهبود عدالت در سلامت، نظام های نظارتی ایجاد کنید.
- تعهدات و مقررات قانونی را برای اجرای اقدامات مرتبط با حمایت از عدالت در سلامت تقویت کنید.
- فساد را کاهش دهید.

طی این گزارش، ما بارها به کمبود داده ها و شواهد در منطقه اشاره کرده ایم که این مساله درک و اقدام در مورد نابرابری های سلامت را به شدت محدود می کند. بنابراین پیاده سازی نظام های گردآوری داده قوی برای نظارت بر نابرابری ها و حمایت از اقدامات موثر بر عوامل اجتماعی موثر بر سلامت توصیه می شود. پژوهش های مرتبط با این حوزه باید به عنوان یک سرمایه گذاری در سلامت برای جمعیت منطقه دیده شود، چرا که بدون درک و دانشی بهتر، بی عدالتی های سلامت که برای مردم و چشم اندازهای منطقه مخرب هستند، ادامه خواهند یافت. به همین دلیل در پایان این گزارش بر ضرورت توجه به زمینه های پژوهشی مرتبط و مغفول مانده و با اهمیت تاکید می کنیم.

1. Countries. In: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean [website]. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2021 (<http://www.emro.who.int/countries.html>, accessed 27 March 2021).
2. Commission of the Pan American Health Organization on Equity and Health Inequalities in the Americas. Just societies: health equity and dignified lives. Report of the Commission of the Pan American Health Organization on Equity and Health Inequalities in the Americas. Washington, DC: PAHO; 2019 (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/51571>).
3. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization; 2008 (https://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008.pdf).
4. UCL Institute of Health Equity. Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013 (https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/251878/Review-of-socialdeterminants-and-the-health-divide-in-theWHO-European-Region-FINAL-REPORT.pdf).
5. Human Development Report 2020. The next frontier: human development and the anthropocene. New York, NY: United Nations Development Programme; 2020 (<http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr2020.pdf>, accessed 6 March 2021).
6. Life expectancy and healthy life expectancy: data by country [online database]. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://apps.who.int/gho/data/view.main.SDG2016LEXv?lang=en>, accessed 21 January 2021).
7. FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO. Regional overview of food security and nutrition in the Near East and North Africa 2019 – rethinking food systems for healthy diets and improved nutrition. Cairo: Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO); International Fund for Agricultural Development (IFAD), United Nations Children’s Fund (UNICEF), United Nations World Food Programme (WFP) and World Health Organization (WHO); 2020 (<https://doi.org/10.4060/ca8684en>).
8. Life expectancy at birth (years) [online database]. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/data/gho/indicatormetadata-registry/imr-details/65>, accessed 6 March 2021).
9. Economic status: wealth quintile: data by country [online database]. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://apps.who.int/gho/data/view.main.947485>, accessed 28 January 2021).
10. Mortality rate, infant (per 1,000 live births) [online database]. Washington, DC: World Bank; 2021. (<https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.IMRT.IN>, accessed 22 January 2021).
11. Khadr Z, Rashad H, Shawky S. Health inequalities in Jordan and their social determinants: evidence and policy implications. Cairo: The Social Research Center of the American university in Cairo and WHO/Jordan; 2019 (<https://documents.aucegypt.edu/Docs/src/Jordan-health-equity.pdf>).
12. Probability of dying between exact ages 30 and 70 from any of cardiovascular disease, cancer, diabetes or chronic respiratory (%) [online database]. Geneva: World Health Organization (<https://who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/3354>, accessed 29 January 2021).
13. Mortality between age 30 and exact age 70 from cardiovascular diseases, cancer, diabetes or chronic respiratory diseases: data by country [online database]. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://apps.who.int/gho/data/view.main.GSWCAH21v?lang=en>, accessed 29 January 2021).
14. Situation analysis in gender and health. New York: Population Council; 2020.
15. FAO, IFAD, UNICEF and WHO. 2019. Near East and North Africa – Regional overview of food security and nutrition. FAO. [Online] 2020. [Cited: 31 January 2021.] <http://www.fao.org/3/ca8684en/ca8684en.pdf>.

16. Total alcohol consumption per capita (liters of pure alcohol, projected estimates, 15+years of age) [online database]. Washington, DC: World Bank; 2021 (<https://data.worldbank.org/indicator/SH.ALC.PCAP.LI>, accessed 2 February 2021).
17. Social determinants of mental health. London: Insitute of Health Equity; (<http://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/social-determinants-of-mental-health>, accessed 13 March 2021).
18. WHO and Calouste Gulbenkian Foundation. Social determinants of mental health. Geneva: World Health Organization; 2014 (https://www.who.int/mental_health/publications/gulbenkian_paper_social_determinants_of_mental_health/en/).
19. Neglected tropical diseases [website]. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2021 (<http://www.emro.who.int/health-topics/tropical-diseases/>).
20. Global Health Observatory data repository [online database]. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://www.who.int/data/gho>).
21. Road safety: estimated road traffic death rate (per 100 000 population), 2016 [online database]. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://gamapserver.who.int/gho/interactive_charts/road_safety/road_traffic_deaths2/atlas.html, accessed 17 February 2021).
22. Marmot M, Allen J, Goldblatt P, Herd E, Morrison J. Build back fairer: the COVID-19 Marmot review. The pandemic, socioeconomic and health inequalities in England. London: Institute of Health Equity; 2020 (<http://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/build-back-fairer-the-covid-19-marmot-review>).
23. Wachtler B, Michalski N, Nowossadeck E, Diercke M, Wahrendorf M, Santos-Hovener C, et al. Socioeconomic inequalities and COVID-19 – a review of the current international literature. Journal of Health Monitoring. 2020;5(S7). doi:10.25646/7059.
24. Jordan RE, Adab P, Cheng KK. Covid-19: risk factors for severe disease and death. BMJ. 2020;368:m1198. doi:10.1136/bmj.m1198.
25. Syrian Arab Republic UN Country Team. Framework for the immediate socio-economic response to COVID-19 for Syrian Arab Republic. United Nations Development Programme (UNDP); 2020 (<https://unsdg.un.org/resources/frameworkimmediate-socio-economic-response-covid-19-syrian-arab-republic>, accessed 7 February 2021).
26. Somalia responds: together we can fight COVID-19 in Somalia [website]. Geneva: International Organization for Migration; 2020 (<https://www.iom.int/donate/campaigns/somalia-responds>, accessed 18 February 2021).
27. Impact of COVID-19 in the Middle East, North Africa, Central Asia, and Eastern Europe –update #6. Rome: World Food Programme; 2020 (<https://reliefweb.int/report/world/impact-covid-19-middleeast-north-africa-central-asia-and-eastern-europeupdate-6>).
28. OCHA on behalf of Humanitarian Country Team and partners. Humanitarian needs overview Afghanistan. New York, NY: United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs; 2020 (https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/afghanistan_humanitarian_needs_overview_2021_0.pdf).
29. Asi YM. Migrant workers' health and COVID-19 in GCC countries. Washington, DC: Arab Center Washington DC; 2020 (http://arabcenterdc.org/policy_analyses/migrant-workers-health-and-covid-19-in-gcc-countries/, accessed 16 February 2021).
30. Patients not passports: Migrants' access to healthcare during the coronavirus crisis, June 2020. London: Medact, Migrants Organise, New Economics Foundation; 2020

- (<https://neweconomics.org/uploads/files/Patients-NotPassports-Migrants-Access-to-Healthcare-Duringthe-Coronavirus-Crisis.pdf>).
31. COVID-19 significantly impacts health services for noncommunicable diseases [website]. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/news/item/01-06-2020-covid-19-significantly-impacts-health-services-for-noncommunicable-diseases>, accessed 8 February 2021).
 32. Walker D, Chandir S. COVID-19's lost generation of unvaccinated children. *Lancet Glob Health*. 2021;9(3):e250. doi:10.1016/S2214-109X(20)30535-0.
 33. How polio personnel are pivoting against COVID-19, 23 October 2020 [website]. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/how-polio-personnel-are-pivoting-against-covid-19>, accessed 13 March 2021).
 34. Individuals using the internet (% of population) [online database]. Washington, DC: World Bank (<https://data.worldbank.org/indicator/IT.NET.USER.ZS>, accessed 7 February 2021).
 35. Practical guidance for risk communication and community engagement (RCCE) for refugees, internally displaced persons (IDPs), migrants, and host communities particularly vulnerable to the Covid-19 pandemic. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC); 2020 (<https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/Practical-Guidance-RCCE-RefugeesIDPs-Migrants.pdf>, accessed 7 February 2021).
 36. Global Humanitarian Response Plan COVID-19: progress report: fourth edition, 17 November 2020. New York, NY: United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs; 2020 (<https://reliefweb.int/report/world/global-humanitarian-response-plan-covid-19-progress-report-fourth-edition-17-november>).
 37. Berkley S. COVAX explained [website]. Geneva: Gavi, the Vaccine Alliance; 2020. (<https://www.gavi.org/vaccineswork/covax-explained>, accessed 8 February 2021).
 38. MENA faces mixed prospects on vaccine rollout in 2021-22 [website]. The Economist Intelligence Unit; 2021 (<https://www.eiu.com/n/mena-faces-mixed-prospects-on-vaccine-rollout-in-2021-22/>, accessed 8 February 2021).
 39. Five charts that illustrate COVID-19's impact on the Middle East and Central Asia [website]. Washington, DC: International Monetary Fund (IMF); 2020 (<https://www.imf.org/en/News/Articles/2020/07/14/na071420-five-charts-that-illustrate-covid19s-impact-on-the-middle-east-and-central-asia>, accessed 18 February 2021).
 40. Global economic prospects: Middle East and North Africa. June 2020. Washington, DC: The World Bank; 2020 (<http://pubdocs.worldbank.org/en/638331588788199341/Global-EconomicProspects-June-2020-Regional-Overview-MENA.pdf>).
 41. Manuel M, Carson L, Samman E, Evans M. Financing the reduction of extreme poverty post-Covid-19 [website]. London: Overseas Development Institute (ODI); 2020 (<https://www.odi.org/publications/17516-financing-reduction-extreme-poverty-post-covid>, accessed 18 February 2021).
 42. Arezki R, Moreno-Dodson B, Yuting Fan R, Gansey R, Nguyen Ha, Cong Nguyen M, et al. Trading together: reviving Middle East and North Africa regional integration in the postCOVID era. Middle East and North Africa Economic Update. Washington, DC: World Bank; 2020 (<https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/34516>).
 43. FAO-WFP early warning analysis of acute food insecurity hotspots: October 2020. Rome: Food and Agriculture Organization of the United Nations and World Food Programme; 2020 (<http://www.fao.org/3/cb1907en/CB1907EN.pdf>).
 44. Impact of COVID-19 in the Middle East, North Africa, Central Asia and Eastern Europe. Update 7. December 2020. Rome: World Food Programme; 2020 (reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/WFP-0000122017.pdf, accessed 5 February 2021).

45. Poverty and shared prosperity 2020: reversals of fortune. Washington, DC: World Bank; 2020 (<https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/34496/9781464816024.pdf>).
46. Lakner C, Yonzan N, Gerszon Mahler D, Castaneda Aguilar RA, Wu H. Updated estimates of the impact of COVID-19 on global poverty: looking back at 2020 and the outlook for 2021 [website]. Washington, DC: World Bank; 2020 (<https://blogs.worldbank.org/opendata/updatedestimates-impact-covid-19-global-povertylooking-back-2020-and-outlook-2021>, accessed 18 February 2021).
47. United Nations Lebanon. Rapid socio-economic impact assessment. New York, NY: United Nations; 2020 (<https://www.arabstates.undp.org/content/rbas/en/home/library/crisis-response0/rapid-socioeconomic-impact-assessment-lebanon.html>).
48. General Assembly adopts 4 humanitarian aid resolutions, as delegates brace for COVID-19's broader impact amid threat of famine, economic hardship [website]. New York, NY: United Nations; 2020 (<https://www.un.org/press/en/2020/ga12300.doc.htm>, accessed 18 February 2021).
49. Global humanitarian assistance report 2020. Development Initiatives; 2020 (<https://devinit.org/resources/global-humanitarian-assistance-report-2020/#downloads>).
50. UNICEF humanitarian action for children 2021: overview. New York, NY: United Nations Children's Fund; 2020 (<https://www.unicef.org/media/88416/file/HAC-2021-overview.pdf>).
51. Impact of COVID-19 on children in the Middle East and North Africa. New York, NY: United Nations Children's Fund; 2020 (<https://www.unicef.org/mena/media/10231/file/Impact%20of%20COVID%20on%20Children-Snapshot%20report.pdf%20.pdf>).
52. Response, recovery and prevention in the coronavirus (COVID-19) pandemic in developing countries: women and girls on the frontlines [website]. Paris: Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD); 2020 (<http://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/response-recovery-and-prevention-in-the-coronavirus-covid-19-pandemic-in-developing-countries-women-and-girls-on-the-frontlines-23d645da/#section-d1e709>).
53. Da'ar OB, Haji M, Jradi H. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): potential implications for weak health systems and conflict zones in the Middle East and North Africa region. *Int J Health Plann Manage*. 2020;35:1240–5. doi:10.1002/hpm.2982.
54. GBD compare: viz hub [online database]. Seattle, WA: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), University of Washington; 2021 (<http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>, accessed 18 January 2021).
55. Syria refugee crisis explained [website]. Washington, DC: USA for UNHCR; 2020 (<https://www.unrefugees.org/news/syria-refugee-crisisexplained>, accessed 27 January 2021).
56. International migrant stock 2019 [online database]. New York, NY: United Nations, Department of Social and Economic Affairs, Population Division; 2019 (<https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/data/estimates2/estimates19.asp>, accessed 18 January 2021).
57. International migrant stock 2019 documentation (United Nations database, POP/DB/MIG/Stock/Rev.2019). New York, NY: United Nations, Department of Social and Economic Affairs, Population Division; 2019 (https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/data/estimates2/docs/MigrationStock_Documentation_2019.pdf, accessed 18 January 2021).
58. Vignier N, Desgrees du Lou A, Pannetier J, Ravalihasy A, Gosselin A, Lert F, et al. Access to health insurance coverage among subSaharan African migrants living in France: results of the ANRS-PARCOURS study. *PLoS One*. 2018;13(2):e0192916. doi:10.1371/journal.pone.0192916.
59. Kaya A, Kirac A. Vulnerability assessment of Syrian refugees in Istanbul: April 2016. Istanbul: Support to Life; 2016 (<https://data2.unhcr.org/en/documents/details/54518>, accessed 28 January 2021).

60. Mixed migration flows in the Mediterranean: compilation of available data and information (December 2017) [website]. International Organization for Migration; 2017. <https://reliefweb.int/report/world/mixed-migration-flowsmediterranean-compilation-available-data-andinformation-december>, accessed 27 January 2021).
61. Middle East's migrant population more than doubles since 2005 [website]. Washington, DC: Pew Research Center; 2016 (<https://www.pewresearch.org/global/2016/10/18/middleeast-migrant-population-more-than-doublesince-2005/>, accessed 27 January 2021).
62. Douglas J, Hulshof K, Motus N, Naciri M, Nishimoto T. End stigma and discrimination against migrant workers and their children during COVID-19 pandemic. Joint op-ed by ILO, IOM, UNICEF, UNODC AND UN Women, 9 June 2020. International Labour Organization, International Organization for Migration, United Nations Children's Fund, UN Office on Drugs and Crime, UN Women; 2020 (<https://reliefweb.int/report/world/end-stigma-and-discrimination-againstmigrant-workers-and-their-children-during-covid>, accessed 27 January 2021).
63. Sofuoglu M, Alemdar M. Have US-imposed sanctions ever worked? [website]. TRT World, 24 September 2018 (<https://www.trtworld.com/magazine/have-us-imposed-sanctions-everworked-20428>, accessed 28 January 2021).
64. Afesorgbor S, Mahadevan R. The impact of economic sanctions on income inequality of target states. *World Development*. 2016;83(C):1–11. <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2016.03.015>.
65. Peksen D. Economic sanctions and human security: the public health effect of economic sanctions. *Foreign Policy Analysis*. 2011;7(3):237–51. doi:10.1111/j.1743-8594.2011.00136.x.
66. Segall A. Economic sanctions: legal and policy constraints. *International Review of the Red Cross (ICRC)*. 1999;836 (<https://www.icrc.org/en/doc/resources/documents/article/other/57jq73.htm>, accessed 28 January 2021).
67. Health conditions in the occupied Palestinian territory, including east Jerusalem, and in the occupied Syrian Golan. Report by the Secretariat, 13 May 2010 (A63/28). Geneva: World Health Organization; 2010 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/2399>, accessed 16 January 2021).
68. Freedom of movement: human rights situation in the occupied Palestinian territory, including east Jerusalem. Report of the Secretary-General to the United Nations Human Rights Council, 20 January 2016 (A/HRC/31/44). Geneva: Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (OHCHR); 2016 (https://www.ohchr.org/Documents/Countries/PS/SG_Report_FoM_Feb2016.pdf, accessed 11 January 2021).
69. Poverty headcount ratio at \$5.50 a day (2011 PPP) (% of population) [online database]. Washington, DC: World Bank; 2021 (<https://data.worldbank.org/indicator/SI.POV.UMIC>, accessed 31 January 2021).
70. World Inequality Database: share of pre-tax national income [online database]. World Inequality Database (WID) (<https://wid.world>, accessed 12 October 2020).
71. World Inequality Database: Part II – Trends in global income inequality. World Inequality Database (WID) (<https://wir2018.wid.world/part-2.html>, accessed 24 March 2021).
72. Carbonell-Nicolau O, Llavador H. Inequality reducing properties of progressive income tax schedules: the case of endogenous income. *Theoretical Economics*. 2018;13(1):39–60. doi:10.3982/TE2533.
73. Journard I, Pisu M, Bloch D. Tackling income inequality: the roles of taxes and transfers. *OECD Journal: Economic Studies*. 2012;1:37–70. doi:10.1787/eco_studies-2012-5k95xd6l65lt.
74. Barrios S, Ivaskaite-Tamosiune V, Maftai A, Narazani E, Varga J. Progressive tax reforms in flat tax countries. *Eastern European Economics*. 2020;58(2):83–107. doi:10.1080/00128775.2019.1671201.
75. Mahon J, Bergman M, Arnson C. Progressive tax reform and equality in Latin America. Washington, DC: Wilson Center; 2015 (<https://www.wilsoncenter.org/publication/progressive-tax-reform-andequality-latin-america-no-35>, accessed 31 January 2021).

76. Reducing income inequality while boosting economic growth: can it be done? In: Economic policy reforms 2012: going for growth. Paris: OECD Publishing; 2012 (<https://doi.org/10.1787/growth-2012-47-en>, accessed 31 January 2021).
77. Poverty and equity databank [online database]. Washington, DC: World Bank; 2020 (<https://databank.worldbank.org/source/poverty-andequity/preview/on>, accessed 10 February 2021).
78. Lethbridge J. Middle East/North Africa tax justice briefing. London: Public Service International Research Unit (PSIRU); 2015 (<http://iffoadatabase.trustafira.org/iff/2015-04-T-MENAreiontaxbriefing.pdf>, accessed 3 February 2021).
79. Jaber F, al-Riyahi I. Comparative study: tax systems in six Arab countries. Beirut: Arab NGO Network for Development; 2014 (https://www.researchgate.net/publication/319103176_Comparative_Study_Tax_Systems_in_Six_Arab_Countries, accessed 3 February 2021).
80. Angour N, Nmili M. Estimating shadow economy and tax evasion: evidence from Morocco. International Journal of Economics and Finance. 2019;11(5):7. doi:10.5539/ijef.v11n5p7.
81. Ortiz-Ospina E, Roser M. Government spending [website]. Oxford: Our World in Data; 2016 (<https://ourworldindata.org/government-spending>, accessed 26 January 2021).
82. Social protection [website]. Geneva: International Labour Organization; 2015 (<https://www.social-protection.org/gimi/ShowTheme.action?id=2485#:~:text=Social%20protection%20schemes%20are%20important,productivity%20and%20enhancing%20social%20stability>, accessed 8 October 2020).
83. Social protection [website]. New York, NY: United Nations Children's Fund; 2020 (<https://www.unicef.org/social-policy/social-protection>, accessed 8 October 2020).
84. The World Bank in social protection [website]. Washington, DC: World Bank; 2020 (<https://www.worldbank.org/en/topic/socialprotection/overview>, accessed 31 January 2021).
85. ASPIRE: The atlas of social protection: indicators of resilience and equity: Middle East and North Africa [online database]. Washington, DC: The World Bank; 2020 (<https://www.worldbank.org/en/data/datatopics/aspire/region/middle-east-and-northafrica>, . accessed 20 October 2020).
86. Arab countries outline measures to enhance social protection floors [website]. Amman: International Labour Organization; 2014 (http://ilo.org/beirut/media-centre/news/WCMS_243352/lang--en/index.htm, accessed 27 January 2021).
87. Net ODA [website]. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2021 (<https://data.oecd.org/oda/net-oda.htm>, accessed 26 January 2021).
88. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) Financing for Development Office, UN-DESA (FFDO/UNDESA). Official Development Assistance. August 2016. New York, NY: United Nations Inter-Agency Task Force on Financing for Development; 2016 (un.org/esa/ffd/wp-content/uploads/2016/01/ODA_OECD-FfDO_IATF-Issue-Brief.pdf, 31 January 2021).
89. Zhao Y, Micah AE, Gloyd S, Dieleman JL. Development assistance for health and the Middle East and North Africa. Globalization and Health. 2020;16(1):14. doi:10.1186/s12992-020-0545-z.
90. Kickbusch I, Allen L, Franz C. The commercial determinants of health. Lancet Glob Health. 2016;4(12):e895-e896. doi:10.1016/S2214-109X(16)30217-0.
91. Perspectives on global development 2019: rethinking development strategies. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2018 (https://doi.org/10.1787/persp_glob_dev-2019-en).
92. Girls' education. The World Bank [website]. Washington, DC: The World Bank; 2020 (worldbank.org/en/topic/girlseducation#1, accessed 6 January 2021).
93. Bourne J. Why educating girls makes economic sense. GPE [website]. Washington, DC. Global Partnership for Education; 2014 (globalpartnership.org/blog/why-educating-girlsmakes-economic-sense, accessed 6 January 2021).

94. Teaching and learning: achieving quality for all. Gender summary. Paris: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization; 2014 (accessed <http://strive.lshtm.ac.uk/sites/strive.lshtm.ac.uk/files/EFA%20global%20monitoring%20report.pdf>, 9 January 2021).
95. UNICEF says education for women and girls a lifeline to development [website]. New York: United Nations Children's Fund; 2011 (unicef.org/media/media_58417.html, accessed 9 January 2021).
96. Cross-cutting gender issues in women's health in the Eastern Mediterranean Region. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2007 (applications.emro.who.int/dsaf/dsa758.pdf, accessed 3 February 2021).
97. Egypt violence against women study: summary of findings. Cairo: National Council for Women and USAID; 2009 (https://www.cepal.org/mujer/noticias/paginas/7/42837/internal_link_EGYPT_VIOLENCE.pdf, accessed 29 December 2020).
98. OECD/CAWTAR. Women in public life: Gender, law and policy in the Middle East and North Africa. Paris: OECD Publishing; 2014 (oecd.org/mena/governance/women-in-public-life-mena-brochure.pdf, accessed 7 January 2021).
99. Jureidini R. Migrant workers and xenophobia in the Middle East. Identities, Conflict and Cohesion Programme paper number 2. Geneva: United Nations Research Institute for Social Development; 2003 ([https://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/\(httpAuxPages\)/045B62F1548C9C15C1256E970031D80D/\\$file/jureidin.pdf](https://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/(httpAuxPages)/045B62F1548C9C15C1256E970031D80D/$file/jureidin.pdf), accessed 6 January 2021).
100. Hoegh-Guldberg O, Jacob D, Taylor M, Bindi M, Brown S, Camilloni I, et al. Impacts of 1.5°C global warming on natural and human systems. In: Masson-Delmotte V, Zhai P, Pörtner HO, Roberts D, Skea J, Shukla PR, et al., editors. Global warming of 1.5°C. An IPCC special report on the impacts of global warming of 1.5°C above pre-industrial levels and related global greenhouse gas emission pathways, in the context of strengthening the global response to the threat of climate change, sustainable development, and efforts to eradicate poverty. Geneva: Intergovernmental Panel on Climate Change (IPCC); 2018 (<https://www.ipcc.ch/sr15/download/#chapter>).
101. Hallegatte S, Rozenberg J. Climate change through a poverty lens. *Nat Clim Chang*. 2017;7(4):250–6. doi:10.1038/nclimate3253.
102. Khader YS, Abdelrahman M, Abdo N, Al-Sharif M, Elbetieha A, Bakir H, et al. Climate change and health in the Eastern Mediterranean countries: a systematic review. *Rev Environ Health*. 2015;30(3):163-81. doi:10.1515/reveh-2015-0013.
103. Climate and health country profiles – 2015: a global overview. Geneva: World Health Organization; 2015 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/208855/WHO_FWC_PHE_EPE_15.01_eng.pdf?ua=1).
104. Smith KR, Woodward A, Campbell-Lendrum D, Chadee DD, Honda Y, Liu Q, et al. Human health: impacts, adaptation, and co-benefits. In: Field CB, Barros VR, Dokken DJ, Mach KJ, Mastrandrea MD, Bilir TE et al., editors. Climate change 2014: impacts, adaptation, and vulnerability. Part A: global and sectoral aspects. Contribution of working group II to the fifth assessment report of the Intergovernmental Panel on Climate Change. Cambridge: Cambridge University Press; 2014 (https://www.ipcc.ch/site/assets/uploads/2018/02/WGIIAR5-Chap11_FINAL.pdf).
105. Heat and health [website]. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://www.who.int/newsroom/fact-sheets/detail/climate-change-heat-andhealth>).
106. High and dry: climate change, water, and the economy. Washington, DC: The World Bank; 2016 (<https://www.worldbank.org/en/topic/water/publication/high-and-dry-climate-change-waterand-the-economy>).

107. Global energy transformation: a roadmap to 2050. Abu Dhabi: International Renewable Energy Agency (IRENA); 2018 (<https://irena.org/publications/2018/Apr/Global-Energy-Transition-A-Roadmap-to-2050>).
108. What countries are the top producers and consumers of oil? Washington, DC: U.S. Energy Information Administration; 2020 (<https://www.eia.gov/tools/faqs/faq.php?id=709&t=6>).
109. Share of electricity production from renewables [online database]. Oxford: Our World in Data; 2020 (<https://ourworldindata.org/grapher/shareelectricity-renewables?tab=chart&time=2010..latest&country=AFG~BHR~DJI~EGY~IRN~IRQ~JOR~KWT~LBN~LBY~MAR~OMN~PAK~PSE~QAT~SAU~SOM~SDN~SYR~TUN~ARE~YEM>).
110. Hoff H, Alrahaife SA, El Hajj R, Lohr K, Mengoub FE, Farajalla N, et al. A nexus approach for the MENA region – from concept to knowledge to action. *Front Environ Sci.* 2019;7(48):1–14. doi:10.3389/fenvs.2019.00048.
111. Trends in maternal mortality 2000 to 2017: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Geneva: World Health Organization; 2019.
112. Delivery care. October 2020 [website]. New York, NY: UNICEF; 2020 (<https://data.unicef.org/topic/maternal-health/delivery-care/>, accessed 13 March 2021).
113. Challenges for development in current conflict settings. The impact of conflict on child marriage and adolescent fertility. Beirut: United Nations Economic and Social Commission for Western Asia; 2020 (<https://www.unescwa.org/sites/www.unescwa.org/files/publications/files/impact-conflictchild-marriage-adolescent-fertility-english.pdf>).
114. Das Gupta M. Women's empowerment and fertility: policy lessons. New York, NY: United Nations Department of Economic and Social Affairs; 2015 (https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/expert/2013-2_DasGupta_Expert-Paper.pdf).
115. Child marriage [website]. New York, NY: UNICEF; 2018 (<https://data.unicef.org/topic/childprotection/child-marriage/>, accessed 13 March 2021).
116. Buvinic M, Das Gupta M, Casabonne U, Verwimp P. Violent conflict and gender inequality: an overview. Policy research working paper, No. 6371. Washington, DC: World Bank Group; 2013 (<http://documents.worldbank.org/curated/en/270811468327340654/Violentconflict-an>).
117. Mitra P, Pondi Endengle EM, Pant M, Almeida LF. Does child marriage matter for growth. Washington, DC: International Monetary Fund; 2020 (<https://www.imf.org/en/Publications/WP/Issues/2020/02/08/Does-Child-Marriage-Matterfor-Growth-49011>).
118. The devastating impact of child marriage on girls around the world. London: Amnesty International; 2015 (<https://www.amnestyusa.org/the-devastating-impact-of-child-marriage-on-girlsaround-the-world/>).
119. Prata N, Passano P, Rowen T, Bell S, Walsh J, Potts M. Where there are (few) skilled birth attendants. *J Health Popul Nutr.* 2011;29:81–91. doi:10.3329/jhpn.v29i2.7812.
120. Infant and young child feeding global database. New York: UNICEF; 2018 (<https://data.unicef.org/resources/dataset/infant-young-child-feeding/>).
121. Using data to achieve the Sustainable Development Goals (SDGs) for children [online database]. New York: UNICEF; 2021 (<https://data.unicef.org/children-sustainable-developmentgoals/>).
122. Multiple indicator cluster survey 2014 of Sudan. Final report. Khartoum: UNICEF and Central Bureau of Statistics; 2016 (<https://mics.unicef.org/files?job=W1siZiIsIjIwMTYvMDUvMTgvMjEvNTkvNTEvODg3L1N1ZGFuXzIwMTRfTUIDU19FbmdsaXNoLnBkZiJdXQ&sha=32907fc39e6e2e6e>).

123. Stunting in a nutshell. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://www.who.int/news/item/19-11-2015-stunting-in-a-nutshell>).
124. Prevalence of stunting, height for age (% of children under 5) – Middle East & North Africa, 1990–2019. Washington, DC: World Bank; 2020 (<https://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.STNT.ZS?locations=ZQ>).
125. Malnutrition [website]. New York: UNICEF; 2020 (<https://data.unicef.org/topic/nutrition/malnutrition/>, accessed 18 September 2019).
126. The Dakar Framework Education for All: meeting our collective commitments. Paris: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization; 2000 (<https://resourcecentre.savethechildren.net/node/2023/pdf/2023.pdf>).
127. Engle PL, Black MM. The effect of poverty on child development and educational outcomes. *Ann N Y Acad Sci.* 2008;1136:243–56. doi:10.1196/annals.1425.023.
128. Feinstein L, Duckworth K. Development in the early years: its importance for school performance and adult outcomes. London: Centre for Research on the Wider Benefits of Learning, Institute of Education; 2006 (<https://discovery.ucl.ac.uk/id/eprint/10005970/1/Feinstein2006Development.pdf>).
129. Irwin LGS A, Hertzman C. Early child development: a powerful equalizer. Final report for the World Health Organization’s Commission on the Social Determinants of Health. Vancouver: Human Early Learning Partnership; 2007.
130. Lu C, Cuartas J, Fink G, McCoy D, Liu K, Li Z, et al. Inequalities in early childhood care and development in low/middle-income countries: 2010–2018. *BMJ Glob Health.* 2020;5:e002314.
131. El-Kogali S, Krafft C. Expanding opportunities for the next generation: early childhood development in the Middle East and North Africa. Washington, DC: World Bank; 2015 (<https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/21287/9781464803239.pdf?sequence=1>).
132. Black MM, Walker SP, Fernald LC, Andersen CT, DiGirolamo AM, Lu C, et al. Early childhood development coming of age: science through the life course. *Lancet.* 2017;389(10064):77–90. doi:10.1016/S0140-6736(16)31389-7.
133. Hertzman C, Siddiqi A, Hertzman E, Irwin LG, Vaghri Z, Houweling TAJ, et al. Bucking the inequality gradient through early child development. *BMJ.* 2010;340:468. doi:10.1136/bmj.c468.
134. Education overview [website]. New York, NY: UNICEF; 2019 (<https://data.unicef.org/topic/education/overview/>).
135. United Nations data hub for the Arab Region [online database]. Beirut: ESCWA; 2021 (<https://data.unescwa.org/>).
136. Health matters: health and work. London: Public Health England; 2019 (<https://www.gov.uk/government/publications/health-matters-healthand-work/health-matters-health-and-work>).
137. Sarangi N. Economic growth, employment and poverty in developing economies: a focus on Arab region. New York, NY: United Nations Economic and Social Commission for Western Asia; 2015 (https://www.unescwa.org/sites/www.unescwa.org/files/page_attachments/economic_growth_employment_and_poverty.pdf).
138. ILO Regional Office for the Arab States/UNDP Regional Bureau for Arab States. Rethinking economic growth: towards productive and inclusive Arab societies. Beirut: International Labour Organization; 2012 (https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---arabstates/---ro-beirut/documents/publication/wcms_208346.pdf).
139. Marmot M, Allen J, Goldblatt P, Boyce T, McNeish D, Grady M, et al. Fair society, healthy lives. The Marmot Review. London: Institute of Health Equity; 2010.

140. Kabbani N. Youth employment in the Middle East and North Africa: revisiting and reframing the challenge. Doha: Brookings Doha Center; 2019 (https://www.brookings.edu/wp-content/uploads/2019/02/Youth_Unemployment_MENA_English_Web.pdf).
141. Unemployment, total (% of total labor force) (modeled ILO estimate) [online database]. Washington, DC: The World Bank; 2021 (data.worldbank.org/indicator/SL.UEM.TOTL.ZS, accessed 5 February 2021).
142. Employment to population ratio, 15+, total (%) (modeled ILO estimate). [online database]. Washington, DC: The World Bank; 2020 (data.worldbank.org/indicator/SL.EMP.TOTL.SP.ZS, accessed 4 February 2021).
143. COVID-19: Labour market impact and policy response in the Arab States. Briefing note with FAQs, May 2020. Beirut: International Labour Organization Regional Office for the Arab States; 2020 (https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---arabstates/---ro-beirut/documents/briefingnote/wcms_744832.pdf).
144. The global gender gap report 2018. Geneva: World Economic Forum; 2018 (<http://reports.weforum.org/global-gender-gap-report-2018/>, accessed 14 March 2021).
145. The global gender gap report 2014. Geneva: World Economic Forum; 2014 (<https://reports.weforum.org/global-gender-gap-report-2014/>, 14 March 2021).
146. Salminen S. Are immigrants at increased risk of occupational injury? A literature review. The Ergonomics Open Journal. 2011;4: 125–130. doi:10.2174/1875934301104010125.
147. OECD/International Labour Organization. Tackling vulnerability in the informal economy. Annex A. Definitions of informal economy, informal sector and informal employment. Paris: OECD Publishing; 2019 (https://www.oecd-ilibrary.org/development/tackling-vulnerability-in-the-informaleconomy_103bf23e-en, accessed 25 September 2020).
148. Angel-Urdinola D, Tanabe K. Micro-determinants of informal employment in the Middle East and North Africa Region. Washington, DC: The World Bank; 2012 (<https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/26828>).
149. Slavery is not a merely a historical relic [website]. New York, NY: United Nations; 2021 (<https://www.un.org/en/observances/slavery-abolitionday#:~:text=Slavery%20is%20not%20merely%20a%20historical%20relic&text=Essentially%2C%20it%20refers%20to%20situations,and%2For%20abuse%20of%20power>, accessed 5 February 2021).
150. Such E, Walton E, Bonvoisin T, Stoklosa H. Modern slavery: a global public health concern. BMJ. 2019;364:l838. doi:10.1136/bmj.l838.
151. What is child labour [website]. Geneva: International Labour Organization; 2020 (<https://www.ilo.org/ipec/facts/lang--en/index.htm>, accessed 5 October 2020).
152. UNICEF Data. Child statistics [online database]. New York, NY: UNICEF; 2020 (<https://data.unicef.org/>).
153. Messkoub M. Population ageing and intergenerational relations in the MENA: what role for social policy? Popul Horiz. 2017;14(2):61–72. doi:10.1515/pophzn-2017-0005.
154. Al-Adawi S. Comment on the paper Ageing in the Middle East and North Africa: a contemporary perspective by Jamie P. Halsall and Ian G. Cook. Popul Horiz. 2017;14(2):S1–2. doi:10.1515/pophzn-2017-0012.
155. Hussein S, Ismail M. Ageing and elderly care in the Arab Region: policy challenges and opportunities. Ageing Int. 2017;42(3):274–89. doi:10.1007/s12126-016-9244-8.
156. Population and development report, issue no.8. Prospects of ageing with dignity in the Arab Region. Beirut: United Nations Economic and Social Commission for Western Asia; 2018 (<https://www.unescwa.org/publications/population-development-report-8>, accessed 17 March 2021).

157. Public expenditure on pensions. Pensions at a glance 2019: OECD and G20 indicators [website]. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2019 (<https://www.oecd-ilibrary.org/sites/d6831cac-en/index.html?itemId=/content/component/d6831cacen#:~:text=copy%20the%20linklink%20copied!,Key%20Results&text=Public%20spending%20on%20cash%20old,8.0%25%20between%202000%20and%202015>, accessed 17 March 2021).
158. World social protection report data 2017–19 [online database]. Geneva: International Labour Organization; 2019 (<https://www.social-protection.org/gimi/OldAge.action;jsessionid=POCBPJiiJ7GQqtKtj4kpO1dmJkPVfYVAcWMDwF9Mbz6ESl8PbWP1!-104422850>, accessed 5 November 2020).
159. World social protection report data 2017–19 [online database]. Geneva: International Labour Organization; 2019 (<https://www.social-protection.org/gimi/OldAge.action>, accessed 14 March 2021).
160. World social protection report 2017–19. Geneva: International Labour Organization; 2017 (https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_604882.pdf).
161. Sustainable Development Goals [website]. New York: United Nations (<https://www.un.org/sustainabledevelopment/health/>, accessed 17 March 2021).
162. Pape U, Fillippo M, Nunez G, Wollburg P, Dale P. Somali poverty profile, June 2017. Findings from Wave 1 of the Somali High Frequency Survey. Report No. AUS19442. Washington, DC: The World Bank; 2017 (<http://documents1.worldbank.org/curated/en/325991506114032755/pdf/AUS19442-REVISED-PUBLIC-Somali-PovertyProfile-Update-4-27-November-2017.pdf>, accessed 13 March 2021).
163. Dadonaite B, Ritchie H, Roser M. Diarrheal diseases [online database] Oxford: Our World in Data; 2019 (ourworldindata.org/diarrheal-diseases, accessed 11 March 2021).
164. Monitoring health and health system performance in the Eastern Mediterranean core indicators and indicators of health-related Sustainable Development Goals 2020. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2020 (https://rho.emro.who.int/sites/default/files/booklets/EMR-HIS-and-core-indicators-2019-final_0.pdf%20).
165. Global Health Observatory Data Repository – burden of diseases from inadequate water, sanitation and hygiene in low- and middleincome countries [online database]. Geneva: World Health Organization (WHO); 16 August 2018 (apps.who.int/gho/data/view.main-emro.INADEQUATEWSHV?lang=en, accessed 11 March 2021).
166. GBD 2015 Eastern Mediterranean Region Diarrhea collaborators, Khalil I, Mokdad A, Murray C, Hay S, Naghavi M, Vos T, et al. Burden of diarrhea in the Eastern Mediterranean Region, 1990–2015: findings from the Global Burden of Disease 2015 study. *Int J Public Health*. 2018;63:109–121. doi:10.1007/s00038-017-1008-z.
167. People using at least basic drinking water services (% of population) [online database]. Washington, DC: World Bank Group; 2017 (data.worldbank.org/indicator/SH.H2O.BASW.ZS, accessed 11 March 2021).
168. Wash data [online database]. Geneva and New York, NY: World Health Organization and United Nations Children’s Fund; 2020 (washdata.org, accessed 11 March 2021).
169. Dakkak A. Water crisis in refugee camps. Doha: EcoMENA; 2020 (<https://www.ecomena.org/water-crisis-in-refugee-camps/>, accessed 20 March 2021).
170. People using at least basic sanitation services (% of population): Middle East & North Africa [online database]. Washington, DC: The World Bank; 2021 (data.worldbank.org/indicator/SH.STA.BASS.ZS?locations=ZQ, accessed 11 March 2021).

171. Porcaro J, Mehta S, Shupler M, Kissel S, Pfeiffer M, Dora C, et al. Modern energy access and health. Washington, DC: International Bank for Reconstruction and Development; 2017 (<https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail/756131494939083421/modernenergy-access-and-health>).
172. Goal 7. Affordable and clean energy. Ensure access to affordable, reliable, sustainable and modern energy for all [website]. New York, NY: United Nations; 2021 (<https://unstats.un.org/sdgs/report/2020/goal-07/>, accessed 11 March 2021).
173. Bauerly B, McCord R, Hulkower R, Pepin D. Broadband access as a public health issue: the role of law in expanding broadband access and connecting underserved communities for better health opportunities. *Law Med Ethics*. 2019;47(S2):39–42. doi:10.1177/1073110519857314.
174. Raz D. The Arab world's digital divide [online database]. Arab Barometer; 25 September 2020 (arabbarometer.org/2020/09/the-mena-digitaldivide/, accessed 12 March 2021).
175. Informal settlements in the Arab region. Giza: UN-Habitat Regional Office for the Arab States; 2020 (https://unhabitat.org/sites/default/files/2020/02/1-200210_regional_is_report_final_4.0.pdf).
176. Big cities – big challenges sustainable urban transport across major Middle East and North African cities [website]. Bonn: Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ); 2015 (www.sutp.org/publications/big-citiesbig-challenges-sustainable-urban-transportacross-major-middle-east-and-north-africancities-2/, accessed 11 March 2021).
177. Study on ways and methods to eliminate sexual harassment in Egypt. New York, NY: UN Women; 2013 (web.law.columbia.edu/sites/default/files/microsites/gender-sexuality/un_womensexualharassment-study-egypt-final-en.pdf, accessed 11 March 2021).
178. Kallel S, Matri K, Sellami M, Zaïem I. La violence fondée sur le genre dans l'espace public in Tunisia [Gender-based violence in public spaces in Tunisia] [website]. Tunis: Centre de Recherches, d'Etudes, de Documentation et d'Information sur la Femme (CREDIF); 2016 (<http://www.credif.org.tn/PORT/doc/SYRACUSE/57891/la-violencefondee-sur-le-genre-dans-l-espace-public-entunisie-centre-de-recherches-d-etudes-de-doc>, accessed 11 March 2021).
179. Road safety in the Eastern Mediterranean Region: facts from the global status report on road safety 2015. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2017 (who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2015/Road_Safety_EM_R_English.pdf, accessed 11 March 2021).
180. Urban public transport developments in MENA [website]. Brasted, United Kingdom: Russell Publishing Company; 2016 (intelligenttransport.com/transport-articles/19594/urban-publictransport-developments-mena/, accessed 11 March 2021).
181. Serageldin M, Vigier F, Larsen M. Urban migration trends in the Middle East and North Africa region and the challenge of conflict-induced displacement. Grand-Saconnex, Switzerland: International Organization for Migration; 2015.
182. Wenger C, Abulfotuh D. Rural migration in the Near East and North Africa. Rome: Food and Agriculture Organization of the United Nations; 2019.
183. Asbu EZ, Masri MD, Kaissi A. Health status and health systems financing in the MENA region: roadmap to universal health coverage. *Glob Health Res Policy*. 2017 2:25. doi:10.1186/s41256-017-0044-9.
184. Strengthening health financing systems in the Eastern Mediterranean Region towards universal health coverage. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2018 (https://applications.emro.who.int/docs/EMROPUB_2019_EN_22347.pdf?ua=1).
185. Current health expenditure (% Of GDP) [online database]. Washington, DC: The World Bank; 2021 (<https://datacatalog.worldbank.org/current-healthexpenditure-gdp>, accessed 26 February 2021).

186. Current health expenditure (% of GDP) [online database]. Washington, DC: The World Bank; 2020 (data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS, 23 November 2020).
187. Health education and promotion: country activities [website]. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2020 (<http://www.emro.who.int/health-education/countries/>, accessed 4 December 2020).
188. Assessment of essential public health functions in countries in the Eastern Mediterranean Region [website]. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2021 (<http://www.emro.who.int/about-who/public-health-functions/assessment-public-health-functions.html>, accessed 23 February 2021).
189. Allen M, Allen J, Hogarth S, Marmot M. Working for health equity: the role of health professionals. London: UCL Institute of Health Equity; 2013 (<http://www.instituteofhealthequity.org/resourcesreports/working-for-health-equity-the-role-ofhealth-professionals/working-for-health-equitythe-role-of-health-professionals-full-report.pdf>, accessed 26 February 2021).
190. Doctors for health equity. The role of the World Medical Association, national medical associations, and doctors in addressing the social determinants of health and health equity. London: UCL Institute of Health Equity and World Medical Association; 2016 (<http://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/doctors-for-health-equity-world-medicalassociation-report/doctors-for-health-equity-wmafull-report-pdf.pdf>, accessed 26 February 2021).

