



خارطة طريق العدالة الصحية لولاية ميتشجان

رؤية وإطار لتحسين الوضع الاجتماعي وصحة سكان الأقليات العرقية والإثنية في ولاية
ميتشجان

وزارة الصحة المجتمعية لولاية ميتشجان
شعبة الصحة والعافية ومكافحة الأمراض
قسم الحد من الفوارق الصحية وصحة الأقليات

خارطة طريق العدالة الصحية لولاية ميتشجان

وزارة الصحة المجتمعية لولاية ميتشجان
شعبة الصحة والعافية ومكافحة الأمراض
قسم الحد من الفوارق الصحية وصحة الأقليات
لانسينج، ميتشجان

للحصول على مزيد من المعلومات، اتصل بـ:

قسم الحد من الفوارق الصحية وصحة الأقليات
3056 W. Grand Blvd., Ste. 3-150
Detroit, MI 49202

109 W. Michigan Ave.
9th Floor
Lansing, MI 48913

www.michigan.gov/minorityhealth

طُبع في يونيو 2010
(أمكن الطباعة بواسطة منحة صحة الأقليات رقم 1STTMP051015 من مكتب الخدمات البشرية والصحية)

الاستشهاد المقترح:

وزارة الصحة المجتمعية لولاية ميتشجان، قسم الحد من الفوارق الصحية وصحة الأقليات. خارطة طريق العدالة الصحية لولاية ميتشجان. لانسينج، إم آي: وزارة الصحة المجتمعية لولاية ميتشجان؛ 2010.

شكر وتقدير

إن خارطة طريق العدالة الصحية لولاية ميتشجان هي نتيجة للجهود المبذولة من العديد من الأفراد والمكرسة نحو تحقيق العدالة الصحية والقضاء على الفوارق الصحية العرقية والإثنية في ولاية ميتشجان.

شكر خاص للعديد من السكان، والعاملين في مجال الصحة العامة والرعاية الصحية، والعاملين في المنظمات المجتمعية والدينية، والعاملين في الصحة والرعاية الصحية، والباحثين والأكاديميين، وغيرهم ممن شاركوا وساهموا في المحافل المختلفة بما في ذلك:

المحادثات المجتمعية على مستوى الولاية برعاية وزارة الصحة المجتمعية بولاية
ميتشجان في عام 2009

قمة العدالة الصحية لوزارة الصحة المجتمعية بولاية ميتشجان في 9
سبتمبر 2009

مقابلات المستجيبين الرئيسيين - مايو 2009 - أغسطس 2009

فريق تقرير خارطة الطريق

دنيس كارتني
كلية الصحة العامة بجامعة ميتشجان

أندريا كينج كولبير
كبير مستشاري العلاقات العامة

جاكيثا هينتون، أخصائية البرنامج
قسم الحد من الفوارق وصحة الأقليات

كوري ريدينج، عالم أوبئة
وبائيات الأمراض المزمنة

شيريل وير، مدير
شعبة الحد من الفوارق الصحية وصحة الأقليات

شكر خاص لكل من

جانيت أولزسويسكي، المدير
وزارة الصحة المجتمعية بولاية ميتشجان

جين شابوت، نائب المدير
وزارة الصحة المجتمعية بولاية ميتشجان

أمينة عثمان، المدير
شعبة الصحة والعافية ومكافحة الأمراض
وزارة الصحة المجتمعية بولاية ميتشجان

المحتويات

| القسم | الصفحة |
|--|--------|
| أولاً: مقدمة وملخص | 1 |
| قسم الحد من الفوارق الصحية وصحة الأقليات | 1 |
| حول هذا التقرير | 2 |
| التوصيات والإستراتيجيات ذات الأولوية | 3 |
| أهم النقاط التي يتناولها القسم | 5 |
| التحديات المستمرة | 13 |
| ثانياً: المحددات الاجتماعية للصحة | 14 |
| المفاهيم الرئيسية | 14 |
| مسارات المحددات الاجتماعية للصحة | 15 |
| كيف تؤثر المحددات الاجتماعية على حالات عدم المساواة الصحية؟ | 18 |
| ثالثاً: قضايا هامة وتعليقات حول العدالة الصحية | 21 |
| مقابلات المستجيبين الرئيسيين | 21 |
| المحادثات المجتمعية | 23 |
| قمة 2009 للفوارق الصحية | 25 |
| رابعاً: التوصيات والإستراتيجيات الرئيسية | 28 |
| التوصية 1: تحسين جمع البيانات/ نظم البيانات/ الحصول على البيانات | 29 |
| التوصية 2: تعزيز قدرة الحكومة والمجتمعات على تطوير ودعم الشراكات والبرامج الفعالة لتحسين التفاوتات الصحية العرقية والإثنية | 30 |
| التوصية 3: تحسين المحددات الاجتماعية للتفاوتات الصحية العرقية/إثنية من خلال التعليم العام والتدخلات المجتمعية القائمة على الأدلة | 31 |
| التوصية 4: ضمان العدالة في الحصول على الرعاية الصحية الجيدة | 32 |
| التوصية 5: تعزيز مشاركة المجتمع وقدرته وتمكينه | 33 |
| خامساً: أفضل الممارسات في مجال العدالة الصحية | 36 |
| سابعاً: خاتمة | 49 |

قائمة الأشكال

صفحة

- شكل 1-2 محددات الصحة.....16
- شكل 2-2 المحددات الاجتماعية طريق لوفيات الأطفال.....17
- شكل 3-2 المحددات الاجتماعية طريق للأمراض المزمنة.....17

مقدمة وملخص

يعاني سكان الأقليات العرقية والإثنية نواتج أسوأ من عامة السكان في كل حالة صحية واجتماعية تقريباً. قدرت مجموع تكاليف الفوارق الصحية العرقية والإثنية والوفيات المبكرة في الولايات المتحدة بين عامي 2003 و 2006 بنحو 1.24 تريليون دولار، ومن المتوقع أن القضاء على هذه الفوارق الصحية كان من شأنه أن يحد من نفقات الرعاية الطبية المباشرة في الولايات المتحدة بنحو 229.4 بليون دولار لنفس الفترة الزمنية¹. وبالنظر إلى الاتجاهات السكانية الحالية، ستشكل مجموعات الأقليات العرقية والإثنية 50% من سكان الولايات المتحدة ونسبة متزايدة من سكان ولاية ميتشجان بحلول عام 2050. وبدون تركيز الجهود من أجل القضاء على الفوارق الصحية، فمن المرجح أن يتضاعف عبء سوء الحالة الصحية على فئات السكان الحساسة، كما أن التكاليف المرتبطة بها في ولاية ميتشجان سوف تكون مذهلة.

بدأ من صدور التقرير الفدرالي حول صحة السود والأقليات في عام 1985،² فقد تم وضع العديد من البرامج القومية وبرامج الولاية والبرامج المحلية للحد من الفوارق العرقية في أمراض القلب والسرطان والسكري، ووفيات الرضع، والإصابات غير المتعمدة، وغيرها من الحالات الصحية الأخرى. وبينما أظهرت بعض البرامج نجاحاً، إلا أن جهودنا الجماعية لم تسفر عن تغيير مستدام في الوضع الصحي للأقليات، كما أن الفجوات لا تزال واسعة بالنسبة للأقليات العرقية والإثنية مقارنة بالبيض. مما أدى إلى المطالبة بنهج متجددة لمعالجة بعض الأسباب الكامنة المسببة للتفاوتات الصحية المستمرة بين فئات الأقليات العرقية والإثنية والتي يمكن الوقاية منها.³

يكشف هذا التقرير عن مبادرة جديدة للعدالة الصحية وضعتها وزارة الصحة المجتمعية بولاية ميتشجان، تحت قيادة قسم الحد من الفوارق الصحية وصحة الأقليات. ونأمل أن يحفز هذا التقرير الجهود المنسقة بين مختلف الشركاء الحكوميين وفي مجال الرعاية الصحية ومن المجتمع لمعالجة وتحسين المحددات الاجتماعية والاقتصادية للصحة بالإضافة إلى نواتج صحية محددة تتغل كاهل سكاننا. وفي القيام بذلك، نأمل في تعزيز التقدم المستمر نحو تحقيق العدالة الصحية بحيث يمكن لجميع سكان ولاية ميتشجان التمتع بمستوى مماثل من الصحة المثلى.

قسم الحد من الفوارق الصحية وصحة الأقليات

في عام 1988، تم تأسيس مكتب صحة الأقليات (OMH) في ولاية ميتشجان بموجب أمر تنفيذي ليكون بمثابة الهيئة التنسيقية لصحة الأقليات في الولاية. وتشمل المجموعات العرقية/الإثنية الخمسة التي يخدمها (OMH) الأمريكيين الأفارقة، والأمريكيين الهنود وسكان ألاسكا، والأمريكيين الكلدانيين، والأمريكيين الآسيويين وسكان جزر المحيط الهادئ، والأسبان اللاتينيين. وفي عام 2004، اتخذت وزارة الصحة المجتمعية بولاية ميتشجان (MDCH)

نهجاً أكثر تركيزاً على تحسين صحة الأقليات، وبالتالي أنشأت قسم الحد من التفاوتات الصحية وصحة الأقليات (HDRMH). ويتكون هذا القسم الجديد من عاملين متخصصين وبه مجموعة عمل للدعم. في عام 2006 تم توقيع مشروع قانون صحة الأقليات – القانون العام رقم 653 (PA 653) من قبل المجلس التشريعي في ولاية ميتشجان. ويفرض القانون العام رقم 653 أن تقوم ولاية ميتشجان بـ "وضع وتنفيذ هيكل لمعالجة الفوارق الصحية العرقية والإثنية في هذه الولاية".⁴ ويعمل HDRMH بمثابة كيان لرصد هذا التشريع.

تم إنشاء HDRMH لتوفير تركيز مستمر ومتواصل للقضاء على الفوارق الصحية بين فئات السكان الملونين في ولاية ميتشجان. والهدف من ذلك هو ضمان أن تكون السياسات والبرامج وتنفيذ الاستراتيجيات متوائماً كي يحد بشكل كبير من معدلات الوفيات والإصابة بالمرض بين فئات الملونين بولاية ميتشجان. كذلك يتعاون HDRMH مع قطاعات الولاية والقطاعات المحلية والخاصة لتطوير وتنفيذ استراتيجيات تعزيز الصحة والوقاية من الأمراض. وتتمثل المهام الرئيسية لـ HDRMH في:

- دعم والشروع في تنفيذ البرامج والاستراتيجيات والسياسات الصحية التي تتناول الوقاية من الأمراض، وتقديم الخدمات الصحية، والبحوث التطبيقية للسكان الملونين؛
- التعاون في وضع كافة برامج واستراتيجيات الدائرة التي تتناول الوقاية، وتقديم الخدمات الصحية، والبحوث التطبيقية للسكان الملونين؛ و
- تيسير عملية الدمج المستمر للخدمات الصحية الملائمة ثقافياً ولغوياً في نظام الصحة العامة.

حول هذا التقرير

كجزء من رسالة HDRMH- يوضح هذا التقرير – خارطة طريق العدالة الصحية لولاية ميتشجان – الخطوط العريضة لرؤية وخطة لعكس الاتجاهات الصحية السلبية التي عانت منها فئات السكان العرقية والإثنية على مدى عقود. ولهذا التقرير أربعة أهداف:

1. تشجيع شركاء الصحة العامة والرعاية الصحية بولاية ميتشجان لتوجيه المزيد من السياسة والاهتمام من البرامج إلى المحددات الاجتماعية والاقتصادية الأساسية التي تؤدي إلى الفوارق الصحية العرقية والإثنية؛
2. إبراز أفضل الممارسات للحد من التفاوتات الصحية مع التركيز على المحددات الاجتماعية للصحة وتحسينات الأنظمة داخل المؤسسات والمجتمعات؛
3. دعوة حكومة الولاية والحكومات المحلية ومقدمي الخدمات الصحية وشركات التأمين، ووكالات الخدمات الاجتماعية، والجامعات، والمنظمات المدنية والمجتمعية لوضع خطط تعاونية لتحسين الظروف الاجتماعية والصحية على حد سواء للمجتمعات المتضررة؛ و
4. تعزيز شراكات مؤسسية/مجتمعية أقوى ومشاركة المجتمع مع قطاعاتنا السكانية التي تعاني من التفاوتات العرقية والإثنية.

مجموعة من التوصيات القابلة للتنفيذ (أنظر القسم 4) والتي ستبدأ عملية القضاء على الفوارق الصحية العرقية والإثنية من خلال تعزيز العدالة الصحية حتى يتسنى لجميع سكان ولاية ميتشجان فرصة عادلة للحصول على كامل إمكاناتهم الصحية. وقد تم وضع التوصيات بعد مراجعة شاملة لسياسات العدالة الصحية والبرامج التي تنفذها المنظمات الوطنية القائمة في ولاية ميتشجان مقرونة بملاحظات العاملين بالوكالات الحكومية، ومنظمات وأفراد المجتمع، وأصحاب المصلحة من مختلف القطاعات الذين قدموا مقترحاتهم في العديد من المحافل التي تم إنشاؤها من أجل مبادرة خارطة طريق العدالة الصحية لولاية ميتشجان.

يقدم هذا التقرير أيضاً معلومات أساسية عن إجراء خارطة الطريق، بما في ذلك ملخص لقمة الفوارق الصحية المنعقدة في عام 2009 برعاية MCDH والملاحظات التي تم الحصول عليها من أفراد المجتمع فيما يتعلق بقضاياهم ومخاوفهم ذات الصلة بالعدالة الصحية العرقية والإثنية في ولاية ميتشجان (أنظر القسم 3). ولمزيد من التوعية بالعدالة الصحية، يتضمن هذا التقرير لمحة عامة تعليمية للمحددات الاجتماعية للصحة (أنظر القسم 2) واستعراض لأفضل الممارسات لتحقيق العدالة الصحية (انظر القسم 5). وأخيراً، ونظراً لكون البيانات ذات الصلة أساسية للرصد والتقييم الفعال للعدالة الصحية، فإن هذا التقرير يشمل بيانات العدالة الصحية لفئات السكان العرقية والإثنية بولاية ميتشجان – مع تسليط الضوء على كل من المحددات الاجتماعية للصحة والناتج الصحية المختارة (أنظر القسم 6).

ولم يكن هذا التقرير ممكناً بدون التعاون القوي بين HDRMH وشركائها المتعددين داخل وخارج MDCH. فعلى سبيل المثال، أجرينا مقابلات مع المستجيبين الرئيسيين الذين كانوا قد بدؤوا بالفعل في التفكير في المحددات الاجتماعية للصحة أو كانوا يعملون على إيجاد حلول لتحقيق العدالة الصحية. كما توصلنا إلى مجموعة من الأصوات في ولاية ميتشجان، بما في ذلك أشخاص يعملون في البرامج الصحية في MDCH، وموظفين تشريعيين سابقين، وأساتذة أكاديميين، وأشخاص يعملون في منظمات غير ربحية ومنظمات محلية، وأعضاء بجماعات الدعوة، وأفراد المجتمعات الدينية، وقادة المجتمع. بالإضافة إلى ذلك، قامت HDRMH بجمع مدخلات هامة على المستوى الشعبي من خلال مجمعة تضم 21 حواراً مجتمعياً حول الولاية والتي استضافتها المنظمات المحلية. واستخدمنا هذه المدخلات لوضع التوصيات المختارة ولتحديد الشراكات التقليدية وغير التقليدية اللازمة للحفاظ على خارطة طريق العدالة الصحية لولاية ميتشجان.

في 9 سبتمبر من عام 2009، عقدت HDRMH قمة في لانسنغ كخطوة رئيسية لزيادة وعي الجمهور بالعدالة الصحية والبرامج ذات الصلة وخلق نقلة نوعية في كيفية معالجة الفوارق الصحية والعدالة الصحية في ولاية ميتشجان. كما كانت أيضاً بمثابة خطوة هامة في بناء الجسور والشراكات بين الوكالات وهي ضرورية للقيام بعمل حقيقي ومستدام لرفع مستوى المجال الصحي لجميع سكان ولاية ميتشجان.

تتمحور خارطة طريق العدالة الصحية لولاية ميتشجان حول قائمة التوصيات المستندة إلى المعلومات والمدخلات الجماعية من مصادر مختلفة. وسيطلب تحقيق هذه التوصيات التزاماً وابتكاراً مستمرين، وتعاون متعدد القطاعات يركز على تحسين المحددات الاجتماعية للصحة وتعزيز أصول المجتمع من أجل تحقيق العدالة الصحية لجميع المقيمين في ولاية ميتشجان. وترد قائمة التوصيات الكاملة في القسم 4. وقد اخترنا من هذه القائمة الكاملة بعض التوصيات لتحظى بأولوية الاهتمام. ويتم فيما يلي تسليط الضوء على التوصيات ذات الأولوية.

التوصيات والإستراتيجيات ذات الأولوية

يرد في الصفحة التالية التوصيات والاستراتيجيات ذات الأولوية في خارطة طريق العدالة الصحية لولاية ميتشجان للعام المقبل. وسيضطلع قسم الحد من التفاوتات الصحية وصحة الأقليات بدور تنسيقي وقيادي لمعالجة هذه الأولويات في الفترة الوسيطة.

خارطة طريق العدالة الصحية لولاية ميتشجان التوصيات والإستراتيجيات ذات الأولوية

التوصية 1: تحسين جمع البيانات/ نظم البيانات/ الحصول على البيانات

- ضمان أن يتم جمع البيانات العرقية والإثنية واللغة المفضلة لجميع المشاركين في برامج الخدمات الصحية والاجتماعية.
- تحديد ووضع مجموعة بيانات العدالة الصحية والتي من المقرر أن يتم الحفاظ عليها ضمن قسم الحد من الفوارق الصحية وصحة الأقليات (HDRMH). وستتضمن مجموعة البيانات مؤشرات عن الأوضاع الثقافية والاقتصادية، والأوضاع البيئية، والوضع الصحي والسلوكيات والرعاية الصحية، والنواتج الصحية ذات الأولوية من أجل رصد العدالة الصحية لسكان الأقليات العرقية والإثنية في ولاية ميتشجان.
- إنشاء صفحة ويب خاصة بـ HDRMH تغذي بيانات المؤشرات الصحية، وبيانات العدالة الصحية، وغيرها من المعلومات الصحية المتعلقة بالفئات العرقية/الإثنية الخمسة التي يقوم بخدمتها هذا القسم.

التوصية 2: تعزيز قدرة الحكومة والمجتمعات على تطوير ودعم الشراكات والبرامج الفعالة لتحسين التفاوتات الصحية العرقية والإثنية.

- أ- سيقوم HDRMH بمراجعة وتنقيح أولويات التمويل الخاصة به في محاولة لتعزيز قدرة الوكالات الحكومية والمحلية لتنفيذ البرامج القائمة على الأدلة لتحسين العدالة الصحية لمجتمعات الأقليات العرقية والإثنية.
- ب- تنمية وتعبئة الشراكات مع الوكالات الحكومية، والمنظمات غير الربحية، والمنظمات الأهلية، والمؤسسات التجارية، ومنظمات الرعاية الصحية لمعالجة الأسباب الجذرية للتفاوتات الصحية في مجتمعات الأقليات العرقية والإثنية.

التوصية 3: تحسين المحددات الاجتماعية للتفاوتات الصحية العرقية/أثنية من خلال التعليم العام والتدخلات المجتمعية القائمة على الأدلة

- أ- تطوير مواد لتعليم العاملين في مجال الصحة العامة، وصناع السياسات، والعاملين بالصحة المجتمعية، ومقدمي الرعاية الصحية حول المحددات الاجتماعية للصحة والعدالة الصحية العرقية والإثنية.
- ب- وضع وتنفيذ منهج يركز على العدالة الاجتماعية ومكافحة العنصرية والكفاءة الثقافية لتنفيذه مع العاملين في MDCH.

التوصية 4: ضمان العدالة في الحصول على الرعاية الصحية الجيدة

- أ- اعتماد وتطبيق معايير للخدمات المختصة ثقافياً ولغوياً (CLAS) على نطاق الإدارة.

التوصية 5: تعزيز مشاركة المجتمع وقدرته وتمكينه

- أ- تأسيس مجموعة استشارية للعدالة الصحية على مستوى الولاية تتضمن المستهلكين، وأصحاب المصلحة من القطاعين العام والخاص، وصناع السياسات في تطوير مبادرات العدالة الصحية.

أبرز ما يتناوله القسم:

يلخص المخطط التالي النقاط الأساسية في كل قسم من تقرير خارطة الطريق هذه.

القسم 1 - مقدمة

يكشف هذا التقرير عن مبادرة جديدة للعدالة الصحية العرقية والإثنية لولاية ميتشجان، تحت عنوان خارطة طريق العدالة الصحية لولاية ميتشجان، وضعت تحت قيادة قسم الحد من الفوارق الصحية وصحة الأقليات في وزارة الصحة المجتمعية بولاية ميتشجان - مع مدخلات من الشركاء من المؤسسات والمجتمع عبر قطاعات متعددة.

تعود أهمية خارطة الطريق إلى:

تتسبب الفوارق الصحية العرقية والإثنية في عبء صحي مكلف بالنسبة لولاية ميتشجان.

لم تنخفض الفوارق الصحية العرقية والإثنية بشكل ملحوظ على الرغم من مرور عقود من التمويل والبرامج الخاصة بصحة الأقليات.

هناك ثمة حاجة إلى التركيز على تحسين صحة الأقليات بحيث تخاطب المحددات الاجتماعية والاقتصادية التي تؤدي إلى الفوارق الصحية العرقية والإثنية.

تحدد خارطة الطريق أولويات التوصيات والاستراتيجيات للعدالة الصحية في إطار خمسة مجالات:

البيانات العرقية/الإثنية

قدرة الحكومة والمجتمعات

المحددات الاجتماعية للصحة

الحصول على الرعاية الصحية الجيدة

مشاركة المجتمع وتمكينه

القسم 2 - المحددات الاجتماعية للصحة (والعدالة الصحية)

تشير المحددات الاجتماعية للصحة إلى العوامل الاجتماعية والاقتصادية والبيئية التي تسهم في الصحة العامة للأفراد والمجتمعات.

تحسين المحددات الاجتماعية والاقتصادية للصحة من خلال نهج متعددة يمكن أن يسهم في تحسين أكثر استدامة للصحة من معالجة الرعاية الصحية أو مخاطر السلوكيات الفردية وحدها.

يجب أن يكون هناك مزيد من الاهتمام للعوامل الصحية الاجتماعية والاقتصادية على مستوى المجتمع أكثر من تركيز الانتباه على العوامل على المستوى الفردي مثل السلوكيات الصحية الشخصية.

يمكن أن تعزى الأسباب الجذرية لتباين الظروف الصحية مثل معدل وفيات الرضع وبعض الأمراض المزمنة إلى الظروف الاجتماعية والاقتصادية والبيئية.

- تحقيق العدالة الصحية يعني سد الفجوة في مجال الصحة بين الفئات السكانية من مستويات مختلفة من الثروة والسلطة و/أو المكانة الاجتماعية.
- توفر العدالة الصحية لجميع الأفراد فرصاً عادلة للحصول على كامل إمكاناتهم الصحية.
- يمكن للتحسينات في الظروف الاجتماعية والاقتصادية والبيئية أن تؤثر في صحة جميع سكان ولاية ميتشجان على كافة المستويات الاجتماعية والاقتصادية – وليس على مستوى مجتمعات الملونين. وبالتالي، فإن العدالة الصحية تفيد الجميع.

القسم 3 – قضايا وتعليقات عامة

مقابلات المستجيبين الرئيسيين

- يمثل المناخ الاجتماعي والاقتصادي في ولاية ميتشجان، بما في ذلك خفض معدلات البطالة والميزانية للخدمات الصحية والاجتماعية تحدياً يواجه تحقيق العدالة العرقية والإثنية في المجال الصحي.
- يجب ألا "ندفن رؤوسنا في الرمال". فالصدق والشجاعة مطلوبين لطرح موضوعات صعبة عن العرق والطبقة والعدالة من أجل إحراز تقدم في تحسين الظروف الاجتماعية والصحية التي تؤثر سلباً على مجتمعات الأقلية.
- تتقدم الوكالات للمجتمعات بتمويل للبرامج والمشاريع التي أنشأت والتي قد لا تعالج ما يحتاجه المجتمع ويريده حقاً. حيث لا يوجد دعم مستمر والتزام للمجتمعات عند نفاذ التمويل.
- هناك مخاوف بشأن الثقة وتقاسم السلطة عند تشكيل الشراكات مع المجتمعات.
- ينبغي لنا ألا نفترض أن الأفراد المكلفين بالحد من الفوارق الصحية "يعرفون" المجتمعات بالفعل. حيث تساعد الافتراضات الخاطئة في إنتاج مبادرات غير فعالة.
- يمكن للبيروقراطية أن تقف عقبة في طريق العمل الحقيقي والطرق المبتكرة للقيام بالأمر.
- تم ذكر الموضوعات التالية عموماً بشأن العدالة الصحية في 21 مجموعة من الأفراد والمنظمات التي تمت دعوتها في مجتمعات الأقليات العرقية/الإثنية:

الحصول على الرعاية الصحية وجودتها وتكلفتها.

دعاة صحة المجتمع.

تحسين ممارسات جمع البيانات.

الموارد المخصصة للبرامج والخدمات وملاحة نظم الخدمات الصحية والاجتماعية.

التعليم حول الخدمات الملائمة ثقافياً ولغوياً.

ردود الأفعال بعد التصويت (أو الاستبيانات) للمجتمعات.

التضمين في العملية المتعلقة بتخطيط البرامج والخدمات وجمع البيانات.

- اقتراحات مختارة لاستجابات المجتمع والحكومة لتحسين العدالة الصحية:
 - تثقيف مستخدمي البيانات وأصحاب المصلحة حول سبب أهمية البيانات العرقية والإثنية، وأنواع البيانات التي يتعين جمعها، وكيف يمكن استخدام البيانات في وضع البرنامج وتقييمه.
 - جعل البيانات متاحة للمجتمعات ومجانية بحيث يمكن استخدامها بفعالية لبناء القدرات المحلية وتعزيز الصحة.
 - ضمان الوقت والأموال والموارد المخصصة لمعالجة قضايا العدالة الصحية.
 - تعزيز الشراكات بين المجموعات المجتمعية وحكومة الولاية والشركات ومقدمي الرعاية الصحية لمعالجة الفوارق الصحية العرقية والإثنية.
 - وضع خرائط للأصول لتحديد الموارد المتاحة عبر الولاية والتي يمكن استخدامها من قبل الحكومة والمنظمات والأفراد.
 - توفير تعليم الغمر الثقافي للمستشفيات ومقدمي الرعاية الصحية.
 - ضمان العدالة لفئات المجتمع من حيث الموارد والخدمات.

القسم 4 – التوصيات والإستراتيجيات (أولويات خارطة الطريق)

- التوصية 1: تحسين جمع البيانات العرقية/الإثنية/ نظم البيانات/ الحصول على البيانات
 - التأكد من جمع البيانات العرقية والإثنية واللغة المفضلة لجميع المشاركين في برامج الخدمات الصحية والاجتماعية.
 - تحديد وإنشاء مجموعة بيانات العدالة الصحية التي من المقرر أن يتم الاحتفاظ بها ضمن قسم الحد من الفوارق الصحية وصحة الأقليات (HDRMH). وستشمل مجموعة البيانات مؤشرات عن الأوضاع الاجتماعية والاقتصادية، والأوضاع البيئية، والوضع الصحي، والسلوكيات، والرعاية الصحية، والنواتج الصحية ذات الأولوية من أجل رصد العدالة الصحية لسكان الأقليات العرقية والإثنية في ولاية ميتشجان.
 - إنشاء صفحة لـ HDRMH على شبكة الانترنت لنشر بيانات المؤشرات الصحية، وبيانات العدالة الصحية، وغيرها من المعلومات الصحية المتعلقة بفئات السكان العرقية/الإثنية الخمسة التي يخدمها هذا القسم.
- التوصية 2: تعزيز قدرات الحكومة والمجتمعات لتطوير ودعم الشراكات والبرامج لتحسين التفاوتات الصحية العرقية والإثنية.
 - سنتقوم HDRMH بمراجعة وتنقيح أولويات تمويلها في محاولة لتعزيز قدرة الوكالات الحكومية والمحلية لتنفيذ البرامج القائمة على الأدلة لتحسين العدالة الصحية لمجتمعات الأقليات العرقية والإثنية.

صقل وتعبئة الشراكات مع الوكالات الحكومية، والمنظمات غير الربحية، والمنظمات الأهلية، والمؤسسات التجارية، ومنظمات الرعاية الصحية لمعالجة الأسباب الجذرية للتفاوتات الصحية في مجتمعات الأقليات العرقية والإثنية.

- التوصية 3: تحسين المحددات الاجتماعية للتفاوتات الصحية العرقية/الإثنية من خلال التعليم العام والتدخلات المجتمعية القائمة على الأدلة.

تطوير مواد لتوعية العاملين في مجال الصحة العامة، وواضعي السياسات، والعاملين في مجال الصحة المجتمعية، ومقدمي الرعاية الصحية حول المحددات الاجتماعية للصحة وحول العدالة الصحية العرقية والإثنية.

وضع وتنفيذ منهج للعدالة الاجتماعية، ومكافحة العنصرية، والقدرة الثقافية لتنفيذه مع العاملين في MDCH.

- التوصية 4: ضمان العدالة في الحصول على الرعاية الصحية الجيدة

اعتماد وتطبيق معايير للخدمات المختصة ثقافياً ولغويًا (CLAS) على نطاق الإدارة.

- التوصية 5: تعزيز مشاركة المجتمع وقدرته وتمكينه

تأسيس مجموعة استشارية للعدالة الصحية على مستوى الولاية تتضمن المستهلكين، وأصحاب المصلحة من القطاعين العام والخاص، وصناع السياسات في تطوير مبادرات العدالة الصحية.

القسم 5 – أفضل الممارسات

وفيما يلي نسلط الضوء على أمثلة الأدلة والممارسات النموذجية في سياسة وبرامج العدالة الصحية. (ترتبط المصادر التي أسفلها خط بالوثائق على شبكة الانترنت).

- يجب أن تتضمن بيانات العدالة في مجال الرعاية الصحية بحد أدنى معلومات عن العرق والإثنية واللغة الأولى ومعياري الوضع الاجتماعي والاقتصادي.
- يمكن لبيانات المناطق الصغيرة على مستوى المقاطعة أو المدينة أو الرمز البريدي أن تقدم معلومات حول فئات السكان الأقل أصغر غير محددة في قواعد البيانات الوطنية وقواعد بيانات الولاية.

المصادر:

٤

HHS

- تكون برامج العدالة الصحية على الأرجح أكثر فعالية مع النهج المنظومية والمساءلة رفيعة المستوى من حيث أهداف العدالة الصحية.
- يتطلب تحقيق أهداف العدالة الصحية شراكات واسعة وتعاون في مختلف القطاعات بما في ذلك قطاع الصحة العامة وغيره من الوكالات الحكومية، وغيرها من أصحاب المصلحة العامة والخاصة، والمستهلكين.

المصادر:

مشروع قانون مجلس النواب رقم 4455 (القانون العام رقم 653 لولاية ميتشجان)

بيان سياسة العدالة الصحية لرابطة مسؤولي الصحة على مستوى الولاية والمستوى الإقليمي

معالجة التفاوت في المجال الصحي من خلال ممارسة الصحة العامة: كتيب عملي

تعزير العدالة الصحية: دليل موارد لمساعدة المجتمعات في معالجة المحددات الاجتماعية للصحة

- يضمن تركيز العدالة الصحية أن يكون الاهتمام بالأحياء والبيئات حيث يعيش السكان يتعلمون ويعملون ويلعبون.
- يعد الوضع الاجتماعي والاقتصادي مؤشراً قوياً جداً للوضع الصحي.
- تكون الظروف الاجتماعية عموماً أكثر تأثيراً في إنتاج التفاوتات الصحية من الرعاية الطبية وعوامل الخطورة الفردية وحدها.
- تشمل أمثلة مجالات التدخل لتحسين المحددات الاجتماعية والبيئية للصحة التوظيف، التعليم، والتمييز العرقي والإثني، ووسائل المواصلات، والإسكان، وسلامة الأحياء، والحصول على الغذاء الصحي، والترابط الاجتماعي أو التلاحم الاجتماعي.

المصادر:

المحددات الاجتماعية للصحة للجنة منظمة الصحة العالمية

الأسباب غير الطبيعية ... هل تتسبب عدم المساواة في إصابتنا بالمرض؟

الدليل المجتمعي

- يحدث الفوارق الصحية وعدم المساواة في المعاملة في سياق التفاوت الاجتماعي الاقتصادي والتمييز العنصري والعنصري في المجتمع الأوسع الذي يؤثر على نظام الرعاية الصحية، بما في ذلك مقدمي الرعاية الصحية.
- يمكن للتدخلات الموصى بها لتحسين العدالة في مجال الرعاية الصحية أن تعالج وعي مقدم الخدمات بالفوارق؛ والأقليات غير الممثلة في مهن الرعاية الصحية؛ وبرامج ملاحظة المرضى؛ والتعليم متعدد الثقافات؛ والبيانات المحسنة لرصد وتقييم الفوارق في مجال الرعاية الصحية.

المصادر:

(CLAS)

- تساعد النهج المجتمعية والنهج القائمة على التمكين المجتمعات على التفكير في نقاط القوة القائمة للمجتمع التي يمكن تعبئتها للمساعدة في الحد من التفاوتات الاجتماعية والصحية.

المصادر:

THRIVE

القسم 6 – بيانات العدالة الصحية

- يعد رصد بيانات المحددات الاجتماعية جنباً إلى جنب مع النواتج الصحية أمراً مثالياً للنجاح في تحقيق العدالة الصحية لفئات سكان الأقليات العرقية والإثنية في ولاية ميتشجان.
- لقد اعتمدت خارطة طريق العدالة الصحية لولاية ميتشجان مقياساً موحداً لجمع البيانات الاجتماعية والصحية الشاملة للفئات العرقية والإثنية بولاية ميتشجان ورصد وتقييم التقدم المحرز نحو تحقيق العدالة الصحية.
- سيتم رصد البيانات لما يقرب من 20 مؤشر و 50 مؤشر شامل تنظم تحت ثلاث فئات رئيسية: المحددات الاجتماعية للصحة، والوضع الصحي والسلوكيات الصحية والرعاية الصحية، والأمراض والوفيات. وسيتم إبلاغ صناعات السياسة والجمهور العام بالمعلومات المختارة بشكل منتظم.

المحددات الاجتماعية للصحة

- في عام 1999 وما بين عامي 2006-2008، كان متوسط الدخل السنوي للأسرة في ولاية ميتشجان الأدنى في السكان الأمريكيين الأفارقة والأعلى بين الآسيويين لكلا الفترتين بين كافة المجموعات.

- زادت النسبة المئوية للأطفال الفقراء لجميع فئات السكان العرقية والإثنية من عام 2000 إلى الفترة بين عامي 2006-2008.
- من عام 2003 إلى عام 2008، ارتفع معدل البطالة لجميع المجموعات العرقية/الإثنية التي تتوفر البيانات بشأنها.
- تحسن تسجيل الناخبين لجميع فئات السكان العرقية والإثنية في ولاية ميتشجان من عام 2006 إلى عام 2008.
- وفقاً لاستبيان مراقبة عامل الخطر السلوكي للفترة من عام 2006 إلى عام 2008 (BRFSS)، كان الأمريكيون الهنود/ سكان ألاسكا والأمريكيون الأفارقة أكثر من قرروا عدم رضائهم بالكامل عن حياتهم (8.9% و 10% على التوالي).

الحالة الصحية والسلوكيات والرعاية الصحية

- وفقاً لاستبيان مراقبة عامل الخطر السلوكي للفترة من عام 2006 إلى عام 2008 (BRFSS)، كان الأمريكيون الهنود/ سكان ألاسكا والأمريكيون الأفارقة كانوا أكثر احتمالاً للإبلاغ عن ضعف أو سوء الصحة مقارنة بفئات السكان العرقية/الإثنية الأخرى.
- خلال الفترة بين عامي 2006 و 2008، كانت النسبة المئوية الأكبر بين فئات السكان للأشخاص الذين يعانون السمنة المفرطة بين الأمريكيين الهنود/سكان ألاسكا الأصليين وتقدر بـ (46%)، يليهم الأمريكيون الأفارقة (38%) ثم الأسبان اللاتينيين (37%).
- خلال الفترة بين عامي 2006 و 2008، كانت أعلى نسب الأشخاص المدخنين حالياً بين فئتي الأمريكيين الهنود/سكان ألاسكا الأصليين والأمريكيين الأفارقة (33% و 24% على التوالي). حيث ذكر أن 20% من الأسبان/اللاتينيين مدخنين، وأن الآسيويين كانت لديهم أقل معدل للمدخنين الحاليين (4.5%).
- خلال الفترة بين عامي 1997 و 1999، كانت النسبة المئوية الأكبر للأشخاص الذين لا يغطيهم برنامج ميديكيد أو ميديكير أو برنامج تأمين خاص بين الأسبان/اللاتينيين (23%) والأمريكيين الأفارقة (17%) مقارنة بالبيض (12%).

الأمراض والوفيات

- خلال الفترة ما بين عامي 2002 و 2008، واجه الأمريكيون الأفارقة أعلى معدل للوفيات الناجمة عن أمراض القلب والسرطان. كما عانى الآسيويون والأسبان/اللاتينيين أقل معدل وفيات بسبب هذه الظروف.
- خلال الفترة ما بين عامي 2006 و 2008، تجاوز معدل انتشار مرض السكري لجميع فئات الأقليات العرقية/الإثنية. ويقدر معدل الانتشار بنحو 16.5% بين الهنود الأمريكيين/ سكان ألاسكا الأصليين و 10.8% بين الآسيويين و 14.7% بين الأمريكيين الأفارقة و 12.4% بين الأسبان/ اللاتينيين في مقابل انتشار مرض السكر بنسبة 7.3% بين البيض.
- في عام 2007، كان معدل وفيات الرضع الأمريكيين الأفارقة (16.5) أكبر بثلاثة أضعاف البيض. وكانت أعلى المعدلات بعد ذلك بين الأمريكيين الهنود/ سكان ألاسكا الأصليين (11.1) والأسبان/ اللاتينيين (10.3). كما عانى الأمريكيون الآسيويون والعرب من معدلات وفيات الرضع التي كانت مماثلة أو أقل من المعدل المتوسط 6.0 الملاحظ بين البيض.

- من بين التدابير الصحية الـ 17 في هذا التقرير، تحسنت 30% إلى 65% من المؤشرات الخاصة بفئات السكان العرقية/الإثنية بمرور الوقت من الفترتين 2004-2000 إلى 2009-2005. وحدث أكبر تحسن نسبي بين الأمريكيين الأفارقة. وحدث أقل تحسن نسبي بين الهنود الأمريكيين/سكان ألاسكا الأصليين.
- من بين التدابير الصحية الـ 17 في هذا التقرير، نسلط الضوء على الفوارق النسبية لمعظم الفترات الزمنية الأخيرة لكل فئة سكان أقلية عرقية/إثنية بالمقارنة بفئة السكان البيض.
- بالنسبة لفئة السكان الأمريكيين الأفارقة، كانت أكبر ثلاثة تفاوتات الإصابة بفيروس نقص المناعة (نسبة السود/البيض = 9.5)؛ والأطفال الفقراء (نسبة السود/البيض = 3.2)؛ ووفيات الرضع (نسبة السود/البيض = 2.8).
- بالنسبة للهنود الأمريكيين/سكان ألاسكا الأصليين (AIAN)، كانت أكبر ثلاثة تفاوتات النسبة المئوية لأيام المرض البدني التي زادت على 13 يوماً في الشهر الماضي (نسبة سكان ألاسكا الأصليين/البيض = 2.2)؛ فقر الأطفال الماضي (نسبة سكان ألاسكا الأصليين/البيض = 2.2)؛ ووفيات الرضع الماضي (نسبة سكان ألاسكا الأصليين/البيض = 1.9).
- كان لدى السكان الآسيويون معدلات أفضل من معدلات البيض للمؤشرات المختارة. حيث كان متوسط دخل الأسرة أعلى بنسبة 30% من البيض (نسبة الآسيويين/البيض = 1.3)؛ ويذكر أن أيام المرض البدني لدى الآسيويين كانت الأقل بما يزيد على 13 يوماً في الشهر الماضي (نسبة الآسيويين/البيض = 0.3)؛ كما أن الآسيويين كانوا أقل احتمالاً للتدخين مقارنة بالبيض (نسبة الآسيويين/البيض = 0.2).
- بالنسبة لفئات السكان الأسبان/اللاتينيين، كانت أكبر ثلاثة تفاوتات ارتفاع معدل التسرب المدرسي (نسبة الآسيويين/البيض = 2.6)؛ والأطفال الفقراء (نسبة الآسيويين/البيض = 2.3)؛ والإصابة بفيروس نقص المناعة المكتسبة (نسبة الآسيويين/البيض = 2.3).
- يعد تقييم *أوضاع التفاوت* أو *فجوة التفاوت* معياراً لمدى التقدم نحو تحقيق العدالة لسكان الأقليات العرقية/الإثنية في ولاية ميتشجان. حيث يحسب وضع التفاوت كتغير بالنسبة المئوية في الفرق المطلق في المعدلات بين فترتين زمنيتين لكل فئة سكان أقلية مقارنة بفئة البيض المرجعية. فإذا زادت النسبة المئوية للتغيير على مدى الفترتين، يوصف وضع التفاوت بأنه زائد (↑)، مما يدل على اتساع الفجوة أو كبر التفاوت بين البيض والأقليات بمرور الوقت. أما إذا قلت النسبة المئوية للتغيير، فيكون وضع التفاوت متناقص (↓)، مما يدل على انخفاض في الفوارق بمرور الوقت. في هذا التقرير، يقيم وضع التفاوت التقدم من الفترتين 2004-2000 إلى 2009-2005.
- بالنسبة للأمريكيين الأفارقة مقارنة بالبيض، زادت فجوة التفاوت لدخل الأسرة، والأطفال الفقراء، وارتفاع معدل التسرب المدرسي، والإبلاغ الذاتي عن ضعف/سوء الصحة، وأيام المرض البدني خلال الشهر الماضي/ والنسبة المئوية لمن ليس لديهم تأمين صحي، ومرضى السكري، والإصابة بفيروس نقص المناعة. وانخفضت فجوة التفاوت لنسبة من الأشخاص غير المسجلين للتصويت، وأيام عدم سلامة الصحة العقلية خلال الشهر الماضي، والسمنة المفرطة، وتعاطي التبغ، ووفيات الرضع، والوفيات بسبب أمراض القلب والسرطان والإصابات غير المتعمدة.

- بالنسبة للهنود الأمريكيين/ سكان ألاسكا الصليين مقارنة بالبيض، زادت فجوة التفاوتات لدخل الأسرة، وارتفاع معدل التسرب المدرسي، ووفيات الرضع، والوفيات بسبب أمراض القلب. وانخفضت فجوة التفاوتات للأطفال الفقراء، والإصابة بفيروس نقص المناعة، والوفيات بسبب السرطان والإصابات غير المتعمدة.
- بالنسبة للأسويين مقارنة بالبيض: زادت فجوة التفاوتات لدخل الأسرة، وارتفاع معدل التسرب المدرسي، والإصابة بفيروس نقص المناعة، والوفيات بسبب الإصابات غير المتعمدة. وانخفضت فجوة التفاوتات للأطفال الفقراء، والنسبة المئوية للأشخاص غير المسجلين للتصويت، ووفيات الرضع، والوفيات بسبب مرض القلب.
- بالنسبة للأسبان/اللاتينيين مقارنة بالبيض: زادت فجوة التفاوتات لدخل الأسرة، والأطفال الفقراء، والسمنة المفرطة، والإصابة بفيروس نقص المناعة، ووفيات الرضع. وانخفضت فجوة التفاوتات لارتفاع معدلات التسرب المدرسي، والنسبة المئوية للأشخاص غير المسجلين للتصويت، والإبلاغ الذاتي عن ضعف/سوء الصحة، والنسبة المئوية لمن ليس لديهم تأمين صحي، والوفيات بسبب مرض القلب والسرطان.

التحديات المستمرة

لا يزال إحداث أثر يذكر في فجوة العدالة الصحية في ولاية ميتشجان يشكل تحدياً. فبينما يعتقد في أهمية الجهود الرامية إلى التوعية والوعي والحصول على خدمات الرعاية الصحية وأنها حاسمة في الحد من معدلات الإصابة بالسرطان وأمراض القلب والأوعية الدموية وفيروس نقص المناعة والأمراض المنقولة جنسياً ووفيات الأطفال، إلا أننا قد شهدنا نجاحاً ضئيلاً في الحد من معدلات هذه الأوضاع الصحية بين الأمريكيين الأفارقة، والأسبان/اللاتينيين والأمريكيين العرب/الكلدانيين، والهنود الأمريكيين/الأمريكيين الأصليين.

سيكون سد فجوة الفوارق الصحية العرقية والإثنية معقداً بسبب الظروف الاقتصادية الصعبة في ولاية ميتشجان. حيث إن معدل البطالة في ولاية ميتشجان هو الأعلى في البلاد. وعلى الرغم من أن صناعة السيارات قد ساعدت مرة في إيجاد شبكة أمانة من الدخل والتأمين الصحي، إلا أن غلق المصانع مؤخراً قد نتج عنه فقدان الوظائف والذي سيؤثر بدوره على عدد الأفراد والأسر غير المؤمن عليهم.

تعترف خارطة طريق العدالة الصحية بولاية ميتشجان بأن الصحة العامة أقل عرضة للتحسن في مواجهة هذه الحاجة، ونحن ندعو إلى الاهتمام بتحسين المحددات الاجتماعية والاقتصادية الأساسية التي تؤثر على الصحة والرعاية الصحية في المجتمعات العرقية والإثنية في ولاية ميتشجان.

المراجع

¹ LaVeist TA, Gaskin DJ, Richard P. *The Economic Burden of Health Inequalities in the United States*. Washington, DC: Joint Center for Political and Economic Studies; September 2009.

² US Department of Health and Human Services. *Report of the Secretary's Task Force on Black and Minority Health, Vol 1: Executive Summary*. Washington, DC: DHHS; August 1985.

³ Syme SL. Reducing racial and social-class inequalities in health: the need for a new approach. *Health Aff (Millwood)*. 2008;27:456-459.

⁴ State of Michigan. House Bill 4455, Section 2227; 2006. http://www.michigan.gov/documents/mdch/Public_Act_653_190873_7.pdf

المحددات الاجتماعية للصحة

تنتج الصحة من مجموعة من المحددات البيولوجية والمتعلقة بالرعاية الصحية والسلوكيات الصحية والمحددات الاجتماعية والبيئية. وتسهم العوامل البيولوجية والرعاية الصحية والعوامل السلوكية بنسبة كبيرة في الوضع الصحي. إلا أن الصحة تتأثر بشكل كبير بالظروف الاقتصادية الاجتماعية والبيئية - والتي يشار إليها على نطاق واسع باعتبارها المحددات الاجتماعية للصحة.¹ تحسن المحددات الاجتماعية والبيئية للصحة من خلال نهج متعددة (على سبيل المثال، الحد من الفقر والتفاوت الاقتصادي، برامج تعليم الطفولة المبكرة، السكن بأسعار معقولة، المتنزهات الآمنة والترفيه، توافر الأطعمة الصحية، تحسن ظروف العمل، التماسك الاجتماعي، المشاركة المجتمعية) يمكن أن تسهم في تحسن صحي مستدام بدلاً من معالجة الرعاية الصحية أو السلوكيات الفردية الخطرة وحدها.² عندما نأخذ بعين الاعتبار الظروف الصارمة التي تؤثر بشكل غير متناسب على المجتمعات العرقية والإثنية، نجد أهمية المحددات الاجتماعية تحديداً.³

تُكلف نظم الصحة العامة بضمن الظروف الصحية للجميع وبسد الفجوات الصحية الملحوظة بين المجتمع الأوسع وفئات السكان الحساسة.⁴ تبعاً لذلك، رددت العديد من دوائر الصحة العامة التابعة للولاية والمحلية في ولاية ميتشجان التزامها بالقضاء على الفوارق الصحية، وبخاصة بين فئات الأقليات العرقية والإثنية. ونظراً لأن التركيز التقليدي على خفض الفوارق قد تركز على النواتج الصحية والسلوكيات الصحية الفردية، فقد تم إيلاء اهتمام أقل للأسباب الاجتماعية والاقتصادية والبيئية لتعلل الصحة. ولعكس هذا الاتجاه، فقد بدأت منظمات الصحة العامة تحول تركيزها من الفوارق الصحية إلى العدالة الصحية.^{5،6،7}

التركيز على العدالة الصحية، بدلاً من الفوارق الصحية، يساعد في توسيع جهود الوقاية من الأمراض متجاوزاً عوامل الخطورة الفردية إلى الأسباب الجذرية التي تؤثر بشكل كبير على السلوكيات الصحية والنواتج الصحية. كما أن التركيز على العدالة الصحية أيضاً يخلق حساً جيداً بالصحة العامة. وستسهم معالجة الظروف الاجتماعية والاقتصادية والبيئية بشكل أوسع في تحسين الصحة العادلة لجميع قطاعات السكان، بما في ذلك فئات السكان المحرومة اجتماعياً واقتصادياً، بدلاً من التركيز على عوامل الخطورة الفردية وحدها. فالعدالة الصحية تفيد الجميع.

المفاهيم الرئيسية

سيتمركز فهم خارطة طريق العدالة الصحية لولاية ميتشجان من خلال فهم المفاهيم الرئيسية التالية:

الفوارق الصحية هي اختلافات كبيرة في المعدلات العامة لحدوث المرض وانتشاره ومعدلات الاعتلال والوفيات أو معدلات البقاء على قيد الحياة في فئات السكان العرقية والإثنية مقارنة

بالوضع الصحي لفئات السكان العامة.8 وتشير الفوارق الصحية إلى اختلافات صحية مقاسة بين فئتين سكانييتين، بغض النظر عن الأسباب الكامنة وراء الاختلافات.

الفوارق الصحية هي اختلافات بين المجموعات السكانية تكون مرتبة وغير ضرورية ويمكن تجنبها وبالتالي يمكن اعتبارها جانرة وغير عادلة.9 التفاوتات الصحية لها جذورها في تفاوت الحصول على المحددات الاجتماعية للصحة أو التعرض لها مثل التعليم والرعاية الصحية والحياة الصحية وظروف العمل. وتتأثر الأقليات العرقية والإثنية بشكل غير متناسب بالأوضاع السيئة في هذه المناطق، والتي ينتج عنها بدورها وضع صحي سيء ونواتج صحية سيئة.

التفاوتات الصحية تم استخدام مصطلحي الفوارق الصحية والتفاوتات الصحية بالتبادل. في خارطة طريق العدالة الصحية لولاية ميتشجان، يستخدم مصطلح التفاوتات الصحية بشكل واضح ليشير إلى الاختلافات المتعلقة بالسياقات الاجتماعية الظالمة والجانرة (أي التفاوتات) بدلاً من ملاحظات الفوارق البسيطة في المحددات الصحية أو النواتج الصحية الملاحظة بين فئات السكان (أي الفوارق).

العدالة الصحية هي عدم وجود فوارق منظمة في الصحة ومحدداتها بين مجموعات من الناس في مستويات تميز اجتماعي مختلفة.10 يعني الحصول على العدالة الصحية سد الفجوة في مجال الصحة بين فئات السكان ذات المستويات المختلفة من الثروة والسلطة و/أو الهيبة الاجتماعية. على سبيل المثال، يكون الأفراد ذوو الدخل المنخفض والأقليات العرقية/الإثنية أكثر فقراً من الأفراد الذين لديهم موارد اقتصادية أكبر أو من هم أعضاء مجموعات عرقية أكثر قوة وتميزاً. وتندرج العدالة الصحية تحت مظلة العدالة الاجتماعية، والتي تشير إلى التخصيص العادل للموارد في المجتمع. وينقلنا القضاء على الفوارق الصحية والتفاوتات الصحية بين فئات السكان العرقية والإثنية نحو هدف العدالة الصحية والاجتماعية، وينصب التركيز الكبير لهذا الجهد على المحددات الاجتماعية للصحة التي تؤثر على نتائج الصحة العامة ذات الأولوية لدينا.

المحددات الاجتماعية للصحة تشير إلى العوامل الاجتماعية والاقتصادية والبيئية التي تسهم في الصحة العامة للأفراد والمجتمعات. وتشمل **العوامل الاجتماعية**، على سبيل المثال، التمييز العنصري والعرفي والنفوذ السياسي والترابط الاجتماعي. أما **العوامل الاقتصادية** فتشمل الدخل والتعليم والتوظيف والثروة. وتشمل **العوامل البيئية** الظروف المعيشية وظروف العمل ووسائل المواصلات وجودة الهواء والماء. وينتطلب التركيز على العدالة الصحية في ولاية ميتشجان إلى بذل مزيد من الجهود الموجهة من أجل تعزيز الصحة والوقاية من الأمراض.

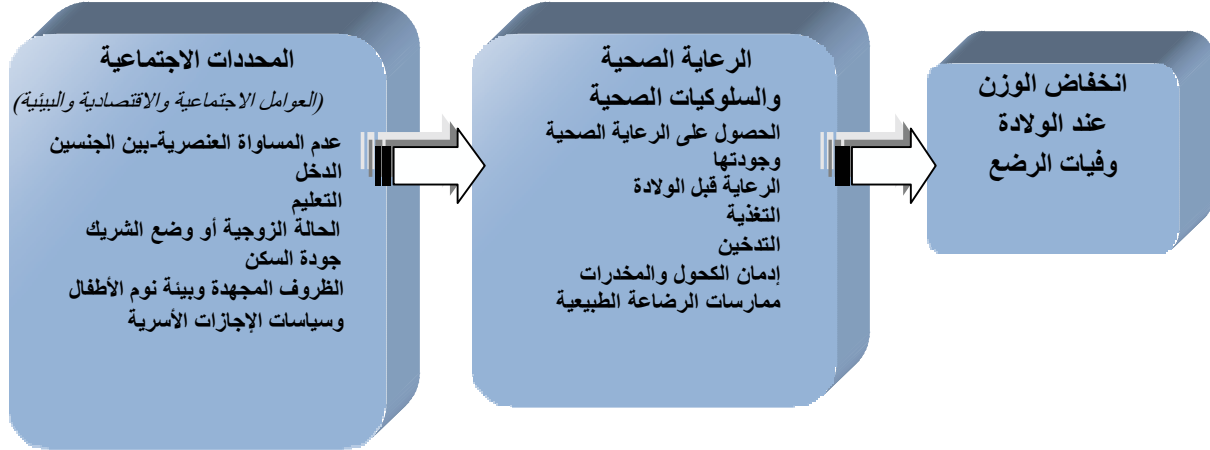
مسارات المحددات الاجتماعية نحو الصحة

وتساعد الأشكال التالية في توضيح كيفية تأثير العوامل الاجتماعية والاقتصادية والبيئية على الصحة. يوضح شكل 1-2 مجموعة من العوامل التي تحدد الوضع الصحي للأفراد والمجتمعات. وتتراوح المحددات الاجتماعية في البيئة الاجتماعية بين المستوى الأعلى من التأثير على الصحة إلى عوامل أكثر فردية كالوراثة والسلوكيات الصحية الفردية في المستويات الدنيا. على الرغم من أن الكثير من التركيز على الفوارق الصحية يبرز عوامل الخطورة الفردية والرعاية الصحية، إلا أن البيئات الاجتماعية والمادية أيضاً تلعب دوراً مهماً في تشكيل الصحة. فعلى سبيل المثال، يمكن أن تتفاقم الفوارق في الإصابة بالربو بسبب تلوث البيئة في الهواء الطلق أو في المنزل، ونتيجة المساوئ الاقتصادية خيارات أقل لتأمين شقق أو منازل في أحياء آمنة بيئياً. يتطلب التركيز المتجدد على العدالة الصحية نهج متكاملة تعالج المحددات في المستوى الأعلى للصحة مثل التمييز الاجتماعي والاقتصادي وبيئات الأحياء، ومحددات المستوى الأدنى للصحة مثل السلوكيات الشخصية والرعاية الصحية.

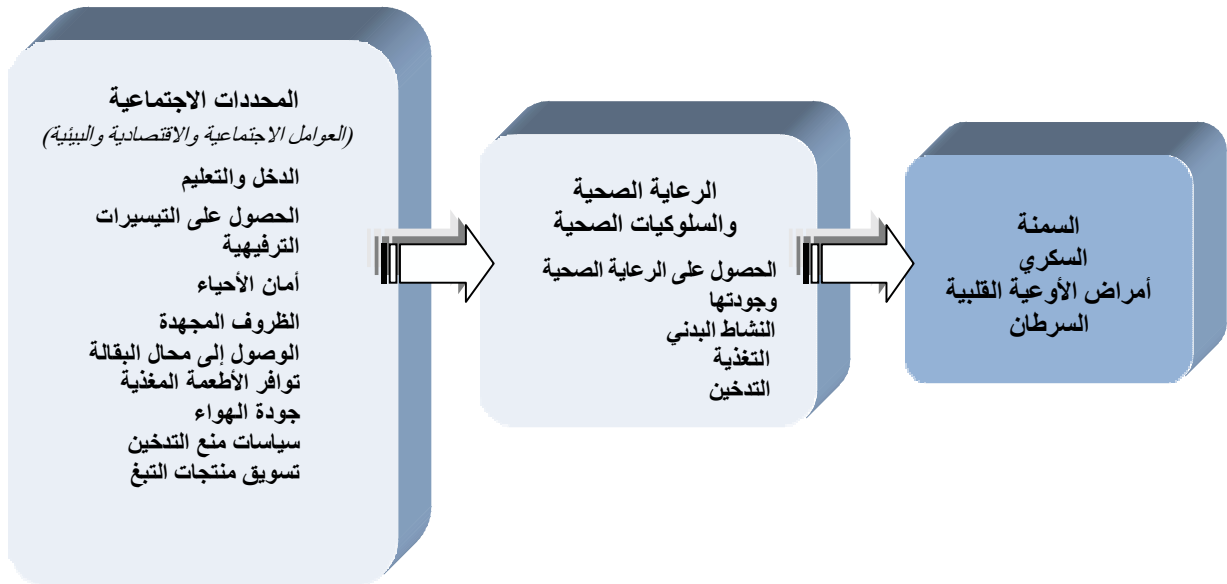


يوضح شكلي 2-2 و 3-2 أمثلة لتوضيح كيف أن المحددات الاجتماعية والسلوكيات الصحية والرعاية الصحية تعمل معاً لتؤثر على النواتج الصحية المختارة لوفيات الرضع والأمراض المزمنة.

شكل 2-2 المحددات الاجتماعية كطريق لوفيات الأطفال



شكل 2-2 المحددات الاجتماعية كطريق للأمراض المزمنة



كيف تؤثر المحددات الاجتماعية على عدم المساواة الصحية؟

يكون الأفراد المحرومين اجتماعياً واقتصادياً أكثر عرضة للمعاناة من سوء الحالة الصحية. وعلى الرغم من أن أفراد الأقليات العرقية/الإثنية وذوي الدخل المنخفضة يكونون أكثر عرضة للمعاناة من الحرمان الاجتماعي، إلا أن العدالة الصحية تمثل مطلباً لكافة المقيمين حيث يمكن للبيئات الاجتماعية أو بيئات الأحياء أن تشكل الوضع الصحي بغض النظر عن الموارد الشخصية. فعلى سبيل المثال، الأشخاص الذين يعيشون في الأحياء الفقيرة ترتفع لديهم مخاطر النواتج الصحية السيئة في جميع مستويات الدخل. كذلك، تعاني الصحة العامة لإحدى الفئات السكانية عندما تكون هناك فجوات واسعة بين الأغنياء والفقراء. باختصار، تنتج التفاوتات الصحية من الظروف الاجتماعية والاقتصادية والبيئية الجائرة التي تعرض الأفراد والمجتمعات للخطر.

تعطي العبارات التالية أمثلة للعلاقات بين الظروف الاجتماعية والنواتج الصحية.

- تؤثر الاختلافات الاجتماعية الاقتصادية على الصحة في جميع مستويات الدخل، وليس فقط بين الأغنياء والفقراء.¹²
- يميل الأشخاص ذوي الدخل المنخفضة والمتوسطة إلى أن تكون لديهم مخاطر أعلى للوفاة بالرغم من السلوكيات الصحية الفردية.¹³
- تم ربط البطالة بنواتج ضعف الصحة العقلية والبدنية.¹⁴
- يرتبط التمييز العنصري بضعف الصحة العقلية والبدنية،¹⁵ بما في ذلك انخفاض الوزن عند الولادة في الأقليات العرقية ومخاطر الإصابة بالسرطان¹⁷ في الأقليات العرقية.
- تم الربط بين الفصل العنصري للسكان وأمراض القلب والأوعية الدموية¹⁸ ووفيات الرضع.¹⁹
- الظلم البيئي (الذي يحدث بشكل غير متناسب في مجتمعات الملونين) ينتج تفاوتات صحية.²⁰
- يمكن للفقر في الطفولة أن يكون ذي عواقب سلبية اجتماعية خلال مرحلة المراهقة.²¹

تكشف المعلومات أن التفاوتات الصحية هي ناتج لأكثر من التثقيف الصحي أو الرعاية الصحية. كما أنها تساعد أيضاً في تفسير لماذا رغم إنفاق بلايين الدولارات على برامج الوقاية وخدمات الرعاية الصحية لم تنخفض لدينا الفوارق الصحية لفئات السكان العرقية والإثنية وغيرها من فئات السكان المحرومة اجتماعياً.

للحصول على الأسباب الجذرية للتفاوتات الصحية، فيجب علينا معالجة العوامل الاجتماعية والاقتصادية والبيئية التي تسهم في الفجوات المقلقة في نواتج الرعاية الصحية والرعاية الصحية. فلا يمكن أن يحدث التحسن المستدام في صحة فئات الأقليات العرقية والإثنية بولاية ميتشجان ما لم نعالج التفاوتات الهيكلية في التعليم والتوظيف والإسكان والأحياء.

على الرغم من أن احتمال تحسين المحددات الاجتماعية يمكن أن يكون شاقاً للمشتغلين بمجال الصحة والصحة العامة، إلا أن الحد من التفاوتات لا يحتاج إلى ثورة. وتحسين ظروف المعيشة والعمل المشترك يمثل تركيزاً مشتركاً لسياسات ومبادرات العدالة الصحية، وتم اقتراح العديد من النهج القابلة للتنفيذ لتحقيق العدالة الصحية. ونلخص العديد من النهج الواعدة في القسم 5 من خارطة الطريق هذه وفي قائمتنا المختارة للتوصيات والاستراتيجيات في القسم 4.

- ¹ Yen IH, Syme SL. The social environment and health: a discussion of the epidemiologic literature. *Annu Rev Public Health*. 1999;20:287-308.
- ² Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet*. 2008;372:1661-1669.
- ³ Williams DR, Costa MV, Odunlami AO, Mohammed SA. Moving upstream: how interventions that address social determinants of health can improve health and reduce health disparities. *J Public Health Management Practice*. 2008;November(Suppl):S8-S17.
- ⁴ U.S. Department of Health and Human Services. *Healthy People 2010: Understanding and Improving Health*. 2nd ed. Washington, DC: U.S. Government Printing Office; 2000.
- ⁵ Association of State and Territorial Health Officials. Health Equity Policy Statement. <http://www.astho.org/Display/AssetDisplay.aspx?id=161>
- ⁶ National Association of County and City Health Officials (NACCHO). *Guidelines for Achieving Health Equity in Public Health Practice*. Washington, DC: NACCHO; 2009.
- ⁷ NACCHO, Ingham County Health Department. *Tackling Health Inequities Through Public Health Practice: A Handbook for Action*. Washington, DC: NACCHO; 2006.
- ⁸ United States Public Law 106-525. Minority Health and Health Disparities Research and Education Act. Title 1. §101[485(e)];2000:2498.
- ⁹ Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv* 1990;22:429-445.
- ¹⁰ Braveman P, Gruskin S. Defining equity in health. *J Epidemiology and Community Health*. 2003;57:254-258.
- ¹¹ Commission on Social Determinants of Health. *Closing the Gap In a Generation: Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health*. Geneva, Switzerland: WHO Press; 2008.
- ¹² Adler NE, Boyce WT, Chesney MA, et al. Socioeconomic inequalities in health. No easy solution. *JAMA*. 1993;269:3140-3145.
- ¹³ Lantz PM, House JS, Lepkowski JM, et al. Socioeconomic factors, health behaviors, and mortality: results from a nationally representative prospective study of US adults. *JAMA*. 1998;279:1703-1708.
- ¹⁴ Dooley D, et al. Health and unemployment. *Annu Rev Public Health*. 1996;17:449-465.
- ¹⁵ Williams DR, Mohammed SA. Discrimination and racial disparities in health: evidence and needed research. *J Behav Med*. 2009;32:20-47.
- ¹⁶ Collins JW, David RJ, Handler A, Wall S, Andes S. (2004). Very low birthweight in African American infants: the role of exposure to interpersonal racial discrimination. *Am J Public Health*. 2004;94:2132-2138.
- ¹⁷ Shariff-Marco S, Klassen AC, Bowie JV. Racial/ethnic differences in self-reported racism and its association with cancer-related health behaviors. *Am J Public Health*. 2010;100:364-374.
- ¹⁸ Cooper RS. Social inequality, ethnicity, and cardiovascular disease. *Int J Epidemiol*. 2001;30:S48-S52.

¹⁹ Grady SC. Racial disparities in low birthweight and the contribution of residential segregation: a multilevel analysis. *Social Science and Medicine*. 2006; 63:3013-3029.

²⁰ Center for Policy Alternatives. *Toxic Waste and Race Revisited*, Washington, DC;1995.

²¹ Jencks C, Mayer SE. The social consequences of growing up in a poor neighborhood. In Lynn LE Jr., McGreary MGH eds. *Inner-city poverty in the United States*. Washington, DC: National Academy Press. 1990;111-186.

قضايا عامة وتعليقات حول العدالة الصحية

مقابلات المستجيبين الرئيسيين

خلال صيف وربيع 2009، قابل قسم الحد من الفوارق الصحية وصحة الأقليات (HDRMH) ما يزيد على 25 مستجيب رئيسي لاستطلاع آرائهم بشأن المحددات الاجتماعية للصحة والحلول لتحقيق العدالة الصحية. وشمل المستجيبون العاملين بدائرة الصحة المجتمعية بولاية ميتشجان (MDCH)، وموظفين تشريعيين سابقين، وأكاديميين، وأشخاص يعملون في منظمات غير ربحية ومجتمعية، وأعضاء المجتمع الديني، وأعضاء بمجموعات الدعوة، ومختلف قادة المجتمع. في هذا القسم، نلخص الموضوعات الرئيسية لهذه المقابلات.

أهمية وتحدي المحددات الاجتماعية

في بعض المقابلات، رأى بعض المستجيبين الرئيسيين أن الفوارق الصحية هي ناتج للفقر والطبقة أكثر من كونها ناتجاً للعرق والإثنية. "انظر للأرقام"، كما قال أحد المستجيبين الرئيسيين. "ما تنظر إليها هي مناطق الفقر." وعند رسم معدلات الحمل بين المراهقات، ووفيات الرضع، وأمراض القلب والأوعية الدموية، والسكتات الدماغية، والسرطان في ولاية ميتشجان، فليس من المستغرب أن تلك المجتمعات تعاني من أعلى معدلات هذه الظروف كما أن بها تركيزات عالية من الفقر والبطالة، كما أنها تميل أيضاً لوجود تركيز عالي من الأفراد الملونين.

مع ارتفاع معدلات البطالة في ولاية ميتشجان، قال مقدمو الخدمات أنهم يعدون لضخ أشخاص جدد في أدوار الخدمات - أشخاص ذوي دخل متوسط لم تعد لديهم وظائف أو مميزات لتقديمها لأسرهم. وانتقد بعض مقدمي الخدمات أن اقتصاد ولاية ميتشجان جعل توفير التوعية والخدمات الأساسية أكثر تعقيداً، ناهيك عن صعوبة التصدي للمحددات الاجتماعية الأخرى.

وقد أسفر انخفاض الإيرادات عن خفض كبير في الميزانية لولاية ميتشجان في عام 2010. واضطرت MDCH أن تتحمل خفض ملايين الدولارات من الميزانية، والذي نتج عنه خفض البرامج أو الخدمات المرتبطة بالصحة أو القضاء عليها تماماً. ويتوقع تخفيضات في عدد من البرامج المهمة للحفاظ على خدمات الرعاية الصحية الشاملة للفئات الحساسة، وبخاصة أولئك الذين يعيشون في فقر. وتشمل البرامج المتأثرة الأبوة والأمومة في سن المراهقة، تخطيط الأسرة، قسائم الطعام، وتعويض ميديكيد، وخدمات طب الأسنان للكبار، وتمويل دوائر الصحة العامة المحلية، وصحة المهاجرين، والصحة قبل الولادة،

خارطة طريق العدالة الصحية لولاية ميتشجان ثالثاً: قضايا عامة وتعليقات حول العدالة الصحية

وتعاطي المخدرات، والوقاية من الربو، والمراكز الصحية على مستوى المدارس.

ولن تؤثر هذه التخفيضات على العمل على مستوى الولاية فقط، ولكنها ستستشعر على المستوى المحلي مع خسائر تلحق بدوائر الصحة العامة التي تدير العديد من برامج الخدمات المباشرة وجهود التوعية. "سنكون مضطرين لمحاولة بذل المزيد من الجهد من أجل الناس، مع عدد أقل من الموارد" كما قالت إحدى العاملات في أحد برامج الوقاية من أحد الأمراض المزمنة على مستوى الولاية. وانعكس رأيها في المقابلات مع مقدمي الخدمة ورؤساء المنظمات المجتمعية في مختلف أنحاء الولاية، وكذلك في المحادثات المجتمعية وفي مجموعات المناقشة التي تمت في قمة الفوارق الصحية لعام 2009.

وفي حين أن التخفيضات هي انعكاس لمناخ اقتصادي صعب للغاية، كان هناك اتفاق عام بين المستجيبين الرئيسيين والعاملين المجتمعيين على أن التخفيضات سينتج عنها زيادة أكبر في الفوارق الصحية وستحدث ضغطاً على غرف الطوارئ التي هي بمثابة مقدم الرعاية الملاذ الأخير. واتفق العديد من مستجيبينا الرئيسيين انه بدون الشراكات والتعاون الخلاق لمعالجة هذه القضايا، فإن فجوات الفوارق سوف تزداد فقط.

ناقشت إحدى المستجيبات الرئيسيات الحاجة إلى جعل الجمهور العام يفهم تأثير خفض البرامج والخدمات. حيث قالت: "دعونا نتحدث فقط عن أنفلونزا [H1N1]". "فقد ينظر الأشخاص الذين لديهم تأميناً جيداً إلى التخفيضات في الرعاية الأولية باعتبارها أمراً لا ينبغي لهم أن يقلقوا بشأنه. ولكن في حالة هذه الانفلونزا، حيث لا يقدر الأشخاص على الحصول على التطعيم أو العلاج، فإنهم سينشرونها إلى الجميع." وافق الكثير من المخبرين الرئيسيين على أنه هناك حاجة حقيقية لتثقيف الجمهور العام والمشرع بشأن الطرق التي سيؤثر خفض البرامج والخدمات بها ليس فقط على أكثر فئات الولاية حساسية، وإنما سيؤدي إلى أعباء ضريبية إضافية لجميع دافعي الضرائب من خلال زيادة تكاليف الرعاية الطبية.

وكما هو الحال مع كل قضية اجتماعية يحدث "دفن للرؤوس في الرمال" بحيث يتجنب أعضاء مجموعات العمل وفرق العمل زملاء العمل المناقشة. حيث يصعب غالباً مناقشة القضايا المشحونة بشكل كبير مثل العرق والطبقة والعدالة فيكون من الصعب مناقشتها وجهاً لوجه. وفي مناقشاتنا مع المستجيبين الرئيسيين (وفي المحادثات المجتمعية)، سألنا تحديداً عن الأشياء التي يشعرون بأنها "دفن للرؤوس" والتي تبطئ أو توقف التقدم نحو تحقيق العدالة الصحية. وكان من بين القضايا التي ذكرت ما يلي:

- عدم الثقة بين الشركاء والشراكات والمخاوف حول تقاسم السلطة.
- عدم وجود تنوع في العاملين بالبرنامج، وفرق العمل، ومقدمي الخدمات الطبية.
- صوامع وأبراج التفكير العاجية على مستوى وكالات الدولة والمستوى الجامعي والتي تمنع العاملين من الدخول في المجتمعات وتشكيل شراكات حقيقية.
- إلقاء لوم تحقيق نتائج صحية سيئة على الأقليات العرقية والإثنية.
- دور التحيزات الاجتماعية والعرقية عند اتخاذ قرارات بشأن كيفية العمل ومن نخدمهم.
- جداول الأعمال والتمويل.
- وكالات الولاية أو الجامعات التي تتجه للمجتمع بمشروع تود إحدى المؤسسات إجراؤه دون اعتبار لكيفية نظر المجتمع إليه وما يحتاجه المجتمع أو يريده.
- التمويل لمشاريع تربية الحيوانات الأليفة في مقابل ما تحتاجه المجتمعات بالفعل؛ و

○ المجموعات التي لا تجتمع معاً إلا عندما يكون هناك تمويل (عندما يبتعد التمويل، تبتعد كذلك المجموعات، وبالتالي فلا يوجد استمرارية والتزام تجاه مجتمعات الملونين).

- عدم الرغبة في الذهاب إلى أبعد من الشركاء والمتعاونين المعتادين والأصوات التي يتم سماعها.
- الافتراض بأن الشعب مكلف بالحد من التفاوت الصحية وأنه "يعرف" بالفعل المجتمعات؛ حيث تساعد هذه الافتراضات في إنتاج مبادرات غير فعالة.
- البيروقراطية تقف عائق في طريق الأفعال الحقيقية، أو عدم الاهتمام بدفع المغلف والقيام بالأشياء بطرق جديدة.
- العمل مع الحكومات التي تعاني من بطء في التصرف (و هو ما يجعلهم شركاء سيئين).

تشير هذه التعليقات إلى أن الأمانة والشجاعة مطلوبين لطرح الموضوعات الصعبة عن العرق والطبقة والعدالة إذا أردنا تحسين الظروف الاجتماعية والصحية التي تؤثر سلباً على مجتمعات الأقليات.

المحادثات المجتمعية

خلال شهري أغسطس وسبتمبر من عام 2009، شاركت HDRMH في 21 محادثة مجتمعية تم استضافتها في تسعة مقاطعات بولاية ميتشجان ومدينة ديترويت. وكان هدف هذه المحادثات إتاحة الفرصة للجمهور العام للاسترشاد بهم في وضع توصيات لتحسين الوضع الصحي والقضاء على التفاوتات الصحية بين فئات السكان العرقية والإثنية بولاية ميتشجان. وقد طلب من السكان وممثلي المجتمع مشاركة آرائهم وتوصياتهم بشأن: (أ) الاهتمامات الصحية الأكثر أهمية في مجتمعهم؛ (ب) الظروف الإيجابية والسلبية التي تؤثر على صحة مجتمعهم؛ (ج) المجموعات الحالية التي تعمل من أجل تحسين صحة مجتمعهم؛ (د) طرق إشراك مجموعات أخرى؛ (هـ) أصول المجتمع والموارد اللازمة؛ و (و) السياسات والممارسات التي من شأنها تحسين صحة مجتمعهم بطريقة أكثر فعالية. وكان الهدف من المحادثات أيضاً استكشاف الشراكات غير التقليدية التي ستعمل على تحقيق العدالة الصحية لجميع المقيمين في ولاية ميتشجان.

يقدم الملخص التالي نظرة موجزة على المخاوف التي عبرت عنها مجموعات فئات الأقليات العرقية والإثنية. وتتوافر قائمة كاملة بالاستجابات الموثقة التي تتضمن مخاوف أخرى، وموارد خاصة بالمجتمعات، وتوصيات للتغيير لكل محادثة وذلك في تقرير منفصل.

الأمريكيون الأفارقة

كان مجتمع الأمريكيين الأفارقة أكبر مجموعة ممثلة خلال المحادثات المجتمعية. حيث ذكر المشاركون قائمة من الاهتمامات المتصلة بفتنهم السكانية. فضمنوا العنف، وتوافر الأطعمة الطازجة والصحية، وتكاليف الرعاية الصحية، والعنصرية/التمييز، وفساد الحي، والصحة البيئية، والسلوكيات الشخصية، وعدم القدرة على مناقشة الخدمات الصحية أو الدفاع عن الرعاية الصحية الشخصية، ومقاومة المجتمع للتغيير. وكان الشاغل الأكبر الوحيد الذي تم إبرازه في المحادثات المجتمعية للأمريكيين الأفارقة يتمثل في انعدام الثقة في العاملين في مجال الرعاية الصحية. وأشار المشاركون إلى عدم ثقتهم في مقدمي الخدمات الطبية كأحد أسباب ارتفاع معدلات الأمراض مثل أمراض القلب والأوعية الدموية والسكري. وأعرب المشاركون الأمريكيون الأفارقة في كثير من الأحيان عن الاعتقاد بأن الأطباء أكثر اهتماماً بصنع المال من اهتمامهم بمعاواة الناس. وذكر المشاركون أيضاً ذلك كسبب لعدم وجود الرعاية الصحية الأولية وارتفاع استخدام غرف الطوارئ كمصدر للرعاية الصحية. وعلى الرغم من عدم الثقة هذا إلا أن هناك على ما يبدو بين المشاركين الأمريكيين الأفارقة من يؤيدون الحصول على الرعاية الصحية الشاملة.

الأسبان/اللاتينيون

كانت أكبر ثاني فئة سكانية ممثلة خلال المحادثات المجتمعية هي مجتمع الأسبان/ اللاتينيين. وقد أكد المشاركون الأسبان/اللاتينيون أنهم كانوا مجموعة متنوعة شاملة في ميتشجان في المقام الأول من المكسيكيين والبيورتوريكو والسلفادور وما إلى ذلك. ورأوا أن كل مجموعة مختلفة إلا أنها لا تزال تضم الأسبان. وكان هناك قلق زائد للغاية بشأن الحواجز الثقافية واللغوية بين السكان الأسبان/اللاتينيين. وكان عدم وجود مراكز الرعاية الصحية ومقدمي الخدمات الحساسة ثقافياً، والافتقار إلى خدمات الترجمة، وعدم الفهم والخوف من طلب توضيحات للمعلومات المقدمة ضمن عدد قليل من الأسباب الكثيرة المذكورة بشأن الحواجز الثقافية واللغوية. أعرب الأسبان/اللاتينيون المشاركون عن قلقهم البالغ المتعلق بالقضايا المحيطة بالوضع القانوني الموثق والصعوبة التي تنطوي في الحصول على الرعاية الصحية. كما تحدث المشاركون أيضاً عن التسلسل الهرمي للاحتياجات من حيث ارتباطه بالسكان الأسبان حيث كانت غالباً ما تعتبر الرعاية الصحية الأخيرة على هذه القائمة. وشملت الاهتمامات الأخرى التي أشار إليها السكان الأسبان/ اللاتينيون ما يلي: المجتمعات المعزولة، ونوعية السكن، والصحة النفسية والتغذية والسمنة، والقلق الناجم عن الخوف من الترحيل والفقر بين الأجيال.

الأمريكيون الآسيويون/ سكان جزر المحيط الهادئ

شملت المحادثات المجتمعية لمجتمع الأمريكيين الآسيويين مشاركين من مجتمعات الأمريكيين الصينيين والهمونغ والكورية والفيتنامية. وعلق المشاركون من مجتمع الأمريكيين الآسيويين أنهم غالباً ما يتم تصنيفهم على أنهم "بييض" وبالتالي لا يوجد سوى القليل من البيانات أو أنها تكاد تكون معدومة حول المعلومات الصحية الخاصة بمجموعات الفئات السكانية في آسيا. كذلك وصف الأمريكيون الآسيويون أنفسهم باعتبارهم فئة سكانية حساسة بسبب الحواجز اللغوية والثقافية الواسعة إلى حد بعيد. وقد أكد المشاركون على أهمية العلاقات الشخصية الموثوقة. وأوضح المشاركون أن طلب المساعدة يمكن أن يعتبر من المحرمات أو العار بالنسبة لبعض الأمريكيين الآسيويين. وقد توجي ردود بعض المشاركين الأمريكيين الآسيويين فيما يتعلق بعدم مشاركتهم في نظام الرعاية الصحية – حتى عند توافره بأسعار معقولة – بأن الصحة والرعاية الصحية لم يكن ينظر إليهما باعتبارهما مرتبطين بالضرورة.

الأمريكيون الهنود / الأمريكيون الأصليون

كانت المخاوف التي عبر عنها المشاركون من الأمريكيين الأصليين/ الأمريكيين الهنود تركز على عدم قبول معتقداتهم الروحية والممارسات والثقافة من قبل المجموعات الأخرى. كما أعرب الأمريكيون الأصليون/ الأمريكيون الهنود المشاركون في المحادثات المجتمعية عن قلقهم بشأن الاقتصاد والتعليم والعنصرية، مشيرين إلى أن توثيق الوقائع المتصلة بفتنهم السكانية قد تأثر بالعنصرية. قضايا مخالفة المعاهدات والعقود، وعدم الثقة في التلخيصات، وسوء نوعية السكن كانت عوامل ساهمت في انعدام الثقة التي عبر عنها مجتمع الأمريكيين الأصليين/ الأمريكيين الهنود.

حواجز الثقافة ووصمة العار والتدخين واللغة كلها قضايا هامة بالنسبة لفئة الأمريكيين العرب/ الكلدانيين. إلا أن إحدى المخاوف الرئيسية خلال المحادثات المجتمعية للعرب الأمريكيين / الكلدانيين تمثل في القلق بشأن سوء معاملة المهاجرين غير الشرعيين وعائلاتهم. أما القضايا الأخرى التي ذكرت فشملت غياب الصحة النفسية المناسبة ثقافياً (عربياً أو إسلامياً) والعلاج من تعاطي المخدرات، وخدمات التمريض المنزلي. وهناك من تحدث عن زيادة ملحوظة في السنوات الأخيرة في قضايا تعاطي الشباب للمخدرات. ورأى المشاركون أن هناك حاجة لإصلاح كبير في معالجة القضايا ذات الصلة بالسكان الأمريكيين العرب/ الكلدانيين، ورأوا أن المحادثة المجتمعية بمثابة منتدى لإبلاغ "ولاية ميتشجان" بما لديهم من مخاوف.

خارطة طريق العدالة الصحية لولاية ميتشجان ثالثاً: قضايا عامة وتعليقات حول العدالة الصحية

سمات مشتركة

كانت هناك بعض الاتجاهات التي برزت في كل المحادثات المجتمعية. حيث اعترفت جميع الفئات بوجود حاجة قوية للقيام بما يلي:

- الحصول على الرعاية الصحية وجودتها وتكلفتها.
- دعاء صحة المجتمع.
- تحسين ممارسات جمع البيانات.
- الموارد بما فيها البرامج والخدمات والملاحة.
- التعليم فيما يتعلق بالخدمات الملائمة ثقافياً ولغوياً.
- التعليقات بعد أخذ الآراء في المجتمعات.
- التضمين في العملية عندما يتعلق الأمر بتخطيط البرامج والخدمات وجمع البيانات.

قمة 2009 للفوارق الصحية

في سبتمبر من عام 2009، استضاف قسم الحد من الفوارق وصحة الأقليات التابع لوزارة الصحة المجتمعية بولاية ميتشجان قمة الفوارق الصحية في لانسغ. وكانت أحد أهدافها إيجاد حوار مفتوح مع أصحاب المصلحة في جميع أنحاء الولاية حول ما الذي يحدث لمعالجة الفوارق الصحية والمحددات الاجتماعية التي تؤثر على الصحة في ولاية ميتشجان. وكجزء من هذا المجهود، توقع الحاضرون بالقمة في محادثات جانبية لمناقشة القضايا الرئيسية المتصلة بالقضاء على الفوارق الصحية فيما يتعلق بالبيانات واستجابة الحكومة والشركات واستجابة المجتمع المحلي. وفيما يلي بعض النقاط الرئيسية التي انبثقت عن المحادثات الجانبية والتي ساعدت في إثراء التوصيات النهائية لخارطة طريق العدالة الصحية لولاية ميتشجان.

البيانات

ذكر جمع وتقرير البيانات كأولوية عالية، وأن جمع بيانات المحددات الاجتماعية والبيانات الصحية بصفة عامة أمور ضرورية لرصد التقدم المحرز في القضاء على الفوارق العرقية والإثنية وفي تحقيق العدالة الصحية. وأضاف المشاركون أنه من المهم تنقيف مستخدمي البيانات وأصحاب المصلحة حول سبب أهمية البيانات العرقية والإثنية، وأنواع البيانات المطلوب جمعها، وكيف يمكن استخدام البيانات في وضع وتقييم البرامج. وذكر المشاركون في القمة أن هناك حاجة لإيجاد طرق أفضل لتوصيل ومشاركة البيانات في مختلف المستويات، بما في ذلك الحكومة والمنظمات والمجتمع.

كما نوقشت أهمية إتاحة البيانات للمجتمع بالمجان بحيث يمكن استخدام البيانات لبناء القدرات المحلية وتعزيز الصحة. وسيساعد استخدام البيانات بهذه الطريقة في بناء ثقة المجتمع ودعمه لجمع البيانات. كما دعت المجموعة كذلك إلى معايير متسقة لجمع البيانات. وكانت هناك مناقشة حول كيفية التحقق من صحة المعلومات العرقية والإثنية وذكرها والحاجة لمستودع بيانات مركزي. بالإضافة إلى ذلك، كان هناك اتفاق على الحاجة إلى مزيد من البيانات عن وفيات الرضع.

خارطة طريق العدالة الصحية لولاية ميتشجان ثالثاً: قضايا عامة وتعليقات حول العدالة الصحية

استجابة الحكومة المحلية

طرحنا هذه المناقشة العديد من القضايا المهمة التي ينبغي أن تتصدى لها الحكومات المحلية ذات الصلة بالفوارق الصحية العرقية والإثنية وتحقيق العدالة الصحية. ورأى العديد من المناقشين أنه من المهم أن نعترف بأن العنصر والإثنية غير مهمين في عملهم. وكانت هناك دعوة لفهم الدور الذي يلعبه العرق وأن نثبت ما يتم القيام به للقضاء على الحواجز العرقية. وكانت هناك دعوة أيضاً لفهم أن هناك روابط بين المناخ السياسي الحالي والآثار الاجتماعية للعمل على الفوارق الصحية العرقية والإثنية.

تم اقتراح أن هناك حاجة لتخصيص الموارد ووضع إطار موثوق للبدء في معالجة هذه القضايا عندما يكون ذلك ضرورياً. كما رددت المجموعة كذلك تعليقات مجموعة البيانات بتأكيد أن البيانات ينبغي أن تعود إلى قرارات. هناك بعض الحركة حول الفوارق الصحية والعدالة الصحية في بعض أجزاء الولاية، ولكن هناك حاجة إلى ما هو أكثر من ذلك بكثير. فتجميد التعيينات والتمويل الإضافي يمثلان عقبتان تحولان دون مزيد من النشاط في بعض المواقع.

كما اقترحت المجموعة كذلك أن هناك نقص في مستوى الوعي العام للجمهور الحقيقي والتفاهم والالتزام. وطالبت المجموعة العديد من المنظمات إلى المشاركة على المائدة بما في ذلك الشركات والمنظمات الدينية، ومجموعات الجودة البيئية والمدارس وجميع مستويات الحكومة. كما دعت أيضاً إلى إقامة شركات غير تقليدية استعداداً للعمل من أجل التغيير.

كانت هناك مجموعتان جانبيتان تناولتا الاستجابة على مستوى المجتمع. فهناك رغبة في رؤية القانون العام رقم 653 ينفذ (مشروع قانون صحة الأقليات) – للانتقال من الترويج إلى أنه موجود. وأرادت المجموعة المجتمعية أن ترى مزيد من الشراكات بين حكومة الولاية والشركات للمساعدة في معالجة التفاوتات الصحية العرقية والإثنية. كما دعت المجموعة كذلك إلى مزيد من التعاون وإلى مزيد من المساءلة والرقابة.

وأثيرت البيانات كقضية. حيث أرادت إحدى المجموعتين معرفة مزيد من البيانات عن الأمريكيين العرب والأسبان/اللاتينيين. وكانت هناك مناقشة كذلك حول كيفية حساب الأسبان/اللاتينيين في البيانات من حيث كونهم مدرجين كأمركيين ببض أم أفارقة. وناقشت المجموعة الأخرى أهمية التوصل إلى الأطفال في سن المدرسة مع خدمات تشمل خدمات صحة الأسنان، وطب الأطفال، وخدمات الصحة العقلية.

وتم تحديد قضايا هامة على مستوى المجتمع كالحصول على الرعاية الصحية الجيدة والعوامل البيئية وأثارها التراكمية، وحقيقة أن الأمهات يضعن أنفسهن في المرتبة الأخيرة عندما يتعلق الأمر بالرعاية الصحية. علاوة على ذلك، فقد أشاروا إلى سياسات الهجرة باعتبارها تشكل عقبات رئيسية أمام الحصول على الرعاية الصحية.

وطالبت مجموعات الاستجابة المجتمعية بخريطة أصول، أو طريقة لتحديد الموارد المتاحة في جميع أنحاء الولاية والتي يمكن استخدامها من قبل الحكومة والمنظمات والأفراد. كما ناقشت المجموعات كذلك الانتقال من عقلية "نحن أو هم" والاتجاه نحو أن نصبح مدافعين عن صحة جميع المقيمين بولاية ميتشجان. كما طالبت المجموعات بمزيد من الشراكات، وبمزيد من الحوار المفتوح، وبمزيد من العمل مع مقدمي الخدمة الصحية.

وأخيراً، ناقشت المجموعات كيفية تأثير الصور النمطية على الطريقة التي نعمل ونتعامل بها. كما أثاروا قضية الحاجة إلى مزيد من التنقيف والمعلومات على مستوى الفرد لأنهم يعتقدون أن الأشخاص يمكن أن يتخذوا خيارات شخصية مختلفة إذا كان لديهم وعي أكبر. وكانت هناك دعوة للمستشفيات ومقدمي الرعاية الصحية أن يكونوا أكثر استباقية في تعليم الغمر الثقافي وفي جعل العناية بالعملاء أولوية. كما دعوا كذلك المنظمات الثقافية أن تعمل مع مقدمي الرعاية لجعلهم أكثر وعياً بالاختلافات الثقافية، وبدء محادثة مع المرافق الطبية.

طالب كلا الفريقين بمزيد من العدالة من حيث الموارد والخدمات. كما يودون أيضاً أن يجدوا آلية أفضل لمشاركة المعلومات حول التمويل مثل المنح الضخمة.

التوصيات والاستراتيجيات الرئيسية

تختصر الصفحات التالية اللائحة الكاملة للتوصيات العملية والاستراتيجيات لخارطة طريق العدالة الصحية لولاية ميتشجان. حيث أبلغ فريق التواصل هذه التوصيات للمستجيبين الرئيسيين، ومجموعة عمل الفوارق الصحية التابعة لـ MDCH، والمشاركين في المحادثات الاجتماعية البالغ عددها 21 عبر الولاية، والحضور بقمة 2009 للفوارق الصحية. وبينما تركز معظم الاستراتيجيات على مستوى الولاية والحكومة المحلية، فإن بعضها يقصد به خطوات لمساعدة المجتمعات المحلية، والمنظمات الصحية، ومقدمي الرعاية الصحية، والمنظمات الدينية والمجتمعية.

كذلك قام قسم الحد من الفوارق الصحية وصحة الأقليات (HDRMH) بإجراء مراجعة شاملة لبحوث الصحة العامة وسياسات الولاية والسياسات الوطنية والمحلية والممارسات لتحقيق العدالة الصحية، واعتمدنا ممارسات واعدة تستند إلى الأدلة لخارطة الطريق هذه. وتستشهد قائمة المراجع في نهاية هذا القسم بمصادر هذه التوصيات.

وعلاوة على ذلك، تشمل خارطة الطريق هذه قسماً عن "أفضل الممارسات" (القسم 5) والذي يصف قاعدة أدلة العدالة الصحية في مزيد من التفصيل. وأخيراً، يقدم القسم 6 بيانات العدالة الصحية ويشرح استراتيجيات تحسين رصد وتقييم العدالة الصحية في ولاية ميتشجان.

التوصيات الرئيسية:

تحسين البيانات العرقية والإثنية

تعزيز قدرة الحكومة والمجتمع لتحسين

التفاوتات الصحية العرقية/الإثنية

ضمان المساواة في الحصول على

الرعاية الصحية الجيدة

التوصية 1: تحسين جمع البيانات/ نظم البيانات/ الحصول على البيانات

الاستراتيجيات

جمع البيانات

- 1-1** العمل على ضمان أن يتم جمع البيانات العرقية والإثنية واللغة المفضلة لجميع المشاركين في البرامج الصحية والاجتماعية¹.
- 2-1** وضع وتنفيذ أدوات مسح لجمع البيانات المحلية من فئات سكانية ومجتمعات عرقية/إثنية أصغر غير ممثلة في النظم الموحدة الوطنية الخاصة بالولاية لجمع البيانات².

نظم البيانات

- 3-1** تحديد ووضع مجموعة بيانات العدالة الصحية والتي من المقرر أن يتم الحفاظ عليها ضمن قسم الحد من الفوارق الصحية وصحة الأقليات (HDRMH). وستتضمن مجموعة البيانات مؤشرات عن الأوضاع الثقافية والاقتصادية، والأوضاع البيئية، والوضع الصحي والسلوكيات والرعاية الصحية، والنواتج الصحية ذات الأولوية من أجل رصد العدالة الصحية لسكان الأقليات العرقية والإثنية في ولاية ميتشجان³.

الحصول على المعلومات

- 4-1** إنشاء صفحة ويب خاصة بـ HDRMH تغذي بيانات المؤشرات الصحية، وبيانات العدالة الصحية، وغيرها من المعلومات الصحية المتعلقة بالفئات العرقية/الإثنية الخمسة التي يقوم بخدمتها هذا القسم⁴.

التوصية 2: تعزيز قدرة الحكومة والمجتمعات على تطوير ودعم الشراكات والبرامج لتحسين التفاوتات الصحية العرقية والإثنية.

الاستراتيجيات

البنية التحتية

1-2 تأسيس مكتب للعدالة الصحية على مستوى الولاية، أو أي كيان مماثل، والذي ينعقد داخل مكتب تنفيذي. 5

2-2 سيقوم HDRMH بمراجعة وتنقيح أولويات التمويل الخاصة به في محاولة لتعزيز قدرة الوكالات الحكومية والمحلية لتنفيذ البرامج القائمة على الأدلة لتحسين العدالة الصحية لمجتمعات الأقليات العرقية والإثنية. 6

التعاون

3-2 تنمية وتعبئة الشراكات مع الوكالات الحكومية، والمنظمات غير الربحية، والمنظمات الأهلية، والمؤسسات التجارية، ومنظمات الرعاية الصحية لمعالجة الأسباب الجذرية للتفاوتات الصحية في مجتمعات الأقليات العرقية والإثنية. 7

التوصية 3: تحسين المحددات الاجتماعية للتفاوتات الصحية العرقية/الإثنية من خلال التعليم العام والتدخلات المجتمعية القائمة على الأدلة.

الاستراتيجيات

التعليم

- 1-3** تطوير مواد لتعليم العاملين في مجال الصحة العامة، وصناع السياسات، والعاملين بالصحة المجتمعية، ومقدمي الرعاية الصحية حول المحددات الاجتماعية للصحة والعدالة الصحية العرقية والإثنية.
- 2-3** وضع وتنفيذ منهج يركز على العدالة الاجتماعية ومكافحة العنصرية والكفاءة الثقافية لتنفيذه مع العاملين في MDCH.

التدخل المجتمعي

- 3-3** تكوين شراكات بين القطاعين العام والخاص لفتح ودعم محلات لخدمات البقالة بالكامل وحدائق لخدمة المجتمع في المجتمعات التي لا يتوافر لها الحصول على الغذاء الصحي.⁸
- 4-3** دعم تحسينات الأحياء لتعزيز فرص الحصول على الترفيه والنشاط البدني (على سبيل المثال: الحدائق الآمنة، وممرات المشي وركوب الدراجات، ووسائل النقل العامة).⁹
- 5-3** دعم برامج تنمية الطفولة المبكرة للأعمار من 3-5 سنوات.¹⁰
- 6-3** دعم برامج مساعدة المستأجرين (قسائم التأجير).¹¹
- 7-3** دعم التدخلات التي تهدف إلى الحد من التلوث وجرائم العنف في الأحياء.¹²
- 8-3** عقد الشراكات مع منظمات التعليم العالي ومنظمات تنمية القوى العاملة لتحديد وتكرار برامج التدريب المهني والوظيفي.¹³

التوصية 4: ضمان العدالة في الحصول على الرعاية الصحية الجيدة.

الاستراتيجيات

الحصول على الرعاية الصحية

- 1-4** ضمان التغطية التأمينية الشاملة والحصول على الرعاية الصحية الأساسية.¹⁴
- 2-4** تطوير برامج لبناء مهارات أفراد المجتمع والمرضى كي يكونوا أكثر اطلاعاً ومجهزين للانتقال بشكل فعال خلال نظام الرعاية الصحية.¹⁵

الكفاءة الثقافية

- 3-4** اعتماد وتطبيق معايير للخدمات المختصة ثقافياً ولغوياً (CLAS) على نطاق الإدارة.¹⁶
- 4-4** توفير تعليم وتدريب الكفاءة الثقافية، بما في ذلك التعليم حول العنصرية وغيرها من المحددات الاجتماعية للصحة، كجزء من تدريب جميع المشغلين بالمجال الصحي.¹⁷

تطوير قوى العمل

- 5-4** زيادة الموارد وتنفيذ استراتيجيات التوظيف والتدريب والاحتفاظ لزيادة عدد الأقليات العرقية والإثنية غير الممثلة في مهن الخدمات الصحية والاجتماعية، بما في ذلك العاملين بالوكالات والمواقع القيادية.¹⁸

التوصية 5: تعزيز مشاركة المجتمع وقدرته وتمكينه.

الاستراتيجيات

1-5 تأسيس مجموعة استشارية للعدالة الصحية على مستوى الولاية تتضمن المستهلكين، وأصحاب المصلحة من القطاعين العام والخاص، وصناع السياسات في تطوير مبادرات العدالة الصحية.¹⁹

2-5 زيادة التمويل والتدريب والتعاون لتعزيز قدرات المنح والخدمات للتحالفات والمنظمات القائمة التي لها سجلات مسار إيجابي في تعبئة أفراد المجتمع.²⁰

3-5 دعم وتوسيع نطاق البرامج والشراكات المحلية التي تكون موجهة بالمجتمع وابتكارية.²¹

4-5 تشجيع زيادة التركيز على الوقاية واعتماد المجتمع على ذاته، والاستفادة من أصول المجتمع وقدرته على التحمل وتعزيزها بما يحقق التحسن الصحي.²²

5-5 الدفاع عن السلطة الاجتماعية والاقتصادية والسياسية في مجتمعات الأقليات العرقية والإثنية لتيسير التوزيع العادل للموارد.

- ¹ State of Michigan. House Bill 4455, Section 2227; 2006. http://www.michigan.gov/documents/mdch/Public_Act_653_190873_7.pdf.
- ² National Research Council. *Eliminating Health Disparities: Measurement and Data Needs*. Washington, DC: The National Academies Press; 2004.
- ³ State of Michigan. House Bill 4455, Section 2227; 2006. http://www.michigan.gov/documents/mdch/Public_Act_653_190873_7.pdf.
- ⁴ State of Michigan. House Bill 4455, Section 2227; 2006. http://www.michigan.gov/documents/mdch/Public_Act_653_190873_7.pdf.
- ⁵ Massachusetts Office of Health Equity Web Page. Available through search at <http://www.mass.gov>
- ⁶ State of Michigan. House Bill 4455, Section 2227; 2006. http://www.michigan.gov/documents/mdch/Public_Act_653_190873_7.pdf.
- ⁷ Krieger J, Allen C, Cheadle A. Using community-based participatory research to address social determinants of health: lessons learned from Seattle Partners for Healthy Communities. *Health Educ Behav*. 2002;29:361-382.
- ⁸ Robert Wood Johnson Foundation Commission to Build a Healthier America. *Beyond Health Care: New Directions to a Healthier America*. Princeton, NJ: Robert Wood Johnson Foundation; 2009.
- ⁹ Centers for Disease Control and Prevention. Health Protection Goals and Objectives. Healthy People in Healthy Places. <http://origin2.cdc.gov/osi/goals/places/>
- ¹⁰ Task Force on Community Preventive Services. Recommendations to promote healthy social environments. *Am J Prev Med* 2003;24(3S):21-24.
- ¹¹ Task Force on Community Preventive Services. Recommendations to promote healthy social environments. *Am J Prev Med* 2003;24(3S):21-24.
- ¹² HDRMH Community Conversations 2009.
- ¹³ Boston Public Health Commission. *Mayor's Task Force Blueprint: A Plan to Eliminate Racial and Ethnic Disparities in Health*. <http://www.bphc.org/programs/healthequitysocialjustice/toolsandreports/Forms%20%20Documents/Center%20Reports%20and%20Tools/BPHCOHEBlueprint.pdf>.
- ¹⁴ Institute of Medicine. *Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care*. Washington, DC: National Academies Press;2003.
- ¹⁵ Boston Public Health Commission. *Mayor's Task Force Blueprint: A Plan to Eliminate Racial and Ethnic Disparities in Health*. <http://www.bphc.org/programs/healthequitysocialjustice/toolsandreports/Forms%20%20Documents/Center%20Reports%20and%20Tools/BPHCOHEBlueprint.pdf>.
- ¹⁶ State of Michigan. House Bill 4455, Section 2227; 2006. http://www.michigan.gov/documents/mdch/Public_Act_653_190873_7.pdf
- ¹⁷ Boston Public Health Commission. *Mayor's Task Force Blueprint: A Plan to Eliminate Racial and Ethnic Disparities in Health*. <http://www.bphc.org/programs/healthequitysocialjustice/toolsandreports/Forms%20%20Documents/Center%20Reports%20and%20Tools/BPHCOHEBlueprint.pdf>.

¹⁸ Institute of Medicine. *In the Nation's Compelling Interest: Ensuring Diversity in the Health Care Workforce*. Washington, DC: National Academies Press;2004.

¹⁹Grumbach K, Mendoza R. Disparities in human resources: addressing the lack of diversity in the health professions. *Health Affairs*. 2008;27: 413-422.

²⁰ State of Michigan. House Bill 4455, Section 2227; 2006. http://www.michigan.gov/documents/mdch/Public_Act_653_190873_7.pdf

²¹ Alameda County Public Health Department. Strategic Plan 2008-2013. <http://www.acphd.org/healthequity/strategic/docs/ACPHD%20STRATEGIC%20PLAN.pdf>.

²² HDRMH Community Conversations 2009.

أفضل الممارسات في مجال العدالة الصحية

التوصية 1: تحسين جمع البيانات ونظم البيانات والحصول على البيانات.

في هذا القسم:

طبقاً للجان الخبراء، يجب أن تتضمن بيانات رصد وتقييم العدالة الصحية والعدالة في مجال الرعاية الصحية العرقية والإثنية بحد أدنى معلومات عن العرق والإثنية، واللغة الأساسية، ومعايير للوضع الاجتماعي والاقتصادي كالدخل أو التعليم.^{1، 2} توفر هذه المؤشرات معلومات مفصلة ومفيدة لرصد وفهم وتحسين التفاوتات الصحية عن العرق والإثنية وحدهما. ويجب إجراء مسح دورية تستهدف المجموعات والمجموعات الفرعية العرقية والإثنية غير الممثلة جيداً في المسوح القياسية الفدرالية أو الخاصة بالولاية.³ علاوة على ذلك، فقد أوضحت القوانين واللوائح التي تفرض جمع بيانات موحدة من نظم الرعاية الصحية وغيرها من المؤسسات لتحسين توافر واكتمال البيانات العرقية والإثنية التي يمكن استخدامها لرصد الفوارق والعدالة الصحية.^{4، 5}

تشمل بيانات العدالة الصحية مجموعة واسعة من النواتج والمحددات الصحية. وتضم المعايير الهامة نواتج صحية (مثل: أمراض القلب، والسرطان، ووفيات الأطفال)، وسلوكيات صحية (مثل: التغذية والنشاط البدني)، والرعاية الصحية (مثل: الصحة الوقائية، والتغطية التأمينية).^{6، 7} علاوة على ذلك، تشمل بيانات العدالة الصحية مؤشرات المحددات الاجتماعية والاقتصادية والبيئية التي تحسن أو تضر الصحة. فعلى سبيل المثال، تشمل بيانات المحددات الاجتماعية عادة معايير الوضع الاجتماعي والاقتصادي بالإضافة إلى المؤشرات البيئية أو المتعلقة بالحي كجودة الهواء، وظروف السكن، والموارد الغذائية والترفيهية، وجودة معايير الحياة كالتعرض لجرائم العنف.⁸

وتشمل مصادر بيانات المحددات الاجتماعية ومؤشرات العدالة الصحية بيانات التعداد، ونظم الإحصاءات الحيوية، والمسوح الأسرية. ويمكن أن تمنح بيانات المناطق الصغيرة على مستوى الدولة أو المدينة أو الرمز البريدي بيانات عن فئات عرقية أو إثنية أو غيرها من الفئات المستهدفة غير المحددة في قواعد البيانات الوطنية أو الخاصة بالولاية.⁹ وتفيد نظم المعلومات الجغرافية بشكل خاص في تقديم البيانات على مستوى المناطق أو المجتمعات. علاوة على ذلك، فإن بيانات من يتم مقابلتهم وعلاجهم من المرضى من نظم الرعاية الصحية المصنفة حسب العرق أو الإثنية أو غيرها من المحددات الجغرافية في رصد التفاوتات في الحصول على الرعاية الصحية وجودتها.¹⁰ كما تفيد البيانات الإدارية من نظم الخدمات الاجتماعية في رصد أداء الخدمات والحصول عليها والاستفادة من موارد المجتمع. ويتوافر توجيه أكثر تفصيلاً حول تحسين نظم جمع بيانات العدالة العرقية/الإثنية والصحية للولايات وللقطاع الخاص.¹¹

خامساً: أفضل الممارسات في مجال العدالة الصحية

على المستوى المحلي قائمة شاملة بمؤشرات المحددات الاجتماعية للصحة في 12 بعد، بما في ذلك الأبعاد الاقتصادية والبيئية والسياسية والصحة العامة والنفسية الاجتماعية. كما تتوفر أيضاً مصادر قواعد البيانات لكل مؤشر.¹²

تتيح دولة الولايات المتحدة الأمريكية 20 مؤشر صحي واقتصادي للجمهور على شبكة الانترنت. ويتم جمع البيانات على مستوى المقاطعات لمتوسط العمر المتوقع، وانتشار الأمراض المزمنة، والأيام غير الصحية بدنياً وعقلياً، والمعلومات المتعلقة بالنظم الصحية مثل التغطية التأمينية والخدمات الوقائية وغيرها من المؤشرات الصحية ومؤشرات الرعاية الصحية الأساسية.¹³

” بتصنيف بيانات المحددات الصحية (مثل: السلوكيات الشخصية، والظروف المجتمعية/البيئية، وسياسات الصحة العامة، والرعاية السريرية) والنواتج الصحية من مصادر متعددة فدرالية وخاصة بالولاية يتم تنظيمها وتصنيفها بحسب الولاية. وتتيح المعايير الملخصة الموزونة عقد مقارنات بين الولايات للمؤشرات الصحية والفوارق الجغرافية. كما يتيح الموقع التفاعلي على شبكة الانترنت للمستخدمين استرجاع البيانات الحالية والطولية على حسب الولاية.¹⁴

على جميع المستشفيات ومراكز الصحة المجتمعية في بوسطن جمع وتبليغ البيانات عن العرق والإثنية واللغة المفضلة وأعلى مستوى تعليمي لهيئة الصحة العامة. وتستخدم هذه البيانات لتقييم جودة الرعاية الصحية.¹⁵

البيانات انطلاقة من دترويت (D3) Data Driven Detroit (D3) هي منظمة غير ربحية بولاية ميشيغان توفر القيادات والخبرات في جمع البيانات المجتمعية، والتقييم والبحوث لإحداث تغيير إيجابي في دترويت ومنطقتها الحضرية. ويدعم عمل D3 المنظمات العاملة في مجال الخدمات البشرية والتعليم والصحة التوظيف وبرامج وسياسات تنمية المجتمع

التوصية 2: تعزيز قدرة الحكومة والمجتمع والشراكات لتحسين التفاوتات العرقية والإثنية.

يزداد احتمال أن تكون برامج العدالة الصحية أكثر فعالية مع تنفيذ نهج النظم والمساءلة رفيعة المستوى على أهداف العدالة الصحية. ويمكن لنهج النظم أن تتضمن التخطيط الاستراتيجي الذي يدمج أهداف العدالة الصحية والمساءلة بين العاملين في المؤسسات والبرامج.¹⁶ لتنمية القدرة، يمكن تزويد الموارد من مصادر تمويل عديدة لتعزيز البنية التحتية والبرامج وتنمية شراكات مفيدة للطرفين لمعالجة التفاوتات الصحية.¹⁷

يتطلب تحقيق أهداف العدالة الصحية شراكات واسعة وتعاوناً عبر مختلف القطاعات بما في ذلك أصحاب المصلحة من القطاع الحكومي (كل من وكالات الصحة العامة وغير الرسمية)، وغيرهم من أصحاب المصلحة من القطاعين العام والخاص، والمستهلكين. وعلاوة على ذلك، سيساعد ارتفاع مستوى المساءلة السياسية في تيسير تحقيق أهداف العدالة الصحية.

ويتمثل دور الحكومة في ضمان العدالة الصحية في تيسير الأطر السياسية التي توفر الأساس للتحسن الصحي العادل؛ وتوفير أو ضمان الخدمات الأساسية وحماية حقوق الإنسان، وجمع ورصد البيانات بشكل منهجي عن النواتج الصحية للسكان والمحددات الاجتماعية للصحة.¹⁸

خامساً: أفضل الممارسات في مجال العدالة الصحية

تقوم وكالات الصحة العامة بدور خاص في السعي نحو تحقيق العدالة الصحية للمجتمعات. ويمكن لهيئات الصحة العامة أن تقوم بجمع البيانات ذات الصلة، ورفع الوعي، والدفاع عن السياسات التي تعزز العدالة الصحية، وتنسيق التمويل والبرامج لمعادلة الموارد لتحقيق العدالة الصحية.¹⁹ كما يمكن لوكالات الصحة العامة أيضاً أن تعيد موازنة خدمات الصحة العامة الأساسية بحيث تشمل التركيز على الأسباب الجذرية للتفاوتات الصحية.²⁰

ويمكن أن تعمل منظمات المجتمع المحلي والسكان معاً لتعبئة وتمكين المجتمعات حول العدالة الصحية والاجتماعية، وتقديم الدعوة واستشارة الخبراء، والتدريب، والدعم التقني لمبادرات العدالة الصحية، وتصميم وتنفيذ برامج مجتمعية قائمة على الخبرات المشتركة وأفضل الممارسات.²¹

الشركات أيضاً لديها اهتمام مكتسب بالعدالة الصحية لموظفيها. وتبين البحوث أن التفاوتات الصحية والتفاوتات في مجال الرعاية الصحية تتواجد حتى إذا حصل العاملون على مميزات متساوية.²² ويثبت أرباب العمل الذين يعالجون التفاوتات الصحية ويدعمون الرعاية الصحية الجيدة التزامهم بتحسين الصحة والإنتاجية وجودة الحياة للعاملين لديهم وأسره.²³

البرامج الوطنية

(ASTHO). يقر هذا البيان بأهمية معالجة المحددات الاجتماعية التي تكمن وراء التفاوتات الصحية. وتشمل الأنشطة المقترحة الدعوة إلى السياسات والبرامج التي تعزز العدالة الصحية ورصد وتقييم البرامج بحيث تكون قائمة على الأدلة. ويتم تشجيع الوكالات التابعة للولاية على العمل كمصدر رئيسي للعدالة الصحية، ورفع الوعي العام، وجمع البيانات ذات الصلة، ومشاركة المجتمعات في وضع استراتيجيات العدالة الصحية، وتمويل وتقييم البرامج الابتكارية التي تعزز العدالة الصحية.²⁴

. تحدد هذه الوثيقة نهج العدالة الصحية التي تتوافق مع خدمات الصحة العامة الأساسية. على سبيل المثال، توجيهات لرصد الوضع الصحي وحماية الناس من المخاطر الصحية تركز على الأوضاع الاجتماعية والمعيشية التي تؤدي إلى التفاوتات الصحية، وبخاصة بين مجموعات السكان ذات العبء الزائد والموارد الاجتماعية والاقتصادية غير الملائمة. كما تؤكد المبادئ التوجيهية أيضاً على العمل مع المجتمعات على تحديد التفاوتات الصحية والقضاء عليها والتقييم والتثقيف والتدريب لضمان وجود القوى العاملة الصحية المقتردة لمعالجة التفاوتات الصحية بفعالية. وتتضمن العناصر الأخرى المميزة لتعزيز العدالة العبارات والسياسات المؤثرة على الصحة لتحسين الظروف الاجتماعية الاقتصادية وظروف الأحياء والظروف البيئية.²⁵

من خلال ممارسة الصحة العامة: دليل للعمل. يقدم هذا المورد من تأليف NACCHO ووزارة الصحة بمقاطعة إنغهام العديد من دراسات الحالة لنهج الصحة العامة المحلية لتحويل ممارسة الصحة العامة نحو العدالة الاجتماعية والتنصدي لحالات التفاوتات الصحية مثل الحرمان الاقتصادي والتمييز العرقي والتمييز بين الجنسين. وتوجد كذلك أمثلة النهج المنظومية لبناء القدرات المؤسسية والمجتمعية لمعالجة التفاوتات الصحية.

خامساً: أفضل الممارسات في مجال العدالة الصحية

. تعرف دائرة الصحة العامة في مقاطعة ألاميدا (سان فرانسيسكو، كاليفورنيا) بقوتها في التخطيط الاستراتيجي والذي يهدف إلى تحويل ثقافتها التنظيمية ومحاذاة العمل اليومي لتحقيق العدالة الصحية. وتشمل خططهم الاستراتيجية لتحقيق العدالة الصحية أيضاً أهداف للدفاع عن السياسات التي تعالج الأوضاع الاجتماعية التي تؤثر على الصحة، وتنمية وتوسيع الشراكات الموجهة بالمجتمع والابتكارية²⁷ ويدعم برنامجهم تشريعات تفرض على دائرة الصحة أن تقدم خدمات تعالج المحددات الاجتماعية للصحة. وتشمل اللغة القانونية لدائرة الخدمات الصحية ما يلي: "أن دائرة الصحة ستقدم ... خدمات موجهة إلى العوامل الاجتماعية التي تؤثر على الصحة، والتي قد تشمل التخطيط المجتمعي، وتقديم المشورة، والتشاور، والتعليم، والدراسات الخاصة"²⁸

، مركز العدالة الصحية والاجتماعية. لقد عرفت لجنة بوسطن للصحة العامة (BPHC) وطنياً بجهودها للتصدي للعنصرية المؤسسية وغيرها من أشكال القمع التي تتسبب في التفاوتات وعدم المساواة. وتدعم اللجنة إطاراً لمناهضة العنصرية في جميع أنحاء المنظمة، وإعادة تركيز نشاطاتها الخارجية لتركز على الفوارق الصحية العرقية والإثنية. وتتمثل المحددات الاجتماعية الأخرى التي تتناولها BPHC الفرص الاجتماعية والتعليم والسكن والعزل السكني والأحياء الآمنة والحصول على الغذاء بالإضافة إلى الحصول على الرعاية الصحية الجيدة. وقد أنشأت BPHC أيضاً شراكة جديدة مع نيو إنجلاند للعدالة الصحية والتي تعمل على إحداث تغييرات مؤسسية ومجتمعية في السياسات والبرامج والممارسات التي تساعد على المحافظة على عمل العدالة الصحية. كما تقدم الشراكة من أجل العدالة الصحية أيضاً المساعدة التقنية والتدريب والموارد لمبادرات العدالة الصحية. وتعزز التعلم التعاوني من الشركاء المحليين والإقليميين المشاركين في أعمال العدالة الصحية. وآخر الإنجازات البارزة لـ BPHC عملها الذي يتطلب جمع البيانات العرقية والإثنية بين مؤسسات الرعاية الصحية. فأنشأت اللجنة لائحة لجمع البيانات التي ألزمت جميع المستشفيات ومراكز الصحة المجتمعية في بوسطن بجمع المعلومات الديموغرافية عن العرق والإثنية واللغة المفضلة وتثقيف جميع المرضى. وستساعد هذه المعلومات في تحديد والحد من الفوارق في الممارسة الإكلينيكية والنواتج.²⁹

. يقع هذا المكتب ضمن المكتب التنفيذي للخدمات الصحية والبشرية. ويساعد الموضع التنفيذي لمكتب العدالة الصحية على تأكيد الالتزام المؤسسي بالعدالة الصحية على مستويات القيادة العليا.³⁰

. تضم دائرة صحة أوهايو العدالة والعدالة الاجتماعية باعتبارهما أحد مبادئها الأساسية العشر. وقد حددت الدائرة التزامها بتحديد ومعالجة الأسباب الجذرية للتفاوتات الصحية، والسعي الحثيث لتعزيز القرارات والسياسات التي تهدف إلى إرساء العدالة، وتمكين المجتمعات؛ وجعل مسألة العدالة والإنصاف واضحة والسعي نحو تحقيق تغيير دائم مستدام.³¹

برامج ولاية ميتشجان

653) يمنح أيضاً سلطة قانونية للتصدي للتفاوتات الصحية من خلال برنامج الحد من التفاوتات الصحية في وزارة الصحة المجتمعية بولاية ميتشجان. ويوجه مشروع القانون البرنامج لإجراء وتنسيق أنشطة مثل رصد التقدم الصحي المحرز للأقليات؛ وتوفير الوعي الصحي والمصادر والمساعدة التقنية؛ وإنشاء سياسات واستراتيجيات وتمويل برامج صحة الأقليات، من بين أمور أخرى تفرض تحسين صحة الأقليات.³²

خامساً: أفضل الممارسات في مجال العدالة الصحية

مبادرة صحة الرجال الأمريكيين الأفارقة (AAMHI): *Check UP! or Check OUT! (CUCO)* يتناول البرنامج الاعتلال غير المتناسب وحالات الوفاة المبكرة بين الرجال الأمريكيين الأفارقة في ولاية ميتشجان. تتمثل أهداف البرنامج في تقليل الحواجز على مستوى نظام الرعاية الصحية الوقائية في نظام مقدم رعاية صحية بإدارة واحدة على الأقل، وزيادة المعرفة بين الأمريكيين الأفارقة المستهدفين من الذكور بالمخاطر الصحية الخاصة بهم عن طريق التسويق الاجتماعي المقنن ثقافياً والحملة الإعلامية. وقد تم تشكيل مجلس المجتمع الاستشاري CUCO واختيار أعضاؤه بناء على خبراتهم في تقديم رؤى وأراء قيمة حاسمة وملاحظات مع التوجيه الاستراتيجي لحركة المشروع. بالإضافة إلى ذلك، تم تشكيل مكتب للمتحدثين لنشر معلومات المشروع والفوارق الصحية بدقة وعلى النحو المناسب من خلال المشاركة في المحاضرات والعروض.

حملة *Color Me Healthy*. تم بدأ هذه الحملة على مستوى الولاية في عام 1994 وتعزز سلوكيات أنماط الحياة الصحية وتسلب الضوء على بعض التغييرات الإيجابية التي حدثت في الحالة الصحية لسكان ولاية ميتشجان من الملونين. وقد تم إعادة إنعاش حملة *Color Me Healthy* من خلال حملة إعلانية تهدف إلى تسليط الضوء على البرامج الصحية والخدمات العامة في ولاية ميتشجان التي تتناول القضاء على الفوارق الصحية.

ي للصحة المجتمعية في جميع أنحاء الولايات المتحدة (ريتش يو إس). لقد التزم ريتش يو إس لمقاطعة جينيسي بالحد من الفجوة العرقية في وفيات الرضع في مقاطعة جينيسي من خلال تدخلات بالنظام الصحي المجتمعي متعددة الأوجه تشمل: (أ) تعليم "التراجع عن العنصرية"؛ (ب) تعبئة المنظمات الشعبية لمعالجة المحددات الاجتماعية للفوارق الصحية؛ (ج) توحيد أدوات التقييم لما قبل الولادة لمعالجة المحددات الاجتماعية والعوامل النفسية والاجتماعية في صحة الأم والطفل بشكل أفضل؛ (د) برامج تعزيز الصحة ومجموعات دعم للنساء الحوامل والمراهقين والكبار؛ (هـ) مشاركة المجتمع في مراقبة ومراجعة حالات وفيات الرضع؛ (و) تدريب الكفاءات الثقافية للأطباء المقيمين والصحة العامة وطلاب العمل الاجتماعي والعاملين الاجتماعيين؛ و (ي) سياسة العمل على تطوير نظام متكامل محلي وإقليمي للرعاية لما حول الولادة. ويكون عملهم مدفوعاً بعقد شراكات بين القطاعات المتداخلة والنهج المجتمعية التشاركية.³³

مبادرات العدالة الاجتماعية لمقاطعة إنغام. يسرت دائرة صحة مقاطعة أنغام مجموعة من الحوارات لمنظماتها حول قضايا العدالة الاجتماعية الهامة بما في ذلك العنصرية المؤسسية، والوضع الاجتماعي الاقتصادي، والاستغلال الطبقي، وعدم المساواة بين الجنسين. 34(صفحة 33-57) وكانت الحوارات تركيزاً لهدف مشروع أكبر لتحويل الممارسات الداخلية وتوضيح دور دائرة الصحة في معالجة قضايا العدالة الاجتماعية. وتم تصميم الحوارات لأخذ وجمع وتحليل الحكمة الجماعية لمجموعة من الأفراد للإجابة عن سؤال محدد، من خلال المشاركة على أوسع نطاق وتحقيق أكبر قدر ممكن من ملكية القرارات الناتجة. حيث اشترك العاملون والشركاء في تدريبات تفاعلية وتناولوا أسئلة من قبيل: كمنظمة، ما الذي نحتاج إلى فعله للقضاء على العنصرية المؤسسية والاستغلال الطبقي باعتبارها السبب الجنري للتفاوت الصحي؟ وكانت المقترحات الرئيسية التي نتجت عن هذه العملية في جوانب إصلاح السياسة، والتغطية الإعلامية المسنولة، والشراكات المجتمعية حول العدالة الاقتصادية، والتغييرات في الوعي، والمحاسبة، وتركيبية قوى العمل في مجال الصحة العامة.

دائرة الصحة العامة لمقاطعة ساجينو (SCDPH). لدي SCDPH تركيزاً ثابتاً على التفاوتات الصحية مع أخذ الظروف البيئية التي تؤثر على الصحة في المجتمع في الاعتبار. وقد راجعت الوكالة خططها الإستراتيجية لإدماج تعزيز العدالة الصحية كأولوية. ونظراً لمعدلات وفيات الرضع الأمريكيين الأفارقة الثابتة وغير المتناسبة،

خامساً: أفضل الممارسات في مجال العدالة الصحية

تدرس SCDPH العوامل غير التقليدية مثل القواعد الزمانية والمكانية ومجموعات أنماط الولادة السلبية ووفيات الأطفال لفهم أفضل للمحددات القاصية لصحة الأم والطفل مثل التعرض للمخاطر البيئية المادية وعدم الحصول على الخدمات الصحية الجيدة. كما أن SCDPH مشتركة كذلك في مشروع لوضع مقياس لتصنيف الخصائص السكانية وخصائص الأحياء والذي يمكن استخدامه كأداة فعالة من حيث التكلفة لتحديد الأسر و/أو الأحياء في المجتمعات الأمريكية التي تشكل الخطر الأكبر على صحة الأطفال. ويؤمل أن تساعد الأداة في نقل الميدان لأبعد من النهج الفئوية القاصرة نحو فهم أفضل لمشكلات الصحة العامة المتعددة المرتبطة بالسكن غير اللائق وعوامل الخطورة في الأحياء.

التوصية 3: تحسين المحددات الاجتماعية للتفاوتات الصحية.

وبصفة عامة، تكون العوامل الاجتماعية أكثر تأثيراً في إنتاج وإعادة إنتاج التفاوتات الصحية عن عاملي الرعاية الصحية أو المخاطر الفردية.^{35، 36} وبالتالي، فمن المهم معالجة المحددات الاجتماعية الأساسية للصحة من أجل الحد من التفاوتات الصحية.³⁷ وتتمثل إحدى استراتيجيات تيسير نجاح مبادرات العدالة الصحية في رفع الوعي بالمحددات الاجتماعية للصحة بين صناعات السياسات/القرارات والجمهور العام.³⁸ ويساعد مزيد من الاهتمام بقضايا المحددات الاجتماعية في إيجاد الدعم وزيادة الموارد والشرائح من أجل استمرار أنشطة العدالة الصحية.

لاحظ تقرير معهد الطب بعنوان *مستقبل صحة الجمهور في القرن الحادي والعشرين* أن العوامل الاجتماعية والبيئية تخلق مخاطر صحية كبيرة للأفراد والمجتمعات.³⁹ وعزز التقرير أن الاستثمار بقوة في الرعاية الشخصية كان إستراتيجية محدودة لتعزيز صحة المجتمع، كما أبرز محدّدات اجتماعية هامة لتناولها مثل الطبقة الاجتماعية، والضغط، ووسائل المواصلات، والتوظيف، والحصول على الطعام الصحي.

وتؤكد المصادر أن الوضع الاجتماعي والاقتصادي يعد مؤشراً قوياً على الوضع الصحي.^{40، 41} حيث يرتبط زيادة دخل الفرد بتحسين صحة الفرد والمجتمع وللمحدّد من تفاوت الدخل بين الغني والفقير فوائد إيجابية للأفراد ذوي مستويات الدخل المتدنية في السلم الاجتماعي الاقتصادي.^{42، 43}

ويلفت تركيز العدالة الصحية الانتباه أيضاً إلى الأحياء والبيئات التي يعيش السكان ويتعلمون ويعملون ويلعبون فيها.⁴⁴ ويعد تحسين البيئة المبنية استراتيجية هامة لتعزيز النشاط البدني،⁴⁵ والحد من الإصابات والعنف، وتعزيز الهواء الآمن عالي الجودة، والمياه، والغذاء، والتخلص من الفضلات في المجتمعات التي تزداد فيها الخطورة.⁴⁶ أما الظروف الاجتماعية الأخرى التي تحدد الصحة فتتمثل في التعليم،⁴⁷ والحصول على الطعام الصحي، والإسكان،⁴⁸ وأحوال الأحياء،⁴⁹ والعنف، والتفرقة⁵⁰ والتمييز العرقي والإثني.⁵¹ وتعد العدالة البيئية مكوناً مهماً من مكونات العدالة الصحية. حيث تكثر ملاحظة التلوث والنفايات في الأحياء منخفضة الدخل وأحياء الأقليات والتي يمكن أن تؤدي إلى مخاطر صحية للمجتمعات بأكملها.

تعزيز فرص الحصول على الغذاء الصحي هي إستراتيجية تدخل ممكنة للحد من التفاوتات الصحية.^{52، 53} ويعتبر الحصول على الغذاء الصحي محدداً اجتماعياً لأنه يرتبط بالأوضاع الهيكلية مثل سحب استثمارات الأحياء التي تحد من الموارد الصحية على نحو غير متناسب (على سبيل المثال، محلات البقالة للخدمة الكاملة والفواكه الطازجة والخضروات) في الأحياء منخفضة الدخل وأحياء الأقليات. وينظر إلى التفاوتات الهيكلية وضعف فرص الحصول على الغذاء

خامساً: أفضل الممارسات في مجال العدالة الصحية

باعتبارها الأسباب الجذرية لعدم كفاية التغذية، على الرغم من أن العوامل الثقافية والسلوكية يمكن أن تكون جزءاً من المشكلة أيضاً.

يأتي الدليل على فعالية تدخلات محددة لتعزيز البيئات الصحية والاجتماعية من المراجعات المنهجية المبينة في دليل الخدمات الوقائية للمجتمعات.54 وقد استدل الدليل استناداً إلى معايير صارمة على تحسن الوضع الصحي والاجتماعي مع برامج تنمية الطفولة المبكرة وبرامج مساعدة المستأجر.55

وقد حسنت برامج تنمية الطفولة المبكرة للأطفال في سن 3-5 النمو المعرفي والتحصيل الأكاديمي.56 ويمكن أن تحفز هذه التحسينات مساراً إيجابياً مواتياً للنواتج الصحية والاجتماعية على مدى الحياة. أما برامج المساعدة الإيجارية على أساس المستأجر (والتي وفرت قسائم للأشخاص ذوي الدخل المنخفض للعيش في سكنهم المفضل) فقد ثبت أنها تحد من الإيذاء وتحسن أمان الحي.57

تشمل التدخلات الصحية الاجتماعية والبيئية الأخرى: الحصول على الرعاية الصحية الجيدة والتغطية، الإسكان الآمن وبأسعار معقولة، أحياء آمنة؛ أصول الأحياء، جودة النظم التعليمية، التدريب الوظيفي وفرص العمل، التماسك الاجتماعي، والمشاركة المجتمعية، والفعالية الجمعية، وظروف العمل، وستساعد الدراسات المستقبلية عن هذه الجوانب في تعزيز قاعدة الأدلة للحد من التفاوتات الصحية من خلال العمل على المحددات الاجتماعية للصحة.

لجنة منظمة الصحة العالمية حول المحددات الاجتماعية للصحة. تتمثل أولويات هذه الهيئة في ثلاثة إجراءات رئيسية لتحسين المحددات الاجتماعية للصحة والحد من التفاوتات الصحي: تحسين ظروف المعيشة اليومية، ومعالجة التوزيع غير العادل للسلطة والمال والموارد، وفهم المشكلة وتقييم العمل. ولدى اللجنة قائمة واسعة بتقارير المحددات الاجتماعية للصحة والموارد متاحة على موقعها على شبكة الانترنت.58، 59

تعزيز العدالة الصحية: دليل للموارد لمساعدة المجتمعات في معالجة المحددات الاجتماعية للصحة. يقدم هذا الكتيب أمثلة من الميدان لبرامج تعمل على تحسين المحددات الاجتماعية للصحة في المجتمعات المحلية. ويبتضمن المورد أيضاً دليل خطوة بخطوة لممارسي وشركاء الصحة العامة الذين يسعون إلى تطوير وتنفيذ وتقييم ودعم الشراكات والمبادرات المحلية لمعالجة تفاوتات المحددات الاجتماعية للصحة.60

الأسباب غير الطبيعية ... هل تتسبب عدم المساواة في إصابتنا بالأمراض؟ تستكشف سلسلة الفيديو الوثائقية المكونة من سبعة أجزاء التفاوتات العرقية والاجتماعية الاقتصادية في مجال الصحة. ويوجد بالموقع قائمة واسعة بالموارد التي يمكن للمجتمعات استخدامها لتيسير المحادثات والإجراءات حول التفاوتات الاجتماعية والصحية.61

ما بعد الرعاية الصحية: اتجاهات جديدة نحو أمريكا أكثر صحة. هذا التقرير من قبل لجنة مؤسسة روبرت وود جونسون لبناء أمريكا أكثر صحة يسلط الضوء على التدخلات لإحداث تغييرات مؤسسية وبيئية لدعم السلوكيات الصحية، بما في ذلك برامج الحصول على الأطعمة المغذية، وبرامج نمو الطفولة المبكرة، وبرامج معافاة الأحياء وأماكن العمل.62

شراكة ديترويت للبيئات الصحية. شراكة المجتمعات الصحية (HEP) هي شراكة بحثية مجتمعية تشاركية مع التركيز على فهم وتعزيز صحة القلب في أحياء ديترويت. وتعمل الشراكة على دراسة وتطوير

خامساً: أفضل الممارسات في مجال العدالة الصحية

التدخلات لمعالجة الجوانب الاجتماعية والمادية التي تسهم في الفوارق العنصرية والاجتماعية والاقتصادية في الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية.⁶³

. تبرز هذه المنظمة بحوث وسياسات وبرامج الوقاية التي تشتمل على نهج شاملة ومتكاملة لحل القضايا الصحية والاجتماعية المعقدة. وتلخص المجتمعات على مستوى البلاد التي تعمل على تحسين العدالة الصحية حول الإصابات والعنف، والبيئات المبنية، والحصول على الغذاء الصحي، والنشاط البدني، والعدالة العرقية والاجتماعية. كما أنهم يتميزون بوحدات التدريب على شبكة الانترنت حول العدالة الصحية والوقاية من العنف.⁶⁴

التوصية 4: ضمان الحصول على الرعاية الصحية الجيدة

إن الفوارق الصحية من حيث العرق والإثنية والدخل متفشية في نظام الرعاية الصحية لدينا. وقد أبرز تقرير معهد الطب *العلاج المتفاوت: مواجهة الفوارق العرقية والإثنية في الرعاية الصحية* الاختلافات في جودة الرعاية المقدمة للأقليات العرقية والإثنية وحتى بعدما تم أخذ الدخل، وتغطية التأمين الصحي، وحدة المرض، ونوع منشأة الرعاية الصحية في الاعتبار.⁶⁵ حيث اعترف التقرير بأن هذه الفوارق الصحية تحدث في سياق أعرض من التفاوت الاجتماعي والاقتصادي والتمييز العرقي والإثني في العديد من قطاعات المجتمع. وتشمل التوصيات المختارة للحد من الفوارق الصحية ما يلي من التقرير والذي تم تبنيها خارطة طريق *العدالة الصحية لولاية ميتشجان*:

- زيادة وعي مقدمي الرعاية الصحية بالفوارق.
- زيادة نسبة الأقليات غير الممثلة الأمريكية بين المهنيين في مجال الصحة.
- تنفيذ البرامج التعليمية لزيادة معرفة المرضى بكيفية الحصول على الرعاية بأفضل شكل والمشاركة في اتخاذ قرارات العلاج.
- دمج التعليم متعدد الثقافات في تدريب جميع العاملين في مجال الصحة.
- جمع البيانات وتقديم التقارير عن عرق المريض، وإثنيته، ووضع الاجتماعي، ولغته الأساسية لرصد الفوارق في الرعاية الصحية وتضمينها في معايير الأداء.

يعد حصول الجميع على تغطية تأمينية صحية مطلباً حاسماً للعدالة الصحية. ومع ذلك، فإن التغطية التأمينية لا تضمن الرعاية الصحية المثلى. وتشمل الهياكل الداعمة الأخرى تطوير قوى عمل مختصة في التعامل مع فئات متنوعة عرقياً وإثنيًا من المرضى، بما في ذلك الأشخاص الذين تكون لديهم لغة أساسية أخرى غير اللغة الإنجليزية.

لا يزال هناك المزيد من العمل حول تأثير النظم الصحية المقننة ثقافياً.⁶⁷ ففي الوقت الحاضر، لا يوجد دليل علمي كاف على قدرة هذا التدخل على الحد من التفاوتات العرقية والإثنية. ومع ذلك، تبشر النظم الصحية المقننة ثقافياً بشكل كبير بتحسين الرعاية الصحية، وقد تم اعتماد الاستراتيجيات من جانب الوكالات العامة والخاصة والعديد من النظم الصحية.

توجه المعايير الوطنية للخدمات الملائمة ثقافياً ولغوياً (*CLAS*) إلى منظمات الرعاية الصحية لدمج الخدمات الصحية الملائمة في جميع جوانب المنظمة التي تكون في شراكة مع المجتمعات التي يتم خدمتها بطريقة لتعزيز الامتثال لقوانين الحقوق المدنية. وتتناول المعايير البالغ عددها 14 الرعاية المقننة ثقافياً، وخدمات الحصول على اللغة، ودعم التنظيمي للقدرة الثقافية.⁶⁸

التوصية 5: تعزيز المشاركة المجتمعية وقدرة المجتمع وتمكينه

تشير قدرة المجتمع إلى الموارد والبنى التحتية والعلاقات والعمليات التي تمكن المجتمع من إحداث تغيير. وتساعد النهج المجتمعية القائمة على المشاركة والتمكين في التفكير في نقاط قوة المجتمع التي يمكن تعيبتها للمساعدة في الحد من التفاوتات.^{69، 70}

تعد البحوث التشاركية المجتمعية أحد الاستراتيجيات التي يمكن أن تعظم القرارات والاستراتيجيات الموجهة من قبل المجتمع لمعالجة المحددات الاجتماعية للصحة.⁷¹ فعلى سبيل المثال، يمكن لبعض الاستراتيجيات التي تقيم الآثار المتوقعة على صحة المجتمع أن تشرك المجتمعات في تقييم الأثر الصحي لمشروعات الإسكان والبنية التحتية.^{72، 73}

. يوفر هذا المورد على شبكة الانترنت المئات من الأدوات وتوجيه عملي خطوة بخطوة على بعض مهارات بناء المجتمع.⁷⁴

. كتاب تمهيدي حول تنظيم المجتمع من إطار التمكين.⁷⁵

(*THRIVE*). هذه الأداة التفاعلية من معهد الوقاية توفر توجيهاً لتقييم المجتمع والتدخل الذي يعتمد المرونة المجتمعية لتحسين النتائج الصحية.⁷⁶

المراجع

- ¹ National Research Council. *Eliminating Health Disparities: Measurement and Data Needs*. Washington, DC: The National Academies Press; 2004.
- ² Institute of Medicine. *Race, Ethnicity, and Language Data: Standardization for Health Care Quality Improvement*. Washington, DC: The National Academies Press; 2009.
- ³ National Research Council. *Eliminating Health Disparities: Measurement and Data Needs*. Washington, DC: The National Academies Press; 2004.
- ⁴ National Research Council. *Improving Racial and Ethnic Data on Health: Report of a Workshop*. Washington, DC: National Academies Press; 2004.
- ⁵ Boston Public Health Commission. Data Collection Regulation. http://www.bphc.org/boardofhealth/regulations/Forms%20%20Documents/regs_data-collection_12-June-06.pdf
- ⁶ United Health Foundation. *America's Health Rankings, 2009 Edition*. <http://www.americashealthrankings.org/2009/report/AHR2009%20Final%20Report.pdf>.
- ⁷ Institute of Medicine. State of the USA. <http://susa.yangllc.com/>

- ⁸ Hillemeir M, Lynch J, Harper S, Casper M. Data Set Directory of Social Determinants of Health at the Local Level. http://www.cdc.gov/dhdsp/library/data_set_directory/pdfs/data_set_directory.pdf.
- ⁹ Nolen LB, Braveman P, Dachs NW, et al. Strengthening health information systems to address health equity challenges. *Bull World Health Organ.* 2005;83:595-603.
- ¹⁰ Smedley BD, Stith AY, Nelson AR, eds. *Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Healthcare.* Washington, DC: National Academies Press; 2003.
- ¹¹ National Research Council. *Improving Racial and Ethnic Data on Health: Report of a Workshop.* Washington, DC: National Academies Press; 2004.
- ¹² Hillemeir M, Lynch J, Harper S, Casper M. Data Set Directory of Social Determinants of Health at the Local Level. http://www.cdc.gov/dhdsp/library/data_set_directory/pdfs/data_set_directory.pdf.
- ¹³ State of the USA (<http://stateoftheusa.org>).
- ¹⁴ United Health Foundation. *America's Health Rankings, 2009 Edition.* <http://www.americashealthrankings.org/2009/report/AHR2009%20Final%20Report.pdf>.
- ¹⁵ Boston Public Health Commission. Data Collection Regulation. http://www.bphc.org/boardofhealth/regulations/Forms%20%20Documents/regs_data-collection_12-June-06.pdf.
- ¹⁶ Alameda County Public Health Department. Strategic Plan 2008-2013. <http://www.acphd.org/healthequity/strategic/docs/ACPHD%20STRATEGIC%20PLAN.pdf>.
- ¹⁷ Office of Minority Health. National Partnership for Action to End Disparities. A Strategic Framework for Improving Racial/Ethnic Minority Health and Eliminating Racial/Ethnic Health Disparities. <http://raceandhealth.hhs.gov/npa/templates/content.aspx?lvl=1&lvlid=13&id=81#10>.
- ¹⁸ Blas E, Gilson L, Kelly MP, et al. Addressing social determinants of health inequities: what can the state and civil society do? *Lancet*;372:1684-1689.
- ¹⁹ Association of State and Territorial Health Officials. Health Equity Policy Statement. <http://www.astho.org/Display/AssetDisplay.aspx?id=161>
- ²⁰ National Association of County and City Health Officials (NACCHO). *Guidelines for Achieving Health Equity in Public Health Practice.* Washington, DC: NACCHO;2009.
- ²¹ Blas E, Gilson L, Kelly MP, et al. Addressing social determinants of health inequities: what can the state and civil society do? *Lancet*;372:1684-1689.
- ²² Smedley BD, Stith AY, Nelson AR, eds. *Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Healthcare.* Washington, DC: National Academies Press; 2003.
- ²³ Center for Prevention and Health Services. Eliminating Racial and Ethnic Health Disparities: A Business Case for Employers. http://minorityhealth.hhs.gov/Assets/pdf/checked/1/Eliminating_Racial_Ethnic_Health_Disparities_A_Business_Case_Update_for_Employers.pdf.
- ²⁴ Association of State and Territorial Health Officials. Health Equity Policy Statement. <http://www.astho.org/Advocacy/Policy-and-Position-Statements/Healthy-Equity-Policy-Statement/>.

- ²⁵ National Association of County and City Health Officials (NACCHO). *Guidelines for Achieving Health Equity in Public Health Practice*. Washington, DC: NACCHO;2009.
- ²⁶ National Association of County and City Health Officials (NACCHO), Ingham County Health Department. *Tackling Health Inequities Through Public Health Practice: A Handbook for Action*. Washington, DC: NACCHO;2006.
- ²⁷ Alameda County Public Health Department. Strategic Plan 2008-2013. <http://www.acphd.org/healthequity/strategic/docs/ACPHD%20STRATEGIC%20PLAN.pdf>.
- ²⁸ California Administrative Code. Title 17, s 1276. <http://www.apartment-manager-law.com/data03/1276-Basic%20Services.php>.
- ²⁹ Boston Public Health Commission. Center for Health Equity and Social Justice. <http://www.bphc.org/programs/healthequitysocialjustice/aboutthecenter/Pages/Home.aspx>.
- ³⁰ Massachusetts Office of Health Equity. Available through search at <http://www.mass.gov/>.
- ³¹ Ohio Department of Health. Strategic Plan 2009-2011. http://www.odh.ohio.gov/ASSETS/A4354A2364704F71BADA57286ECC4FDE/ODH_STRATEGIC_PLAN_SF2009-SFY2011_061609.pdf.
- ³² State of Michigan. House Bill 4455, Section 2227; 2006. http://www.michigan.gov/documents/mdch/Public_Act_653_190873_7.pdf.
- ³³ Pestronk RM, Franks M, REACH, Healthy Start, PRIDE teams. A partnership to reduce African American infant mortality in Genesee County, Michigan. *Public Health Rep.* 2003;118:324-335.
- ³⁴ NACCHO, Ingham County Health Department. *Tackling Health Inequities Through Public Health Practice: A Handbook for Action*. Washington, DC: NACCHO;2006.
- ³⁵ Link BG, Phelan J. Social conditions as fundamental causes of disease. *J Health Soc Behav.* 1995;Extra Issue:80-94.
- ³⁶ Link BG, Phelan J. McKeown and the idea that social conditions are fundamental causes of disease. *Am J Public Health.* 2002;92:730-732.
- ³⁷ Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet.* 2008;372:1661-1669.
- ³⁸ Robert Wood Johnson Foundation (RWJF) Commission To Build A Healthier America. *Beyond Healthcare: New Directions to a Healthier America*. Princeton, NJ: RWJF;2009.
- ³⁹ Institute of Medicine. *The Future of the Public's Health in the 21st Century*. Washington, DC: National Academy Press; 2003.
- ⁴⁰ Adler NE, Newman K. Socioeconomic disparities in health: Pathways and policies. *Health Aff.* 2002;21(2):60-76.
- ⁴¹ Ecob R, Davey Smith G. Income and health: What is the nature of the relationship? *Soc Sci Med.* 1999;48:693-705.
- ⁴² Lynch J, Davey Smith G, Harper S, et al. Is income inequality a determinant of population health? Part 1. A systematic review. *Milbank Q.* 2004;82:5-99.

- ⁴³ Wagstaff A, van Doorslaer E. Income inequality and health: what does the literature tell us? *Annu Rev Public Health*. 2000;21:543–567.
- ⁴⁴ Robert Wood Johnson Foundation (RWJF) Commission To Build A Healthier America. *Beyond Healthcare: New Directions to a Healthier America*. Princeton, NJ: RWJF;2009.
- ⁴⁵ Handy SL, Boarnet MG, Ewing R, Killingsworth RE. How the built environment affects physical activity: views from urban planning. *Am J Prev Med*. 2002;23(2 Suppl):64-73.
- ⁴⁶ Centers for Disease Control and Prevention. Health Protection Goals and Objectives. Healthy People in Healthy Places. <http://origin2.cdc.gov/osi/goals/places/>
- ⁴⁷ Backlund E, Sorlie PD, Johnson NJ. A comparison of the relationships of education and income with mortality: The National Longitudinal Mortality Study. *Soc Sci Med*.49;1999:1373–1384.
- ⁴⁸ Dunn JR, Hayes MV. Identifying social pathways for health inequalities. The role of housing. *Ann NY Acad Sci*. 1999;896:399–402.
- ⁴⁹ Kingsley GT. Housing, health, and the neighborhood context. *Am J Prev Med* 2003;24(3S):6-7.
- ⁵⁰ Williams DR, Collins C. Racial residential segregation: a fundamental cause of racial disparities in health. *Public Health Rep*. 2001;116:404-416.
- ⁵¹ Williams DR, Neighbors H, Jackson JS. Racial/ethnic discrimination and health: findings from community studies. *Am J Public Health*. 2003;93:200-208.
- ⁵² Treuhaft S, Hamm M, Litjens C. *Healthy Food for All: Building Equitable and Sustainable Food Systems in Detroit and Oakland*. Oakland, CA:PolicyLink;2009.
- ⁵³ Robert Wood Johnson Foundation (RWJF) Commission To Build A Healthier America. *Beyond Healthcare: New Directions to a Healthier America*. Princeton, NJ: RWJF;2009.
- ⁵⁴ Anderson LM, Fielding JE, Fullilove MT, et al. Methods for conducting systematic reviews of the evidence of effectiveness and economic efficiency of interventions to promote healthy social environments. *Am J Prev Med* 2003;24(3S):25-31.
- ⁵⁵ Task Force on Community Preventive Services. Recommendations to promote healthy social environments. *Am J Prev Med*. 2003;24(3S):21-24.
- ⁵⁶ Anderson LM, Shinn CM, Fullilove MT, et al. The effectiveness of early childhood development programs: a systematic review. *Am J Prev Med*. 2003;24(3S):32-46.
- ⁵⁷ Anderson LM, St Charles J, Fullilove MT, et al. Providing affordable family housing and reducing residential segregation by income: a systematic review. *Am J Prev Med* 2003;24(3S):47-67.
- ⁵⁸ Commission on Social Determinants of Health (2008). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva, World Health Organization.
- ⁵⁹ WHO Social Determinants of Health. http://www.who.int/social_determinants/en/.

- ⁶⁰ Brennan Ramirez LK, Baker EA, Metzler M. *Promoting Health Equity: A Resource to Help Communities Address Social Determinants of Health*. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention; 2008. <http://www.cdc.gov/nccdphp/dach/chaps/pdf/sdohworkbook.pdf>.
- ⁶¹ Unnatural Causes...Is Inequality Making Us Sick? <http://www.unnaturalcauses.org/>.
- ⁶² Robert Wood Johnson Foundation Commission to Build a Healthier America. *Beyond Health Care: New Directions to a Healthier America*. Princeton, NJ: Robert Wood Johnson Foundation; 2009. <http://www.rwjf.org/files/research/commission2009finalreport.pdf>.
- ⁶³ Healthy Environments Partnership. <http://www.hepdetroit.org/>.
- ⁶⁴ Prevention Institute. <http://www.preventioninstitute.org/>
- ⁶⁵ Smedley BD, Stith AY, Nelson AR, eds. *Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Healthcare*. Washington, DC: National Academies Press; 2003.
- ⁶⁶ Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet*. 2008;372:1661-1669.
- ⁶⁷ Anderson LM, Scrimshaw SC, Fullilove MT, et al. Culturally competent healthcare systems: a systematic review. *Am J Prev Med* 2003;24(3S):68-79.
- ⁶⁸ US Department of Health and Human Services. Office of Minority Health. *National Standard for Culturally and Linguistically Appropriate Services in Healthcare. Final Report*. Washington, DC: US Government Printing Office; 2001. <http://minorityhealth.hhs.gov/assets/pdf/checked/finalreport.pdf> .
- ⁶⁹ Syme SL. Social determinants of health: the community as an empowered partner. *Prev Chronic Dis*. 2004;1(1):1-5. http://www.cdc.gov/pcd/issues/2004/jan/03_0001.htm.
- ⁷⁰ Wallerstein N. What is the evidence of effectiveness of empowerment to improve health? Copenhagen:WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report). <http://www.euro.who.int/Document/E88086.pdf>.
- ⁷¹ Israel BA, Schulz AJ, Parker EA, Becker AB. Review of community-based research: assessing partnership approaches to improve public health. *Annu Rev Public Health*. 1998;19:173-202.
- ⁷² Robert Wood Johnson Foundation Commission to Build a Healthier America. *Beyond Health Care: New Directions to a Healthier America*. Princeton, NJ: Robert Wood Johnson Foundation; 2009. <http://www.rwjf.org/files/research/commission2009finalreport.pdf>.
- ⁷³ National Association of County and City Health Officials (NACCHO). *Guidelines for Achieving Health Equity in Public Health Practice*. Washington, DC: NACCHO;2009.
- ⁷⁴ Community Toolbox. <http://ctb.ku.edu/en>.
- ⁷⁵ Kahn S. *How People Get Power*. Rev. ed. Washington, D.C.: NASW Press; 1994.
- ⁷⁶ Prevention Institute. THRIVE. <http://thrive.preventioninstitute.org/thrive/index.php>

خاتمة

تحدد خارطة طريق العدالة الصحية لولاية ميتشجان تجديداً لجهد هام للشراكة - بقيادة قسم الحد من الفوارق الصحية وصحة الأقليات في وزارة الصحة المجتمعية بولاية ميتشجان - للعمل تدرجياً على المدى المتوسط والمدى الطويل لتحقيق العدالة الصحية لمجتمعات الملونين بولاية ميتشجان. وقد تطورت الأحكام الواردة في خارطة الطريق هذه من سلطتنا التشريعية (القانون العام رقم 653) لمعالجة الفوارق الصحية العرقية والإثنية في ولاية ميتشجان. بالإضافة إلى ذلك، تتضمن خارطة الطريق هذه أساليب إستراتيجية جديدة لمعالجة المحددات الاجتماعية الأساسية التي تؤثر على الصحة بشكل كبير، ولتحسين نظم بياناتنا لتعزيز جمع ورصد البيانات الصحية العرقية والإثنية بشكل أفضل، ولتعزيز القدرة على إشراك الشركاء في مجال الصحة العامة وغيرهم من شركاء القطاعين العام والخاص والمجتمع للحفاظ على الشراكات والبرامج التي تعزز العدالة الصحية، ولتحسين الحصول على الرعاية الصحية الجيدة والمقدرة ثقافياً للأقليات العرقية والإثنية المحرومة.

تنفيذاً لخارطة الطريق، فقد أثبتنا بالفعل تقدماً في تثقيف الجمهور العام والعاملين في مجال الصحة العامة حول قضايا العدالة الصحية والعدالة الاجتماعية. كما نفذنا أيضاً برامج تمويل وتدريب جديدة لتعزيز قدرات موارد الشركاء من المجتمع. وعلاوة على ذلك، تعكس الموارد الواسعة التي تم إبرازها في خارطة الطريق هذه التزامنا بدعم التدخلات الداعمة التي من شأنها تحسين المحددات الاجتماعية والاقتصادية والبيئية لصحة الفرد والمجتمع. كما بادرننا أيضاً بمصدر مركزي لبيانات صحة الأقليات الموحدة والشاملة كما طورنا معايير موحدة لرصد وتقييم العدالة الاجتماعية والصحية لسكان ولاية ميتشجان. بالإضافة إلى ذلك، فقد دخلنا في شراكة مع السلطات المحلية والإقليمية لتوسيع نطاق حصولنا على البيانات العرقية/الإثنية من مصادر متنوعة.

وبينما نحن نعلن وننفذ التوصيات الواردة في خارطة الطريق هذه، فإننا سنوحد قوانا مع العديد من الشركاء الذين يشاركوننا التزامنا بالعدالة الصحية. ونحن نرحب بمواردكم الجماعية وخبراتكم وأفكاركم المبتكرة لتحسين الظروف الاجتماعية والصحية لجميع سكان ولاية ميتشجان.

