

# مقیاس برابری\*

ترجمه بهرام نبی لو\*\*

سلامتی ارزشمندترین نعمتی است که به انسان اعطا شده و به عنوان محور توسعه پایدار مطرح است. یکی از مباحث مهم در رابطه با سلامتی، توزیع آن به صورتی برابر و منصفانه بین آحاد جامعه است. مطلب حاضر، به معرفی ابزاری برای دستیابی به هدف فوق می‌پردازد.

## ۱. مفاهیم، اصول و دستورالعملها

هدف این نوشته توصیف مفهوم و اصول کلیدی یک «مقیاس برابری» و ارائه نکات راهنما برای عملی کردن مفهوم و اصول فوق است. هدف نهایی نیز، مشارکت در ایجاد ائتلافی جهانی و مؤثر در تمام کشورهاست که اصول و رویکردهای مشترکی داشته باشند.

## ۲. معرفی مقیاس برابری

نگرانی درباره برابری در سلامت<sup>۱</sup> موضوع جدیدی نیست، مؤسسات توسعه و سلامت بین‌المللی، پژوهشگران و سایر فعالان سالهاست نابرابری‌های سلامتی بین کشورهای مختلف،

\*The Equity Gauge

مأخذ: [www.gega.org.za](http://www.gega.org.za) & [www.hst.org.za](http://www.hst.org.za)

\*\* عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

۱. در این مقاله برابری در سلامت، به برابری در نتایج اقدامات بهداشتی - درمانی، توزیع مراقبت بهداشتی - درمانی و سایر تعیین‌کننده‌های سلامتی و عواقب اجتماعی بیماری اشاره دارد.

بین افراد فقیر و ثروتمند، بین گروههای نژادی و قومی و بین زنان و مردان را ذکر می‌کنند. برابری یکی از اصول اصلی اعلامیه آلماتا در سال ۱۹۷۸ در زمینه سلامت برای همه بود. با وجود این، به‌رغم شواهدی که دربارهٔ اختلاف فاحش بین کشورهای جهان و حتی کشورهای داخل هر قاره دیده می‌شود، کشورهای کمی وجود دارند که برابری در سلامت و اقدامات بهداشتی - درمانی را پیگیری می‌کنند. برابری اکنون مسئله‌ای فوری برای سلامت عموم است.

«مقیاس برابری»، برابری در سلامت را به‌طور مستقیم و بدون واسطه در چارچوب جامع‌تر عدالت اجتماعی در نظر می‌گیرد. در صورتی که برخی نابرابری‌های مربوط به سلامت (به فرض، افراد سالمندتر سلامت ضعیف‌تری نسبت به افراد جوانتر دارند) اجتناب‌ناپذیر و پذیرفتنی است از طرفی بیشتر نابرابری‌های دیگر (مثل میزان پوشش ایمن‌سازی کمتر برای دختران نسبت به پسران، یا نرخ مرگ و میر بیشتر بین برخی گروههای قومی و نژادی در مقایسه با دیگر گروهها) قابل رفع و غیرمنصفانه است. مقیاس برابری به شناسایی و رفع نابرابری‌های غیرمنصفانه می‌پردازد.

این تلاش برای ایجاد جهانی است که حتی گروههای محروم هم بتوانند به وضعیت کامل سلامت خود برسند؛ همان‌گونه که سلامت، میان افرادی که دارای موقعیت اجتماعی برتری به خاطر ثروت، قدرت و اعتبار هستند، تجربه می‌شود. ما نیازمند اقدام صریح و ویژه برای بهبود سلامت افرادی هستیم که با موانع اساسی و جدی برای دستیابی به آن مواجهند.

انبوه شواهد موجود در کشورهای فقیر و غنی نشان می‌دهد که رابطه نزدیکی میان سلامت و موقعیت اجتماعی، سیاسی، اقتصادی و فرهنگی وجود دارد. اکنون همبستگی میان فقر، بیماری و مرگ و میر اثبات شده است. البته اثرهای فقر بر سلامت ممکن است با عوامل تأثیرگذار در موقعیت اجتماعی مثل جنس، موقعیت جغرافیایی، نژاد، قومیت، زبان و معلولیت تقویت یا بدتر شود. برای نمونه در کشورهایی که زنان، موقعیت اجتماعی پایین‌تری نسبت به مردان دارند، شاخص‌های سلامت نیز در بین آنها نامناسب‌تر است. همچنین تبعیض نژادی، فقر و محرومیت دسترسی به مراقبت بهداشتی - درمانی و سایر تعیین‌کننده‌های سلامت را تشدید می‌کند.

اگرچه بیشتر تعیین‌کننده‌های سلامت خارج از حیطه مسئولیت بخش بهداشت و درمان قرار دارند، بی‌تردید نظامهای بهداشتی - درمانی نقش مهمی در کاهش نابرابری‌ها دارند. آنها می‌توانند پیشاپیش مشکلات بهداشتی - درمانی اقشار محروم و بی‌بهره را نه تنها از طریق مراقبت بهداشتی - درمانی، بلکه از طریق انجام اقدامات مربوط به سلامت عمومی در گستره‌ای

وسیع شناسایی کنند و می‌توانند با رفع موانع مالی در استفاده از مراقبت بهداشتی - درمانی به کاهش فقر کمک رسانند؛ امروزه مخارج مراقبت بهداشتی - درمانی یکی از علل فقر در سراسر جهان است. بخش بهداشت و درمان می‌تواند با سایر بخشها (مثل بخشهای آموزشی، مالی، کار، حمل و نقل و مسکن) همکاری کند تا تعیین‌کننده‌های عمده سلامت خارج از دسترسی مستقیم بخش بهداشت و درمان، شناسایی و مشخص شود.

برابری در سلامت تا حدی با حذف فقر، نژادگرایی و تبعیض و ایجاد فرصت بیشتر برای دسترسی افراد محروم تحقق می‌یابد. بنابراین مقیاس برابری درصدد تعیین علل اجتماعی - سیاسی نابرابری‌های بهداشتی - درمانی و شناسایی نابرابری‌های موجود در نظام مراقبت بهداشتی - درمانی است. هدف عمده دیگر «مقیاس برابری»، مشارکت در ایجاد جامعه‌ای است که برابری را در تمام فرایندهای سیاسی و تصمیم‌گیری‌اش در نظر بگیرد.

### ۳. نقش مقیاس برابری

«مقیاس برابری» رویکردی فعال برای شناسایی نابرابری در سلامت است که نه تنها باید چگونگی برابری را تحت نظر (پایش<sup>۱</sup>) داشته باشد، بلکه اقدامات ملموسی را برای کاهش مداوم تفاوت‌های غیرمنصفانه در سلامت و مراقبت بهداشتی - درمانی به عمل آورد. در این حالت این مقیاس برابری بیشتر به عنوان ترموستات عمل می‌کند نه دماسنج و صرفاً به اندازه‌گیری یا سنجش برابری و نابرابری اکتفا نمی‌کند، بلکه اقدامات لازم را برای کاهش نابرابری‌ها به کار می‌گیرد. این رویکرد فعال، نیازمند مشارکت گروههای زیادی در جامعه، شامل پژوهشگران، کارکنان بهداشت و درمان، سیاستگذاران، رسانه‌ها، سازمانهای غیردولتی فعال و عموم مردم در زمینه توسعه عدالت است.

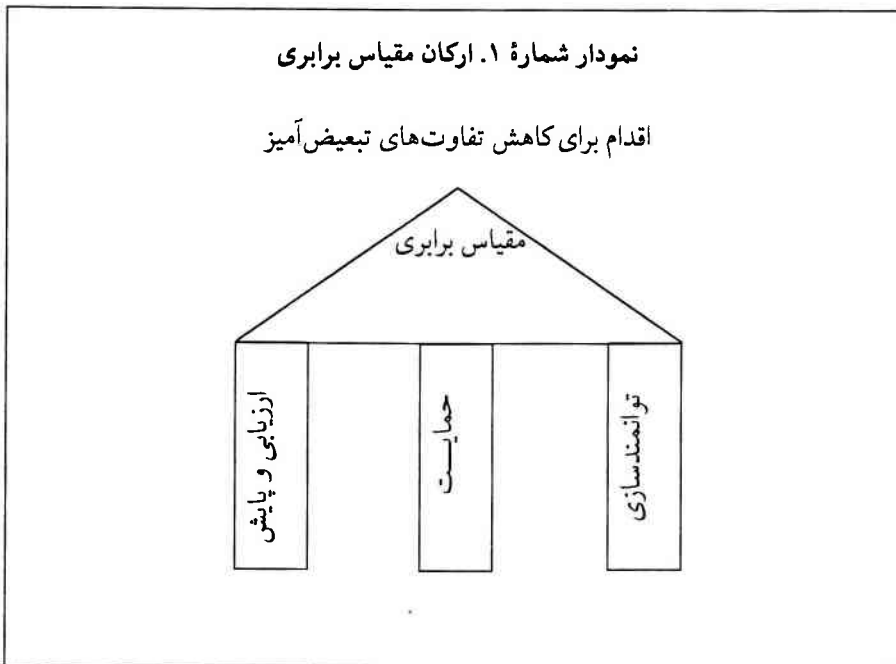
مقیاس سلامت چیزی بیشتر از پروژه‌ای عادی است و اقدامات آن فراتر از بخش بهداشت و درمان است. در بطن مفهوم مقیاس برابری این نکته نهفته است که تعیین‌کننده‌های نابرابری در سلامت ماهیتی اجتماعی - سیاسی دارند و اغلب به توزیع نامناسب قدرت، نفوذ و ثروت مربوط می‌شوند. بنابراین دستیابی به توزیع منصفانه‌تر منابع لازم برای مراقبت بهداشتی - درمانی، تا حدی نیازمند بسیج اجتماعی و سیاسی است.

1. monitoring

#### ۴. ارکان مقیاس برابری

بر اساس مفاهیم فوق، مقیاس برابری در پی کاهش تفاوت‌های تبعیض‌آمیز در سلامت از طریق اقدامات لازم در سه حوزه گسترده ارزیابی و پایش، برای تجزیه و تحلیل، شناخت، اندازه‌گیری و مستندکردن نابرابریها، حمایت، جهت اعمال تغییرات لازم در خط مشی، برنامه‌ها و طرح‌ریزی و توانمندسازی جامعه، برای تقویت نقش اقشار فقیر و محروم به عنوان مشارکت‌کنندگان فعال در تغییر و نه صرفاً دریافت‌کنندگان کمک یا مساعدت است که به عنوان پایه مقیاس برابری مطرح است (نمودار شماره ۱).

اگرچه ممکن است نمودار شماره ۱ این ذهنیت را ایجاد کند که این ارکان (پایه‌ها)، مستقل از هم هستند، باید تأکید کرد که آنها عملاً مجموعه‌ای از اقدامات مرتبط به هم و دارای همپوشانی را نشان می‌دهند. برای مثال، در انتخاب شاخص ارزیابی و پایش برابری باید به دیدگاه‌های اقشار مختلف جامعه توجه شود. از طرفی قدرت مذاکرات مدافعه و طرفداری به اطلاعات علمی دقیقی که حاصل ارزیابی و پایش است، متکی خواهد بود.



ویژگی مهم دیگر ارکان مقیاس برابری این است که این سه مجموعه اقدامات به صورت متوالی و به دنبال هم صورت نمی‌گیرند. رویکرد خطی قدیمی، مبنی بر جمع‌آوری داده‌ها در ابتدا، تجزیه و تحلیل آنها و سپس پرداختن به اشاعه اطلاعات و فعالیتهای مدافعه و طرفداری، معمولاً مفید و مؤثر نیستند. در مقیاس برابری اقدامات مربوط به ارکان باید به صورت همزمان و متأثر از همدیگر صورت پذیرد.

در اصطلاحات سازمانی، مقیاس برابری، نه به عنوان مجموعه‌ای از فعالیتهای سازمان و نه بر اساس مجموعه مشخصی از فعالیتها، بلکه بر اساس روابط پویای فعالیتهای مربوط به ارکان تعریف می‌شود. گرچه ممکن است سازمانی نقش رهبر را بازی کند، اقدامات و مهارتهای متفاوتی مورد نیاز خواهد بود. بدین ترتیب تیم مقیاس برابری عموماً باید از سازمانها و گروههای مختلفی تشکیل شده باشد.

در زیر به شرح ارکان مقیاس برابری می‌پردازیم.

#### ۱-۴. ارزیابی و پایش

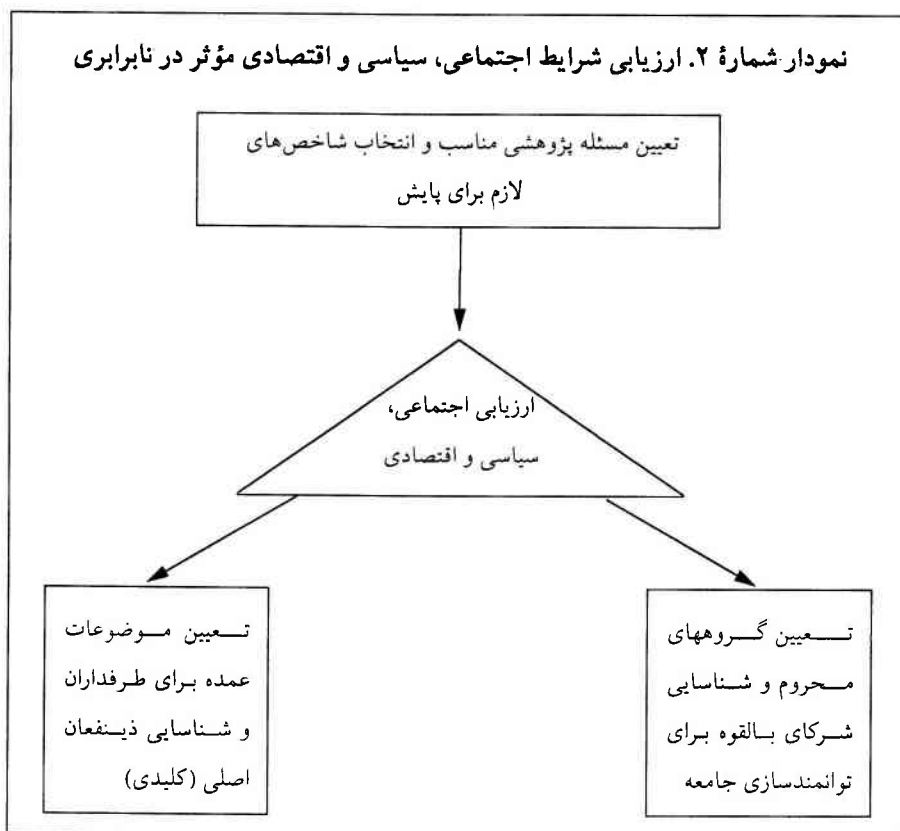
ارزیابی و پایش شامل شناسایی عوامل و فرایندهایی است که در نابرابری‌های بهداشتی - درمانی دخیل هستند و همچنین برخی نابرابری‌ها را که در طول زمان در ارتباط با عوامل زمینه‌ای فوق هستند، پیگیری می‌کند. هم ارزیابی نابرابری‌های بهداشتی - درمانی و هم پایش آنها نیازمند استفاده از اطلاعات کیفی و کمی است و هر دو دسته اطلاعات برای هدایت اقدامات مورد استفاده قرار می‌گیرد.

۱-۴. ارزیابی. ارزیابی به شرایط دخیل در نابرابری توجه دارد، در صورتی که پایش به معنی مستندسازی جامعه به‌طور مؤثر و مناسب و اساسی است.

اگر مقیاس برابری خوب طراحی شده باشد، با نیازها و شرایط کشور، ناحیه و حتی شهری معین سازگاری خواهد داشت.

بدین ترتیب، ارزیابی سیستماتیک شرایط اجتماعی، سیاسی و اقتصادی مربوط به برابری (نمودار شماره ۲) برای تدوین اولویت، تجزیه و تحلیل، پیشنهادهای مربوط به خط مشی و برنامه‌ریزی استراتژیک مورد نیاز برای طرفداری و توانمندسازی جامعه به‌طور مؤثر و مناسب، اساسی است.

نمودار شماره ۲. ارزیابی شرایط اجتماعی، سیاسی و اقتصادی مؤثر در نابرابری



پرسشهای زیر برای کمک به گروههای مقیاس برابری برای تفکر درباره موضوعات مربوط به ارزیابی عوامل زمینه‌ای طرح شده‌اند.

وضعیت عمومی نابرابری: جواب این پرسشها باید به ترسیم تصویر کلی نابرابری با در نظر گرفتن شرایط جامعه کمک کند.

- در جامعه چقدر نابرابری اجتماعی - اقتصادی وجود دارد؟ آیا در یک دوره ۵۰ تا ۱۰ سال

اخیر در حال افزایش بوده، کاهش یافته یا ثابت مانده است؟ علل اساسی این روند چیست؟  
 - آیا گروه‌های مشخصی وجود دارند که از نظر اجتماعی و سیاسی دچار تبعیض شده‌اند؟ آیا وضعیت اقتصادی، جنس، مذهب، نژاد، قومیت، قبیله، زبان، برتری جنسی، یا سایر ویژگیهای

اجتماعی - جمعیت شناختی باعث ایجاد گروه‌های حاشیه‌ای یا محروم شده است؟ و اگر چنین است، آنها چه کسانی هستند، بزرگی جمعیت آنها چه اندازه است، ماهیت تبعیض، ظلم و ستم و محرومیت چیست؟ شدت آن چقدر است؟ چه شواهدی از آن وجود دارد؟ و ریشه‌های تاریخی آن چیست؟ آیا وضعیت رفته‌رفته بدتر می‌شود؟

- آیا تقسیم‌بندی شهری - روستایی در زمینه ثروت یا فقر وجود دارد؟ آیا نیازهای تمام گروه‌ها در خط‌مشی کلی مشخص شده است؟ آیا نابرابری‌های مربوط به سلامت، دسترسی به خدمات بهداشتی - درمانی و میزان استفاده از آنها یا سایر منابع دخیل در سلامت بین گروه‌ها، نیازهای فوق را نشان می‌دهند؟

دولت: این پرسشها قصد دارد تفکر درباره به کارگیری بهتر مؤسسات دولتی برای فعالیتهای مقدماتی برابری را ترغیب کند. بیشتر پرسشها فرایندهایی را بیان می‌کنند که برابری در سلامت را بدتر یا بهتر می‌کند.

- نظام حکومتی و انتخابات نمایندگان چگونه است؟ آیا نمایندگانی دموکرات بر اساس انتخابات بیطرف وجود دارد؟ آیا نظام اداری خوب و عادلانه وجود دارد؟ آیا فرهنگ شفافیت و پاسخگویی در دولت وجود دارد؟

- در چه سطحی از دولت (مثلاً ملی، استانی، محلی و غیره) تصمیمات مهم و مؤثر درباره برابری در سلامت اتخاذ می‌شود؟

- دولت تا چه حدی از اهداف مقیاس برابری حمایت می‌کند و به یافته‌ها و توصیه‌های آن پاسخگو و پایبند است؟ آیا احتمال دارد که مقیاس برابری قادر باشد برابری را از طریق مذاکره سازنده و صادقانه با دولت بهبود دهد؟ آیا قوانینی برای حمایت از آزادی اطلاعات و دسترسی عمومی به اطلاعات وجود دارد؟

- آیا قانونگذار مستقلی (یا تشکل دیگری) با مسئولیت، اختیار و رویه‌های کافی برای پیش نقش و عملکرد بخش اجرایی دولت وجود دارد؟

- از نظر دولت، سلامت و مراقبت بهداشتی - درمانی (و خدمات اجتماعی که بشدت در سلامت تأثیر گذارند، مثل آموزش، مسکن، برنامه‌های تغذیه و تأمین اجتماعی) تا چه حدی به عنوان اولویت یا مسئولیت تلقی می‌شود؟ چه نسبتی از تولید ناخالص داخلی و بودجه دولت صرف مراقبت بهداشتی - درمانی و خدمات سایر بخشهای اجتماعی می‌شود؟ چه نسبتی از

مراقبت بهداشتی - درمانی و سایر خدمات اجتماعی به نفع مستمندان و سایر گروههای حاشیه‌ای است؟

- چه زمینه‌هایی از برابری در سلامت در کانون توجه سیاستگذاران نیست؟ چه موضوعاتی در زمینه برابری در سلامت در دستور کار دولت نیست ولی باید باشد؟

- آیا مواردی از اقدامات مثبت برای حمایت از برابری در سلامت وجود دارد که مورد استفاده قرار گیرند یا گسترش یابند؟ آیا اطلاعاتی دربارهٔ اثرهای این اقدامات وجود دارد که زمینه‌ساز تحرکات بیشتر شود؟

سایر مؤسسات تصمیم‌گیر و ذی‌نفوذ: در بعضی کشورها، ساختارهای رسمی دولت ممکن است در رابطه با نفوذ مؤسسات خارجی ضعیف باشد. پرسشهای زیر برای توجه بیشتر گروههای مقیاس برابری به سایر ذینفعان طرح شده است.

- تصمیمات اقتصادی، اجتماعی و سیاست عمومی تا چه حدی تحت تأثیر مؤسسات خارجی مثل مؤسسه‌های اهداکنندهٔ غیردولتی یا مؤسسه‌هایی مثل سازمان ملل متحد، بانک جهانی یا صندوق بین‌المللی پول قرار می‌گیرند؟

- چه مقدار از مخارج بخش اجتماعی به شکل کمکهای خارجی است؟ آیا وامها یا کمکهای مشروط مثل برنامه‌های تطابق ساختاری یا استراتژی‌های کاهش فقر، نگرانی‌های مربوط به برابری را به روشنی نشان می‌دهد؟

- آیا اهداکنندگان به صراحت، موضوع برابری را در برنامه‌ریزی مد نظر قرار می‌دهند؟ مؤسسه‌های اهداکننده تا چه حدی هدف یا شریک اقدامات حمایتی در مقیاس برابری هستند؟ - آیا صنایع خصوصی در شکل‌دهی خط‌مشی عمومی نقش مهمی ایفا می‌کنند؟

- آیا مؤسسه‌های غیردولتی ذی‌نفوذ دیگری وجود دارند که به عنوان مؤسسه‌های طرفدار و مدافع برابری در سلامت مد نظر باشند، مانند انجمن‌های حرفه‌ای، گروههای تجاری، اتحادیه‌های تجاری، مؤسسات مذهبی یا سایر گروههای جامعه مدنی؟ کدام یک از موارد فوق احتمالاً موافق و کدام یک مخالف خواهند بود؟

محیط جامعه مدنی: هدف این پرسشها کمک به ترسیم و شناسایی همکاران، هم‌گرایی‌ها و تشخیص مراکزی است که اقدامات باید در آن مراکز متمرکز شود تا استراتژی مؤثر حمایتی تدوین شود.



- آیا آگاهی کافی درباره حقوق بشر، یا تعهد رسمی به حقوق بشر وجود دارد؟ آیا کنوانسیون یا اعلامیه‌ای درباره حقوق بشر (که به عنوان اهرم حمایتی قابل استفاده باشد) امضا یا تنظیم شده است؟

- آیا افراد یا جوامع از حقوق قانونی یا مشروط برای نیازهای اجتماعی و اقتصادی برخوردارند؟ توسل به دادگاهها تا چه حد به عنوان ابزاری عملی در طرفداری از مستمندان و گروههای حاشیه‌ای برای نیل به حقوقشان مطرح است؟

- آیا مرجع قضایی مستقلی وجود دارد؟ مرجع قضایی با مستمندان و تبعیض شدگان تا چه اندازه همدردی می‌کند؟ آیا به‌طور بالقوه از مستمندان دفاع می‌کند؟ اگر این طور است، چطور می‌توان به اعضای دلسوز این دستگاه دسترسی داشت و کار آنها را تبلیغ کرد؟

- آیا بخش غیردولتی فعالی وجود دارد؟ آیا گروهها یا اقدامات دیگری در زمینه حقوق بشر و کاهش فقر و عدالت اجتماعی وجود دارد که همکاران بالقوه مقیاس برابری باشند؟ اگر گروههایی دچار تبعیض، ستم یا محروم از حقوق بشر وجود دارند، آیا برای غلبه بر محرومیت آنها اقدامات یا تلاشهایی صورت می‌گیرد.

- کدام یک از گروههای اجتماعی زیر می‌تواند شریک بالقوه و مدافع برابری در سلامت باشد: سازمانهای مذهبی، اتحادیه‌های تجاری، تشکلهای زنان یا مؤسسات دانشگاهی؟

- آیا مطبوعات یا رسانه‌های آزاد وجود دارند؟ این رسانه‌ها از وضعیت مستمندان و گروههای محروم چهقدر مطلع هستند و با آنها همدردی می‌کنند؟ آیا مدافع ایجاد دولتی عادل و پاسخگو هستند؟ در این صورت، آیا می‌توانند در فعالیتهای مقیاس برابری مشارکت کنند؟

محیط اقتصاد کلان و سیاست عمومی: این پرسشها در تعیین روابط بین نابرابری در سلامت، سیاست عمومی و اقتصادی و همچنین توصیه‌های آگاهانه برای کاهش نابرابری مفید است:

- مقیاس برابری در کدام وضعیت درآمدی (پایین، متوسط یا بالا) عمل می‌کند؟ ثبات و رشد اقتصادی کشور چگونه است؟ چه نسبتی از کل مخارج دولت برای بازپرداخت دیون صرف می‌شود؟ آیا آن بازپرداختها ظرفیت دولت در تقویت خدمات بخش اجتماعی، بویژه خدمات مربوط به فقرا و محرومان را تضعیف نمی‌کند؟

- مبانی نظری - عقیدتی سیاست عمومی و سیاست اقتصادی دولت چیست؟ برابری تا چه

حد در سیاست عمومی به عنوان هدفی اصلی مطرح است و تا چه حد سیاست عمومی و اقتصادی باید با صراحت و به صورت علنی از دیدگاه برابری به چالش و نقد کشیده شود؟ برای مثال، سیاستهای بخش عمومی و اقتصاد کلان تا چه حد به بازارها و خصوصی سازی بدون منافع قابل توجه برای مستمندان و محرومان اهمیت می دهد؟ تا چه اندازه از دولت رفاه پشتیبانی می شود؟

- آیا سیاستهای بازرگانی بین المللی، تحریم ها، یا یارانه های حمایتی سایر دولتها توسعه اقتصادی و انسانی را تضعیف می کند، یا نقش مستقیمی در بدتر کردن نابرابری ها در سلامت دارد؟ آیا کارتل های دارویی یا انحصارها، توانایی دولت را در تضمین دسترسی همگانی به داروهای اساسی تحت تأثیر قرار می دهد؟ آیا بازار خصوصی خدمات بهداشتی - درمانی یا تجهیزات، مخارج مربوط به بهبود برابری در بخش بهداشت - درمان را تضعیف می کند؟ تا چه حد قوانین مالکیت معنوی تدارک نیازهای بهداشتی - درمانی اساسی را تحت تأثیر قرار می دهد؟ نظام بهداشتی - درمانی: آیا نظام بهداشتی - درمانی برابرنگر است؟ چه اطلاعاتی وجود دارد که وضعیت برابری را در سلامت نشان دهد؟ اغلب، مقدار زیادی از اطلاعات مورد استفاده قرار نمی گیرد.

- آیا نظام مراقبت بهداشتی - درمانی دو لایه یا سه لایه، بر اساس درآمد یا ثروت وجود دارد؟

- بخش مراقبت بهداشتی - درمانی خصوصی از چه وضعیتی برخوردار است؟ در حال رشد است یا نزول؟ چه اثرهایی در سطح برابری یا نابرابری در سلامت و مراقبت بهداشتی - درمانی دارد؟ - آیا اصلاحات مهمی در بخش بهداشت و درمان کشور در ده سال گذشته وجود داشته است؟ اصلاحات فوق چه اثرهایی در بهبود یا بدتر شدن نابرابری های مربوط به سلامت دارند؟ چه اصلاحاتی کلیدی هستند؟ آیا سیاستهای آتی یا برنامه های اصلاح مرتبط با برابری سلامت وجود دارد؟

- آیا در نظام مراقبت بهداشتی - درمانی تمرکززدایی انجام می شود؟ این تمرکززدایی چه اثرهایی بر نابرابری در سلامت داشته یا خواهد داشت؟  
- تأمین مالی خدمات بهداشتی - درمانی چگونه است و چقدر حالت صعودی (پیشرونده)

دارد؛ یعنی تا چه حد افراد کم درآمد مبالغ کمتری می پردازند و افراد پولدارتر، بیشتر؛ البته نه تنها به صورت مطلق بلکه به عنوان درصدی از درآمدشان؟ آیا تغییراتی در روش تأمین مالی مراقبت بهداشتی - درمانی صورت گرفته است، در صورت پاسخ مثبت، آیا آنها حالت صعودی داشته اند یا نزولی؟ تصمیمات مربوط به تأمین مالی بهداشت - درمان کی و چگونه اتخاذ می شود؟

- گروه های محروم تا چه حد از فرصت و موقعیت تأثیرگذاری در تصمیمات داخل نظام بهداشتی - درمانی برخوردار هستند؟ برای مثال، آیا کمیته های بالینی و شورا های بیمارستانی در نظام بهداشت و درمان، مکانیزم و جایگاهی رسمی برای جستجوی نیازهای محرومترین گروهها در نظر گرفته اند، یا اینکه کمیته ها و شوراها عموماً تحت نفوذ و کنترل نمایندگان گروههای بهره مند و برخوردار هستند؟

اگر این پرسشها احتمالاً به پاسخ های ساده ای برای نابرابری های مربوط به سلامت ختم نمی شود، انجام چنین ارزیابی ای به روشهای مختلف باعث غنای بیشتر مقیاس برابری می شود:

- کمک به تعریف و شکل دهی مفهوم نابرابری، که برای بافت محلی - ملی ترغیب کننده است و یافته های مربوط به نتایج سلامت و توزیع تعیین کننده های سلامت را با شرایط زمینه ای تطبیق می دهد.

- هدایت تفکر درباره اولویت (پایش) مثل شناسایی گروههای جمعیتی محروم.

- تعیین فعالیتهای راهبردی برای حمایت و توانمندسازی جامعه و همچنین روشهای مؤثر برای تحت تأثیر قرار دادن جامعه و جلب توجه به افراد.

- بهبود درک نیروهای زمینه ای که باعث تقویت یا تضعیف برابری در سلامت می شوند و ارائه پیشنهاد یا توصیه برای تعیین خطی مشی ها یا تغییر آنها.

۱-۴. پایش. جزء دوم این رکن «پایش» است که به فعالیتهای مداوم برای توصیف، اندازه گیری، درک، تجزیه و تحلیل و پیگیری نابرابری ها در سلامت اشاره دارد. پایش شامل شناسایی منابع اطلاعاتی و گروههای اجتماعی مربوط به جمعیتی است که مقایسه های برابری درباره آنها انجام خواهد شد، و همچنین شامل انتخاب روشها و شاخص های کلیدی برای تجزیه و تحلیل داده هاست.

### شناسایی منابع اطلاعاتی

گروه‌های مقیاس برابری می‌توانند جمع‌آوری اطلاعات کیفی و کمی را به سه طریق انجام دهند: تولید داده و اطلاعات، گسترش منابع اطلاعاتی فعلی و استخراج اطلاعات مرتبط از منابع اطلاعاتی. هر سه رویکرد الزامات متفاوتی نیاز دارد. در بیشتر موقعیت‌ها اگر داده‌های موجود از کیفیت قابل قبول برخوردار باشند، «مقیاس برابری» به داده‌های جدید نیاز نخواهد داشت. منابع اطلاعاتی موجود که ممکن است مرتبط به هم باشند، می‌توانند یکی از حالات زیر را داشته باشند و کیفیت اطلاعات که ممکن است در کشورهای مختلف، مثل هم نباشد، باید در موارد زیر مد نظر قرار گیرد:

- بررسی‌ها (بررسی‌های جمعیت‌شناختی و سلامت، مطالعات اندازه‌گیری استانداردهای زندگی و بررسی‌های جامع مربوط به خانوارها)
- داده‌های مربوط به سرشماری
- بودجه‌ها
- گزارش تحقیقات و نشریات دولتی، دانشگاهی و جامعه مدنی
- گروه‌های اجتماعی - جمعیتی
- تجزیه و تحلیل برابری، نیازمند مقایسه بین گروه‌های اجتماعی پردرآمد و کم‌درآمد است. این گروه‌ها در زمینه‌های زیر قابل تعریفند.
- وضعیت اقتصادی - اجتماعی (که با درآمد، مخارج، مجموع دارایی‌های اقتصادی، اشتغال یا سطح سواد مشخص می‌شود).
- نژاد، قومیت، مذهب و زبان
- جنسیت
- موقعیت جغرافیایی (مثلاً شهری در مقابل روستایی، استانها و مناطق مختلف از نظر رشد و توسعه، روستاها یا مناطق مختلف از جهت نزدیک بودن به شهر)
- ملیت اصلی (مثلاً مقایسه مهاجران و پناهندگان با ملیت‌های محلی)
- سن (مثلاً در بیشتر جوامع، کودکان و سالمندان محرومیت اجتماعی را تجربه می‌کنند).
- گرایش جنسی

- معلولیت (شامل اثرهای غیرمستقیم ناتوانی جسمی یا روانی و همچنین نگرش‌های اجتماعی که به محرومیت اقتصادی یا اجتماعی بیشتر منجر می‌شود).  
- سایر ویژگی‌ها که گروه‌ها و افراد محروم یا ناتوان را نشان می‌دهند.

#### انتخاب شاخص‌ها

برای انجام مقایسه‌های معنی‌دار بین گروه‌های اجتماعی دارای محرومیت نسبی و شدید، نیاز به انتخاب شاخص‌هایی است که زوایای مختلف سلامت به شرح زیر را نشان دهند:

- نتایج بهداشتی - درمانی مثل میزان ناخوشی، بیماری، مصدومیت، میزان مرگ و میر، کیفیت زندگی، و عمده‌ترین عوامل خطر برای سلامت

- تأمین مالی مراقبت بهداشتی - درمانی و تخصیص منابع در مراقبت بهداشتی - درمانی

- دسترسی به خدمات بهداشتی - درمانی، میزان و نحوه استفاده از آنها (استفاده واقعی از

خدمات تجویز شده معتبرترین روش تعیین میزان دسترسی است).

- کیفیت خدمات بهداشتی - درمانی

- شناسایی و دسترسی به تعیین‌کننده‌های اساسی سلامت مثل فقر، ایمنی غذایی و تغذیه،

عوامل رفتاری مخاطره‌آمیز مانند استعمال دخانیات، آمیزش بدون کنترل و قرار گرفتن در

معرض خطرهای شغلی و محیطی

- عواقب اجتماعی و اقتصادی بیماری مثل فقر به خاطر وضعیت سلامت نامناسب، یا

محرومیت اقتصادی یا بدنامی به خاطر ابتلا به ویروس ایدز

#### تجزیه و تحلیل

با مشخص شدن تعداد متغیرها می‌توان تجزیه و تحلیل‌های مختلفی با منابع اطلاعاتی متعددی

انجام داد. با این همه، مقیاس برابری نیازمند اطلاعات معتبر و کافی برای ایجاد تغییر است که

اغلب نیازمند نمای کامل و مفصل تمام نابرابری‌های سلامت نیستند. در حقیقت، ارائه داده‌های

اضافی به سیاست‌گذاران و گروه‌های مدافع و حمایت‌کننده می‌تواند از تأثیرگذاری آن بکاهد. و

بنابراین مشخص شدن اولویت‌ها، نیازمند توجه به مهمترین موضوعات و داده‌هایی است که به

عنوان عاملی برای کاهش نابرابری در سلامت مورد استفاده قرار می‌گیرد.

در صورتی که برابری در سلامت اغلب با استفاده از شاخص‌های کمی پایش می‌شود فرایند

ارزیابی کیفی هم برای تفسیر الگوهای نابرابری به کار خواهد رفت که برای توصیف نابرابری‌ها قابل استفاده است. وضعیت مستمندان و محرومان در دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی - درمانی و عواقب مخرب وضعیت بهداشتی - درمانی نامناسب برای خانواده‌های فقیر، وقتی به صورت روایت گونه نقل شود تأثیری مهمتر از بیان آنها به صورت اعداد و ارقام خواهد داشت به فرض مطالعه موردی برای توصیف وضعیت سلامت و بهداشت در منطقه‌ای محروم، می‌تواند سیاستهای بهداشتی - درمانی و اصلاحات نظام بهداشتی و تأثیر آن بر مراقبت بهداشتی مستمندترین و محرومترین افراد را، ارزیابی کند. پس بیان گزارش روایت‌گونه و مطالعات موردی یک پدیده با نشان دادن اثرهای انسانی آن و معنی اعداد و ارقام در زندگی واقعی، می‌تواند باعث تقویت اطلاعات کمی شود.

رویکردهای بالقوه زیادی برای کسب اطلاعات کیفی وجود دارد که به علایق مقیاس برابری شامل بررسی و تجزیه و تحلیل مدارک تاریخی و سیاستها، مصاحبه با مطلعان و گروههای متمرکز کلیدی، پیگیری تبعیت از سیاستها و قوانین و ارزیابی اجتماعی یا محیطی مرتبط باشد. در زیر برخی روشهای کیفی سودمند برای مقیاس برابری ارائه می‌شود.

در صورتی که پایش ممکن است نیازمند رویکردهای کیفی و کمی باشد، مقیاسهای برابری باید از روش‌های علمی قوی استفاده کند و نتایج و پیشنهادهای آن را به صورت مستند در دسترس قرار دهد.

عواملی که با کاربرد روشهای کیفی قابل بررسی هستند عبارتند از:

احاطه برجسته‌های انسانی و تجربی موضوع برابری

- بررسی اثر روابط و نگرشهای انسانی بر تصمیم‌گیری، فعالیتها یا فرایندهای مربوط به برابری (مثلاً نژادگرایی باعث ایجاد نابرابری در سلامت می‌شود).

- احاطه بر جنبه‌های رفتاری نگرشها و تعاملات مورد استفاده تصمیم‌گیران، مدیران و متخصصان مراقبت بهداشتی - درمانی

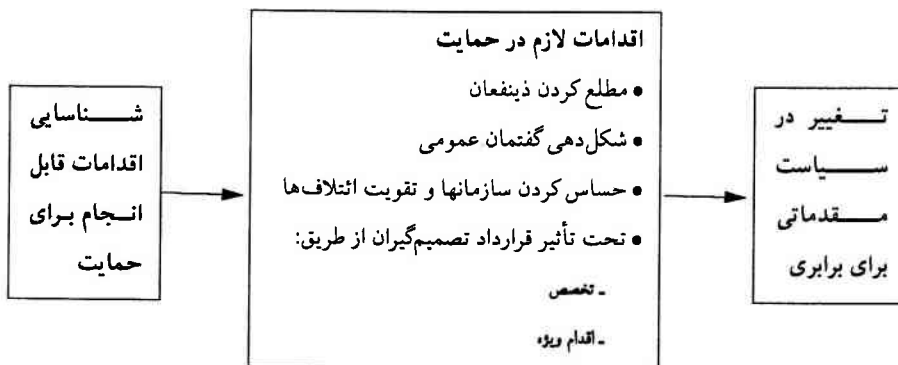
- مستندسازی و توصیف واکنش روانشناختی و هیجانی رایج به بیماری یا ضعف (مثلاً «صدای مستمندان» که توسط بانک جهانی منتشر شد، باعث افزایش حساسیت به جنبه انسانی فقر شد.)

### تجزیه و تحلیل خط‌مشی‌ها

- شناسایی فرایندهای غیرعملکردی که موانعی برای اجرای خط‌مشی‌ها هستند.
- پیگیری تبعیت بخش دولتی و خصوصی از مقرراتی که سلامت، تعیین‌کننده‌های سلامت یا عواقب وضعیت سلامت نامناسب را تحت تأثیر قرار می‌دهند.
- بررسی عواقب ناشی از تغییرات بر برابری در تخصیص منابع و فعالیتهای مدیریت مستند کردن کیفیت
- بررسی کیفیت ارائه خدمات بهداشتی - درمانی (مثلاً پیگیری تغییرات کیفیت بویژه حین اصلاح یا تغییر سیاست بهداشتی - درمانی مفید است).
- بررسی جنبه‌های کیفی تعیین‌کننده‌های سلامت مانند مسکن، بهسازی، سواد و محیط

### ۴-۲. حمایت

حمایت (مدافعه یا طرفداری) فرایند تشویق یا دفاع از یک وضعیت، بحث، سیاست یا باور خاص با هدف تسهیل حرکت به سمت مقصدی خاص است. برای هر فرد علاقه‌مند به عدالت اجتماعی، حمایت عبارت است از فرایند استفاده از اطلاعات به صورت استراتژیک و اقدام برای تغییر سیاستها جهت بهبود زندگی افراد محروم. در فحوای مقیاس برابری، حمایت شامل مجموعه‌ای از اقدامات منسجم برای حمایت از خط‌مشی‌های مقدماتی و اولیه برابری و اجرای آن است و باید به طریقی انجام گیرد که هم برابری در سلامت بیشتری را تضمین کند و هم به گروه‌های کمتر برخوردار کمک کند تا حقوق خود را برای سلامت بشناسند و به آن برسند. فرایند حمایت ممکن است به روش زیر و با تعدادی اجزا به صورت همزمان و با همپوشانی زیاد توسعه یابد.



اقدامات حمایتی اشکال مختلف به شرح زیر دارد:

● مطلع کردن ذینفعان: دسترسی و گردآوری و توزیع مطالب اطلاعاتی، آموزشی و ارتباطی، گنجاندن موضوعات مربوط به برابری شامل بسته‌بندی و ارسال آنها به روشهای مختلف به گروهها و ذینفعان مورد نظر به صورت مؤثر و استراتژیک

● گفت‌وگو عمومی: تلاش برای تأثیرگذاری درگفت‌وگو سلامت جامعه، بخصوص باتعامل با رسانه‌ها، انجام مذاکرات مؤثر و متقاعدکننده و ارائه پیشنهادهایی برای تغییر سیاست و انجام مداخلات

● ایجاد حساسیت در سازمانها و تقویت ائتلافها: مجاب و قادر کردن سازمانهای مختلف، بخصوص سازمانهایی که برای گروههای محروم خدمت می‌کنند، به حمایت از برابری در سلامت، ارائه دانش، مهارت و سایر منابع مناسب به آنها جهت مشارکت در اقدامات حمایتی و کمک به تشکیل ائتلافها و شبکه‌ها برای فعالیت در زمینه برابری در سلامت. این اقدامات بخصوص باعث تقویت توانمندسازی جامعه یعنی رکن سوم خواهد شد.

● تحت تأثیر قراردادن تصمیم‌گیران: درگیری مستقیم و تبلیغ فعال سیاستگذاران، تصمیم‌گیران و سایر عوامل بالقوه نیازمند تغییر در شرایط مناسب، مشارکت در انجمن‌های مشورتی دولت، شرکت در آماده‌سازی مدارک رسمی عمده و سایر خدمات در نقش متخصصان سیاست را تحت تأثیر قرار می‌دهند.

● تحت تأثیر قراردادن تصمیم‌گیران با تسهیل نقش اجتماعی: بسیج جامعه مدنی و فعالیتهای آن، شامل چالش‌های مربوط به سیاستها و اقداماتی که احتمال دارد به نابرابری‌های بیشتر منجر شود و تقویت اقدامات قانونی و فعالیت کابینه برای برابری در سلامت بیشتر.

مقیاس برابری ممکن است ضرورتاً تمام اشکال حمایت را به کار نگیرد، زیرا ممکن است برخی از آنها در وضعیت مشخص و مناسبی نباشند. برای مثال چالشهای مستقیم دولت با جامعه مدنی ممکن است در بعضی موارد استراتژیک نباشد، در صورتی رویکرد اشتراکی می‌تواند مؤثرتر باشد. آنچه از دیدگاه مقیاس برابری مهم است، این است که اقدامات حمایتی باید فراتر از اشاعه و انتشار غیرفعال و بی‌روح اطلاعات درباره نابرابری باشد. پژوهشگران خیرخواه در این زمینه تلاشهای بیشتری از خود نشان داده‌اند.

در سطح محلی، استانی، ملی، منطقه‌ای و جهانی تلاشهای مدافعه‌گراانه باید بیشتر درصدد شناسایی سه گروه از مستمعان باشد: تصمیم‌گیران، جامعه مدنی و گروههای محروم مورد نظر. تصمیم‌گیران، در بیشتر موارد، سیاستگذاران بهداشتی - درمانی (شامل وزیران، مدیران ارشد بهداشت - درمان، یا نمایندگان مجلس) هدف اصلی اقدامهای حمایتی خواهند بود.



سیاستگذاران سایر بخش‌های دولت مثل دارایی، مسکن، رفاه و کشاورزی نیز ممکن است اهداف مرتبطی در این زمینه داشته باشند، اگرچه ممکن است وقتی علایق مشترک مطرح باشد به عنوان ذینفعان یا شرکا در نظر گرفته شوند. به دیوانسالاران جامعه مدنی و بخش بهداشت و درمانی هم باید توجه کرد، زیرا در کشورهایی که برای برابری سیاستهای مقدماتی دارند نیز احتمال دارد نابرابری‌ها به موجب اجرای ناقص سیاستها، ادامه داشته باشد.

در کشورهایی که سازمان دولت کوچک است، مؤسسات اهداکننده و سازمانهای چندجانبه مانند بانک جهانی ممکن است از نظر حمایت مهم باشند، زیرا اغلب تصمیم‌گیران بالفعل هستند. همچنین مفید است که بخشهای مرفه و برخوردار جامعه را (که تصمیمات را تحت تأثیر قرار می‌دهند و حمایت و آگاهی آنها مهم است)، مد نظر قرار داد. سایر گروههای تصمیم‌گیر در بخش بهداشت - درمان هم شامل انجمن‌های پزشکی و بیمارستانی هستند که برای مثال ممکن است با انتقال منابع از خدمات گران‌قیمت سطح سوم به خدمات مراقبتی اولیه یا بهداشت عمومی مخالف باشند.

جامعه مدنی. یک مقیاس برابری باید عامه مردم و مؤسسات و سازمانهای اجتماعی مختلف را نیز به خدمت گیرد. سازمانهای مذهبی، اتحادیه‌های تجاری، رهبران سنتی، سازمانهای مربوط به زنان، گروههای شهری، تشکلهای حقوق بشر، سازمانهای غیردولتی<sup>۱</sup>، و مؤسسات دانشگاهی، همه اجزای جامعه مدنی هستند و در زمینه برابری در سلامت نیز دخیلند. روزنامه‌نگاران و بخصوص رسانه‌ها نیز تشکل مهمی هستند زیرا توانایی اشاعه و تقویت پیام مقیاس برابری را دارند.

گروههای محروم. مقیاس برابری باید بویژه به گروههای اجتماعی محروم توجه کند و نیازهای بهداشتی - درمانی آنها را برای بهبود و افزایش برابری شناسایی کند زیرا ممکن است شامل افراد بومی، جوامع روستایی فقیر، زنان، کوخ‌نشینان یا ساکنان غیرقانونی، کارگران مهاجر، معلولان و افراد مبتلا به ایدز باشد. گروههای فوق و سایر گروهها در فرایند ارتقای برابری در سلامت ذینفعان اصلی هستند. تلاشهای حمایتی، شامل برقراری ارتباط، آگاه‌سازی و درگیر کردن سازمانهای منبعث از جامعه مدنی و سازمانهای غیردولتی طرف معامله با آنها در عملیات مقیاس برابری یا فعالیتهای مقدماتی برابری خواهد بود. علاوه بر درگیر کردن سازمانهای فوق در فعالیتهای حمایتی مقیاس برابری ممکن است با جوامع خاصی برای حمایت از فرایند توانمندسازی جامعه همکاری کند.

1. Non-Government Organization (NGO)

## ۳-۴. توانمندسازی جامعه

در عین حال که همپوشانی و رابطه قابل ملاحظه‌ای بین مدافعه و توانمندسازی جامعه وجود دارد، توانمندسازی دارای برخی خصوصیات منحصر به فرد است که نیازمند صراحت در دستور کار مقیاس برابری است. در صورتی که مدافعه تا حدی شامل مذاکره در غیاب جوامع محروم است، اجرای اقدامات پشتیبانی لازم برای توانمندسازی جامعه باعث اظهار نظر مؤثرتر در مورد خودشان خواهد شد.

توانمندسازی جامعه شامل جلوگیری از تبدیل گروه‌های محروم و مستمند به مستفغان غیرفعال است و رویکرد توسعه‌ای پایین به بالاست که پاسخگویی بیشتر، تمام سازمانها را نسبت به مستمندان تشویق می‌کند. جامعه توانمند قادر به تصمیم‌گیری و اقدام درباره اولویت‌های خود است و وقتی تصمیمات خارجی آن را تحت تأثیر قرار می‌دهند، قادر به اعمال نفوذ در سایر تصمیم‌گیران است. بر اساس یک تعریف:

توانمندسازی فرایندی است که افراد محروم با همدیگر کار می‌کنند تا عواملی را کنترل کنند که سلامت و زندگی آنها را تحت تأثیر قرار می‌دهد. بر اساس تعریف، یک نفر نمی‌تواند فرد دیگری را توانمند کند و توانمندسازی چیزی است که مردم خودشان آن را انجام می‌دهند. با وجود این برخی اوقات تسهیلات یا کارکنان بهداشتی - درمانی مربوط می‌توانند در توانمندسازی مردم راهگشا باشند. (وارنر<sup>۱</sup> و ساندرز<sup>۲</sup>: جستجوی راه‌حل)

حمایت و توانمندسازی جوامع مستمند و محروم به‌طور منطقی باعث توزیع منصفانه‌تر منابع مؤثر در سلامت و پاسخگویی بیشتر نظام بهداشتی - درمانی خواهد شد که نیازمند اتخاذ روشهایی برای اقدام و عمل برای فقرا و محرومان در غیاب آنهاست.

برای مقاصد مقیاس برابری، توانمندسازی جامعه ممکن است هم با همکاری مستقیم جوامع خاص و رهبران آنها، سازمانهای منبعث از جامعه، و هم از طریق سازمانهای غیردولتی حمایت شود که در تماس مستقیم با جوامع هستند. طیف فعالیتها نیز شامل آموزش مهارت، حمایت از مدافعه در زمینه موضوعات خاص، مشارکت در مداخلات یا پروژه‌های مربوط به بهبود سلامت و توسعه اقتصادی - اجتماعی است.

دلایل مختلفی برای چرایی حمایت گروه‌های مقیاس برابری از توانمندسازی جامعه وجود دارد: نخست، در عین حال که ممکن است سیاستهای برابری در سلامت روی کاغذ وجود داشته

1. Warner

2. Sanders

باشد، ممکن است در واقعیت به خدمات یا شرایط برابرنگر تبدیل نشود، مگر اینکه جوامع مطمئن شوند تغییرات کاملاً ایجاد و در سطح خوبی حفظ می‌شوند. برای مثال، جامعه‌ای که با آگاهی از حقوق قانونی، اصول اخلاقی یا حقوق بشر توانمند می‌شود تا با خدمات یا مکانیزمهای دیگری سلامت خود را بهبود دهد، می‌تواند تقاضا کند حقوق فوق برآورده شود و اطمینان حاصل نماید که تغییرات نوشته شده روی کاغذ به تغییرات عملی تبدیل می‌شود. وقتی در جامعه نسبت به موضوع برابری حساسیت ایجاد شد و شرایط برای تغییر فراهم شد، مکانیزمهای پایش ایجاد می‌شود، فشار اجتماعی برای بهبود برابری از تداوم بیشتر برخوردار شده و تصمیم‌گیری درباره برابری بیشتر نهادینه می‌شود.

دوم، پیشنهادهاى مربوط به تغییر سیاست حاصل از مقیاس برابری گاهی ممکن است از دیدگاه سیاستگذاران، غیرعملی یا غیرواقع‌بینانه تلقی شود و توصیه‌ها ممکن است، پتانسیل اجتماعی کافی برای متقاعد کردن سیاستگذاران نداشته باشند. با وجود این، وقتی جوامع توانمند شده، تصمیم به ایجاد موضوعات و تقاضاهای مشابهی به عنوان بخشی از ائتلاف رسمی یا غیررسمی می‌گیرند، چنین ایده‌هایی اغلب دارای وجهه و مشروعیت زیادی است و از شانس بیشتری برای ایجاد تغییر مثبت برخوردار است. پس مقیاس برابری و جوامع توانمند می‌توانند به‌طور دوطرفه در فرایند بهبود برابری در سلامت مکمل هم باشند. حالت فوق بخصوص وقتی مؤثرتر است که جوامع در شناسایی نابرابری‌ها و استراتژی‌های مدافعه مشارکت داده شوند.

سوم، تیم‌های مقیاس برابری ممکن است همیشه احاطه کامل به موانع واقعی سلامت که در روستا یا در حاشیه شهرها وجود دارند، نداشته باشند پس نمایندگان مقیاس برابری می‌توانند در تعامل با جوامع مختلف دیدگاه واقع‌بینانه‌ای از مسائل و موانع مبتلا به مردم ترسیم کنند که گروه مقیاس برابری را قادر می‌کند پیشنهادهاى عملی‌تر و مؤثرتری ارائه کند. به عبارت دیگر وقتی متخصصان و جوامع در فرایند توانمندسازی جامعه تعامل دارند، نه تنها جوامع، بلکه متخصصان نیز توانا تر می‌شوند.

در نهایت، آگاهی، باورها و آرزوهای مردم عوامل مهمی در تدوین بهتر اولویت‌ها و شروع موفق تغییر برای سلامت بهتر هستند، در صورتی ادراک آنها اغلب از سوی سیاستگذاران نادیده گرفته می‌شود. بنابراین، مهم است که جوامع فقیر و محروم به منظور اطمینان از توجه به نیازها و خواسته‌های آنها مورد توجه مقیاس برابری قرار گیرد.

حمایت مؤثر از توانمندسازی جامعه فرایندی آسان و سریع نیست. برای مقیاس برابری ممکن نیست که به تمام جوامع مستمند و محروم به صورتی مؤثر توجه کند. هر جا که جوامع

از قبل بر اساس زمینه‌ای مشترک سازماندهی شده باشند، مقیاس برابری احتمالاً راحت‌تر تعامل می‌کند و به افراد کمک خواهد کرد برای کسب حقوق مربوط به سلامت خود اقدام کنند. بنابراین در بیشتر موارد، مقیاس برابری درصد خواهد بود با تعداد محدودی از جوامع متناسب با بخشی از فعالیتهای کلی‌اش و ترجیحاً در ارتباط با سازمانهای نشست‌گرفته از جامعه یا با سازمانهای غیردولتی همکار با جوامع فوق همکاری کند.

مقیاس برابری خواهد توانست با مشارکت جوامع یا سازمانها برخی فعالیتهای را برای حمایت از توانمندسازی جامعه انجام دهد:

- افزایش آگاهی و ارائه اطلاعات درباره موضوعات مهم سلامت، حقوق بهداشتی - درمانی و یافته‌های مربوط به برابری

- تسهیل سازماندهی محلی برای اقدامات سلامت با مشارکت در نشستهای محلی، که در تشکیل گروه یا کمیته سلامت محلی مفید خواهد بود.

- مشارکت دادن اقشار مختلف در فعالیتهای مقیاس برابری، مثل شناسایی نگرانیها و اولویتهای محلی و همچنین تلاشهای حمایتی

- کمک به جوامع برای انجام ارزیابی نیازهای سلامت خودشان جهت تعیین مسائل بهداشتی - درمانی واقعی یا ادراکی، اولویتهای، خدمات بهداشتی - درمانی و مداخلات احتمالی

- ارتقای نظام پایش خدمات بهداشتی - درمانی در جامعه و توانا کردن مردم به ارائه گزارش برای ارائه‌کنندگان خدمات

- برقراری مکانیزمها و قادر کردن نمایندگان جامعه به ارائه دیدگاهشان درباره مراجع تصمیم‌گیری محلی

- ارائه کمک فنی برای خدمات بهداشتی - درمانی محلی

- کمک به توسعه پروژه‌های مبتنی بر جامعه برای بهبود خدمات بهداشتی - درمانی یا شرایط زندگی مرتبط به سلامت در یک مکان و توسعه آموزش و مهارت برای همان مکان

رویکردها و ابزارهای مختلفی برای توانمندسازی جامعه وجود دارد، اما نسخه خاصی در دست نیست. توانمندسازی جامعه نیازمند تعهد، دانش و آگاهی دقیق از شرایط و زمینه‌های اجتماعی - فرهنگی است که فقرا و محرومان در آن زندگی می‌کنند. توانمندسازی در بهترین شرایط، فرایندی دوطرفه است که ممکن است آحاد جامعه و صاحب‌نظران به تنهایی موفق نباشند، اما هر دو با

درایت و به‌طور مؤثر ادغام می‌شوند تا تغییرات مثبت و مقدماتی لازم را برای برابری ایجاد کنند.