

کتاب جامع

بهداشت عمومی

فصل ۱۳ / گفتار ۳ / دکتر سید علیرضا مرندی

عوامل اجتماعی سلامت

فهرست مطالب

۲۰۳۷.....	اهداف درس
۲۰۳۷.....	مقدمه
۲۰۳۸.....	مشکلات سلامت از درون جوامع
۲۰۳۹.....	تحویل نئولبرالیسم به کشورهای جنوب
۲۰۴۰.....	علل موفقیت بعضی از کشورها
۲۰۴۱.....	بی‌عدالتی در سلامت
۲۰۴۳.....	کمیسیون عوامل اجتماعی موثر بر سلامت
۲۰۴۳.....	شبکه‌های علمی (Knowledge networks)
۲۰۴۴.....	سیاست‌های تعدادی از کشورها در امر سلامت
۲۰۴۵.....	هدف‌های توسعه هزاره بقرار زیر است
۲۰۴۵.....	هدف اول: ریشه‌کن کردن فقر شدید و گرسنگی
۲۰۴۶.....	هدف دوم: دستیابی به آموزش ابتدایی همگانی
۲۰۴۶.....	هدف سوم: ترویج برابری جنسیتی و توانمند سازی زنان
۲۰۴۶.....	هدف چهارم: کاهش میزان مرگ و میر کودکان
۲۰۴۶.....	هدف پنجم: بهبود بهداشت مادران
۲۰۴۶.....	هدف ششم: مبارزه با ویروس و بیماری ایدز، مالاریا و سایر بیماری‌ها
۲۰۴۷.....	هدف هفتم: تضمین پایداری محیط زیست
۲۰۴۷.....	هدف هشتم: ایجاد مشارکت جهانی برای توسعه

عوامل اجتماعی سلامت

دکتر سید علیرضا مرندی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

اهداف درس

پس از یادگیری این مبحث، فراگیرنده قادر خواهد بود :

- واژه سلامت را با تغییرات جدید آن تعریف نماید
- ارتباط سلامت و حقوق بشر را متذکر شود
- مشکلات سلامت از درون جوامع را شرح دهد
- هدف‌های علمی (Knowledge networks) را توضیح دهد
- سیاست‌های موفق برخی از کشورها در زمینه سلامت را بیان کند
- علل تحمیل نئولیبرالیسم را توضیح دهد
- علل موفقیت برخی از کشورها در اجرای عدالت در سلامت بازگو کند
- بی‌عدالتی در سلامت را تعریف نموده مثال‌هایی ارائه دهد
- اهداف توسعه هزاره را فهرست نموده هریک را شرح دهد

واژگان کلیدی

سلامت، عدالت، عوامل اجتماعی

مقدمه

سلامت از حقوق اصلی و تبعیض ناپذیر هر انسانی به حساب می‌آید. طبق قانون اساسی سازمان جهانی بهداشت، سلامت فقط به معنی بیمار نبودن نیست، بلکه شامل برخورداری کامل از سلامت جسم، روان و رفاه اجتماعی است. در ظرف سال‌های اخیر، بُعد روحانی (معنوی) سلامت هم به تعریف مزبور اضافه شده است. درک دنیا از سلامت و نیز تلاش جهانی برای تامین، حفظ و ارتقاء سلامت، سیر تکامل خود را ادامه می‌دهد. امید به زندگی در طول قرن اخیر در کشورهای توسعه یافته نظیر آمریکا، ۳۰-۲۵ سال بیشتر شده است و مطالعات، دلیل آنرا

تلاش‌هایی که در زمینه بهداشت عمومی انجام شده است می‌داند. بهداشت و مراقبت پزشکی پیوسته مکمل یکدیگر بوده‌اند، تلفیق این دو در اموری نظیر ایمن سازی، تنظیم خانواده، ایمنی اتومبیل‌ها، امنیت و بهداشت محیط کار، شناسایی سرطان‌های دخیان‌زا و مبارزه با استعمال آن، امید به زندگی را از زمان تاسیس سازمان جهانی بهداشت تاکنون در سطح جهان ۴۰٪ افزایش داده است.

سلامت برای همه

نشست آلمه آتا در سال ۱۳۵۶ بینش را نسبت به سلامت تغییر داد و در محافل بین‌المللی آنرا بعنوان حقوق بشر قلمداد کرد. نشست مزبور هدف "سلامت برای همه تا سال ۲۰۰۰" را مطرح کرد. برای نیل به هدف مزبور، استراتژی تامین مراقبت‌های اولیه بهداشتی و برخورد با آن دسته از عوامل اجتماعی - اقتصادی و سیاسی که سلامت را خدشه دار می‌کنند در دستور کار قرار گرفت. ارتقاء سلامت که به معنی توانمند کردن مردم در کنترل هرچه بیشتر و بهبود بخشیدن سلامت خودشان است، بعنوان راهی برای دستیابی به "سلامت برای همه" مطرح شد. هرچند سلامت همیشه یک مبحث تکنیکی بوده و خواهد بود و فهم ما هم از بیماری‌ها و علت پیشگیری و درمان آنها بر علوم طبیعی استوار است، ولی درک ما از سلامت فقط بعنوان یک بحث تکنیکی نادرست است. تاثیر مباحثی از قبیل مسائل اقتصادی، سیاسی، حقوق بشر، توسعه و حتی امنیت جهانی و ملی، ما را مجبور می‌کند که در مورد سلامت به گونه دیگری فکر کنیم.

وقتی که بیماری سارس در هنگ کنگ بر کشور کانادا تاثیر می‌گذارد، آنگاه که موارد بیماری فلج اطفال در نیجریه، کشورهای عاری از فلج اطفال را در فواصل دور و نزدیک مورد تهدید قرار می‌دهد، وقتی HIV/AIDS ثبات کل قاره‌ای را این چنین تهدید می‌کند بطوری که کانون توجه شورای امنیت سازمان ملل متحد قرار می‌گیرد، دیگر نمی‌توان فقط به تعاریف بیومدیکال سلامت تکیه نمود و یا به راه‌حلهایی که از این طریق ارائه می‌شود بسنده کرد. سلامت برای تامین امنیت شخصی و جمعی از اهمیت خاصی برخوردار است. مساله امنیت فقط به HIV/AIDS و یا به تهدیدهای بیولوژیک، محدود نمی‌شود. فقر خیلی شدید و بیماری‌های عفونی، علاوه بر اینکه خیلی از افراد را تهدید می‌کند ولی خود یک زمینه مساعدی برای سایر تهدیدها نظیر جنگ‌ها، تروریسم و خشونت می‌باشد. زمانی بود که در جریان جنگ‌ها و درگیری‌های مسلحانه، امکانات و تاسیسات مربوط به سلامت مورد تعرض قرار نمی‌گرفت ولی بطور روزافزونی این امکانات و افرادی که در آن محل کار می‌کنند، مورد هدف قرار می‌گیرند. مراکز غیرنظامی و مرتبط با سلامت نظیر تصفیه خانه‌های آب آشامیدنی در معرض حمله قرار دارند که طبیعتاً آثار آن برای جامعه و بخصوص سلامت مردم بسیار زیاد است. پُر واضح است که جوامعی که بیمار باشند توان لازم را در همه زمینه‌ها و از جمله برای دفاع از خود از دست می‌دهند.

مشکلات سلامت از درون جوامع

Kenneth Newell از مدیران WHO در کتاب "Health by the People" که در سال ۱۳۵۴ منتشر شد نوشت که ما با مطالعه اقدامات انجام شده در ارتباط با سلامت در آفریقا، آسیا و آمریکای جنوبی نشان دادیم که بسیاری از "علل" مشکلات معمولی در ارتباط با سلامت از خود جوامع نشات می‌گیرد و مداخله بخش بهداشت

به تنهایی اغلب بی‌اثر است. و اقدامات خارج از بخش سلامت شاید اثرات بیشتری داشته باشد تا مداخلات منحصرأ بهداشتی. در همان سال سازمان جهانی بهداشت و یونیسف در زمینه راه‌های جایگزینی برای رسیدگی به نیازهای اولیه سلامت در کشورهای در حال توسعه نشریه‌ای منتشر کرده و در آن توجه را به نقاط ضعف برنامه‌های عمودی مربوط به بیماری‌ها جلب کردند. در این قبیل برنامه‌ها به تکنولوژی توجه شده ولی به عدم احساس مالکیت توسط جامعه بی‌توجهی بعمل آمده است. نشریه مزبور تاکید کرد که عوامل اجتماعی نظیر فقر، مسکن نامناسب و فقدان آموزش، ریشه‌های واقعی گرفتاریهای مربوط به سلامت در کشورهای در حال توسعه است.

سلامت بصورت پیچیده‌ای با وضع اقتصادی مرتبط است. افراد سالم قدرت فراگیری بیشتری دارند، کسب درآمد برای آنان آسانتر است، به جامعه بیشتر منفعت می‌رسانند و بهتر می‌توانند از افراد سالمند و از کودکان مراقبت نموده و نیز سالم‌تر زندگی می‌کنند. افرادی که از درآمد بالاتری برخوردارند، طبیعتاً دسترسی بیشتری به اطلاعات بهداشتی - مراقبت‌های بهداشتی، درمانی، غذاهای مغذی، آب آشامیدنی سالم و دفع بهداشتی فضولات داشته و در محیط‌های سالم‌تر، زندگی می‌کنند. آنان به محض بیمار شدن به مراقبت‌های لازم پزشکی و تکنولوژی بالای تشخیصی و درمانی دسترسی دارند. افراد فقیر به پاره‌ای و یا تمام امکانات فوق فقط دسترسی محدودی دارند، هنگامی که بیمار شوند، دسترسی آنان به سیستم بهداشتی - درمانی با تاخیر صورت گرفته و اغلب بسیار اولیه است و اقدامات تشخیصی و درمانی، درصد خیلی بیشتری از درآمد خانواده را به خود اختصاص می‌دهد. تشخیص کسالت در مراحل پیشرفته‌تر بیماری صورت می‌گیرد، و در نتیجه آمار مرگ و میر افراد فقیر خیلی بالاتر است. در بسیاری از نقاط جهان یک بیماری Catastrophic قادر است خانواده‌هایی را که با زحمت می‌توانند زندگی معمولی داشته باشند به ورطه فقر بکشاند. اثرات synergistic درآمد و سلامت، محدود به کشورهای در حال توسعه نیست. در کشورهای صنعتی بسیار پیشرفته هم همین امر در مورد افراد فقیرتر و در مورد اقلیت‌ها صحت دارد.

سلامت یک مساله سیاسی بوده و در حقیقت عنصر کلیدی بسیاری از سیاست‌ها است. عدم دسترسی به خدمات بهداشتی - درمانی می‌تواند مردم را برعلیه مسئولین، متحد کند و حتی بعضاً سبب سقوط آنان شود، و نیز برعکس می‌تواند موجب حمایت جدی مردم از مسئولین کشورها گردد. ارائه مراقبت‌های بهداشتی - درمانی، گران بوده و تامین اعتبارات مورد نیاز پیوسته امر مشکلی است. صرف نظر از اینکه مقدار GNP چقدر باشد، بی‌عدالتی در دسترسی به خدمات بهداشتی - درمانی منجر به تهدید سلامت افراد می‌شود. آنان که از نظر سیاسی نفوذ کمتری دارند همان افرادی هستند که از حمایت‌های دیگر اجتماعی هم برخوردار نبوده و کمترین دسترسی را هم به خدمات بهداشتی - درمانی دارند.

تحلیل نئولیبرالیسم به کشورهای جنوب

در دهه ۱۳۶۰ مدل neoliberalism اقتصادی که تاکید آن بر خارج کردن بازار از کنترل دولت‌ها و ترویج تجارت جهانی است، توسط دولت آمریکا، بانک جهانی و صندوق بین‌المللی پول مطرح شد. کشورهای

در حال توسعه به اشکال مختلف و از جمله موقع دریافت وام تحت فشار قرار گرفتند تا این سیستم اقتصادی را در کشور خود پیاده کنند. این نسخه یکنواخت که با شرایط کشورهای در حال توسعه و از جمله با ضعف مدیریت کشورهای مزبور سازگاری نداشت منجر به کاهش اعتبارات بخش اجتماعی و از جمله سلامت، آموزش عمومی و رفاه اجتماعی شد که طبیعتاً تضعیف و تخریب بیشتر وضعیت بخش‌های مورد اشاره را در کشورهای مزبور به همراه داشت. وضع اقتصادی کشورهای مزبور هم نه تنها شکوفا نگردید بلکه بر شدت مشکلات اکثر آنها نیز افزوده شد.

هرچند مسئولین کشورهای در حال توسعه، بسیاری اوقات در سخنرانی‌ها اظهار می‌دارند که باید ارائه خدمات بهداشتی - درمانی را به روستاها و نقاط محروم کشور توسعه داد ولی در عمل، توجه بیشتر آنان و نیز کمک‌های خارجی که در زمینه سلامت صورت می‌گیرد به مراکز درمانی شهرها و آن هم شهرهای بزرگتر معطوف است. اغلب این قبیل کشورها بیش از نیمی از اعتبارات ملی مربوط به سلامت را صرف بیمارستان‌ها و خرید تجهیزات و وسایل گران قیمت پزشکی می‌کنند که تا حدودی گیرنده اصلی این گونه خدمات صرفاً طبقه مرفه‌تر جامعه است. ارائه خدمات از این قبیل، معمولاً تأثیر مثبتی در بهبود وضع سلامت مردم و بهبود شاخص‌های بهداشتی جامعه نخواهد داشت.

مراقبت‌های اولیه بهداشتی که در نشست آلمه آتا، سلامت برای همه تا سال ۲۰۰۰ نامیده شد بر مبنای سه اصل مهم استوار می‌باشد که یکی از این اصول، استفاده از تکنولوژی مناسب است. یعنی نوعی از تکنولوژی که برای جامعه و کشور براحتی قابل تامین و نگهداری و در دسترس عامه مردم بوده و جوابگوی نیازهای همگان باشد و نه اینکه فقط قشر متمکن و صاحب نفوذ جامعه به آن دسترسی داشته باشند. اصل اساسی دیگر از مراقبت‌های اولیه بهداشتی، ارتباط روشن و جدی بین سلامت و توسعه اجتماعی است. به خدمات بهداشتی نباید بعنوان یک مداخله زودگذر نگاه کرد بلکه این امر یک پدیده درازمدت برای اصلاح وضعیت زندگی مردم است و به همین دلیل همکاری‌های بین بخشی از ستون‌های مهم مراقبت‌های اولیه بهداشتی به حساب می‌آید تا از این طریق بتوان به عوامل اجتماعی و زیست محیطی سلامت پرداخت.

علل موفقیت بعضی از کشورها

در سال ۱۳۶۴ کنفرانسی تحت عنوان "Good health at tow cost" در بنیاد راکفلر برگزار شد. این کنفرانس سه کشور چین، کاستاریکا و سریلانکا و نیز یکی از ایالت‌های هندوستان یعنی کرالا را مورد بررسی قرار داد. این کشورها علیرغم GDP پایین و سرانه بهداشتی که در مقایسه با کشورهای پردرآمد، ناچیز است توانسته بودند از وضعیت سلامت خیلی خوبی برخوردار شوند و شاخص‌های بهداشتی بسیار مناسبی داشته باشند. هرچند کشور کوبا در این کنفرانس مورد بررسی قرار نگرفت ولی این کشور هم علیرغم وضع اقتصادی نامناسب توانسته است به شاخص‌های بهداشتی قابل مقایسه و بعضاً بهتر از کشورهای متمکن توسعه یافته دست یابد. دلیل مشترک پیشرفت کشورهای مورد اشاره، ایجاد ارتباطات بین بخشی قوی جهت رسیدگی به عوامل اجتماعی موثر، در امر سلامت بود که از این طریق توانستند شاخص‌های سلامت جامعه را ارتقاء بخشند و بخصوص پاسخگوی نیازهای گروه‌های آسیب پذیر باشند.

فقرزدایی، اشتغال، رفع تبعیض‌ها از جمله رفع تبعیض علیه زنان و دختران، اجباری کردن تحصیلات، سوادآموزی همگانی بخصوص برای دختران و زنان، آموزش فراگیر مسائل مربوط به سلامت در طول دوران تحصیلات، گسترش و همگانی کردن خدمات بهداشتی و درمانی با تاکید خاص بر استفاده برابر و بدون تبعیض افراد فقیر و غنی از کلیه خدمات و امکانات بهداشتی، تشخیصی و درمانی، مشارکت جامعه در تصمیم‌گیری مسائل مربوط به سلامت، جهت دادن بهزیستی بطرف توسعه و از همه مهمتر تعهد واقعی مسئولین به سلامت بعنوان یک هدف اجتماعی و به حساب آوردن آن بعنوان جزء مهم توسعه از علل موفقیت این دسته از کشورها است.

باید به این حقیقت توجه داشت که توسعه پایدار برای انسان بوده و در عین حال انسان خود، محور توسعه است و سلامت بیشترین تاثیر را در پیشرفت بطرف توسعه دارد. اگر اصلاحات لازم در وضعیت سلامت فقیرترین افراد جامعه بوجود نیاید پیشرفت عمده در رسیدن به اهداف توسعه و از جمله اهداف هزاره توسعه غیرقابل تصور بنظر می‌رسد.

سلامت تحت تاثیر وضعیت اجتماعی است و حتی در ثروتمندترین کشورها، مردم فقیرتر بطور قابل توجهی طول عمر کوتاهتر و بیماری بیشتری نسبت به افراد ثروتمند دارند. این تفاوت‌ها، حساسیت سلامت را نسبت به محیط اجتماعی نشان می‌دهد. در حقیقت سلامت مردم خیلی بیش از آنکه به مراقبت‌های پزشکی متکی باشد به عوامل و پدیده‌های اجتماعی ارتباط دارد. نظیر: امنیت غذایی و تغذیه؛ دسترسی به آب سالم و دفع بهداشتی فضولات؛ محیط زندگی در اوائل دوران کودکی؛ مسکن و محل زندگی؛ حمل و نقل؛ اشتغال و وضعیت کار کردن؛ حمایت و یا حصر اجتماعی، جنگ و درگیری.

این امر غیرقابل انکار است که وضعیت اجتماعی مردم در سلسله مراتب اجتماعی که برپایه ثروت، تحصیلات، جنس، نژاد، شهر یا روستانشینی و غیره استوار است، بصورتی جدی وضعیت سلامت آنان را شکل می‌دهد. برای مثال زنان، نوجوانان و کودکان در جهان در مجموع از سلامت نازل تری برخوردارند، که علت آن تبعیض اجتماعی و عدم برابری امکان دسترسی آنان به خدمات بهداشتی - درمانی است. زن و مرد از نظر بیولوژی و از نظر نقش و مسئولیتی که جامعه بعهده آنان می‌گذارد و نیز از نظر جایگاه آنان در خانواده و جامعه با هم تفاوت دارند. این نقش‌ها و مسئولیت‌ها تاثیر خیلی زیادی بر علل، عواقب و سیر بیماری‌ها و سلامت افراد دارد.

بی‌عدالتی در سلامت

به دلیل تاثیر عوامل عدیده اجتماعی در امر سلامت میزان برخورداری از موهبت سلامت در جوامع مختلف متفاوت بوده و در نتیجه شاخص‌های سلامت در بین کشورها و حتی در درون کشورها اختلاف فاحشی دارد. مثلاً امید به زندگی در کشور سیرالئون ۳۴ سال و در ژاپن ۸۱/۹ سال است یعنی اختلاف امید به زندگی بین این دو کشور قریب به ۴۸ سال می‌باشد. در داخل کشور آمریکا اختلاف امید به زندگی بین سیاه پوست‌های فقیر و سفید پوست‌های غنی بالغ بر ۲۰ سال است. در کشور استرالیا هم اختلاف امید به زندگی بین بومی‌های آن کشور و سفیدپوستان مهاجر حدود ۲۰ سال می‌باشد. در ایران محاسبات مرکز آمار ایران اختلاف بین استان تهران و سیستان و بلوچستان را حدود ۱۰ سال تخمین می‌زند. احتمالاً اختلاف بین پایین‌ترین طبقات اجتماعی

استان سیستان و بلوچستان با جامعه متمکن تر تهرانی بیش از رقم مزبور است. میزان مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال در کشور سیرالئون ۳۱۶ کودک در هر هزار تولد زنده است، در حالی که این شاخص در کشور ژاپن ۵ در هر هزار تولد زنده، در فنلاند ۴ و در کشور ایسلند ۳ در هزار است به عبارت دیگر هرچه سطح اجتماعی - اقتصادی در جامعه پایین باشد، مرگ زیر ۵ سال بیشتر است. مرگ و میر کودکان زیر یک سال در بیستک (یک پنجم) کم درآمد جامعه ایرانی معادل ۴۷/۲ در هر هزار تولد زنده است در حالی که در بیستک (۲۰٪) غنی جامعه ۲۰/۷ در هزار می‌باشد. همچنین شیوع کوتاهی قد و کم وزن بودن کودکان که ناشی از سوء تغذیه است در مناطق روستایی خیلی بیشتر از شهرها است.

ارتباط زیادی بین GNP (Growth National Product) و طول عمر وجود ندارد. مثلاً امید به زندگی در آمریکا که GNP آن سه یا چهار برابر کشورهای کوبا و کاستاریکا است با کشورهای مزبور تقریباً به یک اندازه است. حتی میزان هزینه کشورها برای امر سلامت، الزاماً به معنی بهتر شدن شرایط سلامت در کشورهای مزبور نیست. برای مثال، کشور ایالات متحده آمریکا بیشتر از هر کشوری در جهان برای سلامت هزینه می‌کند ولی در سال ۲۰۰۳ میلادی از نظر امید به زندگی در بین ۳۰ کشور نام برده در ذیل در ردیف ۲۹ قرار گرفت (به ترتیب رتبه): ژاپن، هنگ کنگ، ایسلند، سوئیس، اتریش، سوئد، ایتالیا، کانادا، اسرائیل، فرانسه، اسپانیا، نروژ، نیوزیلند، استرالیا، بلژیک، آلمان، سنگاپور، قبرس، لوکزامبورک، فنلاند، هلند، انگلستان، مالت، یونان، کاستاریکا، امارات متحده عربی، شیلی، ایرلند، آمریکا و کوبا.

مهمترین خطری که سلامت و عدالت در سلامت را در کشور آمریکا تهدید می‌کند، اختلاف بین غنی و فقیر است. هرچه نابرابری اقتصادی بیشتر باشد وضعیت سلامت بدتر می‌شود. یعنی امید به زندگی کوتاه تر شده و مرگ و میر، افزایش می‌یابد. تمام کشورهایی که در درجه بندی فوق در رتبه بالاتری قرار داشته و از وضعیت بهتری برخوردارند کشورهایی هستند که در آن اختلاف درآمد کمتری بین افراد فقیر و غنی وجود دارد. به عبارت دیگر وضعیت عدالت در سلامت در کشورهایی که مساوات طلب هستند (نظیر کشورهای اسکاندیناوی) خیلی بهتر از کشورهای سرمایه‌داری نظیر آمریکا است.

بررسی وضعیت مرگ و میر ناشی از بیماری سل در انگلستان در طی یکصد سال نشان می‌دهد که عمده کاهش مرگ و میر در کشور مزبور متعاقب بهبود شرایط اجتماعی - اقتصادی جامعه اتفاق افتاده است. یعنی هرچه وضعیت غذا و تغذیه و شرایط زندگی مردم بهتر شد میزان مرگ و میر، به همان نسبت کاهش یافت. این کاهش خیلی قبل از کشف واکسن ب ت ژ و داروهای ضد سل به وقوع پیوست.

بررسی مرگ و میر کودکان زیر یک سال در کشور استرالیا نیز در طی یکصد سال همین امر را به اثبات رساند. یعنی بهبود شرایط اجتماعی - اقتصادی جامعه از جمله بهبود وضعیت غذا و تغذیه و شرایط زندگی خیلی زودتر از کشف واکسن‌ها و آنتی بیوتیک‌ها موجب کاهش مرگ و میر کودکان زیر یک سال استرالیا شد. تلاش بخش سلامت فقط یکی از عوامل موثر بر سلامت است. در حالی که عمده‌ترین تاثیر از عوامل اجتماعی و اقتصادی، نشات می‌گیرد که بر شرایطی که مردم در آن زندگی و کار می‌کنند اثر می‌گذارد. عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، انعکاسی از وضعیت گوناگون مردم در پله‌های مختلف نردبان اجتماعی است که وضعیت مردم، خود نشات گرفته از موقعیت، قدرت، درآمد و ثروت آنان است. هرگاه سیاست‌های اجتماعی، سلامت انسان را در مرکز

قرار دهد، منجر به سلامت بهتر و نابرابری کمتر در سلامت می‌گردد. یک راه برخورد با نابرابری‌های سلامت، کنترل بیشتر بیماری‌های کشنده و اصلاح سیستم سلامت است. راه دوم برخورد با فقر است که اولین هدف توسعه هزاره نیز به حساب می‌آید. سومین اقدام که کاری بسیار مهم و مکمل دو اقدام قبلی است مربوط به عوامل اجتماعی موثر بر سلامت است و آن بهبود بخشیدن شرایطی است که مردم در آن زندگی و کار می‌کنند. نابرابری‌های سلامت و بی‌عدالتی، عوامل مشترک دارند. عدم توجه به عوامل پیچیده اجتماعی، مانع رسیدن به اهداف هزاره توسعه و نیز مانع رفع نابرابری‌های سلامت می‌شود.

کمیسیون عوامل اجتماعی موثر بر سلامت

مدیر کل سازمان جهانی بهداشت، حدود یک سال قبل کمیسیون عوامل اجتماعی موثر بر سلامت را طبق مصوبه اجلاس سازمان جهانی بهداشت تشکیل داد. اعضاء کمیسیون مزبور که بیست نفر هستند از بین شخصیت‌های حقیقی انتخاب شده‌اند که غالباً ده‌ها سال از عمر خود را در امور تحقیقاتی یا اجرایی در زمینه‌های سلامت، امور اجتماعی، اقتصادی و سلامت و ... صرف کرده‌اند. در بین آنان ۴ نفر آمریکایی، دو نفر کانادایی، یک نفر انگلیسی، یک نفر از سوئد، یک نفر از ایتالیا (عضو پارلمان اروپا)، یک نفر ژاپنی، چینی، هندی، مصری، کنیایی، یک نفر از تانزانیا و یک نفر از موزامبیک (نخست وزیر سابق)، یک نفر از شیلی (رئیس جمهور فعلی)، استرالیا، سنگال و ایران هستند که جمعاً ۱۱ نفر مرد و ۹ نفر زن می‌باشند. وظیفه کمیسیون عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، عبارتست از بررسی شواهد علمی و شناسایی علل ریشه‌ای و بنیادی (علت‌العلل) در زمینه مسائل اجتماعی موثر بر سلامت و تبدیل آن به سیاست‌های سازمان جهانی بهداشت و کشورها و نیز کمک به اعمال سیاست‌های مزبور در سطح کشورها و جهان.

مطالعات نشان داده است که در بین عوامل موثر در ایجاد سلامت، سهم هر دسته از عوامل حدوداً به قرار زیر است. سهم سیستم ارائه خدمات سلامت به میزان ۲۵٪، سهم عوامل ژنتیکی و بیولوژی ۱۵٪، عوامل فیزیکی محیط زیست و عوامل رفتاری ۱۰٪، این در حالی است که سهم عوامل اجتماعی موثر بر سلامت ۵۰٪ می‌باشد. در حقیقت این عوامل اجتماعی هستند که منجر به بی‌عدالتی در سلامت جامعه و افراد می‌شوند. هدف و برنامه کمیسیون عوامل اجتماعی موثر بر سلامت برخورد شدید با نابرابری‌های سلامت در میان کشورهای جهان و نیز بی‌عدالتی در سلامت در داخل کشورها است. قوی‌ترین و جدی‌ترین عوامل ناخوشی‌ها، شرایط اجتماعی است که مردم هر جامعه در آن زندگی و کار می‌کنند. نابرابری‌های سلامت در جوامع مختلف، وسیله‌ای برای اندازه‌گیری میزان عدالت اجتماعی در آن جوامع است. از طریق سنجش میزان سلامت مردم در هر جامعه و کشوری می‌توان به این نتیجه‌گیری رسید که جامعه مزبور تا چه درجه‌ای شرایط اجتماعی نیازهای انسان‌ها را تامین می‌کند.

شبکه‌های علمی (Knowledge networks)

کمیسیون عوامل اجتماعی موثر بر سلامت اقدام به ایجاد شبکه‌های علمی در مورد مسائل خاصی در

ارتباط با عوامل اجتماعی نموده است. هر شبکه علمی با مشارکت فعال صاحب‌نظران و دانشمندان آن موضوع فعالیت می‌کند. عناوین شبکه‌ها عبارتند از :

بریدگی از جامعه (social exclusion)، شهرنشینی (مهاجرت و حاشیه نشینی)، اشتغال (و شرایط و محیط کار)، جهانی شدن، زنان و نابرابری جنسی، تکامل در دوران اول کودکی (early childhood development)، سیستم ارائه خدمات سلامت، بیماری‌های مهم بهداشت عمومی (اولویت‌ها)، تامین اعتبار، برنامه‌های اجتماعی، ارزیابی و اندازه‌گیری پیشرفت‌ها. نتیجه مطالعات و بررسی‌هایی که در شبکه‌های مزبور انجام می‌شود، در جلسه کمیسیون مطرح شده و پس از حک و اصلاح از آن بهره برداری می‌شود. کمیسیون از سازمان‌های غیردولتی (NGO) در سراسر جهان برای پیشبرد اهداف خود استفاده می‌کند. هم اکنون NGOهای بزرگ بین‌المللی که بعضاً در همه کشورها شعبه دارند مشغول همکاری هستند.

کمیسیون از بدو تاسیس به مدت ۳/۵ سال فرصت دارد تا نتایج کل مطالعات و نظرات نهایی خود را منتشر کند. کمیسیون سالیانه سه جلسه مشترک در کشورهای مختلف برگزار می‌کند. کمیسیون در ۶ منطقه سازمان جهانی بهداشت، کشورهای را بعنوان کشورهای همکار انتخاب می‌کند. کشورهای مزبور تلاش می‌کنند تا با کمک‌های فکری و مشورت‌های کمیسیون و شبکه‌های علمی مورد اشاره و نیز سازمان جهانی بهداشت، الگوهای عملی برای سایر کشورهای جهان باشند. کشورهایی که تاکنون برای این کار، نامزد شده‌اند عبارتند از چین، کانادا، انگلیس، شیلی، ایران و کنیا.

علاوه بر شبکه‌های علمی که در بالا به آنها اشاره شد، کمیسیون مباحث دیگری را هم پیش‌بینی کرده است که قرار است مورد بررسی قرار گیرد. عناوین مباحث مزبور عبارتند از : بهداشت روان، سالخوردگی، تغییرات محیط زیست، بلایای طبیعی، مهاجرت، نابرابری‌های درآمد، مذهب، خشونت و درگیری (شامل جنگ و انواع انحصارها)، استرس‌های روانی - اجتماعی، غذا، الکل، روستانشینی، آموزش پزشکی، کمک‌ها (سرمایه‌گذاری‌ها برای عوامل اجتماعی موثر بر سلامت). هرچند نقش عوامل اجتماعی بر سلامت ۵۰٪ است ولی تا دهه‌های اخیر این عوامل مورد غفلت قرار گرفتند. بدون کاهش جدی فقر، ایجاد امنیت غذایی، آموزش، توانمندسازی زنان و اصلاح شرایط زندگی در حاشیه شهرها نمی‌توان به اهداف عدالت در سلامت دست یافت. لازمه سلامت، برخورداری از صلح، مسکن، تحصیلات، غذا، درآمد پایدار، محیط زیست سالم، عدالت اجتماعی، تفریح و داشتن احساس کنترل بر زندگی و کار خویش است.

سیاست‌های تعدادی از کشورها در امر سلامت

سیاست‌های کلی اروپا: برخورد با طبقاتی بودن اجتماع، کاهش استرس در جامعه، توجه به سلامت جسمی، روانی و تکامل کودکان در سال‌های اول زندگی، توجه به رانده‌شدگان اجتماعی، اشتغال و شرایط و محیط شغلی، حمایت اجتماعی، اختیار، غذا، حمل و نقل.

سوئد: مشارکت همگان و بخصوص اقشار پایین اجتماع در امور جامعه، امنیت اقتصادی و اجتماعی، شرایط امن و مطلوب در دوران کودکی و نوجوانی، زندگی شغلی سالم‌تر، محیط زیست سالم و امن، انواعی از مراقبت‌های

پزشکی که بیشتر موجب ارتقاء سلامت کل جامعه و عدالت در سلامت می‌شود، حفاظت موثر در مقابل بیماری‌های واگیر، روابط جنسی امن، بهداشت باروری خوب، افزایش فعالیت بدنی، عادات خوب غذایی و امنیت غذایی، کاهش مصرف سیگار و الکل و ایجاد جامعه‌ای عاری از سوء مصرف مواد.

انگلیس : برخورد با نابرابری‌ها، ارتقاء استاندارد زندگی و برخورد با درآمد کم از طریق افزایش برخورداری‌های اجتماعی، افزایش حداقل دستمزد.

شیلی و بلژیک : دادن یارانه به مادران در خانواده‌های کم درآمد (یک چهارم از جمعیت کل) در صورتی که تمام افراد خانواده مراقبت‌های بهداشتی را بپذیرند و برای کلیه خدمات پیشگیری و شایعترین مشکلات سلامتی به مراکز مراجعه کنند، بهداشت محیط، تنظیم خانواده، مراقبت مادر (قبل، حین و پس از زایمان)، پیشگیری از سوانح و حوادث و کمک‌های اولیه، تغذیه با شیر مادر، آموزش، تغذیه مناسب و کنترل رشد کودکان، حضور در کلاس‌های آموزشی در امور بهداشت و سلامت، ادامه تحصیل کودکان و بخصوص دختران تا ۱۸ سالگی. خلاصه آنکه برای دریافت یارانه مورد اشاره، خانواده باید حداقل، ۵۷ شرط را در راستای ارتقاء سلامت بپذیرد و به آنها عمل کنند. همچنین دولت برای این دسته از خانواده‌ها امنیت غذایی را فراهم و میزان کالری دریافتی و ریزمغذی‌ها را افزایش داده است. کیفیت خدمات بهداشتی - درمانی این گروه از مردم را بهبود بخشیده، تعداد پزشکان و پرستاران را افزایش داده و دسترسی به خدمات و دارو را تسهیل نموده است.

از سال ۲۰۰۰ میلادی به بعد سیاست‌های مربوط به سلامت در جهان تغییرات عمده‌ای را شاهد بوده است. از جمله اینکه در ارتباط با توسعه بین‌المللی، سلامت از هر زمان دیگری در جایگاه برجسته‌تر و بالاتر قرار گرفته است. صاحب‌نظران بصورت روزافزونی به این امر اعتراف می‌کنند که آن دسته از استراتژی‌های سلامت که به ریشه‌های اجتماعی بیماری و سلامت توجه نمی‌کند، نارسا و ناکافی هستند و باید تغییر پیدا کنند. این روزها امکان اقدامات بر روی عوامل اجتماعی سلامت افزایش یافته است. اهداف توسعه هزاره که در اجلاس سران ۱۸۹ کشور عضو سازمان ملل متحد در سپتامبر سال ۲۰۰۰ در مقر سازمان ملل متحد به تصویب رسید، هم خود شاهدی است بر این مدعا و هم وسیله‌ای است برای پیشبرد مقصود و رسیدن به هدف سلامت. هشت هدف توسعه هزاره که بر طبق اعلامیه هزاره به منظور دستیابی به صلح و امنیت، حقوق بشر و توسعه پایدار تعیین شده است، کشورها را موظف می‌سازد برای مبارزه با فقر، بی‌سوادی، گرسنگی، عدم وجود امکانات آموزش و پرورش، نابرابری جنسیتی، مرگ و میر کودکان و مادران، بیماری و نابودی محیط زیست، دست به دست هم بدهند و بیشتر کار و تلاش کنند. هدف هشتم از کشورهای ثروتمند می‌خواهد بدهی‌های کشورهای فقیر را ببخشند، کمک به آنها را افزایش دهند و امکان دسترسی عادلانه آنها به بازارها و فن آوری خود را فراهم کنند.

هدف‌های توسعه هزاره بقرار زیر است

هدف اول: ریشه کن کردن فقر شدید و گرسنگی

برای نیل به این مقصود باید تا سال ۲۰۱۵ تعداد افرادی که با روزی کمتر از یک دلار زندگی می‌کنند و

کسانی که از گرسنگی رنج می‌برند به نصف رسانده شود. در حال حاضر در جهان در حال توسعه حدود ۱/۲ میلیارد نفر با روزی کمتر از یک دلار زندگی می‌کنند. هشتصد میلیون نفر دچار سوء تغذیه هستند و ۱۵۳ میلیون کودک کمتر از ۵ سال کمبود وزن دارند. نیمی از جمعیت منطقه جنوب صحرای آفریقا با فقر دست به گریبان هستند. نسبت مردمی که در فقر شدید زندگی می‌کنند در جنوب صحرای آفریقا و آسیای غربی از دهه ۱۹۹۰ عملاً افزایش یافته است. دو سوم کسانی که با کمتر از یک دلار زندگی می‌کنند ساکن آسیا هستند. کشورهای شرقی و جنوب شرقی آسیا برای تامین هدف کاهش فقر، گام‌هایی برداشته‌اند و آسیای جنوب مرکزی در حال پیشرفت است.

هدف دوم: دستیابی به آموزش ابتدایی همگانی

هدف آنست که تا سال ۲۰۱۵ همه پسران و دختران، دوره ابتدایی را تکمیل کنند. در حال حاضر ۱۱۴ میلیون کودک در سن آموزش ابتدایی در جهان به مدرسه نمی‌روند. بدین ترتیب از هر پنج کودک یک کودک حتی از دسترسی به بنیادی ترین آموزش محروم است.

هدف سوم: ترویج برابری جنسیتی و توانمند سازی زنان

هدف آنست که نابرابری‌های جنسیتی در آموزش ابتدایی و متوسطه ترجیحاً تا سال ۲۰۰۵ و در تمام سطوح تا سال ۲۰۱۵ حذف شود. در حال حاضر حدود ۶۳ میلیون دختر در سن تحصیلات ابتدایی هنوز به مدرسه نمی‌روند و فقط در نه کشور جهان از هر سه کرسی پارلمان و یا بیشتر فقط یک کرسی در اختیار زنان است.

هدف چهارم: کاهش میزان مرگ و میر کودکان

منظور کاهش دو سوم میزان مرگ و میر کودکان کمتر از ۵ سال بین سال‌های ۱۹۹۰ و ۲۰۱۵ است. در حال حاضر نزدیک به ۱۱ میلیون کودک کمتر از ۵ سال یعنی بیش از ۱۲۰۰ کودک در هر ساعت جان خود را از دست می‌دهند که بیشتر این مرگ‌ها به دلایلی است که به راحتی قابل پیشگیری یا درمان هستند.

هدف پنجم: بهبود بهداشت مادران

هدف آنست که بین سال‌های ۱۹۹۰ و ۲۰۱۵ سه چهارم نسبت زنانی که هنگام حاملگی و یا زایمان جان خود را از دست می‌دهند کاهش پیدا کند. در حال حاضر هر سال بیش از پانصد هزار زن یعنی یک نفر در هر دقیقه در طول حاملگی و یا هنگام زایمان فوت می‌کنند. در منطقه جنوب صحرای آفریقا از هر ۱۶ زن یک نفر جان خود را از دست می‌دهد، و حتی در کشورهای افغانستان و سیرالئون این نسبت به یک نفر از هر ۷ زن می‌رسد. این در حالی است که در کشورهای توسعه یافته این خطر، یک نفر برای هر ۲۸۰۰ زن را تهدید می‌کند.

هدف ششم: مبارزه با ویروس و بیماری ایدز، مالاریا و سایر بیماری‌ها

هدف برای سال ۲۰۱۵ متوقف کردن گسترش ویروس و بیماری ایدز و نیز شیوع مالاریا و سایر

بیماری‌های عمده و شروع به کاهش رشد آنها است. بیماری ایدز مهمترین عامل مرگ و میر در منطقه جنوب صحرای آفریقا و چهارمین عامل مرگ در سراسر جهان است.

هدف هفتم: تضمین پایداری محیط زیست

ادغام و گنجانیدن اصول توسعه پایدار در سیاست‌ها و برنامه‌های کشوری و جلوگیری از تخریب منابع زیست و کاهش نسبت افرادی است که به آب آشامیدنی سالم دسترسی ندارند به نصف تا سال ۲۰۱۵ و بهبود بخشیدن چشمگیر زندگی حداقل یکصد میلیون زاغه نشین تا سال ۲۰۲۰. در حال حاضر حدود ۲/۴ میلیارد نفر از بهداشت کافی و حدود ۱/۲ میلیارد نفر از دسترسی به آب سالم محروم هستند.

هدف هشتم: ایجاد مشارکت جهانی برای توسعه

کشورهای ثروتمند مسئول تامین دسترسی برابر به بازارها و فن‌آوری خود و ایجاد محیط و شرایط مالی مناسب هستند. برخورداری از حکومت مطلوب و تمرکز بر نیازهای اجتماعی و سرمایه انسانی به منظور دستیابی کشورهای در حال توسعه به هدف‌های هزاره ضروری است. رسیدگی کامل و همه‌جانبه به مسائل مربوط به بدهی کشورهای در حال توسعه، ایجاد کار شرافتمندانه و مولد برای جوانان. تامین دسترسی به داروهای حیاتی با قیمت مناسب در کشورهای در حال توسعه با همکاری شرکت‌های داروسازی. ایجاد بهره‌گیری از فن‌آوری‌های جدید به ویژه فن‌آوری‌های اطلاعاتی و ارتباطی با همکاری بخش خصوصی.

دبیرکل سازمان ملل متحد، هر سال در باره پیشرفت در زمینه تحقق هدف‌های جهانی که در اعلامیه هزاره برای دستیابی به صلح و امنیت و حقوق بشر و توسعه پایدار تعیین شده است گزارش می‌دهد. او در گزارش سال ۲۰۰۳ به نکات زیر در رابطه با هشت هدف اعلامیه هزاره در مورد توسعه اظهار می‌دارد که: "پیشرفت‌های سریع در زمینه بعضی از این هدف‌ها نشان می‌دهد که هدف‌ها در عین بلندپروازانه بودن، قطعاً برای تقریباً همه کشورهای جهان قابل تحقق هستند" و در جای دیگر گزارش می‌گوید: "اما بعضی از گزارش‌ها و اقدامات فعلی حاکی از این است که بخش‌های قابل توجهی از جهان با خطر عدم تحقق بسیاری از این هدف‌ها مواجه هستند. نیاز ضروری وجود دارد که رهبران سیاسی برای گشودن درهای تجارت، افزایش کمک و کاهش بدهی‌ها، و دادن فرصتی عادلانه به کشورهای در حال توسعه برای کاهش فقر شدید در این کشورها به تعهدات خود عمل کنند." هدف‌های توسعه هزاره، زمینه مساعدی را برای اقدامات چندبخشی در زمینه سلامت، فراهم کرده و بر ارتباط دوطرفه بین سلامت و عوامل اجتماعی تاکید دارد. هدف‌های مزبور نشان می‌دهد که بدون مبارزه با فقر و به دست آوردن امنیت غذایی، تحصیلات، توانمند کردن زنان و اصلاح شرایط زندگی زاغه‌نشین‌ها، بسیاری از کشورها به هدف‌های مربوط به سلامت دست نخواهند یافت.

به امید روزی که خورشید عدالت در سلامت، در پرتو انوار مقدس خود، سراسر جهان را منور نماید.

انشال..