



سرمقاله

عدالت در سلامت

علی اصغر فرشاد^۱

در اواخر دهه ی ۱۹۹۰ برخی از کشورها، به ویژه در اروپا، دست به طراحی و اجرای سیاست های بهداشتی نوین زدند تا با کمک آنها بهداشت و سلامت بهبود بخشد و نابرابری های موجود در سلامت همگانی را با اقدامات عوامل اجتماعی مؤثر در سلامت کاهش بدهند. این سیاست ها از مدخل های مختلفی شروع می شدند. یکی از اهداف بلند پروازانه تر آنها تغییر ساختار نابرابری های اجتماعی از راه مکانیسم های توزیع مجدد می باشد. برنامه های معتدل که کمتر افراطی بودند، تلاش می کردند که جمعیت های محروم را در قبال اشکال خاص آسیب پذیری و ضعف ناشی از موقعیت اقتصادی و اجتماعی، محافظت نمایند. با توجه به این دید فراگیر، سازمان جهانی بهداشت در مارس سال ۲۰۰۵ میلادی برای جلب توجه دولت ها، جامعه مدنی، سازمان های بین المللی و خیرین به یافتن راهکارهای عملی برای ایجاد شرایط اجتماعی بهتر برای سلامت عام خصوصا اقشار آسیب پذیر جهان، اقدام به ایجاد کمیسیونی تحت عنوان "عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت" نموده است. فعالیت های این کمیسیون در قالب تعریفی گسترده تر از سلامت که همواره در راس برنامه های WHO قرار داشته است شکل گرفته اند. بر اساس این تعریف سلامت نه تنها به معنای عاری بودن انسان از امراض گوناگون بلکه شامل رفاه احساسی، روانی و اجتماعی نیز می باشد. بر این اساس عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت (SDH) به شرایط اجتماعی که انسانها در طول چرخه حیات شان در آن زندگی و کار می کنند توجه

عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت

سلامت انسانها تا حدود زیادی تحت تاثیر وضعیت اجتماعی و اقتصادی آنهاست. صرف پیشگیری و درمان بیماریها توسط ارائه دهندگان خدمات، منجر به بهبود سلامت جامعه نمی شود. تنها با اصلاح و بهینه سازی مؤلفه های اجتماعی-اقتصادی که بشدت سلامت انسانها را تحت تاثیر قرار می دهند، مثل اشتغال، مسکن، آموزش و محیط زیست می توان به بهبود سلامت جامعه به صورت پایدار دست یافت. ابعاد اجتماعی سلامت و بهداشت که اساسنامه ی سازمان جهانی بهداشت در ۱۹۴۸ قویا بر آن تاکید می نماید، در خلال دوره های بعدی، بهداشت و سلامت عمومی توسط برنامه های عمودی فن آوری محور، شدیداً تحت الشعاع قرار گرفت و بافراگیر شدن نگرش های سیاسی و اقتصادی نئولیبرال در سالهای دهه ی هشتاد میلادی و تاکید آن بر خصوصی سازی، حذف نظارت دولت، کوچک سازی دولت ها و آزادسازی بازار همانند سایر جنبه های خدمات بهداشتی جامع، اقدامات مربوط به عوامل اجتماعی تضعیف گردید. تحت سلطه ی متمدنی انواع مختلف نئولیبرالیسم، اقدامات دولت جهت بهبود بهداشت و سلامت از راه برطرف کردن نابرابری های اجتماعی دیگر در بسیاری از زمینه ها غیر ممکن می نمود. در همین دوره، البته پیشرف های علمی مهمی در زمینه درک عوامل اجتماعی مؤثر در سلامت صورت گرفت.

۱-دانشیار بهداشت حرفه ای، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران (email: fdgir@yahoo.com)



دارد (Social Determinants of Health).

- سرمایه اجتماعی (Social Capital): ارتباطات اجتماعی موجود در داخل جامعه می تواند تاثیر بزرگی بر سلامت اعضاء آن جامعه داشته باشد.

یکی از مناسب ترین روش های بررسی و تحلیل سطح نابرابری، توزیع در آمد و محاسبه ضریب جینی است. در این شاخص انتقال در آمد از افراد غنی به افراد فقیر جامعه باعث کاهش شاخص شده و مقدار آن نسبت به توزیع در آمد در گروه های میانی جامعه حساس است. این مقیاس دارای خواص آماری مطلوب شناخته شده تری است و لذا این امکان را فراهم می آورد که به ارزیابی معنادار بودن اثر تغییر سیاست ها بر روی نابرابری توزیع در آمد یا مخارج نیز پرداخته شود.

عدالت در سلامت

در هر سیستم اجتماعی سیاسی و نیز در هر موقعیت جغرافیایی، تفاوت هایی در وضعیت سلامت گروه های مختلف اجتماعی به چشم می خورد. حتی در نواحی مختلف جغرافیایی داخل یک کشور نیز این قبیل تفاوتها کاملاً مشهود میباشند. شواهد زیادی گویای این مطلب است که گروه های محروم تر عمر کوتاه تری دارند و در سنین پایین تر فوت می کنند. در یکی از محروم ترین نواحی شهر گلاسکو در کشور بریتانیا، امید زندگی مردان حدود ۵۴ سال است در حالیکه در بهره مند ترین ناحیه همان منطقه میزان امید زندگی در حدود ۸۲ سال بوده است. در واقع این مطلب خود مبین این واقعیت است که فقیرترین مردان در گلاسکو امید زندگی کمتری از متوسط این میزان در مردان هندی دارند و یا میزان امید زندگی در اساتید دانشگاهی ۳۵ ساله فرانسه ۹ سال بیشتر از کارگران غیر حرفه ای همسالشان است و در اسپانیا نیز میزان مرگ و میر کودکان خانواده های کارگری روستایی دو برابر کودکان خانواده های است که والدینشان مشاغل تخصصی دارند و یا میزان مرگ و میر شیر خواران در اتحاد جماهیر شوروی سابق در سال ۱۹۸۷ بیش از ۲۱ درصد هر ۱۰۰۰ تولد زنده در نواحی شهری در مقایسه با ۳۱ درصد هر ۱۰۰۰ تولد زنده در نواحی روستایی بوده است. شواهد نشان می دهند که هر چه فرد در وضعیت اقتصادی اجتماعی پایین تری باشد. وضعیت سلامت نامطلوب

برابری (equality) یا عدالت

علیرغم اهمیت عدالت در همه ادیان و نمادهای اجتماعی و به ویژه اسلام و تشیع، تعریف همه جانبه و مورد قبول همگان از عدالت و مقدمات و نتایج آن، بسیار پیچیده است. اساساً عدالت یک مفهوم اصولی است. در حالیکه برابری بیشتر یک مقیاس عینی است. به عبارت دیگر عدالت، ملاک قضاوت هایی بر اساس مقیاس های برابری را ایجاد می نماید. اندازه گیری نابرابری های سلامت نیاز به توجه به این نکته دارد که چگونه این تفاوتها در میان جمعیت توزیع شده اند و همچنین باید تعیین نمود که آیا این توزیع از نظر اجتماعی پذیرفتنی می باشد یا خیر. مطالعات در بی عدالتی های سلامت بر روی نابرابریهایی که توسط فاکتورهایی به جز بیولوژیک از قبیل جنسیت، ملیت، نژاد و درآمد قابل توصیف هستند، متمرکز می گردد. "مدل PROGRESS" به نحوی طراحی شده که برخی از عواملی را که میتوانند بر بی عدالتی های سلامت دلالت نمایند نشان می دهد:

- محل اقامت (Place of Residence): تفاوت های بین شهر و روستا، گروه های منطقه ای، پایتخت در مقابل سایر مناطق و بخش های دیگر شهرها (محل های پر جمعیت و کثیف شهر در مقابل مرکز شهرها)
- نژاد (Race): تفاوت در آسیب پذیریهای اجتماعی بر اساس قومیت، نژاد و وابستگی های قومی مردم،
- شغل (Occupational): آسیب پذیری های در آمد
- جنسیت (Gender): اغلب نشان دهنده آسیب پذیری های ناشی از قوانین و هنجارهای مرتبط با جنسیت می باشد
- مذهب (Religion): انفکاک هایی که بر اساس گروه های مذهبی وجود دارد خود می تواند نشان دهنده آسیب پذیری اجتماعی گروه های جمعیتی خاصی باشد.
- تحصیلات (Education): سطح تحصیلات و سواد افراد می تواند مرتبط با وضعیت سلامت افراد باشد
- وضعیت اقتصادی اجتماعی (Socio Economic Status):
ذیریهایی در آمدی و ثروتی به وضوح با وضعیت سلامت افراد مرتبط هستند.



عنوان	کشورهای توسعه نیافته	کشورهای در حال توسعه	کشورهای پیشرفته
امید زندگی در بدو تولد	۴۵	۶۰	۷۲
میزان مرگ و میر کودکان کمتر از یک سال به ازای هزار تولد زنده	۱۶۰	۹۴	۱۹
میزان مرگ و میر کودکان ۱-۴ ساله	۳۰	۲۰	۱

مأخذ: ارزشیابی راهبرد بهداشت برای همه تا سال ۲۰۰۰

وضعیت برخی از شاخصهای بهداشتی و اقتصادی-اجتماعی در جهان

در کل ۷ تعیین کننده اساسی در زمینه تفاوت‌های وضعیت سلامتی قابل شناسایی است:

- ۱- تفاوت طبیعی و بیولوژیک
- ۲- اتخاذ آگاهانه رفتارهای مخرب سلامت مانند سیگار کشیدن
- ۳- مزایای گذرای سلامت یک گروه نسبت به گروه دیگر در زمانیکه این گروه اولین گروهی بوده‌اند که یک رفتار ارتقاء دهنده سلامتی را اتخاذ نموده‌اند.
- ۴- رفتارهای مخرب سلامت در جایی که امکان انتخاب شیوه‌های زندگی شدیداً محدود شده است.
- ۵- مواجهه با شرایط زندگی و کاری ناسالم و استرس‌زا
- ۶- دسترسی ناکافی به خدمات ضروری سلامت و نیز خدمات عمومی

۷- انتخاب طبیعی یا فعالیتهای اجتماعی مرتبط با سلامت که سبب سوق دادن افراد ضعیف به سمت طبقات پائین تر اجتماعی می‌گردند.

بررسی هانشان می‌دهند که از بین موارد هفت گانه فوق، موارد ۱ تا ۳ به طور طبیعی تحت عنوان بی عدالتی در سلامت طبقه بندی نمی‌شوند. اما آنچه که از موارد ۴، ۵، و ۶ منتج می‌شود قابل اجتناب و نامنصفانه بوده و بی عدالتی در سلامت محسوب می‌شوند. همچنانکه می‌دانید تنوع‌های طبیعی بین افراد وجود دارد. هر انسانی از نظر وضعیت سلامت با انسان دیگر متفاوت است. این محال است که تمام افراد انسانی در وضعیت سلامت یکسانی باشند، از بیماریهای یکسانی رنج ببرند و یا پس از طول عمر خاصی فوت کنند. این هدف، هدفی دست نیافتنی است و علاوه بر این مطلوب هم نمی‌باشد. بنابر این آن قسمت از اختلافات در سلامت که با تنوع‌های بیولوژیک طبیعی مرتبط اند، غیر قابل اجتناب می‌باشند ناعادلانه. مثلاً شیوع بالای بیماریهای قلبی عروقی در مردان ۷۰ سال و بالاتر در مقایسه با مردان ۲۰ ساله، احساس بیعدالتی و غیر منصفانه بودن را ایجاد نمی‌نماید، زیرا این مسئله به

تری نیز خواهد داشت. بنابراین میتوان گفت که در واقع یک گرادیان اجتماعی در سلامت وجود دارد که از بالا به پایین طیف اقتصادی اجتماعی در حرکت است و به طور کلی هر طبقه از طبقه پایین تر خود از وضعیت سلامت بهتری برخوردار است. در همه جای دنیا تفاوت‌هایی در میزان‌های ابتلا به بیماری‌ها در گروههای محروم در مقایسه با سایر گروهها نیز به چشم می‌خورد، گروههای محروم تر هم بیشتر به بیماری‌ها مبتلا می‌شوند و هم بیماری‌های مزمن و میزان معلولیت‌ها در سنین پایین تر در آنها بالاتر است. به عنوان مثال در فنلاند ۴۲٪ مردمی که از بیماریهای مزمن رنج مبرند در گروههای پایین تر در آمدی قرار دارند در حالیکه ۱۸٪ گروههای با در آمد بالاتر با این قبیل بیماریها دست به گریبان‌اند. در بسیاری از کشورها افراد بیکار سلامت روان نامناسب تر داشته‌و هم چنین کودکانشان قد کوتاه تری از سایر کودکانی که پدرانشان شاغل هستند دارند. مثالهایی از وجود این قبیل اختلافات در شاخص‌های سایکولوژیک، بیماری‌های قلبی عروقی، میزانهای دسترسی و کیفیت خدمات بهداشتی به فراوانی موجود است. اینها همگی همان موضوعاتی هستند که می‌بایست مورد توجه قرار گیرند.

بنابر این شکاف بزرگ و تفاوت فاحشی در وضعیت سلامت ملل مختلف، جمعیت شهری و روستایی و مناطق مختلف از یک سو و گروه‌های مختلف اجتماعی از سوی دیگر قابل مشاهده است. هرچند که تمام این اختلافات به عنوان بی عدالتی قابل توصیف نیستند، اما برخی می‌توانند به عنوان بی عدالتی در سلامت نیز در نظر گرفته شوند. اصولاً اصطلاح عدالت ابعاد اخلاقی و معنوی دارد. بیعدالتی به تفاوت‌های غیر ضروری و قابل اجتنابی اشاره دارد که حاکی از نامنصفانه و مغرضانه بودن این قبیل تفاوت‌ها می‌باشد.



جنسی، نژادی، سن، مذهب و سایر عواملی که مستقیماً به نیازهای مراقبتی مرتبط نیستند، می باشد و یا هزینه خدمات به قدری بالا باشد که فرد قادر به پرداخت نباشد و یا کارگران مهاجر که ممکن است از خدمات بیمه ای در برخی از کشورها محروم بمانند و یا سدهای مالی، فرهنگی و سازمانی جلوی روی افراد، که هر چند در این شرایط از نظر تئوریک حق استفاده از خدمات سلامت وجود دارد اما در عمل دسترسی را محدود می نماید. همچنین هزینه های حمل و نقل و جابجایی ممکن است برای گروه های با درآمد پایین دسترسی به منابع خدماتی را محدود نماید، یا ممکن است ساعاتی که مراکز ارائه کننده خدمات، خدمات خود را عرضه می نمایند نامناسب باشد. همچنین نابرابری در دسترسی زمانی به وجود می آید که منابع و تسهیلات سلامتی در سراسر جامعه به صورت نامتناسب توزیع شده باشند و در مناطق شهری و نواحی رونق یافته تجمع منابع و تسهیلات وجود داشته باشد در حالیکه کمبود آنها در روستاها و نواحی محروم کاملاً محسوس باشد. در صورتی که منابع در دسترس یک کشور منحصر صرف خدمات پزشکی با تکنولوژی بالا، که این قبیل خدمات نیز فقط جوابگوی نیاز بخش کمی از جمعیت نیز می باشد، گردند. تمهیدات کمی برای برقراری خدمات متعادل مراقبت های سلامت، که مفید به حال جمعیت زیادی نیز می باشد، باقی خواهد ماند که این خود دسترسی است که بدون هیچ گونه ضرورتی محدود گردیده است. اگر تفاوت هایی در میزان های "بهره مندی از خدمات" معین در میان گروه های اجتماعی مختلف شناسایی شده است، این مسئله خود به خود به معنای تفاوت ناعادلانه نمی باشد بلکه در واقع دلیلی است بر لزوم انجام مطالعات بیشتر و مشخص کردن این نکته که چرا میزان های بهره مندی متفاوت است. به هر حال در جایی که استفاده از خدمات در گروه های محروم اقتصادی و اجتماعی محدود شده است باید ارزیابی در زمینه میزان های مساوی بهره مندی برای نیازهای مساوی صورت گیرد. برای مثال وجود تفاوت هایی در خصوص ایمن سازی و سایر خدمات پیشگیرانه ممکن است توجیهی بر تأمین خدمات یاری رسان (Outreach) باشد تا با استفاده از خدمات سلامتی در نواحی کم بهره را برای

دلیل فرایند طبیعی پیر شدن رخ می دهد. برخی از اختلافات بین سلامت مرد و زن در دسته اختلافات بیولوژیک قرار می گیرند، مثلاً ناخوشی های ناشی از مشکلات اختصاصی مرتبط با جنس از قبیل سرطان تخمدان و رحم و بروز بالاتر استئوپروز در زنان مسن در مقایسه با مردان در سنین مشابه که به وضوح به اختلافات بیولوژیک بین زن و مرد مرتبط است و ناشی از بی عدالتی اجتماعی و تاثیرات محیطی نمی باشد. هر چند که اغلب اختلافات بین گروه های مختلف در اجتماع (از جمله بین زن و مرد) جزو زمینه های بیولوژیک محسوب نمی گردند. همان طور که در قبل نیز بدان اشاره رفت، قضاوت در خصوص موقعیتهایی که ناعادلانه هستند از مکانی به مکان دیگر و از زمانی به زمان دیگر متفاوت است، اما معیار مورد استفاده در این موارد درجه قدرت انتخاب است. در جایی که مردم هیچ قدرت انتخابی در خصوص شرایط کاری و زندگی خود ندارند و یا قدرت بسیار کمی دارند، بیشتر احتمال دارد که تفاوت های سلامت منتج شده ناعادلانه در نظر گرفته شوند تا آن دسته از مخاطراتی که توسط خود افراد به صورت داوطلبانه و آزادانه انتخاب شده اند. عدالت در سلامت دلالت بر این مطلب دارد که کسی به طور ایده آل باید فرصت عادلانه ای برای دستیابی به ظرفیت کامل سلامت خود داشته باشد و واقع بینانه تر این که هیچ کسی نباید از بدست آوردن این ظرفیت ها محروم گردد، البته به شرطی که موانع بر سر راه قابل اجتناب باشند.

عدالت در مراقبت سلامت

اعتقاد بر این است که گسترش عادلانه منابع در دسترس جهت بهره مندی و منفعت کل جمعیت باید وجود داشته باشد. "دسترسی مساوی برای نیاز مساوی به خدمات مراقبتی در دسترس" بر قایل شدن حق مساوی برای هر فرد در دسترسی به خدمات در دسترس، که خود در واقع یک توزیع عادلانه در کل جامعه بر پایه نیازهای مراقبت سلامت و آسانی دسترسی در هر ناحیه جغرافیایی و نیز از سر راه برداشتن سدهای موجود بر سر راه دسترسی می باشد، دلالت دارد. مثالی در این زمینه، عدم توانایی استفاده از خدمات سلامت به دلیل کمبود در آمد، مسائل



مراقبت های سلامتی از قبیل مالی، دسترسی، پاسخ گویی و کیفیت،
(مدیریت کلان و خرد و تصمیم گیری در خصوص سیستم مراقبت سلامت مرتبط است.

مردم آسان تر سازد. بی عدالتی زمانی رخ میدهد که متخصصان تلاش و وقت متفاوتی را صرف بیماران با طبقات اجتماعی مختلف کنند و بیماران با طبقات مختلف اجتماعی را با دید یکسان نبینند. قابل پذیرش بودن، جزء مهم دیگری از کیفیت خدمات است. ممکن است برخی از خدمات بر اساس طرز سازماندهی شان ناعادلانه باشند و سبب غیر قابل پذیرش گردیدن خدمات از سوی بخشی از جامعه که باید از آنها خدمات را دریافت کنند، شوند. تنها از طریق پایش میزان پذیرش استفاده کنندگان از خدمات، اینگونه نواقص قابل آشکار شدن هستند.

منابع

- ۱- گزارش سنجش عدالت در شهر تهران - نشست علمی آبان ۱۳۸۸ مرکز همایشهای رازی: تهران، محمدرضا واعظ مهدوی، محسن اسدی لاری و همکاران.
- ۲- سلامت و عوامل اجتماعی تعیین کننده آن - دبیرخانه عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت - وزارت بهداشت، انتشارات موفق، زمستان ۱۳۸۷.
- ۳- الک ایروین و الناسکالی، اقدامات انجام شده، درس هایی از تجارب پیشین: مترجم: محمد حسین نیکنام، چاپ اول: ۱۳۸۴.
- ۴- Knowledge Network Theme - CSDH انتشارات سازمان جهانی بهداشت، ترجمه و اقتباس معاونت سلامت، دبیرخانه بخش علمی عوامل تعیین کننده سلامت، مهر ۸۴.
- ۵- ریچارد ویلکینسون و مایکل مارمورت، عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت، حقایق مسلم، چاپ دوم: ۲۰۰۳.
- ۶- مارگاریت وایت هدف مفاهیم و اصول عدالت در سلامت، سازمان جهانی بهداشت، دفتر منطقه ای اروپا: ۲۰۰۰.

نتیجه گیری

همه نابرابریهای سلامت نامنصفانه و ناعادلانه نیستند. بی عدالتی زمانی معنا می یابد که از نابرابری های قابل اجتناب، اجتناب نکرده باشد. در کل می توان گفت عدالت در سلامت به معنای فقدان تفاوت های سیستماتیک در سلامت در بین گروههای مختلف اجتماعی است. در واقع بی عدالتی در سلامت سبب می شود وضعیت سلامت گروههای اجتماعی محروم از آنچه هست بدتر شود. هنگامی که مفهوم عدالت در سلامت به خوبی مشخص گردید، تدوین و توسعه سیاستهای عملی در جهت کاهش بی عدالتی ها با در نظر گرفتن اصول پایه ای که در فوق شرح آن رفته است باید آغاز گردد. باید تمام تاکید بر این باشد که حل مشکلات موجود در عرصه عدالت در سلامت فقط با اقدامات یک وزارتخانه یا بخش امکان پذیر نمی گردد، بلکه باید در تمام سطوح این قبیل اقدامات شکل گرفته و هر یک از شرکاء در زمینه رفح چالش های آتی مساعدت نمایند.

در واقع عدالت در سلامت با اصول اخلاقی و توزیع عدالت در تمام سطوح و حوزه ها مرتبط است. این موضوع با:

- الف) توزیع سلامت و فرصت ها به منظور دستیابی به حد مطلوب سلامت
- ب) برآورد عادلانه نیازهای سلامت و مراقبت از سلامت از طریق تدابیر بیمه ای مراقبت های سلامت و سیستم مراقبت سلامت رسمی
- ج) به کارگیری اصول عدالت در توزیع تمام جنبه های