



سرمقاله

عدالت در سلامت

علی اصغر فرشاد^۱

در اوخر دهه‌ی ۱۹۹۰ برخی از کشورها، به ویژه در اروپا، دست به طراحی و اجرای سیاست‌های بهداشتی نوین زدند تا با کمک آنها بهداشت و سلامت بهبود بخشیده و نابرابری‌های موجود در سلامت همگانی را با اقدامات عوامل اجتماعی مؤثر در سلامت کاهش بدنهند. این سیاست‌ها از مدخل‌های مختلفی شروع می‌شوند. یکی از اهداف بلند پروازانه تر آنها تغییر ساختار نابرابری‌های اجتماعی از راه مکانیسم‌های توزیع مجدد می‌باشد. برنامه‌های معتدل که کمتر افراطی بودند، تلاش می‌کردند که جمعیت‌های محروم رادر 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 دولت‌ها، جامعه مدنی، سازمان‌های بین‌المللی و خیرین به یافتن راهکارهای عملی برای ایجاد شرایط اجتماعی بهتر برای سلامت عام خصوصاً اقسام آسیب پذیر جهان، اقدام به ایجاد کمیسیونی تحت عنوان "عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت" نموده است. فعالیت‌های این کمیسیون در قالب تعریفی گستردگی تراز سلامت که همواره در راس برنامه‌های WHO قرار داشته است شکل گرفته‌اند. بر اساس این تعریف سلامت نه تنها به معنای عاری بودن انسان از امراض گوناگون بلکه شامل رفاه احساسی، روانی و اجتماعی نیز می‌باشد. بر این اساس عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت (SDH) به شرایط اجتماعی که انسانها در طول چرخه حیات شان در آن زندگی و کار می‌کنند توجه

عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت

سلامت انسانها تا حدود زیادی تحت تاثیر وضعیت اجتماعی و اقتصادی آنها است. صرف پیشگیری و درمان بیماریها توسط ارائه‌دهندگان خدمات، منجر به بهبود سلامت جامعه نمی‌شود. تنها با اصلاح و بهینه سازی مؤلفه‌های اجتماعی- اقتصادی که بشدت سلامت انسانها را تحت تاثیر قرار می‌دهند، مثل اشتغال، مسکن، آموزش و محیط زیست می‌توان به بهبود سلامت جامعه به صورت پایدار دست یافت. ابعاد اجتماعی سلامت و بهداشت که اساسنامه‌ی سازمان جهانی بهداشت در ۱۹۴۸ قویاً بر آن تاکید می‌نماید، در خلال دوره‌های بعدی، بهداشت و سلامت عمومی توسط برنامه‌های عمودی فن آوری محور، شدیداً تحت الشعاع قرار گرفت و با فراگیر شدن نگرش‌های سیاسی و اقتصادی نئولیبرال در سالهای دهه‌ی هشتاد میلادی و تاکید آن بر خصوصی سازی، حذف نظارت دولت، کوچک سازی دولت‌ها و آزادسازی بازار همانند سایر جنبه‌های خدمات بهداشتی جامع، اقدامات مربوط به عوامل اجتماعی تضعیف گردید. تحت سلطه‌ی متمادی انواع مختلف نئولیبرالیسم، اقدامات دولت جهت بهبود بهداشت و سلامت از راه برطرف کردن نابرابری‌های اجتماعی دیگر در بسیاری از زمینه‌های غیر ممکن می‌نمود. در همین دوره، البته پیشرفتهای علمی مهمی در زمینه درک عوامل اجتماعی مؤثر در سلامت صورت گرفت.

دارد (Social Determinants of Health).

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

یکی از مناسب ترین روش‌های بررسی و تحلیل سطح نابرابری، توزیع درآمد 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 گروههای میانی جامعه حساس است. این مقیاس دارای خواص آماری مطلوب شناخته شده تری است و لذا این امکان را فراهم می‌آورد که به ارزیابی معنادار بودن اثر تغییر سیاست‌ها 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، تفاوت‌هایی در وضعیت سلامت گروه‌های مختلف اجتماعی به چشم می‌خورد. حتی در نواحی مختلف جغرافیایی داخل یک کشور نیز این قبیل تفاوتها کاملاً مشهود می‌باشند. شواهد زیادی گویای این مطلب است که گروههای محروم‌تر عمر کوتاه‌تری دارند و در سنین پایین تر فوت می‌کنند. در یکی از محروم‌ترین نواحی شهر گلاسکو در کشور بریتانیا، امید زندگی مردان حدود ۵۴ سال است در حالیکه در بهره‌مند 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 حرفة‌ای همسالشان است و در اسپانیا نیز میزان مرگ و میر کودکان خانواده‌های کارگری روستایی دو برابر کودکان خانواده‌های 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 در هر ۱۰۰۰ تولد زنده در نواحی شهری در مقایسه با ۳۱ در هر ۱۰۰۰ تولد زنده در نواحی روستایی بوده است. شواهد نشان می‌دهند 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 قضاوتهایی بر اساس مقیاس‌های برابری را بجای داده است. اندازه گیری نابرابری‌های 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 پذیرفتی می‌باشد یا خیر. مطالعات در بی عدالتی‌های سلامت بر روی نابرابری‌هایی که توسط فاکتورهایی به جز بیولوژیک از قبیل جنسیت، ملیت، نژاد و درآمد قابل توصیف هستند، متمرکز می‌گردد.

"مدل PROGRESS" به نحوی طراحی شده که برخی از عواملی را که می‌توانند بر بی عدالتی‌های سلامت دلالت نمایند را نشان می‌دهد:

- محل اقامت (Place of Residence): تفاوت‌های بین شهر و روستا، گروههای منطقه‌ای، پایتخت در مقابل سایر مناطق و بخش‌های دیگر شهرها (محله‌های پر جمعیت و کثیف شهر در مقابل مرکز شهرها)

- نژاد (Race): تفاوت در آسیب‌پذیری‌های اجتماعی بر اساس قومیت، نژاد و ابستگی‌های قومی مردم، - شغل (Occupational): آسیب‌پذیری‌های درآمد - جنسیت (Gender): اغلب نشان دهنده آسیب‌پذیری‌های ناشی از قوانین و هنجارهای مرتبط با جنسیت می‌باشد

- مذهب (Religion): انفکاک‌هایی که بر اساس گروه‌های مذهبی وجود دارد خود می‌توانند نشان دهنده آسیب‌پذیری اجتماعی گروه‌های جمعیتی خاصی باشند.

- تحصیلات (Education): سطح تحصیلات و سواد افراد می‌تواند مرتبط با وضعیت سلامت افراد باشد - وضعیت اقتصادی اجتماعی (Socio Economic Status): ذیری‌هایی درآمدی و ثروتی به وضوح با وضعیت سلامت افراد مرتبط هستند.



عنوان	کشورهای توسعه نیافرته	کشورهای در حال توسعه	کشورهای پیشرفته	۷۲
امید زندگی در بدو تولد	۴۵	۶۰	۹۴	۱۹
میزان مرگ و میر کودکان کمتر از یک سال به ازای هزار تولد زنده	۱۶۰	۹۴		
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 گذراي سلامت يك گروه نسبت به گروه دیگر در زمانیکه این گروه اولین گروهی بوده اند که يك رفتار ارتقاء دهنده سلامتی را اتخاذ نموده اند.

۴- رفتارهای مخرب سلامت در جایی که امکان انتخاب شیوه‌های زندگی شدیداً محدود شده است.

۵- مواجهه با شرایط زندگی و کاری ناسالم واسترسزا

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 تراجمتی 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 نیافتی است و علاوه بر این مطلوب هم‌نمی‌باشد. بنابراین آن قسمت از اختلافات در سلامت که با تنوع‌های بیولوژیک طبیعی مرتبط اند، غیرقابل اجتناب می‌باشند نه اعاده‌لانه. 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 تفاوت هایی در میزان های ابتلاء به بیماری ها در گروههای محروم در مقایسه با سایر گروههای نیز به چشم میخورد، گروههای محروم تر هم بیشتر به بیماری های مبتلا می‌شوند و هم بیماری های مزمن و میزان معلولیت هادر 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 بادرآمد بالاتر با این قبیل بیماریهای داشتند. در بسیاری از کشورها افراد بیکار سلامت روان نامناسب تر داشته و هم چنین کودکانشان قد کوتاه تری از سایر کودکانی که پدرانشان شاغل هستند دارند. مثالهایی از وجود این قبیل اختلافات در شاخصهای سایکولوژیک، بیماری های قلبی عروقی، میزانهای دسترسی و کیفیت خدمات بهداشتی به فراوانی موجود است. اینها همگی همان موضوعاتی هستند که می‌بایست مورد توجه قرار گیرند.

بنابراین 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. هر چند 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. بی عدالتی به تفاوت های غیر ضروری و قابل اجتنابی اشاره دارد که حاکی از نامنصفانه و مغرضانه بودن این قبیل تفاوت ها می باشد.

جنسي، نژادی، سن، مذهب و سایر عواملی که مستقيماً به نيازهای 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 بيمه‌اي در برخی از کشورها محروم بمانند و یا سدهای مالی، فرهنگی و سازمانی جلوی روی افراد، که هر چند در اين شرایط از نظر تئوريکي حق استفاده از خدمات سلامت وجود دارد اما در عمل دسترسی رامحدود می نماید. همچنین هزینه های حمل و نقل و جابجایی ممکن است برای گروه های بادرآمد پايان دسترسی به منابع خدماتی را محدود نماید، یا ممکن است ساعتی 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 تسهيلات سلامتی در سراسر جامعه به صورت نامتناسب توزيع شده باشند و در مناطق شهری و نواحی رونق یافته تجمع منابع و تسهيلات وجود داشته باشد در حال يکه کمبود آنها در روشها و نواحی محروم کاملاً محسوس باشد. در صورتی که منابع در دسترس یک کشور منحصر اصرف خدمات پزشکی با تکنولوژی بالا، که اين قبيل خدمات نيز فقط جوابگوي نياز بخش کمی از جمعیت نيز می باشد، گرددن. تمهدات کمی برای برقراری خدمات متعادل مراقبت های سلامت، که مفید به حال جمعیت زيادي نيز می باشد، باقی خواهد ماند که اين خود دسترسی است که بدون هيچ گونه ضرورتی محدود گردیده است. اگر تفاوت هایی در ميزان های "بهره مندی از خدمات" معین در میان گروه های اجتماعی مختلف شناسایی شده است، اين مسئله خود به خود به معنای تفاوت ناعادلانه نمی باشد بلکه در واقع دليلی است بر لزوم انجام مطالعات بيشتر و مشخص کردن اين نكته که چرا ميزان های بهره مندی متفاوت است. به هر حال در جایی که استفاده از خدمات در گروههای محروم اقتصادي و اجتماعي محدود شده است باید ارزیابی در زمينه ميزان های مساوی بهره مندی برای نيازهای مساوی صورت گيرد. برای مثال وجود تفاوت هایی در خصوص ايمان سازی و سایر خدمات پيشگيرانه ممکن است توجيه هی بر تأمین خدمات ياري رسان(Outreach) باشد تا با استفاده از خدمات سلامتی در نواحی کم بهره را براي

دليل فرایند طبیعی پیر شدن رخ می دهد. برخی از اختلافات بین سلامت مرد و زن در دسته اختلافات بیولوژیک قرار می گیرند، مثل ناخوشی های ناشی از مشکلات احتصاصی مرتبط با جنس از قبيل سلطان تخدمان 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 تاثيرات محيطی 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 گرددن. همان طور که در قبل نيز بدان اشاره رفت، قضاوت در خصوص موقعیتهايی که ناعادلانه هستند از مكانی به مكان دیگر و از زمانی به زمان دیگر متفاوت است، اما معیار مورد استفاده در اين موارد درجه قدرت انتخاب است. در جایی که مردم هيچ قدرت انتخابي در خصوص شرایط کاري و زندگي خود ندارند و یا قدرت بسیار کمی دارند، بيشتر 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 اين مطلب دارد که کسی به طور ايده آل باید فرصت عادلانه ای برای دستیابي به ظرفیت كامل سلامت خود داشته باشد و واقع بینانه تر اين که هيچ کسی نباید از بدست آوردن اين ظرفیت ها محروم گردد، البته به شرطی که موانع بر سر راه قابل اجتناب باشند.

عدالت در مراقبت سلامت

اعتقاد بر اين است که گسترش عادلانه منابع در دسترس جهت بهره مندی و منفعت کل جمعیت باید وجود داشته باشد. "دسترسی مساوی برای نياز 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 توزيع عادلانه در کل جامعه بر پایه نيازهای مراقبت سلامت و آسانی دسترسی در هر ناحیه جغرافیا يی و نيز از سر راه برداشتمن سدهای موجود بر سر راه دسترسی می باشد، دلالت دارد. مثالی در اين زمينه، عدم تواناني استفاده از خدمات سلامت به دليل کمبود در آمد، مسائل



مراقبت‌های سلامتی از قبیل مالی، دسترسی، پاسخ‌گویی و کیفیت،
د) مدیریت کلان و خرد و تصمیم‌گیری در خصوص
سیستم مراقبت سلامت مرتبط است.

مردم آسان تر سازد. بی عدالتی زمانی رخ میدهد که متخصصان تلاش وقت متفاوتی را صرف بیماران با طبقات مختلف اجتماعی مختلف کنند و بیماران با طبقات مختلف اجتماعی را بادید یکسان نبینند. قابل پذیرش بودن، جزء مهم دیگری از کیفیت خدمات است. ممکن است برخی از خدمات براساس 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 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 النا اسکالی، اقدامات انجام شده، درس‌هایی 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 وايت هدف مفاهیم و اصول عدالت در سلامت، سازمان جهانی بهداشت، دفتر منطقه‌ای اروپا: ۲۰۰۰.

نتیجه گیری

همه نابرابریهای سلامت نامنصفانه و ناعادلانه نیستند. بی عدالتی زمانی معنا می‌یابد که از نابرابری‌های قابل اجتناب، اجتناب نکرده باشد. در کل می‌توان گفت عدالت در سلامت به معنای فقدان تفاوت‌های سیستماتیک در سلامت در بین گروههای مختلف اجتماعی است. در واقع بی عدالتی در سلامت سبب می‌شود 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 عدالتی‌ها با در نظر گرفتن اصول پایه‌ای 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 نمی‌گردد، بلکه باید در تمام سطوح این قبیل اقدامات شکل گرفته و هریک از شرکاء در زمینه رفع چالش‌های آتی مساعدت نمایند.

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

- (الف) توزیع سلامت و فرصت‌های منظور دستیابی به حد مطلوب سلامت
- (ب) برآورد عادلانه نیازهای سلامت و مراقبت از سلامت از طریق تدبیر بیمه‌ای مراقبت‌های سلامت و سیستم مراقبت سلامت رسمی
- (ج) به کارگیری اصول عدالت در توزیع تمام جنبه‌های