

نگاهی به عدالت در سلامت

از دیدگاه عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت

علی عالمی

سلامت (Health) یک کالای عمومی (Public good) است [۱] و به صورت رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی تعریف می شود [۲]. سلامتی نه تنها به رفاه جسمی فرد دلالت دارد، بلکه به رفاه اجتماعی، عاطفی، روحی و فرهنگی کل جامعه نیز تمرکز دارد [۳]. استقرار سیستمهای ارائه کننده خدمات سلامتی و ارائه مراقبتهای مناسب، به هنگام و کافی، جزو ضروریاتی هستند که تامین کننده سلامت انسانها بوده، عمدتاً توسط دولتها انجام می شود. از طرفی، افراد جامعه به طور سنتی برای رفع مشکلات سلامتی خود به بخش سلامت نگاه می کنند. اما به نظر می رسد حتی ارائه بهترین مراقبتهای به تنهایی کافی نیستند [۴]. توزیع عادلانه خدمات سلامت بین آحاد مردم را نیز می توان یکی از اهداف والای نظامهای سلامت و تاثیرگذار بر سلامت مردم برشمرد.

عدالت (Equity) یک اصل اخلاقی بوده، به طور جدی با حقوق اساسی انسانها مرتبط است. عدالت را می توان به عنوان انصاف یا بی طرفی اجتماعی (Social justice or fairness) در نظر گرفت [۵]. برخی صاحب نظران، عدالت در سلامت (Health in equity) را به صورت "عدم وجود تفاوتها سیستماتیک در سلامت (یا در تعیین کننده های اجتماعی عمده سلامت) بین گروههای تعریف می کنند که از نظر رفاه، قدرت یا پرستیژ اجتماعی با یکدیگر متفاوت هستند" [۶]. عدالت در سلامت، به معنی مطمئن شدن از این موضوع است که افراد یک جامعه به طور منصفانه و بر اساس نیاز خود از مراقبتهای بهداشتی-درمانی لازم بهره می برند [۶]. مطمئناً توزیع نامناسب سرویسهای سلامت یکی از عوامل تعیین کننده وضعیت سلامت انسانهاست، اما موقعیتهایی که افراد در آن متولد می شوند، رشد می کنند، زندگی و کار می کنند و پیر می شوند، نیز می توانند بر وضعیت سلامتی موثر باشند. زندگی در فقر و وضعیتهای نابرابر، خود نتایجی از موقعیتهای ساختاری عمیقتری از جمله سیاستگزاریها و برنامه های ضعیف (Poor social policies and programs)، برنامه های اقتصادی غیرمنصفانه (Unfair economic arrangements) و دیپلماسی های بد (Bad politics) هستند. این محرکهای ساختاری سه گانه (Policies, Economics, Politics) دست به دست هم داده اند تا در حال حاضر شاهد این باشیم که اکثریت مردم جهان از سلامت خوب (که از نظر بیولوژیکی امکان آن وجود دارد) لذت نمی برند. شرایط زندگی روزمره که خود نتیجه ای از محرکهای فوق هستند، تعیین کننده های اجتماعی سلامت را تشکیل می دهند [۴].

مجله تخصصی پژوهش و سلامت
مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقای سلامت گناباد
نورهی ۱، شماره ۱، پاییز و زمستان ۱۳۹۰
نامه به سردبیر

نویسنده مسئول: دکترای تخصصی اپیدمیولوژی
نشانی: گناباد- حاشیه جاده آسیایی- دانشگاه
علوم پزشکی- مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و
ارتقای سلامت- صندوق پستی: ۳۹۷
تلفن و نمابر: ۰۵۳۳-۷۲۲۹۰۲۵
پست الکترونیکی:
alialami65@hotmail.com

دریافت: ۹۰/۵/۲۱
اصلاح نهایی: ۹۰/۵/۲۶
پذیرش: ۹۰/۶/۸

وضعیت‌هایی با امکانات مناسب هستند [۷]. دولتها می‌توانند از طریق بهره‌گیری دقیق از امکانات موجود در جامعه، سیاستها و قوانین، شرائطی را برای ایجاد سلامت خوب و عادلانه فراهم نمایند. به نظر می‌رسد عدالت در سلامت از طریق اقدام تمامی دولتها قابل دستیابی است. اقداماتی که به وسیله سیاستهای بین‌المللی در فضائی که به توسعه اجتماعی و رشد اقتصادی همگانی توجه دارد، حمایت می‌شوند. البته گاهی لازم است به دولتها کمکهای تکنیکی و مالی خارجی داده شود. گاهی نیز ممکن است مشارکت مردمی یک راه حل باشد [۴].

برای دستیابی به عدالت در سلامت، مشارکت با بخش سلامت توسط سازمانهایی که روی عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت موثرند ضروری به نظر می‌رسد. مثلا منابع مالی نقشی حیاتی در توفیق برنامه‌ها دارند. از این دیدگاه، تاثیر وزارت اقتصاد بر اجرای برنامه عدالت در سلامت می‌تواند حتی بارزتر از وزارت بهداشت باشد. توجه به مراقبتهای سلامتی (به عنوان یکی از تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت)، کیفیت خدمات را بالاتر برده، سرویسهای ارائه شده به مردم را تاثیرگذارتر خواهد کرد. اما عدم وجود مراقبتهای سلامتی به تنهایی علتی برای بار کلی بسیاری از بیماریها محسوب نمی‌شود. به عنوان مثال، علت وقوع بیماریهای منتقله از راه آب به خاطر عدم وجود آنتی بیوتیک نیست، بلکه به دلیل عدم دسترسی به آب بهداشتی همگانی است. همچنین علت اصلی چاقی بیشتر مربوط به دسترسی روزافزون مردم به غذاهای پرچربی و حاوی شکر فراوان است [۴]. حتی برخی مطالعات نشاندهنده این واقعیت است که برنامه‌های مداخله‌ای سلامت که به طور معمول اجرا می‌شوند نمی‌توانند فاصله نابرابری مرگ و میر بین غنی/فقیر را کاهش دهند [۸]. بنابراین به نظر می‌رسد عملکرد اصلی روی تغییر شرائط زندگی بر اساس توجه به عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت، بیشتر باید توسط بخشهایی خارج از بخش سلامت انجام شود.

در خاتمه متذکر می‌گردد، "عدالت در سلامت می‌تواند شاخصی باشد تا از طریق اندازه‌گیری آن بتوان ارزیابی نمود سیاستهای به کارگرفته شده تا چه میزانی در توزیع منصفانه رفاه در جامعه توفیق داشته‌اند" [۴].

کاهش بی‌عدالتی در سلامت یک امر ضروری اخلاقی است. حق داشتن بالاترین سطح استاندارد سلامت قابل دسترس برای انسانها، در نظام نامه سازمان بهداشت جهانی و عهدنامه‌های متعدد بین‌المللی گرامی داشته شده است. اما مقدار بهره‌مندی مردم از این حقوق، از نقطه‌ای به نقطه دیگر در جهان به طور بارزی متفاوت می‌باشد، به طوری که می‌توان گفت در حال حاضر بی‌عدالتی اجتماعی در یک مقیاس بزرگ، مردم را می‌کشد. اعتقاد بر این است که اگر بتوان در عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت تغییری ایجاد نمود، مطمئنا عدالت در سلامت به طور واضحی ارتقاء خواهد یافت [۴].

نظامهای سلامت برای دستیابی به هدف عدالت در سلامت نیازمند توجه به تعیین کننده‌های سلامت می‌باشند. حتی سهم تاثیر این عوامل بر سلامت انسانها می‌تواند به مراتب بیشتر از سهم تاثیر مراقبتهای سلامت باشد. با توجه به اهمیت موضوع، سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۵ کمیسیون عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت را راه اندازی نمود. این کمیسیون به جمع‌آوری شواهد مربوط به عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت و عدالت در سلامت پرداخته، به دنبال شناسایی راههایی برای ارتقای وضعیت عدالت در سلامت می‌باشد. کمیسیون عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت در گزارش تحلیلی سال ۲۰۰۸، اشاره نموده است که برای دستیابی به عدالت در سلامت، انجام سه اقدام مهم ضروری است. اولین اقدام، ارتقای شرایط موجود در زندگی روزمره می‌باشد؛ به این معنی که لازم است شرایط محیطی که افراد در آن متولد شده، رشد کرده، زندگی و کار می‌کنند و در نهایت پیر می‌شوند، بهبود یابند. دومین اقدام، توقف ناعادلانه قدرت، پول و منابع (به عنوان محرکهای ساختاری شرایط زندگی) به طور جهانی، ملی و محلی است. سومین اقدام نیز شامل اندازه‌گیری مشکل، ارزیابی عملکرد، وسعت مبنای دانشی، توسعه نیروی کاری که درباره تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت پرورش داده می‌شوند و بالابردن آگاهی عمومی درباره عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت می‌باشد [۴].

شاید مهمترین موضوع، ایجاد شرایطی باشد تا در آن مردم به سوی داشتن زندگی موفق هدایت شوند. به این منظور مردم ضمن داشتن کنترل روی زندگی خود، نیازمند شرائط و

References

- 1- Buse K, Hein W, Drager N. Making Sense of Global Health Governance – a Policy Perspective. Basingstoke: Palgrave Macmillan; 2009.
- 2- WHO. Preamble to the constitution of the world health organization as adopted by the international health Conference, New York. June 19-22, 1946, and entered into force on 7 April, 1948.
- 3- National Health and Medical Research Council. Promoting the health of indigenous Australians. A review of infrastructure support for aboriginal and Torres Strait Islander health advancement. Final report and recommendations. Canberra: NHMRC, 1996; pp4.
- 4- CSDH. 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* 2008. Geneva, World Health Organization.
- 5- Daniels N, Kennedy BP, Kawachi I. Why justice is good for our health: the social determinants of health inequalities. *Daedalus* 1999; 128(4):215–251.
- 6- Braveman P, Gruskin S. Defining equity in health. *J Epidemiol Community Health* 2003; 57:254–258.
- 7- Sen A. Development as freedom. New York: Alfred A Knopf Inc; 1999.
- 8- Razzaque A, Streatfield PT, Gwatkin DR. Does health intervention improve socioeconomic inequalities of neonatal, infant and child mortality? Evidence from Matlab, Bangladesh. *International Journal for Equity in Health* 2007; 6:4.

How to cite this article: Alami A. Equity in health from social determinants of health's point of view. *J Research & Health* 2011; 1:7-9.