

سیاست اجتماعی و سلامت

دکتر نعمت‌اله بابایی *

سلامت مردم از عوامل و سیاستهای اجتماعی و اقتصادی تأثیر می‌پذیرد. هر چند این عوامل و مداخله در آنها فراتر از حیطه اختیارات سنتی پزشکی است، اما باید اذعان کرد بیشترین پیشرفتها در سلامت در دو قرن اخیر به طور عمده ناشی از پیشرفتهای اجتماعی اقتصادی بوده تا مداخلات پزشکی، هر چند بلافاصله باید افزود با سیاستهای بهداشتی و اجتماعی صحیح نیز می‌توان بر شکاف درآمدی غلبه کرد. از همین رو برخی کشورها با درآمد کم را می‌توان مثال زد که شاخصهای بهداشتی آنان بر کشورهای غنی‌تر چیرگی دارد.

جمعیت سالم می‌تواند توسعه بیشتر را موجب شود و هزینه‌های کمتری را تحمیل کند، توزیع عادلانه امکانات و دسترسی همگان بدانها موجبات سلامت اجتماعی فراهم خواهد آورد، در حالی که شکاف طبقاتی و نابرابری، سطوح بالاتری از جنایت، خشونت و آسیب و مخاطرات سلامتی را موجب می‌گردد.

برای کاربرد موفق سیاست اجتماعی در سلامت، با توجه به اهمیت تصمیمها و اقدامات در بخشهایی مانند کشاورزی، آموزش، اقتصاد و دارایی، مسکن، خدمات اجتماعی و اشتغال در سلامت جامعه، باید راهبردهای معقول و مؤثری برای وارد کردن فعالان آنها در تلاش برای ایجاد توان لازم در ارتقای سلامت تدوین کرد. بر این مسئله نیز باید تأکید کرد که راهکار جهانی «سلامت برای همه» و «ارتقای سلامت»، از طریق تقویت و حمایت مالی و سیاسی حامیان اصلی اقدامات سلامت اجتماعی با محوریت تشکیلات بهداشت و سلامت در هر کشور، و اتخاذ سیاست «همه برای سلامت» امکان‌پذیر است.

* متخصص بهداشت و عضو گروه پژوهشی رفاه اجتماعی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

سرمایه‌گذاری برای سلامت و توسعه فعالیتهای ارتقای سلامت - با هدایت تشکیلات بهداشتی و سلامت - از اهم موضوعاتی است که سیاستگذاران و محققان سیاست اجتماعی باید در رأس فعالیتهای خود قرار دهند. از سوی دیگر با تکیه بر وجوه و ابعاد سلامت و رویکردهای پیشگیرانه و اعتلایی و تحقق مشارکت واقعی مردم، فرصتهای رسمی جدیدی برای مداخله دموکراتیک در تمام سطوح اجتماعی و سیاسی ایجاد شده است. سلامت بنیادی است که تمام کوششهای انسانی در بستر آن انجام می‌پذیرد و در صورت وجود سلامت در سطحی قابل قبول، افراد جامعه قادر خواهند بود از دیگر منابع حیات بهره‌گیرند. به همین جهت سلامت افراد جامعه، بازتاب زندگی در جامعه است و سیاست اجتماعی باید سلامت را محور برنامه‌های توسعه قرار دهد.

کلیدواژه‌ها: بهداشت، سلامت، سیاست اجتماعی

مقدمه

کاربرد خط‌مشی‌ها و سیاستهای اجتماعی از سوی دولتها و سایر سازمانهای اجتماعی، تأثیر ویژه‌ای بر سلامت جامعه دارد. این تأثیر و نحوه مطالعه آن از سوی صاحب‌نظران علوم اجتماعی و بهداشتی، از موضوعات اصلی بحث سیاست اجتماعی و نظام رفاهی و سلامت است.

تعاریف متنوعی از سیاست اجتماعی، از دیدگاه اداری و اجرایی تا تعاریف جامعه‌شناسانه، ارائه شده است که در طول زمان این تعاریف تغییر و تحول یافته‌اند. معنی و مفهوم متداول سیاست اجتماعی «بررسی و مطالعه خدمات اجتماعی و رفاه دولتی است و در عمل به اقداماتی گفته می‌شود که به بهبود روش زندگی انسانها منجر می‌شود» (Alcock, 1997).

از جمله عمده‌ترین خدماتی که در سیاست اجتماعی مطرح می‌شود سلامت و رفاه اجتماعی است. سیاست اجتماعی به عنوان رشته‌ای مطالعاتی با سلامت و رفاه اجتماعی

اعضای جامعه مرتبط است و بخشی از سیاستهای حکومت و خدمات اجتماعی را دربرمی گیرد که برای سلامت و بهزیستی شهروندان در داخل یک کشور عرضه می شود. سیاست اجتماعی می تواند طبقه بندی رفاهی یک دولت را مشخص کند (Spiker, 1993). سیاست اجتماعی معمولاً با سیاستهای تأمین درآمد، امنیت اجتماعی، خدمات بهداشتی و رفاهی و نظایر آن سنجیده می شود، درک سیاستهای اجتماعی مستلزم شناخت دیدگاههای سیاسی و فلسفی است و قادر است اصول خود را به کمک علوم اجتماعی به کار گیرد.

۱) پیشینه و مبانی نظری

مطالعات کلاسیک مارشال (Marshall) از دهه ۱۹۴۰ تا ۱۹۵۰ مشخص کرد که سیاست اجتماعی از خط مشی اقتصادی متمایز است، زیرا خط مشی اقتصادی بر آن است تا از طریق اقدامات دولتی و رسمی مانند خدمات بهداشتی دولتی و تأمین اجتماعی، به طور عمده از منافع و درآمد افراد جامعه در شرایط مخاطره آمیز حمایت کند، در حالی که در سیاست اجتماعی به موضوعات کلیدی نظیر آموزش، مسکن، سلامت فردی و عمومی و امنیت و عدالت اجتماعی پرداخته می شود.

رشته سیاست اجتماعی را در سال ۱۹۵۰ برای اولین بار تیتموس (Titmus) تأسیس کرد و وظیفه آموزش متخصصانی را به عهده گرفت که به طور عمده بر نقش دولت در فراهم کردن رفاه تأکید داشتند. او به نقش ارزشهای اجتماعی و اخلاق در سیاست اجتماعی توجه ویژه داشت. از جمله تبادل هدیه، معاملات اخلاقی و تعهدات دوسویه در جوامع را که در استقرار روابط اجتماعی نقش دارند، در موضوع سیاست اجتماعی مورد توجه قرار داد. از نظر تیتموس سیاست اجتماعی سعی در برآورده کردن نیازهای انسان دارد. میسرا (Mishra) سیاست اجتماعی را «ترتیبات، الگوها و سازوکارهایی که در رابطه با توزیع بر اساس نیاز عمل می کنند» تعریف کرده است. تانزند (Thounsand, 1993) دیدگاههای سستی معتقد به نقش دولت در اعمال سیاست اجتماعی را مورد نقد قرار داده است. واکر (Walker, 1981) معتقد است سیاست اجتماعی عبارت است از: «استفاده از

گروه‌های اجتماعی تأثیرگذار بر توزیع منابع، جایگاه، و قدرت بین افراد و گروه‌ها در جامعه».

از نظر تانزند و واکر مسائل اجتماعی مثل فقر بیش از آنکه به ساختار طبقاتی جامعه مربوط باشد به نقایص فنی در نظام بورکراتیک برمی‌گردد.

دیدگاه مارکسیستی دربارهٔ ماهیت سیاست اجتماعی با دیگران متفاوت است. برخی از آنان حلقه‌های ارتباطی بین اقتصاد سرمایه‌داری و موانع مادی برای سیاستهای توزیعی و فقر را مورد انتقاد قرار داده‌اند و سیاست اجتماعی در چنین کشورهایی را نوعی قانونی‌سازی، تدام ثبات سیاسی و کنترل اجتماعی برای سلطه سرمایه دانسته‌اند. این افراد که تعداد آنها امروزه بسیار محدود شده است معتقدند نقش سیاستهای اجتماعی در کشورهای سرمایه‌داری و طبقاتی پیشگیری یا کنترل اغتشاشها و شورشها است و خط‌مشی‌های رفاهی خود به نوعی در جهت تثبیت سلطهٔ طبقاتی و نابرابریهای اجتماعی اعمال می‌شود (Williams, 1982).

از سوی دیگر (Gough, 1978) یک نظریه‌پرداز مارکسیست دیگر معتقد است برنامه‌های رفاهی در تداوم نظام سرمایه‌داری موفق نیستند زیرا ممکن است کارکردهای انباشت، تکثیر و قانونی‌سازی با یکدیگر در تضاد باشند و جنبه‌های خاصی از نظام رفاهی به اقدامات شخصی طبقه حاکم و عوامل آنها ارتباط نداشته باشد، بلکه نتیجه تلاش طبقه کارگر برای ارتقای شرایط اجتماعی باشد.

ناوارو (Navaro, 1989) ظهور بیمه‌های اجتماعی را در کشورهای اروپای غربی از ۱۸۸۰ به بعد ناشی از فشار سیاسی نیروهای کارگری سازمان‌یافته بر دولت می‌داند.

برخی از اعضای فابین (Fabian) مانند سیدنی وب (Web, 1998) از روشهای تحقیقات اجتماعی تجربی برای توسعه اهداف و رفع مسائلی چون فقر استفاده می‌کردند. آنان معتقد بودند با استفاده از برنامه اصلاحات اجتماعی با وساطت دولت می‌توان به تدریج به سمت سوسیالیسم حرکت کرد. این موضوع پس از جنگ دوم جهانی در کشورهایی که دارای بازار آزاد بودند و با یکدیگر در سطح رفاه مردمشان رقابت داشتند، جدی‌تر شد. این

انضباط و روال در دهه ۱۹۷۰ برای اهداف سلامت و رفاه عمومی شکل گرفت. نقش اجرایی سیاستهای اجتماعی در این دوره، آموزش افرادی بود که در این زمینه کار می‌کردند و در کنار آن ارتقای سلامت و رفاه عمومی جامعه از طریق تحلیل تجربی، پیگیری می‌شد. به تدریج با توسعه سیاست اجتماعی، چیزی فراتر از آموزش کارکنان دست‌اندرکار سلامت و بهزیستی جامعه پدید آمد و روشها و اصول نظری و عملی فراوانی در زمینه کاربرد سیاست اجتماعی در سلامت و رفاه پدیدار گشت. الگوهایی از رفاه عمومی پدید آمد که هر کدام از آنها با توجه به ماهیت انسانی و اجتماعی و مجموعه‌ای از ارزشها و اولویتها با یکدیگر متفاوتند. میسرنا معتقد است این الگوها را می‌توان به سه الگوی اصلی در زمینه سلامت و رفاه اجتماعی تقسیم کرد:

۱- الگوی بازار؛ ۲- الگوی مخلوط؛ ۳- الگوی نیاز.

البته چون همه الگوها مورد نیازند می‌توان الگوی نیاز را به الگوی برنامه یا فرمان تغییر داد. میسرنا معتقد است هدف اصلی سیاست اجتماعی به کارگیری و آزمایش فرضیات هنجاری و ارزشی در مورد هر یک از الگوهاست (Mays, 1998).

واکر کاربرد سیاست اجتماعی در موضوع سلامت و رفاه اجتماعی را ارزیابی نتایج حاصل از شناخت انگیزه‌ها و محرکهای فعالان مختلف و سهم در امر سلامت و رفاه اجتماعی می‌داند. مثال شاخص از چنین ارزیابی‌ای در حوزه بهداشت و سلامت از یک مرکز بهداشت روانی سالمندان است که اسمیت و کانتلی (Smith Cantley, 1985) انجام داده و در آن بیماران، اقوام آنها، پرستاران، مقامات بهداشتی و مقامات محلی را مورد بررسی قرار داده‌اند.

این مطالعه نشان داد که ارزیابی جامع هزینه‌ها و سود خدمات ابداعی باید توان مواجهه با اهداف گروههای مغایر و مختلف را داشته باشد. به عنوان مثال در مورد کارکنان پرستاری، موفقیت در زمینه مربوط به بیماران بررسی می‌شد در حالی که در مورد اقوام بیمار مسئله چیز دیگری بود زیرا آنها دوست نداشتند بیمار با دستورات مراقبت کامل به

خانه برگردد. این ارزیابی جامع علایق و منافع متضاد افراد و گروه‌ها را بررسی می‌کند و خصوصیات آن باعث شده که در سایر مطالعات بدان استناد شود.

مرتون (Merton, 1985) از مشخص کردن عملیات مفیدی که سازمانهای رفاهی انجام می‌دادند سخن گفته است. در تحلیل مرتون مشخص می‌شود که کارکرد نهایی سازمانها این است که کار به صورت مطلوبی انجام شود، در عین حال منافع اجزای مختلف این بخش ممکن است با یکدیگر در تضاد قرار گیرد.

کاسنان (Casnan, 1982) مطالعه‌ای در مورد حادثه و اورژانس در بخشهای خدمات سلامت ملی در انگلستان انجام داد که طی آن سیستمهای تخصصی به کار گرفته شده در بیمارستان مانع دیدار ساده و آسان مردم با پزشکان می‌شد.

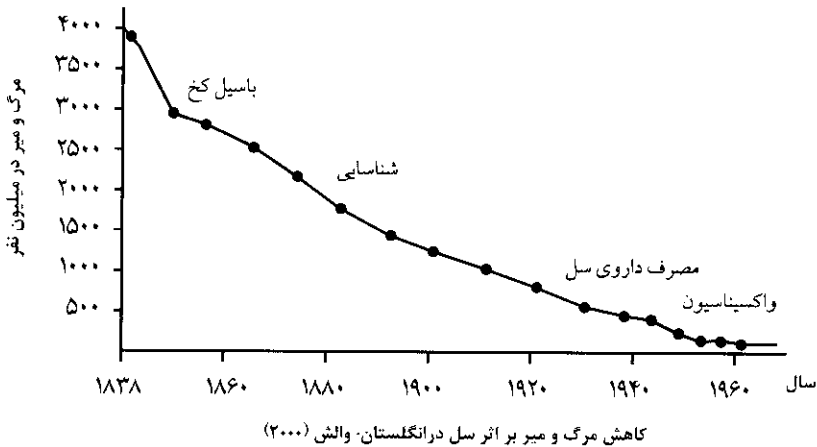
هال و همکارانش (Hall, 1975) در شش مطالعه موردی نشان دادند که وقتی موضوعی شکل می‌گیرد که قانونی بودن، قابل استفاده و پشتیبانی بودن و سایر خصوصیات موضوع، زمینه یا متن سیاسی و تضادهای حاصله مورد بررسی و نظر قرار بگیرد. به عنوان مثال در قانون هوای پاک ۱۹۶۵ در انگلستان به‌رغم مفید بودن طرح معلوم شده است تمایل به انجام آن وجود ندارد. فشارهایی برای تغییر از کانونهای خارج از دولت صورت گرفت، چرا که این موضوع مورد علاقه کارمندان دولت نبود و حتی کارکنان پزشکی هم علاقه‌ای به رفع آلودگی هوا نشان نمی‌دادند. هر چند معلوم بود که هوای آلوده برای سلامتی مضر است، اما مجموع این بی‌رغبتی‌ها باعث شد که تصویب قانون هوای پاک ۴ سال طول بکشد (Mays, 1998).

حاصل آنکه رشد اولیه سیاست اجتماعی و امور اجرایی آن اولین بار در انگلیس از ساختاری دولتی برخاست تا به حل مسائل برخاسته از اقتصاد آزاد جوامع غربی در اوایل قرن بیستم بپردازد، از این رو به سرعت در دانشگاهها و نظام رفاه عمومی و سلامت کارکردهای خود را یافت. در برخی دیگر از کشورها، متخصصان علوم سیاسی، برنامه‌ریزی، علوم بهداشتی، اپیدمیولوژی، مطالعات جامعه‌شناسی و اقتصاد کاربردی نیز تأثیرات و نظرات خود را برای وسعت بخشیدن و غنی‌تر ساختن آن به کار بستند. امروزه کاربرد سیاست اجتماعی در حوزه سلامت و رفاه در ساختارهای رسمی و دولتی و غیر آن،

از شکل‌های ساده به سمت مطالعات آکادمیک و پیچیده اقتصاد سیاسی و توسعه سوق یافته است چنانکه تخصص‌ها و مهارت‌های خاص خود را می‌طلبند.

۲) سهم سیاست اجتماعی و عوامل اجتماعی در سلامت و بهداشت عمومی

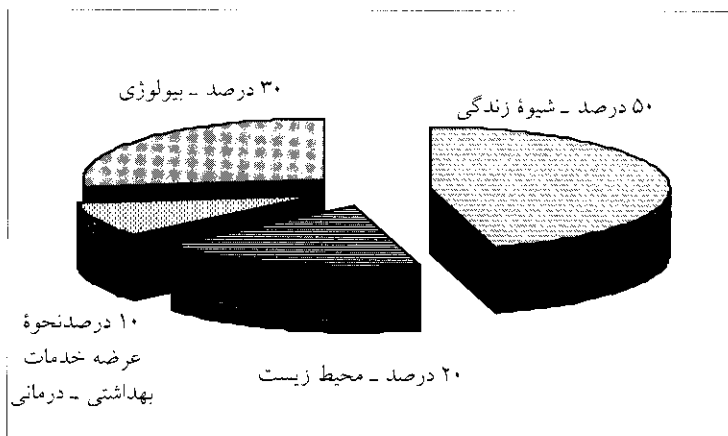
هر گونه استرس و اختلالی می‌تواند بر سلامت انسان تأثیر سوء داشته باشد. این موضوع در وضع قوانین و مقررات مورد توجه قرار می‌گیرد. به عنوان مثال افزایش سطح اشتغال، رفع فقر و بالابردن سطح استاندارد زندگی عواملی هستند که بر سلامت افراد، تأثیر مثبتی می‌گذارند. الگوهای مختلف سلامت و بیماری در کشورهای مختلف نشان دهنده این مسئله است. از آن جمله شاخص‌های مرگ و میر است که هر چند از ۲۰ سال پیش تاکنون برای تمام گروه‌های اجتماعی و هر دو جنس کاهش یافته است و بهبود نشان می‌دهد، اما همچنان مرگ و میر برای طبقات بالاتر کمتر اتفاق می‌افتد. برای مثال مطالعاتی که در انگلستان از ۱۹۹۳ - ۱۹۷۰ انجام شده این موضوع را تأیید می‌کند که امید به زندگی (Life Expectancy) در میان طبقات بالاتر بیش از سایر طبقات مشاهده می‌شود و نرخ مرگ و میر اختصاصی از بیماری‌های مختلف نیز همچنان در طبقات پایینتر بیشتر است. مرگ و میر نوزادان و کودکان زیر پنج‌سال هم در طبقات پایین ارقام بیشتری را نمایان می‌کند. همچنین نرخ ابتلا به بیماری‌های مزمن و وخیم با طبقه اجتماعی فرد ارتباط دارد. حتی در مورد مشکلات بهداشتی، مانند چاقی که شیوع فراوانی دارد و خطر مهمی برای بیماری‌های قلبی و عروقی شمرده می‌شود، ۲۵ درصد زنان طبقه پایین بدن مبتلا بوده در حالی که در مقایسه زنان طبقات مرفه فقط ۱۴ درصد گرفتار این پدیده بوده‌اند. باید افزود که تنها سلامت فیزیکی نیست که با وضعیت اجتماعی و طبقه فرد ارتباط دارد، بلکه وضعیت سلامت روانی هم با طبقه و وضعیت اجتماعی ارتباط دارد به‌طوری که شانس ابتلا به اختلالات روانی در طبقات فقیر بیشتر می‌شود. برابر آمار موجود در انگلیس ۲۵ درصد زنان طبقات پایین جامعه از اختلالات روانی رنج می‌برند در صورتی که این رقم در مقایسه برای طبقات مرفه ۱۵ درصد است (Walsh, 2000).



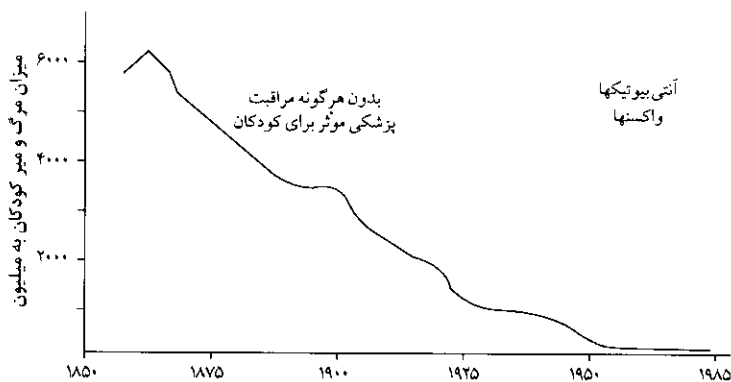
شواهد متعدد و بسیار زیادی وجود دارد که نشان می‌دهد الگوی بیماری و معلولیت قابل پیشگیری، بیشتر به عواملی چون محیط زیست و شیوه زندگی ارتباط دارد تا به نحوه دسترسی به مراقبتهای بهداشتی درمانی. در یک تقسیم‌بندی عوامل تأثیرگذار بر سلامت و بیماری به نحو زیر تعیین شده است:

بدین ترتیب سهم فوق‌العاده کمی برای مداخله پزشکان و پرستاران در سلامت و بیماری افراد باقی می‌ماند و عوامل اصلی و تعیین کننده که بیش از ۷۰ درصد نقش اصلی را بر عهده دارند، عواملی غیر از دسترسی به بهداشت و درمان به مفهوم رایج آن هستند.

کاهش نسبت و فراوانی بیماریهای مختلف عفونی در قرن نوزدهم و بیستم هم، بیش از همه چیز مرهون تغییر در شیوه زندگی و محیط زیست بوده است و پرستاران، پزشکان و دارو درمان عامل تعیین کننده این کاهش نبوده‌اند. به عنوان مثال در نمودار زیر که نشان‌دهنده نسبت مرگ و میر ناشی از بیماری سل در انگلستان است و از سالهای ۱۸۳۸ تا ۱۹۶۰ را بررسی کرده است، افت اساسی و کاهش چشمگیر در نرخ مرگ و میر ناشی از سل در بیش از ۱۳۰ سال، موقعی اتفاق افتاده که پزشکان داروی سل را اساساً کشف نکرده بودند تا به درمان آن پردازند. سؤال اصلی این است که چگونه در این سالها نرخ مرگ و میر ناشی از



سل از ۴۰۰۰ مورد مرگ در هر میلیون نفر به کمتر از ۵۰۰ مورد در هر میلیون نفر رسید؟ حتی برخلاف تصور عموم، واکسیناسیون و ایمن سازی هم عامل اصلی کاهش بیماریها از جمله سل نبود. زیرا واکسیناسیون سل هم از حدود ۱۹۶۰ به بعد آغاز گردید، یعنی موقعی که فروپاشی بزرگ در بیماری سل به مراحل انتهایی خود رسیده بود. در مورد بیماریهای عفونی دیگر نظیر منجمک، دیفتی، سیاه سرفه و سرخک هم موضوع به همین منوال بوده است.



کاهش مرگ و میر در اثر بیماریهای عفونی در انگلستان دیوید مورلی. (۱۹۱۹)

از قرن نوزدهم که ثبت علل موارد مرگ در انگلستان و امریکا معمول بوده، سقوط تند منحنی شیوع مرگ و میر بر اثر سل و سایر بیماریهای عفونی به‌خوبی معلوم می‌شود. نکته‌ای که بسیار اهمیت دارد توجه به این حقیقت است که بیشترین میزان تقلیل در مرگ و میر بر اثر سل و سایر بیماریهای عفونی به دوران قبل از کشف داروی ضدسل و واکسیناسیون مربوط است. در حقیقت ایجاد بهبود شرایط سکونت و مسکن و بهبود تغذیه، عامل مهم این تحول بوده که در غیاب هر گونه اقدام پزشکی مؤثر چنین روندی را ایجاد کرده است.

بررسی اپیدمیولوژیک بیماریها و مرگ و میرهای قابل پیشگیری به وضوح نمایانگر این حقیقت است که افت اساسی در بیماریها وقتی حاصل شده است که شرایط زیست محیطی و بهسازی محیط اتفاق افتاده است. عامل مؤثر دیگر در کنار بهسازی محیط، آگاهی و بهبود شرایط اقتصادی جامعه بوده است و هرگز تجهیزات پزشکی، دارو و درمان و پزشکان و پرستاران، قادر به ایفای چنین نقشی در سلامت و بیماری نبوده و نیستند و تأثیر آنان در مقایسه با این عوامل تعیین کننده، اندک است.

تحقیقات اخیر نشان داده است که مسکن نیز همچنان نقش خود را در سلامت و بیماری حفظ نموده است. محققان علوم اجتماعی و سیاست اجتماعی نشان می‌دهند و تأکید می‌ورزند عواملی که این چنین می‌توانند در ارتقای سطح سلامت جامعه تأثیر مثبت بگذارند، باید از بُعد سلامت جامعه مورد سرمایه‌گذاری قرار گیرند و گر نه هزینه و نیروی انسانی بسیاری باید مجدداً صرف شود تا شاید بتوان سلامت از دست‌رفته را جبران کرد. در تحقیقات دهه ۱۹۳۰ رابطه بین استانداردهای سطح زندگی و سلامتی افراد بیکار به اثبات رسید. در دهه ۱۹۸۰ در انگلستان نشان داده شد که کاهش هر چند مختصر در پرداخت حق مسکن به افراد پیر و مستمری‌بگیر، موجب می‌گردد که آنها منازل خود را ترک کنند و به خانه سالمندان پناه ببرند و هزینه‌های زیادی را از این طریق به بودجه عمومی تحمیل نمایند. این مورد و مواردی از این قبیل، پیامدها و تأثیرات ناخواسته ناشی از طرحها و سیاستهای اجتماعی است که محققان و دست‌اندرکاران سیاست اجتماعی باید بدانها توجه کنند (Mays, 1997).

هر چند باید متذکر شد این یافته‌ها هیچ یک منکر دستاوردهای پزشکی در درمان بیماریهایی که تا چندی پیش غیرقابل علاج می‌نمودند نیست بلکه نکته اساسی که باید در مورد کاربرد سیاست اجتماعی در سلامت بدان توجه نمود این است که موضوع سلامت امری چندبخشی (multidiciplinery) است و نمی‌توان برای دستیابی بدان صرفاً از یک بخش انتظار داشت. نظام محیط که به عهده شهرداریهاست مهمترین نقش را در حفظ سلامت مردم دارد، تأمین انرژی و سوخت مناسب، تأمین کالاهای اساسی، امنیت جاده‌ها و حمل و نقل و مسکن، تأمین آب و غذا، همگی از موارد تأثیرگذار و لاینفک سلامتی است، بنابراین برای دستیابی بدان، بدون هماهنگی و ارتباط ارگانیک و تنگاتنگ و همکاری بخشهای مختلف جامعه نمی‌توان سلامت جامعه را صرفاً به مدد دارو درمان و پزشک و بیمارستان به دست آورد. در نتیجه باید اذعان کرد پزشکان برای سلامت آحاد جامعه، صرفاً از طریق پزشکی نمی‌توانند موفق شوند. امروزه دیگر درمان کردن تعدادی از بیماران کافی نیست، هر روز هزاران نفر که بیماریشان قابل پیشگیری، قابل درمان و یا ناشی از رفتارهای خود آنان است درد می‌کشند و می‌میرند و میلیون‌ها نفر دسترسی سهل و سریع به کوچکترین مراقبتی ندارند. الگوی «مدیکال» معمولاً تمایل به عمده کردن نقش پزشکان و بیمارستان در سلامت و بیماری و بخصوص درمان افراد جامعه دارد. در حالی که در الگوی «رادیکال» سهم بخش بهداشت در کنار سایر بخشهای جامعه ارزیابی می‌شود و عوامل تأثیرگذار اجتماعی، اقتصادی، محیطی و سبک زندگی افراد به عنوان عوامل مهم و تعیین کننده سلامت و بیماری تلقی می‌گردد. تراستهای دارویی و تجهیزات پزشکی به دلیل داشتن منافع کلان و انجام سرمایه‌گذاری فراوان، همواره کوشیده‌اند اذهان جامعه و پزشکان را به سوی الگوی مدیکال منحرف کنند. برخی سیاستگذاران اجتماعی هم به دلیل فوری بودن درمان اغلب این بعد را توسعه بخشیده‌اند. هر چند این حقیقت که «افراد واجد حمایت‌های ضعیف، میزان بالاتری از بسیاری بیماریها و شرایط متفاوت دارند» بلافاصله از طریق بیولوژیک قابل توجیه نیست اما برای توجیه این مشاهدات دو الگو به ذهن خطور می‌کند. یک الگو این است که مفهوم حمایت اجتماعی شامل بسیاری عناصر متمایز است

که هر کدام از این عناصر به صورت جداگانه بر احتمال وقوع بیماریهای مختلف تأثیر می‌گذارند. این مورد اغلب توجیهی است که در مورد کشیدن سیگار به دلیل بالا بودن ارتباط زیاد بسیاری از بیماریها با آن، اعلام می‌شود. الگوی دوم این است که حمایت اجتماعی دفاع بدن را با چنان وسعتی تحت تأثیر قرار می‌دهد که در حمایتهای ضعیف، افراد نسبت به محدوده وسیعی از عوامل بیماری مستعدتر و آسیب‌پذیرتر می‌شوند.

در این مورد وجود ویروسهای خاص، باکتریها یا آلوده‌کننده‌های هوا به بیماری منجر نخواهد شد مگر اینکه فرد نسبت به آنها آسیب‌پذیر شده باشد. به این دلیل وجود حمایت اجتماعی ضعیف نشانه آن است که مردم بیمار خواهند شد اما نه اینکه چه بیماری‌ای را خواهند گرفت. این الگو دلیل موجهی برای این حقیقت ارائه می‌کند که عوامل اجتماعی و روانی متعددی با بسیاری از بیماریهای مختلف ارتباط دارند و اینکه شناخته‌شده‌ترین و اختصاصی‌ترین عوامل خطر فقط می‌توانند تعداد کمی از بیماریها را پیشگویی کنند. زمینه‌ای نوین و جامع از تحقیقات هم اکنون مطرح گردیده است که تأثیر عوامل اجتماعی و روانی را در دفاع بدن نشان می‌دهد. این زمینه تحت عنوان سایکونورو ایمونولوژی (psychoneuro immunology) شناخته می‌شود و سرعت رشد آن به حدی است که شناخت ما را در این زمینه وسعت خواهد بخشید (Cassel, 1998).

اما باید افزود رابطه بین سلامت، درآمد و حمایت رابطه‌ای خطی نیست و برای آن نیز باید کف و سقف و کشش‌پذیری قائل بود. اینکه وجود حداقلهایی از درآمد و امکانات برای حفظ سلامت ضرورت دارد مورد اتفاق همگان است، اما اینکه با اعتبارات و درآمد فراوان می‌توان سلامتی را برای جامعه به ارمغان آورد در عمل محل تردید است. وجود کشورهایی با درآمد سرانه پایین و شاخصهای سلامت بالا در مقایسه با کشورهایی که درآمد بالا و شاخصهای سلامت پایین دارند نمایانگر این نکته است که به‌رغم صحت موضوعات یاد شده در سطور پیشین، با سیاستهای اجتماعی و بهداشتی صحیح می‌توان درآمد سرانه پایین کشورها را جبران نمود.

در عین حال توجه به این نکته ضروری است که دستیابی به سلامت اجتماعی، صرفاً با

هزینه‌کردنهای زیاد و بدون محور قرار دادن آن، غیرممکن است. حامی اصلی اقدامات منتج به دستیابی به سلامت بیشتر و بهتر در هر کشوری، تشکیلات سلامت و بهداشت آن کشور است. سایر بخشها و مؤسسات علی‌رغم نقش حیاتی آنها در سلامت باید در زمینه سرمایه‌گذاری و تخصیص بودجه، اولویت را به تشکیلات بهداشتی و سلامت آن کشور بدهند. زیرا تا وقتی سلامت محور فعالیتهای اجتماعی نباشد، لغزش به سادگی به وقوع خواهد پیوست.

یافته‌های علمی یاد شده هیچ یک بر این مطلب دلالت نمی‌کند که چون کاهش مرگ و میر در دو قرن گذشته به فعالیت پزشکان و پرستاران ارتباط چندانی نداشته است پس امکانات و بودجه سلامت و بهداشت باید محدود شود.

واقعیت این است که هرگونه سیاستگذاری و اتخاذ سیاست اجتماعی، بدون در نظر گرفتن سیاستهای بهداشتی و سلامت اجتماعی و بدون حضور حامیان اصلی سلامت در جامعه که در درجه اول تشکیلات بهداشتی و سلامت می‌باشند، به شکست خواهد انجامید. برداشت غلط از این موضوع سبب می‌شود که به تک‌سبب‌بینی مبتلا شویم و چنین بیندیشیم که می‌توان با افزایش درآمد و بهبود وضع اقتصادی به شاخصهای بهتر در زمینه سلامت دست یافت. هم اکنون بسیاری از کشورهای که درآمدهای فراوان آنان نتوانسته مانند اقدامات صحیح بهداشتی و سیاستهای سلامت در کشورهای با درآمد پایتتر تأثیرگذار باشد و این گونه کشورها چیرگی خود را در شاخصهای بهداشتی و سلامت بر کشورهای غنی‌تر نشان می‌دهند. برای نمونه می‌توان از ایالت کراال در هند، سیرلانکا و کوبا در برابر کشورهای نفت‌خیز حاشیه خلیج فارس یاد کرد.

نکته دیگری که باید بدان اشاره نمود گذر اپیدمیولوژیک بیماریهاست (Epidemiologic Tranzation). این گذر اپیدمیولوژیک از بیماریهای عفونی به طرف بیماریهای مزمن و استحالهای (degenerative) سوق یافته است. هر چند برخی کشورها گرفتار هر دو قطب اپیدمیولوژیک هستند، یعنی در کنار شیوع بیماریهای عفونی بیماریهای مزمن و استحالهای را نیز تجربه می‌کنند. بیماریهای مزمن و استحالهای با بهداشت محیط و

تمیزی ارتباط مشهودی ندارد و برخلاف بیماریهای عفونی که با بهسازی محیط و بهداشت فردی و محیط کاهش می‌یابند، تغییر چندانی در آنها با بهسازی محیط فیزیکی دیده نمی‌شود؛ عامل تعیین‌کننده برای دگرگونی آنها، سبک زندگی و رفتارهای سلامت‌آفرین یا بیماری‌زا می‌باشد. از همین رو مداخلات پزشکی اهمیت فوق‌العاده یافته است. سبک زندگی قرن بیستم و بیست و یکم موجب بیماریهای خاصی گردیده که در رأس آنها بیماریهای قلبی عروقی است و مداخلات پزشکی نظیر جراحی قلب و مداخلات تهاجمی، اهمیت خود را در نجات مبتلایان نشان می‌دهد. این مداخلات توانسته بسیاری از مرگهای را که پیش از این گریزی از آن نبود به تأخیر افکند، حاصل آنکه تغییر در اپیدمیولوژی بیماریها نشان می‌دهد که امروزه فقط مانند دو قرن پیش نمی‌توان با مواجهه با عوامل اجتماعی، اقتصادی و محیطی پیدایش بیماریها آنها را کاهش دهیم. سیاستهای بهداشتی و سلامت امروزه باید علاوه بر رویکرد جامعه‌شناختی به عوامل سلامت و بیماری، رویکردهای رفتاری را نیز مدنظر قرار دهد و با آموزش، الگوسازی و تغییرات لازم در سبک زندگی و اوقات فراغت افراد، آنان را از مخاطرات جدید سلامت، مصون دارد. این امر جز با مشارکت واقعی جامعه و آگاهی، آموزش و ارتباطات مؤثر برای ارتقای بهداشت و سیاستهای صحیح بهداشتی و تخصیص اعتبارات لازم به بخش بهداشت امکان‌پذیر نیست. در عین معجزه‌آسا بودن اعمالی نظیر جراحی قلب که می‌تواند فرد را از مرگ حتمی نجات دهد و در جای خود باید تقویت و تأمین اعتبار شود، همچنان اولویت با سیاستهای پیشگیرانه و ارتقای است تا هر چه ممکن است از بروز و ظهور چنین اعمالی بکاهد و بدون نیاز به هزینه‌های گزاف درمانی با تغییر در سبک زندگی افراد به این هدف دست یافته شود. ناگفته پیداست تغییر در سبک زندگی به صورت آمرانه امکان‌پذیر نیست و باید افراد و جامعه آگاهانه بدان مبادرت ورزند. اگر پیش از این مبارزه با بیماریهای عفونی روشهای عمودی و یک‌سویه می‌توانست در برخی موارد موفق باشد، امروزه دیگر نمی‌توان از الگوهای آمرانه و حتی نیمه‌آمرانه برای تغییر سبک زندگی افراد، مثلاً برای تحرک و ورزش و ترک سیگار، در چارچوب زندگی خصوصی و رفتار فردی استمداد

جست. مشارکت همه‌جانبه افراد در سرنوشت خود و جامعه‌شان لازمه توفیق در سیاستهای بهداشتی و اجتماعی قرن حاضر است. آگاهی، دموکراسی و مشارکت همه‌جانبه راه نیل به مقصود و غلبه بر مسائل و مشکلات سلامت جامعه کنونی و ارتقای سلامتی است.

۳) تغییر نگرشها در بخش سلامت

برای فهم کاربرد سیاست اجتماعی در سلامت، باید ابتدا از معنی و مفهوم سلامت آغاز کرد. کلمه Health از واژه Holth یونانی برخاسته که بعدها در انگلیسی Wholness و Holestic نیز از همین واژه اتخاذ شده است، به معنی کمال و کامل و جامع. به بیان دیگر وقتی این کلمه به کار می‌رود منظور دستیابی به یک مفهوم کامل و جامع و دربردارنده همه چیز و همه ابعاد است. در زبان فارسی اغلب این واژه را به بهداشت ترجمه می‌کنند، در صورتی که این واژه مترادف Hygiene است که آن هم برخاسته از اسطوره‌های یونانی است. در این اسطوره‌ها، پدر طب یونان اسکولاپیوس دارای دو دختر بوده که یکی به پیشگیری و بهداشت می‌پرداخته و نام او Hygiena بوده و دختر دیگر به نام Paracena به درمان و مداوا اکتفا می‌کرده است. بهداشت وسیله دستیابی به سلامت است و سلامت دارای معنی جامع و کاملی است که برابر تعریف سازمان جهانی بهداشت عبارت است از: «در کمال مناسب بودن از نظر جسمی، روانی و اجتماعی و نه صرفاً نداشتن بیماری.» قسمت اول این تعریف گویای وجه ایجابی سلامت و قسمت دوم آن نشان‌دهنده وجه سلبی سلامت است. تا کنون اغلب محققان سیاستهای اجتماعی و دست‌اندرکاران سلامت، به وجه سلبی سلامت بیشتر عنایت ورزیده‌اند تا وجه ایجابی آن (Park, 1998).

واقعیت این است که اگر سلامت را فقط بیمار نبودن تلقی کنیم، خود را محدود ساخته نیازی برای ارتقا و تغییر وضعیت سلامت احساس نخواهیم کرد و فقط به نبود بیماری بسنده خواهیم کرد. در حالی که برای مفهوم ارتقای سلامت و سلامت‌نگری و سلامت کامل و همه‌جانبه در ابعاد فیزیکی و روانی و اجتماعی، پایانی متصور نیست و همواره برای دستیابی به آن باید کوشید. فعالیتهای پیشگیرانه برای مرگ و میرها و بیماریها

و معلولیتهای قابل پیشگیری از جمله این فعالیتهاست. اساساً برخی بیماریها وقتی بروز پیدا کنند علاج قطعی ندارند و فقط می‌توان تا حدودی آنها را مداوا کرد و عوارض آنها را کاهش داد، در حالی که برای پیشگیری از آنها می‌توان اقدام نمود. بسیاری از بیماریهای مزمن از این قبیل‌اند. از این رو مفهوم پیشگیری با مفهوم ارتقای سلامت عجین گردیده است. سیاست اجتماعی برای دستیابی به نتایج توسعه اقتصادی و اجتماعی، باید در زمینه ارتقای سلامت سرمایه‌گذاری کند و سهم بخش سلامت را افزایش دهد. اگر هدف سیاست اجتماعی رفاه جامعه بدانیم کلید ورود به رفاه جامعه ابتدا داشتن امید به زندگی مناسب و سالم است و سپس کیفیت زندگی، که هیچ‌یک از اینها بدون داشتن سلامت امکان‌پذیر نیست. توسعه بدون وجود انسان سالم قابل درک نیست. به گفته دکتر ماهر رئیس پیشین سازمان جهانی بهداشت «سلامت اگر همه چیز نیست، همه چیز بدون سلامت هیچ است». از همین رو سلامت را محور توسعه اقتصادی اجتماعی تلقی می‌کنند. سرمایه‌گذاری در امر ارتقای سلامت و پیشگیری، از نظر اقتصادی بسیار مقرون به صرفه‌تر است. به عنوان مثال محاسبه شده که هزینه درمان سل یکصد برابر هزینه پیشگیری از آن است. البته این رقم در مورد بیماریهای مختلف متفاوت است. شاید نتوان برخی از بیماریها را پیشگیری کرد یا از نظر اقتصادی مقرون به صرفه نباشد اما در مورد بیماریهای وخیم و مزمنی که پیشگیری آنها امکان‌پذیر است باید سرمایه‌گذاری برای آن تسهیل شود. در طول تاریخ مبارزه با بیماریها، دو حرکت و فعالیت بسیار مهم در غلبه انسان بر بیماری و ناتوانی تأثیر چشمگیر داشته و دارد. حرکت و فعالیت اول، بهسازی محیط بوده است که موجب شده بسیاری از بیماریهای عفونی و کشنده نظیر طاعون، سل، و مالاریا یا از بین بروند یا تا حدود زیادی مقهور انسان گردند. با وجود این، همچنان نیاز است که این فعالیت توسعه یابد به‌ویژه در کشورهای فقیر. اما حرکت و فعالیتی که بیش از همه در کاهش بیماریهای غیرواگیر و مزمن نقش دارد آموزش و آگاهی مردم است، مردم با دستیابی به آگاهیهای لازم در جهت نحوه تغذیه صحیح، تحرک کافی و سبک زندگی سالم قادر می‌شوند سبک زندگی خود را تغییر دهند، بیش از ۹۰ درصد بیماریهای غیرواگیر را به کنترل خود درآورند و

طول عمر بیشتر و با کیفیت‌تری بیابند. امروزه با توجه به افزونی بیماری‌های غیرواگیر مانند بیماری‌های قلبی و عروقی و سرطان، اهمیت آموزش و آگاهی مردم افزایش یافته است به نحوی که در کنفرانس بین‌المللی مراقبت بهداشتی اولیه (Primary Health Care-Almati, 1987) از آن به عنوان اولین و مهمترین اصل مراقبت بهداشتی اولیه نام برده شد. این کنفرانس به‌طور مؤثر از تقویت خدمات بهداشتی - محلی، تغذیه و آب سالم و مشارکت اجتماعی حمایت کرد و از کشورها خواست تا با عمل بدان، امکان فراهم آوردن سلامت برای همه (Health for All) را تا سال ۲۰۰۰ تدارک ببینند. سازمان جهانی بهداشت مجدداً در سال ۱۹۸۶ نشست بین‌المللی را برای بحث و آگاهی از شیوه‌های ارتقای سلامت در اوتاواي کانادا برگزار کرد و تعهد خود را به اصول «ارتقای سلامت» اعلام نمود. این سازمان، موقعیتها و منابع و همچنین فعالیتهای کلیدی و لازم برای سلامت را تحت عنوان «منشور ارتقای سلامت اوتاوا» تدوین کرد و به این ترتیب برای دست‌اندرکاران سیاست اجتماعی برنامه‌های سلامت و توسعه آروشن نمود (McKnight, 1998).

در اولین کنفرانس بین‌المللی در آدلاید استرالیا (به سال ۱۹۸۸) سیاستهای عمومی و اجتماعی فعالیت همه بخشها برای ارتقای بهداشت ترسیم شد و سرمایه‌گذاری در سلامت، توصیه اصلی این سازمان برای سیاستگذاران قرار گرفت که از آن تحت عنوان سرمایه‌گذاری سودمند و پایدار نام برده می‌شود.

در سال ۱۹۹۱ سومین کنفرانس بین‌المللی ارتقای سلامت در شهر ساندوزال سوئد برگزار گردید که در آن به خلق محیط‌های حمایتی توجه شده بود.

در سال ۱۹۹۷ چهارمین کنفرانس بین‌المللی ارتقای سلامت در جاکارتای اندونزی برگزار شد و برای ارتقای سلامت در قرن بیست و یکم اولویتهایی تعیین گردید.

و بالاخره پنجمین کنفرانس جهانی ارتقای سلامت با عنوان ارتقای سلامت: پر کردن شکاف نابرابری در سال ۲۰۰۰ در مکزیکوسیتی برگزار گردید و بر این نکته تأکید شد که نابرابریهای اجتماعی و اقتصادی موقعیتهای سلامت را تضعیف کردند. به همین دلیل باید بر پر کردن شکاف نابرابری در داخل کشورها و بین آنها تمرکز کرد.

حاصل آنکه اهمیت ارتقای سلامت به عنوان کلیدی‌ترین محور فعالیتهای سلامت به قدری است که به طور مکرر کنفرانسهای بین‌المللی آن برگزار و پیگیری می‌شود. بر این اساس ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی - درمانی به دنبال طراحی قالب و ساختاری هستند که بتوانند از طریق آن به مفهوم سلامت در تمام ابعاد آن دست یابند، ساختاری که از آن به عنوان ارتقای سلامت یاد می‌شود.

در این رویکرد، سلامت امری است که تنها وظیفه و هدف بخش سلامت نیست بلکه هدف تمامی بخشهای توسعه و محور همه تلاشها و برنامه‌های مختلف دولت است. همه محققان سیاست اجتماعی، سیاستگذاران، برنامه‌ریزان، مدیران و مردم باید کلیه اقداماتشان را بر محور سلامت فرد و جامعه قرار دهند. با این مفهوم، تلقی و برداشت از مفاهیمی نظیر عدالت، اشتغال، تولید سیاست و توسعه تغییر می‌کند. در ارزشیابی نهایی، این مفاهیم زمانی مدعی تلاش برای توسعه کشور و جامعه خواهند بود که توانسته باشند در سلامت فرد و جامعه تأثیر داشته باشند.

مشارکت مردم در سلامت از جمله مسائل مهمی است که همگام با سایر اقدامات باید مورد تشویق و ترویج قرار گیرد و سیاستگذاران امکانات بالقوه و بالفعل مشارکت مردم در سرنوشت و سلامت خود را فراهم آورند و گونه سلامت به مفهوم کامل آن دست نیافتنی خواهد بود. در گذشته مشارکت اگر به ساختن درمانگاه و مراکز بهداشتی محدود می‌شد امروزه مشارکت در تصمیم‌گیری، برنامه‌ریزی و پذیرش مسئولیت در اجرا و ارزشیابی معنی می‌دهد، یعنی از مشارکت ابزاری به مشارکت ابرازی تبدیل شود. مشارکت در چنین اموری اگر به خوبی محقق شود علاوه بر رفع نیازهای بهداشتی و احقاق حقوق شهروندان، مسیر مناسبی برای تمرین مردم‌سالاری خواهد بود و راهبرد دستیابی به سلامت و رفاه همگان در مسیر تحقق خود، آزادی و حاکمیت مردم را هم موجب خواهد گردید.

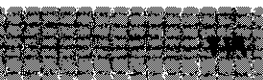
امروزه عوامل تأثیرگذار بر منحنی سلامت افراد به راحتی قابل تشخیص هستند. در نتیجه می‌توان برنامه‌هایی را تنظیم کرد که عوامل منفی کاهش یابد و سلامت افراد جامعه

ارتقا پیدا کند، اما به هر حال از بین بردن این نابرابریها کاری دشوار است. زیرا برخی از این عوامل، خارج از حیطه کنترل دست‌اندرکاران این علم است.

۴) سرمایه اجتماعی و سلامت

ارتقای سلامت علاوه بر افزایش طول عمر و امید به زندگی و کاهش سالهای ناتوانی، با نام اختصاری DALY (Disability Adjusted Life Years)، در افزایش سرمایه اجتماعی جامعه نقش کلیدی ایفا می‌کند.

اگر سرمایه اجتماعی را «تجمع هنجارها، شبکه‌ها، ارزشها و سازمانهایی که گروهها و دست‌اندرکاران را قادر به دستیابی و تأثیر بر قدرت و منابع تصمیم‌گیری مطابق سلايق مشترک می‌سازد» بدانیم، آنگاه ارتباطی ناگسستنی بین سرمایه اجتماعی و فقر و سلامت خواهیم یافت. هر چه سرمایه اجتماعی در یک منطقه فقیرنشین بیشتر شود، نتایج سلامت بهتر خواهد بود. هرچند سرمایه اجتماعی به جهت تأکیدش بر روابط اجتماعی که می‌تواند کیفیت زندگی و طول عمر را ارتقا بخشد، اهمیت یافته، اما مفهوم آن هنوز کاملاً در گرو توضیح این مسأله است که چه چیزی سازنده کالبد اجتماعی جامعه است. سرمایه اجتماعی غالباً به ارتباطات افقی بین مناطق همجوار و مشارکت مردم در جوامع متمدن گفته می‌شود. سرمایه اجتماعی برای دخیل نمودن توانایی جوامع و سازمانهای موجود در آنها، از سوی جامعه خارجی برای بهبود شرایط سلامتی خودشان به طور واضح تعریف نشده است. سرمایه اجتماعی به ظرفیت افراد در تعاون و همکاری با یکدیگر در جهت کسب اهداف اختصاصی و اهداف نهایی مشترک بستگی دارد. امروزه سرمایه اجتماعی یکی از مهمترین مشخصه‌های دموکراسی و حکومت محبوب در نظر گرفته می‌شود و توجه روزافزونی به تجزیه و تحلیل ارتباط آن با سلامت مشاهده می‌شود. متغیرهای سرمایه اجتماعی (اطمینان، هنجارهای تعامل، عضویت در انجمنهای خیریه) عامل مهم تغییرات مقطعی در میزان مرگ و میر است و به نحو مستند رابطه بین سرمایه اجتماعی و پیشگیری از جنایت را ثابت نموده است (Kawachi, 2000).



۵) رابطه متقابل سلامت با توسعه اقتصادی اجتماعی

توزیع هزینه‌های عمومی در مورد خدمات اجتماعی و بهداشتی بین جمعیت‌های مختلف و تناسب آن با نیازهای جمعیت‌های مختلف موضوع مورد علاقه دیگری در علوم اجتماعی است. توسعه سازمان‌های بهداشتی و رفاهی مرهون این اندیشه است که هزینه‌های عمومی صرف شده در زمینه‌های سلامت، مسکن، آموزش و تأمین اجتماعی می‌تواند نابرابری‌های اجتماعی را کاهش دهد یا از بین ببرد.

مطالعات گسترده‌ای که در مورد خدمات ارائه شده از سوی سازمان‌های بهداشتی و بهداشتی در کشورهای مختلف صورت گرفته نشان می‌دهد که اقدامات این سازمان‌ها در توزیع مجدد درآمد و خدمات بین خانوارهای نیازمند موفق بوده است و فقرا و طبقات نیازمند و کم‌درآمد بیشترین بهره را از این خدمات دریافت نموده‌اند. گزارشها معلوم کرده‌اند که افراد فقیر با بیماری‌های حاد و مزمن بیشتر از افراد غنی به مراکز بهداشتی درمانی و مشاوران بخش دولتی مراجعه کرده‌اند. به هر حال این نتایج نشان‌دهنده اهمیت تحقیقات سیاست اجتماعی است که آثار آن را در سطح جمعیت و در طول زمان در گستره‌ای از مؤسسات متولی رفاه و سلامت مورد ارزیابی قرار می‌دهد.

نتایج تحلیلی بررسی‌های انجام شده در چند کشور (شامل رومانی، اسلونی، مجارستان و مالت) به وضوح نشان می‌دهد که اصلاح اقتصادی و توسعه پایدار محقق نخواهد شد مگر اینکه به موازات آن سلامت مردم نیز بهبود یابد. یافته‌های کمیسیون سلامت و اقتصاد، ضرورت قرار دادن ارتقای سلامت را در رأس دستور کار توسعه کشورها با دلیل و مدرک ثابت می‌کند (Ario Ziglo, 2000).

۶) نقدهای موجود بر سیاست اجتماعی معاصر در امر سلامت

دیدگاه‌هایی انتقادی بر اساس تجربیات و تحلیل نظرات خدمات‌گیرندگان توسعه یافته‌اند. از زمان بحران اقتصادی جهان از اواسط دهه ۱۹۷۰، دولتهای غربی منابع در دسترس خود را برای امور رفاهی و بخش سلامت و بهداشتی محدود کرده‌اند. اما امروزه اختلاف نظر

بین گروههای چپ و راست بر سر ویژگیهای اقتصادی و اجتماعی بخش سلامت و رفاه برطرف شده و نقش ارزشها در سیاست اجتماعی آشکارتر شده است. حرکتی به سوی پلورالیسم رفاهی یا اقتصاد آمیخته رفاهی آغاز شده است و سعی بر این است که خدمات سلامت و رفاه از طریق نهادهای خودجوش بخشهای اجتماعی و اقتصادی و سازمانهای دولتی با تمرکززدایی اختصاص یابد و منابع و تشویقهای بیشتری به این گونه مشارکها صورت گیرد.

هر چند مضامین ضدحرفه‌ای و ضدبوروکراتیک، مورد علاقه هر دو جناح چپ و راست است، قویترین پلورالیستهای رفاهی به شکل دولتهای محافظه‌کار با ایده‌هایی برگرفته از آنچه که امروزه جریان راست جدید خوانده می‌شود به این موضوع تمایل نشان داده‌اند. نقد اصلی جناح راست جدید از نظامهای رفاهی و سلامت، عدم وجود انتخاب و کنترل از سوی بیماران و مشتریان است. انحصار این سازمانهای دولتی موجب بی‌اثر شدن فعالیتهای دیگر می‌شود. این سازمانها تحت کنترل کسانی است که علاقه شخصی خودشان را در نظر می‌گیرند و همین امر به دلیل گسترده شدن سازمان و اختلال در رشد اقتصادی و نظام سلامت رفاه موجب صرف مالیات می‌شود. از همین رو آنها بر رقابتی کردن و فعال ساختن بخش خصوصی و بخشهای داوطلب تأکید دارند. البته اقتصاددانان در این زمینه بسیار تأثیرگذار بوده‌اند (Mays, 1998).

۷) تغییرات ضروری در بخش سلامت و رفاه

انتقال مسئولیتها از بخش دولتی به خصوصی چه حاصل شود چه نه، تغییراتی در بخش سلامت و رفاه باید صورت گیرد تا روابط بین ارائه‌دهندگان و متقاضیان را به هم نزدیکتر سازد. از جمله این تغییرات موارد زیر است:

- ۱) مشتری به جای مددجو و بیمار: در این الگو موقعیت دریافت‌کننده خدمات از یک فرد نیازمند به فردی تبدیل می‌شود که حصارهای بوروکراتیک را در هم می‌شکند و حق انتخاب را برای خود حفظ می‌کند. از سوی دیگر ارائه‌دهندگان

خدمات نیز کوشش در جذب مشتری دارند. بدین ترتیب این دگرگونی شامل نوعی تجدید سازمان اساسی بین تولیدکنندگان خدمات و مشتریان است.

۲) **هدایت خدمات به جای ارائه آنها:** در این الگو دو عملکرد از یکدیگر جدا می‌شود، دولت اگر مسئولیت تدارک مشخصی را به عهده می‌گیرد، اما مسئولیت ارائه آنها به بخشهای غیردولتی واگذار می‌شود.

۳) **رقابت به جای تخصیص:** وقتی دولت حق تخصیص کالا و خدمات را در اختیار دارد بسیاری از افراد و گروههای فشار و کسانی که توانایی برقراری روابط و امکان دریافت رانت را دارند به شیوه‌ای اقدام می‌کنند که به منافع فردی بیشتری دست یابند. ساز و کار برقراری رقابت برای این است که از این نظام تخصیص رانت جلوگیری شود.

۴) **تغییر شیوه مدیریت:** مدیرتهای دولتی در مواردی نفع شخصی خود را در چهره اهداف دولتی عنوان می‌کنند. در تغییر این شیوه مدیریت باید از سازوکارهای تعهدپذیری شاخصها و بازبینیهای اجرایی و نظایر آن استفاده شود تا از سوء مدیریتها جلوگیری شود.

۵) **برقراری مناسبات و فرایند به جای دستور و بخشنامه:** مناسباتی برقرار شود که به طور مستمر محدودیتهای عملی موجود را روشن کند و در صحنه عمل نیازهای افراد کم‌توانتر را پوشش دهد.

۶) **برابری فرصتها:** در این الگو امکانات مساوی برای افراد فراهم می‌شود تا نتایج تلاشها و توانمندیهای آنان به طور شایسته پاداش داده شود و حقوق اساسی و انتخاب فردی حفظ شود.

واقعیت آن است که خصوصی‌سازی خدمات سلامت و رفاه به دلیل عمیقتر کردن فاصله اجتماعی همواره مورد تردید و انتقاد محققان سیاست اجتماعی قرار گرفته است. امروزه بر مردم‌سالار کردن ارائه خدمات و مشارکت همه جانبه مردم در آن تأکید می‌شود. هر چند راهی طولانی برای دولتی یا خصوصی بودن خدمات

سلامت در پیش است و با توجه به ضعف عملی بخش خصوصی در برخی از کشورها، تعادل و توازن بین بخش دولتی و خصوصی برای اولویت یافتن شایسته‌ترها توصیه می‌شود. نمونه‌هایی همچون سوئد و برخی کشورهای دیگر با حفظ خدمات دولتی، تمام امکانات مناسب در دولتهای مدرن و پیشرفته را دارا می‌باشند. الگوی سوئد که حزبی کارگری در رأس حکومت آن است و با عنوان دموکراسی اجتماعی سوئد از آن یاد می‌شود، دارای ساختار اتحادیه‌ای متمرکز و قوی است که در مورد دستمزد، پس‌انداز، سرمایه و سیاست صنعتی اعمال نظر می‌کند، در عین حال پیشرفت واقعی در جهان مدرن و پست‌مدرن را تسهیل می‌کند. در عمل الگوی سوئد به‌جای سرمایه‌گذاری دولتی یا سرمایه‌گذاری خصوصی، سرمایه‌گذاری جمعی و مردم‌سالار را مطرح می‌کند. دموکراسی اجتماعی سوئد مملو از طرحهای پیشرو است که رشد اجتماعی را تقویت می‌کند، هماهنگی بین ابتکارات و انعطاف سازمانی را به‌وجود می‌آورد و در زمینه سلامت و رفاه آحاد جامعه به‌نحو مطلوب گام برمی‌دارد. توصیه بر آن است که به‌جای تجویز نسخه‌های از پیش تعیین شده برای دولتها، به شرایط اجتماعی - اقتصادی، بخش خصوصی و میزان علاقه‌مندی آن به مسائل ملی و حقوق مردم، وجود سازمانهای غیردولتی تعاونی و نظایر آن و سازوکارهای کنترلی و ارزیابی توجه نمود و برای موضوعاتی نظیر سلامت که با سرنوشت و مرگ و زندگی آحاد جامعه ارتباط دارد، گام برداشت. سناریوهای اجتماعی اقتصادی آن گونه که نوشته می‌شوند در عمل اجرا نمی‌شوند. وجود سناریوی جذاب که احیاناً در جایی به طور مناسب اجرا شده نباید موجب فریب گردد.

۸) نگاهی به وضعیت کشور

در میان کشورهایی که سازمان جهانی بهداشت در آنها مطالعه کرده است، کشور ما در زمینه عدالت سلامت در رده ۱۲۰ قرار گرفته است. نحوه توزیع سلامت نیز در بدترین

شکل قرار دارد. سهم بودجه بهداشت و درمان کل کشور از ۸ درصد در سال ۱۳۷۰ به ۵ درصد در سال ۱۳۸۳ کاهش یافته است و وزارت بهداشت برای ارائه خدمات خود با دو هزار میلیارد ریال کسری بودجه مواجه است. سرانه هزینه بهداشت و درمان هر فرد ایرانی فقط ۱۵۵ دلار است در حالی که سرانه بهداشت در کشورهای پیشرفته ۲۳۵۹ دلار و در کشورهای نفت‌خیز ۲۵۶ دلار است. در عین حال سهم مردم از ۱۵۵ دلار سرانه بهداشت و درمان ۶۰ درصد و سهم دولت فقط ۴۰ درصد است. علاوه بر کمبود اعتبار، معمولاً بودجه اختصاص یافته هر سال به علت مشکلات و کسری کاهش می‌یابد. در حالی که نتیجه توصیه‌ها و تجارب دیگر کشورها نشان می‌دهد که مردم باید فقط ۲۵ درصد هزینه سلامت خود را بپردازند نه ۶۰ درصد. در اکثر کشورهای توسعه یافته سهم سلامت از GDP میان ۱۵ تا ۲۰ درصد است و حتی کشورهای هم‌سطح ایران حدود ۷/۶ درصد از تولید ناخالص ملی را به سرانه سلامت تخصیص داده‌اند. بر پایه یافته‌های تحقیق مجموعه کتابهای سلامت و بیماری در ایران برابر بررسیهای به‌عمل آمده در سال ۱۳۷۸، «هنوز در ایران ۱۴/۹ درصد خانوارها در منازل با زیربنای سرانه کمتر از ۱۰ مترمربع سکونت دارند و ۲۴/۵ درصد فاقد حمام هستند. مشکل نداشتن حمام در منازل روستایی حدود ۵ برابر و نداشتن یخچال در روستا ۸ برابر شهر است. ۱۱/۷ درصد از جمعیت به‌رغم نیاز به عینک از داشتن آن محروم‌اند و تنها ۱۷ درصد کسانی که به سمعک احتیاج دارند از آن استفاده می‌کنند. در زمینه سلامت روانی ۱۷/۹ درصد از افراد از اختلال جسمانی‌سازی علائم (Somatization) رنج می‌برند. این اختلال در مردان ۱۰/۶ و در زنان ۲۳/۷ درصد است. ۲۰/۸ درصد از افراد از اضطراب (Anxiety) رنج می‌برند که این میزان در مردان ۱۴/۹ درصد و در زنان ۲۵/۴ درصد است. ۱۴/۲ درصد افراد دارای اختلال عملکرد اجتماعی (Dysfunction Social) هستند. ۲۱ درصد افراد از افسردگی رنج می‌برند و شیوع آن در مردان ۱۶/۴ و در زنان ۲۴/۶ درصد است. به طور کلی ۲۱ درصد از افراد از انواع اختلالات روانی رنج می‌برند که این میزان در مردان ۱۴/۹ و در زنان ۲۵/۹ درصد می‌باشد (مرکز ملی تحقیقات علوم پزشکی کشور، بهمن ۱۳۷۸).

در حالی که اعلام می‌گردد یک میلیون و دویست هزار نفر در ایران مبتلا به بیماری شدید روانی هستند و حدود ۲۰ میلیون نفر از اختلالات روانی رنج می‌برند، سهم سرانه سلامت بهداشت روان در سال کمتر از ۱۵ ریال است.

در مجموع باید گفت هم از نظر ساختاری و هم از نظر عملکردی در ایران بین سیاست اجتماعی و سلامت شکاف عمیقی وجود دارد. از جمله در حالی که سیگار به عنوان یکی از اولین قاتلان بشر شناخته می‌شود، تأسیس کارخانه‌های جدید سیگار با مشارکت کمپانیهای خارجی و اجازه ورود و شکل قانونی دادن به فعالیت آنها، چگونه می‌تواند با سیاستهای سلامت همسویی داشته باشد. کاستن از سهم بخش بهداشت و سلامت به هر بهانه‌ای، عدم محوریت سلامت برای توسعه اجتماعی و اقتصادی، عدم جذب شاغلان بخش بهداشت، و عدم تجهیز بخشهای اورژانس و سوانح و اقداماتی نظیر آن نشان‌دهنده گسستگی ساختاری و عملکرد سیاستهای اجتماعی از سیاستهای سلامت در ایران است. برخی نیز با تمسک به این حقیقت که عوامل اجتماعی نقش تعیین‌کننده‌ای در پیدایش سلامت و بیماری دارند به غلط خواستار اختصاص سهم بخش بهداشت و سلامت به سایر بخشها هستند. همچنان که اشاره شد هر چند عوامل اقتصادی و اجتماعی در پیدایش مرگ و بیماری و سلامت نقش مؤثری دارند اما برای ساماندهی و جهت‌دهی عوامل اقتصادی و اجتماعی در جهت سلامت اجتماعی، حامی اصلی باید تشکیلات بهداشتی و سلامت کشور باشد تا با رهبری و هدایت سایر تشکیلات موجود و مؤثر مرتبط با سلامت اجتماعی، بتواند سلامت برای همه و ارتقای سلامت را محقق گرداند به‌ویژه آنکه الگوی اپیدمیولوژیک بیماری و مرگ نیز تغییر چهره داده و سبک زندگی روی دیگر سکه شرایط محیطی و اجتماعی و اقتصادی گردیده است. تغییر در سبک زندگی جز با ارتباطات و آموزش بهداشت و آگاهی و مشارکت آحاد جامعه میسر نیست.

عدم دسترسی مطلوب مردم به خدمات درمانی و هزینه‌های سنگین از مهمترین نارساییهای نظام بهداشت و درمان ایران محسوب می‌شود به گونه‌ای که البته این نظام در بین کشورهای جهان همچنان که اشاره شد نامناسب است. اگر در گذشته میزان مرگ و میر

نوزادان و زنان هنگام زایمان از جمله عوامل تعیین کننده در سطح‌بندی نظام بهداشت و درمان کشورها محسوب می‌شد، امروزه دسترسی مردم به خدمات درمانی و کیفیت آن اساس این سطح‌بندی در جهان است. با توجه به این عوامل جدید، نظام بهداشت و درمان ایران تنزل بسیار شدیدی داشته است. واقعی نبودن تعرفه‌های پزشکی و سهم ناچیز نظام بهداشت و درمان از بودجه عمومی دولت از مهمترین مشکلات این نظام است. سهم بهداشت و درمان به‌رغم حساسیت بسیار بالا از بودجه عمومی دولت بسیار ناچیز و معادل ۵ درصد است در حالی که برای اصلاح این نظام حداقل باید ۳ درصد به این سهم افزوده شود تا حداقل به سهم سابق خود در سال ۱۳۷۰ برسد. در حالی که بر اساس آمار به علت دو برابر شدن جمعیت نسبت به دوران قبل و جوان بودن بیش از دو سوم جمعیت، جنگ، تحریم، مدیریت سستی و بیکاری، ضرورت سرمایه‌گذاری در بخش سلامت بیش از سابق احساس می‌شود. بخصوص آنکه با سرمایه‌گذاری در بخش سلامت می‌توان اشتغال‌زایی سریع و ارزان فراهم کرد تا هم به نیازهای آنی موجود در زمینه اشتغال پاسخ داده شود، هم رونق و توسعه اجتماعی اقتصادی فراهم آید و هم سلامت بیشتر و بهتر برای آحاد جامعه فراهم گردد. از سوی دیگر بنا به آمار منتشر شده سازمان ملل در گزارش توسعه انسانی، ۵۰ درصد درآمد و مصرف متعلق به دو دهک طبقه مرفه در ایران است و دو دهک پایین جامعه فقط ۵/۱ درصد درآمد و مصرف را به خود اختصاص داده‌اند. شاخص توزیع نابرابری در حدود ۴۳ درصد اعلام گردیده است و روشن است که با هزینه‌های اختصاص یافته برای بخش سلامت به هیچ نحو نمی‌توان به مقابله با این هیولای نابرابری و فقر شتافت و جانهای رنجور فقرا را سلامت بخشید. زیرا آنها پیش از دارو و درمان به غذا و امکانات زیستی مناسب نیاز دارند.

بر اساس آمار بودجه خانوار مرکز آمار ایران، ده درصد بالاترین سطح، درآمدی حدود ۲۰ برابر فقیرترین خانوارها را مصرف می‌کنند. این وضعیت در مقایسه با آمار بین‌المللی به هیچ وجه خوشایند نیست. زیرا نسبت هزینه دهک بالا به دهک پایین در کشورهای توسعه یافته، حدود هشت است، برای مثال این نسبت در کشورهای سوئیس، فرانسه و آلمان به ترتیب ۹/۷، ۷/۲ و ۹ است. نسبت مذکور در کشورهای در حال توسعه نیز اختلاف

فاحشی با ایران دارد به طوری که نسبت هزینه دهک بالا به دهک پایین در کشورهای اندونزی، فیلیپین و تایلند به ترتیب ۶/۷، ۱۵/۹ و ۱۷/۶ است. به این ترتیب شکاف شاخص نسبت هزینه دهک ثروتمندترین به دهک فقیرترین در ایران با سوئیس ۵۰ درصد، فرانسه ۵۳ درصد و اندونزی ۶۵ درصد است. یعنی برای رسیدن به وضعیت کشورهای در حال توسعه‌ای که وضعیت مشابه اقتصادی با ایران دارند بایستی تا ۶۵ درصد این شاخص بهبود پیدا کند. بنابر همین آمار و ارقام متوسط هزینه ناخالص خانوار در مناطق روستایی نسبت به مناطق شهری همواره پایینتر است به این معنی که اگر خانوار شهری و روستایی بخواهند یک سبد استاندارد کالا را خریداری کنند، خانوار روستایی در مقایسه با خانوار شهری تنها می‌تواند ۶۵ درصد آن سبد را خریداری کند، این اختلاف خود از دلایل عمده مهاجرت به شهرها و عدم تعادل منطقه‌ای است، هدفمند نبودن یارانه هم از مشکلات اساسی در برقراری عدالت اجتماعی و از ضعفهای سیاست اجتماعی در ایران است که تأثیر خود را بر سلامت، طول عمر و کیفیت زندگی مردم می‌گذارد و تنها به مدد دارو و درمان نمی‌توان به مقابله عوارض این گسست موجود بین سیاستهای اجتماعی و سیاستهای سلامت، برخاست.

توضیح و تفصیل موجود در این نوشته درصدد اثبات این مدعا بود که تا وقتی عوامل اجتماعی و اقتصادی جامعه و در نتیجه سیاستهای اجتماعی و اقتصادی بهینه نگردند، از بخش بهداشت و سلامت برای ارتقای سلامت و افزایش امید به زندگی و کیفیت آن نباید انتظار معجزه داشت، همسویی و همگرایی سیاستهای اجتماعی با سیاستهای سلامت می‌تواند در تحقق خواسته‌های یاد شده تأثیرگذار باشد، توأم شدن سیاستهای صحیح بهداشتی و سلامت در کنار سیاستهای اجتماعی عدالت‌جویانه و مساوات‌گرا، خواهد توانست سینرژی و هم‌افزایی ایجاد کند و طول عمر باعزت و کیفیت و مفید برای همگان فراهم آورد.

نتیجه

کاربرد سیاست اجتماعی در سلامت باید منجر به سیاست همگانی سلامت شود، سیاست اجتماعی سلامت، کلید تحقق پیش‌نیازهایی است که در نهایت منجر به سلامت آحاد

جامعه می‌گردد: اشتغال مولد، آموزش، محیط زیست سالم، عدالت اجتماعی و برابری در فرصت‌ها و صلح و امنیت مالی و جانی، مسکن مناسب، دسترسی به غذای سالم، دسترسی به اطلاعات، ایمنی و وجود امکانات حمل و نقل، وجود فضای کافی برای تفریح و تحرک و فعالیتهای فیزیکی، ایجاد فرصتهایی برای توسعه مهارتهای زندگی و امکان برقراری با شبکه‌های حمایتی و اجتماعی از جمله این پیش‌نیازهاست.

برای دستیابی به سلامت همگانی، تیمهای چندبخشی، باید تلاشهای مشترک را با رهبری و هدایت بخش بهداشت آغاز کنند تا راهکارهای لازم برای ایجاد محیطهای حمایتی و تقویت بهداشت و سلامت طراحی شود. به‌زودی قسمت اعظم جمعیت جهان در شهرهای بزرگ ساکن خواهند شد و این خود موجب نگرانیهای متعددی نسبت به تخصیص منابع و تدارک خدمات و سالم‌سازی محیط و آلودگی هوا خواهد شد. فقر و نابرابری موجب ایجاد شرایط روانی و اجتماعی خاصی در محیط می‌شود که بروز خشونت، اعتیاد، خودکشی و دیگرکشی و دیگر آسیبهای اجتماعی را افزونی خواهد بخشید.

چنین شرایطی بازنگری در ارائه خدمات بهداشتی و سلامت را ایجاب می‌کند و این بازنگری جدا از این است که دولتها نقشهای خود را با بخشهای خصوصی و ملی تعویض کنند یا نه. عمده‌ترین بازنگریها باید در جایگزینی معیارهای پیشگیری، ارتقا و توسعه سهم و بودجه سلامت، همکاری درون‌بخشی، مشارکت اجتماعی، افزایش برابری و تمرکززدایی صورت گیرد.

هر چند سلامت بیشتر از همه به شیوه زندگی و عوامل محیطی وابسته است (۷۰ درصد) و بیولوژی و خدمات بهداشتی سهم کمی را شامل می‌شود (۳۰ درصد)، اما در عمل سازمانهای ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی باید سایر بخشهای مؤثر بر سلامتی را هدایت و رهبری کنند و از طریق تقویت اقدام جامعه و مشارکت واقعی آنها، برنامه‌های جامعی را در جهت ارتقای سلامت همگانی تدارک ببینند. همچنین برای افراد در معرض خطر، باید فعالیتهای ویژه طراحی و اجرا شود، از جمله آموزش سلامت که نه تنها در مورد برنامه‌های هدفدار و کنترلی باید بلکه در موارد عام و دیگر هم باید اجرا شود.

توسعه سرمایه‌گذاری بخش سلامت از ضرورت‌های دستیابی به انسان سالم و جامعه سالم است. با سرمایه‌گذاری جدی در جهت کنترل بیماری‌ها و ارتقای سلامت می‌توان گام‌های اساسی در جهت بهبود وضعیت مردم برداشت. تکنولوژی و دانش پایه این موضوع وجود دارد و چیزی که اکنون به آن نیاز داریم اراده سیاسی و منابع مالی است. سرمایه‌گذاری در بخش سلامت نتایج بسیار موفقیت‌آمیزی داشته است. این سرمایه‌گذاری‌ها در کنترل بیماری‌ها، در افزایش بهره‌وری نیروی کار، در سرعت بخشیدن به رشد اقتصادی و در تثبیت موقعیت‌های سیاسی و اجتماعی ثمری بخش بوده است. هر گاه جامعه جهانی در بخش سلامت، خصوصاً سلامتی فقرا، سرمایه‌گذاری کرده، نتایج و منفعت‌های آن به وضوح نمایان گردیده است. اما هنوز هر ساله میلیون‌ها نفر با مرگ‌های حزن‌انگیز اما قابل پیشگیری از میان می‌روند، زیرا چنین حمایت‌هایی از آنان صورت نمی‌گیرد. این وضعیت بخصوص در کشورهای در حال توسعه به فاجعه نزدیکتر است چرا که واحدهای درمانی تخصصی و فوق تخصصی اغلب بودجه سلامت را به خود اختصاص می‌دهند و در همان حال وظایف ارتقای سلامت، پیشگیری و آموزش سلامت و پژوهش‌های بهداشتی به دست فراموشی سپرده می‌شود. تخصص‌گرایی، بیمارگرایی و درمان‌های بیمارستانی، عدالت در توزیع خدمات سلامت را قربانی می‌کند. برآوردها نشان می‌دهد در برخی از کشورهای در حال توسعه فقط ۱۰ درصد مردم از خدمات بیمارستانی استفاده می‌کنند. در حالی که این خدمات ۸۵ درصد از اعتبارات درمانی کشور را می‌بلعد و خدمات بهداشتی و پیشگیری با ۱۵ درصد بودجه ۹۰ درصد مردم را تحت پوشش قرار می‌دهد. این نسبت‌ها در تمام کشورها باید دگرگون شود تا توزیع عادلانه منابع اعم از اعتبارات مالی یا نیروی انسانی و امکانات خدمات بهداشتی و پیشگیری تحقق یابد. اصول مراقبت‌های بهداشتی اولیه (P.H.C.) در واقع به تأمین اساسی‌ترین و پایه‌ای‌ترین نیازهای سلامت انسان‌ها تأکید دارد، در حالی که بسیاری از صاحبان حرف پزشکی ممکن است جنبه‌های مختلف آن را که از جمله شامل آموزش بهداشت، سالم‌سازی محیط، تغذیه و آب سالم، و ایمن‌سازی می‌گردد

پایینتر از صلاحیتهای حرفه خود بدانند و آن را کوچک بشمارند. اما همین خدمات بهداشتی حدود ۸۰ درصد نیازهای سلامت مردم را پاسخ می‌دهد.

جلب مشارکت واقعی مردم در قالب سازمانهای مردمی و غیردولتی در بسیاری از کشورها نتایج ارزنده و مطلوبی به بار آورده است. ما به طور مستمر درگیر انتخاب برنامه و شیوه زندگی هستیم که در نهایت تصور ما را از خویشتن شکل می‌دهد، اما مرزهای آن مشخص نیست. زیرا فرد در جامعه‌ای زندگی می‌کند که خطرات هشداردهنده، هر روز بار مسئولیت او را در برابر توجه دقیق و پاسخگویی به این خطرات سنگینتر می‌کند. تصویر خطرهای سلامت، عمدتاً بر این عقیده استوار است که شیوه زندگی از عوامل مسلط در ایجاد خطرات سلامت است. امروزه بر عوامل چهارگانه سیگار، عدم تحرک، رژیم غذایی و استرس تأکید می‌شود و ادعا می‌شود با کنترل آنها می‌توان بیش از ۹۰ درصد بیماریهای غیرواگیر و دژنراتیو را کاهش داد یا کنترل کرد و از مرگها و بیماریهای قابل اجتناب پیشگیری کرد. در حال حاضر، در سیاستهای بهداشتی توجهی بنیادی به پیشگیری و ارتقای سلامت ایجاد شده است که شامل افراد سالم نیز می‌شود.

مطالعات و تحقیقات مستمر طی ۴۰ سال اخیر راهکارهای مناسبی را در کاربرد سیاست اجتماعی در زمینه سلامت فراهم نموده است. دولت همچنان در این زمینه نقش کلیدی خود را ایفا خواهد کرد اما خودمحوری آن تغییر خواهد کرد و قدرت‌زدایی از دولت با واگذاری بخشی از وظایف آن به سایر گروهها، نهادها و مؤسسات غیردولتی، خصوصی یا تعاونی کارکنان انجام خواهد شد. با این حال مسئولیت عمده وظایف بر دوش دولت خواهد بود. راه‌حلهای رقابتی و مشتری محوری برای درک سلیقه مردم در انتخاب، حاکم خواهد شد و برای مقرون به صرفه شدن هزینه‌ها و عدالت در توزیع تلاش خواهد شد. جالب است که در بیشتر کشورهای غربی، جناح راست جدید مانع تخصیص یارانه‌ها در حوزه‌هایی مانند آموزش و سلامت نشده است. هر چند بحث بر سر منابع بودجه، تنظیم مقررات مربوط به آن، توزیع خدمات و شرایط مربوط به آنها همچنان ادامه دارد و تأکید بر این است که دولت و هیچ سازمان دیگری در کلیه این زمینه‌ها نقش

محوری را ایفا نکنند، تکنولوژی اطلاعات باعث شده است که دولت بتواند بدون کنترل رودررو، اوضاع را اداره کند. بنابر این یکی از وظایف اصلی تحلیل خط‌مشی اجتماعی در اواخر دهه ۹۰ و پس از آن، پاسخ دادن به این مسائل و اوضاع است. برقراری اصول رقابتی، شکل‌های جدید سازمان، قابلیت انعطاف در ارائه خدمات، پاسخگو بودن و انتخاب مشتری در کانون توجه سیاست‌سازان و محققان سیاست اجتماعی و سیاست‌های بهداشتی و سلامت است. تأثیر تغییر سیاست اجتماعی را بر سایر اصول مانند برابری، عدالت اجتماعی، حداقل استانداردها، حقوق فردی و مشارکت دموکراتیک نمی‌توان نادیده گرفت. خلاصه آنکه توجه به کارکردهای سلامت و بیماری در حیطه نظام اجتماعی از اهم موضوعات تبیینی جامعه‌شناختی و سیاست اجتماعی است.

برقراری عدالت اجتماعی و کمک به متوسط شدن آحاد جامعه از نظر اقتصادی مهمترین کمک سیاست اجتماعی در ایجاد سلامت است، امنیت بهداشتی باید همه عمر آدمی را فرا بگیرد. رویکردهای انسان محور توسعه، برای سلامت ارزش فراوان قائل هستند و اعتقاد دارند تا «سلامت» نباشد افراد، خانواده‌ها، جوامع و ملت‌ها نمی‌توانند امیدی برای دست یافتن به هدف‌های اجتماعی و اقتصادی داشته باشند. چنین دیدگاهی با قاطعیت سلامت را در مرکز همه برنامه‌ها و بخش‌های توسعه قرار می‌دهد تا پیشرفتهای اقتصادی و تکنولوژیک با کیفیت مطلوب زندگی همگام باشد. به عبارت دیگر، سلامت بنیادی است که تمام کوشش‌های انسانی بر آن قرار می‌گیرد و سطح قابل قبولی از سلامت باید وجود داشته باشد تا انسان‌ها بتوانند از دیگر منابع حیات بهره گیرند. از این رو سلامت افراد معیار اعتبار سیاست‌های اجتماعی توسعه و بازتاب شرایط زندگی افراد جامعه است. سیاست‌های اجتماعی برای نیل به توسعه اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی، باید سلامت را در محور اولویت‌ها قرار دهند.

حاصل آنکه سیاست اجتماعی عدالت‌جویانه و مساوات‌طلب و مردم‌سالار می‌تواند با اتخاذ وحدت رویه و ساختار و عملکرد مشترک و همسو با سلامت، طول عمر با عزت و با کیفیت و در نتیجه توسعه و رفاه را برای همگان فراهم آورد.

- ۱- مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی، (۱۳۸۱)، ملاحظاتی در باره فقر و شکاف اجتماعی.
- ۲- مرکز آمار ایران، (۱۳۸۰)، سالنامه آماری کل کشور.
- ۳- مرکز ملی تحقیقات علوم پزشکی کشور، معاونت پژوهشی وزارت بهداشت، (۱۳۷۸)، بررسی سلامت و بیماری در ایران.
- ۴- وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، (۱۳۸۰)، سیمای جمعیت و سلامت در جمهوری اسلامی ایران.
- 5- [Http://: www. World bank. org/ poverty/ scapital/ library/ index, htm.](http://www.Worldbank.org/poverty/scapital/library/index.htm)
- 6- Last, J. (1998). **Social Medicine and Preventive Medicine**. Appleton.
- 7- Mays, Nicholas, (1998). **Social Policy of Welfare System**, Oxford Medicin Publication.
- 8- Mishra, R. (1998). **The Welfare State in Crisis, Social Thought and Social Change**, Routlege, London.
- 9- Park john Everett (1998). **Text Book of Preventive and Social Medicine**.
- 10- Spiker, P. (1993). **Can European Social Policy Be**, University Canterbury, Social Policy Association.
- 11- ———, (2000) **Technical Report of the Fifth International Conference on Health Promotion**, Mexicocity.
- 12- Thounsend, P. (1993). **The International Analysis of Poverty, wheat-sheaf**.
- 13- Walker, A (1992). **The Poor Reverty Amonge Older Woman in Glandining**, London.
- 14- Walsh, Mark, et al (2000). **Social Policy & Welfare**, Stanly thornes, U.K.