

سیاست سلامت در چارچوب رفاه اجتماعی

دکتر حسین اعتمادی - دکتر حسن رفیعی

رفاه اجتماعی به معنای مجموعه اقداماتی (اعم از سیاست یا خدمات) که برای رفع نیاز آحاد جامعه و کاهش مشکلات اجتماعی صورت می‌گیرد، صرف‌نظر از دیدگاه‌های مختلفی که در مورد آن وجود دارد، در همه حال از شش قلمرو اصلی شامل سلامت، تأمین اجتماعی، خدمات اجتماعی، آموزش همگانی، اشتغال، و مسکن تشکیل می‌شود. علاوه بر این ارتباط واضح و بارز میان سلامت و رفاه اجتماعی، سایر قلمروهای رفاه نیز ظاهراً ارتباطی با قلمرو سلامت دارند، چون همه اقداماتی که در آن قلمروها صورت می‌گیرند، یا از رهگذر سلامت به رفاه اجتماعی منجر می‌شوند، یا از معبر آموزش. و این با ارتقای کیفیت منابع انسانی که یکی از چهار هدف اصلی رفاه اجتماعی دانسته شده است، سنخیت کامل دارد. شاید سایر اهداف رفاه اجتماعی، یعنی بسط عدالت اجتماعی، ارتقای کیفیت زندگی، و گسترش وفاق اجتماعی را هم بتوان با بهبود کیفیت منابع انسانی مرتبط دانست یا حتی به آن فروکاست. از منظر توسعه انسانی هم که شامل سه مؤلفه سلامت، آموزش، و رفاه مادی است، این ارتباط آشکار میان سلامت و رفاه اجتماعی را به خوبی می‌توان دید.

گذشته از این ربط نظری، در حوزه‌های عملیاتی و اجرایی نیز شاهد ربط وثیق سلامت با رفاه اجتماعی هستیم: در شمار قابل توجهی از کشورهای جهان دستگاه واحدی نظیر وزارت

بهداشت و رفاه اجتماعی متولی این دو حوزه است و در کشور ما نیز بزرگ‌ترین دستگاه‌های رفاه اجتماعی، یعنی سازمان‌های بهزیستی، تأمین اجتماعی، و بیمه خدمات درمانی، به لحاظ اداری تابع وزارت بهداشت، درمان، و آموزش پزشکی به شمار می‌روند.

اما سلامت که جایگاهی چنین مهم در رفاه اجتماعی دارد، به راستی چیست؟ در سطوح فردی آیا به صرف بیمار نبودن می‌توان خود را سالم دانست؟ و در سطوح اجتماعی، آیا با اتکای صرف به شاخص‌های مرگ‌ومیر و بیماری می‌توان به تصویری از سلامت جامعه دست یافت؟ در این صورت برای سیاست‌گذاری در عرصه سلامت، آیا به تربیت پزشک و پیراپزشک و توسعه تسهیلات درمانی می‌توان بسنده کرد؟ و سرانجام، موقعیت کشور ما از این نظر چگونه است؟ و چرا علی‌رغم توفیق‌هایی که در برخی شاخص‌های بهداشتی داشته‌ایم، نتوانسته‌ایم به مقامی در خور این توفیق‌ها در توسعه انسانی نایل شویم؟ تلقی کهنه و ناقص سیاستگذاران سلامت در کشور ما که حتی شمول معاینات پیشگیرانه^۱ در زمره خدمات بیمه‌ای را هم بر نمی‌تابند، چه سهمی در این تنزل رتبه داشته است؟

سلامت

شاید کمی عجیب باشد، اما تعریف سلامت ظاهراً بسیار وابسته به فرهنگ جوامع است، یعنی هر جامعه‌ای در فرهنگ خود به مفهوم خاصی از سلامت قایل است. در میان تعریف‌های هنوز رایج، احتمالاً قدیمی‌ترین تعریف سلامت عبارت است از "نبود بیماری" و این همان تعریفی است که هنوز هم در اولین برخورد با واژه سلامت، به ذهن می‌آید. این سینا هم سلامت را حالتی دانسته است که "در آن اعمال بدن به درستی انجام می‌شود و... نقطه مقابل آن بیماری است" (به نقل از محسنی، ۱۳۷۵) و این تعریفی است که بیش از همه با تعریف امروزی ما از سلامت جسمی به مفهوم طبیعی (فیزیولوژیک) بودن اعمال بدن تطابق دارد. البته اگر روان را هم کارکرد مغز بدانیم، که چنین هم هست، آن‌گاه تعریف ابن‌سینا هر دو جزء سلامت جسمی و روانی را در برمی‌گیرد، اما سلامت اجتماعی را دیگر به صحت اعمال بدن نمی‌توان فروکاست، چون جامعه اساساً بیش از جمع جبری افراد است.

تعریف حالاتی نظیر سلامت معمولاً شامل دو وجه مثبت و منفی است و این به دلیل وجود یک بستر مفهومی مشترک میان این دو وجه است. این بستر مفهومی مشترک در مورد

1. check-up

سلامت، "حیات" است که به تبع آن بیماری بر حالات مغایر با حیات، و سلامت بر حالات موافق با حیات اطلاق می‌شود. بر این اساس، وجه منفی مفهوم سلامت، همان بیماری است، اما وجه مثبت آن یعنی خود سلامت صرف‌نظر از نبود بیماری چیست؟

شاید موفق‌ترین تلاش نظری برای ارائه تعریفی از سلامت که به وجه مثبت آن هم پرداخته باشد، هنوز هم تعریف سازمان جهانی بهداشت در دهه ۱۹۵۰ باشد که سلامت را "آسایش کامل جسمی، روانی، و اجتماعی، و نه فقط نبود کسالت یا ضعف" تعریف کرده است (به نقل از کیکبوش، ۱۹۹۷). این تعریف سلامت از آن رو هنوز هم جامع و مانع به شمار می‌رود که نه تنها در تعریف وجه منفی آن پارا از نبود بیماری^۱ فراتر نهاده و نبود کسالت^۲ یا ضعف^۳ را مطرح کرده است، بلکه برای وجه مثبت سلامت هم تصویری ولو همچنان گنگ ارائه داده و آن را عبارت از آسایش کامل^۴ دانسته است. گرچه سازمان جهانی بهداشت کوشیده است از مفهوم آسایش نیز با برشمردن ابعاد سه‌گانه جسمی، روانی، و اجتماعی تاحدودی ابهام زدایی کند و این نقطه عطفی در تعاریف سلامت به شمار می‌رود، چون از محدودهٔ جسم فراتر رفته و به‌ویژه به ابعاد اجتماعی سلامت هم پرداخته است، اما ابهام تعریف سلامت همچنان باقی است.

شاید این ابهام، در ذات مفهوم پیچیده، مختلف‌الشکل، و متغیر سلامت نهفته باشد. بگذارید برای روشن‌تر شدن موضوع، دو مفهوم سلامت و بیماری، یعنی دو وجه مثبت و منفی سلامت را بر روی یک پیوستار در نظر بگیریم. طبیعی است که حد فاصل این دو وجه را نمی‌توان به راحتی به هم وصل کرد و دو انتهای این پیوستار نیز ظاهراً وضع مشابهی ندارند، چون وجه منفی سلامت به حد نهایی مشخصی که مرگ باشد، منتهی می‌شود، ولی وجه مثبت آن معلوم نیست به کجا منتهی خواهد شد و احتمالاً حد نهایی معینی را نمی‌توان برایش تصور کرد:



برای وجه منفی سلامت که هم قابل درک‌تر و هم خطری تهدیدکننده برای بشر بوده است، مفهوم پردازی روشن‌تری وجود دارد و گنجینه لغات بشر در توصیف آن غنا و وسعت بیشتری

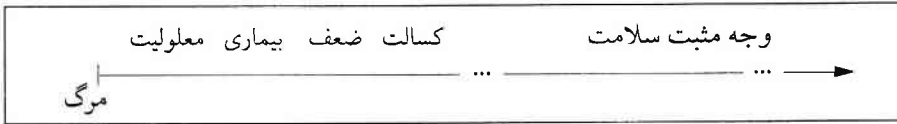
1. disease

2. illness

3. infirmity

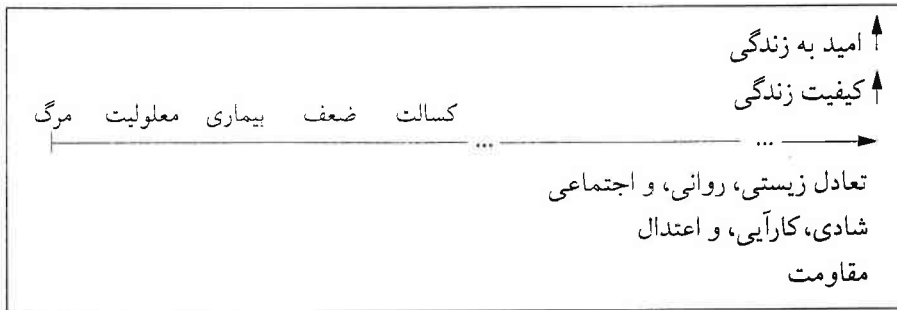
4. well-being

یافته است. با استفاده از این گنجینه می‌توانیم پیوستار سلامت را در وجه منفی آن با واژگان بیشتری مشخص کنیم:



در وجه مثبت سلامت نیز شاید تنها دو ویژگی کمیت و کیفیت زندگی را بتوان از هم تمایز داد و بر اساس آن دو ویژگی، سمت و سوی وجه مثبت سلامت، و نه حد پایانی آن را، با وضوح بیشتری بیان کرد که عبارت از عمر هر چه طولانی‌تر و کیفیت هر چه بهتر زندگی خواهد بود. در یک تلاش دیگر برای تعریف سلامت از وجه مثبت آن، سه بُعد زیر را برای سلامت برشمرده‌اند:

۱. تعادل و هماهنگی تمام امکانات زیستی، روانی، و اجتماعی؛
۲. زندگی توأم با شادی و کارآیی و اعتدال، و
۳. مقاومت در برابر فشارها و عوارض خارجی (محسنی، ۱۳۷۵). به این ترتیب با تصویر بهتری از پیوستار سلامت در هر دو سوی مثبت و منفی آن روبه‌رو می‌شویم:



دانش پزشکی به وضوح تنها به وجه منفی سلامت نظر داشته و حاصل آن جز رفع یا تخفیف این وجه منفی نبوده است که البته خود حاصلی عظیم و شایسته تقدیر است. اما این دانش با همه دستاوردهای چشم‌گیر و خیره‌کننده‌ای که در این عرصه داشته، برای توسعه وجه مثبت سلامت، یعنی ایجاد مزیت یا مطلوبیتی در افراد فاقد کسالت، ضعف، بیماری، و معلولیت، هیچ توانی ندارد. به عبارت دیگر بیشترین کاری که از پزشکی ساخته است، بازگرداندن فرد به حالت قبل از "ناسلامت" است و نوع مداخله‌ای که به این منظور صورت می‌دهد، در توسعه وجه

مثبت سلامت هیچ سودی ندارد. مثلاً داروی ضد افسردگی فقط می‌تواند افراد دچار اختلالات افسردگی را از رنج افسردگی برهاند، اما برای ایجاد شادی هرچه بیشتر در افراد غیر افسرده هیچ استفاده‌ای نمی‌توان از آن کرد. همچنین است مصرف داروی ضد روانپریشی در فرد ناروانپریش^۱ که نه تنها عقل را نمی‌افزاید، که ملال^۲ هم می‌آورد (کاپلان و سادوک، ۱۹۹۸).

شاید این سؤال مطرح شود که چرا دانش ما درباره‌ی وجه مثبت سلامت چنین اندک است؟ به عبارت دیگر، چرا دانش سلامت عمدتاً در وجه منفی آن گسترش یافته است؟ در حوزه‌ی عمل نیز وضع مشابهی وجود دارد، یعنی سیاست‌گذاری‌های بهداشتی هم عمدتاً در وجه منفی سلامت صورت گرفته است و این سؤال در مورد سیاست‌های سلامت نیز مطرح است. برای پاسخ به این سؤال‌ها خوب است نظری اجمالی به روند سیاست‌های سلامت بیفکنیم که از سلامت عمومی^۳ آغاز شده و به پرورش سلامت^۴ یا سلامت عمومی نوین^۵ انجامیده است.

سلامت عمومی

مداخله سازمان‌یافته دولت‌ها در تظاهرات حیات فردی و جمعی، یعنی در عرصه سلامت، در حوزه‌هایی صورت می‌گرفته که "ارائه سرانه" خدمات در آنها امکان‌پذیر بوده است. یعنی آنچه دغدغه دولت‌ها بوده، سلامت عموم^۶ بوده، نه سلامت یک‌یک افراد^۷ و لذا مداخلات دولت‌ها در سلامت نیز بدون توجه به تفاوت‌های فردی اعضای جامعه و به صورت "ارائه سرانه خدمات" انجام می‌شده است. بهسازی آب آشامیدنی^۸ برای مبارزه با شیوع وبا نمونه‌ای از این نوع خدمات است که برای همه افراد جامعه به یکسان ارائه می‌شد.

عدالتی که در ارائه این خدمات دیده می‌شود، نه از آرمان عدالت‌طلبانه دولت‌ها، که از بی‌نیازی آنها به احتساب تفاوت‌های بین فردی ناشی می‌شد. علاوه بر این، عمده این خدمات معطوف به محیط و عوامل محیطی ایجادکننده بیماری در افراد بود. سومین ویژگی این خدمات که در دو ویژگی پیشگفته (بی‌توجهی به تفاوت‌های فردی و توجه به عوامل محیطی) ریشه دارد، آمرانه بودن آنهاست. آنچه به سلامت آمرانه از طریق ارائه خدمات بهداشت عمومی و

۱. روانپریشی اصطلاحی کلی برای شدیدترین بیماری‌های روانی است که در آنها درک فرد از واقعیت به صورت توهم و هذیان مختل می‌شود.

2. Dysphoria 3. Public Health 4. Health Promotion 5. New Public Health
6. Public 7. Personal Health 8. Water Sanitation

بهداشت محیط میدان می‌داد، امکانات وسیعی بود که در اختیار دولت‌ها- و فقط در اختیار آنها- قرار داشت و مقابله با مشکلات بهداشتی آن روزگار که عمدتاً همه‌گیری‌های حاد عفونی و انگلی بودند، مستلزم وجود آن امکانات بود. در نتیجه، مدیریت سلامت، خدماتی را عرضه می‌کرد که خود لازم می‌دانست و این خدمات هم محدود به رفع عوامل بیماری‌زای عمدتاً محیطی، و نه پرورش همه عوامل موجد سلامت، می‌شد. پس چهارمین ویژگی دیدمان (پارادایم) سلامت عمومی، بیماری‌نگر بودن آن بود. خدمات سلامت عمومی جز در قالب ستیز با بیماری و علل، مظاهر، و عوارض آن نبود، اما هر آنچه در این قالب محدود صورت می‌گرفت، تعبیر به توسعه سلامت می‌شد.

تحقیق ضمنی دیدمان سلامت عمومی با عبارات و واژه‌هایی نظیر "بی‌توجهی به تفاوت‌های فردی"، "آمرانه بودن" و "بیماری‌نگری" شاید منصفانه نباشد، چرا که سلامت عمومی با همین اوصاف که امروزه حقارت‌آمیز می‌نماید، در مبارزه با همه‌گیری‌های آن روزگار توفیق‌های قابل توجهی داشته است. به هر حال ورود عامل قدرت در قلمرو اموری عموماً حاد (یعنی ناگهانی و غیرمنتظره) و مخرب (یعنی تهدیدکننده و هراس‌انگیز)، و توفیق‌هایی که از این رهگذر نصیب قدرت شد، تمایل قدرت را به گسترش مداخله خود در توسعه وجه مثبت سلامت سبب شد و این اگر تنها ثمره قدرت سازمان‌یافته باشد، ثمره‌ای انکارناپذیر و شایسته تقدیر است.

سلامت عمومی نوین یا پرورش سلامت

تجربه سلامت عمومی در مقابله با مهم‌ترین مشکلات بهداشتی عصر خود چنان موفق بود که وقتی حیطه‌ای ماهیتاً متفاوت، یعنی سلامت مثبت، نیز در برابر آن گشوده شد، کوشید توان اندوخته خود را در آن هم صرف کند، غافل از این که عصر دیگری آغاز شده است و دیدمان دیگری در خور خود می‌طلبد. برخی از مهم‌ترین ویژگی‌های این عصر تازه که از حدود نیم قرن پیش آغاز شده، چنین است (تیلور، ۱۹۹۵):

۱. تزلزل نهادهای سنتی قدرت، دیگر مجال مداخلات آمرانه را نمی‌دهد. حتی در سطوح فردی نیز پایه‌های اقتدار بالینگران، سست و از اهمیت مداخلات یکطرفه طبی، کاسته شده و مراجعان محوریت بیشتری یافته‌اند.
۲. طب متعارف، علی‌رغم هزینه‌های سنگین درمان، در بسیاری زمینه‌ها ناتوان شناخته شده

است. با تغییر چهره مشکلات بهداشتی، از همه‌گیری‌های حاد عفونی و انگلی به همه‌گیری‌های مدرن و نوپدیدی مثل بیماری‌های عروقی قلب، افسردگی، و سرطان، که مزمن، مضمحل‌کننده (دژنراتیو)، و مرتبط با سبک زندگی‌اند، هم دانش پزشکی و هم دیدمان سلامت عمومی، ضعیف و ناتوان جلوه کرده‌اند.

۳. چاره همه‌گیری‌های جدید به دلیل رابطه عمیق آنها با سبک زندگی، بیش از آن‌که درمان، خدمات سلامت عمومی، و اصولاً بخش منفرد بهداشت باشد، اصلاح سبک زندگی و عوامل اجتماعی مؤثر بر آن است. از این رو سلامت را دیگر نمی‌توان منفک از سایر بخش‌های جامعه دید، به ویژه آن‌که شیوه‌های مهندسی جامعه در رفع بسیاری از مشکلات بهداشتی مؤثر بوده‌اند. به این ترتیب دیدمان تازه‌ای مطرح شده است که به نام‌هایی نظیر سلامت عمومی نوین یا پرورش سلامت خوانده می‌شود. پرورش سلامت، طبق تعریف، عبارت از فرایندی است که افراد را به کنترل و بهبود وضع سلامت‌شان قادر می‌کند (کیکبوش، ۱۹۹۷). مهم‌ترین ویژگی‌های این دیدمان تازه پذیرش نقش مشارکت‌جویانه گیرندگان خدمات سلامت و نیز لزوم همکاری بین بخشی برای توسعه سلامت است (مک دانلد، ۱۹۹۸). دیدمان سلامت عمومی نوین، نفی همه دستاوردهای دیدمان سلامت عمومی نیست و این مهم نیاز به توضیح بیشتری دارد. گفتیم که از ویژگی‌های دیدمان پیشین، محدودماندن آن در نگاه بیماری‌نگر بود. دیدمان پرورش سلامت، چنان‌که از نام آن پیداست، سلامت‌نگر است. اما سلامت‌نگری، نه نفی بیماری‌نگری، که فراتر رفتن از آن و تکمیل آن است. ارائه خدماتی از نوع سلامت عمومی، به‌ویژه در مواردی که نوع و شدت مشکل بهداشتی اقتضا می‌کند، همچنان لازم و ضرورت آن به قوت خود باقی است، اما خدمات سلامت را نباید محدود به آن نوع خدمات کرد. پرورش سلامت به معنای چشم پوشیدن از بیماری و مشکلات بهداشتی نیست، اما برای رفع مشکلات بهداشتی لزومی ندارد که همچنان خدماتی آمرانه، بدون ملاحظه تفاوت‌های فردی، و بدون توجه به عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت ارائه شود. در دیدمان پرورش سلامت است که سلامت در چارچوب گسترده‌تری به نام رفاه اجتماعی موضوع بررسی‌های علمی و نیز سیاست‌گذاری‌ها قرار می‌گیرد و در نتیجه علمی نظیر ارتباطات بهداشت (برای جلب مشارکت خدمت‌گیرندگان)، روان‌شناسی سلامت (برای توجه به سبک زندگی و تفاوت‌های افراد از نظر رفتار سلامت)، و جامعه‌شناسی سلامت (برای شناخت عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت) موضوعیت و کاربرد پیدا می‌کنند.

نابرابری و سلامت

مداقه در دستاوردهای دیدمان سلامت عمومی حاکی از بروز تأثیرهای نابرابر از خدمات برابر است. اما علت این نابرابری آثار با وجود برابری خدمات در چیست؟ چرا با این که خدمات سلامت عمومی به یکسان در اختیار همگان قرار می‌گیرد، همچنان فقیران کم‌تر از اغنیا عمر می‌کنند و بیشتر از آنها بیمار و معلول می‌شوند؟ دلیل تفاوت وضع سلامت در مردان و زنان و در قومیت‌های مختلف چیست؟

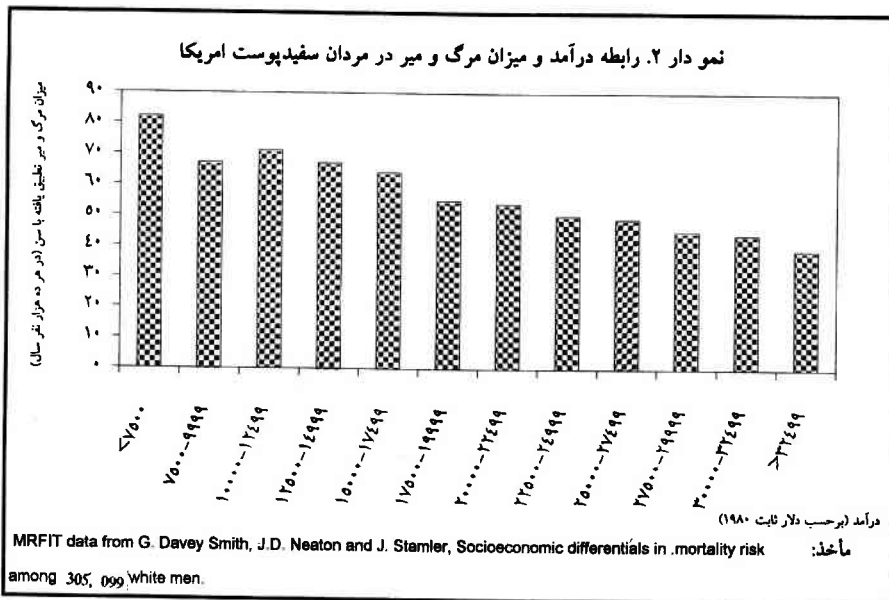
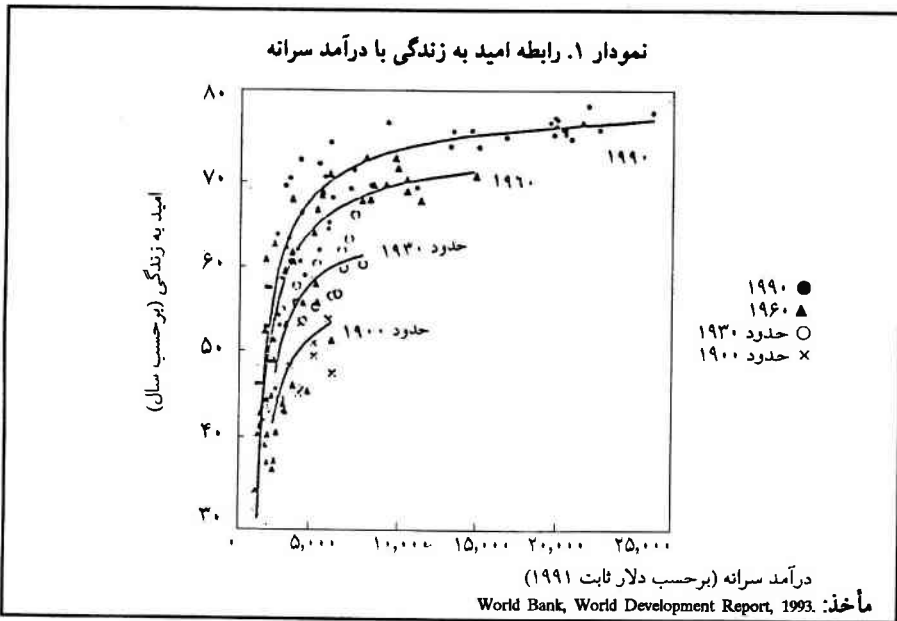
شک نیست که هر چه وضع زندگی مادی افراد بهتر باشد، وضع سلامت آنها نیز بهتر می‌شود، اما این تأثیر به صورت خطی نیست (مک دانلد، ۱۹۹۸). مثلاً در جوامع بسیار توسعه یافته در هر دهه تنها ۲-۳ سال بر امید به زندگی افزوده می‌شود و این افزایش ارتباط آماری چندانی با میزان رشد اقتصادی جامعه ندارد. چون وقتی جامعه از حداقل رشد اقتصادی برخوردار شدند، دیگر از تأثیر آن بر سلامت کاسته می‌شود (نمودار ۱). در این نقطه است که گذر همه گیرشناختی^۱ از بیماری‌های حاد عفونی و انگلی به بیماری‌های مزمن، مضمحل کننده، و مرتبط با سبک زندگی رخ می‌دهد، یعنی آنچه تا پیش از آن بیماری اغنیا خوانده می‌شد، دامن فقرا را هم می‌گیرد. البته تفاوت وضع مادی همچنان سبب تفاوت وضع سلامت افراد در جامعه‌ای واحد می‌شود، به طوری که مرگ‌ومیر فقرای هر جامعه همچنان دو تا چهار برابر مرگ‌ومیر اغنیای آن جامعه خواهد بود (نمودار ۲). ولی تفاوت‌های سطح سلامت را در میان جوامع مختلفی که همه از مرحله گذر همه گیرشناختی عبور کرده‌اند، بر اساس درجه رشد اقتصادی و ثروت مادی آنها نمی‌توان توضیح داد، بلکه طبق شواهد روزافزون، وضع سلامت جوامعی که از گذر همه گیرشناختی عبور کرده‌اند، بر اساس شاخص‌های امید به زندگی (کمیت زندگی) و کیفیت زندگی به وجود عدالت اجتماعی در آنها بستگی دارد (نمودارهای ۳ و ۴).

عدالت اجتماعی، خود از طریق وفاق اجتماعی^۲ سبب توسعه سلامت می‌شود. ویژگی مهم جوامع برخوردار از سطح بالای سلامت پس از گذر همه گیر شناختی، وفاق اجتماعی است: فردمحوری و ارزش‌های اقتصاد آزاد در این جوامع محدود شده است؛ افراد مشارکت بیشتری در فعالیت‌های داوطلبانه می‌کنند؛ و در مجموع "سرمایه اجتماعی"^۳ یعنی عاملی که فعالیت‌های کل جامعه و نظام اقتصادی آن را تسهیل می‌کند، در این جوامع افزون‌تر است.

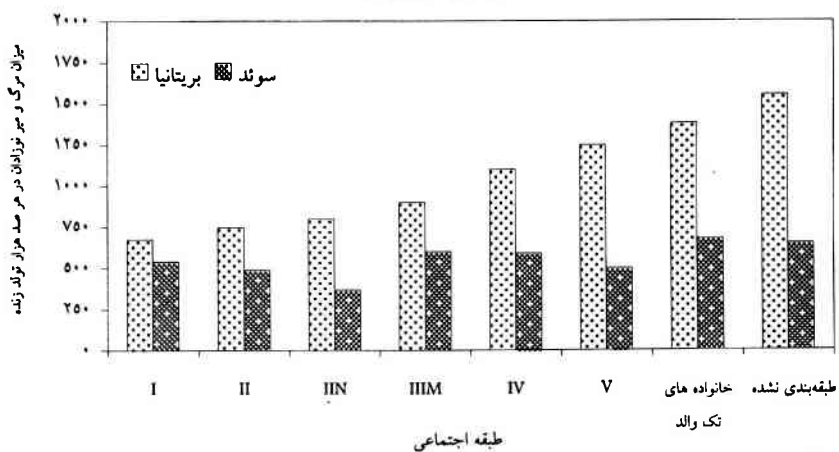
1. Epidemiological Transition

2. Social Cohesion

3. Social Capital

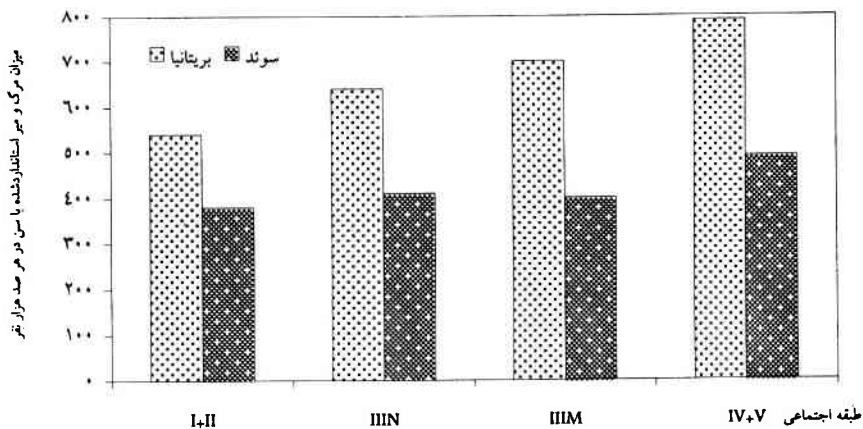


نمودار ۳. تفاوت میزان های مرگ و میر نوزادان برحسب طبقه اجتماعی در سوئد و بریتانیا



مأخذ: Leon et al, 1992

نمودار ۴. تفاوت میزان های مرگ و میر مردان ۶۴-۲۰ ساله برحسب طبقه اجتماعی در سوئد و بریتانیا



مأخذ: D.Vagero, O. Lundberg. Health inequalities in Britain and Sweden. Lancet 11:35-6, 1989.

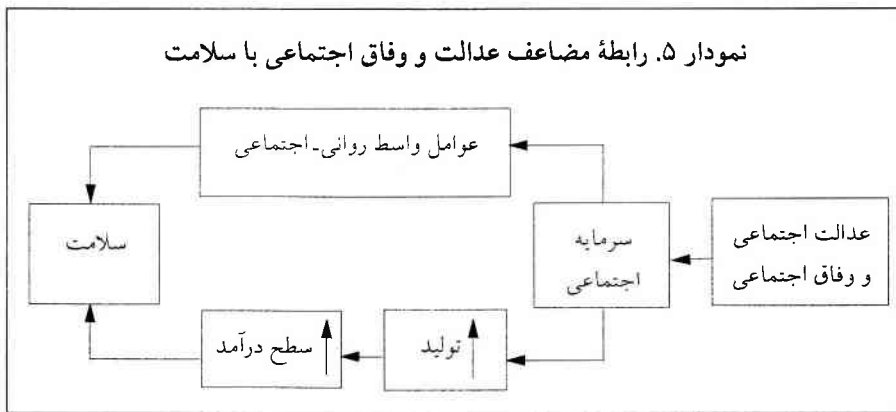
سرمایه اجتماعی شامل چهار بُعد اطلاعات، اعتماد اجتماعی، شبکه روابط افقی، و سازمان‌های اجتماعی است (پوتنام، ۱۹۹۳). جوامعی که (الف) اعضای آنها از وقایع اجتماعی آگاهی وسیعی دارند؛ (ب) احساس امنیت افراد در آنها زیاد است و انتظار افراد از کسب سود در تعامل‌های اجتماعی برآورده می‌شود؛ (پ) ارتباط‌های اجتماعی افراد بیشتر با افراد هم‌تراز آنهاست، و (ت) برای پاسخگویی به نیازهای افراد سازمان‌های اجتماعی وجود دارد، از سرمایه اجتماعی بالایی برخوردارند و یکی از ثمرات این برخورداری، سطح بالای سلامت در آن جامعه است.

گرچه همه علل مرگ‌ومیر، اعم از بیماری‌های عفونی و انگلی یا همه‌گیری‌های مدرن، رابطه‌ای با توزیع درآمد دارند، اما علل اجتماعی مرگ‌ومیر نظیر اعتیاد، قتل، و خودکشی، که همه نتیجه شقاق اجتماعی هستند، قوی‌ترین رابطه را با توزیع درآمد دارند. گذشته از این، روند فزاینده جرم و سایر مشکلات اجتماعی نیز با محرومیت نسبی یعنی نابرابری- که به‌ویژه بر کودکان و نوجوانان اثر می‌گذارد- رابطه دارد، نه فقط با محرومیت مطلق یا فقر. بنابراین به نظر می‌رسد مهم‌ترین ارتباط سلامت با نابرابری از طریق عوامل واسطه روانی- اجتماعی باشد.

بارزترین شواهد همه‌گیرشناختی دالّ بر تأثیر مثبت وفاق اجتماعی بر سلامت، از مطالعه شبکه‌های اجتماعی به دست آمده است: هر چه تماس‌های اجتماعی افراد و مداخله آنها در فعالیت‌های محله‌ای بیشتر باشد، از سلامت بیشتری هم برخوردار می‌شوند و این یافته حتی با حذف عوامل مخدوش‌کننده احتمالی نیز تکرار شده است. علاوه بر این، مطالعات تجربی و همه‌گیر شناختی نیز نشان داده است که فشارهای مختلف روانی- اجتماعی می‌توانند میزان‌های مرگ و میر و بیماری را افزایش دهند. شواهد بسیاری نیز در مورد سازوکارهای تنکردشناختی (فیزیولوژیک) تأثیر فشار روانی بر فرایندهای هورمونی و ایمنی‌شناختی به دست آمده است.

مجموعه این شواهد دلالت بر آن دارد که یکی از قوی‌ترین عوامل تعیین‌کننده سلامت هر جامعه، کیفیت زندگی اجتماعی در آن جامعه است و این نیز خود ارتباط عمیقی با برابری درآمدها دارد. منتهی نابرابری درآمدها نه فقط به‌عنوان یک عامل مادی، که نیز عمدتاً از طریق ایجاد فشار روانی- اجتماعی، تضعیف شبکه روابط اجتماعی، پایین آوردن اعتماد به نفس، افزایش میزان افسردگی و اضطراب، ایجاد احساس ناامنی، و تضعیف احساس تسلط فرد بر محیط عمل می‌کند.

با توجه به آنچه گفته شد، آیا رشد اقتصادی را باید به نفع توزیع درآمدها نادیده گرفت؟ شواهد تجربی حاکی از آن است که سرمایه اجتماعی با تسهیل فعالیت‌های اقتصادی و افزایش بهره‌وری نیروی انسانی، سطح تولید و لذا درآمد جامعه را هم افزایش می‌دهد. یعنی لزومی ندارد میان عدالت اجتماعی و رشد اقتصادی انتخاب صورت گیرد؛ این دو مکمل یکدیگرند و حلقه واسط این رابطه تکمیلی، همان سرمایه اجتماعی است (نمودار ۵).



پرورش سلامت در برابر مبارزه با بیماری

خدماتی را که برای تأمین، حفظ، و ارتقای سلامت ارائه می‌شوند، می‌توان بر اساس سطوح مداخله آنها به سه نوع تقسیم کرد: خدمات سطح پیشگیری، خدمات سطح درمان، و خدمات سطح توانبخشی. اینها سطوح متعدد و متفاوت "مداخله حرفه‌ای" علیه بیماری هستند. این مداخله متکی به دانش اندوخته شده و تجارب کسب شده در طب و حرفه‌های وابسته آن است. اما تفکیک این دانش و تجربه به سطوح مختلف مداخله به معنای تفاوت ماهوی این سطوح با یکدیگر نیست، چون همه در یک جهت و در مقابل یک پدیده، لکن با ابزارها و روش‌های مختلف عمل می‌کنند. بدیهی است که سطح، تعیین‌کننده نوع مداخله نیست، بلکه انواع مداخله‌ها خودبه‌خود در یکی از سطوح مختلف قرار می‌گیرند. لکن تعیین‌کننده اصلی نوع و سطح مداخله، "عامل مداخله‌گر" یعنی ارائه‌دهنده خدمت است و از "مصرف‌کننده" انتظاری جز انتخاب بین "گزیده‌های قبلی" - که برای او تعیین شده است - نمی‌رود.

اما در پرورش سلامت، نه از مداخله‌گر اثری است و نه از سطوح پرورش سلامت. آنچه محدود و قلمرو پرورش سلامت را تعیین می‌کند، میزان و محدوده قدرت و توانمندی افراد در کنترل سلامت خود و ارتقای هرچه بیشتر آن است. بنابراین بین پرورش سلامت و سطوح مداخله‌ای که ذکر شد، نه تعارضی وجود دارد و نه تشابهی، چه هر کدام قلمرو و ماهیت خاص خود را دارا هستند. از یکی به آن دیگری نمی‌توان وارد شد و حتی نمی‌توان گفت جایی که یکی به پایان می‌رسد، دیگری آغاز می‌شود یا در جایی که یکی وارد نمی‌شود، حتماً آن دیگری می‌تواند وارد شود. این دو جای یکدیگر را نمی‌توانند پر کنند و نمی‌توانند پا جای پای دیگری بگذارند، یعنی نمی‌توانند یک راه را طی کنند، چه هر کدام راه خود را می‌پیمایند؛ و این به معنای تفاوت است نه تضاد؛ به معنای اختلاف زمینه‌هاست و به خودی خود نه نقص است و نه مزیت.

پرورش سلامت در برابر پیشگیری

هر اندازه هم که از تمایزهای ماهوی بین پرورش سلامت و سه سطح پیشگیری سخن گوئیم، باز این دو به هم نزدیک به نظر می‌رسند. دلیلی که می‌توان بر این تشابه آورد، این است که این دو از ابزارهای مشترکی برای نیل به اهدافی متفاوت سود می‌برند. یعنی این ابزارهای مشترک را یکی به نیت تأمین و حفظ سلامت به کار می‌برد و دیگری برای پروراندن آن. یکی تأمین و حفظ سلامت را به معنای پیشگیری از بیماری هدف می‌گیرد و دیگری به بیماری نمی‌اندیشد، بلکه به سلامت مثبت می‌پردازد.

هر جا مداخله پیشگیرانه‌ای صورت می‌گیرد که هدف از آن اصلاح آگاهی، نگرش، و رفتار فرد است، پیشگیری، به پرورش سلامت شباهت پیدا می‌کند، به شرطی که مقصود از تغییر آگاهی، بینش و باور، و رفتار فرد، جلب او به سمت استفاده از مداخله طبی و بهداشتی نباشد، بلکه خود او را بارور و توانمند و متکی به خود نماید. این نوع مداخله پیشگیرانه را می‌توان "مداخله پایدار" نامید، چون آثار آن "درونی" می‌شود و به عنوان "سرمایه" فرد دائماً بازتولید می‌شود. مداخله پایدار را عامل مداخله‌گر بیرونی صورت نمی‌دهد و خود فرد عامل آن است. اما این آگاهی چگونه ایجاد خواهد شد؟ باید "فرصت آگاه‌شدن" به فرد داده شود. بدین معنا اگر در برنامه‌های پرورش سلامت قائل به آگاه‌سازی باشیم، این آگاه‌سازی با آگاه‌سازی در پیشگیری تفاوت‌هایی خواهد داشت. در "پیشگیری" آگاه‌سازی را دانش طب و بهداشت جهت می‌دهد و قدرت انتخاب آزادانه و آگاهانه را از فرد تا حد زیادی سلب می‌کند، چون او را "متقاعد" می‌کند که برای اجتناب از امری منفی (بیماری) فعالیتی را انجام دهد که علم طب

تعیین کرده است. به این ترتیب او تعیین‌کننده نیست و صرفاً "مصرف‌کننده" خواهد بود. اما در پرورش سلامت بدون هیچ‌گونه مداخله‌ای به فرد فرصت عمل بر حسب آگاهی خود داده می‌شود تا بتواند آگاهی خود را پیروانند، سلامت خود را به مقتضای آنچه درونی اوست، به کنترل خود درآورد، و آن را بهبود بخشد. بالاترین درجه آگاهی که در این رویکرد عاید فرد می‌شود، این خواهد بود که برای سالم‌ماندن و پروراندن سلامت خود بی‌نیاز از مداخله دیگری است و علاوه بر این، برای هرچه سالم‌تر بودن دغدغه بیماری کافی نیست و آنچه بیماری را در او مانع می‌شود، الزاماً برای او سلامت بیشتر به بار نخواهد آورد.

ایران، گذر همه‌گیرشناختی، و سیاست‌های سلامت

پدیده گذر همه‌گیرشناختی عمدتاً در کشورهای توسعه‌یافته مطرح و مطالعه شده است و باور اکثر پژوهشگران و سیاست‌گذاران سلامت تا همین اواخر بر این بوده است که در کشورهای کم‌تر توسعه‌یافته نظیر ایران به دلیل سطح پایین درآمدها هنوز هم بیماری‌های عفونی و انگلی اولویت دارند و سیاست‌های سلامت و خدمات بهداشتی را باید بر رفع آنها در چارچوب دیدمان سلامت عمومی متمرکز کرد. اما بررسی‌های اخیر و حتی مشاهدات معمول حاکی از نادرستی این دیدگاه است. در واقع باید گفت ما در میانه این گذرگیر کرده‌ایم، به طوری که هنوز از چنگ مشکلات عفونی و انگلی رها نشده، گرفتار همه‌گیری‌های مدرنی مثل سرطان، بیماری‌های عروقی قلب، و به‌ویژه مشکلات بهداشت روان نیز شده‌ایم. سومین مشکل ما این است که نه از رشد اقتصادی بالایی برخورداریم که در کشورهای توسعه‌یافته وجود دارد و امکان صرف هزینه برای مقابله با مشکلات مدرن بهداشتی را به آنها می‌دهد، و نه آن "سرمایه اجتماعی" بالایی را داریم که محصول توسعه‌یافتگی سیاسی و فرهنگی آنها یا وجود نظام جامعی برای رفاه و تأمین اجتماعی در آن جوامع است. به عبارت دیگر فقر، ضعف دموکراسی، و شکاف عظیم طبقاتی به‌ویژه پس از دوران سیاست تعدیل ساختاری، سبب شده است که هم سرمایه‌های مادی و هم سرمایه اجتماعی لازم برای پرورش سلامت جامعه را نداشته باشیم. در چنین شرایطی به نظر می‌رسد مهم‌ترین سیاست‌هایی که برای بخش بهداشت به‌طور خاص و سایر بخش‌های اجتماعی به‌طور عام در جهت پرورش و ارتقای سلامت جامعه می‌توان در نظر گرفت، به قرار زیر باشد:

۱. تأکید بر پیشگیری به جای اکتفا به درمان: روشن‌ترین نمود این سیاست، ترغیب مردم به معاینات دوره‌ای و نیز قراردادن این خدمات تحت پوشش بیمه می‌تواند باشد. فراتر و شاید

مهم‌تر از این، اصلاح نظام آموزش پزشکی و پیراپزشکی کشور به گونه‌ای است که علم پیشگیری در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور تولید و آموخته شود. ضرورت بومی بودن علم پیشگیری بسیار بیشتر از این ضرورت در مورد درمان است. شاید روش‌ها و ابزارهای درمانی را بتوان از سایر کشورهای تولیدکننده آنها خرید و در داخل عیناً مصرف و تجویز کرد، اما پیشگیری وارداتی جز اتلاف منابع و گاه فاجعه اثری نخواهد داشت.

۲. تأکید بر سلامت روانی-اجتماعی به جای اکتفا به سلامت جسمی: شبکه‌های بهداشت صرفاً برای ارائه خدمات بهداشت جسمی طراحی شده‌اند. با این که خدمات بهداشت روان نیز به ویژه اخیراً در زمره مراقبت‌های بهداشتی اولیه‌ای که این شبکه‌ها ارائه می‌دهند، قرار گرفته‌اند، ولی مفهومی بسیار محدود از سلامت روان شامل چهار دسته از اختلالات بارز روان‌پزشکی (روان‌پریشی‌ها، روان‌نژندی‌ها^۱، عقب‌ماندگی ذهنی، و صرع) در این برنامه مدنظر طراحان بوده است. در حالی که حلقه‌های واسط روانی-اجتماعی تأثیر عوامل ساختاری بر سلامت به هیچ وجه در مجموعه اهداف شبکه بهداشتی کشور قرار نگرفته است. مثلاً شایع‌ترین اختلال روان‌پزشکی که بر اساس شاخص "سال‌های عمر از دست‌داده بر اثر ناتوانی"^۲ نیز پس از بیماری‌های عروقی قلب بیشترین ناتوانی را در سطح جهان ایجاد می‌کند و در زمره اهداف شبکه‌های بهداشت کشور نیز قرار دارد، افسردگی است که نوعی روان‌نژندی به شمار می‌رود. اما شیوع مادام‌العمر این اختلال در حدود بیست درصد است (کاپلان و سادوک، ۱۹۹۸) که در مقایسه با مشکلاتی نظیر کودک‌آزاری و همسرآزاری با شیوع ۵۰-۲۵ درصد در مناطق محروم (رحیمی موقر، چاپ نشده) اهمیت کمتری دارد.

سلامت روان را به صورت یک کوهه^۳ یخ می‌توان در نظر گرفت که تنها قله آن یعنی اختلالات بارز و شدید روان‌پزشکی به چشم می‌آید، ولی برای "پرورش" سلامت روان نمی‌توان فقط به این قله پرداخت. نظام بهداشتی کشور باید توجه خود را علاوه بر اختلالات روانی به مشکلات روانی-اجتماعی نیز معطوف کند تا هم از تبدیل آنها به اختلال، پیشگیری کرده باشد و هم به حلقه‌های واسط سلامت مدد رسانده باشد. اما این وظیفه مستلزم بازتعریف و بازسازی نظام بهداشتی کشور است. به گونه‌ای که متناسب با مقتضیات دیدمان "پرورش سلامت" به متغیرهای اجتماعی سلامت روان نیز بپردازد.

۱. روان‌نژندی شامل آن دسته از اختلالات روانی نظیر افسردگی و اضطراب می‌شود که درک واقعیت در آنها به اندازه روان‌پریشی مختل نشده، اما فرد همچنان احساس فشار روانی و تنش می‌کند و در نتیجه، کارکردهای طبیعی خود را از دست می‌دهد.

2. Disability Adjusted Life Years = DALYs

۳. تأکید بر عوامل اجتماعی سلامت به جای اکتفا به عوامل زیست محیطی آن. با کشف تأثیر سرمایه اجتماعی بر سلامت، دیگر نمی‌توان در مورد سلامت - حتی سلامت جسمی - مستقل از رفاه اجتماعی پژوهش و سیاست‌گذاری کرد. آثار وفاق اجتماعی که خود محصول عدالت اجتماعی و مشارکت اجتماعی است، فقط به ارتقای سلامت روانی جامعه و بهبود کیفیت زندگی اجتماعی محدود نمی‌شود؛ حتی برای بهبود امید به زندگی هم چاره‌ای جز توسل به مؤلفه‌هایی نظیر مشارکت و همکاری بین بخشی نمانده است. برنامه "شهر سالم" با همین استدلال، مبتنی بر دو راهبرد مشارکت و همکاری بین‌بخشی تدوین شده است، ولی تاکنون اجرای آن در کشور به دلیل بی‌توجهی به زیرساخت‌های اجتماعی آن عقیم مانده است.

۴. افزایش تأثیر شبکه‌های بهداشت در شهر. شبکه‌های بهداشت، حتی در ارائه خدمات بهداشت جسمی هم در شهرها ناموفق بوده‌اند و این به دلیل طراحی آمرانه آنهاست که فقط در جوامع بسته روستایی تا حدودی می‌توانسته مؤثر باشد. روند روبه رشد شهرنشینی که با تضعیف نهادهای سنتی حمایتی نظیر خانواده، تشدید فرایند تعارض نقش، و تشدید رقابت، به افزایش فشار روانی دامن می‌زند از این طریق سلامت جسمی و روانی شهرنشینان را به خطر می‌اندازد، اقتضا می‌کند که نظام بهداشتی کشور، حتی برای ارائه خدمات، به گونه‌ای طراحی شود که در شهر نیز بتواند مؤثر واقع شود و این مستلزم توجه به جامعه‌شناسی شهر و روان‌شناسی اجتماعی شهرنشینان است.

۵. بین رشته‌ای دیدن سلامت: دیدمان سلامت عمومی به دلیل تأکیدی که بر درمان و مداخلات آمرانه داشت، می‌توانست صرفاً در حوزه علوم پزشکی و بهداشت و با استفاده از متخصصان پزشکی و پیراپزشکی تحقق یابد، ولی توجه به مشارکت به عنوان یکی از دو مؤلفه اصلی دیدمان سلامت عمومی نوین یا پرورش سلامت نشان می‌دهد که تحقق آن مستلزم مجهز شدن به دستاوردهای علوم دیگری نظیر جامعه‌شناسی، روان‌شناسی، و ارتباطات است. به این ترتیب سیاست‌گذاری در عرصه سلامت را نمی‌توان صرفاً در تخصص پزشکان و پیراپزشکان دید و بر این اساس درهای وزارتخانه را بر متخصصان علوم دیگر بست. اما اعتنا به علوم دیگر هم از ابتدای ورود دانشجو به دانشگاه باید در ذهن او نقش بندد. تا زمانی که علوم اجتماعی علی‌رغم همه اهمیت‌ها که در سطح کلان سیاست‌گذاری دارند، در دانشگاه‌های علوم پزشکی تدریس نمی‌شوند یا دروسی درجه دو تلقی می‌شوند، از فارغ‌التحصیل این دانشگاه‌ها نمی‌توان انتظار داشت که وقتی در مسند سیاست‌گذاری قرار گرفت، به اهمیت این علوم و به جهل خود در این آنها اعتراف کند و دست یاری به سوی متخصصان علوم اجتماعی دراز کند یا حداقل خود در این زمینه‌ها مطالعه کند.

۶. بین بخشی دیدن سلامت و قرارداد آن در چارچوب وسیع رفاه اجتماعی: گذشته از مشارکت، مؤلفه اصلی دیگری که در دیدمان پرورش سلامت مطرح است، همکاری بین بخشی است. دیدیم که کیفیت و حتی کمیت زندگی به شدت از عوامل اجتماعی تأثیر می‌پذیرند. در چنین شرایطی نمی‌توان سلامت را منفک از سایر بخش‌های جامعه دید و همه وظایفی را که دولت و جامعه برای پرورش سلامت افراد باید بر عهده بگیرند، به دوش وزارت بهداشت بامر زبندی‌های سفت و سخت اداری گذاشت. سواد، داشتن سرپناهی مناسب، احساس امنیت شغلی، احساس امنیت در برابر بلایای طبیعی و سایر حوادث غیرمترقبه، احساس امنیت در برابر مشکلات اجتماعی (یعنی احساس امنیت اجتماعی)، و بسیاری عوامل دیگر علاوه بر عدالت اجتماعی، مشارکت، و وفاق اجتماعی که مجموعه آنها را در یک کلام می‌توان برخورداری از رفاه اجتماعی دانست، همه بر سلامت روانی و جسمی اعضای جامعه تأثیرهای غیرقابل اغماض دارند. از این رو وظیفه پرورش سلامت از مرزهای اداری بخش بهداشت فراتر می‌رود و بر عهده همه دستگاه‌های دولتی و غیردولتی فعال در عرصه رفاه اجتماعی قرار می‌گیرد.

جمع‌بندی

سلامت علاوه بر این‌که خود یکی از شش قلمرو اصلی رفاه اجتماعی است، به دلیل نقشی که در ارتقای کیفیت منابع انسانی دارد، ارتباط عمیق‌تری با رفاه اجتماعی پیدا می‌کند و از همین رو در ایران و برخی دیگر از کشورهای جهان دستگاه واحدی متولی سلامت و رفاه اجتماعی است. اما سلامت را نمی‌توان صرفاً به "نبود بیماری" تقلیل داد؛ کیفیت زندگی و امید به زندگی دو وجه کیفی و کمی سلامت را تشکیل می‌دهند که نهایی برای آنها متصور نیست.

گرچه ارتباط سلامت با عوامل اجتماعی به‌ویژه وضع مادی زندگی از قدیم‌الایام شناخته شده بود، پس از گذر همه‌گیرشناختی از بیماری‌های حاد عفونی و انگلی به بیماری‌های مزمن، مضمحل‌کننده، و مرتبط با سبک زندگی جنبه‌های دیگری هم یافته است. به طوری که برای توسعه سلامت افراد جامعه، دیگر نمی‌توان به ارائه آمرانه خدماتی یکسان در قالب دیدمان سلامت عمومی اکتفا کرد، بلکه مزمن‌بودن مشکلات بهداشتی امروزه اقتضا می‌کند که پرورش وجه مثبت سلامت را هدف قرار دهیم. نیل به این هدف که پرورش سلامت در دیدمان سلامت عمومی نوین خوانده می‌شود، مستلزم در پیش گرفتن دو راهبرد اصلی است: مشارکت و همکاری بین بخشی. حتی آگاه‌سازی به معنای اصلاح اطلاعات، نگرش‌ها، و رفتارهای بهداشتی

افراد، گرچه وجه اشتراک پرورش سلامت و پیشگیری است، در هر یک از این دو حوزه اهداف متفاوتی را دنبال می‌کند: در پیشگیری تحت تأثیر علوم پزشکی با هدف متقاعدکردن افراد برای اجتناب از خطر یا استقبال از مداخلات طبی و بهداشتی صورت می‌گیرد، در حالی که در پرورش سلامت با هدف قادرسازی و توانمندسازی فرد انجام می‌شود تا به این ترتیب سلامت فرد به مثابه سرمایه درونی او افزایش یابد و امکان بازتولید مداوم را پیدا کند.

گذر همه‌گیرشناختی در کشور ما سیر طولانی‌تری داشته است و لذا ما هم اکنون با هر دو نوع مشکلات بهداشتی پیش و پس از شروع گذر مزبور مواجه‌ایم. از این رو در تدوین سیاست‌های سلامت، علاوه بر سلامت عمومی و درمان بیماری‌های جسمی متأثر از عوامل زیست محیطی، تأکید را باید بر پرورش وجه مثبت سلامت، پیشگیری، سلامت روانی-اجتماعی (در سطح مشکل، نه فقط اختلال)، و عوامل اجتماعی سلامت به‌ویژه در شهر گذاشت و در این رهگذر، از دستاوردهای علوم اجتماعی نیز به شکلی نهادینه بهره‌مند شد. در یک کلام، برای اصلاح سیاست‌های سلامت باید آنها را در بستر رفاه اجتماعی قرار داد.

منابع

- رحیمی موقر، آفرین، "بررسی شیوع کودک آزاری و همسر آزاری در منطقه ۱۳ آبان شهر تهران در سال ۱۳۷۵"، چاپ نشده.
- محسنی، منوچهر، مبانی آموزش بهداشت، تهران، نشر طهوری، ۱۳۷۵.
- Bryant JH. et al, Ethics, Equity, and Renewal of WHO's Health-For-All Strategy, in *World Health Forum*, Vol 18, No. 2, 1997.
- Kaplan BJ and Sadock HI, *Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences / Clinical Psychiatry*, Williams, Baltimor, 1998.
- Kickbusch I, About Health Promotion, in *World Health Magazine*, May, 1997.
- Macdonald TH, *Rethinking Health Promotion: A Global Approach*, Routledge, London, 1998.
- Murray CJL and Lopez AD, *The Global Burden of Disease; A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Disease, Injuries, and Risk-factors in 1990 and Projected to 2020*. World Bank, Washington D.C., 1996.
- Putnam RD, *Making Democracy Work, Civic Traditions in Modern Italy*, Princeton University Press, New Jersey, 1997.
- Taylor SE, *Health Psychology*, McGraw Hill, New York, 1995.
- Wilkinson RJ, *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*, Routledge, London, 1998.