

مبارزه با فقر از دیدگاه سلامت



دکتر محسن رضائیان

گروه پزشکی اجتماعی دانشکده پزشکی رفسنجان

■ مقدمه

مطالعات موجود نشان می‌دهند که یک رابطه دو طرفه بین آسیب‌ها، بیماری‌ها و فقر برقرار است. فقر، خود منجر به پیدایش بیماری و آسیب می‌گردد و از طرف دیگر، بیماری و آسیب، منجر به از دست دادن درآمد به دلیل از کارافتادگی دائم یا موقت می‌گردد. هم‌چنین، هزینه درمان بیماری و آسیب به‌خصوص برای افراد فقیری که از پوشش بیمه درمانی نیز برخوردار نمی‌باشند، کمرشکن می‌باشد.

مجموعه این عوامل سبب می‌شوند که فقرا نه‌تنها به آسیب‌ها و بیماری‌های بیشتری مبتلا گردند، بلکه پی‌آمد این بیماری‌ها در آن‌ها وخیم‌تر

نیز باشد. در نتیجه، آن‌ها بار مضاعفی را بر نظام مراقبت‌های بهداشتی کشورهای خود اعمال می‌نمایند. از همین رو مبارزه با فقر باید در سلوچه سیاست‌های یک کشور قرار گیرد (۱، ۲).

با توجه به اهمیت مساله، این مقاله به موضوع مهم مبارزه با فقر از دیدگاه سلامت اختصاص یافته است. در این مقاله ابتدا به بررسی دیدگاه‌های موجود بین رابطه فقر با سلامت خواهیم پرداخت سپس به رابطه دوطرفه بین بیماری و فقر اشاره نموده و در ادامه به موضوع مبارزه با فقر از دیدگاه سلامت اشاره خواهیم نمود. در انتها نیز رویکرد نیازهای اساسی توسعه را به‌عنوان یکی از راه‌های موثر مقابله با فقر مورد بررسی قرار خواهیم داد.

■ بررسی دیدگاه‌های موجود مابین رابطه فقر با سلامت

محققان برای بیان تأثیر فقر بر روی سلامت از دو دیدگاه سود می‌جویند (۳). دیدگاه نخست که به ترکیب (composition) معروف می‌باشد، بیانگر این نکته مهم بوده که مشخصه تک تک افراد بر روی سلامت آن‌ها مؤثر است. در واقع، هر یک از ما دارای مشخصاتی نظیر سن، جنس، شغل، روش زندگی طبقه اجتماعی - اقتصادی و میزان ثروت یا فقری می‌باشیم که بر روی سلامت ما بسیار مؤثر است. در این دیدگاه، از آن جایی که اجتماع مجموعه‌ای از افراد می‌باشد، بنابراین می‌توان این‌گونه نتیجه گرفت که سلامت جامعه در کل نیز وابسته به مشخصات فردی تک تک اعضای آن جامعه می‌باشد. از همین رو، میزان فقر و یا ثروت تک تک افراد جامعه نه تنها بر روی سلامت خودشان، بلکه بر روی سلامت جامعه‌اشان تأثیرگذار خواهد بود. دیدگاه دوم که به زمینه (context) معروف می‌باشد. در واقع، بیان‌گر این نکته مهم است که هر یک از ما جدای از خصوصیات فردیمان، در جامعه‌ای زندگی می‌کنیم که دارای مشخصات خاص خود بوده و این مشخصات می‌توانند بر روی سلامت تک تک افراد جامعه مؤثر باشند. برای نمونه، هر جامعه‌ای دارای نظام مراقبت‌های بهداشتی - درمانی خاص خود می‌باشد که می‌تواند تفاوت‌های فاحشی را مثلاً در بین جوامع روستایی و شهری و یا جوامع پیشرفته و در حال توسعه پذیرفته و در نتیجه تأثیرات مثبت و منفی بر روی سلامت افراد جامعه ایفا نماید. هم‌چنین، هر جامعه دارای مشخصات دیگری

نظیر شکل و نوع عملکرد سایر ارگان‌های مربوط به توسعه اجتماعی - اقتصادی نظیر سوادآموزی آب، برق و ... می‌باشد که تأثیر آن‌ها را بر روی سلامت نمی‌توان نادیده انگاشت. وجود یا عدم وجود کارخانه‌های آلوده‌کننده هوا وجود یا عدم وجود تسهیلات برای گذراندن اوقات فراغت نظیر پارک و یا مجموعه‌های فرهنگی - ورزشی، جملگی مواردی دیگر از خصوصیات جامعه می‌باشند که تأثیرات به‌سزایی بر روی سلامت افراد آن جامعه دارد. بنابراین دیدگاه، از آن جایی که تک تک افراد در جامعه زندگی می‌کنند، درجه توسعه یافتگی آن جامعه می‌تواند سلامت آن‌ها را تحت تأثیر مثبت و یا منفی خود قرار دهد. مجموعه تحقیقات به‌عمل آمده پیرامون رابطه فقر و سلامت نشان می‌دهد که در واقع هر دو مکانیسم فوق در کنار یکدیگر عمل می‌نمایند. در برخی از موارد نقش مکانیسم ترکیب پررنگ‌تر می‌گردد و در برخی از موارد نقش مکانیسم زمینه، اما رابطه تنگاتنگ این دو مکانیسم است که نهایتاً بر روی سلامت افراد مؤثر است (تصویر شماره ۱). در یک مطالعه جالب به‌عمل آمده در کشور آمریکا، خانواده‌هایی که در یک منطقه فقیرنشین زندگی می‌کردند، به سه تقسیم شدند. دسته اول نه تنها از حمایت‌های مالی برخوردار گردیده بلکه با استفاده از فرصت به دست آمده موفق شدند تا به سایر محله‌هایی که از میزان فقر کمتری برخوردار بودند نقل مکان کنند. دسته دوم فقط از حمایت‌های مالی برخوردار گردیدند اما در محله خود باقی ماندند و دسته سوم از هیچ‌گونه حمایتی برخوردار نشدند. مطالعات به‌عمل آمده بعدی نشان داد که میزان



شماره ۱ - بیان دو دیدگاه موجود پیرامون رابطه فقر و سلامت

پایین آموزش، بیکاری و بی‌خانمانی است، منجر به شیوع بیشتر اختلالات روانی و رفتاری می‌گردد. متأسفانه این شیوع بالا، توأم با عدم دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی مناسب برای افراد فقیر منجر به افزایش شدت و وخامت بیماری‌های روانی و اختلالات رفتاری در افراد فقیر می‌گردد. این نکته به نوبه خود منجر به فقر مضاعف از طریق افزایش هزینه‌های بهداشتی، از دست دادن شغل در صورت شاغل بودن و کاهش خلاقیت و بازدهی اقتصادی فرد می‌گردد (۴).

لازم به توضیح است که پیرامون رابطه فقر و بیماری‌های روانی و اختلالات رفتاری دو فرضیه رانده شدن (drift) و سازوکار علیتی

رفتارهای خشن violent behaviors تنها در نوجوان متعلق به دسته اول و به مقدار قابل توجهی کاهش یافته است (۴).

■ رابطه دوطرفه بین بیماری و فقر

همان‌طور که ذکر گردید، یک رابطه دوطرفه بین آسیب‌ها، بیماری‌ها و فقر برقرار است. فقر، خود منجر به پیدایش بیماری و آسیب می‌گردد و از طرف دیگر بیماری و آسیب، منجر به از دست دادن درآمد به دلیل از کارافتادگی دائم یا موقت می‌گردد.

برای نمونه، رابطه بین فقر و بیماری‌های روانی در تصویر شماره ۲ دیده می‌شود. فقر در معنای وسیع‌تر که مشتمل بر محرومیت اقتصادی، سطح

به‌خصوص برای افراد فقیر که از پوشش بیمه درمانی نیز بر خوردار نمی‌باشند، کمرشکن می‌باشد. مجموعه این عوامل سبب می‌شوند که فقرا نه تنها به آسیب‌ها و بیماری‌های بیشتری مبتلا گردند، بلکه پی‌آمد این بیماری‌ها در آن‌ها وخیم‌تر نیز باشد. در نتیجه، آن‌ها بار مضاعفی را بر نظام مراقبت‌های بهداشتی کشورهای خود اعمال می‌نمایند. از همین‌رو مبارزه با فقر باید در سرلوحه سیاست‌های یک کشور قرار گیرد.

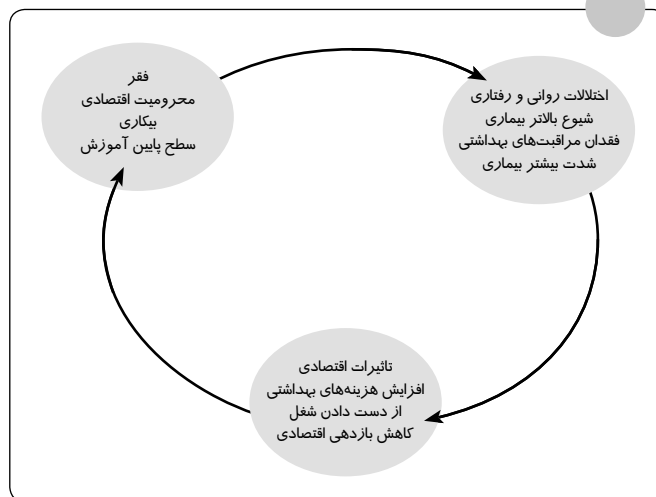
■ مبارزه با فقر از دیدگاه سلامت

تاکنون ره یافت‌های گوناگونی برای رفع نیازهای بهداشتی افراد فقیر به مرحله اجرا گذاشته شده است. برای نمونه، مداخلات درمانی و پیشگیری از بیماری‌های عفونی و تغذیه‌ای، بهبود دسترسی به

(causal mechanism) مطرح می‌گردد. در اولین فرضیه، وجود بیماری روانی باعث پیدایش فقر در فرد و در دومین فرضیه وجود فقر باعث پیدایش بیماری روانی در فرد می‌گردد. با این وجود، شواهد موجود نشان می‌دهند که هر دو فرضیه در کنار یکدیگر و در چرخه‌ایی مخرب، مانند آنچه که در تصویر شماره (۲) آمده، به ارتباط ناگسستگی فقر و بیماری‌های روانی و اختلالات رفتاری دامن می‌زنند.

شایان توجه است که فرضیه سازوکار علیتی بیشتر در خصوص بیماری‌های روانی مانند افسردگی و اضطراب از قدرت بیشتری برخوردار است. این در حالی است که فرضیه رانده شدن بیشتر در خصوص اختلالات رفتاری نظیر اختلالات استفاده از مواد مصداق می‌یابد.

هم‌چنین، هزینه درمان بیماری و آسیب



شماره ۲ - چرخه مخرب فقر و بیماری‌های روانی و اختلالات رفتاری

داروهای اساسی، ایمن‌سازی و مراقبت‌های بهداشتی برنامه‌های تنظیم خانواده، پیشگیری و بازتوانی معلولیت‌ها، برنامه‌های آموزش بهداشت و افزایش دسترسی به آب سالم و به‌سازی محیط و غیره را می‌توان از جمله این ره یافت‌ها به شمار آورد که هر یک مساله یا مشکل خاصی را هدف قرار داده‌اند. با این وجود، زمانی افراد فقیر به سلامت دست خواهند یافت که فقر از میان آن‌ها ریشه‌کن شود (۵).

بنابراین، در این قسمت به موضوع مهم مبارزه با فقر از دیدگاه سلامت خواهیم پرداخت. منظور از طرح این دیدگاه، پرداختن به آن دسته از برنامه‌های مبارزه با فقر می‌باشد که عمدتاً از طرف سازمان‌های بهداشتی نظیر سازمان جهانی بهداشت در دستور کار قرار گرفته و یکی از اهداف مهم آن‌ها به ارمغان آوردن سلامت برای آحاد جامعه می‌باشد.

لازم به توضیح است که اغلب این برنامه‌ها رویکردی جامعه مدار (community-based) به مقوله کاهش فقر دارند. چنین رویکردی سبب خواهد شد که برنامه‌های کاهش فقر در متن برنامه‌های توسعه اجتماعی - اقتصادی پایدار به مرحله اجرا درآیند. در این برنامه‌ها، نه تنها سیاست‌های لازم برای کاهش فقر به مرحله اجرا در می‌آید، بلکه سیاست‌های لازم نیز برای جلوگیری از تولید و توزیع فقر نیز مورد نظر قرار می‌گیرد (۶، ۷).

از همین رو در این برنامه‌ها، نه تنها فقر در درآمد مورد نظر قرار می‌گیرد، بلکه فقر در دسترسی به خدمات اساسی و فقر در مشارکت اجتماعی نیز مورد توجه قرار می‌گیرند. هدف اصلی در این برنامه‌ها افزایش توانایی فقرا تا حدی است که بتوانند خود به کاهش فقر خود بپردازند.

سازمان جهانی بهداشت حداقل سه رویکرد ابتکاری جامعه مدار را برای تأمین، حفظ و ارتقای سطح سلامت مردم جوامع مختلف از دهه ۱۹۸۰ میلادی به بعد در پیش گرفته است. این سه رویکرد عبارتند از:

■ رویکرد نیازهای اساسی توسعه
Basic Development Needs (BDN)

■ برنامه روستاهای سالم
Healthy Villages Program (HVP)

■ برنامه شهرهای سالم
Healthy Cities Program (HCP)

رویکرد اول، رویکردی جامع بوده که می‌تواند سایر رویکردها را نیز در خود جای دهد، در حالی که برنامه دوم مخصوص روستاها می‌باشد و برنامه سوم در مناطق فقیرنشین شهرها نظیر حاشیه‌های شهر به مرحله اجرا در می‌آید.

نکته مهم در جامعه عمل پوشاندن به این رویکردهای متفاوت جامعه مدار این است که اگر چه انجام آن‌ها نیازمند حمایت ارگان‌های محلی ملی و بین‌المللی و همین‌طور سازمان‌های غیر دولتی (non-governmental organizations) (NGOS) می‌باشد، با این وجود، خود جوامع نیز نقش مهمی در تعیین مشکلات، مشخص نمودن راه‌حل‌ها و تعیین اولویت‌ها دارند.

همان‌طور که ذکر گردید، از آنجایی که رویکرد اول، رویکردی جامع بوده که می‌تواند سایر رویکردها را نیز در خود جای دهد، نگاهی دقیق‌تر به آن خواهیم افکند.

■ رویکرد نیازهای اساسی توسعه
رویکرد نیازهای اساسی توسعه، رویکردی اساسی

مشتمل بر سه هدف عمده است که عبارت است از: سازماندهی جامعه، در نظر گرفتن توانایی‌های جامعه و تشویق روحیه اتکا به خود در اعضا جامعه.

زیر بنای رویکرد نیازهای اساسی توسعه بر این واقعیت قرار دارد که بسیاری از مسایل و مشکلات مربوط به بهداشت و سلامت جوامع از فقر و محرومیت آن‌ها ناشی می‌گیرد. بنابراین، برخورد با ریشه‌های این مسایل و مشکلات به تنهایی از عهده بخش بهداشت خارج بوده و نیازمند به ایجاد همکاری بین بخشی و جلب مشارکت مردم در ریشه‌کنی فقر و پدید آوردن توسعه پایدار می‌باشد.

در این رویکرد که ابتدا در دهه ۱۹۷۰ میلادی و به وسیله ارگان‌های گوناگون سازمان ملل مطرح گردید، بایستی جوامع محلی فقیر پس از شناسایی با روحیه اتکا و اعتماد به خود و در جلسات مشاوره‌ایی با متخصصین، ضمن تشخیص مشکلات خود به تعیین نیازهای جامعه خود اعم از نیازهای بهداشتی اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی و تعیین اولویت آن‌ها بپردازند.

در مرحله بعد، آن‌ها باید به مهمترین توانایی‌های بالقوه اقتصادی خود که می‌تواند با تولید اقتصادی به ریشه‌کنی فقر و سرمایه‌گذاری در جهت پیشرفت جامعه کمک نمایند پی ببرند. در مرحله بعد و با حمایت دولت‌های محلی و ملی، وام‌های کم بهره یا بدون بهره در اختیار افراد قرار می‌گیرد تا آن‌ها بتوانند با سرمایه‌گذاری بر روی توانایی‌های بالقوه اقتصادی خود نظیر دامداری، کشاورزی، صنایع دستی و ... نه تنها پول لازم برای باز پرداخت وام خود را تهیه کنند، بلکه با پس‌انداز و سرمایه‌گذاری بتوانند نیازهای خود را یکی پس از دیگری و به

ترتیب اولویت‌های تعیین شده مرتفع نمایند. از آنجایی که انجام بسیاری از مداخلات مورد نظر این رویکرد جامعه مدار، نیازمند تعهد تک تک اعضای جامعه و خانواده‌ها می‌باشند، بنابراین، بهتر است اعضای جامعه به‌طور مستقیم درگیر اجرای راه‌حل‌ها و یا حفظ و نگهداری پیشرفت‌های به‌دست آمده گردند. اما مشکل بزرگ این رویکرد، تأمین وام کم بهره برای جوامع فقیر می‌باشد. هم‌چنین حذف بورکراسی‌های معمول اداری و توانمندسازی افراد جامعه ممکن است با مقاومت‌هایی در دولت‌های محلی یا ملی روبرو گردد که با روش سنتی حکمرانی می‌نمایند.

منابع

۱. رضائیان م. فقر و بیماری. فصلنامه بهداشت جهان. ۱۳۸۵ (۱۹): ۴۴-۴۵: ۵۱.
۲. رضائیان م. چرخه مخرب فقر و بیماری‌های عفونی. ماهنامه رازی. ۱۳۸۶ (۱۸): ۲۰۸: ۴۶-۵۱: ۴۶.
3. Shaw M. Dorling D. Mitchell R. Health. Place and society. Edinburgh: Pearson Education Limited; 2002: 182-208.
4. World Health Organisation. World health report 2001. Mental health: new understanding, new hope. Geneva: WHO, 2001.
5. Dailey AB. Poverty and health. In Baslaugh S. Edi. Encyclopaedia of Epidemiology. Second Volume. California: SAGE Publications, Inc; 2008: 831-833.
۶. جباری ح. رویکردهای اجتماع مدار در برنامه‌های کاهش فقر. فصلنامه علمی پژوهش رفاه اجتماعی. ۱۳۸۴ (۵): ۱۸: ۲۶۳-۲۹۸.
۷. سازمان جهانی بهداشت. روستاهای سالم (راهنمای کاربردی برای جوامع و کارکنان بهداشت جامعه). مترجمین: اعضاء هیئت علمی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان. تهران: نشر خلوص. ۱۳۸۵.