

کتاب جامع

بهداشت عمومی

فصل ۱۴ / گفتار ۴ / دکتر محمد اسماعیل اکبری

سلامت و سیاست

فهرست مطالب

۲۹۹۳.....	اهداف درس
۲۹۹۳.....	مقدمه
۲۹۹۴.....	پنج علت اصلی مرگ در سال ۱۳۵۰
۲۹۹۴.....	پنج علت اصلی مرگ در سالهای اخیر

سلامت و سیاست Health and Policy

دکتر محمد اسماعیل اکبری

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

اهداف درس

پس از یادگیری این مبحث، فراگیرنده قادر خواهد بود:

- معضلات بهداشتی دیروز و امروز کشور را مقایسه کند
- پنج عامل اصلی مرگ در سال ۱۳۵۰ در تهران را نام ببرد
- پنج عامل اصلی مرگ در سالهای اخیر را ذکر کند
- عوامل فرهنگی موثر بر کنترل بیماریهای قلبی - عروقی را فهرست نماید
- عدالت بهداشتی را تعریف و مثالهایی ارائه دهد

مقدمه

در روزگاری نه چندان دور! عوامل مشخصی در مقابل سلامت مردم صف کشیده بودند، که شناخت آنها برای جامعه پزشکی، مردم و سیاستگذاران و سیاستمداران آسان و یکسان بود. همه می دانستند که عوامل میکروبی، چگونه دستگاه تنفسی فوقانی و یا تحتانی را مبتلا میکنند و چگونه باید با آنها مقابله کرد. بسیار آسان بود که با سیاستگذاران و سیاستمداران از چگونگی بیماریزایی آبله، سرخک، سرخجه، دیفتی، کزاز و سیاه سرفه صحبت کنیم و پشتیبانی آنها را برای پیشگیری و درمان این بیماریها جلب کنیم. اما امروز رابطه سلامت و سیاست پیچیده تر شده است و زبانهای متفاوتی برای بیان مسئله بین مدیران سلامت، مردم و سیاستگذاران و سیاستمداران پیدا شده است که گاهی آنقدر تفاوت در این زبانها وجود دارد که حرف همدیگر را نمی فهمند.

سیاستمدار تنها "مار" را در قالب فیزیک وجودیش میشناسد. سیاستگذار "چهره مار" و "نقش" آن را می بیند. مجری، نام نوشته "مار" را می بیند و می شناسد و در این میان در صورت عدم وجود تعاریف واحد و هماهنگی بین این سه عنصر، مفهوم "مار" و "مار بودن" می تواند گم شود.

مثال روشنی این بخش را به تصویر می‌کشد و رابطه سلامت و سیاست را آن طور که هست نشان می‌دهد: در سال ۱۳۵۰ شمسی در تحقیقی که در تهران صورت گرفته است، ۵ عامل مهم مرگ با چنین ارقامی گورستانهای ما را پر میکردند:

پنج علت اصلی مرگ در سال ۱۳۵۰

عقونت دستگاه تنفسی فوقانی	۶۲ درصد هزار نفر
اسهال و استفراغ	۴۶ درصد هزار نفر
مننژیت و آنسفالیت	۱۲ درصد هزار نفر
سل	۹ درصد هزار نفر
سرخک	۵ درصد هزار نفر

اما امروز ۵ علت اصلی مرگ کاملاً متفاوت شده اند:

پنج علت اصلی مرگ در سالهای اخیر

بیماریهای قلب و عروق، اولین علت مرگ با نسبت ۴۷ درصد، سوانح و حوادث دومین علت مرگ با نسبت ۱۷/۵ درصد، سرطانها سومین علت مرگ با نسبت ۱۲ درصد، بیماریهای حول تولد چهارمین علت مرگ با نسبت ۶/۳ درصد و بیماریهای ریوی، پنجمین علت مرگ با نسبت ۶ درصد (با علل کاملاً متفاوت با ۳۵ سال قبل) عوامل سببی بیماریهای ۳۵ سال پیش، چند میکروب بودند که مقابله با آنها تک وجهی و آسان بود. اما برای عوامل امروز چنین نیست، و عوامل مختلف اجتماعی در ایجاد آنها دخالت دارند.

برای بیماریهای قلب و عروق، معمولاً میکروبی وجود ندارد، اما سیاست‌های سیاست‌گذاران و سیاستمداران و اندیشه و پشتکار مجریان و آگاهی مردم میتواند این اعداد را تغییر دهد. یکی از مهمترین عوامل ایجاد این بیماریها رژیم غذایی مردم است که چگونگی مصرف مواد غذایی ریشه در اندیشه مدیران اجتماعی کشور دارد. بعنوان مثال در یک کشور بزرگ غربی تنها با کاهش میزان اسیدهای چرب ترانس به نصف در روغن نباتی مصرفی مردم، توانستند مرگ ناشی از بیماریهای قلب و عروق را به ۱/۲ کاهش دهند و امروز با رساندن این اسیدهای چرب مضر به نزدیک صفر که استاندارد علمی و بین‌المللی است، قلب و عروق را از عامل اول مرگ بودن خارج کرده‌اند. در حالیکه در کشور ما قانون استاندارد فرمولی خلاف این واقعیت علمی را تبیین میکند و سیاست‌گذاران و مجریان گذشته با وجود آگاهی هنوز توفیق این تغییر را پیدا نکرده‌اند، امید که انشاءالله در آینده این موفقیت حاصل شود.

در قریب سی سال قبل مهمترین علت مرگ کودکان، تا اولین سال زندگیشان در ایران عبارت بود از: اسهال، عفونتهای ریوی (سرخک، سرخچه، دیفتی) کزاز، سل و مننژیت و ... اما امروز "فقر" مهمترین دلیلی است که عده‌ای از کودکان ایرانی نمیتوانند شمع اولین سال تولد خود را روشن ببینند و علل مهم مرگ کودکان زیر یکسال (Infant Mortality Rate=IMR) که یکی از شاخص‌های توسعه ملی نیز تلقی میشود عبارتست از:

- فقر خانوار
- سواد مادر

- زندگی در مناطق حاشیه‌ای و روستایی
- عدم بهره‌گیری از توالیت بهداشتی
- سن مادر در زمان تولد فرزند

ملاحظه می‌فرمایید که اصلاح این عوامل، بستگی به سیاست‌های ملی دارد نه تنها فعالیت‌های جامعه پزشکی، خوشبختانه نظام مقدس جمهوری اسلامی، با کارهای بزرگی که انجام داده است نماد زندگی و مرگ را در کشور متفاوت کرده است و امروزه با مؤلفه‌های روشنی در بین جوامع جهانی و بخصوص مردم منطقه معروف و مفتخر هستیم. امروز بیماری‌های قابل پیشگیری با واکسن در کشور، مهار شده‌اند، بیماری‌های عفونی اگرچه با اهمیت هستند ولی کم توان می‌باشند، زندگی در استانهای مختلف کشور عامل اصلی مرگ نیست (عدالت)، اما زندگی در مناطق مختلف، تاثیرگذار بر مرگ زودرس است (دوری از عدالت). ثروت از عواملی است که بر مرگ و سلامت، تاثیرگذار است. به عنوان مثال، میزان مرگ کودکان زیر یکسال در دهک اول اقتصادی ۴۷/۲ در یک هزار تولد زنده است، دهک دوم ۴۰/۷، دهک پنجم ۲۰/۷ و ... یعنی در سطوح مختلف اجتماعی، میزان مرگ متفاوت است و این شاخص، روشی برای ارزیابی توسعه واقعی است نه بلندای ساختمانها و یا درازای جاده‌ها و ... لازم به ذکر است که ثروت به تنهایی عامل محافظ سلامت نیست، بلکه خود میتواند از عوامل بیماری‌زای متعددی در یک نظام اجتماعی به حساب آید که انشاءالله در فرصت دیگری به بیان آن می‌پردازم.

اینگونه عوامل مؤثر بر سلامت را امروزه "عوامل اجتماعی" (Social Determinant of Health) می‌خوانند.

نگارنده، معتقد است که دو عامل اصلی برای مقابله با اینگونه عوامل وجود دارد: ۱- تجارت (دور از عدالت)، ۲- جهالت (نسبت به حقوق بهداشتی، اقتصادی و اجتماعی). این دو دشمن بزرگ سلامت مردم نیازمند آگاهی عمیق و اندیشه‌ای بسیجی و شجاعانه و حرکتی مردانه هستند تا همه یک صدا به آنها حمله‌ور شوند و با همت سیاستمداران، سیاستگذاران، مجریان و مردم، این دو غول را به زانو در آورند و با هدیه سلامت به پاک‌ترین مردم روی زمین کرانه‌های روشنی از توسعه واقعی را در پوشش نظام الهی جمهوری اسلامی به جهانیان عرضه دارند. در برقراری عدالت در سلامت سه مولفه مهم دخالت دارند: ۱- تولید منابع (Resource Generation) ۲- تخصیص منابع (Resource Allocation) ۳- مدیریت منابع (Resource Management).

منظور از منابع، منابع مالی، نیروی انسانی و امکانات و تجهیزات است که در تولید منبع در هر سه زمینه اشکال وجود دارد. میزان منبع مالی از درآمد ناخالص ملی حدود ۶ درصد است که باید حداقل به ۸ درصد ارتقاء یابد. نیروی انسانی کارآمد و مولد علم به حد کفایت در کشور وجود ندارد به نحوی که میانگین سواد در کشور حدود ۶ سال است که باید دو برابر شود، امکانات و تجهیزات بر حسب میزان درآمدزایی فراهم می‌شوند نه بر حسب میزان نیاز در تخصیص منابع هم نیروی انسانی کمترین اثربخشی را دارد و دستگاه و تجهیزات بلع‌کننده منابع هستند. در مورد مدیریت منابع، وضعیت بدی در سلامت داریم، بنحوی که با ساختار اقتصادی ما که جزء کشورهای با درآمد میانه پائین هستیم باید روی اثربخشی هزینه‌ها دقت زیادی شود. اما می‌بینیم که چنین نیست و منابع در جهت اقدامات تشخیصی و درمانی بکار گرفته می‌شوند که میزان بهره‌دهی آنها برای مردم بسیار پایین است. امیدوارم با اصلاح این فرایندهای مدیریتی در کشور از جانب سیاستگذاران و مجریان امور سلامت در چرخه

مناسب خود قرار گیرد.

همانطور که گفته شد اثربخشی سیاستگذاران و سیاستمداران در حوزه‌های اجتماعی در مورد سلامت، بیشتر از مدیران و مجریان این حوزه است، بنابر نظر سازمان جهانی بهداشت، ۲۵ درصد عوامل مرتبط با سلامت در وزارت بهداشت قابل پیگیری است و ۳/۴ عوامل را در ساختارهای مدیریت جدا از وزارت بهداشت باید جلوگیری کرد.

در سال ۲۰۱۳ سازمان جهانی بهداشت **آلودگی هوا** را بعنوان عامل ایجاد کننده سرطان در گروه اول، اعلام کرد و اخیراً آلودگی هوا را از عوامل موثر در ایجاد دیابت و بیماری‌های قلبی عروقی نیز معرفی کرده است. استنشاق هوا برای همه مردم واجب است و از آن گریزی نیست، این بیانات که آلودگی هوا منجر به بروز بیماری‌های غیرواگیر و مزمن شده است، تنها بخشی از فاجعه است و اصطلاحاً رأس کوه یخ است. بدین مفهوم، در گروه‌های مورد مطالعه، آلودگی هوا توانسته است منجر به تغییرات ژنومیک و ترانسکریپتومیک و پروتئومیکس و بروز بیماری شود، اما اصل مطلب تغییراتی است که در حد سلولی در اکزوزوم‌ها و اپی ژنتیک، پیدا می‌شود و ماندگاری فاجعه‌های سلامتی در نسل‌های آتی، پیش می‌آید! آیا آلودگی هوا مرتبط با قرص و کپسول وزارت بهداشت است یا ماحصل سیاست‌ها و دیدگاه‌های مدیران اجتماعی است؟! کدام عامل عفونت‌زایی می‌تواند در حد این عامل برای مردم خطر آفرین باشد!؟

اخیراً از طرف سازمان جهانی بهداشت روز سوم ژوئن ۲۰۱۸ مصادف با ۱۳ خرداد ۹۷ اطلاعیه‌ای منتشر شد و بطور رسمی، سوم ژوئن (۱۳ خرداد) را روز جهانی دوچرخه سواری اعلام کرد. در این اطلاعیه آمده است که دوچرخه سواری به جای استفاده از اتومبیل‌های شخصی، یک روش جابه‌جایی پایدار است که از نظر اقتصادی بهترین روش برای همه جهانیان به شمار می‌رود. ضمناً بهره‌های سلامتی و ورزشی آن هم بر کسی پوشیده نیست، اگر سیاست‌های مدیران اجتماعی برای دادن وام خرید اتومبیل باشد و اتومبیل را از عوامل درآمدزا به حساب آورد، هرگز دوچرخه جایگزین آن نخواهد شد و همچنان مضرات اقتصادی و سلامتی ناشی از اتومبیل‌های شخصی، گریبان مردم را خواهد گرفت.

بدیهی است همانطور که گفته شد سرمایه‌های اقتصادی در حوزه سلامت کمک کننده هستند، یعنی سهم سلامت از درآمد ناخالص ملی یک شاخص ارزشمند است و هر چه بالاتر رود به مردم بیشتر کمک می‌شود، اما نکته مهم، چگونگی مصرف آن است، وقتی در انگلیس این سهم از ۷/۸ درصد به ۹ درصد میرسد تمامی مردم آن کشور، آن را حس می‌کنند و در سفره سلامتی روزانه خود رویت می‌نمایند! اما اگر ما این سهم را بالا ببریم و آنرا در راهی نه چندان عادلانه مصرف کنیم، نه تنها خدمتی به سلامت مردم نکرده‌ایم بلکه بی‌عدالتی، منجر به بروز فاجعه‌های ماندگاری در سلامت می‌شود. بدون ذکر مصداق از کشورمان ذکر دو مطالعه را لازم میدانم که خود حدیث مفصل بخوان از این مجمل.

در سال ۲۰۱۴، طی مطالعه‌ای تحت عنوان پیشگیری از مصرف داروهای اضافی اعلام شد که مصرف نابجا و غیرضروری **بتابلوکورها** در اروپا منجر به ۸۰۰ هزار مرگ اضافی شده است و بیش از ۵۰ درصد داروهای مصرفی برای دیابت و فشارخون غیرموثر و غیر ضروری هستند. در سال ۲۰۱۷ موسسه AHRQ آمریکا، اثربخشی ۸ قلم داروی تارگت تراپی سرطان را در حد صفر اعلام کرد و معتقد شد که گول سازمان FDA را

خورده و این داروها را در حوزه سلامت مصرف کرده است. تحقیق مشابهی در ایران نیز نشان داده است که سالانه حدود ۱۰۰ میلیارد تومان صرف خرید همین داروهای بدون اثربخشی، می‌شود.

در مجله معتبر BMJ، در ۲۶ اکتبر سال ۲۰۱۷ مقاله‌ای چاپ شد، مبنی بر اینکه شرکت‌های داروسازی و تجهیزات پزشکی با پرداخت رشوه به گروه پزشکی، مصرف این تجهیزات و داروها را به طور غیرضرور بالا ببرند، روزنامه شرق نیز در سال ۱۳۹۷ در ایران گزارش مشابهی را منتشر کرد و اینجانب نیز شخصاً روزانه شاهد رفتارهایی اینگونه هستم!؟ پشتوانه به ظاهر علمی این رفتارها مقالاتی است که در مجلات خارجی منتشر میشود، اما در هیجدهم ماه می ۲۰۱۸ مقاله‌ای منتشر شد که در آن ثابت شد، شرکت‌های دارویی و تجهیزاتی به مدیران مسئول این مجلات برای چاپ مقالات تجاری خود رشوه پرداخت می‌کنند.

شناخت این رفتارها از سوی سیاستگذاران و برنامه ریزی هوشیارانه در قبال آن‌ها به عنوان مصداق بارز **پیشگیری سطح چهارم (Quaternary Prevention)** می‌تواند به حفظ و ارتقاء سلامتی مردم، کمک کند و عدم آگاهی از این رفتارها منجر به گرفتاری‌های وسیع مردم در حوزه سلامت میشود.

مطالعه‌ای تحت عنوان “پورا ۱” در سال ۱۳۸۲ در سطح کشور، انجام شد که میزان ریزمغذی‌ها را بعنوان عامل اصلی معرف گرسنگی و یا سیری سلول، معرفی کرد تا برای آن برنامه ریزی شود. فعالیت‌هایی هم شروع شد اما با تعریف مدیریت دولتی، این کارها تعطیل شد. در این مطالعه تقریباً همه ریزمغذی‌ها در مردم ایران کمتر از حد استاندارد بودند، ریزمغذی‌هایی چون: آهن، کلسیم، ویتامین D، ویتامین A، ویتامین B و ...

نکته اساسی اینکه این مطالعه در سال ۱۳۹۱ تکرار شد و همچنان ریزمغذی‌ها در وضعیت نامناسبی بودند! و بخصوص ویتامین‌ها وضعیت بدتری پیدا کرده بود، به طوری که حدود ۸۰ درصد مردم، سطح پایینی از ویتامین D دارند و ۶۰ درصد آنها نیازمند مداخله درمانی، بوده‌اند. این در حالی است که ویتامین D و کلسیم در زمره پوشش داروهای بیمه‌ای نیستند و کسی هم غصه آن‌ها را نمی‌خورد، اما داروهایی مثل سیتوکسی ماب، اوستین و غیره که از داروهای تارگت تراپی بی اثر یا کم اثر هستند در پوشش بیمه بوده و بیت المال، سالانه صدها میلیارد تومان پول برای آنها به هدر می‌دهد و بدیهی است که این سیاست‌های برنامه ریزی، قطعاً در سلامت مردم در حد اعجاب آوری موثر است! بعنوان مثال کمبود ویتامین D، حتی در ایجاد و استمرار افسردگی‌ها، بیماری‌های قلبی - عروقی، ایجاد سرطان‌ها و بیماری‌های اسکلتی تأثیر قاطع دارد، اما در سیاست‌های مدیریتی جایگاه مناسبی ندارد.

به امید توجه به اصول، موازین و معیارهای خردمندانه و عادلانه **پیشگیری سطح چهارم** که به مفهوم جلوگیری از تحمیل هزینه‌های غیرضروری به منظور تشخیص و درمان بیماری‌ها می‌باشد و با آرزوی سرمایه‌گذاری‌های کوتاه‌مدت، میان‌مدت و درازمدت در راستای حفظ و ارتقای هرچه بیشتر سلامت مردم که رکن اصلی توسعه پایدار را تشکیل می‌دهد. انشاالله ...