



جنبه‌های جهانی بهداشت و سیاست بهداشتی در کشورهای جهان سوم

نوشته: مورین لارکین

ترجمه: حسن نورانی بیدخت

مقدمه

بهداشت مردم به واسطه مجموعه پیچیده‌ای از کنش‌های متقابل میان افراد بشر و محیط‌های فرهنگی، طبیعی و اجتماعی - اقتصادی شان تأمین می‌گردد. وضعیت اپیدمی شناختی مردم به مرور زمان و به شیوه‌ای ظریف و نابرابر دگرگون می‌شود، درست به همان‌گونه که رابطه با این محیط‌ها نیز تغییر می‌یابد. نمونه این دگرگونی را می‌توان در تحولات اپیدمی شناختی عمده حاصله در کشورهای غرب طی یکصد و پنجاه سال گذشته مشاهده کرد که با گذار به یک جامعه سرمایه داری صنعتی همراه بوده است.

طی این مدت، تحولات عمده‌ای در الگوهای سلامت و بیماری و میانگین عمر مردم صورت گرفته است. نکته چشمگیر این که بیماری‌های عفونی عمده‌ای چون سل و عوارض دیگری چون بیماری‌های سرایت کننده از راه آب و غذا - که علل اصلی هلاکت مردم در قرن نوزدهم به حساب می‌آمدند - ریشه کن شده و کاهش چشمگیر مرگ و میر را موجب گردیدند. با گذشت زمان، این بیماری‌ها به واسطه عارضه‌های مزمنی چون بیماری قلب و انواع سرطان، که

ناشی از دگرگونی شیوه زندگی و افزایش طول عمر می‌باشد، جایگزین گردیده است (مک کی ون، ۱۹۷۶).

گر چه بحث بسیاری پیرامون برجستگی عوامل و روندهای خاص ذی ربط در این گذارها وجود دارد ولی تحقیقات نشان می‌دهد که عوامل کلیدی مؤثر بر سلامتی در این دوره همانا نقش پیشگیرانه مهمی بوده که به موجب برخورداری از تغذیه کافی، بهداشت، و آب سالم به وجود آمده است.

در این دوره علم پزشکی داروی مؤثری برای برطرف ساختن علل اصلی مرگ و میر در اختیار نداشت. با همه اینها، نمی‌توان فرض را بر این گذاشت که این تحولات صرفاً ناشی از رشد صنعتی است. بلکه برعکس، مجموعه گوناگونی از روندهای تعدیل کننده یک ماهیت سیاسی و عقیدتی در شکل بخشیدن به روند توسعه و پیامدهای بهداشتی مرتبط با آن نقش داشته است. عوامل برانگیزاننده، ایدئولوژی‌ها و جنبش‌های اصلاح طلب از قبیل جنبش‌های بهداشتی و اتحادیه‌های کارگری و دولت محلی از اجزای جدایی‌ناپذیر روند تحولات هستند که کارفرمایان و دولت را تحت فشار می‌گذارند تا توزیع عادلانه‌تری از رشد اقتصادی ارائه دهند (سزریتر، ۱۹۸۸). به علاوه، پیشرفت‌های بهداشتی نیز در میان جمعیت جهان به طرز عادلانه‌ای توزیع نگشته و میان گروه‌های اجتماعی - اقتصادی تفاوت‌هایی از لحاظ بهداشتی وجود داشته و دارد (گزارش سیاه، ۱۹۸۰).

آنچه گذشت از وجود شباهت‌ها و تضادهای مهمی خبر می‌دهد که می‌توان میان کشورهای جهان اول و سوم در ارتباط با بهداشت و توسعه مشخص کرد. بسیاری از این کشورها در حال حاضر نمونه‌هایی از توسعه سرمایه داری صنعتی را - هر چند به شیوه‌های مختلف و نابرابر - تجربه می‌نمایند. طرح‌ها و برنامه‌های بهداشتی شان نیز به همین ترتیب در اشکال نابرابر توزیع گردیده است. در مناطق فقیرتری چون جنوب صحرای افریقا، بخش‌هایی از امریکای لاتین، آسیا و خاورمیانه، وضعیت بهداشت به گونه‌ای بود که با آنچه حدود یکصد سال پیش در کشورهای توسعه یافته جهان وجود داشت، بی شباهت نیست. در مناطق مزبور، نرخ مرگ و میر

بالا و عمر متوسط اندک بود (بانک جهانی ۱۹۹۳). مرگ و میر کودکان و نوزادان نیز بسیار بالا بوده و با کنش‌های متقابل مجموعه‌ای از بیماری‌های عفونی به اضافه سوء تغذیه و فقر ارتباط داشته است.

همراه با آن، در مناطقی چون کشورهای صنعتی شونده جدید و در مورد نخبگان و طبقات متوسط در تمام کشورهای جهان سوم، الگوهایی مشابه الگوهای موجود در کشورهای پیشرفته امروز به چشم می‌خورد که در آنها عمر متوسط مردم افزایش یافته و ضعف و بیماری‌های مزمن شیوع پیدا کرده است (فیلیپس و ورهاسلت، ۱۹۹۴).

بنابراین تصویری که به دست داده می‌شود آمیزه‌ای است از الگوهای جدید و قدیم بیماری‌هایی که در آلودگی‌های شهری و حومه‌های مرفه نشین بسیاری از کشورهای جهان سوم یافت می‌گردد. به طور مثال، برآورد می‌شود که نرخ مرگ و میر نوزادان در مناطق زاغه نشین سه برابر میانگین مرگ و میر نوزادان در بسیاری از شهرهاست (فیلیپس و ورهاسلت، ۱۹۹۴). این مطلب نشان می‌دهد که گونه‌های توسعه‌ای که صورت می‌گیرد و نیز چگونگی انجام این توسعه‌ها بسیار پیچیده است و به سهولت نمی‌توان شباهت‌هایی میان این گونه‌های توسعه و گونه‌های غربی آن پیدا کرد. در انگلستان، توسعه صنعتی سرمایه داری با توسعه اجتماعی عمومی درهم آمیخت تا شرایط لازم برای بهداشت از جمله برخورداری از تغذیه صحیح، آب سالم، و امکانات بهداشتی و نیز انجام اصلاحاتی در زمینه خدمات مسکن، بهداشت و رفاه فراهم گردد. ولی این امر طی مدتی طولانی و تحت شرایط تاریخی، اقتصادی و سیاسی ای متفاوت از شرایط مربوطه در جهان سوم فعلی، حاصل گردید.

در انگلستان، سرمایه داری بتدریج و ظرف چندین قرن رشد یافت. و سرانجام در قرون هجده و نوزده، این کشور را به یک جامعه صنعتی تبدیل ساخت. در واقع، یکصد سال طول کشید تا این کشور توانست اصلاحات نهادین لازم برای ارائه خدمات بهداشتی و رفاهی مورد نیاز جامعه را فراهم آورد. در مقابل، توسعه‌ای که امروز در جهان سوم در زمینه‌های مختلف رخ می‌دهد، به طرز قابل ملاحظه‌ای سرعت می‌یابد زیرا فن آوری و ارتباطات نوین به شیوه‌های

پیچیده و نابرابر در فرهنگ‌ها و جوامع رسوخ می‌نماید. طی چند دهه گذشته، جوامعی که پیش از این عمدتاً کشاورزی تلقی می‌شدند به سرعت به صورت‌های جهانی شده فعالیت‌های تولیدی و مصرفی تغییر شکل داده‌اند (فصل‌های ۶، ۲، ۱ و ۷).

این امر همراه با پس زمینه‌های تاریخی مختلف و موضع برتر کشورهای غربی در آنچه که اکنون بازارهای جهانی خوانده می‌شوند، به مفهوم آن است که معلوم نیست کشورهای محروم در آینده از چه امکاناتی برخوردار بوده و چه مسیری را خواهند پیمود. در فصل اول دیدیم که این ابهام به واسطه گرایش فزاینده کشورهای برتر به استفاده از قدمت بازار و اهرم مالی خود برای تعیین زمینه و شکل توسعه‌ای که می‌تواند صورت بگیرد، تشدید می‌یابد.

در مناطق محروم‌تر جهان سوم، چشم اندازه‌ها و مشکلات بهداشتی به طرز پیچیده‌ای در این روندهای عمرانی دخیل می‌باشند. از طریق این شبکه‌های نفوذی پیچیده است که بهداشت و مسایل بهداشتی تبیین می‌گردد، شکل می‌یابد و تجربه می‌شود. ولی این روندها را دیگر نمی‌توان به تنهایی در محدوده برخی کشورهای خاص یا دولت - ملت‌ها تشخیص داد. از آنجا که فن‌آوری‌ها، فرهنگ‌ها، و ایدئولوژی‌های غربی در سطح جهان گسترش یافته و به کشورهای جهان سوم، تحمیل می‌گردند، مسایل بهداشت و توسعه نیز مورد توجه قرار گرفته و توسط این عوامل جهانی‌کننده، شکل می‌گیرند. در فصل حاضر، با پیوند دادن توسعه و بهداشت به یکدیگر، تلاش می‌شود عملیات برخی از این روندهای جهانی و چگونگی بروز آنها با پیامدهای غالباً منفی برای بهداشت مورد توجه قرار می‌گیرد.

بافت جهانی بهداشت

بسته به چگونگی استفاده از اصطلاح جهانی، چنین استنباط می‌شود که بهداشت در جهان سوم از مدت‌ها پیش دارای یک بعد جهانی بوده است. مطالب مکتوب بسیاری وجود دارد که اثرات بهداشتی استعمار را مستند می‌سازد. این مطالب از اثرات متفاوتی خبر می‌دهد که از اثرات جنگ و درگیری، اشاعه و انتشار بیماری‌های جدید، و اثرات بهداشتی تجارت برده

گرفته تا اثرات غیرمستقیم میراث استعمار به صورت توزیع نادرست منابع، استیلای طب غربی و تضعیف سیستم‌های سنتی و سیستم‌های درمان را شامل می‌گردد (دویال، ۱۹۷۹).

اگر چه میراث این دوره همچنان بر وضعیت بهداشت عصر حاضر سایه افکنده است ولی بافت جهانی امروز سناریوی به مراتب پیچیده‌تری دارد. فصل اول نشان داد که پایان استعمار و تلاش‌های کشورهای تازه استقلال یافته برای توسعه به شیوه غربی، از طریق فشارها و مصالحه‌هایی در طول زمان انجام گرفته است تا جماعات هر چه بیشتری را در چهارچوب نظم جهانی نوینی جای دهند که در جهت تشکیل و تجدید‌گزینه‌ها و گزینش‌های مربوط به بهداشت و توسعه عمل می‌کند. روندهای توسعه جهانی امروز می‌کوشند محیط‌هایی فراهم آورند که از نظر اکثریتی از مردم، چالش‌های عمده‌ای فراروی بهداشت قرار می‌دهند. رشد فقر و خطرات ناشی از آلودگی‌های صنعتی و سموم دفع آفات گیاهی نگران‌کننده است.

علاوه بر این مسایل، ایدئولوژی‌های مصرف‌گرایی و فردگرایی نیز وجود دارد که به صورت شیوه‌زنگانی شمار فزاینده‌ای از مردم جهان درآمده است. شناخت راه‌های پیچیده جای گرفتن این مسایل در فرهنگ‌های محلی و تأثیر آنها بر روابط و هویت‌های اجتماعی آسان نیست. در حالی که فرهنگ‌های نو و کهنه در هم می‌آمیزند، صورت‌های سنتی روابط اجتماعی، حمایت‌های اجتماعی، و الگوهای فعالیت‌های جنسی ممکن است تضعیف‌گردیده و یا تغییر شکل پیدا کنند و در نتیجه شیوه‌های تازه زندگی شکل بگیرد که خود می‌تواند پیامدهای نامشخصی برای بهداشت داشته باشد. آنچه مزید بر علت می‌شود، نفوذ رو به گسترش طب غربی است که همراه با جنبه‌های طب سنتی و قدرت بازار شرکت‌های دارویی فراملیتی، مسایل خاص خود در زمینه تجویز نامناسب، سوء استفاده و استفاده نادرست از دارو را به وجود می‌آورد.

سیاست‌های بهداشتی و تأمین بودجه آن نیز در روندهای جهانی و اقدامات و منافع مورد منازعه شمار فزاینده‌ای از سازمان‌های چند جانبه از قبیل بانک جهانی، سازمان بهداشت جهانی، سازمان‌های امداد دو جانبه، و شرکت‌های فراملیتی فعال در زمینه مواد دارویی خوراکی،

و الکل مورد توجه قرار گرفته‌اند. علاوه بر اینها، شمار فزاینده‌ای از سازمان‌های غیر دولتی ملی و بین‌المللی، گروه‌های حمایت از مصرف‌کننده، و جنبش‌های اجتماعی نیز وجود دارند که جملگی برای تعیین دستور کار سیاست، تلاش می‌کنند (والت، ۱۹۹۴). از این لحاظ، بهداشت و سیاست‌های بهداشتی عمدتاً مورد منازعه قرار گرفته‌اند و این منازعات به طرز رو به گسترشی در یک سطح بین‌المللی و از طریق مجموعه‌ای از استراتژی‌ها و واژگان‌هایی تبیین می‌گردد که نفوذ در آنها چندان آسان نیست.

در راستای بررسی برخی از این روندها و زمینه‌های منتخب، در اینجا قبل از هر چیز به بررسی راه‌هایی می‌پردازیم که طی آن بهداشت و استراتژی‌های ملهم از توسعه غرب در طول زمان، بویژه بعد از دهه ۱۹۸۰ و بعد از پیدایش رویکردهای نولیبرال و بازار گرا بر یکدیگر تأثیر داشته‌اند.

سیاست‌های بهداشتی و توسعه

طی دهه‌های ۱۹۵۰ و ۱۹۶۰، سیاست‌های مربوط به بهداشت و توسعه عمدتاً مبتنی بر این فرضیه بود که آنچه در غرب مؤثر واقع شده است، برای دو سوم بقیه جمعیت کره زمین نیز بهترین است. در آن زمان اعتقاد بر این بود که توسعه اقتصادی به شیوه غرب، به اضافه خدمات و مراقبت‌های بهداشتی مبتنی بر شیوه بیومدیکال غربی، سرانجام مشکلات بهداشتی همگان را از میان بخواهد داشت. ولی چنین امری تحقق نیافت. اگرچه دستاوردهای پزشکی از لحاظ کاهش نرخ‌های مرگ و میر و افزایش میانگین عمر محقق گشته است اما با توجه به نابرابری‌های شدید موجود میان کشورهای و گروه‌های مختلف، این دستاوردها عمدتاً نابرابر می‌باشد (گری، ۱۹۹۳). فقدان رشد لازم جهت ریشه کن ساختن فقر شدید و وجود نابرابری‌های فزاینده در توزیع، لزوم بازنگری در زمینه‌های توسعه و نیز سیاست بهداشت بین‌المللی را مورد تأکید قرار داد.

به طوری که در فصل اول ملاحظه شد، استراتژی‌های توسعه سازمان‌های جهانی از قبیل

بانک جهانی و سازمان بین‌المللی کار در راستای تخصیص سیاست‌هایی برای توزیع مجدد منابع و رفع نیازهای اساسی، دگرگون شد. به موازات این امر، تحولی در سیاست سازمان بهداشت جهانی پدید آمد و رویکرد سنتی بیمارستان پایه و فن‌آوری پیشرفته کشورهای جهان سوم را تغییر داد. این رویکرد که عمدتاً به رفع نیازهای بهداشتی طبقات متوسط شهرنشین می‌پرداخت، اکنون برای برآورده ساختن نیازهای بهداشتی اساسی طبقات فقیرتر، نامناسب تلقی می‌گردد. در عوض، یک سیستم مراقبت‌های بهداشتی همگانی که توجه آن مخصوصاً روی رفع نیازهای بهداشتی اساسی روستا نشینان متمرکز بود، مورد توجه قرار گرفت. طبق این سیستم که به عنوان رویکرد مراقبت‌های اصولی شناخته شد، سعی بر این بود که خدمات بهداشتی اساسی و موجود را با بهبود وضع تأمین آب آشامیدنی سالم، بهداشت و دسترسی به مواد خوراکی در هم آمیزند (سازمان بهداشت جهانی ۱۹۷۸).

با وجود این، زمینه توسعه که سیاست‌های مراقبت اساسی بایستی در چهارچوب آن اجرا می‌شد تا این زمان جا به جا شده و راههای توسعه باز هم تغییر یافته بود. آمیزه‌ای از افزایش نرخ بهره، سقوط قیمت کالاها، و بالارفتن میزان بدهی کشورهای جهان سوم در نمونه لیبرالیستی نوین توسعه بانک جهانی و صندوق بین‌المللی پول به وجود آمد. به عنوان بخشی از این استراتژی، سیاست‌های تعدیل ساختاری در بسیاری از کشورها به کار بسته شد که خود محدودیت‌های عمده‌ای در زمینه اجرای سیاست‌های سازمان بهداشت جهانی پدید آورد و مشکلات بزرگ موجود را تشدید ساخت. به طوری که در فصل اول دیدیم، سیاست‌های تعدیل ساختاری مشتمل بود بر لغو کنترل قیمت‌ها، کاهش یارانه‌ها، و افزایش بهای مواد خوراکی که امنیت غذایی و وضعیت تغذیه شمار کثیری از مزدبگیران در مناطق روستایی و بویژه در نواحی شهری را تضعیف کرد. این امر، همراه با مقررات زدایی در بازار کار که باعث کاهش درآمد، و فرصت‌های شغلی شد، به معنای آن بود که بسیاری از خانواده‌ها توان برآوردن حداقل نیازهای اساسی خود را نداشتند (کورنیا و دیگران، ۱۹۷۸). کاهش هزینه‌های دولتی نیز فشار شدیدی بر بودجه‌های بهداشتی وارد ساخت و کمبود پرسنل، داروهای اساسی، و مواد بهداشتی، کاهش

برنامه‌های ایمن سازی کودکان و معمول شدن هزینه‌های کاربری را سبب گردید (استانا در فیلیپس و ورهاسلت ۱۹۹۴).

به طور کلی، این سیاست‌ها شرایط نامطلوب بسیاری برای بهداشت پدید آورده است. صرف نظر از چشم اندازهای دراز مدت، برای کشورهای تعدیل کننده ساختاری، اثرات کوتاه مدت این سیاست‌ها بر سطح زندگی مردم فقیرتر باعث شده است که، بالاخص در مناطق بسیار محرومی چون جنوب صحرای افریقا، بخش‌هایی از امریکای لاتین و خاور میانه وضعیت بهداشتی مردم وخیم‌تر گردد. در این مناطق، از نامطلوب شدن وضعیت تغذیه کودکان، شیوع بیماری‌های عفونی و افزایش نرخ مرگ و میر کودکان و مادران خبر رسیده است (یونیسف ۱۹۹۵؛ کورنیا و دیگران ۱۹۸۷).

علاوه بر این مسایل، جا به جایی مردم به بروز خشونت و نا آرامی‌های داخلی دامن زده و خطرات فیزیکی و فیزیولوژیکی آن بهداشت را در بر گرفته است. بدیهی است چشم اندازهای بهداشت در حال حاضر به واسطه عملکرد روندهای توسعه که تا حد بسیاری خارج از کنترل دولت‌ها و مردم صورت می‌گیرد، نسبت به گذشته پیچیده‌تر و محدودتر گردیده است. بنابراین، سیاست‌ها و برنامه‌های مربوط به بهداشت باید به طرز فزاینده‌ای با سازمان‌های عمرانی چند جانبه از قبیل بانک جهانی، صندوق بین‌المللی پول و تأمین کنندگان عمده مالی شان هماهنگ باشد.

گسترش فعالیت‌های صنعتی

در عین حال می‌توان دید که فعالیتهای صنعتی چگونه به واسطه رقابت شدید موجود در اقتصاد بازار جهانی تسریع می‌گردد و فعالیتهای شرکت‌های فراملیتی الگوهای تغییر یافته‌ای از کار و خطرات تازه‌ای برای سلامتی به وجود می‌آورند. موضع ضعیف بسیاری از کشورهای موجود در این نظام اقتصاد جهانی، دولت‌ها را ناگزیر از آن می‌سازد تا محیط‌های مساعدی برای شرکت‌های فراملیتی و یا تا حدی برای سرمایه‌گذاران محلی به وجود آورند. این امر همراه با

فقدان تجربه و منابع لازم برای مدیریت و کنترل صنایع سنگین، غالباً به کاهش یا زوال کنترل‌های زیست محیطی منجر گردیده و خطرات عمده‌ای فرا راه سلامتی کارگران و خانواده‌هایشان شان قرار می‌دهند. این خطرات در روندهای طراحی و تولید غیر سالم کارخانه، نبود استانداردهای ایمنی کافی، و قرار داشتن کارگران در معرض مواد شیمیایی خطرناکی که غالباً یا ممنوعند یا در کشورهای توسعه یافته محدود هستند، یافت می‌گردد (کوپر ویل و دیگران، ۱۹۹۰). به طور مثال، برآورد می‌شود که کارگر یک کارخانه صنعتی در پاکستان تقریباً هشت برابر بیش از کارگر یک کارخانه در فرانسه، با خطر مرگ ناشی از سانحه، روبرو می‌باشد (بانک جهانی، ۱۹۹۵).

در بسیاری از کشورها، از جمله فیلیپین، تایلند، اندونزی و چین که در تلاش سریع برای توسعه هستند، کارگران (بویژه زنان کارگر) ساعت‌های طولانی در ازای دستمزدهای اندک و غالباً در شرایط بسیار نامطلوب - جمعیت بسیار و نبود دستگاه‌های تهویه - کار می‌کنند. به طور مثال، در جاکارتا که در آن بسیاری از کارخانه‌های معروف تولید کننده کفش‌های ورزشی از قبیل ریبوک و نایک فعالیت دارند، گفته می‌شود زنان جوان در ازای دریافت ساعتی ۱۶ سنت در دمای ۹۰ درجه کار می‌کنند. شرکت‌های فراملیتی طبق قراردادهایی که منعقد می‌سازند انجام این کارها را به کارخانجات ملی واگذار می‌کنند. شرکت‌های مزبور مسئولیت نامساعد بودن شرایط کار را به گردن دولت‌های ملی می‌اندازند. طول یک روز کاری ممکن است تا هجده ساعت نیز برسد. در این کشور فعالیت اتحادیه کارگری آزاد غیرقانونی شمرده می‌شود (گاردین، ۳ سپتامبر ۱۹۹۶).

مکانیزه و شیمیایی شدن کشاورزی

در حالی که فن‌آوری‌ها و تکنیک‌های غربی از طریق فعالیت‌های دست‌اندرکاران تجارت کشاورزی در سطح جهان گسترش می‌یابد، خطرات دیگری نیز بر اثر مکانیزه و شیمیایی شدن کشاورزی پدیدار می‌گردد. مشکلات و مسایل بهداشتی بی‌شمار دیگری در ارتباط با شیوه‌های آبیاری و اسکان مجدد مردم وجود دارد که شرح و تفصیل آن به این فصل مربوط نمی‌گردد.

(رجوع شود به کوپرویل و دیگران، ۱۹۹۰). ولی سموم دفع آفات گیاهی چیزی است که از بابت سوء استفاده و استفاده نادرست آن نگرانی بسیار وجود دارد. بازار سموم دفع آفات گیاهی در واقع جنبه جهانی داشته و تحت سلطه شمار اندکی از شرکت‌های فراملیتی قرار دارد و باید اضافه کرد که ده شرکت رده بالا، ۷۳ درصد بازار جهانی آن را در اختیار دارند (دینهام، ۱۹۹۳). واردات سموم دفع آفات گیاهی به کشورهای در حال توسعه طی پانزده سال گذشته افزایش چشمگیر داشته است. این افزایش بر اثر فشار وارده از سوی صندوق بین‌المللی پول برای افزایش محصولات صادراتی جهت تأدیه بدهی‌هایشان صورت گرفته است.

کاربری و سوء استفاده گسترده (هر چند نظارت مطلوبی در مورد آن اعمال نمی‌گردد) مشکلات و مسایل عدیده‌ای از مسمومیت ناشی از سموم، مقاومت در برابر سموم، آلودگی محیط زیست، و سموم باقی مانده در مواد غذایی به بار می‌آورد (کوپر ویل و دیگران، ۱۹۹۰). سازمان بهداشت جهانی برآورد می‌کند که تنها در سطح امریکای لاتین همه ساله بیش از یک میلیون کارگر مسموم می‌شوند و حدود ده هزار نفر نیز بر اثر قرار گرفتن در معرض مواد شیمیایی جان خویش را از دست می‌دهند (بانک جهانی ۱۹۹۵).

سمپاشی هوایی نه تنها برای انجام دهندگان آن بلکه برای مردم و محصولات که در مناطق سمپاشی شده نیز حضور ندارند، خطراتی در پی دارد. به طور مثال، آن دسته از مواد غذایی و محصولات که در برخی مناطق و به طور سنتی در پشت بام‌ها خشک می‌شود، ممکن است در معرض این سمپاشی‌ها قرار گیرند. مسایل ایمنی و بهداشتی در این کشورها به واسطه فقدان آگاهی تولید کنندگان و مصرف کنندگان، فقدان نهادهای تنظیم کننده ضوابط و مقررات، و مشکلات و مسایل مربوط به برجسب زنی، زبان و بالا بودن میزان بی سوادی در میان اهالی محل، تشدید می‌گردد. در این مناطق، از امکانات شست و شو و پوشش حفاظتی مناسب برای محصولات غذایی خبری نیست و در جاهایی که مخزن‌های آلوده بارها و بارها جهت نگهداری آب و سایر مواد غذایی مورد استفاده قرار می‌گیرد، مسایل ناشی از آلودگی بیشتر می‌شود (دینهام، ۱۹۹۳).

بهداشت و بافت شهری

نرخ سریع شهرنشینی که در حال حاضر در کشورهای جهان سوم مشهود است مسایل و مشکلات دیگری نیز از لحاظ بهداشتی پدید می‌آورد. گسترش سریع شهرنشینی شرایط تازه نامشخصی به وجود می‌آورد که می‌تواند پیامدهای بهداشتی ناگوار بسیار داشته باشد. در محیط‌های شهری جدید، فرهنگ‌ها در هم می‌آمیزند و روابط اجتماعی در درون بافت جهانی شهرهای مدرن ساخته و پرداخته می‌شوند. در حالی که مردم از روستاها به مناطق شهری مهاجرت می‌کنند و با شیوه‌های زندگی شهری سازگار می‌شوند، ارزش‌های فردگرایانه به چالش با کنترل‌های هنجاری سنتی‌تر در مورد هویت‌ها و رفتارها برخاسته و در صدد تغییر یا جایگزینی آنها بر می‌آیند. توریسم بین‌المللی و شبکه‌های رسانه‌ای جهانی به این روند دامن می‌زنند و هویت‌ها و واقعیت‌های تازه ایجاد می‌نمایند.

این محیط اجتماعی تازه نسبت به الگوهای تغییر شکل یافته مناسبات و روابط جنسی که در گسترش و اشاعه بیماری ایدز و سایر بیماری‌های واگیردار مقاربتی نقش مهمی ایفا می‌کنند، جنبه هدایتی دارند. گفتنی است بیماری‌های مزبور چالش‌های عمده‌ای فرا روی بهداشت جهان سوم به شمار می‌روند. در برخی از شهرهای جنوب صحرای افریقا برآورد می‌شود که حدود یک سوم بزرگسالان دارای «اچ آی وی» مثبت (ویروس ایدز) هستند (یونیسف ۱۹۹۴). نظر به این که پارامترهای حاکم بر روابط جنسی از بین رفته یا تضعیف می‌گردد، رفتارهای جنسی آزادتر ممکن است به مفهوم شمار بیشتر و تنوع تماس‌های جنسی اتفاقی و در نتیجه آسیب پذیری بیشتر در قبال آلودگی و عفونت باشد. عوامل دیگری از قبیل رشد سکس تجاری و الگوهای رایج مهاجرت که طی آن افراد آلوده میان روستاها و شهرها در رفت و آمدند، مخاطرات انتقال بیماری را افزایش می‌دهند.

عمده‌ترین و ناگوارترین این مسایل همانا رشد فقر در نواحی شهری است که به تضعیف مقاومت و آسیب پذیری بیشتر در برابر بیماری‌های عفونی، منجر می‌گردد. در برخی از شهرها، برآورد می‌شود که محرومان - که احتمالاً تا ۶۰ درصد جمعیت را تشکیل می‌دهند - معمولاً در

آلونک‌ها و شهرک‌های پراکنده اطراف سکونت دارند (هارفام در فیلیس و ورهاسلت، ۱۹۹۴). این امر خطرات عمده‌ای فراراه بهداشت قرار می‌دهد که بالا بودن میزان جمعیت، نبود آب آشامیدنی سالم، و ناکافی بودن بهداشت از آن جمله است. این عوامل همراه با بالا بودن میزان سوء تغذیه، خطرات عمده‌ای فراراه بهداشت و زندگی قرار می‌دهد که از آن میان به طور مثال می‌توان به افزایش نرخ مرگ و میر ناشی از بیماری‌های عفونی کودکان، بویژه اسهال و بیماری‌های تنفسی اشاره کرد (هارفام، ۱۹۹۵).

آنچه که کمتر درباره‌اش تحقیق شده ولیکن از مسایل بهداشتی رو به رشد محسوب می‌گردد، بهداشت روانی است (بانک جهانی، ۱۹۹۳). اگر چه در مورد چگونگی برداشت از مسایل بهداشت روانی در جوامع و فرهنگ‌های مختلف، مشکلات و مسایل بسیار پیچیده‌ای وجود دارد و داده‌های موثقی نیز در این خصوص یافت نمی‌شود ولی شرایطی که گفته می‌شود در جهان توسعه یافته با وضعیت بهداشت روانی ضعیف همراه است، در محیط‌های شهری بسیاری از کشورها حکمفرماست. از جمله این مسایل می‌توان به نابسامانیهای اجتماعی مهاجرت، جا به جایی نیروی کار، کاهش حمایت‌های اجتماعی از خانواده و جامعه روستایی، فقر، ناراحتی‌های عصبی، و بالا بودن خشونت اشاره کرد. و این چیزی است که تحقیقات موجود از آن به عنوان نگرانی و افسردگی یعنی شایع‌ترین مشکلات بهداشت روانی حاضر که بیشترین شیوع آن در میان زنان است، یاد می‌کند (هارفام، ۱۹۹۵).

با وجود این، نمی‌توان به سهولت و بر مبنای الگوهای غربی ناراحتی‌های روانی و بدون شناخت بیشتر نظم‌های تاریخی و نمادین که در چهارچوب آن مشکلات و مفاهیم بهداشت روانی ایجاد می‌گردد، آن را تعمیم داد. فرهنگ‌های محلی با شرایط محلی در هم می‌آمیزند تا ادراکات و توان مردم برای مقابله را شکل بخشند. این پیچیدگی به خوبی در کتاب شیپر - هیوز درباره آلونک نشینان شمال شرقی برزیل نشان داده شده است. در اینجا به مفهوم زندگی روزمره با گرسنگی مزمن، بیماری و مرگ و ظرفیت مردم از طریق مراسم و ملاحظات علمی زندگی روزانه برای مقابله و بقا در شرایط کاملاً متفاوت پی می‌بریم. بی تفاوتی و شکیبایی مادران در

قبال مرگ و میر کودکان به طوری که در این تحقیق نشان داده شد، توسط شیپر - هیوز در یک روان‌شناسی قومی جای داده شده است که عواطف و احساسات و ساختارهای فرهنگی ویژه از خود، نفس و جامعه را در محیط نامساعدی برای مادر شدن و بقای کودک بررسی می‌کند (شیپر - هیوز ۱۹۹۲).

بنابراین مفاهیم بهداشت و رهنمودهایی درباره آن ایده‌هایی نیستند که بتوان آنها را به طور غیرنقداذانه از حدود و ثغور کشورها گذراند. از آنجا که ایده‌ها و فن‌آوری‌های غربی بهداشت به طرز فزاینده‌ای در سطح جهان در دسترس قرار دارند، لزوم آگاهی از چگونگی جابه‌جایی آنها به واسطه شرایط اجتماعی - فرهنگی بیشتر احساس می‌گردد. ماهیت جهانی شده طب غربی و نحوه مناسبت آن در یک سطح محلی، نمونه‌هایی در این خصوص به دست می‌دهد.

بافت جهانی کالاهای دارویی

در حال حاضر، تحقیقات قابل ملاحظه‌ای درباره نقش شرکت‌های دارویی فراملیتی در تولید و گسترش طب غربی در کشورهای جهان سوم، از جمله مسایل مربوط به تورم قیمت‌ها، بازاریابی غیر اخلاقی، قیمت شکنی دارویی، استفاده نادرست از دارو، و مسأله وجود باکتری‌های مقاوم در برابر دارو، یافت می‌شود (چیتلی ۱۹۸۶؛ کنجی و هاردن ۱۹۹۲، ملروز ۱۹۸۲). این مسایل به واسطه داده‌های پیچیده‌ای که در آن فعالیت‌های شرکت‌های فراملیتی و طب غربی خود را در بافت فرهنگی و نمادین کشورهای جهان سوم جای داده و الگوهای تازه و غالباً متناقضی از کاربری دارو پدید می‌آورند حادث می‌شوند. این بازار رو به گسترش دارویی، به طوری که بعداً خواهیم دید، می‌کوشد تا بسیاری از داروهای سنتی را در قالب کالاهای جهانی شده‌ای جای دهد که از زمینه درمانی‌شان جدا شده و در بسته‌بندی‌های استاندارد، همه جا در دسترس مردم قرار گرفته‌اند.

بازاری برای داروهای غربی

طب غربی که ابتدا در عصر استعمار به جهان سوم وارد شد، از سوی کشورهای تازه استقلال یافته که اکثرشان سیستم‌های مراقبت پزشکی خود را بر الگوهای غربی استوار ساخته و بازار عمده‌ای برای شرکت‌های دارویی فراملیتی به وجود آورده بودند، رسماً مورد حمایت قرار گرفت. همراه با استعمارگران سابق و نخبگان محلی حامی آنها، طب غربی در تمام کشورهای جهان سوم جایگاه خاصی پیدا کرد. اما هزینه داروها بار سنگینی بر دوش بودجه‌های کشورهای فقیرتر گذارده است (که همچنان نیز ادامه دارد) و تنها معدودی از افراد عادی و طبقات متوسط در نواحی شهری به وسایل درمانی نوین دسترسی راحت دارند.

صرف نظر از برخی استثناها، طب‌های سنتی و شیوه‌های درمانی بیماری‌ها منبع اصلی مراقبت از توده مردم بوده و هست. ولی این وضع از گسترش سریع مجموعه مختلفی از داروهای جلوگیری نکرد که سیل آسا به سوی بازارگاه خصوصی سرازیر گشته بود. در این بازارگاه، نبود زیرساخت‌های مناسب یعنی قواعد و مقررات لازم و پرسنل دوره دیده و کارآمد، سبب شد سیستم پرهز و مرجی از توزیع و کاربری دارو پدیدار گردد (کنجی و هاردن، ۱۹۹۲). داروهای بی مصرف و خطرناک غالباً توسط مجموعه‌ای از پرسنل آموزش ندیده و بدون مجوز یا اطلاعات کافی (جز آنچه که توسط فلان شرکت دارویی ارائه شده است) با هم ترکیب شده و به طرف داروخانه‌ها یا خواروبار فروشی‌ها سرازیر گردید.

اگر چه مجموعه مختلفی از اعتبارات و مخالفت‌ها از دهه ۱۹۷۰ به بعد به متوقف شدن برخی اقدامات شرکت‌های فراملیتی منجر گردیده است ولی موانع سهمگین در تضمین عقلانیت عرضه مواد دارویی در اکثر کشورها همچنان خارج از بخش دولتی قرار دارند (چیتلی ۱۹۹۰). مقادیر عظیمی از داروهای بالقوه خطرناک همچنان خارج از کنترل مقام‌ها و مسئولان بهداشتی جا به جا می‌شود و بخش‌های غیررسمی و خصوصی همچنان منابع اصلی دارو محسوب می‌گردند (کنجی و هاردن، ۱۹۹۲).

تحقیقات انجام گرفته پیرامون این مسایل عمدتاً روی منازعات و مسایل مربوط به

ایجاد و اجرای قالب‌ها و ابتکاراتی برای تضمین عرضه و کاربری مناسب دارو متمرکز می‌باشد. بافت فرهنگی - اجتماعی‌ای که در آن عرضه دارو در یک سطح محلی وضعیت مناسبی دارد، چندان مورد توجه واقع نگشته است. بدون شناخت این بافت، درک این که قوانین مؤثر چگونه حاصل می‌گردد، دشوار است.

طب و فرهنگ

داروهای غربی به درون سیستم‌های درمانی و فرهنگی پیچیده موجود در یک سطح محلی وارد شده و جایی برای خود پیدا می‌کنند. مردم از طریق اطلاعاتی که به طور سنتی پیرامون بیماری‌ها کسب کرده‌اند، به خرید، فروش و مصرف دارو مبادرت می‌ورزند. در سطح کشورهای جهان سوم، مجموعه مختلفی از روش‌های سنتی درمان و معالجه یافت می‌گردد. در این کشورها، بویژه در آسیا و آفریقا، مداواکنندگان سنتی نیازهای دارویی مردم را برطرف می‌سازند (فیلیپس ۱۹۹۰). این فعالیت‌ها در کنار هم انجام گرفته و به شیوه پیچیده‌ای با تسهیلات رسمی بیومدیکال غربی تعامل می‌نمایند. مشارکت بین این دو در حال حاضر فعالانه از سوی نهادهایی چون سازمان بهداشت جهانی مورد تشویق قرار می‌گیرد.

شیوه‌های سنتی بسیاری وجود دارد که در میان آنها از سنت‌های کلاسیک عمده چین و هند گرفته تا مجموعه شیوه‌های مبتنی بر مذهب یا قومیت در بسیاری از کشورهای جهان سوم یافت می‌گردد (فیلیپس ۱۹۹۰). این شیوه‌ها مثل مورد الگوهای کلاسیک مربوط به طبایع چهارگانه به مفروضات متفاوتی پیرامون علت و معلول بودن سلامتی و بیماری مبتنی هستند که در آن سلامت یک فرد به عنوان عملکرد پیچیده موازنه میان این فرد و مجموعه‌ای از عوامل زیست‌محیطی شناخته می‌شود.

این امر می‌تواند پیامدهایی برای تجویز و استفاده از دارو در بافت جهانی جهان سوم داشته باشد زیرا در جهان سوم اختلاط و تداخل صورت‌های سنتی و جدید دارو و شیوه‌های درمان رواج دارد. به طور مثال «بلدسوئه» نشان می‌دهد که چگونه مفروضات فرهنگی سنتی

منطقه «منده»، سیرالئون، علت بروز بیماری را به داروهای جدید نسبت می‌دهند. در این منطقه، مردم هر قرصی را که دارای پوشش قرمز رنگ باشد - صرف نظر از ترکیبات شیمیایی آن - به منظور رفع کم خونی مصرف می‌کنند. در مورد ادراک زرد رنگ ناشی از مالاریا، استفاده از قرص‌های زرد رنگ متداول است. این امر به خاموش کردن آتش با آتش نسبت داده می‌شود. سردی و گرمی نیز پارامترهای دیگری هستند که براساس آن مناسب بودن قرص‌های خاص مورد قضاوت قرار می‌گیرد و به طور مثال، داروهای تزریقی در زمره داروهای سرد جای می‌گیرند. بلدسوئه گزارش می‌دهد که زنان بعد از این قبیل معالجات غالباً از کمپرس آب داغ استفاده می‌کردند که در واقع خنثی کننده اثر درمانی آن بود. فروشندگان سیار دارو نیز داروهای غربی را مطابق اعتقادات سنتی رایج تجویز می‌کنند. مقدار و دفعات مصرف آن با توجه به میزان شدت احساس شده بیماری، یا توانایی جسمانی شخص بیمار یا حتی فصل‌های مختلف سال مشخص می‌شود (بلدسوئه در گیست، ۱۹۸۸).

داروهای غربی مورد توجه هستند و مشتریان‌شان آنها را همراه با شیوه‌های سنتی درمان - و گاهی مقدم بر آنها - مصرف می‌کنند و صرف نظر از اثرات درمانی شناخته شده آنها، دلایلی چند در این خصوص وجود دارد که بهترین بودن ایدئولوژی غربی و شعار گسترش مواد دارویی غربی «یک قرص برای همه بیماری‌ها» از آن جمله است. تهیه سریع داروهای غربی غالباً بر شیوه‌های پیچیده و طولانی مدت مربوط به تهیه و کاربری بسیاری از درمان‌های سنتی برتری دارد. همچنین گرایش کلی به فردگرایی و تضعیف روابط خویشاوندی و محله‌ای به عنوان منابع هویت و پشتوانه اجتماعی، بافتی پدید می‌آورد که در آن طب غربی ممکن است با شیوه‌های زندگی جهانی شده امروزی سازگارتر باشد. از آنجا که طب غربی فقط عارضه‌های منفرد را درمان می‌کند و در نتیجه مشارکت پیچیده کل نگرانه خویشاوندی و تشریفات را کاهش می‌دهد، ممکن است در این شرایط رضایت‌بخش‌تر و مطلوب‌تر به نظر برسند (وایت در گیست، ۱۹۸۸).

نکته آشکار همانا شیوه‌ای است که طبق آن داروهای مدرن و سنتی در مداوا و اقدامات تأمین دارو توسط تعدادی از پزشکان بومی به راه‌های متعدد و غالباً نامناسب با هم ترکیب

می‌شوند و در نتیجه هم اطمینان مجدد و هم آشنایی با طب سنتی محلی و هم اثر جادویی داروهای مدرن را ارائه می‌دهند. گفتنی است بقای پزشکان بومی به سازگاری با روند نوگرایی و تجاری شدن فزاینده انواع داروها و مراقبت‌های درمانی بستگی دارد. با اتکا به اطلاعات فرهنگی مشترک نشأت گرفته از نمایندگان دارویی و دیگر منابع، این پزشکان سنتی به عنوان واسطه‌های عمده‌ای میان داروهای سنتی و مدرن عمل می‌کنند.

به طور مثال، در مورد یک سرما خوردگی که در آن خوردن و آشامیدن و حمام گرفتن منع می‌شود، تتراسایکلین و انواع دیگر آنتی بیوتیک نیز تجویز می‌گردد (فرگوسن در گیست، ۱۹۸۸). آنتی بیوتیک‌های دیگری که در درمان دل درد و اسهال مورد استفاده قرار می‌گیرند با توصیه‌های مربوط به پرهیز از برخی غذاها و رفتارها توأم می‌گردد. دیده شده است که قرص‌ها و کپسول‌هایی که (شاید به دلایل مالی) به صورت دانه‌ای و در شیشه به فروش می‌رسد، از لحاظ کمی در حدی توزیع می‌شد که در فرهنگ‌های درمانی محلی چشمگیر بود. لازم به یادآوری است که این اعتقاد به توصیه باورهای گوناگون داروشناختی هم باعث پیشبرد فعالیت‌های بازاریابی شرکت‌های دارویی فراملیتی می‌شوند و هم توسط آنها شکل می‌گیرند. نمایندگان این شرکت‌ها منبع اصلی تأمین دارو و اطلاعات دارویی مورد نیاز پزشکان محلی را تشکیل می‌دهند. این پزشکان نیز به نوبه خود مشتریان روز افزونی برای آنان دست و پا می‌کنند (ولفرز در گیست، ۱۹۸۸).

در عین حال و در سطحی دیگر، داروهای سنتی و مدرن به گونه‌ای با هم ترکیب می‌شوند که هم با سنت‌های علمی غربی رقابت کرده و هم آنها را بازتاب می‌دهند. به طور مثال، وایت استدلال می‌کند که انواع داروهای سنتی افریقایی مجدداً بسته بندی شده و هماهنگ با خط مشی‌های غربی توسط دولت‌ها و سازمان‌های بین‌المللی مجدداً به معرض فروش گذارده می‌شوند (در گیست ۱۹۸۸). این داروها از نمادهای فرهنگی و روابط درمانی مشخص کننده کاربری خود تهی شده‌اند و در آنها تأکید بر دارایی‌های دارویی و پشتیبانی تحقیقات علمی است. این تدارکات در قالب‌های استاندارد غربی و توسط شرکت‌های کوچک و بزرگ ساخته و

بسته بندی گردیده و به صورت قرص، لوازم آرایش، پودر و کرم به بازارهای جهانی عرضه می شود. می توان گفت موفقیت بازار در خصوص این محصولات به توسل آنها به سنت و ماهیت و ارائه موفقیت آمیزشان در بافت های جهانی به عنوان محصولات دارویی بستگی دارد. این ترکیب قالب های فرهنگی و بازاریابی باعث می شود اندیشه اصولی ضابطه مند کردن دارو و کنترل آن بسیار دشوار و مسأله ساز گردد. مع ذلک داروها و ضابطه مندی و کنترل شان چه در سطح ملی و چه در سطح بین المللی سیاست بهداشت، مسایل مهمی به حساب آمده و زمینه عمده ای از رقابت میان مجموعه ای از علایق متضاد به وجود می آورد.

بافت سیاست جهانی: مخالفت ها و مقاومت

بویژه در سطح سیاستگذاری بین المللی است که می توان بازی پیچیده فرایندهای جهانی و همان سازمان ها و شرکت های متعددی را که در ایجاد سیاست بهداشتی نقش دارند، مورد بررسی قرار داد. این امر بویژه از دهه ۱۹۷۰ به بعد آشکار می شود چه در آن هنگام سیاست بهداشتی بشدت با سیاست و استراتژی های توسعه در هم آمیخت و کشمکش ها و مخالفت های بسیاری در مورد مجموعه سازمان های مربوطه به وجود آورد. در اینجا برخی از جنبه های این روند و سازمان های ذی ربط در خصوص سیاست های مربوط به دارو، مراقبت های اولیه و برخی از نگرانی های مربوط به جنبه های بهداشت بانوان مورد بررسی قرار می گیرد.

سازمان بهداشت جهانی و سیاست های مربوط به داروهای اساسی

سازمان بهداشت جهانی به عنوان یک سازمان چند جانبه عمده از بازیگران اصلی عرصه سیاست بهداشتی جهان است. این سازمان، از طریق مجمع بهداشت جهانی، که نماینده کشورهای عضو است، برنامه فعالیت های بهداشتی را رسماً از لحاظ استانداردها و اهداف آن در سراسر جهان تنظیم می نماید. و اگر چه نظارتی بر آن - که برای دولت های بومی حایز اهمیت است - اعمال نمی کند ولی از لحاظ فنی و مالی مساعدت هایی معمول می دارد. آنچه که از دهه

۱۹۷۰ به بعد پدیدار گشته، شیوه‌ای است که طبق آن، این سازمان (همچون بسیاری از سازمان‌های خواهر خوانده‌اش در سازمان ملل) بر اثر ارزش‌های نشأت گرفته از عدم پیشرفت در زمینه فقرزدایی در مناطق عمده‌ای از جهان سوم و موانع جدی‌ای که از این جهت سرراه بهداشت قرار گرفته، زیر و رو شده است. سازمان‌ها و چالش‌های متعددی از کشورهای جهان سوم گرفته تا گروه‌های بین‌المللی حمایت از مصرف‌کننده، گروه‌های زنان و نیروی فزاینده سازمان‌های غیر دولتی در این دوره پدیدار گشتند و کوشیدند سازمان بهداشت جهانی را برای در پیش گرفتن برنامه کار اصولی تری برای بهداشت تحت فشار بگذارند.

از دیرباز، سازمان بهداشت جهانی نهاد نسبتاً محافظه کار و آرامی برای پژوهش و مبادله اطلاعاتی بوده است که عمدتاً گرایش بیومدیکال داشته‌اند. اعتراضات و چالش‌هایی که در این دوره متوجه امور بازاریابی و پیشبرد شرکت‌های فراملیتی عمده دست اندرکار مواد غذایی، دارویی و دخانیات در جهان سوم بود، موجب شد سازمان بهداشت جهانی به تنظیم برنامه کار اصولی تری در زمینه بهداشت و پذیرش سیاست‌هایی مبادرت ورزد که آنها را درگیر کشمکش مستقیم با شرکت‌های فراملیتی و دولت‌هایشان کرد (مستندترین آنها کشمکش‌های مربوط به پذیرش قانون بین‌المللی بازاریابی جایگزین‌های شیر مادر است. در این خصوص مراجعه شود به چیتلی، ۱۹۸۶).

برنامه سازمان بهداشت جهانی درباره داروهای اصلی و تلاش‌های مربوط به کنترل امور بازاریابی شرکت‌های دارویی فراملیتی با مشکلات و موانع شدیدی رویارو بوده است. در اینجا می‌توان اثرات عمده‌ای را مشاهده کرد که از سوی شرکت‌های دارویی فراملیتی به کار بسته شده‌اند. اما باید افزود که مقاومت‌ها و اعتراضات قابل توجهی نیز پیرامون این مسأله پدیدار گردیده است.

در سال ۱۹۷۸، سازمان بهداشت جهانی در پاسخ به فشارهای وارد آمده از سوی تعدادی از گروه‌های فعال یک سیاست دارویی اصلی در پیش گرفت تا در باره هزینه‌های بالای داروها (در کشورهای جهان اعم از پیشرفته و در حال پیشرفت) و ازدیاد داروهای نامناسب، بی‌فایده و

خطرناک در جهان سوم تدبیری بیندیشد. این تدبیر عبارت بود از تعیین بیش از دویست قلم دارو که برای برآوردن نیازهای بهداشتی و دارویی کشورهای در حال پیشرفت مناسب به نظر می‌رسید (چیتلی، ۱۹۹۰). لازم به یادآوری است که تعداد داروهای برچسب دار موجود در برخی کشورها به چندین هزار می‌رسید.

این سیاست از سوی شرکت‌های دارویی فراملیتی بشدت مورد مخالفت قرار گرفت. شرکت‌های مزبور از حمایت و پشتیبانی دولت‌های ملی شان که آن را خطری برای سود دهی این شرکت‌ها می‌دیدند، برخوردار بودند. مبارزات تبلیغاتی عمده‌ای از سوی اتحادیه بین‌المللی داروسازان آغاز گشت. این اتحادیه می‌کوشید هم برنامه داروهای اصلی و هم طرفداران آن را بی اعتبار سازد. اتحادیه مزبور تهدید می‌کرد که در چنین صورتی سرمایه‌گذاری در زمینه تحقیقات را نهي خواهد کرد، مراقبت‌های بهداشتی را کاهش خواهد داد، و داروهای درجه سوم را با قیمتی که ممکن است با آزادی عمل پزشکان برای تجویز آنها برخورد نماید، عرضه خواهد داشت (چودری، ۱۹۹۵).

انگیزه‌ها و اقدامات سازمان‌هایی چون «اقدام بهداشت بین‌المللی»، که از طرفداران اصلی این سیاست بوده و در واقع خواستار وضع قواعد و مقررات سفت و سخت‌تری در این صنعت بودند، خطر عمده‌ای تلقی می‌گردید و از سوی این صنعت به منزله توطئه‌ای تلقی می‌شد که اهدافی بیش از مسایل بهداشتی در سر می‌پروراندند. به گفته یک نماینده شرکت دارویی هوخست باید از فعالان سازمان اقدام بهداشت بین‌المللی پرسید که آیا هدف اصلی شان دگرگونی نظام‌های اقتصادی و اجتماعی موجود به نفع رژیم‌های خودکامه نیست؟ (چیتلی، ۱۹۹۰). و یک نماینده شرکت سیرل اظهار داشت که در سطح جهان، بخش عظیمی از فعالیت سازمان حمایت از مصرف‌کنندگان متوجه صنعت داروسازی و بویژه شرکت‌های فراملیتی بوده است (همان منبع).

تاکتیک‌های مانع تراشی و بی اعتبار سازی در سطح کشور نیز به کار بسته شد و به موجب آن کشورها کوشیدند سیاست‌های دارویی معقولی در پیش گیرند. نمونه‌های خوب آنها

را می‌توان در بنگلادش و فیلیپین مشاهده کرد. در سال ۱۹۸۲، دولت بنگلادش قانونی وضع کرد تا عرضه دارو در بخش خصوصی و عمومی را قانونمند نموده و صنعت داروسازی داخلی خود را تشویق نماید. تعدادی از شرکت‌های فراملیتی وابسته به امریکا و اروپا و نیز انجمن بهداشت بنگلادش با همکاری برخی از مطبوعات کشور با آن به مخالفت برخاستند. اتهامات دایر بر محدود شدن تجارت و اتکای کشور به غرب برای سرمایه‌گذاری و کمک وارد شد تا فشارهایی وارد آمده و منافع شرکت‌های فراملیتی دارویی تضمین گردد (چودری، ۱۹۹۵). نتیجه این اقدام هنوز مشخص نشده است. پس از برخی موفقیت‌های چشمگیر، تحولات سیاسی تازه دهه ۱۹۹۰ ممکن است تعدیل یا تغییری در آن مشاهده نماید (رایش، ۱۹۹۴).

شرکت‌های دارویی فراملیتی گرچه مورد چالش این سیاست‌ها قرار گرفتند ولی در حمایت از منافعشان و به کارگیری استراتژی‌های مختلفی برای تضمین برتری خود انعطاف و زیرکی بسیار به خرج دادند. در میان این استراتژی‌ها از پیشنهاد همکاری در - به طور مثال - تأمین داروهای اساسی به قیمت پایین برای توسعه قانون داوطلبانه بازاریابی خودشان گرفته تا ضابطه‌مند کردن این صنعت به چشم می‌خورد (چیتلی، ۱۹۹۰). این صنعت با گروه‌های فشاری چون «اقدام بهداشت بین‌المللی» مناسبت داشته و در وضعیت مطلوبی نیز قرار داشت که می‌توانست اعمال نفوذ کند. نمایندگان آنها مرتباً به عنوان مشاور در سازمان بهداشت جهانی به کار گرفته شده و می‌شوند و فدراسیون بین‌المللی شان (IFPMA) در داخل این سازمان رسماً حالت یک سازمان غیر دولتی را دارد و دستیابی آنان به کمیته‌های کارشناسی و نشست‌های مشاورتی را امکان‌پذیر می‌سازد (کنجی و هاردن ۱۹۹۲). این صنعت اکنون عمدتاً موجودیت فهرست‌های داروهای اساسی را - هر چند با محدودیت‌هایی در آن - پذیرفته است و اگر چه اکنون حتی تعداد فزاینده‌ای از کشورها نیز دارای فهرست‌های داروهای اساسی هستند، در بخش اعظم کشورهای مزبور این فهرست‌ها صرفاً برای بخش دولتی کاربرد دارد و فقط درصد کوچکی از هزینه‌های کلی دارویی را در بر می‌گیرد (همان منبع، ۱۹۹۲). در برخی از کشورها نیز این فهرست ممکن است جنبه اجباری نداشته باشد و در مورد بخش بیمارستانی که بخش اعظم

بودجه دارویی را مصرف می‌کند، معمول نگردد.

اگر چه این موفقیت‌ها و مخالفت‌ها همچنان ادامه دارد ولی بافت سیاست بین‌المللی از طریق دگرگون سازی قراردادهای تأمین مالی و نفوذ فزاینده سازمان‌های غیر از سازمان بهداشت جهانی در زمینه سیاست‌های بهداشتی رفته رفته پیچیده‌تر می‌گردد. نقش سازمان بهداشت جهانی و مؤثر بودن آن در برآوردن نیازهای بهداشتی کشورهای فقیرتر در دهه ۱۹۸۰ از سوی کمک دهندگان و سایر نهادهای سازمان ملل از قبیل بانک جهانی، یونیسف، و برنامه عمران و توسعه سازمان ملل (UNDP) مورد سؤال واقع شده است. با در مضمیقه قرار گرفتن منابع، کمک دهندگان تقاضای بیشتر برای مقرون به صرفه نمودن کاربری سرمایه‌ها را مطرح ساختند و سازمان بهداشت جهانی به خاطر بیهوده کاری، بوروکراسی و ناتوانی در زمینه تحویل کالا مورد انتقاد قرار گرفت (والت، ۱۹۹۳). انتقادات گسترده‌تری نیز به خاطر عدم پاسخگویی، بعد مسافت و تشریفات دست و پاگیر اداری آن در مطبوعات وجود داشت (گادلی، ۱۹۹۴؛ گاردین ۱۹ مه ۱۹۹۵؛ والت ۱۹۹۳).

بانک جهانی

آنچه اکنون مشاهده می‌شود نفوذ روزافزون بانک جهانی به عنوان یکی از تأمین کنندگان عمده هزینه‌های بهداشتی کشورهای فقیرتر است. بانک جهانی رفته رفته در مقایسه با یونیسف و سازمان بهداشت جهانی اهمیت بیشتری پیدا می‌کند. نفوذ بانک جهانی طی دهه‌های ۱۹۸۰ و ۱۹۹۰ همواره در حال افزایش بوده است و طی این مدت وام‌های بهداشتی آن چهار برابر افزایش یافته است (بانک جهانی ۱۹۹۳). اکنون فعالیت‌های آن به تأمین مالی و ارائه خدمات بهداشتی و اولویت بندی برنامه‌ها مطابق سیاست‌های مقرون به صرفه تخصیص یافته است (بانک جهانی ۱۹۹۳).

این که پیامدهای این امر در دراز مدت برای شرکت‌های بهداشتی این کشورها چه خواهد بود، هنوز معلوم نیست. با توجه به سیاست‌های بانک جهانی در مورد تعیین نقش

کوچکتری برای دولت و خصوصی سازی و بازارگرایی خدمات بهداشتی و نیز نفوذی که می‌تواند از طریق حمایت از تعدیل سازی اعمال نماید، امکان ارائه خدمات بهداشتی عادلانه به طور قطع مورد تردید قرار می‌گیرد. از جمله علل اصلی این تردید می‌توان به عدم پاسخگویی و اهمیت نامتناسبی که در اعمال حق رأی به کشورهای ثروتمندتر داده شده، و نیز به تعهد جاری آن در قبال سیاست‌های لیبرالی جدید اشاره کرد. این محدودیتها اعمال نفوذ بر سیاست منافع عمومی و منافع دولت‌های محلی را نسبت به حدود ده سال قبل به مراتب بیشتر می‌نماید.

وام‌ها و کمک‌های بلاعوض دریافت شده از جامعه بین‌الملل، اگر به درستی به مصرف برسد می‌تواند نقش عمده‌ای در قادر ساختن کشورهای فقیرتر به تأمین خواسته‌های بهداشتی مردم خود ایفا نماید. در حالی که می‌توان استدلال کرد که سرمایه‌های تخصیص یافته به بهداشت در مقایسه با سایر بودجه‌های عمرانی می‌تواند به طرز مناسبی مشکلات و مسایل شدید بهداشتی مردم دریافت کننده را برآورده سازد، چنین نیز می‌توان استدلال کرد که برخی از شیوه‌های تأمین مالی خدمات بهداشتی ممکن است مناسبتر از بقیه باشد.

نظر به این که بودجه‌های بهداشتی در کشورهای کم درآمد در حال حاضر به طرز فزاینده‌ای به کمک‌های دیگران وابسته است - که میزان این وابستگی در مورد برخی از کشورها تا بیش از ۵۰ درصد کل هزینه‌های بهداشتی هم می‌رسد (بانک جهانی ۱۹۹۳) - این نگرانی وجود دارد که کمک‌های اعطایی در زمینه بهداشت ممکن است بیشتر بازتاب دهنده منافع اعطا کنندگان کمک باشد تا نیازهای بهداشتی دراز مدت دریافت کنندگان آن (والث ۱۹۹۴). بسیاری از کشورهای فقیرتر از آنجا که نیاز شدیدی به این کمک‌ها دارند، در موقعیتی نیستند که خود مشخص کنند در کدام زمینه بهداشتی، آنها را به مصرف برسانند.

مراقبت‌های اولیه

می‌توان دید که این محدودیت‌ها در شکل بخشیدن به سیاست مربوط به مراقبت‌های اولیه چه نقشی داشته‌اند. به همان گونه که پیش از این عنوان شد، مراقبت‌های اولیه اساسی در

سال‌های ۱۹۷۰ به صورت ابتکار اصلی سازمان بهداشت جهانی درآمد. این تلاشی بود برای فراتر رفتن از رویکرد کوتاه‌اندیشانه سیاست‌های گذشته و ترغیب توسعه طرح‌هایی که، بویژه در جوامع روستایی، نیازهای بهداشتی اساسی را با توسعه جامعه و همکاری و مشارکت عملی میان گروهی در زمینه‌های آموزش و پرورش، تأمین مواد خوراکی، آب و بهداشت در هم آمیزد (سازمان بهداشت جهانی ۱۹۷۸).

با وجود این، وخیم شدن شرایط اجتماعی و اقتصادی دهه ۱۹۸۰ تغییرات بسیاری در زمینه تأمین مالی و اجرای این سیاست‌ها را موجب گردید و نتیجه این شد که در حال حاضر در بسیاری از کشورهای فقیر یا مجموعه‌ای از ابتکارات بهداشتی وجود دارد و یا اصلاً هیچ ابتکاری در کار نیست. منافع کمک‌دهندگان نقش عمده‌ای در موفقیت‌های این سیاست ایفا کرده است.

در شرایط و اوضاع و احوال دهه ۱۹۸۰، اکثر کمک‌دهندگان، بسیاری از طرح‌های مراقبت‌های اولیه را بیش از حد بلند پروازانه، گران قیمت و از لحاظ نتیجه، نامعین، تلقی می‌کردند. از سوی دیگر، آنها از ابتکارات مقرون به صرفه‌تر، منفرد، و عمدتاً بیومدیکال تکنولوژیک جانبداری کردند که می‌توانست نتایج قابل‌سنجشی به دست دهد. معروفترین این نتایج عبارتند از نظارت بر رشد، ایمن سازی، بهبود تغذیه با شیر مادر و تنظیم خانواده (فیلیس ۱۹۹۰).

این تغییر سیاست در قبال آنچه که مراقبت بهداشتی اولیه‌گزینشی خوانده می‌شود در مناظرات پژوهشگران درباره سازمان بهداشت جهانی و مؤثر بودن استراتژی‌ها و کشمکش‌های مختلف بین سازمان بهداشت جهانی و خواهر خوانده‌اش یونیسف، که از این رویکرد گزینشی جانبداری می‌کرد، بازتاب یافت. مخالفان رویکرد گزینشی استدلال می‌کنند که اگر چه این مداخله‌ها می‌تواند جان مردم را در کوتاه مدت نجات بخشد ولی مشکلات عمده فقر، سوء تغذیه، و فقدان آب آشامیدنی سالم را برطرف نمی‌سازد. همانند مجموعه‌ای از مسایل و مشکلات دیگر از قبیل عدم تداوم و یکپارچگی خدمات، این رویکرد بدان متهم است که از لحاظ حرفه‌ای و تخصصی و بهداشتی تحت سلطه قرار دارد و لذا همچنان به صورت الگویی از

وابستگی به تخصص غربی باقی می‌ماند (گیش ۱۹۷۹؛ بانرجی ۱۹۸۸).

پژوهش والت درباره فلاکت مالی سازمان بهداشت جهانی راهی را نشان می‌دهد که طی آن کمک دهندگانی چون بانک جهانی و دولت‌های کمک دهنده متقابل رفته رفته نفوذ گسترده‌ای بر سیاستگذاری سازمان بهداشت جهانی به دست می‌آورند. با نادیده انگاشتن بودجه منظم این سازمان (که در دهه ۱۹۸۰ در شرایط واقعی مسدود شد)، و سپردن پول‌های خود به صندوق‌های فوق بودجه‌ای به قصد اجرای برنامه‌های مشخص، آنها در موقعیت به مراتب قوی‌تری برای شکل بخشیدن سیاست در راستای منافع خاص خودشان قرار گرفتند (والت ۱۹۹۳). صندوق‌های فوق بودجه‌ای که اکنون بیش از نیمی از درآمد سازمان بهداشت جهانی را تشکیل می‌دهد، جهت اجرای پژوهش‌های خاصی چون برنامه جهانی مبارزه با ایدز و اقدامات ایمن‌سازی و امثال آنها صرف می‌کند. این بدان معنی است که کشورهای عضو سازمان بهداشت جهانی در مقایسه با جهان در حال توسعه، در تعیین مسیر سرمایه‌گذاری نقش کمتری ایفا خواهند کرد (گادلی ۱۹۹۵).

سازمان‌های دو جانبه (کشور با کشور) نیز به طرز فزاینده‌ای سرمایه‌های خود را از طریق بانک جهانی، صندوق بین‌المللی پول، و سازمان‌های غیر دولتی انتقال می‌دهند که جملگی در راستای تضعیف نفوذ دولت‌های محلی در زمینه سیاستگذاری عمل می‌نمایند (والت ۱۹۹۳).

مقاومت و مصالحه

پس آینده کسانی که می‌کوشند در مسیری معقول‌تر و پایدارتر بر سیاست بهداشتی تأثیر بگذارند چه می‌شود؟ به طوری که از مثال‌های پیش گفته بر می‌آید از سال‌های ۱۹۷۰ رشد عمده‌ای در جنبشها و گروه‌های مخالف، که چالش‌هایی برای بازیگران برتر عرصه سیاست پدید آورده‌اند، به چشم خورده است. توان این گروه‌ها در حفظ مبارزات خود به طرز چشمگیری برآثر رشد و هماهنگی حرکت‌های مشابه در سطح جهان در زمینه‌هایی چون محیط زیست، حقوق بشر و مسایل زنان تقویت گردیده است. با وجود این، نفوذ در شبکه بین‌المللی شرکت‌ها و

اتحادهای فعال، و پی بردن به این که فعالیت‌ها و مسایل مربوطه چگونه به صورت‌های پیچیده مبتنی بر مصالحه، همکاری و ناچیز شماری بروز می‌نمایند، بسیار دشوار است.

مسایل بهداشت زنان

جنبش‌های زنان و مسایل مربوط به بهداشت زنان مثال‌گویایی است از مسایل و چشم‌اندازهایی که رویاروی کسانی قرار دارد که سعی می‌کنند به شیوه‌ای معقول‌تر در سیاست اعمال نفوذ نمایند. موقعیت و مسایل زنان در حال حاضر مسایل عمده مطرح شده در برنامه‌های بین‌المللی سازمان‌های عمده توسعه و بهداشت به شمار می‌روند. فشارهای وارد شده از سوی جنبش بین‌المللی زنان و گروه‌های دیگر و قدردانی نهاد توسعه و عمران از کمک‌های بالقوه زنان در زمینه توسعه، به معنای آن بوده است که هیچ سیاست عمده‌ای در زمینه بهداشت یا توسعه دیگر نمی‌تواند بُعد زن یا جنسیت را نادیده انگارد. مبارزات مردمی در زمینه توسعه و بهداشت زنان در حال حاضر، بویژه در کشورهای جهان سوم، یک واقعیت سیاسی عمده به حساب می‌آید. همکاری بین‌المللی نیز از سال‌های ۱۹۷۵-۸۵ که دهه سازمان ملل برای بهبود موقعیت زنان خوانده می‌شود، همواره رو به افزایش داشته است. (جهت انجام مروری اجمالی بر مسایل مهم بهداشتی مربوط به زنان در جهان سوم رجوع شود به «اسمایت»، ۱۹۹۱؛ سازمان بهداشت جهانی ۱۹۹۵).

با وجود این، اگر چه همه گروه‌ها، از جمله کمک‌دهندگان عمده مدعی هستند که منافع زنان را در اولویت قرار می‌دهند ولی چشم‌اندازها و استراتژی‌های مختلفی وجود دارد که جهت برآوردن آن منافع در سطح ملی و بین‌المللی به وجود آمده‌اند. «کلیوز موس» دوگرایش عمده را توصیف می‌نماید: از یک طرف رویکردهای رفاه‌طلبانه بیشتر مبتنی بر نیازهایی است که بیش از همه مورد نظر کمک‌دهندگان عمده و دولت‌های ملی است که می‌کوشند از طریق سوادآموزی و درآمد زایی، وضعیت زنان را بهبود بخشند و آن را با تدارک برنامه بهداشت و تنظیم خانواده هماهنگ سازند.

از سوی دیگر، رویکردهای رادیکال‌تر و فمینیست پایه‌تری وجود دارد که مسایل بهداشت زنان را در چهارچوب گسترده‌تر روابط نابرابر زن و مرد قرار داده و لزوم وجود رویکرد کاملاً متفاوت تقویت (قدرت بخشی به) زنان را مشاهده نمایند. بعید می‌نماید که این رویکرد چیزی بیش از شعارهایی درباره اعطای کمک از طرف دولت‌ها یا دیگر کمک دهندگان عمده دریافت دارد (کلیوز موس، ۱۹۹۳).

این مواضع و منازعات ناشی از آنها، غالباً در کنفرانس‌های بین‌المللی مطرح می‌گردند. در این کنفرانس‌ها مواضع مزبور با منازعات سیاسی و فرهنگی متعددی در هم می‌آمیزند که تقسیمات جنسیتی را بر هم می‌زنند و می‌کوشند آنها را به شیوه‌های غالباً ضد و نقیض و نامشخص بازسازی کنند. این امر در کنفرانس ۱۹۹۴ جمعیت سازمان ملل در قاهره و کنفرانس جهانی ۱۹۹۵ زنان در پکن، که در آن مقوله‌ای از نیازها در برابر حقوق - بویژه درباره تولید مثل و رفتار جنسی - در ایدئولوژی‌های جهانی واتیکان و اسلام گرفتار آمدند، مورد بررسی قرار گرفت (پچسکی ۱۹۹۵؛ ایندیندنت، ۵ سپتامبر ۱۹۹۴).

ولی تردیدی نیست که جنبش‌های زنان عامل مهمی در ایجاد یک آگاهی جنسیتی در سیاست‌ها و کارهای سازمان‌های دست‌اندرکار توسعه و بهداشت در سطوح ملی و بین‌المللی و در سازماندهی زنان در این زمینه بوده و می‌باشد. مبارزات عمده پیرامون مسایل مربوط به جلوگیری از بارداری صورت گرفت و چالش به عمل آمده در برابر ایدئولوژی کنترل جمعیت نمونه خوبی از نقش نقادانه ایفا شده توسط زنان به عنوان مدعیان حقوق زنان به حساب می‌آید (هارتمن ۱۹۸۷).

مع‌ذک معلوم نیست از طریق نهادهای رسمی از قبیل تشکیلات وابسته به سازمان ملل یا دولت‌های محلی تا چه اندازه می‌توان چالش‌های بنیادین نسبت به منافع فمینیستی تثبیت شده و عوامل تکنولوژیک، سیاسی، و مذهبی‌ای که سیاست را در این زمینه شکل می‌بخشد، تبیین کرد. مثلاً مسأله بهداشت دوره بارداری منازعات متعدد مرتبط با مسایل جنسی و اتحادهای ناآرام پدیدآمده میان مجموعه‌ای از منافع متضاد را روشن می‌سازد.

مسایل بهداشت دوره بارداری

بهداشت دوره بارداری زنان در کشورهای فقیر از مسایل بهداشتی عمده به حساب می‌آید و علت اصلی آن تداوم نرخ‌های بالای مرگ و میر در هنگام زایمان، بویژه در جنوب آسیا و افریقا است. در این مناطق احتمال آن که زنان در موقع بارداری از دنیا بروند دست کم صد برابر میزان آن در کشورهای پیشرفته است (دویال ۱۹۹۵).

اگر چه شاید چنین به نظر برسد که دست اندرکاران سیاست بین‌المللی در دگرگون سازی مقولاتی چون بهداشت دوره بارداری پیشرفت چشمگیری داشته‌اند اما نتایج حاصله در شرایط اجرای سیاست به مراتب نامشخص‌تر است.

طی دهه گذشته که از یک طرف فشار گروه‌های مدافع حقوق زنان و از طرف دیگر عدم کارآیی سیاست مربوط به بهداشت مادران باردار افکار را از نگرانی‌های جزئی مرتبط با مسایل تنظیم خانواده و سلامت مادر و فرزند به مسایل عمده‌تر معطوف ساخت، برنامه‌هایی که از قبل در این زمینه تدوین گشته بود مورد تبیین مجدد و تجدید نظر قرار گرفته‌اند. این برنامه‌ها که در آن زنان عمدتاً به عنوان دنیا آورندگان و پرورش دهندگان فرزندان مد نظر قرار داشتند، به واسطه استراتژی‌هایی که مدعی جای دادن بهداشت مادران در چهارچوب یک رویکرد گسترده‌تر زن محور هستند، تغییر شکل یافته یا از دور خارج شده‌اند. نیازهای مادران در طول زندگی و نیز در دوره‌های بارداری باید تأمین گردد (سویت من ۱۹۹۴).

دگرگونی‌های عمده‌ای بویژه در سطح جنبش بین‌المللی زنان صورت گرفته است که در آن بهداشت دوره بارداری از لحاظ حقوق بارداری، اعطای قدرت به زنان، و برابری زن و مرد تبیین گردیده است. جالب اینجاست که گروه‌های کنترل جمعیت و تنظیم خانواده که تحت فشار فزاینده واتیکان و گروه‌های مذهبی بنیادگرا قرار گرفته‌اند نیز ظاهراً موضع خود را تغییر داده‌اند و همگام با سازمان‌های غیردولتی زنان به تدوین واژگان تازه حقوق زنان پرداخته‌اند. این که این تازه‌ترین فرایندهای کنفرانس چگونه به انجام می‌رسد موضوع دیگری است و بدون شک هم در شمال و هم در جنوب، هستند گروه‌های فعال در زمینه حقوق زنان که از بابت این قبیل

همگامی‌ها نگران بوده و این مقوله جدید را چیزی بیش از کنترل جمعیت با چهره‌های فمینیستی تلقی می‌کنند (پچسکی ۱۹۹۵).

نکته قابل ذکر این که مدتی است سازمان‌های عمرانی عمده از قبیل بانک جهانی و گروه‌های فعال در زمینه جمعیت در تحلیل‌ها و برنامه‌های خود برای توسعه و کنترل جمعیت، مقوله زنان را نیز مد نظر قرار داده‌اند. از آنجا که تحقیقات و بررسی‌های انجام گرفته در دهه‌های ۱۹۷۰ و ۱۹۸۰ مسایل توسعه، جمعیت و موقعیت زنان را به هم ربط دادند، این سازمان‌ها برنامه‌های خود را هماهنگ با بهبود موقعیت زنان تنظیم کردند. لذا از نظر بانک جهانی، تقویت و بهبود موقعیت زنان در افزایش تقاضا برای خانواده‌های کوچکتر، اهمیت بسیار دارد (بانک جهانی ۱۹۸۶). و به طوری که از مطالعات هارتمن بر می‌آید، برنامه‌های مبارزه با فقر و بی‌سوادی، و پروژه‌های درآمد زا توسط سازمان‌های دست‌اندرکار کنترل جمعیت و همراه با برنامه‌های تنظیم خانواده به پیش برده می‌شود (هارتمن ۱۹۸۷).

گزارش (۱۹۹۶) ریچتر درباره مبارزات اخیر و مستمر انجام گرفته پیرامون شیوه‌های بهداشتی کنترل زاد و ولد (واکسن‌های ضدبارداری) مهارت و دقت عمل شدید سازمان‌هایی چون «شورای جمعیت» و دیگر سازمان‌های دست‌اندرکار این تحقیق در تلاش‌های خود برای تأیید یا ناچیز شمردن مخالفت گروه‌های زنان را نشان می‌دهد. این تلاش‌ها از بی‌اعتبار سازی و غیر علمی خواندن مخالفت‌های گروه‌های مزبور گرفته تا انجام تحقیقات مربوط به جلوگیری از بارداری به صورت حمایت از حق انتخاب زنان را دربر می‌گرفت. همچنین خط بسیار ظریفی وجود دارد که جنبش‌های زنان باید بین خواسته‌های کلیسا و گروه‌های مخالف آزادی سقط جنین و نیز خواسته‌های زنان در بسیاری از کشورهایی که دسترسی به شیوه سالم جلوگیری از بارداری ندارند، ترسیم نمایند (ریچتر ۱۹۹۶). همه اینها هدفشان ایجاد فرصت‌ها و امکانات بالقوه‌ای است برای تدوین یک برنامه زن محور.

اقدام در سطح ملی

صرف نظر از تغییر واژگان‌ها و تنظیم سیاست در سطوح بین‌المللی، ارزیابی تأثیر آنها در سطح ملی که در آن مجموعه‌ای از ابتکارات رسماً مورد تأیید قرار گرفته و پروژه‌های غیررسمی مرتبط با زنان یافت می‌شود، به مراتب دشوارتر است. از این رو، برنامه‌های بسط یافته بهداشت زنان که از سازمان بهداشت جهانی و بانک جهانی و با هدف یک کاسه کردن برنامه تنظیم خانواده با مجموعه وسیع‌تری از خدمات نشأت می‌گیرد، بدون شک در بسیاری از مناطق به اجرا درآمده است. و در سطح ملی نیز مجموعه‌ای از پروژه‌های غیررسمی تر بهداشت زنان وجود دارد که قطعاً بر مبنای اصول فمینیستی استوارند (سویت من، ۱۹۹۴؛ دویال ۱۹۹۵).

با همه اینها بسیاری از برنامه‌های رسمی تر به خاطر آن که صرفاً چیزی جز اضافه شدن ابتکاراتی به برنامه‌های موجود فعلی نیستند، مورد انتقاد قرار گرفته‌اند که در میان آنها به طور نمونه می‌توان از معاینه و مشاوره پزشکی توسط پرسنل مشابه و غالباً در درمانگاههای مشابه نام برد. مسایل گسترده‌تری چون آنچه در بالا مطرح شد، و نیز محدودیت‌های مادی و فرهنگی ای که امکانات بهداشت زنان را شکل می‌بخشد، ظاهراً به هیچ وجه از میان برداشته نمی‌شود.

از بابت اهمیت بسیاری که در برخی از این برنامه‌ها برای مسأله تنظیم خانواده قایل شده‌اند نیز نگرانی‌هایی وجود دارد. به طور مثال، اسمایت استدلال می‌کند که در مورد اجرای طرح سلامت مادران اندونزی (که از ابتکارات سازمان بهداشت جهانی و بانک جهانی است) منابع به گونه‌ای نامناسب به فعالیت‌های تنظیم خانواده تخصیص یافته است (اسمایت، ۱۹۹۴). جهت روشن شدن این که این خواسته‌ها و علایق بسیار مختلف چگونه سیاست را هم در سطح ملی و هم در سطح بین‌المللی شکل می‌بخشند، تحقیقات به مراتب جدی‌تری مورد نیاز است. در این خصوص تردیدی نیست جز این که بازیگران اصلی مشخص شده از قبیل گروه‌های جمعیت سازمان‌های کمک دهنده و پژوهشگر با تمام امکانات مالی و فنی خود در مورد خواسته‌ها و علایق مشترک خود توافق نمودند تا به طور بالقوه مخالفت آنها را بپذیرند. ولی گروه‌های زنان درانجام یک بازبینی نقادانه از سیاست‌ها و مطالعات انجام گرفته در این زمینه و در

تضمین این که خواسته‌های زنان در برنامه سیاست بین‌المللی گنجانده شده است، انعطاف قابل توجهی از خود نشان داده‌اند.

نتیجه

اگر چه ظاهراً همه مسایل بهداشتی کشورهای فقیر جهان سوم را نمی‌توان نتیجه روند جهانی شدن دانست ولی با همه اینها، مسأله بهداشت شدیداً در روند جهانی شدن عجین گردیده است. روندهای جهانی که فرآیند توسعه را شکل می‌بخشند نیز مستقیم و غیرمستقیم وضعیت آینده بهداشت را مشخص می‌کنند. پیش از این دریافته‌ایم که استراتژی‌های جاری توسعه چگونه بر ایجاد محیط‌های فقیر و مخاطرات بهداشت برای شمار کثیری از مردم تأثیر می‌گذارند. نظر به این که تکنیک‌های نوین تولید، افزایش گرایش به شهر نشینی و فرهنگ‌های مدرنیته در محیط‌های سنتی تثبیت می‌شوند، ابزار زندگی و شیوه‌های زندگی تغییر یافته و خطرات و ابهامات تازه‌ای برای بهداشت فراهم می‌آورند.

در عین حال، توان تأثیر گذاری بر تصمیم‌گیری در روند کسب و تخصیص منابع برای بهداشت ظاهراً به طور فزاینده‌ای از جوامع ملی و محلی جدا شده و در دستان نهادهای ابرملی از قبیل نهادهای وابسته به سازمان ملل و مجموعه‌ای از شرکت‌های فنی و تجاری متمرکز می‌گردد که عرصه سیاست بین‌المللی را زیر نظر دارند. نقش بانک جهانی، سازمان‌های کمک دهنده، و شرکت‌های دارویی فراملیتی، مواردی از این قبیل به حساب می‌آیند. به هیچ وجه معلوم نیست که گروه‌های اپوزیسیون فعال در سطوح بین‌المللی تا چه حد در چالش با این شرکت‌های مسلط تأثیر گذار خواهند بود. بدون شک، روند جهانی شدن زمینه‌های مقاومت تازه‌ای پدید آورده و مجموعه‌ای از قلمروهای متداخل شرکت‌های دست اندرکار در زمینه‌های بهداشت، توسعه، محیط زیست و گروه‌های زنان ایجاد کرده است. در حالی که فن آوری ارتباطات و سفرهای بین‌المللی، برقراری تماس و ایجاد هماهنگی را به مراتب امکان‌پذیرتر ساخته‌اند، شبکه‌های محلی، منطقه‌ای و بین‌المللی‌ای نیز تشکل یافته‌اند. شبکه‌های رسانه‌ای جهانی نیز در راه

ایجاد آگاهی عمومی گسترده‌تر و قابلیت پذیرش بیشتر نسبت به مسایل جهان سوم گام‌هایی برداشته‌اند.

با وجود این، به همان گونه که پیش از این دیدیم، خطرات تضعیف و پذیرش توسط شرکت‌های برتر، با توجه به ماهیت ناهمگن اپوزیسیون، چیزی است که همواره وجود دارد. این امر به واسطه این واقعیت که ایجاد پیوندهای جهانی - محلی، که برای سازماندهی مؤثر نقش اساسی دارند، نیز غالباً دشوار بوده و در تناقضات نشأت گرفته از منافع ویژه مذهب، قومیت، طبقه و جنسیت عجین شده است. بدون سازماندهی مؤثر جوامع، برنامه‌های بین‌المللی رادیکال دیگر چیزی بیش از شعارها و لفاظی‌های زیبا نیستند. بنابراین آینده بهداشت به غلبه بر این موانع و ایجاد اتحادهایی بستگی دارد که به گونه‌ای مؤثر می‌توانند نسبت به سیاست‌های جاری در زمینه‌های بهداشت و توسعه، چالش نمایند.