سلامت ـ این چنین

دکتر محمود فاضل
سازمان نظام پزشکی سبزوار

بر قلمرو شش گانه، رفاه اجتماعی شامل؛ سلامت، تأمین اجتماعی، خدمات اجتماعی، آموزش همگانی، اشتغال، و مسکن اتفاق نظر وجود دارد. بر این ابتناء، رفاه اجتماعی، اقداماتی اعم از استراتژی و یا اجرا را شامل می‌شود که کاهش مشکلات تک تک افراد و نیز کل جامعه را نشانه گرفته است. از طرفی توسعه انسانی، سه پارامتر سلامت، آموزش و رفاه مادی را در بر می‌گیرد. اهداف اصلی رفاه اجتماعی را در چهار مقوله عمده ارتقای کیفیت انسانی، بسط عدالت اجتماعی، ارتقای کیفیت زندگی، و گسترش وفاق اجتماعی می‌توان برشمرد. همه این‌ها، ارتباط وثیق و عمیقی با واژه سلامت دارند. این ارتباط در حوزه اجرا، نیز وجود دارد، مثال ملموس؛ وجود دستگاه‌های متولی هم‌زمان بهداشت، درمان و رفاه اجتماعی در کشورهای مختلف می‌باشد.

می‌خواهیم صراحتاً به سلامت بپردازیم. سلامت را به منزله نبود بیماری، و تربیت گروه متخصصان علوم پزشکی، و یا ... تعریف کرده‌اند. ما چگونه‌ایم؟ سیاست گذاران ما، چه تلقی از موضوع دارند؟

قدیمی‌ترین و متداول‌ترین تعریف از سلامت، «نبود بیماری» است. این با تعریف ابوعلی‌سینا نیز همخوان است. البته اگر روان را نیز به‌عنوان عملکرد مغز (بدن) در نظر بگیریم، این تعریف هر دو بعد را شامل می‌شود.

سلامت را به‌علت دارا بودن زمینه استدراکی مشترک (commonly)، که همانا حیات (life) می‌باشد، مشتمل بر دو وجه مثبت و منفی

می‌دانیم. بر این اساس وجه منفی این مفهوم، حالتی به نام «بیماری» است، و روی مثبت آن همان «سلامت» است.

در باب «سلامت»، احتمالاً کامل ترین تعریف؛ هنوز همان تعریف WHO (۱۹۵۰ م) می‌باشد که سلامت را آسایش کامل جسمی، روانی، اجتماعی، و نه فقط نبود کسالت یا ضعف دانسته است. این تعریفی است مبتنی بر هر دو وجه، یعنی نه تنها «نبود بیماری» را مساوی سلامت ندانسته، بلکه جلوتر رفته و داشتن آسایش کامل را نیز در جهت وجه مثبت آن ارایه داده است.

اما ابهام و سردرگمی که در این تعریف نهفته است، احتمالاً به علت ذات این مفهوم و گستره وسیع آن می‌باشد بنابراین شاید بتوان برای تعریف وجه مثبت سلامت، از منظری دیگر، سه بعد زیر را برشمرد:

۱ـ تعادل و هماهنگی تمام امکانات زیستی، روانی و اجتماعی.

۲ـ شادی، کارآیی، اعتدال.

۳ـ استقامت (مقاومت) در برابر فشارهای خارجی.

این طور که برمی‌آید، علم طب، فقط به روی منفی سلامت نظر داشته و تمام تلاش آن برای برطرف کردن این وجه بوده است. گرچه دست آوردهایی خیره کننده بر آن مترتب بوده است، ولی برای فربه کردن وجه مثبت یعنی ایجاد مزیتی در افراد فاقد کسالت، ضعف، بیماری و ... کاری نکرده است. بدین معنا که حداکثر توان را روی بازگرداندن فرد به حالت قبل از «ناسلامت» گذاشته است. مثال‌های متعددی از این دست می‌توان آورد؛ داروهای متداول، داروهایی هستند که وضعیت بیماری را به حالت نبود بیماری، «پس رفت» می‌دهند و این را به معنی «پیشرفت» خوانده‌اند، اما در جهت پیشرفت از حالت اولیه بدون بیماری به حالتی فراتر، ابتکاری اندیشیده نشده است.

نقش دولت‌ها در عرصه سلامت نیز از منظری متفاوت قابل بررسی است. آنچه که از این سو، قابل مشاهده می‌باشد، بدین گونه است که، اولاً؛ دولت‌ها همیشه به حوزه عمومی نگاه می‌کرده‌اند و سلامت تک تک افراد برای آنها از اهمیتی ثانویه (با اختلاف زیاد) برخوردار بوده است به عبارتی «ارایه سرانه خدمات» را لحاظ می‌کرده‌اند و به گونه‌ای از احتساب تفاوت‌های فردی بی‌نیاز بوده‌اند. ثانیاً؛ جهت‌گیری عمده این خدمات، معطوف به عوامل محیطی ایجاد کننده بیماری بوده است. ثالثاً؛ دولت‌ها به علت دارا بودن امکانات وسیعی که انحصاراً در اختیار آنها بود، آنچه را که خود صلاح می‌دانستند، از طریق ارایه خدمات پیش‌گیرانه و بهداشتی ارایه می‌دادند و در این موضوع، نگاه از بالا به پایین اتفاق می‌افتاد. رابعاً؛ این خدمات فقط در زمینه رفع عوامل بیماری‌زای محیط بود و نه زمینه‌سازی برای پرورش سلامت، به عبارتی خوی بیماری‌نگر در این اقدامات مسلط می‌شد.

البته نمی‌توان موفقیت این نوع نگاه را در مبارزه با اپیدمی‌ها و بیماری‌ها نادیده گرفت و مسلماً وضعیت امروز جامعه مدیون تلاش‌های محققان و پزشکانی این چنین است. وانگهی اقتدار و قدرت حاصله از این موفقیت‌ها، به

گونه ای نگاه قدرت را به سمت وجه مثبت سلامت نیز منعطف ساخت، و دوره دیگری با نگرشی جدید آغاز شد.

سه ویژگی مهم این دوره چنین است:

۱ ـ در جامعه امروزین، با در نظر گرفتن فزونی آگاهی ها و پیشرفت دانش و دانایی مردم در زمینه های مختلف منجمله علوم پزشکی و جامعه شناسی، پایه های قدرت و اقتدار، دچار نوسان شده است، تحکم ها و مداخلات آمرانه، مجالی برای ظهور و بر کرسی نشستن نمی یابند، به عبارتی، اینک بیمار محوری پیشرفت نموده و تا حدودی جایگاه پزشک محوری را تنگ نموده است. امروز پزشک و بیمار در یک کار طرفینی، با هم تصمیم می گیرند.

۲ ـ چهره مشکلات بهداشتی سال های گذشته، اینک تغییر کرده است و به جای آن، اپیدمی های نوپدیدی مرتبط با سبک زندگی مدرن پیش آمده است. این موضوع باعث ناتوان و ناکار آمد شدن علم پزشکی به معنای قبل شده است.

۳ ـ با ابتناء به موارد پیش گفت، روش رویارویی با بیماری های نوپدید، به سوی اصلاح سبک زندگی و عوامل اجتماعی موثر بر آن، سوق پیدا کرده است. بدین جهت، سلامت را دیگر نمی توان جدا از دیگر بخش های جامعه دید.

با این روش نگرش، تعابیر جدیدی نیز نظیر؛ پرورش سلامت به وجود آمده اند. پرورش سلامت طبق نظر صاحبنظران، عبارت از «فرآیندی است که افراد را به کنترل و بهبود وضع سلامت خود توانا می سازد» که مهم ترین ویژگی این نگرش، پذیرش نقش مشارکت جویانه گیرندگان خدمات سلامت و نیز لزوم همکاری بین بخشی برای گسترش سلامت است. در توضیح بیشتر می توان اشاره کرد که این دیدگاه بجای بیماری نگر بودن، سلامت نگر است. این نه به معنای نفی بیماری نگری، که فراتر رفتن از آن و تکامل آن است. ارایه خدمات سلامت عمومی در موارد مشکلات بهداشتی، همچنان ضروری است ولی خدمات سلامت فقط محدود به آن نیست. آری، این دیدگاه، متضمن چشم پوشیدن از بیماری و مشکلات بهداشتی نیست، اما برای رفع آن ها بایستی متوجه بود که ارایه خدمات آمرانه، بدون ملاحظه تفاوت های فردی و بدون توجه به عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دیگر کارساز نیست. در اینجا، سلامت در چارچوب گسترده‌تری به‌نام رفاه اجتماعی به‌عنوان موضوع بررسی‌های‌علمی و سیاست‌گذاری‌های بهداشتی قرار می گیرد و نتیجتاً، جایگاه علومی مرتبط از حوزه علوم انسانی نیز در این ارتباط تبیین می شود.

■ عدالت اجتماعی

اقشار مختلف از لحاظ اقتصادی، به درجات متفاوتی از سلامت عمومی برخوردار می شوند. به عبارتی افراد دارای درآمد کمتر، به نسبت کمتری از افراد مرفه از مزایا و مواهب سلامت برخوردارند، بیماری در میان اینها بیشتر و عمر کوتاه تر است. البته باید یادآوری کرد که گرچه مرگ و میر افراد کم درآمد همچنان

بسیار بیشتر است، ولی تفاوت های سطح سلامت را در میان جوامعی که از مرحله گذر اپیدمیولوژی عبور نموده‌اند، براساس درجه رشد اقتصادی آنها نمی‌توان توضیح داد. آن چیزی که می‌تواند توضیح مطلوب‌تری ارایه کند، وجود عدالت اجتماعی در میان جامعه است.

عدالت اجتماعی نیز از طریق وفاق اجتماعی، سبب ساز توسعه سلامت است. وفاق اجتماعی، یکی از ویژگی‌های مهم جوامع برخوردار از سطح بالای سلامت است؛ کارهای مشارکت جویانه، فعالیت‌های داوطلبانه، سازمان‌های غیردولتی، همکاری‌های بین بخشی و ... نهایتاً «سرمایه اجتماعی» به عبارتی سرمایه مادی معنوی، یعنی همان عاملی که باعث تسهیل فعالیت در جامعه می‌شود، افزایش می‌یابد.

در جوامعی که اعضای آن‌ها با داده‌های درست اقناع می‌شوند و درجه اطلاع و آگاهی آن‌ها نسبت به وقایع اجتماعی بالاست، احساس امنیت خاطر آنها را ارضاء می‌کند و سرمایه گذاری‌های اقتصادی، باز خورد متعادلی را به صاحبان آن‌ها پیشنهاد می‌کند، تعاملات اجتماعی اعضا، متوازن است، سازمان‌هایی پاسخ‌گو و کارا (برآمده از دل جامعه) وجود دارند، و سطح بالای سلامت در آن‌ها چشم‌گیر است.

از طرفی علل اجتماعی مرگ و میر نظیر؛ اعتیاد، قتل، خودکشی و ... ؛ و همچنین تولید جرم، و فشارهای مختلف روانی اجتماعی، نتیجه شقاق اجتماعی‌اند و در بررسی علت پدید آورنده آنها، در آمد نقش تعیین کننده‌ای دارد.

سازمان‌های غیردولتی حتی در مقیاس کوچک و محله‌ای نشان داده‌اند که در این گونه موارد از طریق افزایش تماس های اجتماعی افراد ودخالت آن‌ها در فعالیت‌های دسته جمعی محله‌ای، سلامت بیشتری را به اعضاء هدیه کرده‌اند.

بنابراین مشخص است که یکی از مهم‌ترین دلایل تعیین کننده سلامت هر جامعه، «کیفیت زندگی اجتماعی» است که خود ربط عمیقی با «برابری درآمدها» دارد. این برابری درآمدها، بجز نقش تحت اللفظی خود ، از طرقی همچون کاهش استرس‌ها و احساس عدم امنیت فردی و اجتماعی و افزایش اعتماد به نفس و تقویت روابط بین عضوی، بر سلامت عمومی و فردی جامعه تاثیر عمیق و منطقی خود را بر جای می‌گذارد.

نهایتاً باید متذکر شد که امر بر اختیار یکی از دو موضوع «عدالت اجتماعی» و «رشد اقتصادی» دایر نیست، بلکه تجربه ثابت کرده است که این تسهیل فعالیت‌های اقتصادی و بهره‌وری نیروی انسانی است که با افزایش درآمد جامعه، سرمایه اجتماعی را بالا می‌برد.

□ «وجه مثبت سلامت» یا «مبارزه با بیماری»؟!

مبرهن است که به هیچ وجه این دو را نمی‌توان روبروی هم قرار داد و سپس یکی از این دو را انتخاب کرد. آنچه پرورش سلامت را تعیین می‌کند، میزان و محدوده قدرت و توانمندی افراد در کنترل سلامت خود و ارتقاء آن است و این تعارضی با بحث مبارزه با بیماری ندارد.

ضمن این‌که مشابهتی صرف نیز ندارد. بنابراین می‌توان فهمید که این دو هر کدام راه

خود را می‌پیماید ولی نه به معنای تضاد که به معنای تفاوت، و هر دو مبارک است و لازم.

در باب «پیش‌گیری» نیز می‌توان گام را فراتر گذاشت و اعلام کرد؛ هرجا مداخله پیشگیرانه انجام گیرد که هدف آن؛ «اصلاح آگاهی، نگرش، و رفتار فرد باشد، پیش‌گیری و سلامت همپوشانی می‌کنند (البته باید دقت داشت که تغییر بینش فرد به سمت استفاده از مداخلات قدیم نباشد، بلکه وی را توانمند و متکی به نفس نماید) و این به عنوان «سرمایه» فرد دائماً باز تولید می‌شود و نهایتاً می‌توان پایداری سلامت را از آن دریافت کرد.

البته به یاد داشته باشیم که آگاه‌سازی در این موضوع با آگاه‌سازی بهداشتی پیشگیرانه متداول، متفاوت است. به عبارت دیگر در مدل قدیمی، این آگاه‌سازی را دانش پزشکی جهت می‌دهد و قدرت انتخاب را تا حد زیادی از اکثر مردم سلب می‌نماید در حالی که در پرورش سلامت، بدون هیچ‌گونه آمریتی، فرد فرصت عمل براساس آگاهی خود دارد، می‌تواند آگاهی خود را پرورش دهد، سلامت را به اقتضای درون خود کنترل نماید و آن را تعالی بخشد. در این صورت عضو جامعه به این باور خواهد رسید که برای سالم‌تر بودن، فقط دغدغه بیماری کافی نیست و اصلاً ممانعت از بیماری، سلامت بیشتری را برای او به ارمغان نخواهد آورد.

□ سیاست سلامت در ایران

چنین به نظر می‌رسد که باور غالب بر این بوده است که در کشورهای جهان سوم، به دلایل مختلف منجمله درآمد کمتر و فرهنگ بهداشتی پایین‌تر، هنوز بایستی سیاست را بر دیدگاه سلامت عمومی و رفع بیماری‌هایی نظیر عفونی و انگلی متمرکز ساخت. البته نیز از طرف دیگر، بیماری‌های همه‌گیر جدید نظیر بیماری‌های قلب و عروق، روان و سرطان نیز مبتلا به ما شده‌اند. به عبارت دیگر فقر و شکاف طبقاتی و وضعیت فرهنگی، باعث فقدان سرمایه‌های مادی و اجتماعی در این کشورها شده است.

به نظر می‌رسد با وضعیت پیش گفت، برای ارتقاء سلامت جامعه می‌توان مواردی همچون موارد ذیل را در نظر گرفت:

□ اولویت پیش‌گیری؛ در این راه بایستی بیمه همگانی را هر چه سریع‌تر راه‌اندازی کرد تا مردم بتوانند به معاینات دوره‌ای پیش‌گیرانه بپردازند واز طرف دیگر به فارغ‌التحصیلان رشته‌های پزشکی ، علم و روش‌های بومی پیشگیری را آموخت.

□ اولویت سلامت روانی اجتماعی؛ متاسفانه فقط به قسمت چشمگیر بیماری‌های روان که همانا اختلالات شدید روان پزشکی باشد پرداخته می‌شود، و واضح است که برای پرورش روان نمی‌توان فقط به این قسمت پرداخت. بنابراین بایستی نظام موجود در بهداشت کشور به گونه‌ای باز تعریف شود که این پارادایم نیز در آن گنجانیده شود و در این راه بایستی حتماً به مشکلات روانی اجتماعی توجه خاص نمود تا با محور قرار دادن اصل پیش‌گیری تبدیل آنها را به اختلال روانی اجتماعی مانع شد. مثلاً امروز به مشکلاتی نظیر آزار کودک و آزار زن (با گستردگی بسیار

بیشتر نسبت به بیماری های بارز روان پزشکی)، کمتر توجه می شود در حالی که برای ایجاد آن بیماری های بارز، این مشکلات نقش اساسی ایفا می کنند.

□ اولویت عوامل اجتماعی موثر بر سلامت در قیاس با عوامل زیست محیطی؛ وفاق اجتماعی، فقط ارتقای سلامت روانی جامعه را در نظر ندارد، بلکه حتی امید به زندگی نیز بایستی از مسیر مفاهیمی همچون مشارکت پیش برود.

□ بازنگری و شرح وظایف شبکه های بهداشت: روند رو به رشد شهرنشینی که به روش های مختلف، افزایش فشار روانی را به دنبال دارد، دلیلی قانع کننده برای این طرح می باشد.

□ فراتر دیدن مفهوم سلامت و قراردادن آن در چهارچوب رفاه اجتماعی؛ مطمئناً به علت جامعیت موضوع «سلامت»، بایستی درک آن را به رگ و ریشه های مردم وارد کرد و در این راه طبیعتاً انحصار آن در رشته های علوم پزشکی، کفایت نمی کند، بلکه بایستی در یک عمل طرفینی هم درس های مرتبط به علوم پزشکی را تا حدودی به رشته های دیگر آموخت و هم مفاهیم اجتماعی را در درس های دانشجویان رشته های علوم پزشکی گنجانید.

بنابراین سلامت چون یک مفهوم عام است، به درستی و به سهولت، می توان آن را از مولفه های یک گستره وسیع بنام رفاه اجتماعی، دانست.

استفاده از مفهوم نوین «پرورش سلامت» با عنایت به صفات ثبوتیه ذات احدیت و پیاده کردن آن در اشرف مخلوقات و اشراف بر این نکته که، او قادر است، اعتماد به نفس، را به عنوان یک داشته روانی درگذر به سوی کمال، توصیه می کند، تا بتواند این توانایی را به طور مداوم باز تولید کند.