

جامعه و جذامی

دکتر رحیم فرخ نیا

عضو هیات علمی دانشگاه بوعلی سینا

چکیده

جذام مانند هر بیماری دیگری قابل تفکیک از تندرستی نیست و نیز تندرستی هم قابل تفکیک از فرهنگ نیست، لذا مسائل اجتماعی و فرهنگی جذام تنها به جنبه بیماری شناسی آن از نظر پزشکی بستگی ندارد، بلکه به ماهیت اجتماعی آن نیز بستگی دارد.

گرچه پیشرفتهای اخیر پزشکی در مداوای جذام در سالهای اخیر قابل توجه بوده است، اما مسأله‌ای که جذام از نظر اجتماعی با آن مواجه است متفاوت از بیماریهای دیگر است. حتی در بیماریهای وخیم‌تر از جذام مانند سل و ابله فرد بیمار پس از مداوا به راحتی به آغوش خانواده و جامعه خود بازمی‌گردد، اما فرد مبتلا به جذام بعد از مداوا نیز در جامعه و خانواده خود پذیرفته نمی‌شود.

این مقاله سعی دارد برای بازگشت بیماران جذامی پس از مداوا به آغوش خانواده و جامعه ارائه طریق کند، لذا از یک سو از پزشکان دعوت به عمل می‌آورد تا بدریختی و بدشکلی حاصل از این بیماری را از بین ببرند و از سوی دیگر از محققان علوم اجتماعی طلب همکاری می‌نماید تا به دنبال اعاده حیثیت اجتماعی این دسته از بیماران باشند و زمینه بازگشت آنها را به جامعه فراهم کنند.

پرتال جامع علوم انسانی

مقدمه

تندرستی، که نقطه مقابل حالت بیماری است، به عنوان پدیده طبی موجودات زنده انسانی تلقی می‌گردد. چون مردم دارای بارها و تصورات متفاوتی از جسم، تغذیه، علل بیماریها، محیط و همچنین زندگی حیوانی و گیاهی و آب و آتش می‌باشند، لذا از مفهوم تندرستی نیز برداشت متفاوتی دارند که این امر مربوط می‌شود به عواملی چون: بهداشت فردی، الگوهای زناشویی زایمان و پرورش کودک، گروههای جنسی و سنی، قواعد و مقررات اجتماعی بین افراد و برخوردهای گروهی، مناسبات خانوادگی و ساختار شغلی، که این عوامل باعث می‌شوند تندرستی به پدیده‌ای فرهنگی - اجتماعی مبدل گردد. باید اذعان کرد که تندرستی به شایستگی فردی بستگی دارد و تمام جوامع انسانی، اعضای خود را برای انجام نقشهای مفید مناسب با موقعیتشان به وسیله پویسهای جامعه پذیری و فرهنگ پذیری آماده می‌سازند. همچنین، جوامع نهادهایی را برای مراقبت از بیمارها، تعدیل زمان ناتوانی و جلوگیری از پیشرفت بیماری و ارتقای بهبود شخص در کوتاهترین زمان ممکن فراهم می‌کنند، به همین دلیل چون تحمل ندارند نیروهای انسانی خود را به وسیله مرگهای زودرس و قربانی شدن ناشی از بیماری مختلف از دست بدهند، لذا برای فرد بیمار نقشهایی را تدارک می‌بینند که فرد با کسب این نوع نقشها، در درون گروه خود مورد معالجه و مراقبت قرار می‌گیرد.

اگر چه جوامع بیشتر به بیماریهای مزمن و مسری اهمیت می‌دهند ولی مشخص است که هرگونه کوششی جهت کنترل این‌گونه بیماریها (بیماریهایی مانند جذام) نیازمند کسب دانش و آگاهی پیرامون تندرستی و بیماری در آن جامعه است، که البته این مهم به توانایی اقتصادی و تشکیلات منسجم بستگی دارد.

در کنار ملاحظات علمی در جهت تندرستی اعضای جامعه، علاج نیز به نوبه خود مهم است، و مفهوم آن ادای حرمت نسبت به شأن انسان است. اما از آنجا که مردم نسبت به علاج و مداوای برخی بیماریها چون بیماری «جذام» یقین کامل ندارند، لذا هرگونه اقدام بشر دوستانه جهت ایجاد حرمت برای این قبیل بیماران (جذامی)، مشابه سایر بیماران بی‌نتیجه مانده است.

هر چند پیشرفتهای اخیر در علوم پزشکی موجب امیدواری برای کنترل بیماری جذام گردیده، ولی تأثیر پیشداوریه‌های فرهنگی به اندازه‌ای زیاد است که کوششهای پزشکی را در جهت کنترل این بیماری خنثی کرده است؛ لذا برای تحقق این امر (کنترل بیماری جذام) از محققان علوم اجتماعی کمک گرفته شد.

اساساً تندرستی نیز مانند اقتصاد، سیاست، جامعه و مذهب جنبه‌ای از فرهنگ تلقی می‌شود، بنابراین اطلاعات مربوط به تندرستی و بیماری نیز جزء سنت فرهنگی مردم به شمار می‌رود. به همین دلیل هرگونه کوششی جهت تغییر در رفتار و باورهای مردم پیرامون سلامتی و بیماری، مستلزم ایجاد تغییر در سنتهای متداول آنهاست. محققان علوم اجتماعی در حال حاضر سرگرم اینگونه مطالعات هستند، یعنی در صدد ایجاد نوعی ابزار تحقیقی برآمده‌اند تا با استفاده از کوششها و پیشرفتهای پزشکی جهت تغییر در نگرش - بعضاً غلط فرهنگها نسبت به بیماری جذام الکوی مناسبی را بوجود بیاورند که البته نظریه‌هایی را هم تدوین کرده‌اند.

محققان علوم اجتماعی قادرند از طریق مشارکت در گروههای پزشکی و نیز گروههای تحقیقاتی آموزش بهداشت و مددکاری اجتماعی، نتایج برداشتهای خود را به صورت دانش فنی و به زبانی ساده و قابل فهم برای عموم بیان نمایند. هدف اصلی این محققان آنست که مردم و سازمانهای بهداشتی را ترغیب نمایند تا با بیماری جذام نیز همچون بیماریهای مسری دیگر برخورد کنند البته، تاکنون موفقیت چندانی حاصل نشده است. شایان ذکر است که قسمتی از این مشکلات برمی‌گردد به پیشداوریهایی تبعیض آمیز طلب سنتی درباره بیماری جذام، زیرا طب سنتی برای مداوای این نوع بیماری چیزی برای عرضه ندارند، اما در عوض عوامل زیادی را به عنوان علل ابتلا به آن معرفی می‌کند که اساس پیشداوریهایی تبعیض آمیز علمی شده است.

در بررسی جنبه‌های فرهنگی و اجتماعی بیماری جذام، اهداف زیر را باید مد نظر قرار داد:

۱. حمایت و تشویق در ایجاد روابط متقابل بین دانشمندان علوم اجتماعی و جذام شناسان.
۲. شناسایی آن دسته از عوامل اجتماعی و فرهنگی که برنامه کنترل جذام را به تأثیر می‌اندازد.

بیماری جذام از دیدگاه پزشکی

جذام بیماری عفونی و مزمنی است، که عمدتاً بر پوست، اعصاب محیطی، مخاط دستگاه تنفسی فوقانی و چشمها اثر می‌گذارد، که اگر بیمار زود اقدام به معالجه و مداوای مطلوب آن نکند دچار بدریختی می‌گردد و این بدریختیها سیمای ظاهری او را تغییر می‌دهد. و ریشه اصلی تنگ اجتماعی بیماری جذام را به وجود می‌آورد. (کوکراس، ۱۹۶۴، ص ۴۴۸)

در حقیقت جذام، ننگین‌ترین بیماری جامعه بشری است. این بیماری مختص انسانهاست و حیوانات در معرض تهدید آن قرار ندارند. جذام از طریق باسیل (اسید فاست) میله‌ای شکل به نام مایکو باکتریوم لپره^۱ ایجاد می‌شود، و تاکنون هرگونه کوششی جهت تولید واکسن پیشگیری از آن نیز بی‌نتیجه مانده است.

به طور کلی بیماری جذام به دو دست تقسیم می‌شود: جذام متورم و غیر متورم. معمولاً بیش از ۷۰ درصد موارد جذام از نوع «عفونی خفیف» است. علائم پزشکی، بیماری جذام را به صورت لکه‌های فاقد خارش، صاف، چرب و با پوست درخشانده معرفی می‌کند که در آن بعضی از قسمت‌های بدن بی‌حس می‌شوند و حساسیت خود را از دست می‌دهند. از آنجا که جذام در مراحل اولیه خود با علائم اخطار کننده و یا ناراحتیهای جسمی همراه نیست، بنابراین شخص حامل ممکن است از جریان مبتلا شدن خود با خبر نگردد. دوره کمون این بیماری نیز بسیار طولانی است (از ۳ تا ۵ سال) و البته در مواردی حتی بیشتر. فرد در هر سنی و از هر جنسی (مذکر و مؤنث) و هر نژاد و قومی و با هر شرایط اقتصادی و اجتماعی که باشد در معرض ابتلا به جذام قرار دارد. مداوای جذام نیز از چند ماه تا چندین سال به طول می‌انجامد که به نوع بیماری و مرحله آن بستگی دارد. برای مدت قریب به چهل سال، تنها داروی مؤثر و مورد استفاده، داروی داپسون^۲ بوده است و اخیراً داروهایی مانند ریفام پسین^۳ و

1 *Mycobacterium leprae*

² Diamino - Diphenyl - Sulfone (D.D.S)

³ Rifampicin

کلوفازامین^۱ و تالیدومید^۲ و غیره نیز مورد استفاده قرار می‌گیرند که در سرعت بخشیدن به مداوا و کنترل جذام مؤثر هستند (مهندال، ۱۹۷۸، ص ۴۸).

در نظر مردم جذام بیماری است که منجر به بدریختی و نقص عضو می‌شود و با فقدان ابرو، برآمدگیهای متورم، خوردگی بینی و تحلیل رفتن انگشتان همراه است. در این حالت اعصاب دست و پاها و صورت شخص بیمار آسیب می‌بیند و دچار بدریختی می‌شوند. معمولاً در اثر عفلت یا عدم آگاهی بیمار برای مداوا، قسمتهای بی‌حس شده بدن که فاقد درد بوده نیز دچار آسیب می‌شوند و به زخم تبدیل می‌گردند که در این صورت فرد وارد مرحله پیشرفت بیماری می‌شود.

بیماریهای که در افراد ایجاد نقص عضو می‌کنند در بین مردم بیشتر ایجاد ترس می‌کنند تا بیماریهای مهلک؛ زیرا سرانجام دسته اول (نقص عضوها) به مرگ اجتماعی، اما سرانجام دسته دوم به مرگ جسمی می‌انجامد. چون انسان از مرگ اجتماعی بیشتر در هراس است تا مرگ جسمی، لذا از بیماریهایی چرن جذام که پیامد مرگ اجتماعی را برای اشخاص دارند، بیشتر می‌ترسد.

برخلاف باورهای مردم که اعتقاد به ارثی بودن جذام دارند، جذام ارثی نیست. دلیل ترسشان از جذام نیز ناشی از عدم آگاهی کامل آنها، درباره آن بیماری است. البته امروز دیگر جذام همچون گذشته ناشناخته نیست و ترس از عواقب مسری بودن آن تا حدی کاهش یافته و باور غلط «جذامی فرد گناهکاری است که به جزا رسیده است» هم به تدریج تعدیل شده است. بر خلاف باورهای سنتی، بیماری جذام علاج پذیر است و مهلک نیز نیست؛ اما از نظر روانی، جذام انزوا و وحشت و ترس را تداعی می‌کند؛ ترس و وحشت از ریخت جذامی؛ وحشت از رنج و سخت جذامی و وحشتی دو چندان از واگیر بودن بیماری جذام (موتاتکار، ۱۹۷۹، ص ۳).

^۱ Clofazamin

^۲ Talidomid

سرایت باکتری جذام ممکن است در اثر تماس طولانی با پوست شخص بیمار، آمیزش جنسی، و همچنین از طریق ترشحات بینی بیماران جذامی و حشراتی مانند مگسها و ساسها باشد که حامل باکتری جذام هستند؛ ولی هنوز راه ورود و خروج باکتریهای جذام در خون انسان رویت نشده و در نتیجه این ابهامها مشکل واگیری جذام را بیشتر کرده است. اما به نظر می‌رسد که انسان منبع اصلی ذخیره باکتری جذام است. (همان منبع، ص ۵-۳)

امروزه تحقیقات نشان داده است که فقر غذایی و تغذیه نامناسب و رعایت نکردن بهداشت فردی و اجتماعی از عوامل مهم ابتلا به بیماری جذام هستند. تعداد مبتلایان به این بیماری در کل دنیا به رقمی حدود یک میلیون و هشتصد هزار نفر می‌رسد، که در حال حاضر حدود یک میلیون و سیصد هزار نفر از آنها تحت معالجه هستند و در دهه اخیر یک میلیون نفر آنها معالجه شده‌اند. شایان ذکر است که تعداد مبتلایان به جذام در ایران، حدود شش هزار نفر است.

رویکردهای کنترل جذام

قبل از استفاده از داروهای جدید ضد جذام مانند داپسون، جداسازی بیماران جذامی در جذام‌خانه‌ها و محبوس کردن آنها در دهکده‌ها، کوه‌ها و بیابانها به عنوان تنها راه حل جلوگیری از سرایت این بیماری به سایر اعضای جامعه تلقی می‌شد؛ لذا بیمارانی که به دلیل بدریختی دیگر قادر به کتمان بیماریشان نبودند، جذام‌خانه‌ها تنها پناهگاه اسکان آنها به شمار می‌رفت و به این ترتیب «جامعه جذامیان» شکل می‌گرفت و هستی آنان از دید جامعه کلان نادیده گرفته می‌شود. در ازمینه قدیم، در آفریقا و هندوستان، بیماران مبتلا به جذام را در ساحل رودخانه‌های بزرگ و در کپرهای مخصوص قرار می‌دادند تا در اثر جریان سیل و طغیان رودخانه‌ها، آب آنها را ببرد. (چترجی، ۱۹۷۸، ص ۷۲)

در کشورهایی مانند هندوستان و اندونزی برای کنترل جذام و نیز کشف بیماران جذامی که از مراجعه جهت مداوا امتناع می‌کردند، جستجوی خانه به خانه آغاز گردید. این روش نیز به دلیل اثرات و عواقب اجتماعی آن، با مشکل روبرو بوده است؛ زیرا،

اگر یک عفونت پوستی به درستی تشخیص داده نمی‌شود و جذام به حساب می‌آید، بیمار و خانواده او باید تاوان سنگینی بابت آنچه که وی بدان مبتلا نبوده است را می‌دادند و متحمل ضربه روحی و روانی می‌شدند. بطور کلی در سراسر دنیا شناسایی بیماران جذامی به علت عدم آگاهی مردم از علل بیماری، تنوع مداوا، و ننگین بودن نوع بیماری، با مشکل روبرو بوده است. همچنین جذام به وسیله پزشکان عمومی و پیراپزشکان در مراحل اولیه، به دلیل عدم وجود تصویری روشن از این بیماری، مشکل است (همان منبع، ص ۷۹).

رویکرد اصولی و مطلوب دست‌اندرکاران امر بهداشت و پزشکی با جذام، باید مشابه برخورد با سایر بیماریها باشد. جداسازی بیماران جذامی در مکانهای خاص بیشتر یک ملاحظه بشر دوستانه است، و نباید به جای اعاده حیثیت اجتماعی مطلوب تلقی شود، بلکه باید شرایطی فراهم گردد تا بیمار جذامی بتواند بعد از مداوا مجدداً به جامعه در میان جمع برگردد. زیرا عاده حیثیت اجتماعی، مشکل اصلی بیماران جذامی است. مسلماً باید محققانی که برای اعاده حیثیت اجتماعی این بیماران تلاش می‌کنند، ارزش و افتخار اجتماعی‌شان بیشتر از افرادی باشد که سعی در مداوای جذامیان دارند.

مشکل‌ترین مسأله جذام آن است که، انسان حامل باکتری جذام می‌باشد و از آنجا که باکتری جذام قابل جداسازی نیست، بنابراین، انسانها باید برای نشان دادن تأثیر دارو؛ (دارویی که جهت مداوای بیماری جذام تجویز می‌گردد) مورد آزمایش قرار گیرند. از طرفی انسانها به دلیل اینکه دارای رفتار و زندگی یکنواخت نیستند، بدترین الگوهای آزمایشی برای انجام آزمایش بر روی ایشان به حساب می‌آیند. به طور کلی به نظر می‌رسد دانش پزشکی پیرامون مصونیت و عفونت بالینی هم چنان ناکافی است.

نکته قابل توجه دیگر این است که پزشکان به دلایل مختلف اجتماعی از پذیرش بیماران جذامی در مطبهای خود امتناع می‌کنند. به طور مثال پزشکی که بیماران جذامی را در مطب خود می‌پذیرد، سایر بیماران به خاطر ترس از واگیری جذام به مطب او مراجعه نمی‌کنند، در نتیجه او با عدم مراجعه بیماران مواجه می‌شود و لذا

جهت اجتناب از چنین شرایطی، پزشکان بیماران جذامی را به مراکز مختلف روانه می‌کنند، البته گاهی سبب سرگردانی بیمار می‌شود. ضمناً پزشکان عمومی، اطلاعات و دانش چندانی درباره این بیماری ندارند و در برخورد با آن و نیز تشخیص و مداوای آن ناتوان هستند. از طرفی نگهداری این بیماران نیز به صورت مشکلی درآمده است که علت اصلی آن احتمالاً مداوای طولانی و تدریجی می‌باشد؛ زیرا بیماران از مداوای طولانی مدت جذام و پیشرفت آن طی مراحل مختلف، بی‌اطلاع هستند. بعضاً طولانی بودن مدت مداوا با خستگی بیمار و سلب تحمل از وی همراه است؛ لذا می‌توان از جمله دلایل عدم مراجعه این بیماران برای درمان مواردی چون: عدم احساس درد در مراحل اولیه این بیماری، عدم اطلاع از علت و نیز نداشتن اعتقاد به مداوای آن و همچنین مشکلات اقتصادی بیماران دانست. در حال حاضر هیچ گونه روش دیگری نیز جهت مداوای اولیه به منظور پیشگیری از بدریختی و عفونت وجود ندارد. در حقیقت هنگامی که آسیب به عصب‌ها می‌رسد، دیگر کار از کار گذشته است و بدریختی را به دنبال خود دارد؛ بنابراین، تحقیقات پزشکی باید بر روی پیشگیری از بدریختی تمرکز یابد، زیرا بدریختی، تنگ اجتماعی و نیز حادثه‌ترین ویژگی بیماری جذام است (همان منبع، ص ۱۸۲).

مردم از انواع جذام چه نوع مسری و چه غیرمسری آن وحشت دارند و به علت عدم اعتماد به مداوا و نیز طولانی بودن دوره آن، برخی از بیماران از مصرف دارو امتناع می‌کنند. اگر چه پیدایش داروهای متعدد برای معالجه جذام امیدوار کننده بوده است، اما کمبود پزشکان آگاه به مسائل جذام، کار مداوا و معالجه را با مشکل روبرو کرده است. اگر چه مراقبت از بیماران در بیمارستانها و آسایشگاهها مقدور است، اما بستری کردن بیماران جذامی مشکلات اجتماعی و خانوادگی را به همراه دارد.

مسائل اجتماعی جذام

از آنجا که بیماری، خود مسأله‌ای است اجتماعی، بنابراین اثرات اجتماعی نیز دارد؛ اما شدت این اثرات در جذام بیش از سایر بیماریهاست. هر چند پیشرفتهای پزشکی و نیز اطلاعات علمی و پزشکی در ارتباط با بیماری جذام برای مردم عنوان نشده است،

ولی نمی‌توان تمام اطلاعات فنی و علمی را نیز برای مردم بیان کرد؛ زیرا بسیاری از این اطلاعات در حد فهم و ادراک عموم نیست.

از آنجا که جذام قابل تفکیک از تندرستی و نیز تندرستی هم قابل تفکیک از فرهنگ نیست؛ لذا مسائل اجتماعی و فرهنگی جذام، تنها به جنبه بیماری‌شناسی آن از نظر پزشکی بستگی ندارد، بلکه به ماهیت اجتماعی آن نیز بستگی دارد.

آگاهی و شناخت مردم از جذام، ناشی از پیشداوری‌هایی است که از نسل‌های پیشین به صورت سنت فرهنگی و تجربی به آنها منتقل شده است. آنها علاج ناپذیری جذام را، در بدریختی، نوع زخمها و تغییر رفتار فرد بیمار می‌بینند (خصوصیاتی که زیبایی انسان را نابود می‌کند) و چون کمتر شاهد مدارای بیماران جذامی بوده‌اند، لذا در شک و گمان فرو می‌روند که چرا باید این بیماری تنها دامنگیر برخی شود و شامل همه مردم نگردد.

کمبود دانش علمی کافی درباره علت اصلی بیماری و نیز مراحل پیشرفت آن، رفتارهایی را در مردم بوجود می‌آورد که خشم معالجه‌گران جذام را نیز برمی‌انگیزد. از یک سو کشف افراد بیمار به وسیله جستجوی خانه به خانه، مشکلات اجتماعی را به همراه دارد، و از سوی فرد بیمار به دلیل عدم اطلاع از ابتلای خود به بیماری جذام و یا به خاطر ننگ اجتماعی مترتب بر آن، از مراجعه به بیمارستان و درمانگاه امتناع می‌ورزد، زیرا مردم نوعی بدریختی کلیشه‌ای همزاد جذام را در ذهن می‌پروراندند و چون از جذام منزجرند، در صورت کشف حتی یک مورد بیماری در یک خانواده، هم بیمار و هم خانواده وی از سوی مردم طرد اجتماعی می‌گردند.

در اثر عدم اطلاع از مراحل پیشرفت بیماری جذام، برای برخی قبول یک لکه بر روی پوست به عنوان بیماری جذام غیرممکن است؛ چون تصور کلی این است که جذام نتیجه قصور اخلاقی است، بنابراین، بیمار از پذیرش نقش بیماری به خاطر یک لکه کوچک بر روی پوست امتناع می‌ورزد و از جهتی چون علت بیماری را نمی‌پذیرد، لذا تن به مدارا نیز نمی‌دهد؛ زیرا نمی‌تواند بپذیرد که یک لکه کوچک ساده پوستی که فاقد درد یا التهاب است، به نقس عضوی (بیماری جذام) بینجامد. البته اگر فرد بیمار دارای دانش نظری از میکروب بیماری بوده و نیز تا حدی با اصول علم پزشکی آشنایی داشته و نیز فاقد پیش‌داوری‌های عمیق فرهنگی نسبت به این بیماری باشد، در

آن صورت می‌تواند به خود بقبولاند که به بیماری جذام مبتلا شده است. البته پذیرش چنین امری در افرادی که در سطح پایین از نظر موقعیت اقتصادی و اجتماعی هستند، مشکل به نظر می‌رسد؛ زیرا در این سطح زندگی اجتماعی میزان سواد و امید به زندگی پایین است و زندگی برای آنها در بیش از یک جنبه؛ دچار بی‌سازمانی است و نتیجه آن هم شکست روحی می‌باشد. پذیرش نقش طولانی این بیماری به همان اندازه برای بیمار مشکل است که برای خانواده‌اش مشکل است. مسأله دیگر، انزوای اجتماعی و تنهایی است که بیمار سرپایی جذام به آن دچار می‌شود، زیرا کسی با وی مراد نمی‌کند در صورتی که اگر این بیمار به بیمارستانها و آسایشگاهها مراجعه نماید، بر اساس مرحله پیشرفت بیماری می‌تواند به همراه دیگر بیماران گروههایی از بیماران جذامی را به وجود آورند که موجب رهایی آنها از رنج تنهایی می‌شود. بنابراین، با وجود چنین چارچوب ذهنی و باورهای کلیشه‌ای دربارهٔ جذام، تنها افرادی برای مداوا مراجعه می‌کنند که به نتیجه قطعی مداوا اعتقاد داشته باشند و برای تندرستی خودشان نیز اصرار زیادی بورزند. پس عدم آگاهی از علت و مراحل پیشرفت بیماری و همچنین ترس از طرد اجتماعی از عوامل کتمان بیماری و نیز عدم مراجعه برای مداوا تلقی می‌شوند. از طرفی دیگر اعاده حیثیت اجتماعی برای کسانی که بدریخت شده‌اند یا در جذام خانه‌ها نگهداری می‌شوند به سادگی امکان پذیر نیست؛ چرا که حتی اعضای خانواده چنین بیمارانی هم تمایلی ندارد که آنها را بعد از زمدوا، مجدداً و به طور دائم نزد خود برگردانند. مگر این که عشق و علاقه آنها نسبت به بیمار بر این باورشان غلبه کند. نکته قابل ذکر دیگر این که بیماران جذامی حتی اگر دچار بدریختی هم نشده باشند، بعد از مداوا و بهبود، حاضر نیستند نوع بیماریشان را برای دیگران افشا کنند. البته علت تمام این مسائل ناشی از لکه‌نگین اجتماعی همزاد بیماری جذام است. آن دسته از بیماران جذامی که در آسایشگاهها و بیمارستانهای جذامیان بستری نمی‌شوند بعد از افشای بیماریشان، به صورت افراد گدا در خیابان و اطراف مکانهای زیارتی ظاهر می‌شوند. این عمل آنها اگر چه مشکل پزشکی نیست، اما به عنوان مشکل اجتماعی بزرگی تلقی می‌شود که باید برای جلوگیری از تداوم این قبیل مسائل اقدامات جدی انجام داد. از طرفی از پزشکان جذام شناس و امکانات پزشکی برای کاهش میزان سرایت جذام و از بین بردن بدریختی

ناشی از جذام استفاده کرد. از طرفی دیگر از محققان علوم اجتماعی خواسته شود تا به دنبال اعاده حیثیت اجتماعی این دسته از بیماران باشند و بازگشت مجدد آنها را بعد از مداوا به آغوش جامعه ممکن سازند که اینکار با تغییر در نگرش و ارزشهای فرهنگی ممکن است.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

نتیجه گیری

مشارکت محققان علوم اجتماعی و جذام شناسان در ارتباط با شناخت و بررسی جنبه‌های مختلف بیماری جذام باید بر این نکته استوار گردد که امکانات پزشکی به دنبال کاهش میزان سرایت جذام باشد و بتواند بدریختی آن را از بین ببرد، و در مقابل محققان علوم اجتماعی نیز به دنبال اعاده حیثیت اجتماعی این دسته از بیماران باشند و بازگشت مجدد آنها را بعد از مداوا به آغوش جامعه ممکن سازند در این صورت بدون شک این اقدام می‌تواند نقطه عطفی در تاریخ تندرستی انسان و روابط بین رشته‌ای محسوب گردد.

آموزش بهداشت عمومی در ارتباط با بیماری جذام، به عنوان تنها داروی اجتماعی تاکنون نتایج مطلوبی داشته است و می‌تواند روش مؤثری در کنترل جذام محسوب شود. البته اهداف آموزش بهداشت نکات زیر را باید در بر داشته باشد:

الف - آگاه نمودن مردم از انواع جذام (مسری و غیرمسری).

ب - آگاه نمودن مردم از علت و پیشرفت بدریختی،

ت - آموزش دادن بیماران جذام از مراحل بدریختی،

پ - کوشش برای از بین بردن لکه ننگین اجتماعی بیماری جذام،

ج - آموزش مردم از نحوه سرایت بیماری جذام.

حتی اگر با آموزشهای بهداشتی نیز تمام باورهای مردم نسبت به جذام تغییر نکند، این احتمال وجود دارد که با برخورد صحیح و آموزش درست، افراد بتوانند جنبه علاج پذیری این بیماری را بپذیرند و درک کنند که سرایت این بیماری به وسیله یک تماس ساده مقدر نیست، و نیز بیاموزند که یک لکه کوچک بدون درد را جدی بگیرند و این احتمال را که آن شاید جذام باشد، غیرممکن ندانند، و یا حداقل فرد مبتلا شده به این بیماری را به بستری شدن تشویق نمایند. قدر مسلم تمامی پیامدهای آموزشی بهداشتی بطور هم زمان پذیرفته نمی‌شوند. اگر پذیرش پیام علاج پذیری جذام از سوی افراد نسبت به پذیرش و درک پیام علل بیماری زمان بیشتری را می‌طلبد، به خاطر جدیدتر بودن دانش درمان و مداوا است از نظر زمانی، در مقایسه با دانش علت شناسی بیماری، که در آمیخته است با الگوهای فرهنگی درباره بیماری و تندرستی.

برای رفع لکه زنش و ننگین اجتماعی از بیماری جذام برخی از اندیشمندان پیشنهاد تغییر نام آن را داده‌اند. اما به نظر می‌رسد که بهتر است مراحل مختلف این بیماری دارای نامهای مختلف باشد. به دور از انصاف است فردی را که دچار بدریختی و نقص عضو گشته جذامی بنامیم و فردی را که یک لکه کوچک جذام بر بدن او ظاهر شده نیز به همان نام بخوانیم، در حالی که این دو، مراحل یک بیماری هستند. مشکلات جذام تنها به امر مداوا محدود نمی‌شود، بلکه عدم آگاهی مردم از این بیماری و خلاء دانش پزشکی، کنترل جذام را با مشکل مواجه کرده است. خودداری افراد شاغل در مراکز جذامی از مداوای بیماران نیز مسأله دیگری است. پزشکان هم رغبت چندانی به مداوای بیماران جذامی ندارند. از آن جا که این مسأله (بیماری جذام) عمدتاً خاص کشورهای جهان سوم است، لذا کشورهای غربی هم رغبتی به سرمایه‌گذاری تحقیقاتی در این زمینه ندارند.

شایان ذکر است که قوانین اجتماعی می‌توانند به بهبود اوضاع و احوال بیماران جذامی کمک کنند؛ زیرا این قوانین در حکم ابزاری برای اصلاح اجتماعی و نیز پیش‌بینی تغییرات حاصله در جامعه هستند؛ لذا مصلحان اجتماعی می‌توانند جهت تغییرات این قوانین را در حمایت از بیماران جذامی به کار گیرند و با جذام مشابه سایر بیماریها برخورد کنند. این در حالی است که در شرایط کنونی قوانین اجتماعی بیشتر کشورهای دنیا، به بیماری جذام نسبت به بیماریهای دیگری چون آبله و سل نگاه متفاوتتری دارند؛ در حالی که بیماری جذام خطرناکتر از بیماری سل و آبله نیست.

منابع و مأخذ

1. Cochrance and Davey: 1964, Leprosy in theory and practice, P.448
2. Chatterjee, B. R. 1978 A window on Leprosy, Warda
3. Mehendale, M. S. : 1978: A Critical Look at Society Health Education in Leprosy.
4. Guide to Leprosy Control Who Geneva, 97 PP.
5. Mutatkar, R. K. (Undated) Social Aspects of Leprosy Chatte.
6. 1st International Workshop on Leprosy Control in Asia, Jakarta, 1977
7. 2nd International Workshop on Leprosy Control Kathmandu 1979.
8. Bijleveld, I man. 1978. Leprosy in the Three Wangos Kenya: Stigma and Stigma Management.
9. Combating Stigma Resulting From Deformity and Disease Seminar 1969 New York.
10. Hausfeld, R. G. 1970, Anthropological Method for Measuring.
11. Exeposure to Leprosy in a Leprosy Endemic Population at Karimui, New Guinea.