

چالشهای سلامت و توسعه، گذشته و آینده

نویسندگان: دیوید فیلیس، یولاورهاسلت

تلخیص و ترجمه: دکتر نعمت اله بابایی^۱

چکیده

پیامدهای خواسته و ناخواسته توسعه و اثرات آن بر سلامت فرد و جامعه، موضوع اصلی این نوشته است، این نوشته یک فصل از بیست فصل کتاب "سلامت و توسعه" است که توسط چند تن از صاحب نظران به رشته نگارش در آمده است. کوشش عمده نویسندگان بر این نکته است که از گذشته تاکنون چه چالشهایی بین ایجاد توسعه و ارتقای سلامت وجود دارد و در آینده و اوایل قرن بیست و یکم، این چالشها به چه سمت و سویی، سیر خواهند کرد؟ نویسندگان، حداقل ده مورد اصلی و چالش برانگیز را در ارتباط با موضوع و رابطه سلامت و توسعه ذکر می کنند و برای کشورهایی که خواهان توسعه هستند، مواردی را بر می شمارند که باید بدانها توجه ورزند و در مسیر دست یابی به توسعه، بکوشند تا با تنش های کمتری از آنها عبور کنند. پیام اساسی این نوشته را می توان ارزیابی پیش ازهر اقدام و کاهش هزینه های دستیابی به توسعه، با توجه به حفظ و ارتقای سلامت فردی و اجتماعی منابع انسانی در مسیر توسعه خلاصه کرد.

یکی از مجادلات همیشگی این است که بین "سلامت بهتر" و "توسعه بیشتر" همبستگی خطی و یک سویه ای وجود دارد یا نه؟

جواب چندان ساده نیست، زیرا هر دو مفهوم یاد شده تا حد زیادی غیر قابل

۱. متخصص بهداشت، عضو گروه پژوهشی رفاه اجتماعی

اندازه گیری بوده و هر کدام دارای عناصر نظری متعددی هستند. هر چند باید اذعان کرد که "توسعه بیشتر" مقارن با "سلامت متفاوت" بوده است، ولی نه الزاماً سلامت بهتر، این یک واقعیت تردید ناپذیر است که اغلب کشورهای دارای در آمد سرانه بالا، به طور میانگین دارای امید زندگی و طول عمر طولانی تری هستند، اما امید به زندگی بیشتر و طولانی تر، مشکلات خاص و وابسته ای را نیز به دنبال داشته است که در ابعاد اجتماعی، بهداشتی مطرح هستند.

از گذشته تاکنون، ارتباط "توسعه و سلامت" دارای چالشهای متعددی بوده است که حداقل به ده مورد بالغ می شود و در سالهای آینده، یعنی سالهای اولیه قرن بیست و یکم، اهمیت بیشتری خواهند یافت که از جهاتی به یکدیگر پیوسته و زنجیروار و وابسته هستند. واقعیت این است که جغرافیای سلامت و بهداشت به عنوان یک زیر مجموعه فعال در مرز باریک بسیاری از علوم اجتماعی و پزشکی در حال فعالیت است.

ده موضوع اصلی مخاطره آمیز و چالش برانگیز در زمینه "سلامت و توسعه" شامل موارد ذیل است:

۱- تغییرات محیطی و سلامت

رابطه تغییرات زیست محیطی و سلامت یکی از چالشهای مهم در کشورهای در حال توسعه است. تمرکز بیشتر بر تأثیرات مستقیم تغییرات محیطی که به طور عمده روی مردمی که در مناطق با آب و هوای گرم زندگی می کنند مورد مطالعه قرار گرفته است، توجه عموم را به از بین رفتن لایه ازن و افزایش تابش اشعه ماوراءبنفش و شیوع بیشتر سرطانهای پوست و ایجاد آب مروارید جلب کرده است.

اما مسأله فقط این نیست، افزایش دما می تواند باعث گرم شدن زمین و بالا آمدن سطح دریاها شود و در نتیجه ویرانی های ناشی از سیل را در زمینه های پست کم ارتفاع نظیر بنگلادش به وجود آورد و آنها را غرق کند. گرم شسیدن زمین با ایجاد نواحی باتلاقی و مردابی می تواند بیماریهای عفونی و گرمسیری را انتقال دهد.

تغییرات زیست محیطی در ابعاد کوچک شهری ساکنان را در معرض مواد بالقوه ای که سمی هستند قرار می دهد و با افزایش درآمد شهرنشینان و استفاده آنها از انرژی

بیشتر و وسیله نقلیه شخصی، بیشتر می شود.

واضح است که مشکلات محیطی بر حسب کشورهای مختلف، وضعیت و میزان صنفی شدن آنها مختلف است. پس هر کشور محتاج این است که اولویتهای خود را به دقت برآورده کند. یکی از دشواریهای کنونی تعیین دقیق ارتباط بین عوامل محیطی نظیر تابش های نوری و آلودگیها و پیامدهای آنها در افراد است، زیرا افراد با درجات و مقادیر گوناگون در زمانهای مختلف در معرض عواملی قرار می گیرند و با ویژگی متفاوتی که دارند سطح پاسخ متفاوتی از خود بروز می دهند. عامل مداخله گر دیگر روشهای زندگی فردی است که امکان اندازه گیری برآیند خطرات زیست محیطی بر سلامت را تحت تاثیر قرار می دهد. اطلاعات به طور دائم در حال افزایش است اما، تصویر کمی در حال واضح و روشن شدن بیشترند.

۲- اثرات تعدیل ساختاری و بحرانهای اقتصادی بر سلامت

سیاستهای تعدیلی اغلب استعاره ها و جانشین هایی هستند برای کاهش هزینه های عمومی در مورد برنامه های اجتماعی و سلامت؛ هر چند آموزش نیز در این سیاستها مورد بی مهری قرار گیرد؛ کاهش درآمدها و سیاستهای تعدیل توانایی خرید مواد غذایی، پوشاک و سر پناه مناسب و ضروری، و خدمات و مراقبت های بهداشتی را کاهش می دهد؛ کودکان از مدارس خارج می شوند تا کمک خرج خانواده باشند، در نتیجه، نه خانواده ها و نه دولتها در بسیاری از کشورهای فقیر و با درآمد متوسط قادر نبوده اند که به این وضعیت مجدداً سر و سامان ببخشند. به گونه ای وحشتناک، هزینه های عمومی کاسته شده و بر سلامت محیط، اسکان و دیگر برنامه های اصولی تاثیر می گذارد؛ ساکنان و مردمان همچنان در شرایط زندگی محلی قهقرایی که در آن بسویاری از پرداختهای بهداشتی سالهای قبل نیز نابود شده اند، باقی می مانند. این موضوع مختص کشورهای در حال توسعه نیست، در طی سالیان طولانی سیاست اقتصادی گروههای سیاسی میانه رو و راست گرا در اروپای شمالی کاهش در هزینه های عمومی طی رکود اقتصادی دهه ۱۹۹۰ بوده است. این تغییرات هم برداریان و هم برناداریان اثر می کند، اما تاثیر

تغییر دهنده مستقیماً متوجه سلامت فقرا و خواهد بود.

قطع هزینه عمومی بهداشت و تامین اجتماعی و یارانه سرویسهای عمومی دارو و غذا در کشورهای در حال توسعه تحت عناوینی از قبیل "بازیابی هزینه ها" در بسیاری از این کشورها مورد آزمایش قرار گرفته است و این هراس را در دل مردم افکنده است که این سیاستها مانع دستیابی محتاجان و فقیران به معالجات پزشکی و دارویی شود. سرویس عمومی و مراقبتهای ضروری را بجز در چند مورد استثنایی می توان به صورت رایگان با استفاده از پرداختی های مصرف کنندگان سرویس عمومی راه اندازی کرد.

شواهد نشان می دهد که بیشتر نیازمندان به مراقبتهای بهداشتی، افرادی نظیر سالخورگان، بیماران مزمن و فقرا هستند، تعدیلات با داشتن چهره انسانی که به تعدیلات ملایم موسوم هستند، مورد قبول و موافقت واقع شده اند، هر چند موفقیت های آن در زمینه توسعه اقتصادی - اجتماعی مورد تردید است.

۳- تغییرات پیری جمعیت

بسیاری از صاحب نظران یکی از چالشهای مهم در امر توسعه و سلامت را "جابه جایی اپیدمیولوژیک" که گاهی "جابه جایی بهداشتی" هم خوانده می شود، می دانند که به عنوان مهمترین تغییرات جمعیتی به پیری جمعیت توجه دارند. این موضوع که آیا این جابه جایی اپیدمیولوژیک عامل یا معلول پیر شدن جمعیت است، جزو علائق تحقیقاتی بسیاری از محققان جمعیت شناسی است. برخی از تاثیرات عملی تغییر اپیدمیولوژیکی جمعیت شامل موارد ذیل است: افزایش در میزانهای بیماری های مزمن و فرساینده (دژنراتیو)، که به طور عمده نیازمند توجهات پزشکی مستقیم هستند، اما بیش از همه به مراقبتهای اجتماعی نیاز دارند و همین امر محتاج جهت گیری مجدد در بسیاری از سیستم های مراقبتهای بهداشتی و خرج از برج عاج در بیماریهای با تکنولوژی بالا با مخارج گزاف است، زیرا آنها تنها بخش کوچکی از بیماریهای حاد را درمان می کنند.

بسیاری از نتایج و پیامد های پیری را می توان با پیشگیری از بیماری و ناتوانی کاهش داد و این نکته ای است که باید در سیاست گذاریها، فعالیتها و آموزشهای

مربوط به سرویسهای بهداشتی و سلامت عمومی مورد تاکید قرار داد .

بسیاری از کشورهای در حال توسعه ، هم اکنون در حال تجربه کردن تغییر جمعیتی سریع هستند، پیر شدن جمعیت به طور بارزی سریع اتفاق می افتد ، مثلاً در کشوری مانند ژاپن ، این اتفاق در مدت زمانی کمتر از ۵۰ سال به وقوع پیوست ، در نتیجه این کشور در حدود سال ۲۰۲۰ میلادی از فرم ساختار جمعیتی جوان به یکی از پیرترین کشورهای جهان تبدیل خواهد شد . ؛ همین مسأله منجر به عدم اطمینان و ترس از آینده شده است . بیشتر تحقیقات انجام شده در اروپا و آمریکای شمالی تمایل به تمرکز بر عوامل دموگرافیک پیر شدن و جمعیت و نتایج اقتصادی آن دارند و تعداد اندکی به مسائل اجتماعی و بهداشتی پیر شدن جمعیت پرداخته اند .

بسیاری از کشورهای در حال توسعه ، هنوز با خطرات دو گانه عوامل بیماریهای واگیر عفونی مانند وبا ، مالاریا ، هپاتیت ، ایدز ، بیماریهای غیر واگیر و مزمن نظیر ، بیماریهای قلبی ، سرطانها و مشکلات مغزی درگیرند و همیشه مجبورند با این " دو قلوها " در حال مقابله باشند . نیروهای شاغل بهداشت در این کشورها اغلب درگیر " خرافه های عفونی " هستند و کمتر به مسائل و تغییرات اجتماعی واپیدمیولوژیکی که در حال اتفاق افتادن است ، می پردازند . بسیاری از عوامل مرگ ، غالباً نتیجه دوره های طولانی بیماری است ، این موارد دارای نتایج اجتماعی و فردی عظیمی هستند . تعداد زیادی از افراد بخصوص در دنیای توسعه یافته ، خود را به عنوان بیمار یا ناتوان معرفی می کنند . توضیحات برای انجام این عمل پیچیده است ولی نمی تواند شامل آگاهی بیشتر از بیماری ، تشخیص زودتر ، در دسترس بودن خدمات بهداشتی بهتر ، نرخ مرگ و میر کمتر ، پرداختهای تامین اجتماعی و انتظارات افزایش یافته عمومی از بهداشت و تندرستی باشد ، این پدیده های پیچیده دارای کاربردهای عظیم برای آینده بهداشت و مراقبت بهداشتی پدیده توسعه هستند.

۴- اقشار آسیب پذیر و پدیده فقر

آسیب پذیری عمدتاً ناشی از تغییر اجتماعی و یا شرایط توسعه است ، کودکان مدتهای طولانی است که در رابطه با مسأله فقر کانون توجه بوده اند . بنا به نظریونیسف ، " فاجعه ساکت " این است که روزانه چهل هزار کودک، عمدتاً به علت

فقر غذایی و بیماری‌های عفونی می‌گیرند و یکصد میلیون نفر از افراد ۶ تا ۱۱ سال، از آموزش و پرورش محروم هستند و سیاست‌های تعدیل نیز در حال بدتر کردن این قسمت از زندگی کودکان است.

موضوع سلامت زنان به صورت نیازی خارج از چارچوب بهداشت فرزند و مادر مورد توجه است. خطر بیماری‌های قابل انتقال جنسی، شرایط کاری و خشونت موجب شده است که دختران جوان خانواده با رویکرد «تبعیض مثبت» نگرسته شوند و از نظر غذایی و مراقبت و تعلیم و تربیت نسبت به سایر اعضای خانواده مورد توجه بیشتری قرار گیرند.

زنان بیش از مردان در مقابل ایدز آسیب پذیرند و این شامل همه زنان می‌شود و آنها با خطرات متعددی از سوی ایدز روبه‌رو هستند، یعنی آلودگی فردی، انتقال آلودگی به جنین و آلودگی دو سویه از طرف شریک جنسی؛ هر چه جایگاه زنان در جامعه قدرتمندتر و قویتر بماند اختیارات زنان برای جلوگیری از آلودگی به ایدز بیشتر خواهد بود.

افراد مسن نیز در تغییرات اجتماعی و اقتصادی می‌توانند آسیب پذیر شوند، واکنش عمومی در کشورهای در حال توسعه این است که مراقبت از پیران مسوولیتی است خانوادگی و برای دولت‌ها چندان لازم نیست که در این مورد دخالت کنند.

افراد با ناتوانی گروه دیگری هستند که آسیب پذیری آنها را در روند توسعه باید مدنظر داشت. معلولان ذهنی، جسمی و بست‌یاری از اشخاصی که ناتوانی فیزیکی و یا ذهنی دارند، از جمله این افراد هستند. شرایط روان‌شناختی عصب‌شناختی امروزه شاید به عنوان تنها منبع مهم ناتوانی و ابتلا در جهان شناخته شده است. بسیاری از صاحب‌نظران به فقر نسبی و اغلب به فقر مطلق به عنوان فاکتور مهمی که تضعیف‌کننده سلامت است، اشاره کرده‌اند.

دفتر عمران سازمان ملل متحد (UNDP) در سال ۱۹۹۲ گزارش کرده است که کمک‌های انجام شده به ملل فقیر از نظر مقدار، انعطاف پذیری، نحوه توزیع و تاثیر، نا امید کنند بوده و به صورت غیر مفید مصرف شده است. حدود یک چهارم کمک‌ها به ده کشوری که تقریباً سه چهارم مردم فقیر جهان را دارا هستند، سرا زیر می‌شود و این

روند نشان می دهد که متأسفانه عده ای فقیر از کمک محروم می شوند تا عده دیگری از فقرا سود ببرند .

۵- دارو و درمان

مسئله دارو و درمان در ارتباط با توسعه کشورها در درجه اول بدین نحو مطرح می شود که اگر بیمار توانایی مالی خوبی داشته باشد ممکن است پیشرفته ترین آزمایشهای رادیولوژی، درمانهای جراحی و پزشکی بدون توجه به این که آیا این آزمایشها برای وضعیت بیمار لازم و موثر هستند، یا خیر، با صرف هزینه انجام می شوند. استفاده غلط از داروها و تکنیکهای سبک غربی که بدون بازده و نا مناسب نیز هستند، انجام می شوند، البته افراد شاید در کشورهای در حال توسعه هم از داروهای سنتی و هم از داروهای بومی سود می برند و عوارض جانبی ناشی از درمانهای سنتی در حال افزایش است. در بسیاری از کشورها، شناخت در حال رشدی از درمان و دارو وجود دارد و مسأله تداخل دارویی و عوارض آنها بادیده بصیرت مورد توجه لازم قرار می کرد. اما استفاده از آزمایشهای مکرر بدون دلیل، استفاده از اشعه ایکس، واسکن ها و انجام جراحی های تهاجمی در بسیاری از سیستم های بهداشتی بیش از اندازه نیاز واقعی است و جنبه های سوء استفاده، عمدتاً در کشورهای در حال توسعه اتفاق می افتد و استفاده از آزمایشها و بررسی های با تکنولوژی بالا، به دلایل مالی، توسط کادر پزشکی تشویق می شود؛ این امر یکی از چالشهای بزرگ سلامت و توسعه است، یعنی امکانات و تجهیزات پزشکی در دسترس، با نحوه استفاده از آن متوازن نیست.

۶- جابه جایی جمعیت

جابه جایی جمعیتی، خصوصیت مشترک ظریفی از پدیده توسعه است که در زمان صلح، از روستا به شهر رخ می دهد، موجب افزایش تجمع در شهرها و حاشیه های آن شده، طیف جدیدی از خطرات سلامت و محیط را پدید می آورد. پروژه های توسعه ای و عمرانی موجب مهاجرت موقت و یا طولانی افرادی می شوند که در شرایط سخت بهداشتی به سر می برند. در زمان جنگ و یا اغتشاشات سیاسی و یا حوادث و

بلاای طبیعی نظیر سیل، طوفان و یا زلزله جمعیت به منظور ایمنی از این حوادث است و به مهاجرت می زنند و کم و بیش به صورت پناهندگان دائمی در می آیند. معمولاً نیازهای بهداشتی جمعیت مهاجر بیش از جمعیت مقیم است، جابه جایی می تواند مردم را در تماس با بیماریهای جدید و غیر منتظره قرار دهد. مهاجرت عاملی برای انتشار بیماریها محسوب می شود. در گذشته "و با" زائرین را مورد حمله قرار می داد و امروز اردوگاههای پناهندگان را؛ قبلاً شهرنشینان مهاجر به حاشیه های جنگی دچار "مالاریا" و بیماریهای دیگر می شدند، شدت میزان بیماری گاهی به قدری بالا بود که سبب توقف طرحهای آبادانی در مناطق روستایی می شد. برخی از کشورهایی که مهاجر داوطلب می پذیرند، نشستهای بهداشتی و آزمایشهای ویژه و اجباری را پیش بینی کرده اند که از داوطلب به عمل خواهد آمد تا بدینوسیله از ورود بیماری و نتایج مالی و انسانی جلوگیری کنند.

۷- بیماریهای عفونی و ظهور مجدد آنها

ظهور بیماریهای کشنده و نوپدید نظیر ایدز و عود عفونتهای سابق نظیر سل در زمره مهمترین چالشهای سلامت و توسعه است که امروزه گریبانگیر اغلب کشورها شده است. سل در اکثر موارد، در نوع عود کننده، به رژیمهای دارویی استاندارد مقاوم بوده و حتی نسبت به رژیم شیمی درمانی گران قیمت هم مقاوم است. عودهای مشابهی در مالاریا نیز مشاهده می شود، موفقیتهای اولیه در مبارزه با مالاریا در برخی کشورها موجب شد که رضایت خاطر کاذب به وجود آید و کم توجهی به تمهیدات کنترلی موجب گردید تا مالاریا عود مجدد پیدا کند. ظهور مقاومت در حشرات نسبت به حشره کشها به عنوان عامل مهمی علیه سلامت و توسعه مطرح است.

در تمام دنیا، ایدز به عنوان فاکتور ضد توسعه عمل می کند؛ آلودگی همزمان سل و ایدز یک مشکل در حال تشدید است و به تخمین سازمان جهانی بهداشت (WHO) حدود ۴/۴ میلیون نفر از ساکنان جهان در حال توسعه آلوده به ویروس ایدز و باکتری سل هستند. صرف نظر از هزینه های مراقبتی مستقیم و رنج انسانی، ایدز دارای دو ویژگی است که توسعه را مختل می کند:

اولاً: این بیماری فعالترین بخش اقتصادی هر جامعه ای را مورد هدف قرار می‌دهد، یعنی افراد گروه سنی ۲۰ تا ۴۵ ساله
ثانیاً: در مناطقی که فقر وجود دارد ایدز بیداد می‌کند و شیوع بالایی دارد، در نتیجه، فقر را گسترش داده و توانایی کشور را برای شروع توسعه اقتصادی و اجتماعی مختل می‌کند.

۸- جنگها، درگیریها و آشوبهای سیاسی

نابه سامانیهای اجتماعی و سیاسی یک تهدید مهم برای سلامت و بهداشت هستند، متأسفانه علایم کمی از کاهش این عوامل در آینده نزدیک مشاهده می‌شود؛ مناطق بسیاری از دنیا درگیر جنگهای سخت و پایدارند؛ غالباً این جنگها داخلی هستند و به طور مستقیم عوارض ناشی از همین، بمب و گلوله به موضوع سلامت و بهداشت آسیب می‌رسانند، اما اثرات غیر مستقیم درگیریها و نظایر آن می‌گردد. طبیعی است که در مناطق در حال جنگ برنامه ریشه کنی مالاریا یا ایمن سازی کودکان دچار وقفه شود. در گیریهای قومی موجب شکست و قطع برنامه هایی می‌شود که اجرای آنها محتاج همکاری همه آحاد جامعه است و برنامه ریزیها و پیش بینی های انجام کارها را دچار شکست می‌سازد. انسجام خدمات و مراقبت های بهداشتی در اثر جنگ از بین رفته، قحطی و سوء تغذیه افزایش یافته، از هم گسیختگی نابود کننده اقتصادی ناشی از جنگ و آشوبهای سیاسی اثرات دراز مدتی بر بهداشت عمومی، آموزشی و بخشهای مربوطه بر جای می‌گذارد.

با صرف منابع انسانی، اقتصادی و انرژی برای خشونت و تهاجم جهت بقا، بدون شک مقادیر کمتری از این منابع برای فعالیتهای بهداشتی و تامین اجتماعی مورد استفاده قرار می‌گیرد. قربانیان به جامانده از فاجعه جنگها و آشوبهای سیاسی، از نظر فیزیکی و روانی دچار آسیب می‌شوند و تحت شرایط جنگ و ناامنی، کمترین خدمات ممکن را می‌توانند دریافت کنند.

۹- پیامدهای سیاست های توسعه ای بر سلامت

تأثیرات سیاستهای توسعه بر بهداشت و سلامت می‌تواند زیاد و متنوع، مستقیم یا

غیر مستقیم باشد. بسیاری از این تاثیرات مثبت اند و بسیاری از برنامه‌های توسعه اجتماعی و اقتصادی دارای تاثیرات مثبت قوی بر بهداشت و سلامت بوده اند، مثال‌های زیادی در مورد بهبود وضع محلات فقیر نشین و طرح‌های اصلاحی که منجر به ایجاد شرایط محیطی و بهداشت عمومی بهتر شده اند وجود دارد.

معهدا، این طرح‌ها می‌توانند افراد و گروه‌های ویژه‌ای را تحت پوشش قرار دهند که سلامتی و امنیت آنها مورد تهدید قرار می‌گیرد، برخی از پروژه‌ها می‌توانند ساکنان مناطق زیر پوشش را در معرض تماس با دسته‌ای از بیماری‌های عفونی غیر معمول قرار دهند. مثلاً انجام طرح‌های سد سازی و آبیاری در گذشته منجر به افزایش مالاریا و بیماری‌هایی مانند شیستومیاز شده است (هانتتر ۱۹۹۳)، هر چند امروزه این عوارض کاهش یافته اند، ولی طرح‌های عمرانی در سایر بخشها، هنوز سلامت و بهداشت را در معرض خطر قرار می‌دهند. به نظر می‌رسد که صنعتی شدن پیامدهای مستقیم و غیر مستقیم در حال افزایشی را برای بهداشت و سلامت بسیاری از کشورهای در حال توسعه به ارمغان می‌آورد. این اثر حداقل تا مرحله‌ای از توسعه که در آن سیستم قانونگذاری و کنترل کننده‌های محیط زیست و سلامت، لزوم اجباری شدن سرمایه گذاری روی مکانیزم‌های جلوگیری کننده را در خواست کنند، ادامه خواهد داشت.

بدترین نوع سیاستها، کاهش در تمهیدات بخش عمومی است و شدیدترین تاثیرات را بر اقشار نیازمند و فقیر باقی می‌گذارد. نیاز روز افزون به بهداشت روانی و اجتماعی در اکثر کشورها در اثر این سیاستها مورد بی‌مهری و تهدید قرار می‌گیرد. سیاستهای توسعه‌ای در گروهی از کشورها مانند کشورهای اروپای شرقی و شوروی سابق منجر به از بین رفتن گستره چتر حمایتی سیستم‌های تامین اجتماعی و بهداشت گشته و سبب شد عده زیادی از مردم به سمت منابع ضعیف و امتحان نشده خود، جذب و جلب شوند.

۱۰- راه‌های غربی و سنتی سلامت

این موضع به طور واضح مشهود است که نه یک سیستم بهداشتی با کاربردی جهانی و همه پسند وجود دارد و نه نظر واحدی در مورد سلامت به عنوان یک مفهوم.

اکثر آموزشهای کارکنان پزشکی و پیراپزشکی هنوز بر روی مدل علمی منتج شده از بیماری است و به میزان کمی بر روی تغییرات فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی تاکید می کنند، همچنین استفاده حقیقی نسبتاً کمی از کارکنان بومی و آشنا به پزشکی سنتی با پزشکی مدرن پیش رفته اند اما در پاره ای از بخشها این ارتباط و امتزاج قطع است. در هند هم هر چند این تداخل در سطوح اولیه بهداشتی وجود دارد، ولی پزشکی آلوپاتیک غربی به عنوان فاکتور برتر همیشه مطرح می شود.

میزان دسترسی به خدمات بهداشتی در کشورهای در حال توسعه از دو سوم جمعیت تا یک سوم جمعیت و کمتر سیر می کند، به طور مشابه، درصدهای کمتری از افراد به آب سالم دسترسی داشته و حتی تعداد بیشتری به خدمات بهداشتی اولیه دسترسی ندارند. بنابراین لازم است که از منابع با ارزش موجود در جامعه استفاده شود. ماماهاى محلی آموزش دیده یکی از این مثالها هستند. بسیاری از صاحب نظران پیشنهاد می کنند که مراقبتهای بهداشتی سنتی نباید "بهترین دومی" تلقی شوند، البته برای بسیاری از شرایط از جمله ناراحتی عصبی روانی خفیف بعضی از درمانهای سنتی می توانند موثر باشند، اما در برخی موارد نیز باید برای تعیین درجه کارایی و اثر بخشی روشهای سنتی و محدودیت آن تحقیقات لازم صورت گیرد. البته ممکن است شارلاتان بازی و تقلب موجب شود که محدودیت بیشتری برای استفاده از طب سنتی و گیاهی قائل شویم. با تمام این اوصاف، درمانگران سنتی، مرجع و منبعی هستند که تعداد زیادی از افراد در کشورهای مختلف به آنها مراجعه می کنند و ما باید این موضوع را در سیاستها و برنامه ریزیهای آینده خود مد نظر قرار دهیم و البته این الزاماً به معنی تایید علمی آنها نیست.



این مسایل با چالشهای مربوط به سلامت و توسعه ارتباط دارند و علی رغم تفاوتهای موجود در سیستمهای بهداشتی کشورها، در اکثر کشورهای جهان مطرح هستند. بررسی و مطالعاتی از این قبیل برای دستیابی به روشهای حل مسائل توسعه و سلامت لازم بوده و برای پیشرفتهای آینده ضروری هستند تا از این طریق بتوان به ارزیابی عملکردهای مثبت و منفی پرداخت و

به بیداری و آگاهی از آنچه که مورد نیاز است و باید انجام شود و آنچه که باید به دست آید ، کمک کرد .

منبع

Health & Development

Edited by David R . Phillips and Yola Verhasselt

Chapter 20 , PP : 301-317

London : Routledge , 1994.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
رتال جامع علوم انسانی