

مسائل اجتماعی و فرهنگی در بهداشت عمومی

مهدی ثریا *

خلاصه

دانش پزشکی در اساس با جنبه‌های زیستی سلامت انسان سروکار دارد. اما انسان تنها یک موجود زیست‌دار نیست. انسان موجودی است اجتماعی و دارای روش زندگی یا فرهنگی است که حاصل زندگی اجتماعی اوست. سلامت و بیماری انسان تا مقدار بسیار زیادی نتیجه روش زندگی اجتماعی است که تعیین‌کننده رفتار او می‌باشد. روش زندگی یا فرهنگ هر قوم و ملتی با روش زندگی و فرهنگ اقوام دیگر فرق دارد و به همین علت است که رفتار اجتماعی اقوام با هم متفاوت است. در داخل هر فرهنگ نیز رسته‌های مختلف مردم از نظر رفتار باهم متفاوت هستند. نتیجه این وضع آنست که کارکنان بهداشتی غالباً سروکارشان با مردمی است که از نظر خصوصیات فرهنگی با آنها تجانس کامل ندارند. مشکلات بهداشتی هر روستا، شهر یا منطقه ناشی از شرایط اقلیمی، اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی آن روستا، شهر یا منطقه است. بنابراین در طرح برنامه‌های بهداشتی توجه باید بیشتر روی مشکل خاص محل یا منطقه متمرکز باشد نه اینکه هدف اجرای برنامه بطور یکسان در همه مناطق باشد. آنچه در این مقاله بکارکنان بهداشتی توصیه می‌شود مشکل‌نگری بجای برنامه‌نگری است.

مقدمه

بهداشت، بمعنی بهتر داشتن یا بهتر نگاهداشتن است. چون انسان موجودی است اجتماعی یعنی با هموعان خود و در ارتباط با آنها بصورت دست‌جمعی زندگی میکند بهتر نگاهداشتن یا بهتر زیستن فرد منوط به بهتر زیستن گروه یا جامعه‌ی اوست. برای تأیید و تأکید همبستگی و ارتباط سلامت فرد با سلامت افراد جامعه اوست که واژه «عمومی» همیشه با واژه بهداشت همراه می‌آید. برای شناختن چگونگی سلامت فرد علوم زیستن و پزشکی دست درکار بوده و هستند. این دانشها انسان را بعنوان یک موجود زیست‌دار مورد مطالعه قرار میدهند و براساس مطالعات خودراده و روشهایی برای برقرار کردن و ادامه بهزیستی انسان توصیه مینمایند. علوم اجتماعی انسان را بعنوان موجودیکه برای ادامه حیات خویش با

همنوعان خود بسر میبرد مورد تفحص و تجسس قرار میدهند و در راه شناختن حالات و خصوصیات جمعی مردم یا عموم میکوشند. بدین ترتیب علوم زیستی و اجتماعی در و روی سکه‌ای را تشکیل میدهند که ما آنرا «بهداشت عمومی» میخوانیم. این ارتباط درگیرین علوم زیستی و اجتماعی برای تأمین سلامت مردم از قدیم شناخته شده و حتی در نام رشته بزرگی از علم پزشکی یعنی «اپیدمیولوژی» مستتر گردیده است. این واژه مرکب از سه قسمت است که هر سه از ریشه یونانی هستند: «اپی» بمعنی دربارها راجع به «دمی» از دموسی بمعنی مردم «لوژی» از لوژیا در اصطلاح بمعنی مطالعه وسعی در شناختن. پس معنای لغوی و تحت‌اللفظی اپیدمیولوژی عبارتست از «مطالعه آنچه راجع بمردم است». اما اهمیت این ارتباط و لزوم همکاری ایندو رشته از دانش از اواسط قرن نوزدهم بیشتر و بیشتر شناخته شد. در سال ۱۸۴۷ سولومون نیومن^۱ در آلمان کتابی تحت عنوان «بهداشت عمومی و حق مالکیت» منتشر ساخت و در آن اظهار نظر کرد که:

«دانش پزشکی در باطن و اساس يك دانش اجتماعی است و تا زمانیکه این واقعیت شناخته نشده است ما عملاً قادر نخواهیم بود که از منابع آن برخوردار شویم و مجبور خواهیم بود که خود را با پوسته‌ای خالی یایک فریب دلخوش کنیم».

کم کم توجه به رابطه بین کفایت خدمات پزشکی و شرایط اجتماعی زندگی مردم باعث شد تا از بطن دانش پزشکی دانشی بنام «پزشکی - اجتماعی» بوجود آید. در این رشته از دانش پزشکی نه تنها به علل بروز و گسترش بیماریها در بین افراد جامعه توجه میشود بلکه عوامل اجتماعی سلامت مردم، طرق اداره و توزیع خدمات پزشکی، عوامل مؤثر در وسعت برخورداری مردم از این خدمات و علل کفایت یا عدم کفایت و کارآئی مؤسسات و تشکیلات تأمین سلامت مردم مورد مطالعه قرار میگردد (۱). فرق پزشکی اجتماعی با پزشکی بالینی در اینستکه اولی سلامت و بیماری را در سطح جامعه و دومی در سطح فرد مطالعه میکند (۲).

در حالیکه پزشکی و پزشکی اجتماعی کارشان مطالعه روی سلامت و بیماریهای فرد و رابطه آنها با شرایط و اوضاع اجتماعی است بهداشت عمومی عبارتست از مجموعه فعالیت‌های متشکل جامعه برای جلوگیری از بیماریها، از بین بردن عواملی که سلامت مردم را تهدید میکند و بوجود آوردن شرایطی که ضامن سلامت افراد جامعه میباشد. بدین ترتیب بهداشت عمومی را از نظر کاری که بعهده دارد میتوان يك فن بحساب آورد، فنی که برای انجام بهتر آن شناختن جامعه و خصوصیات فرهنگی و اجتماعی مردم آن ضروری است. براین اساس بهداشت عمومی را میتوان - بعنوان

يك رشته از فعالیتهای علمی و عملی بصورت زیر تعریف کرد :

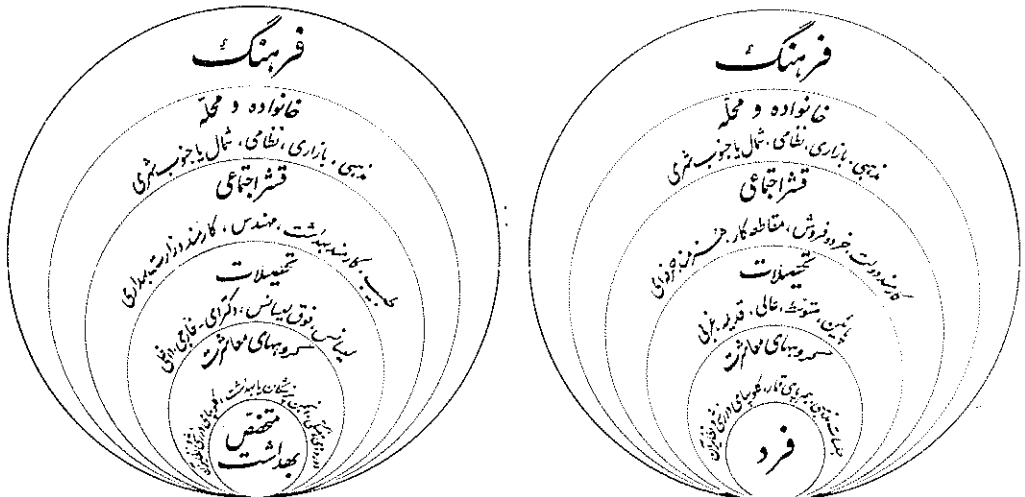
بهداشت عمومی عبارتست از دانش و فن استفاده از دانسته‌های علوم زیستن و اجتماعی برای تأمین و نگاهداشت سلامت جسمی ، فکری و اجتماعی مردم .

در این تعریف ، همانطور که در تعریف ارائه شده از طرفسازمان جهانی بهداشت آمده سه جنبه جسمی و فکری و اجتماعی سالم بودن قید شده است (۳) . علت این امر آنستکه پژوهشهای علمی روشن کرده است که بسیاری از ناتوانیهای جسمی ممکن است ریشه و علت خود را در نابسامانی‌های فکری و عاطفی بیمار داشته باشد. مثلا امروز عقیده بر اینستکه که دلهره‌ها و ناراحتیهای فکری ممکن است عامل بزرگی در ایجاد زخمهای معدهی باشند. اما دلهره‌ها و بسیاری از احساسات عاطفی دیگر چیزهائی هستند که انسان در اثر زندگی با مردم و اجتماع خاصی و در نتیجه تربیتهای ناشی از فرهنگ جامعهی خود فرا میگیرد. پس سلامت جسم تا حد زیادی منوط و مربوط سلامت فکر است و سلامت فکر با شرایط فرهنگی جامعهی فرد بستگی بسیار گسترده و در هم دارد. حال به یبیینیم علوم اجتماعی چه کمکی به بهبود و پیشرفت بهداشت عمومی میتواند بکنند .

بهداشت یا خدماتی را که مأموران حفظ سلامت مردم به مردم عرضه میدارند عبارتست از روشهایی که بابکار بردن آنها - بصورت فردی یا دسته جمعی - سلامت فرد و افراد جامعه یعنی مردم تأمین میشود. پس برای عرضه، تنظیم و اجرای برنامه‌های بهداشتی بطوریکه مؤثر و مفید فایده باشند شناختن مردم و خصوصیات آنها بسیار ضروری است. وقتی عده‌ای از انسانها برای زندگی با هم در یکجا جمع میشوند جامعه بوجود میآید. مردم هر جامعه برای برآوردن نیازهای خود از همه راههای ممکن يك یا چند راه را که با شرایط اقلیمی و تاریخی آنها کم و بیش وفق میدهد میآموزند و بآن خو میگیرند. مجموعهی این روشها و راهها روش زندگی يك قوم یا فرهنگ آنان را تشکیل بدهد. برای تعریف دقیق‌تری از فرهنگ میتوانیم بگوئیم که فرهنگ عبارتست از مجموعهی مرتبط دانسته‌ها، معتقدات ، خرافات ، ارزشهای اخلاقی ، محرمان ، توقعات، الویت‌ها، هنر ادبیات، رسوم ، قوانین ، مقررات ، وسائل و ابزار و روش انجام کارهای يك قوم مثل طرق مداوای بیمارها یا جلوگیری از آنها. منظور از مجموعه مرتبط آنستکه قسمتهای مختلف يك فرهنگ با هم رابطه‌ای درگیر دارند بطوریکه تغییر در یکقسمت موجب تغییر یا بهم خوردن قسمتهای دیگر میشود. در داخل هر فرهنگ معمولا «فرهنگ» هائی با هم وجود دارند. خود فرهنگ عبارتست از روشهای خاص یا خصوصیات ویژه‌ای که یکدسته از مردم در داخل فرهنگ بزرگ خود برای خود دارند و این ویژگیهای رفتاری و اخلاقی میتوانند ملاک تمیز آنها از سایر دسته‌های مردم در داخل فرهنگ يك قوم شود. مثلا در داخل

فرهنگ ایران در ایش فرهنگ خاصی برای خود دارند یا فرهنگ قشقائی و شاهسون در عین حال که از بسیاری جهات با فرهنگ بزرگ ایرانی یکسانی دارند بنابر خصوصیتی از هم و از سایر قسمتهای فرهنگ ایران متمایز میشوند. همچنین جهان بینی، عادات، عقاید و رسوم شمال نشینان تهران و یا دانشگاه دیده‌ها در بعضی از جهات با جهان بینی و ارزشهای اخلاقی و عقاید و عادات آنها که در جنوب شهر هستند یا تحصیلات عالی ندارند فرق میکند. این اختلافات هستند که خرد فرهنگ‌ها را در داخل فرهنگ بزرگ ما بوجود می‌آورند.

حال به بینیم کارکنان بهداشتی در کار خود که عرضه کردن راه و روشهای تازه برای جلوگیری از بیماریها و تأمین سلامت است با چه مسائل اجتماعی و فرهنگی روبرو خواهند بود. اول آنکه کارمند بهداشتی اگر هم از کشور دیگری نیامده باشد و بلکه عضو همان جامعه باشد که بخاطر مردم آن برنامه‌های بهداشتی طرح و بمورد اجرا گذاشته میشود با وجود این دست‌پرورد خرد فرهنگ شهر، محله یا تشکیلات شغلی خود میباشد. بر اساس تحصیلات علمی و تجربیات زندگی، گروهها و قشرهایی از مردم که او با آنها سرو کار دارد، پذیرفته‌های او، ارزشهای اخلاقی و حیاتی او، اولویتهای او و خلاصه جهان بینی او با مردمیکه او برخورد می‌کند فرق دارد. برای تصویر این وضع دو شکل زیر شاید بی‌مناسبت نباشد.



گرچه معمولاً فرهنگ بزرگ برای کارکنان بهداشتی و افراد عادی (مصرف کنندگان خدمات بهداشتی) یکی است اما هر فرد در خانواده و محله‌ای خاص بار آمده، عضو یکی از طبقات و قشرهای اجتماعی است، دارای تحصیلات و اعتقادات مخصوص بخود میباشد و با عده‌ای همسان و

هم مشرب خود معاشرت و رفت و آمد نزدیک و دوستانه دارد. عضویت‌های اجتماعی که نامبرده شد در شکل دادن به دید و رفتار مردم اثر بسیار و زیاد دارند و کارکنان بهداشتی بر اثر اینکه در چندیک از این عضویت‌ها با مصرف‌کنندگان خدمات بهداشتی مشترك باشند با آنها بمقدار زیاد یا کم فرق دارند و باید انتظار داشت که علاقه و الویت‌های زندگی آنها با هم تطبیق نداشته باشد. البته باید توجه داشت که عضویت‌های اجتماعی منعکس در ایندو تصویر هیچکدام صددرصد قابل تفکیک از هم نیستند زیرا همه آنها در هم تأثیر متقابل دارند و منظور از انفکاک آنها در ایندو تصویر سعی در مشخص ساختن عواملی است که میتواند کارکنان بهداشتی و سایر مردم را صاحب دیدها و رفتارهای متفاوت و در نتیجه ارزشها و الویت‌های گوناگون سازد.

قبلاً گفتیم که شرایط اقلیمی و تاریخی هر قوم تا اندازه زیادی در تعیین خصوصیات فرهنگ آن اثر دارد. بهمین علت در بسیاری از موارد تغییر بعضی از قسمتهای فرهنگی باسانی صورت نمیگیرد زیرا یا آنچه هست با شرایط اقلیمی سازگارتر است و یا بعقل تاریخی مردم بآن خو گرفته‌اند و پذیرش یک روش تازه و ناآزموده بجای روش آشنا و معتاد به برای آنان یا عدم اطمینان خاطر توأم است.

با این ترتیب کارکنان بهداشتی باید سه موضوع را همیشه بطور جدی مورد توجه قرار دهند :

الف - اینکه ممکن است بین فرهنگ یا خرد فرهنگ آنان با فرهنگ یا خرد فرهنگ مردمیکه خدمات بهداشتی برای آنان تمهید میشود فرق و اختلاف وجود داشته باشد.

ب - روشهای جلوگیری از بیماریها و تأمین سلامت خود از عوامل فرهنگی هستند بنابراین برقرار کردن یک روش درمانی یا بهداشتی تازه یعنی جانشین ساختن روشی ناآشنا و نامعمول.

ج - در کار این جانشین سازی ها طبعاً باید مقاومت یا حتی مخالفت‌های سرسختانه را متوقع بود.

اگر بخواهیم این مقاومتها یا مخالفتها را طبقه بندی کنیم معمولاً به چهار قسمت میشوند. این قسمتها غالباً علل مشترك و یکسان دارند و بنابراین قسمت بندی آنها بصورتیکه میآید صرفاً برای تسهیل، امر تجزیه و تحلیل و شناخت آن علل در مقایسه باهم است.

۱ - تطابق با شرایط اقلیمی - در بسیاری از موارد نحوه خاصی از انجام یک کار با شرایط اقلیمی منطبق است و درطول سالها و نسلاً مردم بآن خو گرفته‌اند. نمونه جالبی از این تطابق روش زندگی و شرایط اقلیمی را آقای پرفسور جورج ام فاستر استاد انسان شناسی دانشگاه کالیفرنیا در کتاب خود بنام «فرنگهای سنتی و اثر تغییرات تکنولوژیک» آورده است. طبق اطلاعاتی که ایشان جمع‌آوری کرده‌اند

در اوایل سال ۱۹۵۰ متخصصین آمریکائی بهداشت عمومی بدون در نظر گرفتن شرایط اقلیمی و هوای گرم و سوزان کویر مرکزی ایران اصرار داشتند که مانند نقاط دیگر دفع مدفوع در هوای آزادی موجب ازدیاد مگس میشود. از اینرو ساختن مستراحهائی را که در نقاط دیگر بکار برده بودند توصیه و بموقع اجرا گذاشتند. اما چون مردم آن نواحی عادت با استفاده از مستراحهائی سرپوشیده و تمیز نگاهداشتن آنها نداشتند فقط بعنوان سایه بان از آنها استفاده میکردند. حال دیگر مدفوع در زیر سایه مانده و بسرعت خشک نمیشد. نتیجه این بود که اکنون محل مناسب و تازدای برای جلب و ازدیاد مگس ایجاد گشته بود (۴).

در اینمورد بطوریکه پرفسور فاستر اظهار میدارد اگر مشاورین بهداشتی آمریکائی بجای برنامه‌های بهداشتی توجه اساسی خود را بدمشکل بهداشتی معطوف میکردند اشکالی که وجود نداشت بوجود نمی‌آمد.

۲ - تضاد با اولویتها - مردم برای مسائل مشابه خود همیشه ارزش مساوی قائل نیستند بعضی برایشان دارای اهمیت کمتر و بعضی دارای اهمیت بیشتر است. گاهی اوقات کارمند بهداشتی یا مأمور عمران مسائلی را مهم میدانند و برای حل آنها اولویت قائل میشود که در نظر مردم در درجه اول اهمیت نیستند. مثلاً در بسیاری از نقاط ایران یا کشورهای دیگر مردم حاضرند پس اندازهای پولی خود را که با کار سخت و صرفه جوئیهای زیاد حاصل کرده‌اند بمصرف مسافرت به مراکز مذهبی و زیارتی برسانند و در صورت وجود چنین رفتاری در بین مردم کوشش کارمندان بهداشتی برای جلب همکاری مالی آنها بمنظور ساختن و تأسیس مراکز بهداشتی که میتواند در بهبود سلامت خود و خانواده و جامعه آنها مؤثر واقع شود به نتیجه زیادی نخواهد رسید. حال علت این رفتار چیست - رفتن بمشهد و برگشتن از آنجا عنوان مشهدی باخر اسم شخص میافزاید و این عنوان دارای ارزش خاصی در اجتماع اوست و یا بحثهایی نظیر اینها - بجای خود. آنچه مطرح است اینست که بهرحال مردم مصرف پول خود را برای عتبات و مشاهد متبر که که براهدها آن برای ساختن تأسیسات بهداشتی ترجیح میدهند. یعنی برای آنها در مورد مصرف پس اندازهایشان زیارت برای ایجاد تأسیسات بهداشتی اولویت دارد.

۳ - عدم سازگاری روشهای تازه با قسمتهائی از فرهنگ قومی - در خیلی از موارد يك روش تازه برای حل مشکلات بهداشتی، اقتصادی یا رفاهی با قسمتی از فرهنگ خاص يك دسته از مردم سازگاری ندارد بطوریکه اجرای آن ممکن است ناراحتیهای شدیدی برای مردم ایجاد کند. البته ممکن است بعضی از این ناراحتیها از نظر واقعیت علمی بی‌اساس باشند اما همینکه وجود دارند و موجب واکنش فکری و عملی در مردم میشوند ناراحتیهای واقعی هستند. نمونه‌ای از این عدم سازگاری روشهای تازه با فرهنگ قومی را میتوان مورد زیر دانست:

محرمات هر قوم گاهی اوقات چنان ریشه‌ای در اعماق روح و فکر افراد دوانیده است که نقض آنها موجب واکنش‌های شدید از طرف اکثریت قوم یا ناراحتی‌های سخت فکری برای افراد آن میشود. مثلاً اگر کارمند بهداشتی بمادران قمی یا بافراد یهودی پایبند بمذهب خود توصیه کند که چون گوشت و مواد پروتئینی کافی در اختیارشان نیست از گوشت خوک استفاده کنند بیشک اگر باعکس‌العمل شدید اهالی شهر و مردم روبرو نشوند احتمال آنکه توصیه‌شان مورد عمل قرار نگیرد بسیار زیاد است. مورد زیر نمونه‌ایست از تضاد توصیه‌های بهداشتی با اعتقادات مردم:

در یکی از جزایر میکروئتری بنام «یپ»^۱ تربیت ماما‌های محلی با عدم استقبال اهالی روبرو شد و استفاده از ماما یا دکترهای مرد نیز قابل قبول نبود. مردها حاضر نبودند زنهایشان را مرد دیگری حتی اگر پزشک باشد به‌بینند. گرچه زنها خود در این باره تعصبی نداشتند اما بخوبی میدانستند که شوهرانشان با اینکار موافق نیستند. در عین حال زنها به‌هم خود حاضر نبودند زن دیگری حتی بعنوان ماما بدستگاه تناسلی آنها چشم بدوزد. علت این رفتار و گرایش آن بود که در آن جزیره زنها دستگاه تناسلی خود را مرکز و منبع و منشاء قدرت خود در رابطه با شوهران خود میدانستند. بنظر آنها دستگاه تناسلی زن «اسلحه پنهانی» اوست که استفاده از آن تنها راه تأمین و حفظ شوهر و ابقاء خانه و فرزند است. آشنائی زنهای دیگر با این اسلحه پنهانی بیشک موجب تقویت رقیبها خواهد شد. بدین ترتیب آموزش مامای محلی نمیتوانست جوابگوی مشکل بهداشت مادران شود. برای حل این مشکل کارکنان بهداشتی چاره‌ای جز تربیت ماما از بین زنهای غیر بومی و استفاده از آنها نداشتند.

۴ - عواقب اجرای برنامه‌های بهداشتی و عمرانی که باید قبلاً و پیش از اجرای هر برنامه بخوبی مورد توجه قرار گیرند - گاهی اوقات حل يك مشکل دیگر را ایجاد میکند. مشاهدات روبرت جاوولین^۲ انسان‌شناس فرانسوی از تغییراتی که در روش زندگی طایفه «باری»^۳ در سرزمین آمازون پدیده آمده است میتواند گویای مطلب باشد. جاوولین که در بین این طایفه بسر میبرد متوجه گردید که در عرض چهارسال پنجاه درصد از مردم این طایفه از بین رفتند. این مردم بیشتر اوقات خود را در حرکت و شکار برای ارتزاق میگذرانند. لباس آنها عبارتست از دامنی که از پوست خشک درختان میسازند. این دامنها برای شرایط اقلیمی سرزمین آمازون بسیار مناسب است و بانودن صابون و وسائل شستشو همیشه تمیز میمانند زیرا در ضمن کار و شکار پوشندگان آنها مجبور بودند از رودخانه‌ها رد شوند و یا در جاهائی خود را بآب بزنند. پوستهای خشک درختان هم بآسانی در تماس با آب سریع وتند تمیز میشدند و هم بدور انداختن و درست کردن دامن تازه کار مشکلی نبود. وقتی میسیونرهای

1- Yap

2- Robert Jaulin

3- Bari

مذهبی بداخل آنها آمدند و آنها را با تحذیر و تشویق و دار به پوشیدن لباسهای پارچه‌ای کردند نظافتی که قبلا خود بخود وجود داشت از بین رفت و کثافت و بیماریهای ناشی از آن بارمغان آورده شد. حالا دیگر لباسها را نمیشد بآب زد زیرا لباس پارچه‌ای خیس به تن میچسبد و احساس ناگواری دارد. تمیز کردن آن مقدور نبود زیرا صابون وجود نداشت و بعلاوه چون پارچه در محل بافته نمیشد مردم به‌دنبای میسیونهای مذهبی محتاج میشدند و بدین ترتیب مشکلی که وجود نداشت بطور جدی و واقعی ایجاد گردیده بود. مبلغین از راه دیگری نیز باعث بکثافت کشیدن این مردم و شیوع بیماریها بین آنها شدند. تا قبل از ورود آنها مردم در کلبه‌های بسری میبردند که کف آن خاک نرم بود و هر وقت بچه‌ها در داخل کلبه ادرار و یا دفع مدفوع میکردند بآسانی مدفوع و ادرار را با کندن مقداری خاک از زیر آن بیرون میبردند و دور میریختند. مبلغین مذهبی با اصرار برای آنها کلبه‌هایی ساختند که سقف آن از ورقه‌های آهن سفید پوشیده بود و کف آن با سیمان فرش شده بود. داخل این کلبه‌ها هوا گرم و متراکم میماند و پاک کردن ادرار و مدفوع از سطح داخلی آن آسان نبود، تعفن حاصل میشد و موجبات سرایت بیماری فراهم میگردد (۵).

نمونه جالب دیگری از عدم توجه بعواقب ناشی از اقداماتیکه در رابطه با بهداشت مردم میشود جریانی است که در دوران جنگ جهانی دوم پیش آمده در آلمان سربازان آمریکائی مستقر در جزایر اوقیانوسیه بعلت نداشتن تفریحات سالم در اردوگاههای خود بشرها سرازیر میشدند و مشتریهای خوبی را برای فاحشه خانه‌های محلی تشکیل میدادند. در نتیجه بیماریهای جنسی در بین آنها رواج شدید پیدا میکرد. مقامات بهداشتی ارتش آمریکا با کمک مقامات بهداشتی محلی در این قسمتها به نیت حفظ سلامت مردمان محلی، زنهای خودفروش و سربازان با استفاده از تزریق آنتی بیوتیک بمبارزه با شیوع این بیماریها دست زدند. هر هفته گواهی تزریق از زنها خواسته میشد و اگر تزریق نکرده بودند اجازه ادامه کار از آنها سلب میشد. البته اولین اثر این برنامه کاهش محسوس در ابتلائات تازه جنسی بود اما وقتی که اطلاع از این نتیجه و جریان کار در خانه‌های خودفروشی باطراف رسید آنها تا کنون شاید بر اثر ترس از بیماری بگرد چنین اعمالی نمیگشتند با راحتی خیال جزو مشتریهای آن خانه‌ها شدند و بر اثر افزایش تقاضا عرضه نیز روبفرونی گذاشت و اولیاء امور محلی شروع بشکایت و اعتراض کردند. علاوه بر این وضعی پیش آمد که در ابتدا هرگز پیش بینی نشده بود. خیلی از خود فروشان که بعلت ابتلاء به آماس سوزاکی قادر بداشتن فرزند نبودند در اثر تزریق مرتب پنی‌سیلین شفا یافته و راه برای بچه‌دار شدن باز شده بود و مقدار زیادی اطفال که

هویت پدرانشان معلوم نبود بدینا آمده بودند. اهمیت تأمین رفاه ایمن کودکان و مادران آنها و عکس‌العملی که بحق از طرف مردم محلی نشان داده میشد باید برای هر کس روشن باشد (۶) .

مثل دیگر را میتوان از شمال آفریقا ذکر کرد. در بعضی از قسمتهای این نقطه از جهان برنامه‌های مبارزه با مالاریا مورد استقبال مردم قرار نگرفت. علت آن بود که در آن مناطق خرما یکی از مواد اصلی خوراک مردم را تشکیل میدهد. البته مردم اثرات سمپاشی با د. د. ت را تا اندازه‌ای میدانستند و با از بین بردن مالاریا مخالفتی نداشتند. اما چون د. د. ت علاوه بر پشه آنوفل که ناقل مالاریاست مگس‌هایی را نیز که گردهای درخت نر را بدرخت ماده میرسانند میکشت سمپاشی با د. د. ت تهدیدی بمنبع غذائی مورد نظر شده بود و از این رو با استفاده از این ماده حتی برای خلاص کردن خود از دست مالاریا ارزش قائل نمیشدند.

۵ - نیازهایی که اجرای برنامه‌های بهداشتی ممکن است مانع ارضای آن شوند - گاهی اوقات بعضی از عادات و رفتارهای مردم علاوه بر اثرات بد یا خوبی که دارد قسمتی از نیازهای افراد جامعه را برمیآورد. حال اگر برنامه‌های عمرانی یا بهداشتی قصد دارند آن روش‌ها و عادات را بعزت زبانی که، بنظر کارکنان بهداشتی یا عمرانی، برای مردم دارد از بین ببرند لازمست فکری برای برآوردن نیاز مردم که آن رفتار و عادات جوابگوی آنها بود بکنند. مثلاً در برنامه‌های تنظیم خانواده که سعی بر تحدید شماره فرزندان میشود غالباً باین امر توجه نمیگردد که وجود فرزندان متعدد برای پدران و مادران میتواند جنبه اقتصادی و تأمین اجتماعی و رفاهی داشته باشد زیرا فرزندان از سنین معینی قادر خواهند بود که در کار مزرعه و خانه بولیاء خود کمک کنند. ذکر مورد دیگری از این قبیل مشکلات شاید بتفهیم موضوع کمک بیشتری بکند.

در مکزیک اداره بهداشت برای آنکه زنها لباسهای خود و خانواده را در نهر آب نشویند دست بساختن رختشوی‌خانه‌های مجهز و تمیز زد. در این رختشوی‌خانه‌ها زنها پهلوی شم و در جلوی محلی که برای چنگ‌زدن لباسها تعبیه شده بود میایستادند. جلوی هر زن بدیوار مقابل شیرآبی نصب شده بود. البته شستشو در این محل کار زنها را بمراتب ساده‌تر میکرد و از آلودگی آب نهر که برای خورد و خوراک بود جلوگیری بعمل می‌آورد. اما زنها از آن استقبالی نکردند و باز بشتن لباس در نهر و بهمان شکل قدیم ادامه دادند. پرسشهای بعدی نشان داد که شستن لباسها در نهر تنها وظیفه پاک کردن لباسها را ندارد بلکه وسیله‌ایست برای زنها که در دو طرف نهر و روبروی هم برای مدتی بنشینند و باهم درد دل کنند. شاید این تنها تفریح و سرگرمی زنها بود و چنانچه در رختشوی‌خانه بروند و روبدیوار بایستند و رخت بشویند از تفریح ضمن کار که تا کون داشته‌اند محروم

خواهند گشت (۷) .

اکنون بطور خلاصه آنچه از این صحبتها و مثالها حاصل میشود

آنتسکه :

اولاً - کارمند بهداشتی باید برای انجام بهتر و مؤثرتر کار خود یعنی برای تغییر عادات و آداب و رسوم بهداشتی مردم خوبستن را با فرهنگ و خصوصیات قومی آنها بخوبی آشنا سازد و در طرح و اجرای برنامه‌های بهداشتی سعی کند که همه‌ی جوانب و مشکلات و مسائلی که مردم با آنها روبرو هستند و یا در اثر اجرای برنامه‌های بهداشتی با آن روبرو خواهند شد در نظر بگیرند .

ثانیاً - کارمند بهداشتی باید توجهش به مشکل خاص در محل خاص باشد نه اینکه اجرای برنامه بهداشتی را بهر صورت که هست و همانطور که باو داده شده و در جاهای دیگر اجرا شده است بدون توجه بشرايط محلی و فرهنگی اجرا کند. بزبان دیگر کارکنان بهداشتی در انجام کارهای خود باید مشکل نگار باشند نه برنامه‌نگار.

REFERENCES

1. Hanlon John J. (1969). Principles of Public Health Administration. (5th ed.) The C. V. Mosby Co., Saint Louis. P. 469
2. Smith Alwyn. (1968). The Science of Social Medicine. Staples. London. P. 11.
3. Smith. Ibid., P. 12.
4. Foster George M. (1962). Traditional Cultures: and the Impact of Technological Change. Harper and Brothers. New York. P. 180.
5. Marin François & Jacque Mousseau. (1971). La Paix Blanche. A Conversation with French Anthropologist Robert Jaulin. Psychology Today. 5.
6. Hanlon, Op. Cit. P. 75.
7. Foster George M. (1969). Applied Anthropology. Little Brown and Company. Boston. PP. 3-4.
Brown and Company. Boston.