

پزشکان عمومی و ارتقای سلامت

نویسندگان: دکتر محمد پوراسلامی^۱، حمیده سرمست^۲

خلاصه:

رویکرد نوین و بین المللی ارتقای سلامت (Health Promotion) برخاسته از نیاز تاریخی به تغییرات بنیادی در راهکارهای دستیابی به سلامتی کامل و به منظور تأمین، حفظ و ارتقای سلامت بوجود آمده است.

در رویکردهای ابتدایی بهداشت عمومی، معضل بیماری‌های عفونی فکر متولیان بهداشتی را به خود مشغول کرده بود که در این راستا مسئولین تنها به تقویت مقاومت مردم متوسل می شدند تا بدین ترتیب بر مشکلات بهداشتی غلبه نمایند. پزشکان نیز کمتر به عوامل تأثیرگذار بر سلامتی و بهداشت افراد جامعه توجه نموده و غالباً به درمان موردی بیماران خود می پرداختند. لیکن در دوره بعدی مشکلات و نیازهای بهداشتی دیگری مطرح گردید که ناشی از شرایطی بود که مردم بر اثر ورود به دوره صنعتی با آن مواجه می شدند. مشکلاتی نظیر بیماری‌های روانی، انواع سرطان‌ها، حوادث و سوانح، بیماری‌های قلبی عروقی، ابتلا به دخانیات و سایر مواد رونگردان نظیر الکل و ... که با تقویت مقاومت و تجویز دارو قابل پیشگیری و درمان نبوده و نیاز به راهکارهای جدید احساس می شد. جنبش نوین ارتقای سلامت در پاسخ به این نیاز مطرح شده و برای دستیابی به اهداف این جنبش و اجرای راهکارهای آن نیاز به همکاری آحاد جامعه و کلیه بخش‌های توسعه وجود دارد. به عبارت دیگر اگر قرار است در راستای ارتقای سلامت گام برداریم مطمئناً بهتر آن خواهد بود که همگی قدم در این راه بگذاریم که در این میان پزشکان عمومی نیز می‌بایست با تقویت مهارت‌های خود از حیطه درمان صرف خارج شده و در صحنه‌های اجتماعی و اقتصادی جدید به کسب تجربه بپردازند. مقاله ای که پیش روست گامی است در جهت معرفی نقش پزشکان عمومی در جنبش نوین ارتقای سلامت.

کلید واژه: ارتقای سلامت، پزشکان عمومی، رویکرد نوین

در سال ۱۸۵۰ در شهر لندن بودید، در آن صورت تنها چیزهای موثر که در فهرست دارویی خود می توانستید داشته باشید، عبارت بود از تریاک (Opium) جهت درمان اسهال، ریواس جهت درمان یبوست و کلردین کولیس براون (Cholorodyne) کلردین کولیس براون (Cholorodyne) که متشکل بود از مورفین، اتر، حشیش و شهد که مطمئناً اثر

بیماران خود می پرداختند. پزشکان در طی صدها سال داروهایی را برای صدمات و بیماریها تجویز کرده‌اند. لیکن در اغلب این سالها نسخه‌های آنها، تاثیر چندانی نداشته است. در واقع آنها کمتر به علل بیماریها می پرداختند و درمانهایی که در اختیار داشتند بجای اینکه مفید باشند، صدمه بیشتری وارد می کردند. مثلاً اگر شما یک پزشک عمومی

پیش از تعریف جامع سلامتی توسط سازمان بهداشت جهانی (WHO) در اواخر دهه ۱۹۴۰ و متعاقب کنفرانس‌های آلماتا و اتاوا و مطرح شدن بحث ارتقای سلامت در دهه ۱۹۷۰، پزشکان کمتر به عوامل تأثیرگذار بر سلامتی و بهداشت افراد جامعه (عوامل اپیدمیولوژیک، دموگرافیک و ...) توجه نموده و غالباً به درمان موردی

۱- استادیار پزشکی اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی ایران
۲- کارشناس اداره کل ارتباطات و آموزش بهداشت

تسلطی بخش داشت، در حالیکه می توانستید توصیه های بهتری هم داشته باشید همانند توصیه هایی که امروزه صورت می گیرد. هر چند که امروزه خوشبختانه دقت زیادی به خرج می دهیم تا بیماران را در خصوص شیوه زندگیشان مقصر ندانیم و آنها را سرزنش نکنیم، لیکن می دانیم که در گذشته نیز مانند امروز افرادی که خوب غذا می خوردند، فعالیت ورزشی متناسبی داشتند و سیگار نمی کشیدند از سلامتی بهتری برخوردار بودند و شانس بیشتری برای زنده ماندن داشتند. در دوران ملکه ویکتوریا شهرهای بزرگ و جدیدی که در نتیجه انقلاب صنعتی بوجود آمده بودند، بطور ادواری توسط همه گیری بیماریهای عفونی ویران می شدند. مثلاً در سال ۱۸۵۴، در یکی از حومه های شهر لندن بیماری وبا در مدت ۱۰ روز جان ۵۰۰ نفر را گرفت و این چیزی غیر معمول نبود. چیزی که غیر معمول بود، این بود که یک پزشک عمومی از معاینه بیماران انفرادی پارا فراتر گذاشته و با یک دیدگاه بهداشت عمومی به شیوع بیماری نظر افکند. این پزشک از مطبخ خارج شده، کثیر بیماران منتظر را ترک کرد و به سمت پایین خیابان براود (Broad Street) سرازیر شد.

دکتر جان اسنو (John Snow) نظری به نقشه بروز بیماری وبا انداخت و متوجه شد که تراکمی از موارد ابتلا به بیماری، در طول خیابان براود مشاهده می شود. وی فرض را بر این گذاشت که وبا یک بیماری است که از طریق آب منتقل می شود و بدین نتیجه رسید که بیماران زیادی بایستی از آب آلوده تلمبه خانه خیابان براود نوشیده باشند. بنابراین بیرون رفته، دستگیره تلمبه را کند و بدین ترتیب اسطوره ای بنام جنبش بهداشت همگانی را بنیانگذاری کرد.

البته از آن زمان تاکنون علم پزشکی گامهای بزرگی را برداشته است. ما عملاً

می توانیم تعدادی از بیماریها را درمان نماییم. اکنون اگر بیمار من مبتلا به وبا باشد، می توانم آن را درمان کنم. (اگر چه در همه گیری بیماری وبا در سودان شرقی در سال ۱۹۸۵ و نیز در همه گیری دیگری از همین نوع بعد از جنگ عراق در سال ۱۹۹۱ که من حضور داشتم، تصفیه کردن منبع آب مورد استفاده مردم اهمیتش پیش از دادن تراسایکلین به تک تک افراد بود).

بهر حال اکنون، حداقل در دنیای غرب، منابع آب مابطور چشمگیری بهبود یافته و افراد، دیگر مبتلا به وبا نمی شوند. ولی هنوز نسبت بیشتری از بیماران یا با بیماریهایی مراجعه می کنند که ما نمیتوانیم درمان کنیم نظیر انواع سرماخوردگیها و با با حالتی مراجعه می کنند، که هنوز هم واقعاً نمی توانیم تشخیص دهیم، نظیر اختلالات روانی غیر اختصاصی. اما هنوز می توانیم توصیه های خوب به آنها بکنیم و میدانیم که این توصیه ها در صورتیکه رعایت شوند، وضعیت سلامتی را بهتر نموده و به نفع مردم خواهد بود. در بعضی از مناطق دنیا اکثر پزشکان عمومی خودشان نیز توصیه های خود را، حداقل در مورد سیگار، رعایت کرده اند. آخرین مطالعه درباره پزشکان عمومی استرالیا نشان داد که میزان سیگارهای آنها در مردان حدود ۴٪ و در زنان حدود ۲٪ بود. در حالیکه میزان کلی سیگارها در این قاره برای مردان ۲۸٪ و برای زنان ۲۴٪ بود.

اکنون تعداد بیشتری از پزشکان توصیه هایی درباره شیوه های سالم زیستن به بیماران خود ارایه نموده و این کار را به روشهای مختلفی نظیر مشاوره، استفاده از پوسترها و پمفلت ها، ارایه توضیحات مختصر بعد از معاینات روتین و دوره ای بیمار (Check up)، غربالگری (Screening) و پیگیری (Follow up) بیماران انجام می دهند. برخی مطالعات نشان داده اند، بیمارانی که

توسط پزشکان خود آموزشهایی را دریافت می نمایند، رفتارهای مخاطره آمیز کمتری نسبت به بیمارانی که این آموزشها را دریافت نمی کنند نشان می دهند. از سوی دیگر یک Meta - analysis که توسط آشنندن (Ashenden)، سیل گی (Silegy) و ویلر (Weller) انجام شد، نشان داد که هر چند که تحت تاثیر قرار دادن و یا ایجاد تغییرات مختصر در رفتار و شیوه زندگی افراد از طریق مداخلات پزشک عمومی. محور، امید بخش به نظر می رسد، لیکن هیچگونه تغییر اساسی توسط این مداخلات ایجاد نمی شود. البته منظور من این نیست که این جنبه از کار شمارا در زمینه ارتقای سلامت کم اهمیت جلوه دهم. زیرا همچنان که کوئیت (Quit) می گوید، اگر تغییرات مختصر در جمعیت بزرگ روی دهد، این تغییرات به دهها هزار نفر تعمیم پیدا کرده و می تواند زندگی آنها را توسعه دهد. ولی باید محدودیت آنها را نیز قبول نماییم.

این محدودیت ها تا حدودی مربوط به مشکلات اجرای برنامه های ارتقای سلامت در محیط طبابت است که از جمله آنها می توان به موارد زیر اشاره نمود:

- از پزشکان به سختی کار می کشند
- برنامه های مالی و اقتصادی پزشکی، بطور ریشه ای از مباحث ارتقای سلامت حمایت نمی کند.

- همه پزشکان عمومی به آموزش بهداشت برای بیماران خود نمی پردازند.

- اکثر پزشکانی نیز که مبادرت به آموزش بهداشت می کنند در توصیه مواردی نظیر ورزش که ممکنست خارج از حیطه تخصص اصلی آنها باشد، اطمینان ندارند.

- اکثر بیماران در مقابل این توصیه ها عکس العمل ضعیفی از خود نشان می دهند.

- علی رغم میزان استعمال کم سیگار توسط پزشکان عمومی که سرمشق و الگویی برای همه شده است، متأسفانه در

خیلی از نقاط دنیا میزان استفاده از الکل و مواد مخدر در آنها تقریباً به همان میزان مردم عوام می باشد، هر چند ممکنست شرایط کاری آنها یعنی ساعات کاری طولانی، کار سخت و طاقت فرسا و تنش که نشانی از تعهد آنهاست مستعد کننده این حالت باشد.

- نهایتاً آنکه این جمله در بین پزشکان بسیار رایج است که "پزشکان بیماران خوبی نیستند" فقط ۲۲٪ از دکترها برای خودشان یک پزشک دارند و ۲۶٪ از آنها از نظر پزشکی دارای شرایطی هستند که برای در میان گذاشتن مسایل خود با یک پزشک احساس محدودیت می کنند.

و تمامی اینها مشکلاتی هستند که ما می توانیم بر آنها تاثیر گذار باشیم.

از طرفی این سؤال مطرح است که آیا به ارایه توصیه ها در خصوص مؤلفه های مثبت بهداشتی، توجه کافی مبذول داشته ایم؟ بطور مثال، پژوهش در خصوص اثر حفاظتی استفاده متعادل از شراب در برخی از گروههای سنی مورد بحث محققین است و یا مطرح شده است که بین کثرت مقاربت با میزان بالای مرگ و میر رابطه ای وجود دارد، هر چند که این موارد نیاز به تحقیقات وسیعتری دارند. همچنین بین طول عمر و شرکت در فعالیت ها و وقایع فرهنگی، مطالعه کتب و مجلات (هفته نامه ها، ماهنامه ها و ...) و نواختن آلات موسیقی و یا خواندن در یک گروه کر، حداقل در مورد زنان رابطه قدرتمندی وجود دارد. بنابراین اگر ما بیشتر بر توانایی های خود تمرکز نماییم تا نتوانسته های خود، یا اگر نسخه ها و دستورات پزشکان عمومی مطلوبتر و بهتر از این بود، شاید در آن صورت پزشکان عمومی (و سازمانهای ذیربط ارتقای سلامت) در زمینه پذیرش توصیه هایشان توسط مردم، توفیق بیشتری کسب می کردند.

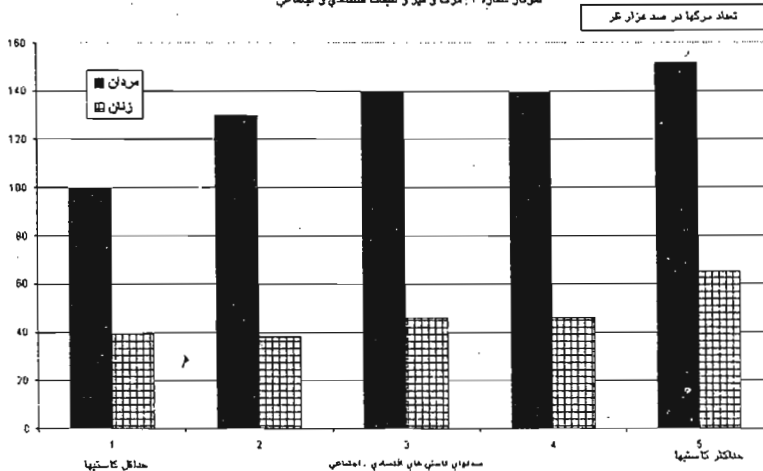
کم تاثیر بودن فعالیت های آموزش

بهداشت شاید تا حدودی بخاطر این حقیقت باشد که برخلاف آنچه که ما فکر می کردیم، رفتار یک فرد، فقط بخش کوچکی از تعیین کننده های سلامتی مربوط به آن فرد است. ارتقای سلامت در تمام دنیا از تمرکز اولیه آن بر آموزش و اطلاعات فاصله گرفته است. طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی (WHO)، ارتقای سلامت عبارتست از فرآیندی که مردم را توانمند می سازد تا کنترل خود را بر تعیین کننده های سلامت افزایش داده و از این طریق سلامتی خود را ارتقا دهند. با این وصف، امروزه به ارتقای

رفاه نشان دهنده چگونگی تغییر میزانهای مرگ و میر در میان سطوح مختلف اجتماعی. جداول مذکور را بعنوان نقشه معادل با نقشه ویای اسنو، در نظر می گیریم. این جدول نشان دهنده مرگ و میر جوانان است بطوری که محور عمودی نشان دهنده تعداد مرگها در صد هزار جمعیت بوده و محور افقی نیز نشان دهنده افزایش کاستیهای اجتماعی - اقتصادی است.

اگر این جدول معادل نقشه ویای اسنو برای ما در نظر گرفته شود، در آن صورت

نمودار شماره ۱: مرگ و میر و طبقات اقتصادی و اجتماعی



نقش جان اسنور نیز امروزه میشل مارموت (Michael Marmot) میتواند ایفا کند.

مارموت در اوایل دهه ۱۹۶۰ به دانشکده پزشکی شهر سیدنی وارد شد. وی می گوید: زمانیکه در رشته پزشکی تحصیل می کردم، عادت داشتم که در اطراف بخش های بیمارستان قدم بزنم و تمام افرادی را که از بیماری های قلبی، برونشیت مزمن و مشکلات کبدی و غیره رنج می برند، تماشا کنم و فکر کنم که ما فقط به این افراد مرهم (Band Aids) می دهیم در حالیکه راه بهتری باید وجود داشته باشد ...

مارموت بر آن بود تا در مرحله اول بدانند مردم چرا بیمار می شوند. درمان کردن

سلامت به عنوان یک فرآیند سیاسی و اجتماعی جامعی نگاه می شود که نه تنها دربرگیرنده اقدامات مربوط به تقویت مهارتها و توانمندیهای فردی است، بلکه این فرآیند شامل اقداماتی نیز می باشد که معطوف به تغییر دادن شرایط اجتماعی، محیطی و اقتصادی به منظور کاهش تاثیر نامطلوب این شرایط بر سلامت فردی و همگانی، هست.

اکنون نیز مثل زمان اسنو، افراد به غذایی که می خورند در مقایسه با محلی که زندگی می کنند و یا میزان درآمدی که دارند کمتر اهمیت می دهند. جداول سودمند کولین ماترز (Colin Mathers) در زمینه «سلامت و

افراد کافی نبود بلکه وی می خواست تا جوامع را درمان کند. او می گوید، زمانی که به عنوان یک پزشک عمومی در اردوگاه مهاجران در آفریقای شرقی کار می کردم، و نیز زمانی که با همین عنوان در اردوگاههای بومی شهر آلیس اسپرینگز (Alice Springs) مشغول کار بودم، چنین افکاری برای من بیشتر مطرح می شد. بدین شکل که ما باید پی ببریم که چگونه می توانیم سلامتی جوامع را ارتقا دهیم، نه فقط سلامتی افراد را.

مارموت مدت چندین دهه بر روی مطالعه عظیمی به نام مطالعه وایت هال (Whitehall Study) کار کرد. این مطالعه در خصوص مشکلات بهداشتی کارمندان دولت انگلیس بود. در دهه ۱۹۶۰، گروهی از همه گیری شناسان (اپیدمیولوژیست ها) شروع به مطالعه میزان حمله قلبی در میان کارکنان دولتی وایت هال (Whitehall) کردند. همه این کارکنان، کارمندان دفتری و اداری (بقه سپیدها) (White Collar Workers) بوده و قسمت اعظم آنها متعلق به انگلوساکسونها (Anglo-Saxon) و همگی از طبقه متوسط جامعه بودند. این دانشمندان مطالعه را با نگاهی به ریسک فاکتورهای واضح بیماری قلبی، نظیر رژیم غذایی، ورزش و فعالیت بدنی و استعمال دخانیات آغاز کردند. آنها قد و وزن کارمندان دولتی را اندازه گرفته و به مقایسه اندازه های فشار خون و سطح کلسترول خون آنها پرداختند. آنها همچنین درباره جنبه های مختلف سبک زندگی شان از جمله ورزش و فعالیت بدنی، استعمال دخانیات، عادات خوردن و نوشیدن با آنها مصاحبه نمودند.

مارموت در نهایت پی برد، کارمندانی که در پایین ترین رده های اداری کار می کردند احتمال مرگ و میر ناشی از حملات قلبی در آنها چهار برابر بیشتر از افرادی بود که در راس سلسله مراتب اداری قرار داشتند.

همچنین در این کارمندان (رده های پایین اداری) احتمال مریض شدن بر اثر صدماتی نظیر حمله ها و انواع خاصی از سرطانها و بیماریهای معده خیلی بیشتر بود.

شاید تعجب آورترین یافته مطالعه وایت هال در آن زمان، این بود که تمامی افراد در نظام سلسله مراتب اداری نسبت به جایگاه اجتماعی آسیب پذیر به نظر می رسیدند و این آسیب پذیری منحصر به افراد رده پایین سلسله مراتب اداری نبود. به گونه ای که حتی یک ارتقای کوچک در جایگاه اجتماعی، در آمار مربوط به مرگ و زندگی منعکس می شد. بعنوان مثال احتمال وقوع حمله های قلبی مرگبار در "مدیران" (Administors) که طراح سیاست ها بودند (سیاستگذارند)، نصف "مجریان" که به اجرای سیاست ها می پرداختند، بود. خطر حمله قلبی مرگبار در "کارمندانی" که برای "مجریان" کار می کردند، سه برابر اندازه این خطر برای "مدیران" بود.

پیام این مطالعه برای ما این بود که "سیاست گذاری"، سالم تر و کم خطرتر از "اجرا" می باشد. برای بقیه کارکنان حمایت کننده نظیر کارمندان کمکی و پردازش کنندگان اطلاعاتی، این خطر به مراتب بیشتر از سایر رده های بالا بود. اگر میزان مرگ و میر ناشی از وابستگی به رده های شغلی همانند میزان مرگ و میر ناشی از آلودگی آب به ویروس یا سم بود (به عبارت دیگر اگر صرف وابستگی به رده های شغلی موجب مرگ و میر می شد) در آن صورت یافته های وایت هال لغو شده و پرونده اش بسته می شد. لیکن در عمل چنین شرایطی حاکم نبود و این تفاوت تا حدودی مربوط به این امر بود که، افرادی که در سطوح کارمندی و گروههای اجتماعی پایین قرار داشتند، زیاد سیگار می کشیدند و بد غذا می خوردند (عادت غذایی ناسالمی داشتند). بهر حال اگر مشکل فقط همین بود، در

آن صورت درمان عبارت بود از افزایش فعالیت های پزشکان در زمینه توصیه های خود به مردم، درباره اینکه چه چیزی برای آنها خوب است و چه چیزی بد. اما این تنها مشکل ما و تمام مشکل ما نبود. مارموت پی برد که اختلاف میزانهای مرگ و میر مربوط به اختلافات طبقاتی، حتی در بین افراد غیر سیگاری و افرادی که در ورزشهایی هم چون راهپیمایی شرکت می کنند، همچنان به قوت خود باقی است. این واقعیت حاکی از این امر است که فقط حدود ۵۰ درصد خطر حمله قلبی کشنده در کارکنان دولتی شاغل در رده های اداری پایین، توسط عواملی همچون سطوح بالای کلسترول، فشار خون بالا، استعمال سیگار یا دیگر عوامل خطرزای رایج بیماریهای قلبی ایجاد می گردد.

مطالعات دیگر نیز به الگوهای اجتماعی مشابهی در زمینه بیماریها دست یافته اند. مصرف سیگار، رژیم غذایی نامناسب و دیگر خطرات بهداشتی رایج، مطمئناً با اهمیت هستند اما به نظر می رسد که موقعیت اجتماعی افراد نیز مهم باشد. برای برخی از مردم، موقعیت اجتماعی حتی بیشتر از تمام خطرات توأم با آنها اهمیت دارد. در حال حاضر دانشمندان تلاش می کنند که به علت این رابطه پی ببرند. این رابطه ممکنست مربوط به استرس و یا تنش تعلق به طبقه اجتماعی نامربوط یا یک تاثیر اجتماعی-روانی-زیستی باشد، هر چند که در این زمینه کاملاً مطمئن نیستیم.

البته در شباهت و همانندی موردی که بحث شد با همه گیری و با در خیابان برآود، تا اینجا، کمی مغایرت دیده می شود. آشکارترین این مغایرتها عبارتست از این امر که مشاهدات اسنونه تنها به وی نشان داد که مشکل احتمالی چه می تواند باشد، بلکه راه حلی نیز به وی پیشنهاد کرد. در حالیکه مشاهدات ما این کار را نمی کنند. ما هنوز نمی توانیم پی ببریم که "دستگیره پمپ"

کجاست. واضح است که سلسله مراتب اداری در محل کار خیلی مهم است، اما پزشکان عمومی نمی‌توانند به تجویز ترفیع درجه پیرداز بپردازند و حتی اگر بتوانند این کار را انجام دهند، این امر نمی‌تواند مشکل را حل کند. زیرا مشکلات مورد اشاره چند جانبه و چند علتی هستند و پیامدهای متعددی دارند و بنابراین مداخلات نیز می‌توانند نتایج پیش بینی نشده و حساب نشده‌ای را در پی داشته باشند. نهایتاً آنکه پزشکان عمومی در حال حاضر با همان معضلاتی روبرو هستند که مروجان سلامتی در مدت یک دهه با این معضلات دست به گریبان بوده‌اند.

مانمی دانیم که آیا بایستی به سطح کلی نابرابری و بی‌عدالتی موجود در اجتماع و میزان انسجام اجتماعی موجود بپردازیم و یا به میزان انسجام و قابل درک بودن دنیای اطراف خودمان. جایی که سرمایه اجتماعی (Social Capital) وجود شبکه‌ها و روابطی که اعتماد، مسوولیت و همکاری را پرورش داده و با پاداش تقویت می‌کند (وسیله‌ای برای حفظ تمامیت یک جامعه باشد، شواهد حاکی از ارتباط بین سلامتی با حمایت اجتماعی، عدالت و سرمایه اجتماعی است. کاواچی (Kawachi) و گروهش با اندازه‌گیری میزان عضویت در گروه‌های داوطلبانه و سطح اعتماد اجتماعی، به بررسی سرمایه اجتماعی در هر یک از ایالت‌های آمریکا پرداختند و دریافتند که نابرابری و بی‌عدالتی در میزان درآمد بطور وسیعی، هم با فقدان عضویت در گروه و هم با فقدان اعتماد اجتماعی، رابطه دارد. در مقابل، هم اعتماد اجتماعی و هم عضویت در گروه، هر دو، با میزان مرگ و میر کلی و نیز میزانهای مرگ ناشی از بیماری‌های عروق کرونر، انواع سرطانها و مرگ و میر نوزادان رابطه مستقیم داشت. نتیجه‌گیری تجربه

آنها این بود که نابرابری و بی‌عدالتی در میزان درآمد و اقتصاد خانواده به افزایش مرگ و میر از طریق کاهش در سرمایه گذاری در زمینه سرمایه اجتماعی، منجر می‌شود. شبکه پزشکان عمومی در استرالیا می‌تواند به عنوان یک مثال در دخالت کلیدی در سرمایه اجتماعی استرالیا در نظر گرفته شود. یکی از اهداف اصلی این برنامه "دسته بندی و تفکیک در طبابت" بود که حاکی از دخالت دادن پزشکان عمومی در ارتقای سلامت در سطوح جمعیتی به جای سطوح فردی بود. اکنون دیگر پزشکان عمومی در استرالیا از جراحی به سمت جامعه و نیز به سمت فعالیت با گروه‌ها و سازمانهای دیگر در راستای ارتقای سلامت مبتنی بر جامعه روی می‌آورند.

ارتقای سلامت و بهداشت همگانی متعلق به برنامه دسته بندی و تفکیک مرکز SERU، یک طرح راهنما برای ارتقای سلامت مبتنی بر جامعه فراهم کرده است که متضمن مشاوره، ظرفیت سازی سازمانی و بین سازمانی و نیز ثبات و پایداری است. این طرح فرآیندهایی را توصیه می‌کند که راهبردهای متعددی را به کار می‌گیرند که از جمله آنها می‌توان به موارد ذیل اشاره نمود: آموزش، فراهم نمودن اطلاعات، رسانه‌ها، رویکردهای توسعه جامعه، ائتلاف، حمایت، قانونگذاری و اقدامات اجتماعی. این طرح به ترسیم دقیق سطوح متفاوتی می‌پردازد که در آن سطوح، تاثیر گذارنده‌هایی بر سلامتی تعیین شده و مداخلات به منظور بهبود سلامتی افراد جامعه می‌توانند وارد عمل شوند.

سیاست گذاری ارتقای سلامت متعلق به برنامه "دسته بندی و تفکیک"، می‌باشد که طیف وسیعی، از توصیه به افراد گرفته تا سخنرانی و جلب توجه دولت، را دربرمی‌گیرد. یکی از اهداف نهایی این

برنامه تعهد توانمندسازی است که از محدوده ابتدای موضوع تا اهداف ارتقای سلامت را شامل می‌شود. بنابراین این سؤال پیش می‌آید که در این صورت نقش پزشک عمومی بطور جداگانه چیست؟ اجازه دهید که موضوع ارتقای سلامت روان را در نظر بگیریم. در مطالعه‌ای که توسط سازمان بهداشت جهانی (WHO) انجام گرفته است، مشخص گردید که ۶۴٪ از بیماران مورد مطالعه به برخی از مشکلات روانشناختی مبتلا هستند که باید مورد توجه قرار گیرد. با در نظر گرفتن این واقعیت که، شیوع اختلالات روانی جدی (ماژور) که نیاز به مداخلات روانشناختی خاصی دارند، غالباً زیر ۵ درصد است، بنابراین پزشکان عمومی با ۵۹ درصد دیگر چه می‌خواهند بکنند؟ بدون شک می‌توان قسمت اعظم این مشکلات روانی را بوسیله درمانهای پزشکی دقیق معالجه نمود (مثلاً اختلالات خواب را با قرصهای خواب و حالت‌های اضطراب را با ترانکولایزرها). حوزه فعالیت آشکاری که برای پزشکان عمومی در این مورد مطرح می‌شود عبارتست از ارائه یک نقش مشاور بهداشتی. این نقش را پزشکان عمومی از طریق توصیه به استفاده صحیح و توأم با احساس مسوولیت از داروهای تجویزی و یا توصیه به ورزش و فعالیت فیزیکی ارائه کنند که این امر به فرد احساس بهتری داده و کمک می‌کند تا از زندگی خود بیشتر لذت ببرد. نقش مشاور این است که هم چون یک مستمع دلسوز، بدون جهت‌گیری خاص، عمل نماید. نقش مددکاری اجتماعی نیز این است که یک رویکرد توانمندسازی در پیش گرفته و بر آن باشد تا مشکلات عمده بیمار را شناسایی نماید. این شناسایی جهت انجام تمام اقدامات ممکن در این زمینه و نیز جهت ارجاع بیمار به مراکزی است که توانایی

کمک به اجرای طرح را داشته باشد. اما سوال واقعا مشکلی که وجود دارد این است که ما چگونه به وضعیتی رسیدیم که ۶۴٪ از بیماران در گروهی قرار گرفته اند که از یک مشکل روانی رنج می برند. وقتی که موردی در یک جامعه از مرز ۵۰٪ می گذرد، دیگر بیماری نیست بلکه در غالب موارد، یک امر طبیعی محسوب می گردد. در آن صورت است که افراد فاقد علایم اختلالات روانی، غیر طبیعی محسوب می شوند! آیا ماسعی داریم تنش ها و سختی های طبیعی زندگی را بیمار گونه جلوه دهیم؟ آیا این درست است که در نهایت تمام تنش های اجتماعی - محیطی و شخصی خودمان را هم چون مشکلات پزشکی تفسیر کنیم؟ آیا نباید به جای آن، از خودمان پرسیم که در زندگی متعلق به قرن بیست و یکم چه چیزهایی وجود دارد که این علایم را ایجاد می کنند؟

وضعیت فوق به این می ماند که نجات غریق ها با بیرون کشیدن افراد غریق از رودخانه، می توانند سخت مشغول باشند، به گونه ای که فرصت نداشته باشند تا در ساحل قدم زده و ببینند چه کسی این افراد را به آب هل می دهد.

بیماری روانی موضوعی بسیار جدی است. میزانهای خودکشی در میان قشر جوان هنوز سیر صعودی دارد و این یک تراژدی اندوهبار است. در میان افرادی که اختلالات روانی شناخته شده ای دارند، خودکشی بیشتر شایع است و این امر حاکی از آن است که ما می بایستی به بیماران خود توجه بیشتری داشته باشیم. از طرفی بالا بودن میزان خودکشی در میان جوانان روستایی نسبت به جوانان شهری، توجه ما را به دخیل بودن محیط در این موضوع معطوف می دارد.

در مقابل این سوال که چرا میزان خودکشی در روستاها سیر صعودی داشته است، با احتمالاتی نظیر رکود اقتصادی در مناطق روستایی، تنگناهای موجود در جوامع روستایی کوچک و مهاجرت تعداد زیادی از مردم روستاهایی با جمعیت کمتر از ۴۰۰ نفر، روبرو خواهیم شد که این امر به معنای افزایش بار مسئولیت بهداشتی این جوامع است.

همچنین درباره این سوال که وجه تمایز جوانان روستایی از همتهای شهری آنها چیست، با چنین جوابهایی روبرو خواهیم شد: فقدان دسترسی به خدمات، میزان بالای بیکاری و متعاقب آن فقدان یک احساس "مثمر بودن" و نیز فقدان حس "کسی بودن" و یک احساس کلی زوال، طرد شدگی و از خود بیگانگی توأم با کاهش امید (دادلی (Dudley) و همکاران، ۱۹۹۸). پزشکان عمومی در اعمال جراحی بایستی نقش یک دکتر حاذق را ایفا کنند ولی در جامعه آنها نقش شهروندانی را دارند که به حل معضلات یاد شده می توانند کمک نمایند. اما در امر ارتقای سلامت، چالشی که بایستی در این حرفه انجام شود عبارت است از ادغام کردن این دو نقش با همدیگر به عبارت دیگر، هدایت دانش آنها در خصوص پیامدهای بهداشتی تصمیم گیریهای اجتماعی، و هم چنین مشارکت آنها در حمایت از جامعه، بدون اینکه تمام این معضلات را در حد مشکلات پزشکی، پایین بیاوریم. در راستای چنین اقداماتی، صاحب نظران یزودی نمونه هایی از این حمایت ها را که از برنامه تفکیک و دسته بندی قابل دستیابی هستند، فراهم خواهند کرد. بعنوان مثال، در حال حاضر دخالت دادن پزشکان عمومی در طرح های ملی بهداشت روان و سرمایه گذاری برای این

طرح ها در اغلب کشورهای توسعه یافته در دست بررسی است.

پزشکان عمومی، تا حدودی عادت کرده اند که، اغلب به صورت فردی و دل بخواهی، در زمینه آموزش بهداشت فعالیت نمایند. پروژه هایی که در حال حاضر در برنامه تفکیک و دسته بندی در حال بررسی است، نفوذ و تاثیر پزشکان عمومی را در محیط هایی نظیر مدرسه ها و نهادهای دولتی و محلی گسترش می دهد. اما تغییرات بنیادی، خود موضوع دیگری است که دستیابی به آنها بسیار بسیار سخت می باشد ولی در مقابل، در صورتی که بتوان به این گونه تغییرات دست یافت، فوق العاده موثر هستند. اکنون دیگر برای ارتقای سلامت مبتنی بر جامعه، یک راهنما داریم و شاید نیاز بعدی ما، عبارت باشد از یک راهنمای مکمل در زمینه نحوه کسب "حمایت"، "قانون گذاری صحیح" و اقدامات اقتصادی "سالم. ما دیگر نباید به فعالیت های دولت و جامعه تنها به عنوان وسیله ای برای وارد آوردن فشار بر رفتارهای نادرست مردم (از طریق اقدامات قانونی نظیر مالیاتهای سنگین برای سیگار) نگاه کنیم، بلکه این فعالیت ها بایستی وسیله ای برای ایجاد زیر ساختارهایی باشند که حمایت کننده سلامتی است.

اخیراً دولت انگلیس و نیز انجمن های پزشکی انگلیس در حالت کلی، پیشرفتهایی را در جهت ارتقای سلامت قلبی - عروقی، کاهش آلودگی هوا، تصادفات و انزوای اجتماعی کسب نموده اند. این پیشرفت ها از طریق تبلیغات منفی علیه استفاده از وسیله نقلیه شخصی و نتیجتاً به نفع استفاده از وسائط حمل و نقل عمومی، حاصل شده است. این فعالیت ها نشان دهنده قلمرو وسیع ارتقای سلامت است.

Abstract

*General Physicians and Health Promotion**Authors: Poureslami M¹, MD. Sarmast H²*

The modern and international approach toward health promotion is the result of historical need for fundamental changes in strategies of attaining complete health and it has been developed for the purpose of securing, maintaining, and promoting health.

In early approaches toward general health, the problem of infectious diseases kept the authorities responsible for health busy and in this direction the authorities resorted to the means to strengthen the populations, resistance to deal with the health problems. The physicians also paid less attention to the factors influencing the health and well being of people and frequently attempted to treat their patients. But, later other problems and health needs they faced that were due to the conditions that people faced following the industrialization era. Problems such as psychological disease, all kinds of cancers, accidents, cardiovascular disease, addiction to narcotic and other substances such as alcohol ... were not treatable by increasing the resistance and prescription and therefore, the need for new strategies were felt. The new movement for health promotion was a response to this need; and for the purpose of reaching these objectives and putting its strategies into action, the cooperation of all segments of society is necessary. In the other words, if the steps are to be taken toward the health promotion, certainly it will be better for all including the general physicians, who should improve their skills, go beyond of solely treating patients. They should enter into socio-economical scene and gain new experiences. The present article introduces the role that general physician have in the new movement for health promotion.

Keyword: *Health promotion- General Physician.*

- 1- Associate professor of Community Medicine, Iran University of Medical Sciences.
- 2- Expert in General administration of Communication and Health Education.

