

است لذا شمار ازدواج‌های فامیلی در استان لرستان زیاد است.

اگر بررسی میدانی برای علل معلولیت در استان صورت گیرد مشخص می‌شود که مشکل در ازدواج فامیلی است و یا چنانچه مشکل ازدواج فامیلی هم نباشد اما تشابهات ژنتیکی فراوانی وجود داشته که ریشه در نزدیکی خونی تبار و گذشته افراد دارد. آگاهی بخشی به مردم در حدی نیست که نسبت به خطرات ازدواج‌های فامیلی هوشیار شوند، این مسئله به خصوص در کوهدشت و نورآباد لرستان بیشتر مشهود است. بر اثر بی توجهی پدر و مادر فرزندی گرفتار معلولیت می‌شوند که باید در حوزه‌های اجتماعی و فرهنگی موضوع را بیشتر مورد بررسی قرار داد و همواره در هر برنامه‌ای مردم را نسبت به مشکلات ناشی از پیوندها و ازدواج‌های فامیلی آگاه کرد.

از دیدگاه جامعه‌شناختی جامعه‌ای که در حال گذار است کمتر انسجام اجتماعی دارد، جامعه ایران از ۱۰۰ سال قبل تاکنون در مرحله در حال گذار قرار دارد که در این بین مناطقی همچون لرستان را می‌توان گفت بیشتر تحت تأثیر تبعات این ناپیوستگی اجتماعی قرار دارد.

به عبارتی تبعات و پیامدهای جامعه در حال گذار بیشتر این منطقه را تحت تأثیر قرار داده و در چنین جامعه‌ای با اینکه هنوز همان آئین‌ها و آداب و رسوم و سنن تغییر ماهیت نداده‌اند اما ابزار و تکنولوژی‌های نوین ارتباطی جایگزین شده‌اند یعنی بر روی یک زمینه سنتی، روش‌های نوین ارتباطی قرار دارد.

یکی دیگر از عوامل مؤثر در کاهش اعتماد اجتماعی، تفاوت در حرف و عمل افراد شناخته شده است به این صورت که افراد از یک طرف پندها و الگوهای زندگی و رفتاری ساده زیستی و صداقت را به مردم توصیه می‌کنند اما در عمل و در رفتار خود خلاف گفته‌هایشان را انجام می‌دهند. چنین رفتارهایی در نهایت کاهش انسجام اجتماعی و اعتماد را در بین مردم به دنبال دارد که در چنین شرایطی انتظار اعتماد از اجتماع کاری بیپوده است. به گفته وی نتیجه این گفته‌ها به خصوص در مناطق عشیره‌ای و سنتی همچون لرستان موجب می‌شود که هنوز مردم از آئین‌ها و باورهای سنتی فاصله نگرفته و همچنان به سمت ازدواج‌های فامیلی می‌روند.



پیشگیری: زمینه‌ها، ضرورت‌ها و پیامدها

مصاحبه با دکتر هادی کریمی اصل^۱

مصاحبه کننده: علی نوری

※ لطفاً خودتان را معرفی کنید و توضیح مختصری راجع به سوابق کاری‌تان بفرمایید؟
- هادی کریمی اصل، پزشک عمومی و در حال حاضر کارشناس مسئول توانبخشی و توان پزشکی اداره کل بهزیستی استان قم هستم. در سال ۱۳۷۴ با اخذ درجه دکترا از دانشگاه علوم پزشکی تهران فارغ‌التحصیل شدم. پس از خدمت سربازی، از سال ۷۶ تا ۸۰ عضو هیئت مؤسس و هیئت علمی پژوهشکده تولیدمثل و ناباروری ابن سینا در تهران بودم. این پژوهشکده وابسته به جهاد دانشگاهی در زمینه‌ی آموزش و پژوهش و درمان ناباروری فعالیت می‌کرد. مانند مؤسسه‌ی رویان که در آن موقع اوایل کار بود. حدود سه سال در این پژوهشکده فعالیت داشتم؛ ولی بنا به ضرورت به قم آمدم و حدود یک سال مسئول امور پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی فاطمیه بودم. سپس اواخر سال ۸۰ وارد بهزیستی استان قم شدم و در قسمت توانبخشی به عنوان کارشناس و معاون توانبخشی شهرستان و استان مشغول به خدمت گردیدم. سپس به سمت پیشگیری رفته و حدود چهار سال و نیم هم معاون پیشگیری بهزیستی استان بودم. البته در فاصله‌ی زمانی این سال‌ها کارهای دیگری از جمله تألیف کتب و مقالات برای مجلات، نشریات و همایش‌ها هم انجام می‌دادیم که چهار پنج تا از مقالات ما در همایش‌های تخصصی مثل اولین کنگره‌ی کشوری تحقیقات کاربردی حوزه‌ی سلامت و دو مقاله هم در همایش تحقیقات کاربردی نخاعی‌ها ارائه گردید. بنده همزمان با معاونت پیشگیری با حکم استاندار چهار سال مسئول کمیته‌ی فرهنگی-پیشگیری شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر استان بودم. حدود هفت سال هم مسئولیت هیئت ورزشی نابینایان و کم‌بینایان هم بر عهده‌ی من بود (البته نه به عنوان یک شغل؛ بلکه به عنوان یک وظیفه و خدمت) در حال حاضر ضمن اینکه کارشناس بهزیستی

۱. پزشک عمومی و کارشناس توانبخشی اداره بهزیستی استان قم

هستم دانشجوی دوره MPH رشته عوامل اجتماعی سلامت (S.D.H.) در دانشگاه علوم پزشکی تهران می‌باشم. و به زودی پایان‌نامه‌ی خود را ارائه خواهم داد. رشته عوامل اجتماعی سلامت (S.D.H.) جزء رشته‌هایی است که اخیراً مورد توجه بسیاری قرار گرفته است.

**** موضوع پایان‌نامه‌ی شما چیست؟**

- این رساله با محوریت برساخت فرهنگی- اجتماعی معلولیت در کشور ارائه می‌گردد. ما اصطلاحی به نام برساخت داریم برخی به ساختار تعبیر می‌کنند. ولی اصطلاح برساخت (Construction) صحیح‌تر می‌باشد. برساخت اجتماعی یعنی مجموعه‌ی عوامل و بسترهای تشکیل دهنده‌ی اجتماعی موضوع، حال فرض کنید مسئله‌ای به نام معلولیت وجود دارد. معلولیت از نظر اجتماعی ریشه‌ها و عوامل و زمینه‌های فرهنگی دارد که متأسفانه کار زیادی در کشور ما در بررسی ابعاد مختلف این حیطه صورت نگرفته است.

**** این شماره از مجله‌ی توان‌نامه به موضوع پیشگیری اختصاص می‌یابد. به همین منظور ما بر آن شدیم تا با شما به عنوان یک متخصص در این عرصه گفتگویی داشته و به بحث بپردازیم. آیا جناب عالی شماره‌های پیشین مجله را مطالعه کرده‌اید؟ نظرتان چیست؟**

- بله فصلنامه شماره یک را مطالعه کردم. به نظرم کار خیلی متین و سنگین بسته شده. هم هیئت تحریریه و هم تیم علمی مجله فعال و مطرح هستند و هم فرمت و قالب کار بسیار وزین و ماندگار و با افق دید وسیعی طراحی شده ولی باید هدف مجله مشخص باشد. یعنی علمی پژوهشی باشد یا علمی ترویجی.

**** نمی‌خواهد در قالب‌های موجود محبوس شود. هدف اطلاع‌رسانی و فرهنگ‌سازی به عنوان دو اولویت در جامعه‌ی معلولین است.**

- بله ولی در حال حاضر کارها تخصصی شده و از همین ریزه‌کاری‌ها نتیجه‌گیری می‌کنند. یعنی روی شیوه خاصی تمرکز می‌کنند. به طور مثال شما می‌خواهید در میان عموم مردم گفت‌وگو سازی کنید یا یک پارادایم خاصی را مطرح و آن را برجسته کنید. اگر هدف عموم مردم هستند باید فرمت و محتوا و شکل رسانه‌ای که ارتباط برقرار می‌کند متناسب با عموم مردم باشد. یعنی کلموا الناس علی قدر عقولهم باشید و با زبان و ادبیات خودشان حتی در تصاویر و طراحی‌ها ارتباط برقرار کنید. حال چنانچه بخواهید در میان حوزویان و فرهیختگان و دانشگاهیان یک فرهنگ یا گفتمانی را جا بیندازید باز هم باید

از ادبیات خودشان بهره بگیرید. حتی می‌توانید تلفیقی در نظر بگیرید ولی باید هدف و مخاطب و الگوی کار معلوم و مشخص باشد. چون هدف و مخاطبان به شما خط می‌دهند.

**** این مجله یک نشریه مرجع برای استفاده‌ی پژوهش‌گران، نخبگان و گروه‌های مرجع می‌باشد. لذا به همین منظور فعالیت‌های دیگر خود را تشریح فرمایید تا جامعه‌ی هدف با فعالیت‌های نخبگانی چون شما بیشتر آشنا شوند.**

- فعالیت‌های دیگری مثل تألیف و ترجمه‌ی کتابچه یا جزواتی با محوریت پیشگیری از معلولیت و مشاوره‌ی ژنتیک داشته‌ام که در حال حاضر ۳ مورد از آنها در دست چاپ است. یک کتاب هم با عنوان « مبانی ورزش‌درمانی برای پیشگیری از بیماری‌های جسمی » در دو مجلد کوچک تألیف نمودم که به زودی به چاپ خواهد رسید. همچنین تعداد بیش از ۷ مقاله در همایش‌های مختلف (از جمله نخستین کنگره فرهنگ دینی در ورزش - دومین همایش ملی آسیب‌های اجتماعی در اسلام - نخستین کنگره کشوری تحقیقات HSR و چهارمین کنگره تحقیقات ضایعات نخاعی ایران) ارائه نمودم که در کتابچه همایش‌های فوق چاپ شده است.

**** لطفاً سوابق و سیر تاریخی پیشگیری در سازمان بهزیستی را به اختصار بیان فرمایید.**

- پیشگیری در سازمان بهزیستی به طور جدی از سال ۷۲ تا ۷۴ مطرح و برجسته شد. در ساختار بهزیستی بخشی به عنوان پیشگیری پیش‌بینی شد که رفته‌رفته به معاونت ارتقا یافت و معاونت پیشگیری ایجاد شد و فعالیت‌هایش گسترش یافت. در ابتدا فقط پیشگیری از انواع معلولیت‌ها در سازمان مرسوم و رایج بود؛ اما کم‌کم پیشگیری از اعتیاد و پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی به فعالیت‌های این بخش افزوده شد.

**** آیا معاونت پیشگیری مصوب مجلس شورای اسلامی بود؟**

- خیر، ساختار و تشکیلات بهزیستی مصوب سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور است در حال حاضر ساختاری که در بهزیستی کشور برای پیشگیری وجود دارد، معاونت نیست؛ بلکه مرکز توسعه پیشگیری تعریف شده که یک رئیس دارد.

**** آیا دلیلی برای این ساختار هست؟**

- دلیلش برای ما هم خیلی روشن نیست. شاید زمانی که این چارت تشکیلاتی در سازمان بهزیستی کشور تصویب می‌شد برای گسترش معاونت‌ها و ساختار اداری با محدودیت مواجه بودند.

**** چرا در بهزیستی کشور مرکز تعریف شده ولی در استان‌ها همچنان معاونت‌های پیشگیری فعالیت دارند؟**

- در استان‌ها ساختار اجرائی وجود دارد. و به طور اولیه برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری نیست. یعنی استان‌ها مجری برنامه‌های مصوب و کلان کشوری هستند. البته بین استان‌ها و کشور تعامل وجود دارد. ولی از جهت برنامه‌ریزی ستادهای کشوری موظفند برنامه‌های کلان و مورد نیاز کشور و استانها و بودجه مورد نیاز آنها را به تصویب برسانند. اما در استان‌ها این برنامه‌ها جنبه‌ی اجرائی دارند و چنانچه سیاست‌گذاری یا برنامه‌ریزی هم صورت گیرد برنامه‌ریزی اجرائی است آن هم نه در سطح کلان. به همین دلیل معاونت در استان‌ها فقط جنبه‌ی اجرائی پیدا می‌کند.

**** افرادی که تا کنون ریاست این مرکز را بر عهده داشتند عمدتاً تخصص‌شان چه بود؟**

- تا جایی که بنده اطلاع دارم از همکاران پزشک بودند.

**** چه رشته‌ها و تخصص‌هایی بیشتر با پیشگیری مرتبط می‌باشند؟**

- البته در این زمینه تخصص‌های مرتبط و خوبی آمده است. پیشگیری با مباحثی چون پزشکی اجتماعی و اپیدمیولوژی و روان‌شناسی ارتباط مستقیم دارد. در واقع یک کار بین بخشی است و مثل سلامتی یک مفهوم چند بعدی دارد. همانطور که امروزه سلامتی را نمی‌توان فقط از بعد جسمی مورد بررسی قرار داد. بلکه سلامتی به مفهوم عام یعنی شکوفایی و رفاه جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی.

**** در واقع می‌توان به این مسئله اذعان کرد که پیشگیری یک کار بین رشته‌ای است. اما اشکالی که بعضاً وارد می‌کنند این است که چرا پزشکان به خصوص پزشکان جراح وارد این عرصه شده‌اند؟ در صورتی که رشته‌هایی مثل تغذیه، محیط زیست، تربیت بدنی ارتباط مستقیم‌تری با پیشگیری دارند.**

- بنده هم معتقدم که پیشگیری یک مفهوم بین رشته‌ای است. حتی می‌توان معترف بود که یک مبحث اجتماعی به صورت عام است. درست است که می‌شود در سطوح فردی هم پیشگیری کرد. مفاهیم عمده‌ی آن مباحث اجتماعی می‌باشند. همان‌طور که یک پزشک وارد این حوزه شده است، بقیه رشته‌ها و تخصص‌ها مثل روان‌شناسی و جامعه‌شناسی هم می‌توانند به این حیطه وارد شوند. شاید یکی از دلایلی که پزشکان به این عرصه پا نهادند، حاکمیت پزشک‌سالاری در

کشور می‌باشد. الان بسیاری از گفتمان‌سازی‌های اجتماعی را وارد ادبیات پزشکی می‌کنند یا به اصطلاح آن موضوع یا مسئله را پزشکی سازی می‌کنند، در صورتی که بالعکس هم می‌توانست باشد و یا حداقل دوطرفه باشد.

**** آیا در کشور ما رشته‌های مرتبط با پیشگیری مثل پزشکی واحد درسی مجزا با همین عنوان در دانشگاه‌ها تدریس می‌شود؟** - البته در رشته‌هایی مثل روان‌شناسی و آسیب‌شناسی اجتماعی مباحث پیشگیری از اعتیاد و پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی مطرح است. در برخی تخصص‌های پزشکی هم مثل پزشکی اجتماعی و اپیدمیولوژی پیشگیری مطرح و تدریس می‌شود. ولی در پزشکی عمومی واحدی با عنوان پیشگیری وجود ندارد. به طور کلی می‌توان گفت مباحث پیشگیری بسیار نهفته و یا حداقل به این نام مطرح کمتر مطرح است.

**** تحولات و تاریخچه پیشگیری در غرب چگونه است؟**

- اگر بخواهیم به بررسی علم تجربی و پزشکی در غرب از رنسانس تا امروز بپردازیم، ابتدا باید به این مسئله معترف شویم که این علم تا به امروز سیر صعودی داشته است. از شروع انقلاب صنعتی به علم پزشکی و مباحث تجربی توجه شایانی شد. شاید برای اولین بار در قرن هفدهم میلادی در انگلیس مباحث بهداشتی و پیشگیری مطرح گردید. اواخر قرن ۱۷ و اوایل قرن ۱۸ مباحثی در زمینه شیوع و با مطرح شدن بدون اینکه از وجود میکروب اطلاعی در دست باشد. در لندن دو شرکت موظف به تأمین آب آشامیدنی مردم بودند. رفته‌رفته شیوع بیماری اسهالی (وبا) منجر به مرگ مردم می‌شد. طبق بررسی‌هایی که توسط دانشمندان صورت گرفت، به این نتیجه رسیدند که در مناطقی که یکی از شرکت‌ها خدمات‌رسانی می‌کند این بیماری شایع‌تر است. و در مناطقی که شرکت دیگر آب توزیع می‌کرد شیوع بیماری به مراتب کمتر بود. سرانجام به این نتیجه رسیدند که حتماً عاملی در مخازن آب وجود دارد که باعث آلودگی می‌شود. با همین اطلاعات اندک مخازن آب را تعویض کردند و بدین ترتیب آلودگی و نهایتاً بیماری کنترل شد یا از بین رفت. این اولین تجربه‌ای بود که در سطح کلان پیشگیری و بهداشت جسمی صورت گرفت. سپس در زمان پاستور میکروب شناسایی شد و قبل و بعد از آن هم چندین میکروب و عامل بیماری‌زا شناسایی شده بود. یعنی به جزء میکروسکوپی و ریز کار توجه گردید و بدین ترتیب پیشگیری در سطح میکرو مورد توجه قرار گرفت. برای

جلوگیری از عوامل بیماری‌زا روش‌هایی مثل پاستوریزاسیون و استریلیزاسیون به وجود آمد. از قرن نوزدهم به بعد نیز مباحث پیشگیری اجتماعی مطرح گردید. با این نظریه که تنها شستن دست‌ها قبل از عمل جراحی یا زایمان جهت جلوگیری از انتقال بیماری به زنان توسط ماماها و جراحان کافی نیست. بلکه باید کارهایی در سطوح اجتماعی و کلان صورت پذیرد تا عده‌ی زیادی بیمار نشوند. همین‌جا است که پزشکی اجتماعی و اپیدمیولوژی وارد میدان می‌شوند. در این بخش نیز در نیمه دوم قرن بیستم انجام شد که پرچم‌دار این عرصه آقای مایکل مارموت عضو تیم سازمان بهداشت جهانی می‌باشد. ایشان در زمینه پزشکی اجتماعی و عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت تألیفات و کارهای برجسته‌ای انجام داده‌اند.

**** آیا رشته پزشکی اجتماعی در دانشگاه‌های ایران به عنوان یک رشته‌ی تخصصی کرسی دارد.**

- بله، البته خیلی فراگیر نشده و فقط چند دانشگاه این رشته را ارائه می‌دهند. در دانشگاه علوم پزشکی قم همکاری مثل خانم دکتر حیدری تخصص داشته و در این حوزه فعال هستند ایشان در معاونت پژوهش دانشگاه علوم پزشکی قم فعالیت دارند.

**** آیا پزشکان اجتماعی مراجعان فردی هم دارند؟**

- پزشکی اجتماعی همان‌طور که از نامش پیدا است، فعالیت‌های پیشگیرانه اجتماعی در سطح کلان و آموزش و پژوهش در این زمینه‌ها انجام می‌دهد. و قرار نیست پیشگیری فرد به فرد انجام دهد.

**** طبق بررسی‌های صورت گرفته از لحاظ نظری و تئوری مباحث پیشگیری در ایران هنوز تقویت تئوریک نشده است. یعنی پیشگیری به عنوان یک مسئله‌ی زیربنایی و تأثیرگذار در کلیه موضوعات هنوز جایگاه حقیقی و حقوقی خود را کسب نکرده است. حتی مرجعیت آن در دانشگاه‌ها هم تثبیت نشده است. در حالی که در غرب قدم‌های مثمر ثمری در این راستا برداشته شده و جهت‌گیری‌ها کاملاً صحیح بوده‌اند. تحلیل جناب‌عالی از این اشکال چیست؟** اگر چنین است چرا نهادهای ذی‌ربط و وزارت‌خانه‌ها برای توسعه‌ی این رشته هیچ قدمی بر نمی‌دارند و هیچ جریان یا تشکلی راه‌اندازی نمی‌کنند؟

- بله، برای اینکه فرهنگ یا گفتمان پیشگیری در بین عموم مردم، متخصصین، سیاست‌مداران

و قانون‌گذاران نهادینه شود، در همه سطوح جامعه از دولت، مجلس و شورای شهر و تمام نهادها و قشرهای اثرگذار باید نسبت به اولویت پیشگیری بر مداخلات و درمان اقدامات کلیدی و اساسی به عمل آورند. پیشگیری سطوح مختلفی دارد. زمانی این باور وجود داشت که پیشگیری سه سطح اولیه، ثانویه و ثالثیه دارد. (سطح اولیه یعنی اینکه کاری کنیم که هیچ‌گونه اختلال یا بیماری ایجاد نشود. مثلاً به فرزندمان واکسن می‌زنیم تا به سرخک مبتلا نگردد. سطح ثانویه یعنی شناسایی و درمان به موقع بیماری و جلوگیری از بروز عوارض و معلولیت برای بیمار. و سطح سوم یعنی اینکه فرد بیمار شده و به هر دلیلی دیر شناسایی و درمان شده و در نتیجه دچار معلولیت شده. لذا باید به هر نحو ممکن (یعنی توانمندسازی) جلوی ضرر را گرفت تا منجر به پیشرفت و تشدید معلولیت نگردد. اگر هم چنین اختلالاتی برای فرد ایجاد شد با کنترل و مراقبت و توانمندسازی می‌توان کاری کرد تا از جامعه حذف نشود و به یک زندگی مطلوب و ایده آل دست یابد.) اما در حال حاضر می‌گویند که یک پیشگیری در سطح صفر هم وجود دارد. و معنی آن این است که علاوه بر پیشگیری اولیه در سطح فردی، باید یک فرهنگ یا مبانی اجتماعی یا گفتمان پایه‌ای ایجاد کنیم که اصلاً کسی به سمت اشکال یا اختلال گرایش و تمایل پیدا نکند. مثلاً فرهنگ نظافت و بهداشت آن‌قدر در بین کودکان و نوجوانان ما قوی باشد که زمینه‌ی بیماری در آنها ایجاد نشود. کما اینکه در برخی کشورهای پیشرفته مثل ژاپن و کانادا و نیوزیلند به این سطوح خیلی خوب و به جا پرداخته‌اند و کارهای تحقیقی بسیار خوبی هم انجام داده‌اند.

**** آقای دکتر رضازاده رئیس مرکز پیشگیری جزوه‌ای به من دادند که آخرین نظریه‌ها و تئوری‌های پیشگیری در آنها مندرج شده بود. طبق مطالعاتی که بنده روی این جزوات انجام دادم، به این نتیجه رسیدم پیشگیری به عنوان یک مقوله دارای مرجعیت بین رشته‌ای مورد توجه قرار نگرفته است. نظر جنابعالی در این مورد چیست؟**

- بنده معتقدم که ضعف در تمام سطوح جامعه است. همه باید هم‌سو و هماهنگ (با همدلی و هم‌زبانی) با هم کار کنند. یعنی هم باید با آگاه‌سازی و حساس‌سازی جامعه (فرهنگ مردم کم‌کم بالا رود). مطالبه از سطوح پائین صورت گیرد طوری که حقوق حقه‌ی‌شان را مطالبه نمایند و خودشان هم مشارکت کنند و برایشان حائز اهمیت باشد. مثلاً ما که در ام‌القرای جهان



اسلام و مرکز علم و اجتهاد زندگی می‌کنیم گاهی با موارد بسیار ناپسند و ساده ای مثل گذاشتن زباله‌ها در وسط کوچه یا کنار درب منزل همسایه از سوی اهالی محل مواجه می‌شویم وقتی هم که متذکر می‌شویم بعضاً با برخورد نامناسب مواجه می‌گردیم. تا وقتی جامعه یا برخی این عمل ناپسند را زنگی ببنداریم، معلوم می‌شود کار زیادی برای اصلاح باید انجام پذیرد.

*** چه ارگانی باید این فرهنگ‌سازی را انجام دهد؟ آیا بهتر نیست شهرداری و بهزیستی با ارائه کتب، جزوات و فیلم این فرهنگ را در جامعه ترویج و تزیق کنند؟ - بله فرمایش شما کاملاً متین است. اصولاً فلسفه‌ی شوراهای بر این اساس طراحی شده که مردم مدیریت شهری را از خودشان بدانند. و از بالا و حاکمیت دولت ندانند. و به مصداق آیه‌ی *إِنَّ اللَّهَ لَا يَغَيِّرُ مَا بِقَوْمٍ حَتَّىٰ يُغَيِّرُوا مَا بِأَنْفُسِهِمْ* خودشان مسئولین را انتخاب کنند. و همه با هم کمک کنند تا هم هزینه‌های شهر کم شود، هم اقتصاد شهر بهتر بچرخد، هم فرهنگ و وجهه‌ی شهر بهتر شود و هم بهداشت خوبی داشته باشیم. اینجا است که همه از آن سود خواهیم برد. اینجا دیگر رشته‌ی تخصصی ما که همان «عوامل اجتماعی سلامت» یا S.D.H. وارد میدان می‌شود و به همین مباحث می‌پردازد. در حال حاضر در بحث سلامت بیشتر صاحب نظران معتقدند که حداکثر بیست درصد عوامل مؤثر بر سلامت در اختیار متولیان بهداشت و درمان قرار دارد. (یعنی مثلاً وزارت بهداشت، بهزیستی و تأمین اجتماعی)، همه با هم حداکثر بیست درصد بر ارتقاء سلامت جامعه مؤثرند. و هشتاد درصد دیگر به فقر، بیکاری، آموزش و پرورش، اقتصاد، ورزش و موارد دیگر بازمی‌گردد. در واقع می‌توان گفت که هشتاد درصد دیگر به مسائلی مرتبط می‌شود که کمتر به آنها بها می‌دهیم. و اگر هم بها می‌دهیم اصلاً کافی و اثربخش نیست.

*** جناب عالی در زمان معاونت‌تان چند مرتبه وعاظ و مدیران را دعوت کردید، برایشان جلسه گذاشتید و نسبت به مسائل پیشگیری توجیه‌شان نمودید؟

- ما از طریق کمیته فرهنگی پیشگیری شورای هماهنگی که مسئولیتش را بر عهده داشتیم، هماهنگی نسبتاً قابل قبول ولی ناکافی در برنامه‌های پیشگیرانه با مدارس و سازمان تبلیغات اسلامی و دیگر نهادها انجام دادیم. جلساتی هم در همین راستا تشکیل شد؛ ولی اصلاً کافی و در حد انتظار ما نبود. البته ما فقط متولی هماهنگی اجرایی در استان قم بودیم و برخی مباحث نیاز است که در سطح کلان و

کشوری مطرح و حل و فصل شود. البته لازم است به این نکته اذعان کنم که قم شهری است که می‌تواند کشور را تغذیه کند و این تعامل سازنده از سوی علما و مراجع دینی در صورت ارائه اطلاعات لازم از سوی متخصصان به وضوح قابل مشاهده است. ولی به نظر می‌رسد از سوی وزارت بهداشت و سازمان بهزیستی و شهرداری‌ها و سایر نهادهای متولی سلامت جسمی، روانی و اجتماعی هم علیرغم اینکه کارهای بعضاً خوبی آغاز شده به این عوامل مؤثر بر سلامت کمتر توجه شده است.

*** متأسفانه در کتاب‌های درسی هم به مقوله‌ی پیشگیری توجه شایانی نشده است. نظر شما در این مورد چیست؟

- توجه شده ولی بسیار ضعیف بوده است. در کشورهای پیشرفته‌ای مثل ژاپن مباحث بهداشتی از دوران کودکی در افراد نهادینه می‌شود. بچه‌ها از دوران دبستان و پیش‌دبستانی می‌آموزند که اولین مسئله‌ای که باید برایشان حائز اهمیت باشد رعایت نظافت و بهداشت است. طوری که وجود زباله در کلاس و حیاط مدرسه بسیار زننده و زشت تلقی می‌گردد. یعنی فرهنگ‌سازی در این زمینه به جا و به موقع صورت گرفته است. و دانش‌آموزان و معلمان با رویکرد پیشگیری روی این فرهنگ کار می‌کنند. حتی بنده شنیده‌ام که در ژاپن رفتگران را با القابی پسندیده مثل مهندس بهداشت مورد لطف و خطاب قرار می‌دهند. ولی متأسفانه در کشور ما مورد بی توجهی و یا بعضاً توهین و استهزا قرار می‌گیرند.

*** از نظر ساختار کشوری آیا سازمان بهزیستی

پاسخگو و متصدی این امر می‌باشد؟ - بهزیستی نمی‌تواند در همه‌ی زمینه‌ها مرجع باشد و فقط در حیطه‌ی اختیارات خود می‌تواند مرجع باشد. نهادهایی مثل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی متولی امر پیشگیری می‌باشند. فعالیت‌های بهزیستی عمدتاً جنبه‌ی حمایتی و توان‌بخشی دارد. با تلاش و پیگیری مسئولین وقت پیشگیری هم به چارت سازمان اضافه گردید. این هم حسب ضرورت بود. در زمینه‌هایی مثل پیشگیری و درمان اعتیاد وقتی که هیچ نهاد یا ارگانی زیر بار این مسئولیت نمی‌رفت، سازمان بهزیستی وارد میدان شد. هم‌اکنون که به جایگاه خوبی دست یافتیم در چند سال اخیر احساس می‌شود وزارت بهداشت و درمان بعضاً دیگر بهزیستی را قبول یا هماهنگی کافی با هم ندارند. زمانی بود که وزارت بهداشت اصلاً وارد این عرصه نمی‌شد و کار را به بهزیستی محول می‌کرد. چون پرداختن به آسیب‌های اجتماعی جزء کارهای سخت و زیان‌آور و پاسخگویی در این زمینه‌ها بسیار مشکل به شمار می‌آید. در رابطه با آسیب‌های اجتماعی باید به این مسئله اذعان نمود که در بسیاری از کشورها وزارت بهداشت با عنوان وزارت بهداشت و خدمات انسانی می‌باشد. چون نمی‌توان بعد سلامت را از ابعاد دیگر جدا کرد. فردی که دچار فقر و بیکاری است چگونه می‌شود سلامت را به او اعطا کرد. ابتدا باید خوراک و پوشاک و مسکن و نیازهای فیزیولوژیک فرد تأمین باشد، بعد به ارتقای سلامت رسیدگی شود. یعنی فقر، بیکاری، وضعیت اقتصادی یک مملکت، آموزش و پرورش با موضوع پیشگیری ارتباط تنگاتنگ و



انجمن همیاران سلامت روان است که هم در سطوح استانی و هم در سطح کشوری فعالیت دارد.

*** یک مشکل این است که از ظرفیت‌های فرهنگ مذهبی برای توسعه پیشگیری استفاده نمی‌شود مثلاً از وقف استفاده نمی‌شود. همین‌طور نیست؟

- من در برنامه‌ای به نام برای فردا که از

سیمای قم پخش می‌شود، کارشناس مجری هستم. این برنامه گفتگو محور است. زمان پخش برنامه روزهای یکشنبه و سه‌شنبه ساعت ۷ بعدازظهر به مدت نیم‌ساعت بود و تکرار آن روزهای دوشنبه و چهارشنبه قبل از ظهر. در این برنامه تا کنون دو بار همین موضوع مطرح شد که یکی از این موضوعات پرداختن به مقوله وقف و یکی هم فرهنگ دینی و پیشگیری بود. با یکی از کارشناسان حوزه و پژوهشکده دارالحدیث و یکی از خیرین استان به بحث پرداختیم. و به این نتیجه رسیدیم که هر جا احساس نیاز بوده خیرین به صحنه آمدند. اما در زمینه‌ی پیشگیری هیچ اقدام و حرکتی صورت نگرفته است. مثلاً اگر هزار کودک یتیم داشته باشیم و اطلاع‌رسانی کنیم همه برای کمک حاضر می‌شوند. ولی اگر دو خانواده در معرض آسیب داشته باشیم و باید پیشگیری کنیم تا دچار آسیب‌های بدتر و جدی‌تر نگردند، کمتر کسی برای کمک اقدام می‌کند چون فرهنگ‌سازی انجام نداده‌ایم. طبق مطالعاتی که در دنیا صورت گرفته، به این نتیجه رسیده‌اند که «هر یک ریالی که برای پیشگیری هزینه می‌شود، معادل ده تا سی ریال در هزینه‌های درمان و مداخله صرفه‌جویی می‌گردد». یعنی اگر برای آموزش فرزندان، فقرزدایی، پیشگیری، بهداشت و ... به طور دقیق و واقعی مثلاً یک میلیون تومان هزینه کنید معادل ده تا سی میلیون تومان از هزینه‌های درمان و مداخله را کاهش خواهید داد.

*** طبق بررسی‌هایی که در آیات و روایات انجام دادیم، مشاهده کردیم که نص صریح قرآن و معصوم علیهم‌السلام سفارشات زیادی نسبت به سطوح مختلف پیشگیری داشته‌اند که می‌شود همه را گردآوری کرد

و در اختیار مردم قرار داد. این خود یکی از جوانب فرهنگ‌سازی برای مسلمانان است. آیا جناب‌عالی به عنوان کارشناس مجری و دارالحدیث در این زمینه اقدامی انجام داده‌اید؟

- ما در این برنامه فقط با دو نفر از کارشناسان دارالحدیث تبادل نظر و همکاری داشتیم. موضوع هم حدیثی و روایی نبود بلکه رویکرد دین و مذهب به پیشگیری از اعتیاد و پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی است. البته کارهای خوبی آغاز شده ولی نیاز بسیار است و باید در این زمینه بیشتر فعالیت شود.

*** آیا درباره پیشگیری کتاب، مقاله، تحقیق و پایان‌نامه‌ای ارائه شده است؟

- تا جایی که بنده اطلاع دارم در زمینه‌ی پیشگیری در کشور ما منابع دست اول و قابل استناد کمتر ارائه شده است. ولی در زمینه تعاملات علوم روز و منابع دینی مثلاً آیت‌الله ری‌شهری احادیث پزشکی را در قالب یک کتاب گردآوری و ارائه نموده است. همچنین کتب و منابع خوبی مثلاً در زمینه پیشگیری از اعتیاد از منظر دین تالیف شده ولی کافی نیست. اگر شما به عنوان دفتر فرهنگ معلولان که به یکی از بیوت مراجع دینی وابسته است چنین کار فخریم و شایسته‌ای در باره پیشگیری از معلولیت و سایر مسائل انجام دهید جزء منابع دست اول قرار می‌گیرد و مجموعه‌ی خوبی خواهد شد.

*** چه افراد و تخصص‌هایی بیشتر در زمینه‌ی پیشگیری فعالیت دارند؟

- ما بهتر است فکر کنیم که در هر مسئله‌ای یک سری عوامل مؤثر (شامل: افراد ذی‌نفوذ، ذی‌نفع، ذی‌ربط و ذی‌علاقه) وجود دارند. باید به تمام اینها توجه کرد. افرادی هم هستند که ذی‌نفوذ نیستند ولی علاقه‌مندند و می‌توانند مؤثر باشند. گروه دیگری هم فقط ذی‌نفعند. به هر حال در زمینه‌ی بهداشت و سلامت جسمی و روانی و همچنین پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و اعتیاد عمدتاً روان‌شناسان و روان‌پزشکان و پزشکان وارد میدان می‌شوند. و جامعه‌شناسان کمتر وارد صحنه شده‌اند. در زمینه‌ی سلامت معنوی و اخلاقی عمدتاً همه‌ی توجهات به سمت روحانیت معطوف می‌گردد. ولی فقط روحانیت دخیل نیست. در مراکز علمی دنیا در سالیان اخیر شفافیت خوبی نسبت به سلامت معنوی مشاهده می‌شود. مثلاً اگر به سایت مرکز سلامت معنوی برخی دانشگاهها مراجعه نمایید، به تعاریف شفافی در زمینه‌ی سلامت معنوی دست خواهید یافت. ولی اگر از برخی منابع روحانیت راجع به همین مقوله سؤال کنید تعریف جامع و درستی

مستقیم دارند. در بحث آموزش هم باید معترف بود که امر پرورش عملکرد ضعیف داشته است. در حالی که اگر بخواهیم آموزش‌های پایه‌ای و ماندگاری داشته باشیم باید در امر پرورش یک عزم و اهتمام جدی ورزیم تا در آینده مشارکت اجتماعی قوی شکل بگیرد. حتی ما باید کودکان را در مهدها و پیش‌دبستانی‌ها پرورش و در وهله اول مهارت‌های اولیه زندگی را آموزش دهیم. متأسفانه طرز تفکری که در جامعه حاکم می‌باشد این است که اگر به کودکانمان شعر و موسیقی بیاموزیم، او فرد باهوشی خواهد شد و آن را علامت هوش می‌دانیم. در حالی که این‌ها علامت هوش نیستند. در واقع نشانه‌ی هوش کامل (از جمله هوش عاطفی و اجتماعی) این است که ما در فرزندانمان بنا بر اقتضای سن‌شان نظم و انضباط، مسئولیت‌پذیری و مشارکت جویی و ارتباط مؤثر را تقویت و نهادینه سازیم تا در آینده دچار آسیب‌های اجتماعی نشود.

*** آیا در وزارت بهداشت هم معاونت پیشگیری مصوب شده است؟

- خیر، این وزارتخانه معاونت بهداشتی دارد و معاونت پیشگیری مرجعیت ندارد.

*** آیا در زمینه‌ی پیشگیری تشکل‌های مردم‌نهاد هم فعالیت دارند؟

- بله، البته صرفاً و اختصاصاً با محوریت پیشگیری خیلی محدودند. ولی مؤسساتی هستند که هم طرف همکار و قرارداد با معاونت پیشگیری سازمان بهزیستی هستند و هم طرف همکار و قرارداد با معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی می‌باشند. مثلاً در قالب گروه‌های همیار سلامت روان در محله‌ها کارهای پیشگیرانه‌ای صورت گرفته است. در سطح آموزش‌های پیشگیری و آموزش مهارت‌های زندگی هم کارهای اجتماع‌محوری انجام شده است. یکی از سمن‌هایی که در این راستا قدم‌های مثبت و مثمر ثمری برداشته،

ارائه نخواهد شد. این نشان می‌دهد که دنیا دارد روی این موضوع اساسی کار می‌کند ما هم باید بجنبیم. یعنی روحانیت باید با کمک دانشگاه و افراد علاقه‌مند بتوانند یک پارادایم یا الگو در عرصه سلامت معنوی و اخلاقی ارائه نمایند. ولی متأسفانه عملکرد ضعیفی داشته ایم. البته آقای دکتر محمدباقر لاریجانی کتابی در زمینه اخلاق پزشکی به رشته‌ی تحریر درآورده یا فرهنگستان علوم پزشکی هم در زمینه سلامت معنوی کارهای خوبی انجام می‌دهد. همایشی هم اخیراً در مرکز فقهی ائمه‌ی اطهار برگزار گردید. این همایش بدون تبلیغ برگزار شد. حتی ما که پزشک بودیم هم روز قبل از همایش مطلع شدیم. به ما اعلام کردند که این همایش امتیاز بازآموزی دارد. ولی بنده به دلیل اینکه قبلاً در همایش دیگری ثبت‌نام کرده بودم، نتوانستم در این همایش شرکت کنم. من تا حدودی با فعالیت‌های فرهنگستان از طریق منابع خوب‌شان و سایت آشنا هستم و پیگیری می‌کنم.

*** درباره سلامت معنوی، منابع بسیار غنی و سودمندی در فرهنگ اسلامی هست. ولی کار جدی برای به روز سازی این منابع انجام نگرفته است.

- بله، کارهای ریشه‌ای جذاب، و به زبان روز، طوری که برای جوانان داخل و خارج از کشور قابل درک باشد صورت نگرفته است. چرا که اگر این کارها و برنامه‌ها با ادبیات جوانان امروز هماهنگ و سازگار باشند، قطعاً مشتری نخواهند داشت.

*** آیا از لحاظ آماری بین آسیب‌ها و پیشگیری تناسب وجود دارد؟

- متأسفانه، واقع‌بینانه و بدون هیچ گونه سوءگیری باید اعتراف نمود که هنوز مشکل زیاد داریم و به مفهوم سلامت و بهداشت و پیشگیری چه از بعد روانی و اجتماعی و چه از بعد جسمی آن‌گونه که شایسته و بایسته است توجه نشده است. شاید علت را باید در عقب‌ماندگی‌ها و فرهنگ غلبه‌ی درمان بر پیشگیری در کشور ما جستجو کرد. یعنی یک‌دهم از کاری که باید انجام شود نیست. طبق بررسی‌هایی که بنده در سازمان بهزیستی در ارتباط با میزان حداقل و حداکثر الگوی بهینه‌ی تعادل بین پیشگیری و درمان انجام دادم، به این نتیجه رسیدم که حداقل ده درصد و حداکثر سی درصد اعتبارات هر بخش باید صرف پیشگیری شود تا بتوانیم بگوییم اوپتیوم یا بهینه است. یعنی اگر بخواهیم ببینیم که منابع و اعتبارات نهاد یا بخشی متعادل است، یا نه باید بررسی کرد که آیا حداقل این بودجه‌ها صرف پیشگیری می‌شود

یا خیر. و چنانچه باقی اعتبارات آن مجموعه صرف درمان و مداخله و پیشگیری اولیه شود اشکالی پیش نخواهد آورد. و این نشانه‌های یک مدیریت بسیار خوب است. اما متأسفانه در حوزه کاری ما اعتبارات بدین صورت صرف نمی‌شود و شاید کمتر از پنج درصد می‌باشد. در حالی که ما عقب‌ماندگی هم داریم. مثلاً در زمینه‌ی خشونت و اعتیاد و رفتار رانندگی با توجه به اطلاع‌رسانی و استفاده از ابزارهای مانند دوربین و پلیس هنوز آمار تصادفات و تخلفات و نهایتاً مرگ و میر بسیار بالا است. با این اوصاف در کشوری مثل ژاپن که باید اعتباراتش را ده به نود به پیشگیری اختصاص دهد، در کشور ما حتماً باید سی به هفتاد به این مقوله تخصیص داده شود. چرا که ما عوامل پیشگیری‌کننده بیشتر داریم و ده درصد اصلاً برای ما خوب نیست. و حتماً باید بیست تا سی درصد باشد. در حوزه‌ی بهداشت در بحث طرح تحول سلامت توجه شایانی به بیمارستان‌ها و هزینه‌های درمانی بیماران شد که در جزئیات آن نقدهای جدی وارد است. ولی اصل کار خوب است. اما همان اعتبار چند هزار میلیارد تومانی که به حوزه‌ی درمان تزریق شد و برای مردم هم بسیار رضایت‌بخش بود، چرا درصد مناسبی از اعتبارات طرح تحول به بخش بهداشت تخصیص نیافت.

*** به نظر برخی یکی از علل سیطره‌ی درمان بر پیشگیری را باید در مدیریت پزشکان در حوزه‌ی درمان و پیشگیری دانست؟

- یکی دیگر از علت‌ها هم این است که مردم نسبت به حقوق حقه‌ی خودشان آگاهی ندارند و آن را از دولت مطالبه نمی‌کنند.

*** دیدگاهی مطرح است که می‌گوید: امروزه و با توجه به شرایط نامناسب اقتصادی، پزشکان فرصت‌های موجود را به سمت خود می‌کشاند.

- البته در چنین شرایطی بیشترین سود نصیب پزشکان متخصص می‌شود و پزشکان عمومی که صف مقدم و پایه‌ی کار در مواجهه و برخورد با بیماران هستند سود چندان نمی‌برند. حتی دریافتی پزشک متخصص در رابطه با کار مشابه نسبت به پزشک عمومی به مراتب بیشتر است. مثلاً ممکن است پزشک عمومی آرنج نوزادی که مادرش به اشتباه زیادی دستش را کشیده با مبلغ ده هزار تومان جا ببندازد. ولی متخصص ارتوپد همان عمل را با مبلغ نود هزار تومان انجام دهد. این مشکل از سیاست‌گذاری که این برنامه و قانون را مصوب کرده اند ناشی می‌شود. در حالی که در کشورهای پیشرفته تفاوتها فقط سه چهار برابر است.

*** آیا فکر نمی‌کنید که باید یک نهاد منسجم مثل شورای عالی پیشگیری تشکیل شود تا این مشکلات را مرتفع سازد؟

- پیشنهاد خوبی است. الآن در سطح کشور شورای عالی سلامت وجود دارد که ریاست آن بر عهده‌ی رئیس جمهور می‌باشد. ولی شاید فقط سالی یک مرتبه تشکیل جلسه بدهند. من معتقدم ضمن اینکه مراجع بالا مثل دولت، مجلس، شورای عالی پیشگیری و شورای عالی سلامت باید درست و به موقع نیازسنجی نمایند، مردم هم باید آگاه باشند و مطالبه کنند. ابزار واسطه‌ی دولت و مردم سمن‌ها و تشکلهای مردم‌نهاد هستند. آنها زبان گویای مردم در سطح اجتماعی و مطالبه‌گر و پیام‌رسان مردم به دولت و مجلس هستند.

*** سازمان بهزیستی به تشکلهای معلولین توجه نشان می‌دهد، آیا نباید به نهادهای در حوزه پیشگیری هم اهتمام شود؟

- البته سازمان بهزیستی در این راستا مشوق خوبی است. ولی هنوز آن رویکرد و توجهی که باید نسبت به این گونه تشکلهای ایجاد شود مشاهده نشده. بنده جداً معتقدم که باید نهضت یا گفتمان با اولویت پیشگیری و به منظور اثرگذاری روی افراد ذی‌نفع و ذی نفع و ذی ربط مثل علما، وعاظ، شورای شهر، معلمین، پزشکان، متخصصین، ورزشکاران و هنرمندان ایجاد شود. یعنی تصمیم‌گیرندگان، تصمیم‌سازان و اثرگذاران بر جامعه باید به عرصه پیشگیری بیایند.

*** در پایان اگر صحبت یا نکته‌ای دارید بفرمایید؟

- این بحث آن‌قدر مغفول و مظلوم واقع شده که هر چقدر به آن بپردازیم باز هم کوتاهی کرده‌ایم. اما هدف‌های بزرگ و راه‌های طولانی هم با برداشتن اولین قدم و گام‌های کوچک اولیه محقق می‌گردد. بنده عزم جدی شما را در این مسیر به فال نیک می‌گیرم. توجه شما به عنوان دفتر فرهنگ معلولین که زیر اشراف یکی از مراجع عظام تقلید هستید را ارج می‌نهم. به امید اینکه یک گفتمان‌سازی مثبتی در این مسیر انجام شود. شاید شما راحت‌تر بتوانید وارد عرصه‌ی گفتمان‌سازی بشوید. سازمان بهزیستی اگر بخواهد وارد این میدان شود با چالش‌های زیادی مواجه خواهد بود.