خودمراقبتی بدون سواد سلامت بی‌معنی است

خودمراقبتی، اقدامات و فعالیت‌های آگاهانه، آموخته شده و هدفداری است که فرد به منظور حفظ حیات و تأمین، حفظ و ارتقای سلامت خود و خانواده‌اش انجام می‌دهد. خودمراقبتی قسمتی از زندگی روزانه مردم و شامل مراقبتی است که به فرزندان، خانواده، دوستان، همسایگان و اجتماعات محلی نیز گسترش می‌یابد. درواقع خودمراقبتی شامل اعمالی است که مردم انجام می‌دهند تا تندرست بمانند، از سلامت ذهنی و جسمی خود نگهداری کنند، نیازهای اجتماعی و روانی خود را برآورده سازند، از بیماری‌ها یا حوادث پیشگیری کنند، ناخوشی‌ها و وضعیت‌های مزمن را بهبود بخشند و نیز از سلامت خود بعد از بیماری حاد یا ترخیص از بیمارستان حفاظت کنند اما همه اینها نیازمند کسب اطلاعات است. مردم ما تا چه حد سواد سلامت دارند؟ این سوالی است که پاسخی بدان داده نمی‌شود!

در استانداردهای بین‌المللی تخمین زده می‌شود که ۶۵ تا ۸۵ درصد همه مراقبت‌های سلامتی به وسیله خود شخص و خانواده‌اش، بدون دخالت متخصصان اعمال می‌شود که در آن از روش‌های سنتی و غیرطبی یا معالجه بیماری با اضداد آن استفاده می‌شود. خودمراقبتی در برگیرنده فعالیت‌هایی مشتمل بر ارتقای سلامت، پیشگیری از بیماری، درمان بیماری و مصدومیت‌ها و درمان و توان‌بخشی بیماری‌های مزمن است. تأثیر خودمراقبتی بر بهبود پیامدهای سلامت و کاهش هزینه‌ها در مطالعات متعدد به اثبات رسیده است. مع‌الوصف همین مطالعات نشان داده‌اند که صرف تولید محتوای آموزشی برای بیماران و حتی اجرای دوره‌های آموزشی برای آنان، منجر به خودمراقبتی نخواهد شد. اغلب این مطالعات نشان داده‌اند که شکل‌گیری و ارتقای کارکرد خودمراقبتی از سوی بیماران مستلزم مداخلات آموزشی و حمایتی به منظور ارتقای دانش، مهارت‌ها و اعتماد به نفس بیماران جهت مدیریت مشکلات سلامت خود است. علاوه‌بر مداخلات آموزشی و حمایتی، هدف‌گذاری مشترک برای پیامدهای سلامت، پایش و ارزیابی منظم وضع سلامت و شناسایی پیشرفت‌ها و مشکلات و کمک به بیماران برای رفع مسائل و مشکلات، بخش لاینفک این رویکرد نظام‌مند است.

در ایران گفته می‌شود با گسترش خودمراقبتی همچنین قادر خواهیم بود از ۱۷ درصد مراجعات به متخصصان و همچنین بخش عظیمی از مراجعات به اورژانس‌های بیمارستانی پیشگیری کنیم. علی‌اکبر سیاری، معاون بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌گوید ۴۰ درصد مراجعه به پزشکان با خودمراقبتی کاهش می‌یابد. شاهد سخنان سیاری این مدعاست که با وجود ۱۲ میلیون دانش‌آموز در مدارس و بالغ بر ۴ میلیون و ۶۰۰ هزار دانشجو در دانشگاه‌های کشور و همچنین گسترش سواد سلامت بین مردم طی سال‌های اخیر می‌توان با گسترش خودمراقبتی از ۴۰ درصد مراجعات به پزشکان در جامعه جلوگیری کرد. ارتقای کیفیت زندگی در جامعه موجب کاهش هزینه‌های بیماری‌ها می‌شود و این امر مختص آگاه‌سازی کادر جامعه پزشکی و پرستاری نیست بلکه کل مردم باید آگاه شوند. سبک زندگی کنونی و شهرنشینی موجب بروز بیماری‌های جدید و توسعه بیماری‌های غیرواگیر و مزمن در جامعه شده است که با پیشگیری می‌توان از ابتلا به بسیاری از این بیماری‌ها جلوگیری کرد. مصرف سیگار و کم‌تحرکی موجب چاقی، فشارخون، اضافه‌وزن و سایر مشکلاتی می‌شود که در نهایت موجب بروز بیماری‌هایی نظیر دیابت و بیماری‌های قلبی و گسترش آنها در جامعه می‌شود. باید بپذیریم که خودمراقبتی یک بحث اکتسابی است یعنی برای مسلح شدن مردم به آن نیاز به گسترش آموزش و برنامه‌های رسانه‌ای زیادی داریم. طبق آماری که سیاری ارایه می‌دهد بیش از ۸۰ درصد بیماری‌های قلبی، ۹۰ درصد دیابت نوع ۲ و یک سوم سرطان‌ها با خودمراقبتی و آموزش مردم قابل پیشگیری است. خودمراقبتی ارزش افزوده فراوانی دارد، به‌عنوان مثال اگر موجب کاهش مصرف نمک که هم‌اکنون در ایران ۲ برابر میزان استاندارد مصرف می‌شود، یا کاهش فشارخون ناشی از مصرف نمک یا کاهش مصرف سیگار در جامعه شود نتایج بسیار خوبی در جامعه در جهت کاهش هزینه‌ها و توسعه سلامتی خواهد داشت.

مطالعه‌ای در سال ۱۳۸۲ نشان داد که بخش عمده سال‌های از دست رفته عمر در کشور ما به سبب مرگ زودرس و معلولیت ناشی از حوادث، بیماری‌های روانی و اختلالات رفتاری و همچنین بیماری‌های قلبی است. کاهش بار این بیماری‌ها قطعا مستلزم ارتقای سطح آگاهی مردم و تغییر رفتار سلامت آنهاست. منبع اطلاعات بیشتر مردم در حوزه سلامت معمولا نشریات، اینترنت و تلویزیون است؛ این درحالی است که متاسفانه فقط کسر کوچکی از این اطلاعات، مستند و قابل اعتمادند. جا دارد که دکتر سیاری و سایر دست‌اندرکاران حوزه سلامت و خانواده، در جهت پالایش اطلاعاتی که در اختیار مردم قرار می‌گیرد و راستی آزمایی آن تمهیداتی بیندیشند.

در تعرفه‌ها و قوانین بازدارنده برای دود کردن سیگار دستمان بسته است

سیگار نرفت، قلیان هم آمد

۲۰ دقیقه پس از آخرین مصرف سیگار، تعداد ضربان قلب و فشارخون کاهش پیدا می‌کند. ۱۲ ساعت پس از آخرین مصرف سیگار، سطح منوکسید کربن خون به حد طبیعی بازمی‌گردد و اکسیژن موجود در خون تا سطح نرمال بالا می‌رود. ۴۸ ساعت بعد از آخرین مصرف سیگار، حس چشایی و بویایی به سطح معمول بازمی‌گردد. ۲ هفته تا ۳ ماه بعد از قطع مصرف سیگار، جریان خون بهتر می‌شود و فعالیت ریوی بهبود می‌یابد. یک تا ۹ ماه بعد از قطع مصرف سیگار، ریه‌ها شروع به بازسازی خود می‌کنند. مژک‌ها نیز خودشان را احیا می‌کنند. سرفه و تنگی نفس کاهش می‌یابد. مژک‌ها (ساختارهای مو مانند که خلط و ترشحات را از ریه خارج می‌کنند) فعالیت طبیعی پیدا می‌کنند و خروج خلط و پاکسازی ریه بهتر و در نتیجه احتمال عفونت کمتر می‌شود. یک سال پس از قطع مصرف سیگار، خطر بیماری‌های کرونری قلبی به نصف کاهش می‌یابد. از ۵ تا ۱۵ سال پس از قطع مصرف، احتمال بروز سکته مغزی یک فرد سابقا سیگاری برابر با افراد غیرسیگاری می‌شود. ۱۰ سال پس از قطع مصرف سیگار، امکان مرگ ناشی از سرطان ریه در یک فرد ترک کرده، برابر با نصف یک فرد سیگاری است. ۱۵ سال پس از قطع مصرف سیگار توسط یک فرد سیگاری سابق، خطر بیماری‌های کرونری قلبی مشابه غیرسیگاری‌هاست.

ما همه این خصوصیات را پس از ترک سیگار شنیده‌ایم اما چرا در کشور ما برخلاف برخی کشورها به‌رغم وجود دانش و مقداری هم تبلیغات، باز کاری از پیش نمی‌بریم؟ گفته می‌شود مصرف سیگار در ایران ۶۰ تا ۶۵ میلیارد نخ در سال است. براساس طرحی که با مشارکت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ستاد مبارزه با قاچاق کالا و ارز و شرکت دخانیات به اجرا درآمد، مصرف کل سیگار در کشور بیش از ۵۵ میلیارد و ۳۹۰ میلیون نخ برای سال ۹۲ برآورد شد. درنتیجه سالانه حداقل ۸ هزار و ۳۰۰ میلیارد تومان در ایران، خرج مصرف سیگار می‌شود که رقم قابل توجهی است و سالانه ۳۰ هزار میلیارد تومان نیز در کشور صرف بیماری و مرگ ناشی از سیگار می‌شود و سالانه ۱۱ هزار نفر نیز در کشور بر اثر استعمال دخانیات جان خود را از دست می‌دهند و طی ۲ سال اخیر ۸ هزار میلیارد تومان نیز برای درمان سرطان در کشور هزینه شده که اگر ۳۰ درصد مرگ‌های سرطان ناشی از استعمال دخانیات باشد، هزینه‌های تحمیلی دخانیات به ایران بیش از پیش مشخص می‌شود.

طبق برآوردهای موجود شرکت دخانیات در ایران ۱۱ تا ۱۴ درصد مردم سیگاری‌اند، با فرض مصرف ۵۰ میلیارد نخ سیگار، سالانه حدود ۱۰ هزار میلیارد تومان (روزانه ۳۰ میلیارد تومان سرمایه) صرف دود کردن سیگار در کشور ایران می‌شود. ۲ تا ۳ برابر این میزان، یعنی رقمی بین ۲۰ تا ۳۰ هزار میلیارد تومان نیز صرف هزینه‌های بهداشتی و درمانی مرتبط با مصرف دخانیات در ایران می‌شود، با توجه به این که ۳ برابر مبلغ هزینه سیگار صرف درمان بیماری‌های آن می‌شود یعنی ۴۰ هزار میلیارد تومان صرف می‌شود تا بیماری خریداری شود، برآوردها حاکی از آن است که چنانچه نرخ مالیات دخانیات کشورهای منطقه مدیترانه شرقی به میزان ۵۰ درصد افزایش پیدا کند، تعداد مصرف‌کنندگان مواد دخانی به میزان ۵/۳ میلیون نفر کاهش یافته است. شیوع مصرف سیگار در سال ۸۸ در افراد ۱۵ تا ۶۴ سال ۱/۸۲ درصد بود اما در سال ۹۰ مصرف سیگار کاهش یافت و در مقابل مصرف قلیان جای آن را گرفت و چند برابر شد، درنتیجه افزایش مصرف سیگار متوقف شده، اما قلیان جایگزین آن و خطر چند برابر شده است.

وزیر بهداشت می‌گوید، قوانین در حوزه کالاهای آسیب‌رسان به سلامت، بازدارنده نیست و به دلایل مختلفی نمی‌توانیم جلوی تولید کالاهای آسیب‌رسان به سلامت را بگیریم. بنابراین حتی اگر خلیج فارس را هم تبدیل به طلا کنیم در درازمدت از پس هزینه‌های درمان بر نخواهیم آمد. در حوزه توانمندسازی مردم کارهای پراکنده زیادی ممکن است انجام شده باشد که متمرکز و فراگیر نبوده، شاید زمان آن فرا رسیده که بپذیریم پیشگیری مقدم بر درمان است. هاشمی می‌گوید در موضوع ساده سیگار، بسیاری از کشورها موفق عمل کرده‌اند اما ما نتوانسته‌ایم کاری کنیم. با آگاه‌سازی مردم و وضع تعرفه‌های جدی و بازدارنده می‌توان، جلوی کالاهای آسیب‌رسان به سلامت را گرفت اما در مورد تعرفه‌ها نتوانسته‌ایم اقدامی انجام دهیم. متاسفانه انجمن‌های علمی ما همت کوتاهی دارند البته به استثنای بعضی از آنها. در دنیای امروز بسیاری از خدمات را انجمن‌ها ارایه می‌دهند تا مردم قبل از این که بیمار شوند آگاهی یابند. نبود سیاست‌گذاری‌های یکسان و عدم هماهنگی‌های لازم و فقدان تشکل‌های مردم‌نهاد، اینک نهاد خانواده و جامعه را با بحران‌هایی جدی مواجه ساخته است. بحران‌هایی که سلامت، رفاه و اقتصاد خانواده را رو به قهقرا می‌برد و ما مانده‌ایم که چرا انجمن‌های علمی همت نمی‌کنند، چرا فرهنگ‌سازی صورت نمی‌پذیرد و چرا دولت نمی‌تواند تعرفه‌ها و قوانین بازدارنده را به تصویب برساند و اجرا کند!

حقوقی

بیکاری و افسردگی دلیل خودکشی نیست!

ناصر صالحی‌نسب، نماینده مردم دشت آزادگان و هویزه معتقد است بیکاری مهم‌ترین عامل خودکشی در مردان جوان است. بیشتر این افراد کسانی هستند که از بیکاری یا اعتیاد در رنج بوده و برخی نیز با وجود تأهل موفق به یافتن کار نشده‌اند. او درباره خودکشی‌های اخیر در مسجدسلیمان می‌گوید، اگرچه بیشتر شهرهای استان خوزستان جزو مناطق محروم کشور هستند، اما به علت آمار بیکاری بیشتر در مسجد سلیمان، اقدام به خودکشی در این منطقه بیشتر است. سال گذشته شنیدم بیش از ۱۹۰ مورد اقدام به خودکشی در مسجدسلیمان انجام شده که البته منجر به فوت این افراد نشده است.

مجتبی قبادی، مدیرکل امور اجتماعی استانداری کرمانشاه اعتقاد دارد در بررسی‌های صورت گرفته در استان مشخص شده افراد دارای تحصیلات بالای دیپلم و نیز افراد بی‌سواد کمترین آمار خودکشی را دارند. آمار اقدام به خودکشی استان کرمانشاه در سال ۱۳۹۱ را ۳۶۰۰ مورد، در سال ۱۳۹۲ ۲۶۰۰ مورد بوده و در ۹ ماهه ابتدای سال جاری نیز نسبت به مدت مشابه سال گذشته موارد اقدام به خودکشی استان حدود ۲ درصد کاهش داشته است.

بسیاری از کارشناسان داخلی افسردگی را عامل خودکشی می‌دانند. به اعتقاد آنان هرچه که به افسردگی بینجامد می‌تواند عاملی برای خودکشی باشد. آنها می‌گویند، افسردگی یک تهدید جدی برای خودکشی است. افرادی که افسردگی دارند در اثر یأس و ناامیدی عمیقی که دارند، دچار توهمی می‌شوند که احساس می‌کنند بهترین راه برای فرار از این جهنم خودکشی است. فکر کردن به مرگ و خودکشی یکی از علایم خطرناک افسردگی است بنابراین اگر چنین صحبت‌ها یا رفتارهایی را مشاهده کردید آن را جدی بگیرید. این یک هشدار درباره فردی که به خودکشی می‌اندیشد نیست این یک التماس است التماسی برای کمک از جانب او!

اما به راستی بیکاری یا سطح سواد یا در نگاهی کلی‌تر افسردگی در میزان خودکشی تأثیر دارد؟ پاسخ خیر است. مطالعات بین‌المللی نشان داده از میان هر ۱۱ نفر، دست‌کم یک نفر به خودکشی می‌اندیشد. یک تیم تحقیقاتی بین‌المللی در شیکاگو اعلام کرده که جوانان، افراد مجرد، بانوان، قشر کم‌سواد یا بی‌سواد و بیماران روانی، صرف‌نظر از این که در کدام نقطه از کره‌زمین زندگی می‌کنند، بیشترین احتمال خودکشی را به خود اختصاص داده‌اند. نتیجه تحقیقات این گروه که از جمع‌آوری اطلاعات ۸۵ هزار نفر در ۱۷ کشور توسعه‌یافته و درحال توسعه سراسر جهان به‌دست آمده است، اطلاعات سودمندی را در اختیار آنان قرار داده، از جمله این که ۹,۲ درصد از این افراد به خودکشی می‌اندیشند و ۲,۷ درصد به این کار مبادرت ورزیده‌اند.

رفتار و تفکرات کاملا مشابه سبب بروز دلایلی ثابت جهت اقدام به خودکشی میان ساکنان کشورهای مختلف جهان است. طبق تحقیقات انجام شده در سازمان نظارت بر سلامت جهانی، طی ۴۵ سال گذشته میزان خودکشی ۶۰ درصد افزایش یافته است. امروزه خودکشی، عمده‌ترین دلیل مرگ در افراد ۱۵ تا ۴۴ ساله است. تمایل به خودکشی بین نوجوانان و جوانان هر کشور به میزان قابل ملاحظه‌ای افزایش یافته است. در این گروه احتمال خودکشی در سنین ۱۲ تا ۱۵ سالگی به اوج می‌رسد و فاصله زمانی بین اندیشیدن یک شخص به خودکشی و عملی کردن آن، بسیار کوتاه است. بحرانی‌ترین زمان برای مبادرت به خودکشی، یک سال پس از اولین‌باری است که فرد به فکر خودکشی می‌افتد، احتمال وقوع این حالت در کشورهای مختلف ۶۰ درصد یا بیشتر است.

در تحقیقات فوق رایج‌ترین دلایل اقدام به خودکشی مورد مطالعه قرار گرفته است. نتیجه نشان داده افراد بین ۱۸ تا ۳۴ سال، بانوان، افراد کم‌سواد، مجردها و اشخاصی که از اختلالات روانی رنج می‌برند، بیش از بقیه تمایل به خودکشی دارند. در این زمینه اختلافاتی نیز به چشم می‌خورد: «در کشورهایی مانند ایالات متحده که ساکنان آن از درآمدهای بالایی برخوردارند، اختلالات رفتاری از جمله افسردگی، رایج‌ترین علل خودکشی را تشکیل می‌دهند. در مقابل در کشورهای کم‌درآمد، اضطراب، انگیزه‌های آنی و تجاوز عمده‌ترین دلایل خودکشی به‌شمار می‌روند.

اغلب مردم براین باورند که اقدام به خودکشی تنها میان افراد مبتلا به افسردگی رایج است، اما تحقیقات اخیر نشان داده، وجود اختلالات روانی دیگر نیز سبب افزایش احتمال خودکشی است. بررسی‌های به عمل آمده حاکی از این واقعیت است که هنگام مشابهت علل و عوامل اقدام به خودکشی در سراسر دنیا، تفکرات و رفتارهای متنوع در این ارتباط در ملیت‌های مختلف سراسر جهان به چشم می‌خورد. آمار نشان داده که ۳,۱ درصد از مردم کشور چین تمایل به خودکشی دارند، درحالی که این رقم در کشور نیوزیلند به ۱۵,۹ درصد می‌رسد. محققان این اختلاف فاحش را به اختلاف فرهنگی و تفاوت دیدگاه‌های ملل مختلف نسبت می‌دهند. نتایج تحقیقات ارایه شده توسط سازمان نظارت بر سلامت روانی جهان، با استناد بر مصاحبه‌های حضوری با افراد انجام پذیرفته است. نیجریه، آفریقای جنوبی، کلمبیا، مکزیک، ایالات متحده آمریکا، ژاپن، بلژیک، فرانسه، آلمان، ایتالیا، هلند، اسپانیا، اوکراین، اسراییل و لبنان از جمله کشورهایی هستند که تحقیقات اخیر در آنها انجام شده است.

۱۵ عکس نگاری مشارکتی

شما خواننده گرامی می توانید بر اساس عکس چاپ شده در این بخش و بر مبنای اطلاعات مندرج روی عکس، هر گونه توضیح، ترجمه و خاطره‌ای را برای ما ارسال کنید. ماه دیگر در همین روز و با همین شماره، این عکس مجددا منتشر و مطالب ارسالی شما به همراه آن چاپ خواهد شد. ایمیل: khanevadeh.shahrvand@gmail.com

بازی و ورزش حق همه کودکان است.

نگاه ویژه

رادیو کتاب تعطیل شد!

اسما روانخواه
پژوهشگر اجتماعی

میزان مطالعه افراد جامعه، که از آن با نام سرانه مطالعه یاد می‌کنند از جنبه‌های متفاوتی دارای ارزش و اهمیت است. از یک‌طرف به‌عنوان شاخصی برای سنجش توسعه‌فرهنگی جوامع شناخته می‌شود و می‌تواند نشان از توسعه انسانی دهد و از سویی دیگر آگاهی‌بخش افراد جامعه است. روندی که در صورت شکل‌گیری می‌تواند در بخش‌های قابل ملاحظه‌ای از مشکلات اجتماعی ورود یابد و مشارکت اجتماعی را ارتقا دهد و نسبت به برطرف کردن مسائل متعدد میان افراد جامعه حساسیت ایجاد کند. جامعه‌ای که آگاه باشد، می‌تواند دغدغه اجتماعی را ایجاد کند و دغدغه اجتماعی، مطالبه عمومی را می‌طلبد و مطالبه عمومی، مسئولان را برای باز کردن گره‌های اجتماعی یاری می‌کند. سرانه مطالعه در کشورهای مختلف متفاوت است و در این میان برخی از کشورها بیشترین درصد کتابخوان را دارند. پایین بودن سرانه مطالعه بر میزان عرضه و تقاضای تولیدات فرهنگی مانند کتاب و حتی تعداد نویسندگان نیز تأثیرگذار است. تحلیل‌ها نشان می‌دهد در کشوری که کتاب‌های برگزیده جوایز به مردم معرفی نمی‌شود و رسانه‌ها به معرفی این آثار نمی‌پردازند و بسیاری از کتاب‌های معتبر جهان بسیار دیرتر از دریافت جایزه؛ ترجمه و در اختیار مخاطبان قرار می‌گیرد، از آمار بالای مطالعه برخوردار نیستند.

اگر به میزان سرانه مطالعه در ایران که از سوی سازمان‌های متفاوت اعلام می‌شود توجهی نداشته باشیم (با توجه به تفاوت‌های کم و زیاد این آمار که می‌تواند ما را سر درگم کند) کافی است نگاهی به آدم‌های اطرافمان بیندازیم یا کمی دورتر آدم‌های اطرافمان را ببینیم تا برایمان روشن شود تا کجا از مطالعه دور هستیم و جامعه ایرانی با کتاب و خط قهر است. صالحی امیری، رئیس سازمان اسناد و کتابخانه ملی با نگران‌کننده خواندن آمار مطالعه در کشور گفت: باید در زمینه افزایش نرخ مطالعه، نخبگان تلاش و جدیت بیشتری نشان دهند. چندی پیش، احمد مسجدجامعی، عضو شورای شهر تهران نیز عنوان کرده بود سرانه پایین مطالعه در کشور ما ربط چندانی به مشکلات اقتصادی ندارد. مسأله اساسی و بنیادین، فرهنگ است و بسیارند خانواده‌ها و کسانی که وضع مالی خوبی دارند اما کتاب نمی‌خوانند. یکی از فاکتورهای اثرگذار بر عادت به مطالعه و حوزه فرهنگ کتابخوانی، امکانات و فرصت‌هایی است که در این راستا در یک جامعه ایجاد شده یا رشد داده می‌شود. درست است که در سال‌های اخیر با نزدیک شدن به هفته کتابداری، صحبت از کتابخوان نبودن ایرانی‌ها در محافل متفاوت گل می‌کند، اما تاکنون چه راهکار عملیاتی در جهت ارتقای سطح مطالعه و آگاهی افراد جامعه انجام شده است؟ که اگر آن راهکارها به درستی ایجاد می‌شد، همچنان شاهد پایین ماندن سرانه مطالعه در کشور نمی‌بودیم. از سال ۹۱ رسانه‌ای در رادیو با عنوان «رادیو کتاب» ایجاد شد که به صورت تخصصی به موضوع کتاب می‌پرداخت. فعالیت رادیو کتاب در بخش‌هایی چون معرفی آثار، ناشران، محققان، مولفان، مترجمان و همچنین چگونگی سیر تحول چاپ، نشر و تهیه کتاب در ایران و جهان بود و در فعالیتی دیگر سیر تاریخی نویسندگان ایران و جهان هم مورد بررسی قرار می‌گرفت. حال در چند روز گذشته اخباری مبنی‌بر تعطیلی (و نه ادغام آن) این رسانه توسط نسرین آبروانی، معاونت جدید صدای سازمان صدا و سیما، به گوش می‌رسد. ما نمی‌دانیم که آیا این رسانه دارای کارکرد مثبت بوده یا نه یا نیازهایی را از مخاطبانش برطرف می‌کرده است یا نه. نمی‌دانیم که آیا بین مخاطبان خود توانسته در جهت افزایش مطالعه روزانه ایجاد انگیزه کند یا خیر (که پاسخگویی به تمام این سوالات نیازمند پژوهش‌های علمی است) اما آنچه که مسلم است، نقش مسئولان و رسانه‌ها در این رابطه است. افراد جامعه در ارتباط با مطالعه و دست یافتن به آگاهی باید احساس نیاز کنند و این احساس نیاز با برنامه‌ریزی دقیق و ریشه‌ای محقق می‌شود. بنابراین یکی دیگر از عواملی که می‌تواند ما را به سمت جامعه‌ای سالم پیش ببرد، آگاه بودن افراد جامعه است. جای «رادیو کتاب»ها در ارتقای کیفیت افراد جامعه، خالی است ...