سرانه مصرف کالای فرهنگی خانواده در حد شوخی است

تابه‌حال از خود پرسیده‌اید که خرید و مصرف محصولات فرهنگی به‌عنوان یک رفتار از سوی چه کسانی بروز می‌یابد؟ چه ویژگی‌های فردی و اجتماعی آنها را از یکدیگر متمایز می‌گرداند؟ آیا می‌توان با انتصاب ویژگی‌های مشابه، مصرف‌کنندگان کالاهای فرهنگی را یک گروه اجتماعی تلقی کرد؟ آیا این گروه مصرف‌کنندگان واقعی فرهنگی دارای سبک زندگی فرهنگی مشابهی هستند یا می‌توان سبک‌های زندگی فرهنگی مختلفی را در این گروه تشخیص داد؟ آیا مصرف‌کنندگان واقعی توده‌ای سیال و بی‌شکل و دایما درحال تغییرند یا در بروز رفتار مصرف فرهنگی دارای ثبات هستند؟

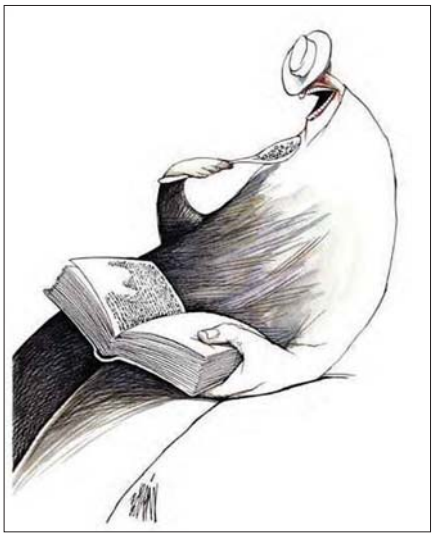
هفته پیش بود که سیدرضا صالحی امیری، رئیس سازمان اسناد و کتابخانه ملی ایران گفت، جامعه ما به شدت نیازمند افزایش سرانه مصرف فرهنگی و کاهش سرانه مصرف اقتصادی است. افزایش سرانه مصرف فرهنگی نظیر ارتقای سرانه مطالعه و افزایش تولید و مصرف محصولات فرهنگی باعث کاهش آسیب‌های اجتماعی می‌شود.

به گفته دکتر صالحی، جامعه ایرانی نیازمند بازسازی اخلاقی است. او فرهنگ را جوهر توسعه و اخلاق را جوهره فرهنگ دانست و با اشاره به وجود ۴۳ مورد آسیب اجتماعی فرهنگی افزود: چالش‌های اخلاقی موجود در جامعه ریشه در عملکرد مدیریت فرهنگی طی ۳ دهه گذشته دارد. او فرهنگ را درواژه ورود به فضیلت و جوهر توسعه اقتصادی، سیاسی و اجتماعی عنوان کرد و ادامه داد: آسیب‌شناسی فرهنگی لازمه توسعه فرهنگی است و مسیر توسعه باید از حوزه فرهنگ آغاز شود.

براساس یافته‌های یک تحقیق که توسط عبدالحسین کلانتری، ولی‌اله رستمعلی زاده و اعظم نسیم افزار در دانشگاه تهران صورت پذیرفته، بین سطوح مختلف تحصیلات و میزان استفاده از محصولات فرهنگی تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین یافته‌ها نشان می‌دهد که با افزایش تحصیلات، میزان استفاده از محصولات فرهنگی نیز افزایش می‌یابد، به‌طوری که با افزایش تحصیلات، میزان استفاده از امکانات بصری، میزان گوش دادن به موسیقی و رفتن به سینما و تئاتر افزایش پیدا کرده است. در نهایت این که مصرف فرهنگی هم در سطوح و میزان‌های مصرف و هم در الگو با ترجیح مصرف در میان افراد با تحصیلات مختلف متفاوت بوده است. به‌طوری که می‌توان گفت، تحصیلات با اثبات منابع و سرمایه‌های فرهنگی در فرد به شکل دهی شیوه‌های خاصی از مصرف دست زده‌است.

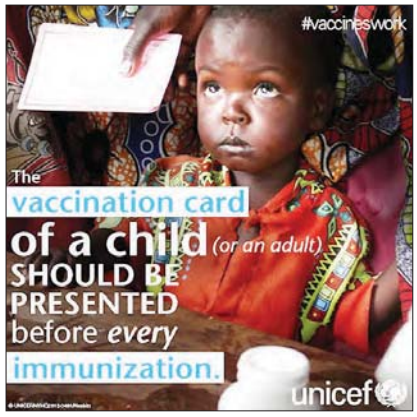
همچنین مصطفی کشوری چرمی و دکتر سعید وصالی در پژوهشی به بررسی میزان مصرف کالاهای فرهنگی و عوامل موثر بر آن در بین شهروندان مشهدی پرداخته‌اند که نشان می‌دهد بین متغیر پایگاه اجتماعی-اقتصادی و میزان مصرف کالاهای فرهنگی (جز گوش کردن به رادیو و زیارت اماکن متبرکه و مذهبی) رابطه وجود دارد و بیشترین میزان شدت رابطه نیز مربوط به استفاده از اینترنت (۰/۵۳۰) بوده است. متغیر دینداری نیز رابطه معکوسی با میزان گوش کردن به موسیقی (۰/۳۵۵-) داشت؛ یعنی با افزایش میزان دینداری، میزان گوش کردن به موسیقی کاهش یافته است.

اما چه تحلیل درستی از الگوی مصرف به‌ویژه در حوزه فرهنگی در کشور وجود دارد؟ این سوالی است که شاید مناسب‌ترین جوابش را نزد دکتر فکوهی بتوان یافت. او می‌گوید: گروهی از الگوهای مصرفی در ایران، الگوهای



جهانشمولی هستند که حاصل زندگی مدرن شهری و صنعتی است و کمابیش گریزی از آنها نیست مگر در موقعیت‌های فقر مطلق. در این الگوها امروز مهم نیست مادر کشوری توسعه یافته باشیم یا در کشوری درحال توسعه، زیرا در همه کشورها ساخت مصرف به تاجر در این موارد باید یکسان‌سازی شود، تفاوت در اینجا در کمیت و به‌خصوص در کیفیت است و نه در اصل ساختار. در همه شهرهای مدرن صنعتی چه توسعه یافته و چه درحال توسعه، از یک ساختار اصلی تبعیت می‌شود که در درجه اول باید بتواند غذا و سرپناه (مسکن) را ممکن کند. اگر تأمین این دو امر کمتر از ۵۰ درصد هزینه را تشکیل دهد، شاید بتوان گفت در موقعیت توسعه یافتگی هستیم و هر اندازه درصد به نسبت کل هزینه بالاتر رود، موقعیت توسعه نیافته‌تر به حساب می‌آید زیرا این دو مورد را نمی‌توان حذف کرد. جامعه مدرن الگوهای مصرفی دیگری را نیز تقریبا به صورت اجباری درمی‌آورد: برخورداری از شبکه‌های خدمات شهری (حمل و نقل، آب، برق، گاز، فاضلاب، تخلیه زباله و...). پس از این موارد است که زمینه‌هایی چون آموزش و بهداشت و پوشاک در اولویت قرار می‌گیرند و درنهایت فراغت و استفاده از مصرف در این راه و پس‌انداز و بیمه و... از این نقطه‌نظر الگوهای فرادستان و فرودستان در جامعه ما بدون شک در ساختار اصلی بسیار شبیه به هم است اما این تفاوت از همان جنسی است که میان کشورهای توسعه‌نیافته و توسعه‌یافته مشاهده می‌کنیم. امروز در کشور ما فرودستان باید شاید در حد ۸۰ تا ۹۰ درصد درآمد خود را صرف تأمین نخستین اولویت‌ها (غذا، مسکن و برخی خدمات شهری) کنند در نتیجه تقریبا چیزی برای بهداشت، اوقات فراغت و به‌خصوص پس‌انداز باقی نمی‌ماند و این امر به چرخه‌های فقر دامن می‌زند، زیرا مسائلی چون بیماری یا تغذیه مناسب تا جایی که ممکن باشد نادیده گرفته می‌شود، بنابراین می‌تواند به موقعیت‌های حاد پزشکی برسد که یک خانواده را به یکباره ویران کند. فراغت جز در شکل تلویزیون و احتمالا ماهواره وجود ندارد و این امر طبعا تنش‌ها را بالا می‌برد. در عین حال که به دلیل شیوه‌های اشاعه و گروهی از نهادها و امکان‌های دموکراتیزه کردن جامعه مثل مدارس و سایر حوزه‌های درهم آمیزی اجتماعی، بسیاری از خانوده‌های فرودست باید با افشار خرد کننده هزینه‌هایی (مثل تحصیلات عالی یا پوشاک مد روز) را برای فرزندان خود تأمین کنند که عملا آنها را در وضعیت‌های هر چه شکننده‌تر قرار می‌دهد. این درحالی است که اقشار فرادست عملا با سبک زندگی خود نظام اجتماعی و حتی خود را به شدت زیر فشار گرفته‌اند، زیرا تنش‌های زیادی به دلیل بالا بردن اختلاف طبقاتی با مصرف بالای انرژی بی‌رویه و بسیاری دیگر از شیوه‌های مصرفی شان را به جامعه تحمیل می‌کنند و البته با این شیوه‌ها هم به خود و هم به آینده فرزندانشان نیز ضربه می‌زنند. برای مثال نگاه کنیم به مصرف بسیار بالای انرژی (بنزین، الکتریسیته، گرمایش و سرمایش) که بهای آن را کل جامعه از جمله همین گروه‌ها باید با آسیب‌خوردن از یک محیط زیست آلوده بدهند.

شاید با این نگاه دکتر فکوهی و دو پژوهش مورد اشاره فوق، بتوان در پاسخ به سیدرضا صالحی امیری، رئیس سازمان اسناد و کتابخانه ملی ایران که گفته بود جامعه ما به شدت نیازمند افزایش سرانه مصرف فرهنگی و کاهش سرانه مصرف اقتصادی است، بگوییم بله! اما راهکار چیست؟ این در ادامه می‌دانیم...



داشتن کارت بهداشت برای تمام کودکان ضروری است.

عکس نگاری مشارکتی

شما خواننده گرامی می‌توانید 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 باهمین شماره، این عکس مجددا منتشر و مطالب ارسالی شما به همراه آن چاپ خواهد شد. ایمیل: khanevadeh.shahrvand@gmail.com

نگاه ویژه

ارتقای سلامت روان

شبکه‌های اجتماعی دیگر متهم ردیف اول نیستند

سلامت روان حلقه مفقوده این روزهای ما شده است، حالا ما مردمی شده‌ایم که کمتر می‌خندیم، که کمتر خشم خود را کنترل می‌کنیم، که زود صدایمان را بالا می‌بریم، یا در لاک خود فرو می‌رویم و آنروا را بر هر چیزی ترجیح می‌دهیم. حالا ما مردمی شده‌ایم که شادی را حتی اگر با چشم‌های خودمان ببینیم، باور نمی‌کنیم. چندی پیش نایب‌رئیس انجمن روانشناسان ایران با اشاره به این که نزدیک به یک چهارم جمعیت کشور اختلال روانپزشکی دارند، گفت: آخرین آماری که از بیماری‌های روانی در کشور وجود دارد، حدود ۲۳ درصد است که این آمار مطابق با آمار جهانی در کشورهای پیشرفته، درحال توسعه و توسعه‌یافته به یک نسبت پیشرفت داشته‌است.

دکتر مجید صادقی، توجه به بهداشت روان در کشور را در کاهش بروز بیماری‌های روانی بسیار با اهمیت دانست و گفت: بیماری‌های روانی بعد از بیماری قلب و عروق و تصادفات رانندگی جاده‌ای، بیشترین آمار را به‌خود اختصاص می‌دهد و از هر ۴ خانواده، یک‌خانواده درگیر بیماری روان است. بیماری‌های روانی خاموش و بی‌سر و صدا هستند و اضطراب و افسردگی جزو شایع‌ترین بیماری روانی است که در زنان به‌دلیل تفاوت‌های فیزیولوژیک و نقش اجتماعی آنها در جامعه ۱/۵ تا دو برابر بیشتر از مردان بروز می‌کند و ممکن است تا پایان عمر بیمار به آن مبتلا باشند.

این عضو هیأت‌علمی دانشگاه علوم‌پزشکی تهران، دوره جوانی را بیشترین زمان ابتلا به بیماری‌های روانی دانست و یادآور شد: بیماری‌های روانی باعث تغییراتی در مغز بیمار می‌شود و به‌شکل اختلالات روانی در بیمار بروز می‌کند که بروز این بیماری‌ها از دهه ۲ و ۳ عمر فرد که در اوج توانمندی و بالا بودن عملکرد است، ایجاد می‌شود. همچنین در دوران سالمندی بیمار به زوال عقل و الزایمر هم دچار می‌شود. اما برای حل این بحران چه باید کرد؟ بحرانی که صدایش درنمی‌آید اما یک روز، مثل خشکشدن دریاچه ارومیه، به یکباره سر باز می‌کند و خود را نشان می‌دهد و آن روز دیگر هیچ کاری از دست کسی برنمی‌آید.

در همین رابطه رئیس کرسی یونسکو در آموزش سلامت گفته است، ارتقای سلامت‌روان نیازمند توسعه شبکه‌های اجتماعی مجازی است که با توجه به مخاطبان زیاد این شبکه‌ها از قبیل «فیس‌بوک»، «توییتر»، «وایبر» و «واتس‌اپ» در کشور، بهره‌گیری از امکانات این شبکه‌ها می‌تواند، برای تحقق اهداف در حوزه سلامت به‌ویژه سلامت‌روان فرصت مناسبی را به‌وجود آورد.

دکتر مصطفی معین در آستانه برپایی پنجمین کنفرانس علمی سالانه سلامت‌روان و رسانه با اعلام این مطلب، افزود: با توجه به این که مسائل مربوط به پیشگیری از ابتلا به بیماری‌های روانی به‌تنهایی از عهده دولت خارج است، برای ارتقای سلامت‌روان نیازمند آموزش‌های عمومی و ارتقای فرهنگ سلامت با توسعه شبکه‌های اجتماعی اعم از مجازی و غیرمجازی، تقویت نهادهای مدنی و به‌طور کلی مشارکت مردم هستیم. با توجه به این که جامعه ما نیز مانند اکثر کشورهای درحال توسعه دارای شکاف‌های اجتماعی از قبیل شکاف جنسیتی، نسلی، قومی، نژادی، مذهبی و نیز شکاف بین مردم و دولت، دولت و مردم، دانشگاه و جامعه و بالعکس است، شبکه‌های اجتماعی قادر به ترمیم این شکاف‌ها هستند.

وی با تأکید بر نقش آموزش از طریق شبکه‌های اجتماعی و رسانه‌های رسمی گفت: هرچند برخی رسانه‌ها به‌ویژه صداوسیما که دارای پوشش گسترده‌تری نسبت به دیگر رسانه‌های رسمی است، می‌تواند، نقش مهمی در بهبود شاخص‌های سلامت‌روان داشته باشد، اما شاهدیم، متاسفانه این رسانه در برخی مواقع نقش مخربی داشته که این امر سلب اعتماد جامعه را همراه دارد. باتوجه به این که عوامل اجتماعی در بروز بیماری‌های مزمن به‌ویژه اختلال روان و برعکس، بهبود شاخص‌های سلامت روان نقش اساسی دارند، ضروری است، نظام سلامت و برنامه‌های توسعه کشور عوامل خطرزای اجتماعی از قبیل نابرابری و فقر اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و سیاسی را که در بسیاری از کشورهای درحال توسعه مشترک است از طریق سیاست‌گذاری مناسب و ارایه آموزش به‌ویژه در فضای مجازی کاهش دهند.

روند رو به رشد استفاده از شبکه‌های مجازی غیرقابل انکار است، اتفاقی که مانند هر پدیده دیگر فرصت‌ها و تهدیدات را با هم به‌همراه دارد. بهتر است به‌جای گرفتن انگشت اتهام به‌سمت شبکه‌های اجتماعی و مجازی و نشان دادن این شبکه‌ها به‌عنوان عامل طلاق و از هم گسیختگی خانواده‌ها، اول ریشه‌های این بحران‌ها را در جایی درست جست‌وجو کنیم و ثانیا از این فرصت به‌وجهت آموزش و انتقال اطلاعات درست به افراد بهره ببریم.

سکوت قانون

پیوند تامین زندگی به کلیه در ایران

کشور یعنی ۱۵ میلیون نفر مبتلا به بیماری‌های کلیوی هستند که ۳۵ هزار نفر از آنها ناچارند هفته‌ای دو تا سه بار دیالیز شوند.

مشکل وقتی حادتر می‌شود که بدن فرد به دیالیز جواب ندهد و فرد نیازمند پیوند کلیه شود. همچنین، براساس نظر متخصصان بیماری‌های کلیوی در کشور، ۱۵ تا ۲۰ درصد رشد را نسبت به سال‌های گذشته نشان می‌دهد، بنابراین زمانی که تقاضا وجود دارد، عرضه کننده به دلایلی که اغلب اقتصادی است، کلیه خود را عرضه می‌کند. به گفته غلامرضا پورمند، رئیس قدیمی ترین بیمارستان ایران، صف پیوند کلیه برای افراد خاصی شاید داشته باشیم چون به برخی بیماران به‌دلایلی مانند بیماری قلبی بیشتر فته، دیابت و مرض قند، پزشکان اجازه پیوند نمی‌دهند، ولی صف انتظار به آن شکل که در کشورهای اروپایی و آمریکا شاهد آن هستیم در ایران وجود ندارد، به‌طوری که در این کشورها بیماران سال‌ها در صف انتظار پیوند هستند.

اگر انسان‌هایی که قصد ایثار دارند را کنار بگذاریم تنها دلیلی که برای سایرین می‌ماند، نیاز مالی است. هیچ‌کس کلیه‌اش را نمی‌فروشد اگر نیاز مالی نداشته باشد. تامین هزینه‌های زندگی و مشکلات مالی آن قدر به افراد فشار می‌آورد که از نظر خودشان راهی برایشان باقی نمانده جز فروش کلیه. به‌طور حتم ارتباط فقر و فروش کلیه در کشور قابل تامل است. بعضی از آنها بدهکارند، بعضی دیگر ورشکسته شده‌اند و برخی دیگر به‌ان شب محتاجند و این مسأله نگران کننده است. اگر تدبیری اندیشیده نشود و این مسأله مد شود، جامعه خسارت می‌خورد. فروش کلیه تنها چندماه مشکل این قشر را برطرف می‌کند و پس از چند ماه مشکلات اقتصادی دوباره سر راه می‌کند. در چنین مواردی این حاکمیت است که باید دست به کار شود و تصمیمی اتخاذ کند و دولت نیز باید سازوکاری تعریف کند، آن هم در شرایطی که ایران تنها کشور جهان است که خرید و فروش اعضای بدن در آن قانونی است. با ارتقای سطح رفاه اجتماعی، ایجاد اشتغال، ارتقای فرهنگ اهدای کلیه در جامعه، نهادینه کردن اهدای اعضای بیماران مرگ‌مغزی و ورود قانون به بحث خرید و فروش اعضا انتظار می‌رود که شاهد تناقض سازی خود خواسته، آن هم بیشتر در بین جوانان که قرار است نیروهای مولد جامعه باشند، نباشیم.

درمان

خانواده‌هایی که نباید هزینه درمان شکست شان دهد

بیماران کشور این روزها حال و روز خوشی ندارند. گرانی و کمبود دارو از یک طرف و افزایش هزینه‌های درمان و بیمارستان‌ها از طرف دیگر عرصه را برای بیماران تنگ کرده است. هر چند بعد از روی کار آمدن دولت یازدهم و طرح تحول نظام سلامت وضع کمی برای مردم بهتر شده اما هنوز هم مشکلات دارویی و درمانی به‌نوعی به‌قوه خود باقی است.

درست است که پیش از تحریم‌ها نیز خدمات پزشکی و دارویی در کشور چندان ارزان نبود و بیمه‌ها نیز دردی از بیماران به‌خصوص بیماران خاص دوا نمی‌کرد اما از اواخر سال ۹۱ تا امروز کار برای بیماران مشکل تر شده است تا جایی که برخی پولی برای دوا و درمان ندارند.

مهرماه سال گذشته بود که به نظر می‌رسید اخبار خوشی برای بیماران خاص در راه است. ماجرا هم از این قرار بود که مدیرعامل جدید سازمان تامین اجتماعی اعلام کرده بود، تمامی هزینه‌های بیماران خاص (دارو و تجهیزات پزشکی مربوط به بیماری‌های خاص) از محل کلیوی، هموفیلی، دیالیزی و... توسط سازمان تامین اجتماعی پرداخت نمی‌شود.

سیدتقی نوربخش درباره خبر خوش به بیماران خاص گفته بود تفاهمنامه‌ای مابین وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی منعقد شده است که براساس آن از اول مهر تمامی هزینه‌های بیماران خاص از محل کلیوی، هموفیلی، دیالیزی و... توسط سازمان‌های بیمه‌گر از جمله تامین اجتماعی پرداخت می‌شود.

بااین حال اما چند ماه بعد عضو مجمع عمومی کانون هموفیلی ایران در این خصوص گفت که متاسفانه اقدامات وعده داده شده توسط وزرای بهداشت و تعاون که توسط رئیس سازمان غذا و دارو اطلاع‌رسانی شد تاکنون اجرایی نشده و از بیماران هموفیلی بابت تحویل داروهای آنها پول دریافت می‌شود. در خصوص سایر بیماری‌های خاص مانند ام‌اس، سرطان و... هم وضع به همین منوال بود.

از سویی دیگر فروردین گذشته طرح حمایت از بیماران خاص در کمیسیون بهداشت مجلس به خاطر هزینه‌بر بودن رد شد! هزینه‌ای که می‌تواند جان هزاران نفر از شهروندان ایرانی را نجات دهد یا کمک کند سال‌های بیشتری در کنار خانواده‌شان زندگی کنند، غیرقانونی دانسته‌شد.

در حالی که سالانه ۱۵۰ تا ۱۶۰ هزار نفر در کشور به سکته مغزی دچار می‌شوند که حدود ۲۰ هزار نفر از این افراد نیز جان خود را از دست می‌دهند، رئیس سازمان غذا و دارو درباره بیمه نبودن داروی اصلی سکته مغزی که بیماران بابت تأمین آن باید ۴ میلیون و ۶۰۰ هزار تومان هزینه کنند، خبر داده است.

رسول دیناروند درباره داروی آرتی پی‌ای مربوط به بیماران سکته مغزی و عدم پوشش بیمه‌ای این دارو گفت: این دارو کم مصرف است اما جایگزین آن وجود دارد. در مورد بیمه‌نبودن این دارو باید گفت که بیمه‌ها تحت نظارت وزارت بهداشت نیستند، اما با آنها در این زمینه رایزنی‌هایی انجام می‌دهیم، چرا که عضو شورایعالی بیمه هستیم و نظرانمان را اعلام می‌کنیم.

وی خاطرنشان کرد: بیمه‌ها تلاش خود را می‌کنند و در آخرین جلسه شورایعالی بیمه نیز ۱۱ قلم دارو که تحت پوشش بیمه نبود، به داروهای تحت پوشش بیمه اضافه شد. بیماران خاص از مصرف داروهای ایرانی رضایت دارند و تأمین این داروها برای بیماران خاص رایگان است. هرچا که داروی ایرانی داشته باشیم و قیمتش مناسب است تجویز این داروها برای بیمار اولویت دارد مگر این که بیمار نسبت به مصرف آنها پاسخ مناسب را دریافت نکند. همچنین طرح جامعی در این‌باره تدوین شده بود، با این هدف که بیمارانی که تحت پوشش کمیته امداد، بهزیستی و در مناطق محروم هستند، هزینه داروییشان به صفر برسد اما با صلاحدید آقای وزیر اجرای این کار به دلیل محدودیت بودجه‌ای سازمان به تعویق افتاد. رئیس سازمان غذا و دارو با اشاره به این که باتوجه به بودجه سال ۹۴ نیز باید بررسی شود که آیا می‌توانیم این طرح را اجرایی کنیم یا خیر؟ گفت: همین الان برای بیماران صعب‌العلاج اعتباری که پیش از این در نظر گرفته شده، وجود دارد و وزارت بهداشت و سازمان‌های بیمه‌گر مبلغی بالغ بر ۳هزار میلیارد تومان هزینه می‌شود تا پرداختی بیماران به حداقل برسد. داروی برخی از بیماران نیز به رایگان است. هزینه‌های درمان خصوصا برای خانواده‌هایی که درگیر بیماری‌های خاص هستند بسیار بالاست، همان‌طور که در چند ماه گذشته وزیر بهداشت و درمان اعلام کرده بود سالانه ۲۰۰ هزار خانواده به‌خاطر هزینه‌های درمان زیر خط فقر می‌روند. از یک سو حذف این افراد و طرد و انزوایی که به‌خاطر بیماری تحمل می‌کنند و از سویی دیگر اقتصاد خانواده این افراد و تلاش برای حفظ سلامت روان سایر افراد خانواده دارای اهمیت بسیار است تا شاهد فروپاشی خانواده‌ای به جهت بیماری نباشیم.