



نشریه شبکه تحقیقات اچ آی وی کشور

شماره ششم مهر ۹۹

فهرست

وضعیت اچ‌آی‌وی/ایدز در افغانستان

۱

شناسایی موارد جدیدی از مبتلایان به اچ‌آی‌وی: طغیان عفونت یا یک چالش اجتماعی؟

۳

نقش باورهای مذهبی در نگرش انگ‌آمیز پرسنل بهداشتی‌درمانی نسبت به مبتلایان به اچ‌آی‌وی

۴

رویکرد دینی در کنترل همه‌گیری ایدز

۵

نقش دین و مذهب در کاهش اثرات رفتارهای پرخطر

۶

سیاست‌های کانادا برای مقابله با اوردوز در جمعیت عمومی

۸

زندگی‌نامه آرتور اش

۱۰



وضعیت اچ‌آی‌وی/ایدز در افغانستان

علی احمد رفیعی راد

مرکز تحقیقات مراقبت اچ‌آی‌وی و عفونت‌های آمیزشی، مرکز همکار سازمان جهانی بهداشت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه

علوم پزشکی کرمان

دانشجو دکترا جامعه‌شناسی دانشگاه علامه طباطبایی



نخستین موضوع در این باره این است که جنگ‌های طولانی مدت، آگاهی‌بخشی، خدمات‌رسانی، آمارگیری و غربالگری را با دشواری‌های زیادی مواجه نموده است. افغانستان برای دهه‌های متمادی درگیر جنگ و ناامنی بوده است و امروزه نیز معارضان بخشی از کشور را ناامن کرده و یا در کنترل دارند به گونه‌ای که حاکمیت مستقر بر تمام کشور حکمرانی و توان خدمات‌رسانی از جمله در خصوص بهداشت و موضوع مورد نظر را ندارد.

در رابطه با موضوع دوم باید گفت؛ مشابه با بسیاری از کشورهای دیگر، در افغانستان نیز نگرش منفی و انگ اجتماعی نسبت به افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی/ایدز وجود دارد و دلیل ابتلا به عفونت اچ‌آی‌وی را به رفتارهای خاصی نسبت می‌دهند؛ از این رو بسیاری از توجهات و مبارزات به جای عفونت علیه افراد مبتلا می‌شود و آن‌ها به این خاطر ممکن است از افشاء و درمان بیماری خود صرف نظر کنند و به صورت ناخواسته باعث گسترش بیشتر عفونت شوند.

مشکل بعدی در افغانستان موضوع مواد مخدر و معتادان است. آمار مواد مخدر و اعتیاد به آن در افغانستان بسیار بالا می‌باشد. اعتیاد به مواد مخدر و محرک به دو شکل مستقیم و غیرمستقیم باعث انتقال ویروس می‌شود. به طور مستقیم اعتیاد تزریقی بزرگترین عامل انتقال ویروس در بسیاری از کشورهای جهان از جمله افغانستان و ایران است. مصرف‌کنندگان تزریقی مواد با استفاده از وسایل مشترک تزریق می‌توانند به راحتی این ویروس را به همدیگر منتقل کنند. ضمن اینکه سایر شکل‌های اعتیاد هم می‌توانند غیر مستقیم باعث انتقال ویروس اچ‌آی‌وی شوند زیرا در بسیاری از افرادی که مواد مخدر و محرک مصرف می‌کنند قدرت محافظت و تشخیص تضعیف شده از این رو ممکن است دست به کارهایی بزنند که سلامت خود یا دیگران را به مخاطره بیندازند.

موضوع چهارم رفت و برگشت‌های مهاجرتی (مهاجرت‌های فصلی) هستند. جمعیت مهاجر زیادی از جمعیت جوان در کشورهای همسایه رفت و آمد دارند، مهاجرین دور از خانه و خانواده ممکن است در غربت دست به ارتکاب رفتارهای پرخطری بزنند که باعث انتقال ویروس به آن‌ها شود. این افراد در بازگشت به وطن می‌توانند به عنوان پل ارتباطی عمل نموده و ویروس را به دیگران انتقال دهند.

بعد از نزدیک به چهار دهه از شیوع اچ‌آی‌وی/ایدز، امروز بسیاری از کشورهای پیشرو، اقدامات کنترلی مناسبی در مواجهه با آن انجام داده و به نوعی نه تنها شدت گسترش آن را مهار کرده‌اند بلکه انتقال از طریق روش‌هایی (مانند فراورده‌های خونی و مادر به نوزاد) را تقریباً به صفر رسانده‌اند. با این وجود وضعیت اچ‌آی‌وی/ایدز در برخی کشورها از جمله افغانستان چندان روشن نیست و از آرمان‌های مهار این اپیدمی فاصله قابل توجهی دارد.

یکی از این آرمان‌ها، اهداف ۲۰۲۰ یا ۹۰-۹۰-۹۰ است. یعنی آرمان کشورها که تا سال ۲۰۲۰ میلادی مبادرت به شناسایی حداقل ۹۰٪ مبتلایان نموده و دست کم ۹۰٪ آن‌ها را تحت درمان قرار داده تا از میان گروه اخیر دست کم ۹۰٪ برنامه درمان را متعهدانه پیگیری نمایند و به میزانی ویروس اچ‌آی‌وی در خون آن‌ها پایین بیاید (وضعیت سرکوب ویروسی) که امکان انتقال ویروس به دیگران به نزدیک صفر برسد. براساس گزارش منتشر شده برنامه مشترک سازمان ملل متحد در زمینه ایدز وضعیت آرمان ۲۰۲۰ افغانستان در سال ۲۰۱۸ مرتبط با اهداف پیشگفته نخست و دوم به ترتیب ۳۸ و ۳۴ درصد بوده است. ضمن اینکه طبق سند منتشر شده آماری برای هدف سوم یا همان وضعیت سرکوب ویروسی اعلام نشده است.

آمارها در افغانستان در سال‌های اخیر با رشد نگران‌کننده‌ای روبرو بوده است. بر اساس آمارهایی که سالیانه UNAIDS (برنامه مشترک سازمان ملل متحد در زمینه ایدز) انتشار می‌دهد طی سال‌های گذشته آمار مبتلایان در افغانستان همواره روند صعودی داشته است. تخمین زده می‌شود ۷۲۰۰ نفر اچ‌آی‌وی مثبت در افغانستان هستند که تا کنون تنها حدود ۳ هزار نفر آن‌ها شناسایی شده‌اند. با این حال شرایط ویژه در کشور افغانستان این فرضیه را قوت می‌بخشد که آمار مبتلایان بسیار بیشتر از رقم کنونی باشد، موضوعی که سبب می‌شود عفونت به صورت پنهانی رشد تصاعدی نماید و در سال‌ها و دهه‌های آینده بحرانی هم‌سنگ جنگ‌های ویرانگر برای کشور رقم بزنند. پنج موضوع جنگ، آگاهی و نگرش نسبت به ایدز، مواد مخدر و اعتیاد، رفت و برگشت‌های مهاجرتی و وضعیت زنان در جامعه عوامل تشدیدکننده بحران ایدز در افغانستان هستند.



در چنین شرایطی نخست باید حساسیت اصحاب قدرت (رسمی و غیررسمی) نسبت به موضوع برانگیخته شود و سپس یک پویش سراسری در افغانستان به راه بیفتد و به آگاهی‌رسانی درباره بیماری، شیوه‌های ابتلا و درمان به همه افراد به‌ویژه به گروه‌هایی که رفتارهای پرخطر دارند مبادرت شود. افراد را به آزمایش‌های تشخیصی ترغیب نمود و به مبتلایان یادآوری نمود که گرچه اچ‌آی‌وی درمان قطعی ندارد ولی امروزه داروهای موثری برای کنترل آن تولید شده که از مرگباری این عفونت کم نموده و می‌تواند باعث ارتقاء کیفیت و طول عمر زندگی مبتلایان شود، مبتلایان به اچ‌آی‌وی با استفاده از داروهای موثر می‌توانند خانواده تشکیل دهند و فرزندان سالمی داشته باشند. با توجه به مباحث پیش‌گفته و پیشگامی ایران در پیشگیری و درمان اچ‌آی‌وی، به نظر می‌رسد سیستم بهداشتی ایران باید نیم‌نگاهی به وضعیت اچ‌آی‌وی/ایدز در افغانستان داشته باشد و تا حدودی بر روی شیوع آن حساس و دقیق باشد و همکاری خود را با وزارت صحت عامه افغانستان و نهادهای بین‌المللی آن‌جا گسترش دهد.

در نهایت از میان مسائل قابل اشاره دیگر در گسترش اپیدمی اچ‌آی‌وی/ایدز باید به توانمندی پائین زنان در بین برخی گروه‌ها اشاره نمود. زنان به‌ویژه در میان گروه‌های فرودست و طبقات پائین جامعه به شدت تحت سلطه و اوامر مردان حتی در صورت اعتیاد و بیماری قرار دارند از این‌رو آن‌ها نمی‌توانند چندان از خودشان محافظت کنند و به راحتی ویروس از طریق همسران بیمار به آن‌ها و نوزادان انتقال داده می‌شود. همه این موارد دلایلی هستند که ما را نسبت به آینده اپیدمی اچ‌آی‌وی/ایدز در افغانستان نگران می‌کنند و می‌تواند تهدیدی هم سنگ جنگ برای افغانستان باشد و در سال‌های آینده این کشور را با بحران بیشتری مواجه نماید. ضمن اینکه حادث شدن چنین وضعیتی با توجه به مهاجرت و تعاملات بسیار زیاد افغانستانی‌ها با کشور ایران می‌تواند به شیوع بیشتر اچ‌آی‌وی/ایدز در ایران نیز شدت بیشتری ببخشد. با توجه به اینکه بسیاری از مهاجران به صورت غیرقانونی در رفت و آمد هستند شناسایی و خدمات‌دهی به آن‌ها در ایران نیز بسیار مشکل است.

منابع:

https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2019-UNAIDS-data_en.pdf





شناسایی موارد جدیدی از مبتلایان به اچ‌آی‌وی طغیان عفونت یا یک چالش اجتماعی؟

مسلم طاهری سودجانی

گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد

در این چالش بهداشتی_ اجتماعی، با وجود اینکه تیم ارزیابی بهداشتی حضوری فعال داشته و همچنین همکاری بین‌بخشی نسبتاً مناسبی هم صورت گرفته بود، اما باز هم شاهد عواقب اجتماعی خاصی در این منطقه بودیم. سوال این است چرا با وجود همکاری بین‌بخشی چنین عواقب اجتماعی رخ داده است؟ شاید ساده‌ترین جواب این باشد: «این عفونت یک عفونت خاص است!». اما این تنها یک نگاه خیلی سطحی به موضوع است. باید عمیقاً موضوع مورد بررسی قرار گیرد. خاص بودن این عفونت در جامعه‌ای مانند ایران قابل قبول است، اما توجیه مناسبی برای شرایط پیش آمده نیست. به نظر می‌رسد باید به دنبال حلقه‌ی مفقوده در پیشگیری از رخداد چنین مسائلی اجتماعی بود تا بتوان شرایط را کنترل کرد و اعتماد را به جامعه برگرداند.

رسانه‌ها و خصوصاً رسانه‌های مجازی حلقه‌ی مفقوده در این چالش بهداشتی_ اجتماعی بودند. در دنیای امروز، رسانه‌ها به‌عنوان قوی‌ترین نهاد اطلاع‌رسانی شناخته می‌شوند و در این بین قدرت رسانه‌های مجازی غیرقابل انکار است. این تهدیدی بود که می‌توانست تبدیل به یک فرصت شود؛ نادیده گرفتن هر تهدیدی باعث سوختن فرصت می‌شود، لذا نگرش صحیح نسبت به این رسانه بسیار کمک‌کننده است. چراکه روزانه حجم بسیار زیادی از اطلاعات در فضای مجازی در حال گردش است که درصد قابل‌توجهی از این اطلاعات مستند نیستند و صرفاً جنبه سرگرمی دارند. کنترل رسانه مجازی کار بسیار دشواری است اما می‌توان سواد سلامت را نیز از طریق همین رسانه افزایش داد. به عنوان مثال اطلاع‌رسانی صحیح و بدون غرض‌ورزی، آگاه‌سازی مردم در خصوص راه‌های انتقال عفونت اچ‌آی‌وی از طریق همین رسانه‌ها می‌توانست بسیار سازنده باشد و از این خسارتی که اعتماد در جامعه را هدف قرار داده بود پیشگیری کند. بنابراین این مسئله از اهمیت به‌سزایی برخوردار است و باید برای مقابله با این شرایط و استفاده مناسب از رسانه‌ها در این شرایط راهکار مناسبی اندیشیده شود.

اپیدمی، همه‌گیری و یا طغیان به مواردی گفته می‌شود که یک پیامد بهداشتی در یک منطقه بیش از حد انتظار بروز کند، البته این حد انتظار در مناطق و همچنین پیامدهای مختلف متفاوت است.

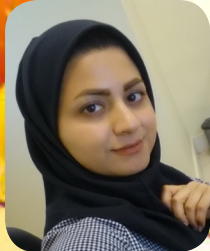
زمانی که موارد جدیدی از یک بیماری، یک عفونت یا هر پیامد بهداشتی دیگر در یک منطقه محدود از نظر جغرافیایی/ مکانی مشاهده می‌شوند، احتمال رخداد طغیان در آن منطقه وجود دارد. اولین واکنشی که در مراحل ابتدایی در پاسخ به این رویداد انجام می‌شود، تشکیل تیم ارزیابی از طرف شبکه‌های بهداشت جهت بررسی موارد جدید می‌باشد. اعضای این تیم، معمولاً ثابت هستند اما می‌توان ترکیب اعضا را با توجه به نوع پیامد بهداشتی تغییر داد (میزان درگیری مراکز، شبکه و یا مرکز استان براساس وسعت طغیان متفاوت خواهد بود). با این وجود، حضور افرادی که وظیفه خدمت‌رسانی در زمینه بهداشتی منطقه را برعهده دارند الزامی است. چراکه این افراد شناخت کافی نسبت به تمام خصوصیات اجتماعی، فرهنگی و جغرافیایی آن منطقه را دارند.

اما آیا تنها صرف نگاه بهداشتی به موضوع و تشکیل تیم ارزیابی بهداشتی کفایت می‌کند؟ آیا نمی‌بایست سایر جنبه‌های مختلف فرهنگی، اجتماعی و حتی جغرافیایی آن منطقه را نیز در نظر گرفت؟ آیا همراهی سایر نهادها می‌تواند به سیستم بهداشتی کمک کند تا به بهترین شکل نسبت به مسئله پیش‌رو واکنش نشان دهد؟ همکاری بین‌بخشی یکی از نقاط قوت در بررسی و کنترل طغیان‌هاست که نباید مورد غفلت واقع شود. نهادهای سیاسی، اجتماعی و فرهنگی نظیر شهرداری، فرمانداری، دهیاری، شورای اسلامی شهر و روستا و ائمه جماعت می‌توانند از جمله نهادهایی باشند که در همکاری بین‌بخشی مشارکت موثری داشته باشند. این همکاری در صورت تعامل و پویایی می‌تواند از بروز مسائل جانبی و عواقب نامطلوبی که به دنبال طغیان یک مشکل بهداشتی ایجاد می‌شود، پیشگیری کند.

اخیراً در یکی از روستاهای کشور مواردی از مبتلایان به اچ‌آی‌وی شناسایی شد که صرف‌نظر از مشکل بهداشتی با یک چالش اجتماعی نیز همراه بود. با توجه به روش‌های انتقال این ویروس، ابتلا به این عفونت می‌تواند همراه با انگ اجتماعی باشد. لذا چنین چالشی قابل انتظار است. اما آیا برنامه‌ریزی مناسبی برای پیشگیری از این چالش (انگ اجتماعی) صورت گرفته بود؟ آیا این برنامه موفقیت‌آمیز بود؟ در صورت رخ دادن مشکل مشابهی در سایر مناطق کشور، آیا برنامه کارآمدتری برای پیشگیری از انگ اجتماعی و مسائل مرتبط با آن وجود دارد؟

منابع:

- World Health Organization, Health topic, HIV/AIDS, Access Link: https://www.who.int/health-topics/hiv-aids/#tab=tab_1
- Bergsma L. Media literacy and health promotion for adolescents. *Journal of media literacy education*. 2011;3(1):10



نقش باورهای مذهبی در نگرش انگ آمیز پرسنل بهداشتی درمانی نسبت به مبتلایان به اچ آی وی

نوشین زارعی

مرکز تحقیقات ایدز شیراز، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شیراز

به اچ آی وی نشان داد پرسنلی که اعتقادات مذهبی قوی تری داشتند در مقایسه با افرادی با اعتقاد مذهبی ضعیف تر، تمایل کمتری به ارائه خدمت به مبتلایان به اچ آی وی داشتند.

به طور کلی، نقش مذهب در مبحث انگ نسبت به اچ آی وی آنقدر پررنگ است که اعتقادات مذهبی به عنوان تاثیرگذارترین عامل بر دیدگاه انگ آمیز ارائه دهندگان خدمات سلامت مطرح شد. هرچند سن، تحصیلات و داشتن سابقه برخورد با بیمار مبتلا به اچ آی وی به عنوان دیگر پیش بینی کننده های دیدگاه انگ آمیز هستند اما مذهب ارتباط معناداری با دیدگاه انگ آمیز داشت.

به نظر می رسد نیاز است تا حق مسلم مبتلایان به اچ آی وی در برخورداری از حقوق یک بیمار همچون هر بیمار دیگری به واسطه روحانیون بیشتر مورد تاکید قرار گیرد. در این راستا، آموزش ارائه دهندگان خدمات سلامت به واسطه روحانیون و همچنین بیان حقوق بیمار مبتلا با پشتوانه مذهبی در رسانه های جمعی می تواند راهی اثرگذار در کاهش انگ مرتبط با اچ آی وی باشد که به سهم خود می تواند ارتباط این عفونت با انجام رفتارهای غیراخلاقی در اذهان عمومی را کم رنگ تر سازد. چه بسا باقی ماندن این مسئله باعث به حاشیه رانده شدن افراد مبتلا و تبعات ناشی از آن از قبیل افسردگی، اختلالات روانی و خودکشی خواهد شد.

منابع:

Centers for Disease Control and Prevention. HIV Stigma Available at: <https://www.cdc.gov/hiv/basics/hiv-stigma/index.html>

https://www.tums.ac.ir/1396/08/11/دین_وسپاستگذاری_ایدز.pdf-mosad-ghrad-2017-11-02-10-46.pdf

<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15381501.2019.15888>

23

طبق تعریف مرکز کنترل و پیشگیری بیماری های آمریکا، انگ اچ آی وی اشاره به نگرش ها و باورهای منفی نسبت به افراد مبتلا به اچ آی وی دارد. به عبارتی دیگر، به افراد مبتلا برچسبی زده می شود که بر اساس آن این افراد را متعلق به گروهی می دانند که مورد پذیرش جامعه نیست.

در جوامع سنتی همچون ایران، نقش فرهنگ عجین شده با دین، پررنگ تر می باشد و فرهنگ، سنت و باورهای دینی تاثیر چشمگیری در تمامی ابعاد فردی اجتماعی افراد جامعه دارد. با توجه به اینکه بیماری ایدز یک پدیده ی به شدت اجتماعی است، در صحبت از این بیماری باید فرهنگ و باورهای دینی جامعه ی ایرانی در نظر گرفته شود. یافته ها حکایت از کارکردهای متعارض پیش برنده و بازدارنده ی مذهب در اجرای برنامه های کنترل و پیشگیری ایدز در ایران دارند. روی مثبت مذهب استفاده از ظرفیت خویشترداری و نهی از اعمال منکر است. روی منفی اما، پنهان شدن پشت نقاب دین در صورت ارتکاب رفتار جنسی نامشروع و سواستفاده از احکام مرتبط با ازدواج موقت می باشد که آسیب هایی در بروز رفتارهای جنسی به دنبال دارد. با این حال علی رغم حمایت روحانیت به عنوان مرجع دینی از مبتلایان و اشاره به لزوم حفظ حقوق مبتلایان، روحانیون و موسسه های دینی در سیاست گذاری ایدز نقشی ندارند.

یکی از دلایل برچسب و انگ زدن نسبت به افراد مبتلا به اچ آی وی، مرتبط دانستن این عفونت با رفتارهای غیر اخلاقی است. این تصور اشتباه در کشورهای مسلمان چشمگیرتر است. نه تنها افراد جامعه، که ارائه دهندگان خدمات سلامت نیز تحت تاثیر این دیدگاه انگ آمیز و برچسب زنی به مبتلایان قرار دارند.

مطالعه ای در شهر شیراز نشان داد باورهای مذهبی کادر بهداشت و درمان وابسته به سن آنها نبوده اما وابسته به جنسیت آنها می باشد. به طوری که عقاید مذهبی زنان بیش از مردان بود. همچنین، بین اعتقادات مذهبی و دیدگاه انگ آمیز پرسنل رابطه ی مستقیم وجود داشت. به عبارت دیگر، آن دسته از ارائه دهندگان خدمات سلامت که عقاید مذهبی قوی تری داشتند دارای نگرش انگ آمیز بیشتری نسبت به مبتلایان به اچ آی وی بودند. مقایسه ی دو گروه از پرسنل با تمایل متفاوت نسبت به ارائه خدمات به افراد مبتلا

رویکرد دینی در کنترل همه‌گیری ایدز

گروه نویسندگان

مرکز تحقیقات مراقبت اچ‌آی‌وی و عفونت‌های آمیزشی، مرکز همکار سازمان جهانی بهداشت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان

رهنمودهای مذهبی یا عرفی، پایبندی به یک همسر را برمی‌گزینند کمتر در معرض خطر ابتلا به ویروس اچ‌آی‌وی و سایر عفونت‌های آمیزشی هستند اما سایر افرادی که به هر دلیل به داشتن شرکای جنسی متعدد رو می‌آورند به آموزش‌های کاربردی در زمینه سلامت جنسی و استفاده از کاندوم نیاز دارند و باید به خوبی از این امر آگاه باشند که عدم وجود موانع شرعی به معنای عدم در خطر بودن سلامت جنسی آن‌ها نیست. خوش‌بختانه در همین راستا مراجع محترم تقلید فتوایی راه‌گشا درباره لزوم آموزش درباره ایدز صادر کرده‌اند که راه آموزش‌های علمی را برای پیشگیری از اچ‌آی‌وی/ایدز تا حدودی هموار کرده است. از جمله مهمترین این احکام می‌توان به کارایی قاعده فقهی «لاضرر و لاضرار» اشاره کرد. «قاعده فقهی «لاضرر و لاضرار» کارآیی چشمگیری در بررسی فقهی ایدز دارد. از یک سو لاضرر، حقوق شهروندی و قانونی فرد مبتلا به اچ‌آی‌وی را پاس می‌دارد؛ به گونه‌ای که دیگر قوانین، نمی‌تواند این حقوق را نادیده بگیرد؛ و از سوی دیگر، لاضرر، به دنبال وضع قوانین از سوی حکومت اسلامی است تا از تحقق آسیب به فرد و جامعه جلوگیری کند و پدیده ایدز را ریشه‌کن سازد و به این منظور از فعالیت‌های مرتبط با مسأله ایدز، حمایت همه‌جانبه نماید».

به‌طور کلی استفاده همزمان از مبانی دینی و مذهبی به همراه آموزش‌های صحیح علمی می‌تواند رویکردی مبتنی بر فرهنگ اسلامی برای مقابله با عفونت اچ‌آی‌وی در جوامع مسلمان پدیدآورد و حتی

بسیاری از مورخان خاورمیانه را مهد و محل تولد چهار دین بزرگ اسلام، مسیحیت، یهودیت و زرتشت می‌دانند و همین امر بیانگر پیوند عمیق دین و مذهب با زندگی و فرهنگ مردم ساکن در این منطقه است. مذهب همواره نقش بسیار مهم و پررنگی در زندگی مردم خاورمیانه داشته است.

جاناتان فاکس یکی از اندیشمندان است که مذهب را یکی از مهمترین ویژگی‌های خاورمیانه دانسته و عنوان کرده است که قدمت و اهمیت جایگاه مذهب در خاورمیانه آن را از سایر مناطق متمایز می‌کند. در ایران نیز مذهب همواره یکی از مهمترین ارکان تعیین کننده در همه سطوح اعم از اجتماعی، سیاسی و بهداشت بوده است. مطالعات متعددی تاثیر مذهب را بر سلامت عمومی و سلامت روان تأیید کرده‌اند. لذا می‌توان اظهار کرد که مذهب در زمینه مقابله با اپیدمی اچ‌آی‌وی/ایدز نیز می‌تواند موثر واقع شود و استفاده مناسب از آموزه‌های دینی و مبانی مذهبی می‌تواند به عنوان یک ابزار کمکی در کنار آموزش‌های علمی و مهارتی در زمینه مقابله با این عفونت مورد استفاده قرار گیرند.

از سوی دیگر ذکر این نکته نیز از اهمیت فراوانی برخوردار است که استفاده از ابزارهای علمی و نگرش‌های مذهبی باید مکمل هم و به موازات یکدیگر باشند. به‌عنوان مثال، مذهب می‌تواند در رابطه با بسیاری از رفتارهای پرخطر همچون روابط جنسی خارج از چارچوب خانواده و یا مصرف مشروبات الکلی و مواد مخدر در کنار آموزش‌های علمی و مهارتی موثر واقع شود و تاثیر مثبت و به‌سزایی بر پیشگیری از بروز چنین رفتارهایی داشته باشد. افرادی که براساس رهنمودهای مذهبی یا عرفی، پایبندی به یک همسر را برمی‌گزینند بر پیشگیری از بروز چنین رفتارهایی داشته باشد. افرادی که براساس

منابع:

<https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?ID=355074>

<https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?ID=83329>

http://wikifeqh.ir/%D8%A8%D8%B1%D8%B1%D8%B3%D-%D9%81%D9%82%D9%87%DB%8C_%D8%A7%DB%8C%D8%AF%D8%B2#%D9%86%D8%AA%D-%D8%AC%D9%87%E2%80%8C%DA%AF%D-%D8%B1%DB%8C



نقش دین و مذهب در کاهش اثرات رفتارهای پرخطر

دکتر نیما قلعه‌خانی

مرکز تحقیقات مراقبت اچ‌آی‌وی و عفونت‌های آمیزشی، مرکز همکار سازمان جهانی بهداشت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان

اچ‌آی‌وی که عمدتاً ناشی از برقراری نوعی رفتار جنسی است، در حوزه فردی و خانوادگی می‌تواند در دو مرحله تحت تاثیر دستورات دینی قرار گیرد:

۱. پیشگیری: ادیان در خصوص انتخاب همسر و تعریف روابط جنسی در چارچوب خانواده تاکید دارند و روحانیون و اندیشمندان دینی برای مسائل گوناگون اجتماعی می‌توانند راه‌حل ارائه نمایند.

۲. جلوگیری از شیوع: تاکید بر موضوعات اخلاقی و حفظ خانواده؛ و دستورات دینی در حوزه اجتماعی، با جهت‌دهی مناسب می‌تواند به سرعت حوزه عمل عفونت را محدود نموده و تحت کنترل قرار دهد.

تقویت باورهای مذهبی در راستای سیاست‌های کنترل اچ‌آی‌وی/ایدز، از نکات کلیدی است که با طراحی مناسب، می‌تواند پشتیبانی رهبران دینی را جلب نماید. بهره‌گیری از نفوذ و کاریزمای رهبران مذهبی، عامل بسیار با ارزشی است، چنانچه موضوع را با اهمیت تلقی کرده و در عمل نگرانی و حساسیت خود را نشان دهند. مثلاً در مراسم مذهبی و هنگام دعا. به‌علاوه رهبران مذهبی می‌توانند با روز آمد کردن دستورات دینی مورد نیاز کمک شایانی به مهار بیماری نمایند. چنانچه اکنون برخی ادیان مجبور به اعلام موضع در مورد همجنس‌گرایان شده‌اند.

تبلیغات گسترده در سایت‌های اینترنتی مذهبی، برگزاری مسابقات تشویقی برای گروه‌های سنی مختلف در حاشیه مراسم دینی و شرکت رهبران برجسته دینی در برنامه‌های زنده تلویزیونی در مورد ایدز، از جمله تهییداتی است که در محیط اجتماعی و دینی بسیار کارآمد است، و در کنار آن تبلیغ و انتشار سخنان رهبران دینی بر لوازم مورد علاقه و استفاده جوانان و گروه‌های هدف به شکل توزیع رایگان.

از سوی دیگر، بر اساس تحقیقات انجام‌شده، رابطه بسیاری از بیماری‌های جسمی با اختلال سیستم ایمنی شناخته شده است؛ از جمله آن‌ها می‌توان به عفونت اچ‌آی‌وی اشاره کرد. بنابراین اگر عاملی بر سیستم ایمنی دخالت دارد، می‌تواند برای درمان بیماری مؤثر باشد. تاثیر مستقیم فعالیت‌های معنوی در روند بیماری و بهبود افراد و نیز تاثیری که معنویات به صورت غیر مستقیم، ابتدا روی مسائل روانی، مانند کاهش استرس و تنش می‌گذارند و این کاهش استرس، می‌تواند باعث تعادل در سیستم ایمنی آن‌ها شود.

رفتارهای تهدیدکننده سلامت یکی از مهمترین چالش‌های بهداشتی و روانی و اجتماعی است و امروزه شیوع رفتارهای پرخطر در جوانان به یکی از مهمترین و گسترده‌ترین دل‌نگرانی‌های جوامع بشری تبدیل شده است و اکثر کشورهای جهان به نوعی با آن درگیر هستند و مشکلات گسترده و شدیدی را بر جوامع تحمیل می‌نماید. علی‌رغم تلاش‌های بسیاری که در دو دهه اخیر در جهت افزایش آگاهی عمومی نسبت به آسیب و خطر رفتارهای پرخطر صورت گرفته است، همچنان با افزایش روزافزون این رفتارها به‌ویژه در میان جوانان و نوجوانان روبه‌رو هستیم.

شیوع رفتارهای پرخطر در بین نوجوانان و جوانان ایرانی نیز در سال‌های اخیر به یک مسئله اجتماعی تبدیل شده است و نگرانی‌های عمیقی را در سطوح مختلف مدیریتی، دانشگاهی و عمومی جامعه به‌وجود آورده است. بررسی‌های انجام شده توسط وزارت بهداشت، بیانگر سرعت افزایش رفتارهای پرخطری است که می‌تواند زمینه‌ساز ابتلا به اچ‌آی‌وی باشد.

اچ‌آی‌وی/ایدز، به همان اندازه که یک مشکل بهداشتی است، معضل اجتماعی نیز هست. اچ‌آی‌وی/ایدز ارتباط تنگاتنگی با مصرف مواد مخدر، همجنس‌گرایی و تن‌فروشی دارد که در تضاد با ارزش‌های مذهبی، اجتماعی و فرهنگی بسیاری از جوامع در جهان است. افراد مبتلا، غالباً به عنوان افرادی خاطی و گناهکار در اذهان عمومی محاکمه و طرد می‌شوند. از این رو اهمیت رسیدگی و یافتن راهکارهای مناسب برای کنترل این عفونت، دو چندان می‌گردد.

دین با اینکه یک اعتقاد قلبی است و در حوزه فردی و خانوادگی تعریف می‌شود ولی می‌تواند تاثیرات اجتماعی گسترده‌ای را در پی داشته و با قدرت ارتباطی منحصر به فرد خود، جوامع بشری را تحت تاثیر عمیق قرار دهد. آنچه در مبارزه با عفونت اچ‌آی‌وی اهمیت فوق‌العاده‌ای دارد اقناع‌سازی است. اقناع‌سازی مردم در تصحیح روابط، اقناع‌سازی دیدگاه‌ها و فرهنگ‌های مختلف و حتی اقناع‌سازی دولت‌ها.

دین، در این خصوص مقبولیتی در حد اعلاء در بطن خانواده دارد. قدرت اقناع‌سازی دین و تقید خانوادگی به دستورات دینی، امکان مناسبی را فراهم می‌سازد تا از این طریق، سیاست‌های مبتنی بر دستاوردهای علمی روز دنیا را با بهره‌گیری از توان رهبران مذاهب درهم آمیخته و با تقویت فاکتورهای مذهبی هم‌راستا، گام بلندی در کنترل اپیدمی اچ‌آی‌وی/ایدز برداشته شود.

مقبولیت؛ دقیقاً همان عنصری است که دین از قبل، به صورت جامع و کامل از آن برخوردار است. در مواردی که مراجع دینی و مراکز علمی وابسته اقداماتی انجام داده اند به نتایج مطلوبی در سطح گسترده دست یافته‌اند. مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که نقش دین در تحت کنترل قرار دادن ایدز، نقشی بی‌بدیل است که تاکنون به جایگاه خود در سازمان مبارزه با ایدز دست نیافته است. دین وسیع‌ترین، کامل‌ترین و در عین حال عمیق‌ترین شبکه ارتباطی را در سراسر جهان در اختیار دارد. پس دین توانایی لازم را در حد اعلاء داشته و می‌تواند عامل بسیار با ارزشی در کنترل و محدود ساختن این عفونت مهلک قرن باشد.

بسیاری از صاحب‌نظران غربی معتقدند عقاید دینی در امیدوار کردن انسان و ایجاد انگیزه و شفا یافتن برای بیماری‌های جسمی و روانی آن‌ها موثر است. مطالعات نشان می‌دهد برخی از مبتلایان به عفونت اچ‌آی‌وی که برای کنار آمدن با بیماری خود به دین متوسل شده بودند، عمر طولانی‌تری داشته‌اند. به‌علاوه روابط و پیوندهای اجتماعی حاصل از فعالیت‌های دینی موجب کنترل و کاهش افسردگی و اضطراب می‌شود و نقش اجتماعی انسان را تقویت می‌کند.

اغلب، برخوردهای ناصحیح افراد جامعه با مبتلایان به اچ‌آی‌وی آن‌ها را وادار به مخفی‌سازی عفونت می‌کند. در نتیجه، اطلاعات لازم در زمینه راه‌های انتقال و پیشرفت عفونت در اختیار وی قرار نخواهد گرفت. اچ‌آی‌وی عفونت سنین جوانی است. یک جوان موفق ناگهان تمام حقوق اجتماعی و درآمد خود را از دست می‌دهد. نتیجه چنین امری فقر و ناتوانی است. برخوردهای ناشایست با مبتلایان به اچ‌آی‌وی یا اجتناب از ارائه خدمات پزشکی و دندان پزشکی، ایزوله کردن بی‌مورد، بی‌حرمتی و بی‌توجهی از جمله این رفتارهاست. اما مظلوم‌ترین قربانیان اچ‌آی‌وی کودکانی هستند که از مادر آلوده متولد شده و از حمایت والدین و اجتماع محروم می‌مانند. اکنون میلیون‌ها کودک در کشورهای جنوب آسیا مبتلا به اچ‌آی‌وی هستند بدون آنکه نقشی در ابتلای خود داشته باشند.

با این حال سوال اساسی این است که آیا دین می‌تواند نقشی در مهار این عفونت داشته باشد که تمامی جامعه بشری را فارغ از رنگ و نژاد و عقیده و حتی سطح بهداشت، مورد تهدید جدی قرار داده است؟

برای پاسخ به این سوال لازم است تمثیلی بیان گردد. رابطه پزشک با بیمار را می‌توان همانند رابطه علم با جامعه دانست و میزان عمل به دستورات علمی پزشک، مرتبط است با درجه مقبولیت دستورات و مطابقت آن با فرهنگ و معیارهای شخصی بیمار، که البته در جوامع گوناگون متفاوت است. پس در انتقال و عملی کردن علم در جامعه، نکته مهم و اساسی؛ ایجاد بستر مقبولیت در جامعه است برای پذیرش کامل یک پدیده علمی.

منبع:

کتاب ما روحانیون در مواجهه با ایدز چه می‌توانیم بکنیم؟

ما روحانیون برای مواجهه با ایدز چه می‌توانیم بکنیم؟
(رویکردی اسلامی)



سیاست‌های کانادا برای مقابله با اوردوز

در جمعیت عمومی

دکتر محمد کاراموزیان

مرکز تحقیقات مراقبت اچ‌آی‌وی و عفونت‌های آمیزشی، مرکز همکار سازمان جهانی بهداشت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان

براساس این یافته‌ها، مداخلات و برنامه‌هایی برای کاهش مرگ و میر ناشی از اوردوز مواد مخدر طراحی و اجرا شده است که در ادامه این نوشتار به‌طور خلاصه به آن‌ها خواهیم پرداخت.

اقدامات صورت‌گرفته از سوی دولت کانادا:

به‌طور کلی می‌توان اقدامات صورت‌گرفته را در ۵ گروه دسته‌بندی کرد:

۱. افزایش دسترسی به درمان
۲. افزایش دسترسی به خدمات کاهش آسیب
۳. افزایش آگاهی و پیشگیری
۴. کاهش عرضه مواد مخدر آلوده
۵. افزایش شواهد و مدارک

افزایش دسترسی به درمان:

۱. اجازه واردات برای داروهای اورژانسی که در سایر مناطق مورد تأیید قرار گرفته‌اند
۲. تسهیل تجویز متادون و استفاده از هروئین دارویی
۳. برطرف کردن موانع قانونی برای اجازه دادن به پرستاران جهت حمل مواد کنترل شده
۴. افزایش درمان‌های ضد اویپوئیدی در مراکز خدماتی فدرال
۵. ارتقاء فرهنگ عمومی در راستای پذیرش درمان‌های مناسب جهت درمان اعتیاد و خدمات پیشگیری
۶. افزایش دسترسی به خدمات درمان از طریق درمان‌های اورژانسی
۷. حمایت از ایجاد راهنمای ملی درمان برای درمان با داروهای ضد اویپوئیدی قابل تزریق
۸. تامین هزینه پروژه‌های پایلوت برای درمان با داروهای ضد اویپوئیدی قابل تزریق
۹. حمایت ۲۵ مرکز درمان با داروهای ضد اویپوئیدی مبتنی بر جامعه در اقوام نخستین و اینوئیت‌ها (نژادهای خاصی از مردم کانادا)
۱۰. تامین هزینه برای اقوام اینوئیت برای مراکز درمانی

طی سال‌های گذشته مرگ و میر در اثر اوردوز (مصرف بیش از حد مواد مخدر به حدی که بدن توانایی پاسخ‌گویی به حجم زیاد مواد را نداشته و زندگی فرد مصرف‌کننده به خطر می‌افتد و امکان دارد جان خود را از دست بدهد) ناشی از مصرف اویپوئیدها^۱ و سایر انواع مواد مخدر، در کشور کانادا افزایش قابل توجهی داشته و به یکی از مهمترین علل مرگ و میر در این کشور تبدیل شده است. لذا دولت‌مردان و سیاست‌گذاران حیطه سلامت را به فکر طراحی برخی سیاست‌ها جهت کاهش موارد مرگ و میر در اثر اوردوز ناشی از مصرف مواد مخدر انداخته است؛ اما پیش از اقدام به هرگونه تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی، پژوهشی به منظور بررسی علل افزایش این واقعه طراحی و اجرا شد. هدف اصلی این پژوهش یافتن پاسخی برای این سوالات بود:

چه کسانی، چگونه، در چه زمانی جان خود را از دست داده‌اند و علت مرگ چه بوده است؟

پژوهش‌گران برای یافتن پاسخ این سوالات از منابع مختلفی بهره بردند که از جمله آن‌ها می‌توان به خانواده، دوستان، همسایه‌ها، پرسنل شاغل در سرویس‌های خدماتی مربوطه و همچنین داده‌های ثبت شده توسط سازمان‌های مختلف اشاره کرد. نتایج نشان داد که علاوه بر افزایش تعداد موارد مرگ و میر در اثر اوردوز طی چند سال گذشته ویژگی‌های افرادی که در اثر اوردوز جان خود را از دست داده‌اند نیز تغییر کرده و مرگ در اثر اوردوز مرتبط با مواد مخدر تنها به افرادی که سال‌هاست مصرف‌کننده هستند محدود نبوده و این مسئله در بین افرادی که گاهی اوقات و یا به صورت تفریحی از مواد مخدر استفاده می‌کردند و حتی کسانی که برای اولین بار مواد مخدر مصرف کرده بودند نیز مشاهده شد.

پس از انجام تحقیقات مشخص شد که اغلب افرادی که جان خود را از دست داده بودند در زمان اوردوز تنها بودند و کسی حضور نداشته تا به آن‌ها کمک کند، همچنین درموردی نیز این افراد تنها نبوده‌اند و کسانی در کنار آن‌ها حضور داشته‌اند اما اطرافیان به دلیل این که از علائم اوردوز آگاه نبوده‌اند متوجه اوردوز فرد نشده‌اند و در اثر همین ناآگاهی فرد جان خود را از دست داده است. از طرفی مشخص شد که بسیاری از افرادی که در اثر اوردوز جان خود را از دست داده‌اند از حمایت‌های اجتماعی محروم بوده‌اند. یکی از دیگر عوامل شناخته شده افزایش موارد مرگ در اثر اوردوز مواد مخدر عدم هماهنگی بین خدمات جامع بهداشتی و اجتماعی عنوان شده است.

افزایش دسترسی به خدمات کاهش آسیب

۱. تأیید بیش از ۳۹ مرکز نظارت بر مصرف مواد مخدر و تاسیس مراکز پیشگیری از ورود
۲. برنامه ورود سامارتین که جهت حمایت از افرادی که به کمک‌های اورژانسی در اثر ورود نیاز دارند تدوین شده است
۳. ارائه خدمات کنترل مواد مخدر در مراکز نظارت بر مصرف مواد مخدر
۴. استفاده از تکنولوژی چک کردن مواد برای وجود فنتانیل و ترکیبات مشابه در مواد مخدر
۵. اجرای پروژه تبادل سرسوزن در مراکز خدماتی فدرال و فراهم کردن خدمات برای پیشگیری از ورود در همین مراکز
۶. فراهم کردن هزینه‌های لازم برای برنامه‌های درمان اعتیاد
۷. تسهیل دسترسی به نالوکسان که شامل اقوام نخستین و اینوئیت‌ها و مناطق دوردست نیز می‌شود

کاهش عرضه مواد مخدر آلوده

۱. مجهز کردن مامورین مرزی به ابزار جهت ردیابی فنتانیل و سایر مواد خطرناک در مرزهای کشور
۲. اجرای برنامه‌هایی جهت محدود کردن واردات محصولات شیمیایی مورد استفاده در تهیه فنتانیل و ترکیبات و مشابه آن و همچنین آمفتامین‌ها
۳. پیاده‌سازی یک استراتژی ملی به منظور تشخیص، مختل کردن و برچیدن شبکه‌های خلاف‌کار
۴. همکاری با شرکای داخلی و بین‌المللی جهت کاهش عرضه اویپوئیدهای غیرقانونی
۵. حمایت از آموزش و پرورش در مسیر اجرای قانون
۶. حمایت از اجرای قانون در موارد ورود در اثر مصرف مواد مخدر و از بین بردن مواد غیرقانونی
۷. همکاری با بخش خصوصی جهت شفاف‌سازی پول‌شویی حاصل از قاچاق فنتانیل

افزایش آگاهی و پیشگیری

۱. حمایت از ایجاد و تدوین راهنمای تجویز اویپوئیدها و راهنمای ملی درمان اختلالات ناشی از مصرف اویپوئیدها
۲. به‌روز رسانی مونوگراف‌های اویپوئیدها
۳. ایجاد محدودیت برای خرید و فروش اویپوئیدها و فراهم کردن منابع جدید برای تقویت قوانین موجود
۴. افزایش آگاهی عمومی در رابطه با اویپوئیدها و مضرات انگ اجتماعی:
۱. برگزاری کمپین برای افزایش آگاهی برای نوجوانان و جوانان
۲. جشنواره‌های تابستانی و فعالیت‌های افزایش آگاهی
۳. کمپین‌های ملی تبلیغاتی
۴. پادکست‌هایی با نام «در معرض دید» که به داستان‌های بهبودی افراد می‌پردازد
۵. همکاری با متخصصین در زمینه سلامت برای کاهش انگ اجتماعی و موانع مرتبط با درمان

افزایش شواهد و مدارک

۱. ایجاد هماهنگی در سیستم جمع‌آوری داده‌های ملی و منتشر کردن هر سه ماه یک بار گزارشات در خصوص موارد مرگ و آسیب‌های مرتبط با فنتانیل
۲. هشدار دادن در خصوص مواد مخدر خطرناک
۳. حمایت از تحقیقات و انتقال دانش در این زمینه
۴. افزایش درک و آگاهی نسبت به دانش مردم در زمینه خطرات مصرف اویپوئیدها
۵. ایجاد نیروی کار درد برای ارزیابی بهتر و ارتقا پیشگیری و مدیریت دردهای مزمن

منبع:

https://www.canada.ca/en/services/health/campaigns/drug-prevention.html?utm_campaign=opioids&utm_medium=vurl&utm_source=canada-ca-opioids

زندگی نامه آرتور اش

مهرداد خضری

مرکز تحقیقات مراقبت اچ‌آی‌وی و عفونت‌های آمیزشی، مرکز همکار سازمان جهانی بهداشت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان



آرتور روبرت اش جونیور در ۱۰ جولای ۱۹۴۳ در ریچموند، ویرجینیا به دنیا آمد. او بیشتر سال‌های ابتدایی زندگی خود را با مادرش گذراند که خواندن را در ۵ سالگی به او آموخت. پدر آرتور به عنوان سرپرست یک پارک به نام بروک فیلد در حومه شمال ریچموند کار می‌کرد. به دلیل شغل پدر، آرتور جوان با چهار زمین تنیس، یک استخر و سه زمین بیس بال زندگی می‌کرد.

آرتور یک سال پس از مرگ مادرش در اوایل هفت سالگی شروع به بازی تنیس کرد. پس از موفقیت به عنوان

بازیکن جوان در مسابقات انجمن تنیس آمریکا، او

تبدیل به اولین جوان آمریکایی-آفریقایی تبار

شد که موفق شده است در رتبه‌بندی

ملی انجمن تنیس ایالات متحده قرار گیرد.

هنگامی که وی در سال ۱۹۶۰ در مسابقات

بین‌المللی تنیس پیروز شد. دانشگاه

کالیفرنیا در لس آنجلس بورسیه کامل به

وی اعطا کرد. در سال ۱۹۶۳، آرتور اولین

بازیکن آمریکایی-آفریقایی تبار شد که در

مسابقات قهرمانی تنیس آقایان آمریکا

موفق به کسب مقام اول شد، او اولین

کسی بود که به‌عنوان یک جوان در تیم

دیویس کاپ آمریکا بازی کرد و به تیم

ایالات متحده کمک کرد تا در سه دوره

پیاپی طی سال‌های ۱۹۶۸ تا ۱۹۷۰ در

مسابقات دیویس کاپ قهرمان شود. پس

از فارغ التحصیلی از دانشگاه با لیسانس

مدیریت کسب و کار، آرتور به مدت دو سال در

ارتش مشغول خدمت بود که طی این مدت او

برای مسابقات تنیس آماده می‌شد.

زمانی که آرتور هنوز یک تنیسور مبتدی بود، با

قهرمانی در تنیس آزاد آمریکا، جهان را متعجب ساخت،

و به اولین و تنها بازیکن تنیس مرد آفریقایی-آمریکایی

تبدیل گشت که به این قهرمانی دست یافت. اش در سال

۱۹۷۵، با پیروزی غیرمنتظره دیگری در فینال

ویمبلدون یک دستاورد دیگر را در جامعه آفریقایی-آمریکایی به ثبت رساند.

در همان سال، آرتور اولین مرد آفریقایی-آمریکایی شد که در رده اول رتبه

بندی جهانی قرار گرفته است. ده سال بعد آرتور به عنوان اولین مرد

آفریقایی تبار موفق شد به تالار مشاهیر بین‌المللی تنیس وارد شود.

این قهرمان افسانه‌ای تنیس هنگامی که در سال ۱۹۸۳ تحت عمل جراحی قلب قرار گرفت، با تزریق خون آلوده، به ویروس اچ‌آی‌وی مبتلا شد. او در ابتدا این خبر را از عموم مردم پنهان نگه داشته بود، اما در سال ۱۹۹۲، آزاد از باری که برای پنهان کردن شرایط خود بر دوش می‌کشید، خود را وقف افزایش آگاهی در مورد این بیماری ساخت. در این

زمان، طرفداران او از سرتاسر جهان نامه‌هایی

محبت‌آمیز برایش می‌فرستادند. یکی از

دوست‌داران وی در نامه خویش نوشته بود:

چرا خدا تو را برای ابتلا به چنین بیماری

خطرناکی انتخاب کرده؟

آرتور، در پاسخ این نامه چنین

نوشت:

«در سرتاسر دنیا بیش از پنجاه

میلیون کودک به انجام بازی

تنیس علاقه‌مند شده و شروع

به آموزش می‌کنند. حدود پنج

میلیون از آن‌ها بازی را به خوبی

فرا می‌گیرند. از آن میان نزدیک

به ۵۰۰ هزار نفر تنیس حرفه‌ای

را می‌آموزند و شاید ۵۰ هزار

نفر موفق شوند تا در مسابقات

شرکت کنند. ۵ هزار نفر به

مسابقات تخصصی‌تر راه می‌یابند.

۵۰ نفر اجازه شرکت در مسابقات

بین‌المللی ویمبلدون را می‌یابند. ۴ نفر

مسابقات نیمه‌نهایی راه می‌یابند و ۲ نفر به

مسابقات نهایی. وقتی که من جام قهرمانی

تنیس را در دست‌هایم می‌فشردم هرگز نپرسیدم

که خدایا چرا من؟ و امروز وقتی

که درد می‌کشم، باز هم اجازه

ندارم که از خدا بپرسم چرا من؟»

منبع:

www.notablebiographies.com



شناسنامه نشریه و اعضای تحریریه

در فضای مجازی نیز همراه
شما هستیم

Instagram: shataak.hiv

دانشگاه علوم پزشکی کرمان

زمینه انتشار: علمی و اجتماعی

صاحب امتیاز: مرکز تحقیقات مراقبت اچ‌آی‌وی و عفونت‌های
آمیزشی، مرکز همکار سازمان جهانی بهداشت، پژوهشکده
آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان

مدیر مسئول: دکتر حمید شریفی

سردبیر: دکتر حمیدرضا توحیدی نیک

مدیر داخلی و مسئول هماهنگی: سهیل مهماندوست

اعضای هیئت تحریریه (به ترتیب حروف الفبا):

۱۴) دکتر آرمیتا شاه‌اسماعیلی

۱۵) دکتر حمید شریفی

۱۶) دکتر نیما قلعه‌خانی

۱۷) دکتر کتایون طایری

۱۸) دکتر سنا عیب‌پوش

۱۹) دکتر کیانوش کمالی

۲۰) دکتر محمد مهدی گویا

۲۱) دکتر کامبیز محضری

۲۱) دکتر قباد مرادی

۲۳) دکتر مهدی مرادی

۲۴) غزال موسویان

۲۵) سهیل مهماندوست

۱) دکتر پروین افسر کازرونی

۲) دکتر سمانه اکبرپور

۳) زهرا بیات

۴) دکتر حمیدرضا توحیدی نیک

۵) فاطمه توکلی

۶) دکتر علی‌اکبر حقدوست

۷) مهرداد خضری

۸) راضیه خواجه کاظمی

۹) دکتر فرداد درودی

۱۰) علی احمد رفیعی‌راد

۱۱) نوشین زارعی

۱۲) دکتر امید زمانی

۱۳) دکتر سید احمد سید علی نقی