

وقتی شهر دیگر
قابل خواندن نیست

محمد صالح‌زاده

روزنامه‌نگار و پژوهشگر
مسائل شهری

کیهان کلهر به‌تازگی در گفت‌وگویی با هم‌میهن از دلبستگی اش به دوشهر زخم‌خورده سخن گفت؛ کرمانشاه هنوز به‌خوبه جنگ‌ونهران، قربانی «بی‌تدبیری و بی‌مسئولیتی». او از ساخت‌وسازهای بی‌قاعده، بریدن بی‌حساب در ختان و نابودی فضای سبز چنین گفته است: «انگار خرابی، نه تصادفی، که هدایت شده است.» همین یک جمله کافی است تا دریافت تهران دیگر تنها «ویران» نمی‌شود؛ عمداً از خواندن انداخته می‌شود.

رولان بارت، «شهر» را یک «متن» می‌دید؛ متنی مادی و چندلایه که با مداخله آگاهانه انسان نوشته و تثبیت می‌شود. برنامه‌ریزان شهر و معماران، در جایگاه نویسنده‌اند و شهروندان، خوانندگان اصلی این متن گسترده. متن خوب شهر باید انسجام، وضوح و خوانایی داشته باشد تا ساکنان اش بتوانند مسیرها، نشانه‌ها، خطرات جمعی و لایه‌های معنایی را به‌درستی رمزگشایی کنند و در آن جهان «زیست» یابند.

همچنان که یک متن ادبی موفق زمانی پدیدار می‌شود که نویسنده با رعایت انسجام، وضوح و خوانایی، امکان «خوانش روان» و درک عمیق را برای خواننده فراهم آورد، شهر نیز نیازمند آن است که تصمیم‌سازان (طراحان و برنامه‌ریزان شهری) و تصمیم‌گیران (مدیران و سیاست‌گذاران شهری) به‌گونه‌ای عمل کنند که شهروندان – به‌عنوان خوانندگان اصلی این متن بزرگ – بتوانند به‌سهولت و با تسلط کامل بر «خوانش شهر» فایق آیند. وقتی شناخت‌زدگی، سودجویی و بی‌توجهی جای مسئولیت را می‌گیرد، متن شهر از خوانایی به ناخوانایی فرومی‌کاهد. نتیجه‌اش چیزی است که می‌توان «خوانش‌پریشی شهری» نامید: گسست در پیوستگی تجربی، سردرگمی در نشانه‌ها، از خودبیگانگی ساکنان و فروپاشی گفتمان مشترک شهری. همان‌گونه که متن بد نوشته‌شده، خواننده را فلج می‌کند، شهری که با قواعد نشانه‌شناختی و انسانی نوشته‌نشود، شهروندان اش را با متنی بیگانه و آزاردهنده مواجه می‌سازد.

بارت از پدیده‌ای به‌نام (فرمز شدن بیش از حد نشانه‌ها) سخن می‌گفت: وقتی تابلوهای تجاری، رنگ‌های تند و پیام‌های متعارض آن قدر زیاد می‌شوند که یکدیگر را خنثی می‌کنند و شهر به هیاهوی نشانه‌شناختی بدل می‌شود. تهران امروز دقیقاً در همین وضعیت است: نشانه‌ها فریاد می‌زنند، اما هیچ‌کس چیزی نمی‌شنود.

وقتی شهر بیش از حد جزّاز از نشانه‌های تجاری، تابلوهای تبلیغاتی، رنگ‌های تند و پیام‌های متعارض می‌شود، نشانه‌ها یکدیگر را خنثی می‌کنند و شهر به یک «هیاهوی نشانه‌شناختی» تبدیل می‌شود که دیگر قابل خواندن نیست. اینجاست که شهروند دچار نوعی «خوانش‌پریشی شهری» می‌شود. شهروند هنگام راه رفتن، نگاه کردن، خاطره ساختن، عکاسی یا حتی اعتراض به تخریب یا تغییر کاربری بنا، در حال «خوانش فعال» و بازنویسی متن شهر است. از این‌رو، شهر تنها وقتی «زنده» است که خواننده شود. شهری که با نظم کلاسیک، سلسله‌مراتب واضح، نشانه‌های روشن و خوانایی بصری نوشته شده است (مثل پاریس هوسمان، رم باروک یا اصفهان صفوی)، شهروند در آن به‌راحتی «می‌خواند» و احساس تعلقی می‌کند. شهری که خواننده را به‌بازآفرینی و دخالت وامی‌دارد، پر از ابهام، چندمعنایی و خالهای معنایی است (مثل توکیو پس‌ساخت یک مراکز شهرهای پسمادرن). این نوع شهرها می‌توانند خلاقیت‌بخش باشند، اما اگر از حد بگذرد به «ناخوانایی» منجر می‌شود.

صدا تابلوی تجاری، بیل‌برد، تابلوهای راهنمایی رانندگی، تابلوهای شهرداری، تبلیغات انتخاباتی، برج‌های بلند با سبک‌های کاملاً متفاوت بدون نماد و نشانه، نام‌گذاری‌های تکراری، قطع ناگهانی محورهای تاریخی، معابر و پل‌های طبقاتی، قطع در ختان، دیوارهای بلند، تخریب نمادهای تهران، پیش‌روی به حریم و منظر، اقدامات شتابزده و غیراصولی و... با این تفاسیر شهروندان شهر دچار سردرگمی کامل می‌شوند؛ حتی کسانی که سال‌ها در تهران زندگی کرده‌اند گاهی نمی‌توانند بگویند دقیقاً در کدام نقطه از خیابان هستند، ساکنان جدید پس از یک سال هنوز برای پیدا کردن خانه خود به GPS نیاز دارند، حس «این‌جا بودن» کاملاً از بین رفته است. تهران دیگر خانه نیست؛ متنی است که ما در آن زندگی می‌کنیم، اما دیگر نمی‌توانیم بخوانیم‌اش.

کلهر درست می‌گوید: حافظه جمعی تهران در حال فروریختن است اما این فروریزی تصادفی نیست؛ خوانش‌پریشی شهری، بیماری خودبه‌خودی نیست؛ نتیجه‌ی نوشتاری آگاهانه اما ویرانگر است. وقتی کیفیت نوشتاری شهر این چنین تنزل کرده، کیفیت زیستن شهروندان تهران به همین نسبت سقوط می‌کند.

عکس: آیلونا



گزارشی درباره اجرا نشدن قانون بهداشتکاری دهان و دندان

که موجب شده مراکز بهداشتی روستایی و مناطق محروم از بهداشتکاران و دندانپزشکان خالی شوند

۳۵ سال توقف يك قانون

در حال حاضر هزار مرکز درمانی در کشور فاقد دندانپزشک است

درباره علت تصویب این قانون در سال ۱۳۶۰ به «هم‌میهن» می‌گوید: «این قانون چندسالی اجرا شد و علت هم آن بود که در آن زمان پنج دانشکده دندانپزشکی و ۱۵۰۰ دندانپزشک در کشور وجود داشت و با پنج دانشکده نمی‌توانستیم برای مراکز روستایی و شهرستان‌های کوچک به‌سرعت دندانپزشک تربیت کنیم. این قانون در آن زمان تصویب شد تا این خلأ را پر کند.» در حال حاضر تعداد دانشکده‌های دندانپزشکی در کشور ۴۸ دانشکده است و براساس مصوبه شورای عالی انقلاب فرهنگی، سالی ۲۰ درصد به ظرفیت‌ها اضافه می‌شود. رکن بر این باور است که به‌همین دلیل با کمبود دندانپزشک مواجه نیستیم، اما مسئله توزیع نیروی دندانپزشک در کشور وجود دارد: «ما دندانپزشکان مان در سطح کشور را به درستی توزیع نمی‌کنیم. همه آنها در شهرهای بزرگ جمع شدند و در شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر تعداد کمی دندانپزشک داریم.»

رکن معتقد است استفاده از بهداشتکارانی که کار درمانی انجام می‌دهند کار «بیهوده‌ای» است چون آنها شش سال در روستا کار می‌کنند، امتحان می‌دهند، دندانپزشک می‌شوند و دیگر به روستا و مناطق محروم بر نمی‌گردند: «آنها هم مانند بقیه دندانپزشکان در شهرهای بزرگ کار می‌کنند و این کمکی به توسعه خدمات دندانپزشکی در مناطق محروم نمی‌کند.» او در توضیح بیشتر این موضوع می‌گوید هر فاش آن نیست که قانون تربیت بهداشتکار دهان و دندان اجرا نشود: «اما کسی که پرستاری می‌خواند و چندین سال در یک مرکز پرستاری می‌کند، نمی‌تواند پزشک شود. او اگر بخواید پزشک شود، باید در کنکور سراسری شرکت کند و پزشک شود.» به گفته او می‌توان قانون بهداشتکاری را ادامه داد، اما اینکه قانونی باشد که امتحانی از آنها گرفته و کنکور را دور بزنند، غلط است: «اگر این قانون سال ۶۰ تصویب شود و این مسئله در آن آورده شود که آنها پس از شش سال باید دوباره کنکور بدهند و دندانپزشک شوند، ما مشکلی نداریم.» رکن خطاب به نمایندگان مجلس می‌گوید قانون را به‌شکلی درست کنند که کسی که به روستا رفت، آنجا بماند: «آنها با فرهنگ شهر آشنا هستند و می‌توانند بمانند و درآمد داشته باشند و صبح‌ها با تعرفه دولتی برای دولت کار کنند و بعداً ظاهرها در شهر، مطب داشته باشند و کارشان را انجام دهند. در غیر این صورت تکرار سیکل معیوب است.» در حال حاضر حدود ۵۰ هزار دندانپزشک در کشور وجود دارد، اما مراکز روستایی همچنان خالی مانده‌اند.

مجلس برای حل این بی‌عدالتی، قانون برقراری عدالت آموزشی در پذیرش دانشجویان در سال ۱۳۸۹ تصویب کرد. براساس اصلاحیه این قانون در سال ۱۳۹۲، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است ۳۰ درصد ورودی‌های رشته‌های پزشکی عمومی، دستگیری تخصصی پزشکی و سایر رشته‌های گروه پزشکی را از طریق جذب دانشجوی بومی با اولویت مناطق محروم پذیرش کند. در تبصره یک این قانون آمده بود که دانشجویانی که از این امکان برای پذیرش در دانشگاه استفاده می‌کنند باید سه‌برابر مدت تحصیل خود

در مناطق محرومی که پیش‌تر مشخص شدند، تعهد خدمت داشته باشند اما در سال ۱۴۰۱ این تبصره دستخوش تغییر و مصوب شد دانشجویان دندانپزشکی یک و نیم برابر مدت تحصیل شان تعهد خدمت داشته باشند: «اگر کسی در حال حاضر می‌تواند با سهمیه منطقه یک با رتبه زیر دوهزار دندانپزشکی بخواند، آنها با انتخاب سهمیه عدالت آموزشی و با رتبه‌های بالای ۲۰ هزار دندانپزشکی می‌خوانند.» با وجود این قانون، در دانشگاه‌های علوم پزشکی و وزارت بهداشت سازوکار قانونی و وحدت رویه برای پس از فارغ‌التحصیلان مشمول قانون عدالت آموزشی و کار کردن در منطقه‌ای که تعهد دادند در آن کار کنند، وجود ندارد: «دانشگاه‌های مربوطه از این افراد تعهد و ضمانت دریافت می‌کنند اما وحدت رویه وجود ندارد.» برای دندانپزشکی که از این سهمیه استفاده نکردند یک قانون در سراسر کشور اعمال می‌شود که براساس آن باید دو سال طرح بگذرانند و این درباره همه آنها اجبار می‌شود: «در همین طرح دوساله برخی معافیت دارد و دوره طرح را نمی‌گذرانند. برخی دیگر باید این دوره را بگذرانند و براساس قانون اگر به مناطق محروم بروند به‌جای دوسال، یک‌وسال و شش‌ماه طرح می‌گذرانند. در تمام سطح کشور، این قانون به‌شکل متمرکز اجرا می‌شود و تا جای ممکن تبعیضی در آن نیست. اما این اتفاق هنوز در مورد سهمیه عدالت آموزشی نیفتاده است.»

رئیس شورای برنامه‌ریزی سلامت دهان و دندان از تهیه یک آیین‌نامه و دستورالعمل اجرایی برای افرادی که متعهد شدند به مناطق محروم بروند، خبر می‌دهد: «۳۰ درصد از فارغ‌التحصیلان رشته دندانپزشکی از این با بعد باید در مناطق محروم فعالیت کنند و ۹ سال در جایی که پیش‌تر برای آن تعهد دادند، کار کنند. این تعهد یا به استان محروم، یا یک شهرستان یا یک مرکز بهداشتی، درمانی است که متفاوت است و همین مسئله است که باعث از بین رفتن وحدت رویه شده.» او معتقد است اگر این آیین‌نامه به‌درستی اجرا شود، مشکل کمبود دندانپزشک در مناطق محروم از بین خواهد رفت: «اما دندانپزشکان جوان و شاگردهای ما قانون را به‌راحتی دور می‌زنند. آنها گواهی می‌آورند یا وضعیت تاهل را بهانه می‌کنند یا در سطوحی از نماینده مجلس و امام‌جمعه‌نامه می‌آورند. آنها واسطه می‌شوند که این افراد به مناطق محروم نروند و به‌همین دلیل هم این آیین‌نامه اتفاق نمی‌افتد.» رکن با انتقاد از این رویکرد می‌گوید: «آنها با رتبه‌های بالای ۲۰ هزار، دندانپزشک شدند و فرد دیگری که منطقه یکی و با استعداد بوده، نتوانسته دندانپزشکی بخواند و به خارج کشور رفته؛ چون صندلی پر شده بود. کلاس‌کی که جای او را گرفته؛ باید بدهی اش را به مردم بدهد.» به گفته او، اگر تعهدهای طرح‌های ۹ ساله و دوساله توسط وزارت بهداشت به‌درستی مدیریت شوند، مناطق محروم دارای دندانپزشک خواهند شد: «ما این مسئله را می‌توانیم به‌راحتی درست کنیم اما آن را انجام نمی‌دهیم و می‌خواهیم یک رشته جدید بهداشتکاری دهان و دندان اضافه کنیم. بهداشتکاری دهان و دندان امتحان اش را پس داده و در آن زمان بیش از دو هزار بهداشتکار

نسیم سلطان‌بیگی

خبرنگار گروه جامعه

سازمان جهانی بهداشت سندی به نام «راهبرد جهانی و برنامه عملیاتی در سلامت جهان» را منتشر کرده و در آن برنامه ریزی نیروی کار برای پاسخگویی به نیازهای سلامت دهان و دندان در بسیاری از کشورها را به چالش کشیده است. این سازمان جهانی از مسئولان کشورها خواسته، آموزش نیروی کار حدواسط درمان را در دستور کار خود قرار دهند. اما در ایران قانون بهداشتکاری دهان و دندان که درمانگران حد واسط را با نام «بهداشتکاران دهان و دندان» تربیت می‌کرد، بیش از ۷۰ سال است که متوقف شده است. مشاور وزیر بهداشت در امور دندانپزشکی می‌گوید، علت توقف اجرای این قانون این است که از طریق آن عده‌ای می‌توانستند کنکور را دور بزنند و با دادن یک آزمون دندانپزشک شوند اما موافقان اجرایی شدن این قانون می‌گویند، اجرا نشدن آن نمونه‌ای از داشتن نگاه استعماری به مناطق محروم است. آنها بر این باورند که حوزه سلامت دهان و دندان نیازمند مداخله جدی دولت و تربیت حد واسط درمانی است؛ چون نابرابری معیشتی به نابرابری منزلتی در حوزه سلامت دهان رسیده است. رئیس شورای برنامه ریزی سلامت دهان و دندان از تدوین دستورالعمل اجرایی خبر می‌دهد که فارغ‌التحصیلان مشمول سهمیه عدالت آموزش را موظف به گذراندن دوره ۹ ساله طرح در مناطق محروم می‌کند و دبیر شورای عالی دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز می‌گوید، شورای سلامت دهان را پس از دو سال متقاعد کردند که اگر سیستم نتوانست دندانپزشکان را در مناطق روستایی مستقر کند، بتوانند مجوز تربیت بهداشتکار دهان و دندان را بگیرند. آمارهای رسمی نشان می‌دهد، رده عملکردی ۷۰ درصد از دندانپزشکان شاغل در مراکز جامع سلامت روستایی و شهری در رده متوسط یا ضعیف دسته بندی شده است.

ابتدای امسال بود که امیررضا رکن، مشاور وزیر بهداشت در امور دندانپزشکی و رئیس شورای برنامه‌ریزی سلامت دهان و دندان در یک استوری در اکانت اینستاگرامی اش نوشت، با توقف اجرای قانون تربیت بهداشتکار دهان و دندان و در گذشت زمان، مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی از بهداشتکاران و دندانپزشکان خالی شده و در حال حاضر هزار مرکز درمانی در کشور فاقد دندانپزشک است. این تنها آمار رسمی درباره خالی ماندن مراکز جامع خدمات سلامت به‌دلیل نبود دندانپزشک است. قانون «تربیت بهداشتکار دهان و دندان به‌منظور گسترش خدمات درمانی و بهداشتی در روستاها» در سال ۱۳۶۰ تصویب شد و براساس این قانون، متقاضیان می‌توانستند با شرکت در کنکور و انتخاب رشته «بهداشتکاری دهان و دندان» وارد دانشگاه شوند و پس از یک دوره تحصیلی دو ساله در مناطق محروم و روستایی، به انجام خدمات دندانپزشکی که تنها شامل جرم‌گیری، کشیدن، پُر کردن و ترمیم دندان است، بپردازند. براساس این قانون آنها پس از شش سال کار در مناطق محروم می‌توانستند در آزمونی شرکت کنند و وارد دانشکده‌های دندانپزشکی شوند. این همان قسمتی است که تبدیل به چالش مدیران دندانپزشکی کشور شده است.

امیررضا رکن، رئیس شورای برنامه‌ریزی سلامت دهان و دندان حالا