

Original Article

Performance Analysis Review of the Organizations Responsible for Healthcare in Fars Province during the Pahlavi I period (1925-1941)

Mahdi Khodami¹, Morteza Nouraei^{2*}, Asghar Forughi Abari³

1. Department of History, Literature and Human Sciences University of Isfahan, Isfahan University, Isfahan, Iran.

2. Professor, Department of History Faculty of Literature and Humanities of Isfahan, Isfahan, Iran. (Corresponding Author) Email: m.nouraei@ltr.ui.ac.ir

3. Associate Professor, Department of History, Isfahan School of Literature and Human Sciences, Isfahan, Iran.

Received: 13 Sep 2017 Accepted: 10 Dec 2017

Abstract

Background and Aim: This study reviewed the performance of organizations responsible for public healthcare in Fars Province during the Pahlavi I period. According to the law, Sehieh (health service) and Baladieh (municipality) were the two organizations responsible for public healthcare. To ensure public health, cooperation between them was essential. The two organizations gradually developed their evolutionary process in Fars. Naturally, they have had a lot of problems.

Materials and Methods: In this article, Based on the documentation and archival sources reviewed their performances. Many of the findings from this study are based on first-order documents and findings. Sehieh, as the main organization responsible for healthcare, is the primary focus of this study. Baldieh and Sahiyah were later renamed to the municipality (shahrdary) and health care (behdari). Health centers and municipalities functioned similarly in some cases. Any conflict in responsibilities of the two entities could substantially undermine the public health in the society. In this article, the relationships between these two local organizations and the consequences of their actions on the health of the people have been given special attention.

Ethical Considerations: Integrity and trustworthiness were observed in analyzing and Reporting and publishing the results.

Findings: This research shows: 1- The spread of diseases and their mortality rate decreased; 2- Complete success in eradication and control of contagious diseases was not achieved due to lack of financial sources; 3- Most areas in Fars did not benefit from the developments, and their healthcare conditions did not improve significantly. However, the achievements achieved in the Fars health area have also been considered by researchers in this paper.

Conclusion: During the course of Pahlavi I period, there has been a lot of changes in the administrative structure of Local Health Centers and municipalities, which has led to improvements in the community's health space. Despite the improvement in health conditions, the health of Fars in the first Pahlavi era did not radically change.

Keywords: Sehieh; Behdari; Medical; Fars; Pahlavi I Period

Please cite this article as: Khodami M, Nouraei M, Forughi Abari A. Performance Analysis Review of the Organizations Responsible for Healthcare in Fars Province during the Pahlavi I period (1925-1941). *Med Hist J* 2018; 9(33): 19-31.

بررسی تحلیلی عملکرد نهادهای متولی بهداشت و درمان فارس در دوران پهلوی اول

(۱۳۲۰-۱۳۰۴ ش. / ۱۹۴۱-۱۹۲۵ م.)

مهدی خدای،^۱ مرتضی نورائی^{۲*}، اصغر فروغی ابری^۳

۱. دانشجوی دکتری گروه تاریخ، دانشکده ادبیات و علوم انسانی اصفهان، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

۲. استاد گروه تاریخ، دانشکده ادبیات و علوم انسانی اصفهان، اصفهان، ایران. (نویسنده مسؤول) Email: m.nouraei@ltr.ui.ac.ir

۳. دانشیار گروه تاریخ، دانشکده ادبیات و علوم انسانی اصفهان، اصفهان، ایران.

دریافت: ۱۳۹۶/۶/۲۲ پذیرش: ۱۳۹۶/۹/۱۹

چکیده

زمینه و هدف: در این پژوهش عملکرد دستگاه‌های متولی بهداشت عمومی فارس در دوران پهلوی اول مورد بررسی قرار گرفته است. بهداری و بلدی (شهرداری) دو نهادی بودند که در این زمینه مسؤولیت قانونی داشتند. به منظور تأمین سلامت عمومی همکاری میان آن‌ها ضروری بود. دو سازمان به تدریج روند تکاملی خود را در فارس توسعه دادند. طبیعی است آن‌ها مشکلات زیادی را پیش رو داشته‌اند.

مواد و روش‌ها: این مقاله، بر اساس مستندات و منابع آرشیوی، به بررسی تحلیلی عملکرد آن‌ها پرداخته شده است. بسیاری از یافته‌های این پژوهش بر مبنای اسناد و یافته‌های درجه اول است. صحنه به عنوان نهاد اصلی مسؤول در زمینه بهداشت و درمان موضوع محوری مقاله را تشکیل می‌دهد. بلدی و صحنه چندی بعد به شهرداری و بهداری تغییر نام دادند. بهداری‌ها و شهرداری در برخی موارد وظایف مشابهی داشتند. هر گونه کشمکش در مسؤولیت‌های این دو نهاد می‌توانست سلامت عمومی را تهدید کند. در این مقاله به رابطه این دو سازمان محلی با هم و پیامد اقدامات آنان بر سلامتی مردم توجه ویژه شده است.

ملاحظات اخلاقی: صداقت و امانت‌داری در تحلیل، گزارش و انتشار مطالب رعایت گردید.

یافته‌ها: این پژوهش نشان می‌دهد: ۱- میزان شیوع بیماری‌های واگیردار و مرگ و میر ناشی از آن کاهش یافت؛ ۲- به دلیل کمبود اعتبارات مالی، در ریشه‌کنی و کنترل بیماری مسری موفقیت کامل حاصل نگردید؛ ۳- بیشتر نقاط فارس چندان بهره‌ای از تحولات صورت گرفته نبردند و وضع بهداشت و درمان آن‌ها با تغییر محسوس مواجه نشد. با این حال دستاوردهای به دست آمده در حوضه بهداشت و درمان فارس نیز مورد توجه پژوهشگران در این مقاله بوده است.

نتیجه‌گیری: در دوره مورد بحث تحولات زیادی در ساختار اداری بهداری و شهرداری‌ها صورت گرفته که منجر به بهبود در فضای بهداشتی جامعه شد. با وجود بهبود در وضعیت بهداشتی جامعه، وضعیت بهداشتی فارس در دوره پهلوی اول به طور بنیادین متحول نشد.

واژگان کلیدی: صحنه؛ بهداری؛ پزشکی؛ فارس؛ دوره پهلوی اول

مقدمه

توسعه نهادهای عهده‌دار مسؤولیت بهداشت و سلامت همگانی به دوران قاجار و افتتاح دارالفنون برمی‌گردد. با تشکیل هیأت صحیه در دارالفنون اولین گام در تشکیل مرجعی قانونی برای رسیدگی به سلامت مردم برداشته شد. در سال ۱۳۰۰ ش./ ۱۹۲۱ م. وزارتخانه صحیه و فواید عامه تشکیل گردید. با ادغام مجلس صحت و وزارتخانه مزبور شورای عالی صحیه تولد یافت (۱). پرداختن به پیشینه نهادهای متولی بهداشت در روزگار پیش از پهلوی مدنظر نیست. تنها به این نکته اکتفا می‌شود که مجلس حفظ‌الصحه نخستین سازمانی است که در زمینه بهداشت عمومی به فعالیت پرداخت. در سال ۱۳۰۳ ش./ ۱۹۲۴ م. کلیه مؤسسات و تشکیلات صحیه مملکت غیر از آنچه مربوط به بلدییه بود، در یکجا متمرکز شد. با موافقت وزارت معارف و اوقاف و تصویب هیأت دولت، صحیه کل مملکت از تابعیت وزارت معارف و اوقاف خارج شد. سال بعد در پی تغییرات کابینه، رضاخان تصمیم گرفت تا قسمت صحی وزارت داخله را منحل کرده و با تمرکز همه مؤسسات بهداشتی کشور اداره مستقلی تشکیل دهد. در تاریخ ۱۳ بهمن‌ماه ۱۳۰۵ ش./ ۳ فوریه ۱۹۲۷ م. قانون تمرکز مؤسسات صحی مملکتی، به تصویب مجلس شورای ملی رسید و کلیه مؤسسات صحی مملکتی، بلدی صحیه و نظمییه و مؤسسات پاستور در اداره کل صحیه متمرکز کرد (۲). صحیه به عنوان نهاد متولی سلامت عمومی به هدایت فعالیت‌های صورت‌گرفته در جهت غلبه بر بیماری‌های مختلف و برنامه‌ریزی برای بهبود سلامتی افراد جامعه پرداخت. بلدییه‌ها بسته به توان مالی خود گاه بخش صحی داشتند. همچنین عهده‌دار وظایفی بودند که با سلامتی عموم سر و کار داشت. این پژوهش درصدد بررسی کارکرد این دو نهاد در فارس است و به مشکلات و کامیابی‌های آن‌ها توجه ویژه‌ای نموده است. روش به کارگرفته در این مقاله توصیفی و تحلیلی با تکیه بر اسناد انتشارنیافته سازمان اسناد ملی واحد فارس است. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد با توجه منابع مالی اندک بلدییه‌ها موفقیت آن‌ها درخور توجه است.

مواد و روش‌ها

روش به کارگرفته در این مقاله توصیفی و تحلیلی با تکیه بر اسناد انتشارنیافته سازمان اسناد ملی واحد فارس است. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد با توجه منابع مالی اندک این نهادها موفقیت آن‌ها درخور توجه است.

ملاحظات اخلاقی

صداقت و امانت‌داری در تحلیل، گزارش و انتشار مطالب رعایت گردید.

یافته‌ها

در مورد تاریخ پزشکی آثاری چند در قالب کتاب، مقاله و پایان‌نامه نگاشته شده، آثاری چون تاریخ پزشکی در ایران و اسلام و یا تاریخ پزشکی و دامپزشکی در ایران نوشته حسن تاج‌بخش و یا چالش‌های بهداشت عمومی در ایران عصر قاجار از دید سیاحان غربی نوشته مهدی علیجانی، وضع بهداشتی آذربایجان بر پایه اسناد در فاصله سال‌های ۱۳۱۰ تا ۱۳۳۲ اثر امیر عبدالهی و محبوب مهدویان و بلدییه و بهداشت عمومی در دوره پهلوی اول نوشته سهیلا ترابی فارسانی و مرتضی ابراهیمی که از ذکر بیشتر آن‌ها خودداری می‌گردد. در میان آثار نام‌برده‌شده مورد آخری به پژوهش حاضر شباهت بیشتری دارد، زیرا کارنامه بهداشتی یکی از نهادهایی که در مورد بهداشت عمومی مسؤولت داشته، یعنی بلدییه را بررسی کرده است. همچنین رحمانیان و توکلی در مقاله «بهداشت و سیاست در دوره رضاشاه (مطالعه‌ی موردی: قرنطینه جنوب)» به بررسی تشکیلات قرنطینه در جنوب پرداخته‌اند. وجه ممیزه پژوهش حاضر با آثار پرشمار مشابه تکیه بر عملکرد نهادهای متولی بهداشت و درمان عمومی است. در واقع بر آن است عملکرد دو نهاد صحیه و بلدییه را از دید اداری بررسی نموده و به مشکلات و کامیابی‌های آن‌ها توجه ویژه‌ای نموده است. در پژوهش حاضر صحیه در مرکز ثقل توجه قرار دارد. بنابراین پرداختن به بلدییه در مقاله حاضر از دید مسائل بهداشتی و همکاری آن با صحیه بوده است. تعجب‌آور است با وجود تألیف آثار نسبتاً پرشمار در زمینه تاریخ پزشکی عملکرد صحیه

برای نقاط مختلف فارس طبیب معین و اعزام می‌شد، اما این بدان معنی نیست که در تمام نقاط فارس مردم به پزشک دسترسی داشتند. صحنه جنوب به وسیله اداره ایالتی از اوضاع بهداشتی ایالت باخبر می‌شد. حکام و نایبان آن‌ها و کدخدایان هر هفته اوضاع بهداشتی خود را به والی گزارش می‌دادند (۶). از نخستین سال‌های حکومت پهلوی اول آماری در دست است، برای بررسی وضعیت بهداشتی فارس مفید است. آماری متوفیات شش‌ماهه نخست سال در شیراز نشان می‌دهد در سال‌های نخست حکمرانی پهلوی اول سرنوشت مردم وابسته به قضا و قدر الهی بوده و مرگ و میر در اثر بیماری‌های واگیردار امری غریب نبوده است.

جدول متوفیات شیراز در سال ۱۳۰۵ برگرفته از (۵)

تعداد نفرات	علت فوت	تعداد نفرات	علت فوت
۵۰۲	آبله	۵۶	سل ریوی
۱۰	حصه	۸	ماده سلی (توبر کوتر)
۲۶	اسهال	۱۵	تب و نوبه (مالاریا)
۱۵	ورم کبد	۱۹	روماتیسم
۱۱	ورم اعور (آپاندیس؟)	۷	بوربورا
۶	خفه‌شده (در چاه مبال افتاده)	۴۲	ذات‌الجنب
۷	گلوله خوردن	۴	ضیق‌النفس
۲	از بام افتاده	۱۶	ذات‌الریه
۴	سوختگی	۸	حمله صرعی
۲۱	زیر موتور رفته	۳	اختناق رحم
۹	زیر آوار رفته	۸	فلج
۴	در حوض افتاده	۸	آنژین دوپواترین
۸	سرسام	۱۳	جنون
۹۹	استسقا	۱۴	وضع حمل
۱۸	انتحار از تریاک	۳۱	سکته
۱۰۱۳	جمعاً	۱۹	گرسنگی

همانطور که مشاهده می‌شود مرگ و میر ناشی از آبله، گرسنگی و تصادف با موتور زیاد بوده (۵).

چندان در کانون توجه پژوهشگران نبوده است. در مجموع باید گفت بررسی عملکرد نهادهای عهده‌دار بهداشت و درمان محتاج بررسی بیشتری است و پژوهش حاضر درصدد پرکردن بخشی از خلأ موجود در این زمینه است.

بحث

در مورد بهداشت و سلامت عمومی همکاری نزدیک میان بلدیة و صحنه ضرورت داشت. برخی وظایف بلدیة ماهیتی بهداشتی داشت. در شهرداری بخشی عهده‌دار امور صحنه بوده و طبیبان شهرداری بر امور بهداشتی نظارت می‌کردند، البته این موضوع در مورد شهرداری‌هایی مصداق داشت که اعتبار لازم برای این منظور را در اختیار داشتند و نه شهرداری‌های کوچک، مثلاً در سال ۱۳۱۴ ش. / ۱۹۳۵ م. بلدیة آباده بخش صحنه نداشت یا در فسا و داراب تنها یک طبیب صحنه وجود داشت (۳).

فضای سنتی شهرهای فارس، وجود باتلاقی‌ها و آب‌های راكد در نزدیکی مناطق مسکونی، نبود بیمارستان‌ها و مراکز درمانی، عدم دسترسی بیشتر مردم به ملزوماتی چون حمام‌های بهداشتی و آبلوله‌کشی، فقر و ده‌ها عامل دیگر وضعیت بهداشت و سلامتی مردم با چالش‌های جدی رو به رو می‌ساخت. بسیاری از خیابان‌ها و معابر شیراز چون محله گودعربان تا دروازه سعدی هنگام بارندگی با باتلاقی از گل و لجن بسته شده و یا احياناً غیر قابل عبور می‌گردید، در نتیجه شرایط برای بیماری‌هایی مثل تب مالاریا مساعد می‌گردید (۴).

در دوره پهلوی اول به منظور سهولت در انجام خدمات بهداشتی، کشور به پنج حوزه خدماتی تقسیم شد. هر بخش یک رییس صحنه داشت و تحت سرپرستی او مأمورانی به نقاط مهم منطقه اعزام می‌شدند. برای مثال در سال ۱۳۰۵ ش. / ۱۹۲۶ م. این مأموران به فارس اعزام گردیدند: دکتر سیدحسن‌خان احسان به بهبهان، دکتر یدالله‌خان پورمند برای ناصری، دکتر بقراط برای کازرون و دکتر میرزاحمدعلی حقیقت برای آباده (۵). فارس در این تقسیم‌بندی زیر نظر رییس صحنه جنوب قرار گرفت. قبل از تأسیس صحنه جنوب

گزارشی که در خرداد ۱۳۱۱ ش. / ۱۹۳۲ م. از اوضاع بهداشتی شیراز تهیه شده برای آگاهی از وضع بهداشتی شیراز در نیمه حکومت پهلوی اول گویا است. شیراز در این سال ۶۰/۰۰۰ نفر جمعیت داشت. شهر دو بخش مختلف داشت: قسمتی دارای خیابان‌های وسیع و میدان‌ها و باغات عمومی و منازل و خانه‌ها مطابق اصول بهداشتی آن زمان و بخشی دیگر قدیمی و دارای کوچه‌هایی سنگ‌فرش و پیچ‌درپیچ. اشخاص متمکن آب آشامیدنی را از چشمه‌ای در هزار قدمی شهر تهیه می‌کردند و بقیه مردم از سه نهری که از شهر می‌گذشت استفاده می‌کردند. در بیشتر نقاط روی نهرها باز و به واسطه ریختن زباله آلوده بود. خانه‌ها چاه‌هایی به عمق حدود شش متر داشتند که به آب زیرزمینی اتصال داشت. آب آن‌ها کمی شور بود، اما برای شرب نیز مصرف می‌شد. سرویس‌های بهداشتی عموماً چاه‌هایی با عمقی نزدیک به دو متر داشتند. دلیل عمق کم‌تر آن‌ها این بود که آب‌های زیرزمینی آلوده نگردد، اما تضمینی برای جلوگیری از آلودگی وجود نداشت. از بین بردن زباله‌ها رضایت‌بخش، اما وضعیت تغذیه اهالی مناسب نبود. کشتارگاه شهر وضع مناسبی نداشت و مسلخی جدید در دست‌ساخت بود. روزانه ۱۵۰ رأس گوسفند و بز و پنج‌الی شش گاو ذبح می‌شد. مالاریا شایع بود که پشه آن بومی محل بود. معمولاً هفته‌ای یکی دو فرد مبتلا دیده می‌شد. دوسنطاریای آمیبی و باسیلی (اسهال خونی)، امراض مقاربتی، سالک و تراخم بین اهالی شیوع داشت. سل و روماتیسم مفصلی به میزانی کم‌تر شایع بود و جذام کم‌تر بود، به گونه‌ای که تنها یک نفر مبتلای محلی مشاهده شده بود. داروهای بیمارستان‌های شیراز از اعتباری که در بودجه صحیه کل برای فارس اختصاص یافته بود، تهیه می‌شد. مطب عمومی بیمارستان دولتی شیراز به طور متوسط روزی ۱۲۰ نفر مراجعه‌کننده داشت. بیمارستان‌های شیراز در آن سال به شرح ذیل بود: ۱- یک بیمارستان دولتی بیست تخت خوابی دوطبقه که طبقه زیرین دارای یک اتاق جهت مطب عمومی و دو اتاق انتظار و یک اتاق بستری بیماران و ملحقات لازم (از قبیل مطبخ و مستراح و...) بود. طبقه بالا فوقانی دفتر مریضخانه، یک لابراتوار با لوازم و ائاثیه کافی و دو میکروسکوپ، دو اتاق

بستری بیماران که هر کدام دارای چهار تخت خواب بود، پنج اتاق دو تخت خوابی، یک اتاق یک‌تخته خوابی و دو اتاق جهت عمل جراحی چرکین و اعمال جراحی پاک داشت؛ ۲- مریض‌خانه قشونی که شصت تخت داشته و داروخانه‌ای آن مخزن دواهای تمام فارس به شمار می‌رفت؛ ۳- بیمارستان ده‌تخته شیر و خورشید سرخ که یک مطب عمومی، اتاق انتظار و داروخانه نیز داشته و روزانه به طور میانگین ۱۲۰ مراجعه‌کننده داشت؛ ۴- مطب عمومی بلدی پست امدادی که شامل قسمت‌های ذیل بود: یک مطب عمومی با اتاق‌های انتظار که تحت ریاست یک نفر قابله که زنان و کودکانی را که به مطب مراجعه می‌کردند را معاینه می‌کرد و به طور متوسط روزانه سی و پنج نفر مراجعه‌کننده داشت. همچنین یک مطب عمومی مردانه با اتاق‌های انتظار زیر نظر دو پزشک وجود داشت. بیماران بی‌بضاعت پس از دریافت نسخه به یکی از دواخانه‌های شهر مراجعه می‌کرده و نسخه خود را به حساب بلدی دریافت می‌کردند. در شیراز مطب‌های شخصی نیز وجود داشت. یکی از آن‌ها ده تخت خواب جهت بیماران چشم‌پزشکی و دیگری شش تخت جهت امراض عمومی داشت؛ ۵- بیمارستان شصت تخت خوابه انگلیسی‌ها. شیراز زندانی قدیمی داشت که شش اتاق تمیز و مرتب داشت. این زندان برای پنجاه نفر زندانی ساخته شده بود، اما در سال ۱۳۱۱ حدود ۲۵۰ زندانی داشت. زندان حمام نداشت، موهای بسیاری از زندانیان بلند بود که به واسطه شپش‌هایی که در میان آنان مخفی می‌شد خطرناک بود. نیروی درمانی شامل افراد ذیل می‌شد: رییس صحیه ایالتی فارس که در عین حال رییس قرنطینه‌های بنادر جنوب نیز بود، معاون او که در عین حال جراح مریضخانه دولتی هم بود، دو نفر طبیب بلدی، یک نفر طبیب نظمیه، ۴۵ پزشک آزاد و سه نفر پزشک نظامی. نیروهای متخصص عبارت بود: از یک نفر چشم‌پزشک، دو نفر باکتیولوژیست - که یک نفر رییس صحیه و دیگری رییس لابراتوار مریضخانه بود، یک نفر داروساز قشونی، ده نفر داروساز آزاد، یک نفر قابله بلدی، یک نفر قابله آزاد و یک قابله انگلیسی (۷).

گزارش فوق به منظور ارائه به مقامات بالادست تهیه شده و در آن سعی گردیده جامعیت رعایت شود؛ گذشته از این شیراز

در سال ۱۳۰۷ ش. / ۱۹۲۸ م. اداره صحنه بندرلنگه، به واسطه نبودن دارو در مضیقه بود و به علت رفتن پزشک منطقه، حتی کارکنان گمرک نیز به ناچار به پزشک انگلیسی مراجعه می‌کردند (۱۲).

در فضای آن روزگار فارس مرگ چندین نفر بر اثر ابتلا به یک بیماری خاص امری تعجب‌آور و حساسیت‌برانگیز نبود. در سال ۱۳۰۷ ش. / ۱۹۲۸ م. گزارش شیوع بیماری شبه‌طاعون والی را بر آن داشت تا از حکومت استهبان و نیریز بخواهد در مورد آن تحقیق کند. تحقیق دیرهنگام در مورد بیماری که بنا بر نوشته حاکم نیریز و استهبان سی سال در منطقه شیوع داشته است (۸)، تعجب‌برانگیز است، چرا پس از گذشت مدتی چنین طولانی در پی تحقیق در مورد این بیماری برآمدند؟ قطعاً مسری نبودن بیماری دلیل مهمی بوده است، اما چرا انجام تحقیق را به پزشکی خبره محول نکردند؟ بی‌شک دسترسی به پزشک در منطقه آسان نبود، اما در سطح ایالت فارس نمی‌توان چنین سخنی را با قطعیت گفت. این بیماری کشنده و در آن زمان لاعلاج بود، اما گویا چندان برای حاکم استهبان و نیریز این موضوع اهمیتی نداشت. وی با لحنی که نشان از کم‌اهمیت بودن این بیماری در نظرش داشت نوشت: در سال «بیش از ده نفر را تلف نمی‌کند» (۸). پنج سال بعد در سال ۱۳۱۲ ش. / ۱۹۳۳ م. بیماری آبله در کازرون شیوع یافت. جالب آنکه برای پیشگیری از این بیماری واکسیناسیون انجام گرفته بود، اما به دلیل تاریخ گذشته بودن مایه آبله‌کوبی ایمنی از بیماری برای کودکان کازرونی حاصل نشد. با وجود نگرانی مردم و تلفات روزانه ۳-۴ نفر در اثر این بیماری حاکم کازرون در گزارش خود به ایالت وضعیت بهداشت و درمان مردم را روی هم‌رفته خوب ارزیابی کرد! (۱۴).

در نیریز و استهبان امراض مسری به ویژه سفلیس به اندازه‌ای شایع شده بود که حیات عمومی در خطر بود. هیچ مأمور صحنه و آبله‌کوبی در منطقه وجود نداشت. در نیریز حتی یک پزشک مجاز هم وجود نداشت! (۸). در بیشتر نقاط فارس مردم نیاز خود را با مراجعه به اطباء سنتی برطرف می‌کردند. به دلیل کمبود پزشک، استفاده از پزشکان سیار در

برخوردارترین شهر فارس به لحاظ برخورداری از خدمات بهداشتی به شمار می‌رفت. در سایر نقاط دسترسی به امکانات بهداشتی در چنین سطحی وجود نداشت. فیروزآبادی نماینده دوره هفتم مجلس در مورد وضع بهداشتی و درمانی مردم غیر پایتخت‌نشین در ۱۲ اسفند ۱۳۰۸ ش. / ۳ مارس ۱۹۳۰ م. گفت: «این مردمی که در بیرون‌ها مریض می‌شوند به هیچ وجه قادر به خوردن دوا و مراجعه به طبیب نیستند، چون دواها دواهای فرنگی شده معالجات فرنگی شده و این از قدرت رعیت ایران خارج است، با این ملاحظه وقتی که مریض شدند، مگر این که خدا آن‌ها را شفا بدهد و الا تلف می‌شوند» (۹). نماینده‌ای دیگر حدس می‌زد تا بیست الی سی سال دیگر نیز کمبود نیروی پزشکی جامعه جبران نگردد (۹).

در سال ۱۳۰۹ ش. / ۱۹۳۰ م. بنا بر گزارش روزنامه اطلاعات شیراز تنها دو طبیب قشونی داشت. اگر این افراد از شیراز می‌رفتند، آن وقت کرسی ایالت فارس حتی یک طبیب هم نداشت (۱۰).

در نواحی جنوبی و بنادر وضعیت بهداشتی وخیم بود. به دلیل رعایت نکردن بهداشت، سطح پایین سواد و آگاهی اجتماعی و دسترسی ناکافی به امکانات بهداشتی بیماری‌های واگیردار به راحتی شیوع پیدا می‌کرد. نارضایتی از وضعیت بهداشتی موجود این گمان را در ذهن مردمان جنوب پرورش می‌داد که دولت آنان را به حال خود رها کرده است. در سال ۱۳۰۶ ش. / ۱۹۲۷ م. شیوع بیماری وبا در میناب و کندی مسؤولان صحنه فارس در رسیدگی به آن در روزنامه استخر این‌گونه انعکاس یافت که «اگر این بیماری بین چهارپایان شمال سرایت کرده بود، زودتر طبیب صحنه برایشان می‌فرستادند!» (۱۱). بیشتر این مناطق فاقد پزشکان دارای مهارت‌های نوین بودند، حتی در صورت وجود پزشک تأمین هزینه استخدام او خود معضلی بزرگ بود. اگر صحنه اعتباری بدین منظور نداشت، بلدی به عنوان تأمین‌کننده اعتبار در نظر گرفته شود، اما همه بلدی‌ها قادر پرداخت چنین هزینه‌ای نبودند. در بندرعباس حقوق دکتر انگلیسی مریضخانه به طور متساوی توسط صحنه و انگلیسی‌ها پرداخت می‌شد (۱۲).

چشم‌پوشی کرد. حاکمیت کوشید با دادن آموزش‌های لازم به این گروه کارایی و بهره‌وری فعالیت‌های آنان افزایش دهد. این نخستین‌بار نبود که سعی می‌شد بر کار این سنخ از اطبا نظارت شود. سابقه نظارت بر افراد فعال در زمینه بهداشت و درمان به دوران قاجار برمی‌گشت. این روند در دوره پهلوی اول شتاب بیشتری گرفت. در اواخر سال ۱۳۰۲ ش. / ۱۹۲۴ م. وزارت معارف تصمیم گرفت از داروفروشان امتحان به عمل آورد تا تنها کسانی که در امتحان قبول شوند، حق فروش دارو را داشته باشند (۱۹-۱۸). نظیر این امتحان در سال ۱۳۰۶ ش. / ۱۹۲۷ م. از دندان‌سازان و داروفروشان به عمل آمد (۱۸)، برگزاری آزمون طبابت در اجرای قانون طبابت مصوب ۲۸ شهریور ۱۳۰۶ نمونه‌ای دیگر از این نظارت‌ها بود (۲۰).

معلومات بسیاری از طبیبان سنتی منحصر به قانون ابوعلی سینا بود و در دانش، مهارت و کاردانی آنان تشکیک زیادی وجود داشت. وزارت معارف سعی داشت از فعالیت طبیبان غیر مجاز فاقد مهارت جلوگیری کند. به منظور شناسایی افراد فاقد مهارت لازم چندین دوره آزمون در مقاطع مختلف برگزار شد. نهایتاً در تاریخ ۱۳۱۱/۸/۲۱ (۱۲ نوامبر ۱۹۳۲ م.) اداره معارف و اوقاف ایالتی فارس و بنادر جنوب اعلام کرد طبای غیر مجازی که ده سال سابقه طبابت متوالی دارند، باید مدارک خود را تا ۲۵ آبان ۱۳۱۱ (۱۶ نوامبر ۱۹۳۲ م.) به اداره کابینه تحویل داده و در اول آذرماه برای امتحان حاضر شوند، به این دسته از اطبا هشدار داده شد این امتحان آخرین فرصت آنان است (۷).

در نهایت دولت به جلوگیری از فعالیت طبای غیر مجاز پرداخت و تأکید کرد پرداختن به فنون پزشکی مستلزم داشتن اجازه و تصدیق از وزارت معارف است. اقدام دولت با توجه به جایگاهی که پزشکان سنتی در فارس داشتند با مخالفت‌هایی رو به رو شد. منابع به خوبی موقعیت طبای سنتی فارس و مخالفت با متحدالمال وزارت داخله را نشان می‌دهد. وقتی از فعالیت آقای محمدباقر فرشته حکمت که بیست سال است کحالی مناطق کازرون و دشتی و دشتستان را بر عهده داشت، جلوگیری شد، تعداد زیادی از مردم حاضر شدند به حمایت از وی پایین درخواست ادامه کار وی را مهر

دستور کار قرار متولیان سلامت قرار داشت، اما نیاز بود تا فعالیت این پزشکان تحت ضابطه بیشتر قرار گیرد.

۱- نظام‌نامه وظایف طبای صحنی سیار

در سال ۱۳۱۲ ش. / ۱۹۳۴ م. فعالیت پزشکان سیار با تهیه نظام‌نامه‌ای منظم‌تر شد. اساسنامه طبای سیار را ملزم کرده بود، حوزه مأموریت خود را به نحوی تقسیم کنند که هر پانزده روز یک‌بار به بیماران منطقه خود رسیدگی کنند. آنان هنگام عبور از روستاها وظیفه داشتند نسبت به آب آشامیدنی و وضع منازل و طویله‌ها و آغل و مستراح غسالخانه و کشتارگاه به اهالی آموزش‌های لازم را بدهند. افرادی چون قصاب‌ها و نانوایان حمامی‌ها و خوراک‌پزها را معاینه کنند تا در صورت بیماری آن‌ها موقتاً از کار دست بکشند. آن‌ها حق دریافت پول جهت معالجه بیماران و یا هنگام دادن دارو را نداشتند و باید به هر محلی که می‌رفتند تأییدیه‌ای از کدخدا که نشان‌دهنده حضور منظم آن‌ها در منطقه بود را می‌گرفتند (۱۳).

از سال ۱۳۱۱ ش. / ۱۹۳۲ م. اداره کل صحنه مملکتی به اداره کل بهداشتی تغییر نام داد و به تدریج در شهرستان‌ها واحدهای بهداشتی برپا شد. متصدیان این واحدها کارهایی در زمینه آب آشامیدنی، خزینه حمام‌ها، دکان‌های خوراک‌پزی و معاینه کسبه انجام می‌دادند (۱۵).

۲- نظارت بر کار پزشکان

طبابت به شیوه سنتی و نوین در فارس به طور هم‌زمان رونق داشت. سال‌ها فعالیت طبیبان سنتی سبب شده بود که شیوه طبابت آن‌ها کاملاً جاف‌تاده و معتقدانی داشته باشد، اما ورود تحصیلکردگان جدید عرصه را برای طبای سنتی تنگ کرد. نفی بسیاری از شیوه‌های طب سنتی توسط طب جدید واکنش‌هایی را میان طبای سنتی برانگیخت. اوضاع به گونه‌ای پیش رفت که کار به بگومگو و بدبینی نسبت به یکدیگر کشید، چنانکه در سال ۱۳۰۷ ش. / ۱۹۲۸ م. رییس صحنه جنوب اعلانی صادر کرد و در آن از دو طرف خواست برای حفظ آبروی پزشکی در این مورد مجادله نکنند (۱۶).

در سال‌های نخست حکمرانی پهلوی اول کمبود شدید نیروی پزشکی سبب می‌شد نتوان از فعالیت طبای سنتی

کوبیدن مایه آبله انسانی که در گذشته معمول بوده، خودداری کرده و کودکان خود را ظرف دو ماه از این تاریخ انتشار اعلان هر هفته جمعه به یکی از پست‌های آبله‌کوبی ببرند (۲۲). مسلم است که تمام افراد واجد شرایط به این پست‌ها مراجعه نکرده و واکسینه نشدند، در حالی که از زمان انجام اولین آبله‌کوبی در سال ۱۲۲۸ ق. / ۱۸۱۳ م. (۲۳) بیش از یک قرن می‌گذشت، هنوز بسیاری از والدین در شیراز نسبت به آبله‌کوبی خوش‌بین نبودند. پنج سال بعد باز هم رییس صحنه ایالتی فارس، دکتر بهرامی، از مشاهده‌شدن دو مورد آبله در محله سردزک خبر داد. چندی بعد به دلیل مشاهده نمونه‌های دیگری از این بیماری، رییس صحنه ایالتی فارس خواستار آبله‌کوبی اجباری با استفاده از آژان‌ها شد (۷).

این درخواست بحث‌برانگیز عملی نشد، اما اجبار به اشکال دیگری مورد توجه قرار گرفت. آبله‌کوبان ثابت و سیار و اطبای صحنی را مکلف شدند تا در حوزه مأموریت خود مراقب اجرای نظام‌نامه اساسی آبله‌کوبی مجانی باشند. هرگاه معلوم می‌شد طفلی در یکی از مراحل سه‌گانه از شش ماه تا سیزده سال تلقیح نشده، ولی طفل متخلف محسوب شده و ممکن بود به سه الی پنج روز حبس تکدیوری و پرداخت یازده الی ۳۰ ریال جریمه محکوم شود. تخلف مأموران صحنی از مقررات و عدم حضور آنان در جاهایی که برای آبله‌کوبی به آنان نیاز بود، نیز سه الی هفت روز حبس تکدیوری و پرداخت ۳۰ الی ۵۰ ریال جریمه را در پی داشت. مدیران مدارس در صورت پذیرفتن محصلین در مدارس بدون داشتن گواهی‌نامه آبله‌کوبی مربوط به سن، به تا پنج روز حبس تکدیوری و پرداخت یازده الی ۳۰ ریال غرامت محکوم می‌شدند (۲۴).

واکسیناسیون علیه آبله اغلب توسط پزشکان صورت نمی‌گرفت. دلیل آن نیز مشخص بود: ضرورت مبارزه جدی با این بیماری مهلک و نبودن پزشکان دانش‌آموخته جدید به اندازه کافی. در سال ۱۳۱۵ ش. / ۱۹۳۶ م. عملیات آبله‌کوبان نیز تحت نظارت بیشتری قرار گرفت. هدف از این نظارت‌ها این بود که از تقلب این افراد جلوگیری به عمل آید و از انجام وظایفشان اطمینان حاصل شود، لذا دستور داده شد از اول سال ۱۳۱۵ ش. / ۱۹۳۶ م. آبله‌کوبی در شیراز و حومه آن و

کنند، حتی حکومت کازرون در ۱۳۱۲/۶/۶ (۲۷) آگوست ۱۹۳۳ م.) درخواست کرد به وی و فرد دیگری جواز موقت داده شود! در مقابل، رییس صحنه ایالتی فارس شدیداً با این درخواست مخالف کرده و حتی تهدید کرد طبیبان غیر مجاز در صورتی که دست از کار نکشند به «محکمه خلاف» جلب می‌شوند (۷). دلیل این مقاومت‌ها این بود که در بسیاری از مناطق فارس مردم تنها به پزشکان سنتی دسترسی داشتند. مطابق آمار موجود در سال ۱۳۱۲ ش. / ۱۹۳۳ م. در کازرون سه پزشک غیر مجاز در نیریز سه نفر در استهبان چهار نفر در جهرم هفت نفر، در سروستان یک نفر و در داراب یک پزشک غیر مجاز فعالیت می‌کرده است (۷)، گرچه نمی‌توان نتیجه گرفت تنها این افراد بوده‌اند که به طور غیر مجاز طبابت می‌کرده‌اند، اما ملاحظه همین تعداد هم نشان می‌دهد با توجه به تعداد کم پزشکان صحنی مجاز بسیاری از مردم ناچار به مراجعه به اطبای غیر مجاز بوده‌اند. طبیبی که گاه فاجعه‌ساز می‌شدند. گذشته از این ناآشنایی برخی دانش‌آموختگان جدید با روحیات مردم محلی گاه دردسرافزین بود. در تاریخ ۱۳۰۷/۱/۱۶ (۵ آوریل ۱۹۲۸ م.) مردم نیریز از میرزامسیح شیرازی، طبیب صحنی منطقه، شکایت کردند. آنان در طوماری علیه او نوشتند حاضر نیستند نوامیس خود را برای آبله‌کوبی به او بسپارند (۸).

۳- توسعه واکسیناسیون

گسترش واکسیناسیون کارنامه حکومت پهلوی اول را در زمینه بهداشت و درمان را نسبت به دوران قاجار برجسته ساخته است. واکسیناسیون در دوران قبل از پهلوی اول نیز سابقه داشت، اما در این دوران به شکل مؤثرتری انجام شد. جهل و خرافه‌پرستی عامه مردم در شیوع و گسترش بیماری‌های مسری در فارس دخالت تامی داشت، چنانکه بیان شد آبله از مهلک‌ترین بیماری‌ها شایع بود. دولت با آبله‌کوبی رایگان در مقاطع زمانی مختلف قصد داشت این بیماری را ریشه‌کن سازد. آبله‌کوبی با حمایت تبلیغاتی روزنامه‌های فارس انجام می‌شد (۲۱). برای نمونه در ۸ آبان‌ماه ۱۳۰۶ ش. (۳۱ اکتبر ۱۹۲۷ م.) اداره صحنه و آبله‌کوبی جنوب اعلانی منتشر کرد و ضمن برشمردن مخاطرات آبله از مردم خواست از

سال بعد دکتر سیدعبدالعلی خان رییس صحنه فارس به خاطر اقدامات نادرستش به تهران احضار شد (۲۹). ممکن است احضار او بیارتباط به عملکردش در موضوع مبارزه با توسعه بیماری وبا در جنوب نباشد، هرچند نمی‌توان در این مورد با قطعیت سخن گفت.

۴- سایر موفقیت‌ها

ممکن است کارنامه بهداشتی صحنه فارس با توجه به شرحی که از عملکرد آن تا اینجا داده شده است و مشکلاتی که در پیش رو داشته، ضعیف ارزیابی شود. نگاهی به عملکرد این نهاد از زوایایی دیگر می‌تواند تا حدی این تصور را تعدیل کند. بیماری‌های شایع تنها به آبله و وبا منحصر نبود. در مقاطعی عدم رعایت مسائل اخلاقی و شیوع بی‌بندوباری بیماری‌های جنسی را افزایش داد. ۱۳۱۱/۲/۱۲ (۲ می ۱۹۳۲ م). رییس صحنه فارس با اشاره به زیاد شدن امراض مقاربتی در شهر و خطرات آن از بلدییه شیراز خواست تا روسپیان شهر را وادار کند برای معاینه به مریضخانه نمازی مراجعه کنند. معاینه توسط قابله عمومی شهر انجام می‌شد (۷). این معاینات می‌توانست شیوع بیماری در شهر را کندتر کند. از سوی دیگر در دوره مورد بحث گام‌هایی جهت خارج کردن گاوداری‌ها و گله‌دانی‌ها از شهر صورت گرفت. نظام‌نامه مربوط به طویله گاوداری دایرکردن طویله و گاوداری در داخل شهر را ممنوع و مشروط به صدور اجازه از اداره صحنه بلدییه کرده بود. گرچه اجرای این دستورالعمل با جدیت همراه نبود و نگهداری گاو شیرده به طور خصوصی در منازل پس از اجرا دستورات صحی و اجازه اداره صحنه بلدییه بلامانع شناخته شده بود، اما به هر جهت این عمل امکان شیوع بیماری‌های مشترک بین انسان و دام را کاهش داد (۲۹). اگر منصفانه بنگریم نظارت جدی‌تر بر وضعیت بهداشتی اصناف به بهداشت عمومی کمک شایانی نمود، هرچند در این مورد نیز هم موفقیت‌ها نسبی بود. برای نمونه، گرچه وجود کشتارگاه بهداشتی و مراقبت در کشتار دام و بازدید دام قبل و بعد از کشتار به منظور حفظ بهداشت و سلامتی عمومی ضروری است، اما بسیاری از نقاط فارس کشتارگاه بهداشتی نداشتند و یا اصولاً فاقد کشتارگاه بودند. تا سال ۱۳۱۶ ش. / ۱۹۳۷ م. داراب و لار کشتارگاه نداشتند. در

نقاطی که اطبای صحی سیار، ثابت و یا اطبای شهرداری نباشند، تحت نظر و دستور صحنه شهرداری انجام شود. صحنه شهرداری نیز مکلف شد هر ماه در مورد کار آبله‌کوبان در نقاط گوناگون فارس با وسایل تحقیق کند و پس از این‌که انجام خدمت از طرف آبله‌کوبان برایش ثابت شد، برگه‌های آن‌ها را امضا کرده به مرکز ارسال کند (۶). ضعف در نظارت بر عملکرد آبله‌کوبان می‌توانست مبارزه با این بیماری مهلک را کم‌اثر سازد. این بیماری به اندازه‌ای مهلک بود که پولاک معتقد بود در تقلیل جمعیت ایران سهم اصلی و اساسی را بر عهده داشته است (۲۵)، هرچند در دوران پهلوی اول اوضاع بهتر از زمانی بود که پولاک کتاب خود را می‌نوشت، اما هنوز هم این بیماری، خطرناک‌ترین بیماری مسری در کشور بود. همچنین یادآور می‌شود که در فارس بسیاری از راه‌ها صعب‌العبور بوده و یا به واسطه حضور گردنکشان محلی ناامن بود. خود این دو عامل برای این‌که آبله‌کوبان را وادار کند به خاطر فرار از مشکلات کارشان گاهی در انجام وظیفه کوتاهی کنند، کافی بود.

اقدامات پیشگیرانه صحنه فارس در مورد سایر بیماری‌ها نیز همیشه همراه با موفقیت کامل نبود. شایعه شیوع وبا در سال ۱۳۰۶ ش. آزمونی جدی برای عملکرد صحنه به شمار می‌رفت. مسؤولان فارس مدعی بودند به علت سرعت عمل رییس صحنه کل مملکتی وبا در فارس مجال بروز نیافته است (۶) به منظور جلوگیری از شیوع وسیع بیماری از مسافرینی که قصد مسافرت به اصفهان داشتند، اجازه‌نامه از صحنه و یا ایالت فارس طلب می‌شد. چندی بعد شیوع بیماری شایعه‌ای بی‌اساس دانسته شد و از ۳۰ مرداد / ۲۲ آگوست کارها از جمله ورود و خروج مسافران به وضع عادی درآمد (۲۸)، اما شواهد بعدی نشان می‌دهد که بروز بیماری فقط در حد شایعه نبوده است. در تاریخ ۱۳۰۶/۶/۲۴ (۱۶ سپتامبر ۱۹۲۷ م.) دکتر حکیم اعظم به ریاست چهل نفر از دانش‌آموختگان پزشکی برای واکسیناسیون عمومی و مبارزه با وبا عازم نواحی جنوبی شدند. واکسیناسیون علیه وبا به دلیل عدم استقبال عمومی پیشرفت مطلوبی نداشت، حتی کارمندان دولت نیز برای تلقیح واکسن به پست‌هایی آبله‌کوبی مراجعه نکردند (۲). در اوایل

تهیه کنند، وگرنه این سگ‌ها ولگرد شناخته شده و نابود می‌شدند (۳۲).

۶- همکاری و هماهنگی میان صحنه و شهرداری

از آنچه تاکنون بیان شد، به خوبی می‌توان به ارتباط تنگاتنگ همکاری میان صحنه و شهرداری پی برد. بهداری (صحنه) بر قسمت بهداری شهرداری تا حدودی نظارت داشت. به منظور ایجاد هماهنگی‌های لازم، قانون استخدام کارمند فنی بهداری شهرداری‌ها از قبیل پزشک، معین پزشک، پرستار و آبله‌کوب و... و همچنین انتقال و انفصال و پیشنهاد ترفیع و اضافه حقوق آن‌ها را به عهده اداره کل بهداری گذاشته بود. همچنین هرگاه قصوری از کارمندان نامبرده مشاهده می‌شد، استاندار نظر خود را به وزارت کشور اعلام می‌کرد تا پس از رسیدگی و کسب نظر اداره کل بهداری اقدام مقتضی به عمل آید (۳۳). شواهدی چون سند مورخ ۱۳۱۰/۱۱/۲۵ (۱۵ فوریه ۱۹۳۲ م.) نشان می‌دهد صحنه کل قبل از تاریخ نام‌برده نیز بر عملکرد اجزا و اعضای صحنه بلدیة شیراز نظارت داشته است (۲۶). به نظر می‌رسد بخشنامه مزبور به منظور جلوگیری از بروز اختلاف میان بخش‌های زیرمجموعه اداره کل بهداری و وزارت کشور صادر شده است.

با وجود پیشرفت نسبی در شاخص‌های بهداشتی در پایان دوران پهلوی اول هنوز فاصله زیادی با وضع مطلوب وجود داشت. سیف‌پور فاطمی به اوضاع بد بهداری شیراز در سال‌های پایانی حکومت پهلوی اول اشاره و می‌نویسد پیوسته بین شهرداری و بهداری بر سر اختیارات هر کدام جنگ بود (۳۴)، هرچند در کاهش مرگ و میر و پیشگیری از برخی بیماری‌ها کامیابی‌هایی حاصل شده شرایط بهداشتی فارس رو به بهبودی می‌رفت، اما هنوز بیماری‌هایی چون تراخم، مالاریا، و پیوک در نواحی مختلف فارس چون بیشتر نقاط لارستان و نواحی ساحلی بوشهر شایع بود (۳۵)؛ در تمام نقاطی که برنج‌کاری می‌شد و یا به هر دلیلی باتلاقی بود، مالاریا شایع بود؛ بیماری‌های دامی چون سیاه‌زخم در برخی مناطق داراب شیوع داشت (۳۵).

با توجه شواهد فوق باید گفت این نظر که در دوره پهلوی اول در اجرای وظایف بهداشتی موفقیت حاصل شده است

شیراز هم اوضاع قصاب‌خانه‌ها رضایت‌بخش نبود (۳۰). در ارسنجان صنف قصاب به معنای واقعی وجود نداشت. تلاش برای تعیین افرادی برای تصدی‌گری آن نیز به دلیل استفاده عموم مردم از قورمه ممکن نبود. در این قصبه قصابی توسط بزازانی که هم‌زمان سبزی‌فروش و میوه‌فروش بودند، آن هم فقط در بهار و تابستان انجام می‌شد. در فصول دیگر مردم از قورمه استفاده می‌کردند (۳).

۵- آیین‌نامه کارخانه جات صنعتی

مهم‌ترین گام حاکمیت برای نظارت بر اصناف را می‌توان در آیین‌نامه کارخانه‌های صنعتی مشاهده کرد. تعداد واحدهای صنعتی فارس و کسانی که در آن‌ها اشتغال داشتند، چندان زیاد نبود. با این وجود این دستورالعمل می‌توانست در بهبود شرایط کارکنان بخش صنعت مؤثر باشد، خصوصاً که بسیاری از زنان فارس به قالی‌بافی مشغول بودند. در اواخر دوران پهلوی اول تلاش برای نظارت بر کارگاه‌های قالی‌بافی آغاز شد. اصلاح ترتیبات داخلی کارخانه‌ها در شهرستان‌ها با نظر شهرداری و بهداری و در بخش‌ها با نظر بخشدار و بهداری انجام می‌گرفت (۳۱). نشستن طولانی‌مدت پشت دار قالی می‌تواند خطراتی برای سلامتی داشته باشد. تغییر شکل ستون فقرات و ایجاد قوز پشتی در اثر خم‌شدن زیاد به طرف منطقه بافت، ورم مفاصل پا و انگشتان، سیاه‌زخم و ناراحتی‌های پوستی و ریوی در اثر تماس با پشم و استنشاق ذرات گرد و غبار و اختلالات بینایی بخشی از مشکلاتی است که شرایط ناسالم کارگاه قالی‌بافی می‌تواند به همراه داشته باشد. در آیین‌نامه شرایط لازم کارگاه‌های قالی‌بافی مشخص شده بود. آفتاب‌گیربودن و تهویه مناسب هوا، تناسب تعداد کارگاه قالی و وسعت اتاق، توجه به نحوه گرم‌کردن کارگاه و وجود هواکش برای بخاری‌ها، نظافت کارگاه و ضدعفونی‌کردن هفتگی کارگاه، توجه به راحتی محل نشستن و سلامتی کارگران در این آیین‌نامه مورد تأکید قرار گرفته بود. آیین‌نامه همچنین کارکردن افراد زیر ۱۳ سال را در این کارگاه‌ها ممنوع اعلام کرده بود (۳۱).

در سال ۱۳۱۶ ش. / ۱۹۳۷ م. به منظور جلوگیری از شیوع هاری، صاحبان سگ‌ها ملزم شدند برای سگ‌هایشان قلاده

همکاری و هماهنگی میان شهرداری و بهداری‌ها سبب می‌شد هم شهرداری در انجام وظایفش موفق‌تر باشد و هم عملکرد بهداری بهبود یابد.

در سال‌های نخست حکومت پهلوی اول، به دلایل چندی میزان مرگ و میر افراد زیاد بود. از سوی دیگر به سبب کمی نیروی پزشکی دسترسی همگان به پزشک ممکن نبود. در طول حکومت پهلوی اول جلوگیری از فعالیت طبای سنتی غیر مجاز دنبال گردید. تا مدت‌ها جلوگیری از فعالیت طبای غیر مجاز ممکن نبود و برای پرکردن خلأ ناشی از کمبود نیروی پزشکی از طبای صحنی سیار بهره برده شد، حتی با این روش نیز دسترسی همه به پزشک ممکن نبود، زیرا اولاً تعداد این پزشکان به اندازه کافی نبود؛ ثانیاً آنان قادر به سرکشی به تمام مناطق حوزه خود در فواصل کوتاه نبودند؛ ثالثاً به دلیل وضع نامناسب راه‌ها و شرایط طبیعی و آب و هوایی سفر در فارس راحت نبوده و گاه غیر ممکن بود. در سال‌های نخستین حکمرانی پهلوی اول مرگ و میر ناشی از بیماری‌های مسری و غیر مسری در فارس زیاد بود. تحولات صورت‌گرفته در حوزه بهداشت و درمان در بهبود فضای بهداشتی و درمانی فارس تأثیر مثبت داشت، اما نباید در این باره چندان خوش‌بینانه به موضوع نگریست. در آمار مربوط به مرگ و میر افراد همیشه تمام بیماری‌ها لحاظ نمی‌شد، زیرا گزارش مرگ و میر برخی بیماری‌ها اجباری نبود. ناآگاهی از اصول صحیح بهداشتی و فضای زندگی ناسالم، در به وجود آوردن وضعیت بهداشتی ناهنجار فارس نقش قابل‌توجهی داشت. حکومت بارها کوشید با واکسیناسیون جلوی عواقب وخیم بیماری‌های مسری را بگیرد. متأسفانه به دلیل باورهای نادرست و خرافاتی برخی از مردم همکاری لازم با صحنی صورت نمی‌گرفت. استفاده از زور و اجبار برای واکسیناسیون به طور غیر مستقیم دنبال گردید. از آنجایی‌که هنوز در بیشتر نقاط ایران، از جمله فارس، عصر رسانه‌ها به معنای واقعی آن فرا نرسیده بود، نمی‌توان در تغییر وضع بهداشتی فارس نقش چندانی برای رسانه‌ها در نظر گرفت. درصد پایین باسوادان، کمی قشر روزنامه‌خوان، همراه و همدل نبودن بخشی از جامعه که در بین عموم نفوذ معنوی داشتند سبب می‌شود بیشتری موفقیت‌های به دست‌آمده در

(۳۶)، لاقفل در مورد فارس درست نیست. بی‌شک از تعداد مبتلایان به برخی بیماری‌های واگیردار و کشنده چون آبله کاسته شد، اما این بیماری در فارس ریشه‌کن نشد. آماری بیماری‌های مسری در شیراز، برخوردارترین شهر فارس در سال ۱۳۲۳ ش. / ۱۹۴۵-۱۹۴۴ م. به لحاظ امکانات بهداشتی، گویای نکات بسیاری است.

جدول مبتلایان به بیماری‌های مسری در سال ۱۳۲۳ ش.

برگرفته از کتاب رومی

بیماری	تعداد مبتلایان	مرگ در اثر آن	درصد
تیفوس	۱۳۵	۲۶	۱۸.۳
تیفوئید	۷۵	۵	۲۰
اسهال خونی	۴۲۶	۳۵	۸.۲
دیفتری	۶۴	۴	۶.۲
آبله	۱۶	۴	۲۵
سرخچه	۱۷۸	۷	۳.۹

به مجموع مبتلایان جدول فوق بایستی ۲۶۱ نفر که از تریاک مسموم شده‌اند را باید افزود (۳۷). مقایسه میان جدول فوق و جدولی که در مورد متوفیات شش‌ماهه نخست سال ۱۳۰۵ ش. / ۱۹۲۶ م. آورده شد، نشان می‌دهد میزان شیوع بیماری‌های واگیردار در فارس هنوز بالا است. آمار بالا مربوط به نخستین سال‌های حکمرانی پهلوی دوم است و طبعاً انتظار می‌رود وضعیت بهداشتی بهبود نمایانی یافته باشد. بسیار جالب است که بدانیم طبق نظام‌نامه وظایف طبای صحنی سیار مربوط به اواخر سال ۱۳۱۲ ش. / ۱۹۳۴ م. پزشکان نسبت به اعلان شمار مبتلایان و متوفیات ناشی از برخی بیماری‌ها واگیردار چون سل، سیاه‌سرفه، آنفولانزا، ذات‌الریه و چند بیماری دیگر، به صحنی کل، وظیفه‌ای نداشتند (۱۳)، این یعنی مرگ و میر همواره بیش از ارقام اعلام‌شده صحنی کل بوده است.

نتیجه‌گیری

تمرکز مؤسسات بهداشتی در دوران حکومت پهلوی اول با وجود داشتن برخی نتایج مثبت به طور کامل عملی نشد.

وضع موجود را غیرممکن می‌ساخت؛ ۷- در نهایت جایی نیز در میان عوامل ذکر شده باید برای فقر، توسعه‌نیافتگی جامعه و سیاست‌های نادرست دولت در سال‌های پیش در نظر گرفت.

حیطه بهداشت و درمان را مرهون اجبار به شکل‌های مختلف آن بدانیم و نه کار فرهنگی. مسلم است که مقصود ما این نیست که کار فرهنگی کم‌بها بوده و یا در توسعه بهداشتی فارس نقشی نداشته است، بلکه اجبار برای تحقق اهداف کوتاه‌مدت حکومت چون واکسیناسیون و یا موارد مشابه زودتر منتج به نتیجه می‌شد. مواردی چون الزام به داشتن گواهی آبله‌کوبی، واداشتن قصابان به کشتار دام در کشتارگاه و نظارت بر مسلخ‌ها، فشار جهت بر روسپیان شهر برای معاینه آنان به منظور کنترل بیماری‌های جنسی و اقداماتی از این دست به بهبود فضای بهداشتی جامعه کمک شایانی نمود. دل‌بستگی مردم به شیوه‌های طب سنتی نیز بالاچار گسسته شد.

در ارزیابی کلی باید گفت در دوران پهلوی اول گام‌های مثبتی در بهبود بهداشت و سلامت عمومی برداشته شد. نظارت بر وضعیت بهداشت و سلامت عمومی نظام‌مندتر گردید. حیطه تعهدات دولت در امور بهداشتی افزایش یافت. واکسیناسیون و قرنطینه و وضع بهداشت اصناف تحت نظارت بیشتر قرار گرفت.

با این حال به نظر می‌رسد به دلایل زیر نمی‌توان از جهش در وضعیت بهداشتی فارس سخن گفت: ۱- علی‌رغم تلاش دولت، میان نیروی پزشکی و نیازهای جامعه فارس هرگز تعادل وجود نداشت؛ ۲- باوجود تلاش برای ریشه‌کنی آبله، مالاریا و سایر بیماری‌های واگیردار این بیماری‌ها تا پایان دوران پهلوی اول شیوع داشت؛ ۳- مراکز درمانی فارس در دوران پهلوی اول اندک بوده و پاسخگوی نیاز مردم نبود؛ ۴- هرچند در دوره مورد بحث تلاش‌هایی برای تهیه دارو و حتی توزیع مجانی دارو میان نیازمندان صورت گرفته است، اما دارو همیشه به موقع و به میزان لازم در دسترس مردم نبوده است؛ ۵- به دلیل این‌که مردم نسبت به مسائل بهداشتی آگاهی کافی نداشته و همدلی و درک مشترک لازم میان مردم و مسؤولان محلی وجود نداشت، همکاری میان مردم و کارگزاران عرصه بهداشت و درمان به نحو مطلوب وجود نداشت؛ ۶- مهم‌ترین عاملی که مانع پیشبرد سیاست‌های دولت در زمینه بهداشت و درمان در فارس بود، کمی اعتبارات و منابع مالی تخصیص‌یافته بود که ایجاد تغییری بنیادی در

References

1. Hashemian H. Health Assembly. *Baharestan Message Journal* 2011; 3(11): 55-81. [Persian]
2. Negotiations of the National Assembly. Sixth Period of Legislation. Tehran: Publication of Parliament; 1927. [Persian]
3. Fars (Sakmaf) National Library and Document. No.98-293-1239. [Persian]
4. Estakhr Newspaper. No.32. January, 1925. p.17. [Persian]
5. Estakhr Newspaper. No.31. November 30, 1926. p.2. [Persian]
6. Fars (Sakmaf) National Library and Document. No.98-293-16071. [Persian]
7. Fars (Sakmaf) National Library and Document. No.98-293-14659. [Persian]
8. Fars (Sakmaf) National Library and Document. No.98-293-5106. [Persian]
9. Negotiations of the National Assembly 1308. March 3, Meeting 104; 1666. [Persian]
10. Kadivar M. The biography of Haj Gholam Hossein Kadivar Fassaie. Tehran: Kavir; 2005. p.1258-1322. [Persian]
11. EstakhrNewspaper. No.20. September 5, 1927. p.5. [Persian]
12. Anvari AH. Selected Articles and News from Important newspapers about a Persian Gulf. Tehran: Iranology Foundation; 2008. [Persian]
13. Fars (Sakmaf) National Library and Document. No.98-293-972. [Persian]
14. Fars (Sakmaf) National Library and Document. No.98-293-10951. [Persian]
15. Bayane Haghigat Newspaper. No.16. August 14, 1934. p.3. [Persian]
16. Estakhr Newspaper. No.2. April 3, 1928. p.4. [Persian]
17. Estakhr. No.40. January 18, 1924. p.3. [Persian]
18. Golestan Newspaper. No.487 and 440. January 18, 1924. p.3. [Persian]
19. Estakhr Newspaper. No.23. September 28, 1927. p.3. [Persian]
20. Estakhr Newspaper. No.588. March 17, 1931. p.3. [Persian]
21. Estakhr Newspaper. No.625. May 13, 1919. p.1. [Persian]
22. Mahboubi Ardakani H. The History of New Civilization Institutions in Iran. 2nd ed. Tehran: Tehran University Press; 1991. Vol.1. [Persian]
23. Fars (Sakmaf) National Library and Document. No.98-293-3202. [Persian]
24. Fars (Sakmaf) National Library and Document. No.98-293-13042. [Persian]
25. Pollock JE. Pollack's Travelogue "Iran and Iranians". Translated by Jahandari K. Tehran: Kharazmi; 1986. [Persian]
26. National Documents and Library (Sakm). No.293-33059. [Persian]
27. National Documents and Library (Sakm). No.293-6814. [Persian]
28. EstakhrNewspaper. No.7. May 17, 1928. p.1. [Persian]
29. Fars (Sakmaf) National Library and Document. No.98-293-12164. [Persian]
30. Fars (Sakmaf) National Library and Document. No.98-293-9542. [Persian]
31. Fars (Sakmaf) National Library and Document. No.98-283-7584. [Persian]
32. Fars (Sakmaf) National Library and Document. No.98-293-2707. [Persian]
33. Fars (Sakmaf) National Library and Document. No.98-293-6983. [Persian]
34. Seyfpour Fatemi N. The days of memories of the developments of Fars on the eve of the Second World War of the 14th Majles and the crisis of Azerbaijan in 1317-1317. Tehran: Publication and Research of Shiraz; 2000. [Persian]
35. Razmara A. Military Geography of Iran. Tehran: Army Print; 1944. [Persian]
36. Torabi Farasani SO, Ebrahimi M. Baldieh and Public Health during the First Pahlavi Period. *The Journal of Islamic and Iranian History, Al-Zahra University* 2014; 24(24): 79-96. [Persian]
37. Roomi S. History of Shiraz Medical Journal from Beginning to 2008. Shiraz: Navid; 2008. [Persian]