University of Sistan and Baluchestan

Journal of Historical Researches of Iran and Islam

Print ISSN: 2345 - 2099
Online ISSN: 2717 - 2953

A New Reading of the Historical course of the process of combating Malaria in the form of development plans 1948-1967

Kimia Keshtiara [1] **Ali Akbar Jafari**✉ [2] **Morteza Nouraei** [3]

1.PhD student of the history of Iran in the Islamic period, Department of History, Faculty of Literature and Humanities, University of Isfahan. Isfahan, Iran. Email: *k.keshtiara@ltr.ui.ac.ir*
2.(Corresponding Author) Associate Professor, Department of History, Faculty of Literature and Humanities, University of Isfahan. Isfahan, Iran. Email: *a.jafari@ltr.ui.ac.ir*
3.Professor, Department of History, Faculty of Literature and Humanities, University of Isfahan. Isfahan, Iran.Email *m.nouraei@ltr.ui.ac.ir*

Article Info

Article type:

Research Article

Article history:

Received: 1Augu2022

Received in revised form:29Nove2022

Accepted: 1Febr2023

Publishedonline:8April2023

Key word :

Malaria,

Pahlavi period,

Program organization

National Assembly,

Development Plans.

.

ABSTRACT

Malaria is one of the deadliest parasitic and infectious diseases for which, despite the progress of medical science, no definitive treatment has been discovered. This disease was one of the main causes of death in Iran until the Pahlavi period (1941- 1979) and its consequences threatened vulnerable groups such as farmers and workers and affected malaria-prone provinces. Environmental conditions, socio-economic and cultural issues along with climatic elements played an important role in the spread of this disease. Therefore, it is important to examine the performance of the government (1978-1941) as the governing body of society in the face of this epidemic and a problem that has affected the important aspects of people's lives, including the continuation of life and livelihood. One of the solutions of the government in dealing with this disease was the exchange of experience and consensus in advancing the steps that crystallized in the form of development plans. However, comparing the actions of the government and the program organization in different periods showed that the activities were not always successful. Therefore, examining the reasons for the success or failure of the government in controlling and curbing malaria in development programs is a question that is raised in the research. The results using the National Council negotiations and the reports of the program organized in a descriptive-analytical and post-event method showed that although there was a change in health policies by the planners and the government, with the beginning of the development programs in 1948 and with a focus On the causes of disease outbreaks, it was effective in reducing pathogens and reducing the number of patients, changes such as allocation of funds, equipment, and global aid would clarify the reasons for success or failure.

Cite this article: **Keshtiara,Kimia& Jafari ,Ali Akbar& Nouraei, Morteza** (2023). **A New Reading of the historical course of the process of combating Malaria in the form of development plans 1948-1967** . Journal of Historical Researches of Iran and Islam, vol 17, No.32 Pages:324-352.

DOI. 10.22111/JHR.2021.38167.3112

© The Author: **Kimia keshtiara, Ali Akbar Jafari, Morteza Nouraei**
Publisher: University of Sistan and Baluchestan

شاپا چاپی: ۲۳۴۵-۲۰۹۹
شاپا الکترونیکی: ۲۷۱۷-۲۹۵۳

پژوهش‌های تاریخی ایران و اسلام

خوانشی نو از سیر تاریخی روند مبارزه با مالاریا در قالب برنامه‌های توسعه (۱۳۲۷ـ۱۳۵۶ش)

کیمیا کشتی آراء [۱] علی اکبر جعفری [۲] مرتضی نورائی [۳]

۱. دانشجوی دکتری تاریخ ایران بعد از اسلام،گروه تاریخ، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران. k.keshtiara@ltr.ui.ac.ir
۲.(نویسنده مسئول) دانشیار گروه تاریخ، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.a.jafari@ltr.ui.ac.ir
۳. استاد گروه تاریخ، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران. m.nouraei@ltr.ui.ac.ir

اطلاعات مقاله

نوع مقاله:
مقاله پژوهشی

تاریخ دریافت:۱۴۰۱/۰۵/۱۰
تاریخ بازنگری:۱۴۰۱/۰۹/۰۸
تاریخ پذیرش:۱۴۰۱/۱۱/۱۲
تاریخ انتشار:۱۴۰۲/۰۱/۱۹

واژه‌های کلیدی:
مالاریا،
دوره پهلوی،
سازمان برنامه،
مجلس شورای ملی،
برنامه‌های توسعه .

چکیده

مالاریا از مهلک‌ترین بیماری‌های انگلی و عفونی است که به رغم پیشرفت علم پزشکی درمان قطعی برای آن کشف نشده است. این بیماری در ایران تا دوره پهلوی(۱۳۲۰–ش۱۳۵۷ش)، یکی از دلایل اصلی مرگ و میر بود که به لحاظ گستردگی، پیامدهای آن اقشار آسیب‌پذیر مانند کشاورزان و کارگران را تهدید و استان‌های مالاریاخیز را درگیر می‌کرد. شرایط محیطی، مسائل اقتصادی– اجتماعی و فرهنگی در کنار عناصر اقلیمی نقش مهمی در شیوع بیماری داشتند. از این رو بررسی عملکرد دولت(۱۳۲۰–۱۳۵۶ش/۱۹۴۱–۱۹۷۸م)، به عنوان نهاد اداره کننده جامعه در مواجه با این بیماری همه‌گیر و معضلی که بر جنبه‌های مهم زندگی افراد از جمله ادامه حیات و معیشت تأثیر داشت، حائز اهمیت است. یکی از راهکارهای دولت در مقابله با بیماری، تبادل تجربه و هم اندیشی در پیشبرد گام‌هایی بود که در قالب برنامه‌های توسعه تبلور پیدا کرد. اما مقایسه اقدامات دولت و سازمان برنامه در ادوار مختلف نشان داد، فعالیت‌ها همواره با کامیابی همراه نبوده است. از این رو بررسی علل موفقیت یا ناکامی دولت در کنترل و مهار مالاریا در برنامه‌های توسعه پرسش مطرح در پژوهش است. نتایج با بهره‌گیری از مذاکرات مجلس شورای ملی و گزارش‌های سازمان برنامه، به روش توصیفی– تحلیلی و پسارویدادی نشان داد، گرچه تغییر در سیاست‌گذاری‌های بهداشتی از سوی برنامه‌ریزان و دولت، با آغاز برنامه‌های توسعه(۱۳۲۷ش/۱۹۴۸م)، و تمرکز بر دلایل شیوع بیماری در کاهش عوامل بیماری‌زا و تقلیل تعداد بیماران مؤثر بود، متغییرهایی همچون تخصیص بودجه، تجهیزات و مساعدت‌های جهانی دلایل کامیابی یا ناکامی در مبارزه با بیماری را روشن می‌کرد.

استناد: کشتی آراء ،کیمیا و جعفری ،علی اکبر و نورائی، مرتضی (۱۴۰۲)**خوانشی نو از سیر تاریخی روند مبارزه با مالاریا در قالب برنامه‌های توسعه (۱۳۲۷ـ۱۳۵۶ش/۱۹۴۸ـ۱۹۶۷م)**،پژوهش‌های تاریخی ایران و اسلام، بهار و تابستان ۱۴۰۲، دوره ۱۷، شماره ۱ – شماره پیاپی ۳۲، ص۳۲۴–۳۵۲.

DOI. 10.22111/JHR.2021.38167.3112

© نویسندگان . کیمیا کشتی آراء و علی اکبر جعفری و مرتضی نورائی

ناشر: دانشگاه سیستان و بلوچستان

مقدمه

مالاریا یکی از انواع بیماری‌های انگلی است که از زمان‌های قدیم به دلیل بروز عفونت، از کشنده-ترین بیماری‌های شناخته شده محسوب می‌شده است. بنا بر گزارش‌های پزشکی، به رغم گذشت مدت زمان زیادی از شناخت این بیماری، عدم کشف درمان قطعی برای مقابله با آن سبب قربانی شدن افراد زیادی در سرتاسر دنیا از جمله ایران شده و همواره از دغدغه‌های دولت‌ها بوده است. انگل این بیماری مُسری و عفونی بوده که پس از تکثیر در گلبول‌های قرمز خون و آسیب به کبد، موجب کم خونی و ضعف شده و به دلیل دوره نهفتگی در دسته‌ی بیماری‌های همه‌گیر یا اپیدمی(۱) قرار می‌گیرد. بیماری به واسطه‌ی پشه آنوفل به انسان منتقل می‌شود و حتی پشه‌های غیر آلوده نیز با تغذیه خون فرد بیمار، ناقل شده و احتمال گسترش بیماری از طریق چرخه انتقال، افزایش می‌یابد. از این رو مقابله با این معضل به دلیل گستردگی و شیوع در جهان به ویژه پس از جنگ جهانی دوم حائز اهمیت شد؛ به گونه‌ای که برنامه‌هایی در سطح جهانی برای مقابله با آن با همکاری دولت‌های درگیر به اجرا درآمد. در ایران، نیز پس از تدوین و تهیه برنامه‌های توسعه از سال ۱۳۲۷ش/۱۹۴۸م، در حوزه مسائل بهداشتی، مبارزه با گسترش این بیماری در کشور مورد توجه قرار گرفت. البته این بدان معنا نیست که پیش از آغاز برنامه‌های توسعه در ایران، اقداماتی در این خصوص انجام نمی‌شد، بلکه پس از آغاز برنامه به دلیل آمار بالای مرگ و میر که سبب می‌شد از مالاریا با عنوان بلا یاد شود با اختصاص بخشی از کمک‌های بین المللی در قالب اصل چهار ترومن و بودجه در مناطق روستایی و محروم مبارزه با این بیماری به صورت منسجم و با هدف‌گذاری‌های مشخصی پیگیری شد.

در این راستا، هدف مطالعه حاضر روشن ساختن عملکرد دولت و سازمان برنامه و رویکرد مجلس شورای ملی در قالب برنامه‌های توسعه برای مبارزه با مالاریا، به دلیل تأثیرات اقتصادی – اجتماعی آن است. پژوهش در نظر دارد به روش توصیفی – تحلیلی و پسا رویدادی علل موفقیت یا ناکامی دولت در کنترل و مهار مالاریا را در مقایسه دوره‌های مختلف برنامه‌های پنج گانه توسعه مورد ارزیابی قرار دهد و به بررسی متغییرهایی مانند نقاط قوت و ضعف، فرصت‌ها و چالش‌ها در چگونگی تعامل این نهادها در سطوح مختلف در مهار عوامل بیماری‌زا و بازتاب آن در قوه مقننه بپردازد.

فرضیه مطرح آن است که مشکلات مالی و عدم مدیریت صحیح سبب شد اقدامات و راهکارهای ارائه شده به رغم کامیابی در برخی جنبه‌ها در مهار کامل مالاریا مؤثر نباشد. تکیه تحقیق بر گزارش‌های منتشر شده از مبادی رسمی مانند سازمان برنامه، مشروح مذاکرات مجلس و اسناد بالادستی است و از گزارش‌های جراید، نیز بهره گرفته شده است. بررسی‌ها نشان می‌دهد تعامل قوای مجریه و مقننه با سازمان برنامه را در مبارزه با مالاریا می‌تواند در چند سطح دسته بندی کرد. در ابتدا توافق برنامه‌ریزان و دولت در لزوم همسویی و همکاریی در مبارزه با بیماری، سپس اختصاص بودجه به بخش‌های مختلف مانند مؤسسات تحقیقاتی و در نهایت گسترش فعالیت‌ها در تمام کشور. اقداماتی که سبب شد به رغم کاستی‌ها دولت با بهره‌گیری از تکنیک‌های جهانی و تبادل نظر با ارگان‌هایی مانند سازمان بهداشت جهانی، در همکاری با سازمان برنامه موفق شود پس از شناسایی مناطق مستعد، شیوه‌هایی را برای مبارزه با بیماری و تقلیل تعداد بیماران به کار گیرد. با این حال آسیب شناسی اقدامات نشان داد، به غیر از شرایط اقلیمی، پارامترهایی مانند خشکسالی، دما و رطوبت در کنار سطح پایین بهداشت محیطی که در گسترش بیماری از عوامل نقش داشتند، رویکرد پنهان در شیوه ارائه خدمات و اولویت بخشی به استان‌ها سبب شد پتانسیل‌ها و توانمندی‌های اقتصادی یک منطقه در دریافت خدمات دخیل باشد. به همین خاطر بالاترین میزان شکایات به مجلس شورای ملی از استان‌های پرتراکم و مناطق کم تراکم اما محرومی ارسال می‌شد که به دلیل ساختار اجتماعی، نوع معیشت، موقعیت جغرافیایی، بهداشت محیطی و راه‌های کسب درآمد بیشترین لطمات مالی و جانی ناشی از شیوع بیماری را تجربه می‌کردند. همچنین مشخص شد محدودیت‌های مالی، کمبود تجهیزات و کادر درمان، توان دولت را در بلند مدت برای مبارزه گسترده با بیماری اندک کرد و تمرکز امکانات رفاهی و مدیریت ناصحیح سبب شد مناطق مهاجرپذیری مانند تهران همواره مستعد بازگشت بیماری باشند.

پیشینه پژوهش: در حوزه مطالعه در خصوص بیماری مالاریا در ایران می‌توان تحقیقات را به چند دسته تقسیم کرد. پژوهش‌هایی که از سوی اداره کل ریشه کنی مالاریا و مبارزه با بیماری‌های واگیردار صورت گرفته و بر جنبه پزشکی و شناخت نواحی درگیر تأکید بیشتری دارند. مظفری،

مستوفی الممالکی، هاشمی(۱۳۹۱) نقش عوامل محیطی را در گسترش بیماری بررسی کرده‌اند. تحقیقاتی مانند، جلالی مسلم(۱۳۳۴)، فقیه(۱۳۴۹)، ادریسیان(۱۳۸۱)، کرمی و کثیری(۱۳۹۵)، خواجه و الهیاری و کجباف(۱۳۹۷)، که افزون بر بررسی تاریخچه این بیماری در ایران، به سیر مبارزه با آن در مناطق مختلف کشور و دلایل اجتماعی گسترش بیماری اشاره کرده‌اند. همچنین منابعی مانند لیلاز(۱۳۹۲)، که به ارزیابی تاریخ برنامه‌های توسعه به صورت جامع و در بخش‌های مختلف پرداخته‌اند، اما هیچ یک از این پژوهش‌ها اقدامات دولت در همکاری با سازمان برنامه را در مبارزه با مالاریا در قالب برنامه‌های توسعه و رویکرد مجلس در این خصوص را به دلیل نیاز جامعه و تبعات اقتصادی ـ اجتماعی منعکس نمی‌کنند. از این حیث، مشابه این پژوهش پیش از این صورت نگرفته است.

۱. بازتاب نخستین گام‌های مبارزه با مالاریا در مجلس شورای ملی

بهداشت عمومی و گسترش آن به لحاظ کّمی و کیفی، همواره یکی از شاخص‌های کلیدی در تحلیل میزان توسعه یافتگی یک کشور است؛ زیرا جامعه برای ادامه حیات، به نیروی انسانی سالم به عنوان پیشتوانه‌ی اجتماعی – اقتصادی نیاز دارد و هرگونه خللی در این خصوص در ابعاد گسترده نمود پیدا می‌کند. اهمیت همین مسئله سبب شد با آغاز برنامه‌های توسعه در ایران، به حوزه‌های بهداشت عمومی و مبارزه با امراض، به عنوان محورهای کلیدی توجه بیشتری شود. زیرا برای سالیان متمادی مردم از کمبود بهداشت و نبود آموزش کافی در این زمینه در رنج بودند؛ بنابراین نیاز مبرم به برنامه‌های بهداشتی به عنوان یکی از شاخه‌های اصلی برنامه‌های پنج گانه توسعه(۱۳۲۷–۱۳۵۶ش) محسوب شد. به همین منظور در نخستین گام‌ها پیرامون مطالعه و تهیه برنامه‌های توسعه، بخشی از فعالیت‌های یکی از کمیسیون‌های فرعی هیئت عالی برنامه، به بررسی وضعیت بهداشت عمومی در سطح جامعه اختصاص یافت و مبارزه با بیماری‌های واگیردار به یکی از موضوعات اصلی برنامه‌ریزان این هیئت تبدیل شد(سازمان برنامه،۱۳۲۷: ۴۹)، مهم‌ترین دلیل این امر توجه اندک مردم به حفظ بهداشت محیطی، فردی و اجتماعی و نداشتن آموزش لازم در این زمینه بود. افزون بر این مسئولین وظایف خود را در طول سال‌های قبل به نحو احسن انجام

نداده بودند به همین خاطر بیماری‌های واگیردار و انگلی ناشی از عدم رعایت بهداشت در رأس بیماری‌های بحران آفرین در کشور قرار داشتند و از آن‌جایی که در علم پزشکی، پیشگیری بر درمان اولویت دارد، از دیدگاه برنامه‌ریزان لازم بود، مبارزه با مالاریا به لحاظ گستردگی در سطح جامعه و خطرآفرین بودن مورد رسیدگی قرار گیرد(ناصری،۱۳۶۳: مقدمه). بیماری که سابقه‌ی شناخت آن به دوران ایران باستان باز می‌گشت، اما به دلیل کمبود آگاهی و دانش لازم راه‌های مقابله و درمان آن مؤثر نبود و با خرافات آمیخته شده بود(الگود،۱۳۷۱: ۴۰۷؛ آقا رضایی و رضایی،۱۳۹۶: ۱۹۲). عدم دسترسی به آب پاکیزه، وجود باتلاق‌ها و آب‌های راکد در گسترش بیماری به ویژه در شالیزارها نقش مهمی داشت. این معضل از دوره قاجار به دلیل بی توجهی دولت و نبود تجهیزات، به صورت چشمگیری گسترش یافته بود. بخشی از مطالعات و بررسی‌های علمی با همکاری گروه‌های سازمان بهداشت جهانی در خصوص این بیماری در ایران از سال ۱۳۰۰ش، آغاز شده بود و میزان شیوع بالای مالاریا در مناطق شمالی و ابتلای سالانه در حدود ۴ تا ۵ میلیون نفر در کشور نشان می‌داد، دولت برای مقابله با این بیماری به کمک‌های بین المللی و عزمی راسخ‌تر نیاز دارد، تا با یکی از شایعترین بیماری در ایران مقابله نماید(ادریسیان،۱۳۸۱: ۵۰؛ ناصری،۱۳۶۳: ۴). دلیل عمده گسترش بیماری را می‌توان در ساختار اجتماعی، نوع معیشت و وابستگی زندگی به کشاورزی دانست، به گونه‌ای که به رغم گذر زمان در آستانه‌ی برنامه اول توسعه(۱۳۲۷ش/۱۹۴۸م)، نیز بیش از ۷۵ درصد مردم ایران، ساکن مناطق روستایی با سطح بهداشت پایین و از نظر شغلی، وابسته به کشاورزی سنتی بودند. همچنین پراکندگی جمعیت در نواحی مالاریاخیز بیشتر بود؛ به همین دلیل در حدود ۴۱ درصد از کل میزان مرگ و میرهای سالانه در ایران، ناشی از این بیماری بود. این مسئله در گزارش‌های ارائه شده به مجلس شورای ملی از اول خرداد سال ۱۳۰۳ش/۱۳۴۲ق، به چشم می‌خورد. چنان‌که چمن کمال آباد(۲) به دلیل وجود آب‌های آلوده و باتلاق‌ها به یکی از مناطق مساعد گسترش بیماری تبدیل شده بود و هر سال تعداد زیادی از زارعین و کارگران قراء اطراف را گرفتار می‌کرد و ضررهای مالی به دنبال داشت، زیرا افراد پس از ابتلا بیمار دچار ضعف و تب شده و قادر نبودند فعالیت‌های شغلی و سنگین انجام دهند.

از راهکارهای پیشنهادی نمایندگان مجلس، از دوره قاجار خشکاندن این باتلاق‌ها از سوی دولت یا واگذاری آن‌ها به رعایا بود. نمایندگان معتقد بودند، دولت می‌تواند این زمین‌ها را به زارعین بسپارد تا به خرج خود باتلاق‌ها را خشک کنند و در مقابل مالکیت زمین‌ها را بگیرند و به دولت عایدات بپردازند. راهکار دیگر از نظر نمایندگان مجلس، تأمین آب پاکیزه بود، زیرا یکی از عمده‌ترین دلایل گسترش بیماری، عدم دسترسی به آب آشامیدنی سالم بود(مجلس پنجم شورای ملی،۱۳۰۳:جلسه۲۲). به گفته نمایندگان مجلس در اواخر دوره قاجار۱۳۰۴ش/۱۳۴۳ق، شهریار، ساوجبلاغ، مازنداران، خراسان و گیلان، مهمترین کانون‌های درگیر مالاریا بودند، به گونه‌ای که میزان مبتلان به آن بالاتر از امراضی مانند سل بود(مجلس پنجم شورای ملی،۱۳۰۴:جلسه۱۸۹). همچنین به غیر از سواحل دریای خزر، بیماری به صورت گسترده در کردستان، آذربایجان، همدان، خوزستان و سواحل خلیج فارس، شایع بود و به نسبت کمتر در کرمان، یزد و اصفهان به چشم می‌خورد(خواجه، الهیاری و کجباف،۱۳۹۷: ۱۹۷). از دلایل مهم عدم موفقیت دولت در مبارزه با مالاریا در این برهه زمانی، علاوه بر کمبود امکانات، ناهماهنگی دستگاه‌های مجری و مسئول بود. برای مثال، لایحه خشکاندن، سیاه آب‌ها و باتلاق‌های شهریار پس از ارائه به مجلس، به رغم تأکید نمایندگان در رسیدگی به این وضع در سال ۱۳۰۴ش/۱۳۴۴ق، در دستور کار قرار نگرفت. هرچند دلیل این تعلل مشخص نبود، اما بی توجهی سبب شد دامنه بیماری تا ورامین کشیده شود(مجلس پنجم شورای ملی،۱۳۰۴:جلسه۱۹۲). تنها اقدام مثبت در این دوره، برخی فعالیت‌های انستیتو پاستور برای شناسایی بیماری‌های همه گیر بود(کرمی و کثیری،۱۳۹۵: ۸ ـ۷).

در سال‌های اول قدرت‌گیری رضاشاه، نیز به دلیل ضعف اقتصادی و پیامدهای ناشی از جنگ جهانی اول، تغییر عمده‌ای در وضعیت بهداشت کشور ایجاد نشد. از این رو نمایندگان در بیشتر جلسات مجلس شورای ملی، به ویژه در سخنان پیش از دستور با اشاره به مشکلات بیماری، اهمیت پیشگیری از گسترش آن را یادآوری می‌کردند. به ویژه آن که مالاریا مختص یه طبقه فقرا نبود و حتی اغنیا را درگیر می‌کرد و چند نماینده مجلس نیز پس از ابتلا به بیماری توان حاضر شدن در جلسات را نداشتند. فتح الله خان اکبر، نماینده گیلان در دوره پنجم در زمره افرادی بود که پس از

گرفتار شدن به بیماری چند ماه در مجلس حضور نداشت(مجلس پنجم شورای ملی،۱۳۰۴:جلسه۱۷۹). اما دولت به دلیل سایر مشغله‌ها نمی‌توانست اقدام جدی در این خصوص انجام دهد(مجلس پنجم شورای ملی،۱۳۰۴ش: جلسه۲۱۲). به همین دلیل به گفته نمایندگان ادوار چهارم تا ششم مجلس شورای ملی، مالاریا همواره از موارد شکایت مردم به مجلس، به ویژه در مناطق کارگرنشین به دلیل وجود آب‌انبارهای آلوده بود(مجلس ششم شورای ملی،۱۳۰۶:جلسه۲۱۰). تحقیقات انستیتو پاستور در این دوره به دلیل شیوع بیماری سل، بر این بیماری متمرکز بود و به مالاریا توجه کمتری داشت. هرچند مطابق گزارش دکتر حسین بهرامی(احیاء الدوله)(۴) به سازمان ملل، مالاریا به لحاظ گستردگی در سطح کشور در ردیف اول قرار داشت(کرمی و کثیری،۱۳۹۵: ۳).

در سال ۱۳۱۲ش/۱۹۳۳م، به دنبال برقراری تدریجی ثبات در کشور و کاهش معضلات، به ویژه در حوزه سیاسی و اقتصادی، ردیف بودجه‌ای جدا برای مبارزه با مالاریا تعریف و واحدی برای تحقیق در خصوص مالاریا به سرپرستی دکتر عمیدزاده تشکیل شد. به عقیده برخی از نمایندگان مجلس، ترکیه می‌توانست الگو مناسبی در مسیر با مالاریا، برای کشور باشد زیرا در مبارزه با بیماری نسبتاً موفق عمل کرده بود. بنابراین نمایندگان انتظار داشتند دولت در این زمینه عملکرد بهتری داشته باشد و تعریف بودجه نخستین فعالیت‌های منسجم در مقابله با مالاریا پیش از برنامه‌های توسعه به حساب می‌آمد(مجلس نهم شورای ملی،۱۳۱۲:جلسه۴۵). در این دوره، بخشی از مسئولیت رسیدگی به بیماران به جمعیت شیر و خورشید سرخ واگذار شد و سایر فعالیت‌های دولت شامل آموزش همگانی، توزیع گنه گنه برای بیماران، خشکاندن باتلاق‌ها و اعزام گروهی از دانش آموختگان به ایتالیا برای یادگیری راه‌های مقابله، توزیع کینین، نفت‌پاشی روی آب‌های راکد و بهسازی محیط در مناطقی با سطح بالاتر آلودگی بود، البته این اقدامات به علت فقدان امکانات و کمبود تجربه عملی به صورت محدود اجرا در می‌آمد(خواجه، الهیاری وکجباف،۱۳۹۷: ۱۹۸). برای مثال به گفته دکتر ابوتراب نفیسی در بخشی از خاطراتش، لابراتوار بیمارستان ارتش اصفهان، تنها آزمایشگاه پزشکی شهر بود که در آن تجهیزات ابتدایی یک آزمایشگاه صحرائی مانند میکروسکوب

وجود داشت. به همین خاطر پس از شیوع نوع کشنده‌ای از بیماری مالاریا به نام فالسیپارم(۵) در پاقلعه و احمدآباد در سال‌های ۱۳۱۵-۱۳۱۶ به دلیل وجود مادی‌ها و چشمه‌های آلوده، فقط در این بیمارستان امکان معالجه بیماران و تجویز داروهایی مانند آمپول کینین و اتبرین وجود داشت(نفیسی،۱۳۵۳: ۴۵). اما همین اقدامات محدود نیز به دنبال وقوع جنگ جهانی دوم، به حال رکود درآمد، به گونه‌ای که در سال‌های آشفته‌ی پس از شهریور۱۳۲۰ش/۱۹۴۱م، کشور به دلیل حضور متفقین، ناامنی راه‌ها، آسیب بخش صنعتی و کشاورزی، تورم و قحطی، متحمل خسارت‌های بسیاری شد و امراض مختلف از جمله مالاریا، گسترش یافتند. لطمه ناشی از گسترش این بیماری قابل توجه بود و مطابق شکایت‌های ارسالی از ساری به مجلس، بیشترین زیان را متوجه مازندران شده بود و هم پایه تراخم، سفلیس و آبله در این منطقه قربانی می‌گرفت و اداره بهداری توان مقابله با آن را نداشت. افزون بر این نواحی مرکزی و جنوبی مانند قم نیز درگیر شده بودند(مجلس چهاردهم شورای ملی،۱۳۲۴:جلسه۱۷۳). به همین دلیل لازم بود چاره‌ای اندیشیده و اقدامات وزارت بهداری متمرکز شود، بنابراین تا پیش از آغاز برنامه توسعه در چند حوزه راهکارهایی اندیشیده شد.

۲.اقدامات تسهیل کننده در مبارزه با مالاریا در برنامه اول توسعه۱۳۲۷ش

تا سال۱۳۲۰ش/۱۹۴۱م، و پیش از آغاز برنامه‌های توسعه، مبارزه با مالاریا در ایران بیشتر بر توزیع دارو با هدف درمان بیماران، دوره‌های آموزشی و مبارزه با پشه آنوفل از طریق خشک‌کردن آب‌های راکد و پاشیدن گازوئیل تمرکز داشت. سوابق مستند حاکی از آن است که شرایط اقلیمی ایران در گسترش این بیماری و لانه‌های لاروی ناقل، نقش مؤثری داشت و خشکسالی، کمبود آب و نبود لوله‌کشی، از معضلات اصلی در بیشتر مناطق روستایی و شهری بود. به همین دلیل، پیش از آغاز برنامه توسعه، مطابق قانون مصوب سال ۱۳۲۴ش/۱۹۴۵م، یکی از وظایف اداره مراقبت و جلوگیری از بیماری‌های واگیر زیر نظر وزارت بهداری، به طور خاص مبارزه با مالاریا بود. وظیفه این دایره، شامل جلوگیری از مالاریا، مطالعه پیرامون دلایل ابتلا به بیماری، اقدامات لازم برای مبارزه با آن، تهیه وسایل تربیت کارمندان برای مبارزه عملی و تهیه طرح‌های جدید و نظارت در اجرای عملیات

مزبور بود(مجلس چهاردهم شورای ملی،۱۳۲۴:جلسه۱۸۰). به رغم این تلاش‌ها، مطابق گزارش-های ارائه شده به مجلس، معضل گسترش بیماری ادامه داشت. برای مثال محدوده‌ی اطراف پایتخت به ویژه شهریار و ساوجبلاغ به دلیل وجود باتلاق‌ها و آب‌ها آلوده مورد تهدید مالاریا بود(مجلس پانزدهم شورای ملی،۱۳۲۶:جلسه۵۱). به نحوی که کهبد نماینده مجلس از عملکرد دولت در خصوص نادیده انگاشتن مشکلات این مناطق به عنوان کانون بیماری و اجرا نشدن قانون‌های مصوب سال‌های ۱۳۰۴–۱۳۰۵ش، انتقاد می‌کرد، اما تلاش‌های او در متقاعد ساختن وزارت بهداری با وجود آن که دکتر اوری مستشار این وزارت خانه به بازدید مناطق مذکور رفته بود با موفقیت همراه نبود(مذاکرات مجلس پانزدهم،۱۳۲۶: جلسه۵۳). به همین خاطر با آغاز فرایند مقدمات تدوین برنامه اول توسعه، با هدف حل معضلات اقتصادی ـ اجتماعی و سامان بخشی به وضعیت بهداشتی و آموزشی کشور، مقابله با مالاریا مورد توجه برنامه‌ریزان قرار گرفت. نگاهی به جدول نهایی تخصیص بودجه این برنامه نشان می‌دهد، برای مقابله با بیماری‌های واگیردار ردیف مجزا تعریف شد و سایر مبالغ به جلوگیری از سرایت امراض، تربیت کارمندان فنی برای مؤسسات بهداشتی و مراحل معالجه بیماری‌ها اختصاص یافت(سازمان برنامه،۱۳۲۷: ۴۹). اهمیت این موضوع از آن حیث است که، در نگارش نخست، برنامه اول در گزارش شرکت موریسن دوسن برای امور بهداشتی، تأمین آب آشامیدنی، ساخت مجاری فاضلاب، دفع فضولات و پروژه‌های خشکاندن اراضی باتلاق‌ها، مبلغ تخصیص داده شده کافی نبود(سازمان برنامه،۱۹۴۷: ۳۴۴، سازمان برنامه،۱۳۲۷: ۵۳). بنابراین در بازنگری برنامه توسط دکتر مشرف نفیسی با همکاری هیئت عالی برنامه، این موارد مدنظر قرار گرفت. بخش دیگری از بودجه نیز به طرح‌های جلوگیری از سرایت و انتشار امراض، تربیت کارمندان فنی برای مؤسسات بهداشتی و معالجه بیماری‌ها تخصیص داده شد(سازمان برنامه،۱۳۲۷: ۴۹).

مطابق گزارش دکتر مشرف نفیسی، پیشبرد برنامه بهداشتی بر سه پایه استوار بود: عملیات پروفلاکسی(۶)، تعلیمات فنی و درمان. بر اساس این تقسیم بندی، انجام کلیه عملیات جلوگیری از اشاعه امراض فراگیر و ابتلای افراد به بیماری در این حوزه قرار می‌گرفت. یکی از اقدامات کلیدی

در این مسیر، تربیت افراد آگاه به شیوه سم پاشی برای مقابله با پشه‌ها و مراقبت از بیماران بود، بنابراین بخشی از بودجه برای آموزش پزشکان، پزشکیاران، کارمندان آزمایشگاه و مبارزان با مالاریا اختصاص یافت. همچنین ساختمان‌هایی به قرنطینه افراد بیمار اختصاص یافت(سازمان برنامه،۱۳۲۶: ۳۹ـ۴۰). مسئله اصلی بهداشتی و پروفلاکسی، در این برنامه، بر اساس قانون مصوب کمیسیون برنامه اول در مجلس شورای ملی اختصاص سهم مجزا برای مبارزه با مالاریا بود(سازمان برنامه،۱۳۲۷: ۵۴). اسناد گزارش شش ماهه در خصوص عملیات پیشرفت برنامه اول در سال ۱۳۲۸ش، در حوزه مسائل بهداشتی، نشان دهنده این مسئله مهم است که به دلیل کمبودهای مالی، تجهیزات و کارمندان فنی، امکان رسیدگی به تمام بیماری‌های همه گیر در سرتاسر کشور وجود نداشت، به همین دلیل سازمان برنامه، فعالیت‌ها را تنها عملیات را به مبارزه با مالاریا محدود کرد. به موجب قانون مصوب هئیت دولت، به سازمان اختیار داده می‌شد، مبلغ ۵۵ میلیون ریال، جهت مبارزه با مالاریا توسط اداره مخصوصی که تابع وزارت بهداری و تحت نظارت سازمان برنامه بود، اختصاص دهد. این مبلغ در نواحی ساحلی دریای خزر، بخش‌هایی از ورامین و شهریار و بخش‌های ساحلی خلیج فارس، که بیشترین میزان آسیب را از مالاریا متحمل شده بودند، هزینه شد. ریاست اداره مبارزه با مالاریا در این زمان به دکتر فرمانفرمایان واگذار شده بود، که زیر نظر معاونت رسیدگی به امور اجتماعی ـ بهداشتی دکتر فضل الله مشاور، فعالیت می‌کرد. هرچند ذکر این نکته ضروری است که مطابق قانون برنامه، میزان مداخله سازمان برنامه در امور بهداشتی، به عملیات پروفیلاکسی و پیشگری، محدود بود، از این رو سازمان منحصراً به جلوگیری از وقوع امراض مبادرت و رسیدگی می‌کرد و معالجه مبتلان به بیماری و حمایت از آن‌ها را به دلیل مسائل مالی به مؤسسات خیریه زیر نظر وزرات بهداری واگذار کرده بود(سازمان برنامه،۱۳۲۸: ۶۲-۶۳).

همچنین در طول این برنامه، شرایطی فراهم شد تا کارمندان بخش فنی پس از آموزش و تهیه تجهیزاتی مانند سمپاش، وسایل نقلیه و دارو و سم‌هایی مانند د.د.ت، در قالب گروه‌هایی زیر نظر سازمان برنامه به بوشهر و بندرعباس اعزام شوند. بعلاوه در اردیبهشت سال ۱۳۲۸ش/۱۹۴۹م، سلسله اقداماتی در شهرستان‌ها و بخش‌های مجاور تهران صورت گرفت، تا از میزان آسیب بیماری

کاسته شود. این فعالیت‌ها برپایه گزارش سازمان برنامه، زیر نظر هیئت اعزامی سازمان بهداشت جهانی، با همراهی دکتر مهران، مشعوف و دکتر فرمانفرمائیان اجرا می‌شد. تخصیص، اعتباری در حدود سی میلیون ریال، برای مبارزه با بیماری‌های واگیر از سوی هیئت وزیران نیز بخش دیگری از اقدامات بود که پس از ابلاغ به سازمان برنامه از سال۱۳۲۹ش، هزینه شد(سازمان برنامه،۱۳۲۸: ۶۳).

البته برای اقدامات زیربنایی شامل مطالعه و تحقیق دسترسی به آمار و اطلاعات لازم بود تا حیطه فعالیت و نحوه‌ی کار مشخص شود، بنابراین قسمتی از بودجه بهداشتی به انستیتو تحقیقات بهداشتی اختصاص یافت تا در خصوص مسائل بهداشتی ایران و امراضی مانند مالاریا و تراخم، از منظر اکولوژی و اپیدمی تحقیق نماید و به دنبال کشف روش‌های نوین مبارزه با بیماری همه‌گیر باشد. در این دوره دامنه معضل بیماری در جامعه به حدی بود که ساعد نخست وزیر وقت، در تشریح برنامه‌های دولت در مجلس شانزدهم، به مبارزه با امراضی مانند مالاریا و تراخم به دلیل نیاز کشور تأکید کرد(مجلس شانزدهم شورای ملی،۱۳۲۸: جلسه۵). در سال بعد در اقدامی مجلس شورای ملی، قانون تشکیل شورای عالی بهداشت را تصویب کرد. یکی از وظایف این شورا، مبارزه با بیماری های واگیردار از جمله مالاریا و تراخم و مطالعه پیرامون قوانین و آیین نامه‌های مربوط به این حوزه بود. جلسات شورا با هدف بحث و اظهار نظر در امور بهداشت عمومی کشور با ۲۱ عضو تشکیل می‌شد و رئیس اداره مبارزه با مالاریا و انستیتو مالاریا لوژی(۷) از جمله اعضای آن بودند(مجلس شانزدهم شورای ملی،۱۳۲۹:جلسه۹۹). از موضوعات مورد توجه این شورا، که همواره نمایندگان مجلس شورای ملی نیز بر آن تأکید داشتند، مقابله به موقع با پشه ناقل بیماری مالاریا بود. همچنین یکی از مسائل حائز اهمیت، گردپاشی به صورت منظم در فواصل مشخص و فصل-های معین و استفاده از مواد مرغوب بود. برای مثال مطابق سخنان پیش دستور بهاء الدین کهبد نماینده ساوجبلاغ و شهریار، یکی از دلایل موفق نبودن سازمان برنامه در سال ۱۳۲۹ش، در عملیات سمپاشی همراه با نفت، استفاده از (د.د.ت) فاسد بود(مجلس شانزدهم شورای ملی،۱۳۳۰:جلسه۱۳۱). این سم به رغم آثار مخرب در طبیعت به عنوان معروفترین عامل شیمیایی

دفع آفات از سال ۱۳۲۲ش، در ایران مورد استفاده قرار می‌گرفت و به دلیل آن که کشور مجبور بود این محصول را با مشکلاتی از خارج خریداری نماید در بودجه عمرانی، سال ۱۳۲۹ش، برای تأسیس کارخانه د.د.ت مبلغی در نظر گرفته شد(مجلس شانزدهم شورای ملی،۱۳۲۹:جلسه۱۲۵).

در همین سال براساس گزارش سازمان برنامه در راستای بهبود شرایط زندگی روستایی در حوزه بهداشتی، بیست قریه در بلوک غار(شهر ری)، برای مبارزه با مالاریا سمپاشی شدند. عملیاتی نیز در مناطق قم و خوزستان، اجرا شد و محل‌های سمپاشی به بیش از سه میلیون متر مربع رسید. در بوشهر و قرای اطراف آن عملیات به طور منظم، سبب شد ۹۰ پارچه آبادی به مساحت دو میلیون متر مربع سمپاشی شوند. همچنین وضعیت ایرانشهر و چاه بهار توسط مأمورین واحد بلوچستان مورد مطالعه و ارزیابی قرار گرفت. بدین ترتیب یکی از اهداف برنامه اول توسعه، مبنی بر شناسایی مناطق مالاریا خیز تا حدودی عملی گردید(زارعی،روحانی،۱۳۸۸: ۲۳-۲۴؛ مجلس شانزدهم شورای ملی،۱۳۲۹:جلسه۱۷). البته در خصوص رسیدگی به وضعیت مناطق مالاریاخیزی که محل تردد ایلات و عشایر بود، همچنان مشکل وجود داشت و درخواست‌هایی به مجلس مخابره می‌شد و به گفته احمد بهادری نماینده سراب و گمرود، آذربایجان، مناطق اطراف ارس و مغان به هیئت‌های مبارزه با مالاریا احتیاج داشتند(مجلس شانزدهم شورای ملی،۱۳۳۰:جلسه۱۳۸).

یکی از مهمترین اقدامات دولت در مبارزه با بیماری، انعقاد قرار داد همکاری گروه انگل شناسی دانشکده پزشکی دانشگاه تهران و وزارت بهداری در سال۱۳۳۱ش، برای فعالیت انستیتو مالاریولوژی به ریاست دکتر ناصر انصاری استاد انگل شناسی بود. وظایف اصلی این انستیتو بررسی مقدماتی مالاریومتریک در سراسر ایران، تعلیم مالاریولوژیست و حشره شناس مالاریا و تعلیم پرسنل ارائه دهنده خدمات مبارزه با مالاریا بود. به دنبال تشکیل اداره کل ریشه کنی مالاریا، این فعالیت‌ها و تعلیم نیروی انسانی در کنار تحقیقات مالاریا، نیز به این موسسه واگذار گردید(گروه نویسندگان، ۱۳۹۸: ۱۴). اما به دنبال بروز مشکلات مالی و به دنبال آن بحران‌های سیاسی ناشی از ملی شدن صنعت نفت، سبب شد ادامه برنامه اول توسعه مسکوت بماند و روند مبارزه با مالاریا نیز به برنامه دوم توسعه موکول شود.

۳.مبارزه با مالاریا در برنامه دوم توسعه۱۳۳٤ـ ۱۳٤۱ش

با شروع برنامه دوم توسعه، از مهمترین اهداف سازمان برنامه در دوره مدیریت ابوالحسن ابتهاج در این سازمان، در حوزه مسائل بهداشتی–درمانی، مبارزه با سل، جزام و مالاریا بود. جدول تخصیص اعتبار برنامه دوم، نشان می‌دهد، برای ساخت آسایشگاه مسلولین، جزامی خانه و مقابله با مالاریا بودجه جدا تخصیص داده شد(سازمان برنامه،۱۳۳۷: ۵۴)(نک: جدول شماره۱).

جدول ۱: تخصیص اعتبار بخش بهداشتی برنامه دوم توسعه

فصل دوازدهم : پروفلاکسی و بهداشت عمومی

ردیف	خلاصه عملیات	اعتبار لازم(میلیون ریال)
۱	ساختمان آسایشگاه مسلولین و جزامی خانه	۶۰
۲	مبارزه با مالاریا و بیماری های واگیر	۴۹۰

منبع: سازمان برنامه، برنامه تفضیلی پنج ساله،۱۳۳۷: ٥٤

مطابق گزارش‌های سازمان برنامه، به رغم آن که در ابتدای برنامه دوم از وضعیت بهداشت عمومی در کشور اطلاعات دقیقی در دست نبود اما آمارهای سال ۱۳۳۶ش، نشان می‌داد اجرای پاره‌ای اقدامات و صرف هزینه از محل اعتبار برنامه اول تأثیر اندکی در کاهش بیماری داشت و در ابتدای برنامه دوم مالاریا همچنان یک بیماری گسترده محسوب می‌شد که در شمال در حدود ۵۵ درصد اهالی و در جنوب حدود ۳۰ درصد به آن مبتلا بودند. به همین خاطر با آغاز عملیات بهداشتی اولویت‌هایی برای ریشه کنی مالاریا در نظر گرفته شد و بخشی از اعتبارات به انستیتو مالاریولوژی و انستیتو پاستور برای مطالعه امراض بومی اختصاص داده شد(سازمان برنامه،۱۳۴۳: ۵۱–۵۲). بر این اساس مبارزه با مالاریا مطابق روش‌های کشورهای باتجربه تدوین شده بود و بر طبق توصیه-های سازمان بهداشت جهانی به اجرا در می‌آمد که به دو دوره تقسیم می‌شد:

الف) **دوره مبارزه:** دوره اول که اصطلاحا دوره‌ی مبارزه نامیده می‌شد. از سال۱۳۲۸ش، شروع گردید و مناطق آلوده چند سال متوالی سم پاشی شد. در این مرحله یک دهم جمعیت آن مناطق یک یا چند سال تحت مراقب بودند تا نسبت آلودگی تعیین شود.

ب) **دوره ریشه کنی:** دوره دوم با هدف ریشه کنی از سال۱۳۳۶ش، آغاز شد و ادامه دار بود. در این مرحله چند هدف به طور کلی دنبال می‌شد که عبارت بودند از: از بین بردن کامل انگل بیماری و قطع زنجیر بیماری- پشه- فرد سالم که به منظور دستیابی به این اهداف، این دوره به چهار مرحله تقسیم می‌شد:

۱.مرحله آمادگی: منطقه از جهت اپیدمیولوژی و بیولوژی پشه و خصوصیات زندگی مردم و وضع جغرافیایی و تغییرات دموگرافیک(۸) و حرکت جمعیت تحت شناسایی کامل و دقیق قرار می‌گرفت. بنابراین در این مرحله گروه‌های سنی درگیر بیماری، تعداد افراد، توزیع جمعیت در مناطق آلوده و ترکیب جنسیت و جمعیت شهری و روستایی مورد ارزیابی قرار می‌گرفت. اهمیت این مرحله به لحاظ دستیابی به امار و داده‌ها و پیش بینی نیازها برای سیاست‌گذاری‌های دولت و اولویت بخشی به شاخص‌های اقتصادی لازم بود.

۲.مرحله حمله: در این مرحله تمام ساختمان‌ها، مسکن‌ها و هر نوع تأسیسات، حتی به صورت موقت و در صورت ضرورت مراتع و درختان به طور کامل سمپاشی می‌شد. این عمل در چند سال متوالی اما محدود انجام می‌گرفت و به تدریج به تمام مناطق تعمیم داده می‌شد.

۳.مرحله استحکام: با قطع سمپاشی عمومی در این مرحله، تمام منطقه تحت مراقبت صد درصد قرار می‌گرفت و در صورتی که بیمارانی مشاهده می‌شد، منشأ سرایت مورد تحقیق قرار می‌گرفت و در حین درمان، مجدداً نقاط آلوده سمپاشی می‌شد به طوری که در این مناطق انگل بیماری به کلی از بین برود.

٤.مرحله نگهداری: به وسیله مراقبت تلاش می‌شد منطقه‌ی پاک شده وضعیت را حفظ نماید.

پیشتر سمپاشی که به صورت پراکنده از سال ۱۳۲۸ش، و در برخی از نقاط کشور آغاز شده بود به تدریج تا سال ۱۳۳۴ش، گسترش یافت اما چون بر اساس این تقسیم بندی و به صورت اصولی

صورت نگرفته بود حتی در نواحی سمپاشی شده، نسبت آلودگی مطابق جدول زیر همچنان بالا بود:(نک: جدول شماره۲).

جدول ۲: نسبت آلودگی به مالاریا در جریان برنامه دوم توسعه۱۳۳٤ش

ردیف	نام نواحی	درصد آلودگی
۱	خراسان	۷۰
۲	اصفهان	۸۰
۳	استان مرکزی	۵۴
۴	کرمانشاه و خوزستان	۸۲
۴	بلوچستان و سیستان	۹۲

منبع: سازمان برنامه،۱۳٤۳: ۵۳

مطابق اسناد سازمان برنامه، تشکیلات مستقل اداره مبارزه با مالاریا از سال ۱۳۳۴ش، آغاز به کار کرد. ارزیابی دوره مبارزه در فاصله سال‌های ۱۳۲۸ش تا ۱۳۳۶ش، نشان می‌داد، میزان آلودگی استان‌های گیلان، مازندران و آذربایجان غربی از پنجاه و پنج درصد به کمتر از ۵ درصد تقلیل یافته بود که پیشرفت محسوب می‌شد(سازمان برنامه،۱۳۴۳: ۵۳). همچنین با وجود مشکلات مالی، مطابق گزارش یک ساله دولت علاء به مجلس نوزدهم شورای ملی در خصوص پیشرفت برنامه دوم، بخش دیگری از اقدامات دولت در همکاری سازمان‌های بین المللی و یونیسف در زمینه بهداشت و درمان، شامل اعزام واحدهای آموزشی سیار با هدف مقابله با آبله و مالاریا در مناطق مختلف بود(مجلس نوزدهم شورای ملی،۱۳۳۵:جلسه۲۱). البته بازتاب این گزارش در مجلس نشان می‌داد، عملکرد دولت در حوزه‌های مختلف از جمله مسائل بهداشتی نمایندگان را قانع نکرده بود. به باور نمایندگان مخالف دولت، در حالی بودجه و درآمدهای نفتی توسط دولت و سازمان برنامه، با بی تدبیری اسراف می‌شد که مردم در مناطقی از کشور از فقر رنج می‌بردند و به دلیل فراگیر

شدن بیماری‌هایی مانند سل و مالاریا جان خود را از دست می‌داند(مجلس نوزدهم شورای ملی،۱۳۳۵:جلسه۲۳). انتقادات نمایندگان نسبت به عملکرد دولت و سازمان برنامه، سبب شد خسرو هدایت(۹) ، در سال ۱۳۳۷ش/۱۹۵۹م، در مقام پاسخ گویی به پرسش‌های مجلس از اقدامات وزارت بهداری در مبارزه با بیماری‌هایی مانند مالاریا، دفاع نماید(مجلس نوزدهم شورای ملی،۱۳۳۷:جلسه۲۳۳).

البته این نکته قابل توجه است که مسئولیت رسیدگی به وضعیت بهداشت جامعه در طول این برنامه، قبل از سال ۱۳۳۷ش، زیر مجموعه امور اجتماعی بود اما مانند برنامه اول، در برخی طرح‌ها مانند مبارزه با مالاریا، سازمان برنامه می‌توانست با همکاری وزاتخانه‌ها رأساً تصمیم گیری و اقدام نماید(سازمان برنامه،۱۳۴۱: ۴۲؛ زارعی و روحانی، ۱۳۸۸: ۲۱۴)؛ اما بر مبنای سند برجای مانده پس از تفویض اختیارات سازمان برنامه به نخست وزیر از سال ۱۳۳۸ش، کلیه امور از جمله مبارزه با مالاریا، به اداره بهداری واگذار شد(زارعی،روحانی،۱۳۸۸: ۲۳۳).

مطابق گزارش سازمان برنامه به مجلس در خصوص پیشرفت برنامه دوم، پس از اتمام مرحله‌ی اول طرح مبارزه در نقاط مالاریاخیز، مرحله ریشه کنی مالاریا در دست اجرا قرار گرفت. مهمترین دلیل آغاز این مرحله، موفقیت اقدامات در شمال جبال زاگرس و ورود قسمت زیادی از این منطقه به مرحله استحکام بود. با این حال مقاوم شدن پشه ناقل بیماری، نسبت به گردپاشی در برخی مناطق و درصد بالای مبتلایان مشاهده می‌شد. به گونه‌ای که بر اساس اسناد سازمان برنامه در جریان پیشرفت کارهای عمرانی در سال ۱۳۳۸ش، استان‌های اصفهان، مرکزی، خراسان، خوزستان و سیستان و بلوچستان در بخش شهری و روستایی مجدداً درگیر درگیر بیماری شده بودند. طرح ریشه کنی در۲۳۵۰۰ قریه به جمعیت تقریبی چهار میلیون و پانصد هزار نفر آغاز شده بود و بخش عمده آن به مبارزه با حشرات اختصاص داشت و به استان‌های نام برده شده محدود نبود. برای مثال، خصوصیات اکولوژیک، فعالیت فصلی و خونخواری آنوفل‌ها و سطح حساسیت این پشه به حشره کش د.د.ت در بندرعباس نیز در فاصله سال‌های۱۳۴۰-۱۳۳۸ش/۱۹۶۲-۱۹۶۰م، مورد ارزیابی قرار گرفت(زارعی، روحانی،۱۳۸۸: ۲۷۹).

البته یک نکته حائز اهمیت در روند مبارزه یکسان نبودن سطح رسیدگی و اختصاص بودجه در تمام استان‌ها بود. برای مثال از اواخر سال ۱۳۳۸ش/۱۹۶۰م، میزان آلودگی در زابل، به حدی بالا رفت، که در اوایل سال بعد، ابراهیم پردلی نماینده سیستان، وزارت بهداری را مورد پرسش قرار داد. این نماینده معتقد بود، مسئولین به دلیل کم کاری و نادیده انگاشتن درخواست‌ها باید مورد بازخواست و مجازات قرار گیرند، اما پاسخ دکتر اعتمادیان معاون وزارت بهداری، به وی حاوی مطالب قابل توجهی بود. به گفته او ریشه کنی مالاریا، یک برنامه ملی محسوب می‌شد و همه تصمیمات در این مورد، زیر نظر انستیتو مالاریالوژی دانشکده پزشکی و توسط شورای علمی سازمان ریشه کنی مالاریا، اتخاذ می‌شد و از این رو وزات بهداری نمی‌توانست بدون هماهنگی و ابلاغ برنامه از سوی این شورا اقدامی انجام دهد. بعلاوه تقدم رسیدگی با استان‌های شمالی و آذربایجان بود، زیرا این استان‌ها از لحاظ اقتصادی محصول بیشتری داشتند. برهمین اساس دو استان خراسان و بلوچستان، در اولویت عملیات سمپاشی قرار نمی‌گرفتند و تنها عملیات مطالعه در زاهدان در حال انجام بود. این گفته‌ها نشان می‌دهد، مسائل اقتصادی در توجه به مشکلات استان‌ها و اختصاص بودجه نقش مؤثری داشت. اما شیوع گسترده بیماری در زاهدان و افزایش تلفات ظرف سه ماه، سبب شد به خواست وزارت بهداری، اکیپ‌های سازمان ریشه کنی مالاریا و داروهایی مانند داراپریم به زاهدان اعزام شوند. برای سایر نقاط عملیات ریشه کنی مالاریا و مقابله با حشرات ناقل، مطابق گزارش سازمان برنامه به نخست‌وزیر، در سال۱۳۴۰ش، ادامه پیدا کرد(زارعی، روحانی، ۱۳۸۸: ۳۱۶).

آغاز همکاری اداره مبارزه با مالاریا و سازمان بهداشت جهانی و اختصاص بودجه مجزا به انستیتوی مالاریالوژی در اواخر این برنامه صورت گرفت. براساس گزارش سازمان برنامه، در طول اجرای برنامه دوم، برای ۲۴ طرح، در فاصله سال‌های ۱۳۳۵ تا ۱۳۴۱ش، اعتبار در نظر گرفته شد و غیر از موارد مذکور، فعالیت‌هایی برای مبارزه با مالاریا در قالب همکاری با سازمان اصل چهار ترومن به مرحله اجرا درآمد(نک:جدول شماره۳).

جدول ۳: مصوبات سازمان برنامه از اول مهر۱۳۳٤ تا پایان شهریور ۱۳٤۱ش

شماره طرح	عنوان طرح	اعتبار مصوب به ریال
۲۰۵	مبارزه با مالاریا در سال۳۵(شامل طرح۲۴)	۲۰۴/۲۴۸/۹۹۹
۲۲۵	کمک به انستیتو مالاریا لوژی سال ۳۵	۱۹۷/۹۶۴/۰۰۰
۳۳۵	ریشه کنی مالاریا	۱/۴۲۹/۵۸۰/۰۰۰

منبع: سازمان برنامه،۱۳٤۱: ٤۳ـ٤۲.

اقدامات مشترک دولت در قالب اصل چهار ترومن، در برخی روستاها آلوده، شامل آموزش از طریق نمایش فیلم و رسیدگی به معضل آب‌های آلوده و دریافت کمک مالی از این سازمان، برای سمپاشی با د.د.ت، بود(سازمان برنامه،۱۳۳۸: ۱۱۲). به ویژه آن‌که یکی از مشکلات اصلی کشور در سال‌های مذکور به گفته هرمز شاهرخشاهی نماینده اراک، پایین بودن سطح بهداشت عمومی بود. از نظر این نماینده راه حل در حفرچاه‌های عمیق، لوله کشی شهرها و دهات، ساخت دوش و مستراح بود. او اجرای عملیاتی مانند سم پاشی ۱۶ هزار قریه و حفر پنجاه حلقه چاه عمیق، از طرف سازمان همکاری بهداشت و اصل چهار را مفید می‌دانست که لازم بود ادامه یابد(مجلس هجدهم شورای ملی،۱۳۳۳:جلسه۲۰). البته این کمک‌ها مشمول تمام استان‌ها نبود و غیر از موانع مالی، ناامنی راه‌ها و پراکندگی مناطق محروم نیز روند کار و امکان فعالیت را در بسیاری از نقاط محدود می-کرد(مرکز اسناد ریاست جمهوری،۱۳۸۲: ۶۲ـ۶۱). با این حال اجرای این مراحل و تجدید نظر در اعتبارات بهداشتی و افزایش آن سبب شد خیز بیماری تا حدودی تقلیل یابد(سازمان برنامه،۱۳۳۸: ۱۱۲)(نک: جدول شماره۴).

جدول ٤: تجدید نظر در تخصیص اعتبار ۱۳۳۸ش.

عملیات	هزینه‌های قطعی ۱۳۳۷-۱۳۳۴	پیش بینی هزینه‌ها ۱۳۴۱-۱۳۳۸	جمع(ریال)
ریشه کنی مالاریا	۵۴۴/۸۷۱	۷۶۷/۵۸۸	۱/۳۱۲/۴۵۹
مبارزات با حشرات	۱۹/۵۰۸	۲۷/۶۴۵	۴۷/۱۵۳

منبع: سازمان برنامه،۱۳۳۸: ۱۱٤

٤.مبارزه با مالاریا در برنامه سوم توسعه ۱۳٤۱ـ۱۳٤٦ش

با آغاز برنامه سوم توسعه، سامان دهی امور با توجه به تجربیات گذشته و اعتبارگذاری بخش‌های بهداشت و درمان اهمیت بیشتری یافت. در ادامه روند ریشه کنی مالاریا از برنامه دوم، مطابق گزارش برنامه سوم، فاز جدید در این مراحل با جدیدیت بیشتری دنبال شد:

۱.مرحله آمادگی: شامل شناسایی از نظر اپیدمیولوژی و بیولوژی پشه و خصوصیات زندگی مردم.

۲.مرحله حمله: مربوط به عملیات سمپاشی در آبادی‌ها، قریه‌ها و مراتع.

۳.مرحله استحکام و نگهداری: مجموعه اقداماتی به منظور یافتن افراد بیمار و معالجه آن‌ها. در این مرحله تلاش می‌شد مناطق پاک سازی شده حفظ شود(سازمان برنامه،۱۳۴۶: ۶۲).

به دلیل آن که از این برنامه، مبارزه با بیماری‌های واگیر از جمله مالاریا و پیشگیری و بهداشت در ردیف اقدامات اصلی و دارای اولویت محسوب می‌شد دو اقدام اساسی وزارت بهداری توسعه شبکه پیشگیری و واگذاری امور درمانی به انجمن‌های بهداری بود. همچنین در این برنامه با توجه به تهدید سلامت جامعه در ابعاد گسترده توسط بیماری واگیردار به تحقیق و مطالعه برای یافتن روش‌های نوین مبارزه با بیماری‌ها توجه بیشتری شد. در این راستا حوزه فعالیت انستیتوهای تحقیقاتی مشخص‌تر شد و به دنبال افزایش درآمدهای نفتی، برای انستیتو مالاریالوژی در ردیف اعتبارات بخش تحقیقات بهداشتی برنامه سوم توسعه، ردیف بودجه جدا در نظر گرفته شد(سازمان برنامه،۱۳۴۶: ۹۰). از آن جایی که استفاده از روش‌های جدید، مانع از اتلاف وقت و هزینه می‌شد تخصیص اعتبار به انستیتو تحقیقات بهداشتی حائز اهمیت بود.

این انستیتو مطابق گزارش سازمان برنامه، همزمان و هماهنگ با سایر مؤسسات پژوهشی–درمانی، مسائل بهداشتی کشور را از نظر اکولوژیک و اپیدمیولوژیک بررسی می‌کرد و تحقیق در خصوص بیماری‌هایی نظیر مالاریا و تراخم و روش‌های نوین مبارزه با این بیماری‌ها از حوزه‌های اصلی فعالیت آن بود. این مرکز پژوهشی در کنار انستیتو پاستور که با سابقه‌ای دیرینه فعالیت‌های خود را بر تحقیق علمی روی بیماری‌های بومی و تهیه فرآورده‌هایی مانند سرم، واکسن و آنتی ژن متمرکز ساخته بود، در طول برنامه سوم عملکرد قابل توجهی داشت(سازمان برنامه،۱۳۴۶:

.۶۰ـ۶۱؛سالاری،۱۳۹۳: ۲۶۳). در واقع از این برنامه اهداف کوتاه مدت دولت در برخورد با مالاریا، کنترل و هدف بلند مدت ریشه کنی در سرتاسر کشور شد. زیرا با توجه به آمار بالای مرگ و میر به ویژه در گروه‌های سنی پایین بیم آن می‌رفت، جلوگیری از گسترش بیماری به مرور زمان دشوارتر شود. بنابراین اهداف دولت در قالب برنامه توسعه سوم، تلاش برای کاهش عوامل بروز و شیوع بیماری بود و اقدامات صورت گرفته شامل موارد ذیل بود :

۱.فرایند تشخیص با تمرکز بر میزان شیوع بیماری‌ها در مناطق مختلف، زیرا احتمال خطاهای تشخیص را کاهش می‌داد.

۲.تربیت کارمندان مورد نیاز سازمان‌های بهداشتی و درمانی و تحقیقاتی.

۳.بررسی سن افراد و نحوه‌ی آلودگی آن‌ها.

۴.تعریف اعتبار برای این بخش.

۵.آغاز اقدامات عملی مانند سمپاشی.

۶.تهیه دارو و توزیع آن و اعزام اکیپ‌های مبارزه .

پیشرفت در زمینه رسیدگی به بیماران، فرصتی را فراهم کرد تا گونه‌های پشه ناقل در ایران مورد شناسایی قرار گیرند. در این پروسه زمان‌بر مشخص شد فعالیت پشه‌ها در مناطق گرم و مرطوب بیشتر است، از این رو بیشترین میزان آلودگی ناشی از بیماری در مناطق شمال کشور مشاهده می‌شد. امری که نمایندگان مازنداران، گیلان، رشت وگرگان، همواره به آن اشاره و از عدم رسیدگی دولت، گلایه داشتند. البته امکانات دولت محدود بود، با این حال ارائه خدمات شامل اعزام پزشکان سیار یا دارو بود. به همین دلیل تا گسترش فعالیت‌ها در برنامه سوم و سم پاشی مناطق روستایی، پشه‌های ناقل، جان افراد زیادی را گرفتند. یکی از اقدامات حائز اهمیت انستیو پاستور در این مرحله با استفاده از بودجه سازمان برنامه، جمع آوری اطلاعات بیماری و منشاء گسترش آن در کشور و همکاری تحقیقاتی برای لاروکشی، سمپاشی و ساخت حشره کش، تهیه لوازم آزمایشگاهی و مواد شیمیایی بود.

گزارش پیشرفت برنامه سوم، که توسط عَلم در مقام نخست وزیر به مجلس ارائه شد نیز بیانگر این مسئله بود کشور برای سال‌ها با سه بیماری مالاریا، سل و آبله دست در گریبان بود و با آن که در مبارزه با آبله و حصبه موفق‌تر عمل کرده بود برای مبارزه با مالاریا توجه بیشتری لازم بود(مجلس بیست و یکم شورای ملی،۱۳۴۲:جلسه۴). بر همین اساس در سال ۱۳۴۳ش، عملیات گسترده سمپاشی آبادی و روستا و مرتع آغاز شد و پس از پاک‌سازی، مراقبت از قریه‌ها و مراتع، توزیع داروی گنه گنه با دقت بیشتری صورت گرفت. در جریان این اقدامات حشره‌کش‌های جدید دیلدرین و مالاتیون و تعیین سطح حساسیت آنوفل‌ها نسبت به آن در بندرعباس و میناب نیز مورد آزمایش قرار گرفت و عملیات لاروکشی در استان‌های خوزستان، کرمانشاه و اصفهان انجام شد. در کنار این اقدامات، سمینارهایی از سوی رؤسای مراکز پیشگیری و تبادل نظر در مسائل بهداشتی و تنظیم برنامه‌های آتی برگزار شد(روزنامه اصفهان،۱۳۴۶،شماره۱۵۰۴: ۱۰).

بنا بر اظهار سخنگوی اداره کل بهداری استان اصفهان در اردیبهشت سال ۱۳۴۶ش، یک هزار و دویست و شصت دهکده از شهرستان‌های اصفهان، نائین، یزد، شهرضا و شهرکرد به وسیله ماموران ریشه کنی مالاریا با شصت و یک هزار کیلوگرم د.د.ت سمپاشی شد و دویست هزار نفر از مردم روستاهای مناطق مذکور از این طریق محافظت شدند. همچنین طی این مدت، در یکصد و چهارده دهکده از طریق آزمایش نوع خون، درمان بیماران مشکوک آغاز شد و برای آموزش بهتر ساکنین روستاها، حلقه‌های فیلم بهداشتی به نمایش گذاشته شد و به منظور آگاهی رسانی بهتر، کنفرانس-هایی نیز برای مسئولان برگزار گردید (روزنامه اصفهان، ۱۳۴۶، شماره ۱۵۱۶: ۲). آموزش از طریق فیلم از این جهت اهمیت داشت که درصد زیادی از مردم، فاقد سواد بودند و به لحاظ فرهنگی در پذیرش برخی مسائل همکاری لازم را نداشتند. این اقدامات سبب شد مطابق گزارش ارزیابی عملکرد برنامه سوم در سال ۱۳۴۵-۱۳۴۶ش، کنترل مالاریا و آبله به نسبت سل، تراخم، حصبه و بیماری‌های آمیزشی وضعیت بهتری داشته باشد(سازمان برنامه،۱۳۴۵: ۲۵۷).

برپایه گزارش سازمان برنامه، تربیت کادر فنی و هماهنگ نمودن آن‌ها با احتیاجات برنامه‌های درمانی و بهداشتی به ویژه در تشدید فعالیت‌های مبارزه با بیماری‌های واگیردار و ریشه کن نمودن

مالاریا و آبله در کنار حفظ مناطق شمالی کشور از خطر برگشت بیماری و رسیدگی به مناطق درگیر بیماری در مجاور سلسه جبال زاگرس، به عنوان بخشی از اهداف برنامه سوم در پیشرفت مبارزه مؤثر بود(سازمان برنامه،۱۳۴۵: ۲۶۰). اقداماتی که در چند مرحله انجام شد:

۱.ابتدا شناسایی مناطق مستعد و درگیر به لحاظ جغرافیایی: در راستای این هدف ۴۶۱۸۲ قریه با جمعیت تقریبی۹/۳۷۶/۰۰۰هزار نفر بررسی و سپس نقشه دهستان‌ها، بخش‌ها و شهرستان-ها تهیه گردید.

۲.مرحله دوم سمپاشی، مراقبت و درمان بر اساس اطلاعات و آمار بود: عملیات سمپاشی چند نوبت در سال صورت می‌گرفت، که ۳۲ الی۵۴ هزار آبادی با جمعیت تقریبی بین ۵ الی۶ میلیون نفر را پوشش می‌داد.

۳.مرحله آخر بر مراقبت و شناسایی موارد آلوده و درمان آن‌ها تمرکز داشت: این مرحله به منظور استحکام اقدامات انجام شده، یکی از مهمترین مراحل بود. از این رو بازدیدهای ماهیانه و برحسب ضرورت، هفتگی برای بررسی بازخوردها انجام می‌شد. فعالیت پشه ناقل بیماری از تشخیص تا مراحل آزمایشگاهی پروسه‌ای زمان‌بر بود و احتمال بازگشت بیماری به دلیل دوران پنهان بیماری اهمیت داشت. این عملیات به مناطق شمال کشور محدود نبود و در جنوب به ویژه در بندرعباس در سال ۱۳۴۴ش، به جدّیت دنبال می‌شد. فسا نیز از جمله مناطق درگیر بیماری بود که در جریان برنامه سوم، حشره‌کشی در آن انجام شد(سازمان برنامه،۱۳۴۵: ۲۶۶).

البته مطابق گزارش سازمان برنامه تمرکز برنامه سوم در سال ۱۳۴۶ش، در پاک سازی مناطق شمالی کشور از بیماری و سلسله جبال زاگرس در مرحله بعد بود. گرچه بر طبق گزارش‌ها حشرات ناقل در مناطق جنوبی کشور در مقابل حشره‌کش‌ها مقاوم شده بودند و راه‌های مقابله با آن‌ها به مطالعه و تحقیقات جدید نیاز داشت(سازمان برنامه،۱۳۴۶: ۶۱ـ۶۶). از دیگر نکات قابل اشاره در این برنامه، تفکیک وظایف وزارتخانه‌ها بود که بر اساس آن اولویت بندی وظیفه اصلی وزارت بهداری بر فعالیت‌های پیشگری بود. به همین خاطر سهم طرح‌های مقابله با بیماری‌ها از بخش اعتبارات در مقایسه با تهیه تجهیزات بیمارستانی و درمانگاه‌ها افزایش داشت و تخصیص اعتبار

برای مبارزه با بیماری‌های واگیردار از ۴۰/۹ به ۶۲ درصد رسید. البته در مقابل، سهم تأمین تجهیزات از ۴۷/۲ به ۲۷ درصد کاهش یافت(سازمان برنامه،۱۳۴۵: ۲۶۵). به رغم به کارگیری این تمهیدات، به ویژه پس از مقاوم شدن حشرات، انتظار نمی‌رفت که ریشه کنی مالاریا در مدتی کوتاه تحقق یابد که این امر لزوم برنامه ریزی برای مدت طولانی را نشان می‌داد؛ به همین خاطر پیگیری طرح‌ها در قالب برنامه‌های چهارم و پنجم توسعه ادامه پیدا کرد.

۵.دو برنامه آخر توسعه و طرح‌های مبارزه با مالاریا ۱۳۴۷ـ۱۳۵۶ش

تفاوت دو برنامه آخر توسعه، به جز تعریف برنامه‌ها در پهنه کشوری، تفکیک بودجه بر اساس نیازهای استانی بود. به همین لحاظ، در ادامه روند ریشه کنی مالاریا، در برنامه‌های چهارم و پنجم توسعه، توجه به موضوعاتی مانند ارتقای بهداشت محیطی، تأمین آب سالم، از بین بردن فضولات و احداث گرمابه و غسالخانه، در حوزه بهداشت و درمان با هدف بهبود کیفیت زندگی در مناطق شهری و روستایی، نیز مطرح شد(سازمان برنامه،۱۳۴۷: ۹۴). از آن جایی که پشه ناقل مالاریا، ظرف یک تا سه روز زمان نیاز داشت تا پس از تخم ریزی در آب‌های راکد مانند حوض، برکه، منابع آب و آب‌های رها شده در کوچه‌ها، به لارو تبدیل شود، لاروکشی در مراحل ریشه کنی مالاریا، در خلال دو برنامه آخر اهمیت بیشتری پیدا کرد. زیرا پس از آن کمتر از ده روز لازم بود تا پروسه تبدیل پشه تکمیل شده و در محیط آلوده شود. به همین خاطر سم پاشی و معدوم سازی از جمله طرح‌هایی بود که بر طبق گزارش روزنامه آیندگان، در این دوره توسط اداره ریشه کنی مالاریا در مناطق مختلف مانند سرخس به مرحله اجرا درآمد(روزنامه آیندگان،۱۳۵۱، شماره۱۳۰۴: ۹). همچنین مطابق گزارش دولت به مجلس در اواخر همین سال، با هدف تحقق یکی از شاخص-های برنامه، یعنی کاهش مرگ و میر بر اثر بیماری‌های همه‌گیر، در برنامه ریشه کنی مالاریا ۶۸۵۳۸ قریه با جمعیتی در حدود ۱۵ میلیون نفر سمپاشی شدند(مجلس بیست و سوم شورای ملی،۱۳۵۱:جلسه۹۹).

بعلاوه طرح‌های لوله‌کشی مناطق شهری و روستایی و اجرای طرح‌های آب رسانی، که از برنامه-های گذشته آغاز شده بود، در طول این دو برنامه نیز تداوم یافت. از جمله احداث شبکه آب

لوله‌کشی در بندر پهلوی که به گزارش روزنامه اطلاعات در سال۱۳۵۰ش، در کپورچال مورد بهره‌برداری قرار گرفت(روزنامه اطلاعات،۱۳۵۰: شماره۱۳۶۲۹: ۸). همچنین پروژه‌هایی در تهران و اصفهان که در برنامه پنجم پس از تکمیل، به مرحله اجرا گذاشته شد(سازمان برنامه،۱۳۵۶: ۲۹۰، روزنامه آیندگان،۱۳۵۱،شماره۱۲۸۸: ۳). با این حال گزارش‌ها نشان می‌داد، بسیاری از روستاهای در کشور به آب سالم دسترسی نداشتند که همین امر اسباب نارضایتی مردم را فراهم می‌کرد. برای مثال در سال ۱۳۵۵ش، آب روستای نیار در اردبیل از چاهی تأمین می‌شد که به دلیل آلودگی، حشرات زیادی در آن رشد می‌کردند و ساکنین روستا از این وضعیت ناراضی بودند(روزنامه آیندگان،۱۳۵۵: شماره۲۶۱۰: ۱۳).

همچنین در مناطق شهری، نزدیکی چاه‌های آب منازل با چاه‌های فاضلاب دردسر آفرین بود و زمینه بروز امراض را فراهم می‌کرد. به گونه‌ای که مطابق گزارش کمیته پاکسازی محیط زیست در سال ۱۳۵۵ش/۱۹۷۶م، ۹۰ درصد چاه‌های آب همدان آلوده و زمینه ساز گسترش انواع بیماری در این شهر بودند که لزوم فاضلاب کشی را نمایان می‌کرد(روزنامه آیندگان،۱۳۵۵،شماره۲۶۰۴: ۱۳). بعلاوه تغییر رویکرد و اولویت بخشی به زندگی شهری و تقدم قطب‌های صنعتی، در قالب برنامه پنجم سبب شد بیماری در مناطق فقیرنشین و محرومی مانند سیستان روند صعودی داشته باشد، به گونه‌ای که در سال ۱۳۵۶ش، ابراهیم پردلی نماینده زابل وزیر بهداری را در خصوص شیوع مالاریا در سیستان مورد پرسش قرار داد اما پاسخ‌ها او را قانع نکرد(مجلس بیست و چهارم شورای ملی،۱۳۵۶:جلسه۱۱۵).

البته ذکر این نکته ضروری است که این مشکل به مناطق محروم و روستایی به دلیل کشاورزی به شیوه سنتی به ویژه زمین‌های غرقابی محدود نبود و سیر رو به رشد مهاجرت از مناطق روستایی به سوی شهرها و گسترش معضل زاغه نشینی از جمله دلایلی بود که به گفته دکتر ستوده نماینده بروجن در اواخر برنامه پنجم توسعه ۱۳۵۶ش/۱۹۷۸م، دامنه همه‌گیری مالاریا را به استان تهران باز گردانده بود(مجلس بیست و چهارم شورای ملی،۱۳۵۶:جلسه۱۵۲). به ویژه آن که مهاجران به امید کسب درآمد و اشتغال در کارخانه‌ها به پدیده حاشیه نشینی دامن می‌زدند؛ به همین خاطر

اثرات ناشی از بیماری در بسیاری مناطق به رغم اجرای طرح‌هایی در قالب برنامه پنجم قابل مشاهده بود و درمان آن و کنترل پشه ناقل نیز محقق نشد.

نتایج تحقیق

هدف پژوهش حاضر، بررسی تعاملات دولت و سازمان برنامه در مبارزه با بیماری مالاریا، در قالب برنامه‌های توسعه ارزیابی بود. زیرا گسترش بیماری می‌توانست زمینه ساز اختلال در ساختار اقتصادی– اجتماعی کشور شود. نتایج بررسی ها نشان داد ، نبود برنامه‌های منسجم و مدون در کنار مشخص نبودن متولی اصلی مبارزه با بیماری سبب شد کنترل مالاریا به صورت هدفمند تا دوره‌ی اجرای برنامه‌های توسعه دنبال نشود. به همین خاطر دولت در جریان برنامه‌های توسعه بود که با تخصیص بودجه مراحل مبارزه را آغاز کرد و از برنامه اول، مبارزه با آن را در همکاری با سازمان جهانی، شناخت عوامل بیماری‌زا و دلایل همه گیری در برخی استان‌ها در اولویت قرار داد. به گونه‌ای که گسترش و پیامدهای بیماری به دنبال فعالیت‌های متمرکز ارگان‌های مسئول در جریان این برنامه، در مقاطعی رو به کاهش رفت. اما بحران‌های مالی، کمبود تجهیزات و نبود نیروهای متخصص روند پیشرفت را در حوزه بهداشت و درمان کند کرد. موانعی که در برنامه دوم، به دلیل بهبود شرایط مالی کمتر شد و بودجه بخش بهداشت و درمان در مبارزه با بیماری به ویژه در شناسایی مناطق مستعد و لاروکشی افزایش یافت. امری که در مطالعات پیرامون منشاء و میزان گسترش بیماری در سطح کشور و جمع آوری اطلاعات توسط مؤسسات تحقیقاتی مانند انستیتو مالاریالوژی تأثیر داشت. در این طول برنامه بود که دریافت کمک از سازمان‌های بین المللی به ویژه سازمان بهداشت جهانی و اجرای طرح‌های اصل چهار ترومن، صورت گرفت و اهمیت موضوع آموزش، آگاهی رسانی و توجه به مناطق روستایی و عشایری مشخص‌تر شد. همچنین پژوهش مشخص کرد از برنامه سوم روند حمایت از مراکز تحقیقاتی و آموزش ساکنین مناطق محروم، روستاییان و حاشیه‌نشیان به رغم مشکل رفت و آمد بیشتر شد.

توجه به بهداشت محیط بخش مهمی از اقدامات سازمان برنامه با توجه به انتظارات نمایندگان مجلس در قالب برنامه سوم بود. با این حال نیاز سنجی مناطق مختلف نشان داد، مشکل حتی در

مناطق شهری به دلیل وجود آب انبارهای آلوده و نبود فاضلاب در جریان برنامه‌های چهارم و پنجم ادامه داشت به همین دلیل لاروکشی، سمپاشی و ساخت حشره‌کش از مهمترین اقداماتی بود که دولت روی آن تمرکز داشت. به ویژه آن‌که نمایندگان مجلس، انتظارات مشخصی در این خصوص از دولت داشتند و به عنوان نهاد ناظر بر پیشرفت برنامه‌های توسعه، معضلات بهداشت محیطی، نبود آب پاکیزه و مشکل فاضلاب در بیشتر مناطق کشور و شیوع امراض مختلف از جمله مالاریا را در سخنان پیش از دستور با اشاره به شکایات مردمی مطرح می‌کردند. مخصوصا در استان‌های محرومی که به لحاظ گسترش مالاریا در رنج بودند و تبعات اقتصادی آن را قشر کشاورزی و کارگر تحمل می‌کردند. البته ارزیابی‌ها مشخص کرد، عدم توزیع متناسب و عادلانه بودجه و امکانات در کنار مشکلات مدیریت و گسترش زاغه‌نشینی و غفلت از نواحی محروم و حتی تهران، سبب شد کشور تا پایان برنامه پنجم درگیر بیماری باقی بماند.

پی‌نوشت

[۱] . epidemie

[۲] . دهستان کمال آباد در کرج

[۳]. ریاست صحیه‌ی کل مملکت

[4] . Plasmodium falciparum

[۵] . پروفلاکسی(prophylaxis)، در لغت به معنی پیشگیری است که مانع از اشاعه امراض اپیدمی و ابتلای افراد عادی به بیماری می‌شود.

[۶] . در سال ۱۳۱۹کرسی انگل شناسی به ریاست دکتر انصاری در دانشکده پزشکی تشکیل شد. حدود ۱۱ سال بعد انستیتو مالاریا لوژی تشکیل گردید و دکتر مفیدی به عنوان معاون دکتر انصاری در آن فعالیت داشت. پس از تاسیس انستیتو پارازیتولوژی در سال۱۳۴۳ش، مسئولیت آن با دکتر مفیدی بود. با توسعه کرسی انگل شناسی، در ۱۸ تیر ماه سال ۱۳۴۵ دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی رسما ایجاد شد.

[۷] . همه گیرشناسی

[۸].Demography جمعیت شناسی

[۹] . وزیر مشاور و سرپرست سازمان برنامه ایران.

منابع و مطالعات

آقارضایی، سعید، رضایی، شیوا،(۱۳۹۶)، پزشکی عصر صفویه با تکیه بر سفرنامه‌های غربی، فصلنامه تاریخ نو، سال هفتم، شماره نوزدهم، تابستان: ۱۸۵ ـ۲۰۱.

ادریسیان، غلامحسین،(۱۳۸۱)، مروری بر وضعیت مالاریا در ایران، مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، سال اول، شماره اول.

الگود، سریل، لوید،م(۱۳۷۱)، تاریخ پزشکی ایران و سرزمین‌های خلافت شرقی، ترجمه: باهر فرقانی، تهران، نشر امیرکبیر.

سازمان برنامه، بانک ملی ایران، اداره آمار و بررسی‌های اقتصادی و مالی(۱۳۲۷)، تاریخچه تنظیم برنامه هفت ساله عمران و آبادی ایران، تهران،ضمیمه مجله شماره۹۸بانک ملی ایران، بهمن و اسفند.

سازمان برنامه،(۱۳۲۶)، گزارش مشرف نفیسی راجع به برنامه هفت ساله.

سازمان برنامه،(۱۳۲۶)دوم اوت۱۹۴۷، گزارش شرکت موریسن نودسن، مقاطعه کاران عمومی، تهران.

سازمان برنامه،(۱۳۲۸)، گزارش مشرف نفیسی مدیرعامل سازمان برنامه درباره عملیات سازمان برنامه هفت ساله.

سازمان برنامه،(۱۳۳۷)، برنامه تفصیلی پنج ساله که به تصویب کمیسیون مجلس شورای ملی رسیده است، تهران.

سازمان برنامه،(۱۳۳۸)، سنجش پیشرفت و عملکرد برنامه عمرانی هفت ساله دوم ایران، اسفند ماه، مدیریت اقتصادی، تهران.

سازمان برنامه، دفتر بودجه،(۱۳۴۱)، برنامه عمرانی هفتساله دوم، طرح‌های مصوب سازمان برنامه، تهران.

سازمان برنامه(۱۳۴۳)، گزارش اجرای برنامه هفت ساله دوم، تهران.

سازمان برنامه،(۱۳۴۷)، اصول و هدف‌های برنامه عمرانی چهارم کشور، مصوب هشتم مرداد ماه، تهران.

سازمان برنامه،(۱۳۵۶) ۲۵۳۶، گزارش عملکرد برنامه پنجم عمرانی کشور، آذر، تهران.

سالاری، حسن،(۱۳۹۳)، نقش امیراعلم در پیشرفت بهداشت و آموزش پزشکی نوین در ایران، مجله تاریخ علم، پاییز و زمستان، شماره۱۷،صص۲۴۱ـ۲۷۱.

روزنامه آیندگان،(۱۳۵۱)، مدیرمسئول: حسین اهری، دوشنبه۲۸ فروردین، شماره۱۰۳۴، سال پنجم، سال(۱۳۵۵)۲۵۳۵، دوشنبه اول شهریور۲۵۳۵، شماره۲۶۰۴، سال(۱۳۵۵)۲۵۳۳، شماره۲۶۱۰، سال نهم.

روزنامه اصفهان،(۱۳۴۶)، مدیرمسئول: امیرقلی امینی، شماره‌های: ۱۵۱۶،۱۵۰۴.

روزنامه اطلاعات،(۱۳۵۰)، شنبه اول آبان، شماره۱۳۶۲۹.

زراعی، مجتبی روحانی، علیرضا،(۱۳۸۸)، تبار شناسی و بررسی عملکرد سازمان برنامه و بودجه به روایت اسناد نخست وزیری۱۳۴۳_۱۳۲۶، مرکز پژوهش و اسناد ریاست جمهوری، تهران، خانه کتاب.

جلالی مسلم، غلامحسین،(۱۳۳۴)، تاریخچه مطالعات و مبارزه با مالاریا در ایران، انتشارات پارازیتولوژی و مالاریالوژی

خواجه، شهناز، الهیاری، فریدون، کجباف، علی اکبر،(۱۳۹۷)، بررسی تاریخی روند مبارزه با مالاریا در ایران در سال‌های۱۳۲۷تا ۱۳۴۶ش/۱۹۴۸تا۱۹۶۷م(برنامه های عمرانی اول تا سوم)، مجله اخلاق پزشکی،صص۱۹۵_۲۰۸.

فقیه، محمدعلی،(۱۳۴۹)، مالاریاشناسی و ریشه کنی مالاریا، انتشارات دانشگاه تهران، شماره ۱۲۵۷.

کرمی، زهرا و مسعود کثیری،(۱۳۹۵)، تأثیر انستیتو پاستور ایران بر کنترل بیماری‌های همه گیر، در اوائل قرن بیستم بر پایه اسناد، مجله ایرانی اخلاق و تاریخ پزشکی، تیر دوره‌ی نهم،شماره۲،صص۱۲-۱.

گروه نویسندگان،(۱۳۹۸)، کتاب جامع بهداشت عمومی، گفتار۲: ابوالحسن ندیم، جلد اوّل، چاپ چهارم، انتشارات علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت، تهران.

لوح فشرده مذاکرات مجالس پانزدهم تا بیست و چهارم،(۱۳۹۱)، تهران، انتشارات کتابخانه، موزه و مرکز اسناد مجلس شورای اسلامی.

لیلاز، سعید،(۱۳۹۲)، موج دوم: تجددسازی آمرانه در ایران، تاریخ برنامه‌های عمرانی سوم تا پنجم. تهران، انتشارات نیلوفر.

مرکز اسناد ریاست جمهوری،(۱۳۸۲)، اسنادی از اصل چهارترومن در ایران(۱۳۴۶_۱۳۲۵)، جلد۱، به کوشش: تیمور بشیرگنبدی، تهران.

ناصری، عبدالرحیم،(۱۳۶۳)، تشخیص و درمان مالاریا، پایان نامه دکترای پزشکی، دانشگاه تهران.

نفیسی، ابوتراب،(۱۳۵۳)، خدمت نظام من چگونه گذشت، مجله خاطرات وحید، شماره ۳۲، صص:۴۵-۳۹.