



دانشگاه علوم بهریتی و توانجشی
پایگاه خبری اطلاع رسانی روابط عمومی



اخبار برگزیده رسانه های همگانی

«حوزه های «توانجشی، سلامت روان و سلامت اجتماعی»



به نام خدا

مجموعه ای که در اختیار دارید، برگزیده ای از مهمترین اخبار علمی و اجرایی رسانه های همگانی (چهار خبرگزاری رسمی و معتبر کشور " ایرنا، ایسنا، مهر و فارس ") است که مرتبط با سه حوزه سلامت و حیطة فعالیت دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی (توانبخشی، سلامت روان، رفاه و سلامت اجتماعی) می باشد.

بخش «اخبار ویژه» در ابتدای این مجموعه نیز شامل مهمترین اخبار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی طی هفته گذشته می باشد، که مورد توجه بیشتر رسانه های همگانی قرار گرفته است.

این مجموعه با هدف " اطلاع رسانی " و " ارتقای سطح اطلاعات مربوطه " از سوی مدیریت روابط عمومی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی برای اعضای محترم هیات علمی و دانشجویان رشته های مختلف دانشگاه تهیه و منتشر می شود.

امید است که انتشار مجموعه اخبار برگزیده رسانه ها (با بازه زمانی هر هفته یکبار) بعنوان اولین گام در این بخش، بتواند خانواده فرهیخته دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی را در تحقق هدف " رشد و تعالی علمی و رفع نیازهای جامعه " یاری کند.

روابط عمومی دانشگاه افتخار می کند که بتواند با دریافت نقطه نظرها و پیشنهادهای ارزشمند گیرندگان این مجموعه، سطح کیفی و کمی آن را ارتقاء بخشد.

روابط عمومی دانشگاه

فهرست

اخبار «ویژه»: ۵

- اعطای گرنت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به استادیاران جوان برتر علوم پزشکی کشور ۵
- جشن دانش آموختگی دانشجویان دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی برگزار شد ۵
- حرکت دانشگاه به سمت کاربردی سازی پژوهش ها/ فعالیت های تحقیقاتی مشمول ارز دولتی می شود ۷
- مدیرکل اعتباربخشی امور درمان وزارت بهداشت: تقویت حوزه های توانبخشی، به نفع اقتصاد سلامت است ۹

اخبار حوزه «توانبخشی»: ۱۲

- ۵۰۰ هزار نفر در ایران از سمک استفاده می کنند * ۱۲
- تولید کنندگان تجهیزات پزشکی: پولمان را می خواهیم ۱۳
- تولید کنندگان تجهیزات پزشکی: به دادمان برسید ۱۹
- رایزنی با سازمان برنامه برای رفع مشکل تجهیزات توانبخشی معلولان * ۲۷
- ربات پوشیدنی برای بیماران فلج مغزی به بازار می آید * ۲۸
- ساخت بخشی از پروتزهای حلزون شنوایی در ایران/ انجام سالانه ۱۰۰۰ عمل کاشت حلزون * ۲۹

اخبار حوزه «سلامت روانی»: ۳۲

- افسردگی در زنان ۲ برابر بیشتر از مردان است ۳۲
- خودکشی در هر ۴۰ ثانیه جان یک نفر را در دنیا می گیرد * ۳۳
- کاهش خودکشی با افزایش آگاهی بخشی و مهارت زندگی ۳۴
- ۶۰ درصد مردم از خدمات سلامت روان استفاده نمی کنند ۳۶
- راهی برای سلامت روان دانشجویان ۳۷
- گروه-درمانی، شیوه ای موثر و مقرون به صرفه به شرط فرهنگ سازی ۳۹
- آسیب های کودکان پس از زلزله ۴۱
- میزان خودکشی در خاورمیانه پایین تر از میانگین جهانی است * ۴۵
- استفاده از نقشه برداری مغز برای درک سیستم عصبی * ۴۶



دانشگاه علوم پزشکی و توانبخشی
روابط عمومی

چهاردهمین مجموعه از اخبار برگزیده رسانه ها

حوزه های "توانبخشی، سلامت روان و رفاه و سلامت اجتماعی"

از تاریخ ۱۳ لغایت ۱۹ شهریور ماه ۱۳۹۷

راهنمای استفاده از این مجموعه :

- با توجه به قابلیت جستجوی این فایل، می توانید با کلیک روی هریک از عناوین اخبار، به متن خبر مورد نظر در این مجموعه دست یابید.
- در صورت لزوم برای مراجعه به خبر اصلی در وب سایت مربوطه، می توانید از لینک خبر اصلی بر روی لوگوی آن رسانه که در ابتدای متن اخبار قرار دارد، استفاده کنید.
- در صورت تکرار خبر در رسانه های مختلف، لینک آن خبر در رسانه های دیگر، که بر روی لوگوی هر رسانه و در ذیل متن خبر قرار دارد، قابل مشاهده و استفاده می باشد.
- اخبار پربازدید هر رسانه نیز با علامت * روی تیتر خبر مشخص شده است.

سردبیر مجموعه : فریبا نعیمی پور

مدیر مسئول : سیدمحمد موسوی خطاط

همکار : ندا قنبری

پیش‌بینی شرایط دشوار صندوق‌های بازنشتی طی چند سال آتی/ساخت دهکده ۴۰
هکتاری سلامت..... ۸۴
توافق سازمان خدمات اجتماعی و بهداشتی در درمان معتادان ۸۵

آزمون غربالگری سلامت روان برای دانشجویان علوم پزشکی اجرا می شود ۴۷
امضای قرارداد همکاری بین دانشگاه محقق اردبیلی و مرکز سلامت روان و اعتیاد
کانادا(CAMH)..... ۴۸

تجارب موفق برخی کشورها برای کاهش خودکشی ۴۸
دانش‌بنیان‌ها در مسیر جنبش نرم‌افزاری/۳۲..... ۵۲

اخبار حوزه «سلامت اجتماعی»: ۵۸.....

لبخندهای ماسیده..... ۵۸
دانش آموزان با نیازهای ویژه از خدمات حمایتی بهره مند می شوند ۶۰
کمپ های ترک اعتیاد اثربخشی لازم ندارند * ۶۱.....
آسیب های اجتماعی مرز نمی شناسد..... ۶۲
اورژانس اجتماعی از ۸ هزار خودکشی پیشگیری کرد * ۶۴
مهاجرت به استراتژی بقا در برخی مناطق کشور تبدیل شده است ۶۶
پیشنهاد سبد حمایتی مددجویان بهداشتی به دولت رفت * ۷۰
مددکاران ناجا سالانه ۴۰۰ هزار پرونده اجتماعی بررسی می کنند ۷۰
" نماد"؛ راهبردی برای مقابله با آسیب های اجتماعی ۷۱
اجرای طرح پیشگیری و کاهش طلاق در دانشگاه‌ها ۷۳
چالشی به نام غیرقانونی نبودن مواد مخدر جدید..... ۷۴
۵۰ درصد معتادان مبتلا به هپاتیت C هستند..... ۷۵
استقرار ۵۰۰ تیم پیشگیری بهداشتی در محلات با ریسک بالای اعتیاد / ۲۳ درصد
کارگران عسلویه معتادند * ۷۵
ضرورت گسترش تحقیقات در زمینه پیشگیری از اعتیاد/بررسی مداخلات درمانی
وشناختی در کنگره دانش اعتیاد * ۷۸
آمارهای سازمان جهانی بهداشت از آسیب‌های زنان در جهان ۷۹
ارائه خدمات مشاوره‌ای رایگان به دانشجویان همزمان با آغاز سال تحصیلی ۸۰
آیا حاشیه‌نشین‌ها بیشتر مرتکب جرم می‌شوند؟ ۸۱
خانواده رکن مهم در پیشگیری از اعتیاد است..... ۸۳

اخبار ویژه:



اعطای گرنت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به استادیاران جوان برتر علوم پزشکی کشور

معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی امروز (شنبه) طی اطلاعیه ای به اطلاع تمامی اعضای هیات علمی دانشگاه رساند که معاونت تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت، با در نظر گرفتن اعتبارات خود برای تشویق استادیاران جوان با شرایط خاص اقدام به اعطای گرنت می کند.

به گزارش وبداي دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، " سن کمتر از ۴۰ سال و عضویت در هیات علمی دانشگاه (استادیار یا مربی) " از شرایط دریافت کنندگان این تسهیلات است، ضمن آنکه، نویسنده اول یا مسئول مقاله باید دارای هر سه شرط ذیل باشد:

- ۱- نوع مقاله: مقاله اصلی (original article) یا مروری (systematic or narrative)
- ۲- زمان انتشار: منتشر شده در سال ۲۰۱۷ یا ۲۰۱۸ میلادی (پذیرش یا acceptance مقاله کافی نیست و در هنگام ارسال مدارک می بایست مقاله منتشر شده باشد)
- ۳- محل انتشار: مجله ای با شاخص IF (impact factor) معادل ۳ و یا بالاتر (سال ۲۰۱۶ میلادی) و یا مجله قرار گرفته در فهرست ۵٪ برتر رشته های موضوعی مبتنی بر CiteScore)

براساس این اطلاعیه، میزان اعتبار هر گرنت ۱۵۰ میلیون ریال است که نیمی از آن پس از تایید مدارک ارسالی و نیم دیگر پس از ارایه قرارداد متقاضی با معاونت پژوهشی دانشگاه مربوطه مبنی بر تصویب یک پروژه تحقیقاتی ۱۵۰ میلیون ریالی ارایه به دانشگاه تخصیص اعتبار داده خواهد شد.

معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی از تمامی متقاضیان واجد شرایط خواسته است تا این معاونت را در جریان اقدامات خود قرار دهند. (کارشناس مربوطه، خانم فائزه جغتایی هماهنگ کننده این موضوع است) انتهای پیام /



جشن دانش آموختگی دانشجویان دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی برگزار شد



جشن دانش آموختگی دانشجویان دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی به همت معاونت فرهنگی - دانشجویی این دانشگاه، با حضور " سکینه الماسی " نماینده مجلس شورای اسلامی و با شرکت رئیس، معاونان، جمعی از اعضای هیات علمی دانشگاه و صدها دانشجوی فارغ التحصیل مقاطع مختلف تحصیلی سال ۹۶-۹۷ در سالن شهید احمدی روشن دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی برگزار شد.

به گزارش وبداي دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی بنقل از مفدا، دکتر "امیرمسعود عرب" رئیس این دانشگاه در ابتدای مراسم گفت: امیدوارم که روزی پر از شادی و شمع در کنار دوستان و خانواده های خود داشته باشید و یک خاطره ماندگار از این جشن

وانتهای دوران دانشجویی به ارمغان ببرید و آرزوی موفقیت در تمام عرصه های زندگی را برای یکایک شما عزیزان دارم.

وی افزود: دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی در آبان ماه ۱۳۷۱ تأسیس شد و فعالیت خود را در حوزه های توانبخشی، سلامت و رفاه اجتماعی شروع کرد، دیدگاهی که در آن زمان شکل گرفت تا دانشگاهی با رویکرد سلامت اجتماعی و توانبخشی سلامت روان فعالیت کند و ما آرام آرام نتیجه این انتخاب را می بینیم، جا دارد از تمام کسانی که در ۲۶ سال گذشته برای اعتبار دانشگاه تلاش کردند به ویژه از بنیانگذار دانشگاه دکتر جغتایی که همیشه ذکر و نام ایشان در این دانشگاه هست به نیکی و خوبی یاد کنیم.

دکتر عرب ادامه داد: امروز دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی به جایگاهی رسیده که خوشبختانه در سراسر کشور نتیجه آن را به وضوح می بینیم و در رده های بالای کشور تعدادی از فارغ التحصیلان دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی در حال خدمت هستند. شاید تنها نقطه ای که به من از درون قدرت می دهد این است که خدمتگزار دوستان در دانشگاهی باشم که خودم فارغ التحصیل آن هستم و ۲۱ سال در مقاطع مختلف دانشجویی و مدیریتی این دانشگاه فعالیت کرده و احساس تعلق خاص و ویژه ای به این دانشگاه دارم.

رئیس دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی همچنین گفت: دانشگاه بدون دانشجو، فقط یک ساختار اداری بیش نیست و آن چیزی که دانشگاه را از بقیه ارگان های اجرایی جدا می کند، دانشجو است و فلسفه وجودی دانشگاه برای دانشجو است و این باور قلبی من هست که بتوانیم این دیدگاه را در دانشگاه، ساری و جاری کنیم.

دکتر عرب در پایان ابراز امیدواری کرد که دانشجویان بتوانند مدارج عالی را در حوزه خدمت رسانی به مردم و هم در حوزه افزایش معلومات و ادامه تحصیلات داشته باشند و خدمات مناسبی برای افرادی که گیرنده خدمات رشته های دانشگاهی ما هستند، ارائه بدهند.

در ادامه این مراسم، دکتر "حسن شاکری" معاون فرهنگی - دانشجویی دانشگاه علوم بهزیستی با ارائه گزارشی از تعداد فارغ التحصیلان امسال گفت: دانشگاه در سال تحصیلی ۹۷-۹۶، ۱۴۰ نفر فارغ التحصیل داشت، که از این تعداد، ۱۵ تن از فارغ التحصیلان مقاطع ارشد و دکتری و ۱۲۵ تن از فارغ التحصیلان مقطع کارشناسی (مجموعاً ۱۴۰ نفر) هستند.

وی، از ریاست دانشگاه بابت حمایت هایشان از اجرای این برنامه و همچنین تمامی دست اندرکاران در واحدهای مختلف دانشگاه که در برگزاری این مراسم نقش داشتند و محیطی فراهم کردند تا دانشجویان با فراغ بال و طیب خاطر تحصیلاتشان را به پایان برسانند و همینطور خانواده ها و والدین که با حمایت هایشان در موفقیت دانشجویان موثر بودند، تشکر و قدردانی کرد.

دکتر شاکری در ادامه، با ذکر حدیثی از نهج البلاغه مبنی بر این که "هلاک شد کسی که قدر خود را ندانست" به دانش آموختگان توصیه کرد: با تلاش و تعمیق دانشی که فرا گرفته اید قدر خودتان را بدانید و از عمر و لحظات آن برای کمک به بشریت با نیت خالصانه و خدایی استفاده کنید، نعمت های خدا برای شما است و از این نعمت باید در راه کمک رسانی به هممنوع، بویژه هوطنان استفاده کنید.

وی سپس ، با اشاره به چهره های موفق فارغ التحصیل شده از این دانشگاه مانند دکتر عرب رییس دانشگاه، دکتر الماسی نماینده تاثیرگذار مجلس شورای اسلامی و دکتر جوادی مدیرکل مددکاری وزارت بهداشت که در سایه تلاش مضاعف به موفقیت رسیده اند، آرزوی موفقیت روزافزون برای دانش آموختگان دانشگاه را از خدواند متعال طلب کرد.

در ادامه این مراسم، حجت الاسلام "عباسی" نماینده دفتر نهاد نمایندگی مقام معظم رهبری در دانشگاه سخنان خود را با مقدمه زیبایی از دوران دانشجویی و سه پدر انسان آغاز کرد و یکی از آن پدران، کسی است که به تو علم می آموزد.

وی سپس ، در اهمیت کسب فضائل و علوم از زبان پیامبر اکرم (ص) حدیثی را بیان کرد که از نشانه های انسان عاقل این است که هیچ وقت از آموختن علم و آموزش و طلب علم خسته نمی شود. و هر اندازه اندوخته علمی دارد آن را زیاد نمی داند و نکته دیگر اینکه یکی از دلایل بی رغبتی مردم و کناره گرفتن مردم از علم و دانش این است که نگاه می کنند افرادی که عمری را در کنار تحصیل و دانش به سر بردند از دانسته های خاص خود عمل نمی کنند.

حجت الاسلام عباسی ، افزود: فرهنگ دینی ما این جایگاه را برای علم و عالم مشخص می کند و به عنوان یک نورانیت از علم یاد می کند و اگر هر جا استادت را دیدید به او خدمت کنید و احترام آن را نگه دارید.

وی تصریح کرد: ما در حال حاضر در منطقه از جایگاه علمی خوبی برخورداریم و این جایگاه را باید حفظ کنیم، این جایگاه لازم است ولی کافی نیست ، باید علوم و نظریه ها را متناسب با جایگاه کشور کاربردی کنیم و علوم را با سازوکارهای مناسب این علم به سرمایه و ثروت و فناوری تبدیل کنیم و اگر خروجی علم توانست در دنیا به این جایگاه برسد ارزش بالاتری پیدا می کند.

حاج آقا عباسی افزود: در روایات آمده است ، علم قدرت است و اگر این قدرت را به دست آوردید برهمنگان غلبه می کنید اما اگر برعکس، نتوانید به این جایگاه برسید دیگران بر شما غلبه می کنند، برای حفظ قدرت و جایگاه علمی باید تلاش کنیم در این مسیر سختی های راه و مشقت هایی هست و شما می توانید تحصیل، اشتغال و ازدواج را همزمان باهم داشته باشید و در مقطعی که هستید با توکل به خدا ، مهارت ها و توانمندی ها علم خود را به قدرت ، ثروت و فناوری تبدیل کنید.

در ادامه این مراسم ، دانشجویان فارغ التحصیل، سوگندنامه حرفه ای خود را قرائت کردند و تقدیرنامه و تندیس یادبود از سوی معاون فرهنگی - دانشجویی دانشگاه به فارغ التحصیلان اعطاء شد.

لازم به ذکر است که اجرای گروه های موسیقی و همچنین گروه همخوانی ناشنویان ، پایان بخش این مراسم با شکوه بود که با شرکت جمعی از خانواده های فارغ التحصیلان برگزار شد. انتهای پیام /



رئیس دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی در گفت و گو با خبرگزاری دانشجویان ایران (ایسنا) ؛

حرکت دانشگاه به سمت کاربردی سازی پژوهش ها / فعالیت های تحقیقاتی مشمول ارز دولتی می شود

رئیس دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی از حرکت این دانشگاه به سمت کاربردی سازی تحقیقات خبر داد و با تأکید بر



اینکه چنانچه تحقق ۱۰۰ درصدی این موضوع ممکن نباشد، با ذهنیت و رویکرد فوق به آن نزدیک خواهیم شد، اظهار کرد: در حال حاضر مراکز تحقیقاتی ما ارتباط مؤثری با سازمان های مختلف برقرار کرده و تحقیقات خود را بر اساس نیاز ارگان ها و بیمارستان ها انجام می دهند.

معاون سابق پژوهشی دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی که مدتی است به ریاست این دانشگاه انتخاب شده، در گفت و گویی با ایسنا، با بیان اینکه از اواسط دی تا اوایل مرداد ماه عهده دار سمت معاونت پژوهشی این دانشگاه بوده است، یکی از کارهای انجام شده در مدت زمان حضورش در این معاونت را برگزاری کارگاه "اولویت سنجی" با مشارکت متخصصان وزارت علوم، تحقیقات و فناوری و با دیدگاه هدفمندسازی پژوهش ها عنوان کرد و گفت: هدف از برگزاری این کارگاه، هدفمندسازی خط سیر تحقیقات دانشگاه برای مدیران گروه ها بود که بر اساس نیازهای مراکز تحقیقاتی دانشگاه تدوین شد.

دکتر "امیرمسعود عرب لودریجه" همچنین اظهار کرد: بر این اساس، تحقیقاتی را که در راستای نیازهای مراکز تحقیقاتی ما نبودند به لحاظ تخصیص اعتبار و بودجه، خارج از اولویت قرار دادیم تا بتوانیم سایر تحقیقات را به حیطه کاربردی سازی نزدیک کرده و نیز نتیجه مشخص و واضحی را از انجام تحقیقات دریافت کنیم.

رئیس دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی با بیان اینکه در حال حاضر همان مسیر ادامه یافته است، خاطرنشان کرد: کاربردی سازی تحقیقات را نمی توان به طور ۱۰۰ درصدی محقق ساخت، اما با هدفمندسازی آن ها به این موضوع نزدیکتر خواهیم شد.

تحقیقاتی از رفاه تا اعتیاد

عرب در عین حال از ارتباط مؤثر مراکز تحقیقاتی این دانشگاه با ارگان های مختلف خبر داد و گفت: برای مثال در حوزه رفاه، تحقیقات خوبی را با همکاری سازمان بهزیستی تعریف کرده و در حوزه اعتیاد نیز مرکز تحقیقات اعتیاد ما، تحقیقات مشترکی را با سازمان بهزیستی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان مبارزه با مواد مخدر تعریف کرده است.

وی اضافه کرد: همچنین مرکز تحقیقات اعصاب اطفال با دفتر سلامت خانواده وزارت بهداشت و مرکز تحقیقات ژنتیک نیز با معاونت علمی، بنیاد علم ایران و صندوق حمایت از پژوهشگران ارتباط مناسبی برقرار کرده و تحقیقات خود را بر اساس نیازهای این ارگان ها انجام می دهند.

معاون پژوهش و فناوری دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی در همین زمینه از ارتباط مرکز حوادث و بلایای این دانشگاه با مرکز حوادث و بلایای شهرداری خبر داد و خاطرنشان کرد: تمایل و رویکرد ما این است که دانشگاه به سمت کاربردی سازی تحقیقات برود.

تأثیر تحریم ها بر تحقیقات

عرب با اشاره به اینکه تحریم ها بر انجام تحقیقات تأثیرگذار است، توضیح داد: برخی مجلات ما نمایه های بین المللی هستند که نیاز به پرداخت حق آبونمان دارند و این پرداخت هزینه، قدری مشکل است. همچنین برخی مجلات به صورت منبع باز (open access) در دسترس عموم قرار دارند که دوستان و همکاران ما در آن ها مقاله چاپ کرده اند. در چنین مواردی علاوه بر موضوع پرداخت، نحوه پرداخت و انتقال ارز نیز مشکل است.

وی از اندیشیده شدن راهکارهایی برای موارد فوق از سوی معاونت تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی خبر داد و گفت: بنا شد تا کلیه فعالیت های مرتبط با این حوزه ها مشمول ارز با قیمت مناسب (دولتی) باشد؛ از جمله آن که به مدیران بانک ها نامه نوشته شده تا کلیه فعالیت های علمی مشمول این قاعده به حساب آیند.

معاون پژوهش و فناوری دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی با بیان اینکه در این مدت فرصت مطالعاتی نداشته ایم، ادامه داد: روابط بین المللی ما در قالب تحقیقات مشترک با کشورهای دیگر کم نشده و اتفاقاً یکی از بالاترین درصدها را در ساختار وزارت بهداشت به خود اختصاص داده است.

عرب ادامه داد: طبق گزارش سامانه علم سنجی دانشگاه های علوم پزشکی کشور در معاونت تحقیقات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، درصد مقالات بین المللی ما نسبت به کل مقالات به ۲۸ درصد رسیده که یکی از بالاترین عددها در سامانه فوق است.

وی خاطرنشان کرد: دانشگاه ما از معدود دانشگاه هایی است که تا به حال سه برنده جشنواره رازی داشته که این نیز عدد قابل توجهی است؛ برای چنین افرادی گزینت های پژوهشی تعریف کرده ایم و سعی داریم حمایت های مالی لازم را از این افراد به عمل آوریم.

رئیس دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی درباره تخصیص بودجه پژوهشی این دانشگاه توضیح داد: بودجه ای که در برنامه دانشگاه پیش بینی شده به ما تعلق گرفته و در طرح های تحقیقاتی که در دوره گذشته پیش رفته است، بدهی نداریم؛ به عبارتی با محققان تسویه حساب کرده ایم. انتهای پیام /



مدیر کل اعتبار بخشی امور درمان وزارت بهداشت: تقویت حوزه های توان بخشی، به نفع اقتصاد سلامت است



مدیر کل دفتر نظارت و اعتبار بخشی امور درمان وزارت بهداشت ضمن بازدید از بخش های بستری بیمارستان توان بخشی رفیده گفت: با این هرم جمعیتی و وضعیت اقتصاد سلامت که در کشور داریم، باید حوزه های توان بخشی را بیشتر تقویت کنیم و این به نفع اقتصاد سلامت است.

به گزارش وبداي دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی بنقل از روابط عمومی بیمارستان توان بخشی رفیده، دکتر "علیرضا عسگری" در جمع رئیس، معاون و مدیران دانشگاه علوم بهزیستی و بیمارستان توان بخشی رفیده، به جایگاه حوزه توان بخشی و

مبحث مهم طب سالمندی در نظام سلامت کشور اشاره کرد و افزود: من معتقدم که وزارت بهداشت در آینده ای نزدیک برای ایجاد بیشتر بیمارستان های توانبخشی در کشور، از متولیان این امر در دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی کمک خواهد گرفت.

وی ادامه داد: از این که هنوز بسیاری از خدمات توانبخشی تحت پوشش بیمه قرار نگرفته است، جای بسی تاسف و تأمل است. و باید همه در زیر یک چتر و با هدف مشخص برای ساماندهی حوزه توانبخشی کشور اقدام کنیم تا از پراکندگی آرا و نظرات مختلف جلوگیری شود و این منافع عظیمی که از آن سخن می گوئیم و این آینده نگری که با تقویت حوزه توانبخشی ترسیم می شود، در سایه منافع اقلیمی و زود گذر از بین نرود. دکتر عسگری که در حین بازدید از بیمارستان توانبخشی رفیده، در جریان مشکلات این بیمارستان تخصصی نیز قرار گرفت، ابراز امیدواری کرد که بتواند گوشه ای از مشکلات این بیمارستان توانبخشی را حل کند. وی در ادامه این برنامه، با نگاه ویژه به خدمات توانبخشی و تاثیرگذاری آن در نظام سلامت کشور، برای " صدور پروانه های بهره برداری از بخش های ارتوپدی، اطفال، جراحی عمومی و ارتوپد فنی در بیمارستان رفیده و توجه به تخت توانبخشی در سطح بندی تخت های بیمارستانی"، قول مساعد داد.

مدیر کل دفتر نظارت و اعتبار بخشی امور درمان وزارت بهداشت همچنین " پیگیری برای برقراری پوشش بیمه ای خدمات بستری از سوی متخصصان طب فیزیکی و توانبخشی و استفاده از پوشش بیمه ای برای بیمارانی که از طریق بیمارستان توانبخشی رفیده، خدمات home care و home visit دریافت می کنند" را در دستور کار این اداره کل قرار داد.

پیش از سخنان دکتر عسگری، دکتر "امیرمسعود عرب" رئیس دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی ضمن تشکر از مدیر کل دفتر نظارت و اعتبار بخشی امور درمان وزارت بهداشت بابت توجه به دانشگاه علوم بهزیستی و بیمارستان توانبخشی رفیده، برنامه ساخت و ساز مرکز پزشکی- توانبخشی اخوان و اهداف ترسیم شده برای آن را تشریح کرد.

رئیس دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی از دکتر عسگری خواست تا جهت تحقق این اهداف که در نهایت، منجر به راه اندازی بیمارستان توانبخشی شماره ۲ رفیده و تقویت و توسعه خدمات توانبخشی در کشور می شود، کمک کند.

دکتر عرب همچنین با اشاره به ضریب بالای اشغال تخت های بیمارستان رفیده، گفت: دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی متولی توانبخشی می باشد و در زمینه توانبخشی، حرکت رو به جلو دارد، در صورتی که بیمارستان های دیگر درگیر مباحث درمان و تخت های درمانی می باشند و کوچکترین دغدغه ای هم در زمینه توانبخشی ندارند.

وی تأکید کرد که توانبخشی، فقط شامل توانبخشی مدیکال و بالینی نمی شود، بلکه سلامت اجتماعی و روانی هم تحت نظر روانپزشکان و روانشناسان خبره ای که در دانشگاه حضور دارند، دنبال می شود.

دکتر عرب افزود: ما باید بتوانیم بیماران مختلف مانند مبتلایان به سکته مغزی و ضایعه نخاعی را پس از گذراندن دوران نقاهت در بیمارستان های عمومی، به جامعه بازگردانیم و امیدواریم معاونت درمان وزارت بهداشت، در این راه به مجموعه دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی کمک کند.

همچنین در این برنامه، دکتر "ابراهیم موسوی" مشاور رئیس دانشگاه علوم بهزیستی در امور درمان، "سیدمهدی محسن زاده"

مدیر بیمارستان توانبخشی رفیده و دکتر "حسین اخوان زنجانی" معاون درمان این بیمارستان، برخی از مشکلات بیمارستان را با مدیر کل دفتر نظارت و اعتبار بخشی امور درمان وزارت بهداشت در میان گذاشتند.

دکتر "حسین اخوان زنجانی" با اشاره به لزوم ارائه خدمات توانبخشی به بیمارانی که دوره درمان خود را در بیمارستان های عمومی می گذرانند، گفت: برای بازتوانی و بازگشت بیمار به زندگی عادی و فعالیت روزمره، ارائه خدمات توانبخشی بصورت گروهی و همه جانبه نگر، ضروری است. وی با مقایسه هزینه ها در مراقبت حاد بیماران و هزینه های توانبخشی برای بازتوانی آنان، افزود: سرمایه کشور باید به جای هزینه کردن برای بستری و مراقبت حاد از بیماران، صرف ایجاد بیمارستان ها و مراکز توانبخشی بشود.

معاون درمان بیمارستان توانبخشی رفیده همچنین به لزوم پیگیری وضعیت بیماران پس از ترخیص از بیمارستان رفیده از طریق خدمات مراقبت در منزل (Home care) اشاره کرد و گفت: هم اکنون این خدمات از طریق مترون بیمارستان و حوزه پرستاری، تعریف و اجرا می شود اما گسترش و تقویت آن، نیاز به ساختار قانونی در وزارت بهداشت دارد.

دکتر "سید علی حسینی" دبیر شورای راهبردی دانشگاه و مشاور رئیس دانشگاه در امور آموزشی نیز با تاکید بر تاثیرگذاری خدمات ویزیت در منزل (home visit) و مراقبت در منزل (home care)، گفت: وزارت بهداشت در این میان نقش بسیار مهمی در ایجاد ساختار و نظام مند کردن آن دارد. وی که رئیس مرکز امور هیات علمی وزارت بهداشت نیز می باشد، افزود: دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی آماده ارائه نقشه راهبردی آن می باشد که نقش بسیار مهمی در زمینه اقتصاد سلامت خواهد داشت.

دکتر حسینی ادامه داد: باید وزارت بهداشت تعیین کند که دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی چه کمکی در زمینه نظام مند کردن این خدمات می تواند داشته باشد. به طور مثال اگر یکی از اعضای خانواده دچار سکتة مغزی شود، کل اعضای خانواده درگیر و مستأصل می شوند و از کارهای روزمره خود باز می مانند ولی اگر مراقبت در منزل تحت یک ساختار منظم شکل بگیرد، تیم توانبخشی می تواند با رهبری پزشک معالج به درمان های توانبخشی در منزل همچون، فیزیوتراپی، کاردرمانی، گفتاردرمانی و روانشناسی بپردازد و روند بازتوانی و بازگشت بیمار به زندگی عادی، سرعت بگیرد.

گفتنی است که در برنامه بازدید دکتر عسگری مدیرکل دفتر نظارت و اعتبار بخشی امور درمان وزارت بهداشت از بیمارستان توانبخشی رفیده، دکتر احمد علی اکبری کامرانی معاون درمان دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، دکتر فرهاد آزادی مدیر توانبخشی معاونت درمان دانشگاه، دکتر رضا سراج مدیر امور بیمارستان ها و تعالی خدمات بالینی، دکتر هاشم شمشادی معاون آموزشی بیمارستان توانبخشی رفیده، دکتر امین شاهرخ رئیس بخش اطفال، دکتر مجید اخوان حجازی رئیس بخش توانبخشی مغز و اعصاب و دکتر وحید دلشاد مترون بیمارستان توانبخشی رفیده نیز حضور داشتند.

اخبار حوزه «توانبخشی»:

عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران :

۵۰۰ هزار نفر در ایران از سمعک استفاده می کنند *

تهران- ایران- عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران با اعلام اینکه ۵۰۰ هزار نفر در ایران از سمعک استفاده می کنند، گفت: با توجه به هزینه های بالای درمانی جمعیت ناشنویان و کم شنوایان کشور لازم است تسهیلات ویژه ای برای آنها در نظر گرفته شود.

خسرو گورابی روز یکشنبه در گفت و گو با خبرنگار سلامت ایرنا اظهار داشت: موسسات خصوصی، نهادهای مردمی و سازمان بهزیستی در تامین هزینه درمان افراد کم شنوا کمک می کنند اما در حقیقت پاسخگوی نیازهای وسیع این افراد نیستند؛ بنابراین ضروری است تسهیلات برای این افراد در نظر گرفته شود. وی افزود: خانواده های افراد ناشنوا علاوه بر مشکلات روحی روانی، بار هزینه های سنگین درمان را هم به دوش می کشند. هزینه خرید سمعک پنج تا ۶ میلیون تومان است و ممکن است خانواده ای به علت محرومیت، فقر و بیکاری در تهیه آن دچار مشکل شود.

گورابی تصریح کرد: بیمه ها برای درمان این افراد، تنها مبلغی معادل ۸۸۰ هزار تومان می پردازند و به خدمات پس از درمان این آنها مانند جلسات توانبخشی شنوایی و گفتار درمانی توجه لازم نمی شود.

وی درباره راه های درمان افراد کم شنوا گفت: در مرحله اول از روش دارودرمانی استفاده می شود و اگر این روش پاسخگو نبود، از تجویز سمعک استفاده می شود که خود دارای هزینه زیادی است. در مرحله آخر نیز از روش کاشت حلزون استفاده می شود که دارای شرایط و محدودیت هایی است و برای تمام بیماران نمی توان از این روش درمانی استفاده کرد. گورابی افزود: فردی که برای درمان به ویژه از طریق کاشت حلزون انتخاب می شود، باید از سلامت گوش داخلی برخوردار و همچنین از توانایی ذهنی و عقلی مناسب به عنوان شرط اصلی بهره مند باشد. اگر فرد کم توان ذهنی باشد، امکان دارد درمان نتیجه بخش نباشد.

رئیس سابق انجمن شنوایی شناسی ایران گفت: از دیگر محدودیت های درمان این افراد می توان به میزان توانایی مالی خانواده ها، فرهنگ و انگیزه کافی برای پیشگیری و درمان و ارتباط با کارشناسان و مربیان و پیگیری های لازم اشاره کرد. گورابی افزود: هزینه درمان افراد ناشنوا و کم شنوا بالا است که خانواده ها یا دولت متحمل آن می شوند؛ بخشی از این هزینه ها شامل اقدامات توانبخشی پس از درمان است که باید به مدت یک سال پیگیری و تربیت شنوایی و زبان آموزی انجام شود. بر اساس آمارهای سازمان جهانی بهداشت، در سال ۲۰۱۸ میلادی ۴۶۶ میلیون نفر در دنیا به کم شنوایی ناتوان کننده دچار شده اند که ۳۴ میلیون نفر از این آمار را کودکان تشکیل می دهند؛ این در حالی است که این رقم در پنج سال گذشته ۳۶۰ میلیون نفر گزارش شده بود و بررسی این روند نشان می دهد که در سال ۲۰۳۰ میلادی ۶۳۰ میلیون نفر و در سال ۲۰۵۰ میلادی ۹۰۰ میلیون نفر با این مشکل روبرو می شوند.

شیوع اختلال کم شنوایی در ایران تا حدی بیش از سایر کشورهای جهان است زیرا بر اساس آمار جهانی شیوع این اختلال یک تا ۲ نفر در هر هزار نفر است در حالی که این آمار در ایران به چهار تا پنج نفر در هر هزار نفر می رسد. یکی از علت های شیوع بیشتر این بیماری در ایران، ازدواج های فامیلی و سطح ضعیف بهداشت و آگاهی در زمینه حفظ سلامت شنوایی عنوان شده است. انتهای پیام *



بررسی چالش های تجهیزات پزشکی در میزگرد ایرنا (۱)

تولید کنندگان تجهیزات پزشکی: پولمان را می خواهیم

تهران - ایرنا پژوهش - تولید کننده تجهیزات پزشکی کشور این روزها چه می کند؟ تولید می کند یا در پی برطرف کردن موانع و مشکلات می دود تا بخشنامه ای را اصلاح یا اجرای آن را تسریع کند؟

به گزارش گروه تحلیل، تفسیر و پژوهش های خبری، گاهی صبح ها که از خواب بیدار می شود شاید با خود می گوید: «خدا، امروز را بخیر کند، نکند باز یک بخشنامه جدید ابلاغ شود». که البته حدسش در بیشتر مواقع درست است. هر روز یک دستور العمل، هر روز یک بخشنامه و هر روز یک مشکل.

تولید کننده تجهیزات پزشکی این روزها با این سیاست های ارزی و گرانی چه می کند؟ به زحمت به کار خود ادامه می دهد یا اینکه کارخانه اش را مجبور می شود تعطیل کند یا شاید هم به جای تولید، وارد می کند؟

یکی از تولید کنندگان تجهیزات پزشکی که تا اسفند ۹۶ تولید داشت و نتوانسته بود به دلیل مشکلات متعدد به کار خود ادامه دهد می گوید: «وام گرفتم تا آخرین دستمزد کارکنان خود را بدهم؛ بعد هم در شرکت را بستم»! چه می شود که کار به جایی می رسد تا تولید کننده وام بگیرد و حقوق کارکنان را بدهد و بعد هم خانه نشین شود؟ می گویند تولید کنندگان تجهیزات پزشکی، این روزها با مشکلات زیادی دست و پنجه نرم می کنند. در این راستا گروه تحقیق و تفسیر خبرگزاری جمهوری اسلامی، میزگردی با عنوان «چالش های تولید کنندگان تجهیزات پزشکی» را برگزار کرد تا به واکاوی بخشی از مشکلات تولید کنندگان تجهیزات پزشکی بپردازد و در این میزگرد «مریم قاسمی»، دبیر انجمن صنفی تولید کنندگان تجهیزات و ملزومات پزشکی، دندانپزشکی، آزمایشگاهی و دارویی، «محمد رضا کمپانی»، دبیر اجرایی اتحادیه صادر کنندگان تجهیزات پزشکی و «اسحاق عامری»، رئیس اداره صادرات اداره کل تجهیزات پزشکی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی حضور داشتند.

تهیه و تامین مواد اولیه، گران بودن این مواد اعم از مواد اولیه داخلی، مطالبات و معوقات، سیاست های حجمی و مبلغی برای تخصیص های ارزی، به روز نشدن قیمت گذاری ها، بخش نامه های زیاد، نشانه دار نبودن کد مواد اولیه تجهیزات پزشکی و تصمیم گیری دستگاه های مختلف و ناهماهنگی بین آنها از جمله مشکلاتی است که میهمانان میزگرد به آنها اشاره کردند. مشروح این میزگرد به شرح ذیل است:

****ایرنا پژوهش:** خانم قاسمی در زمان حاضر، شمار تولید کنندگان تجهیزات پزشکی چقدر است؟
****قاسمی:** حدود ۵۸۰ تولید کننده داریم اما شرکت هایی که عضو انجمن صنفی تولید کنندگان تجهیزات پزشکی به شمار می آیند حدود ۲۰۰ شرکت هستند.

****عامری:** کسانی که از ما (اداره کل تجهیزات پزشکی) پروانه گرفته اند شمارشان به هزار و ۵۰ شرکت می رسد.
****کمپانی:** متأسفانه شمار صادر کننده هایی که صادرات آنها استمرار داشته باشد در حد خیلی کم است و من عدد ۵۰ شرکت فعال را اعلام می کنم. بر اساس آمار سال گذشته گمرک، سالانه حدود ۲۴ میلیون دلار تجهیزات پزشکی صادر می شود که این عدد رسمی است اما غیر رسمی به حدود ۷۰ تا ۸۰ میلیون دلار می رسد.

****ایرنا:** خانم قاسمی، با توجه به مشکلات اخیر از جمله مسائل ارزی، بیشترین مشکل تولید کنندگان تجهیزات پزشکی کشور چیست؟

****قاسمی:** در شرایط کنونی یکی از بزرگترین مشکلات این تولید کنندگان، تهیه مواد اولیه است که بخشی از آن به عدم تمکن مالی کافی در اثر مطالبات یا عدم نقدینگی کافی شرکت ها بر اثر معوقات در وصول مطالبه و بخشی دیگر هم به سیاست های جاری اداره کل تجهیزات پزشکی و وزارت صنعت بر می گردد اینکه بین این دو دستگاه هماهنگی نیست و با این شرایط الان ما برای تهیه مواد اولیه تولید تجهیزات پزشکی واقعا به سختی قادر به تولید هستیم.

****ایرنا:** شما قبلا هم اشاره کرده بودید که بیشتر شرکت های تولید کننده تجهیزات و ملزومات پزشکی، دندانپزشکی، آزمایشگاهی و دارویی حداقل ۲ سال است، مطالبات و معوقاتی به واسطه فروش کالاهای خود به وزارت بهداشت دارند الان این وضعیت چگونه است؟

****قاسمی:** بله. الان طلب بیشتر شرکت های تجهیزات پزشکی، ۲ تا سه سال است که عقب افتاده است؛ البته نمی گویم که هیچ تخصیصی و تزریقی وجود نداشته که این امر (تخصیص ها) در بازه های زمانی مختلفی صورت گرفته است. انجمن صنفی تولید کنندگان و صادر کنندگان تجهیزات و ملزومات پزشکی، دندانپزشکی، آزمایشگاهی و دارویی کشور برای معوقه های شرکت های تجهیزات پزشکی با تمام مسئولان مکاتبات و تماس هایی داشته است و تقریبا تمام مسئولان و نهادهای ذیربط از این قضیه خبردارند. مجلس شورای اسلامی به نوع خودش پیگیری هایی کرده است و انجمن از مقام معظم رهبری، نامه مذاکرات و مکاتبات را داشته است و وزارت صنعت معدن و تجارت و نیز وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نیز به طریق اولی در جریان بوده و پیگیری هایی داشته اند ولی با این وجود، مشکل، کماکان وجود دارد و حتی الان مشکل دیگری که می توان به آن اشاره کرد همین عدم نقدینگی شرکت ها بر اثر عقب افتادن وصول طلب هایشان از وزارت بهداشت است که کمبودهایی را در برخی اقلام پزشکی به دنبال داشته است.

الان در اداره کل تجهیزات پزشکی در مورد مواد اولیه، سیاست های حجمی و مبلغی برای تخصیص های ارزی مقرر شده است که این سیاست ها گاهی مواقع، مناسب است اما در برخی مواقع، باعث ایجاد مشکلاتی از جمله جلوگیری از ورود مواد اولیه شده است که در خصوص آنها در این جلسه صحبت می کنیم.

****ایرنا:** آقای کمپانی شما در خصوص مشکلات عمده تولید کنندگان تجهیزات پزشکی که شماری از آنها صادر کننده هم هستند، بفرمایید.

****کمپانی:** بحث مواد اولیه داخلی نیز یکی از مشکلاتی است که در زمان حاضر قیمت های تمام شده تجهیزات پزشکی را تحت تاثیر قرار داده است. در زمان حاضر قیمت مواد اولیه داخلی ما الان سه برابر شده و قطعات الکترونیکی که گاهی به پنج برابر هم رسیده؛ بنابراین مشکلی که به وجود آمده است این است که قیمت های مواد اولیه داخلی که عمدتا از آن شرکت های داخلی یا منتسب به دولت است، کنترل نمی شود. من تعجب می کنم چرا دولت روی این مواد پایه کاری انجام نمی دهد! در بورس می بینیم که قیمت فلان ماده اولیه A ریال است و همان ماده اولیه در بیرون از بورس، قیمتش به دو و نیم A رسیده است.

****ایرنا:** منظورتان از دولت، وزارت بهداشت است یا به طور کلی می فرمایید؟

****کمپانی:** اصلا ربطی به وزارت بهداشت ندارد. ببینید یکسری مسائل ما به دستگاه هایی همچون وزارت صنعت، معدن و تجارت ربط دارد؛ اما چیزی که مهم است این است که متاسفانه حلقه های اتصال همکاری و تعاملات بین دستگاه های ذیربط، مشکل دارد. ما به یک تحول اساسی در کل سیستم کشور نیاز داریم و اصلا هم در این مورد شک نکنید. قیمت بالای مواد اولیه داخلی باعث شده است که توانایی و خلاقیت نسبی تولید کننده داخلی که خودش تولید علم کرده است در مقابل کسی که در حال SKD قطعات نیمه سوار شده^۱ (یا قطعاتی که متناژ اولیه شده است وارداتی SKD نام دارد و پس از ورود به کشور خارجی، مونتاژ نهایی روی آن ها صورت می گیرد) از بین برود؛ در این شرایط حتی دستمزدها هم برای تولید کننده

داخلی بیشتر می شود به عنوان مثال فرض کنید تولید کالایی را که تا الان مکانیکال (دستی) بوده است می خواهید «سی ان سی» (ماشینی) کنید، مجبورید هم دستمزد را سه برابر کنید و هم مواد اولیه را سه برابر، گران تر بخرید و به همین علت است که تولید کننده در این شرایط می بیند قطعه ای که ساخته است به طرز وحشتناکی برایش گران تمام می شود. وقتی هم که کالای داخلی گران می شود، جاهایی مثل وزارت بهداشت که متولی سلامت است به سمت واردات می رود؛ چرا که این وزارتخانه متولی تولید در این مملکت نیست اما می خواهد سلامت را تامین کند و اگر تولید کننده داخلی حرفی برای گفتن نداشته باشد و کالای خوبی عرضه نکند وزارت بهداشت نیز مجبور است به سمت واردات برود. این به این علت است که جای دیگری (خارج از وزارت بهداشت) باید برای تولید کننده تجهیزات پزشکی، بستر لازم را فراهم می کرد که قصور کرده است.

*****ایرنا: خانم قاسمی! شما به سیاست های حجمی و مبلغی وزارت بهداشت اشاره کردید که در بخش هایی مشکلاتی برای تولید کننده ایجاد کرده است، بفرمایید که تا چه حدی این سیاست ها به وزارت بهداشت مرتبط است؟**
*****قاسمی:** به خاطر محدودیت هایی که وزارت بهداشت برای تخصیص ارز دارد مشکلاتی ایجاد شده است. قبل از آن باید به نکته ای اشاره کنم و آن اینکه در زمان حاضر اداره کل تجهیزات پزشکی به مواد اولیه و فینیش پروداکت (محصول نهایی) اقلام مصرفی و ملزومات مصرفی پزشکی، ارز دولتی می دهد اما در خصوص تجهیزات سرمایه ای، فینیش پروداکت و مواد اولیه یا اجزای قطعات، ارز دولتی اختصاص نمی یابد.

وزارت بهداشت در خصوص سیاست های حجمی به دلیل محدودیت در خصوص تخصیص ارز، بین آنچه که تولید کننده سال گذشته وارد کرد و آنچه که امسال درخواست ورود داشت، مقایسه ای انجام می دهد و پس از آن به تولید کننده، ارز می دهد این کار وزارت بهداشت در بخشی خوب است اما در بخشی دیگر اشکال دارد. از طرف دیگر در سال گذشته خیلی از تولید کننده ها به دلیل مطالبات و معوقاتی که از وزارت بهداشت داشتند نتوانستند به اندازه کافی تولید کنند، بنابراین این شاخص مقایسه وزارت بهداشت کفایت نمی کند و در زمان حاضر شماری از تولید کنندگان بابت این سیاست ها دچار مشکل ارزی شده اند.

*****ایرنا: آقای عامری شما به عنوان یک مقام دولتی در خصوص مشکلات تولید کنندگان تجهیزات پزشکی بفرمایید.**
*****عامری:** قبل از هر چیز باید یادآور شوم که در متن تحریم ها زیرکانه درج شده است؛ «دارو و تجهیزات پزشکی جزو تحریم ها به شمار نمی آید». این در حالی است که انتقال ارز آن شامل تحریم است و ما نمی توانیم چیزی بخریم. ما در اداره کل تجهیزات پزشکی، روزهای پر کاری داریم و آنچه در توانمان است در حال انجام است. اما اداره تجهیزات پزشکی فقط یک اداره کل با اختیاراتی محدود است. به عنوان مثال، ورود مواد اولیه تولید تجهیزات پزشکی برعهده این اداره نیست بلکه بین چند دستگاه دیگر تقسیم شده است این در حالی است که باید در یک دستگاه خلاصه شود. به عنوان نمونه، اداره کل تجهیزات پزشکی تشخیص داده است که کشور، کمبود دستکش دارد به همین علت به صورت فوریت مجوز ورود مواد اولیه آن را هم داده است؛ این در حالی است که این مواد در گمرک به علت نداشتن تاییدیه استاندارد اجباری سازمان استاندارد، مانده است؛ به همین دلیل کمبود ایجاد می شود.

مشکل دیگری که تولید کنندگان تجهیزات پزشکی در تامین مواد اولیه دارند این است که برخی مواد اولیه، جنبه عمومی دارد یعنی آن موادی که در تولید تجهیزات پزشکی استفاده می شود در تولید ماشین لباسشویی هم به کار گرفته می شود. آنچه که وزارت صنعت برای مواد اولیه می شناسد با چیزی تحت عنوان HS کد (کد بین المللی کالا) این شناسایی را انجام می دهد HS. کد نیز سیستمی است که نمی تواند تشخیص بدهد، فلان ماده اولیه دقیقاً برای چه کاری استفاده می شود بابت همین «سیاست گذاری مشترک» است که در تامین برخی مواد اولیه تجهیزات پزشکی مشکل داریم.

از همان زمانی که برنامه تخصیص ارز رخ داد به تولید کنندگان تجهیزات پزشکی اعلام کردیم که برای حل مشکل HS کد، بهتر است به سمت IRC (Iran Registration Code) برویم IRC کدی است که تجهیزات پزشکی از وزارت بهداشت می

گیرد که اگر ما HS کد را روی IRC نشانه دار کنیم مشخص می شود که کدام ماده اولیه برای بخش عمومی و کدام ماده اولیه هم برای تجهیزات پزشکی وارد بازار می شود.

بنابراین وزارت صنعت به خاطر همین سیستم ساختاری یا HS کد نمی تواند مواد اولیه تجهیزات پزشکی را در اولویت قرار دهد.

****ایرنا: این مشکل از چه زمانی شروع شد؟**

****عامری: این مشکل تا قبل از بحث تخصیص ارزی وجود نداشت همه چیز را مثل هم می دیدیم.**

****ایرنا: چرا قبلا همه چیز را عمومی و مثل هم می دیدید؟**

****عامری: ورود مدیکال دی وایز (تجهیزات پزشکی) به کشور سخت است و به همین علت شرکت ها، قبلا ترجیح می دادند که اگر مواد اولیه عمومی و قانونی از کانال دیگری می تواند وارد شود از همان کانال وارد کنند تا در پروسه اداره کل تجهیزات پزشکی گیر نکنند؛ چرا که در اداره کل تجهیزات پزشکی بررسی تجهیزات پزشکی و مواد اولیه آنها، سخت گیرانه است . و اما در خصوص بحث سیاست گذاری حجمی و مبلغی، مجبور شدیم به سمت چنین سیاستی برویم. وقتی که بحث تخصیص ارز پیش آمد ممکن بود یکسری از شرکت های تولید کننده، تعداد مواد اولیه مورد نیاز را زیاد عنوان کنند و مبلغ را زیاد بزنند که روز های اول شاهد این مساله نیز بودیم از طرفی هم می خواستیم، ارز براساس نیازهای مردم تخصیص یابد نه اینکه مثلا ۹۰ درصد آن بابت لیزر زیبایی صرف شود؛ پس مجبور بودیم به سمت سیاست مبلغی و حجمی رویم .**

در عین حال این توضیح را هم به تولید کنندگان تجهیزات پزشکی دادیم که اگر کسی می خواهد تعداد خط تولید را اضافه کند و یا اینکه برنامه برای مثلا افزایش تولید برای ۲ سال آینده را تدارک دیده است، درخواست دیگری به صورت پرفرم و جداگانه و ویژه به اداره تجهیزات پزشکی ارائه دهد و کارشناس را براساس مستندات قانع کند و اگر کارشناس تایید کند، ارز بیشتری به تولید کننده جهت تهیه مواد اولیه می دهیم که این کار هم در اداره کل صورت گرفته است.

در بحث قیمت گذاری کالای پزشکی، اگر قیمت گذاری نکنیم اتفاقی که در بقیه حوزه ها رخ می دهد در حوزه تجهیزات پزشکی هم رخ می دهد و سبد مردم کوچک می شود. ما همین الان با این قیمت ها به دلیل بحث تخصیص از بیمه ها و تخصیص سازمان بودجه به شرکت های تجهیزات پزشکی بدهکاریم؛ اگر قیمت ها برداشته شود نمی دانیم واکنش بازار چه می شود. البته قیمت ها ما در بعضی اقلام، بصورت مقطعی تغییر کرده است. من فکر می کنم بحث در دو حوزه یعنی مطالبات شرکت های تجهیزات پزشکی و قیمت گذاری تمامی ندارد.

****ایرنا: قبل از اینکه به مطالبات بپردازید در خصوص قیمت گذاری بفرمایید که وقتی شما (اداره کل تجهیزات پزشکی) مصرف کننده تجهیزات پزشکی هستید چرا قیمت گذاری می کنید؟ آیا این کار، درست است؟ این سوالی است که تولید کنندگان تجهیزات پزشکی دارند.**

****عامری: قیمت گذاری در کمیسیون مشترک صورت می گیرد در این کمیسیون که فقط ما (اداره کل تجهیزات پزشکی یا وزارت بهداشت) عضو نیستیم در این کمیسیون، سندیکاها و انجمن ها و بخش خصوصی مربوطه نیز عضویت دارند و اما در بخش مطالبات نیز ما که کل دولت نیستیم در حد یک اداره کل فعالیت می کنیم. خرید تجهیزات پزشکی را نیز این اداره کل که انجام نمی دهد بلکه دانشگاه های علوم پزشکی و بیمارستان ها این کار را انجام می دهند اما ما متولی این شرکت ها هستیم و دغدغه ها و شکایت های آنها بابت مطالبات و معوقه ها برای ما عنوان می شود و ما هم سعی می کنیم مشکلات آنان را حل کنیم.**

ولی من فکر می کنم که در بحث مطالبات یک کلاف سر در گم داریم. شرکت ها از بیمارستان ها، بیمارستان ها از بیمه ها و بیمه ها هم از دولت طلب دارند. باید یک جایی این مشکل حل بشود. تا زمانی که ساختار بیمه ای ما درست نشود این مشکل

ادامه دارد.

****ایرنا: آقای مهندس!** این حرف ها همیشه هست که ساختار بیمه ای ما باید اصلاح شود؛ ولی باید بالاخره یک جایی این مساله قطع شود. الان به جای بدهیتان به شرکت های تجهیزات پزشکی، اوراقی داده اید که سررسید برخی از این اوراق برای آذر سال ۹۸ است. شرکت های تجهیزات پزشکی با این اوراق که نمی توانند فوراً نقدینگی داشته باشند و نقدینگی هم که نباشد در کار تولید، مشکل ایجاد می شود.

****عامری:** شما فکر می کنید وزارت بهداشت متولی این حوزه، آیا این اوراق را به عنوان پرداخت بدهی خود به این شرکت ها قبول دارد؟ وزارت بهداشت، درست است که خدمات دهنده است اما طلب هم دارد. به همین اندازه که به شرکت ها بدهکار است به همان اندازه هم از جاهای دیگر طلب دارد. همه چیز که دست ما نیست اگر پول بیمه ها مثل تامین اجتماعی دست وزارت بهداشت بود می توانستیم خوب تصمیم بگیریم. این اصلاً خواسته وزارت بهداشت نیست که شرکت ها از آن طلب داشته باشند و به جای پول نقد به آنها اوراق بدهید. آقای وزیر بهداشت (سید حسن هاشمی) هم بارها و بارها اعلام کرده است که باید نقدینگی شرکت ها را تقویت کنیم تا به مشکل برنخوریم.

****ایرنا: خانم قاسمی!** تا اینجای کار به شرکت ها بابت طلبشان، اوراق داده شده است. حالا اگر شرکتی، اوراق را به بانک، بابت ضمانت بدهد آیا بانک این اوراق را قبول می کند؟
****قاسمی:** قبل از هر چیز باید بگویم که ما (شرکت های تجهیزات پزشکی) تمایلی به گرفتن اوراق نداشتیم.

****ایرنا: البته که همینطور است چون اوراق، یکی از روش های معامله به شمار می آید.**
****قاسمی:** بالاخره به علت وضعیت فعلی کشور قرار شد این اوراق در تراکنش های شرکت ها ورود کند. اگر قرار هست که این اوراق به عنوان سر فصلی در بودجه ما تولید کننده ها و صادر کننده ها تعریف شود باید قابل تهاتر باشد. برخی در بخش دولتی مواظب هستند که اوراق به تراکنش های آنها وارد نشود که کارشان درست است اما ما که بخش خصوصی هستیم چاره ای نداریم و مجبوریم اوراق را بابت طلبمان قبول کنیم.

باز هم در این خصوص شرکت های تجهیزات پزشکی دو دسته شده اند؛ یکسری که اوراق را بابت طلبشان قبول کرده و دسته ای که قبول نکرده اند. آن شرکت هایی که قبول کرده اند حداقل انتظار دارند که اوراق، ظرفیت تهاتر با دستگاه هایی مثل دارایی و بیمه داشته باشد یا اینکه بانک به عنوان ضمانت، اوراق را قبول کند.

برخی شرکت ها که به علت عدم نقدینگی و معوقاتشان تولید را تعطیل نکرده و دوام آورده اند، وام گرفته اند؛ هم اکنون نیز موعد سررسید وام ها رسیده است و سوال این است این شرکت ها باید چه کنند؟ حداقل باید تدابیری اندیشیده شود یا سر رسید وام را عقب بیندازند و یا اینکه اوراق را تهاتر کنند. به نظر می رسد که بخشنامه ظرفیت تهاتر اوراق آمده است اما اینکه چقدر اجرایی شود جای سوال است؛ اما تا این لحظه که انجمن صنفی با اعضای خود (تولیدکنندگان تجهیزات پزشکی) تعامل داشته، معلوم شده است که این اعضا تا الان نتوانسته اند از ظرفیت تهاتر استفاده کنند.

****ایرنا: الان اگر تولید کننده اوراق را تنزیل هم کند از ارزش اوراق کم می شود.**

****قاسمی:** این اوراق هم بستگی دارد بر اساس چه الگویی و چه نماد معاملاتی و اصلاً چند ساله باشد. زمان سررسید اوراق نیز متفاوت است؛ ضمن اینکه شرکت ها در شرایطی نیستند، اوراق را تا زمان سررسید در گاو صندوق نگاهداری کنند و برای اینکه نقدینگی جهت تولید داشته باشند، مجبورند آنها را تنزیل کنند که از آن درصدی کم می شود که در این میان، ضرر را تولید کننده می دهد.

****کمپانی:** هیات وزیران تسهیل نامه ای برای تهاتر اوراق داده است. می گویند عددش هزار میلیارد تومان است اما بحث این است که این کار به سرعت انجام شود چون تشریفات خاص خودش را دارد. شما (رسانه ها) را به کمک می طلبیم که این تهاتر خیلی سریع انجام شود که اگر انجام نشود، مشکلات بیشتر می شود.

****ایرنا:** الان شما فکر می کنید که تولید کنندگان تجهیزات پزشکی با اوراقی که گرفته اند چه کرده اند؟ آیا در گاو صندوق تا زمان سررسید نگاهداری می کنند یا اینکه تنزیل کرده اند؟

****کمپانی:** سررسید اوراق ها متفاوت است. یکسری از این اوراق برای ماه نهم امسال است که برای تنزیل آن، ۲۴، ۲۵ درصد کم می کنند یعنی ۱۰۰ میلیون را ۷۰ میلیون می دهند.

****ایرنا:** با این تفاسیر آیا بیشتر شرکت ها این کار را انجام می دهند؟

****کمپانی:** بله. اصلا شک نکنید. شرکتف این پول را می خواهد تا پول کارگر را بدهد و مواد اولیه بخرد. این معامله حرام است. تولید کننده کالا را نقد فروخته است و پول آن را ۲ سال بعد می گیرد و بهره اش را نیز به او نمی دهند و از طرف دیگر مجبور است تنزیل کند و ۲۴ درصد نیز از او کم می کنند.

من می خوام یک دورنما به شما بدهم. در جامعه همه چیز گران شده است. برای تولید کننده هم که مشکلات ذکر شده رخ داده است پس در نتیجه، تولید در کشور در حال نابود شدن است؛ ما اگر تولید کننده را می خواهیم باید نگاه ویژه ای هم به او داشته باشیم. حداقل از یک منبع دیگر، پول این ها تامین شود. از طرفی به جز تولید، واردات هم برای کشور نیاز است چون تولید، ۳۵ تا ۴۰ درصد نیاز وزارت بهداشت را تشکیل می دهد و بقیه نیاز وزارت بهداشت بابت تجهیزات پزشکی با واردات تامین می شود؛ بنابراین باید وارد کننده را نیز دریابد. به طور کلی باید تامین ملزومات و تجهیزات پزشکی و دارو را نگاه ویژه ای داشته باشیم و آن را مستثنی از همه چیز کنیم چون دودش به چشم همه می رود. من امیدوارم این درد به مسئولان منتقل می شود.

****ایرنا:** آقای عامری اداره شما برای تسریع در امر تهاتر اوراق چه کمکی می تواند انجام دهد؟

****عامری:** نظر ما (اداره تجهیزات پزشکی) هم دقیقا عین نظر تولید کننده ها است. عرض کردم ما هم از بیمه ها طلب داریم؛ آنها باید طلب ما را بدهند تا قدرت خرید داشته باشیم. در تخصیص ارز و مطالبات و اوراق قرضه واقعا مکاتبات بسیاری با جاهایی همچون هیات دولت داشتیم.

الان در وزارت بهداشت یک کارشناس، مامور پیگیری تهاتر اوراق است. به اداره تجهیزات پزشکی، اختیارات ۱۰ از ۱۰۰ در امر در تولید، حمایت و پرداخت داده اند اما توقعی که از این اداره دارند در حد ۱۰۰ است.

تولید کننده که اوراق می گیرد از اداره ما توقع دارد در حالی که ذات اداره ما، نظارت بر تجهیزات پزشکی است و وزارت صنایع وظیفه حمایت از تولید دارد البته ما نیز از تولید حمایت می کنیم که این حمایت کم رنگ نیست. ضمن اینکه سیاست اصلی را هیات دولت بر عهده دارد و ما مجری این سیاست هستیم. مثلا هیات دولت وقتی به تولید کننده تجهیزات پزشکی اوراق قرضه می دهد نظر اداره ما را که نمی پرسد بلکه یک ریلی می گذارد و ما نیز مجری آن هستیم.

اما یکی از کارهایی که به شدت در حال پیگیری هستیم بحث «خرید تضمینی تجهیزات پزشکی» است. ما ۱۲ روز پیش جلسه ای در منطقه ویژه خراسان جنوبی داشتیم جایی که صادرات به افغانستان صورت می گیرد. از طرفی هم شماری کارخانه داریم که به دلایلی مثل مطالبات به تعویق افتاده، کمتر از ظرفیت فعالیت می کنند که در این میان عده ای، علاقمند شده اند تا خرید را از روی خط تولید انجام بدهند؛ یعنی اینکه اگر ظرفیت تولید در کارخانه ای، ۱۰ است با ظرفیت ۱۰۰ تولید کند و خریدار، همان روز اول، خریدش را انجام دهد. در این خصوص هم ما مجری نیستیم و نقش کاتالیزوری برای بخش خصوصی جهت سرمایه گذاری داریم تا خرید تضمینی تجهیزات پزشکی انجام شود.

***ایرنا: برای این خرید تضمینی استقبالی هم شده است؟

***عماری: بله. برای این خرید استقبال شده است و حتی شاخص نیز برای آن در حال تدوین است.

***ایرنا: چه کسی یا چه نهادی در حال تدوین شاخص است؟

***عماری: خود سرمایه گذار. منطقه ویژه اقتصادی بیرجند از جمله مناطقی است که ابراز تمایل کرده است. اینکه چرا ما برای خرید یاد شده این تمایل را اعلام نمی کنیم به این خاطر است که توقع ایجاد می شود. ما پول تمام خریدهای خود را نداریم، بدهیم چه رسد به وقتی که خرید تضمینی هم انجام دهیم.

حدود ۲ هفته پیش سفری به مرز افغانستان داشتیم که در این سفر جلساتی با حضور سرمایه گذارها، استاندار نیمروز افغانستان، استاندار خراسان جنوبی و سرکنسولی ما در هرات برگزار کردیم و منتظر تصمیمات آنها هستیم تا فراخوان را منتشر کنیم. ادامه دارد... انتهای پیام **/



بررسی چالش های تجهیزات پزشکی در میزگرد ایرنا (۲)



تولید کنندگان تجهیزات پزشکی: به دادمان برسید

تهران - ایرنا پژوهش - شاید اگر کل مشکلات تولید کنندگان تجهیزات پزشکی کشور را یک کاسه کنیم و کل خواسته آنان را در یک جمله خلاصه کنیم می توانیم بگوییم که این تولید کنندگان از مسئولان می خواهند که به دادشان برسند.

تولید کنندگان تجهیزات پزشکی دیگر نمی دانند از دست دلال های مواد اولیه چه کنند؟ نه می توانند نخرند که اگر مواد اولیه نخرند به اصطلاح باید بروند در شرکت خود را تخته کنند و اگر هم بخرند که مواد اولیه با قیمتی گران تر، به دستشان می رسد. لاجرم عملیاتی پلیسی هم نمی توانند انجام دهند چون کارشان این نیست. تولید کننده باید تولید کند اما انگار این روزها با توجه به شرایط فوق العاده کشور و بحث تحریم ها، همه کار می کنند، جز تولید.

شناسایی دلال ها و محتکرهای مواد اولیه و در نتیجه گرانی این مواد یکی از بیشمار مشکلات تولید کنندگان است. خود تحریمی ها، گیر کردن مواد اولیه در گمرک، چند نرخ بودن ارز، نبود زیرساخت های مناسبی برای دسترسی صنعتگر به مواد اولیه، وجود بخشنامه های از امشب به فردا، نشان دار نبودن تجهیزات پزشکی و نیز قیمت گذاری های به روز نشده گرانی مواد، باعث شده است که به قول مریم قاسمی، دبیر انجمن صنفی تولید کنندگان تجهیزات پزشکی با این شل کن سفت کن ها پدر تولید کننده در آمده است.

در راستای واکاوی مشکلات تولید کنندگان تجهیزات پزشکی، گروه تحلیل و تفسیر و پژوهش های خبری خبرگزاری جمهوری اسلامی، میزگردی با عنوان «چالش های تولید کنندگان تجهیزات پزشکی» را برگزار کرد تا به واکاوی بخشی از مشکلات تولید کنندگان تجهیزات پزشکی بپردازد و در این میزگرد، «مریم قاسمی»، دبیر انجمن صنفی تولید کنندگان تجهیزات و ملزومات پزشکی، دندانپزشکی، آزمایشگاهی و دارویی، «محمد رضا کمپانی»، دبیر اجرایی اتحادیه صادر کنندگان تجهیزات پزشکی و «اسحاق عامری»، رئیس اداره صادرات اداره کل تجهیزات پزشکی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی حضور داشتند.

دنباله مشروح این میزگرد را در ذیل بخوانید.

***...ایرنا: آقای کمپانی، اگر خرید تضمینی صورت گیرد احتمال افزایش تولید تجهیزات پزشکی بیشتر می شود و در نتیجه وضعیت صادرات هم بهتر می شود به نظر شما می توانیم به هدف ۲۴۰ میلیون دلار صادرات برسیم؟

***کمپانی: ما در بحث صادرات، حدود هشت، نه سال است که وارد بازار جهانی شده ایم که اگر به طور کلی با صنعتی که از سال

۴۰ یا ۵۰ در این مملکت بوده است مقایسه کنیم میزان صادرات صنعتی در کشور با صادرات تجهیزات پزشکی فرقی نمی کند. اگر هم محدودیت هایی در صادرات این تجهیزات می بینیم باید نگاه کنیم که صادرات سایر صنایع ما چگونه است که یکی از ایرادها به بازار بین المللی بر می گردد. یکی از مشکلات ما در سطح بین الملل این است که کسی Made in Iran را نمی خرد و برخی کالاهای ما به اسم کشور دیگری فروخته می شود. اما به هر حال می توان قطعا با برنامه ریزی صادرات را افزایش داد. ما الان به تولیداتی رسیده ایم که کاملا ایرانی است و شاهد آن، اتاق عمل کاملا ایرانی است که وزیر بهداشت در نمایشگاه ایران هلث رونمایی کرد. این اتاق عمل را یک کشور اروپایی ۳۰۰ تا ۴۰۰ هزار دلار به ما می دهد در حالی که تولید کننده ما آن را با ۱۰۰ هزار دلار ساخته است. در نتیجه در بازار جهانی نیز عوض اینکه یک دستگاه را به تعداد هزار عدد صادر کنیم، ۱۰ اتاق عمل را صادر می کنیم که در آمد آن بیشتر است که این آمادگی قابل وصول است. نمایندگان ما برای فروش این اتاق عمل در شرق آفریقا مذاکراتی را در دست انجام دارند. بنابراین می توان به ۲۴۰ میلیون دلار رسید. ما چیزی را اضافه نکرده ایم فقط تفکر را عوض کرده ایم. وقتی این ایده وجود دارد، می شود به ۲۴۰ میلیون دلار رسید و قطعا به مسائل دیگر می توان رسید. مساله دیگر که در صادرات باید لحاظ کرد این است که همین «ساخت ایران» خیلی مساله دارد الان تمام دارک مثل LC کالایی که به کشور همسایه می فرستیم در شرکتی واقع در اروپا تنظیم می شود.

من بیشتر از این نمی توانم مسائل را باز کنم. یک بار واشنگتن پست در بحث تحریم ها با من مصاحبه کرد و گفت شما با این تحریم ها می خواهید چه کار کنید؟ من هم گفتم من به تو بگویم که می فهمی! ما تا الان انجام داده ایم بعد از این هم انجام داده ایم.

شما مطمئن باشید تمهیدات بسیار خوبی صورت گرفته است و این اتفاق صادرات به نحو احسن انجام می شود اما باید به گونه ای رفتار کنیم که به مشکلی بر نخوریم به هر ترتیب توانسته ایم صادرات را افزایش دهیم و هم اینکه توانسته ایم به قیمت خوبی، کالاها را بفروشیم. از این جهت نگران نباشید.

****ایرنا: خانم قاسمی با توجه به تحولات مثل بازار ارز و افزایش قیمت مواد اولیه آیا برای تولید کنندگان، امکان تحقق چنین هدفی یعنی صادرات وجود دارد؟**

****قاسمی: قضیه کمی پیچیده است و با آری و نه نمی توان پاسخ داد. کالاها در قالب گروه های متفاوت قرار دارند. چند روز پیش در جلسه ای به معضل گران شدن مواد اولیه پلیمری و پتروشیمی اشاره شد که برخی تولید کنندگان تجهیزات پزشکی به آنها نیاز دارند. در آن جلسه یکی از مشکلات تولید کنندگان یاد شده این بود که در شرایط فعلی، صادرات مواد پلیمری و پتروشیمی آنقدر زیاد است که باعث کمبود این مواد برای تولید کنندگان داخل شده است. البته شرایط، شاید در این وضعیت در گروه های کالایی متفاوت است و بحثی که آقای داشتند نیز بحثی جنرال و کلی بود.**

****عامری: من می خواهم توضیحی در این خصوص بدهم. سر همین بحث پتروشیمی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، اولین ارگانی بود که ورود کرد. وزیر بهداشت، تلفنی با مدیر عامل پتروشیمی صحبت کرد و به آقای زنگنه (وزیر نفت) نیز نامه ای نوشت که اولویت شما تخصیص مواد به فعالان حوزه سلامت و تجهیزات پزشکی باشد.**

****قاسمی: خیلی ممنون آقای دکتر از توضیحات و من بابت زحماتتان تشکر می کنم و برای من هم ایراد سخنانی در تقابل با شما خیلی سخت است اما با وجود تمام این زحمت ها، کفایت نکرده است و در جلسه ای که با تولید کنندگان تجهیزات پزشکی متقاضی مواد اولیه پلیمری و پتروشیمی داشتیم، تولید کنندگان همه ناامید تر از دیروز بودند و همه این سوال را داشتند، چه کنیم؟ آیا باید تعطیل کنیم؟ این موضوع نشان می دهد که این تولید کنندگان نمی توانند مواد اولیه خود را تامین کنند.**

****ایرنا:** نمی توانید سهمیه مواد اولیه را افزایش دهید؟

****قاسمی:** چند روز پیش در بحث سهمیه هم جلسه ای داشتیم که اتفاقا رییس سازمان غذا و دارو که معاون وزیر بهداشت نیز به شمار می آید در این جلسه حضور داشت. اتفاقا دکتر اصغری (رییس سازمان غذا و دارو) از ما پرسید: « مگر شما سهمیه ندارید؟ » ما هم جواب دادیم که « بله ما در بخشنامه، سهمیه داریم اما در اجرا، چیزی به دست تولید کننده نمی رسد. »

****ایرنا:** یعنی چی؟

****قاسمی:** یعنی اینکه من نمی دانم که سهمیه ما چگونه از بورس خارج می شود !

****ایرنا:** این موضوع اخیرا رخ داده یا قبلا هم بوده است؟

****قاسمی:** اخیرا یعنی در این چند ماهه اخیر، اتفاق افتاده است. آن چیزی که امروز به دست صنعتگر می رسد سهم ناچیزی از بورس است. به تولید کننده که مواد اولیه پتروشیمی را استفاده می کند می گویند: «تو در بورس، سهمیه داری و باید مواد اولیه را در بورس با قیمت مصوب مثلا A ریال تهیه کنی» و تمام شواهد هم در بورس، همین را نشان می دهد. آن سهمیه ای را که تولید کننده عملا می تواند به آن دسترسی داشته باشد آنقدر ناچیز است که باید بخش عمده ای از آن را از بازار آزاد تهیه کند. بازار آزاد پتروشیمی هم چیزی نیست که دست من و شما باشد. تولید کننده در بازار آزاد که با نرخ چند برابر، مواد را تهیه می کند که روی تولیدش تاثیر می گذارد و قیمت تمام شده برای او گران تر تمام می شود.

قیمت گذاری را هم که نمی شود تغییر داد چون مصوب است و نهایتا شما با مواد اولیه گران تر و با خرید از دلال و بازار آزاد و واسطه به بهای تمام شده ای می رسید که خریدارش نیز مساله دارد. ضمن اینکه تولید کننده متهم است به اینکه چرا از شبکه توزیع رسمی کشور خرید نکرده است.

من راجع به این بحث با تعزیرات هم صحبت کردم و آنها نیز رهنمودهایی داشتند. بحث این است که ما به این برسیم که دلالتان چه کسی هستند؟ شاید بخشی از آن را من تشخیص دهم اما بخش عمده ای از دلالتان را مسئولان راحت تر می توانند پیدا کنند. باید برونند از بورس بپرسند که سهمیه تولید کننده را به چه کسی داده است؟ نه اینکه بدون کشف زنجیره دلالی، یک دلال را شناسایی و او را محکوم کنند.

****کمپانی:** این بیشتر یک « شو » به شمار می آید. روز گذشته سوله یکی از شرکت ها را بازرسی کرده اند که این سوله، دپوی مواد اولیه است و تزریق ABS نوعی ماده پلیمری که در تجهیزات پزشکی هم استفاده می شود) داشته است به عنوان احتکار آن جا را پلمپ کرده اند!

****قاسمی:** تولید کننده در شرایط فعلی از همه جهت تحت فشار است من بر احتکار، صحه نمی گذارم اما باید از اسم محترک درست استفاده کنیم وقتی که ما مطالبه داریم و می گوئیم نمی توانیم با شرایط حاضر، کالا بدهیم، می آیند ما را پلمپ می کنند و می گویند ما محترکیم. این در حالی است که ما مطالبه داریم و خریدار (وزارت بهداشت) هم که از ما نقد نمی خرد و نسیه می خرد و تولید کننده تجهیزات پزشکی در تامین مواد اولیه با این شرایطی که گفته شد از جمله تامین مواد اولیه پتروشیمی واقعا مشکل دارند.

تولید کنندگان در جلسه اخیر ما فقط کم مانده است گریه کنند. من به آنها پیشنهاد دادم که دلال ها را معرفی کنید آنها نیز به من جواب دادند که مگر فکر می کنید اگر ما دلالی که مواد را از وی می خریم، معرفی کنیم همین خط تولید ما می خوابد و چند صد کارگر نیز بیکار می شوند باید از سرچشمه که در بورس است این کار پیگیری شود .

****ایرنا: الان ما چند شرکت تولید کننده داریم؟**

****قاسمی: الان حدود ۲۰۰ عضو در انجمن صنفی داریم و خیلی از کارخانه دارهای ما فعالیتی بیش از ۴۰ سال دارند و خیلی ها نیز وقتی مشکلات خود را برای ما عنوان می کنند برایشان سخت است که نیروهای خود را تعدیل کنند چرا که نیروی انسانی آنها از جوانی در شرکت آنها کار می کرده است و الان نوه دارد. آنها چگونه می توانند این نیروی قدیمی را تعدیل و از کار بیکار کنند؟**

****ایرنا: آقای کمپانی الان تحولات سه ماه گذشته چه تاثیری روی تولید گذاشته است؟**

****کمپانی: ما دو مشکل داریم یکی اینکه بودجه وزارت بهداشت، شدیداً کاهش یافته و از سال گذشته هم این اتفاق افتاده است؛ در نتیجه ۴۰ تا ۵۰ درصد، خریدهای این وزارتخانه از ما کم شد، چرا که ۸۰ درصد خریدهای ما را وزارت بهداشت انجام می دهد بنابراین تولید کنندگان تجهیزات پزشکی کاهش تولید داشتند و در این کاهش تولید، درصد سربار یا قیمت تمام شده کالای آنها بالا می رود و سودشان هم متعاقباً تحت تاثیر قرار می گیرد.**

مشکل دیگر نیز در واقع یک «اخطار» است این است که ارز در بازار ثانویه، هشت تا ۹ هزار تومان در حال معامله است و در بیرون از این بازار، ارز، قطعاً ۴۰ تا ۵۰ درصد بیشتر از این بازار ثانویه است. یکی از مسائلی که شدیداً به تولید، صدمه می زند هم همین چند نرخ بودن ارز است که ۴۰ سال است، حل نشده است. سوال این است، برای چه در این مملکت، تولید، پا نمی گیرد؟ برای این است که موقعی که ما ارز یارانه ای داریم و هر لحظه می توان از آن استفاده کرد طبیعتاً، تولید، پا نمی گیرد. اتفاق بد دیگری که در حال رخ دادن است این است که این اختلاف ارزی حتی با بازار ثانویه در حال افزایش است، منافع بر این است که وارد کننده، بتواند کالا را با ارز ثانویه وارد کند؛ چون که با توجه به گران تر بودن قیمت ها برای تولید چند برابر شده است و در نتیجه در قیمت تمام شده و بحث سربار، مواد اولیه به طرز وحشتناکی بالا رفته است و طبیعتاً، کالای ایرانی، قدرت رقابت با کالای مشابه خارجی را از دست می دهد. این اخطاری جدی است که اگر این اتفاق بیفتد باز هم دود آن به چشم تولید می رود و در یک مورد از زمان، تامین مواد نیز به مشکل بر می خورد.

****ایرنا: آقای عامری نظر شما چیست؟**

****عامری: من اول توضیح بیان کردم. متأسفانه امکان اینکه سیاست گذاری مثلاً در بحث مواد اولیه تفکیک شود، نیست. قانونگذاری و زیر ساخت ها اینگونه نبوده است که بحث سلامت را جدا کنند. وزارت بهداشت طی سه ماه اخیر اول اینکه در جلسات کارشناسی خود متن تحریم های ابلاغ شده را بررسی کرده و ستاد تدابیر ویژه با ریاست رسول دیناروند (رییس سابق سازمان غذا و دارو) شکل گرفته است. ما چند گلوگاه را نیز برای تحریم ها شناسایی کردیم.**

****ایرنا: در اینجا من سوالی دارم که فقط به حوزه سلامت مربوط نمی شود. از آن موقعی که ترامپ روی کار آمد اعلام کرد که از برجام بیرون می رود این در حالی است که اکثر مسئولان ما تازه می گویند طی سه ماه گذشته جلسات زیادی برای مقابله با خروج ترامپ گذاشته اند. چرا ما از یکسال قبل، پیش بینی های لازم را انجام نداده بودیم و جلسات را برگزار نکرده بودیم؟**

****عامری: اینگونه نیست که ما سه ماه است، شروع کرده ایم دلیلش این است که از فروردین و اردیبهشت امسال قرار شد ارز، تخصیص یابد، قبلاً که مشکلی نداشتیم و در این راستا نیز سلسله جلساتمان، بعد از تخصیص ارز سه ماه است، برگزار می شود. از زمانی من یادم است تحریم وجود داشته است حالا شدت آن یک وقت زیاد یا کم شده است. ما پیش بینی تحریم را می کردیم اما اداره کل تجهیزات پزشکی به عنوان یک اداره کل در بدنه دولت، میزان ذخیره صندوق ارزی را که نمی داند! تازه سه ماه است**

مسئولان این اداره فهمیده اند. در این سه ماه گلوگاه ها را شناسایی کردیم که اولی، گمرک بود. سه جلسه با حضور شخص وزیر بهداشت با گمرک برگزار کردیم، حدود ۲۰ جلسه کارشناسی با مسئولانی همچون معاون فنی و مدیر کل واردات گمرک برگزار کردیم. نتیجه این جلسات، تفاهمنامه بود که یکی از آنها تسهیل برای واردات تجهیزات پزشکی بود. الان تبصره ای در کتاب مقررات وجود داشت که برای دارو اجرا، اما برای تجهیزات پزشکی، کم تر اعمال می شد که آن را قانون و ابلاغ کردیم. بحث دیگر سازمان استاندارد بود و این سازمان برخی اقلام بررسی شده توسط اداره تجهیزات پزشکی را دوباره بررسی می کرد که هم زمان تولید و هم واردات را کند می کرد. تفاهمنامه با مقام وزارت بهداشت منعقد شد تا تسهیلات برای این امر انجام شود. در خصوص انرژی اتمی هم یکسری از اقلام تجهیزات پزشکی به جز تاییدیه ما به تاییدیه انرژی اتمی نیاز دارد که در نشست تفاهمنامه ای منعقد و ابلاغ شد.

برای پتروشیمی ها هم وزیر بهداشت نامه نوشت و صحبت کرد. ما پیش بینی کردیم که اگر این چند دستگاه با ما همراهی داشته باشند زمان تحویل تجهیزات پزشکی از جمله مواد اولیه آنها زودتر انجام می شود. در ارگان خودمان دو گروه تشکیل شد یک گروه مسئول ارز، گمرک و تعرفه است و آنها به روز و به ریز مشکلات تخصیص ارز و مشکلات گمرکی را بررسی می کنند.

گروه دیگر نظارت بر تامین تجهیزات پزشکی است که یکی از مدیران خوشنام و خوشفکر را در وزارت بهداشت مستقر کرده ایم؛ کارش این است که کمبود ها را روزانه رصد می کند و بلافاصله با رویت هر کمبود با شرکت های مربوطه جلسه گذاشته می شود و در این بین، مطالبات آنها را نیز پیگیری می کند تا کمبود، کم رنگ تر شود. تحولات بانک مرکزی را روزانه رصد می کنیم و لیست شرکت های را که باید ارز بگیرند را روزانه اعلام می کنیم؛ همچنین و سه همایش برای نحوه تخصیص ارز برگزار کرده و از بانک مرکزی و وزات صنعت نیز برای همایش های کمک گرفته ایم. بنابراین، قبل از ترامپ موضوع ما این بود که تحریم هستیم. اما ما واقعا آماده برای تخصیص روزانه ارز نبودیم ابلاغ این کار سه ماه است که انجام شده است و ما نیز کارهایمان بر اساس این سه ماه است.

****ایرنا: شما می گوید ما از قبل هم تحریم بودیم قبل از برجام نیز خیلی مشکل داشتیم و به عسر و حرج افتاده بودیم . عامری: به شما می گویند بروید بازار و خرید کنید اما حق ندارید که پول بدهید و کارت بکشید؛ در نتیجه شما نیز خرید نمی توانید انجام دهید. الان می گویند دارو و تجهیزات پزشکی، جزو تحریم نیست ولی هر پولی که منشاء آن، جمهوری اسلامی است مشکل دارد. فکر می کنم تمام مساله تحریم و مشکل ما انتقال پول است. ما به عنوان مثال برای شرکت در نمایشگاه هایی مختلف مشکل داریم چون نمی توانیم پول بدهیم. مثلا در آلمان، پایگاه صادراتی زده ایم که ساخت ایران نباشد اگر منشاء پول ایران باشد نمی شود کار کرد.**

****ایرنا: اینکه شما می فرمایید، سیستمی طراحی نشده است تا تولید کننده دسترسی آسان به مواد اولیه داشته باشد که ربطی به تحریم ندارد.**

****عامری: من ۱۰ دقیقه اول، یک روضه در این خصوص خواندم. مواد اولیه تولید کننده را که وزارت بهداشت نمی دهد. رسالت این وزارتخانه نظارت بر سلامت مردم است. ما باید اختیارات یک حوزه را ثبت کنیم ما خودمان به عنوان متولی سلامت مثلا برای مشکل به دستگاهی مراجعه می کنیم و آنها هم می گویند که مشتریانشان فقط وزارت بهداشت نیست. تا نگاه این است که نمی شود کاری کرد.**

****ایرنا: ما باید پکیجی از قبل می داشتیم که وزارت بهداشت هم یک قطعه از این پکیج را تشکیل می دهد. الان با ساختاری مواجه هستیم که دغدغه تولید کننده و صادر کننده را دارد اما جوابگوی آنها نیست چون بخشی از این پازل به دستگاه دیگری**

مثل وزارت صنعت و نفت برمی گردد بنابراین پکیج یا سناریویی نداریم.

****قاسمی:** این همان چیزی است که من می خواهم بگویم. چند ماه پیش که بحث خروج از برجام پیش آمد هم وزارت صنعت و هم اداره تجهیزات پزشکی جلسه گذاشت و در دو روز، پشت سرهم جلسه بحران گذاشتند و تولید کنندگان و وارد کنندگان عمده را دعوت کردند مبنی بر اینکه کشور با کمبود کالای پزشکی مواجه نشود. در آن لحظه خیلی احساس غرور کردیم که نقش حساسی داریم و بعد تصمیم گرفتیم انبارها را پر کنیم و مواد اولیه را تامین کنیم.

در آخر، کالا به گمرک رسید اما گمرک اعلام کرد که کالاها را نمی تواند ترخیص کند و باید مابه التفاوت بپردازیم. تقریباً خیلی از کالاها در این شرایط چند ماه در گمرک ماندند. در شرایط فعلی کالایی که با این بگیر و ببند وارد کردیم، چند ماه در گمرکی که تمام اموراتش داخلی است باید بخواهد که یکی از علل مهم آن این است که ما عدم هماهنگی یا مثلاً ابلاغ دستور امشب به فردا صبح را داریم.

ترامپ می گوید من مثلاً فلان کار را فلان تاریخ انجام می دهم اما ما مشکلمان در کشور این است که امشب می خوابیم و فردا فلان کار را می کنیم و من چندین بار به مسئولان اظهار کردم که دوران گذاری برای بخشنامه و آیین نامه ها تعیین کنند. مسئولان، پدر تولید کننده را با این شل کن سفت کن ها و با این امشب خوابیدن و فردا صبح یک دستور دیگر می دهند را در آورده اند.

الان بار تولید کننده در گمرک است و می خواهد ترخیص کند گمرک می گوید باید ما به التفاوت را بپردازد تولید کننده اصلاً ریال ندارد که تامین کند. می خواهم بگویم خیلی از مشکلات ما به خود ما بر می گردد هنوز ترامپ که کاری نکرده است.

****ایرنا:** مگر قرار نشد مابه التفاوت را جای دیگر بدهد؟

****قاسمی:** بله همطور است اما تولید کننده در این شرایط که نباید بود تا مشکل را حل کند. آخرش هم بخش خصوصی با دوندگی توانست مابه التفاوت را تا حدودی حل کند.

شما فکر نکنید ما الان داریم تولید می کنیم بلکه از صبح تا شب یا دنبال مطالبات یا معوقات یا درست کردن این بخشنامه و آن بخشنامه هستیم و به تولید نمی رسیم. بستر تولید را نابود شده فرض کنید. وزارت بهداشت که به تنهایی تمام کارها را نمی تواند انجام دهد این همان پکیجی است که شما به آن اشاره می کنید و نداریم.

مساله ما به التفاوت که تمام شود و حل شود فکر می کنید مشکلات ما حل می شود؟ این تمام شد مطمئن باشید فردا صبح یک نکته دیگری را بخشنامه می کنند وگرنه ما تولید کنندگان در اثر تجربه بلدییم چگونه در تحریم، مواد اولیه را وارد کنیم وقتی ما آن سختی را به جان می خریم دیگر از داخل ریشه ما را نزنید.

ما در این چند سال لطماتی که از بیگانه خوردیم کم نبوده است. من نمی خواهم بگویم کم، مشکل داشته ایم اما می خواهم بگویم که ما مرد و زن جنگ شده ایم و بلدیم گلیم خود را از آب بکشیم اما این طور نباشد از داخل تصمیم گیری های متفاوتی برای ما بگیرند و ما را در گیر مسایل داخلی کنند. یک بار دکتر مسائلی (مدیر کل تجهیزات پزشکی وزارت بهداشت) در جلسه ای گفت؛ «چکار کنیم؟» گفتم؛ «میشه دولت کاری نکند؟» به خدا نگرانیم که دولت یک کاری کند که از فردا گرفتار شویم. هر چند دکتر مسائلی جلسات مختلف می گذارد و زحمت زیاد می کشد اما تمام این بخش ها به هم گره خورده است و در تعامل است. سیستم باید درست باشد.

نتیجه عرض من این است که در شرایط فعلی دچار خود تحریمی هستیم اگر اینطور برویم جلو که تولید کننده هر روز کارش ابطال کردن یا درست کردن بخشنامه ها باشد که علت آن را نمی دانم، تولید در کشور دوام نمی آورد.

واردات برای کشور نیز لازم است نه به شرطی که واردات روی کالایی که خودمان تولید می کنیم و تولید کننده هم چند سال برای آن زحمت کشیده است. نباید تولید کننده را به وضعیتی برسانیم که نتواند خدمت کند و بعد بگوییم که نتوانست کالا را

تأمین کند و پس برویم وارد کنیم.

خودمان دلمان برای تولید بطلد آن بخش که ما تولید نداریم وارد کنیم تا انگیزه ای برای بخش خصوصی شود تا یاد بگیرد و خودش تولید کند نه اینکه وقتی تولید داریم واردات کنیم و یا اینکه تولید کننده را در شرایطی با عدم نقدینگی به جایی برسانیم که نتواند تولید کند و با مشکل مواجه شود. در مورد مطالبات هم خواسته ما این است که مطالبات تجهیزات پزشکی «نشان دار» شود. خواسته ما این است که سهم دارو و تجهیزات پزشکی، نشان دار شود و بدانیم که به تجهیزات چقدر اختصاص می یابد و ته خط را هم پیگیری کنیم.

در خصوص قیمت گذاری نیز، زمانی که قیمت گذاری توسط وزارت بهداشت شروع شد، قرار شد که پرداخت ها نقدی شود الان پرداخت ها یکساله، دو ساله و سه ساله شده است و هیچ به روز رسانی هم نشده است البته نمی شود بگوییم هیچ به روز رسانی نشده است چند وقت پیش، ۶ درصد روی قیمت ها گذاشته شد.

****ایرنا: آیا این ۶ درصد تناسبی با تحولات ارزی داشت؟**

****قاسمی:** این ۶ درصد هیچ تناسبی با نوسانات ارزی یا مواد اولیه داخلی نداشته و امکانات و ابزار اداره کل تعریف نشده است تا قیمت گذاری را در فواصل کوتاه به روز رسانی کند. اصلا ۲۲ هزار قلم کالا، قیمت گذاری شده است مگر شما می توانید بدون ضابطه و با هر تغییر و نوسانی قیمت ها را به روز رسانی کنید؟ اساسا ایا سیاست این است که این کالاها به روز بشود یا خیر؟ قرار شده است براساس مصوبه ای تا اردیبهشت ۹۸ ما تغییر قیمت نداشته باشیم اینها تناقض هاست. من عضو کمیسیون قیمت گذاری هستم در کمیسیون وقتی ادله افزایش قیمت را بر شمردیم دکتر مسائلی این افزایش را پذیرفتند اما از طرفی دیگر مصوبه یاد شده را مبنی بر عدم افزایش قیمت تا اردیبهشت ۹۸ داریم شما این دو تناقض را کنار هم حل کنید!

****ایرنا: خود این ۲۲ هزار قلم کالای پزشکی هم خیلی زیاد است چه رسد به قیمت گذاری آنها!**

****قاسمی:** باید ضابطه و فرمول و ساختار وجود داشته باشد. بحث، خیلی پیچیده است اما در این شرایط هر کس باید کار خودش را انجام دهد. در شرایط بحرانی کاری را که در توانش است انجام دهد. مسئولان به بخش خصوصی بیشتر اعتماد کنند و قبل از ابلاغ بخشنامه ها نظر ما را هم بگیرند چرا که ممکن است برخی مسئولان از جنس تولید کننده و صنعت نباشند و قطعاً مشکلات را به اندازه ما نشناسند.

****ایرنا: الان در بحث تولید داخلی چه تدابیری باید اندیشید؟**

****کمپانی:** ما تولید کنندگان در بحث تولید داخل آنچه که بلد بودیم انجام دادیم که تا الان داریم کار می کنیم و هر چه زمان بگذرد و این مشکلات هم باشد طبیعتاً مشکلات ما بیشتر می شود و زمان هم بگذرد و قدرت ما کاهش می یابد و رو به انقراض خواهیم رفت و این را شک نکنید. اگر روال مثل ۶ ماه گذشته تا الان باشد، تولیدی نخواهیم داشت شرکتی داشتیم که حقوق کارمندیها یک روز هم عقب نمی افتاد الان دو سه ماه است که عقب افتاده است چرا که فروشی نداشته و مواد اولیه هم نتوانسته است تأمین کند و اوراقش را نیز مفت، عوض کرده است و در نتیجه مجبور است به تعدیل نیرو رو بیاورد به عبارت دیگر برای تولید کننده تجهیزات پزشکی سیر سقوط را سقوط را مشاهده می کنیم شما بروید آمارها را در صنعت نگاه کنید دقیقاً می فهمید که داریم سقوط می کنیم. ما روز به روز داریم ضعیف تر می شویم و اصلاً شک نکنید.

****ایرنا: بحث خود تحریمی هم هست بسیاری از فشارها به خاطر عملکرد اشتباه این طرف (داخل کشور) است.**

کمپانی: ببینید! همین ارز چهار هزار و ۲۰۰ تومانی را در نظر بگیرید. سوال من این است برای چه مواد در بورس بر اساس چهار هزار و ۲۰۰ تومان قیمت گذاری می شود و بعد بیرون، دو سه برابر قیمت آن وجود دارد و این وسط، عده ای دلال این منافع را

کسب کنند؟

بحث دلار دولتی چهار هزار و ۲۰۰ تومان در فروردین امسال رخ داد و مشکلات ما هم سر همین بخشنامه فروردین ماه است. مساله این است که چهار هزار و ۲۰۰ تومان، اصلا قیمت واقعی ارز نیست.

****ایرنا: قیمت واقعی ارز چقدر بوده است؟**

****کمپانی: من نمی دانم.** اقتصاددان ها می دانند همه ما می دانیم که چهار هزار و ۲۰۰ قیمت ارز نبود موقعی که در بیرون ۶ هزار تومان هم پیدا نمی شد! چگونه می خواهید آن را تک نرخ کنید؟! اینها آمدند ارز ۶ هزار تومانی را پاک کنند، چهار هزار و ۲۰۰ تومان را بنا کردند، غافل از اینکه موقعی که می گوئید، ارز تک نرخ یعنی اینکه من به هر بقالی بروم باید به من دلار بدهد اما موقعی که شما نتوانید ارز بدهید، خب همان ارز ۶ تومانی هم بالا می رود. به نظر من آن موقع ارز را هفت هزار تومان می کردند اما به ما می دادند و اگر هم دولت، ارز نداشت، چرا آن را تک نرخ کرد و اگر هم داشت که عدد آن، چهار هزار و ۲۰۰ تومان این نبود.

ما هم اگر این صحبت ها را داریم می کنیم برای این است که در مشکلات کار کرده ایم چه زمانی که ارز، هزار و ۲۲۶ تومان (دوره احمدی نژاد) و چه زمانی که ارز چهار هزار و ۲۰۰ است فرقی ندارد به ما همان ارز را بدهند نه اینکه مثلا به دانشجو، ارز چهار هزار و ۲۰۰ تومانی بدهند و بعد دیگر تمام شود.

وقتی که بخشنامه فروردین ماه برای ارز چهار هزار و ۲۰۰ تومان ابلاغ شد برای مواردی مثل ثبت سفارش های اتومبیل، میلیون میلیون دلار دادند و بعد نوبت تولید کننده واقعی که رسید مشکلاتی برای گرفتن ارز پیش آمد.

****ایرنا: آقای عامری، اگر بخواهیم جمع بندی کنیم چه چشم اندازی برای تولید و صادرات تجهیزات پزشکی دارید؟**
****عامری: اجازه بدهید یک مواردی در این میزگرد جا ماند و من به آنها باید جواب بدهم.** دکتر مسائلی (مدیر کل تجهیزات پزشکی) در بحث گمرک حرف خوبی می زند و می گوید ما همه چیز را گردن بانک مرکزی و گمرک می اندازیم اما به هر حال، حداقل هر چه در حوزه سلامت از این دو دستگاه درخواست داشتیم به ما کمک کردند. گمرک پنجره ورودی به کشور است و نمی تواند به همه چیز جواب بدهد.

در بحث بخشنامه ها که در جلسه اشاره به این نکته شد که بعد از بخشنامه ها اطلاع رسانی می شود باید عرض کنم که همیشه بخشنامه ها را در سایتمان جهت اعلام نظر ذینفعان منتشر کرده ایم و بعد آن را ابلاغ کرده ایم.

موضوع بعدی بخش همایش هاست در هر موضوعی همایش برای تولید کنندگان و صادر کنندگان تجهیزات پزشکی برگزار کرده ایم. مثلا در بحث ارز، دو تا سه تا همایش ۷۰۰ تا هزار نفر برگزار کرده و اطلاع رسانی کرده ایم ما در سایت سعی کرده ایم که به روز باشیم و بخش پر رنگی را در سایت داریم به نام اخبار یا مصوبات ارزی که اتفاقات ریز و درشت را گزارش کرده ایم. یکی دیگر از کارهای ما یکسری شرکت ها با دلار هزار و ۲۲۶ تومان جنس داشتند که در چند روز اخیر اطلاع رسانی کلی کرده و لیست آنها را در سایت گذاشته ایم تا متقاضیان کالاهای این شرکت ها بدانند که با چه دلاری جنس آنها تهیه شده است.

****کمپانی: یعنی از آن موقع (دلار ۱۲۲۶ تومان) جنس دارند؟!**

****عامری: بله.** حلقه گمشده ما در کشور اطلاع رسانی است سایت ما به روز است و ما تقریبا هزار و ۵۰۰ تولید کننده و ۶ هزار و ۱۰۰ تا وارد کننده داریم و اینکه لحظه ای با همه آنها ارتباط داشته باشیم سخت است. دوم اینکه خیلی از این شرکت ها در تهران واقع نشده اند و مجبوریم اطلاعات را در سایت بگذاریم تا همه مطلع شوند. وقتی آقای کمپانی دیروز و پریروز در اداره ما بودند وقتی از شرکت هایی که کالای خود را با هزار و ۲۲۶ تومان تهیه کرده اند و لیست آنها در سایت است، خبرنگارند، ببینید دیگران چگونه اند و چقدر اطلاعات دارند! ما واقعا رسانه نداریم و رسانه می تواند به ما در اطلاع رسانی خیلی کمک کند.

****ایرنا:** کسانی که با شما در ارتباط هستند باید سایت اداره کل تجهیزات پزشکی را همیشه رصد کنند. منظورتان این است که شرکت های تجهیزات پزشکی، سایت را رصد نمی کنند؟

****عامری:** بحث من این است که اعضای حوزه تجهیزات پزشکی، چندان رسانه ای نیستند؛ ما رسانه نداریم .
****ایرنا:** شما «وبدا» (پایگاه اطلاع رسانی وزارت بهداشت) را که دارید!

****عامری:** شما چک کنید، ببینید که حداقل از اول امسال چند درصد از اخبار وبدا در حوزه تجهیزات پزشکی است.

****ایرنا:** من فکر می کنم که تقصیر اداره تجهیزات پزشکی است که خبر را به وبدا نمی دهد.

****عامری (با لبخند):** همیشه ما مقصریم. من می گویم ایشان (کمپانی) که رییس اتحادیه صادر کنندگان تجهیزات پزشکی است وقتی سایت ما را نمی بینند از دیگر اعضا چه انتظاری دارید؟ روابط عمومی ما این است که در نهایت خبر ما را در وبدا و سایت بگذارد. منظور من این است که شرکت ها اگر سایت ما را نبینند، بیزینس آنان متضرر می شود. ما در جنگ هستیم و باید تمام دستگاه ها همدلی کنند و در کنار هم کار کنند و چابک باشیم .

مشغله وزیر بهداشت زیاد است و در این مدت سه بار در جلسه شورای مدیران اداره کل تجهیزات پزشکی حضور داشته است. به هر حال ما با سلامت مردم سروکار داریم و خودکفایی ما غیر از حمایت از تولید داخل است.

****قاسمی:** کاش این حرف ها بماند و به داد ما تولید کنندگان برسد. آقای دکتر عامری !به وزارت بهداشتی ها بفرمایید که در کنار ما باشند و از ما فاصله نگیرند و ما را در کنار خود داشته باشند.

همه بخشنامه ها به اداره کل بر نمی گردد به دستگاه های دیگر هم مربوط می شود. باید همین اعتماد را در تمام بخش ها داشته باشیم. انتهای پیام /*



مدیر کل دفتر امور توانبخشی سازمان بهزیستی کشور خبر داد:



رایزنی با سازمان برنامه برای رفع مشکل تجهیزات توانبخشی معلولان *

مدیر کل دفتر امور توانبخشی سازمان بهزیستی کشور با اشاره به اینکه برای رفع مشکل وسایل توانبخشی معلولان رایزنی های لازم را انجام داده ایم، گفت: با وزارتخانه های مختلف مکاتبات لازم انجام شده است.

به گزارش [خبرنگار مهر](#)، افروز صفاری فرد در مورد تجهیزات کمک توانبخشی و مشکلاتی که پیش آمده است، گفت: یکی از این مشکلات این است که شرکت های تأمین کننده داوطلب فروش لوازم توانبخشی خود نیستند و از تحویل اجناس خودداری می کنند.

وی افزود: با توجه به اینکه وسایل و لوازم توانبخشی جز نیازهای ضروری به شمار می رود باید هر چه سریعتر در جهت رفع این مشکل اقدام شود و به همین منظور جلساتی با تأمین کنندگان این وسایل برگزار کرده ایم.

به گفته صفاری فرد وارد کنندگان وسایلی مانند سمک در خصوص واردات و ترخیص این وسایل از گمرک و همچنین رتبه بندی وزارت بهداشت در مورد اینکه جز کالاهای اساسی است یا خیر، موضوعات و مسائلی را مطرح کرده است. تولید کنندگان نیز

در زمینه تأمین مواد اولیه وسایل توانبخشی مانند ویلچر که باید از خارج وارد شود و نرخ ارز دولتی به آن اختصاص داده نشده مشکلات و مواردی را منتقل کرده است.

وی با اشاره به اینکه تمامی مسایل و مشکلات مطرح شده در نامه ای به وزارت بهداشت ارسال شده است، تصریح کرد: همچنین جلسه ای نیز با مدیر کل دفتر تجهیزات وزارت بهداشت در خصوص رتبه بندی کالاهای اساسی و وسایل کمک توانبخشی برگزار شد که براساس آن مشکل سمک ناشنوایان و کم شنوایان برطرف شده اما هنوز در خصوص باتری سمک مشکل پابرجاست.

مدیر کل دفتر امور توانبخشی سازمان بهزیستی کشور با اشاره به اینکه از سازمان برنامه و بودجه درخواست شده است که اعتبار ویژه ای برای افزایش نرخ وسایل توانبخشی به سازمان بهزیستی پرداخت شود، گفت: بر این اساس مکاتبه ای با وزارت تعاون انجام شده است.

صفاری فرد همچنین یادآور شد: قصد داریم در خصوص تأمین وسایل کمک توانبخشی معلولان از مشارکت های مردمی نیز استفاده کنیم. رایزنی هایی با معاونت مشارکت های مردمی انجام داده ایم و با وزارت صنایع و معادن نیز هفته آینده برای ترخیص برخی کالاها در گمرک جلسه خواهیم داشت.

وی در خصوص وسایل بهداشتی مانند پوشک معلولان بزرگسال گفت: با هدف تأمین لوازم بهداشتی اقداماتی در حال انجام است و تصمیم داریم برخی از این اقلام را از طریق تولیدکنندگان داخلی خریداری کنیم.

مدیر کل دفتر امور توانبخشی سازمان بهزیستی کشور تصریح کرد: همچنین درخواست کرده ایم تا ۷۰ درصد اعتبارات مربوط به وسایل توانبخشی تا پایان نیمه اول برای خرید این محصولات ابلاغ شود تا هر چه سریعتر این خریده ها انجام شود و مشکلی برای تأمین تجهیزات نداشته باشیم.

صفاری فرد تأکید کرد: از سازمان برنامه و بودجه درخواست کردیم تا بخشی از اعتبارات بهزیستی را به صورت ارز دولتی برای تأمین وسایل توانبخشی از تولید کنندگان خارجی به صورت ارز در اختیار ما قرار دهد.



ربات پوشیدنی برای بیماران فلج مغزی به بازار می آید *



محققان موفق به طراحی و تولید یک سیستم تشخیص تمایل حرکتی انسان از روی سیگنال های عضلانی به منظور بهینه سازی ربات پوشیدنی شدند که قرار است وارد بازار شود.

به گزارش [خبرگزاری مهر](#) به نقل از صندوق حمایت از تحقیقات الکترونیک (صحا)، اسماعیل محمدی، دانش آموخته کارشناسی ارشد بیومکانیک دانشگاه صنعتی شریف و مجری پروژه ربات پوشیدنی گفت: این ربات پس از این که بیمار آن را پوشید و اراده برای حرکت دست داشت، مسیر حرکت را تشخیص داده و ادامه حرکت را انجام خواهد داد.

وی افزود: این عمل باعث تحریک اعصاب، جلوگیری از تنبل شدن عضلات درگیر و به مرور زمان افزایش بازه حرکتی آرنج و مچ می شود.

وی با بیان اینکه محصول در دو مدل پوشیدنی و رومیزی روانه بازار خواهد شد، گفت: این ربات قابلیت کمک به بیماران با آسیب

ناحیه مچ (شکستگی، ضایعات التهای، آسیب عصب، خشکی مفصل و...)، بیماران سکتة مغزی و آسیب نخاعی و بیماران فلج مغزی را دارد.

محمّدی با اشاره به کمک این محصول به انجام فعالیت‌های روزمره زندگی و نیز ارزیابی دقیق دامنه و قدرت عضلانی به صورت کمی، گفت: این محصول در کلیه مراکز توان‌بخشی (کاردرومانی و فیزیوتراپی) جهت انجام تمرینات از جمله افزایش دامنه حرکتی، قدرت، بازآموزی حرکتی و کمک به تسریع بهبودی و نیز در دانشگاه‌ها و مراکز تحقیقاتی توان‌بخشی، جهت تحقیقات و اختراعات علمی قابل‌استفاده است.

وی با اشاره به مزایای محصول طراحی شده، گفت: مراکز و بیمارستان‌ها به دنبال دستگاهی هستند که علاوه بر انجام حرکات پسیو، قابل حمل بوده و بتواند با ورودی گرفتن از حرکت دست بیمار حرکات اکتیو نیز انجام دهد تا بازه بیشتری از بیماران جهت بهبود از آن استفاده کنند و بیمار نیز بتواند در صورت نیاز ربات را به همراه خود به منزل یا محل کار برده و تمرین خود را به‌طور مداوم ادامه دهد که در طراحی ربات شریف اگرو این مهم برآورده شده است.

مجری پروژه با بیان این مطلب که دستگاه‌های خارجی موجود مستلزم هزینه بسیار بالا هم برای خریداری و هم برای تعمیر و نگهداری است، اظهار کرد: با تولید دستگاه‌های موردنظر، علاوه بر اشتغال‌زایی و جلوگیری از خروج ارز از کشور، می‌توان کمبود این تجهیزات را در مراکز توان‌بخشی جبران کرده و جایگزین مناسبی برای نمونه مشابه وارداتی آن فراهم کرد.

محمّدی با اشاره به تولید نمونه نیمه‌صنعتی این محصول قرار داشتن پروژه در مرحله معرفی چرخه عمر محصول، در مورد پیش‌بینی‌ها در خصوص میزان تقاضا برای محصول گفت: سهم بازار این محصول ۱۰۰ درصد بوده و می‌توان خود را به‌عنوان رهبر بازار معرفی کرد، اما تحقق این امر نیاز به سرمایه‌گذاری برای رسیدن به اهداف کوتاه‌مدت و میان‌مدت دارد.

مجری پروژه از مراکز فیزیوتراپی، توان‌بخشی، بیمارستان‌ها، جانبازان و معلولین، افراد ضایعه نخاعی گردنی، افرادی که دچار سکتة مغزی، تصادف و شکستگی شده‌اند، به‌عنوان مشتریان این محصول نام برد و گفت: همه این گروه‌ها حساسیت بالایی نسبت به کیفیت محصول خواهند داشت و ما امیدواریم محصول ما پاسخ مثبتی به این حساسیت داشته باشد.

این ربات پوشیدنی پیش از این در هجدهمین جشنواره جوان خوارزمی در سال ۱۳۹۵ حائز رتبه دوم پژوهش‌های کاربردی شده بود و اینک با حمایت صحتا ارتقا داده شده است.



در مراسم امضای تفاهم‌نامه اعطای کمک‌هزینه کاشت حلزون شنوایی عنوان شد



ساخت بخشی از پروتزهای حلزون شنوایی در ایران / انجام سالانه ۱۰۰۰ عمل کاشت حلزون *

رئیس هیئت امنای بنیاد خیریه شنوایی شفا بخش از ساخت قسمت بیرونی دستگاه پروتزهای حلزون شنوایی در کشور خبر داد و گفت: بخش بیرونی دستگاه که بخش حساس این کاشت حلزونی است با برنامه‌ها و تکنولوژیهای متعدد انجام شده و امیدواریم تا قسمت درونی این پروتز هم با همت و یاری در ایران ساخته شود.

به گزارش ایسنا، به گزارش ایسنا، محمد فرهادی رئیس هیئت امنای بنیاد خیریه شنوایی شفا بخش در آیین امضای تفاهم نامه اعطای کمک هزینه کاشت حلزونی با بیان اینکه ۲۶ سال است که به همت همکاران اساتید و پزشکان متخصص کاشت

حلزون را به منظور رفع معلولیت شنوایی در کشور انجام می‌دهیم. حتی افرادی هستند که به صورت ثانویه ناشنوا شدند که می‌توانند از این کاشت استفاده کنند.

وی افزود: در زمینه ساخت پروتزهای حلزونی در کشور فعالیت کردیم و قسمت بیرونی دستگاه‌ها که حساستر از قسمتهای دیگر است را با موفقیت ساختیم و امید است تا به همت متخصصین و پزشکان قسمت درونی این دستگاه‌ها هم در ایران ساخته شود چرا که شرکتهای دانش بنیانی هستند که می‌توانند در این زمینه ما را یاری کنند.

وی در ادامه گفت: تاکنون حدود ۱۰۰۰۰ کاشت حلزون شنوایی در کشور انجام شده است. ایران جزو معدود کشورهایی است که در ۲۰ سال گذشته جز ده کشوری است که کاشت حلزونی انجام داده است.

به گزارش ایسنا، در ادامه محمد اجل لوییان مدیرعامل بنیاد خیریه شفابخش با بیان اینکه سالانه بیش از ۱۰۰۰ عمل کاشت حلزونی در کشور انجام می‌شود گفت: این تعداد بر اساس این است که سالیانه با نرخ جمعیت فعلی، ۱۵۰۰ نفر به این جمع اضافه می‌شوند و این مسئله موضوعی ملی است که باید به آن توجه شود.

او افزود: انجام جراحی توانبخشی تامین قطعات بعد از کاشت از موضوعات بسیار مهمی در بحث کاشت حلزون است چراکه برخی به دلیل خرابی این دستگاه برای مدت شش تا یکسال دوباره ناشنوا می‌شدند که این مسئله از ضرورت‌هایی است که باید به آن رسیدگی شود.

وی تاکید کرد: از سال ۹۵ بنیاد خیریه با مجوز وزارت کشور به عنوان یک ان جی او فعالیت کرده و در سال ۹۵ و ۹۶ خدماتی را در این زمینه ارائه داده همچنین از کمک‌های مردمی و سازمان نهادهی مرتبط استفاده کرده است.

اجل لوییان در ادامه افزود: افتخار می‌کنم که دیگر در ایران کودکی نیست که به دلیل ناتوانی مالی خانواده‌اش، کاشت کودک ناشنوا به تعویق بیفتد و خانواده‌ای نیست که فرزندش به دلیل ناتوانی مالی دوباره ناشنوا شود.

مدیرعامل بنیاد خیریه شفا با بیان اینکه خانواده‌هایی که فرزندان ناشنوا دارند در این مدت شناسایی شده‌اند افزود: ۱۵۰۰ نفر از این خدمات استفاده می‌کنند که در سال ۹۶ و ۹۷ خدمات پیشگیری برای جلوگیری از تولد کودک ناشنوا شروع شده تا دیگر خانواده‌ها سابقه تولد فرزند ناشنوا را داشتند فرزندان بعدیشان ناشنوا به دنیا نیایند.

وی با اشاره به مجموعه خدمات برای کاشت حلزون گفت: بیش از ۲۰۰۰ نفر خدمات صورت گرفته که ۴۸۵ نفر کاشت حلزون داشته‌اند و بیش از ۱۵۰۰ نفر از خدمات پس از کاشت استفاده می‌کنند که تا کنون ۲۰۱ نفر از خدمات پیشگیری تولد نوزاد ناشنوا استفاده کرده‌اند.

وی با بیان اینکه این ستاد تاکنون ۳۵ هزار میلیارد ریال هزینه داشته است گفت: در طول بیش از یک سال فعالیت حدود ۵ میلیارد ریال از طریق یاری کمک‌های مردمی و خرد بوده است و بقیه هزینه‌ها با یاری بی‌دریغ ستاد اجرایی فرمان امام (ره) انجام شده است.

به گزارش ایسنا، همچنین محمد مخبر، رئیس ستاد فرمان امام (ره) نیز در بخشی از سخنان خود با ارائه گزارشی از عملکرد این ستاد، محوری‌ترین فعالیت ستاد فرمان امام را اشتغالزایی دانست و افزود: تاکنون ۴۰۰ هزار فرصت شغلی را سامان دهی کردیم و بیش از ۲۶ خدمت در قالب کمک به بیماران سرطانی مدارس، جاده‌ها، راه‌ها و بیمه‌های تکمیلی در مناطق محروم ارائه شده

است. همچنین توانستیم هزینه نسخه های ۶۰ بیمار سرطانی را تقبل کنیم.

وی در ادامه از ساماندهی چندین بیمارستان با همت این ستاد خبر داد و افزود: تاکنون ۲۵۰۰ تخت بیمارستانی را در مناطق دور افتاده و محروم ارائه کردیم.

وی با بیان اینکه ۴ هزار میلیارد خدمات برای کمک به روستاها ارائه شده است افزود: نزدیک به ۲۰۰۰ جهیزیه را ساماندهی کردیم و ۱۰ هزار بسته مورد نیاز محصلین را نیز آماده سازی کردیم که تا دو هفته آینده به نیازمندان ارائه می شود. اغلب این کارها با استفاده از یاری خیریه ها و ان جی او ها انجام می شود.

مخبر همچنین گزارشی از آمار کاشت حلزون ارائه کرد و گفت: پنج میلیارد تومان برای پیشگیری و کارهای تحقیقی کاشت حلزون در نظر گرفته شده که به سه هزار نفر پرداخت شده است. همچنین هفت میلیارد تومان هزینه کاشت حلزون برای ۳۰۰۰ نفر در نظر گرفته شده که سالیانه حدود ۱۰۰۰ نفر را تحت پوشش قرار می دهد.

به گزارش ایسنا، در پایان این مراسم تفاهم نامه میان رئیس ستاد اجرایی فرمان حضرت امام ره و رئیس هیئت امنای بنیاد خیریه شنوایی شفا بخش امضاء شد. انتهای پیام



اخبار حوزه «سلامت روانی»:



افسردگی در زنان ۲ برابر بیشتر از مردان است

تهران- ایرنا- عضو هیئت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی گفت: افسردگی در زنان دو برابر بیشتر از مردان است و در هر جامعه ای حدود ۶ درصد افراد به افسردگی شدید مبتلا هستند.

فرید فدایی روز سه شنبه در گفت و گو با خبرنگار سلامت ایرنا افزود: در همه جوامع بشری میزان انواع افسردگی در زنان ۲ برابر بیشتر از مردان است و این مساله نه فقط به علت تفاوت های ژنتیک و هورمونی بلکه بیشتر به علت تبعیض ها و محرومیت هایی است که زنان با آن مواجه هستند. در علم روانپزشکی افسردگی ممکن است بر یک حالت طبیعی دلالت کند یا نشانه ای از یک بیماری یا خود بیماری باشد.

وی افزود: مردان معمولاً در برابر ناکامی ها با خشم و پرخاشگری واکنش نشان می دهند اما زنان با درونی کردن مشکل، دچار افسردگی می شوند. جامعه به زنان این گونه آموخته که اگر با ناکامی مواجه شود مشکل از خود اوست و باید آن را تحمل کند اما به مردان می گوید در برابر ناکامی ها دیگران مقصر هستند و تو می توانی با خشم و پرخاشگری عکس العمل نشان دهی. فدایی تصریح کرد: گاهی مصرف برخی داروها مانند داروهای ضد فشار خون سبب ایجاد نشانه های افسردگی می شود. یا یک غده مغزی در ناحیه پیشانی چپ ابتدا ممکن است با نشانه های افسردگی ظاهر شود.

این روانپزشک اضافه کرد: زمانی که فرد احساس غم و اندوه زیاد کند و چیزی نتواند او را خوشحال کند، ممکن است دچار بیماری افسردگی شده باشد. انواع شایعتر افسردگی ناشی از فشارهای روانی مکرر و ارثی یا ناشی از تجربیات زندگی شخصی است.

وی افزود: در مواردی روان درمانی برای فرد دچار افسردگی مفید است. در موارد شدید درمان افسردگی با استفاده از دارو در عرض چند هفته انجام می شود و دارو به بهبود حال بیمار منجر می شود. در موارد شدید افسردگی بیمار غذا هم نمی خورد و فکر خودکشی دارد که با الکتروشوک درمان می شود.

عضو هیئت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی درباره عوامل شایع بروز افسردگی گفت: یکی از انواع افسردگی به طور مستقیم با استرس و فشار روانی ارتباط دارد. یعنی زمانی که فرد با نگرانی های دائمی یا محرومیت ها و کمبودها مواجه باشد امکان دارد دچار افسردگی شود.

وی ادامه داد: در شرایطی که بیکاری، فقر، نگرانی از آینده و جرم و جنایت افزایش پیدا کند ممکن است این نوع افسردگی که به آن اختلال انطباقی همراه با خلق افسرده گفته می شود در جامعه شیوع پیدا کند.

این روانپزشک تاکید کرد: از نشانه های افسردگی می توان به از دست دادن انگیزه برای پیشرفت، بی تفاوتی، گوشه گیری و از دست دادن اعتماد به دیگران اشاره کرد.

فدایی خاطر نشان کرد: در شدیدترین نوع افسردگی تفاوتی در آمارهای جهانی نیست، علل بروز افسردگی بیشتر جنبه زیست شناختی دارد و به عوامل محیطی ارتباط پیدا نمی کند اما درمورد افسردگی های خفیف تر شرایط اجتماعی نقش دارد. گروه های آسیب پذیر مانند زنان و سالمندان بیشتر در معرض ابتلا به افسردگی هستند.

وی درباره بازتاب افسردگی در رفتار نوجوانان و کودکان گفت: نوجوانان معمولاً افسردگی خود را به صورت نافرمانی، پرخاشگری و بی توجهی به مسئولیت های تحصیلی و خانوادگی نشان می دهند. در کودکان نیز عدم پیشرفت تحصیلی و گوشه گیری از نشانه های عمده ابتلا به افسردگی است.

عضو هیئت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی درباره تاثیر افسردگی در اعتیاد افراد افسرده به مواد مخدر توضیح داد: یکی از روش هایی که افراد افسرده ندانسته برای کاهش افسردگی خود به آن روی می آورند استفاده از مواد مخدر یا الکل است.

وی گفت: این افراد ممکن است به سادگی مورد سوء استفاده دیگران قرار گیرند و این مساله درمورد زنان نیز صدق می کند که به علت افسردگی سریع احساس دل بستگی به دیگران پیدا می کنند و اغفال می شوند. انتهای پیام */



معاون اجتماعی وزارت بهداشت:



خودکشی در هر ۴۰ ثانیه جان یک نفر را در دنیا می گیرد *

تهران- ایرنا- معاون اجتماعی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی گفت: در هر ۴۰ ثانیه یک نفر در دنیا به علت خودکشی جان خود را از دست می دهد و در هر سه ثانیه یک نفر اقدام به خودکشی می کند.

به گزارش خبرنگار سلامت ایرنا، سید محمد هادی ایازی روز یکشنبه در دومین همایش ملی پیشگیری از خودکشی که در سالن همایش های رازی در تهران برگزار شد، اظهار داشت: خودکشی جزو سه علت اصلی مرگ افراد ۱۵ تا ۳۵ سال است. بیشتر کسانی که اقدام به خودکشی غیرکشنده می کنند، زنان هستند و مردان بیش از زنان خودکشی کشنده انجام می دهند. خودکشی دارای یک طیف است که از افکار خودکشی آغاز و با خودکشی به پایان می رسد.

وی با بیان اینکه خودکشی یکی از بزرگترین چالش های سلامت روانی و اجتماعی جوامع است، افزود: خودکشی عملی است که فرد برای پایان دادن زندگی خود به طور آگاهانه و خودخواسته انجام می دهد. فاعل و مفعول در خودکشی یک نفر است و یکی از مهمترین انواع خشونت نسبت به خود محسوب می شود. مهمترین پیش بینی کننده خودکشی، سابقه اقدام قبلی است.

ایازی ادامه داد: عواملی مثل اختلالات روانی به ویژه خلقی، افسردگی و دوقطبی، اختلالات اضطرابی، سوء مصرف مواد و الکل منجر به اقدام به خودکشی می شود. عوامل محیطی و اجتماعی نیز در این راستا موثر است. عواملی مثل از دست دادن روابط عاطفی، بیکاری، مشکلات اقتصادی، فقر، مشکلات در محل کار یا تحصیل، نبود حمایت های اجتماعی و تنهایی نیز از جمله موارد منجر به خودکشی است.

وی با بیان اینکه جلسه های زیادی با مدیران مسئول و سردبیران اجتماعی رسانه ها در راستای خودکشی برگزار شده است، اظهار داشت: حتی درباره موضوع بازی نهنگ آبی بارها صحبت کردیم که خیلی به این موارد پرداخته نشود، زیرا احتمال خودکشی را افزایش می دهد.

معاون اجتماعی وزارت بهداشت گفت: صحبت مداوم درباره مرگ و نیستی، افت شدید کارکرد شغل و تحصیلی، تغییر در خواب و اشتها، انزوا و کناره گیری از دوستان و فعالیت های اجتماعی و بی انگیزه بودن و بی تفاوتی از جمله علایم هشداردهنده خودکشی هستند. همچنین شادمانی ناگهانی در یک فرد شدیداً افسرده و ادای قرض ها و بذل و بخشش ناگهانی اموال نیز از جمله این موارد است.

*وضعیت خودکشی در ایران

ایازی با بیان اینکه بررسی ها نشان می دهد که در ایران بیشترین سطح تحصیلی اقدام کنندگان به خودکشی دیپلم و کمترین سطح تحصیلی فوق لیسانس بوده است، اظهار داشت: شایعترین روش اقدام به خودکشی مسمومیت دارویی است و بیشترین اقدام کنندگان به خودکشی در محدوده سنی ۱۵ تا ۲۴ سال قرار داشتند.

وی درباره شایعترین علت های اقدام به خودکشی در ایران گفت: ۳۲ درصد موارد خودکشی مرتبط با مسائل خانوادگی، ۲۶ درصد مشکلات زناشویی و ۱۲ درصد اقتصادی بوده است.

معاون وزیر بهداشت با اشاره به بازی نهنگ آبی و روش های جدید خودکشی بیان کرد: رسانه نقش زیادی در ترغیب به خودکشی

دارد. اجتماعات افراطی در فضای مجازی نیز در خودکشی ها موثر هستند. بسیاری از این گروه ها مضامین خشن، خودآزاری و دیگر آزاری را توسعه می دهند.

وی ادامه داد: پدیده زورگویی به خودکشی نیز یکی از مشکلات گسترده در مدارس است که همه سنین دانش آموزان را می تواند درگیر کند. در این پدیده عنصر زورگو از طریق شبکه های مجازی، قربانی را مجبور به انجام اموری می کند. ایازی افزود: فضای اینترنت به عنوان یک تسهیلگر در توافق برای خودکشی عمل می کند و باعث می شود که افراد بتوانند در مورد ترس خود از خودکشی با هم صحبت کنند. حتی برخی وسایل خودکشی نیز از طریق اینترنت تهیه می شود. حتی امروزه ثابت شده که مشاهده تصاویر و کلیپ های مربوط به خودکشی می تواند منجر به افزایش خودکشی به ویژه در میان نوجوانان و جوانان شود. معاون اجتماعی وزارت بهداشت درباره عوامل اجتماعی پیشگیری از خودکشی گفت: افزایش میزان تعلق اجتماعی فرد به جامعه، افزایش انسجام و همبستگی بین افراد جامعه، درک متقابل و همکاری مشترک، احساس مفید بودن، رضایت از پیوندهای اجتماعی از جمله عوامل اجتماعی پیشگیری از خودکشی است.

ایازی اظهار داشت: از سال ۹۴ موضوع آسیب اجتماعی در دستور کار سران سه قوه و وزرای مرتبط و کمیسیون های مجلس قرار گرفت و هر ۶ ماه یک بار جلسه ای با حضور رهبر معظم انقلاب در این رابطه تشکیل می شد. ۲۳ آسیب اجتماعی در دستور کار شورای آسیب اجتماعی کشور قرار گرفت و بر این اساس طرح تقسیم کار ملی تعیین شد. در وزارت بهداشت نیز ستاد کنترل و کاهش آسیب های اجتماعی مرتبط با سلامت روان تشکیل و معاونت اجتماعی نیز مسئول این کار شد.

وی افزود: چند مسئله همانند کاهش اختلالات روانی و خلقی و اضطرابی، ارتقای رضایتمندی از زندگی زنشویی و روابط جنسی مشروع در اولویت قرار گرفت. در این راستا سامانه ثبت خودکشی در تمام دانشگاه های علوم پزشکی کشور ارتقا یافت و برنامه پیشگیری از خودکشی مجدد اجرا شد و این برنامه در استان های ایلام، لرستان، کرمانشاه و ارومیه در اولویت قرار گرفت.

ایازی ادامه داد: همچنین راه اندازی کانون های سلامت محله با تمرکز بر حمایت اجتماعی، برگزاری مجامع سلامت محلات، شهرستان و استان ها با هدف همگرایی سازمان ها و شرکای اجتماعی سلامت برای مهار و کنترل آسیب های اجتماعی از جمله خودکشی در دستور کار قرار دارد.

دومین همایش ملی پیشگیری از خودکشی تا فردا در سالن شماره سه مرکز همایش های رازی دانشگاه علوم پزشکی ایران در حال برگزاری است. انتهای پیام *



کاهش خودکشی با افزایش آگاهی بخشی و مهارت زندگی



تهران - ایرنا - خودکشی به عنوان یک مساله نگران کننده در حال افزایش است و علاوه بر فرد آسیب دیده اطرافیان او را نیز دچار بحران می کند. از این رو نهادهایی بانشاط همچون خانواده و مدرسه می توانند با افزایش آگاهی و مهارت بخشی از بروز این پدیده جلوگیری کنند.

به گزارش گروه اطلاع رسانی ایرنا؛ «آموزش عمومی؛ راهکاری برای جلوگیری از خودکشی؛ گردشگری نیازمند سرمایه گذاری و توجه مسوولان و آل احمد؛ ادیب و روشنفکری ضد استعمار» از جمله مهمترین موضوعات اجتماعی و فرهنگی محسوب میشود که در مطبوعات امروز (یکشنبه) برجسته شده است.

****آموزش عمومی؛ راهکاری برای جلوگیری از خودکشی**

بر اساس اعلام سازمان پزشکی قانونی کشور در ۱۳۹۶ خورشیدی مجموع تلفات خودکشی ها ۴ هزار و ۶۲۷ تن بوده که نسبت به سال گذشته افزایش پنج درصدی داشته است. هرچند میزان این آسیب اجتماعی در ایران نسبت به جهان نرخ کمتری دارد اما این

امر نباید به معنای فراموشی مساله باشد بلکه با آموزش رسانه ها، سخت کردن دسترسی به ابزارهای کشنده، خدمات پیگیری برای کسی که اقدام به خودکشی کرده یا در خانواده فردی یکی از اعضای آن دست به خودکشی زده، آموزش های عمومی و ... از این اتفاق جلوگیری کرد.

روزنامه «همدلی» در گزارشی با عنوان «رهایی یا نابودی از زندگی» نوشت: «هیچ کس برای اینکه می خواهد بمیرد خودکشی نمی کند، پس چرا آنها این کار را می کنند؟ چون آنها می خواهند جلوی دردی را بگیرند.» روز ۱۰ سپتامبر (۱۹ شهریور) به نام «روز پیشگیری از خودکشی» نام گرفته تا به بهانه ای برای پرداختن به این آسیب اجتماعی که دارای ریشه های متعدد است و نیز عوامل ایجاد و پیشگیری کننده آن، تبدیل شود.

آمار خودکشی در ایران به نسبت جهان، میزان کمتری را نشان می دهد؛ به طوری که این رقم در ایران حدود ۵ نفر به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر بوده است، حال آنکه در جهان رقمی بیش از ۱۲ نفر بین هر ۱۰۰ هزار نفر است. درحالی ۱۰ درصد از مرگ های جهان مربوط به خودکشی است که این میزان رقمی حدود ۸۰۰ هزار نفر در جهان را در برمی گیرد و خودکشی جزو ۱۰ عامل اصلی مربوط به مرگ در جهان محسوب می شود؛ با این وجود، آمارها نشان می دهد نرخ خودکشی در ایران تقریباً نصف نرخ جهانی است.

در ادامه آمده است: این درحالی است که به گفته مشاور برنامه ملی پیشگیری از خودکشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، «۶۰ درصد افرادی که در کشور به خدمات سلامت روان نیاز دارند از این خدمات استفاده نمی کنند.»

روزنامه «قانون» در گزارشی با عنوان «آسیب اجتماعی پنهان مانده در پس پرده» نوشت: در حالی که درصدی از مرگ های جهان مربوط به خودکشی است که این میزان رقمی حدود ۸۰۰ هزار نفر در جهان را در برمی گیرد و خودکشی جزو ۱۰ عامل اصلی مربوط به مرگ در جهان محسوب می شود اما آمارها نشان می دهد نرخ خودکشی در ایران نصف نرخ جهانی است. بر اساس گزارش سالنامه آماری پزشکی قانونی کشور در سال گذشته، مقایسه استان ها از نظر تعداد متوفیات مشکوک به خودکشی نشان می دهد که استان تهران با ۷۹۶ مورد، فارس با ۳۴۸ مورد، خوزستان با ۳۰۶ مورد، آذربایجان شرقی با ۲۷۶ مورد و کرمانشاه با ۲۳۵ مورد، پنج استان نخست به لحاظ دارا بودن تعداد بیشتر خودکشی ها در کشور هستند. همچنین خراسان شمالی با ۱۷ مورد، سمنان با ۱۸ مورد و یزد با ۳۱ مورد کمترین میزان خودکشی را به خود اختصاص داده اند.

در ادامه می خوانیم: سیدحسن موسوی چلک، رییس انجمن مددکاری اجتماعی با بیان اینکه در دنیا شاهدیم که سن خودکشی در حال کاهش است، می گوید: بنابراین این مساله خاص کشور ما نیست و تهدید جهانی محسوب می شود و نمی توان به راحتی از کنار آن گذشت. عوامل مختلفی هم در آن دخیل هستند که بخشی از آن به شرایط کلان جامعه بازمی گردد؛ به طوری که نمی توانیم تاثیر محیط را نفی کنیم. بخشی هم مربوط به یادگیری است که در مورد روش های خودکشی بیشتر خودش را نشان می دهد.

روزنامه «آرمان» در گزارشی با عنوان «نداشتن مهارت زندگی و افزایش خودکشی» می نویسد: کاظم ملکوتی رئیس انجمن علمی پیشگیری از خودکشی با بیان اینکه میزان فوت ناشی از خودکشی در مردان دو تا سه برابر زنان است، اظهار کرد: میزان خودسوزی ها در افراد کم سوادتر، بیشتر دیده می شود. از نظر سطح تحصیلات نیز میزان اقدام به خودکشی در بین دانش آموزان راهنمایی و دبیرستانی بیشتر است. کاظم ملکوتی ضمن تشریح علل بیشتر بودن خودکشی در بین زنان تازه ازدواج کرده گفت: این مساله به دلیل تعارضات خانوادگی و فرهنگی است، یعنی در زنانی که مهارت رفتاری همچون حل مساله، کنترل خشم، ارتباط موثر و ... اندک باشد، شانس اقدام به خودکشی بیشتر است.

در ادامه می خوانیم: بهروز بیرشک روان شناس می گوید: شرایط نابسامان می تواند منجر به افزایش خودکشی در افراد شود. برای مثال فردی که در مقابل یک ساختمان به نشانه اعتراض خودسوزی می کند، از فشارهای روانی متعدد رنج می برد. به گفته او مسئولان امر باید بدانند که بیکاری افراد در جامعه می تواند منشأ بروز اختلالات و اتفاقات نامناسب باشد.



مشاور برنامه ملی پیشگیری از خودکشی وزارت بهداشت:



۶۰ درصد مردم از خدمات سلامت روان استفاده نمی کنند

تهران- ایرنا- مشاور برنامه ملی پیشگیری از خودکشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی گفت: ۶۰ درصد افرادی که در کشور به خدمات سلامت روان نیاز دارند از این خدمات استفاده نمی کنند.

سید کاظم ملکوتی روز شنبه در گفت و گو با خبرنگار سلامت ایرنا با اشاره به برنامه ملی پیشگیری از خودکشی گفت: این برنامه به همت وزارت بهداشت در تمام استان ها اجرا می شود و هدف از آن شناسایی تمام افراد در معرض خودکشی و حمایت از این افراد است.

وی ادام داد: این کار در خانه های بهداشت با حضور بهورزان و مراقبان سلامت تا سطح بیمارستان ها و متخصصان روانپزشکی انجام می شود. در حال حاضر در ۷۰ تا ۸۰ درصد استان ها اجرا می شود. برنامه دیگری نیز از سال گذشته در ۴ استان کرمانشاه، ایلام، لرستان و آذربایجان غربی آغاز شده است.

مشاور برنامه ملی پیشگیری از خودکشی وزارت بهداشت گفت: برنامه دیگر در این راستا مربوط به ثبت آمار خودکشی است. زیرا وقتی آمار دقیق باشد، بهتر می توان کار پیشگیری از خودکشی را انجام داد، بر اساس آمار موجود میانگین خودکشی در کشور بین ۵،۵ تا ۶ در صد هزار نفر در سال است، این آمار در جهان حدود ۱۱ در صد هزار نفر در سال است بنابراین آمار خودکشی در ایران به مراتب کمتر از میانگین جهانی است.

ملکوتی اظهار داشت: اولویت اجرای برنامه پیشگیری از خودکشی چهار استان کرمانشاه، ایلام، لرستان و آذربایجان غربی است که در این استان ها آغاز شده است البته وضعیت این اقدام در شهرستان های این چهار استان متفاوت است و در برخی از این شهرستان ها آمار خودکشی از میانگین کشوری بیشتر است، بنابراین انجام اقدامات پیشگیرانه در این ۴ استان از اهمیت بیشتری برخوردار است.

وی درباره عمده ترین دلایل خودکشی در کشور گفت: دلایل متعدد و مکمل در این راستا وجود دارد. از جمله این دلایل می توان به عوامل اجتماعی مثل بیکاری و مشکلات اقتصادی، عوامل روانی مثل بیماری های اعصاب و روان و افسردگی، عوامل خانوادگی شامل اختلافات بین زن و شوهر تازه ازدواج کرده و بین کودکان و والدین، سوء مصرف مواد مخدر و سیگار و الکل اشاره کرد.

مشاور برنامه ملی پیشگیری از خودکشی وزارت بهداشت درباره میزان موفقیت برنامه های وزارت بهداشت در کاهش خودکشی در کشور گفت: این برنامه در کاهش سرعت خودکشی موفق بوده، اما در کاهش آمار خودکشی موفق نبوده است که علت آن نبود ساختار مناسب و مشکلات دیگر اس که مدیریت آن در اختیار وزارت بهداشت نیست و البته در زمینه آموزش عمومی و شناسایی افراد در معرض خطر خودکشی نیز ضعف هایی وجود دارد.

عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران ادامه داد: آموزش ها و کارهای خوبی برای مراقبان سلامت در راستای پیشگیری از خودکشی انجام می شود، اما فکر می کنم عملکرد آنچنان که باید موثر نیست. دلایل این موضوع متفاوت است. گاهی افرادی که در معرض خودکشی هستند به علت خجالت و مسائل دیگر به دنبال درمان نمی روند. یعنی حتی وقتی افراد در معرض خطر

خودکشی شناسایی می‌شوند نیز باز هم به دنبال درمان نمی‌روند و در واقع مسائل فرهنگی و آموزش‌های عمومی مانع از موفقیت برنامه پیشگیری از خودکشی در کشور است.

این روان‌پزشک درباره راه‌کار موفقیت برنامه ملی پیشگیری از خودکشی گفت: اول از همه باید آموزش تمام افراد و البته سازمان‌های موثر اجتماعی در دستور کار قرار بگیرد تا مردم از داشتن بیماری افسردگی یا فکر خودکشی خجالت نکشند و به دنبال درمان باشند. برای این منظور باید رسانه‌ها وارد کار شوند. حتی مسئولان نیز باید تغییر رفتار دهند. ائمه جمعه نیز می‌توانند ماهی یک بار درباره سلامت روان و افسردگی صحبت کنند.

ملکوتی ادامه داد: مشکل این‌جاست که ۶۰ درصد مردم از خدمات سلامت روان استفاده نمی‌کنند و در نتیجه عوارض آن بروز پیدا می‌کند. گاهی مدیران مدارس می‌گویند که درباره خودکشی حرف ننیزد، زیرا ممکن است دانش آموزان خودکشی کنند. اما این یک باور غلط است که نیاز به اصلاح دارد.

مشاور برنامه ملی پیشگیری از خودکشی وزارت بهداشت تاکید کرد: زیرساخت‌هایی مثل خانه‌های بهداشت در روستاها در بسیاری از کشورهای دیگر وجود ندارد باید از این زیرساخت‌ها استفاده مناسب کرد. از طرفی باید توجه کرد که اورژانس اجتماعی با هزینه‌های فراوانی که انجام داده چقدر در این راستا موثر بوده است. بر اساس آخرین تحقیقات متوجه شدیم که میزان رضایت از اورژانس اجتماعی ۱۲۳ حدود ۵ تا ۱۰ درصد است.

محمد رضا شالبافان، دبیر اجرایی دومین همایش ملی پیشگیری از خودکشی نیز به خبرنگار ایرنا گفت: این همایش ۱۸ و ۱۹ شهریور همزمان با روز جهانی پیشگیری از خودکشی به همت دانشگاه علوم پزشکی ایران، جمعیت ملی پیشگیری از خودکشی و وزارت بهداشت در سالن همایش‌های رازی تهران برگزار می‌شود.

این عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران افزود: هدف اصلی این همایش ایجاد تعامل علمی بین بخش‌های مختلفی است که در زمینه پیشگیری از خودکشی با نگاه اجتماعی، روان‌شناختی و پزشکی فعالیت می‌کنند.

وی ادامه داد: این همایش بیش از ۵۰ سخنران علمی در دو بخش خواهد داشت و در پایان روز اول همایش از ساعت ۱۸ تا ۲۱ با همت دانشجویان پزشکی، یکی از فیلم‌های معروف مرتبط با موضوع همایش پخش می‌شود و مورد نقد علمی قرار می‌گیرد. شالبافان گفت: همچنین چهار کارگاه توانمندسازی درمانگران و مداخله‌گران ویژه مسائل روان برای مداخله به هنگام و بهتر برای پیشگیری از خودکشی افراد برای جمعیت‌های خاص و بیماری‌های ویژه برگزار می‌شود.

این روان‌پزشک گفت: این همایش ویژه روان‌پزشکان، روان‌شناسان، پزشکان عمومی، مددکاران اجتماعی، پرستاران و غیره خواهد بود و امیدواریم اثرات مثبتی برای شرکت‌کنندگان به همراه داشته و در کاهش آمارهای کاهش خودکشی در کشور موثر باشد. انتهای پیام /*



راهی برای سلامت روان دانشجویان



تهران - ایرنا - ابتدای ورود به دانشگاه برخی دانشجویان را با مشکلاتی مانند دوری از خانواده، ناآشنا بودن با نظام آموزش دانشگاهی، در مواردی بی‌علاقه‌گی به رشته تحصیلی، ناسازگاری با افراد در محیط زندگی و نبود امکانات رفاهی و اقتصادی مواجه می‌کند، مسائلی که نیازمند توجه جدی برای رفع آن است.

به گزارش خبرنگار گروه دانشگاه ایرنا، عمده مسائل برخی دانشجویان جدیدالورود به دانشگاه باعث بروز مشکلات روانی متعددی می‌شود که افت عملکرد و بی‌میلی به تحصیل را به دنبال خواهد داشت. از این جهت تامین سلامت روان آنان، در راستای یادگیری و افزایش آگاهی علمی اهمیت زیادی دارد. احداث مراکز مشاوره در دانشگاه‌ها تاکید بر موضوع سلامت روان است.

سلامت روان یکی از ابعاد مهم یک جامعه پویا است. جوانان و دانشجویان در هر جامعه ای موتور خلاقیت و تفکر به شمار می آیند که در صورت سلامت روان نقش های موثری ایفا می کنند .

گروه دانشگاه ایرنا در این باره با شهناز بیگلری، رییس مرکز مشاوره دانشگاه صنعتی امیرکبیر و کیومرث فرح بخش رییس مرکز مشاوره دانشجویی دانشگاه علامه طباطبائی روسای دو مرکز نمونه مشاوره دانشجویی کشور به گفت وگو پرداخته است .

****فضای مجازی مهم ترین تهدید برای دانشجویان**

بیگلری ابتدا نقش مراکز مشاوره در دانشگاه را بررسی می کند و می گوید: مراکز مشاوره در دانشگاه ها نقش بسیار کلیدی داشته و تاثیر بخصوصی بر تصمیم گیری مدیران سطح بالا دانشگاه دارند.

وی ادامه می دهد: متأسفانه خانواده فقط برنامه تحصیلی برای فرزند خود طراحی می کند، دانشجو آموزش مهارت های اجتماعی لازم را در خانواده نمی بیند و نمی تواند مسائل را تجزیه و تحلیل کرده و مشکلات خود را حل کند. مرکز مشاوره آموزش ها و راهکارهای ویژه را در اختیار آنها قرار می دهد.

بیگلری در مورد طرح پایش سلامت اظهار می دارد: پرسشنامه این طرح توسط مرکز سلامت و مشاوره وزارت علوم طراحی شده است که دانشجویان جدیدالورود را در تمام مقاطع از نظر روانشناختی و حتی اقتصادی غربالگری می کند. از طریق نتایج این داده ها وزارت علوم تدابیری می اندیشد و مسیر حرکت و برنامه را به مرکز مشاوره دانشگاه ها ابلاغ می کند. رییس مرکز مشاوره دانشگاه امیرکبیر فضای مجازی را مهم ترین تهدید می داند و می گوید: فرد در فضای مجازی با دنیایی از فرصت ها و تهدیدها روبرو شده که اگر درست آموزش ندیده باشد دچار مشکل می شود.

بیگلری می افزاید: ازعمده مشکلاتی که باعث افسردگی و کاهش نشاط بین دانشجویان می شود امید نداشتن به آینده شغلی، عدم کنترل هیجانات و فشارهای خانوادگی است.

مرکز مشاوره دانشگاه ها در زمینه شادی و نشاط برنامه های فرهنگی زیادی از جمله مسابقات ورزشی، جشن های اعیاد دینی، اردوهای تفریحی و مسابقه آشپزی در خوابگاه ها برگزار می کند که مورد استقبال دانشجویان قرار می گیرد. به گفته وی ، هر ساله طرح همیار سلامت در اوایل ترم تحصیلی در دانشگاه ها برگزار می شود. در این طرح دانشجویان داوطلب، افراد نیازمند کمک را به مراجعه به مرکز مشاوره ترغیب می کنند.

****کمبود نیازهای عاطفی مهمترین تهدید**

فرح بخش رییس مرکز مشاوره دانشجویی دانشگاه علامه طباطبائی نیز در مورد مشکلات و خطراتی که دانشجویان را تهدید می کند، معتقد است: دانشجو یک فرد در حال رشد است و دوره دانشجویی یک دوره رشد و تکامل است. هر فردی در مسیر رشد خود ممکن است دچار چالش ها و مشکلاتی شود و خاصیت رشد همین است. دانشجو قشر فرهیخته ای است که هوشمندی، سازگاری و توانمندی بالایی دارد و قاعدتا در معرض خطر کمتری در جامعه است .

وی عنوان کرد: زمانی که شخصی از خانواده خود جدا شده و به شهر دیگری برای تحصیل مهاجرت می کند ناخودآگاه آسیب ها و مشکلاتی وی را دچار تهدید می کند و مهاجرت به تنهایی استرس زا است.

فرح بخش ادامه داد: غربت زدگی، دلتنگی و دور شدن از خانواده گاهی اوقات باعث می شود که دانشجو تحصیل خود را ترک کرده و به شهر خود برگردد. طبیعی است چون دانشجویان از دبیرستان وارد دانشگاه می شوند و فضای دانشگاه از نظر نوع، میزان و ارائه دروس متفاوت است، این دانشجو برای انطباق با محیط دچار مشکل می شود.

به گفته وی ، مهمترین تهدید برای دانشجویان جدیدالورود کمبود نیازهای عاطفی است که باعث تمایل افراد به مصرف سیگار و قرص و ورود به روابط عاطفی خطرناک می شود و در بیشتر مواقع مورد سو استفاده قرار می گیرند .

» توصیه رییس مرکز مشاوره دانشگاه علامه طباطبائی به دانشجویان ورود نکردن به این روابط در ترم های ابتدایی تحصیل

است. از دیگر عواملی که باعث افزایش سطح اضطراب در دانشجویان به خصوص جدیدالورود می شود، می توان از ناتوانی در برنامه ریزی تحصیلی، عدم موفقیت و پیشرفت، ارتباط با اساتید و عدم انطباق با قوانین دانشگاه نام برد.»

رییس مرکز مشاوره دانشجویی دانشگاه علامه طباطبایی معتقد است: دانشجویان با حجم زیادی از علوم جدید به خصوص در رشته های علوم انسانی در طول ترم رو به رو شده که ممکن است بسیاری از اعتقادات قبلی آنها را دچار تشویش کند و شخص دچار سردرگمی درونی می شود. همه این مسائل به کارخانه ذهن دانشجوی بستگی دارد که اطلاعات علوم انسانی را چگونه در ذهن خود تجزیه و تحلیل کند.

وی تصریح کرد: از طرف دیگر دانشجویان فرد ایدآل گرایی است که هنوز واقعیت های جامعه را نمی داند. با توجه به یافته هایی که خواننده جامعه را یک شهر آرمانگرا برای خود تجسم می کند و زمانی که با واقعیت رو به رو شده دچار ناامیدی و بحران معنا می شود.

« زمانی که صحبت از افسردگی می شود منظور حداقل دانشجویان است. حواسمان باشد که دانشگاه یک محیط با نشاط است. خوشبختانه دانشجویان در دانشگاه از فعالیت، تلاش و امید خوبی برخوردار هستند اما در هر محیطی یک عده دچار مشکلاتی می شوند.»

فرح بخش می گوید: وظیفه مرکز مشاوره دانشگاه ایجاد فضای سالم بهداشت روان، پیشگیری و درمان است که دانشجویان دچار ناامیدی، افت تحصیلی، افسردگی و مشکلات انضباطی نشوند.

« در دانشگاه مرکز مشاوره خدمات وسیعی از جمله آموزش مهارت های زندگی و مطالعه، ارتباط فردی، مهارت خودتنظیمی و استقلال در زندگی، استفاده از فرصت های موجود در دانشگاه و برنامه ریزی برای زندگی آینده ارائه می دهد. دانشجویان می توانند از این خدمات در چارچوب کارگروه های آموزشی و مشاوره گروهی یا به صورت فردی استفاده کنند. هدف در درجه اول رشد و توسعه استعدادهای دانشجویان است.»

رییس مرکز مشاوره دانشجویی دانشگاه علامه طباطبایی در مورد نقش اساتید در این زمینه یادآور شد: دانشجویان برای درس خواندن و یادگیری آمده است. اساتید باید از طریق ارتباط عاطفی ذوق و علاقه به تحصیل را در دانشجویان ایجاد کنند و با نهایت احترام و صمیمیت با دانشجویان برخورد کنند اما در انتقال و یادگیری علم سخت گیر باشد و کوتاهی نکند.

به گزارش ایرنا، دانشجویان از جایگاه ویژه ای در جامعه برخوردار هستند. ورود به دانشگاه مقطعی بسیار حساس در زندگی نیروهای کارآمد فعال و جوان در هر کشوری است و غالباً با تغییرات زیادی در روابط اجتماعی و انسانی آنان همراه می باشد. قرار گرفتن در چنین وضعیتی غالباً با فشار و نگرانی همراه است. با توجه به توضیحات مشاوران دانشگاه ها و این سخن امام علی (ع) که می فرماید: هر کس خود را از مشاوه بی نیاز بداند هلاک خواهد شد. به این نتیجه می رسیم که همه در زندگی نیاز به مشاوره داریم.

برخی از افراد با این باور اشتباه که مرکز مشاوره دانشجویی، مرکز روان درمانی و روانپزشکی است برای مراجعه به آن مقاومت می کنند. اما باید بدانیم این مراکز جایی برای یافتن مسیر موفقیت، شادتر بودن و سلامت روحی است که ما شاهد استقبال روز افزون دانشجویان از راهنمایی مشاوران در مشکلات مختلف هستیم. انتهای پیام *



گروه-درمانی، شیوه ای موثر و مقرون به صرفه به شرط فرهنگ سازی



تهران-ایرنا- گروه-روان-درمانی یا گروه-درمانی، شکلی از روان درمانی است که به رغم موثر و مقرون به صرفه بودن اما در ایران به دلایلی از جمله مسایل فرهنگی و نگرش ذهنی افراد، چندان باب نشده است.

به گزارش گروه تحلیل، تفسیر و پژوهش های خبری، گروه-روان-درمانی یا گروه-درمانی، شکلی از روان درمانی است که در آن

یک یا چند درمانگر، به درمان گروه کوچکی از مراجعان که گردهم آمده اند، می پردازند.

افراد حاضر در گروه-درمانی می توانند اعضایی همگن باشند یا نباشد اما بهترین گروه ها، گروه هایی هستند که اعضا بیشترین شباهت و همگنی را با یکدیگر دارند.

این نوع درمان طیف گسترده ای را پوشش می دهد و از آن می توان برای بسیاری از مشکلات زندگی فردی و اجتماعی بهره برد.

عمده مشکلاتی که از طریق این شیوه از درمان، برای رفع آنها پرداخته می شود می توان به افسردگی و اضطراب، حملات عصبی و ترس، مشکلات ارتباطی، نگرانی های پزشکی و بهداشتی، غم و خسران، مسائل کاری و حرفه ای، مدیریت استرس، مسائل خانوادگی و نقش های والدین، حل اختلافات، اختلالات روانی، اختلالات بیش فعالی کمبود توجه، ناتوانی های یادگیری، سوء مصرف مواد و الکل، مدیریت درد، اختلال وسواس فکری، اختلالات اشتها، نگرانی های تصویر بدن، اختلالات سازگاری، اختلالات طیف اوتیسم و توسعه مهارت های اجتماعی.

رئیس مؤسسه روانشناسی دانشگاه تهران معتقد است؛ از آنجایی که گروه درمانی ها مقرون به صرفه هستند، طبیعی است که اگر مراجعین از ماهیت این شیوه مطلع باشند، بیشتر به سمت این نوع از درمان گرایش پیدا می کنند.

«علی اکبر ارجمند» رئیس مؤسسه روانشناسی و دانشیار دانشگاه تهران در گفت و گو با ایرنا گفت: در ایران در مقایسه با مشاوره های فردی، استفاده و اقبال کمتری نسبت به گروه درمانی وجود دارد. استفاده از گروه درمانی قبل از «NA» ها، برای کاهش اختلالات روانی در کلینیک ها و بیمارستان های مختلف و به منظور کاهش اضطراب، استرس و افزایش مهارت های ارتباطی و مسائلی از این قبیل برگزار می شدند. گروه درمانی معمولاً در مواردی کاربرد دارد که ما گروهی داریم که مشکلی مشابه داشته و می خواهند از پویایی های گروه به نفع رفع مشکل خودشان استفاده کنند؛ ضمن این که ببینید افراد دیگری هم هستند که این مشکل را دارند و از تجربه آنها بهره ببرند.

**ارزان اما گزاف

این روانشناس ادامه داد: از آنجایی که گروه درمانی ها مقرون به صرفه هستند، طبیعی است که اگر مراجعین از ماهیت این شیوه مطلع باشند، بیشتر به سمت این نوع از درمان گرایش پیدا می کنند؛ ضمن این که برای گروهی از افراد که مشکل مشابهی دارند و مشکل روانی جدی و عمیقی هم ندارند (چون مشکلات عمیق روانی جدی را نمی توان در آنجا بررسی کرد) این شیوه می تواند گزینه مناسبی باشد.

ارجمند نیا ادامه می دهد: امروز در ایران از این روش برای اختلال وسواس، اضطراب و افسردگی استفاده می شود؛ یعنی سبک های شناختی و رفتاری را به طور گروهی اجرا می کنند. اما چون در جامعه ما همیشه نوعی نگرانی بابت مطرح شدن مسائل روانی و روانشناختی افراد از این منظر که مورد شناسایی توسط آشنایان قرار بگیرند، وجود داشته است در نتیجه شاهد کم اقبالی نسبت به گروه درمانی در ایران بوده ایم. یعنی نگرش های ذهنی افراد به عنوان مانعی در استفاده از این روش همیشه عامل مهمی بوده و به این دلیل همیشه نوعی پرهیز نسبت به این موضوع وجود داشته است.

ارجمند نیا معتقد است: البته مقاومتی هم نسبت به استقبال و بیان مشکلات در گروه از جانب افراد و مراجعین وجود دارد. یعنی بحث های نگرشی در اینجا -با توجه به تجربه خودم - بر بحث های مالی پیشی می گیرد. و معمولاً استقبال نمی شود به ویژه در حوزه کودک و نوجوان که خودم تجربه اش را داشته ام. یعنی این که افراد احساس می کنند اگر در گروه بخواهند بگویند در زمینه مثلاً تربیت فرزند یا نقش والد ناموفق بوده اند، حس بدی خواهند داشت و این عاملی بازدارنده است. یعنی بحث، همان ناآگاهی است چراکه وقتی یک گروه خوب با مقررات تشکیل شود خود به خود آن نگرانی افراد را از بین می برد. ولی زمانی که اطلاعاتی وجود ندارد استقبال هم وجود نخواهد داشت. ضمن این که جامعه ایران هیچ وقت جمع گرا نبوده است.

****گروه-درمانی در ایران**

شناخته شده ترین و جاافتاده ترین گونه از این دست گروه های درمانی که بصورت مستقل در ایران چند سالی است شروع به کار و بهره گیری از این روش برای کمک به افراد کرده است، توسط 'ان.ای' یا گروه معتادان گمنام شکل گرفته و به سبک همان گروه های درمانی اعتیاد که نمونه های آن را در دیگر کشورها شاهد هستیم، عمل می کند. در این گروه ها در یک فضای کاملاً دوستانه و غیررسمی معتادان سابقی گردهم می آیند که از سابقه ی ترک یک هفته تا ۱۰ ساله بین آنان وجود دارد. البته این گروه ها انواع و اشکال مختلفی دارند ولی عمدتاً با هدف حمایت جمعی از فرد، برای پایداری به سلامت فردی شکل می گیرند و اعضا از طریق همالان سعی در بهبود عملکرد و زندگی خود دارند.

اکثر این نوع از گروه ها از ۵ تا ۱۰ نفر -یا بیشتر- تشکیل می شوند که حداقل هفته ای یکبار و به مدت یک تا سه ساعت - بسته به نوع و ماهیت گروه - با درمانگر ملاقات می کنند. اعضا معمولاً به صورتی دایره وار - به دلیل این که همه بتوانند یکدیگر را ببینند و با هم ارتباط چشمی و کلامی برقرار کنند - یا گاهی دور یک میز می نشینند.

****فرهنگ سازی؛ پله اول**

رئیس موسسه روانشناسی دانشگاه تهران عقیده دارد: از جمله عواملی که باید در کمک به گسترش این شیوه در مورد آن کار شود، بحث فرهنگ و فرهنگ سازی است.

«بحث دیگر متخصصان است که بایستی قائل به این مساله شوند که این شیوه نسبت به درمان فردی از زوایای مفیدتر، مناسب تر و کاربردی تر است».

«در آخر، بخش دیگر هم، مراجعینی هستند که مخاطبان این روش اند. یعنی هم مراجعین و هم درمانگران مهم هستند و باید آگاه شوند وقتی گروه تشکیل می شود، اصول و مقرراتی دارد. محرمانگی اصلی مهم است که اینجا رعایت می شود و افراد می توانند از اسامی مستعار استفاده کنند».

«دانش افزایی نسبت به واقعیت گروه ها هم می تواند به اقبالش کمک کند. دانش افزایی البته وظیفه متولیان این بحث است. یعنی افرادی که برنامه ریزی می کنند و سازمانهایی چون نظام روانشناسی، سازمان بهزیستی و آموزش و پرورش که ذیربط و ذی مدخل هستند در این حوزه ها. نهادهای اجتماعی و رسانه ها هم می توانند نقش آفرین باشند».

****چرا هنوز بی بهره ایم؟**

ارجمند نیا در پاسخ به این سوال که به رغم به صرفه بودن چرا هنوز این روش در ایران باب نشده است، گفت: شیوه سازمان نظام روانشناسی این گونه نبوده است که بخواهد برای روش ها تبلیغات خاصی کند. همانطور که برای مشاوره های گروهی شاید اقدامی بیرونی نمی بینید، از آن طرف تبلیغاتی هم برای مشاوره های فردی و یا ترجیح آن ها نداشته است. یعنی این گونه نبوده که بگویند این روش بهتر است، این را بیشتر توصیه کنید یا دیگری را اولویت بدهید.

وی افزود: این تصمیم متخصص است و دست مراجعین نیست که خودشان تقاضای گروه درمانی کنند. همانطور که وقتی به پزشک مراجعه می کنید نمی گویند درمان دارویی من چه باشد، در مورد متخصص سلامت روان هم این گونه است. قاعدتاً روانشناس و مشاور باید این تصمیم را گرفته و منافع اقتصادی و روانشناختی و عاطفی مراجع را در نظر بگیرد. در نتیجه این اتفاق باید در حوزه متخصصان نیز بیفتد چرا که مردم خودشان نمی توانند پیشنهاد دهنده روش درمانی خود باشند. انتهای پیام *

**آسیب های کودکان پس از زلزله**

تهران - ایرنا - پژوهش های بین المللی و داخلی و نتایج مشاهدات مناطق مختلف زلزله زده کشور بیانگر این مطلب است که

آسیب پذیری روانی کودکان از آثار غیر قابل اجتناب حوادث طبیعی است .

نگاه بهت زده کودکان زلزله زده سرپل ذهاب چشم انتظار یاری و کمک مردمی است که همواره در همه شرایط به یاری هموطنان خویش شتافته اند.

امروز کودکان سرپل ذهاب که زمین لرزه تمام خاطرات کودکی آنها را از بین برده، خاموش و خسته در کانکس های سفید بی روح، روزها را به شب می رسانند، آنان نیازمند یاری دستان مهربانی هستند که آنها را در آغوش بگیرد و مرهمی بر خستگی و تنهایی شان باشد.

این کودکان که هنوز غروب خورشید را باور نکرده اند در میان آوارهایی از خاک در جست و جوی روزنه ای برای زندگی دوباره هستند، چرا که باور دارند از میان این آوارها باز هم آهنگ زندگی نواخته خواهد شد .

نگاه های کودکان زلزله زده سرپل ذهاب همان نگاه دیروز کودکان زلزله زده بوشهری، آذری و بمی است که فریاد تنهایی و بی کسی را سر می دهند.

وقتی سرزده از روستاهای زلزله زده سرپل ذهاب، ازگله و ثلاث باباجانی دیدن می کنی، عمق تنهایی این کودکان خسته به خوبی احساس می شود که چگونه با پای برهنه بر روی زمینی که لرزش آن هستی شان را به یکباره از بین برد و عزیزانشان را از آنها گرفت، راه می روند .

با گذشت ۹ ماه از وقوع زلزله ای به بزرگی ۷٫۳ ریشتر ساعت ۲۱ و ۴۸ دقیقه شامگاه یکشنبه (بیست و یکم آبان) استان کرمانشاه، هنوز هم کودکان روستاهای سرپل ذهاب، ازگله، دشت ذهاب و ثلاث باباجانی احساس می کنند که زمین در زیر پاهایشان می لرزد، این بار ترس از ریزش سقف را بر سر خود ندارند بلکه همه دغدغه و هراس آنها از تشدید تنهایی شان است. تنها دلخوشی ستایش ۱۰ ساله در میان آوارها، عروسکی است که برای او باقیمانده، او همدم تنهایی های خود را هر شب به آغوش می گیرد و به خواب می رود.

ستایش به آینده فکر می کند و نمی داند چگونه آرزوهای کودکی او بر آورده می شوند. هر گاه از مادر سراغ پدر را می گیرد به او یک جواب داده می شود که پدر به مسافرت رفته است .

امروز کودکان زلزله زده سرپل ذهاب اگر چه به مایحتاج اولیه زندگی نیاز دارند اما از نظر عاطفی نیازمند محبت و توجه هستند، محبتی بیشتر از آنچه در نگاه اولیه هر بیننده ای که به مناطق زلزله زده می آید . روزی این کودکان برای همسالان زلزله زده خود در آذربایجان شرقی، بوشهر و بم نامه نوشتند و اسباب بازی های خود را به آنان اهدا کردند تا شاید غم خود را فراموش کنند .

اما امروز هیچ کس بغض های در گلو مانده و اشک حلقه زده در چشم های کودکان زلزله زده سرپل ذهاب را نمی بیند آنانی که آرزو دارند دوباره در آستانه فصل پاییز و ماه مهر به مدرسه بروند اما لوازم التحریر و کیف و کفش ندارند. پدران و مادرانشان نیز با توجه نداشتن بضاعت مالی توانایی خرید این گونه وسایل را ندارند . سرپل ذهاب امروز همان اهر، هریس و ورزقان و بم دیروز است که کودکانش تا مدتها پس از وقوع زلزله در شرایط عادی به سر نمی بردند و از نظر روحی و روانی تعادل لازم را نداشتند.

امروز غم نداشتن لباس مناسب و غذای خوب را می توان با لبخندی از چهره کودکان زلزله زده سرپل ذهاب از بین برد اما درمان زخم های عاطفی به گذشت زمان نیاز دارد.

بی تفاوت نباشیم و اجازه ندهیم، روحیه کودکان زلزله زده سرپل ذهاب، ازگله و ثلاث باباجانی بیش از این دچار آسیب های روحی و روانی شوند به خود آئیم و فراموش نکنیم که زلزله اگر چه در چند ثانیه به وقوع می پیوندد اما اثرات زیانبار آن تا سالها برجا خواهد ماند .

کودکان آسیب دیده از زلزله سرپل ذهاب و ثلاث باباجانی که برای ادامه زندگی خود با مشکلات فراوانی دست و پنجه نرم می کنند چشم انتظار کمک های مردم خیر خواهی هستند که بعد از مدت ها طعم غذایی گرم و دلچسب را به آنها بچشانند .

برای کمک کردن به کودکان زلزله زده غرب کرمانشاه فقط کافی است به چهره معصوم آنها در روستاهای کوئیک مجید، کوئیک عزیز، کوئیک حسن، سراب ذهاب و قلعه بهادری شهرستان سر پل ذهاب و چم زرشک، ده عباس، پالان نرگس، زمکان و هلول

مناطق زلزله زده تازه آباد مرکز شهرستان ثلاث باباجانی نگاه کرد تا فهمید که آنها در دنیای بزرگ آمال خود، مسائل کوچکی را آرزو می کنند .

آری بلایای طبیعی به مجموعه ای از حوادث زیانبار گفته می شود که منشاء انسانی ندارند و به طور معمول غیرقابل پیش بینی بوده و یا حداقل از مدت ها قبل نمی توان وقوع آنها را پیش بینی و اعلام کرد.

بلایای طبیعی دارای انواع گوناگونی هستند که زلزله، سیل، طوفان، گردباد، سونامی، تگرگ، بهمن، رعد و برق، تغییرات شدید درجه حرارت، خشکسالی و آتشفشان نمونه هایی از این بلایای طبیعی به شمار می آیند.

در این رهگذر جمهوری اسلامی ایران به لحاظ وضعیت جغرافیایی، شرایط آب و هوایی و ویژگی های ژئوپلتیک در زمره کشورهای بلاخیز دنیا به شمار می رود که در طول تاریخ شاهد حوادث و سوانح بسیاری بوده است.

بنابر گزارش های منتشر شده از سوی سازمان ملل متحد، این سازمان ایران را به دلیل امکان وقوع ۳۱ حادثه طبیعی، غیرطبیعی و انسان ساخت در زمره ۱۰ کشور نخست بلاخیز دنیا قرار داده به طوری که از مجموع ۴۰ بلای طبیعی شناخته شده در جهان امکان وقوع ۳۱ نوع آن شامل زلزله، سیل، رانش زمین، روانه های گلی، سنگ لغزش، فرسایش خاک، نفوذ و پیشروی آب دریا، رسوب زایی، تخریب ساحلی، مرداب زایی، کویرزایی، انجماد و سرمازدگی، تگرگ، بهمن، طوفان، آلودگی آب و هوا، آلودگی محیط زیست، آفات و بیماری های نباتی و نیز خشکسالی وجود دارد.

تحقیقات انجام شده از سوی کارشناسان خبره دخیل در امر مدیریت بحران و سوانح در کشورمان نشان می دهد، آتش سوزی خود به خودی جنگل ها، صاعقه، خطرات ژئوترمال (زمین گرمایی)، ریزش حوضه های آهکی، نشست های زمین در نواحی استخراج مواد معدنی، ریزش های زیر دریایی، لغزش های زیر دریایی، باتلاق زایی، آتشفشان و خود سوزی میدان های ذغالی در مراحل بعدی وقوع حوادث و بلایای شایع در کشور قرار دارند.

اما در این میان زلزله مهمترین بلای طبیعی است که تقریباً همه ایرانیان لرزش آن را زیر پای خود حس کرده اند اما به راستی این بلای ناگهانی چگونه انسان را در زمان ها و مکان های مختلف غافلگیر کرده و خسارات جانی و مالی فراوانی را برای آن به جای می گذارد و سلامت روح و روان انسان ها را تا سال های متمادی درگیر کرده و به آن آزار می رساند.

«به راستی برای ایجاد آرامش پس از طوفان زلزله و همدردی و همنوایی با زلزله زدگان چه کارهای را باید انجام داد؟» در جریان وقوع بلایای طبیعی به ویژه پس از وقوع زلزله های مخرب و ویرانگر احساس نیاز واقعی برای مشاوره و حمایت حضوری و همراهی افراد خاص مانند مسئولان عالی رتبه دولتی، روانپزشکان، روان شناسان و مددکاران اجتماعی کاملاً محسوس است.

به رغم سیاست گذاری های کلان بهداشتی و اجتماعی در برخورد با وقایع مصیبت زا متأسفانه عوارض روان شناختی فجایع، کمتر مورد ملاحظه قرار گرفته اند.

نمونه گویای آن تعریف دفتر فاجعه سازمان ملل متحد از «فاجعه» است که در آن کشته شدن ۱۰ نفر یا خسارت مالی بالغ بر یک میلیون دلار را از جمله معیارهای فاجعه معرفی کرده به درد و رنج و واکنش های روان شناختی و رفتاری قربانیان اشاره نشده است.

تجربه در کشورهایی که در معرض سوانح و فجایع مهیب بوده اند، نشان داده است خدمات روان شناختی ارائه شده متعاقب این حوادث به افراد مصیبت دیده، در کاهش عوارض بعدی آنها نقش بسیار مفیدی داشته است.

در تمام کشورهای توسعه یافته و پیشرفته دنیا برای برخورد منطقی و صحیح از نظر بهداشت روانی با بازماندگان بلایای طبیعی راهکارهای مختلفی ارائه شده و بر تخلیه عاطفی و هیجانی حادثه دیدگان در درجه اول تأکید شده است.

این کشورها با راه اندازی گروه های تخصصی حمایت های روانی و اجتماعی زلزله زدگان فعالیت های روانشناختی خود را به بهترین شکل ممکن و با بهترین امکانات موجود به زلزله زدگان و افراد متأثر از آلام مختلف ارائه می دهند.

این گروه های حمایت های روانی به خوبی می دانند که پس از وقوع حوادثی مانند زلزله های شدید و ویرانگر، حادثه دیدگان تا

مدتی حالت انکار دارند و این مصیبت را باور نمی کنند و پس از مدتی حالت خشم در این افراد پدید می آید و به زمین و زمان ناسزا می گویند.

نیروه های آماده این گروه های حمایت های روانی بنا بر تجربیات کسب شده از زلزله های مخرب سالیان قبل دریافتند که بعد از مدتی حالت رخوت و بی تفاوتی و حتی تغییر حالات هورمونی در برخی حادثه دیدگان از زلزله به وجود می آید. آنان برای رهایی از این رخوت و بی تفاوتی پیشنهاد می کنند که برای ترمیم روحی مصیبت دیدگان باید برنامه های خاصی طراحی و انجام شود که می توان سرگرم شدن حادثه دیدگان به ویژه زنان و دختران به کارهای منزل و فعالیت های فرهنگی و هنری را در کاهش آلام روحی و روانی آنان موثر ارزیابی کرد.

همچنین به اعتقاد نیروهای همراه این گروه های حمایت های روانی ایجاد مراکز مشاوره و تخلیه روحی عاطفی حادثه دیدگان و نیز راه اندازی مراکزی برای آموزش های فنی و حرفه ای و اشتغالزایی بانوان و دختران نیز می تواند در این راه گرهگشا باشد. آنان می گویند: کنار آمدن با مصیبت های جمعی آسان تر از مصیبت های فردی است؛ در صورت وقوع حوادثی که جمع زیادی دچار مصیبت می شوند داغداران و حادثه دیدگان می دانند که تنها نیستند و افراد زیادی مشابه آنان نیز وجود دارد، در این صورت آنان راحت تر این مصیبت را می پذیرند و با آن کنار می آیند. به اعتقاد اعضای این گروه های حمایت های روانی در کنار هم بودن و جمع شدن با هم مانند دانش آموزان حادثه دیده ای که در مدارس دور هم قرار می گیرند به آرامش آنها کمک می کند.

به گفته کارشناسان این گروه های حمایت های روانی در حوادث طبیعی، ارائه خدمات روانشناسی به مصیبت دیدگان به ویژه دخترانی که دچار این غم و مصیبت شده اند امری ضروری است چرا که آنان مادران آینده جامعه هستند، از این رو بازگشت آرامش روحی و روانی آنان مهم و حائز اهمیت است. در حوادث این چنینی، مسائل و مشکلات روحی و روانی معمولاً از شش ماه بعد از حادثه شروع می شود که در مورد زلزله زدگان سرپل ذهاب و ثلاث باباجانی باید از هم اکنون به فکر آن بود. یادآوری مجدد این واقعیت تلخ و بیان آن از سوی حادثه دیدگان، بروز احساسات ناشی از حادثه و مسائل پس از آن در آرامش روحی، روانی این افراد و تخلیه عاطفی، هیجانی آنان موثر است.

در گذشته اگر عزیزی در خانواده ای از دست می رفت همه آثار متعلق به او را از بین می بردند یا جمع می کردند اما اکنون ثابت شده که این کار درست نیست.

هر چه این شرایط و آثار بیشتر فراهم باشد فرد مصیبت دیده بهتر می تواند از آن جدا شود و این قضیه را بهتر می پذیرد. باید تدابیری اندیشیده شود تا فکر حادثه دیدگان و متاثران از زلزله های مخرب و ویرانگر مشغول باشد تا آنان بتوانند مساله اصلی را فراموش کنند.

انکار قضیه یا فرار از آن هر دو آسیب زننده است، هم به فرد و هم به کسانی که پیرامون او هستند. باید با روحیه دادن به آنان امید به زندگی را در آنها زنده نگه داریم.

دانش آموزان حادثه دیده نیز نباید نگران ورود دوباره خود به مدرسه و محل تحصیل خود باشند زیرا این نگرانی فشارهای روانی و آلام روحی آنان را مضاعف می سازد.

زمین لرزه ۷٫۳ ریشتری ۲۱ آبان ۹۶ در ۱۱ کیلومتری بخش ازگله و ۳۲ کیلومتری شهرستان سرپل ذهاب در غرب کرمانشاه ۶۲۰ کشته و ۱۲ هزار و ۳۸۶ مصدوم داشته است.

این حادثه به ۱۰ شهرستان و هزار و ۹۳۰ روستای استان کرمانشاه خسارت وارد کرد و بیش از ۱۰۰ هزار واحد مسکونی شهری و روستایی آسیب کلی و جزئی دید. انتهای پیام *

میزان خودکشی در خاورمیانه پایین تر از میانگین جهانی است *

تهران- ایرنا- مدیرکل دفتر سلامت روان، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت گفت: میزان خودکشی در کشورهای خاورمیانه و مسلمان به مراتب کمتر از کشورهای غربی است و البته در دنیا میزان موارد خودکشی بیش از ۲۰ برابر موارد فوت آن است.

به گزارش خبرنگار سلامت ایرنا، احمد حاجبی روز یکشنبه در دومین همایش ملی پیشگیری از خودکشی که در مرکز همایش های رازی تهران برگزار شد، گفت: بر اساس آخرین آمارهای رسمی اعلام شده از طرف سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۸ میانگین میزان فوت ناشی از خودکشی ۱۰٫۶ درصد در هر صد هزار نفر جمعیت جهان را نشان می دهد. میزان اقدام به خودکشی نیز ۲۰ تا ۳۰ برابر میزان فوت ناشی از آن است.

وی گفت: در کشورهای با درآمد بالا، سهم زنان در فوت ناشی از خودکشی ۲۵ درصد است، اما در کشورهای با سطح درآمد پایین و متوسط این سهم ۴۰ درصد است. بالاترین میزان اقدام به خودکشی نیز در دنیا در گروه سنی ۱۵ تا ۲۴ سال است. حاجبی با اشاره به شایع ترین روش های اقدام به خودکشی منجر به فوت در جهان، ادامه داد: مسمومیت با سموم، حلق آویز کردن، استفاده از اسلحه گرم از جمله این موارد است. در خاورمیانه آمار خودکشی به علت وجود کشورهای اسلامی در این منطقه و حرام بودن خودکشی در اسلام، کمتر است، اما از طرفی میزان ثبت و گزارش این نوع حادثه نیز در منطقه خاورمیانه پایین است. مدیرکل دفتر سلامت روان، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت بیان کرد: وضعیت ایران نیز به این شکل است که خودکشی در سال ۹۶ بر اساس آمارهای پزشکی قانونی، ۵٫۷ درصد در هر هزار نفر جمعیت اتفاق افتاده و بیشترین آمار خودکشی نیز مربوط به استان های ایلام، کهگیلویه و بویراحمد و کرمانشاه است. آمارهای سازمان پزشکی قانونی منبع ثبت اعلام وزارت بهداشت برای میزان خودکشی است که البته آمار میانگین جهانی بسیار بیش از این رقم است. حاجبی افزود: میزان اقدام به خودکشی در زنان بالاتر از مردان اما فوت ناشی از خودکشی در مردان بالاتر است.

وی با بیان اینکه مدیریت خودکشی و کاهش موارد اتفاق ناشی از آن به علت پیچیدگی ها و تعاملات بسیار پیچیده آن، دشوار است، اظهار داشت: عوامل زیستی، عوامل محیطی و حوادث بر بروز خودکشی موثر هستند. مسائل خلقی از جمله افسردگی و هورمونی در زنان، میزان اقدام به خودکشی را در آنها افزایش می دهد. عوامل زیستی دیگری مثل گروه سنی نیز در بروز خودکشی موثر است که بخشی از این موضوع به علت تکامل مغز افراد تا سن ۲۵ سالگی است. وی گفت: یکی از فرضیه ها درباره خودکشی مربوط به همین موضوع تکامل مغز است. البته مواد مخدر، روانگردان و الکل به صورت مستقیم و غیرمستقیم می توانند به عنوان عوامل زیستی در اقدام به خودکشی موثر باشند.

مدیرکل دفتر سلامت روان، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت گفت: محیط نا امن فردی و اجتماعی، فقر و بیکاری، دسترسی به روش های خطرناک و شرایط اقلیمی نیز به عنوان عوامل محیطی بر بروز خودکشی موثر هستند. وقتی می گوئیم وزارت بهداشت نمی تواند به تنهایی در این راستا موفق باشد، فکر می کنند شانه خالی می کنیم. در حالی که باید همکاری بین بخشی در این راستا برای کاهش عوامل محیطی موثر بر خودکشی وجود داشته باشد.

حاجبی بیان کرد: هر چقدر قبل از بهبود وضعیت اقتصادی، زیرساخت های توسعه و سلامت روان بهتر باشد، شانس اینکه با بهبود وضعیت اقتصادی، خودکشی کنترل شود بیشتر خواهد بود.

وی با اشاره به تاثیر حوادث زندگی بر انجام خودکشی اظهار داشت: سابقه خودکشی در نزدیکان نیز به دو شکل یادگیری روش و افسردگی ناشی از آن در بروز خودکشی موثر خواهد بود. از طرفی اگر اخبار خودکشی در رسانه ها به درستی منعکس نشود نیز می تواند به عنوان یک عامل خطر در بروز خودکشی عمل کند.

*ایران از نظر خودکشی در رتبه ۱۵۰ جهان است

علی رضا کاهانی، معاون پژوهشی سازمان پزشکی قانونی نیز در این همایش گفت: بر اساس گزارش های سازمان جهانی بهداشت، خودکشی ۱۴ درصد از علل مرگ و میرهای جهان را تشکیل می دهد و پانزدهمین علت مرگ به شمار می رود و ایران از نظر این حادثه در رتبه ۱۵۰ جهان قرار دارد.

وی افزود: سازمان پزشکی قانونی علاوه بر وظایف خود، حدود ۱۰ سال است که به تجزیه و تحلیل آمار مرتبط با آسیب های اجتماعی می پردازد. به همین علت کتابچه هایی درباره قربانیان ناشی از حوادث رانندگی و مرگ های غیرطبیعی منتشر کردیم. معاون پژوهشی سازمان پزشکی قانونی ادامه داد: یکی از وظایف سازمان پزشکی قانونی بررسی فوت شدگان در مرگ های غیرطبیعی است. این سازمان با بررسی هایی که انجام می دهد، علت فوت را مشخص می کند.

کاهانی بیان کرد: در بررسی های ۱۰ ساله انجام شده از سال ۸۷ تا ۹۷ مشخص شد که ۳۳ هزار و ۶۵۴ نفر فوت های ارجاع شده به سازمان بر اثر اعتیاد، ۳۸ هزار و ۵۶۰ نفر مشکوک به خودکشی و ۲۴ هزار و ۱۲۳ نفر موارد مشکوک به دیگرکشی بوده است. وی با بیان اینکه تعداد متوفیان مشکوک به خودکشی در تهران ۵ هزار و ۱۹۱ نفر طی ده سال اخیر بوده، افزود: کمترین میزان خودکشی نیز در استان خراسان جنوبی با ۱۰۷ مورد اتفاق افتاده است. انتهای پیام *



دبیر علمی همایش نقشه برداری مغز ایران مطرح کرد؛



استفاده از نقشه برداری مغز برای درک سیستم عصبی *

دبیر علمی پنجمین همایش نقشه برداری مغز ایران با اشاره به استفاده از نقشه برداری مغز برای درک سیستم عصبی و بیماری های مربوط با آن، گفت: نقشه برداری مغز، یک علم میان رشته ای است.

به گزارش [خبرگزاری مهر](#)، دکتر مسعود طهماسبیان در ارتباط با برگزاری پنجمین همایش نقشه برداری مغز ایران، اظهارداشت: این همایش مانند سال های گذشته با حضور تعدادی از برجسته ترین دانشمندان علوم اعصاب جهان، از هفتم تا نهم مهر ۹۷ در سالن همایش های ابوریحان دانشگاه شهید بهشتی برگزار می شود.

وی افزود: نقشه برداری یک علم میان رشته ای با مشارکت رشته هایی چون علوم پزشکی، کامپیوتر، روانشناسی، ریاضیات و سایر حوزه های مرتبط با این علم است که با استفاده از تکنولوژی های پیشرفته به مطالعه سیستم اعصاب و مغز می پردازد.

دبیر علمی پنجمین همایش نقشه برداری مغز ایران گفت: دانشگاه شهید بهشتی به عنوان پیشگاز این علم در کشور هر ساله یک همایش بین المللی در این زمینه برگزار می کند که هدف آن گرد هم آوردن دانشمندان داخلی و خارجی و ایجاد فضایی در راستای بهبود تعامل و تبادل اطلاعات و استفاده از تکنولوژی های پیشرفته به منظور درک سیستم عصبی و بیماری های مربوط به آن است. همچنین این همایش در طول عمر کوتاه خود توانسته است بسیاری از نخبه های ایرانی در داخل و خارج از کشور را جذب کند.

طهماسبیان اعلام کرد: مخاطبان این همایش متخصصین نورولوژی، جراحی اعصاب، روانپزشکی، نوروپاتولوژی، توانبخشی، دانشمندان علوم اعصاب، علوم شناختی، روانشناسان، مهندسان پزشکی، فیزیكدان ها و دیگر حوزه های مرتبط هستند.

وی بیان داشت: پنجمین همایش نقشه برداری مغز ایران با هدف ایجاد فرصتی برای تعامل دانشمندان بین المللی و ارائه نتایج تحقیقات خود با سخنرانی پروفیسور علوی از دانشگاه پنسیوانیا، پروفیسور فلمینگ و پروفیسور وفایی از دانشگاه دانمارک جنوبی، پروفیسور پل تامسون از دانشگاه کالیفرنیا جنوبی، دکتر ذکایی از دانشگاه آکسفورد، پروفیسور آیکوف از دانشگاه دوسلدورف، پروفیسور والتر از دانشگاه توبینگن پروفیسور یوسفی از دانشگاه مونیخ و... برگزار می شود.

دبیر علمی پنجمین همایش نقشه برداری مغز ایران افزود: همچنین در راستای بهبود و پیشرفت علمی و عملی محققین داخلی در زمینه نقشه برداری مغز با بهره گیری از این اساتید بین المللی که در همایش امسال حضور یافته اند کارگاه های علمی تحلیل داده های EEG، تحلیل داده های MRI و fMRI و کارگاه متاآنالیز برگزار خواهد شد.

علاقه مندان برای ثبت نام و یا کسب اطلاعات بیشتر می توانند به سایت <http://www.humanbrainmapping.ir> مراجعه کنند.



معاون وزیر بهداشت خبر داد؛



آزمون غربالگری سلامت روان برای دانشجویان علوم پزشکی اجرا می شود

معاون دانشجویی و فرهنگی وزارت بهداشت از اجرای آزمایشی (پایلوت) یک آزمون جدید غربالگری جهت ارزیابی سلامت روان دانشجویان جدید الورود دانشگاه های علوم پزشکی خبر داد.

دکتر محمدرضا فراهانی در گفتگو با [خبرنگار مهر](#) افزود: در سال های تحصیلی گذشته دو آزمون برای غربالگری و ارزیابی سلامت روان دانشجویان علوم پزشکی به کار گرفتیم که هر کدام از این تست ها مزایا و معایبی داشت. اکنون یک آزمون سومی به صورت پایلوت در حال اجرا است که در صورتی که دقت این تست قابل قبول باشد، احتمال دارد از آن به عنوان تست غربالگری استفاده کنیم.

وی افزود: یکی از اشکالات تست های گذشته این بود که تعداد سؤالات زیاد بود و مصاحبه هم باید انجام می شد. با توجه به اینکه نیروی انسانی در حوزه مشاوره دانشگاه های علوم پزشکی محدود است و مصاحبه نیز هزینه زیادی دارد، تست مطلوب برای مشاوره تستی است که بتواند دقت بالایی داشته باشد و علاوه بر آن هزینه زیادی را ایجاد نکند.

معاون دانشجویی و فرهنگی وزارت بهداشت یادآور شد: آزمون نهایی ممکن است به صورت ترکیبی از تست هایی که دقت بالایی داشته باشند انتخاب شوند تا بتوانیم نتایج خوبی از آن بگیریم.

وی خاطرنشان کرد: ارزش تست هایی که برای غربالگری و ارزیابی سلامت روان دانشجویان جدیدالورود دانشگاه های علوم پزشکی استفاده می شود این است که بتواند اختلالات را به بهترین نحو شناسایی کند و هزینه را نیز کاهش دهد.

فراهانی تاکید کرد: در صورتی که تست های مورد نظر نتایج را با دقت بالایی به ما بدهند درباره استفاده از آنها برای ارزیابی سلامت روان دانشجویان جدید الورود دانشگاه های علوم پزشکی تصمیم می گیریم.



امضای قرارداد همکاری بین دانشگاه محقق اردبیلی و مرکز سلامت روان و اعتیاد کانادا (CAMH)

رئیس گروه همکاری های علمی و بین المللی دانشگاه محقق اردبیلی از امضای قرارداد همکاری مشترک علمی بین دانشگاه محقق اردبیلی و مرکز سلامت روان و اعتیاد کانادا (CAMH) خبر داد.

به گزارش ایسنا، محمدتقی آل ابراهیم از امضای قرارداد همکاری مشترک علمی بین دانشگاه محقق اردبیلی و مرکز سلامت روان و اعتیاد کانادا (CAMH) خبر داد و گفت: دانشجویان تحصیلات تکمیلی رشته روانشناسی می توانند برای دوره فرصت مطالعاتی یا اجرای پروژه تحقیقاتی به مرکز فوق الذکر رفته و بدون پرداخت هزینه به تحقیق مشغول شوند.

وی با بیان اینکه این مرکز در شهر تورنتو کانادا واقع شده است، افزود: به این منظور اولین دانشجوی دوره دکتری رشته روانشناسی به مرکز CAMH کانادا اعزام شد.

آل ابراهیم تصریح کرد: دانشجویان دکتری روانشناسی دانشگاه محقق اردبیلی که علاقمند استفاده از این فرصت هستند، می توانند با هماهنگی استاد راهنمای خود به گروه همکاری های علمی و بین المللی دانشگاه واقع در سازمان مرکزی مراجعه نمایند.

رئیس گروه همکاری های علمی و بین المللی دانشگاه محقق اردبیلی خاطرنشان کرد: آدرس سایت اینترنتی مرکز سلامت روان و اعتیاد کانادا (CAMH)، www.insite.camh.net و www.camh.ca است. انتهای پیام



۵ کشوری که بالاترین نرخ خودکشی را دارند



تجارب موفق برخی کشورها برای کاهش خودکشی

خودکشی سالانه باعث جان باختن حدود ۸۰۰ هزار نفر در سراسر جهان شده و در عین حال دومین علت مرگ و میر در گروه سنی ۱۵ تا ۲۹ سال محسوب می شود.

به گزارش ایسنا، تمایلات خودکشی در نوجوانان اغلب تحت تاثیر عواملی چون احساس ننگ، تغییرات رشد و فشارهایی نظیر تاثیرات گروه های مختلف نوجوانان بر یکدیگر قرار دارد که به سختی می توان این عوامل را مورد هدف قرار داد و مقابله با آنها نیازمند استراتژی های پیشگیرانه مبتنی بر شواهد خاص است.

به طور کلی معضل خودکشی در سراسر جهان در حال تشدید است به طوری که در ۴۵ سال گذشته نرخ خودکشی جهانی ۶۰ درصد افزایش داشته است.

استراتژی های پیشگیری از خودکشی اکثرا تحت بررسی و تحقیق بوده، بودجه کمی به آنها اختصاص یافته و اغلب یکپارچه نیستند. در این میان برخی از کشورها به طور مستقل با برنامه های هدفمند، سرمایه گذاری های دولتی و حمایت جامعه، قادر به مقابله با این روند رو به رشد جهانی و کاهش نرخ خودکشی بوده اند. این برنامه های انفرادی با ایجاد انسجام اجتماعی، رفع احساس ننگ و کمک به دسترسی مردم به خدمات حمایتی، جان بسیاری از افراد را نجات داده اند.

عوامل بسیاری می تواند باعث اقدام به خودکشی در افراد شود. به عنوان مثال در زمان افزایش تنش های سیاسی، عدم ثبات اقتصادی یا تحولات فرهنگی به طور معمول نرخ خودکشی افزایش می یابد. در حالی که بدیهی است در موقعیت های صلح آمیز و

موفقیت‌زا این آمار رو به کاهش دارد.

استراتژی‌های مقابله با خودکشی به طور کلی باید شامل نظارت، محدودیت ابزار (به عنوان مثال مسدود کردن دسترسی به پل‌ها و پشت بام‌های بلند)، راهبردهای مطرح شده در گزارش‌های رسانه‌ای در مورد خودکشی، کاهش احساس ننگ در ارتباط با مشکلات، افزایش آگاهی عمومی و همچنین آموزش کارکنان بخش سلامت و بهداشت، پلیس و دیگر افراد مرتبط با این مشکل باشد.

در حال حاضر ۸۰ کشور دنیا دارای راهکارهای پیشگیری از خودکشی بوده و ۱۳ کشور نیز در حال توسعه این راهکارها هستند.

اتحادیه اروپا

به گزارش پایگاه اینترنتی "یورپا"، پروژه نجات و توانمندسازی زندگی جوانان در اروپا (SEYLE) که توسط اتحادیه اروپا سرمایه گذاری شده، این موضوع را مورد توجه قرار داده و یک برنامه مداخله‌آمیز و موثر مبتنی بر مدارس برای افراد ۱۴ تا ۱۶ ساله راه‌اندازی کرده است. این برنامه تحت عنوان جوانان آگاه از سلامت روان (YAM) نوجوانان را توانمند می‌سازد.

این برنامه پنج ساعته که طی چهار هفته اجرا می‌شود مدتی است در مدارس چندین کشور از جمله انگلیس، اتریش، سوئد، ایالات متحده و استرالیا مورد استفاده قرار گرفته است. یک استاد روان پزشکی و متخصص خودکشی در سوئد در مورد برنامه (YAM) می‌گوید: در این برنامه جوانان به عنوان متخصصان سلامت روان خود در نظر گرفته شده و صدا و تجربیات آنها شنیده می‌شود.

یک انسان شناس و محقق سلامت روان عمومی در آمریکا نیز در این ارتباط می‌گوید: این تکنیک به جوانان کمک می‌کند تا مشکلات پیچیده سلامت روانی مانند استرس، بحران‌ها، قلدری، تبعیض، افسردگی و خودکشی را بازتاب دهند. این برنامه طراحی شده تا درک دانش آموزان را در مورد سلامت روان تغییر داده و مهارت‌های مقابله و مدیریت وقایع ناسازگار زندگی را در آنها بهبود بخشد.

همچنین بررسی‌ها روی تعیین میزان کارایی برنامه YAM در بیش از ۱۱ هزار نوجوان از ۱۶۸ مدرسه در ۱۰ کشور عضو اتحادیه اروپا صورت گرفته است. بررسی‌ها نشان داد این برنامه موفقیت آمیز بوده و به طور موثری در جلوگیری از موارد جدید افسردگی، افکار خودکشی شدید و اقدام به خودکشی موفق بوده است. در حقیقت این برنامه موارد اقدام به خودکشی را در این گروه سنی در مقایسه با دیگر گروه‌ها به نصف رسانده است.

این برنامه همچنین منجر به ایجاد یک پایگاه داده گسترده شده که بیش کلیدی در مورد سلامت رفتاری و روانی نوجوانان اروپایی فراهم آورده است. به عنوان مثال مطالعات صورت گرفته در این داده‌ها نشان می‌دهد که در حدود ۲۹ درصد از این نوجوانان علائم خفیفی از افسردگی وجود داشته، بیش از یک چهارم رفتارهای خودآزاری و حدود یک پنجم آنها خواب کمتر از شش ساعت در شب داشته‌اند که با مشکلات عاطفی و رفتاری، اضطراب و افکار خودکشی مرتبط بوده است.

آگاهی بیشتر در مورد گرایش‌های خودکشی نوجوانان و مقابله با هر گونه نشانه‌های اولیه بعدها کمک می‌کند تا بار اجتماعی اساسی آن را بتوان کاهش داد. زیرا افرادی که اقدام به خودکشی در جوانی داشته‌اند بعدها در بزرگسالی مشکلات روانی مزمن تری همچون افسردگی، وابستگی به مواد و مشکلات و سلامت جسمانی همچون سندروم متابولیک و بیماری‌های التهابی را تجربه خواهند کرد. علاوه بر آن احتمال شرکت در جرایم خشونت بار، سوء استفاده از شریک زندگی، بیکاری و نیاز طولانی مدت به مراقبت‌های بهداشتی در این افراد افزایش خواهد یافت.

فنلاند

بنابر گزارش هافینگتن پست، ۳۰ سال پیش همه گیر شدن معضل خودکشی در مردان فنلاندی این کشور را بر آن داشت تا به حل این مشکل در سطح ملی پرداخته و فنلاند به اولین کشور در مقابله با حل این معضل تبدیل شود. سه سال بعد در سال ۱۹۹۰ نرخ خودکشی به ۴۹,۳ نفر در هر ۱۰۰ هزار نفر رسید و پس از آن تا کنون بطور پیوسته در حال کاهش بوده است. طبق آخرین بررسی ها نرخ خودکشی در فنلاند ۱۶,۳ نفر در هر ۱۰۰ هزار نفر برآورد شده است که اگرچه هنوز نسبت به کشورهای عضو سازمان توسعه و همکاری اقتصادی بالاست اما در مقایسه با آمار آن در سال ۱۹۹۰ که دومین نرخ خودکشی در جهان به حساب می آمد، وضعیت مناسبی دارد.

نکته مهم در مورد برنامه فنلاند در حل معضل خودکشی این است که ساده یا سریع نبوده و به طور پیوسته طی بیش از یک دهه اجرا شد. در این طرح با همکاری و حمایت نهادهای دولتی و هماهنگ کنندگان پروژه، برنامه هایی را در تمام بخش های جامعه شامل مدارس، نیروهای دفاعی - نظامی، کلیساها، سازمان های رفاهی و مهمتر از همه کارکنان مراقبت های بهداشتی و امدادگران توسعه دادند. یکی از جنبه های مهم این رویکرد، برنامه مدیریت بحران در مدارس فنلاند بود. مدیران، معلمان، کارکنان رفاهی و روان شناسان مدرسه همگی در مورد نحوه واکنش در شرایط بحرانی مانند خودکشی یا اقدام به خودکشی در دانش آموزان یا والدین آنها آموزش دیده اند و "مدل کاری بحران" در سراسر مدارس گنجانده شده است. پس از انجام این برنامه مدارس نه تنها اعلام کردند بهتر قادر به واکنش در شرایط بحرانی هستند بلکه اعلام کردند تمامی کارکنان تمایل بیشتری به گفتگو در مورد مسائل دردناک خود دارند که این باعث می شود احساس ننگ در مورد این مسائل از بین رفته و افرادی که با مشکلاتی دست و پنجه نرم می کنند راحت تر سراغ کمک بروند.

هر ساله در فنلاند نیز مانند دیگر کشورها به ازای هر خودکشی منجر به مرگ، ۱۰ تن دیگر نیز اقدام به خودکشی می کنند. این بدان معناست که مراقبت بهتر از این افراد یکی از عوامل اصلی کاهش نرخ خودکشی است. بیش از نیمی از افرادی که در این کشور دست به خودکشی می زنند زیر ۳۵ سال سن دارند. **در دهه ۹۰ میلادی فنلاند خدمات بهداشت روان را از بیمارستان ها دور کرده و درمان افراد را در جامعه و مراکز مراقبت بهداشتی ادامه داده است.** مراقبت های پس از اقدام به خودکشی افزایش یافته و ارتباط فرد با نزدیکانش و کارکنان مراقبت بهداشتی تقویت شد. سازمان جهانی بهداشت (WHO) از رویکردها و برنامه های پیشگیری و کاهش نرخ خودکشی فنلاند همواره حمایت و بر اهمیت پیشگیری از خودکشی تاکید کرده است.

ایتالیا

افراد سالمند اغلب در معضل خودکشی نادیده گرفته می شوند، در حالی که این افراد به طور خاص جزو گروه های پرخطر هستند. چرا که افراد سالمند بیشتر در معرض ناتوانی های جسمی و انزوای اجتماعی قرار داشته و در شرایط بحرانی به خدمات حمایتی (مانند سرویس های تلفنی امدادی یا گروه های آنلاین) دسترسی ندارند.

در ایتالیا در حالی که نرخ کلی خودکشی میزان پائین ۵,۴ نفر در هر ۱۰۰ هزار نفر به ثبت رسیده، بیشترین میزان خودکشی در میان سالمندان دیده می شود. برای رسیدگی به این معضل، یک خط تلفنی دو طرفه حمایتی در شمال ایتالیا راه اندازی شد. اولین خط سرویس به نام "تلفن کمک" نام گرفت که فرد می تواند در هر زمان برای گرفتن کمک تماس بگیرد و دومین خط سرویسی به نام "تلفن بررسی" نام گرفته که هفته ای دو بار برای تعیین افراد در معرض خطر و ارائه حمایت های عاطفی در دسترس قرار دارد.

بررسی ها نشان داد این خط تلفنی موفقیت آمیز بوده و نرخ خودکشی در افرادی که از این خط استفاده می کردند نسبت به افرادی در همان رده سنی که از آن استفاده نمی کردند، ۳٫۵ برابر کمتر بوده است. جوامع مدرن به طور فزاینده ای در حال منزوی شدن هستند و به همین دلیل اطمینان یافتن از اینکه همه افراد به خدمات حمایتی دسترسی دارند، سخت شده است.

نسل های قدیمی تر نیز کمتر به اینترنت دسترسی دارند. استراتژی های ساده ای همچون چنین خط های تلفنی حمایتی از راه هایی است که می تواند دسترسی افراد سالمند را به خدمات حمایتی و کمک به آنها در شرایط بحرانی را تضمین کند. موفقیت چنین پروژه هایی بسیار دلگرم کننده است. این برنامه ها نشان می دهد که ارتباطات انسانی در حل چنین معضله هایی کلیدی است. چرا که موفق ترین برنامه ها آنهایی هستند که ارتباط میان افراد را تقویت کرده و خدمات حمایتی را از طریق تماس، مشاوره و برنامه های آموزشی فراهم می آورند.

ایالات متحده

بدیهی است افرادی که در ارتش و محیط های نظامی قرار دارند، بیشتر از دیگر افراد در معرض خطر ابتلا به بیماری های روانی و اقدام به خودکشی هستند. مطالعات صورت گرفته توسط مرکز ملی اطلاعات بیوتکنولوژی نشان می دهد که نیروهای نظامی که در درگیری ها شرکت داشته اند، حتی ده ها سال پس از بازگشت از نبرد سه برابر بیشتر از افراد دیگر در معرض خطر ابتلا به اختلال استرس پس از آسیب روانی (PTSD) هستند که از عوامل اصلی خودکشی است.

در اوایل دهه ۹۰ میلادی نرخ خودکشی در نیروی هوایی آمریکا به سرعت در حال افزایش بود به طوری که تا سال ۱۹۹۵ به ۱۵٫۸ نفر در هر ۱۰۰ هزار نفر رسیده بود. در سال ۱۹۹۶ این کشور برنامه ای اجرا کرد که نرخ خودکشی را در نظامیان به شدت کاهش داده و تا سال ۲۰۰۲ به حدود شش نفر در هر ۱۰۰ هزار نفر رساند.

کلید موفقیت این برنامه این بود که ننگ موجود در مورد مشکلات روحی را در سازمان هایی که بیشتر تحت سلطه مردان است مانند نیروهای نظامی نشان گرفت. در ایالت متحده آمریکا، مردان چهار برابر بیشتر از زنان به دلیل خودکشی جان خود را از دست می دهند. یکی دیگر از دلایل اصلی موفقیت این برنامه این بود که نیروی هوایی شروع به تشخیص افرادی که در معرض خطر خودکشی قرار داشتند، کرده و کمک های لازم را پیش از آن که دیر شود به آنها ارائه می دهد.

در این برنامه ۱۱ اقدام صورت گرفت. این اقدامات شامل آموزش های رسمی پیشگیری از خودکشی به تمامی پرسنل نظامی، آموزش به فرماندهان نظامی برای شناختن علائم هشدار دهنده و تشویق افراد در معرض خطر برای کمک گرفتن است. همچنین وضعیت عاطفی هر کسی که در نیروی هوایی بازداشت یا تحت بازجویی قرار گرفته به شدت تحت نظارت قرار گرفته و تیم های پاسخ به استرس های پس از آسیب روانی در سراسر جهان برای کمک به موارد آسیب های روانی مانند حملات، حوادث جدی یا خودکشی راه اندازی شد. مهمتر از همه فرماندهان نیروی هوایی در تمامی سطوح فعالانه درگیر شده و در تشویق به فرهنگی پذیراتر در میان پرسنل نظامی حضور یافتند.

کره جنوبی

به نوشته پایگاه اینترنتی بیزینس اینسایدر، طبق گزارش سازمان همکاری اقتصادی و توسعه از سال ۲۰۰۳ کره جنوبی بالاترین نرخ خودکشی را در میان کشورهای توسعه یافته داشته است. در حالی که نرخ خودکشی در سراسر کشورهای توسعه یافته در دهه های گذشته کاهش یافته کره جنوبی با افزایش این نرخ مواجه بوده است. به طوری که نرخ خودکشی در این کشور در سال

۱۹۹۵ میلادی، ۱۲,۷ نفر در هر ۱۰۰ هزار نفر بوده اما در سال ۲۰۱۰ به ۳۳,۳ نفر در هر ۱۰۰ هزار نفر رسیده است. خودکشی در سالمندان کره ای بسیار برجسته است. به نحوی که ۳۰ درصد قربانیان خودکشی را سالمندان تشکیل داده اند که بیش از ۶۵ سال سن دارند. سالمندان سهم بیشتری از جمعیت کره جنوبی را تشکیل داده و تقریباً نیمی از آنها در فقر زندگی می کنند. خودکشی همچنین از عوامل اصلی مرگ نوجوانان کره ای است. در سال ۲۰۱۴ حدود هشت درصد از نوجوانان این کشور اعلام کردند به خودکشی فکر می کنند. تمایل به خودکشی در افراد مشهور کره ای نیز باعث افزایش آمار خودکشی در این کشور می شود.

در کره جنوبی نیز مانند بسیاری از کشورهای جهان، افسردگی و دیگر بیماری های روحی به شدت ننگ محسوب می شود. بسیاری از مردم کره جنوبی دیدگاهی قدیمی و منسوخ نسبت به بیماری های روحی داشته و تصور می کنند وقتی کسی به خودکشی می اندیشد، قدرت کافی برای ادامه زندگی ندارد و ضعیف است و میزان همدردی و علاقه به تفحص در مورد علل این معضل پائین است.

اما این روند به آرامی در حال تغییر است و از سال ۲۰۱۰ نرخ خودکشی در کره جنوبی کاهش یافته است. چرا که برخی برنامه های کاهش و پیشگیری از خودکشی در حال اجرا در این کشور است. به عنوان مثال خرید و فروش یک نوع آفت کش به نام "پاراکوات" که نقش مهمی در خودکشی های مردم کره جنوبی دارد ممنوع شده است. پاراکوات و سایر آفت کش ها یک پنجم از خودکشی های این کشور را بین سال های ۲۰۰۶ تا ۲۰۱۰ به خود اختصاص داده اند. مسمومیت به طور کلی دومین روش شایع خودکشی در افراد سالخورده این کشور است. این ممنوعیت ها میزان خودکشی با سموم را در کره جنوبی ۴۶ درصد کاهش داده است.

در ماه ژانویه دولت کره جنوبی ابتکاری جدید برای کاهش میزان خودکشی آغاز کرد که "مشارکت جامعه" نام گرفت. در این برنامه یک میلیون عضو گروه های مذهبی و مدنی برای پیشگیری از خودکشی آموزش دیده و پرونده های مربوطه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته و آزمایشات تشخیصی بیشتری صورت خواهد گرفت. اما بودجه اختصاص یافته برای این اقدامات ۹,۲ میلیون دلار در نظر گرفته شده که کافی نبوده است.

با این حال رئیس جمهوری کره جنوبی قول داده نرخ خودکشی کشور را به ۲۰ مرگ در هر ۱۰۰ هزار نفر تا سال ۲۰۲۰ کاهش دهد.

به گزارش ایسنا به نقل از "اینترتیلز"، طبق آمارهای رسمی مربوط به سال جاری میلادی (۲۰۱۸) تاکنون که در پایگاه آماری World Population Review منتشر شده، بالاترین نرخ خودکشی به ترتیب مربوط به کشورهای سریلانکا، لیتوانی، گویان، کره جنوبی، مغولستان، قزاقستان، سورینام، بلاروس، گینه استوایی، لهستان، لتونی، مجارستان، اسلوونی، آنگولا، بلژیک بوده است. انتهای پیام



دانش بنیان ها در مسیر جنبش نرم افزاری ۳۲/



تولید ایرانی که می تواند واردات را به صفر برساند/ کنترل استرس بدون مصرف دارو محققان ایرانی دانشی برای اصلاح و ارتقاء عملکرد سیستم مغزی و عصبی ارائه کردند .

به گزارش خبرنگار گروه علمی و دانشگاهی [خبرگزاری فارس](#)، در دنیای امروز مسائل روان درمانی بسیار مورد توجه قرار گرفته

چرا که بیماری های روانی به مرور سبب ایجاد بیماری های جسمی هم می شود و تحمل این بیماری ها برای بیماران و درمان آن برای پزشکان نیز به سادگی نیست.

شایع ترین اختلالات روانی افسردگی، استرس و پرخاشگری است که بر اساس تحقیقات کارشناسان، این موارد در زنان دو برابر مردان است.

با توجه به تاثیر مستقیم بیماری های روانی بر جسم افراد، محققان ایرانی از طریق رویکرد جامع نوروسایکوتراپی ارزیابی های یکپارچه شامل ۴ بعد اصلی سلامت روان و کنترل استرس، عملکردهای شناختی، بیومارکرهای مغز و ویژگی های شخصیت را انجام داده اند که از طریق این فناوری پس از شناسایی وضعیت فرد می توان خود تنظیمی را انجام داد یعنی درمان بدون مصرف دارو صورت می گیرد که یک دوره درمان تقریباً دو ماهه لازم است و در این دو ماه فعالیت بدن در حافظه، توجه، درد، اضطراب، خلق و عملکرد اجرایی مشخص و بررسی می شود و فرد خودش بدون مصرف دارو می تواند به کنترل استرس خود کمک کند.

از مسعود نصرت آبادی مجری این طرح و عضو هیأت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی دعوت کردیم تا با حضور در [خبرگزاری فارس](#)، بیشتر درباره این طرح توضیح دهد.

فارس: جزئیات طرحی را که انجام داده اید مطرح بفرمایید.

نصرت آبادی: ما ۱۳-۱۴ سال در این حیطه کاری فعالیت کردیم که آن هم استفاده از نوعی تکنولوژی های جدید است که می توانیم آن را در موضوعات روان شناسی و روان درمانی به کار ببندیم، به طوری که کار درمانی و گفتار درمانی برای بهبود مشکلات و افزایش عملکرد افراد انجام می دهیم.

نوعی فناوری به نام فناوری «همگرا» داریم که به عنوان یک چتر کلی برای اتفاقات علمی دنیا نوعی فناوری همگرا در نظر گرفته می شود.

***خودتنظیمی به جای درمان با دارو**

فارس: این فناوری چه انواعی دارد؟

نصرت آبادی: یکی از انواع فناوری همگرا، فناوری نانو است که کشور ما در این زمینه نسبت به دنیا به پیشرفت های بسیاری دست یافته است، نوع دیگر بایوتکنولوژی است که در ایران در این موضوع نیز به پیشرفت هایی بخصوص در زمینه ناباروری رسیده ایم، موضوع دیگر تکنولوژی اطلاعات که به مفاهیم ارتباطات برمی گردد و مسائلی مانند اینترنت اشیا در این بخش قرار می گیرد و بخشی دیگر علوم شناختی است که طرح ما مربوط به علوم شناختی می شود.

علوم شناختی در دنیا علم جدیدی است و در ایران تا حدودی غریب است ولی به عقیده بسیاری از کارشناسان، این علم آینده خوبی خواهد داشت و کشور ما به این سمت حرکت کرده است به طوری ستاد توسعه علوم شناختی در معاونت علمی و فناوری شکل گرفته است که البته قبل از شکل گیری این ستاد ما فعالیت های را در این زمینه آغاز کرده بودیم.

دغدغه اصلی ما این است که مردم ما به دلایلی افراد عینی هستند یعنی همه چیز را می خواهند ملموس ببینند و علاقه زیادی هم به تکنولوژی دارند که ما باید از این دو مورد استفاده درست کنیم.

ما در حیطه کاری خودمان این موضوعات را بررسی کردیم و به این نتیجه رسیدیم که فرهنگ استفاده از روان شناس در این دوران نسبت به قبل بسیار باب تر شده است به طوریکه شاید اگر چندین سال پیش افراد از مراجعه به روان شناس حرفی نمی زدند ولی حالا اعلام می کنند که فرزندشان روان شناس دارد.

ما دیدیم که بیشتر مشکلات افراد به این علت است که بدن و مغز خوب کار نمی کند و ما باید بتوانیم آن را به وضعیت نرمال برگردانیم که خوب کار نکردن این سیستم یا ذاتی است یا تحت تاثیر عواملی مانند استرس و فشارهای مختلف به این صورت می شود.

به طور مثال فردی هیچ مشکلی نداشته ولی به دلیل ورشکستگی، مشکلات اقتصادی، طلاق و غیره به این مشکل دچار می شود ولی هر دلیلی که برای خوب کار نکردن مغز افراد باشد به هر حال باید این مشکل برطرف شود.

کار ما در حیطه علوم اعصابی و علوم شناختی قرار می گیرد.

مغز ما یک سیستم کامپیوتری بسیار بزرگ است که جنس اطلاعات رد و بدل شده آن الکتریکی است و با سیستم های پیچیده ای کار می کند. وقتی کسی مشکلی دارد روانپزشک به او دارو می دهد و دارو قسمت شیمیایی را اصلاح می کند و قسمت الکتریکی هم اصلاح می شود.

کارهایی که ما انجام می دهیم به بخش الکتریکی مربوط می شود، یعنی ما امواج مغز یا ضربان مغز را مورد بررسی قرار می دهیم و اختلالات مغز را بررسی می کنیم. به نوعی ابتدا اختلالات را بررسی کرده و سپس برای درمان آن به نتیجه می رسم.

افراد حتی در صورت عدم وجود اختلال می توانند به ما مراجعه کنند، ما یکسری سیستم های شناختی داریم که توجه، حافظه، سرعت پردازش و را مورد بررسی قرار می دهیم. ورزشکاران، محصلان، مدیران و افراد با فعالیت های مختلف به ما مراجعه می کنند حتی مواردی مثل میگردن نیز از طریق این طرح می توانند درمان شوند.

گاهی مواقع نیز مشکلات به صورت مستقیم به مغز مربوط نمی شود مثلاً اعضای دیگر خوب کار نمی کنند، نکته جالب اینکه ما یک سری مینی مغز داریم. یعنی مغز یک فرمانده است که کارهای اصلی را انجام می دهد و یکسری حرکات ریز از سوی مینی مغزها انجام می شود.

ما با بررسی ضربان قلب افراد و مسائل دیگر اختلالات را بررسی می کنیم و مشکلات دیگر را می توانیم از طریق مؤلفه هایی مانند سیستم تعریق، تغییرات نرخ تنفس، قلب، فعالیت های عضلانی شناسایی کنیم.

فارس: سوالی که اینجا مطرح می شود این است که ممکن است فرد در زمانی به شما مراجعه کند که با استرس مواجه نباشد و در شرایط آرامش باشد، در اینصورت سیستم تعریق یا نرخ تنفس وی نیز عادی است پس شما از چه راهی می توانید اختلالات را شناسایی کنید؟

نصرت آبادی: ما در زمانی که می خواهیم فرد را تست کنیم وی را تحت استرس های مختلف قرار می دهیم، تا ببینیم بدن فرد در شرایط مختلف چه واکنشی نشان می دهد.

به افراد با توجه به شرایط و وضعیت و شغل خودش استرس وارد می کنیم چرا که می دانیم هیچ دو آدم مشابهی وجود ندارند، حتی

امواج مغزی افراد مانند اثر انگشت برای افراد منحصر به فرد و بسیار پیچیده است اما با وجود این پیچیدگی ها ما به یک سری پیشرفت ها درباره مغز رسیده ایم.

فارس: چرا بیشتر تأکید شما بر روی شناخت واکنش های فرد در زمان استرس است؟

نصرت آبادی: زیرا استرس بسیاری از بیماری های روانی و جسمی را یا به وجود می آورد یا تشدید می کند یا جلوی درمان را می گیرد و حتی در برخی بیماری ها مثل سرطان هر سه مورد اتفاق می افتد مثلاً استرس می تواند سرطان را ایجاد کرده و تشدید کند و جلوی درمان آن را هم بگیرد و علت تأکید ما بر استرس این است که استرس مانند هواست یعنی همه جا هست و همیشه همراه ما وجود دارد که البته این همیشه همراه بودن مانع از اثرگذاری بد استرس نمی شود.

فارس: شما استرس افراد را از چه طریق بررسی و اختلال را درمان می کنید؟

نصرت آبادی: ما با یک سری تکنولوژی هایی که داریم می توانیم این ها را ثبت کنیم.

از طریق این تکنولوژی، اطلاعاتی به درمان گر ارسال می شود، مثلاً بخش «توجه» فرد مشکل دارد.

این اختلال شناسایی شده و حالا باید دلیلش مشخص شود، بنابراین بررسی هایی صورت می گیرد و مثلاً درمان گر متوجه می شود که یک نوع موج در جلوی مغز فرد زیاد است، حالا درمان مشخص است یعنی با کم کردن این موج می توان فرد را درمان کرد.

مثلاً یک مانیتور در مقابل فرد مراجع قرار می گیرد و فرد فیلمی را می بیند که آن را پخش و قطع می کنیم، بر این صورت مغز شرطی می شود زیرا مغز دوست دارد فیلم را پیوسته ببیند بنابراین به دنبال دلیل می گردد که وقتی دلیل را یافت باز قطع و وصل را در مدت زمان دیگری انجام می دهیم یعنی ما چیزی به مغز وارد نمی کنیم بلکه آن را شرطی می کنیم.

زمانی که شرطی شدن اتفاق می افتد در بدن سیستم «خودتنظیمی» رخ می دهد، یعنی بدن یاد می گیرد که اختلال خود را تنظیم کند در حالیکه دارو سیستم «دگر تنظیمی» است.

البته گاهی هم مغز توان تنظیم خودش را ندارد و مانند خودرویی است که باید آن را هُل بدهیم.

روش دیگر ما تحریک الکتریکی و تحریک مغناطیسی مغز است، این ها روش های کاملاً ایمن و تأیید شده هستند که در دنیا انجام می شود.

در این روش ما یک جریان الکتریکی بسیار بسیار ضعیف که اصلاً قابل احساس نیست را به فرد منتقل می کنیم تا یک هُل به فرد داده باشیم و سپس فرد به سمت خودتنظیمی می رود.

قبلاً فرد در سیستم ما خوب عمل می کرد ولی آنقدر که باید این مسائل در زندگی وی نمود نداشت.

فارس: چرا؟

نصرت آبادی: گویا ما می خواستیم در زمین خشک شخم نزده می خواستیم چیزی بکاریم یا در زمین شخم زده چیزی نمی کاشتیم که مسلم بود در هیچ یک از این شرایط چیزی در نمی آمد. ما این ها را با هم درآمیختیم و اسم آن هم

«نوروسایکوتراپی» است.

فارس: نوروسایکوتراپی چیست؟

نصرت آبادی: نورو که به معنی مغز و سایکو تراپی روان درمانی است، در نوروسایکوتراپی می گوئیم باید تکنیک هایی که برای روان درمانی استفاده می کنیم را به فرد یاد دهیم.

چرا که در این صورت در روند درمان هم زمان کمتری صرف می شودف همچنین مغز در این روش ماهیگیری یاد می گیرد و ماهی درستی نیز شکار می کند.

ما در این روش به الگوهای خاصی رسیدیم.

فارس: چه الگویی؟

نصرت آبادی: ما به این نتیجه رسیدیم که افراد متفاوت هستند، برای برخی باید ابتدا شخم بزنیم بعد تکنیک ها را آموزش دهیم، که این تکنیک ها هم بسیار آسان است.

برای برخی افراد هم زمان با شخم زدن، روان درمانی هم انجام می شود.

برای برخی دیگر باید ابتدا روان درمانی را انجام دهیم تا ارتباط برقرار کنند و سپس بقیه مراحل را پیش برویم.

ما ابتدا این الگوها را روی بیمار شناسایی می کنیم تا بدانیم فرد جزء کدام دسته هست زیرا شناسایی این موضوع می تواند در درمان فرد تاثیر گذار باشد. اگر فرد را به جنگ می فرستیم باید به وی شمشیر و سپر و آموزش دهیم یکی از این ها به تنهایی جواب نمی دهد بلکه باید هر سه کنار هم باشد.

فرد حین کاری که با ما انجام می دهد یاد می گیرد که چگونه استرس ها را کنترل کند. ما هرگز به دنبال صفر کردن استرس نیستیم زیرا همه استرس ها مضر نیست و اینکه برخی استرس ها دست ما نیست.

ما به فرد یاد می دهیم با وجود داشتن استرس بتواند آن را کنترل کند.

به همین دلیل حتی ورزشکاران می توانند با این روش استرس را از خود دور کنند. برخی می گویند شما استرس را از فرد ورزشکار دور می کنید ولی در زمانی عادی این کار صورت می گیرد و در شرایط مسابقه ممکن است دوباره استرس بر وی غلبه کند. اما از طریق نوروسایکولوژی شرطی سازی صورت می گیرد بنابراین با روش ساده ای که برای شرطی سازی انجام می دهیم در شرایط مسابقه هم می توان استرس را دور کرد. ما ۴-۵ هزار نفر را در کشور آموزش دادیم و به طور مرتب در حال آموزش هستیم. ۱۱ هزار نفر هم تحت آزمایش قرار گرفتند. ما تجهیزات این کار را هم تولید کرده ایم.

***ارائه نمونه اولیه یک طرح ایرانی**

فارس: چه تولیداتی؟

نصرت آبادی: واردات به ما دید خوبی داده است به طوریکه ما با تجهیزات آشنا شدیم و نیازهایمان را شناختیم. از همین رو دستگاه تحریک الکتریکی را ساخته ایم.

این دستگاه به صورت پایلوت به مراکز مختلف ارائه شده است و به دنبال این هستیم که این تجهیزات به صورت پکیج در دسترس افراد عام قرار گیرد.

فارس: در این زمینه ما توان رقابت با دستگاه های خارجی را داریم؟

نصرت آبادی: بله به شدت، ما ادعای زیادی در این زمینه داریم. حتی یک طرح خیلی بزرگ راه اندازی کردیم که نخستین دستگاه تحریک مغناطیسی است که فقط ۶ کشور آن را تولید می کنند.

فارس: کارایی این دستگاه چیست؟

نصرت آبادی: این دستگاه برای بیماری های شدید مثل وسواس های شدید یا افسردگی های شدید استفاده می شود. مشغول ثبت خارجی این دستگاه ها هم هستیم. این دستگاه پیچیدگی زیادی داریم و نمونه اولیه آن به زودی ارائه می شود.

***به زودی می توانیم واردات دستگاه تحریک را به صفر برسانیم**

فارس: حمایت های دولتی هم از شما صورت گرفته است؟

نصرت آبادی: خیر هنوز حمایتی صورت نگرفته و امیدواریم این کار انجام شود.

فارس: می توانیم امیدوار باشیم که دیگر نیازی به واردات نداریم و حتی می توانیم کالای ایرانی را صادر کنیم؟

نصرت آبادی: می توانیم این کار را انجام دهیم ولی می گویند برای عرضه کالای ایرانی باید استاندارد اروپا را برای کالا بگیریم یعنی باید کالای ما در اروپا عرضه شود که بتوانیم در ایران عرضه کنیم، این مسئله خوبی است و توجه به کیفیت محسوب می شود ولی باید مسیر این کار هم هموار شود، وقتی هیچ ساز و کاری نداریم چطور انتظار دارند که چنین کاری را شرکت ها صورت دهند؟

فکر می کنم ظرف یک سال و نیم آینده می توانیم واردات این حوزه را به صفر برسانیم. حتی اگر مسیر هموار باشد شاید این زمان کوتاه تر هم بشود.

در کشور ما دستگاه های مختلف ضوابط مختلفی دارند که بعضیا ضوابط با هم متضاد است، این تضادها باید رفع شود.

ما چیز جدیدی خلق نکردیم بلکه دید جدیدی داریم. انتهای پیام /

اخبار حوزه «سلامت اجتماعی»:

لبخندهای ماسیده



در وضعیت اکنون کشور، آمارها از شیوع و افزایش اختلالات روحی و روانی و رفتارهای خشن در روابط اجتماعی به دلیل جریان کم‌رنگ نشاط در جامعه روایت دارد. با این توضیح که شرایط اجتماعی، اقتصادی و سیاسی تاثیر مستقیمی بر میزان احساس رضایتمندی و شادی افراد در زندگی اجتماعی و فردی دارد.

شادمانی گاه و بی‌گاه مردم هنگام وقوع رویدادهای ورزشی، نشان داد که مردم ایران تشنه شادی هستند و به دنبال بهانه ای برای نشاط و شادمانی می‌گردند. برد و باخت فرقی نداشت، به دنبال لبخندهای عمومی گاه و بی‌گاه به خیابان می‌آمدند. در جامعه‌ای که هیجانات منفی در آن بیشتر باشد به طور طبیعی شادی کمتری به افراد منتقل خواهد شد. تداوم شرایط نارضایتی به ویژه مشکلات معیشتی این روزها، اضطراب و نگرانی های افراد را افزایش داده چنانکه و بر کیفیت رفاه و بهزیستی اجتماعی مردم اثر خود را خواهد گذاشت. از این جهت به نظر می‌رسد باید بیش از پیش به این آسیب‌ها توجه کرد.

موضوعی که روز گذشته رئیس انجمن مددکاری اجتماعی ایران درباره آن گفت: «آسیب های اجتماعی، امنیت ملی ما را تهدید می‌کند و دود این آسیب‌ها به چشم همه خواهد رفت.»

هر چند هنوز مطالعات دقیقی درباره میزان شاد بودن یا غمگین بودن ایرانیان صورت نگرفته است اما پای صحبت هر کس می‌نشینیم از مسئول، روانشناس و جامعه‌شناس گرفته تا مردم عادی همگی از ضرورت نشاط و شادی در زندگی سخن می‌گویند. در این میان کاهش اعتماد اجتماعی، گسترش ناامیدی نسبت به آینده و رنگ باختن هویت ملی و فرهنگی نیز از دیگر آسیب های در کمین جامعه به شمار می‌رود. چرا که بسیاری از جامعه شناسان بر این باورند که شادی جمعی علاوه بر تقویت همبستگی اجتماعی موجب تقویت پیوند مردم و حاکمیت و همچنین روحیه ملی‌گرایی شده. این در حالی است که نسبت به شادی جمعی در جامعه امروزی ما غفلت شده است تا آنجا که رسانه‌ها، فیلم‌ها و سریال‌ها نیز با برجسته‌سازی مشکلات و نمایش تصاویر خشن بر میزان غم و اندوه مردم دامن می‌زنند.

از سوی دیگر شادی و نشاط به عنوان یکی از احساسات ریشه‌ای مثبت و یکی از ضرورت‌ترین خواسته های فطری و نیاز روانی انسان نقش تعیین کننده‌ای در تامین سلامت فرد و جامعه داشته و از آنجایی که شادی همواره با خرسندی، خوش‌بینی و امید و اعتماد همراه است، می‌تواند نقش تسریع کننده‌ای در فرآیند توسعه جامعه داشته باشد. بر همین مبناست که از سال ۲۰۰۰ میلادی به بعد در نگاه سازمان ملل برای تعیین سطح توسعه‌یافتگی کشورها متغیرهای نشاط و شادکامی، امید به آینده، خشنودی و ضایتمندی افراد جامعه نیز به عنوان یکی از متغیرهای کلیدی وارد محاسبات شده است. به این صورت اگر مردم یک جامعه احساس شادکامی، خشنودی و رضایتمندی نکنند، نمی‌توان آن جامعه را توسعه‌یافته قلمداد کرد.

۱۶ ***میلیون و ۳۰۰ هزار پرونده قضایی

هر از چند گاهی مسایل گوناگونی درباره وضعیت نشاط اجتماعی در ایران مطرح می‌شود و مهم‌ترین موضوع هم حول محور شرایط این روزهای جامعه و ارتباط آن با آرامش روحی و روانی و شادی عمومی مردم و خانواده ایرانی و شاخص‌های تعیین کننده وضعیت نشاط در جامعه متمرکز شده است. کارشناسان معتقدند که جامعه ایران در متن داشته های خود در کنار پارامترها و شاخص های بومی و اسلامی، از موقعیت‌ها و ظرفیت‌هایی مانند مناسبت‌های مذهبی و ملی برخوردار است که باید بیش از

گذشته به این موارد توجه کرد. همچنین جامعه ایران به لحاظ مواجه شدن با تحولات ساختاری همانند افزایش سالانه جمعیت، مسایل اقتصادی، اجتماعی و سیاسی و گذر از جامعه سنتی به جامعه مدرن و در آستانه ورود به عرصه دنیای تکنولوژی، شاهد بروز پدیده های گوناگونی در حوزه امنیت و آسیب های اجتماعی است که این موضوع نشاط و شادی جامعه ایران را بیشتر از گذشته تحت تاثیر قرار داده است.

در ارتباط با این موضوع روز گذشته رئیس انجمن مددکاری اجتماعی ایران با اشاره به آمارهایی جدید در این زمین گفت: براساس آمار سازمان پزشکی قانونی در سال ۹۶ پنج درصد فوت های مربوط به خودکشی در ایران افزایش یافته است.

***میلیون نفر در کشور افسردگی دارند

سیدحسن موسوی چلک با بیان اینکه براساس آمار اعلام شده از سوی رئیس قوه قضاییه ۱۶میلیون و ۳۰۰هزار پرونده قضایی در کشور ثبت شده است که الزاما همه آنها مجرم نیستند، افزود: این در حالی است که در کشوری مانند هندوستان با بیش از یک میلیارد نفر جمعیت فقط یک میلیون و ۲۰۰هزار پرونده قضایی وجود دارد که این مسئله نشان می دهد در حوزه قضایی، سیاست گذاری مناسبی نداشته ایم.

وی با بیان اینکه نه خودکشی و نه هیچ آسیب اجتماعی دیگری یک جزیره مستقل نیست، اظهار کرد: با جزیره کردن آسیب ها نمی توانیم تاثیرگذاری خوبی در آنها داشته باشیم. براساس آمار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بین ۲۳ تا ۲۵درصد مردم حداقل یک اختلال روانی دارند که نیازمند مداخله است. همچنین ۶میلیون نفر در کشور افسردگی دارند.

***زمان گفت وگو در خانواده ها ۱۵دقیقه است

به گفته موسوی چلک و براساس اظهارات رئیس ستاد مبارزه با مواد مخدر نیز ۷۵درصد دانشجویان قبل از ورود به دانشگاه دارای اختلال روانی یا آسیب اجتماعی هستند. همچنین ۲میلیون و ۸۵۰هزار نفر دارای سوء مصرف مواد مخدر و روان گردان در کشور هستند و در عین حال شاهد افزایش مصرف گل و مواد مخدر صنعتی در کشور هستیم. موسوی چلک از رتبه ۱۰۹ ایران در حوزه نشاط و شادی اجتماعی در میان ۱۵۷ کشور جهان خبر داد و گفت: پرونده های مربوط به خشونت جزو پرونده های با فراوانی بسیار بالا و مراجع قضایی هستند. همچنین میانگین زمان گفت وگو در خانواده ها تنها ۱۵دقیقه است.

وی در ادامه اظهار کرد: براساس گفته های معاون وزیر و رئیس سازمان امور دانشجویان وزارت علوم طی یک سال ۲۲ درصد خشونت و درگیری فیزیکی از دانشگاه ها گزارش شده است. همچنین ۲۷ درصد از دانشجویان کشور با مشکلات روان شناختی درگیر هستند و ۳۳ درصد از دانشجویان از زندگی خود ناراضی اند که این موارد منجر به بالا نبودن سرمایه اجتماعی و مسئولیت اجتماعی در کشور شده است.

رئیس انجمن مددکاری اجتماعی کشور تصریح کرد: رئیس جمهور روز گذشته گفتند که در حال حاضر درگیر یک جنگ اقتصادی هستیم و مردم باید کمک کنند؛ اما مشارکت مردم جز با افزایش سرمایه اجتماعی مهیا نمی شود. مردم کشور ما همان هایی هستند که در زمان جنگ اگر فرزند اولشان را از دست می دادند فرزند دیگرشان را راهی جبهه می کردند اما زمانی که اعلام شد تا از گرفتن یارانه انصراف دهند بیش از ۷۳ میلیون نفر در سامانه مربوطه ثبت نام کردند.

***باز بودن فضای سیاسی میزان شادی را افزایش می دهد

اما در حال حاضر محیط اجتماعی و محل کار ما و حتی فضاهای شهری تا چه میزان شاد هستند؟ موسوی چلک با تاکید بر اینکه باید به حوزه اقتصاد سیاسی توجه ویژه ای کرد، تصریح کرد: باز بودن فضای سیاسی میزان شادی را افزایش می دهد.

او در ادامه با انتقاد از اینکه در سال های اخیر به جای سیاست گذاری فرهنگی بیشتر ممیزی فرهنگی اتفاق افتاده است، ادامه داد: شاید به دلیل استفاده نکردن از داشته های فرهنگی مان به این شرایط رسیده ایم و دیوار اعتماد ترک برداشته است. اگر قرار است از این شرایط خارج شویم بجز توسعه اقتصادی باید به سمتی برویم که مردم مشارکت کنند. تا زمانی که نشاط و سرمایه اجتماعی در کشور نهادینه نشود شاهد افزایش خودکشی ها خواهیم بود. این در حالی است که در دوره هایی که آزادی عمل سیاسی بیشتر بوده میزان خودکشی نیز کاهش یافته است. باید اجازه دهیم افراد با دیدگاه های مختلف در چارچوب قانون اساسی فعالیت کنند.

****پیش شرط های دستیابی به شادی**

در این میان شادی نیز مانند هر پدیده اجتماعی به بسترسازی و مدیریت منسجم نیاز دارد. آموزش مهارت های فردی و اجتماعی در کنار ایجاد ثبات در وضعیت سیاسی و اقتصادی زندگی، اثربخشی چشمگیری بر میزان رضایتمندی افراد از جامعه و زندگی خواهد داشت. نارضایتی نسبت به وضعیت موجود و لذت نبردن از لحظه های زندگی آفت روانی بزرگی برای افراد از نگاه روانشناسان به شمار می رود. بنابراین، کنترل هیجانات منفی، به کارگیری استعدادهای فردی و مدیریت خشم و استرس از مهمتری مهارت هایی هستند که یادگیری آن نقش به سزایی در میزان رضایتمندی و ایجاد نشاط در فرد دارد.

همچنین تقویت سبب مصرف فرهنگی جامعه که اکنون بسیار ضعیف است، گام دیگری در بهبود روحیه فردی و اجتماعی افراد خواهد بود. تفریحات فرهنگی و گذران اوقات فراغت به شیوه ای سالم و بر اساس عرف و شرع گسترش نشاط و آرامش را به دنبال خواهد داشت.

از دیگر سو توجه به سلامت روان به عنوان موضوعی مورد غفلت واقع شده در جامعه ایران، در ایجاد شادی در افراد و خانواده های ایرانی نقش بسزایی دارد. سنجش های مستمر سلامت روان در جامعه به برطرف ساختن عواملی که باعث شیوع اختلالات روحی و روانی می شود، کمک خواهد کرد.

با این حال روانشناسان و جامعه شناسان بارها تاکید کرده اند که جامعه ای به توسعه پایدار و پویا دست خواهد یافت که افراد آن از سلامت روح و روان برخوردار باشند. تداوم احساس افسردگی، غم یا نارضایتی در جامعه رفته رفته کاهش روحیه جمعی را به دنبال خواهد داشت و افراد را به سوی انزوایی سوق می دهد. در این بین شادی و نشاط محرکی قوی برای ایجاد مشارکت موثر و سازنده در عرصه اجتماعی، سیاسی، اقتصادی و فرهنگی خواهد شد. مشارکت و نشاط دو مولفه ای هستند که با یکدیگر پیوندی مستقیم داشته و در نهایت منجر به موفقیت برنامه های توسعه، رفاه و بهزیستی می شوند.

منبع: روزنامه همدلی؛ ۱۹، ۱۳۹۷، ۶ - گروه اطلاع رسانی **۹۱۱۷** ۲۰۰۲ انتهای پیام *



رئیس سازمان آموزش و پرورش استثنایی :



دانش آموزان با نیازهای ویژه از خدمات حمایتی بهره مند می شوند

تهران - ایرنا - رئیس سازمان آموزش و پرورش استثنایی با اشاره به اینکه امسال ۳ میلیارد تومان خدمات حمایتی برای دانش آموزان با نیازهای ویژه پیش بینی شده است، گفت: متناسب با میزان تخصیص اعتبارات از سوی دولت، نیازهای این گروه از دانش آموزان برطرف خواهد شد.

مجید قدمی روز جمعه در گفت و گو با خبرنگار حوزه آموزش ایرنا اظهار داشت: سال گذشته نیز همین مبلغ در نظر گرفته شده بود که ۲,۵ میلیارد تومان آن محقق شد و دانش آموزان از خدمات حمایتی همچون کاشت حلزون، سمک، ویلچر و واکر بهره مند شدند.

وی ادامه داد: در سه سال گذشته ۱۶ هزار نفر از بچه های با نیازهای ویژه از خدمات حمایتی این سازمان بهره مند شده اند که

بیش از ۱۰ میلیارد تومان هزینه در بر داشته است.

وی اظهار داشت: سال گذشته در فصل اول و بودجه جاری سازمان آموزش و پرورش استثنایی صددرصد تخصیص اعتبار داشتیم اما در بودجه سایر، این رقم تنها ۶۰ درصد بود.

معاون وزیر آموزش و پرورش یادآور شد: به دلیل تخصیص نیافتن کامل اعتبارات این بخش، حدود ۴۰ درصد در بخش خدمات حمایتی دچار مشکل شدیم که از مسئولان مربوطه درخواست می شود برای رفع مشکلات و نیازهای دانش آموزان توجه بیشتری به سازمان آموزش و پرورش استثنایی داشته باشند.

*تاکنون یک میلیون نوآموز بدو ورود به دبستان در طرح سنجش شرکت کرده اند

معاون وزیر آموزش و پرورش گفت: تاکنون حدود یک میلیون نفر در طرح سنجش نوآموزان بدو ورود به دبستان شرکت کردند و بر اساس پیش بینی ها حدود ۴۰۰ هزار نفر دیگر باقی مانده است.

قدیمی با بیان اینکه در اجرای این طرح ۱۰ هزار و ۳۳۴ نیروی انسانی در بخش های مختلف اعم از پزشک و نیروهای ارزشیاب حضور دارند، اظهار داشت: این طرح در یک هزار و ۴۷۲ پایگاه ثابت و ۵۳ پایگاه سیار سراسر کشور اکنون در حال اجرا است. وی با بیان اینکه هیچ گونه مشکلی در اجرای این طرح نداشته ایم و تا پایان شهریور این کار به پایان می رسد، تصریح کرد: مساله اصلی این است که برخی خانواده ها با دریافت فرم مربوطه برای مراجعه به پایگاه های طرح سنجش، در زمان تعیین شده مراجعه نمی کنند که این امر باعث می شود تا فعالیت پایگاه ها ادامه پیدا کند. رئیس سازمان آموزش و پرورش استثنایی اظهار داشت: ادامه فعالیت پایگاه ها هزینه بر است به گونه ای که سال گذشته حدود ۵۰۰ میلیون تومان هزینه اضافی به سازمان آموزش و پرورش استثنایی تحمیل کرد.

قدیمی تصریح کرد: زمان سنجش تا پایان شهریورماه تعیین شده اما اگر خانواده ها هر چه زودتر به پایگاه ها مراجعه کنند سامان دهی نیروی انسانی بهتر انجام خواهد شد به این معنا که بچه هایی که نیاز به خدمات توانبخشی مثل سمعک، ویلچر و واکر دارند در لیست وارد شده و خدمات را دریافت کنند.

وی تصریح کرد: اگر در حین سنجش، نوآموز دارای مشکل خاص تشخیص داده شود و یا ارزیابان مشکوک شوند در این مرحله مورد غربالگری قرار گرفته و به مرحله دوم که تخصصی است ارجاع داده می شود اگر در این مرحله هم مشکل تشخیص داده شود برای تحویل به مدارس تلفیقی یا مدارس استثنایی معرفی خواهند شد.

معاون وزیر آموزش و پرورش ادامه داد: اگر نوآموز شرایطی همچون نابینایی، ناشنوایی و جسمی حرکتی تشخیص داده شود از خانواده ها درخواست می شود تا نسبت به انتخاب این که فرزندشان در مدارس عادی یا خدمات آموزشی فراگیر یا مدارس استثنایی تحصیل کند تصمیم بگیرند.

قدیمی با بیان اینکه رویکرد ما توسعه آموزش های فراگیر برای کودکان نابینا، ناشنوا و جسمی حرکتی است، گفت: تلاش داریم تا این گروه از دانش آموزان را در قالب آموزش های تلفیقی در مدارس عادی تحت پوشش قرار دهیم.

انتهای پیام *



کمپ های ترک اعتیاد اثر بخشی لازم ندارند *

اهواز - ایرنا - سرپرست وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی با اشاره به اینکه کمپ های ترک اعتیاد اثر بخشی لازم ندارند، گفت: به دنبال توسعه اجتماع درمان مدار هستیم زیرا اثر گذاری بالای ۳۵ درصد دارد.

به گزارش ایرنا، انوشیروان محسنی بندپی عصر پنجشنبه در نشست شورای اجتماعی خوزستان در محل استانداری با تاکید بر لزوم توجه به دو گروه زنان و کودکان ادامه داد: در هیچ زمانی از جامعه شناسان برای تحلیل و بررسی مسایل و آسیب های اجتماعی دعوت نشده است.

به گفته وی، تحولات شتابان محیط، صنعتی شدن زندگی و برخی نگاه های اشتباه به مسایل توسعه ای کشور از جمله دلایل بروز مشکلات در حوزه اجتماع است.

محسنی بندپی با انتقاد از اینکه در سلامت اجتماعی نگاه علمی وجود ندارد، تاکید کرد: همین موضوع سبب شده تا آسیب های اجتماعی مانند طلاق، اعتیاد و اختلال های روانی در جامعه رشد و شیوع پیدا کند.

او یکی از مهم ترین اولویت های دولت تدبیر و امید را سلامت اجتماعی بیان کرد و گفت: برای نخستین بار در برنامه های توسعه به سلامت اجتماعی اهمیت داده شده به طوری که پنج مورد از مهم ترین آسیب های اجتماعی در کانون توجه قرار گرفته است. سرپرست وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی با اشاره به اینکه آسیب های اجتماعی پیچیدگی خاص دارند، گفت: یکی از راه حل ها، اجتماعی کردن آسیب ها و کمک گرفتن از مردم است. وی با بیان اینکه ۹ دستگاه و وزارتخانه در طرح نماد (نظام مراقبت اجتماعی دانش آموزان) شرکت می کنند افزود: کارهای پیشگیرانه برای کاهش و حذف آسیب های اجتماعی باید در سنین پایه انجام شود.

محسنی بندپی با تاکید بر اینکه شهرداری باید در مسایل فرهنگی و اجتماعی ورود کند، ادامه داد: سال گذشته ۷۰ هزار معتاد متجاهر در مراکز درمانی پذیرش شدند.

سرپرست وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی با بیان اینکه در استان سیستان و بلوچستان نیز دو مرکز بهبود پذیری کودکان ایجاد شده است گفت: بیش از ۵۰ درصد کودکان تحت درمان دارای مادران معتاد بوده اند. او بیان کرد: حدود ۲۳ درصد جمعیتی که در عسلویه مشغول به کار هستند با مساله اعتیاد دست و پنجه نرم می کنند که افزون بر آسیب اعتیاد، سلامت روحی و معنوی آنان را تحت تاثیر قرار گرفته است.

محسنی بندپی با اشاره به اینکه رصد آسیب های اجتماعی باید بر اساس اقلیم و شرایط هر منطقه باشد گفت: در خوزستان نیز شاهد هستیم که برخی مسایل همچون جنگ تحمیلی و ریزگردها بر این استان تحمیل شده از این رو باید به خوزستان نگاه ملی داشت.

وی با اشاره به اینکه گسترش پایگاه های اجتماعی در خوزستان یکی از اولویت ها است، ادامه داد: ۱۱ شهرستان استان خوزستان اکنون از اورژانس اجتماعی برخوردارند.

محسنی بندپی ادامه داد: این آمادگی وجود دارد که استان خوزستان در طرح پرسشنامه سه صفحه ای ازدواج به عنوان پایلوت انتخاب شود.

سرپرست وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی با تاکید بر اینکه باید مردم را به آینده امیدوار کرد، یادآور شد: نباید با طرح مباحثی همچون شکاف های موجود در جامعه ناامیدی پمپاز کرد.

سرپرست وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی برای سفری دو روزه چهارشنبه وارد فرودگاه ماهشهر خوزستان شد. انتهای پیام *



آسیب های اجتماعی مرز نمی شناسد



شیراز- ایرنا- مدیرکل دفتر مراقبت در برابر آسیب های اجتماعی وزارت آموزش و پرورش میانگین سن دچارشدن به آسیب های اجتماعی را ۱۵ سال اعلام و بر این نکته نیز تاکید کرد که این موضوع مرزی نمی شناسد و در هر پایه ای رخ می دهد.

به گزارش ایرنا، نادر منصور کیایی، روز سه شنبه در جمع خبرنگاران در شیراز درباره رفتارهای شایع پرخطر در میان دانش آموزان بیان داشت: خودکشی و میزان دسترسی مواد از عوامل مخاطره آمیزی است که در میان دانش آموزان رواج دارد و کنترل آن نیز از عهده ما خارج است.

وی افزود: الگوی خودکشی نشان می دهد کودکان و نوجوانان بر اثر کمبود تاب آوری با کوچک ترین شکست دست به خودکشی می زنند و مساله این است که هرچه آموزش و پرورش اقدام کند، اگر این مخاطرات در بیرون از محیط آموزش و پرورش باقی باشد و رفع نشود نمی توان آن را کنترل کرد.

کیایی به وضعیت کودکان بازمانده از تحصیل اشاره کرد و گفت: تلاش آموزش و پرورش در مورد کودکان بازمانده از تحصیل، شناسایی و بازگشت این افراد به محیط تحصیلی است که در این زمینه با همت معاونت آموزش ابتدایی اقدامات خوبی صورت گرفته است و با همکاری وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی بسیاری از این کودکان شناسایی شدند و به مدرسه برگشتند. کیایی با تشریح ویژگی ها و شرایط کودک بازمانده از تحصیل ابراز داشت: ممکن است این دانش آموزان در میانه تحصیل دوباره مدرسه را ترک کنند؛ بنابراین باید تلاش کنیم این حضور و استمرار در تحصیل را پایدار نگه داریم.

مدیر کل دفتر مراقبت در برابر آسیب های اجتماعی وزارت آموزش و پرورش در این باره به لزوم ارائه خدمات روانی و اجتماعی و حمایتی اشاره کرد و گفت: زمینه خطرپذیری در این کودکان بیش از سایرین است بنابراین در طرح های مختلف حمایتی وزارت آموزش و پرورش جایگاه ویژه ای برای پوشش این افراد وجود دارد و خدمات خاصی به آنان ارائه می شود. وی گفت: خشونت، خودکشی، مصرف مواد مخدر و انحرافات اخلاقی از رفتارهای بسیار پرخطر در مدارس است و آمار نشان می دهد حدود صد هزار نفر از دانش آموزان در معرض خطر هستند؛ یعنی این افراد یا زمینه های روانی و اجتماعی گرایش و دچار شدن به رفتار پرخطر را دارند و در محیط های مخاطره آمیز زندگی می کنند یا کسانی هستند که ممکن است یک بار دچار مصرف مواد مخدر شده باشند.

۱۰** هزار دانش آموز دستکم یک بار مواد مخدر مصرف کرده اند

کیایی تعداد دانش آموزانی را که بیش از یک بار دچار اختلال مصرف مواد یا رفتارهای پرخطر مشابه شده اند قریب به ۱۰ هزار نفر در کشور اعلام کرد و افزود: ریسک خودکشی در این دانش آموزان بیشتر است همچنین برخی از آنان دچار آزار و خشونت نیز شده اند.

این مقام مسئول با تاکید بر اینکه این افراد باید توجه و خدمات بیشتری دریافت کنند، گفت: در زمان حاضر در بخش مشاوره وزارت آموزش و پرورش در دوره اول متوسطه آزمون هایی با هدف یکپارچه سازی نظام غربالگری صورت می گیرد که اطلاعات آن در قالب طرح نماد یا نظام مراقبت اجتماعی دانش آموزان مورد استفاده قرار خواهد گرفت.

مدیر کل دفتر مراقبت در برابر آسیب های اجتماعی وزارت آموزش و پرورش هدف از یکپارچه سازی نظام غربالگری را شناسایی بموقع افراد در معرض خطر و ارائه خدمات به دانش آموزان عنوان کرد.

کیایی همچنین گفت: در پایه هفتم و هشتم در کتاب تفکر و سبک زندگی نیز پیوست های آموزش دوره بلوغ ارائه می شود؛ افزون بر این در پروژه های مختلف آموزش سلامت نوجوانی ارائه می شود و کارگاه هایی نیز برای والدین در نظر گرفته شده و آثار جدیدی نیز برای دوره متوسط دوم در قالب کتاب درسی در حال تدوین است.

وی در ادامه درباره وقوع برخی رفتارهای هنجارشکنانه که توسط عده ای معلمان در مدارس رخ داده است، عنوان کرد: برخی رویدادهای ناگواری طی مدت اخیر به اعتبار و حیثیت جامعه معلمان آسیب زده که متأسفیم و بارها وزارت آموزش و پرورش موضع خود را درقبال چنین رفتارهایی اعلام کرده است.

این مقام مسئول افزود: در این زمینه افرادی که مشکلاتی در زمینه بهداشت روان و سلامت اجتماعی دارند شناسایی می شوند و جز مسیر تعریف شده اداری برای این افراد برنامه هایی نیز برای دانش آموزان در زمینه مددکاری، دریافت خدمات مشاوره ای،

توانمندسازی، بازتوانی و ... ارائه می شود. کیایی ادامه داد: هر ساله کارگاه هایی نیز در این زمینه برگزار می شود و هر سال نزدیک به ۲۰۰ هزار نفر در زمینه پیشگیری از رفتارهای پر خطر و سلامت روانی آموزش می بینند.

****اعتبار پیشگیری کافی نیست**

وی با بیان اینکه سهم آموزش و پرورش از اعتبار پیشگیری از آسیب ها سهم قابل توجهی نیست، اظهار داشت: از همین رو است که قادر نبوده ایم تاکنون در برنامه های بادوامی مانند آموزش پیشگیری، پوششی بیش از ۵۰ درصد داشته باشیم درحالی که این آموزش ها باید به صدر صد برسد.

کیایی در بخش دیگری از سخنان خود نیز به برگزاری اختتامیه مرحله کشوری جشنواره نوجوان سالم که امروز در شیراز برگزار می شود اشاره کرد و افزود: این جشنواره در دو بخش خلاقیت های دانش آموزی و ابتکارات مدرسه ای و با محوریت پیشگیری از رفتارهای پرخطر و ترویج زندگی سالم اجرا شده است.

وی با اشاره به اینکه در طی سالهای متمادی برگزاری این جشنواره با استقبال و رشد شایان توجهی مواجه شده است، اعلام کرد: در این هفت دوره از سه هزار اثر در سال اول به بیش از ۵۰۰ هزار اثر در دوره هفتم رسیده ایم. مدیر کل دفتر مراقبت در برابر آسیب های اجتماعی وزارت آموزش و پرورش گفت: جشنواره نوجوان سالم امروز به جشنواره ای با ظرفیت بسیار تبدیل شده است که می توان از این توانمندی افراد شرکت کننده برای ایجاد کانون همیاران پیشگیری در مدارس بهره گرفت.

وی اضافه کرد: در سال تحصیلی پیش رو با همکاری با ستاد مبارزه با مواد مخدر از ظرفیت های موجود از جمله برگزاری جشنواره و تشکل های دانش آموزی، کانون همیاران پیشگیری را در مدارس راه اندازی می کنیم که وظیفه آن جمع آوری داده ها به صورت مستمر از مدارس و برنامه ریزی برای جلوگیری از آسیب ها است. انتهای پیام *



در یکسال گذشته



اورژانس اجتماعی از ۸ هزار خودکشی پیشگیری کرد *

تهران- ایرنا- رئیس اورژانس اجتماعی سازمان بهزیستی کشور گفت: با تکنیک های به کار رفته از سوی کارشناسان اورژانس اجتماعی بیش از هشت هزار و ۴۰۰ خودکشی در سال گذشته پیشگیری شد و سه هزار و ۴۰۰ مورد از این خودکشی ها از طریق خط تلفنی ۱۲۳ به اورژانس اجتماعی اطلاع داده شد.

رضا جعفری روز دوشنبه در گفت و گو با خبرنگار ایرنا تصریح کرد: اگر موارد اقدام به خودکشی پیگیری نشوند یک سوم این افراد دوباره اقدام به خودکشی خواهند کرد.

وی اضافه کرد: بسیاری از خانواده ها موارد خودکشی را گزارش نمی کنند و می گویند به طور مثال فرزندشان بیمار است یا اینکه تصادف کرده است که در این موارد سازمان های حمایتی نمی توانند خدماتی مانند خدمات مشاوره ای ارائه دهند چون خانواده ها پذیرا نیستند.

مدیرکل دفتر آسیب های اجتماعی سازمان بهزیستی تاکید کرد: باید بین خانواده ها و مردم فرهنگسازی شود که کسی که دست به خودکشی می زند یک فرد بیمار است و نباید رها شود.

رئیس اورژانس اجتماعی سازمان بهزیستی کشور اظهار داشت: از هشت هزار و ۴۰۰ مورد خودکشی پیشگیری شده در سال گذشته بیش از سه هزار مورد از طریق مداخله تیم های سیار، ۲۴۲ مورد از طریق پایگاه های خدمات اجتماعی و هزار و ۳۰۰

مورد از طریق مراکز مداخله در بحران های فردی، خانگی و اجتماعی و سه هزار و ۴۰۰ مورد از طریق تماس با خط ۱۲۳ بوده است.

جعفری از خانواده ها خواست تهدید به خودکشی اعضای خانواده خود را جدی بگیرند و گفت: خانواده ها در بسیاری از مواقع تهدیدهای اعضای خانواده به خودکشی را مهم نمی دانند و فکر می کنند نمایشی است و آنان می خواهند از این طریق امتیازی بگیرند درحالی که افرادی که تهدید به خودکشی می کنند حتما باید از خدمات مشاوره ای استفاده کنند.

*اختلافات خانگی مهمترین علت خودکشی است

رئیس اورژانس اجتماعی سازمان بهزیستی کشور، دسترسی و توسعه خدمات مشاوره ای و بهبود فضای عاطفی و روانی در خانواده ها را برای پیشگیری از خودکشی، بسیار مهم دانست و افزود: بر اساس آمار بهزیستی اختلافات خانگی مهمترین علت خودکشی است و پس از آن مشکلات زناشویی، مشکلات بین والد و کودک و شکست های عشقی از علل مهم خودکشی به شمار می روند.

جعفری گفت: اختلافات خانگی نه تنها علتی برای خودکشی بلکه علتی برای سایر آسیب های اجتماعی فرزندان نیز هستند. همچنین مشکلات تحصیلی، شغلی، اقتصادی و سوء مصرف موادمخدر صنعتی و روانگردان از دیگر علل خودکشی هستند. وی تصریح کرد: در کنار امنیت و آرامش خانواده، فضای نشاط اجتماعی برای پیشگیری از خودکشی باید فراهم باشد، افراد باید اوقات فراغت و تفریح خوب داشته باشند.

*لزوم اجرای غربالگری خودکشی

رئیس اورژانس اجتماعی سازمان بهزیستی کشور با تاکید بر لزوم اجرای غربالگری خودکشی از سوی وزارت بهداشت، گفت: اورژانس اجتماعی فقط پیشگیری ثانویه از خودکشی را انجام می دهد به آن معنا که موارد اقدام به خودکشی به اورژانس اجتماعی گزارش می شود و کارشناسان سرصحنه می روند و فرد را با تکنیک هایی از خودکشی منصرف می کنند.

جعفری افزود: باید در مدارس از طریق مربیان و معلمان، دانش آموزانی که احتمال و خطر خودکشی یا نشانه های افکار خودکشی یا تهدید به خودکشی در آنها وجود دارد، شناسایی شوند و به اورژانس اجتماعی با شماره ۱۲۳ ارجاع داده شوند. همچنین از دیگر اقدامات اولیه در این موارد می توان به تماس با خانواده ها، واکاوی اولیه و ارجاع های لازم اشاره کرد. وی از طرح نظام مراقبت اجتماعی دانش آموزان موسوم به «نماد» برای کمک به دانش آموزان در معرض آسیب های اجتماعی با همکاری بهزیستی، آموزش و پرورش، نیروی انتظامی و مراجع قضایی به عنوان ساز و کاری کمک کننده برای پیشگیری از خودکشی دانش آموزان نام برد و گفت: اگر افکار خودکشی به موقع شناسایی شود در بسیاری از موارد خودکشی پیشگیری خواهد شد.

جعفری درباره اظهار نظر سید کاظم ملکوتی مشاور برنامه ملی پیشگیری از خودکشی وزارت بهداشت مبنی براینکه بر اساس آخرین تحقیقات میزان رضایت از اورژانس اجتماعی ۱۲۳ حدود پنج تا ۱۰ درصد است، گفت: وزارت بهداشت باید در این زمینه مستندات علمی ارائه دهد.

سید کاظم ملکوتی، مشاور برنامه ملی پیشگیری از خودکشی وزارت بهداشت روز یکشنبه همچنین به خبرنگار ایرنا گفته بود: بر اساس آمار موجود میانگین خودکشی در کشور بین ۵٫۵ تا ۶ در صد هزار نفر در سال است، این آمار در جهان حدود ۱۱ در صد هزار نفر در سال است بنابراین آمار خودکشی در ایران به مراتب کمتر از میانگین جهانی است.

ملکوتی اظهار داشت: اولویت اجرای برنامه پیشگیری از خودکشی که با همت وزارت بهداشت در سراسر کشور اجرا می شود، چهار استان کرمانشاه، ایلام، لرستان و آذربایجان غربی است که در این استان ها آغاز شده است البته وضعیت این اقدام در شهرستان های این چهار استان متفاوت است و در برخی از این شهرستان ها آمار خودکشی از میانگین کشوری بیشتر است، بنابراین انجام

اقدامات پیشگیرانه در این ۴ استان از اهمیت بیشتری برخوردار است.

ملکوتی درباره عمده ترین دلایل خودکشی در کشور گفت: دلایل متعدد و مکمل در این راستا وجود دارد. از جمله این دلایل می توان به عوامل اجتماعی مثل بیکاری و مشکلات اقتصادی، عوامل روانی مثل بیماری های اعصاب و روان و افسردگی، عوامل خانوادگی شامل اختلافات بین زن و شوهر تازه ازدواج کرده و بین کودکان و والدین، سوء مصرف مواد مخدر و سیگار و الکل اشاره کرد.

علی رضا کاهانی، معاون پژوهشی سازمان پزشکی قانونی نیز روز یکشنبه در همایش روز جهانی پیشگیری از خودکشی گفت: بر اساس گزارش های سازمان جهانی بهداشت، خودکشی ۱۴ درصد از علل مرگ و میرهای جهان را تشکیل می دهد و پانزدهمین علت مرگ به شمار می رود و ایران از نظر این حادثه در رتبه ۱۵۰ جهان قرار دارد.

به گزارش ایرنا، اورژانس اجتماعی یکی از برنامه های مداخله ای با هدف پیشگیری از آسیب های اجتماعی است که خدمات خود را از طریق خط تلفن ۱۲۳، تیم سیار اورژانس و پایگاه خدمات اجتماعی ارائه می دهد و در بحران های فردی، خانوادگی و اجتماعی مداخله می کند.

مردم می توانند خشونت های خانگی به ویژه کودک آزاری، همسر آزاری و خودکشی را با کارشناسان سامانه ۱۲۳ در میان بگذارند. هم اکنون ۳۴۷ مرکز اورژانس اجتماعی در کشور وجود دارد. انتهای پیام *



مهاجرت به استراتژی بقا در برخی مناطق کشور تبدیل شده است



تهران - ایرناپلاس - مهاجرت در داخل کشور به دلیل جمعیت جوان و نابرابری توسعه ای و دسترسی به فرصت ها، رو به افزایش است؛ مهاجرتی که نه تنها افزایش جمعیت کلانشهرها و حاشیه نشینی را در پی دارد، بلکه به سبب خالی شدن شهرها و روستاها از سکنه، از نظر امنیتی چالش برانگیز است.

مهاجرت در ایران یکی از مسائل حائز اهمیت است که باید به آن به شکل ویژه پرداخت. مسائل اقتصادی، بیکاری، تحصیل و... از عوامل اصلی مهاجرت در ایران هستند. در مهر و موم های اخیر، مشکلات محیط زیستی نیز عامل دیگری برای افزایش میزان مهاجرت در داخل کشور شده اند. مهاجرت به خارج از کشور نیز به دلایل اقتصادی و تحصیلی نیز از مسائلی است که در مهر و موم های اخیر بسیار زیاد شده است. مسائل مرتبط با مهاجرت در گفت و گوی ایرناپلاس با رسول صادقی، جمعیت شناس و عضو هیأت علمی دانشگاه تهران مورد بررسی قرار گرفت.

****مهاجرت زیست محیطی نوعی از مهاجرت اجباری است**

ایرناپلاس: بحران های محیط زیست می تواند عاملی برای مهاجرت باشد؟

صادقی: رابطه جمعیت و محیط زیست یک طرفه نیست، رابطه ای دوطرفه است و محیط زیست هم می تواند بر جمعیت تأثیر داشته باشد. در مورد تأثیر محیط زیست بر مهاجرت در مهر و موم های اخیر در کشور، با پدیده ای به نام مهاجرت های زیست محیطی مواجه هستیم که در آن خشکسالی ها و مسائل زیست محیطی دیگر منجر به مهاجرت افراد از مناطق دارای بحران شده است. این نوع مهاجرت ها، شکلی از مهاجرت اجباری (forced migration) است.

در مهر و موم های اخیر به واسطه تغییرات اقلیمی، بحث عامل محیطی یا زیست محیطی در بروز مهاجرت به مسائل روز کشور تبدیل شده است. بسیاری از استان های کشور، به خصوص استان های جنوبی و شرقی به طور مستقیم درگیر این معضل شده اند. اگرچه خشکسالی بر سلامت و معیشت مردمان تأثیر گذاشته و به دنبال آن مهاجرت، به ویژه در مناطق بسیار خشک را به همراه

دارد ولی مهاجرت همواره به عنوان آخرین گزینه افراد در معرض خشکسالی مطرح است. همپوشانی مناطق بسیار خشک کشور با مناطق کمتر توسعه یافته باعث شده است که بروز خشکسالی، شرایط سختی را برای ساکنان منطقه ایجاد کند. در حالی که ساکنان سایر مناطق کشور توانایی برگزیدن استراتژی های انطباق با خشکسالی نظیر تغییر کشت و معیشت را دارند، افراد در بعضی از این مناطق مجبور هستند مهاجرت را به عنوان راه حل ناگزیر رویارویی با خشکسالی برگزینند. نمونه اخیر این مهاجرت ها از جنوب کشور و استان خوزستان به سمت مناطق شمالی کشور است. آنچه باعث افزایش نگرانی ها در این حوزه می شود، روند فزاینده مشکلات زیست محیطی و پیامدهای ناگوار آن است.

****سیاست های جمعیتی و اقتصادی باید بر اساس محدودیت ها و ظرفیت های محیط زیست کشور تنظیم شود**

ایرناپلاس: راه حلی برای مدیریت مسائل محیط زیستی و توزیع جمعیت وجود دارد؟

صادقی: محدودیت منابع، کاهش میزان های بارش و افزایش برداشت از منابع آب زیرزمینی، افزایش سطح زیرکشت محصولات کشاورزی، افزایش روند فرسایش و آلودگی خاک، رشد تولید پسماند شهری و دفع غیراصولی آن ها و افت شاخص عملکرد زیست محیطی کشور از جمله چالش های وضعیت محیط زیست کشور هستند. افزایش جمعیت همراه با توزیع ناموزون آن و تراکم بیش از حد جمعیت در مناطقی از کشور به ویژه کلان شهرها باعث افزایش تقاضای بهره برداری از ظرفیت محدود اراضی شهری، افزایش ساخت و سازهای مسکونی، گسترش فعالیت های مربوط به حمل و نقل، صنعت و تجارت شده و فشار بسیار بالای اکولوژیکی به این مناطق وارد کرده است. عدم توجه به شاخص های کلان کشور چه به لحاظ اقتصادی و چه زیست محیطی در برنامه ریزی های جمعیتی، زمینه تشدید مشکلات و تهدیدهای زیست محیطی را باعث می شود.

امنیت غذایی و اقتصادی آینده کشور در گرو پایداری محیط زیست قرار دارد. بنابراین، در سیاست های جمعیتی و اقتصادی باید آن دسته از راهبردها و سیاست هایی به اجرا در آیند که از منظر محیط زیستی پایدار باشند. بر این مبنا، این دولت ها هستند که باید در سیاست های خود تجدیدنظر کنند و سیاست های جمعیتی و اقتصادی خود را بر اساس محدودیت ها و ظرفیت های محیط زیست کشور تنظیم و منابع محدود کشور را بر اساس این اولویت ها توزیع نمایند. بدیهی است عدم توجه به این محدودیت می تواند پیامدهای گوناگون اقتصادی، اجتماعی و حتی سیاسی به دنبال داشته باشد که جبران آن ها هزینه های زیادی را بر پیکره اقتصادی کشور تحمیل می کند.

افزایش آگاهی های عمومی در زمینه حفاظت از محیط زیست و ارتقا و توانمندسازی مردم و تشکل های غیردولتی زیست محیطی برای اشاعه آموزش های زیست محیطی، انجام تحقیقات علمی و هدفمند در خصوص رابطه رشد جمعیت و محیط زیست، ساماندهی مهاجرت ها و حاشیه نشینی، احیای منابع زیستی به ویژه احیای جنگل ها و مراتع، ارتقا بهره وری آب و تعادل بخشی آب های زیرزمینی، توسعه انرژی های تجدیدپذیر برای تأمین نیازهای رو به رشد جمعیت، توجه به ملاحظات و محدودیت های محیط زیستی در سیاست های جمعیت و استفاده از نتایج آن ها در تدوین، اجرا و ارزیابی موفقیت سیاست ها و فعالیت های زیست محیطی که در بند نهم سیاست های کلی جمعیت آمده است، راهگشا خواهد بود.

****مهاجرت ها در ایران از پیرامون به مرکز است**

ایرناپلاس: بحران های متعدد محیط زیستی، علی الخصوص بحران آب برای مثال خشک شدن هامون، شور شدن کارون و کم آبی خوزستان، همچنین گردوغبار در این استان، بحران آبی دریاچه ارومیه و... چه اثری بر مهاجرت داخلی خواهد داشت؟
صادقی: نگاهی به جریانات مهاجرتی که در شرق، جنوب شرق و غرب کشور افتاده است، نشان از موج مهاجرت های زیست محیطی دارد. یکی از مسائل و چالش های جمعیتی کشور، افزایش مهاجرت های داخلی است که می تواند چالش های امنیتی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی ایجاد کند. در ایران بیشترین مهاجرت ها از پیرامون به مرکز است و در طولانی مدت مناطق مرزی خالی از سکنه می شود. وقتی جمعیتی در منطقه مرزی است، امنیت آن منطقه تضمین شده است، ولی وقتی جمعیت نباشد باید

سرباز بگذاریم و نیروی نظامی در منطقه مستقر شود که هم هزینه بر است و هم چالش های به دنبال دارد. بنابراین، چالش های زیست محیطی منجر به ناپایداری جمعیتی در مناطق شرقی کشور شده است. ناپایداری جمعیتی که در نرخ های بالای مهاجرتی و رشد منفی جمعیت معنا پیدا می کند، برای مناطق روستایی و مرزی شرق کشور، به ویژه جنوب شرقی کشور و همچنین غرب کشور محسوس و قابل مشاهده است. البته بایستی توجه داشت که ناپایداری جمعیتی بخشی از ناپایداری در ابعاد اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و زیست محیطی است. ناپایداری جمعیتی نه تنها بر این ابعاد اثر گذاشته، بلکه به شدت از آن ها نیز تأثیر می پذیرد.

مهاجرت های داخلی در ایران بیشتر به دلایل اقتصادی شامل بیکاری های بالای مناطق مرزی است، مخصوصاً در غرب کشور که حجم و درصد بالایی از بیکاری را دارند. در سیستان و بلوچستان و کرمان نیز بیکاری خیلی مؤثر بوده است، اما اتفاقی که در چند سال اخیر رخ داده، خشکسالی های پی در پی ای بوده که در این استان ها وجود داشته است و سبب خالی از سکنه شدن خیلی از روستاها و یا کم جمعیت شدن آن ها شده است. اخیراً در خوزستان هم این پدیده شکل گرفته است. وقتی روند را نگاه می کنیم، متوجه می شویم از استان هایی که درگیر چالش های زیست محیطی شده اند، مهاجرت ها بیشتر شده است، روستاها خالی از سکنه می شوند که هم مهاجرت های روستا به شهر و هم مهاجرت های بین استانی بیشتر می شود. بنابراین، در حال حاضر در کنار مهاجرت های اقتصادی، شاهد مهاجرت های زیست محیطی هستیم. با این وجود، در سرشماری های عمومی نفوس و مسکن وقتی علت های مهاجرت را که می پرسند، اشتغال، تحصیل، سربازی، تبعیت از خانوار و... است و علل مطرح شده در سرشماری، مسائل محیط زیستی را شامل نمی شود.

بر اساس نتایج پروژه ای که یکی از دانشجویانم (خواجه زاده، ۱۳۹۶) در جنوب و شرق کشور داشت به این نتیجه رسید که فشار اقلیمی که حاصل بروز خشکسالی در مناطق مختلف است، می تواند از دو طریق بر مهاجرت جمعیت ها تأثیر بگذارد، (۱) از طریق به خطر انداختن معاش خانوار و (۲) از طریق به خطر انداختن سلامت افراد. در هر دوی این موارد، آنچه اهمیت دارد، عبور از آستانه تحمل افراد است. در صورت به خطر افتادن معاش، افراد سعی می کنند راهکارهایی برای جایگزینی منبع درآمد خود انتخاب کنند، درواقع همین طور که شواهد نشان می دهد مهاجرت همیشه اولین پاسخ در پی بروز حوادث نیست. مناطق توسعه یافته تر برای این وضعیت مناسب هستند و استراتژی های تطبیقی افراد با شرایط جدید در این منطقه تناسب دارد و افراد از طریق تغییر شغل و تغییر محصول زیر کشت و غیره توان ماندن در منطقه را دارند. اما در منطقه کمتر توسعه یافته شرایط به گونه دیگری است. استراتژی های انطباق در این مناطق شکست خورده اند و افراد چاره ای جز ترک منطقه ندارند.

**مهاجرت نوعی استراتژی بقاست

ایرناپالاس: مهاجرت ها در ایران بیشتر به کدام مقصد و چگونه است؟

صادقی: اگر بخواهیم مقصد مهاجرت ها را نشان دهیم، همواره جریان مهاجرتی کشور به سمت تهران و چند استان دیگر بوده است. مهاجرت نوعی استراتژی بقاست. ماندن در مکانی که آب ندارد، کشاورزی ندارد، بیکاری است و پولی کسب نمی شود، منطقی نیست و افراد عمدتاً به سمت تهران، اصفهان، مشهد، کرج و... می آیند تا به امکانات بیشتری برای زندگی دسترسی پیدا کنند. پدیده مهاجرت داخلی مخصوصاً در حالی که جمعیت جوان و میانسال داریم، قطعاً بیشتر خواهد شد که دلایل زیست محیطی، اقتصادی و... دارد.

بار جمعیتی مهاجرت ها به سمت تهران را بیشتر اطراف تهران متحمل می شود. مهاجران در پیرامون شهر مستقر می شوند و حاشیه نشینی را گسترش می دهند. چون مهاجرت ها از مناطق فقیرنشین و توسعه نیافته کشور است، جریان حاشیه نشینی را تشدید می کند. بنابراین، جریان مهاجرت های زیست محیطی و اقتصادی بیشتر از مناطق توسعه نیافته و محروم کشور است و در پیرامون کلان شهرها، حاشیه نشینی را که توسعه قارچ گونه ای داشته است، بیشتر می کند. از این رو، گسترش حاشیه نشینی و سکونتگاه های غیررسمی به یکی از مسائل اجتماعی ایران در مهر و موم های اخیر تبدیل شده است.

****مهاجران اکولوژیکی یا آوارگان اقلیمی بیشتر از نوع داخلی است**

ایرناپلاس: مهاجرت به خارج از کشور در موج های مختلف با رویکردهای متفاوتی از جمله تحصیلی، اقتصادی، سیاسی، فرهنگی و... بوده است. آیا ممکن است شاهد مهاجران اکولوژیکی یا آوارگان اقلیمی باشیم؟

صادقی: مهاجرت به دلایل مسائل محیط زیست را بیشتر بی جاشدگان داخلی تجربه می کنند. مهاجران اکولوژیکی یا آوارگان اقلیمی بیشتر از نوع داخلی است. به همین دلیل، بی جاشدگان داخلی به آنها می گویند. این وضعیت، خیلی در مهاجرت های بین المللی اثرگذار نبوده است. عوامل محیط زیستی می تواند یکی از اشکال مهاجرت های اجباری باشد. در ایران این نوع از مهاجرت ها بیشتر داخلی است. درواقع، این مهاجرت های منطقه ای و استانی است که در صورت بروز خطرات زیست محیطی به عنوان یک پدیده رایج در بسیاری از مناطق رخ می دهد.

****از ابتدای امسال شاهد موج جدید مهاجرتی از ایران هستیم**

ایرناپلاس: میزان مهاجرت از ایران در مهر و موم های اخیر تغییر کرده است؟

صادقی: در ایران مهاجرت داخلی هرچند عمومی تر از مهاجرت بین المللی است، اما مهاجرت بین المللی مناقشه آمیزتر بوده و اغلب با پیامدهای متنوع و پیچیده تری همراه بوده است. ایران هر چند در بستر تاریخی خود همواره کشوری در معرض جابه جایی ها و مهاجرت های بین المللی بوده است، اما در دوران معاصر است که بر ابعاد، اهمیت و پیچیدگی آن افزوده شده است. تعداد جمعیت ایرانیان خارج از کشور بر اساس منابع مختلف آماری از ۳ تا ۶ میلیون نفر نوسان دارد. حدود ۶۱ درصد ایرانیان مهاجر در امریکای شمالی و ۲۶ درصد در اروپا زندگی می کنند. کشورهای آمریکا، کانادا و آلمان به ترتیب اصلی ترین مقصد مهاجرت ایرانیان را تشکیل می دهند. بررسی ساختار شغلی و تحصیلی جمعیت ایرانی در سرشماری های اخیر در کشورهای آمریکا، کانادا، استرالیا و سوئد بیانگر سطوح بالای تحصیلی و شغلی مهاجران ایرانی در مقایسه با سایر گروه های مهاجر و حتی جمعیت های بومی است. از این رو، جریان مهاجرتی از ایران بیشتر در قالب مهاجرت افراد ماهر و تحصیل کرده بوده است. از ابتدای امسال نیز شاهد موج جدید مهاجرتی از ایران هستیم. افراد تحصیل کرده، سرمایه دارها، افراد دارای تخصص و توانمند و... به دنبال مهاجرت به خارج از کشور هستند. در مهر و موم های اخیر شاهد افول سرمایه اجتماعی در ایران هستیم. با کاهش سرمایه اجتماعی، اعتماد، همکاری و احساس امنیت از بین می رود. در چنین شرایطی افراد با امید به دستیابی به شرایط مساعد زندگی به کشورهای دیگر مهاجرت می کنند. به طور کلی، کاهش اعتماد اجتماعی، ناپایداری اقتصادی و احساس ناامنی و بی ثباتی موجب موج جدید مهاجرتی شده است.

تب مهاجرتی در نسل جوان و تحصیل کرده شکل گرفته است. نتایج مطالعات پیمایشی نیز نشان می دهد که درصد قابل توجهی از مردم به ویژه جوانان تمایل زیادی به مهاجرت از ایران در صورت فراهم شدن فرصت دارند. ایران از کشورهای مهاجر فرستی است که احتمال بازگشت مهاجرانش به کشور کم است. بالاترین نرخ عدم بازگشت دانشجویان دکتری در آمریکا مربوط به ایرانی هاست. این امر، بیانگر عدم موفقیت سیاست های بازگشت نخبگان به کشور است. در این شرایط، چرخش نخبگان بهترین سیاست است. البته، با قوانینی که وضع می کنیم مثل منع به کارگیری دوتابعیتی ها و... مانع بازگشت افراد می شویم. این که افراد تابعیت یک کشوری را می پذیرند به معنای بهره مند شدن از مزایایی است که در آن کشور وجود دارد نه به این معنا که منافع ملی کشور مبدأ و زادگاه خود را زیر سؤال ببرند. برای مثال، یک دانشجوی ایرانی در خارج از کشور با این فرصت مواجه می شود که اگر تابعیت و شهروندی آن کشور را بگیرد دیگر نیازی به هزینه دانشگاه نیست و به راحتی می تواند در مجامع علمی و کنفرانس های کشورهای مختلف شرکت کند. انتهای پیام /*

پیشنهاد سبد حمایتی مددجویان بهزیستی به دولت رفت *

تهران - ایرنا- سرپرست سازمان بهزیستی کشور گفت: ارائه سبد حمایتی به مددجویان جزو اولویت های دولت است که به وزارت رفاه تکلیف شده، سازمان بهزیستی نیز تامین اعتبار برای کمک نقدی یا سبد حمایتی به منظور تامین اقلام مورد نیاز مددجویان را از جمله وسایل کمک توانبخشی پیشنهاد کرده است.

به گزارش خبرنگار ایرنا، پehید پورشبانان روز دوشنبه در حاشیه مراسم پویش لبخند مهر برای تهیه نوشت افزار دانش آموزان بی بضاعت در جمع خبرنگاران افزود: حوزه رفاه وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی با فراخوانی به دستگاه های تابعه از جمله سازمان بهزیستی اعلام کرد تا نیازهای خود را برای تامین سبد حمایتی به افراد نیازمند پیشنهاد دهند.

وی ادامه داد: معاونت رفاه وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی به همین منظور جلساتی با سازمان برنامه و بودجه کشور داشت اما هنوز اقلام این کار نهایی نشده و به مجرد اینکه نهایی شود اعلام خواهد شد.

وی اضافه کرد: در این سبد حمایتی اقلام مختلفی از جمله اقلام غذایی پیش بینی شده و بخشی از آن نیز به صورت نقدی پیشنهاد شده تا در اختیار اقشار مختلف قرار بگیرد البته اینکه کدامیک از دهک های اجتماعی مشمول این سبد شوند هنوز مشخص نیست و به مجرد اینکه اقلام سبد حمایتی نهایی شود از طرف خود دولت اعلام می شود.

پورشبانان در پاسخ به این سوال که چند نفر از جامعه هدف بهزیستی برای دریافت این سبد معرفی شده اند، گفت: بهزیستی جامعه هدف خود را به طور کامل برای دریافت این سبد اعلام کرده است و حتی به علت شرایط خاص اقتصادی حاکم بر جامعه و به دلیل برخی نیازهای خاصی که مددجویان بهزیستی دارند، برخی اقلام مانند وسایل کمک توانبخشی را برای مددجویان خود پیشنهاد داده ایم تا برای تامین آنها، پشتیبانی های لازم انجام گیرد.

وی افزود: امیدوار هستیم علاوه بر سبد حمایتی که برای مددجویان بهزیستی در نظر گرفته می شود، کمک نقدی برای تامین نیاز وسایل کمک توانبخشی، کمک پزشکی و بهداشتی جامعه هدف بهزیستی نیز محقق شود تا بتوانیم خدمات خود را بی وقفه به اقشار آسیب پذیر ارائه دهیم.

وی تصریح کرد: ظرف هفته گذشته با توجه به شرایطی که برای جامعه اتفاق افتاد برای تامین وسایل بهداشتی مراکز بهزیستی به علت رشد قیمت ها، دچار چالش هایی شدیم اما خوشبختانه به موقع اقدام کردیم و در حال حاضر وسایل مورد نیاز مراکز بهزیستی تامین شده است. البته به این فکر هستیم که نیاز مددجویان را به گونه ای تامین کنیم که در طول سال به مشکل برخورد نکنیم.

پورشبانان درباره گران شدن وسایل بهداشتی و مشکلات مددجویان و معلولان و لزوم افزایش کمک های نقدی نیز گفت: با توجه به قانون برنامه ششم مستمری مددجویان، رشد ۱۴ درصدی داشته است.

وی افزود: منابع مالی بهزیستی در قالب بودجه سالانه مصوب می شود و در حال حاضر مبلغ آن افزایش پیدا نکرده است اما امید است با در اختیار قرار گرفتن سبد حمایتی و پشتیبانی های مالی از سایر منابع، تغییر قیمت ها جبران شود. منتظر هستیم منابع لازم به هر طریقی که دولت صلاح دانست اختصاص یابد تا یا به صورت مستقیم در اختیار مددجو قرار گیرد یا در قالب یارانه ها به تولید کننده ها داده شود یا اینکه اقلام با واسطه بهزیستی تامین شود و در اختیار افراد مشمول قرار گیرد. انتهای پیام *

مدیرکل مشاوره نیروی انتظامی:

مددکاران ناجا سالانه ۴۰۰ هزار پرونده اجتماعی بررسی می کنند

تهران- ایرنا- مدیرکل مشاوره و مددکاری نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران گفت: سالانه ۴۰۰ هزار پرونده مرتبط با آسیب های اجتماعی مانند خودکشی توسط مشاوران و مددکاران ناجا در حدود ۴۴ مرکز نیروی انتظامی بررسی می شود.

به گزارش خبرنگار سلامت ایرنا، علی رضا حمیدی فر روز یکشنبه در دومین همایش ملی پیشگیری از خودکشی با بیان اینکه در این مراکز با حضور روانشناسان و مددکاران اجتماعی خدمات رایگان ارائه می شود، افزود: ۱۰ مرکز از این تعداد در تهران و بقیه در شهرستان ها هستند. همچنین در ۶۳۰ کلانتری، دایره مددکاری وجود دارد که در این مراکز پرونده های اختلافات خانوادگی بین زوجین و فرزندان توسط مددکار اجتماعی و مشاور بررسی می شود و موفقیت خوبی نیز در این زمینه حاصل شده است.

وی با بیان اینکه در این مراکز تلاش می شود سطح آگاهی های فردی و اجتماعی جامعه افزایش یابد، ادامه داد: روانپزشکان به ایجاد نظم عمومی و در انجام وظایف، به نیروی انتظامی کمک می کنند. همچنین به عنوان عضوی از پلیس در زمینه پیشگیری از آسیب های اجتماعی تلاش موثری دارند.

مدیرکل مشاوره و مددکاری نیروی انتظامی با اشاره به خودکشی اظهار داشت: فقر، طلاق، اختلافات زناشویی و افسردگی باعث اقدام به خودکشی یا آسیب رساندن افراد به دیگران می شود. در خودکشی قاتلی وجود ندارد که محاکمه شود. اقدام به خودکشی در زنان سه برابر آقایان و البته خودکشی موفق در آقایان سه برابر مردان است.

حمیدی فر افزود: عوامل موثر بر شیوع خودکشی به سه دسته سن، مذهب و جنس دسته بندی می شوند. شاخص های مهمی که قبل از خودکشی دیده می شود، افسردگی، گسیختگی در روابط صمیمانه شخصی، سابقه خودکشی در خانواده، انزوای اجتماعی، اعتیاد به مصرف الکل و اعتیاد، فقر و محرومیت مزمن و رفتارهای پرخطرانه است.

مدیرکل مشاوره و مددکاری نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران با اشاره به اهداف خودکشی بیان کرد: معمولاً کسانی که اقدام به خودکشی می کنند، میل به انتقام جویی دارند، احساسات همراه با ناامیدی، خیال پردازی های پیوستن به هم یا میل به مردن داشته اند.

حمیدی فر ادامه داد: از علت های خودکشی می توان به احتیاج به جلب توجه و کسب شهرت، احتیاج به تنبیه دیگران، فرار از مشکلات زندگی فردی و اجتماعی اشاره کرد.

وی با بیان اینکه شرایط اقتصادی نیز از جمله عوامل موثر بر خودکشی است، اظهار داشت: افسردگی، ازدواج ناموفق، عدم رضایت از روابط زناشویی و روابط سرد و خشک و ضعف در حل مسائل زندگی نیز از جمله عوامل فردی موثر بر خودکشی محسوب می شود.

مدیرکل مشاوره و مددکاری نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران ادامه داد: تجردگرایی نیز از جمله عوامل خانوادگی موثر بر خودکشی است.

حمیدی فر با بیان اینکه اخبار بر انجام خودکشی موثر است، گفت: بعد از اعلام اخبار خودکشی یا قتل یا پافشاری بر آسیب ها، انجام این موارد در جامعه تسری پیدا می کند. این درحالی است که جامعه علمی باید فرصت فکر کردن به خودکشی را با برنامه ریزی های درست و مناسب از حوزه خانواده تا دانشگاه ها و مدارس از افراد بگیرد تا جامعه با نشاط و پویایی شکل بگیرد. انتهای پیام *



"نماد"؛ راهبردی برای مقابله با آسیب های اجتماعی



همدان- ایرنا- دنیای نوجوانی به عنوان یکی از مهمترین و پرارزش ترین دوران زندگی هر فرد ارزیابی می شود؛ دورانی که به اعتقاد کارشناسان، همواره مورد تهدید آسیب های اجتماعی قرار دارد و آموزش و پرورش برای مقابله با این چالش طرح

های متنوعی همچون «نماد» را طراحی و اجرا می کند .

به گزارش ایرنا، در عصر جدید و با پیشرفت فناوری ها، نوع آسیب های اجتماعی نیز تغییر کرده است و به نوعی تنوع این آسیب ها باعث شده تا پدر و مادر بیشتر فرزندان خود را کنترل کنند.

آسیب هایی که در سن ۱۰ تا ۱۹ سالگی اگر پیشگیری نشوند موجب گسترش شدید و دامنه دار چالش هایی همچون فساد، اعتیاد، عصبان، تبهکاری، سرگردانی، دزدی و انحراف جنسی می شود. اگر استفاده از شبکه های اجتماعی نیز کنترل نشده باشند، می توانند این آسیب ها را تقویت کنند؛ چالشی دیگر که این روزها بیش از پیش مورد توجه کارشناسان مسائل اجتماعی، مسئولان و والدین قرار گرفته است.

امروزه با گسترش وسایل ارتباط جمعی همچون اینترنت، گوشی های تلفن همراه و ماهواره، نوجوانان و جوانان گمشده ها و کمبودهای عاطفی خود را در آن جست و جو می کنند و شرایط زندگی امروزی نیز به سمتی حرکت کرده که بیشتر نوجوانان برای دسترسی به اینگونه امکانات شرایط خوبی دارند.

برخی بازی های پرهیجان و بی محتوای رایانه ای، موسیقی های مبتذل غربی و اطلاعات ناشایست برخی صفحات اینترنتی دنیای پرخطری را برای نوجوانان ایجاد کرده و بر نگرانی ها در این حوزه افزوده است.

در همین چارچوب است که پدر و مادر باید هوشمندانه فرزندان خود را مدیریت کنند و بدانند اگر نوجوان خود در دریای پرتلاطم امواج ماهواره و اینترنت غرق می کنند، رهایی آنها از این دام ها کاری بس دشوار خواهد بود. به نوعی والدین باید مراقب تنهایی فرزند خود باشند.

از سوی دیگر اعتیاد همواره در کمین است و به گفته کارشناسان گرایش افراد به سمت هر نوع ماده مخدر از نوجوانی آغاز می شود. انحرافات جنسی نیز در طرف دیگر ماجرا می تواند عوارض اجتماعی ایجاد کند و در این زمینه عوامل مختلف محیطی، خانوادگی و اجتماعی سرچشمه اصلی این نوع انحراف ارزیابی شده است.

*** نقش آموزش و پرورش در پیگیری از آسیب های اجتماعی

اما آموزش و پرورش همواره برنامه هایی برای سلامت روان دانش آموزان داشته است که از جمله آنها می توان به محتوای کتاب های درسی، فعالیت های فوق برنامه، طرح تعالی مدیریت مدرسه و طرح شهاب اشاره کرد . همچنین آموزش و پرورش با اجرای «طرح نظام مراقبت اجتماعی دانش آموزان» (نماد) در حوزه سلامت روان، برنامه جامع رشدی یکپارچه ایجاد کرده است.

از آنجایی که فقدان آشنایی کافی نوجوانان با مهارت های اجتماعی ریشه بیشتر آسیب های اجتماعی دانش آموزان ارزیابی می شود و به تعبیری نقطه کوری در رشد شخصیت دلخواه و اجتماعی جوانان بشمار می رود، باید نسبت به آموزش مسائل این حوزه به نوجوانان تلاش بیشتری صورت گیرد.

شاید ایجاد تفریح های سالم، تقویت مطالعه، ورزش و یاد خداوند بتواند راهی برای خود باوری نوجوانان و پیشگیری از حرکت به سمت آسیب های اجتماعی باشد.

معاون تربیت بدنی و سلامت اداره کل آموزش و پرورش همدان در گفت و گو با ایرنا اظهار داشت: در سال تحصیلی جدید «طرح نماد» در ۲۵۰ آموزشگاه استان اجرا می شود.

عبدالله جعفری با بیان اینکه این طرح سال تحصیلی گذشته به صورت آزمایشی در ۱۲ مدرسه اجرا شد، افزود: سال تحصیلی ۹۷ - ۹۶ حدود سه هزار دانش آموز مدارس ناحیه یک همدان و شهرستان ملایر در طرح نماد، آموزش های پیشگیرانه فرا گرفتند. وی با اشاره به اینکه سال گذشته یک میلیارد و ۸۹۰ میلیون ریال اعتبار برای اجرای این طرح اختصاص یافت، ادامه داد: در نظر داریم امسال این طرح را به صورت کامل در یکی از شهرستان های همدان اجرا کنیم که با توجه به افزایش مدارس اعتبار آن نیز افزایش می یابد.

جعفری از پایش آسیب های اجتماعی تحت وب همزمان با اجرای این طرح در مدارس استان خبر داد و گفت: از ۲ هزار و ۵۰۰ آموزشگاه یکهزار و ۴۵۰ آموزشگاه اطلاعات دانش آموزان را در این سامانه ثبت کرده اند. وی با بیان اینکه ۱۶ مورد آسیب در حوزه اجتماعی شناسایی شده است، ادامه داد: بر اساس این اطلاعات، والدین بد سرپرست، خشونت و همچنین گرایش به خشونت بیشترین آمار را در بین دانش آموزان این استان نشان می دهد. معاون تربیت بدنی و سلامت اداره کل آموزش و پرورش همدان اجرای طرح پایش در تمام مدارس استان را برای دستیابی به آمار دقیق تر ضروری دانست.

جعفری ادامه داد: اعتیاد در رده چهاردهم آسیب های اجتماعی و فرار از مدرسه، کودکان کار، ترک تحصیل، فرار از منزل و ازدواج زود هنگام دختران در رده پنجم تا دهم آسیب های اجتماعی دانش آموزان قرار دارند. وی با تقدیر از همکاری ۱۲ ارگان با محوریت آموزش و پرورش در اجرای طرح نمود، گفت: معاونت اجتماعی نیروی انتظامی، دانشگاه علوم پزشکی، بهزیستی و کمیته امداد امام خمینی (ره) کمیته اصلی این طرح را تشکیل می دهند. جعفری با اشاره به اینکه در سال تحصیلی ۹۹ - ۹۸ این طرح در تمام مدارس استان اجرا می شود، تاکید کرد: پیشگیری مهمترین ابزار در آسیب های اجتماعی است و در عصر حاضر باید با آموزش، نوجوانان را از این دام نجات دهیم. وی عنوان کرد: ۳۵ تا ۴۰ نوع آسیب اجتماعی در تمام کشور های جهان شناسایی شده است که با برنامه ریزی دقیق می توان با آنها مقابله کرد.

معاون تربیت بدنی و سلامت اداره کل آموزش و پرورش همدان افزود: در برنامه های بعدی باید منشا این آسیب ها را بررسی کنیم چرا که با خشکاندن ریشه این آسیب ها، میوه های ناسالم نیز از بین می رود.

وی با بیان این که سال گذشته پوشش ۴۰ درصدی در اجرای برنامه های پیشگیری از آسیب های اجتماعی سطح مدارس اجرا شد، اضافه کرد: پیش بینی شده در سال تحصیلی جدید نیز ۵۰ درصد از مدارس زیر پوشش این برنامه ها قرار گیرند. جعفری از اجرای مرحله دوم این طرح برای والدین و کارکنان آموزش و پرورش خبر داد و افزود: در حوزه کارکنان سال گذشته یکهزار و ۹۰۰ تن و امسال نیز حدود ۲ هزار تن در دوره ای ۱۸ ساعته آموزش دیدند. وی ارتباط موثر با دانش آموزان را از موارد مهم در ارایه برنامه های پیشگیرانه دانست و تاکید کرد: امسال حدود هشت هزار جلد کتاب معلم با محتوای مهارت افزایی معلمان و ارتباط گیری موثر با دانش آموزان توزیع می شود.

معاون تربیت بدنی و سلامت اداره کل آموزش و پرورش همدان تاکید کرد: با اجرای طرح خطرپذیری و نمود، اتفاقات خوبی در جمع آوری اطلاعات و اقدامات پیشگیرانه در حوزه آسیب های اجتماعی دانش آموزان جمع آوری شده است. جعفری افزود: مسایل اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی درگیر این موضوع هستند که طرح نمود می تواند در این زمینه ها خدمات ارزنده ای به نوجوانان اهدا کند.

معاون تربیت بدنی و سلامت اداره کل آموزش و پرورش همدان اظهار داشت: ۱۶ عنوان فعالیت در چارچوب طرح نمود و در قالب تفاهم نامه ها در سطح مدارس استان برگزار می شود. وی ادامه داد: چهار طرح رشد مدار، طرح آموزش مقابله ای در دوره متوسطه اول و طرح مراقبت از خود از جمله طرح های اجرا شده در سال گذشته در سطح مدارس استان بود. انتهای پیام *



در گفتگو با مهر اعلام شد؛



اجرای طرح پیشگیری و کاهش طلاق در دانشگاه ها

مدیرکل دفتر مشاوره و سلامت سازمان امور دانشجویان از اجرای طرح پیشگیری و کاهش طلاق در دانشگاه ها در سال تحصیلی جدید خبر داد.

منصوره سادات صادقی در گفتگو با [خبرنگار مهر](#) در باره برنامه های مرکز مشاوره و سلامت وزارت علوم در سال تحصیلی جدید گفت: امسال طرح پایش سلامت روان و طرح پایش سلامت جسم مانند سال های گذشته اجرا می شود.

وی ادامه داد: فقط در سال جاری تاکید ما بیشتر بر روی روش اینترنتی است. دانشگاه ها از طریق اتوماسیون و در فرایند آموزش می توانند این کار را انجام داده و پیگیری های بعدی را داشته باشند، روش اینترنتی باعث می شود دسترسی به دانشجویان معرض خطر بهتر شود.

مدیرکل دفتر مشاوره و سلامت سازمان امور دانشجویان خاطرنشان کرد: برنامه پیشگیری از مصرف مواد همچنان امسال نیز اجرا خواهد شد، همچنین بر روی طرح پیشگیری و کاهش طلاق در دانشگاه ها کار خواهد شد، چون طلاق در سن جوانی در حال افزایش است و دانشجویان نیز در سن جوانی قرار دارند، این طرح امسال پیگیری می شود.

وی یادآور شد: بر روی برنامه های کاهش خشونت و یا پروتکل های مداخلاتی برای کاهش رفتارهای خود آسیب رسان نیز کار خواهیم کرد، برنامه کانون و همیاران سلامت روان نیز مثل دو سال قبل اجرا شده و آن را ارتقا خواهیم داد.

صادقی ادامه داد: یکی از طرح هایی که امسال جدی تر به آن خواهیم پرداخت طرح نشاط اجتماعی و طرح تاب آوری دانشجویان است. طرح های بدیع، پیام و انطباق پذیری شغلی نیز اجرا خواهد شد.

وی به هفته سلامت روان اشاره کرد و گفت: هفته سلامت روان نیز ۱۸ تا ۲۴ مهر برگزار خواهد شد که برای این دوره نیز برنامه هایی در دستور کار داریم.



مدیرکل دفتر سلامت روان وزارت بهداشت مطرح کرد:



چالشی به نام غیرقانونی نبودن مواد مخدر جدید

مدیرکل دفتر سلامت روان وزارت بهداشت یکی از چالش های پیش روی حوزه اعتیاد را مواجه شدن با مواد مخدر جدید عنوان کرد که نمی توان با آنها برخورد قانونی داشت.

به گزارش [خبرنگار مهر](#)، دکتر احمد حاجبی روز چهارشنبه در دوازدهمین کنگره بین المللی دانش اعتیاد که در مرکز همایش های رازی برگزار می شود گفت: یکی از نگرانی های ما طی یکی دو دهه اخیر در حوزه اعتیاد چرخش مواد رایج توسط مصرف کنندگان است.

وی با اعلام اینکه هر ساله تعداد زیادی از مواد مخدر و رونگردان ها از چرخه مصرف خارج می شود، افزود: متأسفانه با خروج این قبیل مواد شاهد ورود مواد جدیدی هستیم که برای برخورد با آنها با چالش مواجه شده ایم زیرا تا زمانی که بتوان این مواد را شناسایی کرد و آنها را در دسته مواد مخدر و رونگردان قرار داد در دسترس مصرف کنندگان قرار گرفته است.

مدیرکل دفتر سلامت روان وزارت بهداشت ادامه داد: مواد جدیدی که وارد چرخه مصرف می شود هنوز نمی توانیم با آنها برخورد قانونی داشته باشیم و همین مسئله مدیریت کاهش آسیب اعتیاد را دشوار می کند.

حاجبی در عین حال از اقدام وزارت بهداشت برای ارزیابی فنی و علمی مواد جدید خبر داد و گفت: طی چند ماه گذشته تصمیماتی

اتخاذ شده که بر اساس آن هر ماده ای که وارد میشود مورد ارزیابی فنی و علمی وزارت بهداشت قرار می گیرد که این کار باعث خواهد شد زودتر بتوانیم در مسیر برخورد با مواد جدید اقدام کنیم.



معاون بهداشت وزارت بهداشت عنوان کرد:



۵۰ درصد معنادان مبتلا به هیپاتیت C هستند

معاون بهداشت وزارت بهداشت از ابتدای بیش از ۵۰ درصد افراد معناد در کشور به هیپاتیت C خبر داد.

به گزارش **خبرنگار مهر**، دکتر علیرضا رئیسی امروز در دوازدهمین کنگره بین المللی دانش اعتیاد که در مرکز همایش های رازی برگزار می شود، گفت: برنامه های وزارت بهداشت در راستای پیشگیری از اعتیاد در قالب تدوین بسته های آموزشی برای والدین تعریف شده است.

وی از تدوین دو بسته پیشگیری از اعتیاد برای سنین دو تا ۱۲ سال و همچنین ۱۲ تا ۱۸ سال خبر داد و افزود: عمده محتویات این بسته ها مبتنی بر فرزندپروری و آموزش والدین است.

معاون بهداشت وزارت بهداشت با اشاره به وجود ۲۲ هزار مراقب سلامت در کشور که کار آموزش و پیشگیری از اعتیاد را دنبال میکنند، ادامه داد: برنامه مهمی که وزارت بهداشت در همین راستا انجام داده این است که خدمات پیشگیری از اعتیاد را در نظام شبکه بهداشتی کشور ادغام کرده ایم.

به گفته رئیسی ۱۵۰۰ نفر کارشناس بهداشت روان برای همین حضور به کارگیری شده اند.

معاون وزیر بهداشت تاکید کرد: در حوزه کاهش و آسیب دستاوردها و مباحث علمی در موضوع پیشگیری وجود دارد که باید آنها را مورد توجه قرار دهیم.



سرپرست وزارت رفاه خبر داد



استقرار ۵۰۰۰ تیم پیشگیری بهزیستی در محلات با ریسک بالای اعتیاد / ۲۳ درصد کارگران عسویه

معتادند *

سرپرست وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی با تاکید بر لزوم لحاظ پیوست های اجتماعی در برنامه ریزی های کشور به آسیب های اجتماعی در منطقه عسویه اشاره کرد و گفت: طبق تحقیقی که در این شهر انجام شده است ۲۳ درصد جامعه کارگران دچار معضل اعتیاد هستند و این موضوع نشان از این است که بحث های پیوست های فرهنگی، اجتماعی و زیست محیطی را در پروژه های بزرگ توسعه زیربنایی کنار گذاشته ایم.

به گزارش ایسنا، انوشیروان محسنی بندپی در جلسه شورای اجتماعی خوزستان که (۱۵ شهریورماه) در استانداری خوزستان برگزار شد، با اشاره به ایجاد شکاف در جامعه و افزایش روزافزون آسیب های اجتماعی اظهار کرد: تحولات سریع در محیط زیست،

صنعتی شدن زندگی و نگاهی که به مسائل توسعه کشور داشته‌ایم، در این عوامل موثر هستند.

وی افزود: با نگاه به برنامه‌های اول تا پنجم می‌بینیم که اقتصاددانان برای ما برنامه ریزی می‌کردند و هیچ وقت از جامعه شناسان و کسانی که متخصص جامعه شناسی و علوم اجتماعی هستند، برای نگارش برنامه‌ریزی‌های مسائل اجتماعی دعوت نشده است.

سرپرست وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی به آسیب‌های اجتماعی در منطقه عسلویه اشاره کرد و ادامه داد: طبق تحقیقی که در این شهر انجام شده است ۲۳ درصد جامعه کارگران دچار معضل اعتیاد هستند و این موضوع نشان از این است که بحث‌های پیوست‌های فرهنگی، اجتماعی و زیست‌محیطی را در پروژه‌های بزرگ توسعه زیربنایی کنار گذاشته‌ایم.

محسنی بندپی گفت: طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت سلامت در سال ۱۹۴۷، سلامت تنها نبود بیماری نیست بلکه آسایش روحی، روانی، سلامت معنوی و اجتماعی را شامل می‌شود که این موضوع را فراموش کرده ایم. شاید انواع واکسیناسیون را انجام داده‌ایم اما به سلامت اجتماعی نگاه علمی نداشته‌ایم.

وی افزود: عدم نگاه علمی کارشناسی و دقیق، بروز و شیوع و رشد آسیب‌های اجتماعی را در اعتیاد، طلاق، مفاسد اخلاقی و اختلال روحی و روانی و حاشیه نشینی در بر داشته است.

سرپرست وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی با اشاره به رویکرد دولت دوازدهم در زمینه سلامت اجتماعی بیان کرد: از مهمترین رویکردهای این دولت در کنار مجلس شورای اسلامی، بحث ایجاد سلامت اجتماعی است و برای اولین بار در برنامه‌های توسعه‌ای به سلامت اجتماعی نگاه علمی و کارشناسی شده است.

وی با بیان اینکه آسیب‌های اجتماعی نیازمند پیشگیری است، تصریح کرد: یک دستگاه دولتی نمی‌تواند به تنهایی در بحث آسیب‌های اجتماعی عمل کند و پیشگیری از این آسیب‌ها نیازمند هم‌افزایی بین دستگاه‌های دولتی و نگاه اجتماع محور از بیرون است و باید از طریق سازمان‌های مردم‌نهاد، اجتماعی کردن این آسیب‌ها و کمک گرفتن از مردم حل شوند و دولت باید سیاست‌گذاری‌ها را انجام دهد.

محسنی بندپی با اشاره به اجرای طرح نماد جهت کاهش آسیب‌های اجتماعی بیان کرد: برای نخستین بار در طرح نماد برای تدوین و تولید بسته‌های مددکاری و بسته‌های روانشناسی ۹ دستگاه در کنار یکدیگر قرار گرفته‌اند.

وی با بیان اینکه برخی از عوامل کاهش آسیب‌های اجتماعی از جمله توانمندسازی باید از سنین پایه انجام شود، گفت: این طرح در حال ملی شدن است و برای اولین بار ۹ وزارتخانه دور هم جمع شده‌اند تا از سنین پایه در خصوص کاهش آسیب‌های اجتماعی کار کنند. نتایج طرح نماد شاید ۱۰ تا ۱۵ سال دیگر نشان داده شود اما اجرای آن از اکنون آغاز شده است.

سرپرست وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی با اشاره به اقدامات انجام شده جهت مبارزه با مواد مخدر بیان کرد: در این جهت اقدامات خوبی انجام شده است البته سه استان در افغانستان که با ایران هم مرز هستند، ۳۰۰ درصد سطح تولید کشت مواد مخدر را افزایش داده‌اند و طبیعتاً صف اول مقابله با عرضه مواد مخدر نیز نیروهای ناجا هستند.

وی با تأکید بر اصل قرار دادن پیشگیری در همه مسائل گفت: در زمینه مبارزه با مواد مخدر، ۵۰۰۰ تیم سازمان بهزیستی در ۵۰۰۰ محله که ریسک بالایی دارند استقرار یافته‌اند و در حال انجام پیشگیری هستند.

محسنی بندپی تصریح کرد: کمپ‌ها در درمان اعتیاد هیچ اثربخشی ندارند و باید این موضوع را بپذیریم که دیگر زمان آزمون و

خطا سپری شده است. به همین دلیل به سمت درمان اجتماع مدار رفته ایم زیرا اثربخشی این نوع درمان بیش از ۳۵ درصد است در حالی که راندمان اثربخشی در کمپ ها پنج درصد است.

سرپرست وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی بیان کرد: در بحث درمان اعتیاد به دو گروه سنی زنان و کودکان توجه ویژه ای کرده ایم. نقش زنان در بحث اعتیاد می تواند تاثیر زیادی داشته باشد؛ به طور مثال در تحقیقی که در استان سیستان و بلوچستان انجام شد، در نظرسنجی در دو مرکز بهبودپذیری و اقامتی کودکان، بالای ۵۰ درصد کودکانی که در این مراکز بودند مادر معتاد داشتند.

محسنی بندپی گفت: در بحث درمان اعتیاد حلقه مفقوده ای وجود دارد که در آن زمینه غفلت کرده ایم. عدم توانمندسازی افرادی که مراحل پاکسازی را طی می کردند و کسانی که دچار ناراحتی خانوادگی و بیکاری و معضلات دیگری هستند، موجب می شود مجدداً به اعتیاد بازگردند. باید بپذیریم در این جهت سیاستگذاری های ناقصی داشته ایم. در قانون برنامه ششم، راه اندازی مرکز جامع توانمندسازی و صیانت از بهبود یافتگان مد نظر قرار گرفته است.

وی بیان کرد: شهرداری یکی از سازمانهایی است که باید در این زمینه اقدام کند و در این خصوص باید ۱۷,۵ درصد بودجه شهرداری ها در مسائل فرهنگی و اجتماعی هزینه شود.

سرپرست وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی با اشاره به تلاش جهت کاهش طلاق گفت: سامانه ثبت الکترونیکی طلاق در کشور راه اندازی شده است که آثار آن را مشاهده کرده ایم و یکی از راههای کاهش طلاق این موضوع بوده است.

وی ادامه داد: قبل از اینکه دادخواست طلاق در دادگاه ثبت شود، در سازمان بهزیستی ثبت می شود و به فراخوری که مشکل عنوان می شود، زوجین به مشاوران بخش خصوصی ارجاع داده می شوند. این کار در بدو مساله انجام می شود زیرا در پایان کار طلاق مداخله اثر ندارد. این موضوع در مشهد به عنوان پایلوت اجرا شده است که در سال نخست ۸ درصد و در سال دوم ۱۱ درصد کاهش طلاق داشته ایم.

محسنی بندپی بیان کرد: ۴۷ درصد طلاق ها در پنج سال نخست زندگی رخ می دهد یعنی هنوز نتوانسته ایم در بحث توانمندسازی، اجتماع پذیری و تحمل نقد روی زوج های جوان کار کنیم که در حال کار در این زمینه هستیم.

سرپرست وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی عنوان کرد: خوزستان استان استراتژیکی است و علیرغم فراوانی آب به دلیل عدم برنامه ریزی مناسب از کمبود آب آشامیدنی رنج می برد. همچنین جنگ تحمیلی و ریزگردها خوزستان را تحت تاثیر قرار داده است.

وی با بیان اینکه باید نگاه ملی به خوزستان بیشتر باشد، گفت: در بخش سازمان بهزیستی اعلام کرده ایم که اولویت گسترش پایگاه های اجتماعی و اورژانس اجتماعی در خوزستان رعایت شود؛ به طوری که ۱۱ شهرستان این استان از پایگاه اجتماعی برخوردار شده اند.

محسنی بندپی بیان گفت: همچنین مرکز جامع خدمات بهزیستی که تلفیقی از حوزه اجتماعی، توانبخشی و پیشگیری است، در حاشیه شهر اهواز راه اندازی خواهد شد.

سرپرست وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی بیان کرد: تا قبل از سال ۹۶ به خانواده های یک نفره تحت پوشش بهزیستی ۵۳ هزار تومان مستمری پرداخت می شد، این رقم در ۹۶ سال به ۱۴۸ هزار تومان و در سال ۹۷ به ۱۶۸ هزار تومان افزایش یافته است.

وی افزود: همچنین دولت مکلف کرده ۷۶۰ هزار خانوار پشت نوبتی، تحت پوشش بهزیستی قرار بگیرند و خوزستان نیز اولویت قرار داده شده است.

محسنی بندپی با اشاره به دیگر خدمات سازمان بهزیستی بیان کرد: در هر خانواده ای که دارای یک فرزند معلول باشد، برای بارداری دوم هزینه آزمایش ژنتیک بر عهده سازمان بهزیستی خواهد بود؛ البته کسانی که تحت پوشش کمیته امداد هستند این هزینه را کمیته امداد می پذیرد. انتهای پیام



مشاور ارشد ستاد توسعه علوم شناختی مطرح کرد



ضرورت گسترش تحقیقات در زمینه پیشگیری از اعتیاد/بررسی مداخلات درمانی و شناختی در کنگره

دانش اعتیاد *

مشاور ارشد ستاد توسعه علوم و فناوری های شناختی در امور آموزش در دوازدهمین کنگره بین المللی "دانش اعتیاد"، گسترش فعالیت های تحقیقاتی و تخصصی در امر پیشگیری از اعتیاد، درمان و توانبخشی معتادان را خواستار شد.

به گزارش ایسنا، دکتر محمد تقی جغتایی، رییس دوازدهمین کنگره بین المللی "دانش اعتیاد" در مراسم گشایش این همایش ملی و بین المللی اظهار کرد: معضل اعتیاد یک مشکل عمده در حوزه سلامت شناخته می شود و برای مقابله با این پدیده باید فعالیت های علمی، تحقیقاتی در امر پیشگیری، درمان و توانبخشی گسترش یابد.

وی برگزاری کنگره بین المللی دانش اعتیاد را فرصتی مناسب برای تبادل تجارب و یافته ها در حوزه های مختلف در ارتباط با دانش اعتیاد یاد کرد و ارائه رویکرد سازنده در امر سیاست گذاری، پیشگیری و درمان این پدیده اجتماعی را ضروری دانست.

دکتر جغتایی با اشاره به اینکه تمامی ابعاد دانش اعتیاد از جمله مداخلات درمانی و شناختی در این همایش مورد بررسی قرار می گیرد، افزود: عوارض شناختی اعتیاد و راه های بازتوانی شناختی آن از موضوعات مهم در کنگره بین المللی دانش اعتیاد است.

وی در این کنگره بین المللی که ۱۰ تن از محققان و متخصصان رشته های علمی مرتبط با دانش اعتیاد از کشورهای اروپایی، امریکا و استرالیا نیز شرکت دارند، افزود: تلاش می شود بر اساس یافته های محققان، مکانیزم ها و روش های مناسب در امر پیشگیری از اعتیاد و نیز توانمندسازی معتادان تدوین شود و در سیاست گذاری ها مورد توجه قرار گیرد.

دکتر حامد اختیاری، دبیر علمی این کنگره نیز در سخنانی پیشگیری از اعتیاد را یک امر حیاتی دانست و اتخاذ رویکردهای سازنده برای مقابله با پدیده شوم اعتیاد را خواستار شد.

وی گفت: در این کنگره اساتید، صاحب نظران، اندیشمندان، پژوهشگران و دست اندرکاران علمی، تحقیقاتی و تخصصی در سطوح ملی و بین المللی، نقطه نظرات و تجارب خود را در زمینه آخرین یافته های پژوهشی در حوزه اعتیاد از منظر علوم پایه، بالینی، اجتماعی، حقوق و اثرات و پیامدهای مصرف مواد اعتیادآور به اشتراک می گذارند.

در این مراسم به دانشمندان و محققان جوان در حوزه های مختلف بواسطه انجام فعالیت های تحقیقاتی و ارائه راهکارهای مفید در امر پیشگیری از اعتیاد و بازتوانی شناختی مبتلایان به این معضل اجتماعی، دیپلم افتخار و جوایزی نیز اهدا شد.

این کنگره از سوی مرکز تحقیقات سلولی و مولکولی دانشگاه علوم پزشکی ایران و با حمایت ستاد توسعه علوم و فناوری های شناختی و شماری از مراکز پزشکی، تحقیقاتی و اجرایی برگزار شده است.

بر اساس اعلام معاونت علمی، کنگره بین المللی دانش اعتیاد به مدت سه روز و تا شانزدهم شهریور ماه جاری در مرکز همایش های بین المللی رازی تهران ادامه دارد. انتهای پیام



آمارهای سازمان جهانی بهداشت از آسیب های زنان در جهان



متخصص سازمان پزشکی قانونی تهران با ارائه گزارشی از آمار آسیب های زنان در جهان توسط سازمان جهانی بهداشت، گفت: با توجه به اینکه خشونت علیه زنان منجر به ایجاد عوارض روانی جسمانی و بیماری زنان در خانم ها می شود نیاز است تا هر زن آسیب دیده مراجعه کننده قبل از هر چیز از نظر آسیب های روانی مورد ارزیابی قرار گیرد.

به گزارش ایسنا، فریده خداینده متخصص پزشکی قانونی سازمان پزشکی قانونی تهران در دومین روز از همایش ملی پیشگیری از خودکشی در ارزیابی افکار خودکشی در زنان کتک خورده با بیان اینکه پزشکی قانونی در این زمینه آمار دقیقی ندارد و نمی توان آمارهای ارائه شده را به کل جامعه تعمیم داد به موضوع شانس و اقبال اشاره کرد و گفت: همه ما دوست داریم که شانس و اقبال خود را عوض کنیم شانس و اقبال نشان از سیکل خشونت در زنان است که این نشان از آن دارد که یک فرد می تواند از هر یک از اعضای خانواده آسیب ببیند. آزارهایی مثل همسر آزاری، گرچه شوهر آزاری در دنیا وجود دارد اما زن آزاری بسیار بیشتر است که هرچه این خشونت ها بیشتر باشد احساسات کوچکتر می شوند.

وی با اشاره به اطلاعات سازمان بهداشت جهانی از آسیب ها علیه زنان گفت: ۳۰ درصد از خشونت ها از طرف غیر همسر، ۷۰ درصد از طرف همسر و زنانی هم که تجربه خشونت از طرف همسر را داشته اند افسردگی در آنها دو برابر بیشتر دیده شده است. همچنین حدود ۷۵۰ میلیون دختر و زن در سن زیر ۱۸ سال ازدواج کرده اند، ۱۲۰ میلیون زن و دختر نیز تجربه ارتباط جنسی اجباری را داشتند که این آمار در جامعه ایران دچار مشکل است.

خداینده با اشاره به آمارهای «WHO» درباره شیوع خشونت بر علیه زنان اظهار کرد: جوامع مختلف بر اساس ایدئولوژی، نوع بیماری ها را در ۶ منطقه تقسیم کردند که آسیای جنوب شرقی بالاترین آمار برای آسیب را به خود اختصاص داده و به ترتیب در آفریقا، اقیانوسیه و حتی کشورهای آمریکایی با ۲۹ درصد، خشونت علیه زنان به چشم می خورد.

این متخصص پزشکی قانونی با بیان اینکه خشونت علیه زنان عوارض روانی جسمانی و بیماری های زنان را در پی دارد، گفت: افسردگی های روانی، بیماری های اضطرابی، اقدام به خودکشی، اختلال در نوع غذا خوردن و آسیب های متعدد از عوارض بیماری های روانی ناشی از خشونت علیه زنان است. همچنین کمر درد، مشکلات گوارش، وضعیت سلامت پایین، محدودیت های حرکتی، بارداری های ناخواسته و سقط جنین از عوارض بیماری های جسمانی ناشی از خشونت علیه زنان می باشد.

وی با بیان اینکه دو برابر زنان آسیب دیده از نظر مطالعه نسبت به افراد معمولی مشکلات بیشتری دارند و دوبرابر به سمت کارهای خلاف و مواد مخدر گرایش پیدا می کنند، گفت: در برنامه سندروم استکهلم ارزیابی انجام دادیم مبنی بر اینکه چرا زنانی که کتک می خورند بازهم به زندگی با همسر خود تن می دهند و سکوت می کنند. در این ارزیابی هدف این بود که ببینیم اصلا زنان آسیب دیده به خودکشی فکر می کنند که در همین راستا در هر پنج مرکز پزشکی قانونی در تهران بررسی های انجام شد و به همین منظور ۶۲۱ نفر از زنان آسیب دیده حاضر به شرکت و پاسخ به پرسشنامه ها در این حوزه شدند که در این ارزیابی هدف

ما بررسی تفکر زنان آسیب دیده از نظر مرگ بود که آیا هیچ وقت این افراد برنامه ریزی برای خودکشی داشته اند و یا تاکنون اقدام به خودکشی کرده اند؟

این متخصص پزشکی قانونی تهران ادامه داد: نتایج به دست آمده از این ارزیابی نشان داد که زنان دیپلمه اغلب خانه دار دارای یک تا دو فرزند به این موضوع فکر کرده اند که هر چه مدت ازدواج بیشتر بوده تعداد آنها افزایش داشته که در بیشتر این ازدواج ها در ابتدای ازدواج هیچ عشقی در میان نبوده و اغلب افرادی بودند که کتک خورده بودند. اگر چه کسانی که از این زنان انتخاب کردیم لزوماً باید حتماً کتک خورده می بودند؛ ولی همه این زنان افرادی بودند که به شدت از کتک رنج می بردند و بیشتر از نظر آسیب های روانی دچار مشکل بودند که هر چه طول مدت ازدواج آنها بیشتر بود. افکار خودکشی در این افراد بیشتر می شد.

وی در همین راستا افزود: در این ارزیابی سعی کردیم تا ببینیم چه چیزهایی در این موضوع دخیل بوده که سن همسران و نوع آسیب های وارد شده و تعداد دفعات آسیب های وارد شده به زنان آسیب دیده در این موضوع بسیار تاثیرگذار بود و لازم به ذکر است که شغل زنان آسیب دیده و یا حتی سنین آنها هیچ ارتباطی به این موضوع نداشته است.

وی گفت: سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۱ در کشورهای مختلفی بررسی های مختلف انجام داده که نشان می دهد افکار خودکشی در زنان کتک خورده بسیار بالا بوده است؛ البته نیاز است تا هر زن مراجعه کننده آسیب دیده ای از نظر آسیبهای روانی ارزیابی شود چرا که ممکن است بعدها خودکشی، اقدام به خودکشی و یا حتی خودکشی های موفق داشته باشد. انتهای پیام



رئیس سازمان امور دانشجویان خبر داد



ارائه خدمات مشاوره های رایگان به دانشجویان همزمان با آغاز سال تحصیلی

رئیس سازمان امور دانشجویان از برنامه وزارت علوم برای بهره مندی همه دانشجویان از خدمات مشاوره ای و روانشناختی در سال جاری خبر داد و گفت: بر اساس این برنامه تمامی دانشجویان اعم از ورودی جدید و ... در طول سال تحصیلی از خدمات مشاوره ای و روانشناسی رایگان دانشگاه ها استفاده خواهند کرد.

دکتر مجتبی صدیقی در گفت و گو با ایسنا، ضمن بیان این مطلب در خصوص خدمات مشاوره وزارت علوم به دانشجویان در سال تحصیلی جدید، گفت: یکی از برنامه های این وزارتخانه کنترل مشکلات جسمی و پزشکی دانشجویان است. در عین حال تلاش می کنیم وضعیت روحی و روانی آنها را در مراحل اولیه بررسی کنیم که این اقدامات از سوی وزارت علوم برای ورودی های جدید دانشگاه ها به طور سالیانه انجام می شود تا اگر احیاناً مشکلی برای این دانشجویان احساس شود، سعی می کنیم آن دانشجو رصد و مشکل او رفع شود.

وی در ادامه تصریح کرد: یکی از تاکیدات وزیر علوم این است که پوشش خدمات روحی و روانی دانشجویان به صورت همه گیر و برای تمامی دانشجویان دانشگاه ها در طول تحصیل اجرایی شود و اینطور نباشد که فقط برای دانشجویان جدیدالورود این اقدام صورت بگیرد.

رئیس سازمان امور دانشجویان همچنین خاطرنشان کرد: خدمات مشاوره ای و روانشناسی وزارت علوم در طول سال برای تمام دانشجویان توسعه بیشتری خواهد یافت و کارشناس های مراکز امور روانشناسی باید مرتب وضعیت روحی و روانی دانشجویان را رصد کنند. البته کانون های همیار دفاتر و مشاوره دانشگاه ها که توسط خود دانشجویان اداره می شوند، بخشی از این خدمات را

ارائه می‌دهند. یعنی آنها رابط بین دانشجویان و دفاتر مشاوره دانشگاه‌ها هستند و از این دفاتر آموزش می‌بینند و مطالب دانشجویان را نیز به دفاتر انتقال می‌دهند.

معاون وزیر علوم با تاکید بر اینکه خدمات مشاوره‌ای وزارت علوم در سال تحصیلی جدید به صورت همه‌گیر برای تمامی دانشجویان اجرایی خواهد شد، گفت: خوشبختانه در حال حاضر توسعه کانون‌های همیاران دفاتر و مشاوره در دانشگاه‌ها به گونه‌ای بوده است که بتواند خدمات خود را برای تمامی دانشجویان ارائه دهد. به طوریکه تعداد ۳۵۶ کانون همیار سلامت در دانشگاه‌ها فعال هستند و بیش از ۱۴ هزار دانشجو عضو این کانون‌ها هستند که می‌توانند پوشش همه‌گیر و مناسبی را برای دانشجویان داشته باشند.

دکتر صدیقی خاطرنشان کرد: البته طبیعی است که هر دانشگاهی که نیاز بیشتری به خدمات مشاوره‌ای داشته باشد، کارشناسان سازمان امور دانشجویان در این زمینه کمک‌های لازم را ارائه دهند.

وی با تاکید بر اینکه آمارهای اعلام شده در خصوص میزان آسیب‌های روانی و اجتماعی دانشجویان ضد و نقیض هست، گفت: ما سه سال به طور متوالی وضعیت دانشجویان را از نظر روحی و روانی در بخش‌های مختلف نظیر زیست و زندگی دانشجویی مورد بررسی و ارزیابی قرار دادیم تا از بروز مشکلات جسمی و روحی پیشگیری کرده و در نهایت در صورت وجود مسئله‌ای خاص با مداخل مستقیم به درمان آنها بپردازیم.

رئیس سازمان امور دانشجویان در پایان با تاکید بر اینکه خدمات مشاوره‌ای وزارت علوم شامل اعضای هیات علمی دانشگاه‌ها نمی‌شود، گفت: برنامه‌ای برای ارائه این خدمات در سطح اعضای علمی در دست نداریم. انتهای پیام



آیا حاشیه‌نشین‌ها بیشتر مرتکب جرم می‌شوند؟



دبیر گروه جامعه‌شناسی شهر و مطالعات منطقه‌ای انجمن جامعه‌شناسی ایران با رد برخی اظهارات جامعه‌شناسان مبنی بر توسعه آسیب‌ها و جرائم اجتماعی بین حاشیه‌نشین‌ها گفت: نمی‌توان گفت افراد ساکن در این بافت‌ها بیشتر مرتکب جرم می‌شوند چرا که داده‌های تجربی نشان داده طبقات مرفه جامعه به دلیل توان مالی، بسیاری از جرائم خود را پنهان می‌کنند و کمتر به دستگاه‌های انتظامی احضار می‌شوند این درحالیست که طبقات ناتوان به دلیل نگاه‌های منفی، بیشتر در دید دستگاه‌های انتظامی هستند.

عبدالوهاب شهلی‌بر در گفت‌وگو با ایسنا، بیان کرد: بعد از شکل‌گیری دوره مدرن در ایران و اصلاحات ارضی، خیل عظیم روستائیان به منظور اشتغال در فعالیت‌های صنعتی به شهرها مهاجرت کردند که منجر به شکل‌گیری پدیده "حاشیه‌نشینی" شد؛ این در حالیست که موج جدید حاشیه‌نشینی در کشور ریشه در تضعیف توان مالی خانوارهای شهری و بالا رفتن اجاره بهای مسکن شهری دارد به طوریکه این افزایش بهاء خارج از توان درآمدی آنهاست.

وی در ادامه گفت: باتوجه به افزایش قیمت مسکن، خانوارهایی که توان مالی برای ادامه سکونت در مراکز شهر و محله‌های مناسب را از دست می‌دهند، مجبور به ترک شهر و سکونت در مناطق حاشیه‌ای می‌شوند.

خشکسالی از عوامل تشدیدکننده حاشیه‌نشینی در کشور

او یکی دیگر از عوامل اصلی در تشدید حاشیه‌نشینی را خشکسالی در کشور دانست و افزود: خشکسالی در مناطق کشور منجر به تشدید مهاجرت به سه کریدور استان‌های تهران- البرز، استان‌های شمالی و استان‌های مرکزی مانند یزد و اصفهان شده است چراکه روستائیان برای یافتن حداقل امرار معاش خود به نواحی که فعالیت‌های اقتصادی در آنجا مستقر است مهاجرت کرده و این مسئله یکی از موتورهای تولیدکننده موج جدید حاشیه‌نشینی است.

دبیر گروه جامعه‌شناسی شهر و مطالعات منطقه‌ای انجمن جامعه‌شناسی، کاهش سرانه‌ها را یکی از معضلات حاشیه‌نشینی دانست و به دیگر معضلات این پدیده، اشاره کرد و گفت: در بافت حاشیه شهرها خدمات بهداشتی، آموزشی و ... نسبت به کلان‌شهرها بسیار کمتر است.

شهلی‌بر با اشاره به اینکه بخش بزرگی از افراد مهاجر به حاشیه شهرها کسانی هستند که از کلان‌شهرها به این نقاط مهاجرت می‌کنند، تاکید کرد: آسیب‌های کلی مانند پایین بودن درآمد خانوارها منجر به ایجاد انواع جرائم و خشونت می‌شود؛ همچنین خانواده‌های ساکن در شهرها و یا روستاها به دلیل افزایش حاشیه‌نشینی دچار آسیب‌های جدی می‌شوند، زیرا کودکی که تاکنون در شرایط مطلوبی زندگی کرده به دلیل ناتوانی مالی خانواده خود به شهرهای اقماری مهاجرت می‌کند این درحالیست که این نقاط حاشیه‌ای نسبت به کلان‌شهرها خدمات مطلوبی ندارند.

او با بیان اینکه کودکان و خانواده‌ها جزو کسانی هستند که می‌توانند به طور جدی قربانی این مسئله شوند، گفت: باتوجه به ازدیاد مسائل و آسیب‌های اجتماعی در شهرهای اصلی کشور، دستگاه‌های دولتی توان پرداخت و ارائه خدمات به سکونتگاه‌های غیر رسمی را ندارند، در همین راستا بسیاری از نقاط حاشیه‌نشین نادیده گرفته می‌شوند، چراکه افراد ساکن در حاشیه شهرها توان چانه‌زنی و دریافت حقوق شهروندی خود را ندارند.

سرانه آموزشی در حاشیه شهرها بسیار پایین است

وی در ادامه صحبت‌هایش به اجرای سیاست‌های خصوصی‌سازی در کشور و تسریع این روند در جامعه اشاره کرد و گفت: باتوجه به افزایش مدارس غیرانتفاعی که موجب تشدید شکاف طبقاتی شده، کودکانی که از نقاط مرکزی به حاشیه شهر مهاجرت کرده‌اند در ابتدا با کمبود خدمات آموزشی مواجه می‌شوند.

این جامعه‌شناس حوزه شهری با بیان اینکه در بافت‌های حاشیه‌ای سرانه آموزشی به شدت کم است، گفت: در این نقاط به دلیل دور بودن مدارس بسیاری از کودکان مجبور به ترک تحصیل هستند و یا اغلب به کار کردن در سنین پایین روی می‌آورند که این مسئله می‌تواند موجب انواع تجاوزهای جنسی یا ایجاد انواع معضلات سلامت جسمانی برای کودکان شود و یا به علت نبود سیاست‌های حمایتی در تله فقر و فلاکت بیفتند.

شهلی‌بر با اشاره به اینکه بافت‌های حاشیه شهر موجب ایجاد شکاف طبقاتی می‌شود، خاطرنشان کرد: افراد ساکن در نقاط حاشیه شهر، به نوعی از روند معمولی زندگی مهارت‌های شغلی و آموزشی محروم هستند.

حاشیه‌نشین‌ها بیشتر مرتکب جرم می‌شوند؟

وی در ادامه با مخالفت شدید نسبت به برخی اظهارات جامعه‌شناسان مبنی بر اینکه توسعه آسیب‌ها و جرائم اجتماعی تنها در اقشار حاشیه‌نشین اتفاق می‌افتد، گفت: نمی‌توان گفت افراد ساکن در این بافت‌ها بیشتر مرتکب جرم می‌شوند چرا که داده‌های تجربی نشان داده طبقات مرفه جامعه به دلیل رفاه و توان مالی، بسیاری از جرائم خود را پنهان می‌کنند و کمتر به دستگاه‌های

انتظامی احضار می‌شوند این درحالیست که طبقات ناتوان جامعه به دلیل قرار گرفتن در معرض دید و وجود نگاه‌های منفی، بیشتر در دید دستگاه‌های انتظامی هستند؛ به همین دلیل نباید همیشه به این قشر از جامعه نگاهی منفی داشت.

این جامعه‌شناس شهری در پایان نبود سیاست توزیع مسکن و چتر حمایتی برای مردم و جامعه را از عوامل اصلی تشدید حاشیه‌نشینی دانست و افزود: باتوجه به اصل ۳۱ قانون اساسی، دولت‌ها موظف هستند تا برای همه شهروندان ایرانی سرپناهی در شأن آنها فراهم کنند این در حالی است که روز به روز قیمت مسکن افزایش داشته که مشکل اصلی در این زمینه نبود سیاست‌های کارآمد مسکن و بی‌نظمی در این حوزه است؛ در همین راستا سپردن فرآیند تامین مسکن به فرآیندهای سوداگرانه موجب شده تا کالای عمومی چون مسکن روز به روز از دسترس مردم خارج شود. انتهای پیام



مدیرکل دفتر تحقیقات و آموزش ستاد مبارزه با مواد مخدر:



خانواده رکن مهم در پیشگیری از اعتیاد است

مدیرکل دفتر تحقیقات و آموزش ستاد مبارزه با مواد مخدر گفت: خانواده رکن مهمی در پیشگیری از اعتیاد و آسیب‌های اجتماعی است.

به گزارش ایسنا، حمید صرامی در سلسله نشست‌های راویان مکتب حسینی از نشست‌های آموزشی پیش از اعزام مبلغین محرم در دفتر تبلیغات اسلامی گفت: بسیاری از مردم در جامعه شناخت صحیحی از اعتیاد و مضرات مواد مخدر ندارند.

مدیرکل دفتر تحقیقات و آموزش ستاد مبارزه با مواد مخدر افزود: اعتیاد قشر جوان و نوجوان را تهدید می‌کند و دشمن بر روی این مساله سرمایه‌گذاری می‌کند تا توان‌اندیشه و تلاش را از جامعه بزداید.

وی تصریح کرد: اعتیاد رابطه زیادی با بیکاری ندارد و بخش زیادی از افراد معتاد دارای شغل هستند و صرفاً بیکاری عاملی برای جذب به سوی اعتیاد نیست؛ امروز یکی از مصیبت‌های مهم جهانی مساله اعتیاد است، به طوری که بیش از ۸۰۰ ماده شناخته شده به عنوان مخدر جوامع را تهدید می‌کند.

صرامی بیان کرد: قاچاق مواد مخدر انبوهی از ثروت را روانه جیب قاچاقچیان می‌کند، از این رو حاضرند به هر قیمتی آن را مبادله کرده و با جان خود و دیگران بازی کنند و سلامت جامعه را به مخاطره بیندازند. وی خاطرنشان کرد: گاهی تبلیغ برای مصرف مواد مخدر در فضای مجازی و شبکه‌های اجتماعی دیده می‌شود اما بسیاری از افراد از این مساله غافل هستند.

مدیرکل دفتر تحقیقات و آموزش ستاد مبارزه با مواد مخدر گفت: خانواده رکن مهمی در پیشگیری از اعتیاد و آسیب‌های اجتماعی است، در این مسیر باید خانواده آموزش‌های لازم را در فرزند پروری و توجه به اعضای خانواده در جلوگیری از اعتیاد را بگذرانند.

صرامی عنوان کرد: اگر مبلغین بتوانند مردم را با عوارض و آسیب‌های جدی اعتیاد آشنا کنند، تعداد زیادی از افراد بیمار را می‌توان به سمت زندگی دوباره سوق داد، روحانیت جایگاه مهمی در هدایت و راهنمایی جامعه دارد و باید از این ظرفیت برای سلامت جامعه استفاده کرد.

وی بیان کرد: ریشه بسیاری از آسیب‌ها و بحران‌ها در اعتیاد است، مبارزه با مصرف مواد مخدر می‌تواند آسیب‌های زیادی را

درمان کند و از فروپاشی کانون خانواده جلوگیری کند. انتهای پیام



مدیرعامل صندوق بازنشستگی کشوری خبر داد



پیش‌بینی شرایط دشوار صندوق‌های بازنشستگی طی چند سال آتی/ساخت دهکده ۴۰ هکتاری سلامت

مدیرعامل صندوق بازنشستگی کشوری با بیان اینکه اگر امیدآفرین نباشیم یقیناً جامعه با بحران‌های اجتماعی بزرگتری روبرو خواهد شد عنوان کرد: در جلسه‌ای که با استاندار تهران داشتیم مقرر شد تا ۴۰ هکتار زمین بدهند و دهکده سلامت بازنشستگان در نقطه‌ای خوب و مرغوب از تهران ساخته شود.

به گزارش ایسنا، جمشید تقی‌زاده در مراسم تجلیل از بازنشستگان نمونه کشوری که در باغ کتاب تهران برگزار شد به ارائه گزارشی از اقدامات انجام شده پرداخت و گفت: یک میلیون و ۳۷۱ هزار تحت پوشش داریم و صندوق یک بنگاه اقتصادی اجتماعی با رویکردی اجتماعی است و خدمات اجتماعی را با حفظ کرامت به بازنشستگان ارائه می‌کند.

وی افزود: صندوق بازنشستگی کشوری را نباید با یک سازمان صرف اقتصادی و اجتماعی یا مجموعه‌ای متصل به دولت در نظر گرفت، بلکه صندوق محل زندگی بازنشستگان است.

مدیرعامل صندوق بازنشستگی کشوری با بیان اینکه صندوق با رویکرد بهبود وضعیت معیشتی، بهبود خدمات درمانی، ایجاد اشتغال برای خانواده آنان برنامه‌هایی را شروع کرده که در نیمه دوم سال با توان بیشتر ادامه می‌یابد گفت: همایش روز تکریم بازنشستگان به عنوان جریانی پویا و بالنده جایگاه ویژه‌ای یافته است. در دولت تدبیر پاسداشت منزلت اجتماعی بازنشستگان به مثابه اصلی مهم در راس برنامه‌ها اعلام شده و تمهیدات ویژه‌ای برای افزایش رفاه و منزلت و بهبود ارائه خدمات برای آنها پیش بینی شده که در نیمه دوم سال و سال آینده با حمایت دولت و مجلس محقق خواهد شد.

تقی زاده با اشاره به بحران صندوق‌های بازنشستگی گفت: امروز به کرات از بحران در صندوق‌های بازنشستگی به عنوان ابر چالش‌های آینده در کنار بحران‌های آب، محیط زیست و اشتغال نام برده می‌شود در حالی که صندوق‌ها جزئی از کل نظام تامین اجتماعی‌اند و وظیفه آنها پس انداز بخشی از سرمایه افراد در حین کار و سپس بازگشت آن در دوران بازنشستگی است. وی ادامه داد: منظور از بحران برهم خوردن توازن میان ورودیها و خروجیها به صندوقها است و پیش، بینی می‌شود طی چند سال آینده شرایط دشواری بر صندوق‌ها حاکم شود که امید است با تدابیر به موقع سایه بحران کنار برود.

تقی زاده با بیان اینکه در یک دسته بندی کلی عوامل دیگر وجود بحران در صندوق عبارتند از بازنشستگی پیش از موعد، عدم پرداختن به صندوق‌ها، افزایش ناگهانی حقوق در دو سال آخر خدمت، کاهش سن بازنشستگی، افزایش امید به زندگی و تحمیل قوانین بدون دیدن بار مالی عنوان کرد: ما تلاش می‌کنیم یاس ایجاد شده برای بازنشستگان را به امید تبدیل کنیم.

مدیرعامل صندوق بازنشستگی کشوری با بیان اینکه اگر امیدآفرین نباشیم یقیناً جامعه با بحران‌های اجتماعی بزرگتری روبرو خواهد شد عنوان کرد: در جلسه‌ای که با استاندار تهران داشتیم مقرر شد تا ۴۰ هکتار زمین بدهند و دهکده سلامت بازنشستگان در نقطه‌ای خوب و مرغوب از تهران ساخته شود. انتهای پیام



در پی خبر واگذاری مراکز «بهاران» اعلام شد



توافق سازمان خدمات اجتماعی و بهزیستی در درمان معتادان

جلسه سوم کارگروه تنظیم سند اقدام در خصوص برنامه ها و طرح های مشترک شهرداری تهران و سازمان بهزیستی در خصوص اجرایی کردن بند ۳ ماده ۸۰ قانون برنامه ششم توسعه برگزار شد.

به گزارش خبرنگار اجتماعی خبرگزاری فارس، سید نجم الدین محمدی مدیرعامل سازمان خدمات اجتماعی شهرداری تهران گفت: هدف تشکیل این کمیسیون همکاری مشترک میان ما و سازمان بهزیستی است.

وی با اشاره به احساس مسئولیت همگانی در برابر آسیب های اجتماعی افزود: شهرداری وظیفه دارد زیرساخت ارائه کند و این کار را می کند اما صلاحیت چگونگی پیمودن مسیر ساماندهی و درمان معتادین و اداره این مراکز با همکاری نهادهای تخصصی مانند بهزیستی و سایر نهادهای ذی ربط دیگر است.

محمدی خاطر نشان کرد: این فرایند تعاملی می تواند به کاهش آسیب های اجتماعی در پایتخت کمک شایانی کند.

فرید براتی رئیس توسعه پیشگیری و درمان اعتیاد سازمان بهزیستی کشور نیز در این نشست گفت: مسایل مختلف اجتماعی می توانند مبنای بروز بسیاری از آسیب های اجتماعی باشند و رفع تمام آسیب های اجتماعی نمی تواند محدود به یک سازمان یا دستگاه دولتی باشد، به طوری که همواره باید با همکاری و هماهنگی های متعدد در میان دستگاه های مختلف در پی پیشگیری و رفع آسیب های اجتماعی گام برداشت و در حال حاضر با امکاناتی که بهزیستی دارد می تواند در تمام زمینه ها با شهرداری همکاری های لازم را داشته باشد.

وی با اشاره به اینکه دیگر نهادهای تخصصی نیز نباید از زیر مسئولیت خود در حوزه کاهش آسیب های اجتماعی شانه خالی کنند گفت: وجود رویکرد علمی و تخصصی با استفاده از تجربیات جهانی و تحقیقات صورت گرفته توسط نهادهای علمی و حاکمیتی کلید حل معضلات اجتماعی است لذا از سایر سازمان ها نیز می خواهیم که در زمینه پیشگیری و کاهش آسیب های اجتماعی با در نظر گرفتن پروتکل ها و آئین نامه های مربوطه، ما را یاری نمایند.

محمد حقانی مشاور امور اجتماعی معاونت اجتماعی شهرداری گفت: آسیب های اجتماعی که چهره انسانی دارد باید از شهر تهران رخت بپندد و این مهم نیازمند تلاش فرد فرد ما در کنار یکدیگر است.

جلوگیری از ادامه یافتن این روند به همت همکاری نهادهای متخصص چه در حوزه زیرساخت و امکانات و چه در حوزه درمان و توانمندسازی میتواند تاثیر بسزایی در کاهش آسیب های اجتماعی و تغییر چهره شهرمان داشته باشد. کارگروه ایجاد شده متشکل از مدیران سازمان خدمات اجتماعی و سازمان بهزیستی، روز گذشته در سومین نشست خود بر آن شدند طبق مَر قانون شهرداری و به تبع آن سازمان خدمات اجتماعی زیرساخت های خود را در اختیار سازمان بهزیستی قرارداده و ادامه ساماندهی و درمان معتادین را در کنار سازمان بهزیستی و ستاد مبارزه با مواد مخدر و نهادهای ذی ربط دیگر پیگیری کند. انتهای پیام/