



دانشگاه علوم پزشکی و توانبخشی
پایگاه خبری اطلاع رسانی روابط عمومی



مجموعه اخبار برگزیده رسانه های همگانی



در حوزه های «توانبخشی، سلامت روان و سلامت اجتماعی»

دوره دوم - ۱۳۹۸

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



شماره سیزدهم از دوره دوم

مجموعه اخبار برگزیده رسانه ها

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

از تاریخ ۲۱ لغایت ۲۸ خردادماه ۱۳۹۸

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 : دکتر نورالدین کریمی

همکار : نداقنبری

فهرست

اخبار «ویژه دانشگاه»: ۵

رونمایی از پنج محصول فناورانه دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی در نمایشگاه

جانبی کنگره بین المللی فیزیوتراپی ایران * ۵

تاکید مسئولان بخش توانبخشی دانشگاه های علوم پزشکی مستقر در تهران بر

تبیین جایگاه "توانبخشی" در نظام سلامت کشور ۶

شناسایی و ارائه زود هنگام خدمات مورد نیاز نوزادان کم شنو، به رشد طبیعی آنان

کمک می کند * ۱۲

اخبار حوزه توانبخشی: ۱۴

تجاری سازی سیستم های "ضبط حرکات بدن" بومی در حوزه های پزشکی و

انیمیشن سازی ۱۴

نقشه ژنتیکی بیماری ام.پی.اس در ایران طراحی شده است * ۱۵

توانبخشی و باز توانی بیماران از مسیر سنتی خارج شده است * ۱۶

بیمه ها خدمات اصلی فیزیوتراپی را پوشش نمی دهند ۱۶

کمیته سیاستگذاری مالکیت فکری و نوآوری وزارت بهداشت تشکیل شد

..... ۱۷

تدوین بسته های مالی و بیمه ای برای توسعه بازار محصولات دانش بنیان

..... ۱۸

چین ابزار مهندسی ژنتیک دقیق تری ابداع کرد ۱۸

اخبار حوزه «سلامت روانی»: ۲۰

تجهیز دانشگاه علوم پزشکی تهران به دستگاه "تحریک الکتریکی فراجمعه ای"

* ۲۰

"ام.اس" خاص شود / تهران برای معلولان مناسب سازی شود * ۲۱

افسردگی زمینه ساز اعتیاد و طلاق ۲۲

کودکان کم توان ذهنی و مشکلات یادگیری ۲۳

افسردگی خطری جدی در میان سالمندان ۲۴

خطر ۵ برابری اختلالات روان در مناطق بحران زده ۲۴

تمام بیماران سکنه مغزی و صرع نیاز به خدمات توانبخشی دارند * ۲۵

این همه زخم نهان هست و مجال آه نیست... ۲۶

تشخیص زودهنگام اوتیسم با بررسی حس بویایی بیمار * ۳۴

اخبار حوزه «رفاه و سلامت اجتماعی»: ۳۶

یغمای کودکی..... ۳۶

۱۷ خودرو گشت اورژانس اجتماعی به مناطق سیلزده لرستان اعزام شد *

..... ۳۷

معاون بهزیستی تهران: به مددکاران متخصص نیاز داریم ۳۸

آغاز اولین رویداد تخصصی استارتاپی "مراقبت و سالمندی" * ۳۹

۳ برابر شدن جمعیت سالمندان ایران طی سه دهه آینده *

سالمند آزاری رتبه سوم از خشونت های خانگی *

ایجاد نشاط اجتماعی نیازمند خانواده ای بانشاط است ۴۴

لایحه اصلاحیه حمایت از حقوق اطفال در محاق فراموشی ۴۷

جزییات برنامه وزارت بهداشت برای معاینه پزشکی نوآموزان در بدو ورود به مدرسه

..... ۵۰

اجرای برنامه درسی پنهان و کاهش گرایش نوجوانان به اعتیاد ۵۱

"مشهد" بیشترین کودکان کار را در ایران دارد ۵۲

درآمد ۲۰۰ میلیارد دلاری از محل گردشگری سلامت/ دو برابر شدن ورودی

گردشگران حوزه سلامت به ایران..... ۵۵

ورود روزانه ۱۵۰ جوان به چرخه اعتیاد/ کشف ۷۵ درصد تریاک در جهان توسط

ایران..... ۵۸

زنگ خطری برای آسیب های جدی!..... ۶۱

خشونت های خانگی بیشترین تماس با اورژانس اجتماعی یزد ۶۲

۱۳ کمپ اعتیاد در البرز بسته شد..... ۶۳

چند توصیه به سرپرست جدید وزارت آموزش و پرورش ۶۴

دلایل "واپس زدگی" ازدواج در جوانان..... ۶۵

نمره شادی ایرانیان پایین تر از میانگین جهانی است ۶۶

کاهش مصرف دخانیات از جاده سلامت روان می گذرد ۶۸

۱۰ میلیون نفر در سال ۲۰۱۷ به علت مصرف دخانیات فوت کردند ۷۰

تهران به مرکز سرریز آسیب ها از استان های دیگر تبدیل شده است ۷۳

پیشگیری هماهنگ، آسیب های اجتماعی ناشی از اعتیاد را کاهش می دهد

..... ۷۴

حمایت از مادران بدسرپرست منجر به کاهش آمار کودکان کار می شود

..... ۷۵

تدوین پیوست اجتماعی تبعات منفی اجرای طرح های کلان را می کاهد

..... ۷۶

گرفتاری در دام اعتیاد، ارمغان قرص های شب امتحانی ۷۷

در حل پدیده کودک کار دور خودمان چرخیده ایم ۸۰

استفاده مؤثر از دانش و فناوری های روز مهم ترین اولویت مدیریت خطر بلایا در

کشور است..... ۸۲

ایران جزو ۱۰ کشور مخاطره آمیز دنیا در زمینه حوادث و بلایا ۸۴

۱۵ درصد تولید ناخالص ملی صرف حوادث طبیعی می شود ۸۵

لزوم تشکیل شورای سیاست گذاری مدیریت حوادث و بلایا در وزارت بهداشت *

..... ۸۶

لایحه قانون دائمی شدن مدیریت بحران از ۵۰ ماه پیش تعیین تکلیف نشده است

..... ۸۶

مادران در انتظار و فرزندان بالاتکلیف..... ۸۷

«گل» جایگزین «شیشه» شد/ چه نوع مواد مخدری در تهران بیشتر مصرف

می شود؟ *..... ۸۹

اخبار «ویژه دانشگاه»:



رونمایی از پنج محصول فناورانه دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی در نمایشگاه جانبی کنگره بین المللی فیزیوتراپی ایران *

از پنج محصول فناورانه مرکز رشد فناوری دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی در نمایشگاه جانبی سومین کنگره بین المللی و سی امین کنگره ملی انجمن فیزیوتراپی ایران رونمایی شد.

به گزارش خبرنگار وبدای دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، سومین کنگره بین المللی و سی امین کنگره ملی انجمن فیزیوتراپی ایران از روز ۲۲ لغایت ۲۴ خردادماه جاری در مرکز همایش های برج میلاد برگزار شد و همزمان با آن نمایشگاهی از تجهیزات پزشکی و توانبخشی ساخت داخل کشور در حاشیه کنگره برپا شد.

دکتر "امیرسالار جعفرپیشه" مدیر دفتر فناوری سلامت دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی در گفت وگو با خبرنگار وبدای دانشگاه ضمن اشاره به استقبال بسیار چشمگیر متخصصان شرکت کننده در این کنگره از تولیدات سه شرکت دانش بنیان و فناور وابسته به مرکز رشد فناوری دانشگاه علوم بهزیستی، گفت: از سیستم "بیوفیدبک یادگیری حرکتی بدون نیاز به رایانه و نمایشگر" در این نمایشگاه رونمایی شد.

وی افزود: این سیستم مجموعه کاملی از تمرینات کنترل حرکتی را با هدف توانبخشی فعال ایجاد کرده است. پردازنده مرکزی درونی سیستم و نمایشگر داخلی و خروجی های کارت حافظه و HDMI تعبیه شده روی این سیستم کاملاً پرتابل و پیشرفته بوده که درمانگر را از خرید رایانه بی نیاز می کند.

وی اظهارداشت: از محصول جدید و پیشرفته "موزیک گلاو" ساخته شده توسط شرکت دانش بنیان "توان دانش مهرسام" نیز در نمایشگاه جانبی کنگره بین المللی فیزیوتراپی رونمایی شد.

دکتر جعفرپیشه افزود: این وسیله کمک توانبخشی، برای بازتوانی بیماران نورولوژیک و دارای اختلال فیزیکی خصوصاً پس از استروک (سکته مغزی) کاربرد فراوان دارد.

وی گفت: توانخواه با استفاده از این وسیله، تمرینات دست از قبیل شمردن را با ترکیب یک اپلیکیشن موبایل تبدیل به نواختن نت های موسیقی می کند، ضمن آنکه قیمت بسیار مناسب این وسیله کمک توانبخشی، تهیه آن را برای همه افراد توانخواه مقدور کرده و می توانند از آن، در منزل استفاده کنند.

بگفته مدیر فناوری سلامت دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، از دیگر تولیدات فناورانه شرکت های تحت پوشش مرکز رشد فناوری این دانشگاه، که در نمایشگاه جانبی کنگره فیزیوتراپی ایران، از آن رونمایی شد، "بالابر جمع شونده الکترومکانیکی" است که با مشارکت گروه مهندسی صنایع هونام، طراحی و تولید شده است.

دکتر جعفرپیشه تصریح کرد: طراحی بی نظیر این محصول سبب شده است که ضمن تحمل وزن تا ۱۵۰ کیلوگرم و سهولت جابه جایی بیمار از ویلچر به تخت و...، بهنگام عدم نیاز به این وسیله، به اندازه یک بسته کاملاً کم حجم، تغییر شکل دهد.

وی افزود: استفاده از باتری شارژی و عدم نیاز به اتصال همیشگی به برق و وجود کنترلرهای الکترونیکی، از دیگر ویژگی های این محصول است.

گفتنی است، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی با ۲۲ گروه آموزشی و هشت مرکز تحقیقات، به تعلیم و تربیت نیروی متخصص در سه حوزه سلامت (رفاه و سلامت اجتماعی، سلامت روانی و توانبخشی) می پردازد.

مرکز رشد فناوری سلامت دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی در راستای تحقق هدف دستیابی به مرجعیت علمی و فنی طراحی و ساخت تجهیزات توانبخشی و اندام مصنوعی در کشور، با حمایت از ۱۲ شرکت دانش بنیان و فناور تحت پوشش، گام های موثری در این زمینه برداشته است.

انتهای پیام/



تاکید مسئولان بخش توانبخشی دانشگاه های علوم پزشکی مستقر در تهران بر تبیین جایگاه "توانبخشی" در نظام سلامت کشور



معاونان و نمایندگان معاونت های درمان دانشگاه های علوم پزشکی تهران، ایران و شهید بهشتی و روسای دانشکده های توانبخشی مستقر در تهران طی نشست در دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، بر تبیین جایگاه "توانبخشی" در نظام سلامت کشور و توسعه آن تاکید کردند.

در این جلسه که به دعوت رئیس و معاون درمان دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی برگزار شد، دکتر "محمد کمالی" استاد و پیشکسوت حوزه توانبخشی، دکتر "اسماعیل ابراهیمی" رئیس هیات امتحنه بورد فیزیوتراپی کشور، دکتر "مهدی رضایی" معاون درمان دانشگاه علوم پزشکی تهران، دکتر "محمدرضا شهبازی" قائم مقام معاون امور توانبخشی سازمان بهزیستی کشور، دکتر "محمدرضا هادیان" رئیس دانشکده توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی تهران، دکتر "فرشاد اخوتیان" رئیس مرکز تحقیقات فیزیوتراپی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، و جمعی از صاحب نظران و فعالان حوزه توانبخشی حضور داشتند.

به گزارش خبرنگار وبدا دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، دکتر "امیرمسعود عرب" رئیس این دانشگاه در ابتدای نشست، ضمن خیرمقدم به صاحب نظران و مسئولان حوزه توانبخشی که طی سه دهه گذشته زحمات بسیاری برای آموزش و توسعه این حوزه متحمل شدند، هدف از برگزاری این نشست را "هماهنگی و تبیین نقطه نظرهای کارشناسی در خصوص جایگاه توانبخشی در نظام سلامت و طرح آن در اجلاس آتی معاونان درمان دانشگاه های علوم پزشکی کشور" ذکر کرد.

وی گفت: هرچند که هم اکنون انواع خدمات توانبخشی در تمام نقاط کشور ارائه می شود اما در نظام سلامت و سیستم دولتی، فقط متکی به ۸۵ تخت تنها بیمارستان توانبخشی کشور (بیمارستان رفیده تحت پوشش دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی) هستیم.

رئیس دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی با اشاره به ۱۲۸ هزار تخت درمانی کشور که در قالب بیمارستان های جنرال و دانشگاهی ارائه خدمت می کنند، افزود: بخش درمان در کشور ما بلحاظ سطح کمی و کیفی، نزدیک به بسیاری از کشورهای اروپایی است اما متأسفانه بلحاظ تعداد تخت توانبخشی و توسعه خدمات این حوزه، فاصله زیادی دارد.

دکتر عرب ادامه داد: خلاء موجود در کشور ما، که سالهاست در دیگر کشورهای دنیا به آن توجه شده است، عدم وجود بخش های بستری و بیمارستان های خاص خدمات توانبخشی برای ارائه خدمت به بیمارانی است که دوره حاد بیماری را با دریافت خدمات پزشکی گذرانده اند و برای بازگشت به زندگی روزمره و حفظ و تداوم استقلالشان، نیاز به انواع خدمات توانبخشی دارند که توسط تیم کامل متخصصان توانبخشی ارائه شود.

دکتر عرب با اشاره به عزم معاون درمان وزارت بهداشت کشورمان به توسعه حوزه توانبخشی و اهمیتی که برای این حوزه قائل است، گفت: به ایشان پیشنهاد شده که حداقل درصدی از تخت های موجود بیمارستان های جنرال به خدمات خاص توانبخشی اختصاص یابد تا وقفه ای در روند درمان بیماران پس از دریافت خدمات پزشکی، ایجاد نشود.

وی افزود: نظام مناسب ارجاع نیز در این مسیر بسیار راه گشا خواهد بود تا با اتمام فاز حاد بیماری، بجای ترخیص بیمار به سمت منزل، به بخش های بستری توانبخشی و بیمارستان های توانبخشی ارجاع داده شود تا ادامه درمان، از طریق خدمات توانبخشی انجام شود.

معاون درمان دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی:

تبیین جایگاه حوزه توانبخشی در نظام سلامت کشور، عدالت در حوزه سلامت را محقق می کند

معاون درمان دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی در این نشست، با اشاره به اجلاس سازمان بهداشت جهانی در حدود نیم قرن پیش که بر " عدالت در حوزه سلامت " تاکید داشت، گفت: تبیین جایگاه حوزه توانبخشی در نظام سلامت کشور، عدالت در حوزه سلامت را محقق می کند.

دکتر " بیژن خراسانی " افزود: نگاه جدید توانبخشی در دنیا، بر ارائه خدمات توانبخشی در جهت پیشگیری و جلوگیری از ناتوانی هاست، نه آنکه صبر کنیم تا افراد به ناتوانی برسند و بعد خدمات به آنان ارائه بشود.

وی با توجه به انواع بیماری های غیرواگیر و حوادث و سوانح، " سونامی ناتوانی " را اجتناب ناپذیر دانست و با رشد جمعیت سالمندی در کشور، روند افزایشی جمعیت ناتوان کشور را یادآور شد که اقتصاد درمان را نیز تحت الشعاع قرار خواهد داد.

دکتر خراسانی با توجه به اقتصاد درمان، سهم حوزه توانبخشی از سرانه درآمدی کشور را نامشخص خواند و افزود: خلاء بسیار بزرگی که در کشور ما مشاهده می شود، این است که اگر تخت های درمان (حوزه پزشکی) در کشور، تقریباً با کشورهای اروپایی

برابری می کند، اما تخت های توانبخشی کشورمان، فاصله زیادی حتی با میزان تخت های توانبخشی کشورهای حاشیه خلیج فارس دارد.

معاون درمان دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی در عین حال خاطرنشان کرد که این دانشگاه جهت تاسیس و راه اندازی بیمارستان هایی با گرایش توانبخشی، مجوز قانونی از وزارت بهداشت دریافت کرده است، و آئین نامه بیمارستان های توانبخشی تهیه و پیش نویس اولیه آن برای معاونان درمان وزارت بهداشت ارسال شده است که بلحاظ عدم وجود پیشینه این موضوع، نیاز به بررسی و نظرخواهی بیشتر دارد.

وی همچنین به نشست های متعدد با معاون درمان وزارت بهداشت اشاره کرد و ادامه داد که با موافقت دکتر جان بابایی (معاون درمان وزارت بهداشت) مقرر شد تا با تشکیل شورای مشورتی متشکل از معاونان درمان دانشگاه های علوم پزشکی مستقر در تهران و روسای دانشکده های توانبخشی و معاون توانبخشی سازمان بهزیستی کشور و صاحب نظران و متخصصان حوزه توانبخشی، بتوانیم نقطه نظرهای مشخص در این ارتباط را تبیین کرده و در اجلاس آتی معاونان درمان دانشگاه های سراسر کشور، به تبادل نظر بگذاریم.

رئیس هیات ممتحنه بورد فیزیوتراپی کشور: در آموزش تمامی رشته های پزشکی، جای مباحث مربوط به توانبخشی، خالی است

دکتر "اسماعیل ابراهیمی" رئیس هیات ممتحنه بورد فیزیوتراپی کشور و رئیس دانشکده علوم توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی ایران، در این جلسه، به عدم آشنایی متخصصان رشته های مختلف پزشکی و حتی پزشکان عمومی با جایگاه و تاثیر خدمات توانبخشی در درمان بیماران اشاره کرد و گفت که در آموزش تمامی رشته های پزشکی، جای مباحثی مربوط به توانبخشی، خالی است.

وی افزود: هم اکنون در دنیا، از تعریف های جدید علوم توانبخشی استفاده می شود بطوری که درصدد استفاده از این خدمات برای جوان نگه داشتن سالمندان هستند، نه آنکه سالمند به ناتوانی برسد و بعد، از خدمات توانبخشی استفاده کند.

دکتر ابراهیمی تصریح کرد: متأسفانه در کشور ما، به نیازهای سالمندان از بعد پزشکی توجه می شود، درصورتی که ۹۰ درصد نیازهای سالمندان، با خدمات توانبخشی قابل رفع است.

دکتر کمالی: تفکیک حوزه توانبخشی از حوزه پزشکی، به صلاح نیست

دکتر " محمد کمالی " استاد و صاحب نظر حوزه توانبخشی و رئیس سابق دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، ضرورت رعایت عدالت در دسترسی به خدمات سه حوزه " بهداشت، درمان و توانبخشی " را یادآور شد و گفت: ۷۰ تا ۸۰ درصد کار توانبخشی مربوط به حوزه اجتماعی توانبخشی است و ۲۰ تا ۳۰ درصد آن در حوزه وزارت بهداشت دیده می شود که باید به اجرای درست و با کیفیت این سطح از خدمات توجه شود.

وی با تاکید بر اینکه تفکیک حوزه توانبخشی از حوزه پزشکی، به صلاح نیست، افزود: همه تلاش متخصصان حوزه توانبخشی بر این است که افراد نیازمند به خدمات توانبخشی، این خدمات را در حوزه بهداشت و درمان دریافت کنند و سازمان بهزیستی نیز متولی ارائه خدمات اجتماعی و دیگر نیازها در این بخش باشد.

این متخصص و پیشکسوت حوزه توانبخشی توصیه کرد که بیمارستان های توانبخشی با الگوبرگشتن از بیمارستان توانبخشی رفیده (تحت پوشش دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی) تاسیس شوند و یا حداقل بخشی از تخت های بستری بیمارستان های جنرال، به ارائه خدمات خاص توانبخشی اختصاص یابد.

قائم مقام معاون توانبخشی سازمان بهزیستی کشور:

عدم پوشش خدمات توانبخشی از سوی موسسات بیمه گر، نیازمندان این خدمات را با مشکل روبه رو کرده است

دکتر " محمدرضا شهبازی " با اشاره به عملکرد کلینیک های توانبخشی، گفت که این کلینیک ها، بیمار محور هستند و به بهانه های مختلف از بازتوانی نیازمندان سر باز می زنند.

وی افزود: نقش بیمه ها نیز در پوشش خدمات توانبخشی، درمان و بازگشت بیماران و نیازمندان به جامعه و دستیابی به استقلال، بسیار حائز اهمیت است، در صورتی که هم اکنون عدم پوشش این خدمات توسط موسسات بیمه گر، نیازمندان این خدمات را با مشکل روبه رو کرده است.

رئیس دانشکده توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی تهران:

برغم گذشت ۵۵ سال از فعالیت رشته های توانبخشی بصورت آکادمیک در کشور، هنوز جایگاه مشخصی در نظام سلامت ندارند

دکتر " محمدرضا هادیان " رئیس دانشکده توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی تهران نیز در این نشست که برای اولین بار برگزار شد، گفت: ۵۵ سال از فعالیت رشته های توانبخشی بصورت آکادمیک در کشور می گذرد، اما متأسفانه هنوز جایگاه مشخصی در نظام سلامت ندارد.

وی تصریح کرد که خدمات توانبخشی نقش پیشگیری از ناتوانی را دارند و باید این نقش مدنظر باشد چرا که رشته های مختلف توانبخشی در جلوگیری از انواع اختلالات، نقش اولیه دارند، در نتیجه باید این بخش را به افراد متخصص حوزه توانبخشی سپرد.

رئیس مرکز تحقیقات فیزیوتراپی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، بر بازنگری نظام آموزش پزشکی کشور با نگرش " توانبخشی " تاکید کرد

دکتر " فرشاد اخوتیان " رئیس مرکز تحقیقات فیزیوتراپی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، با اشاره به تحقیقی که میزان آگاهی پزشکان نسبت به خدمات فیزیوتراپی را نشان می دهد، بر بازنگری نظام آموزش پزشکی کشور با نگرش " توانبخشی " تاکید کرد.

رئیس بیمارستان توانبخشی رفیده، پیشنهاد ایجاد " مدیریت توانبخشی " در معاونت درمان وزارت بهداشت را ارائه داد

دکتر "فریدون لایقی" رئیس بیمارستان توانبخشی رفیده در این نشست، با اشاره به اهمیت خدمات توانبخشی در زندگی تمامی افراد جامعه و از طرفی، کمبود تخت توانبخشی در کشور و مشکل عدم پوشش بیمه ای این خدمات، پیشنهاد ایجاد " مدیریت توانبخشی " در معاونت درمان وزارت بهداشت را ارائه داد.

وی از نقش خدمات توانبخشی در ادامه درمان بیماران و بازگرداندن آنان به زندگی عادی و کسب استقلال در انجام فعالیت های شخصی و روزمره، گفت و وجود حداقل شش هزار تخت توانبخشی در کشور را برای ارائه خدمات این حوزه به نیازمندان جامعه لازم دانست.

وی تصریح کرد که اگر درصدی از تخت های بستری بیمارستان های جنرال به خدمات خاص توانبخشی اختصاص یابد، بیماران بعد از جراحی می توانند خدمات توانبخشی را در همان بیمارستان دریافت کنند و انتقال مستقیم بیمار جراحی شده به بخش توانبخشی، و ارائه انواع خدمات توانبخشی توسط تیم کامل متخصصان این حوزه، در روند درمان بیمار بسیار حائز اهمیت است.

نماینده معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی ایران:

باید خدمات توانبخشی متصل به خدمات پزشکی و در ادامه روند درمانی، دیده شود

دکتر " دیانتی " نماینده معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی ایران نیز در این نشست بر اتصال خدمات توانبخشی به خدمات پزشکی و در ادامه روند درمانی برای بیماران، تاکید کرد.

وی افزود: اگر نگرش به این گونه باشد که خدمات توانبخشی بخشی از روند درمانی بیمار تلقی شود، موسسات بیمه گر نیز موظف به پوشش این خدمات می شوند.

وی، لزوم آگاهی پزشکان و مردم نسبت به تاثیرگذاری خدمات توانبخشی بر سلامتی جامعه را نیز یادآوری کرد و بازنگری آموزش های پزشکی با نگرش توانبخشی را ضروری دانست.

معاون درمان دانشگاه علوم پزشکی تهران:

حوزه توانبخشی نیاز به جایگاه مشخص در ساختار معاونت های درمان دارد

دکتر " مهدی رضایی " معاون درمان دانشگاه علوم پزشکی تهران، در اولین نشست تبیین جایگاه حوزه توانبخشی در نظام سلامت کشور نیز گفت: وجود جایگاه مشخص برای حوزه توانبخشی در ساختار معاونت های درمان وزارت بهداشت و دانشگاه های علوم پزشکی، به رفع بسیاری از مشکلات این حوزه کمک می کند.

وی، به مشکل حوزه توانبخشی در سیاستگذاری های کلان و خرد، اشاره کرد و افزود: مثلاً در سیاستگذاری های آموزشی، نیاز به نگرش توانبخشی داریم، در اقتصاد درمان نیاز به هماهنگی و همخوانی بین اقتصاد توانبخشی با اقتصاد درمان و اداره بیمارستان های دولتی داریم.

دکتر رضایی که خود متخصص یکی از رشته های علوم پزشکی است، با تایید تاثیرگذاری خدمات توانبخشی بر روند درمان بیماران، از نداشتن جایگاه مشخص در ساختار معاونت های درمان ابراز تاسف کرد.

معاون درمان دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی در پایان این جلسه، ضمن جمع بندی مطالب مطرح شده، با تاکید بر رعایت اقتصاد درمان، و نقشی که خدمات توانبخشی می تواند در بهبود اقتصادی این بخش داشته باشد، گفت: هم اکنون نگاه دانشگاه های علوم پزشکی، مدیکال است، اما با بکارگیری راهکارهای لازم در مدیریت بیمارستان ها که نمونه آن در بیمارستان توانبخشی

رفیده و همچنین بیمارستان روانپزشکی رازی (بیمارستان های تحت پوشش دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی) اجرا می شود، می توان شاهد بهبود وضعیت اقتصادی بخش درمان، با ارائه خدمات توانبخشی بود.

دکتر " خراسانی "، تداوم این جلسات با مسئولان دانشگاه های علوم پزشکی و دانشکده های علوم توانبخشی را اعلام کرد و افزود: نقطه نظرها و راهکارهای لازم برای توسعه حوزه توانبخشی، در این جلسات جمع آوری و به اجلاس معاونان درمان دانشگاه های علوم پزشکی کل کشور جهت عملیاتی شدن این راهکارها، ارائه می شود.

انتهای پیام/



دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی در نشست علمی مربوط به کودکان ناشنوای دارای والدین ناشنوا:

شناسایی و ارائه زودهنگام خدمات مورد نیاز نوزادان کم شنوا، به رشد طبیعی آنان کمک می کند *



دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی و مسئول کمیته مطالعات کم شنوایی / ناشنوایی این دانشگاه امروز (سه شنبه) در نشست علمی مربوط به کودکان ناشنوای دارای والدین ناشنوا گفت: اگر کودک کم شنوا سریع شناسایی شود و مداخلات لازم برایش صورت گیرد، همه توانایی های کودکان دیگر را می تواند بدست آورد و در واقع، مهمترین کلید موفقیت کودک کم شنوا/ناشنوا، مداخله زودهنگام (پیش از ۶ ماهگی) است.

به گزارش وبداي دانشگاه علوم بهزیستی، دکتر " گیتا موللی " افزود: کم شنوایی، شایعترین اختلال مادرزاد و دارای شیوعی بالاست، بطوری که یک تا سه نوزاد از هر ۱۰۰۰ نوزاد با کم شنوایی شدید تا عمیق دوطرفه که ناشنوایی نیز نامیده میشود دنیا می آیند.

وی اظهارداشت: مداخله زودهنگام، فراهم کردن محیطی غنی و موقعیتی برای کودک است که کم شنوایی اش توسط سمعک یا کاشت حلزون تاحد ممکن جبران و زبان و گفتارش به حد قابل قبول برسد.

وی که مجری طرح مداخلات زودهنگام کم شنوایی / ناشنوایی در کشور است، در پاسخ به این سؤال که آیا مداخلات زودهنگام زبان اشاره کمک کننده است؟، گفت: دراین خصوص نظرات متعددی وجود دارد، برخی استفاده از زبان اشاره را با اثرات منفی همراه دانسته اند، برخی آن را بی اثر و تعدادی هم حائز اثرات مثبت می دانند. بررسی محققان بسیاری طی سالهای اخیر حاکی از اثرات مثبت بکارگیری زبان اشاره بر زبان، خواندن و نوشتن و رشد شناختی کودکان ناشنوا بوده است.

این متخصصان حوزه توانبخشی، درباره دوزبانگی در کودکان ناشنوا با کاشت حلزون، گفت: دوزبانگی به معنای استفاده از زبان اشاره و زبان گفتاری همراه با هم است. دریک بررسی کودکان کاشت حلزون شده در سن قبل از سه سالگی را که زبان اشاره را یاد گرفته بودند با فرزندان شنوای والدین ناشنوا مقایسه شدند. نتایج این بررسی نشان داد که کودکان کاشت حلزون شده در مهارتهای هر دو زبان گفتاری و زبان اشاره مشابه کودکان شنوا با والدین ناشنوا عمل می کردند. بنابراین یادگیری زبان اشاره اثر منفی بر زبان شفاهی ندارد و حتی می تواند اثرات منفی ناشنوایی را کاهش دهد.

وی همچنین درباره رشد شناختی در کودکان ناشنوایی که زبان اشاره بکار می برند، گفت: محرومیت زبانی می تواند باعث مشکل رفتاری شود. مقایسه کودکان ناشنوایی که از زبان اشاره استفاده می کردند با همسالان شنوایشان نشان داده است تفاوت معناداری از جهت رشد شناختی و رفتاری نداشتند. بنابراین، نتایج حاکی از آن بود که زبان اشاره در رشد شناخت و کنترل مشکلات رفتاری کودکان، مفید است.

وی در توضیح اثرات مثبت زبان اشاره نیز اظهارداشت: برای کودکان ناشنوا مهم است که فرصت کافی برای رشد واژگان زبانی داشته باشند و بطور زودهنگام و از ابتدای نوزادی در معرض سیستم واجی یک زبان باشند. همچنین مهم است کودکان از همان ابتدای نوزادی در معرض سیستم دستوری یک زبان باشند. در واقع، زبان اشاره می تواند این موارد را فراهم کند.

وی تصریح کرد: برخی معتقدند که از زبان اشاره پیش از کاشت حلزون و پس از آن هیچ استفاده ای نشود. برخی می پذیرند که زبان اشاره به عنوان یک پل ارتباطی پیش از کاشت حلزون و اندکی پس از آن استفاده شود اما هنوز هم هستند افرادی که زبان اشاره را ابزار ارتباطی مدام و همیشگی کودکان ناشنوا می دانند.

این عضو هیات علمی دانشگاه تاکید کرد: کودکی که به طور مناسب در معرض زبان اشاره قرار بگیرد، آن را خواهد آموخت. چه شنوا و چه ناشنوا باشد. دوزبانگی و استفاده همزمان از زبان اشاره و زبان گفتاری بهترین پیشنهاد برای هر دو دنیای شنوا و ناشنوا است.

دکتر موللی در عین حال توصیه کرد که مداخله زودهنگام، حتما در دسترس والدین باشد، خانواده محور باشد، در مورد تفاوت زبان های مورد استفاده برای آموزش، اطلاعات کامل به خانواده داده شود و زودهنگام و بموقع باشد.

وی در این خصوص همچنین افزود: نیاز به تحقیقات بیشتری است تا چگونگی آموزش به والدین، مقایسه بین انواع روش ها ی آموزشی مختلف و انواع زبان اشاره مشخص شود و ارزیابی انواع پیامدها میسر گردد.

نشست علمی - آموزشی (ژورنال کلاب) با موضوع " مداخلات زودهنگام برای شیرخواران ناشنوا با والدین ناشنوا: قصه گویی با اشاره های کودکان " به همت کمیته "مطالعات ناشنوایی / کم شنوایی" مرکز تحقیقات توانبخشی اعصاب اطفال و با همکاری انجمن علمی دانشجویان روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، در این دانشگاه برگزار شد.

در این نشست علمی، علاوه بر محققان، متخصصان، کارشناسان و دانشجویان علاقه مند به حوزه کودک و ناشنوایی، نمایندگان کانون ناشنوایان ایران، انجمن خانواده ناشنوایان ایران، کمیته توسعه زبان اشاره، شورای کتاب کودک، کانون پرورش فکری کودکان و نوجوانان، سازمان بهزیستی کشور، موسسه پژوهشی تاریخ ادبیات کودکان، خانه کتاب و برخی از فعالان حوزه های کودک و ناشنوایی، نیز شرکت داشتند.

انتهای پیام/

اخبار حوزه توانبخشی:

به همت محققان کشور صورت گرفت



تجاری سازی سیستم های "ضبط حرکات بدن" بومی در حوزه های پزشکی و انیمیشن سازی

محققان یکی از شرکت های دانش بنیان با بومی سازی سیستم ضبط حرکات (Motion capture) موفق شدند در حوزه های انیمیشن سازی و پزشکی تجاری سازی کنند.

روح الله خالصی از محققان این طرح در گفت و گو با ایسنا، سیستم های ناوبری و جمع آوری دیتا را از زمینه های تحقیقاتی این شرکت دانش بنیان ذکر کرد و گفت: در این طرح نسبت به طراحی و ساخت سیستمی برای ضبط و ثبت حرکات بدن (Motion capture) اقدام کردیم. ضبط حرکت، اصطلاحی است که برای توصیف جنبش یا حرکت افراد و اشیاء در صحنه سه بعدی به کار می روند. از این فناوری در سرگرمی، ورزش و یا برنامه های کاربردی پزشکی استفاده می شود.

وی زمینه کاربردی در حوزه های پزشکی و انیمیشن سازی را از کاربردهای این سیستم نام برد و یادآور شد: نمونه این سیستم با کاربرد در حوزه پزشکی در یکی از مراکز توانبخشی و کاربرد در حوزه انیمیشن سازی تجاری سازی شده است.

این محقق به کاربردهای توانبخشی این سیستم اشاره کرد و با تاکید بر اینکه این سیستم بیشتر برای جمع آوری اطلاعات به کار برده می شود، اظهار کرد: به عنوان مثال افرادی که توانایی راه رفتن ندارند، با استفاده از این سیستم می توان برای آنها اقدامات توانبخشی را ارائه کرد.

خالصی، به جزئیات این کاربرد سیستم "ضبط حرکات" اشاره کرد و توضیح داد: این سیستم دارای لباس خاصی مجهز به سنسورهای متعدد است و بیمار زمانی که این لباس را پوشید و شروع به حرکت کرد، از این طریق زاویه حرکتی بیمار و یا نیروهایی که بر روی هر یک از مهره ها وارد می شود را می توان محاسبه کرد.

وی یادآور شد: بر اساس این محاسبات تمریناتی به بیمار داده می شود و بعد از انجام تمرینات مجدداً وضعیت بیمار مورد بررسی قرار می گیرد تا روند بهبود راه رفتن بیمار ارزیابی شود.

وی با اشاره به کاربردهای این سیستم در انیمیشن سازی، با بیان اینکه در این حوزه نیز سیستم طراحی شده دارای لباس خاصی است که با پوشیدن آن می توان انیمیشن سازی را اجرایی کرد، افزود: این سیستم برای یکی از شرکت های انیمیشن سازی ارائه شده است.

خالصی، تجاری سازی این سیستم را با حمایت صندوق نوآوری و شکوفایی دانست و یادآور شد: کاهش قیمت این سیستم نسبت به نمونه های مشابه و دقت بالاتر آن از جمله مزیت های سیستم بومی نسبت به نمونه های خارجی است.

این محقق، طراحی و ساخت سیستم ناوبری را از دیگر دستاوردهای تحقیقاتی این شرکت ذکر کرد و ادامه داد: این سیستم در پهبادهای نصب می شود و با استفاده از آن می توان زاویه چرخشی پرنده ها را اندازه گیری کرد.

انتهای پیام

رئیس مرکز مدیریت پیوند و درمان بیماری های وزارت بهداشت:

نقشه ژنتیکی بیماری ام.پی.اس در ایران طراحی شده است *

تهران- ایرنا- رئیس مرکز مدیریت پیوند و درمان بیماری های وزارت بهداشت گفت: در سیستم ثبت اطلاعات بسیار منسجم، اطلاعات همه بیماران مبتلا به MPS وجود دارد و از طرفی نقشه ژنتیکی برای این بیماری در کشور وجود دارد و می دانیم پراکندگی این بیماری در کجای کشور بیشتر است و به دنبال این می رویم که چرا این بیماری در مناطق مشخصی بیشتر پدید می آید.

مهدی شادنوش شب پنجشنبه در اولین همایش بیماران ام پی اس که با حضور خانواده های این بیماران در بیمارستان نورافشار تهران برگزار شد، افزود: شرایط امروز بیماران MPS با سال گذشته قابل قیاس نیست. یک بار از همه کسانی که احتمال ابتلا به بیماری MPS را داشتند و ممکن بود درگیر این بیماری باشند از حدود ۸ ماه پیش طی پروتکل قوی درمانی و تشخیصی، نمونه های ژنتیکی جمع آوری و امکانات و زیرساخت های مربوطه ایجاد شد و این نمونه ها توسط آزمایشگاه های داخلی مورد ارزیابی قرار گرفت.

وی ادامه داد: در حال حاضر برای هر فرد مبتلا به MPS در کشور پرونده قطعی داریم و دیگر بر اساس اظهار فردی رفتار نمی شود. این کار توسط ۸ قطب در سراسر کشور اتفاق افتاد. در گذشته برای برخی از خدمات، بیماران باید از راه های دور به تهران می آمدند، اما امروز با ۸ قطب فعال در کشور، بیماران مبتلا به MPS می توانند مراجعه کرده و خدمات مربوطه را دریافت کنند.

شادنوش بیان کرد: همه اطلاعات تا پایان خرداد امسال جمع آوری شده و کمیسیون های پزشکی آن در حال برگزاری است و تا پایان امسال می دانیم داروهای گران قیمت مربوطه باید برای کدام بیماران استفاده شود و افرادی که باید پیوند مغز استخوان شوند تا بهبود قطعی پیدا کنند، چه کسانی است. هزینه های تمام شده برآورد شده و افرادی که تا پایان خرداد بدانیم درمان قطعی آنها با BMT انجام می شود، به مراکز مربوطه معرفی شده و خدمات را به صورت رایگان دریافت می کنند.

رئیس مرکز مدیریت پیوند و بیماری های وزارت بهداشت افزود: تلاش کردیم هزینه های سنگین دارویی برای این بیماران تا حد ممکن کاهش پیدا کند و نهایت مساعدت را از طرف وزارت بهداشت به بیماران MPS ارائه کنیم. هر جایی که نقص وجود داشته نیز عذرخواهی می کنیم. امیدواریم در سال های آینده رفتار ما با این بیماری بسیار عاقلانه تر و مدبرانه تر باشد تا خانواده های این بیماران رنج کمتری داشته باشند.

بیماری موکوپلی ساکاریدوز یا همان ام پی اس (mucopolysaccharidosis) از نوع بیماری های ژنتیکی متابولیکی است که با توجه به عدم شیوع بالای آن در دنیا جزء بیماری های نادر محسوب شده است. این بیماری به دلیل جهش در یک ژن بروز می کند که آن ژن مسئول تولید یک آنزیم یا پروتئین است. این آنزیم ها درون سلول وظیفه شکستن و تجزیه مولکول های درشتی را دارند که به آنها موکوپلی ساکارید می گویند.

همچنین تجزیه نشدن این مولکول ها سبب انباشته شدن آنها در درون سلول شده و به تدریج سبب تخریب و مرگ سلولی می شود. علائم این بیماری در زمان تولد بروز نمی یابد و معمولاً نشانه های آن چند ماه پس از تولد نمایان می شود.



در حاشیه کنگره فیزیوتراپی مطرح شد؛

توانبخشی و بازتوانی بیماران از مسیر سنتی خارج شده است *

رئیس هیئت مدیره شبکه ملی توانبخشی، با اشاره به اهمیت تجهیزات پزشکی در مسیر بازتوانی بیماران ضایعه نخاعی، گفت: توانبخشی از مسیر سنتی خارج شده است.

به گزارش **خبرنگار مهر**، داریوش نسبی طهرانی، در کارگاه آموزش و آشنایی فیزیوتراپیست ها با دستگاه رباتیک دست که در حاشیه کنگره فیزیوتراپی ایران در مرکز همایش های برج میلاد تهران برگزار شد، افزود: توانبخشی موضوع بسیار مهمی در حوادث تروما، سکنه های مغزی، ام اس و آسیب هایی است که سیستم اعصاب را مختل می کند.

این متخصص مغز و اعصاب، با عنوان این مطلب که امروزه توانبخشی از مسیر سنتی خارج شده است، ادامه داد: امروز دیگر نمی توان بیماران و افراد ضایعه نخاعی را با حرکت های ورزشی، توانمند ساخت.

نسبی طهرانی، بر ضرورت استفاده از تجهیزات و دستگاه های پیشرفته در مسیر باز توانی بیماران ضایعه نخاعی و... تاکید کرد و افزود: این تجهیزات پیشرفته، مسیر درمان را بهبود می بخشد.

رضا بهروزی فیزیوتراپیست، با عنوان این مطلب که توانبخشی و فیزیوتراپی بیماران ام اس، ضایعه نخاعی، سکنه مغزی و پارکینسون نیازمند استفاده از تجهیزات پزشکی پیشرفته است، گفت: در فاز توانبخشی، شاهد استفاده از تجهیزات رباتیک در دنیا هستیم که ما توانسته ایم در این کنگره، استفاده از رباتیک دست را برای فیزیوتراپیست ها آموزش دهیم.

وی با اشاره به وجود ۲۶ دستگاه از این تجهیزات رباتیک در کشورهای حاشیه خلیج فارس و ۱۰ دستگاه در ترکیه، ادامه داد: استفاده از این تجهیزات پیشرفته، فرایند درمان را بهبود می بخشد و تسریع می کند. کشور ترکیه از طریق به دنبال جذب گردشگر سلامت از ایران است.

حمیدرضا امامی جو مدیر شرکت وارد کننده تجهیزات رباتیک پزشکی، مشکل اصلی در تأمین نیاز کشور به این قبیل تجهیزات پیشرفته را، انتقال ارز عنوان کرد و گفت: تحریم ها باعث شده انتقال ارز با دشواری صورت بگیرد و در نتیجه هزینه های خرید و تأمین این قبیل تجهیزات بالا برود.



عضو هیئت مدیره انجمن علمی فیزیوتراپی ایران؛



بیمه ها خدمات اصلی فیزیوتراپی را پوشش نمی دهند

عضو هیئت مدیره انجمن علمی فیزیوتراپی ایران، از نحوه پوشش بیمه ای خدمات فیزیوتراپی در کشور انتقاد کرد.

به گزارش **خبرنگار مهر**، مجید میرزا حیدری، روز چهارشنبه در حاشیه سومین کنگره بین المللی و سی امین کنگره انجمن فیزیوتراپی ایران، در مرکز همایش های برج میلاد، گفت: مشکل اساسی که در مورد تعرفه وجود دارد اکثریت مراکز فیزیوتراپی شرایطی دارند

که مجبور هستند با بیمه ها قرارداد ببندند اعم از مراکز خصوصی، بیمارستان ها، درمانگاه ها و مراکز خیریه، بنابراین مشکل اصلی در تعرفه ها بر می گردد به مقرراتی که بیمه برای تعرفه های فیزیوتراپی در نظر گرفته است.

وی افزود: یک مشکل دیگر پوشش بسیار کم خدمات فیزیوتراپی توسط سازمان های بیمه گر است و خدمات اصلی فیزیوتراپی مشمول بیمه نیست.

میرزا حیدری ادامه داد: وقتی بیمه ها خدمات اصلی فیزیوتراپی را تحت پوشش قرار ندهند باعث می شود مردم نتوانند هزینه های آزاد پرداخت کنند و آن درمانی که باید بگیرند، دریافت نکنند و از آنها محروم شوند و این سلامت جامعه را به خطر می اندازد.

عضو هیئت مدیره انجمن علمی فیزیوتراپی ایران، گفت: تعرفه خدمات فیزیوتراپی در سال ۹۸ نسبت به سال ۹۷ افزایش اندکی داشته و پایین بودن تعرفه باعث می شود اداره مراکز درمانی برای فیزیوتراپیست ها سخت شود.

وی افزود: مجموع این دو مشکل بیمه و تعرفه منجر به خطر افتادن سلامت جامعه و بیماران و آسیب مراکز فیزیوتراپی و سخت شدن شرایط کار فیزیوتراپیست ها می شود.



با انتصاب اعضا؛



کمیته سیاستگذاری مالکیت فکری و نوآوری وزارت بهداشت تشکیل شد

کمیته سیاستگذاری مالکیت فکری و نوآوری وزارت بهداشت تشکیل و اعضای آن منصوب شدند.

به گزارش [خبرنگار مهر](#)، نظر به اهمیت موضوع مالکیت فکری و ثبت اختراعات، در توسعه فناوری، و لزوم ساماندهی و ایجاد زیرساخت ها و فرآیندهای مدرن، دقیق و شفاف در حمایت از مالکیت فکری در سطح دانشگاه های علوم پزشکی و محققین و مخترعین حوزه سلامت، «کمیته سیاستگذاری مالکیت فکری و نوآوری وزارت بهداشت» تشکیل شد.

اعضای کمیته سیاستگذاری مالکیت فکری و نوآوری وزارت بهداشت را معاونین تحقیقات و فناوری دانشگاه های کلان منطقه آمایشی تشکیل می دهد و ریاست کمیته بر عهده دکتر حسین وطن پور مدیرکل دفتر توسعه فناوری سلامت وزارت بهداشت است.

این کمیته بنا دارد، ضمن ساماندهی فرآیندها و قوانین مرتبط با این حوزه موجبات توسعه و ارتقا ثبت اختراعات در حوزه های مختلف وزارت بهداشت را فراهم کند.



از سوی صندوق نوآوری ارائه می شود؛



تدوین بسته های مالی و بیمه ای برای توسعه بازار محصولات دانش بنیان

رئیس صندوق نوآوری و شکوفایی از تدوین بسته های بیمه ای و پوشش ریسک برای محصولات شرکت های دانش بنیان خبر داد تا صنایع و شرکت های بزرگ با اطمینان خاطر از این محصولات استفاده کنند.

دکتر علی وحدت در گفتگو با [خبرنگار مهر](#) با تاکید بر اینکه بحث بازار محصولات شرکت های دانش بنیان بحث مهمی برای صندوق به شمار می آید، گفت: امروز بیش از چهار هزار شرکت بنیان در کشور مشغول به فعالیت هستند که بعضی از آنها بزرگ و بسیار موفق هستند و تعداد این نوع شرکت ها هم کم نیستند.

وی افزود: به همین خاطر صندوق نوآوری و شکوفایی به عنوان نهاد مالی تخصصی و کمک کننده به شرکت های دانش بنیان، برنامه ویژه ای را برای بازار محصولات این شرکت ها در دستور کار دارد. در همین راستا درصدد هستیم بسته های مالی ویژه ای را تدوین و به بازسازی این شرکت ها کمک کنیم.

رئیس صندوق نوآوری و شکوفایی با اشاره به تدوین بسته پوشش بیمه ای و پوشش ریسک محصولات شرکت های دانش بنیان در این صندوق در راستای کمک به بازار این شرکت ها گفت: ما این بسته ها را تدوین کرده ایم تا شرکت های دولتی و نیز صنایع و شرکت های بزرگ با اطمینان خاطر از محصولات شرکت های دانش بنیان استفاده کنند. این بسته ها به شرکت های دانش بنیان کمک می کند تا اعتماد شرکت های بزرگ را جلب و نیازهای آنها را رفع کنند.

وحدت همچنین با اشاره به صدور انواع ضمانت نامه در صندوق نوآوری و شکوفایی برای شرکت های دانش بنیان، گفت: اگر شرکت های دانش بنیان از ضمانت نامه های صادر شده توسط صندوق و یا خدمات لیزینگ استفاده و آن را به عنوان بسته های مالی همراه خود عرضه کنند، بخش مهمی از مسائل آنها حل می شود.

وی تصریح کرد: امروز شرکت ها و صنایع بزرگ در کشور به دنبال شرکت های دانش بنیان خوب و قوی هستند تا نیازهای خود را از طریق محصولات آنها مرتفع کنند که ما در صندوق در این زمینه فعال هستیم تا نیاز این شرکت های بزرگ تأمین شود.



چین ابزار مهندسی ژنتیک دقیق تری ابداع کرد



محققان چینی نوع جدیدی از ابزار مهندسی ژنتیک ابداع کردند که دقیق تر است و به «آر ان ای» بیمار صدمه نمی رساند. این ابزار برای درمان بیماری های نادر و سخت کارآمد است.

به گزارش [خبرگزاری مهر](#) به نقل از شینهوا، گروهی از محققان چینی یک ابزار مهندسی ژنتیک دقیق تر و ایمن تر ابداع کرده اند که مدت زمان مورد نیاز در فرایندهای آزمایش کلینیکی را می کاهد.

به گفته محققان انستیتو علوم بیولوژیکی شانگهای، در حال حاضر از «قیچی های ژنتیکی» برای مهندسی ژنوم انسان ها استفاده می شود. اما استفاده از ابزارهای فعلی خطر خسارت به RNA را دربر دارد. در صورت خسارت به RNA نیز احتمال ابتلا به سرطان افزایش می یابد.

به هرحال محققان چینی یک «قیچی ژنتیک» به نام (ABEF148A) ابداع کرده اند که می تواند ژن ها را با دقت بیشتری ببرد و از آسیب به RNA جلوگیری کند. این ابزار را می توان برای درمان بیماری های نادر استفاده کرد.

«یانگ هویی» رئیس این گروه از محققان می گوید: در فرضیه ابزارهای مهندسی ژنتیک به بیماران کمک می کنند سلامت خود را بازبند این درحالی است که نمی توان ایمنی ابزارها را تضمین کرد. در حال حاضر فقط چند قیچی ژنتیکی در حال آزمایش است.

به گفته کارشناسان می توان از ابزار مهندسی ژنتیک جدید برای استفاده در درمان بیماری های سخت مانند تلاسمی، ماکولا دژنراسیون و ناشنوایی مادر زاد استفاده کرد.

یافته های این محققان در ژورنال Nature به طور آنلاین منتشر شده است.



اخبار حوزه «سلامت روانی»:

با حمایت ستاد توسعه علوم شناختی صورت گرفت



تجهیز دانشگاه علوم پزشکی تهران به دستگاه "تحریک الکتریکی فراجمجمه‌ای" *

با هدف ترویج دانش علوم شناختی و کمک به تامین تجهیزات و ابزارهای مورد نیاز مراکز تحقیقاتی و درمانی و با حمایت ستاد توسعه علوم و فناوری‌های شناختی، پژوهشکده علوم اعصاب "بازتوانی عصبی" دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی تهران به دستگاه "تحریک الکتریکی فراجمجمه‌ای" تجهیز شد.

به گزارش ایسنا، ستاد توسعه علوم شناختی از یک سو سیاست تشویق و ترغیب محققان و متخصصان برای دستیابی به خودکفایی و بومی‌سازی تجهیزات درحوزه علوم شناختی را مورد حمایت و پشتیبانی قرار دهد و از طرف دیگر برای توسعه و گسترش دانش علوم شناختی در مراکز علمی و دانشگاهی فعالیت دارد.

روش تحریک الکتریکی فراجمجمه‌ای دارای کاربردهای بالینی و توانبخشی بوده و با توجه به نتایج حاصل از تاثیر مثبت این روش درمانی، امروزه تحقیقات گسترده‌ای در شناخت نحوه اثر این شیوه، افزایش کارایی و اثرگذاری و همچنین امکان به‌کارگیری آن برای درمان دیگر بیماری‌ها و اختلال‌های عصبی-شناختی در حال اجرا است.

طرح ساخت دستگاه تحریک الکتریکی متمرکز فراجمجمه‌ای با حمایت ستاد علوم شناختی، در دانشکده مهندسی پزشکی دانشگاه صنعتی امیرکبیر آغاز شد و یکی از روش‌های مورد مطالعه برای درمان اختلالات شناختی و انواع بیماری‌ها است.

۶ مرکز دانشگاهی و درمانی سال گذشته با حمایت ستاد توسعه علوم و فناوری‌های شناختی به سیستم‌ها و تجهیزات پیشرفته در حوزه‌های شناختی مجهز شدند.

دکتر عباس نوروزیان، معاون تحقیقاتی پژوهشکده علوم اعصاب "بازتوانی عصبی" دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی تهران گفت: این مرکز یک دهه پیش فعالیت درمانی و تحقیقاتی خود را آغاز کرد و در حال حاضر با برخورداری از مراکز تحقیقات "الکتروفیزیولوژی"، "مغز و اعصاب"، "ضایعات مغزی و نخاعی"، "ام اس" و "پزشکی ورزشی" سالانه به پنجاه هزار مراجعه کننده خدمات ارائه می‌دهد.

بر اساس اعلام ستاد توسعه علوم شناختی، ستاد توسعه علوم شناختی می‌کوشد با فراهم آوردن زمینه‌های حمایتی، فرصت‌های مطالعاتی و تحقیقاتی گسترده‌تری را برای دانشجویان، اساتید و متخصصان در حوزه‌های علوم شناختی مهیا کند و گامی عملی در امر تربیت کارشناسان در حوزه‌های علوم شناختی برداشته شود.

انتهای پیام



در همایش روز جهانی "ام.اس" عنوان شد



"ام.اس" خاص شود / تهران برای معلولان مناسب سازی شود *

در همایش روز جهانی «ام اس» ضمن تاکید بر ضرورت حمایت از این بیماران و خاص شدن این بیماری، از معلولیت پایتخت به جهت نداشتن شرایط مساعد به منظور پذیرش افراد کم توان، انتقاد شد.

به گزارش ایسنا، همایش روز جهانی «ام اس» با شعار «با هم ام اس را شکست دهیم» روز گذشته (جمعه ۲۴ خرداد) در سالن همایش های دانشگاه علوم پزشکی تهران برگزار شد.

مژگان قهاری - متخصص مغز و اعصاب و مبتلا به بیماری ام اس، ضمن بیان نکات حائز اهمیت در این رابطه به طرح پیشنهادات و مطالبات این جمعیت پرداخت.

وی با تاکید بر قرار گرفتن بیماران ام اس جز بیماران خاص گفت: شمار ثبت شده افراد مبتلا به بیماری ام اس در کشور ۷۰ هزار نفر است، روزانه نیز تعدادی با حضور در انجمن ام اس به عنوان بیمار جدید ثبت نام می کنند و این نشان دهنده این است که در کشور روز به روز آمار افراد مبتلا افزایش می یابد؛ این در حالی است که متأسفانه امکانات برای تردد افراد ناتوان در سطح شهر صفر است.

قهاری ابراز داشت: به دنبال بیماری ام اس بیماران نیاز به خدمات مشاوره ای دارند تا توان کنار آمدن با بیماری را داشته باشند. در این میان دریافت خدمات توانبخشی فیزیوتراپی، کار درمانی، گفتار درمانی و آب درمانی بسیار با اهمیت است.

این متخصص مغز و اعصاب همچنین به هزینه زیاد ارائه مشاوره به بیماران ام اس اشاره کرد و افزود: این مهم از دیگر مطالبات این افراد است و لازم است مسئولان بهزیستی به این امر توجه داشته باشند.

قهاری ضمن تاکید بر قرار گرفتن افراد مبتلا به ام اس جز بیماران خاص ابراز داشت: اینکه بیماری ام اس به عنوان بیماری خاص تبدیل شود، دیگر مطالبه این افراد بوده با این تفاسیر سوال این است که بنیاد بیماری های خاص به صورت شفاف چه جایگاهی برای درمان و حمایت از بیماری ام اس دارد؟

این متخصص مغز و اعصاب در ادامه با بیان اینکه ۱۰ درصد جامعه را افراد کم توان تشکیل می دهند، افزود: این آمار فقط ام اس را شامل نمی شود. باید توجه داشت این دسته از بیماران نیاز به زندگی و رفت و آمد در سطح شهر دارند. بنابراین لازم است فرهنگ سازی صورت گیرد.

وی متذکر شد: باید مناسب سازی در شهر برای رفت و آمد برقرار شود. این یک خواهش است و انتظار داریم رسیدگی شود. متأسفانه تقریباً امکانات برای فردی که ناتوان است در سطح شهر صفر است.

قهاری همچنین ضمن نامناسب خواندن خودروهای حمل معلولین خاطرنشان کرد: متأسفانه تعداد این خودروها بسیار اندک بوده و در کنار آن رفتار ناشایستی با افراد معلول و کم توان می شود.

بنابر اعلام روابط عمومی انجمن ام.اس، در ادامه نیز رحمت اله حافظی - عضو هیأت مدیره انجمن ام اس با بیان اینکه شهر تهران معلول است؛ چراکه پذیرای افراد کم توان نیست، گفت: در حال حاضر میانگین سنی ۹/۳ درصد جمعیت کشور بیش از ۶۰ سال است و پیش بینی می شود طی ۳۰ سال آینده ۳۰ درصد از جمعیت کشور را افراد مسن تشکیل دهند.

وی با تاکید بر اصلاح مبلمان شهری از سوی شهرداری ابراز داشت: شهرداری می‌تواند در هر ۱۰۰ متر یک کنده درخت قرار دهد تا افراد مسن و کم توان، خانه نشین نشوند؛ چرا که خانه نشینی عامل افسردگی و بسیاری بیماری‌های دیگر است.

حافظی با بیان اینکه شهر ما معلول است چراکه نمی‌تواند پذیرای افراد کم توان باشد، متذکر شد: تحقق این مهم نیازمند یک نگرش زیبا است و الزاماً نیاز به صرف هزینه هنگفت نیست.

وی در ادامه با چند توصیه پزشکی به افراد حاضر، یادآورد شد: تجربه ۲۶ سال طبابت بنده می‌گوید بیمارانی که ام اس دارند با برخی از غذاها بیماری آنها حادث می‌شود.

انتتهای پیام



افسردگی زمینه ساز اعتیاد و طلاق

مدیر گروه سلامت روان معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی تاکید کرد: ابتلاء به افسردگی عامل بسیاری از ناهنجاری‌های جامعه از جمله اعتیاد و طلاق است.

زهرا یوسف‌نژاد در گفت و گو با ایسنا، گفت: در سال ۹۲ توسط وزارت بهداشت تحقیقی در مورد افسردگی انجام شد که نتیجه آن نشان می‌داد یک چهارم افراد جامعه به یکی از اختلالات روانی مبتلا و از هر هفت نفر، یک شهروند افسردگی دارد.

وی با بیان اینکه در بسیاری موارد با ریشه یابی علت طلاق، اعتیاد و سایر ناهنجاری‌های جامعه به افسردگی می‌رسیم، خاطرنشان کرد: در صورت ابتلاء به این بیماری فرد از زندگی لذت نمی‌برد و حس خوبی ندارد.

وی با اشاره به اینکه فرد برای کسب آرامش به استفاده از مواد مخدر پناه می‌برد، ادامه داد: اگر افسردگی به موقع شناسایی شود، با درمان دارویی و جلسات روانشناختی از عوارض خطرناک آن جلوگیری می‌شود.

مدیر گروه سلامت روان معاونت بهداشتی دانشگاه با تاکید بر اینکه تشخیص علائم افسردگی بسیار مهم است، احساس غمگین بودن، علاقه نداشتن به انجام کارهای سابق، افزایش یا کاهش اشتها، افزایش یا کاهش خواب، احساس اضطراب و بی‌قراری، پوچی، بی‌ارزشی، احساس گناه و افکار خودکشی را از نشانه‌های ابتلاء به این بیماری ذکر کرد.

یوسف‌نژاد در ادامه سخنان خود به اقدامات دانشگاه علوم پزشکی در حوزه معالجه و درمان افسردگی اشاره کرد و گفت: پس از اجرای طرح تحول سلامت، خدمات خوبی در حوزه روان درمانی با هزینه‌های کم به مردم و بیماران ارائه می‌شود.

وی توضیح داد: پس از اجرای این طرح، در مراکز جامع سلامت شهری مانه و سملقان، بجنورد و شیروان کارشناسان روان مستقر شده‌اند و با پذیرش بیماران و ارائه مشاوره به کمک فرد و خانواده وی می‌شتابند.

این مسئول با بیان اینکه در صورت تشخیص افسردگی مزمن بیمار به روانپزشک ارجاع می‌شود، افزود: روانپزشکان بیمارستان امام رضا (ع) (بجنورد) با کمترین مبلغ بیماران را ویزیت کرده و پس از طی کردن پروسه درمان، فرد را دوباره به کارشناسان مراکز جامع سلامت برای تکمیل پروسه درمان ارجاع می‌دهند.

وی یادآور شد: سلامت روان مقوله‌ای بسیار مهم و نیاز به ارتقای آگاهی جامعه و درک صحیح از بیماری افسردگی و عواقب آن دارد.

یوسف‌نژاد با تاکید بر اینکه بیماری افسردگی را جدی بگیریم، اظهار کرد: بسیاری از افراد بدون آنکه خود بدانند به افسردگی مبتلا شده اند، بنابراین برای درمان باید خانواده‌ها با حوصله و صبوری روند درمان را تا حصول بهبود نهایی ادامه دهند.

انتهای پیام



ایسنا کودکان کم توان ذهنی و مشکلات یادگیری

یک متخصص روان‌شناختی تربیتی گفت: درگیری تحصیلی سازه‌ای برای تلاش‌های اصلاح‌گرانه حوزه تعلیم است .

دکتر حسنعلی ویسکرمی در گفت‌وگو با خبرنگار ایسنا، اظهار کرد: یکی از وقایع اجتناب‌پذیری که ممکن است در بعضی از خانواده‌ها رخ دهد، تولد کودکان کم‌توان ذهنی است.

وی ادامه داد: این کودکان در همه جوامع بشری تعداد قابل‌توجهی از جمعیت را شامل می‌شوند؛ بنابراین هر اقدامی در جهت بهینه کردن شرایط زندگی آنها می‌تواند انواع مشکلات اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و... آنها را کاهش داده و در کنار آن مشکلات خانواده نیز کاهش یابد.

ویسکرمی اضافه کرد: اگر بر این باور باشیم که ستون‌های تمدن هر جامعه بر نظام و ساختار آموزش و پرورش آن استوار است، بدون تردید سلامت، جامعیت و کارآمدی نظام آموزش و پرورش آن نیز در گرو سلامت، گستردگی، تنوع و کیفیت برنامه‌های جامع آموزش استثنایی و خدمات آموزشی مؤثری است که در مدارس عادی یا کلاس‌های ویژه به دانش‌آموزان ارائه می‌شود.

این عضو هیأت علمی دانشگاه لرستان افزود: آموزش استثنایی برنامه‌ای تنظیم شده براساس ارزیابی‌های مستمر و جامع به کودک از تولد تا پایان زندگی و همراه با خانواده، مدرسه و اجتماع است.

وی خاطرنشان کرد: پژوهش‌ها نشان داده‌اند که اگر بتوان دانش‌آموزان را هرچه بیشتر درگیر مسائل تحصیلی و تکالیف یادگیری کرد، بیشتر می‌توان به موفقیت علمی آنان امیدوار بود.

ویسکرمی گفت: درگیری تحصیلی سازه‌ای است که نخستین بار برای درک و تبیین افت و شکست تحصیلی مطرح شد و به‌عنوان پایه و اساسی برای تلاش‌های اصلاح‌گرایانه در حوزه تعلیم و تربیت مدنظر قرار گرفت.

انتهای پیام



افسردگی خطری جدی در میان سالمندان

مدیرگروه سلامت روان معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی با اشاره به حرکت جامعه به سمت افزایش سن سالمندی توضیح داد: بسیاری از سالمندان جامعه در سنین پیری به دلیل بازنشستگی و بیکاری، از دست دادن همسر و ابتلاء به بیماری های مزمن دوره پیری، افسرده شده و امید به ادامه زندگی را از دست می دهند.

زهرا یوسف نژاد در گفت و گو با خبرنگار ایسنا، با بیان اینکه مهم ترین خطر در ابتلاء به افسردگی اقدام به خودکشی است، اظهار کرد: متأسفانه بیشترین خودکشی ها در سنین سالمندی به وقوع می پیوندد.

وی با اشاره به اینکه سابقه افسردگی در افراد باید بررسی شود، اضافه کرد: متأسفانه در جامعه ما درمان بیماری های روان یک تابو و ننگ است و به همین دلیل بسیاری از افراد از مراجعه به روانپزشک خجالت می کشند.

مدیرگروه سلامت روان معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، خاطرنشان کرد: در صورت ابتلاء به سرماخوردگی فرد با مراجعه متعدد به پزشک خود را درمان کرده اما وقتی روان وی آزرده شود، با بی توجهی یا خود درمانی زمینه عوامل و خطرات جدی بعدی را فراهم می سازد.

یوسف نژاد با اشاره به اینکه درمان روان بسیار مهم است، تصریح کرد: ابتلاء به افسردگی مانند سایر بیماری ها علت دارد و ممکن است در صورت کم کار شدن یکی از هورمون های مغز مانند هورمون سروتونین فرد احساس اضطراب و بی قراری داشته باشد.

وی با تأکید بر اینکه در بسیاری از موارد با رژیم دارویی و جلسات روان درمانی فرد به صورت کامل بهبود یافته و به شرایط عادی بر می گردد، خواستار تابوشکنی و مبارزه با هموفوبیا در زمینه مراجعه به روانپزشک و درمان بیماری های روان شد.

مدیرگروه سلامت روان معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، ادامه داد: در سنین بالا افراد به دلیل کم تحرکی، ورزش نکردن، بیکاری، از دست دادن همسر احساس نا امیدی می کنند که موضوع درمان مهم و از آن مهم تر پیگیری روند درمان تا بهبود کامل است.

یوسف نژاد تأکید کرد: در پروسه درمان روان، رژیم دارویی در کنار درمان های روان شناختی پاسخ مثبت می دهد و این دو عامل مکمل یکدیگر در بهبود فرد مبتلا به افسردگی هستند.

وی اظهار کرد: افسردگی در جامعه بیماری شایعی است که در صورت مشاهده علائمی مانند خشمگین شدن، غر زدن، کنترل از دست دادن و غیره باید احتمال داد فرد به این اختلال مبتلا شده است.

انتهای پیام



خطر ۵ برابری اختلالات روان در مناطق بحران زده

بررسی ها نشان می دهد افرادی که در مناطق بحران زده و درگیر جنگ زندگی می کنند پنج برابر بیشتر احتمال دارد به افسردگی و اضطراب دچار شوند .

به گزارش ایسنا، گروهی از متخصصان دانشگاه کوئینزلند، واشنگتن و کارشناسان سازمان جهانی بهداشت (WHO) بر اساس مطالعات خود اعلام کردند: زندگی کردن در مناطق بحران زده و تجربه کردن درگیری های جنگی موجب می شود خطر ابتلا به افسردگی و اضطراب حدود پنج برابر افزایش پیدا کند.

به گفته محققان بار و شدت اختلالات روان در میان افرادی که در مناطق درگیر بحران زندگی می کنند بسیار بالاست. برآوردها حاکی از آن است از هر پنج نفر که در این مناطق زندگی می کنند یک نفر در دوره ای به اختلالات سلامت روان مبتلا خواهد شد و میزان افسردگی و اضطراب در این مناطق نسبت به دیگر نقاط جهان پنج برابر بیشتر است.

در این مطالعه آمده است: چالش زندگی روزانه همراه با بی ثباتی و مشکلات ناشی از جنگ تاثیر عمیقی بر سلامت روان افراد دارد. همچنین قرار گرفتن در معرض پیامدهای مستقیم و مکرر جنگ تاثیر عمیقی بر سلامت روان دارد.

به علاوه زندگی کردن در این شرایط باعث می شود فرد در معرض استرس فزاینده ای قرار گیرد زیرا افراد برای داشتن زندگی عادی، امرار معاش و تامین غذا با چالش روبرو هستند.

به گزارش مدیرکل اکسپرس، محققان اظهار داشتند: فقر در مناطق جنگ زده فراگیر است و این موضوع با تشدید بیماری های روان ارتباط دارد.

انتهای پیام



تمام بیماران سکته مغزی و صرع نیاز به خدمات توانبخشی دارند *



تهران- ایرنا- رییس هیات مدیره شبکه ملی توانبخشی ایران گفت: صد در صد بیماران سکته مغزی، صرع و غیره نیاز به خدمات توانبخشی دارند.

داریوش نسبی طهرانی روز جمعه در حاشیه برگزاری همایش بین المللی فیزیوتراپی در سالن برج میلاد در جمع خبرنگاران افزود: توانبخشی یک مساله مهم در مسیر درمان است و بیمارانی که آسیب های فیزیکی و مغزی می بینند باید از خدمات توانبخشی بهره مند شوند.

وی تصریح کرد: در گذشته در حوزه توانبخشی از روش های سنتی برای فعالیتهای فیزیکی بیماران استفاده می شد اما امروزه با استفاده از دستگاه های پیشرفته توانبخشی می توان مسیر درمان بیماری ها را آسان تر کرد.

نسبی طهرانی ادامه داد: دستگاه های رباتیک در حوزه توانبخشی امروزه در کشور تهیه شده که سیستم های مغزی و ذهنی بیمارانی که دچار سکته مغزی، صرع و غیره می شوند را درمان می کند.

وی اظهار داشت: در بیماری هایی مانند سکته مغزی باید توانبخشی را از همان روزهای اولیه آغاز کرد تا فرد به بهبودی برسد.

وی با بیان اینکه استاندارد خدمات توانبخشی به خصوص در منازل که توسط برخی افراد غیر حرفه ای انجام می شود، وجود ندارد، افزود: نیازمند استانداردسازی توانبخشی در کشور هستیم و باید این خدمات گسترش یابد.

وی مشکلات بیمه‌ای خدمات توانبخشی را از ضعف‌های موجود دانست و ادامه داد: پوشش بیمه‌ای خدمات توانبخشی ناچیز است. در حاشیه برگزاری همایش بین المللی فیزیوتراپی از دستگاه رباتیک توانبخشی رونمایی شد.



گزارش کودک آزاری؛



این همه زخم نهان هست و مجال آه نیست

تهران - ایرنا - نوشتن، همیشه آسان و راحت نیست. یک وقت‌هایی خیلی تلخ می‌شود. گاهی جرأت نمی‌کنی دلت را مثل سفره پهن کنی و هر چه را که دیده یا شنیده‌ای، روی کاغذ ببری. دستت می‌لرزد و چشمانت پر از اشک می‌شود و دلت گر می‌گیرد. انگار درونت را با هیتر روشن کرده باشند با هیچ چیزی خنک نمی‌شود.

یک وقت‌هایی هست که حتی نمی‌توانی برخی مسائل را به زبان بیاوری چه رسد که آن مسائل را برای دیگران تعریف کنی.

اگر تعریف کنی اول از همه فشارخودت بالا می‌رود، قلبت شروع می‌کند به تند زدن، فکر می‌کنی الان است که قلبت از جا کنده شود و از دهانت بزند بیرون. اشک توی چشمانت جمع می‌شود و مدام وقت تعریف کردن، عزیز دلت جلوی چشمانت می‌آید.

بیش از ۲۰ سال است که خوب یا بد، می‌نویسم. من که گاهی اوقات کسی یا کسانی را با گزارش‌هایم با خاک یکسان کرده‌ام و خیلی چیزها نوشته‌ام این بار جرأت از من گرفته شده است. این اولین بار است که نمی‌دانم از کجا شروع کنم. این اولین بار است که می‌ترسم برای پوشش خبری به جلسه‌ای بروم. قبل از آنکه جلسه شروع شود، بیرون درب سالن روی یک صندلی ولو شده‌ام.

بیش از ۲۰ سال است که خوب یا بد، می‌نویسم. من که گاهی اوقات کسی یا کسانی را با گزارش‌هایم با خاک یکسان کرده‌ام و خیلی چیزها نوشته‌ام این بار جرأت از من گرفته شده است.

عقلم می‌گوید برو و دلم می‌گوید نه، این کار را نکن که اگر بروی، خواب به چشمانت تا روزها، حرام می‌شود. اگر بروی شاید تا آخر عمرت، صحنه‌ها جلوی چشمانت رژه برود. اصلاً اگر بروی شاید سخته کنی. از طرفی عقلم درست است که قبول دارد این همه حال بد را اما می‌گوید برو شاید فرجی شود برای بی پناهان. شاید کسی دلش به رحم آمد و کاری کرد.

بعد از ۲۰ سال پاهایم سست می‌شود برای حضور در جلسه‌ای. صدای قلبم را دوباره می‌شنوم و تند تند زدن‌هایم را. می‌دانم اگر بروم داخل جلسه حالم، احتمال بسیار زیاد، بد می‌شود، خیلی بد.

یک کتاب کوچک حافظ خیلی وقت‌ها داخل کیفم هست کارم به جایی می‌رسد که تفال به لسان الغیب زنم. برایم این پیام را دارد: «برید* باد صبا دوشم آگهی آورد - که روز محنت و غم رو به کوته‌ی آورد.»

هر چه بادا باد می‌روم شاید روزی محنت و غم، کم شود. درب سالن را باز می‌کنم. پزشکان فوق تخصص جراحی کودکان، همه، کیپ تا کیپ در سالن نشسته‌اند. من هم کنار در، یک صندلی پیدا می‌کنم و می‌نشینم که اگر عکسی، چیزی در جلسه نشان دادند و نتوانستم تحمل کنم به در نزدیک باشم برای فرار کردن.

و اما موضوع جلسه یا سخنرانی «کودک آزاری» با حضور پزشکان جراح کودکان است. چقدر هم که این قشر با این مبحث آشنا هستند و چه چیزها که از کودک آزاری و ضرب و شتم و حتی سو رفتار جنسی به کودکان که ندیده‌اند. دلشان پر است از این سو رفتارها و دستشان بسته و چقدر حرص می‌خورند از اینکه نمی‌توانند به کودک آزار بگویند، بالای چشم‌پوشی ابروست.

چشمانم را می‌بندم و ذهنم را پرواز می‌دهم. کودک آزاری را می‌بی‌نم که با دستان خودش، کودک معصومی را که از حال رفته به بیمارستان آورده است. اول، یک مشت به دهانش می‌کوبم. یقه اش را می‌گیرم و او را محکم به سینه دیوار می‌کوبم و تا می‌خورد و جا دارد، کتکش می‌زنم آنقدر که جانش در بیاید. این کمترین کاری است که آدم می‌تواند با یک کودک آزار انجام دهد اما مساله این است که پزشکان نمی‌توانند این کار را انجام دهند.

این فانتزی با سخنرانی دکتر مهران هیرادفر، جراح کودکان در ذهنم از هم می‌پاشد. او عکسی از زیر شکم یک پسر بچه چهار ساله را در سخنرانی اش نشان می‌دهد که ناپدری به این ناحیه از بدن کودک ضربه زده بود.

وقتی عکس آن قسمت آسیب دیده بچه را می‌بی‌نم آرزو می‌کنم که بمیرم. آه خدایا چقدر خوب است که عمرهای ما ابدی نیست. چقدر خوب است که یک روز همه ما می‌میریم و همه این محنت‌ها تمام می‌شود. و آه از این همه زخم نهان.

این چه استغناست یا رب وین چه عین حکمت است

این همه زخم نهان هست و مجال آه نیست.

دکتر هیراد فر می‌گوید: بچه را با حال بد آورده بودند بیمارستان و او (هیراد فر) مجبور شده بود به علت شدت ضربه ناحیه تناسلی او را زیر تیغ جراحی ببرد.

بچه را جراحی کردند و مادر و ناپدری برای اینکه هزینه بیمارستان را ندهند تمام مدت بستری بودن بچه، ناپدید می‌شوند.

یک طفل چهار ساله بستری می‌ماند روی دست مسئولان بیمارستان. مسئولان بیمارستان نیز بعد از دو هفته که کودک کمی بهبود می‌یابد و می‌بینند کسی نیامد بچه را ببرد، به پرورشگاه می‌سپارندش.

دکتر هیراد فر شنیده است که مادر بچه، بچه را از پرورشگاه تحویل می‌گیرد. البته این پایان قضیه نیست. دکتر هیراد فر می‌گوید که حدود دو ماه بعد، دوباره بچه را در بیمارستان با حال زار و کتک خورده ویزیت کرده است. می‌گوید: بچه، ۱۰ روز در آی سی یو بستری بود.

این پزشک فوق تخصصی جراحی کودکان نمی‌داند که بعداً چه بر سر این طفل معصوم آمد. نمی‌داند هنوز از کتک‌های ناپدری زنده است یا نه؟ شاید هم مرده باشد کسی چه می‌داند.

هیراد فر از پزشک اجتماعی، پیگیر حال بچه می‌شود اما اظهار تأسف می‌خورد که از نظر قانونی نمی‌تواند کاری برای این قبیل بچه‌ها انجام دهد فقط می‌تواند گزارش دهد.

فقط همین یک قلم، نگاه کردن به عضو آسیب دیده کودک و سخنرانی دکتر هیراد فر برای هفت پشت من بس است. شنیدن این چیزها عین یک شکنجه، روحم را دارد سوهان می‌کشد آنقدر که براده‌های سفیدی را می‌بی‌نم که از سوهان روحم دارد روی زمین

پخش می‌شود. وه که چه دردناک که چشم داری و بینی چه بلاها که بر سر فرشته‌های کوچک نمی‌آید و چه بال‌ها که نمی‌شکند و چه فریادها که گاهی برای همیشه خاموش می‌شود.

دکتر بهروز جلیلی، فوق تخصص روانپزشکی کودکان است. او هم سخنران بعدی است. او از بی‌مارهایش می‌گوید و مثل دکتر هیراد فر، کاملاً دارد تخصصی حرف می‌زند به گونه‌ای که من هیچی نمی‌فهمم. فقط آنهایی را که فهمیده‌ام نوشته‌ام. دکتر جلیلی قبل از سخنرانی، پیش درآمد حرف‌هایش این است که یک ماه پیش با او برای شرکت در سخنرانی تماس گرفته‌اند و او گفته است: «متأسفانه در این سخنرانی شرکت می‌کنم.»

دلیل اینکه چرا جلیلی از قید «متأسفانه» استفاده کرده است برای این است که تمام این مبحث (کودک آزاری) شر است و هیچ جای خیر ندارد.

دکتر جلیلی به پزشکان حاضر در جلسه تاکید می‌کند که اگر کودکی را معاینه کردند و مشکوک به کودک آزاری شدند، حتماً از عضو آسیب دیده عکس بگیرند. او می‌گوید: «من مجبورم پزشکی قانونی هم برای این بیمارها باشم. شما (پزشکان) حتماً از عضو آسیب دیده عکس بگیرید و به بخش امنیتی بیمارستان تحویل دهید. از پوست سر تا نوک انگشتان پای بچه را معاینه کنید.»

او به کودکان زیر ۱۸ سالی اشاره می‌کند که مورد سو استفاده جنسی قرار گرفته‌اند. او با ناراحتی می‌گوید: گاهی اوقات وقتی چنین مواردی را می‌بی‌نم، این ادعا هم می‌شود که کودک، خودش هم رضایت داشته است!

جلیلی با غیض ادامه می‌دهد: مگر فرد کمتر از ۱۸ سال که کودک است، در این خصوص (Sexual Abuse یا سو استفاده جنسی) قادر به رضایت دادن است؟!

این روانپزشک کودکان اظهار می‌دارد: بچه زیر یکسال را می‌آورند و ادعا می‌کنند که بچه از دستشان افتاده است! مگر بچه از دست، می‌افتد! معلوم است که دروغ می‌گویند و بچه را پرت کرده‌اند. اثر شلاق و خط کش زیر گوش بچه معلوم است و آن وقت می‌گویند: به میز یا صندلی گیر کرده است.

جلیلی، عکس پاهای سوخته طفل معصومی را نشان می‌دهد که با سیگار سوخته است و یا عکس رادیولوژی که سوزن به سر بچه فرو کرده‌اند. یا اثر گاز روی دست و پایش است.

«قالب دهان Abuser (فرد آزاردهنده) را که بگیری دقیقاً با اثر گاز روی بدن بچه مطابقت می‌کند».

این روانپزشک، بعد از این همه عکس نشان دادن، تازه می‌خواهد سه عکس دیگر هم روی پرده سفید سالن، نمایش دهد! به نظر می‌رسد که عکس‌ها باید خیلی فجیع باشد چون قبل از نمایش عکس‌ها این هشدار را می‌دهد که هر کس، دل دیدن عکس‌ها را ندارد از اتاق برود بیرون.

من تنها کسی هستم که از سالن، بیرون می‌زنم. قبل از بیرون رفتن به دکتر جلیلی می‌گویم: «آقای دکتر! من خبرنگارم نمی‌توانم عکس‌ها را ببینم. بی‌زحمت هر وقت تمام شد، یک نفر من را مطلع کند. من بیرون سالن ایستاده‌ام».

چند دقیقه بعد، یکی از خانم‌ها در سالن را باز می‌کند و می‌گوید: بیایید داخل. تمام شد. من هم عین ترسوها در سالن را نیم لا باز می‌کنم و خطاب به آن خانم با شک می‌پرسم: مطمئنید که تمام شد؟

او هم به من اطمینان می‌دهد. درب را کامل باز می‌کنم و بعد ناباورانه به پرده سفید و عکس‌ها نگاه می‌کنم. چند ثانیه جلو درب سالن به حالت فرار، می‌ایستم که اگر دکتر جلیلی عکس دیگری را نشان داد من دوباره بیرون بروم که خوشبختانه اینگونه نشد. راستش، کمی خجالت می‌کشم. با خودم فکر می‌کنم که این بزرگواران جراح حاضر در جلسه، حتماً آنقدر موارد کودک آزاری دیده‌اند که برایشان عادی شده است. لابد پیش خودشان فکر می‌کنند که چه خبرنگار ترسویی! اما مهم نیست بگذار اینگونه فکر کنند. حاضرم تمام دنیا به من بگویند ترسو اما برای همیشه کودک آزاری از دنیا رخت ببرند.

ادامه سخنرانی جلیلی است و به آنجا رسیده است که دارد ویژگی‌های والدین کودک آزار را می‌شمرد. او این سوال را می‌پرسد که اگر کسی به زیر شکم بچه لگد می‌زند یا در حضور جمع، به او سیلی می‌زند، عادی است؟ والدین Abuser (آزاردهنده) خودشان در کودکی، آزار دیده‌اند، بدبین هستند، رفتار پارانویید دارند، منزوی هستند و به جای اینکه بچه به آنان متکی باشد آنان به بچه متکی هستند. مشکلات خود را با کتک زدن بچه، تلافی می‌کنند و چیزی که عجیب است این است که زنان، خیلی بیشتر از مردان More Child Abuser (کودک آزارتر) هستند!

جلیلی آخرین راه قانونی برای خلاصی کودک از والدین کودک آزار را خارج کردن او از قیمومیت والدین و سپردن او به دولت (بهزیستی) می‌داند اما در عین حال تاکید می‌کند که اگر کودک را به یکی از اقوام مثل پدر بزرگ یا مادر بزرگ بسپارند خیلی بهتر است از وقتی که به بهزیستی بسپارند.

چیزی که در این سال‌ها دکتر جلیلی متوجه شده است فقر است که یکی از علل مهم کودک آزاری والدین به شمار می‌آید. وقتی فقر باشد، خشم هم بالا می‌رود.

این روانپزشک کودکان در آخر سخنرانی اش خطاب به جراحان حاضر در جلسه به این نکته تاکید دارد که اگر بچه‌ای را مکرر می‌بینند که در بیمارستان بستری می‌شود به کودک آزاری مشکوک شوند.

به گفته این روانپزشک، کودکان عقب مانده ذهنی، بیش فعال و نیز نابالغ بیشتر از هر کودک دیگری کتک می‌خورند و مورد آزار و اذیت قرار می‌گیرند.

او همچنین تاکید می‌کند که والدین دچار اختلاف خلقی - شخصیتی را که کودک آزاری می‌کنند حتماً باید درمان کرد اما حیف که بودجه دولت در این خصوص خیلی کم است.

سخنرانی تمام می‌شود و بعد از وقفه‌ای چند دقیقه‌ای قرار است پانلی تحت عنوان «کودک آزاری» در همین سالن برگزار شود. یک سوال خیلی مهم دارم یعنی دو سوال دارم یکی اینکه آیا دیدن عکس‌ها و موارد کودک آزاری برای جراحان عادی شده است و دیگری اینکه اگر یک مورد کودک آزاری را می‌بینند، تا بحال با فرد کودک آزار برخوردی کرده‌اند یا خیر؟

سه جراح در خصوص سوال اول اظهار می‌دارند که هیچ وقت این صحنه‌ها برای آنان عادی نبوده است. یکی از جراحان به من می‌گوید: خانم! فکر می‌کنید من دل دیدن عکس‌هایی که دکتر جلیلی نشان دادند و شما هم طاقت دیدن عکس‌ها را نداشتید و بیرون رفتید را دارم؟ باور کنید به عنوان یک جراح، خجالت کشیدم که بیرون بروم. ترسیدم مسخره ام کنند و گرنه من هم مثل شما به خارج از سالن می‌رفتم و عکس‌ها را نمی‌دیدم. باور می‌کنید که وقتی تصاویر را دیدم، اشک در چشمانم جمع شد!

با شنیدن این حرف کمی دلم آرام می‌گیرد با خودم می‌گویم: «پس من تنها نیستم و چه خوب که من جراح نیستم و به خاطر ندیدن آن عکس‌ها از بیرون رفتن خجالت نکشیدم». یکی از جراحان به من می‌گوید: خانم! فکر می‌کنید من دل دیدن عکس‌هایی

که دکتر جلیلی نشان دادند و شما هم طاقت دیدن عکس‌ها را نداشتید و بیرون رفتید را دارم؟ باور کنید به عنوان یک جراح، خجالت کشیدم که بیرون بروم. ترسیدم مسخره ام کنند

و اما سوال دوم یعنی آیا یک جراح کودکان، تا بحال با فرد کودک آزار برخوردی داشته است یا خیر؟ دکتر محسن روزرخ، یکی دیگر از جراحان کودک که در این پانل حضور دارد به من در خصوص این سوال، پاسخ می‌دهد.

او هم منکر موارد کودک آزاری و حتی سو استفاده جنسی از دختران توسط محارم را نمی‌شود اما در عین حال اظهار می‌دارد: «ما پزشک هستیم و نمی‌توانیم قضاوت کنیم و فقط مراتب را به پزشکی قانونی و مراجع قانونی منتقل می‌کنیم. وقتی که چیزی برای ما غیرطبیعی است و به سو رفتار در هر شکلی در خصوص کودک مراجعه کننده به بیمارستان، برمی‌خوریم، به هیچ وجه حق قضاوت نداریم.

او باز هم تاکید می‌کند: ما (پزشکان) نمی‌توانیم فراتر از قانون تصمیم بگیریم. حتی اگر والدینی را می‌بینیم که صلاحیت نگهداری از بچه را ندارند، باز هم نمی‌توانیم فراتر از قانون تصمیم بگیریم و فقط به مراجع قانونی منتقل می‌کنیم. ما (پزشکان) نمی‌توانیم فراتر از قانون تصمیم بگیریم. حتی اگر والدینی را می‌بینیم که صلاحیت نگهداری از بچه را ندارند، باز هم نمی‌توانیم فراتر از قانون تصمیم بگیریم و فقط به مراجع قانونی منتقل می‌کنیم.

روزرخ می‌گوید: قانونگذاران باید برخورد قانونی با این موارد کودک آزاری داشته باشند. متأسفانه درخصوص این مواردی که بارها و بارها جراحان کودک با آن مواجه اند، هم خلاء قانونی و هم مشکل در اجرای قانون داریم.

این جراح کودکان اظهار می‌دارد: یکی از مشکلاتی که داریم این است که تا یکسری مسائل مطرح می‌شود، آن را سیاسی می‌کنند در حالی که خیلی چیزها به سیاست ارتباطی ندارد.

این جراح کودکان از دیدن بارها و بارها موارد کودک آزاری و بیماران کوچکی که هیچ نایی برای آنان بابت سو رفتار اعمال شده بر آنان ندارند، فقط احساس تأسف می‌کند که اقدام دیگری به جز انتقال این موارد به مراجع قانونی ندارد و اینکه نمی‌تواند مداخله دیگری در جایگاه یک پزشک انجام دهد.

یاد پزشکی می‌افتم که چند سال پیش از خاطرات خود از موارد کودک آزاری مراجعه شده به او می‌گفت. از وقتی می‌گفت که دو سه باری با پدر بچه زد و خوردی داشته است و با او (آن پزشک) برخورد قانونی شده بود.

می‌گفت: درست است که ما نباید با کودک آزار برخوردی کنیم و فقط باید درمان کنیم اما گاهی اوقات نمی‌توانم جلو خودم را بگیرم و این خیلی بد است.

او از پدری تعریف می‌کند که به دختر خودش تجاوز کرده بود و وقتی با او (پدر) مشاجره می‌کند، پدر با عصبانیت به آن پزشک پرخاش کرده بود که «به شما ربطی ندارد بچه مال خودم هست». بعد دختر بچه را با خود از درمانگاه برده بود.

برخی، کودک را مایملک خود می‌دانند

پانل با سخنان دکتر محمد عفت پناه، روانپزشک کودکان شروع می‌شود. او به سو استفاده جنسی در خصوص کودکان اشاره می‌کند و می‌گوید: هر گونه تماسی به نواحی خاص، نشان دادن عکس‌های پورنو و نیز به کار بردن طفل در پورنو گرافی، سو رفتار جنسی تلقی می‌شود.

وی اظهار می‌دارد: موارد پنهان سو استفاده جنسی کودک مثل «دستمالی کردن کودک» ۴۰ برابر بیشتر از موارد آشکار سو استفاده جنسی است.

وی در خصوص والدین کودک آزار می‌گوید: برخی والدین که بچه را خیلی کتک می‌زنند این عقیده را دارند که «بچه بی تربیت را باید کتک زد». آنان کودک را مایملک خود می‌دانند و فکر می‌کنند که می‌توانند هر کاری با او انجام دهند و کتک زدن را حق قانونی خود می‌دانند.

او در خصوص کودکان کار و اینکه یکی از مصادیق کودک آزاری هست یا خیر نیز می‌گوید: برخی کشورها مثل برزیل، کار کودکان را به معنای شغل، به رسمیت می‌شناسند و کودکان کار برای آنان، نرمال (عادی) است. در برخی مناطق کشور مثل گیلان و مازندران هم کار کودک در مزرعه، پذیرفته شده است. یعنی هنجاری وجود دارد که کودک را می‌توانند به جای مدرسه به مزرعه بفرستند تا کار کند.

عفت پناه این را می‌گوید که این توضیح را دهد که کودک آزاری بر اساس فرهنگ‌های مختلف، تعاریف متعددی دارد. یک وقت براساس یک فرهنگ، کار کودک در مزرعه، کودک آزاری تلقی نمی‌شود و در فرهنگی دیگر گرفتن لپ بچه بدون اجازه والدین، پیگرد قانونی دارد.

او می‌گوید: اینکه کودکی را بوجود بیاوریم و او را به بهانه کار کردن به سرچهار راه‌ها بفرستیم نوعی Neglect جامعه شناسان این واژه را غفلت ترجمه کرده‌اند) انجام داده‌ایم. در واقع بر اساس تعاریف بین المللی، نفرستادن کودک به مدرسه لاقلاً، اهمال تلقی می‌شود.

دکتر عاطفه مرجعی، متخصص پزشکی قانونی است. او به محض اینکه در این جلسه متوجه حضور من به عنوان خبرنگار می‌شود، آماري را که قرار بود ارائه دهد، بیان نمی‌کند.

البته او توپ را به زمین بهزیستی می‌اندازد و می‌گوید: کاش از بهزیستی دعوت می‌کردید. آنها آمار دارند. ما هم از بعد دیگری آمار داریم که محرمانه است!

وی اظهار می‌دارد که میزان کودک آزاری ما هر سال بیشتر می‌شود. همچنین مکانیزم زیادی هم برای شناخته شدن موارد کودک آزاری نداریم.

مرجعی در بخش دیگری از سخنانش به کنوانسیون حقوق کودک اشاره می‌کند که برخی موارد کودک آزاری در این کنوانسیون، عرف جامعه ما به شمار می‌آید و نمی‌توان جزو کودک آزاری بیاوریم. در واقع ما عضو کنوانسیون هستیم اما عملاً نیستیم.

این متخصص پزشکی قانونی، در خصوص اینکه پزشکی قانونی چه مواردی را کودک آزاری می‌داند، اینگونه توضیح می‌دهد: ما دنبال مکانیزم خاصی برای کشف کودک آزاری نیستیم و روی مواردی کار می‌کنیم که به صورت شایع و جرم عمومی از سوی پلیس یا اورژانس اجتماعی مطرح می‌شود.

یکی از جراحان حاضر در پانل از مرجعی تقاضای آمار کودک آزاری را دارد و از او این سوال را دارد که این مسائل را اگر در اینجا نگوئید بفرمائید کی و کجا آمار می‌دهید؟

مرجعی هم جواب داد: مصالح کشوری ایجاب می‌کند که یکسری مسائل برای عموم مطرح نشود! مسئولان اجرایی آمار می‌گیرند!

او در خصوص این سوال که آیا کودک آزاری فیزیکی بیشتر است یا عاطفی (Emotional)، پاسخ می‌دهد: از نظر من که پزشکی قانونی هستم کودک آزاری بیشتر است اما ممکن است از نظر دکتر جلیلی که روانپزشک کودکان هستند بعد عاطفی بیشتر باشد.

مشکلات قانونی در شکایت از پزشک

دکتر جلیلی (روانپزشک کودکان) در خصوص مرگ ناشی از کودک آزاری در دنیا اظهار می‌دارد: وقتی این مرگ گزارش می‌شود معمولاً ۲۰ تا ۴۰ برابر با واقعیت فاصله دارد و ما باید جامعه از جمله کادر درمان را در خصوص کودک آزاری، حساس کنیم. از تکنسین‌های آزمایشگاه گرفته تا پرستار و پزشک، باید با علائم کودک آزاری آشنا شوند. مثلاً آن کسی که دارد از بچه خون می‌گیرد باید متوجه کودک آزاری شود. حتی وقتی که پدر و مادر با پزشک در نحوه معاینه، بیش از حد همکاری می‌کنند باید به مورد احتمال کودک آزاری شک کرد. بنابراین باید آموزش‌های لازم را به کارکنان درمان داد تا موارد کودک آزاری را بیشتر گزارش دهند.

او به یکی از مشکلات قانونی اشاره می‌کند مبنی بر اینکه هنوز در ایران قانونی نداریم که پزشک، سو (تعقیب قانونی و ادعای خسارت) نشود. یعنی اگر یک پزشک به اشتباه تشخیص کودک آزاری داد، والدین می‌توانند از او شکایت کنند این در حالی است که در بیشتر کشورهای دنیا، کسی نمی‌تواند در این خصوص از پزشک شکایت کند. ما در این خصوص جلسات متعددی با نمایندگان قانون داشتیم که نتوانستیم به جایی برسیم.

۵/ ۲ درصد تروماهای مراجعه به اورژانس ناشی از کودک آزاری است

دکتر سید عبدالله موسوی، دیگر، جراح کودکان است که در این پانل به علائم کودک آزاری اشاره می‌کند که یک پزشک باید نسبت به آن حساس باشد. مثلاً، کودک با یک تب ساده به ما مراجعه می‌کند ما هم به او مسکن می‌دهیم در حالی که این تب ممکن است ناشی از کودک آزاری باشد. این تب، همان بخشی از کوه یخ است که بخش عمده‌ای از آن زیر آب است و دیده نمی‌شود.

موسوی می‌گوید: در دنیا، ۵ / ۲ درصد تروماهای مراجعه به اورژانس ناشی از کودک آزاری است. آنچه که به ما گفته شده است و ما در کتاب‌های مرجع پزشکی خوانده‌ایم این است که اگر به کودک آزاری شک کردیم حتماً از علائم آن عکس بگیریم و مثلاً از کبودی، تصویر بگیریم تا بتوانیم از مورد کودک آزاری دفاع کنیم.

او تاکید می‌کند که کودک نمی‌تواند از خودش دفاع کند و تنها حامی او در وهله نخست ما پزشکان هستیم که باید تمام موارد ولو نکات کوچک را مستند سازی کنیم. مثلاً سوختگی‌های ناشی از کودک آزاری با سوختگی معمولی فرق دارد. سوختگی با اتو کاملاً مشخص است تا وقتی که کسی با آب جوش سوخته است. همچنین وقتی که به شکم بچه ضربه خورده است معمولاً خط وسط را درگیر می‌کند. مرگ و میر ناشی از ترومای شکم در موارد کودک آزاری در دنیا ۵۳ درصد است این در حالی است که اگر مورد کودک آزاری نباشد، مرگ و میر حدود ۲۰ درصد است.

این جراح کودکان همچنین به موارد شک برانگیز برای کودک آزاری هم اشاره می کند. مثل وقتی که بچه مراجعه کننده معلوم است که تغذیه مناسبی ندارد و یا اینکه به جای والدین، یکی از همسایه ها بچه را به اورژانس آورده است. دلیل آن هم این است که والدین این کودکان از والدین مشکل دار به شمار می آیند و گاهی اوقات این همسایه ها هستند که به داد بچه می رسند.

او ادامه می دهد. یک وقت هایی هم بچه با تشنج مراجعه می کند و باید مشکوک شویم به اینکه شاید بچه را محکم تکان داده باشند.

یکی از پزشکان پیرو اظهارات دکتر موسوی به یک مورد ترومای رکتوم (مقعد) بچه ای ۱۲ ساله اشاره می کند که وقتی خانواده اش فهمیدند که پزشک به شدت به دنبال گرفتن شرح حال کامل از بیمار است، شک کردند و هم این سو استفاده جنسی از کودک را انکار کردند و هم اینکه بلافاصله بچه را با خود بردند.

دکتر مرجعی (متخصص پزشکی قانونی) در این خصوص این پاسخ را دارد که حتماً در این موارد اگر شرح حال از بیمار با شدت تروما، همخوانی ندارد به کودک آزاری شک کنند و شرح حال کامل از بیمار بگیرید و هیچ چیز از قلم نیفتد و همه چیز بررسی و ثبت شود.

مرجعی می گوید: در قانون جدیدی که در مجلس تصویب شد اما در شورای نگهبان چند ایراد گرفته شده، نوشته شده است که اگر گروه پزشکی متوجه مورد کودک آزاری شد «باید» به مرجع قضائی و بهزیستی گزارش دهد. در مورد موارد سو استفاده جنسی از کودک هم معمولاً خانواده این مورد را انکار می کند. این متخصص پزشکی قانونی ادامه می دهد: یک اصل در پزشکی قانونی این است که معمولاً «دیر می آورند و زود هم می خواهند ببرند». بنابراین وقتی مورد کودک آزاری دیده می شود باید اجازه ترخیص داده نشود تا به مراجع قضائی اطلاع داده شود. طبق قانون، کودک آزاری یک جرم عمومی است و به شاکی خاص نیازی ندارد.

اما به نظر می رسد همیشه به این سادگی نیست. دکتر موسوی (جراح کودکان) می گوید: وقتی مددکار بیمارستان در موارد کودک آزاری با اورژانس اجتماعی تماس می گیرد و آنها نیز پرونده تشکیل می دهند به مراجع قانونی ارائه می دهند، دادستانی در شرایط خیلی خوب، دو هفته بعد جواب می دهد و گاهی هم یک ماه دیگر این جواب را به ما می دهد در این مدت که دیگر، کودک در بیمارستان بستری نیست!

او ادامه می دهد: در این موارد وقتی می بی نم ممکن است ما با این مشکل مواجه شویم به وکیل بیمارستان می گویم که مستقیماً با دادستانی تماس بگیرد و به اورژانس اجتماعی گزارش ندهد تا پرونده سریع تر به جریان بیفتد. وکیل بیمارستان هم همین کار را می کند و اتفاقاً بچه، پس از ترخیص به بهزیستی منتقل می شود و به خانواده داده نمی شود اما بعد، فکر می کنید چه می شود؟! پدر و مادر مستقیماً از بهزیستی، بچه را به خانه می برند و پرونده هم مختومه می شود!

مرجعی در پاسخ به این اظهارات می گوید: بله. پدر و مادر ولی هستند و حق دارند. در قانونی که در مجلس تصویب شده و در کش و قوس شورای نگهبان است آمده است که در اینجا، پدر و مادر دیگر ولایت ندارند.

یکی از جراحان هم در این جلسه به کمیته اخلاق بیمارستانی که در آن شاغل است اشاره می کند که هر ماه این کمیته برای کادر درمان، برای کودک آزاری دوره آموزشی می گذارد. در این جلسات به تیم درمانگر تاکید می شود که به هیچ وجه ننویسند که کودک آزاری اتفاق افتاده است بلکه باید به پزشکی قانونی بنویسند با توجه به این یافته ها آیا کودک آزاری مطرح است یا نه؟

او ادامه می دهد: نتایج نشان داده است وقتی ما این کار را می کنیم متوجه می شویم که مدیریت پزشکی قانونی خیلی بهتر از ما پزشکان است و با پدر و مادر، بهتر ارتباط برقرار می کنند.

مرجعی هم در این میان می گوید: وقتی ما (پزشکان) گاید لاین (راهنمای بالینی) و قانون آن چنانی نداریم، مجبوریم دست به عصا و با احتیاط رفتار کنیم و اگر مشکوک شدیم به مراجع قانونی نظیرمان را ارائه دهیم.

دکتر روزرخ یکی دیگر از جراحان کودکان باز هم نظری دارد قابل تأمل و آن اینکه باید از ما پزشکان حمایت قانونی شود تا موارد کودک آزاری را معرفی کنند نه اینکه چون حمایت نمی شوند ما هم فقط درمان کنیم و به گزارش ندهیم.

...این گفت و گو ها باز هم ادامه دارد و پزشکان به دنبال راهی برای حمایت قانونی بیشتر در موارد گزارش دهی کودک آزاری دارند. آنها هم مثل ما انسان و شهروند به شمار می آیند و اظهار تأسف می کنند بابت اینکه گاهی نمی توانند به جز درمان و یک گزارش به مراجع قانونی که معلوم نیست سرانجام کودک در این فرایند چه می شود، کار دیگری انجام دهند.

پزشکان هر چند گزارش می دهند و بعد از آن، گاهی هم بچه به بهزیستی سپرده می شود اما مساله این است که این تمام ماجرا نیست و گاهی خانواده، دوباره او را از بهزیستی می گیرند و باز، این چرخه شروع می شود.

این چرخه تا چه وقت ادامه دارد؟ تا کی باید موارد کودک آزاری را دید و نتوانست کار زیادی برای آن انجام داد؟ تا کی پزشک فقط به درمان کودک فکر کند و از ترس ترسو شدن کار دیگری برای او انجام ندهد؟

کودکی سه ساله، چند روز پیش وقتی مجرای دزدی و بچه دزدی را از زبان مادر و مادر بزرگش شنید، یک سوال در ذهنش پدید آمد و خطاب به مادر بزرگش با همان زبان شیرین کودکی پرسید: «مامان بزرگ! دزد چه شکلیه؟ چشم داره؟ دست و پا داره؟»

می خواهم بگویم آیا بچه ای معصوم با این ذهن خالی از هر بدی و بی دفاع، زدن دارد؟ اگر کسی او را آزار داد نباید از او حمایت کنیم؟

این سخنرانی ها و پانل در کنگره سالانه انجمن جراحان کودکان ایران (۱۸ تا ۲۱ خرداد) و در حاشیه چهل و سومین کنگره علمی سالانه جامعه جراحان در سالن همایش های بین المللی رازی برگزار شد.



مطالعات نشان می دهد؛



تشخیص زودهنگام اوتیسم با بررسی حس بویایی بیمار *

مطالعات محققان نشان می دهد که پاسخ افراد مبتلا به اوتیسم به رایحه های مختلف، با افراد عادی متفاوت است.

به گزارش [خبرنگار مهر](#)، معمولاً هنگام مواجهه با رایحه مطبوع مانند عطر گل، افراد نفس عمیق می کشند تا حجم زیادی از رایحه وارد سیستم تنفسی شود و برعکس، هنگامی که بوی نامطبوعی در فضا وجود دارد، جریان هوای وارد شده به سیستم تنفسی به اراده فرد محدود می شود.

مطالعات نشان می دهد که در افراد مبتلا به اوتیسم، هیچ تفاوتی میان بوی مطبوع و نامطبوع وجود ندارد و این افراد در هر دو حالت به یک میزان هوا وارد جریان تنفسی می کنند. محققان بر این باورند که با توجه به این پاسخ، به راحتی می توان اوتیسم را در مراحل اولیه تشخیص داد.

اوتیسم یک اختلال عصبی است که عملکرد مغز را تحت تاثیر قرار می دهد. این معلولیت رشدی معمولاً در سه سال اول زندگی به طور کامل آشکار می شود. معمولاً این سه سال اول، دوره طلایی قلمداد شده و چنانچه در این دوره مربیان و والدین کودک این عارضه را شناسایی کنند و در صورت درمان و رسیدگی می توان کودک را به مدرسه فرستاد و مهارت های زیادی را به او آموخت.

در حال حاضر هیچ آزمایش قابل اعتمادی برای تشخیص این اختلال وجود ندارد و با غربالگری رشد شاید بتوان برخی علایم را تشخیص داد.



اخبار حوزه «رفاه و سلامت اجتماعی»:

یغمای کودکی



نشست «یغمای کودکی» در تالار ایوان شمس معاونت اجتماعی و فرهنگی شهرداری تهران برگزار شد. «فرشید یزدانی» مدیرعامل انجمن حمایت از حقوق کودکان با اشاره به عنوان این پژوهش توضیح داد: یغما یعنی تاراج. یغمای کودکی یعنی کودکی که به تاراج رفته و هیچ چیز از آن برجای نمی ماند و یغماگر نظام سیاسی، اجتماعی و اقتصادی است؛ یغماگری که با نگاه بازارمحور همه چیز را کالا تلقی می کند و کودکی این کودکان را به یغما می برد. به همین دلیل باید در مقابل این پدیده یک موضع داشته باشیم و به عنوان یک نهاد مدنی باید مبتنی بر پژوهش در سیاستگذاری درست در خصوص این موضوع ورود کنیم و ایده ارائه دهیم.

مدیرعامل انجمن حمایت از حقوق کودکان با اشاره به اینکه در تحقیق «یغمای کودکی» مشخص شد ۱۴ هزار زباله گرد در تهران وجود دارد، تصریح کرد: از این تعداد چهار هزار و ۷۰۰ تن آنها یعنی یک سوم کودک هستند. کودکانی اغلب تبعه افغانستان.

«کامیل احمدی» مردم شناس و سرپرست پژوهش زباله گردی کودکان درباره راهکارهای این پدیده عنوان داشت: ادغام بخش غیررسمی و رسمی از راهکارهای رسیدگی به این پدیده است. مکانیزه کردن سیستم جمع آوری پسماند، نظارت بر اجرای قوانین پسماند، تغییر شیوه مدیریت شهر و... از جمله موارد کاهش زباله گردی در شهر هستند.

این مردم شناس در ادامه صحبت هایش با اشاره به راهکارهای دیگر برای کاهش پدیده زباله گردی در شهر افزود: حذف کودکان زباله گرد زیر ۱۵ سال از چرخه زباله گردی، برگشت دادن امن زباله گردهای مهاجر زیر ۱۵ سال با شرایط به کشورشان، حذف کودکان زباله گرد بالای ۱۵ سال و ماندن آنها در ایران مشروط به داشتن سرپرست، مهارت آموزی برای حرفه و اشتغال، فراهم کردن فرصت های جایگزین اشتغال و درآمد برای آنها، تأمین امنیت و اجازه کار نیمه وقت، داشتن بیمه و خدمات، آموزش و پرورش رایگان و تخصیص درآمدهای شهرداری به این مورد از جمله راهکارهای دیگر برای کاهش زباله گردی کودکان در تهران می تواند باشد.

«فرشید خضری» دستیار پژوهش کودکان زباله گرد عنوان داشت: عوامل اصلی زباله گردی در سطح تهران فقر، فقدان فرصت های اقتصادی و شیوه مدیریت پسماندهای شهری است. درحالی که قدمت شهرداری ۱۰۰ سال می شود اما تاکنون موفق شده با راه اندازی غرفه های بازیافت و ماشین های مخصوص جمع آوری زباله تنها حدود ۱۵ درصد از زباله های شهر تهران را جمع آوری کند.

خضری یادآور شد: واگذاری مناطق به پیمانکاران و نحوه اجرای کار آنها غیرقانونی است و این درحالی است که زباله گردها به لباس و ابزار ایمنی تجهیز نشده اند و در این بین از کودکان نیز برای جمع آوری زباله استفاده می شود.

«مروئه وامقی» عضو هیأت علمی دانشکده علوم بهزیستی و توانبخشی با اشاره به تحقیق یک مؤسسه پژوهشی در آلمان که به درخواست سازمان بین المللی کار روی پروژه های زباله گردی کار کرده بودند، گفت: این تحقیق شامل ۱۴ پروژه روی کشورهای آسیا و آمریکای لاتین بوده و در همه آنها به این نتیجه رسیده اند که علت اصلی زباله گردی در همه محل های پژوهش فقر بوده است. این اتفاق دلایل مختلفی داشته یا سرپرست خانواده قادر به کسب درآمد نبوده، یا مهارت کافی نداشته، فرصت شغلی در اختیارش نبوده یا مشکلات اقتصادی داشته است.

«بهاره آروین» عضو شورای شهر تهران بیان داشت: ما درخواست همکاری و مشارکت برای این موضوع داریم که چه نوع سیاستگذاری در پیش بگیریم که نتایج خوبی در خصوص پدیده زباله گردی و کاهش آن داشته باشیم.

آروین ادامه داد: شهرداری در حوزه پسماند تر مناقصه و در پسماند خشک مزایده برگزار می کند. البته در هر ۲ حوزه رانت وجود دارد. ما در خصوص پسماند تر نیز مشکلاتی داشتیم و پیمانکاران حقوق کارگران را پرداخت نمی کردند. به همین دلیل با اجرای یک سیستم نظارتی شهرداری ورود کرد تا پیمانکار طی روال اداری حقوق کارگانش را به درستی پرداخت کند. اما در حوزه پسماند خشک ما مزایده داریم. پیمانکار قرارداد جمع آوری زباله می بندد و تنها ابزار ما در صورت رؤیت تخلف این است که قرارداد او را باطل کنیم.

«مراد ثقفی» فعال مدنی با اشاره به اینکه کاهش پدیده زباله گردی در تهران پر از تناقض است، عنوان داشت: نیاز است در فرصتی مناسب جلسه ای با حضور شهرداری، شورای شهر و افراد حرفه ای که در این حوزه کار کرده اند، برگزار شود تا به نتایج دقیقی برسیم.

ثقفی با اشاره به پژوهش یغمای کودکی ادامه داد: این کار یک کار توصیفی خوب است. همه ما دنبال این هستیم که این کار خاتمه یابد اما چطور و به چه قیمتی. آیا این کودکان باید ردمرز شوند یا اینکه برای کار جای دیگری بروند و از دید و چشم ما دور شوند و ندانیم آنها کجا هستند.

این فعال مدنی خاطرنشان کرد: برای اینکه بتوانیم سیاستی را برای حل این پدیده استخراج کنیم، نیاز داریم که از سطح توصیف بگذریم و از خود کودکان برای حل مشکل آنها کمک بگیریم.

«احمد میدری» معاون رفاه اجتماعی وزارت کار، تعاون و رفاه اجتماعی به عنوان نماینده یک نهاد سیاستگذار توضیح داد: برخی مسائل سیاستگذاری ها در خصوص زباله گردی به ویژه زباله گردی کودکان پیچیده است؛ مثل ساختن مدرسه که کار آسانی است اما ارتقای آموزش سخت است. زباله گردی و حل این پدیده در جامعه ما نیز کار راحتی نیست. تلاش هایی صورت گرفته اما به نتیجه نرسیده ایم چرا که برخی از ما به ارزش هایی پایبندیم که امکان راه حل را برای ما بسته است.

میدری در ادامه افزود: این ارزش ها چیست؟ اول اینکه خیلی از ما نمی خواهیم حضور اتباع افغان در ایران را به عنوان ارزش بشناسیم و آن را بپذیریم. ۲ تا سه میلیون کارگر افغان داریم که ۷۰۰ هزار تن آنها رسمی هستند.



۱۷ خودرو گشت اورژانس اجتماعی به مناطق سیل زده لرستان اعزام شد *



خرم آباد - ایرنا - مدیرکل بهزیستی لرستان گفت: ۱۷ خودرو گشت اورژانس اجتماعی به همراه ۵۳ کارشناس از سایر استان ها به منظور کمک به مناطق سیل زده این استان اعزام شد.

به گزارش ایرنا از روابط عمومی بهزیستی لرستان، فاطمه زهرا توکلی روز سه شنبه افزود: اقدامات مختلفی توسط تیم های اورژانس اجتماعی در مناطق سیل زده انجام شده است.

وی بیان کرد: اعلام آماده باش به مرکز اورژانس اجتماعی در سطح استان و همکاری با ستاد بحران شهرستان های مربوطه، انتقال مقیمان مرکز مداخله در بحران و بازپروری زنان به مکان خانه سلامت و انتقال خط سیار اورژانس اجتماعی به خط ۱۲۳ به منظور ارائه خدمات بهتر از جمله این اقدامات است.

توکلی ادامه داد: برنامه عملیاتی به منظور هماهنگی در اجرای خدمات رسانی با سایر حوزه ها تدوین و این برنامه در سه سطح برنامه ریزی شده است.

مدیرکل بهزیستی لرستان افزود: در سطح یک ارزیابی توسط کارشناسان اورژانس اجتماعی، cbr توانبخشی، cb پیشگیری، پایگاه های خدمات اجتماعی و پایگاه سلامت اجتماعی انجام شده است.

توکلی اضافه کرد: در سطح دوم کارشناسان سه حوزه تخصصی (پیشگیری، اجتماعی، توانبخشی) و در سطح سوم معاونین حوزه تخصصی خدمات رسانی شده است.

وی بیان کرد: تدوین فرم ارزیابی اولیه و ارسال به شهرستان ها، حضور کارشناسان اورژانس اجتماعی در منازل جامعه هدف خسارت دیده از سیل نوبت اول، ارسال لیست اولیه توسط کارشناسان اورژانس اجتماعی جهت بررسی توسط تیم ستاد استان و ارتباط پیامکی با مراکز اورژانس اجتماعی در سطح شهرستان ها و اطلاع از وضعیت هر شهرستان ارسال تصاویر توسط کارشناسان اورژانس اجتماعی از شهرستان ها (مراکز اورژانس اجتماعی چگنی و پلدختر بطور کلی خسارت دیده و کلیه وسایل اداری آنها از بین رفته است) از دیگر اقدامات تیم های اورژانس اجتماعی است.

توکلی گفت: تشکیل جلسه تیم مداخلاتی با حضور کارشناسان و معاونین اجتماعی و پیشگیری و رئیس شهرستان خرم آباد، برنامه ریزی در خصوص مداخلات اجتماعی و روانی در حین امداد رسانی به مردم با هماهنگی هلال احمر، شرکت در کارگاه آموزشی مداخلات روانی در بحران به تعداد ۲۵ نفر و اعزام کارشناسان اورژانس اجتماعی استان به منظور ارزیابی اولیه مددجویان جامعه هدف سازمان از روز بعد از سیل و بازدید منزل توسط آنها و تهیه گزارش اولیه و گزارش روزانه به اورژانس استان شامل ۳۲ تیم و ۹۸ نفر از دیگر اقدامات است.

توکلی اظهار داشت: ارزیابی اولیه از طریق بازدید منزل به تعداد ۴۳۵۶ خانوار از جامعه هدف بهزیستی و ارائه خدمات روانشناسی به ۲۸۳ نفر از جامعه هدف از دیگر اقدامات است.



معاون بهزیستی تهران: به مددکاران متخصص نیاز داریم



تهران - ایرنا - معاون توانبخشی بهزیستی تهران گفت: با وجود تعداد مددجویان بهزیستی این استان نیاز به مددکاران متخصص و تحصیل کرده را دارد تا خدمات مناسبی به جامعه هدف ارائه کند.

پرستو منصوری روز یکشنبه در گفت و گو با خبرنگار ایرنا اظهار داشت: هم اکنون بیش از ۲۰۰ مددکار در بخش دولتی و غیر دولتی به مددجویان بهزیستی خدمات ارائه می کنند.

وی ادامه داد: برخی از این مددکاران دارای تجربه کاری هستند ولی تحصیل کرده در رشته مددکاری نیستند که این امر نیازمند بازنگری است.

معاون توانبخشی بهزیستی تهران با اشاره به ارائه آموزش ها برای مددکاران بیان داشت: از سال گذشته آموزش ها را پیگیری می کنیم و برنامه ریزی هایی برای فراگیری مهارت ها و آموزش های سرپرستاران مددکاری در مراکز نگهداری و شبانه روزی بهزیستی انجام داده ایم.

منصوری افزود: هم اکنون نیز ۴۰ تن از سرپرستاران مددکاری در حال آموزش هستند تا پس از توانمندسازی آموزش ها را به مددکاران که در زیرمجموعه آنان هستند ارائه دهند.

وی تاکید کرد: بهزیستی در جهت ارائه آموزش ها و خدمات رسانی مناسب به مددجویان تلاش می کند تا خللی در این زمینه ایجاد نشود.

معاون توانبخشی بهزیستی تهران خاطر نشان کرد: هم اکنون بیش از ۱۴۰ هزار پرونده مددجوی در استان تهران فعال است که از خدمات توانبخشی بهره مند می شوند.



آغاز اولین رویداد تخصصی استارتاپی "مراقبت و سالمندی" *

رئیس شورای سیاست گذاری استارتاپ های دانشگاه پیام نور از آغاز نخستین رویداد تخصصی استارتاپی با موضوع "مراقبت و سالمندی" در ۲۳ خرداد ماه جاری خبر داد.

به گزارش ایسنا، دکتر کریمی در این خصوص گفت: نخستین رویداد تخصصی استارتاپی با موضوع "مراقبت و سالمندی" از سوی سازمان نظام پرستاری ایران و با همکاری و مشارکت دانشگاه پیام نور و با حمایت ستاد فرهنگ سازی اقتصاد دانش بنیان معاونت علمی و فناوری ریاست جمهوری برگزار می شود.

وی با اشاره به محورهای این استارتاپ افزود: سالمندی فعال، پویا و موفق، بررسی وضعیت سلامت سالمندان، ورزش و تحرک سالمندان، آسایشگاه های مراقبت از سالمندان، خدمات در منزل ویژه سالمندان، سالمند و مدیریت مراقبت، ارتقای سلامت، آموزش و تبعیت از رژیم دارویی، غذایی، ورزشی و توانبخشی سالمندان از محورهای این استارتاپ است.

دکتر کریمی هدف از برگزاری این رویداد استارتاپی را تولید و طراحی وب سایت، نرم افزار، بازی های رایانه ای، اپلیکیشن و سامانه های هوشمند با رویکرد مراقبت و سالمندی عنوان کرد.

بر اساس اعلام روابط عمومی دانشگاه پیام نور، این استارتاپ در روزهای ۲۳ و ۲۴ خردادماه جاری در سازمان مرکزی دانشگاه پیام نور برگزار می شود.



۳ برابر شدن جمعیت سالمندان ایران طی سه دهه آینده *

رئیس انجمن علمی فیزیوتراپی ایران با تاکید بر ضرورت تدوین دستورالعملی روشن برای تعیین و تفکیک وظایف هر ارگان در شورای سالمندی، گفت: در کشور ما طی ۳ دهه آینده جمعیت سالمندی ۳ برابر می شود که همین مساله اهمیت برنامه ریزی برای برخورد با این موضوع را دوچندان می کند.

به گزارش ایسنا، دکتر محمد علی محسنی بندپی در اولین جلسه شورای سالمندان شهرستان شمیرانات که با حضور فرماندار شمیرانات و سایر مسئولان زیربط در دانشگاه بهزیستی و توانبخشی برگزار شد، با اشاره به مساله سالمندان در داخل کشور، عنوان کرد: متأسفانه در یک مدت و فاصله زمانی کوتاه یک اتفاق بزرگ و وحشتناک در حال رخ دادن است. طی چند دهه آینده جمعیت سالمندی ما از ۸ تا ۹ درصد به ۳۰ درصد می رسد یعنی از هر ۳ نفر یک نفر سالمند خواهد بود و سالمندی به دنبال خود مسایل و مشکلات دیگری خواهد داشت که باید مورد توجه قرار بگیرد.

وی با بیان اینکه کشورهایی همچون فرانسه، آلمان و آمریکا برای ۲ برابر شدن جمعیت سالمندی بین ۸۰ تا ۱۲۰ سال فرصت داشتند، عنوان کرد: این در حالیست که در کشور ما طی ۳ دهه آینده جمعیت سالمندی ۳ برابر می شود و باید برای آن برنامه ریزی شود.

رئیس انجمن فیزیوتراپی ایران با اشاره به وجود ۷ هزار فیزیوتراپ در کشور، گفت: با توجه به تجربیات حاصل شده در این حوزه، بهترین راه برای ارتقای سلامت سالمندان را ترویج و آموزش "خودمراقبتی" می دانم.

وی با انتقاد نسبت به وضعیت بهداشت و درمان کشور، عنوان کرد: متأسفانه تمام توان سیستم بر درمان متمرکز شده و پیشگیری کنار گذاشته شده است، این در حالیست که سیاست دنیا کاملاً در این زمینه برعکس است، به عبارتی سیستم درمانی و بهداشتی کشورها به قبل از افتادن سالمند فکر کرده نه به افتادن و شکستگی و استفاده از پروتزهای درمانی؛ آموزش سالمندان برای خود مراقبتی بسیار ارزشمندتر از فراهم کردن آخرین تکنولوژی های گرانقیمت درمانیست، چراکه با آموزش در دوره سالمندی می توان از بروز بسیاری از معضلات این حوزه پیشگیری کرد.

محسنی با تاکید بر ضرورت تدوین دستورالعملی روشن برای تعیین وظایف هر ارگان در شورای سلامت سالمندی، اظهار کرد: انجمن های علمی کشور پتانسیل های ارزشمندی برای ارائه آموزش های بهداشتی و سلامت به سالمندان هستند که در تمامی نقاط کشور نیز حضور دارند.

به گزارش ایسنا، همچنین دکتر احمد دلبری رئیس انجمن طب سالمندان با اشاره به ایجاد رشته های مرتبط با طب سالمندی در مقاطع مختلف دانشگاه بهزیستی و توانبخشی، اظهار کرد: با این حال متأسفانه به نظر می رسد که در حوزه سالمندی در سطح جامعه به صورت جزیره ای و ناهماهنگ عمل می شود و هنوز از بسیاری از کشورهای دنیا عقب تر هستیم.

وی با بیان اینکه در آینده در حوزه سالمندی با چالش های جدی روبرو می شویم، عنوان کرد: اگرچه سند سالمندی تصویب شده ولی هنوز برنامه عملیاتی آن تصویب نشده که همین مساله یک چالش بزرگ است.

وی با تاکید بر ضرورت اقدام و عمل داناوی محور در حوزه طب سالمندی، اظهار کرد: مرکز تحقیقات طب سالمندی در زمینه بررسی نیاز و اولویت امروز سالمندان تحقیقاتی انجام داده که طی آن بر ضرورت ارتقای سواد سلامت سالمندان تاکید شده است.

بنابراین باید در این زمینه با تولید محتوای آموزشی مناسب اقدام شود. به عنوان نمونه بسیاری از بازنشستگان و سالمندان نمی دانند که چگونه باید برای دوران بازنشستگی و سالمندی آماده شوند و هیچ برنامه‌ای هم برای این دوران دیده نشده است.

دلبری در خاتمه با بیان اینکه سن بازنشستگی در کشور ما زیر ۵۵ سال است، گفت: در همین راستا و برای ارتقای سواد سلامت سالمندان یکسری بروشور و بسته‌های خدمات آموزشی تهیه شده که در حال برنامه ریزی برای توزیع آنها به صورت فیزیکی و در رسانه‌ها و فضاهای مجازی هستیم، البته دانشگاه در مسیر آموزش عمومی اقدامات خوبی انجام داده به گونه‌ای که طی سال گذشته ۷۰ مرکز ما بیش از ۲۵۰ برنامه آموزشی در رادیو و تلویزیون اجرا کرده است.

انتهای پیام



سالمند آزاری رتبه سوم از خشونت‌های خانگی *

«خانواده‌ها بویژه فرزندان باید بدانند که سالمندآزاری انواع مختلفی دارد و با آگاهی‌رسانی در این خصوص می‌توان آمار سالمندآزاری را کاهش داد».

به گزارش ایسنا، روزنامه **ایران** نوشت: سوءرفتار با سالمند و سالمندآزاری پدیده‌ای است که به روایت آمار دو درصد از خشونت‌های خانگی جامعه ایرانی را به خود اختصاص داده است. این پدیده در شرایطی اتفاق می‌افتد که تا سال ۱۴۲۵ از هر سه نفر ایرانی یک نفر در گروه سالخوردگان قرار خواهد گرفت. از این رو توجه به آن ضروری به نظر می‌رسد.

دکتر رضا جعفری مدیر اورژانس اجتماعی کشور در این باره به «ایران» می‌گوید: سالمند آزاری یکی از مهمترین مقوله‌ها در حوزه آسیب‌های اجتماعی و همچنین اورژانس اجتماعی است. در حقیقت سالمند آزاری بعد از کودک آزاری و همسر آزاری رتبه سوم خشونت‌های خانگی را به خود اختصاص داده است.

وی ادامه می‌دهد: هرچند تعداد موارد سالمند آزاری در جامعه ما زیاد نیست و تنها ۲ درصد از کل خشونت‌های خانگی را به خود اختصاص داده است اما موضوع مهمی است که پرداختن به آن از اولویت‌های جامعه است.

جعفری با اشاره به اینکه سالمند آزاری انواع مختلفی دارد اظهار می‌کند: سالمند آزاری به معنای رفتاری است که از فرد یا افراد مراقبت‌کننده از سالمند سر می‌زند و باعث آسیب و کاهش کیفیت زندگی او می‌شود. مهمترین بحث در انواع این سوءرفتار، سوءاستفاده مالی از افراد سالخورده‌ای است که به دلیل کهولت سن یا ابتلا به بیماری‌های زوال عقل کنترلی بر اعمال خود ندارند و امور مالی زندگی خود را به مراقب یا مراقبین خود سپرده‌اند. اما گاهی هم سالمند آزاری از نوع عاطفی و روانی و همچنین غفلت و طرد کردن است. اما در نهایت آخرین نوع سوء رفتار با سالمندان، خشونت جسمی و جنسی است که خوشبختانه از دیگر انواع آن کمتر است و بندرت اتفاق می‌افتد.

رئیس اورژانس اجتماعی با تأکید بر اینکه خشونت‌های خانگی تا گزارش نشوند پنهان می‌مانند، می‌گوید: سالمندی که خودش وابسته به مراقبت و حمایت دیگران است بندرت آزار و اذیتی را که از جانب مراقب خود می‌بیند گزارش می‌دهد چرا که نگران است حمایت و مراقبت آنها را از دست بدهد. از این رو بسیاری از تماس‌هایی که برای استفاده از امکانات اورژانس اجتماعی صورت می‌گیرد از سوی همسایه‌ها و آشنایان است. متأسفانه ۶۰ درصد تماس‌ها هم غیر مرتبط یا مزاحمی هستند، از این رو هنگامی که

گزارشی در این زمینه ارائه شود تیم سیار به محل گزارش مراجعه می کند. پس از بررسی در صورت صحت گزارش، اورژانس اجتماعی با همکاری قوه قضائیه و نیروی انتظامی مداخله خواهد کرد و سالمندی که در معرض خشونت جسمی قرار داشت به مراکز توانبخشی انتقال می دهد. اگر هم خشونت از نوع سلب حقوق مالکیت یا اموال باشد پیگیری های حقوقی لازم صورت خواهد گرفت.

وی ادامه می دهد: همان طور که می دانید پیش بینی ها نشان می دهد تا ۳۰ سال آینده، تعداد سالمندان افزایش می یابد این در حالی است که به دلیل تغییر سبک زندگی ممکن است طی آن سال ها تعداد سالمندان در معرض آزار نیز افزایش یابد. طبق آخرین سرشماری انجام شده در سال ۹۵ حدود ۴۰ درصد افراد جامعه آپارتمان نشین شده اند. زندگی در آپارتمان های کوچک امکان نگهداری از سالمندان بیمار و نیازمند حمایت ویژه را سخت و دشوار می کند. از سوی دیگر با کاهش رشد جمعیت، کوچک شدن بعد خانوار و تغییر در ساختار خانواده از گسترده به هسته ای، تعداد فرزندان که باید از والدین سالخورده خود حمایت کنند کاهش می یابد. در چنین شرایطی و به دنبال این تغییرات در سطح کمی و کیفی جمعیت باید پیش بینی های لازم جهت حمایت های روانی _ اجتماعی از سالمندان و پیشگیری از افزایش سالمند آزاری ها صورت بگیرد.

دکتر جعفری تأکید می کند: یکی از مسائلی که در حوزه سالمندی بویژه با توجه به گسترش فضای مجازی در عصر انقلاب ارتباطات و اطلاعات مطرح می شود، موضوع شکاف نسلی است که می تواند با واسطه یا بی واسطه منجر به بروز پدیده سالمند آزاری به مفهوم عام و بسیط آن شود. این در حالی است که حفظ و انتقال ارزش ها و هنجارها و میراث اجتماعی جامعه مدیون سالمندان و کهنسالان برخوردار از سلامت در ابعاد گوناگون آن است. از این رو باید شرایطی ایجاد شود که دیدگاه و فضای فکری دو نسل به هم نزدیک شود و این شکاف به گفت و گوی مشترک تبدیل شود. این مهم با برنامه ریزی دقیق و همکاری نهادهای فرهنگی و اجتماعی اثرگذار مانند آموزش و پرورش و صدا و سیما و ... امکانپذیر خواهد شد.

وی با اشاره به نقش مراکز روزانه نگهداری از سالمند در کاهش سالمند آزاری خاطرنشان می کند: مراکز روزانه نگهداری از سالمندان با ارائه خدمات متنوع حمایتی - آموزشی، درمانی و حتی غنی سازی اوقات فراغت قشر سالخورده جامعه علاوه بر حفظ ارتباط سالمندان با خانواده و باز پیوند اجتماعی به کاهش عوامل بروز تنش و خشونت های خانگی منجر می شود.

رئیس اورژانس اجتماعی می گوید: نکته دیگر که مصداقی از خشونت علیه سالمندان محسوب می شود، فضای نامناسب شهری از حیث دشواری دسترسی شهروندان به خدمات عمومی است که باید ضمن تأکید بر محیط دوستدار سالمندان، محیط مطلوب و دلپذیری برای سالمندان فراهم کرد که قطعاً اثرات آن در افزایش رضایتمندی و شادکامی این قشر آسیب پذیر غیر قابل کتمان است.

کاهش آمار سالمند آزاری در سایه شناخت انواع آن

یک سالمندشناس اجتماعی نیز در این باره به «ایران» توضیح می دهد: با بالا رفتن سن، تغییرات فیزیولوژیک و آناتومی در بدن رخ می دهد و افراد بالطبع فعالیت های اجتماعی کمتری خواهند داشت، از سوی دیگر سالمندان به مرور زمان از فرزندان خود نیز دورتر می شوند، این موارد در نهایت سبب آسیب پذیر شدن آنها می شود.

نسیبه زنجری با بیان اینکه پیشگیری از سالمند آزاری جزو حقوق انسانی و مسأله ای بهداشتی در حیطه خشونت است، می گوید: سالمند آزاری می تواند به صورت غیرمستقیم آمار مرگ و میر را در جوامع گسترش دهد. از نگاه سازمان بهداشت جهانی، سالمند آزاری، رخ دادن اقدامی واحد و تکرار شونده یا عدم انجام اقدامی لازم در رابطه ای بر اساس اعتماد است که سبب آسیب یا اندوه سالمند می شود.

این عضو هیأت علمی مرکز تحقیقات سالمندی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی در ادامه می‌افزاید: خانواده‌ها بویژه فرزندان باید بدانند که سالمندآزاری انواع مختلفی دارد و با آگاهی‌رسانی در این خصوص می‌توان آمار سالمندآزاری را کاهش داد.

به گفته او، سالمندآزاری عاطفی از جمله انواع این خشونت است که شامل تمسخر، فریاد زدن یا گرفتن قدرت تصمیم‌گیری از او است. نشانه‌های این نوع خشونت، ترس، عصبی شدن، بی‌میلی به فعالیت و زندگی روزمره است. نوع دیگری از آزار به سالمندان، آزار مالی است مانند جعل امضا یا گرفتن کارت بانکی یا برداشتن اشیای گرانبه‌ایم. نشانه‌های این نوع آزار هم، خالی شدن حساب بانکی فرد یا گم شدن وسایل او است.

زنجری در ادامه آزار جسمی سالمندان را از انواع دیگر خشونت خانگی نامیده و درباره آن توضیح می‌دهد: آزار جسمی شامل کتک زدن، هل دادن و جلوگیری از درمان‌های پزشکی است. نشانه‌های آن هم کبودی و جراحت است. آزار اجتماعی، نوع دیگری از خشونت است که شاید کمتر به آن توجه شود و شامل این است که سالمند را از خانواده و دوستان جدا کنند یا از فعالیت وی بیرون از خانه جلوگیری به عمل آید. مددکاران یا افرادی که با سالمند در ارتباط هستند در صورتی که متوجه حضور پیدا نکردن وی در محیط‌های بیرون شوند، حتماً باید موضوع را پیگیری کنند.

به گفته این سالمندشناس آزار جنسی از انواع دیگر خشونت خانگی است که متوجه سالمندان می‌شود و به رخ دادن تماس نامناسب جنسی گفته می‌شود. پزشکان چنانچه جراحی را در معاینات ببینند، باید نسبت به آن حساس شوند. غفلت کردن هم، نوعی سالمندآزاری است و می‌تواند به صورت آگاهانه یا ناآگاهانه اتفاق بیفتد و سبب آسیب رساندن به سالمند شود.

برخی به صورت ناخودآگاه مسبب این خشونت هستند، به عنوان مثال، سوء تغذیه، نداشتن عینک یا سمعک مناسب یا حتی لباس‌های مناسب می‌تواند سبب بروز پدیده غفلت و آزاررسانی به سالمندان شود، در این خصوص مددکاران، پزشکان و خانواده‌ها باید به نشانه‌های این نوع از خشونت نیز توجه کرده و در صورت نیاز، اقدام لازم داشته باشند.

وی به افرادی که متوجه نوعی از خشونت به سالمند می‌شوند، توصیه می‌کند با شماره تلفن «۱۲۳» تماس گرفته و اورژانس اجتماعی را در جریان قرار دهند تا در اسرع وقت به فرد آسیب دیده کمک شود. ضمناً پزشکان می‌توانند با استفاده از ابزارهای (Elder abuse suspicion index) «EASI» که تستی روانشناسی و ویژه غربالگری است، سالمندآزاری‌ها را به راحتی تشخیص داده و شناسایی کنند.

عضو هیأت علمی مرکز تحقیقات سالمندی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی با بیان اینکه شیوع سالمندآزاری در کشور ۵۶ درصد اعلام شده، می‌افزاید: ۳۱ درصد آزار عاطفی داشتیم که به نسبت از سایر آزارها رقم بالاتری داشت و ۱۳ درصد هم جسمانی بوده، رقم خشونت سالمندی در آمریکا ۴ تا ۱۰ درصد، روسیه ۲۹ درصد، چین ۳۶ درصد و آلمان ۹ درصد است.

جوانان را توانمند کنیم تا در سالمندی محترم باشند

یک جامعه شناس و جمعیت شناس نیز با بیان اینکه سالمند آزاری دوجنبه دارد، به «ایران» توضیح می‌دهد: سالمندآزاری در کل جامعه و در درون خانواده اتفاق می‌افتد. در کل جامعه سال‌ها است که شاهد انواع سالمندآزاری هستیم. به عنوان مثال در بانک به سالمندی که گوشش سنگین است یا کند است توهین می‌شود و بارها شنیده‌ایم که متصدی خطاب به فرد سالمند با تند می‌گوید که «یک دفعه که گفتم بسته دیگه. چرا این قدر می‌پرسی؟!» یا حرمت سالمندانی که سوار اتوبوس و مترو می‌شوند، حفظ نمی‌شود.

به گفته شهلا کاظمی پور، افرادی که ناتوانی جسمی یا مالی دارند بیشتر در معرض آسیب قرار می گیرند. در سطح کشور ما سالمندآزاری در خانواده ها دیرتر از جامعه شروع شد. در سال های قبل حتی پدرسالاری وجود داشت و حرمت بزرگ ترها حفظ می شد. با صنعتی شدن جوامع این اتفاق شروع شد. در غرب هم این پدیده وجود دارد ولی مسأله براحتی توسط دولت ها حل شده آن هم به این شکل که از طریق مؤسسات از سالمندان نگهداری شده یا پرستار می فرستند و حمایت از سالمندان بسیار بالا است.

وی بیان می دارد: با حمایت دولت و فرهنگسازی در این حوزه و آگاهی نسبت به این مسأله که کشور به سمت سالمند شدن می رود می توان از آمار سالمند آزاری تا اندازه قابل توجهی کاست. باید روی نسل جوان کار کنیم. افرادی که در حال حاضر ۳۰ تا ۴۰ سال سن دارند با آموزش های لازم و آگاهی نسبت به اینکه باید تحت پوشش بازنشستگی باشند و اینکه چطور با اصلاح سبک زندگی سلامت خود در دوران سالمندی را تضمین کنند، قطعاً مشمول سالمندآزاری نمی شوند زیرا بسیاری از بی حرمتی ها در دوران سالمندی به دلیل ناتوانی های مادی یا جسمی است.

انتهای پیام



ایجاد نشاط اجتماعی نیازمند خانواده های بانشاط است

مشاور وزیر کشور در امور زنان و خانواده گفت: جامع های که به دنبال نشاط اجتماعی است باید خانواده های بانشاط را در خود پرورش دهد.

به گزارش ایسنا، فریبا نظری ظهر چهارشنبه ۲۹ خردادماه در همایش نقش زنان در توسعه استان همدان، اظهار کرد: بانوان توجه داشته باشند اگر امروز می توانیم در جامعه نقشی داشته باشیم و نقش آفرینی کنیم، مدیون مردانی هستیم که در همه شرایط حامی و پشتیبان زنان خود هستند.

وی به نقش موثر خانواده در افزایش نشاط اشاره و عنوان کرد: جامعه ای که به دنبال نشاط اجتماعی است باید خانواده ای بانشاط را در خود پرورش دهد.

مشاور امور بانوان و خانواده در وزارت کشور تأکید کرد: اگر قصه آفرینش را مرور کنیم شاهد آن خواهیم بود که از ابتدای خلقت زن و مرد زندگی را در کنار هم پیش می بردند اما با بررسی تاریخ تمدن و تاریخ اجتماعی بشر می بینیم که کرسی های قدرت در مدنیت به وجود آمدند و با ایجاد مشاغل مختلف و صنوف این نقش بی بدیل پیشبرنده، زن و مرد را با چالش مواجه کرده است.

وی با اشاره به اینکه همدان نخستین استانی است که ۸ معاون فرماندار زن دارد و این نشان از توجه ویژه مسئولان این استان به جایگاه بانوان است، تصریح کرد: در هیچ استانی به اندازه همدان اینگونه از تدبیر و خلاقیت بین جوانان استفاده نشده است.

نظری افزود: توجه ویژه به نیازهای زنان و کودکان در استان های سیل زده توسط همدان به خوبی صورت گرفته که قابل قدردانی است.

استاندار همدان نیز گفت: نقش زنان در جامعه اسلامی و دین مبین اسلامی بسیار بالا و پراهمیت است که مفتخر به داشتن این الگو هستیم.

سیدسعید شاهرخی افزود: نقشی که زنان ما ایفا می کنند براساس الگوهایی همچون حضرت زهرا(س) است که از ابعاد مختلف قابل توجه بوده و باید همه این ابعاد را با هم کنار هم ببینیم.

وی با بیان اینکه حفظ کیان خانواده، همسررداری، تربیت فرزندان رشید و متدین از شاخصه های ویژه زن مسلمان است، تأکید کرد: نقش زنان و حضورشان در عرصه های سیاسی، اجتماعی از موضوعات مورد توجه دین مبین اسلام است.

استاندار همدان با بیان اینکه اگر بپذیریم مهمترین رکن توسعه توجه به نیروی انسانی است، تصریح کرد: بانوان با تأسی از بزرگ الگوی جهان حضرت زهرا(س) در تربیت فرزندان، همسررداری در عرصه های سیاسی حضور دارند.

وی بیان کرد: خطبه سیاسی فدکیه حضرت زهرا(س) و فعالیت حضرت زینب(س) بعد از عاشورا نمونه های بی بدیل در معرفی زن مسلمان است.

شاهرخی اظهار کرد: در طول تاریخ اینگونه نقش آفرینی های بانوان بسیار زیاد است و نمی توان گفت نقش بانوان صرفاً در فرزندآوری بوده و باتوجه به شرایط روز نقش بانوان کلیدی و اساسی و غیرقابل انکار است.

وی عنوان کرد: زنان بزرگوار و گرانقدر ما همواره نقش آفرین بودند از نهضت امام راحل از سال ۴۲ گرفته تا مبارزات قبل از انقلاب نقشی بی بدیل داشتند و ما در همدان مفتخر به نامی انقلابی به نام «بانو دباغ» هستیم که هم در دوران انقلاب نقش آفرینی کرد و هم پس از آن در مجلس اثرات زیادی داشت.

استاندار همدان ادامه داد: باتوجه به شعارهای دولت دوازدهم این اعتقاد وجود دارد که برای بانوان مسیر پیشرفت باید بیش از پیش هموارتر باشد از این رو این نگاه را باید به سمتی ببریم که بانوان می توانند بیش از این به توسعه همه جانبه شهر و کشور کمک کنند.

وی خطاب به بانوان عنوان کرد: باید سند توسعه فعالیت های بانوان را در استان نهادینه کنیم تا همه تکلیف خود را بدانند و شما بانوان نیز باید مطالبه گر باشید و ما نیز مسیر را برای توسعه شما بیشتر هموار خواهیم کرد.

شاهرخی با بیان اینکه سهم ۳۰ درصدی بانوان را برای مدیریت محقق می کنیم، تصریح کرد: بیش از ۷۰ نفر از بانوان در معاونت ها مشغول به کار هستند که این روند ادامه پیدا خواهد کرد.

وی با بیان اینکه راه نجات کشور توجه به نیروهای ارزشمند و خوش فکر به ویژه جوانان است، تأکید کرد: میانگین جوانان ما که در حوزه های مختلف موفق هستند، زیر ۳۰ سال است که این اتفاق خوبی در سطح استان است.

استاندار همدان عنوان کرد: در استان همدان دو اولویت مهم توجه به معیشت و اشتغال مردم را در دستور کار داریم و در سند توسعه استان مشخص است.

وی در ادامه اعلام کرد: استکبار توفیقات کشور و نفوذ منطقه ای ما را نمی بیند و از دیدن این قدرت و سیستم دفاعی کشور ناراحت است از این رو از ابزار زور، تزویر و توانایی خود برای غلبه به ایران استفاده کرده و هدف آن ایجاد نارضایتی و فاصله بین مسئولان و مردم است و مراودات اقتصادی را با خلأ ایجاد کرده، غافل از اینکه مسئولان ما اینگونه موانع را با ایثار و فداکاری پشت سر می گذارند.

شاهرخی با بیان اینکه طبق برنامه ریزی ها طی سه سال باید ۶۰ هزار شغل جدید ایجاد کنیم، در ادامه اظهار کرد: پروژه مهم دیگری در کشور کلید خورده و مشارکت شما را طلب می کنیم و آن انتخابات مجلس شورای اسلامی است که مردم در انتخابات، مسیر واقعی کشور را تعیین می کنند.

وی با اشاره به ارکان اصلی انتخابات تأکید کرد: ما مجری انتخابات هستیم اما در مقام اجرا مشارکت حداکثری مردم، سلامت انتخابات، رقابت در انتخابات و امنیت انتخابات را سرلوحه امور خود قرار خواهیم داد.

مشاور امور بانوان در استانداری نیز گفت: زنان به علت نقش مهم و موثری که در نظام اجتماعی و حتی نظام سیاسی و تربیتی که دارند، از ارکان توسعه ملت ها به شمار می روند.

ربیعہ علیمحمدی افزود: انقلاب اسلامی باعث ارتقاء توانمندی زنان، خودباوری آنها و تلاش بیشترشان برای رسیدن به جایگاه های علمی، اجتماعی و سیاسی شد که این را مدیون نگاه درست و والای امام راحل و تأکید ایشان بر جایگاه رفیع زنان در تعالی جامعه هستیم.

وی ادامه داد: جمعیت زنان در استان همدان ۸۷۴ هزار نفر است که حدود نیمی از سرمایه انسانی را تشکیل می دهد و استفاده درست از این سرمایه در جامعه نیاز به یک گفتمان سازی عمومی دارد.

علیمحمدی تصریح کرد: اصلاح نگاه بانوان به این مقوله نخستین گام برای رسیدن به این گفتمان دارد که برای رسیدن به این گفتمان نیاز به کمک تک تک زنان در جایگاه های مختلف داریم.

مشاور امور بانوان در استانداری ادامه داد: نقش حاکمیت ها و دولت ها در ایجاد زمینه های حمایتی، تشویقی و سرمایه گذاری برای حضور زنان در جامعه کاملاً روشن است.

وی با بیان اینکه سیاست بهره گیری از توان زنان و دختران و ابلاغ دستورالعمل های به دستگاه ها یکی از افتخار این دولت است، تأکید کرد: انتصاب ۸ بانو به سمت معاونان فرماندار و انتصاب نخستین فرماندار بانو در یکی از شهرستان ها نشان دهنده اهمیت استاندار به حضور بانوان در عرصه های سیاسی و اجتماعی دارد.

معاون فرهنگی دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی ابن سینای همدان نیز به نقش زنان دانشگاهی در توسعه اشاره و بیان کرد: امروز هیچ سازمانی نقش بانوان را انکار نمی کند و نقش زنان در سلامت افراد خانواده مورد توجه است.

دکتر سیماسادات لاری افزود: ۶۷ درصد ساعت کار در جهان متعلق به زنان است و ۱۰ درصد درآمدهای جامعه توسط زنان به دست می آید.

وی عنوان کرد: در دانشگاه علوم پزشکی همدان نیز زنان در حوزه های مختلف فعال هستند به طوریکه از بین ۱۲ هزار کارمند این مجموعه ۶۷۰۰ نفر بانوان هستند که معادل ۶۷ درصد این افراد است.

لاری تأکید کرد: ۱۷۹ نفر از اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی بانوان هستند و از ۶ هزار دانشجو ۶۰ درصد دانشجویان دختر هستند.

وی ادامه داد: بانوان در سطوح معاونت و ریاست بیمارستان ها مشغول به کار هستند و می توان گفت ۵۰۰ خانم مدیر در بیمارستانهای همدان مشغول به کار هستند.

این مسئول با بیان اینکه زنان به عنوان مراقبان خانواده باید سالم باشند، تأکید کرد: سلامت جسمی، روانی و اجتماعی بانوان بسیار مهم است.

یکی از اعضای هیئت اندیشه ورزان جوان نیز گفت: یک سال پیش هیئت اندیشه ورزان استان در راستای توسعه و تعالی استان شروع به فعالیت کرد و جوانان بسیاری در حوزه های سیاسی، انتخاباتی و اجتماعی در این هیئت فعال هستند.

طیبه امامی افزود: بافتخار اعلام می کنیم با همت و اراده جوانان، این هیئت حزب نیست، تشکل نیست بلکه گروهی است که می تواند به عنوان ظرفیت بالفعل در عرصه مدیریتی گام بردارد.

وی با تأکید بر اینکه هیئت اندیشه ورزان جوان ۱۳۰ عضو مستقیم و ۸۰۰ عضو غیر مستقیم دارد، بیان کرد: در این ده سال حضور در مجامع مختلف را ثبت کردند که به همت استاندار شاهد ارتقاء جایگاه ایشان خواهیم بود.

گفتنی است؛ در پایان این مراسم از پوستر جشنواره بانوی پرافتخار الوند با حضور مسئولان رونمایی و مقرر شد در هفته زن در این جشنواره از ۵۰ بانوی شاخص زن در زمینه های مختلف تجلیل به عمل آید.



لایحه اصلاحیه حمایت از حقوق اطفال در محاق فراموشی



به گفته رئیس سابق دادگاه کیفری استان زنجان، متأسفانه قانون حمایت از اطفال مصوب سال ۸۱ بوده و دارای نواقص و ابهامات فراوانی است که علی رغم ارایه لایحه اصلاحیه توسط دستگاه قضایی به مجلس شورای اسلامی در سال ۸۶، همچنان در طول این سال ها مسکوت مانده و در هاله ای از ابهام قرار دارد.

به گزارش ایسنا، حقوق کودکان، یکی از مهم ترین حقوق انسانی است که باید در کانون توجه همه اندیشمندان و فعالان مدنی و حقوقی قرار گیرد، زیرا در سایه این حقوق، کودکان می توانند حضوری پویا و کارساز در اجتماع داشته و سکان دار تحولاتی نوین و رو به جلو در نسل های آینده باشند.

به لحاظ قانونی، کودک آزاری شامل هرگونه فعل یا ترک فعلی است که باعث آزار روحی و جسمی و ایجاد آثار ماندگار در وجود یک کودک می شود و شاید تاریخچه ای به قدمت تاریخ بشریت داشته باشد و سخن راندن از آن چندان تازه به نظر نرسد؛ هیچ کس نمی داند که نخستین کودک آزار در کدام نقطه از کره خاکی این عمل شنیع انسانی را مرتکب شده و سپس با خیالی آسوده به توجیه اعمال خویش همت گماشته است. البته نباید این نکته را هم فراموش کرد که همگام با رشد و توسعه فرهنگی - اجتماعی و شئونات گوناگون جوامع انسانی، مصادیق کودک آزاری نیز به مساوات این جریان، گسترده شده و دایره شمول بیشتری پیدا کرده است.

در این بحبوحه، هر از چند گاهی اخبار ناگواری از رنجش روح و جسم این فرشته‌های زمینی به گوش می‌رسد که دل هر انسانی را که هنوز بوی آدمیت می‌دهد و در چنبره آلودگی‌های دنیوی غرق نشده است، به درد می‌آورد و وجدان‌های بیدار جامعه را آزرده‌خاطر می‌سازد.

شاید خود ما هم یک کودک‌آزار در مقیاس کوچک‌تر باشیم

بی‌تردید، اغلب افراد جامعه وقتی واژه کودک‌آزاری به گوششان می‌رسد، نگاه‌ها به سمت تعرض‌های جسمی و آسیب‌های فیزیکی متوجه می‌شود که البته این نوع کودک‌آزاری در زمره شنیع‌ترین خشونت‌ها علیه کودکان قرار دارد اما نباید از این نکته غافل شد که شاید خود ما هم یک کودک‌آزار در مقیاس کوچک‌تر باشیم. نیم‌نگاهی به پیمان‌نامه جهانی حقوق کودک به خوبی نشان می‌دهد که بسیاری از رفتارهای بزرگسالان با کودکان، مصداق کودک‌آزاری است.

نگاهی منتقد یا کلامی طعنه‌آمیز، بد اخلاقی‌ها، تنبیه‌های فیزیکی و بی‌توجهی به عواطف کودکان، در زمره اعمالی قرار دارد که والدین با مبادرت به این بی‌مهری‌ها و تهاجم‌های بدنی، روان کودکان را آزرده‌خاطر ساخته و زمینه مشکلات روحی و روانی را در سنین بزرگسالی برای آنان به میراث می‌گذارند. شاید این معضل ریشه در آن دارد که اغلب والدین شیوه صحیح تربیت فرزند را آموزش ندیده‌اند و یا اینکه کودکی تلخی را پشت سر گذرانده‌اند و اکنون عقده‌های روانی خویش بر سر این جسم نحیف آوار می‌کنند.

متجاوزان امروز به نوعی خود قربانیان دیروز هستند، از این رو باید به سمت آگاهی‌بخشی در سطح اجتماع حرکت کرد تا این افراد در امنیت روانی به سمت درمان سوق پیدا کنند. زمانی که جامعه آموزش نبیند، تعداد قربانیان و متجاوزان بیشتر می‌شود.

افزایش کودک‌آزاری ریشه در ابهامات قانونی حقوق اطفال دارد

محمدتقی کاظمی‌زاده، وکیل پایه یک دادگستری با اشاره به سطوح گوناگون کودک‌آزاری در قانون، می‌گوید: کودک‌آزاری به چهار بخش جسمی، جنسی، روانی و مسامحه و غفلت والدین تقسیم می‌شود و همه اشخاصی که به سن ۱۸ سال تمام هجری شمسی نرسیده‌اند را به عنوان طفل در برمی‌گیرد.

وی ادامه می‌دهد: متأسفانه قانون حمایت از اطفال مصوب سال ۸۱ بوده و دارای نواقص و ابهامات فراوانی است که علی‌رغم ارایه لایحه اصلاحیه توسط دستگاه قضایی به مجلس شورای اسلامی در سال ۸۶، همچنان در طول این سال‌ها مسکوت مانده و در هاله‌ای از ابهام قرار دارد.

رئیس سابق دادگاه کیفری استان زنجان خاطرنشان می‌کند: به نظر می‌رسد هنوز اتفاق نظر در خصوص اینکه مبارزه با کودک‌آزاری امروز یک ضرورت اجتماعی است، وجود ندارد؛ چرا که در غیر این صورت لایحه اصلاحیه حقوق اطفال پیش از این می‌بایست تعیین تکلیف می‌شد.

وی با اشاره به اینکه عوامل مختلفی در پدیده کودک‌آزاری دخیل هستند و این پدیده شوم بازتابی از آسیب‌های اجتماعی است، می‌گوید: فقر اقتصادی، فقر فرهنگی، معلولیت‌های جسمی والدین یا اطفال، اعتیاد، ناملایمتی‌های اجتماعی و مسایل گوناگون همه زنجیره‌وار این خشونت بشری را رقم می‌زنند.

مقابله با پدیده کودک‌آزاری نیازمند مشارکت همه نهادهای مسئول

شهلا طاهری، فعال اجتماعی با بیان اینکه کودک‌آزاری در خانواده‌هایی که والدین از مشکلات اعصاب و روان و اعتیاد رنج می‌برند به وضوح دیده می‌شود، می‌گوید: سمن‌ها به عنوان یک سازمان مردم‌نهاد در وهله نخست، خانواده‌های آسیب‌پذیر را شناسایی کرده و در وهله بعدی درمان این خانواده‌ها را در دستور کار خود قرار می‌دهند؛ اگر آموزش و درمان توانان با یکدیگر مورد توجه قرار نگیرد، خانواده نمی‌تواند از این مهلکه نجات یابد و بی‌تردید با چالش‌های بیشتری دست و پنجه نرم خواهد کرد.

وی تأکید می‌کند: سازمان‌های مردم‌نهاد دایره اختیارات محدودی داشته و به تنهایی نمی‌توانند با این معضل اجتماعی دست و پنجه نرم کنند. برای نمونه وقتی کودک‌آزاری به نیروی انتظامی گزارش می‌شود، آنان تأکید دارند که می‌بایست در حین وقوع جرم مطلع شده و در محل حضور یابند در غیر این صورت با محدودیت‌های قانونی مواجه هستند.

این فعال اجتماعی تأکید می‌کند: همین موضوع حاکی از آن است که باید همه نهادهای متولی به میدان آمده و با همکاری و همدلی با یکدیگر از بروز و گسترش این پدیده شوم جلوگیری کنند.

وی یادآور می‌شود: آنچه که در روزنامه‌ها و جراید از پدیده کودک‌آزاری منتشر می‌شود، تنها بخشی از این فاجعه انسانی است که در لایه‌های پنهان اجتماع در حال وقوع است.

ولایت مطلق والدین، بحث چالش برانگیز در حوزه حقوق اطفال

متأسفانه باید پدیده کودک‌آزاری را به مثابه یک پدیده مهم و دردناک در جامعه به رسمیت شناخت. هنوز در موضوع کودکان و خانواده هیچ گفت‌وگویی بین بخش‌های مختلف جامعه وجود ندارد و تا زمانی که این گفت‌وگو صورت نگیرد بهبود چشم‌گیری در این زمینه‌ها نخواهیم دید.

حقیقت تلخ این است که شاید اگر قانون ما در خصوص اطفال، جامع و جهان‌شمول بود، کمتر شاهد وقایع تلخ کودک‌آزاری بودیم و کودکان در محیطی امن رشد و نمو می‌یافتند. البته با این وجود نیز نمی‌توان ادعا کرد که می‌توانیم این پدیده شوم را به صفر برسانیم.

از سویی دیگر موضوع ولایت مطلق والدین از بحث‌های چالش برانگیز در حوزه حقوق اطفال است که باید برای آن چاره‌ای جست. شاید این باور عمومی که پدر بد بهتر از نهادهای حمایتی کودک همچون بهزیستی است، در متن قانون نیز رسوخ کرده و به همین دلیل تاکنون بازنگری در آن صورت نگرفته است.

زنگ خطر به صدا درآمده است؛ پرونده مرتبط با بیجه کودک‌آزار پاکدشتی، تعرض به دانش‌آموزان پسر در یکی از مدارس تهران، آتنا دختر بچه ۶ ساله پارس‌آبادی، پرونده اهورای ۲ ساله در رشت و ... تنها گوشه‌ای از اتفاقات هولناک کودک‌آزاری در سطح کشور بود که فارغ از جنسیت هر دو گروه دختر و پسر را تحت‌الشعاع قرار داده بود و البته مشخص نیست که در لحظه نگارش این گزارش چند کودک تا بدین لحظه به آمار قربانیان پیوستند.

من هم آتنا هستم، مگذارید دنیایم تاریک شود

بد نیست با مروری بر چند کودک‌آزاری در سال‌های اخیر در نقاط مختلف کشور تلنگری به خود بزنیم که زنگ خطر به صدا درآمده است، شاید از خواب غفلت بیدار شویم. کودک‌آزاری هست و هیچ‌کس منکر آن نیست ولی اینکه تعداد کودک‌آزاری در جامعه چقدر بوده و به‌طور مثال سال گذشته چه تعداد کودک‌آزاری به ارگان‌های ذی‌ربط گزارش شده، هنوز به‌طور رسمی اعلام نشده

است؛ هر چند در آخرین آماری که معاون سابق امور اجتماعی بهزیستی استان زنجان در سال ۹۵، اعلام کرد؛ در آن سال ۱۸۹۳ تماس با سامانه ۱۲۳ گرفته شده که از این تعداد ۴۳ مورد کودک آزاری گزارش شده است.

همچنین وی در آن برهه توصیه کرد افرادی که در معرض و یا ناظر بر آسیب های اجتماعی همچون همسرآزاری، سالمندآزاری و کودک آزاری هستند، از طریق خط ۱۲۳ این موارد را گزارش کنند.

معاون سابق امور اجتماعی بهزیستی استان زنجان در سال ۹۵، یادآور شده بود که خدماتی که توسط اورژانس اجتماعی به افراد ارائه می شود شامل طیف وسیعی از خدمات است که مداخلات به هنگام این اورژانس ها امکان پیشگیری از بسیاری از ناهنجاری های اجتماعی را فراهم می کند.

افکار عمومی به ویژه نهادهای متولی در امور کودک باید بپذیرند که امروز مقابله با کودک آزاری به یک ضرورت اجتماعی تبدیل شده است و آتاهای بی شماری در لایه های پنهان اجتماع در حال جان دادن هستند و تا صدایی دیگر خاموش نشده باید بپاخیزند.

برای بسیاری از فعالان و دلسوزان حوزه کودک جای سؤال است که چرا برای هدایت اتومبیل، اشخاص حتما می بایست دوره آموزشی را پشت سر گذرانده و سپس در صورت قبولی در آزمون برای متقاضیان گواهی نامه موقت صادر می شود اما برای فرزندآوری هیچ پروسه قانونی تعریف نشده است.

هر زن و مردی به محض انعقاد پیمان زناشویی می توانند از این موهبت الهی بهره مند شوند، بدون آن که آموزشی در این زمینه دیده و صلاحیت های لازم را کسب کرده باشند. آیا کودک ارزش توجهی اندک ولو در حد گواهی نامه رانندگی را ندارد؟ نباید فراموش کرد که کودکان امروز، آینده سازان فردا هستند. کودک برای رشد و تعالی نیاز به امنیت دارد. برای نیل به این هدف مهم باید مشاوره و روان درمانی از طرف بیمه ها پوشش داده شود، زیرا هزینه های گزاف این مراکز مانع از مراجعه زوجین به این مراکز درمانی می شود و این در حالی است که این مراکز می توانند در حد قابل توجهی از ازدواج های آسیب زا جلوگیری کنند.

از سوی دیگر به نظر می رسد مراکز بهداشتی درمانی که از بدو تولد کودک به وسیله کارت واکسیناسیون سلامت او را می سنجد، طی فرآیندی جدید متناسب با گروه سنی کودکان آموزش های جنسی را نیز به این گروه از اجتماع آموزش دهند تا شاید شاهد داغدار شدن مادری دیگر نشویم که بخواهد در فراغ آتانیس فلک را نیز خون بگریاند.

انتهای پیام



جزییات برنامه وزارت بهداشت برای معاینه پزشکی نوآموزان در بدو ورود به مدرسه



رئیس اداره سلامت نوجوانان و مدارس وزارت بهداشت، برنامه های این وزارت خانه برای سنجش سلامت نوآموزان برای ورود به مدرسه را تشریح کرده و گفت: علاوه بر سنجش پزشکی نوآموزان، برنامه های آموزشی در جهت افزایش آگاهی والدین و نوآموزان نیز خواهیم داشت.

دکتر گلایل اردلان در گفت و گو با ایسنا، گفت: وزارت بهداشت در درجه اول با شورای سیاستگذاری آموزش و پرورش استثنایی هماهنگی های ستادی را انجام می دهد. این هماهنگی ها شامل تدوین دستورالعمل های سنجش نوآموزان بدو ورود به

مدرسه است. در این دستورالعمل‌ها در خصوص وظایف معاونین بهداشتی مدارس در کل کشور و کارشناسان سلامت نوجوانان و جوانان در کشور که مجری برنامه هستند، شیوه نامه‌های اجرایی وجود دارد.

وی افزود: پس از اینکه اقدامات ذکر شده صورت گرفت، با هماهنگی میان روابط عمومی هر دو وزارتخانه بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و آموزش و پرورش اعلام فراخوان و اطلاع رسانی در زمینه آگاهی‌سازی والدین برای ورود به مراکز بهداشتی و درمانی پایگاه‌های سلامت صورت می‌گیرد.

اردلان ادامه داد: دستورالعمل تدوین شده به کل کشور ابلاغ می‌شود و یک شیوه‌نامه‌ای در جهت آگاهی‌سازی والدین در خصوص مسائلی که نوآموزان در بدو ورود به مدارس باید بدانند و همچنین اطلاعات لازم برای والدین به صورت همزمان با شروع معاینات پزشکی ابلاغ می‌شود. این شیوه‌نامه شامل آموزش چگونگی ساعت خواب دانش‌آموز، رعایت بهداشت فردی در خصوص پیشگیری از بیماری‌های واگیر، آموزش‌های مربوط به مباحث بهداشتی، بهترین غذای که دانش‌آموز در مدرسه می‌تواند همراه داشته باشد و توصیه به فعالیت فیزیکی نوآموزان که مانع از بروز چاقی و سایر بیماری‌های غیر واگیر در سنین پایین می‌شود، است.

رئیس اداره سلامت نوجوانان و مدارس با بیان اینکه راهکارهایی برای پیشگیری از بیماری‌های تنفسی، گوارشی، اسهالی و بیماری‌های پوستی به والدین ارائه می‌شود، گفت: در واقع در قالب تراکت و بروشور این آموزه‌ها را در اختیار والدین قرار می‌دهیم. همچنین در متن‌های آموزشی که در اختیارشان قرار می‌دهیم، چگونگی استفاده از کوله پشتی و کفش مناسب و راهنمای خرید کوله و کفش مناسب را به والدین یادآور می‌شویم. یکی از موارد حائز اهمیت نیز آموزش طرز صحیح حمل کیف و کوله پشتی است تا آسیبی به گردن و ستون فقرات وارد نشود.

اردلان گفت: طبق زمانبندی‌های صورت گرفته که بین مناطق آموزش و پرورش و شبکه بهداشتی درمانی اتفاق می‌افتد، پایگاه‌های سلامت را معرفی می‌کنیم که در این پایگاه‌ها ارزیابی‌های مقدماتی صورت می‌گیرد. این ارزیابی‌ها شامل سنجش بینایی، سنجش شنوایی، آمادگی تحصیلی، سلامت روان، بیماری‌های تنفسی، قلبی - عروقی، گوارشی و عضلانی - اسکلتی است و در صورتی که دانش‌آموز با مشکلی در زمینه موارد ذکر شده مواجه باشد، به پزشک مرکز برای درمان ارجاع داده می‌شود.

وی در پایان افزود: افرادی که نوآموزان را معاینه می‌کنند در هر دو نهاد کسانی هستند که تخصص لازم را دارند. متخصصین اپتومتر، پزشک و یا کارشناس بهداشت عمومی‌اند و یا رشته‌های مرتبطی دارند که وزارت بهداشت به آموزش و پرورش استثنایی ابلاغ کرده تا دوره مورد نظر در آن زمینه را بگذرانند.

انتهای پیام



اجرای برنامه درسی پنهان و کاهش گرایش نوجوانان به اعتیاد

نتایج یک تحقیق نشان می‌دهد اجرای برنامه‌های درسی پنهان در مدارس در راستای کاهش خطرات و لغزش‌های نوجوانان در گرایش به اعتیاد نقش معناداری دارد.

به گزارش ایسنا، رسول ذوالفقاری زاده- دانشجوی کارشناسی ارشد رشته علوم انسانی در پایان نامه خود به "بررسی برنامه درسی پنهان از منظر ادراکات دانش آموزان در زمینه اعتیاد، محرک ها و روان گردان ها در مدارس مقطع دوم شهر اصفهان" پرداخت.

امروزه انتقال و پرورش ارزش ها در نظام های تعلیم و تربیت از جمله آموزش و پرورش حائز اهمیت است. بنابراین در راستای حفظ ارزش ها و سلامت جامعه، آموزش مستمر و فرآیند آگاهی بخشی نوجوانان از طریق برنامه های درسی پنهان در محیط مدرسه میسر است.

این تحقیق با هدف بررسی برنامه درسی پنهان از منظر ادراکات دانش آموزان در زمینه اعتیاد، محرک ها و روان گردان ها در دبیرستان های دولتی شهر اصفهان انجام گرفت. پژوهش از لحاظ هدف کاربردی و از نظر ماهیت توصیفی پیمایشی است.

در این تحقیق، ۷۱۰ نفر از دانش آموزان مقطع دوم متوسطه شهر اصفهان در سال تحصیلی ۱۳۹۶-۱۳۹۷ انتخاب و با روش نمونه گیری چند مرحله ای برگزیده شدند. برای بررسی روایی ابزار گردآوری داده ها در این پژوهش، از روش روایی صوری و محتوایی و برای تعیین پایایی آن از روش آلفای کرونباخ استفاده شده است.

نتایج این پژوهش نشان داد اجرای برنامه های درسی پنهان در مدارس مقطع دوم متوسطه شهر اصفهان در راستای کاهش خطرات و لغزش های نوجوانان در گرایش به اعتیاد معنادار است.

به گزارش ایسنا، این پایان نامه به راهنمایی سید احمد مدنی در دانشگاه کاشان دفاع شد.

انتهای پیام



یک پژوهشگر مسائل اجتماعی مدعی شد:



"مشهد" بیشترین کودکان کار را در ایران دارد

یک پژوهشگر مسائل اجتماعی گفت: مشهد بیشترین کودکان کار را در ایران دارد و بیش از ۵ درصد کودکان کار در ایران مشغول به فعالیت های ساختمانی و کارگری ساختمان هستند.

مرتضی دیاری در گفت و گو با ایسنا، با بیان اینکه «طبق تعریف جهانی کودکان کار، اغلب کودکان کار بین ۱۰ تا ۱۹ سال سن دارند اما در ایران طبق قوانین کودکان زیر ۱۵ سال کودکان کار محسوب نمی شوند»، اظهار کرد: طبق تعریف جهانی کودکان کار، کودکی که بین ۱۰ تا ۱۹ سال سن و فعالیت اقتصادی برای کسب درآمد به دلیل شرایط نامطلوب اجتماعی و اقتصادی خود یا سرپرستش دارد، به این افراد کودکان کار گفته می شود.

وی ادامه داد: این یک تعریف کلی است که جامعه ایران را نیز دربرمی گیرد. براساس تعاریفی که در قوانین ایران وجود دارد کودکان زیر ۱۵ سال کودکان کار محسوب نمی شود.

این پژوهشگر مسائل اجتماعی در خصوص علت افزایش کودکان کار عنوان کرد: این موضوع چند فرآیند را به دنبال دارد که یکی از مهم ترین پدیده های آن در یکی و دو دهه اخیر، ظهور پدیده حاشیه نشینی است. این پدیده رو به افزایش است. طبق آمار سازمان

ملل در سال ۲۰۰۸ نشان می‌دهد که ۴۰ درصد مردم ایران حاشیه‌نشین هستند، از این تعداد درصد زیادی از این محل‌ها، محل زندگی کودکان کار است.

دیاری بیان کرد: یکی از مسائلی که در سیاست‌گذاری در حوزه آموزش و پرورش وجود دارد، در دهه‌های اخیر هزینه‌های تحصیل در سطح بالاست و حتی مدارس دولتی نیز از دانش‌آموزان پول دریافت می‌کنند. بسیاری از خانواده‌هایی که در حاشیه‌شهر قدرت اقتصادی ندارند که فرزند خود را به مدرسه بفرستند. این موضوع زمینه‌ای می‌شود که کودکان برای اینکه در خانه بیکار نباشند، کم‌کم این فرزند را وارد چرخه شغلی پدر می‌کنند.

وی افزود: به مرور زمان به این کودک حق‌الزحمه نیز داده می‌شود. این کودکان کم‌کم تحصیلات را کنار می‌گذارند و تبدیل به کودک کار می‌شوند. از تأثیرات منفی این موضوع این است در بلندمدت به جهت اینکه این فرد نتوانسته خود را تحصیل کرده نشان دهند، تحرک صعودی که باید در این افراد باشد، از بین می‌رود.

دیاری با اشاره به اینکه «تیپ دیگری از کودکان کار وجود دارد که تعداد زیادی از کودکان کار دچار بدسرپرستی هستند»، خاطرنشان کرد: از عواملی که موجب افزایش کودکان کار و بدسرپرستی آن‌ها شده است؛ سرپرست آن‌ها فوت شده، سرپرست از کار افتاده، اعتیاد کودک، پدر خانواده زندگی را رها کرده، خانواده‌های درگیر طلاق، اعتیاد خانواده و... که باعث می‌شوند که این کودکان بدسرپرست باشند. سرپرست این کودکان فارغ از پرداخت هزینه زندگی کودک، خود این بچه را نیز به کار می‌گیرد تا درآمد اقتصادی را برای زندگی خانواده نیز تولید کنند.

وی گفت: درصدی از کودکان کار که دوران کودکی خود را در مراکز بهزیستی گذراندند، تلاش دارند، از این مراکز فرار کنند و این فرار موجب می‌شود که افراد در چرخه‌ای قرار بگیرند که به دنبال کسب درآمد اقتصادی، وارد شبکه‌هایی در حاشیه شهر شوند. کودک کار بودن مقوله‌ای شبکه محور است. در شهر مشهد یک سری محلاتی وجود دارد که شبکه کودکان کار در آن زندگی می‌کنند. مثل محله بزک‌آبادی، التیمور، ده متری قلعه ساختمان و... است.

این پژوهشگر مسائل اجتماعی یادآور شد: در کلان‌شهرهای دیگر نیز شبکه کودکان کار در حاشیه‌شهر هستند. در کودک کار شبکه‌ای، کودکان توسط سرپرستی اداره می‌شوند و در محله‌ها، کالا و ابزاری که قبلاً برای کودکان تعیین شده مانند وزنه، دستمال کاغذی، شیشه‌شوی و... کار می‌کنند. این کودکان دچار بدسرپرستی هستند.

وی با اشاره به اینکه «متأسفانه در ایران هیچ آمار دقیقی نسبت به اعتیاد کودکان کار وجود ندارد»، عنوان کرد: آماری که وجود دارد مربوط به سرشماری سال ۹۵، آمار جهانی سال ۲۰۰۸ و تخمین‌هاست. تحقیقات سازمان ملل در سال ۲۰۰۸ بیشتر بر اساس محل زندگی آن‌هاست و آمار مشخصی در دسترس نیست. همین آمار موجود خود گویا این موضوع است. بیش‌ترین کودک کار در کشور، در خراسان رضوی است. آمار کودکان کار در خراسان رضوی از سیستان و بلوچستان و تهران بیشتر است. براساس سرشماری‌ها و گزارش سال ۹۰ و ۹۵ نشان می‌دهد که بیش‌ترین کودکان کار در خراسان رضوی است.

دیاری با بیان اینکه «این کودکان مشغول کارگری ساختمان هستند»، خاطرنشان کرد: برطبق آمار منتشر شده، بیش‌تر از ۵ درصد امور ساختمانی و کارگری ساختمان در ایران، توسط کودکان کار انجام می‌شود. کودکان کار به عنوان عنصر اقتصادی در ساختمان‌سازی شناخت می‌شوند و کالای ارزانی هستند. کارفرماها با توجه به اینکه نظارت کارآمد و سیستم منسجمی وجود ندارد، بیش‌تر ترجیح می‌دهند از افرادی استفاده کنند که درآمد کمتری بپردازند.

وی در خصوص اعتیاد کودکان کار بیان کرد: محل زندگی کودکان کار خود نشان می‌دهد که چقدر درگیر اعتیاد هستند. طبق پژوهش‌هایی که در مشهد، نقاط پرآسیب شناسایی شده است و بر این اساس می‌توان حدس زد که نقاط پرخطر از نظر اعتیاد در مشهد در کدام محله‌ها وجود دارد. مانند اسماعیل‌آباد، نوده، بزکآبادی و... مکان‌هایی که کودکان کار زندگی می‌کنند، دقیقاً همین مناطق است. طبق نظریه یادگیری اجتماعی یکی از رفتارهایی که کودکان کار یاد می‌گیرند، گرایش به مصرف موادمخدر است که آموزش آن توسط افرادی است که در این منطقه زندگی می‌کنند.

دیاری با بیان اینکه «علت تعدد کودکان کار در خیابان‌ها را نمی‌توان با یک متغیر ریشه‌یابی کرد»، اظهار کرد: ما با زنجیره‌ای از عوامل مختلف روبه‌رو هستیم. نظام آموزش و پرورش در ایران به سمتی می‌رود که کودکان ترجیح دهند به سمت مدرسه نروند. این پدر و مادر هستند که ترجیح می‌دهند که کودکان به مدرسه نروند. عدم حضور کودکان در مدارس موجب می‌شود که کودکان به جای خانه‌ماندن به سمت کار در بیرون از خانه بروند. زمانی که این پیشنهاد از طرف کودکان داده می‌شود، خانواده‌ها از آن استقبال می‌کنند.

وی افزود: سرپرستی کودکان نیز به افزایش کودکان کار اثرگذار است. اساساً سیاست‌گذاری در حوزه کودکان کار قوی عمل نکرده است. این پدیده در حاشیه شهر در حال بازتولید است. در حاشیه شهر تعداد اعضای خانواده کم نیست. جمعیت زیاد خانواده‌ها در حاشیه شهر و بحران‌های اقتصادی که وجود دارد، افراد را به این سمت می‌برد که به دنبال کسب درآمد باشند و از تمام ظرفیت‌های خود استفاده کنند. استفاده کردن از کودکان کار به عنوان گروهی که احساسات جامعه را برمی‌انگیزد باعث می‌شود که خانواده‌ها ترجیح دهند فرزندان خود را به خیابان نفرستند. طبیعتاً خود پدر یا مادر اگر در خیابان بایستند و دستمال کاغذی بفروشند، کمتر از او خرید می‌کنند.

دیاری با بیان اینکه «کودک کار به عنوان یک نماد در سطوح تکدی‌گری استفاده می‌شود»، خاطرنشان کرد: این کودک اگر تکدی‌گری کند، احساسات مردم را برمی‌انگیزد و کسب درآمد بیش‌تری می‌کند. مناسبات اقتصادی که در سطح کلان است، موجب افزایش کودکان کار شده است. بحرانی که در چندسال اخیر با آن دست به گریبان هستیم، بحران افزایش قیمت مسکن است. این موضوع باعث شده است قیمت مسکن در شهرهایی مثل تهران و مشهد افزایش پیدا کند و شکاف‌های طبقاتی شدیدتر شود. افرادی که در حاشیه شهر زندگی می‌کردند به سمت حاشیه‌تر شهر بروند. در این وضعیت افراد ضعیف جامعه نیز حاشیه‌شهر برای زندگی می‌روند. حضور در حاشیه شهر باعث می‌شود که افراد با راه‌های کسب درآمد آشنا شوند. کارکردن کودکان در حاشیه شهر مسئله محسوب نمی‌شود. یک نوع نگرش در افرادی است که در حاشیه شهر زندگی می‌کنند. این موضوع برای پسرهای مهم‌تر است.

این پژوهشگر مسائل اجتماعی با اشاره اینکه «رقابت برای حضور در دانشگاه‌ها، عادلانه نیست»، عنوان کرد: بچه‌هایی که همزمان هم کار کرده و هم در مدرسه تحصیل می‌کنند، امکان حضور آن‌ها در دانشگاه‌ها کمتر است. برای مردم حاشیه‌شهر تحصیلات مهم نیست، بلکه کسب درآمد مهم است. دیدن حضور لیسانس‌های بیکار در جامعه و وضعیت نابسامان اقتصادی جامعه موجب افزایش پدیده کودکان کار شده است. موضوع سیاست‌گذاری اجتماعی در این مسئله بسیار مهم است. سیاست‌گذاری اجتماعی توجهی به آموزش و سلامت کودکان کار نداشته است. موضوع مهمی که در خصوص کودکان کار وجود دارد این است که برخی از این کودکان در زمانی که مادران‌شان آن‌ها را باردار بودند، به کودک نگاه سلامت‌محور نداشتند. این مادران از اصول و مبانی بارداری مطلع نبودند. ویتامین‌های لازم را مصرف نکرده و دچار سوء تغذیه هستند.

دیاری گفت: کودک کاری که به دنیا می‌آید، دچار سوء تغذیه و فاقد ویتامین‌های لازم است. این موضوع بر توانمندی‌ها جسمی سلامتی و روانی آن‌ها تأثیر می‌گذارد. این موضوعات سبب می‌شود که کودکان کار فرصت برابر در رقابت‌های اجتماعی در عرصه‌های اجتماعی را نداشته باشند. کودک کاری که در جامعه دست‌فروشی می‌کند، مقصر نیست بلکه مقصر جامعه‌ای است که شرایط را

طوری رقم زده که این کودک در خیابان به دست فروشی بپردازد. پدیده کودکان کار پدیده نوظهوری نیست. دست فروشی در مشهد و در دهه های اخیر همیشه اطراف حرم وجود داشته است. در این خصوص همیشه درگیری بین شهرداری و دست فروشان نیز وجود داشته است.

وی ادامه داد: بخشی از این دست فروشان کودکان کار بودند. این نشان می دهد که سیاست گذاری در این خصوص و در شهر مشهد بسیار ضعیف عمل کرده است. مشهد شهری است که ظرفیت های شغلی و توانمندی بسیار بالایی دارد و می تواند از تمام ظرفیت ها استفاده کند. سیاست گذاری در مشهد نه تنها نتوانسته این مسئله را حل یا بهبود ببخشد بلکه فقط نگاه سرکوب گرایانه به این مسئله داشته است که صرفاً دست فروشان را جمع و اموال آن ها را مصادره کند. افرادی که به عنوان توریست یا زائر به مشهد می آیند، طبعاً با مسئله آشنا هستند چرا که پدیده کودکان کار فقط مختص مشهد نیست و در کلان شهرهای ایران نیز این مسئله وجود دارد. مسئله کودکان کار در تهران، شیراز، اصفهان، سیستان و بلوچستان و... وجود دارد. شاید تجمع این افراد، تصور غلط را ایجاد کند که تعداد کودکان کار در مشهد بسیار بیش تر از تهران است. البته طبق آمار تعداد کودکان کار در خراسان رضوی از سیستان و بلوچستان بیش تر است.

دیاری خاطرنشان کرد: ما باید به دنبال سیاست گذاری دقیق باشیم که در حوزه های آموزش و پرورش، سلامت و بهبود شبکه مسائل کودکان کار درست عمل شود و تعداد این کودکان کم تر شود. این پدیده در حاشیه شهر باز تولید نشود. بعضی از کشورها سیاست هایی را برای این موضوع اجرا می کنند. مثلاً آموزش و پرورش آلمان اعلام کرده که هر خانواده ای که فرزند آن ها در مدرسه تحصیل کند، پولی ماهانه به خانواده می دهد. این یک نوع حمایت در ازای حضور کودک در مدرسه است. این موضوع سبب می شود که کودک از آسیب های اجتماعی که بر اثر کودک کار شدن در آن ها اثر می گذارد در امان باشند و طبعاً تحصیلات او اثر گذار است.

وی یادآور شد: همه افراد جامعه در این موضوع سهیم هستند. دولت، مردم، سمن ها وظایفی دارند. در کشور ما سمن هایی هستند که بر روی موضوع کودکان کار، کار می کنند. یکی از این قوی ترین سمن ها در تهران کار می کند. این سمن با کودکان کار هر هفته در پارک لاله و تئاتر شهر کار می کند و این کودکان را به لحاظ اجتماعی توانمند می سازد. این کار موجب می شود ادغام اجتماعی، افزایش پیدا کند. این کار شاید باعث ریشه کن شدن فقر در بین بچه ها نشود اما از طرد شدن کودکان کار جلوگیری می کند. این سمن رسالت خود را در خصوص کودکان کار انجام می دهد.

انتهای پیام



دبیر دومین کنفرانس سلامت و گردشگری اکو خبر داد:



درآمد ۲۰۰ میلیارد دلاری از محل گردشگری سلامت / دو برابر شدن ورودی گردشگران حوزه سلامت به ایران

دبیر دومین کنفرانس بین المللی گردشگری و سلامت کشورهای اکو در اردبیل گفت: درآمد کشورهای اکو از محل گردشگری سلامت در سال ۲۰۱۷ به بیش از ۲۰۰ میلیارد دلار رسیده است.

به گزارش ایسنا، کرباسی در آئین افتتاح دومین کنفرانس بین‌المللی سلامت و گردشگری کشورهای عضو اکو در دانشگاه محقق اردبیلی اظهار کرد: در شرایط کنونی گردشگری سلامت از حوزه‌های قابل توجه و پراقبال در سطح جهانی و بین‌المللی است به طوری که درآمد حاصل از گردشگری تا ۱۰ درصد حجم تجارت جهانی و بین‌المللی را تشکیل می‌دهد.

وی با بیان اینکه وضعیت رو به رشدی را در توسعه گردشگری و تجارت ناشی از آن داریم، خاطرنشان کرد: در سال‌های اخیر و با برنامه‌ریزی‌هایی که انجام شده در حوزه کشورهای عضو اکو صنعت گردشگری به ویژه گردشگری سلامت مورد توجه و دقت نظر قرار گرفته است.

دبیر دومین کنفرانس بین‌المللی گردشگری و سلامت کشورهای اکو به گردش مالی گردشگری سلامت اشاره کرد و گفت: این گردش مالی در چند سال اخیر ۳ تا ۵ برابر شده است به طوری که علاوه بر حضور گردشگران تبادل دانش فنی و سرمایه‌گذاری را در این حوزه در بین کشورهای عضو اکو شاهد هستیم.

کرباسی بیان کرد: در حالی که در سال ۲۰۰۴ رقم درآمدی حاصل از گردشگری سلامت به کمتر از ۴۰ میلیارد دلار می‌رسید، این رقم در سال‌های اخیر با رشد چندین برابری روبرو شده به طوری که در سال‌های گذشته ۱۴۰ میلیارد دلار و در سال ۲۰۱۷ این رقم به ۲۰۰ میلیارد دلار رسیده است.

وی ادامه داد: درآمد ۲۰۰ میلیارد دلاری از محل گردشگری سلامت برای کشورهای عضو اکو فرصتی استثنایی را فراهم کرده تا یک تحول و تحرک جدی را در این بخش شاهد باشیم.

دبیر دومین کنفرانس بین‌المللی گردشگری و سلامت کشورهای اکو به ورودی گردشگران حوزه سلامت نیز اشاره کرد و افزود: در حالی که در سال ۲۰۱۶ ورودی گردشگران حوزه سلامت به کشور ۱۵۰ هزار نفر بوده است، این رقم در سال گذشته میلادی به ۳۰۰ هزار نفر افزایش یافته که یک جهش دو برابری را نشان می‌دهد.

کرباسی تصریح کرد: علاوه بر کشورهای عضو اکو بسیاری از کشورهای همسایه ایران در حوزه گردشگری سلامت فعالیت می‌کنند، به طوری که ما یک وضعیت مطلوب و رو به رشدی را در کشورهای مختلف شاهد هستیم.

وی ظرفیت خوب کشورهای عضو اکو را در این زمینه یادآور شد و اظهار کرد: در حال حاضر برای اکثر استان‌های کشور مسافران و گردشگران حوزه سلامت در راستای بهره‌مندی از شرایط مطلوب درمان مهیا شده که یکی از این استان‌ها اردبیل است که سالانه پذیرای هزاران گردشگر کشور آذربایجان و حوزه قفقاز است.

دبیر دومین کنفرانس بین‌المللی گردشگری و سلامت کشورهای اکو برگزاری این همایش و تشکیل سه کمیته اجرایی و علمی و تخصصی در این حوزه را یادآور شد و خاطرنشان کرد: در دو روز برگزاری این همایش و کنفرانس علمی سعی ما بر این است تا علاوه بر تقویت همکاری‌های مابین گردشگری سلامت بتوانیم به تبادل تجربیات مفید و سازنده نیز اقدام کنیم.

کرباسی برگزاری نمایشگاه و کارگاه‌های آموزشی را در کنار فعال کردن استارت‌آپ‌ها در این حوزه یادآور شد و گفت: امیدواریم با بهره‌گیری از همکاری خوب شرکت‌کنندگان در این کنفرانس بتوانیم زمینه توسعه صنعت گردشگری به ویژه در بخش سلامت را به خوبی و شایستگی فراهم کنیم.

دبیر علمی دومین کنفرانس سلامت و گردشگری اکو نیز بیان کرد: شرکت کنندگان در این کنفرانس طی دو روز با محوریت سلامت و بهداشت سعی دارند تا توجه بسیاری از کشورها را به این حوزه مغفول مانده در سال های گذشته جلب کنند.

محمد جهانگیری خاطرنشان کرد: سلامت در بسیاری از کشورها و فرهنگ ها به عنوان یک دغدغه جدی برای ارتقای توانمندی فردی و اجتماعی مطرح است که در این بین در بسیاری از کشورها زمینه پذیرش و همچنین ارائه خدمات برای بیماران در حوزه ارتقای سلامت و بهبودی فراهم آمده است.

وی به حساسیت موضوع سلامت در عصر کنونی و زمینه ارتقای سلامت معنوی، روحی و جسمی اشاره کرد و افزود: به نام سلامت و در قالب گردشگری می توانیم پیام دوستی، صلح و آرامش را به دنیا اعلام کنیم که در این باب قطعاً برگزاری این کنفرانس ها می تواند زمینه تحول و تحرک بیش از پیش را فراهم کند.

دبیر علمی دومین کنفرانس سلامت و گردشگری اکو در اردبیل تصریح کرد: حرکت های خوبی در سال های اخیر با محوریت کشورهای عضو اکو در بخش گردشگری سلامت به وجود آمده است که در این زمینه با تلاش و مشارکت دانشگاه های علوم پزشکی در کشورهای مختلف برنامه ریزی ها و هدف گذاری ها به سمتی است تا زمینه بهره برداری از این بستر و فضا به شایستگی فراهم آید.

جهانگیری به فعالیت کمیته علمی این کنفرانس با محوریت ۱۰ دانشگاه علوم پزشکی و دانشگاه محقق اردبیلی اشاره و اظهار کرد: در این کنفرانس که به مدت دو روز انجام خواهد شد چهار برنامه علمی ارائه خواهد که در این زمینه ۳۰ مقاله علمی ارسال شده به دبیرخانه نیز مورد بررسی و تبادل نظر قرار خواهد گرفت.

وی به برپایی ۷۲ غرفه تخصصی در تبادل اطلاعات با محوریت بهداشت و سلامت اشاره کرد و گفت: از این تعداد غرفه ۱۵ غرفه مربوط به شهرستان ها و ۱۳ غرفه نیز در بخش تسهیل گری سلامت، گردشگری و استارت آپ های مورد نظر است که با مشارکت ۹ دانشگاه علوم پزشکی ارائه خواهد شد.

دبیر علمی دومین کنفرانس سلامت و گردشگری اکو در اردبیل مجری گردشگری سلامت را معطوف به بخش خصوصی دانست و تصریح کرد: کشورهای عضو اکو کشورهای همجوار ما هستند ما دارای تعهدات مشترک در حوزه توسعه ای هستیم و باید بتوانیم اقدامات مشترکی را در عرصه اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و سیاسی انجام دهیم.

جهانگیری اضافه کرد: استان اردبیل از نظر موقعیت جغرافیایی دسترسی خوبی به کشورهای عضو اکو دارد و در کنار آن از تنوع برنامه های حوزه سلامت و تندرستی و همچنین آب های گرم و منابع غنی غذایی برخوردار است که می تواند به ارتقای حوزه سلامت و گردشگری نیز کمک کند.

انتهای پیام



دبیرکل اسبق ستاد مبارزه با مواد مخدر عنوان کرد



ورود روزانه ۱۵۰ جوان به چرخه اعتیاد / کشف ۷۵ درصد تریاک در جهان توسط ایران

دبیرکل اسبق ستاد مبارزه با مواد مخدر با بیان اینکه طی چهار دهه هفت میلیون دستگیری با احتساب رقم افرادی که برای بار چندم دستگیر می‌شوند، در مورد جرائم مرتبط مستقیم با مواد مخدر در کشور وجود دارد، گفت: تعداد معتادان در کشور ثابت و ایستا نیست و روزانه حداقل ۱۵۰ جوان جدید وارد چرخه اعتیاد می‌شوند.

به گزارش ایسنا، دکتر علی هاشمی در نشست «نارکوتروریسم، تهدید علیه امنیت ملی» افزود: در این حوزه تاکنون کار علمی و پژوهشی منسجمی نشده است. از منظر جهانی چهار بحران بزرگ وجود دارد که شامل بحران اتمی، زیست محیطی، فقر و مواد مخدر می‌شود.

وی با بیان اینکه تهدیدات مواد مخدر به شکل کلان مانند یک سکه دو رو است، تصریح کرد: روی اول جذاب بودن اقتصاد مواد مخدر و روی دوم جدی بودن مصرف و تقاضاست که یکی از چالش‌های بحث تروریسم است و از دل پول مواد مخدر بیرون می‌آید.

هاشمی با بیان اینکه مناقشات قومی و ناپایداری‌های سیاسی که فضا را برای فعالیت گروه‌های جرم سازمان یافته در منطقه بالکان فراهم کرده و این منطقه را تبدیل به دروازه ورود تروریسم مخدري به اروپا کرده است، افزود: برخی شاخص‌ها از جمله شاخص شکنندگی دولت‌ها (fragile state) و در کنار آن ورشکستگی اقتصادی، حاکمیت ضعیف که منجر به ضعف کارکردهای امنیتی می‌شود، شرایط را برای بروز تروریسم مخدري مهیا می‌سازد. از جمله معیارهای مهم شاخص شکنندگی دولت‌ها عبارتند از توسعه نامتوازن و فقر، نزول اقتصادی در بخش اقتصاد و مناقشات هویتی، فرار مغزها و منازعات قومیتی در بخش اجتماعی که در نهایت منجر به تضعیف حکمرانی و بروز شبه دولت‌های مخدري می‌شود.

وی در تعریف این پدیده توضیح داد: تروریسم مخدري (نارکوتروریسم) حاصل پیوند دو پدیده نامشروع قاچاق مواد و تروریسم است که نخستین بار برای اشاره به خشونت‌های تروریستی علیه پلیس مبارزه با مواد مخدر کشور پرو در دهه ۸۰ میلادی توسط رییس جمهوری این کشور به کار رفت و در کشور ما نیز برای اولین بار در کنفرانس بین‌المللی پولشویی در سال ۸۳ - که با بودجه ستاد مبارزه با مواد مخدر و حمایت رئیس جمهوری وقت برگزار شد، به کار رفت.

هاشمی با اشاره به اینکه در حال حاضر این موضوع پیچیده‌تر شده و مجلس هم به‌طور جدی دنبال آن رفته و مقررات داخلی کشور را در این خصوص تصحیح کرده است، گفت: تهدیدات نظام‌مند گروه‌های سازمان یافته قاچاق علیه دولت‌ها که در راستای تاثیرگذاری بر سیاست‌های مخدري صورت می‌گیرد نارکوترور نامیده می‌شود. همچنین گفته می‌شود گاهی گروه‌هایی که ماهیت تروریستی دارند، دست به قاچاق مواد مخدر می‌زنند.

وی با اشاره به اینکه در سطح جهان ۲۴۰ تا ۲۴۵ میلیون مصرف کننده مواد مخدر وجود دارد که این آمار به شکل غیر رسمی بیش از این مقدار است، تصریح کرد: براساس آخرین آماری که در سال ۸۳ و پایان دوره حضورم در ستاد مبارزه با مواد مخدر آن را منتشر کردم حدود ۳ میلیون و ۷۶۰ هزار مصرف کننده در کشور وجود داشت که از این تعداد دو و نیم میلیون معتاد قطعی و یک میلیون و ۲۰۰ هزار معتاد تفننی بودند.

دبیرکل ستاد مبارزه با مواد مخدر در دوره اصلاحات ادامه داد: تعداد معتادان در ابتدای دولت دکتر احمدی نژاد و اوایل سال ۸۵ این رقم ۸۰۰ هزار نفر اعلام شد تا اینکه در سال ۹۰، تعداد معتادان یک میلیون و ۳۰۰ هزار نفر اعلام شد این درحالیست که براساس پژوهشی که در همان سال ۹۰ انجام شد، این رقم به بیش از چهار میلیون نفر رسید که البته این آمار اعلام رسمی نشد و مدیرکل

وقت تحقیقات ستاد مبارزه با مواد مخدر به همین دلیل از ستاد رفت. در نهایت هم همین آمار ادامه داشت تا اینکه در سال ۹۵ تعداد معتادان کشور ۲ میلیون و ۸۰۰ هزار نفر اعلام شد که تعداد معتادان قطعی را نشان می‌داد.

هاشمی با اشاره به اینکه اقتصاد مواد مخدر براساس پژوهش‌های سال ۸۳ رقم ۱۲ میلیارد دلار معادل ۱۰ هزار میلیارد تومان در همان زمان را نشان می‌داد، تصریح کرد حدود ۴۵ درصد از این رقم به جیب قاچاقچیان می‌رود، ۲۶ درصد دولت هزینه کرده و ۲۳ تا ۲۴ درصد هم به تبع اعتیاد جامعه پرداخت می‌کند.

۷۵ درصد کشفیات تریاک جهان و ۶۱ درصد مورفین جهان به ایران اختصاص دارد

وی با اشاره به برآوردهای اجمالی و غیر رسمی گفت: تعداد معتادان ۲ میلیون و ۸۰۰ هزار نفر در سال ۹۵ و مبحث هزینه‌های ترانزیتی، برآورد بالای ۳۰ میلیارد دلار چرخش مالی مواد مخدر را مطرح می‌کند. با این حال رقم ۱۲ تا ۲۰ میلیارد دلاری در این حوزه را می‌توان پذیرفت اما متأسفانه کار پژوهشی جامع جدید در این خصوص انجام نشده یا در صورت انجام نتایج آن اعلام رسمی نشده است.

دبیرکل اسبق ستاد مبارزه با مواد مخدر با اشاره به اینکه عملکرد جمهوری اسلامی در حوزه مواد مخدر نشان می‌دهد که جمهوری اسلامی بزرگترین مبارزه کننده با ناکوتروریسم در جهان و در عین حال بزرگترین خسارت دیده از آن است، اظهار کرد: علیرغم تحریم‌های ظالمانه در حوزه تجهیزات و کمک‌های مالی با این حال آخرین گزارش خود آمریکایی‌ها در سال ۲۰۱۷ از کشفیات ما نشان می‌دهد که ایران ۷۵ درصد کشفیات تریاک جهان و ۶۱ درصد مورفین جهان را به خود اختصاص داده است.

هاشمی با اشاره به اینکه حدود ۳۷ هزار باند قاچاق در ۳۷ سال گذشته کشف شده است، تصریح کرد: ۷۰ درصد این باندها مسلحانه بودند همچنین بیش از ۴۰۰۰ شهید و بیش از ۱۳ تا ۱۴ هزار جانباز در این حوزه وجود دارد.

وی با بیان اینکه طی ۴۰ سال اخیر بیش از ۱۴۷ هزار تن تولید خالص افغانستان معادل تریاک، ۱۰٫۵ درصد کشفیات داشتیم، ادامه داد: براساس آمارها ۳۰ تا ۳۵ درصد آن مربوط به ترانزیت به اروپاست که نشان می‌دهد هزینه سلامت این کشورها را ما پرداخت می‌کنیم.

به گفته وی طی چهار دهه هفت میلیون دستگیری با احتساب رقم افرادی که برای بار چندم دستگیر می‌شوند، در مورد جرائم مرتبط مستقیم با مواد مخدر در کشور وجود دارد.

دبیرکل سابق ستاد مبارزه با مواد مخدر با اشاره به اینکه زمانی که در ستاد مبارزه با مواد مخدر بودم روزانه حدود ۵۰ تا ۶۰ نفر از داخل سیستم دستگیری می‌شدند، تاکید کرد: البته این تعداد معادل ۵٫۲ درصد از کل دستگیری‌ها را شامل می‌شد البته باعث افتخار نظام بود که با این متخلفان هم برخورد می‌کردیم.

هاشمی با اشاره به اینکه بحث پیشگیری، بحث بنیادین جهان امروزی است، اظهار کرد: اگرچه بحث پیشگیری هزینه‌دار است اما در بلند مدت از هزینه‌ها می‌کاهد برای مثال در برخی کشورهای اروپایی روزانه در منازل شیر رایگان توزیع می‌شود تا دولت‌ها از هزینه بیماری‌ها و یوکی استخوان مردم پیشگیری کنند. این درحالیست که ما هنوز در برخی مسائل ابتدایی‌تر مانده‌ایم برای مثال

هنوز نمی دانیم موسیقی حلال و حرام کدام است؟ هنوز بحث می کنیم دختران ورزشگاه بروند یا نه؟ اما برخی کشورها ۷۰ درصد پیشگیری از اعتیاد و آسیب ها را با توسعه ورزش حل کرده اند.

هاشمی با اشاره به پژوهشی در بهمن ۷۴ درباره «امید به آینده در نسل جوان در تهران» گفت: براساس این پژوهش امید به آینده جوانان ایرانی بسیار پایین بود این درحالیست که بعد از دوم خرداد و در اواخر سال ۷۷، آمارها نشان می داد این رقم به ۸۲ درصد رسیده است.

دبیرکل ستاد مبارزه با مواد مخدر علت این مساله را احساس مسئولیت و مشارکت نسل جوان در انتخابات دانست و گفت: فعلا بزرگترین راهبرد نظام و ستاد این است که تلاش شود جذابیت اقتصادی مواد مخدر را بگیریم. در اولین قدم باید شناخت داشته باشیم، این درحالیست که الان هیچکس نیست درباره تعداد معتادان اطلاعات جدیدی بدهد و بگوید که نرخ بروز اعتیاد یعنی تعداد افراد جدید که به چرخه اعتیاد اضافه میشوند چه میزان است؟ هیچکس این ارقام را نمی داند چراکه کار علمی نشده است. این درحالیست که تعداد معتادان ایستا نیست و روزانه حداقل ۱۵۰ جوان جدید وارد چرخه اعتیاد می شوند.

وی در ادامه راهبردهای پیش رو را تشریح کرد و گفت: همگن سازی قانونگذاری های مالی با هدف مبارزه با فساد مالی، مبارزه با اقتصاد سیاه از طریق وضع سیستم نظارت بر جریان های مالی و رفع نابرابری ها و مناقشات قومی از طریق توزیع عادلانه ثروت و برقراری عدالت اجتماعی از جمله راهبردهای حل این مشکل خواهد بود.

دبیرکل اسبق ستاد مبارزه با مواد مخدر ادامه داد: اگر بپذیریم و باور کنیم که این پدیده یکی از چهار صنعت اصلی چرخش مالی در جهان و جنگ تمام عیار علیه صلح و توسعه است، باید اقدامات جدی انجام دهیم. برخلاف بحران هسته ای که یک تهدید بالقوه است، این پدیده تهدید بالفعل است و اگر شعار پیش به سوی جهان عاری از سلاح هسته ای را سر می دهیم باید ۱۰ برابر بیشتر به سوی جهان عاری از قاچاق مواد مخدر و تروریسم و حرکت کنیم.

رئیس کمیته مبارزه با مواد مخدر مجمع تشخیص مصلحت نظام تصریح کرد: طبق اذعان جامعه جهانی و سازمان ملل، جمهوری اسلامی ایران با عمل و نه با شعار، با دادن قربانیان زیاد و هزینه های سنگین، محور و پرچمدار این جهاد بزرگ انسانی بوده و با توجه به بالفعل بودن این تهدید طی چهار دهه، اعتمادسازی جهانی را در از همین نقطه در عمل نشان داده است.

وی با تاکید بر اینکه یکی از راهبردهای مبنایی مبارزه با ناکوتروریسم تلاش همه جانبه جهت کاهش جذابیت اقتصادی این پدیده است، گفت: جمهوری اسلامی ایران جهت تحقق این راهبرد سیاست مدیریت مصرف را از طریق تولید و توزیع داروهای جایگزین در برنامه ششم توسعه در دستور کار قرار داده است. راه اندازی مرکز رصد دائمی اطلاعات و عملیات این پدیده در سطح ملی منطقه ای و جهانی، راه اندازی مرکز جهانی تبادل علمی پژوهشی و آموزشی در این حوزه، راه اندازی مرکز جمع آوری و انتقال تجارب در حوزه تکنولوژی سایبری از دیگر راهبردهای مقابله با ناکوتروریسم است.

هاشمی در پایان درباره ضرورت مبارزه فعال با پولشویی و زمینه های آن نیز توضیح داد: کنترل فعالیت های غیرقانونی و مجرمانه، کنترل بخش های اقتصادی غیر رسمی، کارآمد کردن بازار مالی رسمی، اثربخش کردن قوانین ضد پولشویی، بالا بردن ریسک عملیات پولشویی، آموزش دست اندرکاران بازارهای مالی و بانک ها در رابطه با روش های مدرن پولشویی و استفاده از دیپلماسی مواد مخدر از جمله این راهکارهای پیشنهادی هستند. انتهای پیام

ایرنا زنگ خطری برای آسیب‌های جدی!

رئیس شبکه بهداشت و درمان شهرستان عسلویه گفت: توانمندسازی مردم در زمینه ارتقای سطح سواد سلامت و نهادینه کردن فرهنگ خود مراقبتی در بین مردم هدف اصلی طرح ملی کنترل فشار خون است.

به گزارش ایرنا، جاسم زارعی در نشست مطبوعاتی با اصحاب رسانه، اظهار کرد: پایگاه‌های سنجش فشار خون در کلیه خانه‌های بهداشت و پایگاه‌های سلامت آماده ارائه خدمت به مراجعه کنندگان می‌باشند و در هر یک از پایگاه‌های ثابت و سیار کارشناسان بهداشتی درمانی و افراد آموزش دیده واجد شرایط سنجش فشار خون حضور دارند.

وی تصریح کرد: بیش از ۳۲ پایگاه فعال در این طرح هستند که از جمله آنها، ۲ پایگاه سیار واقع در مراکز تجاری شهرهای عسلویه و نخل تقی با مشارکت شبکه بهداشت و درمان، هلال احمر و بسیج بعلاوه آن اورژانس ۱۱۵ و اورژانس اجتماعی ۱۲۳ با مشارکت اداره بهزیستی شهرستان و این شبکه بهداشت، در سطح شهر و روستاها در اماکن عمومی و تجمعات حاضر شده و ارائه خدمت می‌نمایند.

رئیس شبکه بهداشت عسلویه افزود: همچنین مطب‌های پزشکان و ماماها، ۱۷ خانه بهداشت، ۲ پایگاه سلامت، پنج مرکز خدمات جامع سلامت شهری و روستایی، بیمارستان نبی اکرم، داروخانه شبانه روزی، مراکز طب کار در سطح شهرستان و برخی درمانگاه‌های شرکت‌ها نیز فعال هستند.

زارعی با اشاره به آسیب‌های ناشی از فشار خون تاکید کرد: این عارضه زمینه ساز بروز بیماری‌های خطرناک از جمله بیماری‌های قلبی و عروقی و در نهایت سکته قلبی و مغزی، نارسایی کلیوی بوده و عوارض بینایی به دنبال دارد.

وی ادامه داد: متأسفانه بسیاری از افراد مبتلا به بیماری فشار خون از بیماری خود اطلاع ندارند و ممکن است سال‌ها به این بیماری مبتلا باشند که این امر زنگ خطری است برای آسیب‌های جدی می‌باشد.

رئیس شبکه بهداشت و درمان شهرستان عسلویه با بیان اینکه گروه هدف این طرح تمامی افراد بالای ۳۰ سال، خانم‌های باردار و بیماران کلیوی هستند گفت: توانمندسازی مردم در زمینه ارتقای سطح سواد سلامت و نهادینه کردن فرهنگ خود مراقبتی در بین مردم هدف اصلی این طرح است که با اصلاح سبک زندگی در زمینه تحرک و ورزش کردن، دوری از استرس و افسردگی و ترویج فرهنگ ورزش، شادی، نشاط و امید به آینده به همراه تغذیه سالم می‌توان کمک‌های زیادی به پیشگیری و کنترل عوارض این بیماری کرد.

وی کاهش استفاده از نمک و حذف نمکدان از سرفره خانواده‌ها امری اساسی دانست و عنوان کرد: کاهش مصرف سه گرمی نمک به منزله کاهش مرگ و میرها می‌باشد.

انتتهای پیام

خسونت‌های خانگی بیشترین تماس با اورژانس اجتماعی یزد

خسونت‌های خانگی، بحران‌های روانشناختی و مسائل مرتبط با خودکشی و اختلافات حاد خانوادگی بیشترین موضوع تماس با خط تلفن ۱۲۳ اورژانس اجتماعی استان یزد بوده است.

به گزارش ایسنا، «جمال پایه‌دار» معاون اجتماعی بهزیستی استان یزد ضمن اعلام این خبر، گفت: خدمات ارائه شده در خط تلفن اورژانس اجتماعی در سال ۹۷ نسبت به سال قبل از آن، ۳۷ درصد افزایش یافته است.

وی با اشاره به رشد ۵۰ درصدی ضریب نفوذ خدمات برنامه اورژانس اجتماعی در سال گذشته، گفت: در این سال تیم سیار اورژانس اجتماعی به ۳۵۰۱ نفر خدمات ارائه داده‌اند، ضمن این که اغلب فعالیت برنامه اورژانس اجتماعی به نسبت سال قبل در مجموع رشد قابل ملاحظه‌ای داشته‌اند.

وی با بیان این توضیح که رشد افراد شناسایی شده صرفاً نمی‌تواند دلیلی بر افزایش آسیب‌های اجتماعی در هر شهرستان باشد، اظهار کرد: بهره‌برداری علمی از این آمارها نیازمند تحلیل متغیرهای تأثیرگذار بر آن و در نظر گرفتن تمامی این عوامل و متغیرهای تابعه است.

معاون اجتماعی بهزیستی استان در ادامه خاطرنشان کرد: نوع و آمار آسیب‌های اجتماعی همواره در حال تغییر، نو شدن و بازپدید شدن هستند و این پدیده‌ها در هر زمان متأثر از عوامل مختلف روانشناختی، اجتماعی و اقتصادی است.

وی با اشاره به فعالیت پایگاه‌های خدمات اجتماعی در سطح استان، گفت: سه پایگاه در شهرستان یزد و در شهرستان‌های ابرکوه، مهریز، میبد و خاتم، هر کدام یک محل تحت پوشش خدمات اجتماع محور با هدف کاهش آسیب‌های اجتماعی هستند.

پایه‌دار افزود: سازمان بهزیستی به عنوان یک سازمان اجتماعی همواره در تلاش بوده که خدمات خود را متناسب با نیاز روز جامعه تغییر داده و در جهت توسعه سلامت اجتماعی و ارتقاء رفاه اجتماعی گام بردارد.

وی با اشاره به راه‌اندازی مرکز اورژانس اجتماعی در سال ۷۸ در یزد، گفت: اورژانس اجتماعی به عنوان سومین اورژانس کشور با هدف کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی راه‌اندازی شده است.

وی افزود: راه‌اندازی و تقویت این مراکز همراه با پیچیده شدن زندگی اجتماعی و بروز آسیب‌های زندگی اجتماعی به منظور به کارگیری رویکردهای تخصصی در رویارویی با این آسیب‌ها ضرورتی اجتناب‌ناپذیر بود.

معاون بهزیستی استان در خصوص برنامه اورژانس اجتماعی نیز گفت: برنامه اورژانس اجتماعی شامل خط تلفن اورژانس اجتماعی (۱۲۳)، خدمات سیار اجتماعی، مرکز اورژانس اجتماعی و پایگاه‌های خدمات اجتماعی است.

وی با بیان اینکه این برنامه با هدف ارائه خدمات تخصصی، در دسترس و بموقع به افراد آسیب دیده و در معرض آسیب اجتماعی راه‌اندازی شده است، اظهار کرد: این مرکز تلاش دارد با رویکردی فعالانه قبل و یا همزمان با مداخلات قضایی در جهت آسیب‌های اجتماعی ارائه خدمت کند.

پایه‌دار تعداد مراکز اورژانس اجتماعی استان را ۹ مرکز ذکر و بیان کرد: خط تلفن اورژانس اجتماعی (۱۲۳) نیز پوشش استانی دارد. وی در خصوص خدمات سیار اجتماعی در استان هم گفت: هفت خودرو به منظور ارائه خدمات سیار اجتماعی در استان در نظر گرفته شده که خدمات روانشناسی و مددکاری را به موقع در دسترس گروه هدف قرار می‌دهد.

وی با اشاره به شناسایی محلات آسیب‌زا و مناطق حاشیه‌ای یزد، گفت: در حال حاضر هفت محله آسیب‌زا و حاشیه‌ای استان نیز از پایگاه‌های خدمات اجتماعی ثابت برخوردار هستند.

پایه‌دار افزایش ضریب نفوذ خدمات اجتماعی در برنامه‌های چند ساله توسعه را یادآور شد و در پایان گفت: بر همین مبنا بهزیستی موظف به ارائه خدمات مطلوب و گسترش این خدمات شده و لذا اطلاع‌رسانی از فعالیت‌ها و گسترش خدمات منجر به شناسایی بیشتر گروه هدف و افزایش خدمات شده است.

انتهای پیام



۱۳ کمپ اعتیاد در البرز بسته شد

دبیر شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر البرز از ابتدای سال تا کنون از پلمب ۱۳ کمپ اعتیاد در استان خبر داد.

به گزارش ایسنا، حسین عباسی در نشست خبری امروز یکشنبه ۲۶ خرداد با اشاره به پیامدهای نامناسب اعتیاد در جامعه اظهار کرد: اعتیاد یکی از مهمترین آسیب‌های اجتماعی است که با تخریب بنیان خانواده آثار مخربی در جامعه به جای می‌گذارد.

وی ادامه داد: بدون شک برای کاهش آمار اعتیاد در جامعه تنها فعالیت یک نهاد یا دستگاه کافی نیست و در این خصوص همه باید به فراخور توان خود وارد عمل شوند و مخصوصاً رسانه‌ها با اطلاع‌رسانی درست می‌توانند آگاهی عمومی در این حوزه را افزایش دهند.

دبیر شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر استان البرز ادامه داد: از طریق مشارکت حداکثری آحاد مردم و سازمان‌های مردم‌نهاد و غیردولتی مبارزه با مواد مخدر اجتماعی شده است.

عباسی با اشاره به شعار امسال روز جهانی مبارزه با مواد مخدر گفت: امسال با شعار سلامت همگام عدالت و عدالت همگام سلامت در راستای کاهش تعداد مبتلایان به اعتیاد و جلوگیری از آلوده شدن افراد بیشتر گام برمی‌داریم.

وی بایان اینکه البرز هم‌زمان و همگام با ۳۰ استان دیگر برنامه‌هایی را برای هفته جهانی مبارزه با مواد مخدر را تدارک دیده است، اضافه کرد: به‌منظور توسعه نشاط اجتماعی اقدام به برگزاری برنامه‌های شاد و مفرح کرده‌ایم.

دبیر شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر استان البرز گفت: پاک‌سازی نقاط آلوده، اجرای طرح ارتقای امنیت اجتماعی، استفاده از مراکز مشاوره‌ای از جمله برنامه‌های این هفته است.

عباسی در پایان با اشاره به نظارت جدی بر وضعیت کمپ‌های اعتیاد استان افزود: طی چند ماه اخیر از ۸۷ کمپ بازدید صورت گرفته که از این تعداد ۳۷ کمپ مشکل داشتند و ۱۳ مورد از آن‌ها پلمب شدند.



چند توصیه به سرپرست جدید وزارت آموزش و پرورش

رئیس انجمن مددکاری اجتماعی همزمان با انتخاب سرپرست جدید وزارت آموزش و پرورش بر ضرورت گسترش نگاه اجتماعی در این وزارت خانه تاکید کرد و گفت: استقرار مددکاران اجتماعی در مدارس به نهادینه کردن رویکرد اجتماعی در آنها کمک می کند.

سید حسن موسوی چلک در گفت و گو با ایسنا، با بیان اینکه یکی از مهم ترین وزارت خانه ها در هر کشوری وزارت آموزش و پرورش است، گفت: آینده هر کشوری به تربیت نسلی خلاق، با نشاط، قانونمند، پویا، با نشاط و جامعه پذیر وابسته است.

وی با اشاره به اینکه هیچ وزارت خانه ای به اندازه آموزش و پرورش این ظرفیت را ندارد که سه گروه اولیای مدرسه، اولیای خانه و دانش آموزان را کنار هم دیگر جمع کند، اظهار کرد: در کنار تلاش ها و پیگیری های آقای بطحائی، امروز فرصت حضور سید جواد حسینی به عنوان فردی دانش آموخته حوزه اجتماعی در وزارت آموزش و پرورش فراهم شده است.

رئیس انجمن مددکاری اجتماعی ایران با اشاره به اینکه جریان یافتن تفکر اجتماعی در وزارت آموزش و پرورش بر ارتقای جایگاه سلامت اجتماعی در جامعه مؤثر است، تصریح کرد: تفکر اجتماعی باید در تمام اجزای آموزش و پرورش نهادینه شود. سرپرست جدید وزارت آموزش و پرورش از جنس دانش اجتماعی است و باید به گونه ای برنامه ریزی کند که آموزش و پرورش بستری برای ارتقای سلامت اجتماعی باشد. با این رویکرد نه تنها آسیب های اجتماعی کمتر می شود بلکه امنیت اجتماعی نیز با تربیت چنین نسلی تضمین خواهد شد.

موسوی چلک با اشاره به اینکه آینده هر کشوری در دستان نسلی است که امروز تربیت می شود، ادامه داد: آموزش و پرورش یکی از مورد وثوق ترین نهادها و به مثابه سرمایه اجتماعی در کشور است، به همین دلیل انتظار داریم با تحول اتفاق افتاده در این وزارت خانه رویکرد اجتماعی در آن بیش از گذشته تقویت شده و افرادی در این نهاد تربیت شوند که سواد اجتماعی، اندیشه درست زندگی کردن و مهارت های زندگی را داشته باشند.

وی با بیان اینکه سرمایه اجتماعی و سرمایه انسانی دو عامل اصلی توسعه هر کشوری هستند، ادامه داد: باید به ابعاد و مشکلات مختلف این نهاد توجه ویژه ای داشت و ضمن توجه به مشکلات معیشتی معلمان نباید فراموش کرد که تکلیف این مطالبات باید از سوی حاکمیت مشخص شود.

رئیس انجمن مددکاری اجتماعی با اشاره به اینکه انتخاب اول نخبگان کشور باید اشتغال در آموزش و پرورش باشد، توضیح داد: حفظ شأن این نهاد مانند تضمین ثبات در کشور است. مسائل معلمان اهمیت کمتری از مسائل نظامی و حفظ امنیت کشور ندارد.

موسوی چلک درباره اولویت های وزارت آموزش و پرورش در دوره پیش رو نیز گفت: ارزیابی اقدامات مورد نیاز اجتماعی در وزارت خانه، تدوین برنامه اجتماعی برای آموزش و پرورش با هدف کاهش آسیب های اجتماعی، استفاده از ظرفیت آموزش و پرورش برای ارتقای سلامت اجتماعی در کنار بومی سازی و بازنگری دروس باید از جمله اولویت های پیش روی این وزارت خانه باشد. همچنین بهره گیری از شرکای اجتماعی و توجه به مطالبات معلمان و افزایش رضایت شغلی آنها نباید فراموش شود.

وی در ادامه به سرپرست جدید این وزارت خانه پیشنهاد داد تا از ظرفیت مددکاران اجتماعی در فضای مدارس استفاده شود و گفت: استقرار مددکار اجتماعی در مدارس برای تقویت رویکردهای اجتماعی در این فضا از نان شب هم واجب تر است.

انتهای پیام



پژوهشگران بررسی کردند



دلایل "واپس زدگی" ازدواج در جوانان

پژوهشگران دلایل تأخیر ازدواج در جوانان را مشکلات شغلی، اقتصادی و ترس از هزینه ها می دانند و معتقدند تساهل روابط میان دو جنس و بی اعتمادی اجتماعی، امری تأثیر گذار در این زمینه است.

به گزارش ایسنا، ازدواج و تشکیل خانواده یکی از رویدادهای مهم زندگی انسان است که نه تنها در سلامت جسمی و روحی فرد تأثیر دارد، بلکه مرحله گذر و ورود به فصلی جدید از زندگی است، همچنین در ایران، ازدواج و همسرگزینی اولین دلیل تشکیل خانواده و یکی از عناصر مهم و تأثیرگذار بر این نهاد است.

با توجه به اینکه افزایش تحصیلات، ارتقای سطح آگاهی و مسئولیت اجتماعی، افزایش شهرنشینی، سبک زندگی و تغییر نگرش ها از عوامل مهم و مؤثر در ازدواج است، امروزه تناقضی آشکار در درون خانواده مدرن وجود دارد.

از سویی، ازدواج برای تشکیل خانواده به منزله بنایی جمع گرایانه به ارزش هایی همچون وفاداری، فداکاری، صداقت و مسئولیت پذیری و پذیرفتن برخی محدودیت ها یک نیاز محسوب می شود و از سوی دیگر توسعه ارزش های مادی و مدرن در درون خانواده و گسترش فردگرایی، لذت خواهی، تنوع طلبی، مصرف گرایی و ... امکان غلبه ارزش های جمع گرایانه را کاهش می دهد. در نتیجه این تناقض بحران و تهدیدی برای نهاد خانواده ایجاد می کند.

در این زمینه ناهید حسینی، دانشجوی دکتری گروه شناسی گرایش های اجتماعی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران، سید محمد سید میرزایی، دکتری جمعیت شناسی و استاد دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران و باقر ساروخانی، دکترای جامعه شناسی و استاد دانشگاه تهران، پژوهشی با هدف مطالعه، شناخت معنا و تفسیر جوانان از ازدواج و رویکرد و چگونگی رویارویی آنان با این موضوع در شرایط فعلی، انجام داده اند.

بر اساس یافته های تحقیق فوق، اگر چه تعداد زیادی از مشارکت کنندگان مطالعه شده، خانواده را برای همیشه نفی نمی کنند و مجرد قطعی را نقطه ایده آل خود نمی دانند، ولی به دلایل برخی مشکلات شغلی، اقتصادی و ترس از هزینه و همچنین بنا به دلایل اجتماعی، تساهل روابط میان دو جنس و بی اعتمادی، خواسته یا ناخواسته ازدواج را به تعویق می اندازند.

به عقیده این پژوهشگران، تا زمانی که ازدواج امری بی معنا، نامناسب و مانع پیشرفت تلقی شود، طبیعی است که جوانان به آن احساس بی نیازی و بی میلی می کنند. از سویی شکل ارتباط فعلی، ناشناخته بودن افراد برای همسری، بی اعتمادی حاکم در ارتباطات و وجود خیانت و بی وفایی در روابط خود یا تجربیات دیگران نیز جوانان را بر آن می دارد که برای دستیابی به رابطه ناب، عشق، صمیمیت و اعتماد فعلاً از ازدواج صرف نظر و آن را به وقتی دیگر موکول کنند.

ناهدید حسینی و همکارانش، با اشاره به اینکه زنان جامعه کنونی ما در تحولات اجتماعی و اقتصادی و فرهنگی ایجاد شده، فرصت بیشتری در حوزه های آموزش و اشتغال یافتند، میگویند: جایگاه امروزی زنان با گذشته بسیار متفاوت شده و برای آنان امکان اشتغال و درآمد اقتصادی فراهم شده است، به همین سبب به راحتی تن به ازدواج نمی دهند.

به گفته متخصصان امروزه امکان رابطه و تعداد ارتباط با جنس مخالف به ویژه در مردان، بیشتر حس تنوع خواهی و لذت جویی آنان را تطمیع می کند و می تواند باعث گریز از ازدواج باشد. همچنین "واپس زدگی" به ازدواج میان پسران بیشتر محسوس است، دختران حتی اگر به ازدواج راغب باشند، به دلیل شرایط فعلی پسران و تمایل کم آنها برای ازدواج، با تقاضای کمتر و انتخاب های محدود تر مواجهند.

بر اساس نتایج به دست آمده ازدواج در میان جوانان ما هنوز یک هدف است، به بیان دیگر در این امید و انتظارند که در نهایت روزی ازدواج خواهند کرد، "واپس زدگی" امروز آنها دال بر کناره گیری دائم آنان از ازدواج نیست. درواقع آنها به دلیل فقدان امکانات و شرایط لازم از سویی و بنا به مشاهدات و تجربیات خود و دیگران از شرایط اجتماعی و اقتصادی و ارتباطی از سوی دیگر، به چنین نگرشی رسیده و فعلاً چنین استراتژی را اتخاذ کرده اند.

بر اساس مطالعات صورت گرفته تیم این پژوهش معتقدند: لازم است نهادهای مسئول و برخوردار که می توانند در امر ازدواج به جوانان کمک کنند، فرصت های باقی مانده را پاس دارند، آستین همت بالا زنند و به ترمیم زیر ساخت های جامعه بپردازند.

این پژوهش در دومین شماره شانزدهمین دوره نشریه "زن در توسعه و سیاست" منتشر شده است.

انتهای پیام



عضو هیات علمی دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران:



نمره شادی ایرانیان پایین تر از میانگین جهانی است

تهران - ایرنا - عضو هیات علمی دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران گفت: بر اساس گزارش سازمان ملل متحد در سال ۲۰۱۶ ایران بین ۱۵۷ کشور در زمینه شادی و نشاط رتبه ۱۰۵ را دارد و نمره شادی ایرانیان ۸,۴ است که پایین تر از میانگین جهانی قرار دارد.

زهره نجفی اصل روز چهارشنبه در دومین نشست از سلسله نشست های سلامت اجتماعی در کرسی یونسکو در سلامت اجتماعی و توسعه دانشگاه تهران که با حضور اساتید و علاقمندان برگزار شد، افزود: شاید بحث شادی و نشاط فانتزی به نظر بیاید، اما نادیده گرفتن چنین موضوعی می تواند به بحران تبدیل شود. برخی روانکاوان نگاه صفر و یکی به این موضوع دارند و حتی جشن های عروسی را خالی از هر نوع شادی می دانند. ما چنین نگاهی به نشاط و سلامت اجتماعی نداریم، اما باید این موضوع را در نظر بگیریم که مناسبتی مانند چهارشنبه سوری که باید مولد شادی و نشاط در اجتماع باشد، اکنون در جامعه ما تبدیل به وسیله ای برای ابراز خشم شده است.

وی ادامه داد: فقدان شادی و نشاط می تواند پیامدهای شوم و ناخجسته ای به همراه داشته باشد. اگر در جامعه ای شادی وجود نداشته باشد، افسردگی، سستی و کاهلی، منهدم شدن وضعیت تولید، از کار افتادگی ارگانیک های بدن، ایجاد بحران های سیاسی و هنجارشکنی ایجاد خواهد شد.

برنامه مراقبتی سلامت روان طرح ریزی شود

بهزاد دمازی، متخصص پزشکی اجتماعی و استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران نیز در این نشست بیان کرد: مراقبت اجتماعی تدارک مراقبت فردی، حفاظت یا خدمات اجتماعی حمایتی برای کسانی است که در معرض ریسک هستند یا دچار بیماری و ناتوانی شده اند. در نتیجه این تعاریف و واژگان نباید ما را گمراه کنند.

وی ادامه داد: همان طور که در مورد مراقبت جسمی برنامه مشخصی داریم، باید برنامه های مراقبتی برای سلامت روانی و اجتماعی نیز طرح ریزی کنیم.

ابتلای ۱۲,۵ میلیون نفر به اختلالات روانی

این متخصص پزشکی اجتماعی اظهار داشت: در جامعه کنونی ۱۲,۵ میلیون نفر دچار اختلال روانی هستند. این موضوع ناشی از آن است که مراقبت سلامت بدون در نظر گرفتن مراقبت های سلامت روان تعریف می شود.

نشانگرهای سلامت اجتماعی

دمازی درباره نشانگرهای سلامت اجتماعی گفت: یکی از این نشانگرها سرمایه اجتماعی است. سرمایه اجتماعی در همه سطوح نسبت به سال ۱۳۸۴ کمتر شده است. همه آسیب های اجتماعی ما در حالت قرمز قرار دارد. زنان سرپرست خانوار روز به روز بیشتر می شوند. طلاق رو به افزایش است، اما ساده لوحی است که گمان کنیم طلاق را طی یک یا دو سال می توان کاهش داد. اگر تلاش کنیم تنها می توان شیب طلاق را کاهش دهیم. در ۱۰ سال اخیر طلاق دو برابر شده است.

این استاد دانشگاه ادامه داد: کودکان کار و خیابان در وضعیت خوبی به سر نمی برند. ۵ میلیون نفر از بچه های ۷ تا ۱۸ ساله خارج از مدرسه هستند و این موضوع دقیقاً ناشی از سهل انگاری های وزارت آموزش و پرورش است. زیرا افرادی دقیقاً در این سازمان مسئول رسیدگی به افت تحصیلی دانش آموزان هستند تا مانع از ترک تحصیل دانش آموزان شوند.

وی افزود: مصرف مواد و الکل رو به افزایش است که باید روند این آسیب ها را به مرور زمان کم کرد، اما در این میان نیز می توان به این نکته اشاره کرد که ما در طول یک دهه نرخ خودکشی را ثابت نگه داشته ایم.

خدمات اجتماعی لازم و ملزوم و عجین یکدیگرند

دمازی درباره مداخلات اجتماعی که باید در حوزه سلامت صورت بگیرد تا شاخص های سلامت اجتماعی ارتقا یابد، گفت: این مداخلات شامل مداخلات محیطی و اجتماعی، خدمات اجتماعی و رفتارهای مطلوب اجتماعی موثر بر ارتقای سلامت است. باید به این نکته توجه داشت که خدمات اجتماعی لازم و ملزوم و عجین یکدیگرند و همان طور که کشورهای اسکاندیناوی خدمات سلامت و خدمات اجتماعی را با هم ادغام کرده اند، ما نیز باید این دو حوزه را در یکدیگر ادغام کنیم و سه نوع مداخله آموزشی، مداخله در امر اشتغال و مداخلات حمایت توانمند به کار ببندیم.

وی بیان کرد: باید جامعیت خدمات، مردم محوری، تداوم و تامین مالی پایدار را همواره مدنظر داشته باشیم. در مراقبت اجتماعی باید از تخته پرش استفاده کنید؛ یعنی باید پل های خراب شده قبلی را ترمیم کرد. در نتیجه باید خدمات را بر اساس خودتکایی افراد درست کنیم.



کاهش مصرف دخانیات از جاده سلامت روان می گذرد



تهران- ایرنا- توجه به سیگار و ضررهای آن فقط یک اقدام سلامت محور نیست و نیازمند کار بین بخشی در حوزه های مختلف است. مصرف سیگار در جامعه رو به افزایش و به گواه آمارها سن مصرف دخانیات کمتر شده است. ولی آیا می شود فقط با گفتن ضررهای مصرف دخانیات و ارائه آمارهای جهان و ایران، جوانان و نوجوانان را از مصرف باز داشت و به سلامت و امنیت روانی توجه نکرد؟

به گزارش روز دوشنبه خبرنگار سلامت ایرنا، آمارهای مصرف سیگار خیلی هم عجیب و غریب نیستند. سازمان جهانی بهداشت می گوید در سال ۲۰۱۷ حدود یک میلیارد و ۱۰۰ میلیون نفر در جهان مصرف کننده دخانیات بودند و از این میزان حدود ۱۰ میلیون نفر به علت مصرف مستقیم و غیرمستقیم دخانیات فوت کردند. فوت این ۱۰ میلیون نفر وابسته به کالایی است که کسی در آسیب رسان بودن آن شک ندارد، اما چه اتفاقی می افتد که افراد از دخانیات استفاده می کنند، در حالی که بخش زیادی از مصرف کنندگان می دانند به خود آسیب می زنند و احتمال ابتلاء به بیماری های قلبی و عروقی و ریوی و سرطان ها را در خود افزایش می دهند.

مهرداد عربستانی، رئیس انجمن انسان شناسی ایران در این رابطه می گوید: سیگار کشیدن یک امر لذت آور محسوب می شود و اگر قرار باشد به افراد بگوییم لذتی را انجام ندهند، باید جایگزینی برای آن انتخاب کنیم. این در حالی است که منابع لذت در جامعه ما اندک است و به طور مثال بر اساس بررسی هایی که انجام دادیم مشخص شد که علت مهاجرت برای ایرانیان، کمبود لذت است. حالا اگر بگوییم سیگار یا قلیان نکشید، چه اتفاقی می افتد؟ هرچند نباید مصرف دخانیات را تشویق کرد، اما گاهی می توان در زمینه برخی مسائل سکوت کرد.

وی ادامه داد: به طور مثال اگر افراد می خواهند سیگار بکشند، حداقل مکانی برای آنها مشخص شود تا دیگر سیگاری دسته دوم نداشته باشیم. در عین حال باید توجه کرد که برنامه ریزی اجتماعی باید همه جنبه ها را در نظر بگیرد.

واژه عجیب ژست روشن فکری

اصولاً افراد غیرسیگاری به افراد سیگاری انگ ژست روشن فکری هم می زنند. یکی از آن واژه هایی که دم دستی ترین لقب برای فرافکنی و کوچک شمردن افراد است. گوینده می خواهد با چسباندن یک انگ، فرد سیگاری را متهم به ندانستن ضررهای سیگار کرده و نادانی او را برجسته کند. ولی هیچ وقت به دنبال این برچسب، دنیای فرد سیگاری را در نظر نمی گیرد که آیا به خاطر لذت این کار را انجام می دهد؟ آیا دچار افسردگی است؟ آیا دچار کمبود شادی و عواطف انسانی و اجتماعی است؟

عربستانی در این رابطه می گوید: مصرف سیگار بار سمبلیک و نمادین هم دارد. تعداد زیادی از افراد ممکن است در میان دوستان خود این کار را انجام داده و حتی ممکن است نوجوانان به خاطر اعلام استقلال یا بلوغ از سیگار استفاده کنند تا این موضوع را نشان بدهند.

سید کاظم ملکوتی، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران هم درباره دریافت لذت از مصرف سیگار در افراد سیگاری می‌گوید: در مغز انسان یک حلقه نورونی وجود دارد که اگر به هر شیوه‌ای تحریک شود، لذت ایجاد می‌شود. در بسیاری از بیماری‌ها مثل افسردگی، این مدار نورونی تحریک نمی‌شود و افراد لذت زندگی را از دست می‌دهند. از طرفی انسان در تعارض منطق و لذت قرار دارد. افرادی که دلشوره یا اضطراب دارند از سیگار لذت می‌برند. باید توجه کرد مبانی خاص اقتصادی و اجتماعی و فرهنگی برای کشش افراد به سمت مصرف سیگار وجود دارد.

با این حساب مصرف سیگار فقط یک ژست روشن فکری نیست و نیازمند تحلیل‌های روان شناسی است. یعنی اگر از فرد سیگاری سوال می‌شود: «چرا سیگار می‌کشید؟» او می‌گوید: «نمی‌دانم.» باید به دنبال ادامه پاسخ و دلیل اصلی بود که جایی در روان او نهفته است. ممکن است فرد سیگاری از دوران کودکی خود چیزی را در ذهن داشته باشد یا ممکن است بخشی از کمبودهای روانی خود را به وسیله سیگار جبران می‌کند. ممکن است این فرد از همان کودکی که تابلوی «استعمال دخانیات ممنوع» را در سینماها دیده، به دنبال پاسخی برای این سوال بوده که دخانیات چیست و اصلاً چرا موقع تماشای فیلم ممکن است کسی از دخانیات استفاده کند. سوال‌هایی که فرد در کودکی جوابی برای آن پیدا نمی‌کند و در نوجوانی با به دست آوردن اندکی استقلال در جمع هم سالان خود به دنبال پاسخ می‌رود.

آمارها به تنهایی سودمند نیستند

علی رضا رئیسی، معاون بهداشت وزارت بهداشت در نشست خبری هفته دخانیات گفت: در کشور ما سالانه ۵۵ تا ۶۰ هزار مرگ بر اثر مصرف دخانیات رخ می‌دهد. یعنی به ازای هر یک میلیون نخ سیگار، یک مرگ محاسبه می‌شود که با مصرف سالانه ۵۵ تا ۶۰ میلیارد نخ سیگار در کشور، ۵۵ تا ۶۰ هزار مرگ اتفاق می‌افتد.

محمد رضا مسجدی، دبیرکل جمعیت مبارزه با دخانیات نیز در همان نشست خبری اظهار داشت: روزانه ۲۰ میلیارد تومان و سالی ۱۰۰ هزار میلیارد تومان خرج سیگار می‌شود و بزرگترین خطر ابتلاء به فشار خون بالا، مصرف دخانیات است و خطر سکنه قلبی تا ۲ برابر با مصرف دخانیات افزایش پیدا می‌کند.

این آمارها در سال‌های اخیر بارها و بارها ارائه شده و حتی به صورت ماهانه هم به روز شده است. ولی آیا هیچکدام از این آمارها توانسته است مصرف سیگار در کشور را کم کند؟ آنچه در عمل مشاهده می‌شود کاملاً نتیجه عکس دارد. این در شرایطی است که وزارت بهداشت در زمینه مبارزه با دخانیات به دنبال راه‌های دراز مدت فرهنگی و علت یابی افزایش مصرف در جامعه نرفته است. هرچند نمی‌توان وزارت بهداشت را در این اتفاق تنها گذاشت و همه بار مسئولیت را به دوش این وزارتخانه انداخت.

ممنوعیت فروش نخی سیگار، راهکار یا نشانی تازه

وزارت بهداشت و سایر ارگان‌هایی که خود را درگیر موضوع خطر مصرف دخانیات می‌دانند، راهکار جلوگیری از مصرف سیگار توسط دانش آموزان دبیرستانی یا دانشجویان را، ممنوع شدن فروش نخی سیگار می‌دانند. معاون وزیر بهداشت در این رابطه می‌گوید: بهترین راه مبارزه با دخانیات، اعمال ممنوعیت نخ فروشی سیگار است؛ زیرا نخ فروشی سیگار، سن و میزان مصرف را افزایش می‌دهد.

هرچند این راهکار می‌تواند در کوتاه مدت مؤثر واقع شود، اما قدر مسلم این راهکار کوتاه مدت به سرعت دچار چالش می‌شود و مسیرهای جایگزین خطرناک‌تری برای آن در نظر گرفته می‌شود. نوجوانی که هیچ نوع محدودیت اجباری را تاب نمی‌آورد، آیا با

این راهکار از کوچه کنار دبیرستان به پارک کنار دبیرستان نقل مکان نمی‌کند و دچار خطراتی بزرگ‌تر از مصرف سیگار نمی‌شود؟ آیا وزارت بهداشت می‌تواند این مشکل را هم حل کند؟

افزایش مصرف دخانیات در خانم‌ها

باورمان بشود یا نه، مصرف دخانیات در حال افزایش است. مصرف قلیان در زنان نیز در سال‌های اخیر بسیار بیشتر از گذشته شده و این نکته چالش برانگیز جدید نظام سلامت محسوب می‌شود. رئیسی در این رابطه می‌گوید: سن مصرف قلیان به خصوص در دختران پایین آمده و مردم به صورت خانوادگی از قلیان استفاده می‌کنند.

اباذر اشتری، جامعه شناس هم درباره مصرف دخانیات در خانم‌ها می‌گوید: در حال حاضر شیوع مصرف قلیان بین خانم‌ها ۵۰ درصد بیشتر از آقایان است و بیش از ۷۰ درصد افرادی که در قلیان سراها وقت می‌گذرانند، خانم‌ها هستند. مصرف سیگار بین دانشجویان حدود ۲۰ درصد و میان دختران دانشجو بیش از ۲۰ درصد است.

حالا زنگ خطر به صدا در آمده در زمینه مصرف سیگار، سلامت روان است. همان نکته مورد غفلتی که در این راستا نادیده گرفته می‌شود. توجه به سلامت روان در حوزه مصرف دخانیات به معنی عدم اعمال محدودیت خرید یا تشویق به مصرف دخانیات نیست؛ بلکه باید راهکارهایی به صورت همزمان پیش برود تا هم میزان مصرف کاهش پیدا کند و هم دلایل مصرف برطرف شود و به این وسیله افراد جدید سیگاری به نفرت قبل اضافه نشوند و افراد سیگاری هم تمایل کمتری به مصرف سیگار داشته باشند یا در بهترین شرایط استعمال دخانیات را ترک کنند.



یک جامعه شناس:



۱۰ میلیون نفر در سال ۲۰۱۷ به علت مصرف دخانیات فوت کردند

تهران- ایرنا- یک جامعه شناس گفت: بر اساس آمارهای سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۷ حدود یک میلیارد و ۱۰۰ میلیون نفر در دنیا مصرف کننده دخانیات هستند و حدود ۱۰ میلیون نفر در این سال به علت مصرف مستقیم و غیرمستقیم دخانیات فوت کردند.

به گزارش خبرنگار سلامت ایرنا، اباذر اشتری روز یکشنبه در نشست دخانیات، ناهنجاری اجتماعی و فرهنگی که در سرای اهل قلم برگزار شد، افزود: در کل سه نوع دود وجود دارد. دود دسته اول توسط خود مصرف کننده تولید می‌شود، دود دسته دوم برای افرادی است که در معرض دود دخانیات هستند و دود دسته سوم از ضایعات دود روی اشیاء می‌نشیند و می‌تواند انواع آگرمها و سرطان‌ها را ایجاد کند.

این جامعه شناس ادامه داد: حدود ۱۵ درصد مرگ و میر ناشی از دخانیات در افرادی اتفاق می‌افتد که مصرف کننده دخانیات نیستند. افرادی که در معرض دود دسته دوم قرار می‌گیرند خانم‌ها و کودکان هستند. واقعیت این است که هیچ نوع بیماری و عاملی به طور خاص نمی‌تواند به این میزان عامل مرگ و میر باشد.

هزینه روزانه ۲۵ تا ۳۰ میلیون دلار برای تبلیغ دخانیات

اشتری اظهار داشت: روزانه ۲۵ تا ۳۰ میلیون دلار هزینه تبلیغ دخانیات در جهان می‌شود که این میزان معادل ۳ سال فروش نفت غیرتحریمی ایران است. این در شرایطی است که دولت برای حمایت از عدم مصرف دخانیات پای کار نیامده است. همه چیز تحریم شده، اما دخانیات در ایران تحریم نشده است. بیش از ۵۰ درصد صنعت دچار مشکل شده، اما صنعت دخانیات از سال ۹۰ تاکنون رشد صددرصدی داشته است.

وی افزود: در جنوب کشور مصرف ناس میان خانم‌ها بیشتر از آقایان است. به طور مثال ۵۰ درصد از مصرف ناس در چابهار میان خانم‌ها اتفاق می‌افتد.

دخانیات دروازه ورود به انواع آسیب‌های اجتماعی است

اشتری گفت: مسئله اجتماعی وقتی اتفاق می‌افتد که از حالت فردی خارج شده و بعد تاریخی داشته باشد. همچنین عوامل متعدد خطی در ایجاد این مسئله اجتماعی دخالت دارند. مطالعات مختلفی نشان داده که دخانیات دروازه ورود به انواع آسیب‌های اجتماعی است. در بهترین حالت دارو درمانی بین ۷ تا ۱۱ درصد در ترک مصرف دخانیات موثر است و اگر این موضوع کنار روان شناسی و مددکاری قرار بگیرد، میزان تاثیر آن به ۳۰ درصد می‌رسد.

مصرف سیگار در ایران بیشتر شده است

این جامعه شناس اظهار داشت: متأسفانه یکی از افتخارات کشور این است که واردات سیگار به صفر رسیده است. اوایل سال ۸۰ مصرف دخانیات در کشور سالانه ۲۹ میلیارد نخ و در سال ۹۷ این میزان به ۶۰ میلیارد نخ رسیده است. همچنین در سال ۹۰ تعداد ۷ کارخانه دخانیات در کشور داشتیم و در حال حاضر ۳۷ کارخانه دخانیات وجود دارد.

مصرف قلیان در خانم‌ها بیشتر است

اشتری بیان کرد: در حال حاضر شیوع مصرف قلیان بین خانم‌ها ۵۰ درصد بیشتر از آقایان است و بیش از ۷۰ درصد افرادی که در قلیان سراها وقت می‌گذرانند، خانم‌ها هستند. سفره خانه‌ها به جایی مانند پاتوق تبدیل شده که اگر می‌خواهید آنجا بنشینید باید قلیان مصرف کنید. مصرف سیگار در آقایان حدود یک تا دو درصد افزایش و به همین میزان هم در خانم‌ها افزایش یافته است.

وی ادامه داد: در حاشیه نمایشگاه کتاب تهران بررسی کردیم و مشاهده شد میانگین مصرف سیگار بین خانم‌ها و آقایان در سال‌های ۹۵ و ۹۶ و ۹۷ از حدود ۲۰ درصد به حدود ۲۴ درصد رسیده است. یعنی رشد مصرف دخانیات بین فرهیختگان نیز اتفاق افتاده است. مصرف سیگار بین دانشجویان حدود ۲۰ درصد و میان دختران دانشجو بیش از ۲۰ درصد است. سن مصرف دخانیات نیز در کشور در حال پایین آمدن است.

سیگار کشیدن یک امر لذت آور است

مهرداد عربستانی، رئیس انجمن انسان شناسی نیز در این نشست بیان کرد: سیگار کشیدن یک امر لذت آور محسوب می‌شود. اگر جنبه لذت داشتن را در تحلیل خود وارد کنیم، روی بقیه تحلیل‌ها تاثیر خواهد داشت. اگر کسی برای اولین بار بخواهد سیگار بکشد،

ممکن است از دود آن اذیت شود، اما یاد می‌گیرد چطور از آن استفاده کند و بعد از آن لذت می‌برد. در فرهنگ‌های گوناگون نیز مواد کیف آور وجود دارد.

این انسان شناس ادامه داد: انسان موجود اجتماعی است و چاره‌ای جز اجتماعی شدن ندارد و به همین دلیل باید برخی لذت‌ها را سرکوب کند. در نتیجه در این مسیر اتفاقی به عنوان ناکامی رخ می‌دهد تا جامعه به ما نظم، امنیت و زیبایی بدهد. به عبارت دیگر کمبود لذت را جامعه قرار است دنبال کند که به نظر فروید هرگز جبران نمی‌شود. در نتیجه این کمبود و خسران همواره به صورت نسبی احساس می‌شود.

وی افزود: اگر بپذیریم که انسان به لذت و کیف نیاز دارد، در این زمان چهارچوب ما برای برنامه ریزی اجتماعی تغییر می‌کند. وقتی به مردم می‌گوییم سیگار نکشید چون ضرر دارد، درست است، اما پیچیدگی‌هایی هم در تعریف آسیب زایی وجود دارد. خیلی موارد آسیب زا است، اما افرادی که از بدن خود برای پول در آوردن استفاده می‌کنند، دچار آسیب نمی‌شود و در سن کم از کار افتاده نمی‌شوند.

منابع لذت در جامعه ما اندک است

رئیس انجمن انسان شناسی بیان کرد: منابع لذت در جامعه ما اندک است. بر اساس بررسی‌هایی که انجام دادیم مشخص شد که علت مهاجرت برای ایرانیان، کمبود لذت است. حالا بگوییم قلیان نکشید، چه اتفاقی می‌افتد؟ در نتیجه باید با دقت سراغ این مسائل رفت. اعتقاد ندارم که باید مصرف سیگار تشویق شود، اما می‌توان درباره برخی چیزها سکوت کرد. اگر هر چیزی که آسیب زا است حذف شود، باید لذت جایگزین آن شود.

وی ادامه داد: اگر افراد می‌خواهند سیگار بکشند، حداقل مکانی برای آنها مشخص شود تا دیگر سیگاری دسته دوم نداشته باشیم. در عین حال باید توجه کرد که برنامه ریزی اجتماعی باید همه جنبه‌ها را در نظر بگیرد.

سیگار بار نمادین هم دارد

عربستانی گفت: سیگار یکی از چیزهایی است که بار سمبلیک و نمادین هم دارد. تعداد زیادی از افراد ممکن است در میان دوستان این کار را انجام داده باشد. حتی ممکن است نوجوانان به خاطر اعلام استقلال یا بلوغ از سیگار استفاده کنند. درباره مصرف سیگار توسط زنان نیز می‌توان گفت که امروزه حضور زنان در بسیاری از عرصه‌ها بیشتر از گذشته شده و در نتیجه این نمادگرایی مصرف سیگار توسط زنان هم استفاده می‌شود. از طرفی مصرف سیگار یا قلیان در زنان از گذشته هم وجود داشته، اما تفاوت آن نسبت به گذشته چیزی است که پیش چشم آمده است.

تاثیر مبانی خاص فرهنگی و اجتماعی بر مصرف سیگار

سید کاظم ملکوتی، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران نیز در این نشست بیان کرد: در مغز انسان یک حلقه نورونی وجود دارد که اگر به هر شیوه‌ای تحریک شود، لذت ایجاد می‌شود. در بسیاری از بیماری‌ها مثل افسردگی، این مدار نورونی تحریک نمی‌شود و افراد لذت زندگی را از دست می‌دهند. از طرفی انسان در تعارض منطق و لذت قرار دارد. افرادی که دلشوره یا اضطراب دارند از سیگار لذت می‌برند. باید توجه کرد مبانی خاص اقتصادی و اجتماعی و فرهنگی برای کشش افراد به سمت مصرف سیگار وجود دارد.

این روان پزشک گفت: مصرف سیگار شانس خودکشی را ۳ برابر زیادتر می کند. حالا اگر کسی هم سیگار می کشد و هم الکل مصرف می کند و هم افسردگی دارد، شانس خودکشی به شدت در این افراد افزایش پیدا می کند.



استاندار تهران:



تهران به مرکز سرریز آسیب ها از استان های دیگر تبدیل شده است

تهران- ایرنا - استاندار تهران با اشاره اینکه ۶۵ درصد از کودکان کار در تهران از اتباع خارجی هستند و مابقی هم از سایر استان ها به پایتخت مهاجرت کرده اند، گفت: استان تهران در مورد وضعیت آسیب های اجتماعی، شرایط ویژه ای دارد چرا که سرریز آسیب های اجتماعی از استان های دیگر نیز به تهران وارد می شود.

به گزارش خبرنگار اجتماعی ایرنا، انوشیروان محسنی بندپی روز سه شنبه در همایش نقش مشارکت های مردمی و سازمان های مردم نهاد در کاهش آسیب های اجتماعی به خصوص اعتیاد در آستانه روز جهانی مبارزه با مواد مخدر افزود: تحولات محیطی، زندگی شهرنشینی و غالب شدن بیماری های روحی و روانی باعث شده است که شاهد روند رو به رشد آسیب های اجتماعی در کشور باشیم.

وی یادآور شد: در همه کشورها کم و بیش این وضعیت جریان دارد و مختص ایران نیست اما ما کشوری مسلمان هستیم و بر اساس نظام مقدس ایران و آموزه های الهی باید نسبت به کنترل، مهار و کاهش آسیب ها تلاش و اقدامات همه جانبه داشته باشیم.

استاندار تهران با بیان اینکه موضوع آسیب های اجتماعی با سایر پدیده های فیزیکی و شیمیایی تفاوت بسیار دارد چرا که آسیب اعتیاد می تواند موجب افزایش طلاق، جرم و جنایت شود، اظهار داشت: در حال حاضر می توانیم ادعا کنیم روند رو به رشد آسیب های اجتماعی متوقف شده است و باید امیدوار باشیم تا بعد از این مرحله میزان آسیب های اجتماعی را در کشور کاهش دهیم.

وی با تأکید بر اینکه علاوه بر مقابله با این آسیب ها باید اقدامات پیشگیرانه در جهت کاهش آسیب و درمان را سرلوحه کار خود قرار دهیم، گفت: بر اساس تکلیف قانون برنامه ششم توسعه در این سند برای اولین بار به سلامت اجتماعی پرداخته شده است تا بتوانیم چتر اقدامات را برای همه جامعه باز کنیم. بنابراین برنامه، سازمان بهزیستی و شهرداری ها مکلف هستند تا اقدامات توانمندسازی را انجام دهند همچنین قوه قضائیه نیز در مورد رسیدگی به وضعیت خانه های پلاک قرمز نیز قول هایی داده است.

بیانیه همایش مشارکت های مردمی در حوزه اعتیاد

در بخشی دیگر از این همایش، بیانیه همایش مشارکت های مردمی در حوزه اعتیاد قرائت شد. در این بیانیه آمده است: استفاده از ظرفیت سازمان های مردم نهاد برای مدیریت هوشمند در حوزه اجتماعی امری اجتناب ناپذیر است و در حال حاضر نیز بخش عمده ای از مسئولیت کار در این حوزه به عهده این سازمان ها است.

در این بیانیه آمده است: با اعلام آمادگی کامل برای هرگونه همکاری در حوزه کاهش تقاضای مواد مخدر و روان گردان ها بر این باوریم که در حوزه هایی مانند مشارکت مؤثر و مستمر سازمان های مردم نهاد در حوزه های برنامه ریزی، اجرا، نظارت و الزام مسئولان و سازمان های مردم نهاد امر مبارزه به افزایش پاسخگویی صریح و شفاف در قبال مسئولیت ها و وظایف مربوطه و تسهیل دسترسی

سازمان های مردم نهاد به دانش روز جهانی در برنامه های کاهش تقاضا باید توجه بیشتری صورت گیرد تا در پیشبرد برنامه ها موفقیت بیشتری حاصل شود.



دبیرکل ستاد مبارزه با مواد مخدر:



پیشگیری هماهنگ، آسیب های اجتماعی ناشی از اعتیاد را کاهش می دهد

تهران- ایرنا- دبیرکل ستاد مبارزه با مواد مخدر، با تاکید بر اینکه مقابله، درمان، صیانت اجتماعی و پیشگیری باید با هم پیش بروند تا بگوئیم یک افق روشن برای مبارزه با مواد مخدر ترسیم کرده ایم، گفت: در این میان پیشگیری باید در اولویت قرار گیرد.

به گزارش خبرنگار اجتماعی ایرنا، سردار اسکندر مؤمنی امروز سه شنبه در همایش نقش مشارکت های مردمی و سازمان های مردم نهاد در کاهش آسیب های اجتماعی به خصوص اعتیاد که در آستانه روز جهانی مبارزه با مواد مخدر برگزار شد، افزود: ساماندهی و درمان معتادان متجاهر یک نگاه انسانی است که مجموعه جمهوری اسلامی آن را در خط مقدم اولویت ها قرار داده است تا درمان شوند و به جامعه بازگردند.

وی ادامه داد: این انتخاب از میان انتخاب های دیگر نیست بلکه یک ضرورت اجتناب ناپذیر است و نباید از کنار آن رد شد. چرا که موضوع اعتیاد آسیبی است که خود منشا سایر آسیب ها است.

دبیر ستاد مبارزه با مواد مخدر تصریح کرد: در حوزه مواد مخدر تمام اقدامات باید با هم و هماهنگ پیش برود و به تنهایی یک اقدام نمی تواند ما را به هدف برساند.

سردار مؤمنی تاکید کرد: در میان تمام اقدامات برای مبارزه با مواد مخدر، پیشگیری و اقدامات فرهنگی مهم تر است؛ از این رو، در نظر گرفتن و تامین هزینه های مادی و معنوی این برنامه رویکرد اصلی ستاد مبارزه با مواد مخدر است.

دبیرکل ستاد مبارزه با مواد مخدر ضمن یادآوری این موضوع که حضور هماهنگ همه دستگاه ها و مشارکت مردم اگر نباشد، نمی توان یک موضوع اجتماعی را ساماندهی کرد، گفت: امروز منطقه هرندی به نماد مشارکت مردم و هماهنگی دستگاه های دولتی تبدیل شده است.

وی تاکید کرد: این پایان کار نیست بلکه شروع کار است و تا اینجا کار بسیار بزرگی انجام شده و باید این وضعیت استمرار پیدا کند. این شروعی برای همه مناطق کشور همراه با نگاه انسانی به این پدیده است که همه باید تلاش کنیم با یک کار جهادی به کل کشور تعمیم دهیم.

سردار مؤمنی بر لزوم اقدامات فرهنگی، آموزشی، دینی، عمرانی، زیباسازی و ورزشی در مناطق پاکسازی شده تاکید کرد و اظهار داشت: این اقدامات باید به عنوان مکمل بکار رود.



حمایت از مادران بدسرپرست منجر به کاهش آمار کودکان کار می شود

تهران- ایرنا- مدیرعامل جمعیت طلوع بی نشان ها گفت: زنان دست فروش اغلب زنان بدسرپرستی هستند که نیاز دارند، کار کنند تا بخشی از مخارج زندگی شأن تامین شود. کار آنها جرم و عملی زشت نیست. حق طبیعی شأن است. به جای اینکه آنها را نادیده بگیریم باید از این زنان نان آور حمایت کنیم. آنها با کار خود و حمایت از جانب جامعه می توانند مانع از کار کردن فرزندان شان در کوچه و خیابان ها شوند.

اکبر رجبی روز دوشنبه به ایرنا افزود: فضاهای حمایتی رایگان مثل مهدکودک ها می تواند باعث آرامش خاطر این مادران شود. خانه مادری جمعیت طلوع بی نشان ها یکی از همین مراکز است. جایی که مادران برای ساعاتی در روز می توانند فرزندان شان را به مربیان و مددکاران متخصص این خانه بسپارند و پس از اتمام کارشان به دنبال فرزندان شان بیایند.

مدیرعامل انجمن طلوع اضافه کرد: وقتی خیال این زنان از بابت بهداشت، آموزش و امنیت فرزندان شان راحت باشد و بتوانند با حمایت اجتماع کار کنند، دیگر مجبور نیستند فرزندان شان را برای کار به کوچه و خیابان ها بفرستند.

رجبی تصریح کرد: وقتی کودکان کار ببینند که به آنها فکر می کنیم، زخم هایشان تاحدی التیام می یابد. خیلی از این کودکان به خاطر نوع و شرایط زندگی شأن آسیب دیده اند. بعضی از آنها کودکانی هستند که در سن کم موادمخدر مصرف می کنند. تا به حال از خودمان پرسیده ایم که چرا این بچه ها مواد مصرف می کنند؟ به خاطر لذت جویی یا تسکین دردهایشان؟ مشخص است که برای تسکین دردهای خود به مصرف مواد روی آورده اند. چون یک دلیل، این است که جامعه از آنها حمایت نکرده و هر کدام از ما در بهبود کیفیت زندگی این کودکان می توانیم سهیم باشیم.

وی خاطرنشان کرد: می دانم که تعداد زیادی تشکل های مردم نهاد وجود دارد که از کودکان یا زنان بدسرپرست حمایت می کنند. بدون شک انجمن ها و سازمان های مردم نهاد به صورت علمی در این زمینه و آسیب های اجتماعی ورود کرده اند. پس از مردم می خواهم که برای کمک به تشکل های مردم نهاد اعتماد کنند و به کمک آنها بروند.

این فعال مدنی اضافه کرد: منظورم فقط کمک مادی نیست. مردم پای کار بیایند. از تخصص هایشان در زمینه کمک به تشکل های مردم نهاد بهره بگیرند و خودشان در برنامه های آنها حضور یابند.

رجبی افزود: همه این بچه ها نیاز به توجه دارند. وقتی توجهی نبینند ممکن است در آینده اقدام به انتقام جویی از جامعه کنند. اما وقتی همراهشان شویم، به آنها ترحم نکنیم، به این بچه ها احترام بگذاریم و حمایتشان کنیم، بدون شک انتقام آنها تبدیل به رنجش می شود نه ستیز.

مدیرعامل جمعیت طلوع در پاسخ به این سوال که با این کودکان در کوچه و خیابان چطور برخورد کنیم، گفت: ترحم یا تحقیرشان نکنیم. با برخوردهای اشتباه باعث نشویم تا آنها نیز برای جلب ترحم ما به سراغمان بیایند. حمایت از این کودکان نیاز به کار منسجم و تیمی تشکل های مردمی و مردم دارد. مردم نیز می توانند در این مورد با یکدیگر صحبت کنند که چه کاری برای این بچه ها می شود کرد تا کارشناسان و افراد متخصص به این موضوع و حل معضل کار کودکان ورود کنند.

وی خاطرنشان کرد: این درست نیست که لبخندمان را نیز از این بچه ها دریغ کنیم و از کنارشان بی تفاوت بگذریم.

رجبی تاکید کرد: حق این بچه‌ها با آرزوهایشان اشتباه شده است. این بچه‌ها حق را با داشتن آموزش، عروسی برای بازی، بهداشت و سقفی بالای سرشان اشتباه گرفته اند. بازی، شاد زیستن، کودکی کردن و کار نکردن حق این کودکان است. نباید این حقوق انسانی برای این کودکان تبدیل به آرزوهایشان شود و همه ما برای احقاق حقوق این کودکان باید گام برداریم و دست به دست هم دهیم.



رئیس سازمان امور اجتماعی:



تدوین پیوست اجتماعی تبعات منفی اجرای طرح های کلان را می کاهد

تهران_ ایرنا_ رئیس سازمان امور اجتماعی کشور گفت: در مباحث مسائل مربوط به پیشگیری از آسیب های اجتماعی با تدوین آیین نامه پیوست اجتماعی تبعات منفی در اجرای طرح های کلان اجتماعی، اقتصادی، عمرانی و صنعتی کاسته خواهد شد.

تقی رستم وندی روز یکشنبه در حاشیه برگزاری یکصد و نوزدهمین جلسه شورای اجتماعی در جمع خبرنگاران افزود: امروز شورای اجتماعی به بررسی آیین نامه پیوست اجتماعی کشور اختصاص داشت موضوع جزء دو بند الف ماده ۸۰ برنامه ششم توسعه است.

وی ادامه داد: این مباحث یک بار به طور تفصیلی بررسی شده بود و سپس پیشنهاد آیین نامه پیوست اجتماعی در کمیسیون اجتماعی دولت به بحث گذاشته شده بود.

وی ادامه داد: روز چهارشنبه در هیأت وزیران این آیین نامه بررسی شده بود و برای اصلاح و تکمیل آیین نامه دوباره به کمیسیون اجتماعی و شورای اجتماعی اعاده شد.

رئیس سازمان امور اجتماعی کشور گفت: تدوین آیین نامه پیوست اجتماعی یک تکلیف قانونی برخاسته از برنامه ششم توسعه است، اما اهمیت کار در این است که تدوین پیوست اجتماعی ذیل ماده ۸۰ آمده است که بحث پیشگیری از آسیب های اجتماعی را مدنظر قرار داده است.

رستم وندی افزود: به عبارت دیگر با تدوین پیوست اجتماعی برای طرح های کلان ملی منطقه ای و بومی امیدواریم که بتوانیم بسیاری از طرح های عمرانی اقتصادی و صنعتی که در کشور اجرایی می شود را از تبعات و پیامدهای منفی اجتماعی آنها کم کرد.

وی ادامه داد: تلاش کنیم تا ظرفیت ها و توان اجتماعی طرح ها ارتقاء پیدا کند این ضرورتی بود که باعث شد امروز جلسه شورای اجتماعی به اصلاح و تکمیل آیین نامه ای که قبلاً تهیه شده بود اختصاص پیدا کند.

رستم وندی گفت: این آیین نامه بعد از سیر مراحل، بار دیگر باید در کمیسیون اجتماعی دولت به تصویب برسد و پس از تصویب در هیأت وزیران برای دستگاه های اجرایی الزام و تکلیف خواهد بود.

وی اضافه کرد: با دعوتی که از همه دستگاه ها ذینفع کرده بودیم به ویژه دستگاه هایی که در حوزه های عمرانی و اقتصادی فعال هستند، دیدگاه های انتقادی و اصلاحی زیاد بود که این دیدگاه ها جمع بندی خواهد شد و طی یکی دو ماه آینده مسیر تدوین پیوست اجتماعی تکمیل می شود.

رئیس سازمان امور اجتماعی تاکید کرد: ما در کشور پیوسته های فرهنگی محیط زیستی داریم و امیدواریم که پیوست اجتماعی بتواند تاثیر محسوس تری بر کیفیت زندگی مردم در آینده ای نزدیک داشته باشد.



گرفتاری در دام اعتیاد، ارمغان قرص های شب امتحانی



تهران- ایرنا- با شروع فصل امتحانات مدارس و دانشگاه ها، آرزوی رتبه برتر شدن در کنکور و ممتازی در دبیرستان، برخی از دانشجویان و دانش آموزان را به بی راهه می کشاند و با مصرف قرص های به اصطلاح شب امتحانی در دام اعتیاد اسیر می کند، دامی که رهایی از آن گاهی شاید ممکن نباشد.

دارویی هایی هستند که اساس تاثیر آنها، تجویز برای درمان دردی است که متأسفانه مصرف خودسرانه و بدون نسخه پزشک آنها، فرد مصرف کننده را دچار اعتیاد دارویی می کند، اعتیادی که با خود عوارض متعدد و گاهی برگشت ناپذیر دارد. از میان این نوع داروها که قرار بود مثل تمام داروهای دنیا فقط دارو و مرهم درد بیماران باشد، می توان به عنوان مثال به «زولپیدوم، متادون و ریتالین» اشاره کرد.

اعتیاد مدرن

در کنار این مواد مخدر و اثرات سو و مرگ و میر ناشی از آن، آنچه در حال حاضر جامعه با آن مواجه است، مقوله ای به نام «اعتیاد مدرن» است که در قالب مصرف برخی داروها مطرح می شود، اعتیادی خزنده که در لباس دوست، دشمنی خونی است و جان مصرف کننده ها را که عموماً جوانان و به خصوص قشر دانشجو و تحصیلکرده هستند، به خطر می اندازد، این زنگ خطری است که باید جدی گرفته شود، زیرا از چشم متخصصان و کارشناسان و برخی مسئولان و خانواده ها دور می ماند و مبارزه با آن شاید سخت تر باشد.

متیل فنیدیت با نام تجاری «ریتالین» نام دارویی است که در ابتدا برای درمان افسردگی، خواب آلودگی در طول روز و سندرم خستگی مزمن به بازار آمد اما به تدریج با پیشرفت علم و تجربه های گوناگون مشخص شد، می توان از این دارو در درمان کودکانی که دچار اختلال بیش فعالی و کم توجهی هستند نیز استفاده کرد.

قرص ریتالین خواصی شبیه آمفتامین (مانند قرص های اکستازی) دارد و متأسفانه در سال های اخیر مصرف خودسرانه این دارو در کشور ما رو به افزایش است. گزارش های متعددی وجود دارد که برخی از دانشجویان بدون آگاهی از اثرات زیانبار آن، در شب های امتحان از این قرص استفاده می کنند تا بتوانند چندین ساعت متوالی بیدار بمانند و به شکل غیرمعمولی تمرکز خود را در مدت طولانی حفظ کنند.

مصرف کنندگان تصور می کنند، ریتالین دارویی بی خطر است در حالی که عوارض مصرف خودسرانه این قرص ها می تواند در حد مواد دیگر نظیر کوکائین و آمفتامین باشد، بنابراین پزشکان و روانپزشکان با صراحت اعلام می کنند، ترک کردن داروهای محرک آمفتامین نظیر ریتالین و اکستازی، بسیار سخت تر و پیچیده تر از سایر مواد مخدر است. عمده ترین دلیل گرایش به استفاده از این قرص ها الگو برداری و نقش پذیری از گروه دوستان است، تقویت حافظه، افزایش تمرکز و دقت دانشجویان در هنگام درس خواندن به ویژه شب های امتحان از دیگر علل گرایش دانشجویان به مصرف این قرص است.

برای تقویت حافظه و کم خوابیدن استفاده کردم

پسری ۲۲ ساله است و حالا در دام قرص های اعتیادآور اسیر شده است. می گوید اولین بار این قرص را برای تقویت حافظه و کم خوابیدن استفاده کردم، چراکه استرس کم درس خواندن و موفق نشدن را داشتم دلم می خواست معجزه ای اتفاق می افتاد من در کنکور با رتبه خوبی قبول می شدم و رشته دلخواهم را می خواندم، علاقه شدید من به رشته پزشکی مثل خوره به جانم افتاده بود و وقتی با گوشه و کنایه از اطرافیان و خانواده می شنیدم که من را آقای دکتر صدا می کردند، به خودم نهیب می زدم که باید هر جور شده دکتر شوم و به آرزوهای مادرم پاسخ دهم و دل خانواده ام را شاد کنم.

اما هرچه بیشتر می خواندم کمتر می فهمیدم و بعد از مدت ها خواندن و تست زدن و این آموزشگاه و آن آموزشگاه رفتن دیگر به دنبال راهی میان بر بودم که زودتر آقای دکتر شوم، با این فکرها و آرزوهای دست نیافتنی دیگر دل به درس و تست زدن نمی دادم و سعی کردم مشکل را با دوستانم در میان بگذارم، غافل از اینکه راهکار آنها مرا فرسنگ ها از آرزوهایم دور خواهد و در دامی اسیر خواهم شد که نه تنها به آرزویم نمی رسم، بلکه از من موجودی معتاد، رنجور و بی عرضه و ناتوان خواهد ساخت و خانه آرزوهای پدر و مادرم را به یک باره ویران خواهد کرد.

مصرف یکی دو دانه اول قرص مرا سرحال کرد و به نظر می رسید که حافظه ام قوی تر شد و کمتر خوابیدم با انرژی بیشتر درس خواندم، این انرژی کاذب موجب شد که مصرف آن را ادامه دهم و هرچه جلوتر رفتم، بیشتر اسیر این قرص اعتیادآور شدم و الان واقعاً اسیر شدم تمام پل های پشت سرم را خراب کردم و آرزو می کنم کاش در کنکور قبول نمی شدم و اسیر این اعتیاد هم نشده بودم.

خیلی زود گرفتار اعتیاد به ریتالین می شونم

محمدرضا قدیرزاده، عضو گروه مطالعات اعتیاد مرکز تحقیقات سازمان پزشکی قانونی به خبرنگار ایرنا گفت: از نخستین روز ورود این دارو به بازار سو استفاده از آن نیز شروع شد و رایج ترین سوءاستفاده توسط دانشجویان پزشکی صورت می گرفت.

وی افزود: این دانشجویان در طول دوران تحصیل با خواص این دارو آشنا می شوند و از طرفی فشار و سنگینی درس و امتحان و کشیک، آنها را مستعد استفاده نادرست از آن می کند، غافل از اینکه خیلی زود گرفتار اعتیاد به این دارو می شوند و خلاصی از این اعتیاد خانمان سوز کار ساده ای نیست.

ریتالین در پارتی های شبانه و قرص شب امتحان

قدیرزاده خاطرنشان می کند: استفاده از این دارو به صورت موردی و گهگاه بود و پیامدهای نامطلوبی داشت. به تدریج ریتالین در باور عامه از یک داروی روان درمانی به یک انرژی زای کم ضرر تبدیل شد که نام هایی مثل قرص شب امتحان، قرص دانشجویی، قرص لاغری، قرص سرخوشی به آن دادند و به این ترتیب ریتالین برای افزایش سرخوشی کم کم به پارتی های شبانه راه پیدا کرد.

این کارشناس سازمان پزشکی قانونی در مورد ترکیبات و نحوه اثر قرص ریتالین می گوید: ریتالین یک محرک از خانواده آمفتامین ها است که باعث ترشح «دوپامین» و در نهایت سرخوشی بدون دلیل می شود و ظاهراً مغز فرد مصرف کننده گزارشی مبنی بر خستگی بدن و نیاز به خواب را درک و دریافت نمی کند و فرد می تواند با کمبود خواب تا مدتی سرخوش شود در حالی که این بی نیازی به استراحت، کاذب است و همین کمبود استراحت منجر به پرخاشگری در فرد می شود.

عضو گروه مطالعات اعتیاد مرکز تحقیقات سازمان پزشکی قانونی ادامه داد: به طور کلی، اگر ریتالین مطابق دستور پزشک مصرف شود، برای افزایش تمرکز و کاهش خواب‌آلودگی مفید است، اما تأثیری در کاهش اضطراب ندارد، حتی ممکن است اضطراب را نیز باشد و عوارض کلی مصرف آن علاوه بر اعتیادآور بودن، روان پریشی نیز ایجاد می‌کند.

ریتالین فرد را مستعد اعتیاد به محرک‌های خطرناک می‌کند

قدیرزاده با بیان اینکه، ترکیبات این دارو اشتراکاتی با داروهای محرکی همچون کوکائین، حشیش و اکستازی دارد، می‌افزاید: مصرف نادرست و خودسرانه ریتالین می‌تواند فرد را مستعد اعتیاد به محرک‌های خطرناک کند.

وی اضافه می‌کند: متأسفانه شاهد هستیم که بسیاری از زنان و دختران بر اثر تبلیغات سالن‌های زیبایی و آرایشگاه‌ها و باشگاه‌های ورزشی این قرص را به عنوان یک داروی لاغری مصرف می‌کنند.

پرخاشگری، هذیان، شوک و چاقوکشی بعد از ریتالین

قدیرزاده ادامه داد: همچنین، بسیاری از رانندگان برای زود رسیدن به مقصد و بیدار ماندن در طول راه به مصرف این دارو می‌پردازند. کسانی که در مراحل اولیه سو مصرف ریتالین قرار دارند یا هنوز میزان مصرف دارویی آنها احساس نشده است، دچار سردردهای میگرنی، اختلالات گوارشی، پرخاشگری مزمن و تپش قلب می‌شوند و با ادامه مصرف و بالا رفتن دوز عوارضی همچون سردردهای شدید، اختلال خواب، هذیان گویی، راه رفتن در خواب و حتی در مواردی شوک ناگهانی و مرگ می‌شوند.

در فصل امتحانات مصرف ریتالین ۵۰ درصد افزایش می‌یابد

عضو گروه مطالعات اعتیاد مرکز تحقیقات سازمان پزشکی قانونی اعلام کرد: بر اساس گزارش‌ها کنکور و فصل امتحانات عامل افزایش ۵۰ درصدی مصرف ریتالین است و بر اساس نتایج یک مطالعه بر روی دانشجویان ایرانی، از هر ۱۰ دانشجو، ۶ نفر سابقه مصرف ریتالین دارند.

وی اضافه کرد: واضح است این آمار با توجه به اثر وابستگی به مواد مخدر، بسیار خطرناک است. عارضه دیگر آن، ایجاد سوءظن و حملات پرخاشگرانه است، دیده شده است، افراد با مصرف این قرص، حتی روی اعضای خانواده‌شان، چاقو کشیده‌اند.

وابستگی به ریتالین

قدیرزاده تأکید می‌کند: اگر کسی این قرص را به طور مرتب یا با فواصل کوتاه مصرف کند، به آن وابسته می‌شود و وقتی می‌خواهد آن را کنار بگذارد، در صورتی که تحت نظر پزشک نباشد، ممکن است به افسردگی دچار شود.

وی می‌افزاید: از آنجا که ریتالین دارویی است که توسط پزشکان تجویز می‌شود، در صورتی که مصرف آن در مواردی غیر از اندیکاسیون پزشکی باشد، عوارض مصرف خودسرانه این قرص‌ها می‌تواند مانند آمفتامین‌ها باشد، مصرف کنندگان تصور می‌کنند این قرص‌ها بی‌خطرند و «بد نامی» مصرف مواد مخدر را ندارند در حالی که عوارض مصرف خودسرانه این قرص‌ها می‌تواند مانند آمفتامین‌ها باشد.

مشکل اصلی، تهیه بدون نسخه ریتالین است

قدیرزاده گفت: مشکلی که در خصوص ریتالین و برخی دیگر از داروهای اعصاب و روان داریم، این است که متأسفانه، بر تهیه این نوع داروها در کشور نظارت چندانی وجود ندارد و حتی این داروها بدون نسخه پزشک تهیه می‌شود که به نوبه خود معضل بزرگی است.

وی خاطرنشان می‌کند: اگر بخواهیم حتی به کشورهای منطقه سفر کنیم، حتماً باید همراه داشتن داروی ریتالین همراه با نسخه پزشک متخصص و معالج باشد. این متخصص پزشکی قانونی می‌گوید: متأسفانه جوانان به بهانه افزایش انرژی و تمرکز، شب بیداری، ارتقای تحصیلی به مصرف این دارو رغبت پیدا می‌کنند و در زمان‌های شروع امتحانات شاهد مصرف این دارو از سوی دانشجویان هستیم.

قدیرزاده تصریح می‌کند: در اوایل مصرف این دارو فرد با افزایش انرژی و تمرکز مواجه می‌شود، اما در طولانی مدت مصرف دارو ریتالین نتیجه عکس می‌دهد و نه تنها تمرکز کافی نمی‌دهد بلکه سطح هوشیاری را پایین می‌آورد و فرد تمرکزی برای انجام کارهایش ندارد. خواب را کاهش می‌دهد و این علائم می‌تواند همراه با افسردگی باشد.

وی افزود: مصرف هر دارویی می‌تواند عوارض خاص خود را داشته باشد و در عین حال مصرف خودسرانه دارو یا به توصیه دیگران می‌تواند وابستگی به دارو ایجاد کند که گاهی ترک آن بسیار سخت و دشوار خواهد بود.

این متخصص پزشکی قانونی گفت: آمار دقیقی در این خصوص در دست نیست، اما در مورد گرایش جوانان به مصرف ریتالین و عواض ناشی از آن تحقیقات متعددی توسط گروه‌های دانشجویی انجام شده است و برخی از این تحقیقات آمارهایی را بیان کرده‌اند که البته جنبه رسمی ندارد.



در نشست واکاوی پدیده کار کودک در ایران مطرح شد



در حل پدیده کودک کار دور خودمان چرخیده ایم

تهران- ایرنا- عضو هیات علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی گفت: نزدیک به ۲۰ سال است که منابع فکری، مالی و انسانی مان را در مسیر حل معضل کار کودک و کودک کار مصرف می‌کنیم اما قدم‌ها به سمت حل مشکل نبوده است در واقع دور خودمان چرخیده ایم و در این شرایط بدون برنامه ریزی، مشخص کردن نقطه زمانی برای کاهش این پدیده و ارائه ندادن مدل درست برای حذف آن این مشکل حل نمی‌شود.

پیام روشن فکر، همزمان با ۲۲ خرداد روز جهانی مبارزه با کار کودک در نشست واکاوی پدیده کار کودک در ایران که در دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران برگزار شد، با اشاره به پژوهش سازمان آی ال او در سطح بین الملل جهت کاهش کودکان کار، افزود: ۸۵ کشور به ویژه از مناطق آسیایی و آفریقایی به جز ایران عضو این سازمان هستند. طبق برنامه ریزی های این سازمان آنها از سال دو هزار تا ۲۰۱۶ با همکاری کشورهای عضو سالی ۶۰ هزار کار کودک را حذف کردند. در این زمینه نشست و کنفرانس دارند و کارهای تحقیقی انجام داده و نتایج و تجربیات خود را گزارش می‌کنند.

روشن فکر ادامه داد: این کشورها در تلاش بودند تا سال ۲۰۱۶ کار کودک را حذف کنند اما این اتفاق رخ نداد اما توانستند ۹۰ میلیون کار کودک را حذف کنند. تلاش آنها به قوت خود باقی است و قرار است تا سال ۲۰۲۵ به نقطه آرمانی شان یعنی حذف کار کودک و کودک کار برسند.

عضو هیات علمی دانشگاه علوم بهزیستی تاکید کرد: بعضی ها باور ندارند که این کار عملی است و حذف کار کودک و کودک کار را آرمان گرایانه تلقی می کنند. اما واقعیت این است که بدون برنامه ریزی، مشخص کردن نقطه زمانی برای کاهش این پدیده، ارائه ندادن مدل درست برای حذف آن این اتفاق رخ نخواهد داد.

روشن فکر تصریح کرد: تصحیح نظام اطلاعاتی، استفاده بهینه از ظرفیت های دولت و دانشگاه می تواند منجر به حذف کار کودک شود. به نظر من رویکرد مواجهه ما به مسئله قدم به قدم نیست چراکه برآورد درستی از آن نداریم.

وی گفت: باید تجاربمان را مستند کنیم، از تجربیات هم استفاده کنیم، کار مشترکی در این زمینه انجام داده و همه دست به دست هم دهیم تا با یک برنامه ریزی منسجم و نظام مند این موضوع را حل و حذف کنیم در غیر این صورت مسئله سرچایش باقی خواهد ماند.

***کودک کار با وجود پدیده کار ارزان حل نمی شود**

روح الله نصرتی عضو هیات علمی دانشگاه تهران گفت: با وجود تحمیل فشار بر روی خانواده ها کودکان مجبور به کار هستند. این درحالی است که تا وضعیت اقتصادی حل نشود و فاصله میان فقیر و غنی افزایش یافته و شاهد شکاف در جامعه باشیم و تا وقتی که اولین قربانیان برای کار ارزان، کودکان باشند، این پدیده برطرف نخواهد شد.

وی افزود: کار کودک در تاریخ بشر بوده است اما مفهوم آن پس از انقلاب صنعتی در اروپا تغییر کرد. در گذشته اساس کار کودک بر مبنای مهارت آموزی و یادگیری شغل از استاد به شاگرد یا با آموزش کودک در اوقات فراغتش معنا داشت. مثل طرح کار که زمانی در گذشته وجود داشت و دانش آموزان در کنار یادگیری درس، می توانستند مهارتی را نیز آموزش ببینند اما این طرح نیز دوام نیافت و برچیده شد.

نصرتی تصریح کرد: در گذشته نگاه به کار به عنوان کالا دیده نمی شد اما بعد انقلاب صنعتی مفهوم آن تغییر کرد و کار فروخته می شود. چراکه صاحبان مشاغل مثل کارخانه داران نیاز به نیروی کار ارزان را از دل کودکان انتخاب می کردند.

این جامعه شناس ادامه داد: در نهایت جامعه جهانی نیز ملزم به تشکیل کنوانسیون هایی درباره حقوق کودکان شد. در واقع تغییرات ساختاری باعث تغییرات نگرشی، هنجاری و ارزشی در جامعه شد. با تغییر فرهنگ ما شاهد شکل گیری انگیزه های نولیبرال بودیم. سیاست هایی که در نتیجه آن با ایجاد فضای محاسبه گرایانه و به وجود آمدن شکاف در جامعه و در نهایت افزایش فقر در جوامع به ویژه جوامع در حال توسعه کار کودک افزایش یافت.

عضو هیات علمی دانشگاه تهران با اشاره به این موضوع که افزایش سیاست های اقتصادی در سال ۱۹۸۰ در کشورهای مختلف پنج فرایند به همراه داشت، گفت: از آن زمان تاکنون ما شاهد موقتی شدن همه قراردادهای کار هستیم که امنیت شغلی نیروی کارگر را از میان برده است. فرایند خصوصی سازی که خیلی از خانواده ها را در حوزه مسکن و آموزش زیر فشار قرار داد و از پس مخارجشان بر نمی آمدند و کودکانشان مجبور به کار می شدند. مقررات زدایی مثل افزایش مخارج اجاره نشینی، عدم مسئولیت پذیری دولت ها در ارائه خدمات اجتماعی و ممانعت از تشکیل یابی جامعه که به معنای ضعیف شدن جامعه است.

*کودکان کار، فقط کودکان در سطح خیابان نیستند

فاطمه قاسم زاده رئیس هیات مدیره شبکه یاری کودکان کار درخصوص نقش دولت و سازمان های دولتی در ارتباط با کار کودکان، گفت: در ارتباط با نقش دولت باید بگوییم که وظیفه دولت ایجاد بستر و امکانات لازم برای برچیده شدن کار کودک است به جهت اینکه همه منابع در اختیار دولت است. البته این کار نیاز به مشارکت مردمی هم دارد.

وی افزود: طبق ماده یک پیمان نامه حقوق کودک، هر فردی که سن او کمتر از ۱۸ سال باشد کودک محسوب می شود. البته در جامعه ما سن کودکی پراکنده و نامشخص است.

قاسم زاده در بخش دیگری از سخنانش با اشاره به اینکه کارهای نهادهای دولتی در زمینه کودکان کار و کار کودک مقطعی و اغلب بی نتیجه بوده است، گفت: یکی از کارهای دولت جمع آوری کودکان کار و خیابان است که توسط بهزیستی، شهرداری و نیروی انتظامی ۳۲ مرتبه انجام شده اما نتیجه ای در بر نداشته است. این نشان می دهد که باید به فکر راهکارهای دقیق تر و هدفمند تری برویم.

رئیس هیات مدیره شبکه یاری کودکان کار تاکید کرد: تصویب قانون حمایت از کودکان پس از ۱۰ سال به اجرا درنیامده و شاید اجرایی شدن این قانون می توانست قدمی در رفع معضلات کودکان باشد.

وی با اشاره به اینکه ثابت ترین و پایدار ترین کار مراجع دولتی در حوزه کودکان کار جمع آوری آنها بوده است، گفت: متأسفانه این طرح قرار است از اول تابستان اجرا شود با این حال بهزیستی سعی دارد مانع از این کار شود. طرحی که زیر نظر فرمانداری قرار است انجام شود و بدون شک نتیجه ای نخواهد داشت.

قاسم زاده با بیان اینکه کودکان کار فقط کودکان قابل رویت در سطح خیابان و چهارراه ها نیستند، گفت: همه کودکانی که در کارخانه ها، اماکن تولیدی، کودکان کولبر در محل های مختلف و... می بینیم کودکان کار هستند. این فعال مدنی اضافه کرد: یکی دیگر از مشکلات بزرگ ما در این راستا نبود نیروی متخصص است. ما نیروی متخصص کم داریم که هنگام جمع آوری این بچه ها، به آنها و خانواده هایشان آسیب کمتری برسد.

وی با اشاره به اینکه در مواجهه با کودکان کار سه رویکرد کلی وجود دارد، گفت: رویکرد انکار، مقابله و حمایت. در گذشته پدیده کودکان کار از سوی برخی از مسئولین انکار می شد اما بعد از پذیرفتن آن اقدام به مقابله با این پدیده کردند. در رویکرد مقابله جمع آوری این بچه ها نمی تواند مساله را حل کند اما در رویکرد حمایتی دولت مشکل این کودکان را باید در سطح کلان و برنامه ریزی شده حل کند.



همهانگ کننده ارشد مرکز سازمان ملل متحد برای مدیریت اطلاعات بلایا:



استفاده مؤثر از دانش و فناوری های روز مهم ترین اولویت مدیریت خطر بلایا در کشور است

تهران- ایرنا - هماهانگ کننده ارشد سازمان ملل متحد برای توسعه مدیریت اطلاعات بلایا در آسیا و اقیانوسیه (APDIM) گفت: سیاستگذاری و تهیه راهبردهای چند بخشی مناسب و استفاده مؤثر از دانش و فناوری های روز از مهمترین اولویتهای مدیریت خطر بلایا در کشور است.

«مصطفی محقق» روز جمعه در گفت‌وگو با خبرنگار اجتماعی ایرنا در پاسخ به این سوال که نقش دانش و فناوری‌های نوین در کاهش خطر بلایا در کشور چیست؟ این مطلب را عنوان و افزود: یکی از گفتمان‌های جهانی موجود برای پیشرفت همه‌جانبه و توسعه پایدار کشورها و جوامع انسانی رابطه معنادار و نزدیک علم، سیاستگذاری و اقدام است.

وی ادامه داد: نتایج مطالعات و پژوهش‌های اخیر در سطح بین‌المللی نشان می‌دهد که هر چند تولید و کاربرد علم در سطح جهانی در دهه‌های اخیر رشد سریعی داشته است و برنامه‌ریزی و اجرای اقدامات ضروری ارتقا یافته است اما خلاء ناشی از فقدان سیاستگذاری‌های مناسب موجب شده است تا هم‌افزایی لازم میان بخش‌های گوناگون علمی ایجاد نشده و در نتیجه خروجی‌های لازم برای تحقق اهداف مورد نظر به دست نیاید.

هماهنگ‌کننده ارشد سازمان ملل متحد برای توسعه مدیریت اطلاعات بلایا در آسیا و اقیانوسیه (APDIM) در پاسخ به این سوال که نقش و اهمیت سیاستگذاری در این حوزه واقعاً چیست؟ گفت: برای پاسخ به این سوال می‌توان کارکردهای «تدوین و تعریف هدف یا اهداف مشترک چند بخشی برای جامعه یا سیستم مورد نظر»، «تبیین روشن وضعیت مطلوب مورد نظر در آینده برای همه اعضای یک جامعه یا سیستم»، «ارایه رویکردهای مناسب برای تبدیل داده و اطلاعات به دانش و معرفت مورد نیاز جهت ایجاد تغییرات مثبت در جامعه و زندگی مردم»، «ایجاد مبانی لازم برای هم‌افزایی میان دانش و اقدام در سطح افراد جامعه یا یک سیستم»، «تبیین رابطه معنادار و اثربخش میان بخش‌ها و اعضای سیستم و جامعه» و «تبیین روش‌های مناسب برای بهره‌برداری از همه ظرفیت‌ها و منابع بالفعل و بالقوه از طریق تسهیل مشارکت همه اعضای جامعه و سیستم» را مطرح کرد.

محقق با اشاره به اینکه حادثه سیل‌های اخیر در کشور مثال خوبی در این زمینه ارائه می‌کند، توضیح داد: ظرفیت علمی کشور در زمینه هواشناسی و پایش و هشدار بارش‌های سنگین در دهه‌های اخیر رشد قابل توجهی یافته است اما بارش‌های سنگین در فروردین امسال خسارات گسترده‌ای در کشور به بار آورده است. تحلیل علل و فرآیند وقوع سیل نشان می‌دهد که عوامل آب و هوایی و بارش سنگین حداکثر ۲۵ درصد عوامل ایجاد سیل مخرب را تشکیل داده است و ۷۵ درصد دیگر عوامل سیل مربوط به بخش‌های توسعه‌ای و زیرساختی کشور مانند برنامه توسعه شهری و روستایی، مدیریت استفاده از منابع طبیعی مانند زمین، جنگل و مراتع، مدیریت آب و انرژی، حمل و نقل و دیگر زیر ساخت‌ها بوده است.

وی تصریح کرد: به این ترتیب واضح است که پیشرفت علمی در هواشناسی و یا در راه و جاده و سد و شهرسازی هر یک به تنهایی و جداگانه نمی‌توانسته و نمی‌تواند در کاهش ریسک و آثار و خسارات ناشی از سیل کمک مؤثری ایفا کند بلکه همه این بخش‌ها در قالب یک خط‌مشی یا چارچوب بالادستی باید در کاهش ابعاد گوناگون خطر سیل همکاری معنادار و هم‌افزا داشته باشند. چنین چارچوبی را می‌توان «سیاستگذاری برای کاهش خطر حوادث و بلایا مانند سیل» نامید.

هماهنگ‌کننده ارشد سازمان ملل متحد برای توسعه مدیریت اطلاعات بلایا در آسیا و اقیانوسیه (APDIM) افزود: چنین سیاستگذاری همچنین روشن می‌کند چه نوع داده، اطلاعات و دانش برای «کاهش ریسک» و «افزایش ایمنی جامعه» مورد نیاز است. در نتیجه تولید و کاربرد اطلاعات و دانش و بهره‌برداری از فناوری‌های نوین هدفمند می‌شود.

وی گفت: سیاستگذاری‌های مناسب همچنین استفاده از فناوری‌های نوین مانند اطلاعات و تصاویر ماهواره‌ای برای کاهش ریسک و مقابله با حوادث و مخاطرات تسهیل می‌کند. سیاستگذاری مشارکت‌های بخش خصوصی-عمومی و تأمین مالی شرکت‌های دانش‌بنیان و استارت‌آپ‌ها دسترسی به موقع به اطلاعات و تصاویر ماهواره و راه دور که نقش مهمی در شناسایی و کاهش ریسک و مقابله با حوادث و بلایای طبیعی دارند را ممکن می‌سازد. اهمیت تصاویر ماهواره‌ای در جریان پاسخگویی به سیل‌های اخیر در کشور بیش از گذشته آشکار شد.

این مقام مسئول در سازمان ملل متحد اظهار داشت: سیاستگذاری صحیح در کاهش خطر بلایا نشان می‌دهد که علوم و فناوری‌های نوین همچنین باید از منابع ارزشمند «دانش و اطلاعات مردمی و اجتماعی» به نحو مؤثری استفاده کند که یکی از مدل‌های جدید در سطح جهانی «تأمین گروهی اطلاعات و داده‌ها از طریق مشارکت مردم با استفاده از وسایل ارتباطات جمعی مثل تلفن‌های همراه» است. به طور مثال در پاسخگویی به زلزله نپال در سال ۲۰۱۵ پلتفرم آنلاین با کمک تلفن‌های همراه و با مشارکت سازمان‌های همکار بین‌المللی ایجاد شد که به وسیله آن مردم توانستند اطلاعات موجود در مورد خسارات وارده و نیازها در مناطق پراکنده و دور در نپال به سیستم واحد مرکزی در مدیریت بحران نپال ارسال و از این طریق سرعت و کیفیت عملیات امدادرسانی را ارتقا بخشند.

وی گفت: هر چند زلزله هنوز قابل پیش‌بینی نیست ولی در ژاپن تلاش علمی گسترده‌ای برای ایجاد توانایی هشدار وقوع زلزله صورت گرفته است و اخیراً برنامه‌هایی در آن کشور تدوین شده تا از طریق فناوری‌های فراگیر اطلاعات و ارتباطات عامه مردم بتوانند پیش‌نشانگرهای زلزله را به سیستم‌های مرکزی هشدار زلزله ارسال کنند.

به گزارش ایرنا، «آپدیم» (APDIM) یک مرکز وابسته به کمیسیون اقتصادی و اجتماعی سازمان ملل متحد برای آسیا و اقیانوسیه (اسکاپ) است که به پیشنهاد جمهوری اسلامی ایران و به طور اخص سازمان برنامه و بودجه کشور، با گذشت بیش از یک دهه پیگیری مداوم، رایزنی و مذاکره با طرف‌های مرتبط داخلی و خارجی؛ سرانجام در تهران افتتاح شده است.



ایران جزو ۱۰ کشور مخاطره‌آمیز دنیا در زمینه حوادث و بلایا



محمداسماعیل مطلق مشاور معاون بهداشت وزیر بهداشت در حاشیه نهمین کنگره بین‌المللی سلامت در حوادث و بلایا در گفت‌وگو با خبرنگار سلامت خبرگزاری فارس، اظهار داشت: باید توجه داشته باشیم که ایران جزو ۱۰ کشور مخاطره‌آمیز در زمینه حوادث و بلایا در جهان به شمار می‌رود.

وی افزود: به صورت سالانه ۶۳ درصد حوادث و بلایا از طریق وقوع سیل، ۲۳ درصد از طریق زلزله و مابقی از طریق سایر بلایای طبیعی یا آتش‌سوزی بروز می‌کند.

مطلق تأکید کرد: باید هماهنگی بهتری در زمینه مدیریت بحران بین سازمان‌های مختلف صورت گیرد تا بتوانیم در زمان وقوع حادثه مدیریت مؤثرتری داشته باشیم.

وی ادامه داد: ما در حال حاضر با ۱۰ حادثه اصلی در کشور از جمله مخاطرات حمل‌ونقل جاده‌ای، زمین‌لرزه و سیل، لغزش زمین، خشکسالی، آتش‌سوزی و حوادث ناشی از کار، شرایط جوی مانند سرما و گرما، حملات سایبری و مخاطرات زیستی همراه هستیم.

مشاور معاون بهداشت وزیر بهداشت در خصوص عوامل ایجادکننده حوادث نیز توضیح داد: توجه کم به اهمیت ارزیابی پیش‌فعال خطر بلایا در تمام سازمان‌ها، کم بودن شاخص‌های تاب‌آوری جامعه در برابر بلایا، فقدان برنامه جامع عملیاتی مشترک جهت مقابله با بلایا و دقت ناکافی در خصوص مبانی بازیابی و توسعه پایدار در حوادث از جمله این موارد به شمار می‌رود.

مطلق گفت: پایین بودن سطح آگاهی و توان عملیاتی عموم مردم در خصوص روش برخورد با شرایط اضطراری و بحرانی، توجه ناکافی به اهمیت رویکرد پیش‌فعال بودن جامعه در بلایا و بهره‌گیری ناکافی از تجربیات حوادث رخ داده در جهان و کشور و همچنین

ناکافی بودن میزان توجه نظام آموزشی به حوزه مدیریت و بلایا در مدارس و دانشگاه‌ها از جمله مواردی هستند که باید برای آنها برنامه‌ریزی بیشتری صورت گیرد تا در زمان وقوع حادثه طبیعی بتوانیم مدیریت بهتری انجام دهیم.

انتهای پیام/



۱۵ درصد تولید ناخالص ملی صرف حوادث طبیعی می‌شود



به گزارش خبرنگار سلامت خبرگزاری فارس، حمیدرضا خانکه رئیس مرکز تحقیقات در حوادث و بلایا در حاشیه نهمین کنگره بین‌المللی سلامت در حوادث و بلایا و در جمع خبرنگاران با بیان اینکه کشور ما ایران یکی از کشورهای حادثه‌خیز در دنیا محسوب می‌شود، گفت: این موضوع باید بیشتر مورد توجه قرار بگیرد باید یکی از اولویت‌های تمام جامعه توجه به حاکمیت خطر و کاهش احتمال آسیب‌دیدگی در هنگام بروز حادثه باشد.

وی با تأکید بر اینکه توجه به ریسک‌پذیری بالا باید از اولویت‌های کشور باشد گفت: تمام بیمارستان‌ها، مدارس و ساختمان‌هایی که ساخته می‌شوند باید برنامه‌ای برای پیشگیری از بروز حوادث و بلایا داشته باشند.

وی تصریح کرد: عوامل خطر باید در تمامی این مراکز شناسایی شده و برنامه‌ریزی مناسبی برای مدیریت آن‌ها صورت گیرد.

خانکه گفت: بدون شک تدوین برنامه مناسبی برای مدیریت حوادث و کاهش تلفات ناشی از آن هزینه‌ای را به کشور تحمیل خواهد کرد اما بدون شک حفظ جان چند نفر از هموطنان کشورمان و کاهش هزینه‌هایی که بعد از بروز حادثه به کشور ما تحمیل خواهد شد ارزش پرداخت آن را دارد.

رئیس مرکز تحقیقات در حوادث و بلایا با اشاره به اینکه لازم است تمام سازه‌ها باید برای حوادث احتمالی ایمن‌سازی شده باشند تصریح کرد: سرزمینی مثل کشور ایران که ۹۳ درصد از زمین‌های آن در خطر بروز زلزله و ۵۰ درصد در معرض بروز سیل قرار دارند و چیزی حدود ۱۵ درصد از تولید ناخالص ملی آن در بحث حوادث طبیعی هزینه می‌شود، باید برای مدیریت حوادث طبیعی برنامه بهتری داشته باشند و هزینه و بودجه بیشتری را در نظر بگیرند.

خانکه با تأکید بر اینکه باید عالی‌ترین مقام‌های کشور به دنبال برنامه‌ریزی برای کاهش تلفات ناشی از حوادث و بلایا باشند و در این امر با ما مشارکت کنند گفت: باید شواهد علمی در این حوادث مورد بررسی قرار بگیرند و یک برنامه جامع برای مدیریت حوادث مبتنی بر شواهد علمی تدوین شود.

وی گفت: تحریم‌ها در زمان وقوع سیل مشکلاتی را برای ما به وجود آورد اما با برنامه‌ریزی لازم از این حادثه سربلند خارج شدیم.

انتهای پیام/



لزوم تشکیل شورای سیاست گذاری مدیریت حوادث و بلایا در وزارت بهداشت *

جلیل عرب خردمند جراح اعصاب و رئیس نهمین کنگره بین المللی سلامت در حوادث و بلایا در حاشیه این کنگره در گفت و گو با خبرنگار سلامت خبرگزاری فارس، اظهار داشت: سومین عامل مرگومیر در کشور حوادث ناشی از تروما است و از آن به عنوان اولین عامل مرگومیر در جوانان ۱۵ تا ۲۵ سال یاد می شود.

وی افزود: در حوادث رانندگی ۸ درصد درآمد ناخالص ملی صرف هزینه های ناشی از تروما می شود به طوری که به اعتقاد ما ۲۵ درصد درآمد ناخالص ملی صرف حوادث ناشی از تروما می شود.

عرب خردمند گفت: در کشور نیازمند اقدام جدی برای فرهنگ سازی در این موضوع هستیم و پیشنهاد ما ایجاد شورای سیاست گذاری مدیریت حوادث و بلایا در وزارت بهداشت است.

وی افزود: پیشنهاد می کنیم طبق آیین نامه داخلی مجلس کمیسیون خاص مدیریت حوادث و بلایا در مجلس تشکیل شود.

انتتهای پیام/



لایحه قانون دائمی شدن مدیریت بحران از ۵۰ ماه پیش تعیین تکلیف نشده است



به گزارش خبرنگار سلامت خبرگزاری فارس، محمد اسماعیل نجار رئیس مدیریت بحران کشور در حاشیه نهمین همایش سلامت در حوادث و بلایا در جمع خبرنگاران با بیان اینکه قوانین نقش سازنده ای در زمینه مدیریت بحران ایفا می کند و نقشه راه اساسی مدیریت بحران در هر حادثه قوانین هستند توضیح داد: زلزله رودبار و طارم منجر به ایجاد آیین نامه ۲۸۰۰ ساختمان شد و پس از زلزله کرمانشاه مشخص شد که این آیین نامه نیاز به ویرایش چند باره دارد.

وی افزود: همچنین پس از زلزله بم شاهد ایجاد قانون سازمان مدیریت بحران کشور به صورت آزمایشی بودیم، در حادثه سیل اخیر نیز شاهد ایجاد هیأت ویژه برای بررسی سیلاب بودیم و این موضوع توسط اساتید دانشگاهی مورد بررسی قرار گرفت که امیدواریم نتایج خوبی ارائه شود.

نجار تصریح کرد: قانون مدیریت بحران کشور در سال ۷۸ تصویب شد و تقریباً در ماه نهم آن سال این قانون به اتمام رسید و برای یک سال دیگر تمدید شد.

وی ادامه داد: لایحه قانون دائمی شدن مدیریت بحران کشور تقدیم دولت شد و در سال ۹۴ مجلس شورای اسلامی آن را تدوین و به تصویب مجلس رسید، شورای نگهبان نیز ایراداتی به آن گرفت و اکنون حدود ۵۰ ماه است که این قانون مهم تعیین تکلیف نشده است در حالی که این قانون باید در اولویت برنامه ها قرار گیرد.

رئیس سازمان مدیریت بحران کشور توضیح داد: قانون بیمه حوادث نیز از جمله قوانین حائز اهمیت است که در تسریع در اجرای این قانون اقدامی صورت نگرفته در صورتی که اجرای آن موجب رضایتمندی بیشتر افراد جامعه می شود اما هنوز ابلاغ نشده است.

نجار با بیان اینکه انتقال باید سریع تر تعیین تکلیف شوند، گفت: در بحث مدیریت بحران باید نگاه فرابخشی داشته باشیم و متولیان امر به این موضوع اهتمام جدی داشته باشند به صورتی که اگر هماهنگی های لازم در زمان بحران وجود داشته باشد حوادث به مراتب کاهش پیدا خواهند کرد.

وی با اشاره به حوادث سیل اخیر توضیح داد: اگر حوادث سال اخیر به موقع عمل نمی شد و هواشناسی هشدارهای لازم را نمی داد آمار جانباختگان ما به مراتب بیشتر می شد که این هماهنگی های بین بخشی از بروز این اتفاق جلوگیری کرد.

انتهای پیام/



مادران در انتظار و فرزندان بلا تکلیف



به گزارش گروه اجتماعی خبرگزاری فارس، حمید امیدی خواه، کارشناس سیاست گذاری مهاجرت در یادداشتی پیرامون موضوع اعطای تابعیت به فرزندان دارای مادر ایرانی و پدران خارجی اینگونه نوشت: «سالهاست که فرزندان از مادران ایرانی در این سرزمین به دنیا می آیند. رشد می کنند بزرگ می شوند بازی می کنند تحصیل می کنند ازدواج می کنند تشکیل خانواده می دهند خودشان هم صاحب فرزند می شوند. اما تنها به این گناه که پدرانشان غیرایرانی هستند، از حقوق اولیه زندگی محروم هستند. فقر حقوقی ای که به اذعان کارشناسان، از فقر مالی هم بدتر است. زیرا فرد برای درمان فقر مالی، امکان تلاش و توانمندسازی خود را دارد. اما برای از بین بردن بی هویتی خود، هیچ کاری نمی تواند کند.

وضعیت موجود، وضعیت مطلوبی برای هیچیک از ذی نفعان نیست. نخست آنکه فرزندان حاصل از این ازدواج ها با بی هویتی بزرگ می شوند، به تدریج از جامعه طرد و دچار انزوا می شوند. دوم، زنان ایرانی از این تبعیض موجود دچار سرخوردگی می شوند. به ویژه وقتی که مطابق قوانین موجود، یک زن خارجی می تواند پس از ازدواج با مرد ایرانی در هر کجای دنیا، تابعیت ایرانی بگیرد و فرزندان این ازدواج هم به طور اتوماتیک و بدون استعلام امنیتی ایرانی محسوب می شوند. یعنی زن خارجی از این جهت نسبت به زن ایرانی، در اولویت است. سوم، حاکمیت متضرر اصلی این وضعیت است. از آن جهت که از شیوع این ازدواج ها و چگونگی آن ها هیچ اطلاعی ندارد. این ازدواج ها با چه ملیت هایی در حال انجام است؟ در کدام نواحی کشور؟ چه جمعیتی را شامل می شود؟ وضعیت مالی، تحصیلی و فرهنگی این خانواده ها چگونه است؟ و ده ها سوال دیگر که از ضروریات حکمرانی در این حوزه است. این بی اطلاعی، به خودی خودی بزرگترین خطر امنیتی ضوع موجود است که می تواند به یکی از بحران های اجتماعی دهه آینده کشور تبدیل شود.

این قصه فرزندان مادر ایرانی است. فرزندان که سالهاست از این محرومیت رنج می برند. محرومیتی که در حال تکثیر است. زیرا به دلیل بی شناسنامه گی از هیچ حقوق اولیه ای برخوردار نیستند. یارانه نمی گیرند. از خدمات نهادهای بهزیستی و کمیته امداد استفاده نمی کنند. تحصیل آن ها به لطف مدیر مدرسه بستگی دارد.

در این وضعیت بی اطلاعی، تنها پژوهشی که منجر به تولید داده از این افراد شده، پژوهش سال ۹۶ وزارت رفاه است. در این پژوهش که البته با محدودیت های علمی و روشی به دلیل پیچیدگی مساله مواجه بود، تحلیل های قابل تاملی بدست آمد. در نمونه مورد مطالعه قرار گرفته شده از این فرزندان که شامل ۴۹ هزار کودک از سراسر کشور است، ۲۱ درصد از این بچه ها به سن مدرسه نرسیده اند، ۲۵ درصد ترک تحصیل کردند و ۲۹ درصد نیز اصلاً مدرسه نرفته اند. ۶۰ درصد از خانواده های زن ایرانی و مرد غیر

ایرانی در گروه نیازمندان (سه دهک پایین) جامعه قرار دارند. ۴۶ درصد از کودکان حاصل از این ازدواج‌ها حتی گواهی تولد هم ندارند. این آمارها حقایقی است که نشانه یک دوگانه فرصت-تهدید در آینده برای کشور است. اگر این وضعیت سامان نگیرد، بحران های اجتماعی و امنیتی در انتظار این بی‌تصمیمی است.

با این حال، لایحه ای که از سوی دولت به مجلس رفته بود و با ۱۸۸ رای تصویب شد، از سوی شورای نگهبان با دو ایراد جزئی برگشت خورده است. ایراداتی که منطقی و بجاست و باید برطرف شود؛ یکی ایراد امنیتی از حیث استعمال برای تمام سنین و دیگری کم رنگ کردن اقامت پدر در ایران. بحث کارشناسی بر سر این ایرادها در این یادداشت نمی‌گنجد. در اما نکته اصلی این است که منتقدان و مخالفان این قانون، شروع به ابراز مخالفت خود کرده اند و در روزهای اخیر، انتقاداتی را وارد به این حرکت اصلاحی طرح کرده اند. در این یادداشت، مهم ترین نقدها و بررسی آن ها ارائه می شود.

۱. انتقاد ما به متن لایحه است و الا با اصل تابعیت به این فرزندان موافق هستیم.

یکی از مخالفت‌هایی که با این موضوع صورت گرفته است این است که متن لایحه دچار اشکال است و الا تابعیت مشکل ندارد. در پاسخ به این ایراد باید در نظر داشت وقتی مخالفان دلایل متنی خود را وارد می‌کنند گویی حرفشان در تناقض قرار می‌گیرد چون آن ایرادات متنی کاملاً تابعیت را حذف می‌کنند. مثلاً می‌گویند «اصلاً چرا در لایحه بجای اقامت از کلمه تابعیت استفاده است؟ بهتر است به این فرزندان، اقامت دهیم تا تابعیت. تابعیت امری حساس و مهم است و ...» این تناقض در گفته ها نشان از وجود یک رودربایستی از طرح ذهنیت آن افراد است. آنها این فرزندانی را که در خاک ایران و از مادر ایرانی متولد شده اند را ایرانی نمی‌دانند و به همین دلیل اعطای تابعیت، گزینه مطلوبشان نیست.

۲- قانون در این باره وجود دارد چرا تورم قانونی ایجاد کنیم؟

در این رابطه، منتقدان به ماده واحده سال ۸۵ و همچنین قوانین مدنی ۱۰۵۹ و ۱۰۶۰ اشاره می‌کنند و ابراز دارند که چون این‌ها در مورد تابعیت به این فرزندان صحبت کرده است دیگر نیازی به قانون نیست. در این رابطه باید گفت که اولاً آن ماده واحده سال ۸۵ جدی‌ترین مسئله یعنی اعطای تابعیت به فرزندان مادر ایرانی زیر ۱۸ سال را به‌طور کلی نادیده گرفته بود. این در حالی است که اتفاقاً مهم‌ترین بخش زندگی انسان که هویتش هم در آن سنین شکل می‌گیرد زیر ۱۸ سال خواهد بود. بنابراین وقتی فرد تا ۱۸ سالگی بدون هویت باقی بماند به‌نوعی دچار طرد ساختاری از حاکمیت و جامعه می‌شود که این به‌مراتب سنگین‌تر و پرهزینه‌تر است. بنابراین ایرادات در موارد قانونی گذشته به حدی جدی بود که نیاز به تغییر قوانین وجود داشت و الا این مسئله همچنان برای سالیان سال حل نمی‌شد.

۳- کار پژوهشی و آماری روی تعداد فرزندان مادر ایرانی انجام نشده است.

به دلیل عدم ثبت این ازدواج‌ها و ندان شناسنامه به فرزندان، هیچ آمار دقیقی از این حوزه وجود ندارد. اتفاقاً مخالفان که سالهاست مسئولیت کار در حوزه مهاجران و اتباع خارجی را بر عهده دارند، به جای ارائه پژوهش‌ها و مستندات خود، درخواست پژوهش دقیق دارند. آن‌ها کار نکرده خود را از دیگران طلب می‌کنند. بدیهی است که مساله بی‌شناسنامه‌ها، به دلیل پیچیدگی موضوع به راحتی قابل پیمایش نیست. بعلاوه پژوهش‌های ارائه شده از سوی مدافعان لایحه، نشان می‌دهد تا حد امکان این مساله از ابعاد مختلف مورد بررسی قرار گرفته است. می‌توان به نمونه‌هایی مانند سرشماری وزارت رفاه از وضعیت این فرزندان (اولین پایگاه داده جمعیت بی‌شناسنامه‌ها در کشور) و گزارش مبسوط مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی است.

۴- شأن زن ایرانی زیر سؤال رفته است.

مخالفتان بارها اشاره کرده اند که این لایحه در باطن خود شأن زن ایرانی را پایین می آورد چون خیلی از آن ها مجبور به ازدواج با مردان غیر ایرانی در شرایط فقر و سختی هستند و این لایحه می خواهد همچنان مردان و پدران را در اولویت قرار دهد. این در حالی است که به نظر می رسد طرح این موضوع بیشتر جنبه حاشیه ای قضیه را در بر می گیرد چرا که اصل قضیه این است که اتفاقاً مادر ایرانی هم باید مثل پدر ایرانی، حق و سهمی از خاک کشورش داشته باشد و وقتی که فرزندش در خاکش به دنیا آمد او هم بتواند به تابعیت سرزمین مادرش دربیاید. در ضمن، در صورت اصلاح ایرادهای شورای نگهبان، هیچ حقی را به پدر خارجی نمی دهد که تبدیل به مشوقی برای ازدواج با زن ایرانی بشود.

۵- در این لایحه شرط تولد در خاک ایران حذف شده است. این موجبات نفوذ امنیتی را فراهم می کند.

طرح مسائل امنیتی حول محور این مسئله در جای خود باید بحث و گفتگو شود اما اینکه به صورت یک سویه به مسائل امنیتی نگاه شود محل بحث است. با این استدلال می توانیم بگوییم چطور وقتی یک مرد ایرانی با یک زن خارجی در هر جای جهان ازدواج کند می تواند برای فرزندش تابعیت ایرانی بگیرد؟ آیا امکان نفوذ و جاسوسی از طریق این زن خارجی وجود ندارد؟ پس چرا مطابق قوانین تابعیت ما این مسئله به راحتی حل شده است. بنابراین از نظر امنیتی شأنیت این دو موضوع یکسان است. یعنی اگر قرار به جاسوسی باشد در هر دو حالت اتفاق می افتد بنابراین باید یکسان به هر دو موضوع نگاه کرد. البته تعداد زیادی از کارشناسان امنیتی هم با طرح این موضوع مخالفت کرده اند و به شرط تولد در خاک ایران اصراری ندارند.

به هر ترتیب به نظر می رسد رها کردن وضع موجود یعنی بی تکلیفی و بی هویتی صدها هزار نفر که در ایران زندگی می کنند آتیه مناسبی برای جامعه و حاکمیت در پی نخواهد داشت. این فرزندان و مادرانی که احساس می کنند از سوی حاکمیت به رسمیت شناخته نمی شوند، چگونه می توانند به این جامعه امیدوار باشند. به همین خاطر، تعیین تکلیف و هویت بخشی به این وضعیت مورد نیاز است و علاوه بر رفع مسائل امنیتی می تواند فقر و رنج مطلق در بین این جامعه را نیز حل کند. مجلس و شورای نگهبان می توانند با همکاری یکدیگر و اصلاحات ایراد مطرح شده به زودی این لایحه را تصویب و قانونی کنند».

انتهای پیام/



«گل» جایگزین «شیشه» شد/ چه نوع مواد مخدری در تهران بیشتر مصرف می شود؟ *



گروه اجتماعی خبرگزاری فارس - حسن رضایی: سالهاست که مواد مخدر چه سنتی و چه صنعتی در دنیا با نامهای جالب و دلفریب مانند گل، بال فرشته، شیشه، کراک و... جان افراد را می گیرند. ۸۰۳ نوع مواد مخدر در دنیا شناسایی شده است که از این تعداد نزدیک به ۴ نوع آن به صورت عمده در تهران توزیع و مصرف می شود.

در حال حاضر استان تهران با توجه به جمعیتی که دارد بیشترین معتاد را در خود جای داده است که آمارهای رسمی از ۱۵ هزار معتاد متجاهر در تهران می گوید.

در خصوص آخرین اقدامات در خصوص مبارزه با مواد مخدر و پیشگیری و درمان از اعتیاد با **محمدعلی اسدی، دبیر شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر استان تهران** به گفت‌وگو پرداختیم.

وی در این باره گفت: موضوع مبارزه و مقابله با مواد مخدر چند وجهی است و حاکمیت در سال ۱۳۶۸ به این جمع بندی رسید که باید با استفاده از ظرفیت دستگاه‌های مختلف و با هدف گذاری یکسان اقداماتی را در راستای مبارزه، پیشگیری و درمان در حوزه مواد مخدر انجام دهد. به همین دلیل قوای سه‌گانه، قضائیه، مقننه و مجریه و سایر دستگاه‌ها حسب وظایفی که قانون تعریف کرده است، در ستاد مبارزه با مواد مخدر عضو شدند که اسامی آن‌ها در ماده ۳۳ قانون مبارزه با مواد مخدر قید شده است.

با توجه به اینکه ریاست ستاد مبارزه با مواد مخدر با رئیس‌جمهور است بنابراین مصوبات جلسات این ستاد، حکم مصوبات هیأت دولت را دارد. وقتی روسای دستگاه‌های مختلف جمع می‌شوند و تصمیمی می‌گیرند به عنوان مصوبه قانونی دولت از طریق دبیرخانه ستاد ابلاغ و پیگیری می‌شود.

چهار ضلع مبارزه با مواد مخدر

در ابتدای تشکیل ستاد مبارزه با مواد مخدر رویکردها بیشتر مقابله‌ای بود، ولی به موازات مبارزه با مواد مخدر تجربیات جدیدی به دست آمد که دیگر به صورت تک‌بعدی و مقابله‌ای به موضوع مواد مخدر نگاه نکردند. به همین دلیل بعد پیشگیری، درمان و اشتغال هم به آن اضافه شد و حلقه اشتغال تحت عنوان صیانت از بهبود یافتگان مواد مخدر باید اجرایی شود.

دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر ۳۰ بازوی اجرایی در استان‌های کشور دارد که متولی اجرایی کردن سیاست‌ها هستند که در ستاد مبارزه با مواد مخدر تصمیم‌گیری‌های لازم انجام می‌شود و به سایر استان‌ها ابلاغ خواهد شد و این اقدام به منظور هماهنگی، نظارت و پیشبرد سیاست‌های کلی نظام است.

در راستای یک هدف‌گذاری مشخص باید همه سازمان‌ها بدانند که سهم‌شان از مبارزه با مواد مخدر چه میزان است و به همین دلیل در درجه اول فرامین مقام معظم رهبری و سیاست‌های کلی نظام در دستور کار قرار گرفت و اسناد بالادستی ملی در این زمینه تدوین و ابلاغ شد که برگرفته از سند جامع پیشگیری از اعتیاد، سند مقابله با عرضه، سند مطالعات و پژوهش‌ها است.

در اسناد بالادستی سیاست‌ها و فعالیت‌های هر یک از دستگاه‌های ذی‌ربط مشخص شده است؛ برای مثال نیروی انتظامی در مرزها و در اقصی نقاط کشور بحث مبارزه با مواد مخدر را دارد و مسئولیت‌های وزارت کشور و قوه قضائیه نیز مشخص شده است.

کاهش ۲۵ درصدی اعتیاد در سال ۱۴۰۰

ماحصل تمام این اقدامات این خواهد شد که در سال ۱۴۰۰ حدود ۲۵ درصد اعتیاد در کشور کاهش پیدا کند. ما موظف هستیم تا سال ۱۴۰۰ سالیانه ۵ درصد از اعتیاد را در حوزه مقابله، درمان و پیشگیری کاهش دهیم.

کاهش ۲۰ درصدی تولید مواد مخدر در کشور افغانستان

در سال ۲۰۱۷ تولید مواد مخدر در افغانستان ۹ هزار تن بود و اولویت اول ما مقابله با مواد مخدر بود، ولی با توجه به این که امسال تولید مواد مخدر در این کشور ۲۰ درصد کاهش یافته است و به ۶۴۰۰ تن رسیده و کشور افغانستان روبه تولید مواد مخدر صنعتی مانند آمفتامین (شیشه) آورده است، قطعاً اولویت‌های ما جلوگیری از ورود این مواد به کشور است.

چه تعداد معتاد در کشور داریم؟

بر اساس شیوع شناسی سال ۱۳۹۴ در کشور ۲ میلیون و ۸۰۳ هزار معتاد داشته ایم که ۲ میلیون نفر معتاد دائمی بودند و مصرف چندباره داشتند و ۸۰۰ هزار نفر دیگر نیز معتاد تفرقی هستند. این آماری که ارائه می شود بر اساس روش های دانشگاهی، تحقیقاتی و استانداردهای جهانی تهیه شده است و مربوط به جمعیت آماری ۱۵ تا ۶۴ سال است.

هیچ کس نمی تواند آمار قطعی معتادان را اعلام کند

۲ میلیون و ۸۰۰ هزار معتاد شامل افرادی می شود که یک بار یا چندین بار مصرف مواد داشتند و یا اینکه که از صبح تا شب مواد مخدر مصرف کرده اند. در تمام دنیا هیچ کس نمی تواند اظهار کند که آمار معتادان یک آمار قطعی است؛ چرا که این آمار از محل های مختلفی جمع آوری می شود و بعضی از محل ها نیز قابل دسترسی نیست. در مجموع برآورد معتادان بر اساس آمار مراجع انتظامی، قضایی، مراکز بهداشتی و درمانی و دیگر بخش ها جمع آوری شده است.

در حال حاضر وضعیت آماری معتادان تهران چه قدر است؟

۱۵ هزار معتاد متجاهر در تهران است

مهم ترین آمار و دغدغه روز بحث معتادان متجاهر است. بر اساس قانون ماده ۱۵ همه افراد معتاد مکلف هستند نسبت به ترک اعتیاد اقدام کنند. اگر در پروسه ترک قرار بگیرند، از نظر ما مجرمیت از روی آنها برداشته می شود و به هر دلیلی وارد پروسه ترک نشوند، ما آنها را به عنوان مجرم تلقی می کنیم. اگر متجاهر به مصرف داشته باشند و نسبت به ترک اعتیاد اقدام نکنند و در منظر عموم اقدام به مصرف مواد مخدر کنند، این افراد را به عنوان معتادان متجاهر تلقی می کنیم و نسبت به ساماندهی و جمع آوری آنها اقدام خواهد شد.

آمار معتادان متجاهر در استان تهران از سال های گذشته، مختلف و رو به رشد بوده است به طوری که نیروی انتظامی اعلام می کرد اگر ظرفیت ۴۰۰ نفر را ایجاد کنیم کل تهران از معتادان متجاهر پاکسازی می کنیم، ولی این تعداد تأمین شد و گفتند استان تهران ۸۰۰ نفر معتاد متجاهر دارد و این روند همچنان ادامه داد و امروز این رقم به ۱۵ هزار نفر معتاد متجاهر رسیده است.

ظرفیت نگهداری معتادان متجاهر به ۱۴ هزار نفر رسیده است

معتادان متجاهر در استان تهران شامل افرادی که ساکن تهران هستند نیست بلکه معتادان سایر شهرستان ها نیز در تهران حضور دارند. ما تا پایان سال ۹۶ توانستیم در بهترین شرایط ۸۰۰۰ نفر ظرفیت برای نگهداری و درمان معتادان متجاهر ایجاد کنیم که با آمدن دکتر مومنی به ستاد مبارزه با مواد مخدر سه تفاهم نامه با سازمان های زندان ها، سپاه و مهر سروش منعقد شد که در مجموع ظرفیت نگهداری معتادان متجاهر استان تهران به ۱۴ هزار نفر رسید.

۱۵۰۰ معتاد با بیماری های خاص و مزمن داریم

ما موظف بودیم که این تفاهم نامه را عملیاتی کنیم و خوشبختانه طی سه ماه با پیگیری های مستمر دستگاه های ذی ربط این طرح عملیاتی شد و در حال حاضر ۱۴ هزار معتاد متجاهر را نگهداری می کنیم ولی این منوط به این نمی شود که در شهر معتاد نبینید. به دلیل اینکه ۱۵۰۰ معتاد داریم که به دلیل بیماری های خاص قابلیت نگهداری را نداریم.

۱۴ هزار معتاد متجاهر در استان تهران جمع‌آوری شدند که ۱۰ هزار معتاد از شوش، هرنندی و مولوی جمع‌آوری شده است و این طرح که از اسفند سال گذشته آغاز شده و همچنان ادامه دارد.

در خصوص آخرین وضعیت شوش، مولوی و هرنندی توضیح دهید؟

از لحاظ ظاهری نسبت به گذشته بهتر شده است، ولی از نظر آینده‌نگری هنوز به وضعیت مطلوب نرسیده‌ایم و معتقدیم که باید بهتر شود. هر محله‌ای باید از نظر فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی به یک محله پاک و سالم تبدیل شود و برای اولین بار است که بعد از ۴۰ سال با درخواست مردم و با ارتقای سلامت محله‌های شوش، مولوی و هرنندی و پاکسازی کامل آن ورود پیدا کردیم و اکنون نیز در مرحله فرهنگ‌سازی هستیم.

ما در حال حاضر با کمک جبهه مردمی شهید هرنندی مساجد و کتابخانه‌ها را فعال کردیم و مسابقات مختلفی از جمله دوچرخه‌سواری در این محلات برگزار شده است.

۱۱۰ پلاک قرمز و ۷۰۰ اتاقک در محله شوش و هرنندی پلمب شد

خانه‌های مراکز فساد در این محلات شناسایی شدند و توسط نیروی انتظامی با آن برخورد کردیم. ۱۱۰ پلاک قرمز بسته شده است و ۷۰۰ اتاقک پلمب شده‌اند. اقدامات ما در شوش، مولوی و هرنندی باید مداوم و بدون وقفه باشد که آن تجاهر در جرم در محله به صفر برسد. البته در حال حاضر وضعیت بهتر شده است و میزان رضایتمندی افزایش یافته و حتی به گفته بنگاه املاک این پاکسازی‌ها باعث افزایش ۳ میلیون تومانی ملک شده است.

اعتیاد یک سبک زندگی دارد و برای رسیدن به سبک زندگی یک معتاد ۵ سال زمان لازم است؛ یعنی این‌که یک معتاد هر روز صبح که از خواب بیداری می‌شود به فکر آن است که مواد را چه‌طور تهیه کند و پول آن را از کجا بیاورد و همین روند تبدیل به یک سبک زندگی می‌شود، همانطور که یک دکتر، مهندس، کارگر و... سبک زندگی خاص خود را دارند.

نباید این انتظار را داشته باشیم که یک معتاد را در مراکز نگه داریم و سبک زندگی آن را ظرف مدت کوتاهی عوض کنیم. جالب است که بدانید یک معتاد بهتر از هر کسی می‌داند که راه‌های ترک اعتیاد چیست و چه اقدامی باید انجام دهد، ولی قادر نیستند که چه‌طور بر ترک اعتیاد ماندگاری داشته باشند که انجمن‌های NA، تولد دوباره و کنگره ۶۰ به آنها کمک می‌کند.

این بخش‌ها به معتادانی که ترک کرده‌اند کمک می‌کنند که چه‌طور ترک اعتیادشان ادامه داشته باشد و اگر دوباره وسوسه شدند چه اقدامی را انجام دهند.

آیا عملکرد این مجموعه‌ها (NA) و تولدی دوباره نسبت به گذشته کمتر نشده است؟

این قبیل سازمان‌های مردم‌نهاد ۸۰ هزار نفر را ترک داده‌اند، به عنوان مثال کارفرمایی داریم که حدود ۱۶۰ نفر کارگر را به کار گرفته که شرط استخدام آنها این بود که حتماً قبلاً معتاد باشند و در حال حاضر ترک کرده باشند.

شروط معتاد برای ترک اعتیاد

برای ترک اعتیاد یک معتاد دو شرط وجود دارد؛ یک این که آن معتاد دیده شود و اگر احساس کند دیده نمی شود دوباره به مواد مخدر رجوع می کند و باید احساس کند یک چیزی مانند شغل، محبت خانواده و درگیری های ذهنی جایگزین مواد شده است.

قطعا مجموعه هایی همچون NA و تولدی دوباره در ترک اعتیاد موفق تر هستند؛ چراکه مجموعه های دولتی یک تا شش ماه یک معتاد را نگهداری و بعد آن را در جامعه رها می کنند و وقتی معتاد خود را در داخل این جامعه می بیند، متوجه می شود که تنها است و اولین اقدامی که می کند این است که تجربه شیرین مصرف مواد مخدر که هنوز خاطره اش در ذهنش باقی مانده تکرار کند، ولی مجموعه هایی مانند تولدی دوباره و یا مشابه برای این افراد اشتغال ایجاد می کنند و یا جایگزین های مناسبی برای مواد مخدر آنها ایجاد می شود.

همه آدم ها به دنبال لذت بیشتری از زندگی هستند و هر کس به شکلی این لذت را امتحان می کند. آن آدم هایی که نمی توانند از طریق معمولی به آن لذت دست یابند، باعث می شود به سمت لذت های کاذب بروند که آن هم مواد مخدر و روان گردان است.

یک معتاد به هیچ وجه نمی تواند ترک کند

به کسی که خاطره شیرین مصرف مواد مخدر را در ذهنش دارد، نمی توانیم بگوییم که این خاطره را پاک کن؛ چراکه امکان ندارد. یک معتاد به هیچ وجه نمی تواند ترک کند، فقط می تواند قطع مصرف مواد مخدر را داشته باشد.

معتادان به خاطر تکرار خاطره خوش مصرف مواد مخدر تعداد و نوع اعتیاد را تغییر می دهند و به جایی می رسند که دیگر آن خاطره خوش برایشان مهم نیست و فقط مواد مصرف می کنند که دردهای به جا مانده از مصرف مواد مخدر را بپوشانند.

در حال حاضر چند نوع مواد مخدر جدید شناسایی شده است؟

در سال ۱۹۳۴ حدود ۴ نوع ماده مخدر جدید داشته ایم و این مواد به مرور و با پیشرفت تکنولوژی و صنایع شیمیایی و همین طور شناسایی فیزیولوژی بدن ما و این که چه چیزی باعث می شود دوپامین و آندروفین در مغز ما ترشح شود افزایش یافت و آمدند به ازای تاثیرات این مواد، مواد جدیدی تولید کردند که همان لذت های کاذب را ایجاد می کند

تا سال ۲۰۱۳ تعداد مواد مخدر صنعتی جدید در دنیا به ۳۵۰ نوع می رسید و بعضی از مواد مخدر صنعتی به دلیل این که در عداد قانون نبودند، مجازاتی برای آنان متصور نبود و به همین دلیل با شناسایی هر ماده مخدر جدید، قاچاقچیان و موافروشان اسامی جدید، جذاب و دلفریب تری برای مواد مخدر خود می گذاشتند تا از عداد قانون نیز خارج شود.

شیشه در سال ۸۴ وارد کشور شد و در سال ۸۹ ممنوع شد

تا سال ۲۰۱۳، ۶۰ کشور در دنیا انواع مواد مخدر را شناسایی و گزارش کردند که در حال حاضر به ۱۵۰ کشور رسیده است و در سال ۲۰۱۸ این تعداد به ۸۰۳ نوع مواد مخدر رسیده است که یک نمونه از این مواد مخدر صنعتی همان شیشه است که در سال ۱۳۸۴ وارد کشور ما شد ولی قانون گذار سال ۱۳۸۹ این ماده مخدر را وارد کتاب قانون کرد؛ یعنی وقتی که فردی را دستگیر می کردیم که شیشه داشت، هنگامی که

پیش قاضی می بریم، قاضی کتاب قانون را باز می کرد و می دید در کتاب قانون ماده مخدر شیشه وجود ندارد؛ بنابراین متهم آزاد می شد.

هوشمندی قاچاقچیان مواد مخدر در همین نکته نهفته است که امروز nps مواد مخدر جدید را در آزمایشگاه می برند یک مولکول به آن اضافه می کنند و از عداد قانون مواد مخدر جدید را خارج می کنند و با یک اسم جدید مجدداً این مواد را وارد بازار می کنند.

به دلیل این که از بی اطلاعی جوانان سوءاستفاده می کنند و اسامی دلفریب و جذابی را بر روی این مواد مخدر می گذارند، جوانان نیز با بی اطلاعی کامل به آن روی می آورند.

مت آمفتامین را که به عنوان شیشه در کشور ما شناسایی شده است، اسامی متفاوتی در بعضی کشورها از جمله یابا و شابو دارد، که به این اسامی خیابانی گفته می شود و این مواد مخدر اسامی صنعتی و تجاری نیز دارند.

گرد فرشته، سوخت موشک و حتی گل که ماده مخدر بسیار خطرناکی است دیگر اسامی دلفریب و جذابی است که برای مواد مخدر استفاده کرده اند.

قاچاقچیان و سوءاستفاده گران، مواد مخدر را به شیوه های مختلفی تبلیغ کنند، از داروی لاغری گرفته تا کمک به دانش آموزان برای بیشتر درس خواندن و برای هر مشکلی یک ماده مخدر جدید را به جوانان معرفی می کنند و جوانان نیز با توجه به شرایط مختلف وقتی از این مواد برای اولین بار استفاده می کنند ممکن است جواب مثبت بگیرند و احساس کنند که این اقدام غلط همان چیزی بوده که سالیان سال دنبالش می گشته است. در صورتی که استفاده از آن مواد هر آنچه را داشته از مصرف کننده خواهد گرفت.

از ۸۰۳ نوع ماده مخدر چه تعداد در تهران کشف شده است؟

شیشه و گل در صدر مواد مخدر استان تهران/گل جای شیشه را گرفت

با اقدامات مقابله ای که نیروی انتظامی انجام داده و جای تقدیر و تشکر دارد، جز شیشه و گل ماده مخدر دیگری بازار را تحت تأثیر قرار نداده است. شایع ترین ماده مخدر مصرفی در کشور تریاک و ماده مخدر صنعتی نیز شیشه و گل است. در حال حاضر نیز گل جایگزین ماده مخدر شیشه شده است.

نباید فکر کرد با از بین بردن یک ماده مخدر، دیگر موادی تولید نمی شود. در برهه ای تولید ۸۰۰۰ تنی تریاک در افغانستان به ۱۸۶ تن رسید و ما به ازای آن مافیای مواد مخدر صنعتی از کمبود مواد سنتی سوء استفاده کردند و مواد مخدری را وارد بازار کردند که چندین برابر مضرات بیشتری از مواد سنتی داشت.

مواد مخدر گل به چه شکل تولید و وارد کشور شده است؟

محصول تراریخته گیاه شاهدانه؛ گل است

گیاهی که از آن گل تولید می شود، به نام شاهدانه است این گیاه شاه دانه ۲۵ هزار نوع کاربرد پزشکی و تحقیقاتی دارد مواد مخدر گل نیز به صورت تراریخته و با تغییر ژنتیک از این گیاه به دست می آید و

خطرناک‌ترین مخدر در ایران است که نه تنها موجب تخریب در بدن می‌شود، بلکه توهمزایی آن ۱۰ برابر بیشتر از دیگر مواد مخدر است.

حال این ماده را برای دانش‌آموزان توصیه می‌کند؛ چراکه با مصرف گل به عنوان مثال سلول‌های خاکستری مغز تقویت و بعد از چند ساعت این سلول‌ها از بین می‌رود و موجب آلزایمر می‌شود.

بعضا شنیده می‌شود که متأسفانه دانش‌آموزان شب امتحان برای افزایش هوشیاری از مواد مخدر گل استفاده می‌کنند تا بتوانند بیشتر درس بخوانند در صورتی که این ماده بسیار خطرناک است و به مرور زمان آثار تخریبی جبران‌ناپذیری دارد.

قاچاقچیان به دروغ تبلیغ می‌کنند که مصرف ماده مخدر گل اعتیادآور نیست و جنبه درمانی دارد. در صورتی که این طور نیست و متأسفانه گرایش جوانان و دانش‌آموزان به ماده مخدر گل افزایش یافته است.

برای پیشگیری از افزایش مصرف مواد مخدر در بین دانش‌آموزان چه برنامه‌ای دارید؟

در این راستا طرح نماد «نظام مراقبت اجتماعی دانش‌آموزان» را در مدارس، دبیرستان‌ها و دانشگاه‌ها اجرایی کرده‌ایم و معتقد هستیم که از زمان کودکستان باید فرزندان ما در معرض اطلاعات پیشگیرانه از مواد مخدر قرار بگیرند.

آیا سن اعتیاد در کشور کاهش یافته است؟

بیشترین سن اعتیاد در تهران ۱۸ تا ۲۵ سال است

***از لحاظ برآورد شیوع‌شناسی نمی‌توان اعلام کرد که با مصرف چند نفر دانش‌آموز سن اعتیاد کاهش یافته است حتی جنینی که در شکم مادر معتاد نیز قرار دارد با مصرف مواد مخدر توسط مادر معتاد می‌شود.

براساس آمار شیوع‌شناسی افراد بین ۱۵ تا ۶۴ سال بیشترین مواد مخدر را مصرف می‌کنند و اینکه ۴ جوان در دبیرستان گل مصرف کنند و آن نیز برای یک بار باشد این دلیل نمی‌شود که سن اعتیاد پایین آمده است. در حال حاضر بیشترین سن اعتیاد در استان تهران بین ۱۸ تا ۲۵ سال است.

ارزان‌ترین و گران‌ترین مواد مخدر در استان تهران چیست؟

قیمت مواد متاثر از شاخص‌های بسیاری است. اگر در افغانستان میزان مواد کاهش یا افزایش پیدا کند، قطعاً در کشور ما نیز قیمت‌ها بالا و پایین می‌شود. اگر مواد مخدر در مرزها کشف شود، قطعاً قیمت آن مواد افزایش یا کاهش خواهد یافت. در مجموع ما متاثر از تابعی از فرآیند کشت در افغانستان هستیم.

تریاک گران و شیشه ۴۹ درصد ارزان شده است

امسال ما شاهد افزایش قیمت مواد مخدر در تریاک، هروئین و حشیش بوده‌ایم که تا ۱۷ درصد افزایش یافته ولی متأسفانه شاهد کاهش قیمت ۴۹ درصدی شیشه هستیم. آن نیز به این دلیل است که آشپزخانه‌های شیشه به کشور افغانستان رفته‌اند و اخیراً نیز ۸۵۰ کیلوگرم شیشه کشف شده است و محموله‌های

پیش سازی ساخت شیشه را نیز اخیراً کشف کرده ایم که مقصد این محموله کشور افغانستان بود و به همین دلیل قیمت شیشه بیشترین کاهش را داشته است.

چه برخوردی با مراکز ترک اعتیاد غیرمجاز می شود؟

نمی دانیم چه تعداد مراکز ترک اعتیاد غیرمجاز داریم

بیش از ۲۰۰ مرکز مجاز در استان تهران پروانه بهره برداری و موافقت نامه اصولی و مجوزهای لازم را از بهزیستی و وزارت کشور دریافت کرده اند و به صورت قانونمند به فعالیت خود ادامه می دهند. این که برخی از مراکز به صورت غیرمجاز فعالیت می کنند، اولاً چون تابلویی ندارند ما نمی دانیم کجا هستند و اگر به ما اعلام شود، قطعاً مطابق قانون با این مراکز غیرمجاز برخورد خواهد شد.

خانواده ها به دلیل این که مراکز ما بیش از سه ماه معتادان را نگه می دارد، آنها مستاصل می شوند و فرزندان خود را به مراکز ترک اعتیاد غیرمجاز می برند. در حال حاضر ما نمی دانیم چه تعداد مراکز غیرمجاز ترک اعتیاد داریم، ولی آنچه که به ما در خصوص مراکز غیرمجاز، محل مصرف و توزیع مواد مخدر اعلام شود برخورد خواهیم کرد.

چه برنامه ای برای ساماندهی داروی متادون دارید؟

خرید و فروش متادون غیرقانونی است

توزیع متادون بر اساس خرید و فروش در شبکه دارویی امکانپذیر است و غیر از این مسیر ممنوع است. طرح پایلوتی در خصوص توزیع داروی متادون در دو استان در حال اجراست و این دارو در اختیار دو داروخانه منتخب قرار می گیرد که آن دو داروخانه نسبت به پخش داروی متادون در مراکز مجاز اقدام می کنند و ممکن است که مراکزی این سهمیه را دریافت می کنند به علت اینکه قیمت داروی متادون دولتی ارزان تر از آزاد است به همین دلیل در بازار آزاد می فروشند که البته در این زمینه وزارت بهداشت هم نظارت دقیقی نمی کند.

آیا در تهران کشت مواد مخدر داریم؟

خیر، وقتی می گوئیم کشت، ناخودآگاه همه فکر می کنند مزرعه ای مثل افغانستان در تهران وجود دارد. قطعاً کشت مواد مخدر در تهران نداریم، حتی اگر ۵۰۰ بوته خشخاش نیز وجود داشته باشد که ندارد، این تعداد چه قدر می تواند در بازار تولید، توزیع و مصرف تأثیرگذار است؟

در دو ماهه امسال چه تعداد کشفیات داشته اید؟

در دو ماهه سال گذشته ۷ تن و ۸۸۷ کیلوگرم مواد مخدر کشف شد که در مدت مشابه امسال به ۹ تن و ۱۹۵ کیلوگرم رسید که ۱۷ درصد رشد داشته است. در دستگیری های فروشندگان مواد مخدر در سال گذشته ۲۱ هزار و ۸۹۱ نفر دستگیر شد که در مدت مشابه امسال به بیش از ۲۴ هزار نفر رسید که ۱۰ درصد رشد داشته است. در دو ماهه امسال نسبت به مدت مشابه سال قبل لابراتوار تولید شیشه ۱۲ درصد کاهش یافته و بر اساس ظرفیت هایی که در استان تهران وجود دارد ما توانستیم نسبت به سال گذشته ۱۲۸ درصد جمع آوری معتادان را افزایش دهیم که محوریت آن نیز در محله های شوش، مولوی و هرنندی بود.

در دو ماهه سال قبل ۱۸۲۲ معتاد پذیرش شدند که در مدت مشابه امسال ۳۰۰۰ معتاد پذیرش شد که ۹۵ درصد رشد داشتیم. البته بعضی از معتادان نیز به دلیل داشتن بیماری های هپاتیت، ایدز و بیماری های صعب العلاج پذیرش نشدند و آنها را تحویل سامان سراهای شهرداری دادیم. تعداد کلی عملیات در دو ماهه اول سال گذشته ۱۸ هزار ۴۴۷ عملیات بود که در مدت مشابه امسال به ۲۱ هزار و ۷۷۴ عملیات رسید و ۱۸ درصد رشد داشته است. تعداد خودروهای توقیفی از ۹۸۷ به ۷۱۴ خودرو کاهش پیدا کرده و موتورسیکلت هم ۲۷ درصد کاهش داشته است و این نیز به این دلیل است که قاچاقچی ها به خاطر این که اموال را دور از دسترس قانون نگه دارند، کمتر از خودرو و وسایل شخصی استفاده می کنند؛ چراکه در درگیری ها و کشیفات ما ضبط می شود.

کدام محلات بیشترین فروش مواد مخدر را دارند؟

یک محله مشخص برای فروش مواد مخدر وجود ندارد و به صورت سیار در تمام محلات وجود دارد. از خانه، کارگاه، اطراف مدرسه، اطراف مناطق مسکونی و تجاری ما مواد مخدر کشف و ضبط کرده ایم. اما مبادی ۳۵ گانه ورودی تهران بیشترین کشف مواد مخدر را داشته است که با اقدامات عملیاتی و اطلاعاتی جلوی ورود این مواد مخدر را به استان تهران گرفته ایم.

سخن پایانی

آینده مواد مخدر در گرو کنترل سه حوزه است. اگر بتوانیم تحت پوشش اقدامات پیشگیرانه مانع از مصرف مواد مخدر جدید شویم، امکان ندارد با استفاده از قانون بتوانیم جای مواد را بگیریم. قانون هر چه قدر برای این مواد مجازات تعیین کند، قاچاقچیان با استفاده از علم شیمی و پیش سازها مواد جدید و خطرناک تری را تولید و به بازار عرضه می کنند. بحث دوم پولشویی است؛ الآن تمام ارزش فعالیت های مجرمانه به خاطر دسترسی به درآمدهای ناصواب است. اگر ما با سیستم های بانکی و مالی بتوانیم دسترسی به درآمدهای ناصواب این افراد داشته باشیم، می توانیم با کشف مواد به صورت دیگری با آنها برخورد کنیم. ما اگر یک قاچاقچی را دستگیر کنیم، پولش و نیروهایی که دارد، هم چنان در این بخش کار می کنند، ولی اگر پول یک قاچاقچی را بگیریم و ضبط کنیم، و جسمش آزاد باشد حتی زندان هم نرود هیچ کاری نمی تواند انجام دهد.

موضوع بعدی فضای مجازی و آینده خریدوفروش، دسترسی به مواد در فضای مجازی سهل تر و آسان تر شده است. به جای این که فضای مجازی را تهدیدی بدانیم، باید آن را تبدیل به فرصت کنیم و به جوانانمان آموزش های لازم را در حوزه مواد مخدر ارائه دهیم.

انتهای پیام/


