



دانشگاه علوم بهریتی و توانبخشی
پایگاه خبری اطلاع رسانی روابط عمومی



اخبار برگزیده رسانه های همگانی

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



به نام خدا

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

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

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

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

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

روابط عمومی دانشگاه



بیستمین مجموعه از اخبار برگزیده رسانه ها

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

از تاریخ ۲۵ مهر لغایت ۱ آبان ماه ۱۳۹۷

راهنمای استفاده از این مجموعه :

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

سردبیر مجموعه : فریبا نعیمی پور

مدیر مسئول : سیدمحمد موسوی خطاط

همکار : ندا قنبری

فهرست

اخبار «ویژه» : ۵

اعلام آمادگی وزارت بهداشت برای اجرای پایان نامه دانشجوی دانشگاه

علوم بهزیستی و توانبخشی در بیمارستان ها * ۵

تحقیقات نشان می دهد، فعالیت مداخله ای گفتاردرمانگران بر رفع

مشکلات بلع و تغذیه نوزادان نارس موثر است * ۶

فصلنامه علمی - پژوهشی "سالمند" دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

نیز در پایگاه علمی ISI نمایه شد ۷

"بانک خون" بیمارستان تخصصی توانبخشی "رفیده" به بهره برداری

رسید ۸

امتیازات و حقوق بیشتری را برای پرسنل بیمارستان روانپزشکی رازی

پیگیری می کنیم ۹

چهاردهمین اعزام تیم درمانی مرکز بسیج جامعه پزشکی دانشگاه علوم

بهزیستی و توانبخشی در سالجاری به مناطق محروم استان تهران

..... ۱۰

۳۰ هزار نفر طی شش ماهه اول امسال، از انواع خدمات مرکز درمانی -

توانبخشی "نظام مافی" بهره، بهره مند شدند ۱۰

اولین "کافه اندیشه" دانشجویان دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

برگزار شد * ۱۱

اخبار حوزه «توانبخشی» : ۱۳

نخستین مدرسه دانش آموزان دختر اُتِستیک افتتاح شد * ۱۳

شناسایی بیش از ۱۵ هزار کم بینا و نابینا در استان تهران * ۱۳

اخبار حوزه «سلامت روان» : ۱۵

۱۰۰ هزار بیمار روان تحت پوشش سازمان بهزیستی هستند ۱۵

حدود ۲۰ درصد موارد ابتلا به اوتیسم درمان پذیر هستند * ۱۵

ناگفته‌های طرح "ادغام شماره‌های امدادی"/تصنbat سازمانی، مهم‌ترین عامل‌کندی در اجرا.....۴۳

مؤسسات خیریه نقش زیادی در ارتقای سلامت روان دارند ۴۸

افزایش شمار بیماران روانی در مراکز شبانه‌روزی * ۴۹

کاهش ۷۰۰ هزار نفری تعداد معتادان نسبت به ۵ سال گذشته ۵۰

حاشیه‌نشینی یا حاشیه‌رانی؛ زخمی بر چهره شهرها+ عکس و فیلم۵۱

۱۷ درصد دانشجویان علوم پزشکی به افسردگی دچار هستند ۱۶

پیشگیری از خودکشی نیازمند آگاهی بخشی جامعه است ۱۷

تاثیر مواد غذایی نامناسب بر آشفتگی روانی ۲۰

خودکشی، نوعی آسیب روانی است/پرورش معنویت مانع بروز این آسیب است۲۴

اخبار حوزه «رفاه و سلامت اجتماعی»: ۲۶

رشد جمعیت سالمندان ۳ برابر نرخ افزایش موالید کشور است * ۲۶

شش مرکز پژوهشی مواد مخدر در کشور دایر است ۲۶

توجه به حقوق زنان نقش مهمی در ارتقای سلامت جامعه دارد ۲۷

۹۸ درصد جامعه از اعتیاد به مواد مخدر پاک هستند ۲۷

جمعیت سالمندی ایران ۳ برابر می شود * ۲۹

نان آوران کوچک؛ پیامد حاشیه نشینی شهرها ۳۰

ترمیم سرمایه اجتماعی، اولویت های پیش رو دولت ۳۱

پیامدهای بازماندگی از تحصیل کودکان بر وضعیت اجتماعی ایران۳۳

۳۱خانه سلامت به دختران فراری خدمات می دهند * ۳۵

فردا برای حل مشکلات کودکان کار دیر است ۳۷

به بهانه روز جهانی مبارزه با فقر۳۸

دلیل عدم دستیابی به دنیای بدون گرسنه/۶۰درصد گرسنگان زن هستند *۴۰

لزوم همفکری محققان در ارائه راهکارهای توانبخشی و بازتوانی شناختی۴۲

در آینده با چالش بزرگی در صندوقهای بازنشستگی مواجه خواهیم بود *۴۲

اخبار «ویژه»:

اعلام آمادگی وزارت بهداشت برای اجرای پایان نامه دانشجوی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی در بیمارستان ها *

رئیس اداره سلامت نوزادان وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی با حضور در جلسه دفاعیه پایان نامه یکی از دانشجویان دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، آمادگی وزارت بهداشت برای حمایت و اجرای این طرح پژوهشی را که روشی برای بهبود تغذیه نوزادان نارس در بخش های مراقبت های ویژه نوزادان در بیمارستان ها است، اعلام کرد.

به گزارش خبرنگار وب‌دای دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، " حدیثه قمی " دانشجوی مقطع کارشناسی ارشد رشته گفتاردرمانی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی با اجرای طرح پژوهشی " بررسی اثربخشی پروتکل مداخله حرکتی دهانی نوزادان نارس (PIOMI) بر پیشرفت تغذیه دهانی در نوزادان نارس با سن جنینی ۲۶ تا ۲۹ هفته " به عنوان پایان نامه خود، سبب بهبودی در بلع و تغذیه نوزادان نارس در بخش های مراقبت های ویژه نوزادان (NICU) بیمارستان های اکبرآبادی و آرش تهران و کاهش مدت بستری این نوزادان تا حدود ده روز در این بخش شد.

دکتر " حیدرزاده " رئیس اداره سلامت نوزادان وزارت بهداشت در جلسه دفاعیه این پایان نامه و پس از ارائه نتایج طرح ، در جمع اساتید راهنما، مشاور و داوران شرکت کننده در این جلسه ، گفت: اداره سلامت نوزادان وزارت بهداشت آمادگی دارد تا با همکاری محققان و متخصصان دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی ، پروتکل و دستورالعمل لازم برای اجرای روش و پروتکل بین المللی " مداخله حرکتی دهانی نوزادان نارس " (PIOMI) را برای اجرا در بخش های مراقبت های ویژه نوزادان (NICU) بیمارستان ها و زایشگاه های کشور ، تدوین کند و همچنین ، حمایت های لازم از برگزاری کارگاه های آموزشی برای مجریان این روش همچون گفتاردرمانگران یا پرستاران بخش های مراقبت های ویژه نوزادان و حتی مادران نوزادان نارس داشته باشد.

وی همچنین در گفت وگو با خبرنگار وب‌دای دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تاکید کرد: اجرای این روش مداخلاتی ، با توجه به حساس بودن شرایط نوزادان نارس و نقش تغذیه در بهبود شرایط ، رشد و تکامل این نوزادان ، بسیار موثر است و مهمترین حسن اجرای این تحقیق، بهبود تغذیه نوزادان نارس است که پس از تولد قادر به مکیدن و شیرخوردن نیستند و با توجه به اینکه بیش از ۶۰ درصد غذای سالم صرف رشد و تکامل مغز نوزادان می شود، اجرای این طرح پژوهشی کاربردی ، بسیار حائز اهمیت است.

وی با اشاره به اینکه برخی از نوزادان نارس فقط بخاطر شرایط حساس و عدم توانایی در مکیدن، در بخش مراقبت های ویژه نوزادان بیمارستان ها بستری می شوند، افزود: با اجرای روش و پروتکل مداخله حرکتی دهانی نوزادان نارس (PIOMI) ، در درجه اول ، مشکل بلع در این نوزادان بهبود یافته و در نتیجه ، مدت زمان بستری این نوزادان در بخش های مراقبت های ویژه بیمارستان ها تا میزان قابل توجهی کاهش می یابد که این موضوع نیز بنفع نوزاد می باشد.

دکتر حیدرزاده درعین حال تاکید کرد: با توجه به حساس بودن شرایط نوزادان نارس، ضروری است گفتاردرمانگرانی که با این نوزادان کار می کنند، حتما دوره آموزشی خاص اجرای این طرح را در قالب کارگاه یکی دو روزه بگذرانند تا با آموزش و کسب مهارت لازم ، هدف و تاثیرگذاری لازم حاصل شود.

" حدیثه قمی " محقق این طرح پژوهشی نیز در گفت وگو با خبرنگار وب‌دای دانشگاه گفت: با توجه به این که شیوع تولد و میزان زنده ماندن نوزادان نارس با سن جنینی کمتر از ۳۰ هفته در کشور افزایش یافته است، این مطالعه با هدف " بررسی اثربخشی پروتکل مداخله حرکتی دهانی نوزادان نارس (PIOMI) بر پیشرفت تغذیه دهانی در نوزادان نارس با سن جنینی ۲۶ تا ۲۹ هفته " انجام گرفت.

وی با اشاره به اینکه مطالعه حاضر با همکاری مشترک گروه آموزشی گفتاردرمانی و مرکز تحقیقات توانبخشی اعصاب اطفال دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی و با استفاده از پروتکل بین المللی پیومی (PIOMI) انجام شده، افزود: نتیجه این مطالعه نشان داد که مداخلات دهانی حرکتی زود هنگام در نوزادان نارس با سن جنینی زیر ۳۰ هفته و وزن پایین، می تواند کاهش مدت زمان انتقال تغذیه نوزاد از طریق گاوژ به تغذیه دهانی را سبب شود و در پی آن، کاهش معنی دار و چشمگیری در طول مدت بستری این نوزادان در بیمارستان ایجاد کند، بطوری که نوزادان دارای مداخلات دهانی حرکتی، ۵۳/۹ روز زودتر از نوزادان نارس دیگر از بیمارستان ترخیص شدند.

وی، جامعه مورد مطالعه را نوزادان نارس با سن جنینی ۲۶ تا ۲۹ هفته بستری در بخش های مراقبت-های ویژه بیمارستان-های اکبرآبادی و آرش معرفی کرد و گفت: نوزادان مورد مطالعه بصورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری " مداخله " و " مشاهده " قرار گرفتند و به گروه مداخله، تحریکات دهانی PIOMI طی ده روز ارائه شد و نوزادان گروه مشاهده، فقط از خدمات روتین پرستاری، استفاده -کردند. سپس شرایط نوزادان از نظر سن جنینی، وزن در زمان دستیابی به یک، چهار و هشت مرتبه تغذیه دهانی و زمان ترخیص از بیمارستان، مورد بررسی قرار گرفت.

وی افزود: براساس یافته های این پژوهش، مداخله با استفاده از پروتکل PIOMI برای این گروه سنی کاملاً قابل تحمل می-باشد. نتایج نشان می-دهد که مداخله منجر به دستیابی سریع-تر به تغذیه دهانی مستقل شد، بطوری که گروه مداخله، ۴۷/۱۳ روز زودتر از گروه نوزادان مشاهده، به تغذیه کاملاً دهانی دست یافت و در نتیجه، سبب ترخیص زودتر گروه مداخله نسبت به نوزادان گروه مشاهده بمیزان ۵۳/۹ روز از بیمارستان شد.

لازم به ذکر است، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی با ۲۲ گروه آموزشی تخصصی و هشت مرکز تحقیقات، به تعلیم و تربیت بیش از یک هزار و ۸۰۰ نیروی متخصص در رشته های خاص سه حوزه سلامت (رفاه و سلامت اجتماعی، سلامت روانی و توانبخشی) مانند رشته های " گفتاردرمانی، کاردرمانی، ارتوپدی فنی، ارگونومی، فیزیوتراپی، مددکاری اجتماعی، روانشناسی، مشاوره خانواده، سالمند شناسی و همچنین روانپزشکی، روانشناسی بالینی و پرستاری توانبخشی " می پردازد، که در برخی از این رشته ها به عنوان تنها برگزارکننده دوره های تحصیلات تکمیلی و PhD، و یا نخستین مجری این دوره ها در کشور و حتی کشورهای منطقه شناخته شده است.

دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تحت نظارت وزارت بهداشت و از طریق دو بیمارستان فوق تخصصی و دو مرکز تخصصی، انواع خدمات پزشکی - توانبخشی را به بیماران و نیازمندان ارائه می دهد. انتهای پیام /



مدیر گروه آموزشی گفتاردرمانی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی:

تحقیقات نشان می دهد، فعالیت مداخله ای گفتاردرمانگران بر رفع مشکلات بلع و تغذیه نوزادان نارس

موثر است *

مدیر گروه آموزشی گفتاردرمانی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی در پی اجرای پایان نامه یکی از دانشجویان مقطع کارشناسی ارشد رشته گفتاردرمانی این دانشگاه که سبب پیشرفت تغذیه دهانی در نوزادان نارس با سن جنینی ۲۶ تا ۲۹ هفته شده است، گفت: فعالیت مداخله ای آسیب شناسان گفتار و زبان، بر روی اختلالات مربوط به بلع و تغذیه نوزادان نارس، موثر است.

این طرح پژوهشی تحت عنوان " بررسی اثربخشی پروتکل مداخله حرکتی دهانی نوزادان نارس (PIOMI) بر پیشرفت تغذیه دهانی در نوزادان نارس با سن جنینی ۲۶ تا ۲۹ هفته "، توسط " حدیثه قمی " در قالب پایان نامه مقطع کارشناسی ارشد رشته گفتاردرمانی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی و با همکاری مشترک گروه آموزشی گفتاردرمانی و مرکز تحقیقات توانبخشی اعصاب اطفال این دانشگاه اجرا شده است.

دکتر " فریبا یادگاری " مدیر گروه گفتاردرمانی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی در گفت و گو با خبرنگار وبیاد دانشگاه ، در مورد نتایج این طرح تحقیقاتی افزود: در واقع ، گفتاردرمانگران علاوه بر رفع اختلالات رشد گفتار و زبان کودکان، ماموریت ویژه در رفع اختلالات بلع و تغذیه نوزادان نارس دارند.

این عضو هیات علمی دانشگاه اظهارداشت: گفتاردرمانگران آموزش دیده و ماهر می توانند با اجرای روش های لمس درمانی و ارتباطی برای نوزادان نارس ، باعث دستیابی زودتر این نوزادان به توانایی تغذیه مستقل شوند و با توجه به اینکه " تغذیه مستقل " یکی از شاخص های مهم در رشد و تکامل نوزادان نارس و ترخیص آنان از بخش های مراقبت های ویژه بیمارستان ها یا زایشگاه ها تلقی می شود، اجرای روش های مداخله ای گفتاردرمانگران برای نوزادان نارس ، بسیار حائز اهمیت است.

وی ادامه داد: ضمن آنکه ، دستیابی زودتر نوزاد به توانایی تغذیه مستقل و ترخیص زودتر او از بخش مراقبت های ویژه بیمارستان ، سبب " پیشگیری از سرایت احتمالی عفونت های بیمارستانی به نوزاد، کاهش استرس های ناشی از بستری در بخش مراقبت های ویژه ، برقراری آغوش مادر بطور شبانه روزی برای نوزاد و تقویت ارتباطات هیجانی و عاطفی بین نوزاد و مادر، و در نهایت ، کاهش هزینه های بستری برای خانواده ها و مراکز درمانی " می شود.

دکتر یادگاری به عنوان استاد راهنمای طرح پژوهشی ذکرشده نیز گفت: نتایج این تحقیق نشان داد که اجرای تمرینات لمس درمانی سبک ، باعث ایجاد استرس اضافه در نوزادان نارس مورد مطالعه نشده و روند وزن گیری آنان همانند روند وزن گیری نوزادان نارس دیگر ، پیش رفته است.

مدیر گروه آموزشی گفتاردرمانی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی همچنین در بیان دیگر مزایای اجرای مداخلات گفتاردرمانی در دوره نوزادی ، افزود: روش های مداخله زودهنگام برای تغذیه و بلع در دوره نوزادی می تواند روند رشد بعدی گفتار و زبان کودکان را تحت تاثیر قرار بدهد، چرا که کارکردهای تغذیه ای به عنوان پیش نیازهای رشد گفتار، تلقی می شوند. گفتنی است که طرح تحقیقاتی مورد اشاره دکتر یادگاری که در قالب پایان نامه اجرا شد، با بالاترین نمره (۲۰)، مورد قبول هیات داوران دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی قرار گرفت.

دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی با ۲۲ گروه آموزشی تخصصی و هشت مرکز تحقیقات، به تعلیم و تربیت بیش از یک هزار و ۸۰۰ نیروی متخصص در رشته های خاص سه حوزه سلامت (توانبخشی ، رفاه و سلامت اجتماعی، سلامت روانی) می پردازد، که ۶۰ درصد آنان در مقاطع تحصیلات تکمیلی اشتغال دارند ، چرا که دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی در برخی از رشته ها به عنوان تنها برگزارکننده دوره های تحصیلات تکمیلی، و یا نخستین مجری این دوره ها در کشور و حتی کشورهای منطقه شناخته شده است. انتهای پیام /



فصلنامه علمی - پژوهشی " سالمند " دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی نیز در پایگاه علمی ISI نمایه شد

فصلنامه علمی - پژوهشی " سالمند " دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی به عنوان اولین و برترین مجله تخصصی حوزه طب سالمندی کشور و از برترین مجلات منطقه خاورمیانه، در پایگاه علمی بین المللی ISI نمایه شد.

دکتر " گیتا موللی " مدیر اطلاع رسانی پزشکی و انتشارات دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی با اعلام این خبر به خبرنگار وبیاد دانشگاه ، گفت: مجله " سالمند " از سال ۱۳۸۵ انتشار خود را آغاز کرده و تاکنون سیزده دوره و پنجاه شماره انتشار داشته است.

بگفته وی ، این مجله تخصصی حوزه طب سالمندی که از نظر دریافت تعداد استنادات، بهترین نشریه دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی محسوب می شود ، به استناد مصوبه جلسه ۷۸ کمیسیون نشریات علوم پزشکی کشور در زمره نشریات علمی پژوهشی کشور قرار دارد و از پتانسیل بسیار خوب برای ارتقای شاخص های علم سنجی برخوردار است.

دکتر موللی افزود: طی سالهای اخیر، ضمن اجرای برنامه های اصلاحی مجله سالمند ، درخواست نمایه شدن مجله برای پایگاه های علمی معتبر بین المللی " وی آو ساینس و اسکوپوس " ارسال شد که خوشبختانه این مجله علمی - پژوهشی ابتدا در اسکوپوس و سپس در وی او ساینس پذیرفته شد.

مدیر انتشارات دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی ادامه داد: این فصلنامه تاکنون در پایگاه های HSC ، SID ، IMEMR ، IranMedex و Index Copernicus نیز نمایه شده است.

گفتنی است که پست الکترونیکی ، وب سایت اختصاصی مجله سالمند و لینک مجله در scopus و Web of Science ISI-ESCI به آدرس های ذیل ، در دسترس علاقه مندان می باشد.

پست الکترونیکی salmandj@uswr.ac.ir

وب سایت اختصاصی http://salmandj.uswr.ac.ir

لینک مجله در scopus

لینک مجله در ISI-ESCI Web of Science

انتهای پیام /



"بانک خون" بیمارستان تخصصی توانبخشی "رفیده" به بهره برداری رسید



"بانک خون" بیمارستان تخصصی توانبخشی "رفیده" وابسته به دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی ، طی مراسمی با حضور رئیس ، مدیران و جمعی از کارکنان این مرکز درمانی - توانبخشی، به بهره برداری رسید.

دکتر "الهه کیهانی" دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی و مسئول بانک خون بیمارستان توانبخشی رفیده در گفت و گو با خبرنگار وبداي دانشگاه ، گفت: پس از حدود دو سال تلاش نیروهای آزمایشگاه بیمارستان و با همراهی و مساعدت مسئولان بیمارستان و دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، مجوز و کد بانک خون دریافت شد.

وی افزود: طی این مدت ، برنامه ی "همو ویژیلانس" یا مراقبت از خون نیز مانند "آماده سازی فضا ، خرید تجهیزات ، آموزش پرسنل بانک خون و حاملین خون" در دستور کار راه اندازی بانک خون بود که در قالب آموزش کارگاهی جهت پزشکان و پرستاران بیمارستان ، اجرا شد.

دکتر کیهانی تصریح کرد: بانک خون از الزامات بیمارستانی است. خصوصا بیمارستانهایی مثل بیمارستان توانبخشی "رفیده" که مجهز به دو اتاق عمل فعال بوده و جراحی هایی مانند جراحی لگن را در برنامه ی کاری خود دارد.

وی توضیح داد که خون در بانک خون مرکزی سازمان انتقال خون از داوطلبان حائز شرایط دریافت می شود، و پس از آزمایش و تعیین گروه خونی ، بعضا به فرآورده های مورد نیاز بیماران مانند گلبول قرمز متراکم، پلاسمای تازه یخ زده و کرایو ، پلاکت و فاکتورهای انعقادی ، فرآوری می شود.

مسئول بانک خون بیمارستان توانبخشی رفیده افزود: سپس خون و فرآورده های بدست آمده از خون های اهدایی ، مطابق درخواست مراکز وابسته (بانک های خون مستقر در بیمارستانها) و با روش حمل مناسب و استاندارد ، برای تأمین نیاز بیماران ، به مراکز درمانی ارسال می شود.

دکتر کیهانی تاکید کرد: در واقع ، "بانک خون" در بیمارستان ها ، محل نگهداری خون های اهدا شده و فرآورده های تهیه شده از خون اهداکنندگان است و بانک های خون بیمارستانی وظیفه ی تعیین گروه گیرنده ، سفارش و تهیه ی خون از سازمان انتقال خون، تعیین گروه خون ارسالی و انجام آزمایش غربالگری آنتی بادی را دارند.

وی افزود: خون و فرآورده های خونی آماده و رزرو شده ، با توجه به شرایط نوع فرآورده ، در بانک خون نگهداری می شود تا

در صورت نیاز بیمار طبق شرایط استاندارد به بخش ها یا اتاق عمل تحویل شده و به بیمار تزریق شود.

" سید مهدی محسن زاده " مدیر بیمارستان توانبخشی رفیده نیز در خصوص بانک خون این بیمارستان به خبرنگار وبداي دانشگاه گفت: تاسیس و راه اندازی این بانک خون که با پیشرفته ترین دستگاه ها و امکانات تجهیز شده است، با حدود یک صد میلیون تومان (یک میلیارد ریال) اعتبار از سوی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی انجام شده است.

وی با اشاره به اینکه بانک خون بیمارستان توانبخشی رفیده، دارای تمامی استاندارد های لازم است، افزود: با تلاش همکاران آزمایشگاه بیمارستان، فعالیت این بانک خون بصورت شبانه روزی است و کاملاً نیاز بیمارستان رفیده و حتی مازاد بر آن را رفع می کند.

لازم به ذکر است، بیمارستان تخصصی توانبخشی " رفیده " از جمله چهار مرکز درمانی - توانبخشی تحت پوشش دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی است که انواع خدمات پزشکی و توانبخشی را به بیماران و نیازمندان ارائه می دهد. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تحت نظارت وزارت بهداشت، با ۲۲ گروه آموزشی تخصصی و هشت مرکز تحقیقات، به تعلیم و تربیت بیش از یک هزار و ۸۰۰ نیروی متخصص در حوزه های " رفاه و سلامت اجتماعی، سلامت روانی و توانبخشی " می پردازد.

اعضای هیات علمی و متخصصان رشته های پزشکی و توانبخشی این دانشگاه مانند " کاردرمانی، گفتاردرمانی، ارتوپدی فنی، ارگونومی، فیزیوتراپی، مددکاری اجتماعی، روانشناسی، مشاوره خانواده، سالمند شناسی و همچنین روانپزشکی، روانشناسی بالینی و پرستاری توانبخشی " از طریق دو بیمارستان تخصصی و دو کلینیک پزشکی - توانبخشی، انواع خدمات حوزه فعالیت خود را به بیماران و نیازمندان ارائه می دهند.



فرماندار ویژه شهری:



امتیازات و حقوق بیشتری را برای پرسنل بیمارستان روانپزشکی رازی پیگیری می کنیم

فرماندار ویژه شهری با اشاره به اینکه بیمارستان روانپزشکی رازی بزرگترین بیمارستان خاورمیانه و با ۱۰۰ سال قدمت است، گفت: کار در این بیمارستان سخت است و برای پرسنل این بیمارستان به دنبال افزایش حقوق و مزایا هستیم. به گزارش خبرنگار وبداي دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، "هدایت الله جمالی پور" فرماندار شهری در جریان دیدار با رئیس دانشگاه علوم بهزیستی در بیمارستان روانپزشکی رازی افزود: کار و تلاش در مجموعه بیمارستان روانپزشکی رازی که یکی از بزرگترین بیمارستان های خاورمیانه محسوب می شود، بسیار سخت و در عین حال ارزشمند است. پرسنل این بیمارستان از روی عشق به خدمت و احساس وظیفه، فعالیت می کنند.

فرماندار شهری با بیان اینکه مشاغل این بیمارستان باید جزو مشاغل ویژه تعریف شوند، تاکید کرد: باید با کمک سازمان امور استخدامی کشور، امتیازات ویژه ای برای پرسنل زحمت کش بیمارستان روانپزشکی رازی فراهم کنیم. پرسنل این بیمارستان با توجه به شرایط خاصی که دارند باید مزایا و حقوق بیشتری دریافت کنند.

جمالی پور تصریح کرد: برای بهبود شرایط بیمارستان پیشنهاد می دهیم تا هیات امنای خیران بیمارستان تشکیل شود، اعضای هیات امنای متشکل از ریاست دانشگاه، فرماندار، شهردار منطقه، امام جمعه و دیگر افراد ذیربط باشد. در این زمینه کمک های لازم را ارائه می کنیم.

معاون استاندار تهران گفت: باید دستگاه های ملی مانند سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور و دیگر سازمان ها پای کار بیایند. با دیوان محاسبات کشور مکاتبه می کنیم تا از مالیات بر ارزش افزوده و مطالبات آلودگی هوا، منابعی را برای بیمارستان ۱۰۰ ساله روانپزشکی رازی در نظر بگیرند.

جمالی پور افزود: برای بهره‌برداری از بیمارستان جدیدی که یکی از خیران احداث کرده، آمادگی داریم. فرماندار شهری همچنین از دستور ویژه به مدیرعامل سیمان تهران برای تامین مصالح مورد نیاز ساخت دیوار شمالی بیمارستان خبر داد و افزود: برای دیوار کشی ضلع شمالی بیمارستان دستور لازم صادر خواهد شد.

دکتر "امیرمسعود عرب" رئیس دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی نیز در این دیدار با اشاره به فرارسیدن یکصدمین سالگرد تاسیس بیمارستان رازی گفت: ویژه برنامه‌هایی در این زمینه در دست طراحی است. که متعاقباً اطلاع‌رسانی خواهد شد. وی افزود: یک بیمارستان توانبخشی ۱۰ هزار مترمربعی با ۱۵۰ تخت توسط یکی از خیران در بیمارستان روان‌پزشکی احداث شده و آماده بهره‌برداری است که می‌تواند به ساکنان جنوب استان تهران خدمات توانبخشی ارائه دهد. دکتر عرب تصریح کرد: رسالت دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی کمک به حل مشکلات توانبخشی کشور است، این بیمارستان علاوه بر سلامت روان می‌تواند در زمینه خدمات توانبخشی نیز اثربخش باشد. امیدوارم با عنایت و کمک فرمانداری بتوانیم این مجموعه جدید را هرچه سریعتر به بهره‌برداری برسانیم. انتهای پیام /



چهاردهمین اعزام تیم درمانی مرکز بسیج جامعه پزشکی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی در سالجاری به مناطق محروم استان تهران



مدیر اجرایی مرکز بسیج جامعه پزشکی و دبیر طرح بهداشتی، درمانی شهید دکتر رهنمون در دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی از چهاردهمین اعزام تیم درمانی مرکز بسیج جامعه پزشکی این دانشگاه در سالجاری به مناطق محروم استان تهران خبر داد.

به گزارش ویدای دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، "مهدی محمدپناه" در این خصوص افزود: تیم درمانی کانون بسیج جامعه پزشکی مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی رازی، چهارشنبه ۲۵ مهرماه ماه در راستای طرح شهید دکتر رهنمون و ارائه خدمات درمانی رایگان، به محله صالح آباد شرقی از توابع شهری اعزام و به شهروندان این محله خدمات رایگان پزشکی و مشاوره ای ارائه دادند.

محمدپناه همچنین افزود: در این طرح جهادی، پزشک عمومی، تیم پرستاری، تیم مشاوره و روانشناسی، کارشناس کاردرمانی و کارشناس مامائی به بیش از ۱۰۰ نفر از اهالی منطقه خدمات رایگان درمانی و مشاوره ای ارائه نمودند.

مدیر اجرایی مرکز بسیج جامعه پزشکی دانشگاه همچنین افزود: از شروع سال جاری تا کنون ۲۸ تیم پزشکی و توانبخشی در ۱۴ نوبت به مناطق محروم و کم برخوردار مشخص شده استان تهران اعزام و به بیش از چهار هزار نفر خدمات رایگان درمانی و مشاوره ای ارائه شده است. انتهای پیام /



۳۰ هزار نفر طی شش ماهه اول امسال، از انواع خدمات مرکز درمانی - توانبخشی "نظام مافی" بهره‌مند شدند



مرکز درمانی - توانبخشی "نظام مافی"، طی شش ماهه اول امسال، ۹۰ هزار انواع خدمات پزشکی - توانبخشی را به حدود ۳۰ هزار بیمار و نیازمند به این خدمات ارائه داد.

به گزارش خبرنگار ویدای دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، این مطلب طی گزارش ارائه شده از فعالیت مرکز درمانی -

توانبخشی نظام مافی و در دیدار رئیس دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی با خانواده مرحوم دکتر نظام مافی و مسئولان موقوفه نظام مافی بیان شد.

براساس گزارش ارائه شده، مرکز درمانی - توانبخشی نظام مافی وابسته به دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، ماهانه ۱۵ هزار انواع خدمات پزشکی - توانبخشی را به بیماران و نیازمندان ارائه کرده است.

دکتر "امیرمسعود عرب" رئیس دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی در این دیدار که معاون درمان، مدیر توانبخشی و مدیر اقتصاد در درمان دانشگاه نیز حضور داشتند، بر پتانسیل علمی دانشگاه جهت گسترش خدمات مورد نیاز بویژه آموزش مردم در زمینه پیشگیری از آسیب های اجتماعی، تاکید کرد.

وی ضمن بیان برنامه های دانشگاه برای گسترش خدمات مرکز درمانی - توانبخشی نظام مافی، ایجاد پایگاه تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت (SDH) در این مرکز را از برنامه های دانشگاه برای گسترش خدمات در مرکز نظام مافی ذکر کرد.

دکتر "ضیایی" وکیل موقوفه نظام مافی نیز در این دیدار، از مسئولان دانشگاه و مرکز درمانی - توانبخشی نظام مافی بابت فعالیت ارزشمند متخصصان، کارشناسان و کارکنان این مرکز قدردانی کرد و خواستار گسترش خدمات عمومی مشاوره و سخنرانی های آموزشی هفتگی مرکز در زمینه آسیب های اجتماعی شد.

گفتنی است، مرکز پزشکی - توانبخشی نظام مافی، از مراکز درمانی تحت پوشش دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی است که بهمن ماه سال ۹۴ پس از واگذاری ساختمان موقوفه نظام مافی در منطقه غرب تهران به دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی و تجهیز و بکارگیری متخصصان، کارشناسان و کارکنان از سوی دانشگاه، راه اندازی شد.

این مرکز، که با هدف خدمت رسانی پزشکی و توانبخشی به اقشار مختلف جامعه راه اندازی شده، انواع خدمات تخصصی توانبخشی همچون خدمات فیزیوتراپی، کاردرمانی، ارتوپدی فنی، گفتاردرمانی، بینایی سنجی، روانشناسی و مشاوره، و خدمات تخصصی پزشکی مانند قلب و عروق، داخلی، اورولوژی، نورولوژی، دندانپزشکی، زنان و زایمان، کودکان، مغز و اعصاب، روانپزشکی و پزشکی عمومی را ارائه می دهد.

دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی با ۲۲ گروه آموزشی و هشت مرکز تحقیقات در سه حوزه سلامت (رفاه و سلامت اجتماعی، سلامت روانی و توانبخشی) نسبت به تربیت نیروی متخصص در رشته های تخصصی همچون "روانپزشکی، روانشناسی، پرستاری توانبخشی، مددکاری اجتماعی، مشاوره و روانشناسی بالینی، مدیریت رفاه و سلامت اجتماعی، فیزیوتراپی، کاردرمانی، ارتوپدی فنی، ارگونومی، گفتاردرمانی، سالمندشناسی، رشد و پرورش کودکان پیش از دبستان، سلامت در حوادث و بلایا و ... اقدام می کند.

دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تحت نظارت وزارت بهداشت و از طریق دو بیمارستان تخصصی توانبخشی رفیده و روانپزشکی رازی و دو مرکز پزشکی - توانبخشی اسماء و نظام مافی، و بکارگیری توان علمی و تخصصی اعضای هیات علمی که از متخصصان بنام کشور هستند، انواع خدمات حیطه فعالیت خود را به بیماران و نیازمندان ارائه می دهد.



اولین "کافه اندیشه" دانشجویان دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی برگزار شد *



اولین نشست دانشجویی "کافه اندیشه" در سالن دکتر شاملو دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی برگزار شد.

به گزارش خبرنگار وبدا دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، دکتر "نصرت آبادی" عضو هیات علمی گروه روانشناسی دانشگاه در این نشست که با موضوع "تفکر انتقادی" و با حضور مسئول دفتر نهاد رهبری در دانشگاه، معاون دانشجویی فرهنگی، مدیر امور دانشجویی و جمعی از دانشجویان برگزار شد، گفت: تفکر انتقادی تلاش برای ایجاد ارزشیابی های منطقی و قابل اطمینان است تا ببینیم، چه چیزی را می توانیم منطقی باور کنیم و چه چیز را نمی توانیم.

وی افزود: تفکر نقادانه ، موضوع اساسی است که باید در موضوع مهارت‌های زندگی و در سیستم آموزش و پرورش به تمام افراد آموخته شود که بنابر ضرورت به تازگی در این عرصه گام هایی برداشته شده است .

نصرت آبادی تصریح کرد: تفکر انتقادی یک فرایند شناختی فعال، هدفمند و سازماندهی شده است که حاصل آن نتیجه درست نیست بلکه فرایند درست در تصمیم گیری است و اگر دانشجویان با آن آشنا و آن را بیاموزند، شاهد پرسشگری مناسب و رشد و شکوفایی عرصه های علمی و رضایتمندی فردی و اجتماعی خواهند بود.

وی با اشاره به مسایل پیرامون موضوع تفکر انتقادی مانند عوامل ضعف و موانع تفکر انتقادی و راهکار های پرورش تفکر انتقادی ، افزود: در راستای تفکر انتقادی باید بدنبال راهکار موثر باشیم و اگر تفکر انتقادی در جامعه دانشگاهی و تک تک دانشجویان نهادینه شود، این قشر عظیم بعد از فارغ التحصیلی گنگ و مبهم نخواهند بود و بدون وابستگی به هیچ سیستمی در کارافزینی، اشتغال و رفع مشکلات کشور سهیم خواهند شد و جامعه در عرصه های علم و فناوری در سطوح جهانی صاحب نام خواهد بود.

نصرت آبادی بیان کرد: در جامعه اقتصادی کنونی دانشجویان با راه اندازی استارت آپ ها و تکیه بر اقتصاد دانش بنیان می توانند در عرصه های علمی ایفای نقش کنند که گام اول این فعالیت ها آموختن تفکر انتقادی است و این آموزش فرد را در مراحل اجتماعی و خانوادگی نیز رشد خواهد داد.

وی در پایان سخنانش، ارائه پرسشنامه تفکر نقادی و کارگاه کاربردی تفکر انتقادی را به جلسه دوم کافه اندیشه در روز سه شنبه اول آبان ماه از ساعت ۱۳ تا ۱۵ در سالن شاملو، موکول کرد.



اخبار حوزه «توانبخشی»:



نخستین مدرسه دانش آموزان دختر اُتِستیک افتتاح شد *

تهران- ایرنا- نخستین مدرسه دانش آموزان دختر اُتِستیک (دارای اختلالات عصبی) با نام «فرشتگان آسمانی» در منطقه ۲ پایتخت با حضور معاون سازمان آموزش و پرورش استثنایی افتتاح شد.

به گزارش روز سه شنبه خبرنگار ایرنا، این آیین با حضور محسن غفوریان معاون برنامه ریزی آموزشی و توانبخشی سازمان آموزش و پرورش استثنایی، عباسعلی باقری مدیرکل آموزش و پرورش و شهناز کریمی رییس آموزش و پرورش استثنایی شهر تهران برگزار شد.

اُتِسم به اختلالات عصبی شناختی گفته می شود که مبتلایان را از روابط اجتماعی دور می سازد و تخیل، تفکر و تکلم آنان را دچار اختلال می کند.

مدرسه فرشتگان آسمانی در مقاطع تحصیلی پیش دبستانی، دبستان و متوسطه فعالیت می کند و در زمان حاضر ۴۰ دانش آموز در مقاطع پیش دبستانی و دبستان در این مدرسه تحصیل می کنند.

دانش آموزان دختر اُتِستیک پیش از این مدرسه ای به صورت مستقل نداشتند و کلاس های درس آنان به صورت ضمیمه در مدرسه ای خاص دانش آموزان ناشنوا در منطقه ۲ برگزار می شد که امسال مدرسه ای ویژه برای دانش آموزان دختر اُتِستیک اختصاص داده شد.

مدرسه فرشتگان آسمانی شامل ۱۰ کلاس درس، اتاق های تکنولوژی آموزشی، بازی، بخش هایی مربوط به گفتاردرمانی، شنوایی سنجی و سالن کنفرانس است.

در کشور دو هزار و ۱۰۰ و در شهر تهران ۵۰۰ دانش آموز اُتِستیک تحصیل می کنند که آمار دانش آموزان پسر اُتِستیک نسبت به دختران بیشتر و ۶ مدرسه در تهران به این دانش آموزان اختصاص داده شده است.

امسال پنج هزار و ۴۰۰ دانش آموز در تهران با نیازهای ویژه در گروه های آسیب دیده بینایی، شنوایی، کم توان ذهنی، جسمی- حرکتی، اُتِسم و چند معلولیتی در ۵۲ مدرسه و مرکز استثنایی تحصیل می کنند.

پنج مرکز مشکلات ویژه یادگیری و یک کانون فرهنگی تربیتی نیز به دانش آموزان با نیازهای ویژه خدمت رسانی می کنند. انتهای پیام *



مدیرکل بهزیستی استان تهران خبر داد



شناسایی بیش از ۱۵ هزار کم بینا و نابینا در استان تهران *

مدیرکل بهزیستی استان تهران از آغاز اجرای طرح غربالگری بینایی کودکان از ابتدای آبان ماه در پایگاه های دائم و سیار بهزیستی استان تهران خبر داد و گفت: اجرای این طرح تا پایان آذر ادامه خواهد داشت.

به گزارش ایسنا، داریوش بیات نژاد با اشاره به آغاز طرح پیشگیری از تنبلی چشم و سایر اختلال های بینایی گفت: طرح غربالگری و پیشگیری از تنبلی چشم ۲۲ سال است که اجرایی می شود، این طرح اثرات مثبتی را برای پیشگیری از نابینایی و کم بینایی کودکان داشته است.

وی با تاکید بر اهمیت اقدامات پیشگیرانه در بروز معلولیت‌ها اظهار کرد: اجرای برنامه کشوری پیشگیری از تنبلی چشم و سایر اختلالات بیماری از این دست برنامه‌ها است. طرح پیشگیری از تنبلی چشم با هزینه‌های بسیار کم انجام می‌شود و سازمان بهزیستی از خانواده‌های بی‌بضاعت نیز هزینه‌ای را دریافت نمی‌کند.

مدیرکل بهزیستی استان تهران با اشاره به اینکه براساس آمارها بیش از یک میلیون نفر از جمعیت کشور از کم‌بینایی و نابینایی رنج می‌برند، تصریح کرد: انجام چنین طرح‌هایی در کشور می‌تواند از معلولیت‌های نابینایی و کم‌بینایی جلوگیری کند.

در حال حاضر بیش از ۱۵ هزار و ۳۰۰ نفر از معلولان شناسایی شده در بهزیستی استان تهران افراد کم‌بینا و نابینا هستند و بخش عمده‌ای از اعتبارات سازمان بهزیستی در حوزه توانبخشی به این افراد اختصاص پیدا می‌کند و ما می‌توانیم با اطلاع‌رسانی و آگاهی‌بخشی به موقع به خانواده‌ها از بروز معلولیت‌های نابینایی و کم‌بینایی و همچنین تنبلی چشم کودکان جلوگیری کنیم.

وی از آغاز اجرای این طرح از ابتدای آبان ماه در پایگاه‌های دائم و سیار بهزیستی استان تهران خبر داد و گفت: اجرای این طرح تا پایان آذر ادامه خواهد داشت. در طرح برنامه کشوری پیشگیری از تنبلی چشم و سایر اختلال‌های بینایی همکاری خوبی بین دستگاه‌ها از جمله آموزش و پرورش، پایگاه‌های بسیج، مساجد، فرهنگسراهای شهرداری و مهدهای قرآنی برقرار است و امیدواریم ما امسال بتوانیم پوشش صددرصدی را در طرح اشاره شده داشته باشیم.

بیات‌نژاد افزود: خانواده‌ها می‌توانند با برقراری تماس با شماره ۷۸۲۴۵۶۲۰ اطلاعات لازم را از پایگاه‌های اجرای طرح داشته باشند ضمن اینکه سامانه پیامک (۲۰۰۰۱۴۸) پیش‌بینی شده که اطلاعات لازم را در این بخش به خانواده‌ها ارائه می‌کند. انتهای پیام



اخبار حوزه «سلامت روان»:

۱۰۰ هزار بیمار روان تحت پوشش سازمان بهزیستی هستند



تهران - ایرنا - معاون امور توانبخشی سازمان بهزیستی کشور گفت: سازمان بهزیستی به ۱۰۰ هزار نفر مبتلا به بیماری های روان خدمات ارائه می دهد و مراکز غیردولتی نیز در این زمینه با این سازمان همکاری دارند.

به گزارش ایرنا از سازمان بهزیستی، حسین نحوی نژاد روز شنبه افزود: ابتلای یک فرد به بیماری های روان، تهدید، عدم آسایش و سلامت خانواده خود را می تواند به همراه داشته باشد و این فشار و استرس، مراقبین و اطرافیان یک فرد بیمار را در معرض خطر بالای ابتلا به افسردگی، اضطراب و مشکلات جدی قرار می دهد.

وی ادامه داد: شرایط اقتصادی امروز عاملی برای ارجاع فرد بیمار روان از سوی خانواده اش به مراکز بهزیستی است و در چنین شرایطی نیاز به مراکز نگهداری بیماران و سالمندان روز به روز افزایش می یابد.

معاون امور توانبخشی سازمان بهزیستی کشور تاکید کرد: در مورد مسائل و معضلات بیماران روان باید از سیاسی کاری دوری و با ایجاد پویایی منسجم به حل مسائل و مشکلات آنها توجه کنیم.

نحوی نژاد گفت: یکی از عوامل مهم و تاثیرگذار در بروز مشکلاتی که در حوزه سلامت روان رخ داده است، تغییر در شرایط فکری و روانی جامعه امروزی است؛ سلامت روانی همان سلامت فکر و قدرت سازگاری فرد با محیط و اطرافیان است که انسان در مواجهه با چالش ها و مشکلات روزمره بر اساس ویژگی های روانی خود با آنها برخورد می کند.

نحوی نژاد یادآور شد: شعار سال ۲۰۱۸ برای سلامت روان، «تمرکز بر سلامت روان جوانان در جهان» تعیین شده است. انتهای پیام *



حدود ۲۰ درصد موارد ابتلا به اوتیسم درمان پذیر هستند *



تهران - ایرنا - دبیر علمی کنگره سالانه انجمن علمی روانپزشکان ایران گفت: بین ۱۰ تا ۲۰ درصد کودکان مبتلا به اوتیسم اگر به درمان جواب بدهند ممکن است که دیگر در طیف این بیماران قرار نگیرند و درمان پذیر باشند.

به گزارش خبرنگار اجتماعی ایرنا، دکتر کتایون رازجویان روز پنجشنبه در حاشیه سی و پنجمین کنگره سالیانه انجمن علمی روانپزشکان ایران در جمع خبرنگاران افزود: با توجه به اینکه پیشگیری می تواند از افزایش تعداد مبتلایان به اختلالات اوتیسمی بکاهد، می توان با پیشگیری و درمان به موقع بخشی از مشکلات آنان را حل کرد.

وی تصریح کرد: براساس اعلام سازمان بهداشت جهانی تا چندین سال گذشته ۷۰ درصد کودکان دارای اختلال اوتیسم درگیر این بیماری می شدند اما اکنون این رقم به ۳۰ درصد کاهش یافته است چون اکنون مراحل رفتار درمانی، گفتار درمانی و توانبخشی برای این افراد بیشتر شده است.

وی اظهار داشت: یکی از مسائل مهم و مطرح در جامعه اختلال اوتیسم است که براساس اعلام آمارهای جهانی به ازای هر ۱۵۰ هزار نفر یک نفر از کودکان به اوتیسم مبتلا هستند که طبق آمار وزارت بهداشت این آمار در ایران هم صدق می کند. این یک انفجار است.

وی تصریح کرد: ممکن است تعداد زیادی از کودکان در این زمینه درگیر باشند اما اینکه هنوز علت اختلال اوتیسم مشخص نیست، یک مشکل است. البته برخی علت ها شامل کلام نداشتن بچه ها، مشکلات رفتاری و اینکه از هوششان استفاده نمی کنند، می تواند از علائم این بیماری باشد. اما اینکه آمار بیشتر شده هنوز دلیلش معلوم نیست. رازجویان با بیان اینکه با بروز این

اختلال اکنون وزارت بهداشت، وزارت آموزش و پرورش، بهزیستی و چندین دستگاه دیگر درگیر هستند، افزود: اوتیسم اختلالی است که در برخی مواقع از ابتدا با کودکان است، برخی بچه ها علامت هایی دارند. اما با درمان و گفتار درمانی و توانبخشی می توان آنها را برای ورود به اجتماع آماده کرد.

وی که روانپزشک کودک و نوجوان است، گفت: به همین منظور سند ملی برای این موضوع تدوین شده است چون معتقدیم درمانی این کودکان کار تیمی را می طلبد اما معتقدیم پیشگیری از همه مسائل مهمتر است.

وی با بیان اینکه متأسفانه هنوز علت بروز این اختلال ناشناخته است، خاطرنشان کرد: اما مساله ارثی بودن در این افراد بسیار موثر است چون در برخی از افراد مبتلا به اختلال اوتیسم در میان اعضای خانواده افراد دیگر مبتلا را هم دارند.

عضو هیات علمی دانشگاه شهید بهشتی شروع اختلال اوتیسم را از یکسالگی بیان کرد و افزود: این افراد ارتباط غیرکلامی ضعیفی دارند، ممکن است اختلالات حرکتی یا حسی داشته باشند و بازی های دو طرفه آنها محدود است. ممکن است حتی برخی از کودکان با اختلال اوتیسم وسواس و رفتارهای کلیشه ای و تکراری هم داشته باشند.

مریم رسولیان رئیس انجمن علمی روانپزشکان ایران نیز اظهار داشت: این گونه همایش ها و کنگره ها می تواند به تعمیق و توسعه علم کمک کند و امیدواریم اجتماع روانپزشکان، جامعه روانپزشکی پویایی رو شکل دهند.

وی تصریح کرد: امسال ۲۵ پنل تخصصی با مسائل مربوط به حوزه روانپزشکی در این کنگره چهار روزه ارائه می شود. البته ارائه سخنرانی و پوستر از دیگر برنامه های این کنگره است.

سی و پنجمین کنگره سالیانه انجمن علمی روانپزشکان ایران امروز پنجشنبه به مدت چهار روز در محل بیمارستان میلاد تهران در حال برگزاری است. انتهای پیام *



معاون دانشجویی وزیر بهداشت در گفت و گو با ایرنا :



۱۷ درصد دانشجویان علوم پزشکی به افسردگی دچار هستند

تهران- ایرنا- معاون فرهنگی و دانشجویی وزارت بهداشت گفت: میزان شیوع افسردگی و آسیب های اجتماعی در جامعه ۲۳ درصد و در بین دانشجویان دانشگاه های علوم پزشکی حدود ۱۷ درصد و کمتر از میانگین جامعه است.

محمد رضا فراهانی روز سه شنبه در گفت و گو با خبرنگار سلامت ایرنا درباره وضعیت سلامت روان دانشجویان پزشکی افزود: پایش ها در زمینه سلامت دانشجویان علوم پزشکی در اوایل سال تحصیلی در دانشگاه های علوم پزشکی مختلف آغاز می شود و بر اساس این پایش ها، دانشجویانی که اختلالات روانشناسی داشته باشند شناسایی می شوند.

وی افزود: آمارهایی درباره وجود ۳۰ درصد افسردگی در دانشجویان دانشگاه های علوم پزشکی وجود دارد که اشتباه است اما آمارهایی که درباره آسیب های اجتماعی در خصوص دانشجویان پزشکی وجود دارد از میانگین جامعه پایین تر است. این تفاوت معنادار به این علت است که طی ۲۰ سال اخیر در دانشگاه های علوم پزشکی دفاتر مشاوره برای رصد آسیب های اجتماعی وجود دارد که این مشکلات را رصد کرده و مداخله می کنند.

فراهانی درباره این مداخلات اظهار داشت: تست های غربالگری در این دفاتر انجام شده و با دانشجویانی که مشکل یا اختلال روانشناسی، سلامت روان، اعتیاد یا افت تحصیلی داشته باشند، مشاوره می شود. این بررسی ها نتیجه مثبتی داشته و به طور مثال درباره درصد افسردگی جامعه عدد ۲۳ درصد گفته می شود که این میزان به صورت میانگین در تمام دانشگاه های علوم پزشکی ۱۷ درصد است. معاون فرهنگی و دانشجویی وزارت بهداشت گفت: در حال حاضر نیز دانشگاه های علوم پزشکی این تست های غربالگری را انجام می دهند و بعد از مشاوره و غیره، تقریباً تا اواسط آذر یا دی نتایج سلامت روان دانشجویان علوم پزشکی اعلام می شود. انتهای پیام *



پیشگیری از خودکشی نیازمند آگاهی بخشی جامعه است

اصفهان - ایرنا- پدیده خودکشی یکی از آسیب های اجتماعی جدی امروز به اعتقاد کارشناسان نیازمند بررسی دلایل زیست شناختی، ژنتیکی، روانشناختی، اجتماعی، فرهنگی و محیطی است تا بتوان با اطلاع رسانی و آگاهی بخشی خانواده ها از این معضل روزافزون جامعه پیشگیری کرد.

به گزارش ایرنا، بر اساس اعلام سازمان بهداشت جهانی، خودکشی پانزدهمین علت مرگ در جهان به شمار می آید و ۱۴ درصد از کل مرگ و میرهای جهان را تشکیل می دهد.

بر پایه همین گزارش در سال ۲۰۱۶ میانگین جهانی خودکشی ۱۰٫۶ و در ایران ۴٫۱ در هر صد هزار نفر بوده است که نشان می دهد نرخ خودکشی در کشورمان کمتر از نصف میانگین جهانی است.

سازمان بهداشت جهانی جایگاه ایران در مرگ ناشی از خودکشی را رتبه ۱۶۴ از مجموع ۱۸۳ کشور گزارش کرده است. بر اساس گزارشی ارایه شده از سازمان پزشکی قانونی بیشترین میزان خودکشی از سال های ۸۷ تا ۹۶ در استان های تهران، کرمانشاه، فارس و خوزستان و کمترین میزان مربوط به خراسان جنوبی، سمنان و یزد بوده است.

کارشناسان و روان شناسان تاکید دارند که خودکشی یک مساله پیچیده است و دلایل متعددی مانند زیست شناختی، ژنتیک، روانشناختی، اجتماعی، فرهنگی و محیطی دارد و لازم است عوامل و سرنخ های آن به خوبی به اطلاع مردم و خانواده ها برسد تا بتوان از این معضل پیشگیری کرد.

سمیه حسینی کارشناس بهداشت خانواده در گفت و گو با ایرنا معتقد است برای کاهش این آسیب اجتماعی نیاز به برنامه ریزی منسجم و هماهنگ شده بین دستگاه های اجرایی و نهادهای مرتبط فرهنگی و اجتماعی از جمله آموزش و پرورش، نیروی انتظامی، بهزیستی، فرهنگ و ارشاد اسلامی و تشکل های مردم نهاد است تا با شناسایی هرچه بیشتر عوامل موثر در این پدیده، با آموزش و اطلاع رسانی از بروز آن جلوگیری کنند.

وی اظهارداشت: به منظور اثربخشی بهتر برنامه ها و تخصصی شدن فعالیت های پیشگیری بهتر است بین دستگاههای مسئول، این کار تقسیم شود.

حسینی خودکشی جوانان را اغلب ناشی از عدم رشد مهارت های مقابله ای برشمرد و خاطرنشان کرد: بنابراین برای پیشگیری اولیه، مهارت های مقابله ای، به خصوص مهارت حل مساله، توسط وزارتخانه های آموزش و پرورش و علوم و بهداشت به نوجوانان و جوانان آموزش داده شود.

پیگیری های خبرنگار ایرنا نشان داد که آماری از میزان خودکشی در استان اصفهان وجود ندارد و مدیران و کارشناسان بهزیستی، پزشکی قانونی و مرکز بهداشت اصفهان اعلام کردند که اجازه اعلام آمار را ندارند با این حال برخی آمار اعلام شده از سوی مسوولان کشوری نشان می دهد که اصفهان در رتبه های بالای این آسیب اجتماعی قرار ندارد.

**گروه های در معرض خطر خودکشی چه کسانی هستند؟

بر اساس گزارش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی که توسط مرکز بهداشت اصفهان در اختیار خبرگزاری جمهوری اسلامی مرکز اصفهان قرار گرفت، گروه های در معرض خطر خودکشی را دانش آموزان، زنان خانه دار متاهل بین ۱۵ تا ۳۰ سال، دانشجویان، بچه های طلاق یا بی سرپرست، خانواده های معتاد و بیکار، زنان بی سرپرست، بیماران صعب العلاج، حاشیه نشین ها، مهاجران و بازنشستگان تشکیل می دهند.

گروه های پر خطر در زمینه خودکشی نیز بیماران افسرده یا دارای سایر اختلالات روانپزشکی، اقدام کنندگان به خودکشی با سابقه قبلی، سابقه فامیلی خودکشی و افراد دارای افکار خودکشی هستند.

اختلالات روانپزشکی از نظر خطر خودکشی نیز به ترتیب شامل افسردگی، اختلالات شخصیت (ضد اجتماعی، مرزی، صفات تکانشگری، پرخاشگری و تغییرات خلقی)، سوء مصرف مواد مخدر و الکل، اسکیزوفرنیا و اختلالات روانپزشکی ناشی از علل عضوی است.

بر اساس تحقیقات بعمل آمده، بیماری های جسمی که با افزایش خطر خودکشی مرتبط هستند نیز شامل دیابت، مولتیپل اسکلروزیس (MS)، بیماری های مزمن کلیوی و کبدی، بیماری های استخوان و مفاصل با درد مزمن، بیماری های قلبی عروقی و عصبی عروقی، بیماری های مغز و اعصاب، آسیب های نخاعی، ضربه مغزی و سکته مغزی، ایدز و انواع سرطان است. افرادی که معلولیت هایی مانند اشکال در بینایی، شنوایی یا راه رفتن دارند در معرض خطر خودکشی هستند.

***بیشترین خودکشی مربوط به جوانان زیر ۳۰ سال است

همچنین بر اساس آمارهای جهانی، خودکشی در ۲ گروه سنی جوانان ۱۵ تا ۳۵ سال و افراد مسن بیش از ۷۵ سال بیشترین میزان را دارد.

بر اساس آمارهای مربوط به خودکشی در ایران، بالاترین میزان خودکشی مربوط به جوانان زیر ۳۰ سال است. به گفته کاهانی معاون پژوهشی سازمان پزشکی قانونی کشور، میزان خودکشی در سال ۹۶ در بین افراد زیر ۱۸ سال ۸٫۶ درصد، ۱۸ تا ۲۴ سال ۲۰٫۵ درصد، ۲۵ تا ۲۹ سال ۱۵٫۴ درصد و ۳۰ تا ۳۹ سال ۲۴ درصد بوده است. افراد مطلقه، بیوه و مجرد خطر بیشتری برای خودکشی نسبت به افراد متأهل دارند، کسانی که به تنهایی زندگی می کنند یا جدا شده اند نیز آسیب پذیری بیشتری دارند. در میان رسته های شغلی در جهان، پزشکان، دامپزشکان، داروسازان و کشاورزان بالاترین میزان های خودکشی را دارند.

***افراد بیکار، زنان بیکار و دانش آموزان بیشترین خودکشی را دارند

بر اساس گزارش وزارت بهداشت در مطالعاتی که در ایران صورت گرفته مشخص شده است که افراد بیکار، زنان خانه دار و دانش آموزان بالاترین میزان خودکشی را دارند. به اعتقاد کارشناسان از دست دادن شغل با افزایش خطر خودکشی مرتبط است همچنین کسانی که از مناطق روستایی به شهری یا کشوری دیگر مهاجرت می کنند مستعد رفتارهای خودکشی هستند.

بیشتر کسانی که خودکشی می کنند برخی وقایع فشارزای زندگی را در سه ماه قبل از فوت تجربه کرده اند، از جمله این وقایع می توان به مشکلات شخصی مانند مشاجره با همسر، خانواده و دوستان یا افراد مورد علاقه، طرد شدن مانند جدایی از خانواده و دوستان، فقدان چیزی یا کسی مانند شکست مالی یا داغدیدگی، مشکلات شغلی مانند از دست دادن شغل، بازنشستگی، مشکلات مالی، تغییرات در اجتماع مانند تغییرات سریع در اوضاع سیاسی و اقتصادی و سایر فشارهای روانی مانند احساس شرمندگی یا نگرانی از مقصر شناخته شدن اشاره کرد.

همچنین به گفته کارشناسان، در دسترس بودن سریع روش خودکشی عامل مهمی در تعیین اینکه آیا آن فرد خودکشی خواهد کرد یا نه می باشد، کاهش دسترسی به وسایل خودکشی یک استراتژی موثر پیشگیری از خودکشی است. بخش کوچکی از خودکشی ها نیز شامل افرادی می شود که در زندگی واقعی از طریق رسانه ها با خودکشی مواجه شده اند و ممکن است تحت تاثیر رفتار خودکشی مربوطه واقع شوند.

***چگونه شخص با افکار خودکشی را شناسایی کنیم؟

برخی از روانشناسان می گویند افرادی که دارای افکار خودکشی هستند نشانه هایی دارند که باید در رفتار یا سابقه قبلی آنها جستجو کنیم. از جمله این نشانه ها می توان به رفتارهای کناره گیری از جامعه، ناتوانی در برقراری ارتباط با خانواده و دوستان، بیماری های روانپزشکی، الکلیسم، اضطراب، تغییر در شخصیت، تحریک پذیری، بدبینی، افسردگی، تغییر در عادات خوردن یا

خوابیدن ، اقدام قبلی به خودکشی ، احساس گناه، بی ارزشی یا خجالت ، فقدان مهم و جدید مانند مرگ، طلاق و جدایی اشاره کرد .

سابقه فامیلی خودکشی ، تمایل ناگهانی برای سر و سامان دادن به امور شخصی یا نوشتن وصیتنامه ، احساس تنهایی، بیچارگی یا نا امیدی، یادداشت در مورد خودکشی، بیماری جسمی و اشاره های مکرر در مورد مرگ یا خودکشی نیز از دیگر نشانه های افراد دارای افکار خودکشی است .

***والدین و مربیان سرخ های خودکشی را بشناسند

با توجه به اینکه بخشی از خودکشی ها در بین دانش آموزان رخ می دهد روان شناسان و روان پزشکان تاکید دارند که باید توجه ویژه ای به آنها در خانواده ها و مدارس صورت گیرد .

یک روان پزشک که در مرکز مشاوره دانشگاه اصفهان فعالیت دارد با تاکید بر اینکه لازم است والدین و مربیان با سرخ ها و نشانه های خودکشی آشنا شوند، گفت : آنها با آموزش هایی که در این زمینه می بینند باید بتوانند پیام هایی که در این رابطه از سوی فرزندان یا دانش آموزانشان دریافت می کنند را تحلیل کرده و نشانه های احتمالی را شناسایی کنند .

سهمیلا صلاحی در گفت و گو با ایرنا، برخی از این پیام ها را گوشه گیری، کم حرف شدن و افت تحصیلی ذکر و اضافه کرد : مشاوران مدارس باید دوره های آموزشی مناسب در این زمینه را برای خانواده ها برگزار و در این زمینه اطلاع رسانی کنند .

این روانپزشک با بیان این که عوامل بسیاری در خودکشی موثر است، تصریح کرد : امروزه نقش مسائل اجتماعی نسبت به سایر مسائل پر رنگ تر و بی انگیزگی، امید نداشتن، کمبودهای مالی، اختلاف طبقاتی، فقر، مهاجرت ها و اعتیاد از عوامل اساسی در خودکشی شده است .

صلاحی، گسترش فضای مجازی و شبکه های ارتباط جمعی را نیز از عوامل موثر در پر رنگ تر شدن مسائل اجتماعی در بحث خودکشی دانست و گفت : امروز جوانان و نوجوانان به واسطه فضای مجازی ، بیشتر می بینند و می فهمند و متوجه اختلاف طبقاتی خود می شوند لذا بیشتر دچار افسردگی و بحران روحی روانی می شوند .

وی خواهان اطلاع رسانی بیشتر رسانه ها از جمله رادیو و تلویزیون و همچنین شبکه های بهداشت درباره علائم خودکشی شد و تاکید کرد که لازم است آگاهی مردم در این زمینه افزایش یابد .

***اعضای خانواده برای یکدیگر وقت بیشتری در نظر بگیرند

یک کارشناس سلامت روان در مرکز بهداشت استان اصفهان در گفت و گو با ایرنا با بیان این که بیشترین میزان خودکشی بین ۱۵ تا ۳۵ سال است، گفت : در این سنین هویت افراد شکل می گیرد و اگر مشکل ارتباطی با خانواده خود داشته باشند دچار مشکل می شوند .

شهره اخوان با بیان این که امروز با ضعف مهارت های ارتباطی در بیشتر خانواده ها مواجه هستیم، افزود : اعضای خانواده به ویژه والدین باید وقت بیشتری برای فرزندان خود و دیگر اعضای خانواده اختصاص دهند تا زمینه های خودکشی از بین برود .

به گفته وی در بسیاری از موارد، افرادی که اقدام به خودکشی کرده اند قبل از اقدام، فکر خود را به دیگران از جمله اعضای خانواده گفته اند اما این موضوع جدی گرفته نشده یا به آن بی توجهی شده است .

این کارشناس سلامت روان، کیفیت زمان برای در کنار خانواده بودن را بسیار مهم دانست و گفت : والدین می توانند برخی فعالیت های جایگزین را به جای بودن در فضای مجازی برای در کنار فرزندان خود بودن در نظر بگیرند مانند پارک یا سینما رفتن .

اخوان با بیان این که دفاتر سلامت روان اجتماعی مراکز بهداشت کشور بر اساس دستورالعمل وزارت بهداشت موظف به آموزش بهورزان و مراقبان سلامت درباره خودکشی هستند، اضافه کرد : بر این اساس لازم است که همه افراد بالای پنج سال مراجعه کننده به شبکه های بهداشت و مراکز جامع سلامت از نظر اختلالات روان پزشکی و افکار خودکشی مورد غربالگری قرار گیرند .

وی با اشاره به این که افراد مستعد خودکشی در این غربالگری ها شناسایی می شوند، ادامه داد : این افراد مورد نظارت و حمایت

کارشناسان مراکز بهداشت قرار گرفته و علاوه بر ارائه دوره های آموزشی توانمندسازی و مشاوره، تحت درمان روانپزشکی قرار می گیرند.

این کارشناس با اشاره به نقش رسانه ها در این موضوع، تصریح کرد: بر اساس استانداردها و معیارهای موجود، رسانه ها نباید تصاویر و روش های خودکشی را منتشر کنند و مطالب و محتوای تولید شده در آنها بیشتر با موضوع آموزش برای پیشگیری باشد.

***موارد مشکوک به خودکشی به اورژانس اجتماعی گزارش شود

معاون امور اجتماعی بهزیستی استان اصفهان در گفت و گو با ایرنا با بیان این که این سازمان به عنوان متولی اورژانس اجتماعی در کنترل و کاهش آسیب های اجتماعی مداخله دارد، تصریح کرد: یکی از این آسیب ها، خودکشی و افکار و اقدام به خودکشی است.

مجتبی ناجی با بیان این که مردم می توانند هر مورد مشکوک به خودکشی را به اورژانس اجتماعی با شماره تلفن ۱۲۳ اعلام کنند، افزود: تیم های تخصصی شامل مددکار اجتماعی و روان شناس به محض دریافت چنین گزارش هایی در محل حاضر شده و خدمات روانپزشکی ارائه می کنند.

وی با تاکید بر این که پیشگیری از خودکشی، فقط به معنی مداخله در لحظه نیست، گفت: پیشگیری از این آسیب اجتماعی باید از مراحل قبل با مطالعات، تحقیقات و بررسی بالینی صورت گیرد. ناجی اختلالات خلقی، افسردگی، اضطراب و اختلالات شخصیتی را از نشانه های فرد دارای افکار خودکشی برشمرد و اضافه کرد: باید بر روی مولفه هایی که باعث زمینه سازی خودکشی می شود، تحقیق کرد.

معاون امور اجتماعی بهزیستی استان اصفهان با بیان این که راه های مقابله با ناکامی و کنترل خشم و اضطراب باید توسط سازمان آموزش و پرورش، بهزیستی، مراکز بهداشت و حتی نیروی انتظامی به مردم آموزش داده شود، تصریح کرد: مرز بین اختلال و سلامت روانی بسیار باریک است لذا شناسایی به موقع این نشانه ها، کاهش عوامل خطر، تقویت عوامل محافظت بخش و امید بخش و نشاط اجتماعی از اهمیت خاصی برخوردار است.

وی، خودکشی را از آسیب های اجتماعی نادر خواند و بدون اشاره به آمار، تاکید کرد که این آمار در کشور و استان اصفهان بسیار کم است اما همین آمار ناچیز نیز باید جدی گرفته شود. انتهای پیام *



تأثیر مواد غذایی نامناسب بر آشفتگی روانی



کرمانشاه - ایرنا - انتخاب نامناسب مواد غذایی و یا مصرف مواد خوراکی فاقد ویتامین و دیگر مواد مغذی بر کج خلقی، اضطراب، افسردگی و ضعف اعصاب و روان موثر است که وخامت آن در پیدایش آسیب های اجتماعی و اخلاقی بی تاثیر نیست.

به گزارش ایرنا، انسان در دوران عمر خود برای زنده ماندن به مصرف مواد غذایی نیاز دارد که نمی توان منکر تاثیر تغذیه سالم بر اخلاق و سلامت روح و روان شد.

از سوی دیگر وضعیت روحی، شرایط اجتماعی و اقتصادی تغییراتی در شیوه زندگی فرد ایجاد می کند که می تواند بر وضعیت متابولیسمی بدن تاثیرگذار باشد.

اگر جامعه ای به تغذیه سالم دسترسی نداشته باشد، علاوه بر مشکلات جسمی، بی شک روان وی نیز تحت تاثیر قرار می گیرد. بررسی ارتباط تغذیه سالم بر اخلاق و آرامش روان، موضوعی چند بعدی است که در روایات اسلامی مورد توجه و تاکید قرار گرفته و پژوهش های بسیاری توسط طب کارشناسان اسلامی در مورد آن انجام شده است.

همچنین امروزه با همه گیر شدن مراجعه به شبکه های اجتماعی و ترویج پیام های تبلیغاتی، تاثیر تغییرات خلقی و وسواس فکری

برای دست یابی به وزن بدنی موردنظر در پیدایش پرخوری و کم خوری عصبی تاثیرگذار است که این مقوله گویای تاثیر متقابل خلق و خو و داشتن تغذیه سالم است که باید از هر ۲ جهت مورد بررسی قرار گیرد. از همین رو مهم ترین گامی که باید توسط متولیان حوزه سلامت، بهداشت و تغذیه برداشته شود این است که به آموزش همگانی و ترویج سواد تغذیه ای اقدام شود تا مردم با مخاطرات ناشی از مصرف مواد غذایی نامناسب آشنا کنند.

****تاثیر وسواس زیبایی بر اختلالات تغذیه ای**

از سوی دیگر تغییر عادات غذایی در جوانان که به دلیل وسواس فکری و متاثر از شبکه های اجتماعی و گروه همسالان نشات می گیرد می تواند زمینه ساز تغییر در اخلاق و رفتار گردد.

چنانچه یک فوق تخصص اعصاب و روان کودک و نوجوان در گفت و گو با ایرنا، اظهار داشت: در سال های اخیر بسیاری از نوجوانان و جوانان نسبت به ظاهر و وزن بدن خود حساس شده اند و به صورت افراطی در مورد زیبایی اعضای بدن خود نگران هستند که شبکه های اجتماعی و برنامه های تبلیغاتی در این زمینه بی تاثیر نیست.

دکتر هوشنگ امیریان افزود: وجود این تفکر و وسواس روحی موجب می شود تا این افراد گاه به اموری دست زنند که ممکن است خسارت جبران ناپذیری را به بدن و جسم وارد کند که اگر در بعد تغذیه و برای رسیدن به لاغری به صورت غیراصولی باشد به شکل استفاده از داروها و قرص های زیان آور نمود پیدا می کند که منجر به مشکلات جسمی خواهد شد.

****زمانی که درمان خلق بر نوع تغذیه مقدم می شود**

پر خوری و یا بی اشتهاهی عصبی از این وسواس فکری نشات می گیرد که منجر به بروز مشکلاتی از لحاظ جسمی و روحی می شود.

این عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه خاطرنشان ساخت، بارها دیده شده که به دنبال همین وسواس فکری برای دست یابی به اندام ایده آل از طریق روش غیراصولی، برخی به روزه داری طولانی مدت دست زده و حتی از خوردن آب هم پرهیز می کنند که در نهایت منجر به اختلالات تغذیه ای و یا نارسایی کلیوی می شود.

این روانپزشک ادامه داد: گاه برخی افراد دست به اقدام عکس زده و به مصرف بیش از حد مواد خوراکی و مواد غذایی دست می زنند که در این صورت اختلال پر خوری عصبی نام می گیرد.

وی تاکید کرد که لازم است قبل از آنکه مشکل هر ۲ گروه از این افراد حاد شود در ابتدا به درمان روحی پرداخته تا حالات عصبی و تنش درونی آنان با مشاوره رفع شود و سپس از الگوی صحیح تغذیه ای استفاده شود.

****تغذیه سالم تنوع و تعادل می خواهد**

از سوی دیگر از تاثیرات کمبود مواد مغذی بر اخلاق و بیماری های روحی نباید غفلت کرد چنانچه در بسیاری از موارد دیده شده که کمبود ید به انگیزه ی کمتر برای موفقیت در کودکان و کمبود ویتامین B6 در بیماران روانی مبتلا به افسردگی درون زاد شده است.

از همین رو یک هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی و متخصص تغذیه و صنایع غذایی در گفت و گو با ایرنا، اظهار داشت: حفظ تنوع و تعادل در رژیم غذایی یکی از ملاک های داشتن تغذیه سالم است که باید فرد بر مبنای هرم غذایی، گروه های غذایی را دریافت کند.

دکتر مهنوش صمدی، از نان و غلات، سبزیجات، میوه ها، گوشت و جانشین آن، چربی ها و لبنیات به عنوان یک هرم غذایی استاندارد یاد کرد.

صمدی افزود: تنوع به این معنا است تا همواره از یک ماده غذایی موجود در یک گروه هرمی استفاده نشود به عنوان مثال اگر قرار است تا از گروه میوه ها ۲ بار در روز استفاده شود اگر یک روز از مرکبات استفاده شده روز دوم باید نوع دیگر مصرف شود چرا که

مواد غذایی مختلف از ارزش غذایی متعددی برخوردار هستند.

وی اضافه کرد: مادامی که دریافت انرژی با مصرف انرژی در تعادل نباشد یا با پدیده چاقی و اضافه وزن مواجه می شویم و یا با پدیده سوء تغذیه و کم وزنی مواجه خواهیم شد، که البته این مقوله در زمینه ورزشکاران، مادران باردار و شیرده و سالمندان تفاوت هایی دارد.

****تاثیر تغییرات خلقی در پرخوری و کم خوری عصبی**

این متخصص تغذیه در پاسخ به این سوال که تغییرات روح و روان تا چه اندازه در داشتن یک تغذیه سالم تاثیرگذار است، گفت: این مقوله از چند بعد قابل بررسی است و گاه تغییرات خلقی می تواند انتخاب های غذایی را تحت تاثیر قرار دهد. صمدی معتقد است، در چنین شرایطی تا زمانی که بعد روانی اختلالات تغذیه ای درمان نشود اختلال درمان نخواهد شد که برای اثبات این ادعا می توان به پرخوری و کم خوری عصبی اشاره کرد که نیاز است در ابتدا از سوی روانشناس و روانپزشکان بررسی شود.

صمدی اضافه کرد: قرارگیری در شرایط استرس زا موجب ترشح هورمون های اضطرابی می شود که ترشح زیاد متابولیسم بدن را افزایش می دهد و در نتیجه سوخت و ساز بالا رفته و نیاز به انرژی و دریافت ویتامین های گروه B در بدن افزایش پیدا می کند و در صورتی که انتخاب غذایی مناسبی صورت نگیرد فرد دچار سوءتغذیه و اختلالات جسمی خواهد شد.

****اهمیت تغذیه سالم در روایات اسلامی**

معاون غذا و داروی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه در گفت و گو با ایرنا، تاکید کرد که نقش تغذیه در خلق و خو و روان به اثبات رسیده و مشخص است که تغذیه، سلامت جسمی و روحی را تحت تاثیر قرار می دهد.

دکتر قباد محمدی با بیان اینکه کمبود ویتامین، املاح و مواد غذایی می تواند منجر به برخی بیماری های روحی و روانی شود، افزود: از سوی دیگر از جنبه جسمی، کمبود ویتامین D3 منجر به پوکی استخوان در زنان بالای ۵۰ سال سن شده و آسیب هایی به سیستم اسکلتی و استخوانی می رساند و نقش آن در بروز بیماری «ام.اس» نیز اثبات شده است.

وی در بخش دیگر از سخنان با تاکید بر اینکه احادیث بسیاری در زمینه نقش تغذیه سالم بر اخلاق وجود دارد، ادامه داد: همچنین اساس طب سنتی علمی، بر تغذیه و پیشگیری در ۲ بخش سلامت جسم و روان بنا شده است.

محمدی با تاکید بر اینکه وزارت بهداشت و دانشگاه علوم پزشکی متولی سلامت هستند، گفت: ارگان های دیگر در سلامت غذایی دخیل هستند که در این بین می توان به وزارت جهاد کشاورزی اشاره کرد چرا که بسیاری از محصولات اساسی همانند گندم، ذرت، سیب زمینی، پیاز و سبزیجات تحت تاثیر این وزارتخانه تولید، توزیع و یا وارد کشور می شود.

****اقدام های دانشگاه علوم پزشکی در راستای کاهش اسید چرب ترانس روغن**

محمدی از وجود برنامه ای گسترده ای برای ترویج تغذیه سالم و فرهنگ سازی در این زمینه یاد کرد و گفت: از چند سال گذشته توانسته ایم کاهش اسید چرب ترانس در روغن مصرف خانوار را که جز برنامه اصلی سازمان غذا و دارو و وزارت بهداشت است را اجرا کنیم و هم اکنون در کارخانه روغنی که در استان وجود دارد میزان این اسید را به صفر رسانده ایم و سلامت روغن ارتقا پیدا کرده است.

****کاهش ۱۰ درصدی نمک در نانوائی ها**

وی از کاهش نمک مواد غذایی مصرفی به عنوان یکی دیگر از برنامه ای در دست اجرا یاد کرد و ادامه داد: در زمینه کارخانه تولید رب گوجه فرنگی که در استان قرار دارد و مواد غذایی که به صورت بسته بندی ارائه می شود موفق شده ایم تا میزان نمک را ۱۰ درصد کاهش دهیم که نان صنعتی و نان عرضه شده در نانوائی را در بر می گیرد.

**کاهش قند در نوشیدنی و شیرینی جات صنعتی

این مسئول به کاهش قند به ویژه در نوشابه، دلستر و سایر فرآورده های مشابه نوشیدنی و محصولات شیرینی صنعتی اشاره کرد و گفت: این برنامه نزدیک به ۲ سال است که در حال اجرا شدن است و درصدد هستیم تا چند سال آینده فراگیر شود چرا که بیماری دیابت که بیشتر از مصرف قند نشات می گیرد روند صعودی پیدا کرده است.

**تلاش برای بهبود سبک زندگی در اولویت کاری قرار دارد

معاون غذا و دارو دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه از فرهنگ سازی در خصوص مصرف غذایی و بهبود سبک زندگی به عنوان یکی دیگر از برنامه های در دست اجرا توسط دانشگاه یاد کرد و گفت: در همین راستا حوزه معاونت غذا و دارو و حوزه بهداشتی برنامه های آموزشی مناسبی را در مدارس، دانشگاه و اصناف اجرا می کند تا فرهنگ سازی شود. از سوی دیگر عرضه کنندگان غیرمجاز مواد غذایی همواره رصد و کنترل می شوند و برای داشتن جامعه ای سالم که تغذیه در آن تاثیرگذار است نهایت تلاش ها به عمل می آید.

در ادامه مدیر نظارت بر مواد غذایی، آرایشی و بهداشتی معاونت غذا و دارو دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه به ایرنا گفت: انسان موجودی ۲ بعدی است که دارای یک بعد جسمانی و یک بعد روانی است که بدون شک این ۲ از ارتباط تنگاتنگی با یکدیگر برخوردار هستند.

دکتر شهریار مستوفی افزود: بدیهی است که اگر فرد یک تغذیه سالم نداشته باشد این امر در روان وی نیز تاثیرگذار خواهد بود.

**تاثیر تغذیه ناسالم در پیدایش بیماری های روانی

مستوفی از افسردگی به عنوان بیماری شایع در جامعه یاد کرد و گفت: این اختلال با عوامل متعددی همچون کم خونی، فقر آهن، کمبود ویتامین های گروه B وابسته است که کمبود آنها زمینه ساز اختلالات روانی و عصبی است. وی معتقد است، اگر جامعه ای به تغذیه سالم دسترسی نداشته باشد، بی شک روان وی نیز تحت تاثیر قرار می گیرد، حتی مصرف بیش از حد شکر، نمک، کافئین و شکلات می تواند استرس را باشد و زمینه را برای بروز بیماری های اضطرابی فراهم کند.

**نقش تغذیه در کاهش ۳۵ درصدی سکتة های مغزی

مستوفی با بیان اینکه ۷۶ درصد بیماری ها در ارتباط با بیماری های غیرواگیر است که در راس آن بیماری قلبی و عروقی، دیابت و سکتة های مغزی قرار دارد از همین رو مصرف قند، نمک و چربی در کنترل این بیماری ها بسیار مهم است. متأسفانه امروزه در جامعه و استان ما مصرف این گونه از مواد غذایی بالا است و در بررسی های به عمل آمده مشخص شد که اگر بتوانیم روزانه ۶ گرم نمک را از نمک مصرفی خود کم کنیم، ۱۸ درصد بیماری های قلبی عروقی و ۳۵ درصد از سکتة های مغزی را کاهش خواهیم داد.

وی اضافه کرد: سرانه مصرف نمک در کشور ۱۲ و نیم تا ۱۳ گرم است در حالی که حداکثر نمک مصرفی باید پنج گرم باشد و از سوی دیگر با مصرف بالای قند و شکر مواجه هستیم.

**حداکثر مصرف ۶ حبه قند در روز کافی است

مستوفی تاکید کرد: این در حالی است که حداقل مصرف روزانه قند و شکر باید ۲۵ گرم باشد که معادل پنج قاشق مرباخوری یا حداکثر ۶ حبه قند می شود و ناگفته نماند که این میزان شامل قند پنهان در میوه و دیگر مواد غذایی روزانه می شود. مصرف بالای این مواد زمینه ساز افزایش بیماری های غیرواگیر در کشور شده است و اگر بتوانیم اندکی از میزان قند و شکر مصرفی را کاهش دهیم مانع از بروز بسیاری از بیماری ها خواهیم شد.

از سوی دیگر مصرف یک قوطی نوشابه در روز موجب اضافه وزن هفت کیلوگرم در طول سال در فرد می شود و چاقی یکی از مهم ترین عوامل در بروز بیماری های غیرواگیر در کشور است.

۳۰** درصد مردم فاقد وزن متعادل هستند

مستوفی یادآور شد، ۳۰ درصد مردم فاقد وزن متعادل هستند که این آمار نگران کننده است و باید گفت که غذای ناسالم شایع ترین عامل مرتبط با بیماری های غیرواگیر است که کم تحرکی و کلسترول بالا در پیدایش آن تاثیرگذار است.

۳۰** آموزش برای دست یابی به الگوی صحیح تغذیه ای

این مسئول یادآور شد، آموزش ها برای دست یابی به الگوی صحیح تغذیه ای باید به صورت همگانی و چهره به چهره انجام شود تا بتوانیم مردم را از این مخاطرات آگاه کنیم و از سوی دیگر نظارت بر واحدهای تولیدی عرضه و توزیع در حال انجام است. مستوفی یادآور شد، یکی از گام هایی که سازمان غذا و دارو برداشته این است که بتوانیم سالانه ۱۰ درصد از میزان قند و نمک در محصولات موادغذایی را کاهش داده و به کنترل و کاهش اسیدهای چرب ترانس که از ارتباط مستقیم با بیماری های قلب عروقی برخوردارند اقدام شده تا بتوانیم از بیماری های مرتبط با تغذیه در جامعه بکاهیم.

اگر بتوانیم علاوه بر الگوی صحیح تغذیه ای و داشتن روانی آرام، تحرک کافی بدنی داشته باشیم ۹۰ درصد توانسته ایم دیابت نوع ۲ که از بیماری های شایع است را کنترل کنیم.

بدیهی است که با اصلاح عادات غذایی یک جامعه می توان به اصلاح برخی از ناهنجاری های اخلاقی و رفتاری امیدوار بود و جامعه را به سمت تحرک، سلامتی و پویایی سوق داد. انتهای پیام */



در گفت وگو با ایسنا مطرح شد



خودکشی، نوعی آسیب روانی است/پرورش معنویت مانع بروز این آسیب است

مدیر گروه بهداشت روان دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان دانشگاه علوم پزشکی ایران، "خودکشی" را نوعی آسیب روانی دانست و گفت: ۶۵ درصد کسانی که اقدام به خودکشی می کنند، بیماران افسرده هستند. عامل موثر دیگر در خودکشی، اعتیاد است. بنابراین اقدامات پیشگیرانه اعتیاد نیز می تواند از خودکشی جلوگیری کند.

دکتر علی اصغر اصغرنژاد _ مدیر گروه بهداشت و روان دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان دانشگاه علوم پزشکی ایران، در ابتدا درباره بهداشت روانی یک فرد و عوامل پیشگیرانه برای داشتن روان سالم گفت: بهداشت روان شامل سه نوع از پیشگیری است. در پیشگیری اولیه تمام سعی بر این است که فرد دچار آسیب نشود. با این وجود درصدی از افراد ممکن است دچار آسیب شوند و در پیشگیری ثانویه اقدام به درمان سریع و صحیح می کنیم، اگر درمان صحیح و سریع صورت نگیرد، معلولیت به وجود می آید. در پیشگیری ثالث نیز شروع به توانبخشی معلولیت به وجود آمده می کنیم.

خودکشی؛ نوعی آسیب روانی است

وی درباره خودکشی نیز توضیح داد و گفت: خودکشی نوعی آسیب روانی است که با پیشگیری ثانویه و ثالث درمان نمی شود. اقدام به خودکشی در زنان بیشتر از مردان است، در حالیکه ممکن است تنها ۱۰ درصد از آن ها منجر به مرگ شود. اقدام به خودکشی در زنان به نوعی فریاد کمک خواهی است، اما مرگ ناشی از خودکشی در مردان بیشتر است. الگوی رفتار خودکشی در

هر قشر و منطقه ای متفاوت است. عموماً افرادی که اقدام به خودکشی کرده و نجات می یابند، احساس پشیمانی می کنند.

اصغر نژاد در ادامه گفت: تصادفات و سوانح در حالی اولین عامل مرگ و میر در بین جوانان و نوجوانان است که خودکشی و دگرکشی دومین رتبه را به خود اختصاص داده است. بسیاری از رفتارهای پرخطر در بین جوانان و نوجوانان در حین این که قابل کنترل هستند، می توانند موجب مرگ و میر در یک نوجوان نیز شوند.

وی درباره راه های پیشگیری از خودکشی و عواملی که موجب بروز خودکشی می شوند، گفت: برای جلوگیری از بروز خودکشی در جوانان و نوجوانان باید گروه های در معرض خطر شناسایی شوند. ۶۵ درصد کسانی که اقدام به خودکشی می کنند، بیماران افسرده هستند. همچنین عامل موثر دیگر در خودکشی، اعتیاد است. عموماً افرادی که در اثر تصادفات و خودکشی جان خود را از دست می دهند، سابقه استفاده از مواد مخدر و الکل را داشته اند. بنابراین اقدامات پیشگیرانه اعتیاد نیز می تواند از خودکشی جلوگیری کند.

پرورش معنویت مانع بروز خودکشی می شود

اصغر نژاد ادامه داد: اعتقادات دینی یکی دیگر از مداخلات پیشگیرانه در اعتیاد است. بسیاری از افراد بنابر اعتقادات خود و گناه دانستن خودکشی، از اقدام به خودکشی هراس دارند و از انجام این کار سر باز می زنند. بنابراین تقویت اعتقادات و باورهای دینی می تواند مانع بروز اقدام به خودکشی یا دگرکشی شود.

وی به خانواده ها و افرادی که با نوجوانان سروکار دارند، تذکر داد: باید توجه داشت فردی که قصد خودکشی دارد، حتماً یک زمانی از خودکشی حرفی زده و دیگران را از انجام این کار مطلع می کند. شنونده باید به این نوع حرف ها توجه کند و ساده از کنار اینگونه حرف ها نگذرد. در این راستا خانواده ها، معلمان و کادر آموزشی در مدارس باید آموزش لازم را دریافت کنند تا با مداخله مناسب و توجه به افراد آسیب پذیر از وقوع حوادثی چون خودکشی جلوگیری کنند.

اصغر نژاد ادامه داد: مداخله مناسب گاه به این معناست که هرگونه وسیله خطر ساز را از دسترس فرد دور کنیم یا فرد خطرپذیر را برای درمان به یک درمانگر مراجعه دهیم. همچنین باید با تغییر در محتوای کتب درسی زندگی را به گونه ای برای فرد ترسیم کنیم که آن را مقدس شمرده و برای آن ارزش قائل باشند.

وی گفت: نکته بعدی برای پیشگیری از خودکشی، فضای مجازی و محتویات آن است که می تواند انگیزه خودکشی را تقویت کند. بنابراین باید بر فضای مجازی و اطلاعاتی که در اختیار نوجوان قرار می دهد نیز کنترل و نظارت وجود داشته باشد. همچنین باید در این حوزه متخصصین را در دانشگاه ها توسعه داد تا با دانش خود و روش های درمانی صحیح از چنین اقداماتی جلوگیری کنند. انتهای پیام



اخبار حوزه «رفاه و سلامت اجتماعی»:

سرپرست وزارت رفاه :



رشد جمعیت سالمندان ۳ برابر نرخ افزایش موالید کشور است *

تهران - ایرنا - سرپرست وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی گفت: شاخص رشد جمعیت کشور ۱,۲ درصد است اما شاخص رشد جمعیت سالمندان حدود سه برابر و ۳,۸ درصد است.

به گزارش خبرنگار ایرنا، انوشیروان محسنی بندپی در همایش منطقه ای آسیا - اقیانوسیه با محوریت نقش خانواده، اجتماع و دولت در جوامع رو به سالمندی در هتل استقلال افزود: پیمایش ملی سالمندان با هدف فراهم شدن امکان بررسی و برنامه ریزی های علمی و تخصصی در ایران در دست اجرا است. این پیمایش با همکاری صندوق جمعیت سازمان ملل متحد و اساتید دانشگاهی داخل کشور اجرا می شود.

وی ادامه داد: در این پیمایش وضعیت سالمندان در ابعاد مختلف سلامت یا وضعیت اقتصادی بررسی می شود تا شرایط برای تصمیم گیری های مبتنی بر شواهد فراهم شود.

وی اضافه کرد: روند رو به رشد جمعیت سالمندی یک پدیده جهانی است و مختص ایران نیست.

سرپرست وزارت رفاه اظهار داشت: در سال ۱۹۸۰ جمعیت سالمندان در جهان ۳۸۲ میلیون نفر بود و در سال ۲۰۱۷ به ۹۶۲ میلیون نفر افزایش یافته است و پیش بینی می شود در سال ۲۰۵۰ جمعیت سالمندان جهان دو میلیارد و ۱۰۰ نفر شود. محسنی بندپی ادامه داد: مقرر شده است تا برنامه های اجرایی مرتبط با سالمندی را در حوزه های مختلف دو تا سه برابر کنیم؛ حمایت های اجتماعی، اقتصادی و توجه به وضعیت سالمندان از راهبردهایی است که طی چهار سال اخیر برنامه ریزی های مشخصی برای آن انجام شده است و همچنان دنبال می شود.

سرپرست وزارت رفاه اظهار داشت: تدوین و تصویب سند ملی سالمندان و استقرار دبیرخانه شورای ملی سالمندان از اقدامات مرتبط با سالمندی طی دو سال اخیر بوده است.

محسنی بندپی از دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی به عنوان ظرفیت مناسب برای تربیت نیروی متخصص سالمندان و اجرای تحقیقات سالمندی نام برد و گفت: کشورهای منطقه نیز می توانند از ظرفیت های این دانشگاه استفاده کنند. انتهای پیام /*



نشی مرکز پژوهشی مواد مخدر در کشور دایر است



مشهد - ایرنا - معاون کاهش تقاضا و توسعه مشارکت های مردمی ستاد مبارزه با مواد مخدر نهاد ریاست جمهوری گفت: نشی مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی مقابله با مواد مخدر و رفتارهای اعتیادآور اکنون در کشور دایر و فعال است.

به گزارش ایرنا، پرویز افشار روز سه شنبه در حاشیه آیین گشایش نخستین مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی مصرف مواد مخدر خراسان رضوی در مشهد در جمع خبرنگاران افزود: این مراکز در دانشگاه های علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران و دانشگاه توانبخشی بهزیستی و دانشگاه های علوم پزشکی کرمان، زاهدان و مشهد دایر شده اند.

وی ادامه داد: نخستین مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی مبارزه با مواد مخدر ۱۰ سال پیش در تهران تاسیس شد و آخرین آن که شمال شرق کشور را زیر پوشش دارد امروز در مشهد مورد بهره برداری قرار گرفت.

سختگیری ستاد مبارزه با مواد مخدر تولید دانش در حوزه اعتیاد و آسیب های اجتماعی را جزو اولیتهای این ستاد اعلام و بیان کرد: مراکز آموزشی، پژوهشی و درمانی در حوزه اعتیاد در همین راستا فعالیت می کنند.

وی گفت: هم اینک سهم ایران در تولید دانش مقابله با مواد مخدر با وجود کمبودهای بودجه ای اعم از پیشگیری، درمان و مطالعات اپیدمیولوژی قابل توجه می باشد و بر این اساس انتقال دانش موجود در ایران به کشورهای همسایه یکی از اهداف است. فشار همچنین به برنامه های کاهش آسیب در حوزه انتقال ویروس اچ.آی.وی عامل بیماری ایدز اشاره و بیان کرد: خطر انتقال این ویروس از طریق اعتیاد تزریقی در ایران کاهش یافته اما موج انتقال از طریق رفتارهای مخاطره آمیز جنسی در حال افزایش است که باید مورد توجه قرار گیرد. انتهای پیام *



معاون وزیر دادگستری :



توجه به حقوق زنان نقش مهمی در ارتقای سلامت جامعه دارد

تهران- ایرنا- معاون حقوق بشر و امور بین الملل وزیر دادگستری گفت: سلامت با همه جوانب آن از حقوق اولیه انسانی است و توجه به حقوق زنان نقش مهمی در ارتقای سلامت خانواده و جامعه دارد.

به گزارش ایرنا از وزارت دادگستری، محمود عباسی روز سه شنبه در جلسه افتتاحیه همایش ملی حقوق سلامت زنان با گرامیداشت هفته ملی سلامت زنان، اظهار داشت: زنان نیمی از جمعیت جهان را تشکیل می دهند؛ سلامت زنان زیربنای سلامت خانواده ها و جوامع است و مشکلات آنان بر سلامت جسمی و به ویژه سلامت روان خانواده، جامعه و نسل های بعدی تأثیرگذار خواهد بود.

وی افزود: عوامل بیولوژیکی، اجتماعی، فرهنگی، مشکلات اقتصادی و تأثیر آنها بر سلامت زنان، قانونگذاران را ملزم به توجه ویژه به وضعیت بهداشتی و سلامتی زنان می کند.

عباسی خاطرنشان کرد: حمایت از حق و تأمین سلامت بیولوژیکی، روانی و اجتماعی زنان از وظایف اصلی دولت ها محسوب می شود و بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی، سلامتی صرفاً به معنای فقدان بیماری و معلولیت نیست بلکه وجود رفاه و آسایش کامل جسمانی، روانی، اجتماعی و معنوی به معنای سلامت است.

وی با استناد به اصول مختلف قانون اساسی و با اشاره به اصل بیست و یکم و بیست و نهم برخورداری از حق تأمین اجتماعی، بازنشستگی، بیکاری، پیری، از کار افتادگی، بی سرپرستی، در راه ماندگی، حوادث و سوانح، نیاز به خدمات بهداشتی درمانی و مراقبت های پزشکی و بیمه همگانی را از جمله حقوق بنیادین آحاد جامعه به ویژه زنان برشمرد که در تمام جهات آن با رعایت موازین اسلامی باید تأمین شود.

عباسی با اشاره به منشور حقوق شهروندی اضافه کرد: منشور حقوق شهروندی نیز در مواد مختلف از جمله مواد ۳، ۹۰ حق بر سلامت زنان را به رسمیت شناخته و توجه به آن را از ضرورت های اساسی می داند. اجتمام*۳۲۲۹*۱۸۳۴ انتهای پیام *



معاون ستاد مبارزه با مواد مخدر :



۹۸ درصد جامعه از اعتیاد به مواد مخدر پاک هستند

تهران- ایرنا- معاون مالی، اداری و امور مجلس ستاد مبارزه با مواد مخدر گفت: در حال حاضر ۹۸ درصد از جامعه از اعتیاد به مواد مخدر پاک هستند و با اطلاع رسانی آنها می توانی به ۲ درصد دیگر کمک کرد.

به گزارش خبرنگار اجتماعی ایرنا، سیدنجیب حسینی عصر شنبه در مراسم تکریم و معارفه دبیرکل ستاد مبارزه با مواد مخدر استفاده از توانمندیها و ظرفیت های مردمی و سازمان های مردم نهاد را حائز اهمیت دانست و افزود: در این پنج سال، هزار سازمان مردم نهاد به سازمان های قبلی اضافه شد.

وی ادامه داد: در بخش جمع آوری معتادان متجاهر زمانی که کار را شروع کردیم در سطح کشور ظرفیت نگهداری از ۱۷ هزار نفر معتاد را داشتیم که امروز این ظرفیت به ۸۱ هزار نفر رسیده است.

معاون ستاد مبارزه با مواد مخدر اضافه کرد: پنج سال قبل در سطح شهر تهران ۴۰۰ نفر ظرفیت نگهداری از معتادان را داشتیم که امروز به ۸ هزار نفر رسیده است.

حسینی با بیان این که کشفیات مواد مخدر در پنج سال اخیر، ۴۴ درصد رشد داشته است، افزود: مبارزه فقط امنیتی و انتظامی نیست هر چند لازمه و نیاز کار است و قطعاً باید به آن توجه کرد که در این پنج سال به آن توجه شد، اما اعتقاد داریم که از همه ظرفیت های قانونی در بخش مبارزه با مواد مخدر باید بهره برد.

معاون مالی، اداری و امور مجلس ستاد مبارزه با مواد مخدر اظهار داشت: تمام دستگاه های اجرایی به سهم خود در تفاهمنامه ها اعتبار تخصیص دادند. حدود سه هزار میلیارد ریال اعتبار دبیرخانه بوده و سه هزار میلیارد ریال اعتبار دستگاه های اجرایی است که در غالب تفاهمنامه سه جانبه در حال حاضر اجرایی شده است.

وی با اشاره به نقش استانداران افزود: در هیچ دوره ای از زمان تشکیل دبیرخانه تا این دوره شاهد همکاری و همراهی استانداران سراسر کشور نبودیم.

حسینی با تاکید بر موضوع شفافیت اظهارداشت: تمام اقدامات و اطلاعات به صورت شفاف در اختیار مسئولان قرار گرفت و سران قوا و مسئولان نسبت به این موضوع حساسیت بیشتری پیدا کردند.

وی ادامه داد: یکی از موضوعات مهم در این دوره اصلاح الگو مصرف مواد در بین معتادان و کاهش مصرف مواد پرخطر بود. حسینی یادآور شد: زمانی ۲۶ درصد از معتادان، شیشه مصرف می کردند و امروز با کارهای سمعی بصری و با اطلاع رسانی صدا و سیما و تفاهمنامه ای که برای اولین بار در صدا و سیما استان ها منعقد شد، نزدیک به ۱۴۸ هزار دقیقه برنامه پخش شد و خروجی این بود که مصرف شیشه از ۲۸ به ۸ درصد و از رتبه دوم به سوم نزول کرد.

حسینی درباره همکاری های ستاد مبارزه با مواد مخدر و وزارت علوم گفت: برای اولین بار در دانشگاه ها و وزارت علوم حضور پیدا کردیم و اکنون ۲۴۰ هزار کانون دانشجویی و بخش همیار سلامت روان در حوزه پیشگیری از اعتیاد در دانشگاه ها کشور وجود دارد. همچنین با همکاری وزارت ورزش و جوانان ۲ هزار و ۳۰۰ خانه روستایی در مناطق محروم کشور تجهیز و راه اندازی شد.

وی افزود: در طرح توانمندسازی دانش آموزان تا پایان سال کل دانش آموزان دوره متوسطه تحت پوشش صد درصد برنامه های پیشگیرانه از اعتیاد قرار خواهند گرفت و تمام کارگاه های دارای ۵۰ تا ۵۰۰ نفر در طرح پیشگیری از اعتیاد آموزش دیدند.

معاون ستاد مبارزه با مواد مخدر گفت: رویکرد جدیدی در چند سال اخیر مورد توجه قرار گرفته که بحث صیانت و حمایت اجتماعی از بهبود یافتگان است، در این مسیر برای اولین بار تفاهمنامه ای بین ستاد مبارزه با مواد مخدر و بانک ها امضا شد و امروز خروجی این کار این است که حدود ۸ هزار نفر از بهبودیافتگان توانستند از تسهیلات بانکی استفاده کنند و مشغول به کار شوند.

حسینی گفت: اقدام دیگر اصلاح امور تقنینی با هدف افزایش بازدارندگی قوانین و پیشگیری موثر از وقوع جرائم مواد مخدر است. کاری که ۱۰ سال متوقف شده بود، از طریق مسیر قانونی خودش دنبال شد و در پایان سال گذشته پیش نویس قانون جدید تنظیم شد و در آینده ای نزدیک شاهد تحولاتی در بخش اصلاح قانون خواهیم بود.

وی ادامه داد: تقویت رویکرد قانون گرایی و شفاف سازی بودجه ها اعم از مستقیم و غیر مستقیم مورد توجه مسئولان ستاد مبارزه با مواد مخدر است و تمام اقدامات دبیرخانه های ستاد بر مبنای آیین نامه ها و دستورالعمل ها بوده است. حسینی تاکید کرد: خرد جمعی جایگزین نظر و تشخیص افراد شده است و تمام تصمیمات بر اساس دستورالعمل و آیین نامه های متعدد انجام شده است.

معاون مالی و اداری ستاد مبارزه با مواد مخدر اضافه کرد: در بخش شفاف سازی بودجه کار بزرگی صورت گرفت و نظام مند شدن تمام قراردادهای عملی شد.

وی گفت: علاوه بر آن با تشکیل شورای پژوهشی، ۲۶۶ پژوهش را در سطح کشور در حوزه مبارزه با مواد مخدر اجرا کردیم. حسینی افزود: ارتقای سطح تعاملات بین المللی با دیدار با نمایندگان خارجی، سفراء مسئولان کشورهای مختلف و مبادله اسناد مورد توجه قرار گرفت و حدود ۷۵ درصد در این بخش رشد داشتیم.

وی گفت: به طور موثر جهت علمی کردن مبارزه با مواد مخدر تلاش کردیم، به امور رفاهی کارکنان ستاد نیز توجه شد و امروز هیچ محدودیتی، هیچ تمایزی و اختلافی بین همکاری که در دبیرخانه ستاد و کسی که در دورترین نقطه کشور انجام وظیفه می کند، وجود ندارد. انتهای پیام *



وزیر بهداشت :



جمعیت سالمندی ایران ۳ برابر می شود *

تهران - ایرنا - وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی گفت: در حال حاضر سالمندان ۹,۳ درصد جمعیت ایران را تشکیل می دهند و میزان جمعیت سالمندی ایران طی ۳۰ سال آینده سه برابر می شود.

به گزارش خبرنگار ایرنا سید حسن قاضی زاده هاشمی روز سه شنبه در کنفرانس منطقه ای آسیا اقیانوسیه، با محوریت نقش خانواده، اجتماع و دولت در جوامع رو به سالمندی افزود: بر اساس آمار سال ۹۵، سن امید به زندگی در بین افراد دارای سنین ۶۰ تا ۶۵ سال حدود ۲۱ سال برآورد شده است و سن امید به زندگی در بدو تولد ۷۵ سال است.

وی خاطرنشان کرد: این آمارها نشان می دهد که افراد حداقل تا ۸۰ و ۸۵ سالگی عمر می کنند و متولدین سال های ۱۳۹۵ تا ۱۳۹۷ حدود ۹۰ و ۹۵ سال عمر خواهند داشت.

وزیر بهداشت با بیان اینکه سالمندان از سرمایه های اجتماعی ارزشمند هر کشوری به شمار می روند، اظهار داشت: طبق برآوردهای وزارت بهداشت طی سه سال گذشته هزینه درمان افراد ۶۵ سال در ایران تقریباً سه برابر افراد عادی بوده است. هاشمی گفت: بر اساس مطالعه سال ۱۳۹۳، نیاز مراجعه سالمندان به مراکز درمانی و همچنین میزان بستری آنان بیش از ۲ برابر افراد دیگر است؛ از این رو، باید به نقش خانواده، رفاه و بهبود زندگی سالمندان با رویکرد توانمندسازی بیش از گذشته پرداخته شود.

وی تاکید کرد: بسیار مهم است که اثرات سالمند شدن در کل جامعه را مورد توجه قرار دهیم. ایجاد زیرساخت های اجتماعی، اقتصادی، شهری و تلاش برای افزایش توانمندسازی سالمندان بسیار مهم است.

هاشمی ادامه داد: همه کشورها نیازمند اتخاذ سیاست های بلند مدت و شفاف هستند. فرصت کم است و این برنامه ریزی ها باید به سرعت عملیاتی شود و برای رسیدن به این هدف لازم است به اجتماعی شدن سلامت بیش از پیش توجه کنیم.

وی به «سند ملی سالمندان» اشاره کرد و گفت: این سند با همکاری وزارت بهداشت، سازمان بهزیستی و سازمان برنامه و بودجه تهیه و در شورای عالی سلامت و امنیت غذایی با حضور رئیس جمهوری به تصویب رسید که شامل دستور کار اصلی برای توسعه خدمات سالمندان است.

هاشمی با اشاره به ارائه خدمات به سالمندان در طرح تحول سلامت افزود: ۹۴ درصد سالمندان بیمه هستند و ۳۱ درصد دارای بیمه تکمیلی هستند. انتهای پیام *



نان آوران کوچک؛ پیامد حاشیه نشینی شهرها

تهران - ایران- لیلا ارشد، مددکار اجتماعی و عضو انجمن حمایت از حقوق کودکان گفت: با افزایش مهاجرت ها و حاشیه نشینی خانواده ها به دلایلی مانند مشکلات اقتصادی، فقر و خشکسالی، به تعداد نان آوران کوچک یعنی کودکان کار و خیابان نیز افزوده شده است.

لیلا ارشد روز دوشنبه در گفت و گو با خبرنگار ایرنا افزود: تعدادی از خانواده ها و والدین مناطق حاشیه نشین مجبور هستند از کودکان خود بخواهند کار کنند و کودکان نیز مجبورند هزینه های خانواده مانند اجاره خانه، هزینه معاش و حتی در مواردی هزینه تامین مواد مخدر پدر خانواده را بپردازند.

وی اضافه کرد: تعدادی از این کودکان به عنوان زباله گرد به کار گرفته می شوند و متأسفانه هنوز در خیابان ها کودکان زباله گرد را می بینیم؛ اما این فقط بخشی از زندگی آنان است و این کودکان، شب های تلخ و سختی دارند. ارشد ادامه داد: این کودکان پس از جمع آوری زباله ها به دلیل کار جدا کردن و تحویل دادن زباله، خواب ندارند و شاهد بوده ایم که حتی برخی از آنان به دلیل خستگی و ضعف مفرط، کنار خیابان بی حال نشسته اند.

*زباله گردی، بدترین نوع اشتغال کودکان

این مددکار اجتماعی اظهار داشت: زباله گردی از بدترین اشکال کار کودکان است؛ کودکان ممکن است مجبور باشند به دلیل فقر والدین، ساعاتی از روز را کار کنند اما قرار نیست شب تا صبح بیدار باشند.

ارشد گفت: کودکان زباله گرد حین کار کردن شرایطی را تجربه می کنند که در سنین حساس رشد به سلامت جسمی و فیزیکی آنان صدمه زیادی می زند؛ گاهی دست و پای این کودکان حین جمع آوری زباله بریده می شود و از سوی دیگر خواب عمیق و راحت نیز ندارند.

وی افزود: این کودکان گاهی در مکان هایی که قرار است زباله را تحویل دهند، مورد تعرض قرار می گیرند. آنان ناگزیرند با مردان بزرگسال و زباله گرد زندگی کنند که این مردان خود محدودیت ها و محرومیت هایی را تجربه کرده اند. ارشد ادامه داد: کودکان زباله گرد چه در سطح شهر و چه در کنار مردان بزرگسال از نظر عاطفی مورد صدمه، تحقیر و توهین قرار می گیرند. بارها شاهد بودیم که شهروندان عصبانی یا خریداران زباله یا پیمانکارانی که کودکان را به کار گرفته اند و همچنین مسئولان مراکز تفکیک زباله بر سر جمع آوری، فروش، وزن گیری و جداسازی زباله ها، رفتار به شدت ناخوشایندی با این کودکان داشته اند.

*بیشتر کودکان کار از تحصیل بازمی مانند

عضو انجمن حمایت از حقوق کودکان گفت: کودکان کار خود را با کودکانی که در خودروها هستند، مقایسه می کنند و با دیدن تفاوت و نابرابری زیاد بین خود و کودکان دیگر، دچار صدمات عاطفی و روانی می شوند.

ارشد افزود: بیشتر کودکان کار از تحصیل بازمی مانند؛ این مساله در آینده جامعه را با مشکل مواجه می کند چراکه در آینده با گروه بزرگی از افراد بزرگسال بی سواد روبرو خواهیم شد که قرار است همسر یا پدر باشند و در قرن ۲۱، مهارت های لازم را برای زندگی کردن، همسر داری و فرزندپروری ندارند.

وی اضافه کرد: چگونه فردی که سال های طولانی، آسیب های جدی را تجربه کرده است، می تواند یک شهروند سالم و مسئولیت پذیر باشد و به قوانین شهر و کشور احترام بگذارد.

ارشد تصریح کرد: کودکان کار در برابر آسیب ها، راه به جایی ندارند؛ این کودکان طبق قوانین موجود نمی توانند شکایت کنند. کودکان نمی توانند در کلانتری و دادگاه به عنوان شاکی شکایت کنند در حالی که تجربیات ناخوشایند زیادی را تجربه کرده اند.

این مددکار اجتماعی گفت: کوله پشتی تجربیات تلخ این کودکان سنگین و مملو از ناملایمات سنین کودکی و نوجوانی است. ارشد افزود: ایران به کنواسیون حقوق کودک و کنواسیون محو بدترین اشکال کار کودک سازمان بین المللی کار (ILO) پیوسته است و طبق قوانین داخلی کشور، کودکان از ۱۵ سالگی می توانند کار کنند و لازم است ساعت کار کمتری نسبت به بزرگسالان داشته باشند و نوع کار آنها نباید سخت باشد. همچنین باید ساعات استراحت و مرخصی بیشتری داشته باشند. وی خاطرنشان کرد: هرچند برخی خانواده ها به دلیل فقر ناگزیرند از فرزند خود بخواهند کار کند اما این کار می تواند زباله گردی نباشد و کار کم خطرتری داشته باشد تا در کنار آن نیز بتوانند تحصیل کنند.

این مددکار اجتماعی گفت: انجمن حمایت از حقوق کودکان طرحی را سال ها پیش به دولت وقت پیشنهاد داد تا بر اساس آن از خانواده های کودکان کار حمایت شود و کودکان بتوانند تحصیل کنند و پس از طی کردن دوران کودکی کار کنند که متأسفانه این طرح در حد پیشنهاد باقی مانده است. انتهای پیام *



ترمیم سرمایه اجتماعی، اولویت های پیش رو دولت



تهران - ایرنا - فرسایش سرمایه اجتماعی بنابر گفته «اسحاق جهانگیری» معاون ریاست جمهوری، در حال حاضر از مسائل مهم کشور است، اما ترمیم این سرمایه، عزم ملی و دو جانبه ای از سوی دولت و مردم را می طلبد.

به گزارش گروه تحلیل، تفسیر و پژوهش های خبری، اسحاق جهانگیری اواخر هفته گذشته در کنگره مجمع نمایندگان ادوار مجلس یکی از مسائل اصلی و مهم کشور را فرسایش سرمایه اجتماعی دانست و تاکید کرد خسارت فرسایش سرمایه اجتماعی از سرمایه مالی بیشتر است زیرا با وجود سرمایه های اجتماعی، امید اجتماعی در جامعه بهبود می یابد و قدرت برنامه ریزی نیز در جامعه از بین نمی رود.

معاون اول رئیس جمهوری راهکارهای موجود برای ترمیم سرمایه اجتماعی را کارآمدی جریان های سیاسی و نهاد مدنی عنوان کرد و گفت و گوی ملی را یک ضرورت خواند.

**واکاوی مفهوم سرمایه اجتماعی

با توجه به آن که فرسایش سرمایه اجتماعی مفهومی است که از ادبیات جامعه شناسی وارد ادبیات سیاستمداران شده است. با مدد از علم جامعه شناسی می توان مفهوم سرمایه اجتماعی را واکاوی کرد و سپس با بررسی ابعاد فرسایش سرمایه اجتماعی به عنوان مساله مهم کشور، برای ترمیم و تقویت سرمایه اجتماعی راهکارهای جدی را پیش روی جامعه قرار داد.

سرمایه اجتماعی دارای مولفه هایی است که به باور صاحب نظران این مولفه ها متفاوت هستند، اما به طور کلی، اساس سرمایه اجتماعی، روابط اجتماعی است. از مولفه های اصلی آن، شبکه و پیوند بین افراد، تعاون و همکاری است. سازمان های اجتماعی با وجود ارزش ها، هنجارها و اعتماد، تعهدات و مسوولیت هایی را در قبال جامعه برعهده می گیرند.

همانطور که ذکر شد، مشارکت های مدنی یکی از ابعاد مهم سرمایه اجتماعی است. هر چه مشارکت های اجتماعی مثل عضویت افراد در انجمن ها، احزاب و گروه ها بیشتر باشد و شبکه های اجتماعی تقویت شود، احتمال اینکه شهروندان در جهت منافع متقابل یکدیگر عمل کنند، از فرصت طلبی ها به دور باشد و مشکلات عمومی را حل کنند، بیشتر است.

**سنجش سرمایه اجتماعی

از طرف دیگر پیوندهای بین افراد جامعه تحت شرایطی قابل تبدیل شدن به سرمایه های اقتصادی است. همچنین ساختاری از ارزش ها و هنجارها افراد را بیش از پیش به سوی قانونگرایی و نظم اجتماعی هدایت می کند.

نظریه پردازان اجتماعی برای سنجش سرمایه اجتماعی، شاخص هایی را مثل میزان جرم و جنایت، فروپاشی خانواده، مصرف مواد

مخدر، خودکشی، فرار از پرداخت های مالیاتی، کاهش عضویت در انجمن های داوطلبانه و ... مطرح می کنند. بر اساس همین شاخص ها می توان فرسایش سرمایه اجتماعی را نیز رصد کرد.

پژوهش های اجتماعی صورت گرفته در خصوص سرمایه اجتماعی، بیانگر افول این سرمایه در جامعه است. چنانکه عبداللهی و موسوی در سال ۱۳۸۶ عنوان کرده اند که سرمایه اجتماعی در بعد روابط انجمنی نظیر همکاری با نهادهای مدنی ضعیف تر و در بعد پیوند بین فردی قوی تر است. در واقع سرمایه اجتماعی امروزه مبتنی بر روابط خانوادگی است و هر چه از سطح خانواده به اجتماع نزدیک شویم، میزان سرمایه اجتماعی کمتر می شود.

در پیمایش های ملی ارزش ها و نگرش های ایرانیان طی سال های ۷۹ تا ۸۴، اعتماد به مسوولین و اصناف و نیز اعتماد بین شخصی رو به افول بوده است.

در تحقیق فیروزجائیان و بابایی در سال ۹۱ نشان داده است که بی اعتمادی افراد نسبت به نهادهای مجری و جامعه در زمینه اجرای قانون موجب افزایش قانون گریزی می شود.

افشانی و جعفری نیز در سال ۹۴ در تحقیقات در بین دانشجویان به این نتیجه رسیدند که هرچه رابطه سرمایه اجتماعی در دانشجویان بیشتر باشد، آنها به آینده امیدوارتر خواهند بود.

***تبیین سرمایه اجتماعی

«علی دینی ترکمانی» در مقاله ای با عنوان «تبیین افول سرمایه اجتماعی» به تاثیرات عوامل اقتصادی و سیاسی بر سرمایه اجتماعی پرداخته است. بر اساس این مقاله، عملکرد اقتصادی از دو طریق بر سرمایه اجتماعی موثر است؛ اول از طریق تاثیر سطح معیشت و درآمد سرانه، سطح آموزش های عمومی و سلامت فکری و جسمانی افراد یک جامعه، دوم توزیع ثروت و دارایی عادلانه در جامعه، یعنی هرچه توزیع ثروت ناعادلانه باشد همبستگی اجتماعی ضعیف تر خواهد بود.

عامل سیاسی نیز با به رسمیت شناختن سازمان های غیردولتی، شنیدن صداهای اعتراضی و انتقاد به حاکمیت، تثبیت قوانین حمایتی از حقوق مدنی و شهروندی افراد، ثبات سیاسی، نبود خشونت، نظام اداری قوی و سالم و... می تواند بر سرمایه اجتماعی موثر باشد.

***فرجام سخن

به نظر می رسد جهانگیری به درستی مهم ترین مساله کشور را فرسایش سرمایه اجتماعی می داند، چنانکه تحقیقات اجتماعی طی سال های متفاوتی این مساله را بیان کرده اند.

در میان تحلیل های موجود از سرمایه اجتماعی دو سطح عملکرد جامعه و عملکرد عوامل سیاسی و اقتصادی مشخص است. در سطح جامعه سخن از کاهش روابط انجمنی و نهادی است. در سطح سیاسی و اقتصادی عوامل کلانی چون ثبات سیاسی و توزیع عادلانه ثروت مطرح است. برای ترمیم سرمایه اجتماعی نیز باید در این دو سطح اقدامات ویژه انجام شود و دولت به عنوان پیشگام طرح مساله فرسایش سرمایه اجتماعی لازم است اقداماتی را در حمایت از نهادهای مدنی و تسهیل فعالیت های انجمن ها صورت دهد. همچنین دولت با تامین معیشت و افزایش درآمد سرانه، باعث خواهد شد مردم از دغدغه های مادی رها شده و به تشکیل روابط انجمنی بپردازند.

با این اقدامات و ترمیم سرمایه اجتماعی از سوی دولت و مردم، اعتماد اجتماعی به مسوولان و سایرین بیشتر خواهد شد و این از اولین قدم هایی خواهد بود تا کشور از ثمرات سرمایه اجتماعی همچون کاهش قانون گریزی و کاهش جرم و ... بهره مند شود. انتهای پیام /

بخش دوم / مریم صداقت در گفت‌وگو با ایرناپلاس مطرح کرد :

پیامدهای بازماندگی از تحصیل کودکان بر وضعیت اجتماعی ایران

تهران - ایرناپلاس - بازماندگی از تحصیل یک مسأله اجتماعی مهم است که باید با همکاری نهادهای اجتماعی و دولتی برای جلوگیری از آن برنامه‌ریزی کرد؛ مسأله‌ای که به اعتقاد یک پژوهشگر توسعه و آموزش در صورت عدم چاره‌اندیشی پیامدهای بسیاری برای اجتماع خواهد داشت .

بازماندگی کودکان از تحصیل آثار مخربی بر وضعیت اجتماعی ایران در آینده خواهد داشت . کودکان بازمانده از تحصیل با احتمال بیشتری درگیر آسیب‌های اجتماعی می‌شوند. مریم صداقت، عضو هیأت علمی پژوهشکده مطالعات توسعه جهاد دانشگاهی در گفت‌وگو با ایرناپلاس به آسیب‌های اجتماعی و روانی این پدیده پرداخت و راهکارهای حل این مسأله را مورد بررسی قرار داد.

****هیچ نهادی برای رسیدگی به وضع بازماندگان از تحصیل پیش‌بینی نشده است**

ایرناپلاس: کدام نهاد دولتی مسئول رسیدگی به وضعیت کودکان بازمانده از تحصیل است؟

صداقت :درواقع می‌توانیم بگوییم برای گروه بزرگی از دانش‌آموزان یا شهروندان که بازمانده از تحصیل می‌شوند هیچ نهادی پیش‌بینی نشده است و مشخص نیست چه سازمان یا نهادی تولیت آنان را به عهده دارد. خود این شفاف نبودن مسئولیت باعث می‌شود با وجود تلاش‌های بسیار زیادی که صورت می‌گیرد، نتیجه مناسبی به‌دست نیاید.

آموزش و پرورش مدعی است که امور دانش‌آموز را مادامی که در مدرسه حضور دارد به عهده دارد و این به عبارتی حرف درستی است. ولی در مورد دانش‌آموزی که از تحصیل بازمی‌ماند می‌گوید به‌قدری مسائل و فرایندها در این بخش در جریان است که نمی‌توانم سازوکار مجزایی تدوین کنم که این کودک را به مدرسه برگردانم و در مدرسه نگهدارم.

از آن طرف، بهزیستی اقدامات دیگری را تا پشت درهای مدرسه انجام می‌دهد. یعنی ممکن است با کمک سمن‌ها تلاش‌های زیادی کند و کودک را به فضای تحصیل برگرداند ولی بعد از آن، این مسئولیت را به نظام آموزشی واگذار می‌کند و به سبب اینکه به‌اندازه کافی، گفت‌وگو و تعامل سیستماتیک وجود ندارد، مسأله رها می‌شود. این مسأله نقص چشمگیری در رصد کودکان بازمانده از تحصیل است.

****جنسیت در بازماندن کودک از تحصیل مؤثر است**

ایرناپلاس: آیا جنسیت در بازماندن کودکان از تحصیل مؤثر است؟

صداقت :بله مؤثر است و در سال‌های گذشته مقداری الگوی آن تغییر کرده است. به خاطر غلبه نگاه جنسیتی که در بسیاری از مناطق کشور ما به‌ویژه در مناطق روستایی حاکم است، اکثر بازماندگان از تحصیل به‌ویژه در مقطع پس از ابتدایی، دختران هستند. در مطالعه‌ای که سال ۹۵ وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی انجام داد، مشخص شد که در مقطع ابتدایی یک هماهنگی بین جمعیت تحت پوشش دختران و پسران را داریم ولی بعد از آن دختران بازماندگان بیشتری را تشکیل می‌دهند.

از طرف دیگر، در مناطق شهری و مناطق حاشیه‌ای، پسران به سبب اینکه درگیر مسائل مربوط به کار و اشتغال می‌شوند، بیشتر از تحصیل باز می‌مانند. به نظر می‌رسد که بسته به منطقه محل سکونت و مقطع تحصیلی تفاوت‌هایی به‌وجود می‌آید.

****در مناطق روستایی کمبود امکانات آموزشی موجب دور ماندن دختران از مدرسه است**

ایرناپلاس: آیا شرایط آموزشی موجود مثل حضور معلم مرد برای یک مدرسه روستایی که هم دختران و هم پسران در آن درس می‌خوانند، در بازماندگی از تحصیل مؤثر است؟

صداقت :بله. این نگاه جنسیتی خیلی در روستاها مؤثر است. به این صورت که معلم مرد برای دختران پذیرفته نمی‌شود. اینکه

دختران برای تحصیل به خارج از روستای خودشان بروند پذیرفته نمی شود و یا اینکه دختران جهت تحصیل در یک روستا یا شهر دیگر در خوابگاه های دانش آموزی و شبانه روزی مستقر شوند، از طرف خانواده ها پذیرفته نیست. حتی بعضی از اقداماتی که وزارت آموزش و پرورش برای از بین بردن تفاوت جنسیتی در دسترسی به آموزش انجام داد و در برخی مناطق هزینه های زیادی شد تا مدارس شبانه روزی تأسیس شود مورد استقبال نبود. با وجود اینکه مدرسه برای دختران ساخته شده بود، خانواده ها هیچ رغبتی برای اینکه دخترشان را برای تحصیل ثبت نام کنند، نشان ندادند. به نظر می رسد در بعضی از مناطق کشور این نگاه جنسیتی خیلی غالب است.

****تحصیل، شکلی از جامعه پذیری است**

ایرناپلاس: بازماندن از تحصیل چه آسیب هایی را به لحاظ روانی برای کودک به دنبال خواهد داشت؟

صداقت: تحصیل فقط حضور در مدرسه و درس خواندن نیست. تحصیل یک جنس و شکلی از جامعه پذیری است و تجاربی را برای کودک فراهم می کند که این تجربه لزوماً در جای دیگر متناسب با سن کودک فراهم نمی شود و خود این اختلاف، یک اختلاف تأثیرگذار در گستره زندگی این فرد خواهد بود.

حتی اگر این فرد به موفقیت هایی هم از نظر شغلی و از نظر اقتصادی دست پیدا کند، ولی به سبب اینکه این دوره تحولی در جایی که باید با گروه همسالان خودش تجربه می کرده، اتفاق نیفتاده، در بهترین شرایط این جای خالی همیشه در زندگی کودک خواهد بود.

****کودک در سن ۶ تا ۱۸ سالگی باید در مدرسه باشد**

خیلی وقت ها کودک به سبب شرایط نابهنجار از مدرسه بازمی ماند. درگیر شدن در شبکه های کار، شبکه های قاچاق دستیابی به نوعی از زندگی با بزرگسالان، به هیچ وجه برای این کودک مناسب نیست و خیلی زود او را به عرصه ای از زندگی می راند که برای آن آماده نیست. کودک به سبب کاری که انجام می دهد استقلال هایی به دست می آورد که نباید در آن سن پیدا کند. همین سبب می شود کودک، نوعی از هوش هیجانی که هنوز ظرفیت پذیرش آن را پیدا نکرده است، تجربه کند.

درواقع می شود گفت کودک در ۶ سالگی تا ۱۸ سالگی باید در مدرسه باشد. حالا این که مدرسه چه شرایطی باید داشته باشد تا تأثیرات مثبتی بگذارد، بحث جداگانه ای است ولی در همین شرایط، در همه دنیا این بخشی از حقوق کودک است که از تحصیل رایگان و بودن با همسالان خودش و تجارب کودکی بهره مند شود.

****کودک بازمانده از مدرسه درگیر آسیب اجتماعی می شود**

ایرناپلاس: بازماندن از تحصیل چه آسیب هایی را به لحاظ اجتماعی به دنبال خواهد داشت و چه اثراتی بر میزان آسیب های اجتماعی دارد؟

صداقت: خیلی از این کودکان متأسفانه درگیر بزه و اعتیاد می شوند. وقتی مطالعات طولی در مورد این کودکان انجام می شود، ملاحظه می شود که طلاق و ناکامی در زندگی مشترک را نیز تجربه می کنند. این ها معمولاً روابط اجتماعی مناسبی هم ندارند. تحصیل الان در کشورهای در حال توسعه بحث سرمایه گذاری ملی است و فقط این نیست که به یک مهارت هایی دست پیدا کنیم. برای جامعه ای که در آن تحصیل اولویت دارد، بخش عمده ای از کودکان آن وارد این فرآیند می شوند و از آن خارج می شوند. این جامعه سلامت بالاتری دارد، اشتغال در آن بالاتر است، مهارت های زندگی افراد در آن وضعیت بهتری دارد، روابط اجتماعی بهتر و آسیب های اجتماعی کمتر است.

برای همین است که بحث آموزش از اواخر سده گذشته در دنیا همیشه یکی از بحث های جدی بوده است. برای بهزیستی بحث تحصیل یک بحث کاملاً ضروری است و برای همین است که یونسکو، سازمان های جهانی و کنوانسیون های جهانی که برای آموزش و تحصیل برای همه (که خوشبختانه کشور ما هم در آن بود و یک دوره ای را به اتمام رساند و حضور در آن برنامه باعث شد که جهش های خیلی خوبی در افزایش پوشش تحصیلی در اواخر دهه ۸۰ و اوایل دهه ۹۰ داشته باشیم)، متأثر از همین واقعیت

است که تحصیل از افراد، فرد دیگری می‌سازد.

****دولت باید بپذیرد که به تنهایی از عهده معضل بازماندگی از تحصیل برنمی‌آید**

ایرناپلاس: راه حل جبران وضعیت موجود برای این کودکان چیست؟

صداقت: در گام اول دولت باید بپذیرد که به تنهایی نمی‌تواند از عهده چنین معضلی بریاید. باید یک وفاق و عزم عمومی در سطوح مختلف سیاستگذاری، قانونگذاری، برنامه‌ریزی، مجریان، دولت و سازمان‌های مردم‌نهاد به وجود آید و هر دستگاه متناسب با ظرفیت‌هایی که دارد تکلیف بپذیرد و بعد در ارتباط مدونی که وجود دارد، پیگیری، نظارت و گزارش شود می‌تواند وضعیت را بهتر کند.

در گذشته که پوشش تحصیلی کمتر و تعداد زیادی از بازماندگان را داشتیم، شاید اقدامات دولت به تنهایی مؤثر بود و به حد خوبی رسید، ولی به جایی رسیدیم که پر کردن این شکاف کار سختی است و نیاز داریم دولت از سایر افرادی که می‌توانند بازیگران خوبی برای این عرصه باشند، کمک بگیرد.

****باید به سمت عملی کردن برنامه‌های در نظر گرفته شده و حل معضل برویم**

ایرناپلاس: به چه پژوهش‌هایی در این حوزه نیاز است تا آمار صحیح مشخص شود و واقعیت را به خوبی مشخص کند تا راهگشای برنامه‌ریزی باشد؟

صداقت: مطالعات خوبی طی این دهه و اواخر دهه گذشته صورت گرفته است و تلاش شده که تصویری واقعی از وضعیت کودکان بازمانده از تحصیل ترسیم شود. در حال تکمیل این تصویر هستیم که گام خوب و مؤثری بوده است. اما به جایی رسیدیم که نیاز هست علاوه بر اینکه شناخت و آگاهی را از وضعیت موجود پیدا کردیم، به سمت وضع مطلوب حرکت کنیم. مثلاً بحث کودکان دوزبانه یکی از بحث‌های جدی در آموزش و بازماندگی از تحصیل است و مدت‌هاست در مورد دوزبانگی و بازماندگی از تحصیل می‌شنویم و تقریباً می‌دانیم چه کاری باید انجام شود ولی اقدام مشخصی صورت نگرفته است. چرا؟ چون اول باید در کارهای پژوهشی دقیقی که در دانشگاه‌ها و مؤسسات مربوط صورت می‌گیرد این پدیده را خوب بشناسیم، زوایا را بررسی، راهکارها استخراج و به آزمون گذاشته شود و بعد در قالب توصیه‌هایی برای کسانی که سیاست‌گذار و برنامه‌ریز هستند بتوانیم مؤثرتر حرکت و عمل کنیم.

یا در موارد دیگر مثل مسائل مربوط به دختران (مانند بازماندگی از تحصیل به علت ازدواج زودهنگام)، آسیب‌های اجتماعی، اشتغال کودکان و... آمارها مناسب و قابل بررسی است. مؤسسات مختلف هم درگیر این موضوع شده‌اند و تا جایی که نیاز داریم آمار را می‌توانیم به خدمت بگیریم، مخصوصاً با سرشماری سال ۹۵ و با سؤالات مشخصی که در آن گنجانده شده بود. فکر می‌کنم در بخش آمارها مشکلی نداریم و باید از این بخش عبور کرده و به این سمت برویم که ببینیم متناسب با هر کدام از این عواملی که شناخته شده است چه می‌توان کرد.

بحث مسائل فرهنگی، به‌ویژه در سیستان و بلوچستان و خوزستان دیگر برای ما ناشناخته نیست، ولی اینکه چطور از کمند این مسائل خارج شویم مسأله است و به نظرم در حال حاضر باید بر این مسائل تمرکز کنیم. انتهای پیام *

معاون اجتماعی بهزیستی در گفت و گو با ایرنا :



۳۱ خانه سلامت به دختران فراری خدمات می‌دهند *

تهران- ایرنا- معاون امور اجتماعی سازمان بهزیستی کشور گفت: ۳۱ خانه سلامت در سراسر کشور دخترانی را که از خانه فرار کرده‌اند، با هدف پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی پذیرش می‌کنند و در سال گذشته به ۹۵۰ دختر فراری در این خانه

ها خدمات حمایتی ارائه شد .

حبیب الله مسعودی فرید روز شنبه در گفت و گو با خبرنگار ایرنا افزود: دختران فراری در خانه های سلامت اسکان داده می شوند و خدمات تخصصی مانند خدمات مشاوره و مددکاری اجتماعی دریافت می کنند .

وی خاطرنشان کرد: براساس مطالعات انجام شده در کشور، بیشترین علت فرار دختران از خانه طی سال های گذشته مسائل و مشکلات درون خانواده است که می تواند از اعتیاد و خشونت داخل خانواده و اعتیاد داخل خانواده، غفلت از فرزندان در خانواده، نبود توجه و مهربانی در خانواده و وقت نگذاشتن برای خانواده باشد.

وی اضافه کرد: هر اندازه مهربانی و انسجام خانواده بیشتر باشد می تواند به پیشگیری از فرار از خانه کمک کند. نبود مهارت های فرزندپروری در خانواده ها می تواند به فرار دختران از خانه منجر شود.

معاون امور اجتماعی سازمان بهزیستی کشور اظهار داشت: ۷۰ تا ۹۰ درصد علت فرار دختران از خانه ناشی از مسائل داخل خانواده و ۱۰ درصد ناشی از مسائل خارج خانواده است. به طور مثال فرد از خانه فرار می کند تا برود پولدار شود و می خواهند یک شبه ره صد ساله را طی کنند.

مسعودی فرید افزود: گاهی ممکن است افرادی سر راه دختران قرار گیرند و دختران تصور می کنند با فرار با آنها می توانند سریعاً یک زندگی خوب بسازند و ممکن است در این راه فریب بخورند و آسیب هایی داشته باشد .

وی ادامه داد: یکی دیگر از دلایل فرار دختران از خانه ممکن است به دلیل نداشتن مهارت کنترل هیجانات باشد، در این وضعیت هنگامی که خانواده مقداری سختگیری می کند یا دعوی بین اعضای خانواده اتفاق می افتد، فرد خانه را ترک می کند. وی اضافه کرد: مشکلات درون خانواده صرفاً به معنای مشکلات بین پدر و مادر نیست بلکه کل خانواده از جمله خواهر و برادر نیز مدنظر است .

معاون امور اجتماعی سازمان بهزیستی کشور گفت: ممکن است افرادی دختران را فریب دهند تا آنها از خانه فرار کنند به طور مثال به آنها بگویند «ما شغلی سراغ داریم که ماهانه بین ۵ تا ۱۰ میلیون تومان درآمد دارد» یا «تو را به کشور خارجی می برم تا پولدار شوی»؛ مواردی اینچنینی داشته ایم که متأسفانه دختران فریب خوردند و کلاهبرداران شناسایی شده اند. مسعودی فرید افزود: اطلاع رسانی درباره خدمات اورژانس اجتماعی یا سایر خدمات بهزیستی مانند خط تلفنی ۱۴۸۰ که مشاوره رایگان می دهد به پیشگیری از آسیب های ناشی از فرار از خانه، کمک می کند. حتی اگر کودکان مشکلی دارند می توانند با خط مشاوره ۱۴۸۰ تماس بگیرند.

وی تاکید کرد: نقش مدارس در پیشگیری از فرار از خانه بسیار مهم است. لازم است به مقوله مشاوره در مدارس بسیار جدی تر و پررنگ تر توجه شود.

وی گفت: خوشبختانه اکنون طرح نظام مراقبت اجتماعی دانش آموزان موسوم به نماد در آموزش و پرورش در حال اجرا شدن است که اگر خیلی جدی تر به این طرح نگاه شود می تواند کاری کند تا کمتر شاهد فرار دختران و پسران از خانه باشیم. معاون اجتماعی سازمان بهزیستی کشور خاطرنشان کرد: پسران هم ممکن است از خانه فرار کنند و شاهد این موارد نیز هستیم. مسعودی فرید افزود: اگر پسران از خانه فرار کنند، آنان را در مراکز کودکان کار و خیابان و مراکز نگهداری موقت، اسکان می دهیم و اگر لازم باشد مراکز شبه خانواده نیز آنها را پذیرش می کند .

وی تصریح کرد: به طور کلی حساسیت جامعه نسبت به پسران کمتر است اما به نظر می رسد نسبت به فرار پسران باید خیلی حساس باشیم .

وی در پاسخ به سوال رشد آمار پسران فراری در سال جاری گفت: نمی دانیم آمار فرار پسران از خانه افزایش داشته یا نه اما بسیاری از پسرانی که از خانه فرار می کنند وارد بازار کار در خیابان ها می شوند و آماری از آنها در دست نیست. چون حساسیتی که نسبت به دختران وجود دارد نسبت به پسران وجود ندارد .

معاون اجتماعی سازمان بهزیستی کشور اظهار داشت: همان گونه که دختران ممکن است بعد از فرار از خانه مورد آسیب قرار

بگیرند، پسران نیز ممکن است مورد آسیب قرار گیرند بنابراین لازم است خانواده ها نسبت به هر دو جنس دختر و پسر حساس باشند.

مسعودی فرید افزود: خانواده ها می توانند در مورد هر مشکلی که در خانواده وجود دارد با ۱۴۸۰ تماس بگیرند. هر کودک و نوجوانی که به هر دلیلی، - چه اشتباه کرده و چه اشتباه نکرده - از خانه بیرون آمد، اولین کاری می تواند بکند این است که با شماره اورژانس اجتماعی ۱۲۳ تماس بگیرد تا در سریعترین زمان ممکن قبل از آنکه اتفاق بدی بیفتد، به آنان کمک شود تا بتوانند زندگی بهتری داشته باشند. انتهای پیام *



فردا برای حل مشکلات کودکان کار دیر است



تهران- ایرنا- مدیرعامل شبکه یاری کودکان کار و خیابان با اشاره به مشکلات متعدد کودکان کار و ضرورت پیشگیری از آسیب های جدی، گفت: برای رسیدگی به مشکلات این کودکان، فردا دیر است.

خسرو صالحی امروز پنجشنبه در حاشیه روز جهانی کودک که با حضور ۳۰۰ کودک کار برگزار شد، در گفت و گو با خبرنگار ایرنا افزود: ما به دنبال احقاق حق حقوق کودکان هستیم تا با حل مسائل و مشکلاتی که کودکان در جامعه دارند از وقوع آسیب های جدی پیشگیری کنیم درحالی که حرف های این کودکان شنیده نمی شود و حقوق اولیه این کودکان نادیده گرفته شده است. وی با اشاره زباله گردی کودکان گفت: ریشه زباله گردی کودکان فقر است که با حل مسایل کلان و اقتصادی کشور با همکاری سازمانها و نهادهای مختلف می توان شاهد کاهش آن بود و افزایش زباله گردی ها ناشی از ناتوانی انجمن های فعال در موضوع کودکان کار نیست.

فعال حقوق کودکان، مسائل مرتبط با بهداشت و آموزش کودکان را از مهمترین دغدغه های پیش رو عنوان کرد و افزود: بسیاری از کودکان در جامعه مورد سوء استفاده قرار می گیرند که همواره سلامت جسمی و روانی آنها را تهدید می کند. وی ادامه داد: بیماریهای مقاربتی در بین کودکان کار قابل توجه است و به دلیل اینکه درصد این آمار تصاعدی پیش می رود برای رسیدگی به مشکلات این کودکان، فردا دیر است.

صالحی در پاسخ به آمار کودکان کارشناسایی شده در کشور افزود: آمارهای غیررسمی زیادی وجود دارد که به دلیل محدودیت بودجه و شرایطی که وجود دارد نتوانستیم به آمار دقیقی برسیم، ولی ۱۲ هزار و ۲۰۰ نفر در انجمن های زیر مجموعه شبکه یاری کودکان کار و خیابان در سطح تهران ثبت شده است که در حال آموزش هستند.

وی با اشاره به مشکلات هویتی کودکان گفت: در حال حاضر آمار قابل توجهی از کودکان کار، مهاجران هستند که به دلیل شرایط خاص، برخی از کودکان کارت اقامت و هویتی ندارند و همین امر سبب شده است که از حقوق اولیه خود محروم شوند و بسیاری از بچه ها به دلیل هزینه های تحصیل، از حضور در مدارس بازماندند.

مدیرعامل شبکه یاری کودکان کار و خیابان افزود: مقام معظم رهبری دستور دادند که هیچ بچه ای در کشور نباید از آموزش باز بماند ولی متأسفانه بعضی از مدارس هزینه های طلب می کنند که خارج از توان خانواده ها است.

وی با انتقاد از رویکرد مناسبی به کودکان کار اظهار کرد: معمول در روز جهانی کودک، کودکان کار تنها یک بار در سال به صورت مقطعی مورد توجه قرار می گیرند و در طول سال به فراموشی سپرده می شوند در صورتی که ما به دنبال این هستیم که برای این بچه ها معاینات پزشکی و غربالگری انجام شود و ارتباط مراکز پزشکی در طول سال تقویت شود.

**آموزش به کودکان کار

شریف ترکمن نژاد رئیس مرکز بهداشت شمال تهران که یکی از زیرمجموعه های دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی است در گفت و گو با خبرنگار ایرنا نیز گفت: معمولاً این کودکان با یک سری از مشکلات بهداشتی و درمانی مواجه هستند که تلاش

کردیم به بهانه روز جهانی کودک، فرهنگ سازی برای رعایت بهداشت های فردی و عمومی را آموزش دهیم. ترکمن نژاد افزود: در حاشیه این رویداد معاینه دهان و دندان کودکان انجام می شود که در صورت نیاز به درمان های کامل تر به دانشگاه دندانپزشکی شهید پزشکی ارجاع داده می شوند که با هماهنگی های انجام شده درمان آنها به صورت رایگان و کم هزینه انجام شود.

وی افزود: حدود ۳۰۰ مسواک و خمیردندان را در اختیار کودکان قرار دادیم و پزشکان نحوه بهداشت دهان و دندان را آموزش می دهند و همچنین یک کپسول D3 به کودکان داده می شود که ویتامین یک ماهه این بچه ها را تامین می کند و به دنبال این فرهنگ سازی هستیم که این ویتامین ها به صورت دوره ای در اختیار کودکان گذاشته شود.

*دانشگاه، پاسخگویی اجتماعی

خانم مژگان کریمی رئیس باشگاه یاوران بهشت در گفت و گو با ایرنا افزود: دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در راس مسئولیت های اجتماعی که دارد با شعار «دانشگاه، پاسخگویی اجتماعی» به دنبال شناسایی بستر های آسیب پذیر در سطح جامعه جامعه بوده است و به عنوان اولین قدم باشگاه یاوران بهشت را راه اندازی کرده است.

وی افزود: فلسفه شکل گیری مجموعه ما، محدود به بنرها، پیام ها و حرکت های مناسبی نیست؛ ما کودکان را رها نخواهیم کرد و همه اقشار کم درآمد و کودکان کار هر پنجشنبه در سرای محله ها، تحت پذیرش و درمان های رایگان قرار خواهند گرفت. کریمی افزود: با شبکه یاری کودکان ارتباط مستمر برقرار کردیم و این رویداد فصل جدیدی است که در آینده با تیم ها و گروه های موجود، واکسیناسیون و غربالگری این کودکان همراه با خدمات مستمر را در اولویت قرار خواهیم داد. جشن روز جهانی کودک روز پنجشنبه با حضور بیش از ۳۰۰ کودک کار از شبکه یاری کودکان کار و خیابان در بیمارستان مفید به همت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی برگزار شد. انتهای پیام *



به بهانه روز جهانی مبارزه با فقر



گفتگو با میثم هاشم خانی؛ پژوهشگر اقتصاد اجتماعی

تهران - ایرنا - با توجه به وضعیت اقتصادی در شرایط کنونی و افزایش تعداد افراد و خانواده های آسیب پذیر و نیازمند، به نظر می رسد ارائه راهبردهایی در قالب تبدیل یارانه سیاه به یارانه سپید و بهبود فضای کسب و کار برای فقرا موثر باشد.

در به گزارش گروه تحلیل، تفسیر و پژوهش های خبری ایرنا، نوسانات اقتصادی و قیمت اجناس در روزهای اخیر، زندگی و معیشت بسیاری از افراد را با چالش هایی رو به رو کرده است. این امر سبب شده که بسیاری از افراد و خانواده ها با توجه به میزان درآمد خود نتوانند سطح رفاه مطلوب و مناسبی برای خود و فرزندانشان فراهم کنند و در نتیجه با مشکلات بسیاری در زمینه تهیه کالاهای اساسی، آموزش و رفاه مواجه شوند. به طوریکه شاهد این امر هستیم که جامعه بسرعت به سمت طبقاتی شدن می رود و فقرا روز به روز فقیر تر و ثروتمندان روز به روز ثروتمندتر می شوند.

به بهانه روز جهانی فقر و لزوم سیاستگذاری در این زمینه با میثم هاشم خانی، اقتصاددان و محقق حوزه فقرزدایی به گفت و گو نشستیم.

ایرنا - به نظر شما چه عواملی اقتصاد ملی را در شریط کنونی با چالش رو به رو کرده است؟

تحریم های ظالمانه علیه کشورمان از یک سو و انباشت مشکلات مربوط به سیاست گذاری های ناصحیح اقتصادی از سوی دیگر، اقتصاد ملی را با چالش های متعددی مواجه ساخته و متأسفانه بار اصلی این چالش ها بر دوش آسیب پذیرترین خانوارهای کشور قرار دارد و بدون تردید دولت مسوولیتی سنگین در برابر سقوط روزافزون قدرت خرید این اقشار بر عهده دارد.

ایرنا: با توجه به محدودیت های مالی سنگین دولت و نیز با توجه به فشار سنگین ناشی از تحریم های ظالمانه خارجی بر فقیرترین خانوارهای کشور، به نظر شما مناسب ترین سیاست گذاری برای فقرزدایی در دوره تحریم، چیست؟

در درجه نخست، باید انواع «یارانه های سیاه» (تشدیدگر فقر و نابرابری) را در کشور متوقف کرده و «یارانه های سپید» (فقرزدا) را جایگزین کنیم. برای مثال در بهار و تابستان ۹۷، یارانه اعطاشده در قالب دلار دولتی به سفرهای خارج از کشور، بیش از ۹.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰ تومان بوده است. اگر این یارانه سفرهای خارجی را حذف می کردیم، می توانستیم با این بودجه برای ۸ سال، در ۳۰٪ محروم ترین مدارس ابتدایی کشور، هفته ای ۳ وعده غذای رایگان به دانش آموزان بدهیم.

یارانه به سفرهای خارجی در قالب دلار ارزان، چیزی است که من به آن «یارانه سیاه» می گویم. یعنی یارانه ای که اولاً سهم عمده آن به گروه های ثروتمندتر جامعه می رسد و ثانیاً، به انواع فساد دامن می زنند. در نقطه مقابل، ارائه تعذیه رایگان در مدارس ابتدایی مناطق محروم، مصداقی از «یارانه سپید» است؛ چرا که اولاً، بخش عمده آن به فقرا می رسد، ثانیاً ریسک بروز فساد در آن بسیار ناچیز است و ثالثاً، می تواند به طور غیرمستقیم چرخه های دیگری را در زمینه فقرزدایی فعال کند، مثل ترغیب بیشتر خانوارهای مناطق محروم به فرستادن منظم فرزندان به مدرسه.

ایرنا: درباره «یارانه سیاه» که به نظر شما فقر و نابرابری را بیشتر می کند، چه مثال های دیگری وجود دارد؟ درباره «یارانه سپید» که به نظر شما معادل فقرزدایی پایدار است، چه مصادیق دیگری وجود دارد؟

مثال دیگر از «یارانه سیاه»، به فروش سکه طلا به قیمت دولتی و ارزان مربوط می شود که در بهار و تابستان امسال، بالغ بر ۱۲.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰ تومان از منابع مالی دولت به این موضوع اختصاص یافت. اگر می خواستیم این بودجه را برای «یارانه سپید» صرف کنیم، می توانستیم یارانه نقدی یک سوم از خانوارهای فقیرتر کشور را، به مدت یک سال، ۲ برابر کنیم.

مثال دیگر، به یارانه عظیم بنزین مربوط است که به صاحبان خودرو پرداخت می شود. وقتی قیمت بنزین در کشور بسیار ارزان تر از میانگین کشورهای همسایه تعیین می شود، یعنی ثروت خدادادی نفت را که متعلق به همه ایرانیان است را، صرف پرداخت یارانه سیاه بنزین می کنیم که به وضوح سهم عمده آن نصیب ثروتمندان می شود. اگر بخواهیم یارانه سیاه بنزین را حذف کرده و به «یارانه سپید» تبدیل کنیم، یک روش مناسب آن است که سهمیه بنزین را به همه ایرانیان بالای ۱۸ ساله (اعم از صاحب اتومبیل و فاقد اتومبیل) اختصاص دهیم و اجازه دهیم افراد فاقد اتومبیل بتوانند سهمیه خود را به افراد دارای اتومبیل بفروشند. به این ترتیب خانوارهای فقیر می توانند سهم خود از ثروت های خدادادی کشور را مستقیماً دریافت کنند.

ایرنا: برای سیاست های فقرزدایی در دوره تحریم، بجز مباحث مربوط به تبدیل «یارانه سیاه» به «یارانه سپید»، چه سیاست های دیگری می تواند در دستور کار دولت قرار گیرد؟

در چالش اقتصادی پیش رو، فرآیند تشدید فشار بر فقرا، در ترکیب با محدودیت های شدید بودجه ای دولت که مانع از طراحی برنامه های فقرزدایی توسط دولت می شود، شرایطی پیچیده را ایجاد کرده که قابل انتظار است در کنار جهش جمعیت مبتلا به انواع فقر چند بُعدی (فقر درآمدی، فقر آموزشی و مهارتی، فقر سلامت و فقر تغذیه)، تبعات مخربی را در قالب رشد محسوس آسیب های اجتماعی، رشد محسوس جرائم و افزایش تلاطم سیاسی، به بار آورد.

اما مجموعه این محدودیت ها، می تواند فرصتی را برای یکپارچه ساختن مجموعه ای از سیاست های «بهبود فضای کسب و کار برای فقرا» و ایجاد اجماع ملی بر روی برنامه ای ملی در این حوزه، فراهم کند. برنامه هایی با اختصاص کمترین بودجه دولتی، می توانند بهبودی ملموس در معیشت بخش بزرگی از فقرا ایجاد کنند.

می توانیم این مجموعه سیاست های فقرزدایی موثر ولی دارای بودجه بسیار ناچیز را، تحت عنوان برنامه ملی «فقرزدایی با بودجه صفر» نام گذاری کنیم.

ایرنا: پیشنهاد شما درباره برنامه ملی «فقرزدایی با بودجه صفر»، چه بخش هایی دارد؟ چگونه می توان سیاست گذاری هایی انجام داد که بدون نیاز به بودجه، بتواند فقر را کاهش دهد؟

برنامه هایی که ذیل برنامه ملی «فقرزدایی با بودجه صفر» قرار می گیرند، بودجه بسیار ناچیزی نیاز دارند. این برنامه ها، عموماً از جنس بهبود قوانین هستند. یک مثال آن به رسمی سازی و مولد سازی مشاغل غیررسمی خرده پا، به ویژه دستفروشان و

زباله گردان در کلانشهرها مربوط می شود. این برنامه، باید از طریق آسان سازی قوانین سرمایه گذاری، فرآیندی آسان را برای «رسمی سازی» و «مولدسازی» دستفروشان و زباله گردان در قالب رفع موانع سرمایه گذاری های خلاقانه موسوم به «قعر هرم» (BOP) طراحی کند.

مثال دیگر، به «تسهیل کسب هویت رسمی برای شهروندان فاقد شناسنامه» مربوط می شود. این برنامه، باید در ابتدا به تعریف فرآیندی ساده برای اعطای تابعیت ایرانی به کلیه شهروندانی بپردازد که حاصل ازدواج زنان یا مردان ایرانی با زنان یا مردان غیرایرانی (عمدتا افغانستانی، عراقی و پاکستانی) هستند. در درجه بعد، این برنامه باید شامل اعطای شناسنامه ایرانی به کلیه افرادی باشد که متولد و بزرگ شده ایران هستند و به دلایل مختلفی شناسنامه ندارند؛ پدیده که در مناطق شدیداً محروم استان های مرزی کشور به ویژه سیستان و بلوچستان، بسیار رایج است.

مثال بعد به حمایت «غیررانتی» از توسعه مشاغل در «بازیافت زباله» مربوط می شود. سرمایه گذاری در بازیافت زباله، به عنوان یکی از حوزه های سرمایه گذاری «کار _ بر» (Labor _ Intensive)، قابلیت بالایی دارد تا با فشار اندک به منابع محدود پس انداز و سرمایه گذاری کشور، مشاغل انبوه را ایجاد کند. در این زمینه، پیشنهاد اولیه می تواند به این شرح باشد: ارائه معافیت مالیاتی کامل تا پایان سال ۱۴۰۰، و نیز صدور کلیه مجوزها ظرف حداکثر ۱۰۰ روز، برای کلیه سرمایه گذاری های حوزه بازیافت زباله در شهرهای بالای ۱۰۰ هزار نفر می توان لیست فوق را تکمیل کرد و موارد متعددی از برنامه هایی را ذکر کرد که بوده دولت آنها نزدیک به صفر است، ریسک بروز فساد در آنها بسیار ناچیز است و اثر محسوسی بر بهبود وضعیت بخشی از فقرا دارند. در هر حال معتقدم که برنامه ملی «فقرزدایی با بودجه صفر» می تواند یکی از موثرترین سیاست های دولت برای فقرزدایی در دوره تحریم باشد و امیدوارم به زودی در دستور کار دولت قرار گیرد. انتهای پیام *



وزیر بهداشت مطرح کرد؛



دلیل عدم دستیابی به دنیای بدون گرسنه / ۶۰ درصد گرسنگان زن هستند *

وزیر بهداشت، گفت: جنگ، بی عدالتی، اسراف و...، نمونه هایی از دلیل عدم دستیابی به دنیای بدون گرسنگی است.

به گزارش [خبرگزاری مهر](#)، سید حسن هاشمی، روز سه شنبه در مراسم روز جهانی غذا با اشاره به شعار این روز مبنی بر تلاش برای به صفر رساندن گرسنگی، افزود: کاش این شعار محقق شود و دنیا به این افتخار دست یابد که گرسنه ای وجود نداشته باشد، اما گرسنگی در جهان به طرز غم انگیزی در حل گسترش است در حالی که کره زمین توان تأمین غذای همه انسان ها را دارد.

وی با اشاره به اینکه یک چهارم کل مواد غذایی که به صورت ضایعات هدر می رود برای تأمین غذای کل جهان کافی است، اظهار کرد: جنگ، بی عدالتی، اسراف و...، نمونه هایی از دلیل عدم دستیابی به دنیای بدون گرسنگی است. در ایران نیز علل رقم تاکید قرآن و دین با موضوع اسراف و زیاده روی مواجه هستیم و متأسفانه در برخی از ایام و مراسم مذهبی از جمله اربعین که از مهمترین نمادهای دینی و ملی در سطح بین المللی مطرح است، شاهد اسراف هستیم.

وزیر بهداشت ادامه داد: یک نهم مردم کره زمین در معرض گرسنگی مزمن قرار دارند و طبق اعلام فائو در سال ۲۰۱۶، ۳۸ میلیون نفر نسبت به سال قبل در معرض گرسنگی قرار گرفته اند. تأسف بار است که هر روز ۸۰۰ میلیون نفر در معرض گرسنگی قرار گرفته و به غذای سالم دسترسی ندارند.

وی خاطرنشان کرد: نیمی از مردم کشورها در معرض جنگ زندگی می کنند. مردم یمن گرفتار مرگ بوده و به خاطر تجاوز به

کشورشان هر روز در سکوت مدعیان با مرگ دست و پنجه نرم می کنند.

به گفته هاشمی، ۶۰ درصد گرسنگان جهان را زنان تشکیل می دهند و ۴۵ درصد نوزادان در معرض سوءتغذیه قرار دارند. ۱۵۵ میلیون کودک زیر ۵ سال نیز با اختلال رشد ناشی از تغذیه روبرو هستند.

وی با اشاره به اینکه کشورهای بزرگ اقتصادی به جای اینکه در تامین مواد غذایی ورود پیدا کنند به فکر فروش سلاح و تجهیزات هستند، گفت: در سال ۲۰۵۰، ۶۵ درصد مردم ساکن شهرها می شوند، بنابراین تامین مواد غذایی آن ها از الزامات سال های آتی است.

هاشمی خاطرنشان کرد: به منظور تغذیه صحیح محصولات کشاورزی باید تا سال ۲۰۵۰ بیش از ۶۰ درصد افزایش پیدا کند و براساس هدف جهانی در سال ۲۰۳۰ بدون توسعه مناطق روستای این امر امکان پذیر نیست.

وزیر بهداشت با اشاره به اینکه زندگی ۸۰ درصد مردم فقیر به کشاورزی، شیلات و... وابسته است، اظهار کرد: حمایت از این قشر در جهت کاهش سوءتغذیه و بهبود تولید از جمله راهکارهای امنیت غذایی در جهان است.

وی با بیان اینکه فقر عامل مهم سوءتغذیه محسوب می شود، گفت: افرادی که توانایی تامین مواد غذایی را ندارند بیشتر در معرض ابتلا به بیماری ها هستند. بر این اساس زندگی سالم در گرو پیشرفت عدالت اجتماعی و اقتصادی است. به رغم همه اقداماتی که در طول چهار دهه گذشته در حوزه عدالت اجتماعی انجام شده، هنوز گرفتاری های زیادی در این زمینه داریم و اگر به آمار آسیب های اجتماعی در کشور توجه کنیم، متوجه ناکارآمدی دستگاه های مسئول عدالت اجتماعی خواهیم شد.

هاشمی ادامه داد: همکارانم در وزارت بهداشت با توجه به خط مشی و هدفگذاری های تعیین شده در سند ۲۰ ساله چشم انداز نظام و سیاست های مقام معظم رهبری در حوزه سلامت برنامه های عملیاتی را برای ارتقای سلامت جسمی و روانی آحاد مردم طراحی کرده اند که امیدوارم با حمایت بیشتر دولت و مجلس کنونی و دولت ها و مجالس آینده تا ۱۴۰۴ بتوانیم با اجرای آن ها به کسب مقام مناسب در منطقه نائل شویم و طبیعی است که در این جهت ساختار سازی و نهاد سازی ضروری است.

وزیر بهداشت با بیان اینکه در حوزه تولید محصولات سلامت محور با توجه به ظرفیت های موجود در کشور و اقتصاد مقاومتی حمایت از تولید داخل جزو سیاست های وزارت بهداشت است، اظهار کرد: در عین حال باید بیماری های غیرواگیری که ناشی از تغذیه نامناسب هستند را مد نظر قرار دهیم که یک نمونه اش افزایش توده بدنی در ۴۰ درصد ایرانی هاست بنابراین در زنجیره تولید و مصرف غذای سالم از مزرعه تا سفره علاوه بر اینکه ایمنی غذا باید مورد توجه قرار گیرد، نحوه و میزان مصرف هم دارای اهمیتی ویژه است. مردم باید در هر دوره سنی برنامه غذایی مناسبی داشته باشند. در این زمینه نقش رسانه ها بسیار موثر است.

هاشمی با اشاره به اقدام سازمان غذا و دارو در جهت ثبت نشانگرهای رنگی تغذیه ای روی مواد غذایی، گفت: این نشانگرها می توانند بسیار کمک کننده باشند. امروز بهانه ای برای هم افزایی و همگرایی در راستای تحقق دستیابی آحاد مردم به غذای سالم و کافی در طول زندگی شان است البته آرزو بر جوانان عیب نیست و امیدوارم روزی برسد که هیچ گرسنه ای در جهان وجود نداشته باشد.

وزیر بهداشت در ادامه تاکید کرد: آرزو می کنم در ایران موازی کاری دستگاه های اجرایی در حوزه غذا با تشکیل سازمانی که متولی ایمنی غذا باشد، رفع شود. در حال حاضر سازمان هایی مانند غذا و دارو، حفظ نباتات، دامپزشکی، استاندارد، حمایت از تولیدکننده و مصرف کننده، شیلات، گمرک و ... در زمینه ایمنی غذا بدون هماهنگی کامل و تقسیم کار قانونی برای رضای خدا

کار می کنند این در حالیست که باید نقشه و ماموریتی جامع برای این کار تعیین کرد و کاری کرد تا متولی غذای ایرانی ها از امکانات و اختیارات لازم برخوردار باشد و بتوانیم قانون را در این حوزه بازنویسی کنیم.

وی افزود: من شاهد در طول ۳۰ سال گذشته هر زمان صحبت از بازنگری قانون است همه می ترسند که قانون به مجلس رود و هر آنچه را که دارند از دست بدهند. این هم یک گرفتاری است که باید با هماهنگی با مجلس حل شود. قانون باید در زمینه های مختلف اعم از غذاهای با منشأ حیوانی، محصولات ارگانیک، افزودنی ها، آلاینده ها، بقایای آفت کش ها، آماده سازی و ثبت اقلام پرخطر و ... در راستای حمایت از مصرف کننده باشد.

وزیر بهداشت گفت: می دانیم که در زمینه ارائه مجوز، وضعیت آب و خاک در برخی مناطق کشور به دلیل سوء مدیریت به چه شکل است. همه اینها مواردی است که در صورت بازنگری قانون و ایجاد سازمانی که یک تولید کارآمد در این حوزه داشته باشد درست می شوند. در حال حاضر هر دستگاهی مشکل را به گردن دیگری می اندازد. از طرفی صنایع غذایی باید همواره از این سازمان به آن سازمان دنبال مجوز باشند. امیدوارم روزی این آرزو محقق شود و کاش زمان آن زودتر برسد.

هاشمی تاکید کرد: در عین حال دستگاه های نظارتی هم باید درست عمل کنند و آنطور که مردم انتظار دارند مراقبت های لازم را انجام دهند. در عین حال نقش دستگاه قضایی هم ویژه است.



مشاور عالی ستاد توسعه علوم شناختی مطرح کرد:



لزوم همفکری محققان در ارائه راهکارهای توانبخشی و بازتوانی شناختی

مشاور عالی ستاد توسعه علوم شناختی گفت: توانبخشی شناختی در اختلالات روانپزشکی نیاز به همفکری محققان و متخصصان در ارایه راهکارهای توانبخشی و بازتوانی شناختی دارد.

به گزارش **خبرنگار مهر**، دکتر محمد تقی جغتایی در گردهمایی متخصصان و محققان برای ارایه راهکارهای علمی توانبخشی شناختی در اختلالات روانپزشکی با اشاره به اهمیت توانبخشی شناختی در اختلالات روانپزشکی، لزوم همفکری محققان و متخصصان در ارایه راهکارهای توانبخشی و بازتوانی شناختی را مورد تاکید قرار دارد.

وی توجه به خدمات توانبخشی و بازتوانی شناختی در اختلالات روانپزشکی برای بازگشت افراد ناتوان و کم توان به جامعه را ضروری دانست و با اشاره به کسب موفقیت ها و پیشرفت ها در درمان برخی از بیماری ها، گفت: نیاز به خدمات توانبخشی و بازتوانی شناختی درحال و آینده افزایش خواهد یافت.

جغتایی با بیان اینکه مشکلات شناختی ممکن است بزرگترین مانع برای بازگشت به زندگی عادی باشد، گفت: مشکلات شناختی بر توانایی وظایف فرد، رفتارهای اجتماعی و تعامل وی با دیگران تاثیر می گذارد و فرد را در معرض خطر عدم موفقیت در فعالیت های روزانه و عادی قرار می دهد و بدون اقدام برای درمان مشکلات شناختی، اثرات درازمدت می تواند مخرب باشد.



معاون اول رئیس جمهور:



در آینده با چالش بزرگی در صندوقهای بازنشستگی مواجه خواهیم بود *

معاون اول رئیس جمهور گفت: در حال حاضر ۷۰ تا ۸۰ درصد هزینه صندوق های بازنشستگی توسط دولت تأمین می شود به همین دلیل در سالهای آینده با چالش بزرگی در صندوق های بازنشستگی مواجه هستیم.

به گزارش [خبرنگار مهر](#)، اسحاق جهانگیری صبح امروز (سه شنبه) در «نخستین کنفرانس بین المللی سالمندی» اظهار داشت: در حال حاضر ۷۰ تا ۸۰ درصد هزینه صندوق های بازنشستگی و ۱۰۰ درصد هزینه صندوق نیروهای مسلح نیز توسط دولت تأمین می شود به همین دلیل در سال های آینده با چالش بزرگی در صندوق های بازنشستگی مواجه هستیم.

وی ادامه داد: باید تأمین هزینه های بازنشستگی و نیروهای سالمند در دستور کار دولت قرار گیرد.

معاون اول رئیس جمهور با اشاره به اینکه در برنامه توسعه ای و هم در برنامه های نظام سیاسی و اجتماعی در استفاده از ظرفیت سالمندان تأکید شده است، افزود: دولت باید بتواند از ظرفیت انسانی و کمک به نهادهای مدنی استفاده کند.

جهانگیری تأکید کرد: باید خانواده ها به این موضوع توجه کنند که سالمندان تجربه زیادی دارند، در برنامه ریزی باید این موضوع را مد نظر قرار دهند و به رفاه، امنیت و آرامش خانواده برسند؛ در این خصوص نیازمند برنامه بر اساس توانمندی های سالمندان هستیم.

به گفته وی، نهادهای مدنی رابط بین سالمند و دولت هستند و بنیاد فرزندان نیز می تواند نقش مهمی در این خصوص داشته باشد و با استفاده از ظرفیت سالمندی در ارتباط با دولت نقش مهمی ایفا کند.

معاون اول رئیس جمهور به برنامه ششم توسعه اشاره کرد و گفت: این برنامه مبنی بر حفظ و ارتقای سلامت و توانمندسازی سالمندان و حفظ و ارتقای سلامت جسمی، روانی و اجتماعی آنها تأکید دارد و باید زیرساخت های مورد نیاز در تأمین امنیت سلامت و روانی و امید به زندگی در سالمندان در برنامه هفتم توسعه مد نظر قرار گیرد. همچنین باید در ارتباط با نیازهای سالمندان، برنامه های ویژه تری را در نظر بگیریم.



در گفت و گو با رئیس "مرکز تحقیقات سلامت در حوادث و بلایا" عنوان شد



ناگفته های طرح "ادغام شماره های امدادی" / تعصبات سازمانی، مهم ترین عامل کندی در اجرا

به دنبال حادثه مرگبار برخورد دو اتوبوس در محور قم-تهران و سوختن ۴۴ مسافر در سال ۱۳۹۲ طرح "تحقیق ملی شماره مشترک امداد اضطراری" از سوی مرکز تحقیقات سلامت در حوادث و بلایا وابسته به دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، پیشنهاد و با استقبال کمیسیون ایمنی راه مواجه شد. طرح فوق ناظر بر ادغام شماره های اضطراری (نه سازمان ها) بوده و مداخله سازمان های مختلف بر اساس یک پروتکل مشترک است که به موجب آن، امدادرسانی در موقعیت های اضطراری سریع تر انجام خواهد شد. اما پس از گذشت پنج سال از پیشنهاد طرح، اجرای آن به کندی پیش می رود که به گواهی تحقیقات مهم ترین عامل آن تعصبات سازمانی در ادغام شماره های امدادی است.

به گزارش [ایسنا](#)، آمار بالای حوادث ترافیکی در کشور، موضوعی دردآور است که هر ساله جان شمار زیادی از هموطنانمان را می گیرد. بنا بر برخی آمار، روزانه ۴۳ نفر در تصادفات جاده ای ایران کشته می شوند. این در حالی است که ۶۵ درصد این افراد در سنین بین ۱۵ تا ۴۵ سال بوده، ۱۰ تا ۲۰ برابر این رقم نیز آمار مربوط به مصدومین و معلولان ناشی از حوادث ترافیکی است.

صرف نظر از عوامل گوناگونی که این حوادث تلخ را رقم می‌زنند، تأخیر در ارائه خدمات امدادی موضوعی است که نتیجه آن حجم بالای معلولیت‌های ناشی از حوادث ترافیکی است.

حمیدرضا خانکه، رئیس "مرکز تحقیقات سلامت در حوادث و بلایا" وابسته به دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی در گفت‌وگو با ایسنا، با بیان اینکه ۶ تا ۸ درصد تولید ناخالص ملی در کشور صرف هزینه حوادث و بلایا می‌شود، این رقم را معادل با صرف هزینه‌ای حدود ۳۵ میلیارد دلار در سال دانست و گفت: این موضوع دو دلیل دارد که یکی بالا بودن آمار حوادث طبیعی از جمله زلزله، سیل، خشکسالی، تغییرات اقلیمی و ... در کشور و دیگری حجم بالای حوادث و اورژانس‌های روزمره همچون حوادث ترافیکی است.

وی خاطرنشان کرد: متأسفانه پیش‌بینی خوبی برای بهبود وضعیت مسائلی همچون تغییرات اقلیمی وجود ندارد و ما نیز بدون آن که تفکر سیستماتیک داشته باشیم، خود را در معرض آن‌ها قرار داده‌ایم که از جمله آن می‌توان به ساخت و سازهایی که در کنار رودخانه، بر روی گسل و در مناطق آسیب‌پذیر انجام می‌گیرد، اشاره کرد. این در حالی است که وجود عوامل متعددی مانند فساد مالی، عدم نظارت بر ساخت و سازها، نبود برنامه توسعه شهری با رویکرد مدیریت خطر از موانع توسعه پایدار زیرساخت‌ها به شمار می‌آید.

رئیس مرکز تحقیقات سلامت در حوادث و بلایا سپس به روی دیگر سکه یعنی "اورژانس‌های روزمره" پرداخت و گفت: این اورژانس‌ها سکنه‌های قلبی و مغزی تا حوادث ترافیکی را شامل می‌شوند و مردم در چنین مواردی نیاز دارند خدمات امدادی را در زمان مناسب و با کیفیت مناسب دریافت کنند.

خانکه نکته بسیار مهم در دریافت خدمات امدادی را نحوه تماس مردم با سیستم امدادی دانست و با بیان اینکه این تماس در شبکه فعلی از طریق تلفن برقرار می‌شود، توضیح داد: معمولاً در سراسر دنیا شماره‌های امدادی سه رقمی، ساده و قابل فهم هستند و به این منظور تعبیه شده‌اند که مردم در پایین‌ترین سطوح قادر به شناسایی سازمان امدادی مورد نیاز و تماس با آن باشند.

وی تشریح کرد: زمانی که یک مشکل اورژانسی برای شما پیش می‌آید و نیازمند دریافت خدمات امدادی هستید، یک اپراتور تماس شما را دریافت می‌کند که دارای مهارت‌های اولیه برقراری ارتباط و تشخیص آن است که خدمات امدادی را اعزام بکند یا نکند.

رئیس مرکز تحقیقات سلامت در حوادث و بلایا این اپراتور را public safety access point یا اولین نقطه دسترسی افراد نیازمند ایمنی و خدمات امدادی دانست و اظهار کرد: این اپراتور می‌تواند نماینده‌ای از سازمان‌های امدادی یا نماینده یک سازمان باشد.

خانکه یادآور شد: در کشور ما این نقطه دسترسی برای هر سازمان، دارای یک نماینده متفاوت است و بنابراین اگر جایی آتش بگیرد، شما با شماره آتش‌نشانی تماس خواهید گرفت؛ این در حالی است که دغدغه آتش‌نشانی، مهار آتش است. بنابراین در صورتی که مصدومینی موجود باشند، آتش‌نشانی از شما می‌خواهد با اورژانس یا نیروی انتظامی تماس بگیرید یا در حالت دوم، خودش با سازمان مورد نظر تماس می‌گیرد.

وی قرار گرفتن تماس فوق در نوبت تماس را موجب از دست رفتن زمان دانست و تشریح کرد: ممکن است اورژانس سر برسد و متوجه شود موضوع امنیتی است؛ در این صورت نیاز هست با پلیس تماس گرفته شود. این در حالی است که ممکن است در این

میان لوله گاز مشکل داشته باشد یا محل حادثه نزدیک به مترو باشد که همه این سرگردانی ها موجب از دست رفتن زمان و تأخیر در ارائه خدمات امدادی است.

رئیس مرکز تحقیقات سلامت در حوادث و بلایا در همین زمینه به چند مثال اشاره کرد و گفت: برای مثال اگر خانم یا آقای سکنه مغزی بکند، در یک ساعت اول می توان او را از حجم زیادی از عوارض نجات داد، در حالی که اگر بیشتر از یک ساعت زمان بگذرد، با افزایش خطر و عوارض روبه رو خواهیم بود. در موارد سکنه قلبی نیز ۷ تا ۱۰ دقیقه زمان طلایی برای نجات فرد به حساب می آید.

به تعداد سازمان ها، شماره امدادی داریم

خانکه تصریح کرد: جزو معدود کشورهایی هستیم که به تعداد سازمان ها، شماره امدادی داریم و در حوادثی که روزانه اتفاق می افتند، دسترسی مردم به خدمات مورد نیاز با تأخیر، بی کیفیت و گاهاً بدون تأثیر انجام می شود.

وی با اشاره به اینکه ایده "تحقیق ملی شماره مشترک امداد اضطراری" بعد از سوختن ۴۴ نفر از هموطنان در برخورد دو اتوبوس در جاده قم از سوی مرکز "تحقیقات سلامت در حوادث و بلایا" مطرح شده است، استقبال اولیه از این ایده را یادآور شد و توضیح داد: کمیسیون ایمنی راه از ایده فوق که برگرفته از کشورهای توسعه یافته است، استقبال کرد؛ باید توجه داشت که این پیشنهاد ادغام شماره های امدادی و نه سازمان هاست و از سوی کمیسیون ایمنی راه ها تأیید شد که یک مرکز تلفن پاسخ گویی مشترک به وجود آید و در آن سازمان های مختلف بر اساس یک پروتکل مشترک مداخله داشته باشند.

رئیس مرکز تحقیقات سلامت در حوادث و بلایا اضافه کرد: بعد از ادغام شماره های امدادی، نیازمند تعریف پروتکل های مشترک بین سازمان ها هستیم. به عنوان مثال در دنیا اگر حادثه ترافیکی اتفاق افتد، اول پلیس دوم آتش نشانی و سپس آمبولانس به محل اعزام می شود. بنابراین این پروتکل مشترک تعریف شده که امنیت محل از سوی پلیس و ایمنی از سوی آتش نشانی تأمین شود، سپس آمبولانس ورود پیدا کند.

خانکه تشریح کرد: در کشور ما اولین سازمان امدادی که با آن تماس گرفته شده در محل حادثه حاضر می شود، ضمن آن که سازمان ها مدیریت و فرماندهی مشترک ندارند و هر سازمان می خواهد الزامات شغلی خودش را به جا بیاورد. بنابراین ما در کنار صرف منابع و هزینه های فراوان، زمان را نیز از دست داده و حجم زیادی معلول به جامعه تحویل می دهیم.

مهم ترین مانع ادغام شماره های امدادی، تعصبات سازمانی است

وی با بیان اینکه ایده اولیه این طرح در سال ۹۴، بر اساس مطالعه ۵۰ کشور و به صورت بسیار شفاف مطرح شده است، توضیح داد: این ایده قرار بود در شهر قم اجرایی شود که در آن زمان گفتند زود است. به دنبال آن یکی از دانشجویان دکتری ما مطالعه ای بر روی این موضوع انجام داد و به این نتیجه رسید که مهم ترین مانع ادغام شماره های امدادی، تعصبات سازمانی و در بعضی مواقع منافع سازمانی و مشخص نبودن قانون است.

رئیس مرکز تحقیقات سلامت در حوادث و بلایا افزود: در قانون مشخص نیست که در زمان بروز حوادث کدام سازمان نقش محوری بر عهده دارد. به عنوان مثال سازمانی به نام هلال احمر در کشور داریم که در تمام دنیا NGO به حساب می آید، اما در ایران وظیفه مهم و حاکمیتی "امداد و نجات" را بر عهده گرفته و خود در جایگاه رقابت با سازمان های بزرگی که وظیفه حاکمیتی دارند، قرار گرفته است.

در شرایط امدادی اولین مطالبه مردم سلامت است

خانکه درباره تفاوت "اورژانس" و "بحران" توضیح داد: منظور از موارد اورژانسی، اتفاقاتی است که به صورت روزمره رخ می‌دهند و نیاز به پاسخ سریع دارند. این در حالی است که بحران هر روز اتفاق نمی‌افتد و نیاز به پاسخ سریع و در ابعاد بزرگتر دارد.

وی با تأکید بر اینکه در تمام این موارد اولین مطالبه مردم "سلامت" است، مطالبات بعدی را به ترتیب امنیت، آب، غذا و سرپناه اعلام و خاطرنشان کرد: باید به این فکر کنیم که اولین مطالبه مردم، سلامت است و سازمانی که قرار است هماهنگی‌ها را بر عهده گیرد، باید یک سازمان سلامت محور باشد.

رئیس مرکز تحقیقات سلامت در حوادث و بلایا یادآور شد: بنابراین زمانی که با سازمان امدادی تماس می‌گیرید، اولین توقع شما این است که فرد مورد نظر سلامت را بفهمد و به شما توصیه سلامتی بکند. در دنیا نیز سازمان‌های پاسخ‌گو به شرایط اضطراری، سازمان‌های سلامت‌محور هستند و سایر سازمان‌ها با آن‌ها همکاری دارند.

قدم بعدی، ایجاد "سازمان ملی اورژانس"

تعدد شماره‌های امدادی، مهم‌ترین مانع خدمت‌رسانی سریع

خانکه با اشاره به اینکه مرکز تحقیقات سلامت در حوادث و بلایا از سال ۹۴ به دستور وزیر راه، مطالعات مقایسه‌ای و میدانی "شماره مشترک امداد اضطراری ملی" را به منظور ادغام شماره‌های امدادی آغاز کرده است، خاطرنشان کرد: این طرح مورد حمایت سازمان اورژانس کشور بوده و تمام هزینه‌های آن از سوی این مرکز تأمین شده است.

وی تأکید کرد: در مجموع به این نتیجه رسیده‌ایم که اگر قرار باشد مردم در شرایط اضطراری خدمات بهتری دریافت کنند، باید دارای یک سیستم پاسخ‌گویی تلفنی مشترک باشیم که در آن نقطه اول دسترسی، سلامت‌محور باشد.

رئیس مرکز تحقیقات سلامت در حوادث و بلایا در همین زمینه ادامه داد: این قدم اول است و قدم آخر این است که در کشور "سازمان ملی اورژانس" یا "سازمان دفاع ملی"، و نه اورژانس پزشکی، داشته باشیم. این سازمان باید تمام سازمان‌های امدادی را زیر چتر خود گرفته، دارای اعتبارات مستقل باشد و زیر نظر رئیس جمهور یا معاونت مخصوص به آن، اداره شود. همچنین باید مدیریت تمام خدمات امدادی از سیاست‌گذاری‌ها و برنامه‌ریزی‌ها گرفته تا اجرا و نظارت را بر عهده گیرد.

خانکه تشریح کرد: ساختار حکومتی ما، ساختار استانی است؛ در عین حال که دولت محلی اختیار تام ندارد و منابع باید در سطح ملی متمرکز شود. در کشور با تنوع سازمان‌های امدادی روبه‌رو هستیم که هر کدام با بودجه و شرایط مخصوص به خود اداره می‌شوند. بنابراین تأخیر در ارائه خدمات وجود دارد که ناشی از عدم هماهنگی سازمان‌های امدادی و پروتکل‌های مختلف آن‌ها بوده و همچنین مهم‌ترین مانع خدمت‌رسانی سریع در اورژانس‌های روزانه، تعدد شماره‌های امدادی اعلام شده است.

وی افزود: در یک نظرسنجی از ۳۰ هزار نفر، ۱۰ شماره امدادی را پرسیدیم. از این تعداد ۸۶ درصد شماره ۱۱۰، ۸۵ درصد شماره ۱۱۵ و زیر ۱۰ درصد باقی شماره‌ها را بلد بودند.

رئیس مرکز تحقیقات سلامت در حوادث و بلایا با بیان اینکه سازمان آتش‌نشانی نمی‌تواند به عنوان سازمان واحد امداد و نجات قرار گیرد، علت این موضوع را وابستگی این سازمان به شهرداری عنوان کرد و گفت: این سازمان مدیریت ملی نداشته و در استان‌های مختلف، ساختار متفاوتی دارد.

خانکه خاطرنشان کرد: منظور از ایجاد شماره ملی مشترک این نیست که همه این سازمان ها یکی شوند، بلکه منظور آن است که یک سازمان راهبر یا هماهنگ کننده، با مدیریت مستقل و واحد، مسئولیت هماهنگی سازمان های امدادی را بر عهده بگیرد.

طرحی که اجرا نشد!

وی علت اجرا نشدن طرح آزمایشی "ادغام شماره های امدادی و ارائه شماره واحد امداد ملی" در قم را پرداخت نشدن بودجه دو میلیارد تومانی آن دانست و با اشاره به اینکه در این مورد استانداری قم همکاری لازم را داشته، اما طرح اجرا نشده است، ادامه داد: به دنبال این موضوع جلسه ای در تهران با حضور رئیس سازمان اورژانس کشور، رئیس سازمان مدیریت بحران کشور، نماینده سازمان هلال احمر، مقامات پلیس و شهرداری برگزار کردیم و توافق اولیه ای صورت گرفت تا طرح به صورت آزمایشی در تهران اجرا شود.

رئیس مرکز تحقیقات سلامت در حوادث و بلایا افزود: قرار بر این شد که سازمان مدیریت بحران شهر تهران محور پایلوت باشد و قرارگاه ثارالله که مسئول تأمین امنیت شهر تهران هست نیز به آن کمک کند. همچنین سازمان های امدادی با اجرای آزمایشی طرح همکاری داشته باشند و من هم به عنوان دبیر علمی طرح معرفی شده ام.

نیازمند بودجه ۱۰۰ میلیارد تومانی برای اجرای طرح در تهران

خانکه با بیان اینکه اجرای این طرح در عین حال که به منابع زیادی نیاز ندارد، به کندی پیش می رود، گفت: در حال حاضر برای اجرای آن در تهران نیازمند هزینه حدوداً ۱۰۰ میلیارد تومانی هستیم که در صورتی که انجام شود، کاری بزرگ و افتخاری برای نظام جمهوری اسلامی است.

وی توضیح داد: در حوزه امداد اضطراری یک سر و گردن از کشورهای منطقه بالاتر هستیم. اگر بتوانیم طرح ادغام شماره های امدادی را به انجام برسانیم، می توانیم در آینده نزدیک تجربه خودمان را به کشورهای همسایه از جمله عراق و کشورهای عربی بفروشیم؛ چون دیگر کشورها قادر به اجرای آن نیستند.

رئیس مرکز تحقیقات سلامت در حوادث و بلایا با بیان اینکه حدود ۶۵ درصد فوتی های حوادث ترافیکی سنی بین ۱۵ تا ۴۵ سال دارند، گفت: ۱۰ تا ۲۰ برابر این عدد هم آمار مربوط به مصدومین و معلولان حوادث ترافیکی است که البته معلولیت الزاماً قطع عضو نیست، بلکه آن است که نتوانید وظایفی را که در سن شما از نقششان انتظار می رود، به انجام برسانید.

۱۱۵، شماره مناسب مشترک

۱۱۰ شماره ملی مشترک باشد، پلیس از وظایف خود باز می ماند

خانکه در رابطه با شماره امدادی پیشنهادی، تصریح کرد: ۱۱۰ شماره ای شناخته شده، اما با ماهیت امنیتی است، بنابراین کسی که مشروبات الکلی مصرف کرده بعد تصادف می کند، به ۱۱۰ زنگ نمی زند. این در حالی است که خود ۱۱۰ هم باید نسبت به تماس هایی که با آن گرفته می شود، رویکرد امنیتی داشته باشد. بنابراین اگر ۱۱۰ را شماره ملی مشترک قرار دهیم، پلیس از وظایف امنیتی خود باز می ماند، در عین حال که مردم در زمان تخلف به ۱۱۰ اعتماد نمی کنند.

وی ضمن اعلام شماره ۱۱۵ به عنوان شماره مناسب مشترک، خاطرنشان کرد: هر کس به هر علتی دچار سانحه شود، مستحق

دریافت خدمات سلامت است. اورژانس کشورمان ۴۰ سال عمر دارد و یکی از موفق ترین و قدیمی ترین اورژانس های دنیا به حساب می آید. به نظر می رسد ۱۱۵ شماره بهتری برای این کار باشد چرا که کسی که تلفن را جواب می دهد، حداقل یک پرستار است و می تواند راهکارهای سلامت را به تماس گیرنده ارائه دهد.

رئیس مرکز تحقیقات سلامت در حوادث و بلایا تشریح کرد: لایه اول افراد پاسخ گوی تلفن هستند که سواد سلامت و سواد روان شناسی داشته و در لایه دوم سازمان های امدادی هستند؛ بنابراین لایه اول پس از پاسخ گویی به تلفن، اولویت خدمت امدادی مورد نیاز را تعیین کرده و تلفن را به سازمان های مربوطه ارجاع خواهد داد.

پیش بینی انجام تغییرات به شکل تدریجی و سه مرحله ای

صفر تا ۱۰۰ پروژه بومی است

خانکه سپس به برنامه زمانی اجرای طرح فوق پرداخت و توضیح داد: زمان بندی این پروژه به این شرح است که سازمان ها در کنار هم جمع شوند و تا ۶ ماه هر کس شماره خودش را جواب بدهد. بعد از آن پروتکل های مشترک به کمک خود این تیم طراحی شده و تمام تلفن ها به شماره توافقی بین سازمان ها دایورت می شود. سال بعد نیز شماره واحد به صورت آزمایشی ارائه می شود. بنابراین پیش بینی شده که تغییرات به شکل تدریجی و در سه مرحله اتفاق افتد.

وی با اشاره به اینکه بخش نرم افزاری این پروژه با همکاری دانشگاهی در آلمان انجام خواهد شد، توضیح داد: اجرای صفر تا صد این پروژه به شکل بومی امکان پذیر است. با این حال پیش بینی کردیم که این پروژه با همکاری این دانشگاه و مؤسسه مبدع ادغام شماره های ملی در آلمان انجام شود تا اعتماد مدیران اجرایی به طور کامل جلب شود. انتهای پیام



عضو کمیته روان پزشکی اجتماعی انجمن علمی روان پزشکان ایران:



موسسات خیریه نقش زیادی در ارتقای سلامت روان دارند

عضو کمیته روان پزشکی اجتماعی انجمن علمی روان پزشکان ایران گفت: موسسات خیریه و سمن های حوزه سلامت می توانند نقش زیادی در ارتقای سلامت روان جامعه داشته باشند.

حسن فلاح پور - روانپزشک در گفت و گو با ایسنا، اظهار کرد: سلامت روان یکی از ابعاد مهم سلامتی هر فرد است و فقط به معنی نداشتن اختلال روان نیست. بلکه وضعیتی است که در آن فرد، توانایی های خود را شناخته و با مقابله با استرس های روزمره زندگی، می تواند به صورت کارآمد و موثر در جامعه مشارکت داشته باشد و مسئولیت های فردی و اجتماعی خود را ایفا کند.

وی با تاکید بر این که با توجه به میزان شیوع اختلالات روان در جامعه، شناخت عوامل موثر در ایجاد اختلالات روان از اهمیت بسزایی برخوردار است، افزود: ۵۵ درصد از سلامت روان افراد تحت تاثیر عوامل اجتماعی قرار دارد و این آمار، ضرورت توجه ویژه به مسائل اجتماعی و اقتصادی افراد جهت پیشگیری از ابتلا به اختلالات روان را نشان می دهد.

فلاح پور تصریح کرد: یکی از بهترین راه های کمک به مشکلات اقتصادی و اجتماعی افراد مبتلا به اختلالات روان، قدم هایی است که سمن ها و مراکز خیریه می توانند در این راه بردارند. سمن ها و خیریه های حوزه سلامت می توانند کمک شایانی به

پیشگیری، غربالگری و درمان بیماریها و رفع عوامل منفی موثر بر سلامت روان کنند.

این جامعه‌شناس یادآور شد: با وجود شیوع حدود ۲۵ درصدی اختلالات روان در جامعه و شیوع آسیب‌های اجتماعی، این مسائل کمتر مورد توجه خیران قرار گرفته است. در حالی که نقش این گروه از اختلالات و آسیب‌ها در به خطر افتادن سلامت افراد و خانواده‌ها کم نبوده و می‌تواند زمینه‌ساز ابتلا به سایر بیماری‌ها نیز باشد.

این عضو کمیته روان‌پزشکی اجتماعی انجمن علمی روان‌پزشکان ایران تصریح کرد: وجود مراکز خیریه و سمن‌های اختصاصی یک بیماری می‌تواند منشاء خیر برای مبتلایان به آن بیماری به حساب آید، ولی از آنجایی که اغلب بیماری‌ها مراکز خیریه و سمن اختصاصی ندارند، می‌بینیم که افراد مبتلا به این بیماری‌ها برای بهره‌مندی از کمک نیکوکاران و خیران با مشکلات عدیده‌ای مواجه می‌شوند.

وی خاطرنشان کرد: وجود تبعیض و اختلاف در بهره‌مندی افراد مبتلا به بیماری‌های مختلف از احسان و نیکوکاری موسسات خیریه و سمن‌ها، می‌تواند خود عاملی برای آسیب به سلامت روان به حساب آید.

فلاح‌پور ادامه داد: به نظر می‌رسد عدالت در نیکوکاری و امور خیریه، به نفع همه مردم خواهد بود و پیشنهاد می‌شود خیران به همه بیماری‌ها و آسیب‌های اجتماعی موجود در خانواده‌ها توجه کنند و کمک‌های خود را فقط به یک زمینه و یک بیماری خاص محدود نکنند. همچنین موسسات خیریه و سمن‌هایی که با عناوین مختلف در حوزه‌های گوناگون سلامت فعال‌اند، با مطرح کردن نیازهای واقعی افراد تحت پوشش و اقشار مرتبط با حوزه خود، می‌توانند از کمک نیکوکاران و خیران بهره‌مند شوند.

وی خاطرنشان کرد: با وجود این که رقابت بین موسسات خیریه و سمن‌ها پسندیده است، عدالت در احسان و امور خیریه سلامت نیز پسندیده و ضروری به نظر می‌رسد. انتهای پیام



معاون توانبخشی بهزیستی کشور اعلام کرد

افزایش شمار بیماران روانی در مراکز شبانه‌روزی *

به گزارش خبرنگار اجتماعی خبرگزاری فارس، حسین نحوی نژاد در نشست تخصصی ارائه خدمات یکپارچه با هدف ارتقاء سلامت روان، که با حضور جمعی از مدیران ستادی، صاحب نظران و کارشناسان حوزه سلامت روان برگزار شد؛ از حمایت ۱۰۰ هزار بیمار روانی مزمن توسط بهزیستی خبر داد.

وی با اشاره به اینکه روز سلامت روان برای اولین بار در سال ۱۹۹۲ میلادی به ابتکار فدراسیون جهانی سلامت روانی تعیین شده گفت: این فدراسیون هر ساله یک شعار خاص را انتخاب می‌کند و شعار امسال نیز «تمرکز بر سلامت روان جوانان؛ در جهان» تعیین شده است.

معاون امور توانبخشی سازمان بهزیستی کشور، یکی از عوامل مهم و تاثیر گذار در بروز مشکلاتی که در حوزه سلامت روان رخ داده است را تغییر در شرایط فکری و روانی جامعه امروزی عنوان کرد و گفت: سلامت روانی همان سلامت فکر و قدرت سازگاری فرد با محیط و اطرافیان است. چون در مواجهه با چالش‌ها و مشکلات روزمره، ما بر اساس ویژگی‌های روانی خود با آن‌ها برخورد می‌کنیم؛ لذا باید آگاه باشیم این سلامتی را خود رقم زده ایم و آینده خوبی را برای فرزندانمان رقم نمی‌زنیم.

وی تصریح کرد: از آنجایی که تیریبون‌ها معمولاً در دست سازمان و به خصوص حوزه توانبخشی نیست، نتوانستیم جامعه را

نسبت به خدمات ارائه شده آگاه کنیم.

نحوی نژاد، با بیان اینکه وجود یک فرد مبتلا به بیماری های روانی منجر به تهدید و عدم آسایش و سلامت خانواده فرد بیمار شود افزود: این فشار و استرس مراقبین و اطرافیان یک فرد بیمار را در معرض ریسک بالای افسردگی، اضطراب و مشکلات جدی قرار می دهد.

وی گفت: بهزیستی به ۱۰۰ هزار انسانی که هیچگونه دست آویزی ندارند خدمات حمایتی ارائه می دهد و همکاری های خوب مراکز غیردولتی از این امر مستثنی نیست.

نحوی نژاد، شرایط اقتصادی امروز را عاملی برای ارجاع فرد بیمار روانی توسط خانواده هایشان به مراکز بهزیستی مطرح کرد و گفت: در این شرایط نیاز به مراکز نگهداری بیماران و سالمندان روز به روز افزایش پیدا می کند.

معاون امور توانبخشی سازمان بهزیستی کشور از تمام مدیران در سطح استان ها خواستار رایزنی هایی برای ارائه خدمات مطلوب تر به بیماران روانی مزمن و کاهش مشکلات شد و گفت: در مورد مسائل و معضلات بیماران باید از سیاسی کاری دوری کنیم و با ایجاد کمپینی منسجم به حل مسائل آنها توجه کنیم. انتهای پیام /



وزیر کشور اعلام کرد

کاهش ۷۰۰ هزار نفری تعداد معتادان نسبت به ۵ سال گذشته

به گزارش خبرنگار اجتماعی خبرگزاری فارس، عبدالرضا رحمانی فضلی وزیر کشور و دبیرکل ستاد مبارزه با مواد مخدر با اشاره به اهمیت موضوع مواد مخدر در جامعه اظهارداشت: تاکنون ۶ جلسه در خصوص آسیب های اجتماعی در خدمت رهبر معظم انقلاب بوده ایم و جلسه هفتم نیز در اواخر آبان برگزار می شود و ایشان شخصاً این موضوع را پیگیری می کنند.

وی ادامه داد: موضوع مواد مخدر موضوع پیچیده ای است که با جان و بدن انسان مرتبط است و همه دنیا در این خصوص درگیر هستند و ما نسبت به شرایط جهانی در وضعیت مطلوبی هستیم ضمن اینکه در آغاز فعالیت بنده در ستاد مبارزه با مواد مخدر و براساس شیوع شناسی اعتیاد حدود ۳ میلیون نفر معتاد وجود داشت که در حال حاضر از این تعداد ۷۰۰ هزار نفر کاهش یافته است.

دبیرکل سابق ستاد مبارزه با مواد مخدر با اشاره به نقش مخرب مواد مخدر در بروز آسیب های اجتماعی یادآور شد: وقتی موضوع طلاق را بررسی می کنیم اولین عامل اعتیاد است ضمن اینکه رهبر معظم انقلاب نیز در ۵ عنوان آسیب شناسی که مطرح کردند اعتیاد را به عنوان آسیب اول مطرح کردند.

رحمانی فضلی با بیان اینکه نیروی انتظامی علاوه بر مبارزه با مواد مخدر در حوزه اجتماعی کردن مبارزه نقش زیادی داشته است، یادآور شد: ما بدون اجتماعی کردن این مسئله نمی توانیم با مسائل آسیب های اجتماعی مواجه شویم ضمن اینکه بهترین راه مبارزه با اعتیاد، معتاد نشدن است.

وی با بیان اینکه در بحث پیشگیری و اجتماعی کردن مبارزه با اعتیاد تشکل های مردمی نقش مؤثری دارند، گفت: در بحث مقابله با مواد مخدر تأکید بر روش اطلاعاتی بوده و بیش از ۶۵ درصد اقدامات مقابله ای، اطلاعاتی بوده است و نیروی انتظامی و وزارت اطلاعات کارهای خوبی را انجام داده اند.



وزیر کشور با اشاره به اقدامات انجام شده در حوزه صیانت خاطرنشان کرد: برای ۸ تا ۱۰ هزار نفر از بهبود یافتگان از اعتیاد اشتغال ایجاد کرده ایم ضمن اینکه در بُعد بین المللی نیز تلاش کردیم با سازمان ملل و نهادهای منطقه ای تعامل داشته باشیم اما با همه اقدامات انجام شده هنوز هم وجود یک معناد برای ما مسئله است. انتهای پیام /



فارس گزارش می دهد



حاشیه نشینی یا حاشیه رانی؛ زخمی بر چهره شهرها + عکس و فیلم

به گزارش خبرگزاری فارس از تبریز، از اوایل سال های ۱۹۰۰ (۱۳۷۹ ه. ش) که تنها ۱۰ درصد جمعیت جهان را ساکنان شهرها تشکیل می داده اند و تا سال ۲۰۰۰ (۱۳۷۹ ه. ش) که جمعیت شهری به حدود ۵۰ درصد افزایش یافته است، ملاحظه می گردد که همپای رشد جمعیت و استقرار آن در مناطق شهری، به تدریج فرصت ها و تهدیدهای خاصی در این گونه مراکز جمعیتی شکل گرفته است.

هرچه بر جمعیت شهرها افزوده شده است اداره آنها نیز نیازمند برنامه ریزی های پیچیده تر و انجام اقدامات گسترده و کارآمدتری بوده است.

از جمله معضلاتی که از دیرباز در گذر عبور از بافت سنتی شهرنشینی به شهرنشینی مدرن به وجود آمده است، این است که مظاهر تجدد و تمدن فرصت رشد متوازن و یکسان را برای شهروندان و متقاضیان اسکان در اماکن پرجمعیت به وجود نیاورده است. بنابراین تبعات نامأنوس و ناهنجار بسیاری که یکی از آنها پدیده ایجاد و رشد حاشیه نشینی شهری است بروز پیدا کرده است.

هویت اجتماعات حاشیه نشین به دلیل ترک مأوای قبلی و حضور در محلی جدید هویتی متغیر و با تنوع عمدتاً قومیتی توأم است. دلبستگی ها نیز ریشه ای عمیق نداشته، از این رو در مواجهه با مشکلات احساس مشارکت بنیادی برای حل معضلات بروز پیدا نمی کند و غالباً اصرار بر حل سریع مشکل خود و خواستن یک سویه است. بنابراین وجود حاشیه نشینی شهری ظرفیت لازم برای ایجاد ناآرامی های جمعیتی را دارد.

ارائه هرگونه راهکار عملیاتی برای مقابله با این پدیده که یکی از بزرگ ترین معضلات شهری در کشورهای در حال توسعه به شمار می آید و هم اینک بخش قابل توجهی از جمعیت کشور ما نیز درگیر آن هستند، منوط به شناخت درست از چرایی و چگونگی آن است.

در تعریف حاشیه نشینی، ملاک ها و معیارهای متفاوتی همچون معیارهای جغرافیایی، اقتصادی و اجتماعی مورد استفاده قرار می گیرد.

طبق تعریف جامعه شناسان شهری، حاشیه نشین به کسی گفته می شود که در شهر ساکن است، اما به دلایل مختلف نتوانسته است به شکل رسمی در نظام اجتماعی-اقتصادی شهر ادغام شود.

بنابراین حاشیه نشینی، صرفاً شامل سکونت در سکونتگاه های غیررسمی و دوری فیزیکی از شهر یا مرکز شهر نیست. با این حال بارزترین شکل حاشیه نشینی در همین سکونتگاه های غیررسمی و در حاشیه شهرها شکل می گیرد.

بر این اساس و به باور کارشناسان حدود ۲۰ میلیون نفر در کشور حاشیه نشین هستند، البته این مقدار شامل ساکنان بافت های

فرسوده نیز می‌شود. در واقع ۱۱ میلیون نفر در بافت‌های فرسوده ۴۹۵ شهر و حدود ۹ میلیون نفر نیز در سکونتگاه‌های غیررسمی در ۹۱ شهر زندگی می‌کنند.

بنابراین حتی اگر صرفاً ساکنان سکونتگاه‌های غیررسمی را در نظر بگیریم، جمعیت کثیری از کشور در شرایط نامناسبی در حاشیه شهرها زندگی می‌کنند؛ با در نظر گرفتن این موضوع که حدود ۳۰ درصد از جمعیت کشور در روستاها ساکن هستند، سنگینی بار حاشیه‌نشینی بر جامعه به ویژه جامعه شهری بیشتر احساس می‌شود.

حال سؤال این است که حاشیه‌نشینی چیست؟ چه کسانی به حاشیه شهرها روی می‌آورند؟ چرا افراد در حاشیه شهرها ساکن می‌شوند؟ با چه مسائل و مشکلاتی روبه‌رو هستند؟ آیا راه‌حلی اساسی برای این مسئله اجتماعی وجود دارد؟ برای پاسخ به این سؤال‌ها و ده‌ها پرسش و سؤال دیگر نیازمند کالبدشکافی تاریخی این مسئله در کشور هستیم.

هر چند به اعتقاد کارشناسان، مسئله شهری حاشیه‌نشینی دارای قدمتی طولانی است، با این حال در کشورهای در حال توسعه همچون ایران پدیده حاشیه‌نشینی به شکل کنونی‌اش محصول فرآیند مدرنیزاسیون و به ویژه اجرای برنامه‌های مختلف توسعه بوده است.

به گفته کارشناسان، تجربه توسعه در ایران به شکلی بوده که ابتدا در اجرای برنامه‌های توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی بخشی از جامعه به حاشیه رانده شده و در واقع نوعی حاشیه‌رانی اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی رخ داده و متعاقب آن مسئله حاشیه‌نشینی در شهرها پدیدار شده است.

واقعیت این است که برنامه‌های توسعه چه در قبل و چه در بعد از انقلاب، عمدتاً شهر-محور و اقتصاد-محور بوده است. محتوای این گونه برنامه‌ها به صورتی بوده که همواره شهرها و اقتصاد کشور در مرکز سیاستگذاری‌ها قرار داشته و روستاها و ابعاد اجتماعی فرهنگی برنامه‌ریزی‌های توسعه به حاشیه رانده شده‌اند. بنابراین نخستین حاشیه‌رانی در محتوای خود برنامه‌های توسعه رخ داده است.

پیامد این برنامه‌ها ابتدا حاشیه‌رانی اقتصادی، سپس حاشیه‌رانی فرهنگی و در نهایت حاشیه‌رانی اجتماعی بوده است. این امر به لحاظ نظری ناشی از این واقعیت بود که بخش کشاورزی در مقابل صنعت و در نتیجه روستا در مقابل شهر در برنامه‌های توسعه نادیده گرفته شد.

در ایران از نظر تاریخی نخستین و بارزترین نمود این حاشیه‌رانی در برنامه اصلاحات ارضی قابل مشاهده است. ماهیت این برنامه به گونه‌ای بود که رویای تبدیل شدن به کشوری صنعتی و توسعه یافته منجر به توسعه صنایع مونتاژ و وابسته و احداث کارخانه‌های متعدد در شهرها و نادیده گرفتن روستاها و روستائیان شد.

در کنار این حاشیه‌رانی اقتصادی و رشد روزافزون رسانه‌های ارتباط جمعی همچون رادیو و تلویزیون، نوعی حاشیه‌رانی فرهنگی نیز رخ داد. به این صورت که به تدریج فرهنگ و سبک زندگی شهری به عنوان نمود پیشرفت و مدرن بودن به جامعه معرفی شد و فرهنگ و سبک زندگی روستایی همچون نماد عقب ماندگی.

به این ترتیب در جریان تغییر و تحولات فرهنگی جامعه روستائیان و فرهنگ روستایی به حاشیه رانده شد.

آنچه امروزه با نام حاشیه‌نشینی و به عنوان یک مسئله مهم اجتماعی از آن یاد می‌شود، در واقع نوعی حاشیه‌رانی اجتماعی است که در نتیجه حاشیه‌رانی‌های اقتصادی و فرهنگی رخ داده است.

این حاشیه‌رانی اجتماعی زمانی نمایان شد که در نتیجه طرد اقتصادی و فرهنگی روستائیان که زمانی بیشترین بخش جمعیت کشور را شکل می‌دادند، پدیده مهاجرت‌های روستا - شهری اتفاق افتاد. در نتیجه مهاجرت از روستاها به شهرهای کوچک و بزرگ، نسبت جمعیت روستایی به جمعیت شهری کشور به تدریج معکوس شد.

به گواه نخستین سرشماری‌های انجام شده در دهه ۳۰، جمعیت روستائیان قبل از اصلاحات ارضی بیش از ۷۰ درصد کل جمعیت کشور بود. این در حالی است که امروزه تنها حدود ۳۰ درصد از جمعیت کشور در روستاها ساکن هستند.

در ابتدا پدیده حاشیه‌نشینی به دلیل تمرکز اداری-سیاسی و اقتصادی در پایتخت تا حدود زیادی مختص شهر تهران بود اما امروزه اکثر شهرهای بزرگ و مراکز استان‌ها با این پدیده روبه‌رو هستند. برای مثال و براساس آمار ستاد بازآفرینی شهری وزارت راه و شهرسازی، ۳۰ درصد از جمعیت شهر مشهد یعنی بیش از یک میلیون نفر و ۳۴ درصد از مساحت شهر، حاشیه‌نشین به شمار می‌روند.

رشد پدیده حاشیه‌نشینی پیامدهای مختلفی برای شهرهای کشور به ویژه شهرهای بزرگ دربرداشته است، مناطق حاشیه‌ای خاستگاه انواع مختلف آسیب‌ها و مسائل اجتماعی دیگر همچون، اعتیاد، فقر، جرم و... است.

گسترش پدیده حاشیه‌نشینی و پیچیدگی ابعاد آن و نیز تاکیدات صورت گرفته از سوی مقام معظم رهبری برای مقابله با این پدیده، باعث شده است تا دستگاه‌ها و نهادهای مختلف از جمله دولت در این مورد راهکارهایی بیاندیشند. به همین خاطر در برنامه‌های مختلف از جمله برنامه چهارم توسعه به دولت تکلیف شده است تا با اجرای برنامه‌هایی هر ساله، ۱۰ درصد از پدیده حاشیه‌نشینی را کم کند تا این مسئله ریشه‌کن شود.

آنچه که در اینجا مهم است، تغییر نوع نگاه و چگونگی برخورد با این مسئله و در نتیجه ارائه راهکارهایی عملیاتی و استفاده از تمام ظرفیت‌ها است.

به همین دلیل لازم است از تمام ظرفیت‌های مردمی و سمن‌ها (سازمان‌های مردم‌نهاد) نیز در حوزه کاهش آسیب‌های اجتماعی و آثار ناشی از حاشیه‌نشینی استفاده شود.

عبدالرضا رحمانی فضلی وزیر کشور در همین راستا با اشاره به تشکیل کارگروه ویژه ساماندهی حاشیه‌نشینی در شهرها بیان داشته است: با توجه به اینکه این موضوع یک موضوع میان‌بخشی است و دولت، مجلس و قوه قضائیه باید در ساماندهی آن همکاری کنند، شورای اجتماعی کارگروهی برای سیاست‌گذاری و تدوین احکام قانونی برای ساماندهی این مسئله ایجاد کرده است.

رحمانی‌فضلی، همچنین با اشاره به اولویت برنامه‌های کوتاه‌مدت برای ساماندهی حاشیه‌نشینی در شهرهای بزرگ بیان داشته است که برنامه‌های بلندمدت نیز در این زمینه تدوین و در برنامه ششم توسعه گنجانده خواهد شد.

سید حسن قاضی‌زاده هاشمی وزیر بهداشت نیز در این خصوص عنوان کرده است که مناطق حاشیه‌نشین به دلیل عدم برخورداری از بهداشت و امکانات درمانی، فقدان امکانات شهری، اثرات منفی و وخیمی بر محیط انسانی، محیط زیست و شرایط کالبدی شهر برجای می‌گذارند. به همین دلیل متولیان حوزه سلامت، معضل حاشیه‌نشینی را در آغاز فاز دوم طرح تحول نظام سلامت، در صدر برنامه‌ریزی‌های خود قرار دادند و در دو محور تدوین استراتژی کلان و راهبردی و برنامه‌ریزی خرد در حوزه بهداشت، اقدامات موثری را به انجام رساندند.

وی افزود: تحقیقات انجام شده حاشیه‌نشینی را به دلیل عواملی چون توسعه نامتوازن ناشی از ساختارهای اقتصادی، نقصان

برنامه ریزی شهری و مقابله با معلول ها به جای علت ها، پیدایش شکاف طبقاتی میان مردم و در نهایت ناتوانی شهروندان در تطبیق با محیط شهری و پس زدگی آنان به حاشیه شهر می داند. همین تحقیقات تاکید می کنند که وجود یک زخم اجتماعی در گوشه ای از شهر به عنوان یک پیکر واحد، عملکرد دیگر نقاط شهر را تحت تاثیر قرار می دهد.

به گفته وزیر بهداشت، بی تردید ارائه خدمات بهداشتی به حاشیه نشینان با هدف قوام و دوام جامعه و تحقق تعادل، یکپارچگی، توانمندسازی و بهسازی کانون های حاشیه ای تدوین و اجرایی شده است و ادامه این مسیر جز با همکاری همه اجزای دولت، مشارکت بخش خصوصی و تشکلهای غیردولتی و مردم نهاد میسر نیست.

وی گفت: در این راستا با حمایت دولت تدبیر و امید به عنوان متولیان سلامت مردم، در صدد هستیم تا شاخص های بهداشتی و درمانی حاشیه نشینان در شهرها را با توجه به امکانات موجود ارتقا دهیم و ناگفته پیداست که تحقق این امر، تعهد، الزام و عزمی همگانی می طلبد.

حاشیه نشینی یکی از پنج آسیب محوری در کشور است/شهر تبریز دارای ۳ هزار و ۸۰۰ هکتار بافت ناکارآمد شهری است

مجید خدابخش استاندار آذربایجان شرقی با اشاره به معضل حاشیه نشینی در تبریز اظهار کرد: حاشیه نشینی یکی از پنج آسیب محوری در کشور است که مقام معظم رهبری نیز بر آن تاکید کرده اند، اگر طرح های توسعه و تفصیلی شهر تبریز با پیوست فرهنگی همراه بود و بحث مهاجرت های بی رویه و گسترش حاشیه نشینی در این طرح ها مد نظر قرار می گرفت شاهد ۴۰۰ هزار حاشیه نشین در تبریز نبودیم.

ابوالقاسم سلطانی، مدیرکل راه و شهرسازی استان آذربایجان شرقی در گفت و گویی درباره اقدامات این اداره کل در حوزه مسکن و شهرسازی اظهار کرد: یکی از موضوعات اساسی که وزیر راه و شهرسازی برای استان آذربایجان شرقی تاکید دارد توجه به موضوع بازآفرینی شهری بود که جمعیت کل استان در حدود ۴ میلیون است و شهر تبریز دارای ۳ هزار و ۸۰۰ هکتار بافت ناکارآمد شهری است.

۴۸ محله برنامه بازآفرینی شهری دارند

وی تصریح کرد: در حوزه بازآفرینی نیز زحمات عمده بر عهده شهرداری ها بوده که از زمانی که در استان آذربایجان شرقی ستاد بازآفرینی تشکیل شده، ۴۸ محله برنامه بازآفرینی شهری دارند که یکی از نقاط ضعف نظام استقرار ایران برای وجود حاشیه نشینی ها و کالبدی های ناکارآمد شهری است که موجب نگرانی برای مردم و مسئولان می شود.

مدیرکل راه و شهرسازی استان آذربایجان شرقی، درباره مشکلات مسکن در استان بیان کرد: عدم کنترل قیمت زمین و جلوگیری از افزایش شدید آن در بازه های کوتاه مدت، عدم کنترل در صرف تسهیلات برای تقاضاهای واقعی بخش مسکن، عدم نظارت در تسهیلات جذب شده، سفته بازی در بازار مسکن، افزایش سهم اجاره بها از درآمد خانوارها و کاهش درآمد نیروی کار شاغل از مسائل اصلی بخش مسکن است.

وی با بیان اینکه در حوزه بازآفرینی برای ۴۸ محله برنامه خاص تعریف شده است، تصریح کرد: برای سال ۹۷، چهار محله در شهر تبریز و ۱۷ محله در هشت شهرستان استان برای بازآفرینی در نظر گرفته شده است که یکی از نقاط ضعف نظام استقرار شهری در کشور وجود حاشیه نشین ها و کالبدی های ناکارآمد شهری است که خوشبختانه دولت به این مسئله ورود کرده است.

سلطانی افزود: امیدواریم بافت‌های ناکارآمد شهری ظرف ۵ تا ۶ سال آینده برنامه‌های اجتماعی، ایجاد مکان‌های تفریحی، مقاوم‌سازی و توانمندسازی این مناطق است.

۹ هزار و ۳۶۴ هکتار معادل ۱۵ درصد از بافت‌های ناکارآمد شهری کشور و با جمعیتی بالغ بر ۱,۵ میلیون در آذربایجان شرقی است

وی گفت: مجموع مساحت بافت‌های ناکارآمد شهری استان (بافت‌های فرسوده و سکونتگاه‌های غیررسمی) ۹ هزار و ۳۶۴ هکتار معادل ۱۵ درصد از بافت‌های ناکارآمد شهری کشور و با جمعیتی بالغ بر یک و نیم میلیون نفر است که از این مقدار سهم سکونتگاه‌های غیررسمی حدود ۳ هزار و ۵۶۴ هکتار معادل ۷ درصد از سکونتگاه‌های غیررسمی شناسایی شده کشور و با جمعیتی بالغ بر یک میلیون و ۵۰۰ هزار نفر و سهم بافت‌های فرسوده حدود ۵ هزار و ۸۰۰ هکتار معادل ۸ درصد بافت‌های فرسوده کشور با جمعیتی بالغ بر یک میلیون نفر است.

زندگی ۴۰۰ هزار نفر در سکونتگاه‌های غیررسمی در تبریز/شناسایی ۵ هزار و ۸۰۰ هکتار بافت فرسوده در استان آذربایجان شرقی

مدیرکل راه و شهرسازی استان آذربایجان شرقی با بیان اینکه در حدود ۵۱۰ هزار نفر در سکونتگاه‌های غیررسمی استان شناسایی شدند، تصریح کرد: سهم شهر تبریز از مساحت اسکان غیررسمی شناسایی شده استان ۲ هزار هکتار است که سهم این شهر از جمعیت ساکن در سکونتگاه‌های غیررسمی شناسایی شده ۴۰۰ هزار نفر است.

وی با اشاره به شناسایی ۵ هزار و ۸۰۰ هکتار بافت فرسوده در استان آذربایجان شرقی گفت: این میزان معادل ۸ درصد بافت‌های فرسوده کشور است که بیش از یک میلیون نفر در بافت‌های فرسوده استان ساکن هستند.

سلطانی افزود: شهر تبریز ۲ هزار و ۵۲۲ هکتار از مساحت بافت‌های فرسوده استان را شامل می‌شود که ۵۰۰ هزار نفر در این بخش‌ها زندگی می‌کنند. تعداد محلات هدف بازآفرینی در استان آذربایجان شرقی تا پایان سال ۱۴۰۰، ۴۸ محله است که در شهرهای تبریز، مراغه، مرند، میانه، اهر، بناب، سراب و ملکان قرار دارند.

وی با اشاره به معرفی یک هزار و ۲۱۸ واحد برای دریافت تسهیلات بیان کرد: در شرکت بازآفرینی شهری ایران برای امسال ۱۶۱ میلیارد و ۴۲۳ میلیون ریال اعتبار مصوب شده که اعتبار اختصاصی به استان از این محل یک هزار و ۵۰۰ میلیارد تومان برابر ۵۳ میلیارد تومان است که تاکنون قطعی نشده است.

مدیرکل راه و شهرسازی استان آذربایجان شرقی اظهار کرد: در استان آذربایجان شرقی از ابتدای سال ۹۴ تا پایان نیمه اول سال ۹۷، ۹۲ جلسه ستاد بازآفرینی شهری پایدار در استان و شهرستان‌های آن تشکیل شده است.

تعداد ۳ هزار خانوار در برنامه جابه‌جایی قرار دارند

سلطانی در خصوص ساماندهی سکونتگاه‌های غیررسمی گفت: تعداد ۳ هزار خانوار در برنامه جابه‌جایی قرار دارند و مساحت اراضی تخصیص یافته برای ساخت مساکن ۶ هکتار بوده که تعداد ۱۷۱ واحد تحویل داده شده و ۶۰۰ واحد نیز در دست ساخت است.

سلطانی افزود: از جمله پروژه‌های مهم الگوسازی شرکت بازآفرینی شهری ایران در نوسازی بافت‌های فرسوده شهر تبریز، میدان شهید بهشتی، ساماندهی پیرامون مسجد کبود و احیاء مجموعه صاحب‌الامر بوده است.

وی، درباره پروژه‌های سال ۹۷ در حوزه بازآفرینی شهری بیان کرد: محلات هدف در سال ۹۷ شامل مسجد جامع هشتگرد، چوست‌دوزان و آخونی، طرح بازآفرینی شهر تبریز، احیای مجموعه تاریخی صاحب‌آباد تبریز، بهسازی و نوسازی محدوده‌ها و محلات هدف شهر بناب، محله ملازینال تبریز، محله انزاب مراغه، محله پاسگاه بناب، احداث مدرسه، بهسازی و آسفالت شبکه معابر و احداث و توسعه شبکه فاضلاب محله شهرک ولیعصر میانه، بهسازی و آسفالت معابر محله مین آخور مرنده، بهسازی و آسفالت معابر محله پهرآباد مراغه، احداث خانه محله و کتابخانه محله دیزج جنوبی بناب، احداث درمانگاه، ساختمان اورژانس و مدرسه ابتدایی دخترانه در محله علی‌آباد مرنده هستند.

حاشیه‌های حاشیه‌نشینی؛ از نبود نقشه راه تا نگاه جزیره‌ای مسئولان

محمداسماعیل سعیدی نماینده مردم تبریز در مجلس با انتقاد از اینکه هیچ‌گونه نقشه راهی برای رفع معضل حاشیه‌نشینی وجود ندارد، گفت: تا زمانی که تصمیمات مسئولان جزیره‌ای و هماهنگی لازم بین دستگاه‌ها وجود نداشته باشد، توفیقی در حل معضل حاشیه‌نشینی حاصل نخواهیم کرد.

سعیدی در مورد ورود پلیس پیشگیری به موضوع حاشیه‌نشینی، یادآور شد: هر چند ورود پلیس پیشگیری در کاهش تخلفات حاشیه‌نشینان تأثیر دارد ولی رفع ریشه‌ای این معضل نیازمند تلاش تمام دستگاه‌ها است.

نماینده مردم تبریز، آذرشهر و اسکو در مجلس شورای اسلامی، با بیان اینکه افزایش تخلفات در برخی مناطق حاشیه‌نشین نیازمند ورود پلیس پیشگیری به این مناطق است، بیان داشت: البته بهتر است قبل از ورود پلیس به مناطق حاشیه‌نشین در ابتدا به فکر راهکارهای منطقی و جدی برای رفع ریشه‌ای این معضل باشیم.

وی با تأکید بر اینکه برای رفع ریشه‌ای معضل حاشیه‌نشینی تمام دستگاه‌ها باید با پلیس هماهنگ باشند، ابراز کرد: در غیر این صورت اقدامات پلیس پیشگیری به سرانجام نمی‌رسد و گره‌ای از مشکل حاشیه‌نشینی نیز رفع نخواهد شد.

سعیدی، از نادیده گرفتن حاشیه‌نشینی در برنامه ششم توسعه انتقاد کرد و افزود: بی‌توجهی نسبت به رفع و کاهش معضل حاشیه‌نشینی در برنامه چهارم و پنجم توسعه منجر به حذف این معضل از برنامه ششم شده است.

عضو کمیسیون اجتماعی مجلس، مهم‌ترین عامل بروز و شیوع حاشیه‌نشینی در کلان‌شهرها را ناشی از بی‌توجهی به مناطق محروم و اقتصاد روستایی دانست و یادآور شد: البته در شیوع این معضل عوامل بیرونی و درونی دخیل هستند که از عوامل بیرونی می‌توان به مهاجرت بی‌رویه ناشی از بی‌توجهی به اقتصاد و وضعیت معیشتی روستائیان اشاره کرد که تاکنون نیز برای رفع آن تلاشی نشده و همچنان شاهد مهاجرت بی‌رویه روستائیان و به تبع آن افزایش حاشیه‌نشینی در کلان‌شهرها هستیم.

سعیدی وضعیت معیشتی، اجتماعی، بهداشتی و اقتصادی حاشیه‌نشینان را نامناسب خواند و یادآور شد: مسئولان باید شفاف‌سازی کنند که چرا تاکنون به فکر راهکارهای منطقی و اصولی برای جلوگیری از افزایش مناطق حاشیه‌نشینان نبودند؟ در صورتی که می‌شد بخشی از هزینه‌هایی که برای مسکن مهر هزینه شد را به مناطق حاشیه‌نشین اختصاص داد تا گوشه‌ای از مشکلات این مناطق برطرف شود.

نماینده مردم تبریز، آذرشهر و اسکو در مجلس نهم، با بیان اینکه مسئولان نسبت به رفع معضل حاشیه‌نشینی بی‌توجه هستند و

در این زمینه فقط شعار می دهند، خاطرنشان کرد: متأسفانه تصمیمات مسؤولان در این خصوص جزیره ای است؛ دستگاه ها با هم هماهنگ نیستند، هیچ گونه نقشه راهی برای رفع این معضل وجود ندارد حتی مهم تر از آن با وجود تمامی این مسائل نسبت به این معضل در برنامه ششم توسعه غفلت شده و این مهم دیده نشده است.

حاشیه نشینی به شهرهای متوسط هم سرایت کرده است

رئیس کمیسیون اجتماعی مجلس، علت اصلی مهاجرت روستائیان به شهرها را نبود شغل و درآمد پایدار دانست.

سلمان خدادادی در رابطه با افزایش مهاجرت روستائیان به شهر گفت: مهاجرت روستائیان به شهرها یک پدیده نوظهور و جدیدی نیست بلکه موضوعی ریشه دار است و برای اولین بار از زمان اجرای قانون اصلاحات ارضی افزایش پیدا کرد و بعد از تجربه چند دهه کاهش، مجدداً در دهه ۸۰ و ۹۰ تشدید شد.

نماینده مردم ملکان در مجلس شورای اسلامی، علت اصلی پدیده هایی چون حاشیه نشینی را مهاجرت روستائیان به اطراف شهرها دانست و یادآور شد: افزایش حاشیه نشینی یکی از موضوعات اولویت دار در حوزه آسیب های اجتماعی است که علت اصلی آن مهاجرت و خالی شدن روستاها و سکونت آنها در اطراف شهرهای بزرگ است، در سال های اخیر بعضی از شهرها مانند گلستان که حتی جزو شهرهای بزرگ محسوب نمی شوند نیز درگیر معضل حاشیه نشینی شده اند.

وی علت اصلی حاشیه نشینی را مهاجرت روستائیان و علت اصلی مهاجرت را نبود کار و درآمد پایدار دانست و بیان داشت: مردم ناچار هستند برای کسب درآمد جزئی و گذران امور زندگی خود به شهرهای بزرگ مهاجرت کنند و چون توان خرید خانه در شهرها را ندارند، به حاشیه نشینی روی می آورند و در معرض بسیاری از آسیب های اجتماعی قرار می گیرند.

رئیس کمیسیون اجتماعی مجلس، با اشاره به افزایش نسبت شهرنشینی به روستانشینی خاطرنشان کرد: اوایل انقلاب حدوداً ۳۰ - ۴۰ درصد مردم ساکن شهر بودند و ۶۰-۷۰ درصد روستانشین، اما امروزه این آمار به ۳۰ درصد روستانشین و ۷۰ درصد شهرنشین تبدیل شده است. البته بخشی از این افزایش به علت تبدیل روستاها به شهرها بوده است، اما درصد بالایی از آن به دلیل مهاجرت است.

این نماینده مجلس شورای اسلامی، افزود: علت اصلی ماندگاری مردم در روستاها قبل از انقلاب، امکانات نبود بلکه وجود کار و درآمد بود. در حال حاضر تمامی امکانات و خدمات در روستاها وجود دارد اما چون مردم درآمد پایداری ندارند و مردم برای به دست آوردن کار و زندگی به شهرها مهاجرت می کنند.

خدادادی اظهار کرد: علت مهاجرت برخی از نخبگان به کشورهای دیگر همین نکته است، چرا که در کشور خودمان شغل و درآمد پایداری وجود ندارد و دانشجویان نخبه کشور مجبور می شوند به کشورهای اروپایی و آسیایی مهاجرت کنند. پس علت اصلی مهاجرت چه از روستاها به شهرها و چه از کشورمان به خارج، نداشتن شغل و درآمد پایدار است.

رئیس کمیسیون اجتماعی مجلس در رابطه با تأثیر و نقش تعاونی های روستایی بر کاهش فقر گفت: نقش تعاونی ها در جمهوری اسلامی به صورت کامل شکل نگرفته است، در این مدت سعی کردیم فرهنگ تعاونی را جا بیندازیم و سهم ۳۰ درصدی اقتصاد را برای تعاونی ها در نظر گرفتیم. آیا در حال حاضر ۳۰ درصد اقتصاد کشور در دست تعاونی ها قرار دارد؟ خیر؛ بلکه زیر ۱۰ درصد است، در روستاها نیز هیچ نقش تأثیرگذاری ندارد. سازمان تعاون روستایی از قبل انقلاب وجود داشت و به مرور زمان به دلیل عملکرد ضعیف مسؤولان تعاون روستایی و وزارت جهاد کشاورزی یکی پس از دیگری در حال بسته شدن هستند. تعاونی ها در

حال حاضر معنی واقعیشان را از دست داده‌اند و دیگر تأثیرگذار نیستند.

به عقیده کارشناسان، یکی از دلایل بسیار مهم حاشیه‌نشینی در شهر تبریز بیکاری، درآمد کم، پایین بودن اجاره بهای مسکن در حاشیه شهر و مهاجرت گسترده از محیط‌های شهری کوچک و روستاهای استان است، که این مسأله موجب بروز انواع ناهنجاری‌های شهری (اشتغال افراد حاشیه‌نشین در مشاغل کاذب، وجود ساخت و سازهای غیرمجاز، افزایش جرم و جنایت، اثرات نامطلوب فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی، آلودگی محیط زیست شهری و غیره) شده است که اگر دولت و دستگاه‌های اجرایی در این زمینه فکری اساسی نکنند، تبعات اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی این روند سریع حاشیه‌نشینی قابل کنترل نخواهد بود.

در پایان باید، گفت، تبریز دومین شهر پر حاشیه‌نشین کشور، بافت‌های ناکارآمد شهری تبریز مشتمل بر دو بافت فرسوده و حاشیه‌نشین است. زندگی نزدیک به ۵۰ درصد جمعیت تبریز در این بافت‌ها بسیار نگران‌کننده است.


