



دانشگاه علوم بهریتی و توانجشی
پایگاه خبری اطلاع رسانی روابط عمومی



اخبار برگزیده رسانه های همگانی

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



به نام خدا

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

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

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

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

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

روابط عمومی دانشگاه



فهرست

اخبار «ویژه دانشگاه»: ۵

عضو هیات علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، برای اولین بار برنامه بین المللی " مادر- کودک (PCMG) " را در کشور اجرا کرد
..... ۵

عیادت وزیر بهداشت از دختر زلزله زده سرپل ذهابی در بیمارستان
توانبخشی رفیده * ۶

حمایت دو دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی و صنعتی شریف و شرکت
سرمایه گذاری شناسا از پنج طرح فناورانه.. ۷

اخبار حوزه «توانبخشی»: ۹

برخی خانواده ها کودک با سندروم داون را پنهان می کنند ۹
تمام استان ها دارای مرکز جامع توانبخشی می شوند ۱۰
دستگاه ها ملزم به مناسب سازی فضای مجازی برای معلولان شدند
..... ۱۰

نسخه‌ای شفابخش برای دومین علت مرگ ایرانیان ۱۱
بهترین دوره درمان لکنت زبان دوران پیش از دبستان است * ۱۶
شبی که ماه افتاد ۱۷

متوسط شیوع معلولیت در لرستان نسبت به کشور بالاست ۲۰
تکنیک‌هایی برای درمان کمردرد/ علل شایع درد کمر ۲۰

اخبار حوزه «سلامت روانی»: ۲۲

شب ادرازی‌هایی که باید جدی گرفت ۲۲
پزشکان علوم اعصاب ایران و جهان در تهران گردهم می آیند *
..... ۲۳
افزایش مرگ های قرص برنجی در کشور/ مسمومیتی که پادزهر ندارد
..... * ۲۴

بیست و دومین مجموعه از اخبار برگزیده رسانه ها

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

از تاریخ ۹ لغایت ۱۴ 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.

سر دبیر مجموعه : فریبا نعیمی پور

مدیر مسئول : سید محمد موسوی خطاط

همکار : ندا قنبری

" نماد " طرح فوق العاده‌ای در پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی است
 ۴۵

توسعه همکاری میان دانشگاه آزاد و ستاد مبارزه با مواد مخدر ۴۶

تحلیلی بر خشونت نوجوانان متأثر از بازی‌های رایانه‌ای ۴۷

تشدید بی‌تفاوتی اجتماعی در پی نوسان نرخ ارز و بی‌ثباتی اقتصادی
 ۴۷

پژوهشکده پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی راه اندازی می شود
 ۴۹

پشت پرده اجرا نشدن قانون ۱۱ ساله پرستاری/هر سال دریغ از پارسال
 ۵۰

تشکیل کارگروهی برای نحوه جذب پرستاران/ بیمارستان‌ها همچنان با
 کمبود پرستار مواجه هستند ۵۲

راه شناسایی فقرا از سوی دولت/ چندپارگی دستگاه‌ها برای کمک به
 نیازمندان ۵۲

۷۰ درصد مردم با پدیده کودکان کار خیابانی مواجه هستند ۵۶

اجرای طرح «آماده‌سازی شغلی» برای معتمدان بهبودیافته در ۱۶ استان
 کشور ۵۸

لایحه «تابعیت فرزندان زنان ایرانی دارای همسر خارجی» تصویب شد
 ۵۸

ابلاغ دستورالعمل اجرایی مدیریت بحران استان‌های معین پایتخت
 ۵۹

محرومیت ۳ میلیون و ۳۷۰ هزار خانوار روستایی و عشایر از هرگونه بیمه
 بازنشستگی ۶۱

فوت ۸۵ نفر بر اثر مصرف مشروبات الکلی دست ساز در ۲ ماه اخیر *
 ۲۶

درمان اختلالات ذهنی با بازی‌های جدی/راهکاری برای درمان بیش
 فعالی ۲۶

نمک عامل بروز التهاب در مبتلایان به ام‌اس ۲۷

ترنس‌ها نشانه آخرالزمان نیستند ۲۸

آفتی جدید در خانواده‌های ایرانی ۳۰

خشونت، کودکان را پیر می‌کند ۳۱

شناسایی سه نوع جدید افسردگی ۳۲

ضرورت توجه به بُعد معنوی و تأثیر آن در سلامت روح و جسم ۳۳

اخبار حوزه «رفاه و سلامت اجتماعی»: ۳۵

نگاه تجاری دختران به مهریه ناشی از نظام ناقص تأمین اجتماعی است
 ۳۵

مدارس کشور صاحب مددکار می‌شوند ۳۶

۹۵ درصد بازنشستگان مشمول بسته حمایتی دولت می‌شوند ۳۶

برخی والدین خطر مصرف سیگار و قلیان توسط فرزندان‌شان را جدی
 تلقی نمی‌کنند ۳۷

۵۰۰ میلیون نفر از مردم آسیا-پاسفیک گرسنه هستند ۳۸

نقش مهم کانون سلامت محلات در کاهش عوامل آسیب‌های اجتماعی
 ۳۹

برنامه‌ای برای بهبود "سازگاری زناشویی" ۴۰

بیمه سلامت، خدمات اقامتی معتمدان را پوشش نمی‌دهد ۴۱

زنان سرپرست خانوار و ضرورت یک چتر حمایتی ۴۲

میزان بالای بازماندگی از تحصیل کودکان کار ۴۴

اخبار «ویژه دانشگاه»:

عضو هیات علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، برای اولین بار برنامه بین المللی " مادر- کودک (PCMG) " را در کشور اجرا کرد

عضو هیات علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی و مجری برنامه بین المللی " مادر- کودک (PCMG) " در کشور، اعلام کرد: با اجرای این برنامه در ایران که گزارش آن توسط انجمن بین المللی PCMG در کانادا منتشر شده است، جمهوری اسلامی ایران بعد از کشورهای استرالیا و کانادا، سومین کشور مجری این برنامه برای تامین سلامت روانی و توانبخشی کودکان دارای اختلال است.

دکتر " گیتا موللی " در گفت و گو با خبرنگار وبداي دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی در این باره افزود: این برنامه که اجرای آن به تازگی در کشور آمریکا آغاز شده است، مبنای قوی روانشناسی دارد و بر اصل دلبستگی و ارتباط عاطفی بین مادر (یا مراقب) با کودک استوار است.

وی با تاکید بر اینکه برنامه " مادر- کودک "، براساس یکی از نظریه های مهم روانشناسی در قرن اخیر، تدوین شده است، اظهارداشت: اگر این برنامه به درستی اجرا شود، سلامت روانی و سلامت اجتماعی کودک در دوره بزرگسالی را نیز پایه گذاری می کند.

دکتر موللی افزود: برنامه " مادر- کودک "، که برای مادران کودکان سه ساله و کمتر از آن در نظر گرفته می شود، تا کنون برای کودکان دارای اختلال کم شنوایی و همچنین کودکان با اختلالات دیگر اجرا شده و نتایج ارزشمندی بر روحیه و سلامت روانی مادران این کودکان و همچنین بر ارتباطات زبانی و گفتاری کودکان دارای اختلال، داشته است.

وی توضیح داد: مادران کودکان دارای اختلال، چون تحت فشار روانی و دچار اضطراب و استرس ناشی از مشکل فرزندشان هستند، میزان ارتباط عاطفی، زبانی و جسمی بسیار کمی با کودکان دارند، و اجرای برنامه " مادر- کودک " برای آنان، به تقویت ارتباطات عاطفی، زبانی و جسمی بین مادر با فرزندش کمک می کند و در واقع، بخشی از توانبخشی کودک بدون کمترین هزینه و امکانات، و فقط از طریق روش ها و مهارت هایی که در برنامه مشخص شده، حاصل می شود.

این عضو هیات علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی افزود: با اجرای برنامه " مادر- کودک " برای مادران دارای فرزند کم توان، تاثیر مثبت و ایجاد شادابی و نشاط را در مادران و افزایش هوشیاری و تحرک و پویایی را در کودکان بلحاظ فعالیت زبان و گفتار، می توان مشاهده کرد.

وی با اشاره به اینکه سه ابزار " شعر، لالایی و قصه " همراه با حرکت و لمس بین مادر و کودک، امکانات اجرای برنامه " مادر، کودک " است، گفت: یکی از ویژگی های برنامه در هر کشور، وابستگی اشعار، لالایی و قصه های این برنامه، به ادبیات همان کشور است.

دکتر موللی که دارای مجوز بین المللی اجرای برنامه " مادر- کودک " در ایران است، افزود: اولین بار در سال ۱۳۹۱ (۲۰۱۲ میلادی) و در کنفرانس غربالگری شنوایی نوزادان، با گروه مجری برنامه " مادر- کودک " در کشور استرالیا، محتوا و اهداف این برنامه آشنا شدم و از همان سال، جمع آوری شعرهای کودکان، لالایی ها و قصه های ایرانی را آغاز کرده و با کسب اجازه از انجمن بین المللی مربوط به برنامه (PCMG)، اجرای آن را همراه با چند تن از دانشجویانم، برای مادران کودکان کم شنوا شروع کردم.

وی ادامه داد: تمام مشکلات و چالش های حین اجرای برنامه را با متخصصان انجمن بین المللی در استرالیا PCMG در میان گذاشته و با راهنمایی آنان، به رفع مشکلات اقدام کردم و چند ماه بعد، با موافقت این انجمن بین المللی، دوره آموزشی تئوری و عملی برنامه را از طریق انجمن و با همکاری مرکز " تارالی " پیشرو در ارائه برنامه های مداخله ای، طی کرده و موفق به اخذ گواهی نامه پایان دوره شدم.

وی اظهارداشت: با توجه به اینکه همزمان با آموزش برنامه " مادر- کودک "، اطلاعات بسیاری در ارتباط با آموزش کودکان

ناشنوا نیز آموختم، پس از بازگشت به کشور، نسبت به تاسیس مرکزی آموزشی و خدماتی ویژه کودکان کم شنوا، اقدام کرده و برنامه " مادر، کودک " را نیز جزو برنامه های اصلی این مرکز قرار دادم . وی که مسئولیت کمیته مطالعات ناشنوایی/کم شنوایی مرکز تحقیقات توانبخشی اعصاب اطفال دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی را نیز بعهده دارد، افزود: در همان سال ، یکی از دانشجویانم ، (تاثیر برنامه " مادر- کودک " بر رابطه مادر و کودک ناشنوا) را در قالب پایان نامه خود مورد بررسی قرار داد و نتایج این تحقیق در قالب دو مقاله تهیه و چاپ شد.

وی ادامه داد: برای آموزش چگونگی اجرای برنامه " مادر- کودک " به علاقه مندان و کارشناسان رشته های توانبخشی کشورم، حدود ۲۰ کارگاه آموزشی برای کارشناسان رشته های روانشناسی ، گفتاردرمانی و کاردرمانی برگزار کرده، و برنامه در شش کنگره داخل کشور و هفت کنگره بین المللی در خارج از کشور ارائه شد.

دکتر موللی همچنین گفت: امسال پس از یک دوره طولانی از بررسی اشعار و قصه های ایرانی و جمع آوری بخشی از ادبیات کشورمان که مطابق با اهداف برنامه " مادر- کودک " است ، کتاب مربوط به برنامه " مادر- کودک " مشتمل بر چهار کتابچه تحت عناوین " برنامه مادر، کودک (جلد اول) " ، " شعرهای ایرانی (جلد دوم) " ، " لالایی های ایرانی (جلد سوم) " و " قصه های ایرانی (جلد چهارم) " چاپ و منتشر شد.

وی تصریح کرد: جلد اول به معرفی برنامه و پیشینه نظری آن پرداخته و مخاطب را با جنبه های مختلف این برنامه بلحاظ پژوهشی و نظری آشنا می کند، و سه جلد دیگر شامل اشعار ، لالایی ها و قصه های ملی و محلی کشورمان می شود که برای مادران ایرانی آشنا و ملموس است. وی مطالعه این کتاب (چهار مجموعه) را به متخصصان حوزه روانشناسی ، مراکز مداخله زودهنگام کودکان کم شنوا، مراکز حمایتی و توانبخشی، خانواده های نیازمند برنامه های مداخله ای و دانشجویان علوم تربیتی توصیه کرد.

دکتر موللی، اجرای برنامه " مادر- کودک " را برای مادران دارای کودک زیر سه سال ، در اولویت دانست و از سویی دیگر گفت: اجرای این برنامه می تواند برای کودکان سنین سه تا هشت ساله (پیش از دبستان و سالهای اولیه دوره ابتدایی) نیز مفید باشد.

بگفته وی ، هدف برنامه، تمرکز بر مادران است، اما در نهایت، نتیجه اجرای آن ، به سلامتی ، پیشرفت و رشد کودک کمک می کند. زمان هر جلسه ، ۴۵ دقیقه است و کارشناسان قبل از اجرای برنامه و بعد از آن ، با والدین صحبت کرده ، تبادل اطلاعات و مشاوره دارند. وی در پایان این گفت وگو با اشاره به اینکه برنامه " مادر- کودک " جنبه انسان دوستانه دارد و بصورت رایگان اجرا می شود، افزود: کارشناسان مراکز حمایتی و توانبخشی می توانند با شرکت در کارگاه های آموزشی و آشنایی با این برنامه ، آن را در مراکز خود اجرا کنند.

لازم به ذکر است ، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی با ۲۲ گروه آموزشی و هشت مرکز تحقیقات در رشته های خاص سه حوزه سلامت (توانبخشی ، سلامت روانی ، رفاه و سلامت اجتماعی) همچون " رشد و پرورش کودکان پیش از دبستان، مددکاری اجتماعی ، مشاوره و روانشناسی ، گفتاردرمانی ، کاردرمانی ، مدیریت توانبخشی ، مدیریت رفاه و سلامت اجتماعی، و ... " ضمن تعلیم و تربیت نیروی متخصص ، در طراحی و اجرای پروژه های ملی و منطقه ای مشارکت دارد.

این دانشگاه منحصر بفرد که تحت نظارت وزارت بهداشت فعالیت می کند، در برخی از رشته ها بعنوان تنها برگزارکننده ، و در برخی از آنها نیز بعنوان اولین برگزارکننده دوره های تحصیلات تکمیلی (کارشناسی ارشد و دکتری) در داخل کشور و کشورهای خاورمیانه شناخته شده است. انتهای پیام /



عیادت وزیر بهداشت از دختر زلزله زده سرپل ذهابی در بیمارستان توانبخشی رفیده *



وزیر بهداشت عصر روز گذشته (شنبه) با حضور در بیمارستان توانبخشی رفیده ، از "هانیه " دختر نوجوان زلزله زده

سرپل ذهابی عیادت کرد.

به گزارش ویدای دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، دکتر "قاضی زاده هاشمی" در دیدار با این نوجوان فداکار، ضمن گفت و گو با پزشکان معالج هانیه، در جریان روند درمانی وی قرار گرفت.

"هانیه" نوجوان ۱۴ ساله سرپل ذهابی که در زلزله آبان پارسال در این منطقه و در راه نجات خواهر خردسالش دچار آسیب نخاعی شده، پس از اقدامات اولیه درمانی و توانبخشی در کرمانشاه، برای تکمیل دوره درمان به بیمارستان توانبخشی رفیده در تهران منتقل شد.

وزیر بهداشت در دیدار روز گذشته با هانیه، ضمن ابراز خرسندی از پیشرفت درمانی وی، از زحمات پزشکان و پرستاران بیمارستان توانبخشی رفیده وابسته به دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تشکر کرد.

قاضی زاده هاشمی در جمع خبرنگاران گفت: درمان هانیه رو به پیشرفت است و امیدواریم سلامت نسبی خود را بیشتر بدست آورد.

وی با تاکید بر اینکه سلامتی همه حادثه دیدگان از وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است، گفت: در جریان زلزله کرمانشاه، خدمات فراوانی انجام شد و به ویژه در ۴۸ ساعت نخست این حادثه، اعمال جراحی و کمک زیادی انجام شد که بی سابقه و رکورد بین المللی است.

دکتر "امیرحسین کهلایی" متخصص فیزیوتراپی نیز در جمع خبرنگاران با اشاره به آسیب نخاعی هانیه گفت: خدمات توانبخشی او از کرمانشاه آغاز شد و از حدود ۴ ماه پیش تاکنون ادامه خدمات توانبخشی در بیمارستان توانبخشی رفیده در حال انجام است.

وی ادامه داد: هانیه پیشرفت خوبی در عملکرد و راه رفتن داشته است و حداقل حدود ۶ هفته دیگر باید در این مرکز درمانی، تحت خدمات فیزیوتراپی و توانبخشی باشد.

دکتر کهلایی افزود: وی از ناحیه میانی ستون فقرات آسیب دید که خوشبختانه آسیب دیدگی کامل نبوده است و می توان آن را ترمیم کرد.

وی با اشاره به کمبود تخت های توانبخشی در کشور، ابراز امیدواری کرد، این کمبودها برطرف شود تا همگان بتوانند از امکانات توانبخشی در سطح کشور بهره مند شوند.

"هانیه یزدان شناس" نیز با ابراز خرسندی از روند بهبود خود، از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به خاطر حمایت های معنوی و مادی و پرداخت هزینه های بیمارستانی و درمانی و اسکان خانواده اش تشکر کرد.

"علی یزدان شناس" پدر هانیه هم از روند درمانی و امکانات بیمارستان توانبخشی رفیده ابراز رضایت کرد. انتهای پیام /



حمایت دو دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی و صنعتی شریف و شرکت سرمایه گذاری شناسا از پنج طرح فناوریانه



پنج طرح فناوریانه توانبخشی مورد حمایت مشترک دانشگاه های علوم بهزیستی و توانبخشی و صنعتی شریف و شرکت سرمایه گذاری شناسا قرار می گیرد.

به گزارش ویدای دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی به نقل از مدیریت فناوری سلامت، در پی اولین فراخوان مشترک حمایت از طرح های فناوری توانبخشی توسط دانشگاه های علوم بهزیستی و توانبخشی، صنعتی شریف و شرکت سرمایه گذاری شناسا، هفت پروپوزال طرح فناوریانه دریافت و مورد بررسی قرار گرفت.

با برگزاری نشست داوری با حضور رئیس مرکز موفقیان دانشگاه صنعتی شریف، مدیر فناوری سلامت دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، یکی از اعضای هیات علمی این دانشگاه و نماینده شرکت سرمایه گذاری شناسا، و جمع بندی نظر اعضای کمیته داوری، حمایت از پنج طرح فناورانه به تصویب رسید. انتهای پیام /



اخبار حوزه «توانبخشی»:

مدیر کانون سندروم داون :



برخی خانواده ها کودک با سندروم داون را پنهان می کنند

تهران- ایرنا- مدیرعامل کانون خیریه سندروم داون ایران گفت: متأسفانه خانواده هایی هستند که با تولد کودک سندروم داون، او را از نگاه دیگران پنهان می کنند و دچار شوک می شوند در حالی که این کودکان با توانبخشی های به موقع، بسیار نزدیک به افراد عادی فعالیت خواهند داشت .

پوراندهخت بنیادی روز چهارشنبه در گفت و گو با خبرنگار ایرنا افزود: خانواده ها به دلایل مختلف به طور مثال ترس از نگاه اجتماع، گاهی فرزندان با سندروم داون را پنهان می کنند در حالی که پذیرش این کودکان از سوی والدین، ۵۰ درصد از مشکلات را برطرف می کند.

وی ادامه داد: همچنین بسیاری از خانواده ها به دلیل نداشتن وضعیت مالی مناسب از پیگیری وضعیت سلامت و توانبخشی کودکان با سندروم داون خود منصرف می شوند.

وی اضافه کرد: ۵۰ درصد کودکان با سندروم داون مشکلات قلبی و نیاز به جراحی دارند، مشکلات گوارشی و مشکلات دهان و دندان نیز از دیگر بیماری های این کودکان به شمار می رود که هزینه بر است و یک بیمه کل نگر برای پوشش این هزینه ها وجود ندارد.

مدیرعامل کانون خیریه سندروم داون ایران اظهار داشت: از سوی دیگر نگاه جامعه به کودکان با سندروم داون، خانواده این کودکان را آزار می دهد، خانواده ها از این گالیه دارند که مردم به گونه ای به فرزندان آنها نگاه می کنند که گویا آنان بیماری مسری دارند.

بنیادی افزود: کودکان با سندروم داون متأسفانه به عنوان شهروند شناخته نمی شوند چون نمی توانند از فرصت های برابر استفاده کنند به طور مثال این کودکان هنگام ورود به استخر با تابلوی ورود ممنوع مواجه می شوند چون دست اندرکاران آنجا تصور می کنند که این کودکان به افراد دیگر آسیب می رسانند در حالی که این کودکان بسیار مهربان هستند و تعامل اجتماعی خوبی دارند. وی گفت: همچنین به طور مثال فرهنگسراها، کودکان با سندروم داون را در کلاس های آموزشی خود نمی پذیرند یا با اکراه می پذیرند.

وی درباره آمار مبتلایان به سندروم داون در ایران نیز تصریح کرد: آمار دقیقی از مبتلایان سندروم داون در ایران در دست نیست اما طبق آمارهای بین المللی در کشورهایی مانند ایران از هر ۷۰۰ تولد زنده، یک نفر با سندروم داون متولد می شود که این رقم در کشورهای پیشرفته به یک مبتلا در هر هزار تولد زنده می رسد.

مدیرعامل کانون خیریه سندروم داون ایران خاطرنشان کرد: این کانون ۱۶۰۰ عضو با سندروم داون در سراسر کشور دارد که به کودکان با سندروم داون تازه متولد شده تا زمان مدرسه رفتن، خدمات توانبخشی، کاردرمانی ذهنی و جسمی، گفتار درمانی، بازی درمانی و موسیقی درمانی ارائه می دهد.

بنیادی گفت: تلاش می شود تا کودکان با سندروم داون به مدارس عادی بروند چون قدرت تقلید آنان از الگوهای خوب بالا می رود و از سوی دیگر کودکان عادی نیز یاد می گیرند در اجتماع افراد دیگری با ویژگی های خاص زندگی می کنند.

وی افزود: سندروم داون، یک وضعیت خاص ژنتیکی است که طی آن افراد با ۴۷ کروموزوم به دنیا می آیند در حالیکه افراد عادی ۴۶ کروموزوم دارند و این یک کروموزوم بیشتر موجب می شود تا در رشد ذهنی و جسمی، تاخیر ایجاد شود .

مدیرعامل کانون خیریه سندروم داون ایران در ادامه به خدمات ارائه شده از سوی این کانون به افراد با سندروم داون اشاره کرد و گفت: برای کودکان بزرگتر با سندروم داون، کلاس های مختلف ورزشی، هنری، تئاتر درمانی، موسیقی درمانی، مهارت های

اجتماعی، زبان انگلیسی و کامپیوتر برگزار می شود. بزرگتر که می شوند کارگاه های آموزش حرفه ای شامل آموزش سفال، نقاشی روی پارچه، چرم دوزی و شیرینی دوزی داریم که محصولات آن در بازارچه ها و نمایشگاه ها به فروش می رسد و دستمزد این افراد پرداخت می شود. بنیادی افزود: همچنین مشاوره های رایگان فردی و جمعی برای خانواده های دارای فرزند با سندروم داون ارائه می شود. انتهای پیام *



معاون توانبخشی هلال احمر :



تمام استان ها دارای مرکز جامع توانبخشی می شوند

تهران- ایرنا- معاون بهداشتی، درمان و توانبخشی هلال احمر، از تاسیس مراکز جامع توانبخشی در تمام استان های کشور تا بهمن ماه سال جاری خبر داد .

حسن صفاریه روز چهارشنبه در گفت و گو با خبرنگار اجتماعی ایرنا گفت: در حال تاسیس مراکز جامع توانبخشی در تمام استان ها هستیم؛ مراکز جامع توانبخشی دارای بخش های فیزیوتراپی، کار درمانی، گفتار درمانی، اورتز و پروتز هستند. وی با اعلام اینکه ساختمان و تجهیزات مورد نیاز برای تاسیس این مراکز خریداری شده است، افزود: هم اکنون در حال راه اندازی این مراکز هستیم و در بهمن ها افتتاح می شود. صفاریه با اشاره به سابقه و ظرفیت هلال احمر در حوزه توانبخشی گفت: هلال احمر ایران همواره در حوزه توانبخشی تکیه گاه مطمئنی برای وزارت بهداشت بوده است و پس از افتتاح این مراکز می تواند کمک زیادی به بیماران کند. معاون جمعیت هلال احمر افزود: این مراکز خدمات پایه در حوزه توانبخشی ارائه می دهند؛ هلال احمر در نظر دارد پس از افتتاح این مراکز اقدام به ایجاد کلینیک های تخصصی توانبخشی در تمام استان ها کند. وی با تاکید بر اینکه اکنون کشور نیازمند مراکز توانبخشی بزرگ و پیشرفته است، گفت: باید مراکزی ایجاد شود که بیمار از تخت بیمارستانی به تخت توانبخشی منتقل شود و سپس فرد به جامعه برگردد اما این امکانات در کشور وجود ندارد. معاون بهداشتی درمان و توانبخشی جمعیت هلال احمر بیان کرد: حدود ۱۰ درصد مردم معلولیت دارند و از این میزان یک تا دو درصد در زمینه های درمانی و توانبخشی نیازمند کمک و حمایت هستند تا بتوانند با استفاده از خدمات توانبخشی به زندگی خود ادامه دهند.



مدیرکل توانمندسازی معلولان سازمان بهزیستی :



دستگاه ها ملزم به مناسب سازی فضای مجازی شدند

تهران- ایرنا- مدیرکل توانمندسازی معلولان سازمان بهزیستی کشور گفت: عطف به نامه دبیرخانه شورای عالی فناوری اطلاعات و همچنین با توجه به الزامات قانونی ملی و بین المللی، تمام دستگاه های کشور ملزم به مناسب سازی فضای مجازی برای افراد دارای معلولیت شده اند .

کاظم نظم ده روز شنبه در گفت و گو با خبرنگار ایرنا خاطرنشان کرد: دبیرخانه شورای عالی فناوری اطلاعات در نیمه دوم امسال به تمام دستگاه های اجرایی کشور نامه ارسال کرده است که نسبت به دسترسی پذیری، مناسب سازی فضای مجازی و بکارگیری فناوری های کمکی برای نابینایان و دیگر افراد دارای معلولیت از جمله ناشنوایان اقدام کنند.

وی افزود: این نامه الزام قانونی و مصوبه هیات وزیران را دارد و یک اقدام جهانی نیز به شمار می رود؛ استانداردهای این مناسب سازی از سوی کنسرسیوم جهانی وب موسوم به W3C تدوین شده و ایران نیز متعهد به اجرای بندهایی از اجرای این قوانین است.

نظم ده تاکید کرد: همچنین کنوانسیون حمایت از حقوق معلولان در دو سطح ملی و بین المللی را در این زمینه داریم که ایران آن را امضا کرده و این قوانین در کنار قانون حمایت از حقوق معلولان از قوانین بالادستی برای اجرای مناسب سازی فضای مجازی برای افراد دارای معلولیت به شمار می رود.

مدیرکل توانمندسازی معلولان سازمان بهزیستی کشور تصریح کرد: طبق آمار جهانی ۲۸۵ میلیون فرد کم بینا و نابینا در جهان وجود دارد که بر اساس این آمارها در ایران نیز جمعیت این قشر باید ۳۹۰ هزار نفر باشد اما حدود ۱۵۵ هزار نفر نابینا و کم بینا تحت پوشش بهزیستی قرار دارند.

نظم ده گفت: خدمات ارائه شده به افراد نابینا و کم بینا در راستای توانمندسازی آنان است و یکی از موضوعات در این حوزه مناسب سازی فضای مجازی است؛ افراد دارای معلولیت همانند دیگر افراد از فضای مجازی استفاده می کنند بنابراین این فضا مانند محیط زندگی باید برای آنان دارای ویژگی های خاص و مناسب سازی شود.

وی اظهار داشت: استانداردهای فضای مجازی برای افراد دارای معلولیت باید مطابق استانداردهای کنسرسیوم جهانی وب موسوم به W3C باشد. طبق این استانداردها، فضای مجازی باید به گونه ای باشد که افراد دارای معلولیت از جمله افراد دارای معلولیت های جسمی-حرکتی یا ذهنی، ناشنوایان و نابینایان بتوانند از آن استفاده کنند.

به گفته نظم ده، مرکز تشخیص و پیشگیری از جرائم سایبری پلیس فضای تولید و تبادل اطلاعات ایران در مهرماه امسال وب سایت پایگاه اطلاع رسانی این مرکز به آدرس <https://www.cyberpolice.ir/> را برای استفاده افراد نابینا و کم بینا مناسب سازی کرده است.

مدیرکل توانمندسازی معلولان سازمان بهزیستی کشور گفت: افراد نابینا با مراجعه به این سایت می توانند از خدمات خبرخوان متن به شکل صوتی استفاده کنند. همچنین امکان بزرگ نمایی فونت محتوای متنی در این سایت برای افراد کم بینا وجود دارد و این افراد می توانند از این دو شیوه برای بهره مندی از هشدارهای پلیس درباره فضای مجازی استفاده کنند.

مناسب سازی فضاهای مجازی از بهترین انواع توانمندسازی برای افراد دارای معلولیت محسوب می شود. نظم ده خاطرنشان کرد: علاوه بر اقدام مرکز تشخیص و پیشگیری از جرائم سایبری پلیس فتا، ۱۵۰ باجه بانک نیز برای استفاده افراد نابینا در نقاط مختلف کشور، مجهز شده است تا افراد نابینا و کم بینا به تنهایی بتوانند امور بانکی خود را انجام دهند.

وی افزود: این مناسب سازی ها باید در تمام ابعاد زندگی افراد دارای معلولیت مانند دانشگاه ها و سیستم حمل و نقل نیز اتفاق بیفتد؛ نباید فراموش کرد که آسیب جسمی به خودی خود محدودیت ایجاد نمی کند بلکه نبود امکانات در محیط زندگی است که برای آنان محدودیت ایجاد می کند.

نظم ده با تاکید بر اهمیت اطلاع رسانی و آموزش دستگاه های مختلف برای اقدام در جهت مناسب سازی محیط های زندگی برای افراد دارای معلولیت، گفت: هرچند فعالیت های زیادی در این زمینه انجام شده اما نیاز به اطلاع رسانی های بیشتری در این حوزه است. انتهای پیام *



نسخه ای شفاف بخش برای دومین علت مرگ ایرانیان



سکته مغزی؛ دومین علت مرگ و اولین عامل ناتوان کننده افراد بالغ کشور است و بر همین اساس، درمان سکته های حاد مغزی در هفت روز هفته و ۲۴ ساعت شبانه روز با عنوان برنامه کشوری "۷۲۴" در ۵۴ مرکز درمانی دانشگاهی کلید خورد.

به گزارش ایسنا، سکته های مغزی دومین عامل مرگ و اولین علت ناتوان کننده افراد بالغ به شمار می آیند و برآورد می شود

سالانه نزدیک به ۲۰۰ هزار مورد سکته مغزی در کشورمان رخ دهد؛ این درحالیست که سکته مغزی همچون سایر بیماری های غیرواگیر قابل پیشگیری بوده و می توان با تغییر سبک زندگی، روی آوردن به تغذیه سالم و... از دام آن گریخت.

در عین حال امکانات جدید درمانی، برای کنترل و درمان بیماران مبتلا به سکته حاد مغزی از بیش از دو سال پیش در کشور ایجاد شد. برنامه درمان سکته های حاد مغزی در هفت روز هفته و ۲۴ ساعت شبانه روز با عنوان برنامه کشوری ۷۲۴ در ۵۴ مرکز درمانی دانشگاهی کلید خورد و کدی تحت عنوان کد "سما" برای سرعت بخشیدن به روند شناسایی، انتقال و درمان این بیماران تعریف شد؛ به طوریکه با همگامی وزارت بهداشت، اورژانس و سازمان های بیمه گر تاکنون ۲۳ هزار نفر از سکته مغزی جان سالم به در برده و درمان شده اند.

در ادامه، گفت وگویی خبرنگار ایسنا با دکتر مسعود مهرپور- فوق تخصص عروق مغزی و دبیر برنامه کشوری درمان سکته های حاد مغزی ۷۲۴، درباره روند شکلگیری، اجرا و چالش های پیش روی این برنامه را می خوانید:

مهرپور با اشاره به دو نوع سکته های مغزی، می گوید: یک گروه از سکته های مغزی مربوط به انسداد عروق است که در داخل رگ لخته ایجاد می شود و ۸۵ درصد از سکته های مغزی این گروه را شامل می شوند. در عین حال در ۱۰ تا ۱۵ درصد موارد سکته مغزی رگ ها پاره شده و باعث خونریزی مغز می شود که بر اثر فشار خون، اختلالات دیواره رگ و... ممکن است، رخ دهد. این نوع سکته مغزی درمان های خاص خودش را دارد، اما برای درمان نوع اول یعنی انسداد عروق، برنامه ۷۲۴ اجرا شد.

وی با بیان اینکه از سال ۱۳۹۵ طرح کشوری ۷۲۴ آغاز شد، می گوید: این طرح چند ماه بعد از طرح درمان سکته های حاد قلبی آغاز شد؛ چراکه بحث بیماری های غیرواگیر در کشور مورد توجه ویژه ای قرار گرفت. خوشبختانه بیماری های واگیردار تا حد زیادی در کشور کنترل شده اند، اما شیوع بیماری های غیرواگیر افزایش یافته و میزان مرگ و میرهای ناشی از آنها نیز بسیار بیشتر شده است.

سکته های مغزی؛ دومین عامل مرگ

وی با بیان اینکه طبق آمارهای جهانی و کشوری سکته های قلبی در راس علت مرگ و میرها قرار دارند، می افزاید: سکته های حاد قلبی اولین عامل مرگ و میر در کشور ما و دنیا محسوب می شوند. در عین حال شیوع سکته های حاد مغزی و بویژه میزان مرگ و میر ناشی از آنها نیز افزایش یافته است. طبق آمارهای دنیا تا ۱۵ سال پیش سکته های حاد مغزی، سومین عامل مرگ و میر محسوب می شدند و پیش بینی می شد که میزان آنها افزایش یابد. به همین دلیل کشورهای غربی شروع به برنامه ریزی و فراهم کردن درمان های جدید کردند تا میزان مرگ و میر ناشی از سکته های مغزی را کاهش دهند. در کشور ما آخرین آماری که این زنگ خطر را نشان داد، در سال ۲۰۱۱ بود که وزارت بهداشت طی گزارشی نشان داد که سکته های مغزی به دومین عامل مرگ و میر بدل شده اند.

۷۲۴؛ کلید درمان سکته های حاد مغزی

مهرپور ادامه داد: بر همین اساس وزارت بهداشت برای درمان سکته های مغزی برنامه ریزی کرد و در کنار پروژه ۲۴۷ که برای درمان سکته های قلبی کلید خورده بود، طرح درمان سکته های حاد مغزی یا ۷۲۴ را هم اجرا کرد. بنابراین علت آغاز این طرح، افزایش شیوع سکته های حاد مغزی در کشور بود. از طرفی سکته های مغزی مانند سکته های قلبی، می تواند در سنین پایین هم رخ دهد. بنابراین لزوماً اینطور نیست که سکته مغزی در سنین پیری اتفاق افتد. بنابراین حتی در افراد خیلی جوان هم شاهد بروز سکته های مغزی هستیم. طبق آمارها یک چهارم سکته های مغزی در افراد زیر ۵۵ سال رخ می دهند که آمار کمی نیست. به هر

حال سکته مغزی هم نوعی بیماری عروقی است که به جز افزایش سن، عوامل خطری چون سبک زندگی، چاقی، نوع تغذیه، عدم کنترل قند خون و فشار خون و مصرف دخانیات و... در بروز آن موثر بوده و می تواند در سنین پایین تر هم عروق افراد را درگیر کرده و منجر به سکته مغزی یا قلبی شود.

بروز سالانه ۲۰۰ هزار سکته مغزی در کشور

دبیر برنامه کشوری درمان سکته های حاد مغزی با بیان اینکه بر همین اساس از سال ۱۳۹۴ برنامه ریزی هایی برای کنترل سکته های مغزی انجام شد، می گوید: طبق مطالعات مختلف انجام شده، برآورد می شود که سالانه حدود ۱۵۰ تا ۲۰۰ هزار سکته مغزی در کشور رخ می دهد که از این میزان یک چهارم آن یعنی ۴۰ تا ۵۰ هزار نفر، در سنین زیر ۵۵ سال هستند و این آمار اصلاً آمار کمی نیست. اما متأسفانه آگاهی مردم در ارتباط با سکته های مغزی، کم است.

سه قدم جهانی برای درمان سکته های مغزی

مهرپور تأکید می کند: در درمان سکته های مغزی در دنیا چند اتفاق مهم افتاد که سکته مغزی را درمان پذیر کرد؛ اول اینکه بخش های مراقبت ویژه سکته های مغزی حدود ۲۰ سال پیش در کشورهای اروپایی و آمریکایی راه اندازی و مشاهده شد که بستری بیماران سکته مغزی در بخش های ویژه کمک زیادی به درمان آنها کرده و میزان ناتوانی و مرگ و میر بیماران را کاهش می دهد. دومین اقدام درمان دارویی لخته هایی که در سکته های مغزی ایجاد می شود با داروهای ضد لخته بود؛ به این صورت که رگ باز می شد و این درمان هم کمک زیادی به درمان پذیر شدن بیماران سکته های مغزی کرد. قدم سوم هم درمان آنژیوگرافی و خارج کردن لخته به صورت آنژیوگرافی بود که طی چند سال اخیر در دنیا ارائه شد و مجموعه این اقدامات توانست به خوبی سکته های مغزی را در کشورهای پیشرفته کنترل کند؛ به طوریکه در کشورهای پیشرفته سکته های مغزی از سومین عامل مرگ و میر به پنجمین عامل مرگ تبدیل شده است، اما در کشورهای در حال توسعه از سومین عامل مرگ به دومین عامل مرگ و میر ارتقاء یافت.

سکته های مغزی قابل کنترل اند

این فوق تخصص عروق مغزی می افزاید: بنابراین سکته مغزی دومین عامل مرگ و میر و اولین عامل ناتوان کننده افراد بالغ است، اما خبر خوب درباره سکته های مغزی این است که می توانیم آن را با درمان مناسب کنترل کرده و میزان مرگ و میر آن را کاهش دهیم. البته در گذشته در کشور ما درمان های پیشرفته سکته های مغزی به صورت پراکنده و جزیره ای انجام می شد و سیستماتیک و مدون نبود؛ به طوریکه دارو خیلی در دسترس نبود، دارو و درمان های موجود تحت پوشش بیمه نبودند، بخش های ویژه سکته مغزی تعریف نشده بود و امکانات آنژیوگرافی بسیار محدود بود. بر این اساس از سال ۱۳۹۴ در این حوزه اقداماتی را شروع کردیم و قرار شد از هر مرکز استان، یک مرکز بیمارستانی اصلی دانشگاهی را انتخاب کنیم تا حداقل امکانات برای درمان بیماران در آنجا وجود داشته باشد. بر همین اساس یک پروتکل کشوری نوشته و بر اساس امکانات موجود، آن را اجرایی کردیم.

وزارت بهداشت، بیمه و اورژانس همگام برای درمان سکته های مغزی

مهرپور با بیان اینکه خوشبختانه با رایزنی های وزارت بهداشت با بیمه ها، داروی درمان سکته های حاد مغزی تحت پوشش بیمه و در دسترس قرار گرفت، ادامه می دهد: مشکل مهم در سکته های مغزی این است که زمان کوتاهی برای درمان شان وجود دارد و بیماران باید طی سه تا چهار ساعت از شروع علائم تحت درمان قرار گیرند. در عین حال موضوع مهم در این کار، کمک اورژانس های پیش بیمارستانی بود. بر همین اساس با مرکز اورژانس کشوری مذاکراتی انجام دادیم و آموزش هایی به همه سطوح

اورژانس کشور ارائه شد.

"سما": کد نجات بخش

وی با بیان اینکه در ادامه کُدی تحت عنوان کد "سما" به عنوان مشخصه سکته‌های حاد مغزی ایجاد شد، می‌گوید: بنابراین با فعال شدن این کد، بیماران سکته مغزی مستقیماً به بیمارستان‌هایی که امکانات درمان سکته مغزی را دارند، منتقل می‌شوند تا زمان را برای درمان آنها از دست ندهیم. در حال حاضر در تهران هشت مرکز بیمارستانی دانشگاهی در نقاط مختلف شهر پیش‌بینی کرده‌ایم و همچنین اعلام کردیم که در استان‌ها هم حداقل یک بیمارستان اصلی این امکانات را داشته باشد؛ به‌طوریکه حدود ۵۴ مرکز در کشور برای درمان سکته‌های حاد مغزی اقدام می‌کنند و خوشبختانه بسیاری از استان‌ها هم تعداد بیمارستان‌هایشان را افزایش داده‌اند.

دبیر برنامه کشوری درمان سکته‌های حاد مغزی با تأکید بر لزوم آگاهی‌رسانی به مردم در زمینه سکته‌های مغزی، اظهار می‌کند: مردم باید با علائم سکته مغزی آشنا شوند. یکسری علائم ساده نظیر کج شدن ناگهانی صورت، مختل شدن ناگهانی صحبت کردن و اختلال ناگهانی در حرکت دست از علائم این بیماری است و اولین اقدام بعد از دیدن علائم، این است که با اورژانس ۱۱۵ تماس بگیرند. NGOها در زمینه آگاه کردن مردم برای شناختن علائم و نشانه‌های سکته‌های مغزی اقدام کرده‌اند و ما هم در کشور برنامه‌هایی را برای آگاه کردن مردم گذاشته‌ایم.

وی با اشاره به راه‌اندازی سیستم ثبت اطلاعات بیماران سکته حاد مغزی، اظهار می‌کند: در حال حاضر امکان درمان سکته‌های مغزی در بسیاری از مراکز بیمارستانی در شهرهای مختلف که در گذشته سابقه درمان سکته مغزی را نداشتند، وجود دارد؛ به‌طوریکه برخی از آنها به بهترین شهرهای ما از نظر خدمات‌رسانی در این حوزه تبدیل شده‌اند و امکان درمان را به‌خوبی فراهم کرده‌اند. در عین حال از آنجایی که زمان در درمان سکته‌های مغزی، حرف اول را می‌زند، از آمبولانس‌هایی هم برای خدمت‌رسانی در مناطق دور افتاده استفاده می‌کنیم.

آمبولانس‌هایی که فرصت درمان بیماران سکته مغزی را ۲ برابر می‌کنند

مهرپور با بیان اینکه در بسیاری از کشورهای دنیا برای درمان سریع‌تر سکته‌های حاد مغزی از آمبولانس‌های مجهز به سی‌تی‌اسکن استفاده می‌شود، می‌گوید: این آمبولانس‌ها امکان انجام سی‌تی‌اسکن را در داخل آمبولانس فراهم کردند و به این ترتیب، در آمبولانس امکان انجام سی‌تی‌اسکن، انجام آزمایشات و انتقال اطلاعات بیمار وجود دارد و در صورت نیاز در همان آمبولانس درمان هم می‌تواند آغاز شود. در ایران هم یکی-دو سال است که در حال پیگیری این موضوع هستیم، اما هنوز موفق نشدیم آن را در ایران داشته باشیم و امیدواریم در آینده بتوانیم چنین امکاناتی را در کشورمان فراهم کنیم. حُسن چنین اقدامی این است که در شهری مانند تهران که با ترافیک سنگین مواجهیم و مشکلات پروازی هم وجود دارد، این نوع آمبولانس‌ها زمان ارائه خدمت درمانی را نصف می‌کنند.

توانبخشی؛ حلقه گمشده بیماران سکته مغزی و اقدام وزارت بهداشت

وی در ادامه صحبت‌هایش با بیان اینکه متأسفانه سکته مغزی اولین عامل ناتوانی و از کار افتادگی افراد بالغ است، می‌گوید: علاوه بر درمان، ارائه خدمات توانبخشی نیز برای این بیماران ضروری است. خوشبختانه امسال در وزارت بهداشت گام خوبی در این حوزه برداشت و پروتکل یکسانی را در زمینه خدمات توانبخشی در بیماران سکته مغزی تدوین کردیم که قرار است ابلاغ و در کنار درمان، انجام شود. البته متأسفانه بسیاری از خدمات توانبخشی تحت پوشش بیمه نیستند. در عین حال این اقدام، کار مهمی

است و بیمه‌ها متوجه می‌شوند که یک بیمار سکته مغزی به چه خدماتی احتیاج دارد و آنها را پوشش می‌دهند. بنابراین توانبخشی بیماران سکته مغزی باید در کنار درمان آغاز شود و شاید این اقدام کمک کند که این خدمات تحت پوشش بیمه قرار گیرند و هزینه‌های مردم هم کاهش یابد. زیرا بار عمده در حوزه سکته‌های مغزی، خدمات توانبخشی است؛ چراکه طولانی‌مدت، زمان‌بر و هزینه‌بر است.

وی ادامه می‌دهد: باید توجه کرد از آنجایی که سکته‌های مغزی درد ندارند، در بسیاری از مواقع بیماران دیر مراجعه می‌کنند و چون ناتوان‌کننده است، اگر فردی تنها باشد، نمی‌تواند خودش را به سرعت و به موقع به مراکز درمانی برساند. به همین دلیل بسیاری از بیماران سکته مغزی در زمان مناسب به مراکز با امکانات درمانی لازم نمی‌رسند. در دنیا انتظار می‌رود که تا سال ۲۰۲۰، بتواند ۲۰ درصد بیماران سکته مغزی را در زمان مناسب تحت درمان قرار دهند تا به استاندارد خوبی دست یابند.

دبیر برنامه کشوری ۷۲۴ همچنین می‌گوید: ما در کشورمان تقریباً از آمار نزدیک به صفر در برخی استان‌ها به ۱۷ درصد درمان سکته مغزی رسیده‌ایم، اما در برخی استان‌ها این میزان کمتر است. به طور متوسط شاید آمارمان حدود هفت تا هشت درصد باشد. اما ۹۰ درصد بیمارانی که به این مراکز برسند، از درمان استفاده می‌کنند. ما در پروتکل کشوری تدوین شده همه زمان‌بندی‌ها را دیده‌ایم. هدف نهایی ما این است که درصد جمعیتی درمان سکته‌های مغزی را بالا ببریم، بتوانیم درمان‌های پیشرفته را توسعه داده و مراکز سکته مغزی را افزایش دهیم تا حداقل شهرهایی که بالای ۳۰۰ تا ۴۰۰ هزار نفر جمعیت دارند، یک بیمارستان با این امکانات داشته باشد. از طرفی امیدوارم بتوانیم توانبخشی سکته‌های مغزی را تحت پوشش بیمه ببریم.

دقیقه‌هایی که "جان" می‌بخشد

مهرپور تاکید می‌کند: بیمار سکته مغزی هرچه زودتر مراجعه و سریع‌تر درمان را دریافت کند، احتمال ناتوانی‌اش کمتر می‌شود. بر اساس بررسی‌ها اعلام شده که هر دقیقه‌ای که بیمار دیرتر به بیمارستان برسد، بهبودش چندین روز طولانی‌تر می‌شود. متأسفانه سلول‌های مغزی به راحتی برگشت‌پذیر نیستند و ما در توانبخشی سعی می‌کنیم که سایر قسمت‌های مغز فعالیت‌های قسمت‌های از بین رفته را جبران کنند. ما می‌خواهیم بیماران سکته مغزی سریع‌تر برسند. زیرا مغز نمی‌تواند برای خودش زمان بخرد و خیلی نقد کار می‌کند، یعنی خونی که به مغز می‌آید، به انرژی تبدیل شده و چیزی را ذخیره نمی‌کند. بنابراین به محض قطع خونرسانی، چند دقیقه بیشتر زمان برای حفظ بافت آن قسمت از مغز وجود ندارد.

پیشگیری؛ بهتر، کم‌خرج‌تر، مفیدتر

این فوق تخصص عروق مغزی می‌گوید: باید توجه کرد چیزی که حرف اول را در این بیماری می‌زند، پیشگیری است. پیشگیری یعنی اینکه سعی کنید عوامل خطر را حذف کنید، عوامل خطر سکته مغزی شامل فشار خون، دیابت، چربی خون، چاقی، بیماری‌های قلبی، سیگار و... است و افراد باید مراقب این عوامل خطر باشند و اگر واجد این علائم هستند، باید آنها را کنترل کنند. زیرا همیشه پیشگیری بهتر از درمان بوده و کم‌خرج‌تر و مفیدتر است.

درمان ۲۳ هزار نفر بیمار سکته مغزی در قالب برنامه ۷۲۴

دکتر جمشید کرمانچی - مشاور معاون درمان وزارت بهداشت نیز در گفت‌وگو با ایسنا، درباره آمار بیماران سکته مغزی که از طریق برنامه ۷۲۴ درمان شده‌اند، می‌گوید: از ابتدای برنامه از مرداد ماه سال ۹۵، تاکنون ۲۳ هزار و ۱۴۵ مورد بیمار سکته مغزی در بیمارستان‌های ما تحت درمان قرار گرفته‌اند که از این تعداد سه هزار و ۹۳۹ موردشان داروی ترومبولیتیک دریافت کرده و کاملاً بهبود یافته‌اند. البته سایر افراد نیز درمان شده‌اند، اما نیازی به دریافت دارو نداشته‌اند.

انجام درمان سکته مغزی برای کدام بیمارستان ها اجباری است؟

وی می افزاید: معاونت درمان وزارت بهداشت در سال جاری، طی دستورالعملی، انجام درمان سکته مغزی را برای کلیه بیمارستان هایی که دارای متخصص نورولوژی هستند و دستگاه سی تی اسکن دارند، اجباری کرده است. در عین حال بیمارستان هایی که به صورت هفت روز هفته و ۲۴ ساعته این برنامه را ارائه می دهند، ۵۴ مرکز هستند. البته در حال حاضر در سامانه ثبت سکته های مغزی ۷۱ بیمارستان آمار موارد درمانی خود را ثبت می کنند.

دستورالعمل "توانبخشی" و "تغذیه بالینی" برای بیماران سکته مغزی

کرمانچی با بیان اینکه متناسب با برنامه درمان طب سکته های مغزی، دستورالعمل درمان توانبخشی هم توسط کمیته توانبخشی بیماری سکته مغزی نوشته شده و آماده ابلاغ به کل کشور است، ادامه می دهد: در عین حال به طور همزمان در حال تهیه بسته تغذیه بالینی برای بیماران سکته های مغزی در بیمارستان های کشور هستیم.

سکته مغزی در کمین افرادی که الکل مصرف می کنند

وی به برخی عوامل خطر بروز سکته های مغزی اشاره و اظهار می کند: عوامل بروز این بیماری به ترتیب فشار خون بالا، چاقی، اختلال انعقاد خون و ... است. نکته خیلی مهم نیز بحث مصرف الکل است. باید توجه کرد که مصرف الکل به شدت از عوامل ایجاد سکته های مغزی است.

از درمان های غیرپزشکی برای بیماران سکته مغزی بپرهیزید

کرمانچی توصیه می کند که مردم در صورت بروز سکته مغزی حتما با اورژانس ۱۱۵ تماس بگیرند و به شدت از درمان های غیرپزشکی، سنتی، محلی و گیاهی پرهیز کنند و حتما باید برای این افراد درمان طبی و بیمارستانی انجام شود. بنابراین از درمان های غیرپزشکی بپرهیزید؛ چراکه زندگی فرد را به مخاطره می اندازد.

وی همچنین می گوید: با توجه به شیوع سکته های مغزی، کشور به سمت برگزاری دوره های فلوشیپ سکته های مغزی حرکت کرده تا نیروی انسانی مورد نیاز در این حوزه تامین شود. انتهای پیام

بهترین دوره درمان لکنت زبان دوران پیش از دبستان است *

تهران- ایرنا- مدیر گروه گفتار درمانی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی گفت: لکنت زبان چه از نوع ارثی و چه از نوع اکتسابی، بهبودپذیر است و می توان آن را با روش هایی همچون گفتاردرمانی در بهترین دوره درمانی که دوران پیش از دبستان (۲ تا ۶ سالگی) است، برطرف کرد.

دکتر فریبا یادگاری روز دوشنبه در گفت و گو با خبرنگار سلامت ایرنا افزود: میزان شیوع لکنت زبان هفت دهم تا یک درصد افراد یک جامعه است و البته بروز لکنت زبان در کودکان و مردان بیشتر از سایر اقشار بروز می کند.

وی با تقسیم بندی لکنت زبان به انواع رشدی (ارثی) و اکتسابی گفت: بیشتر لکنت ها از نوع لکنت رشدی است و در لکنت های

رشدی، کودک پس از آنکه شروع به صحبت می کند یا به اصطلاح زبان باز می کند ممکن است بدون هیچگونه آسیب مغزی، عارضه و حادثه ای دچار لکنت زبان شود. یادگاری اضافه کرد: لکنت های اکتسابی شامل لکنت های ناشی از ضایعات مغزی، حوادث و مشکلات روانشناختی حاد، درصد کمی از لکنت ها را به خود اختصاص می دهند. مدیر گروه گفتار درمانی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی اظهار داشت: لکنت های رشدی و اکتسابی هر دو درمان پذیر هستند. اگر درمان از سنین پیش از دبستان آغاز شود، احتمال برطرف شدن کامل لکنت زبان وجود دارد. یادگاری افزود: درمان لکنت در دوران نوجوانی و جوانی، سخت تر و پیچیده تر می شود؛ بنابراین توصیه می شود والدین با مشاهده علائم لکنت زبان در فرزندان خود در اسرع وقت به گفتاردرمان ها مراجعه کنند. وی ادامه داد: لکنت زبان به ویژه لکنت زبان از نوع رشدی ممکن است ارثی و خانوادگی باشد و خانواده ها تصور می کنند چون ارثی است درمان نمی شود؛ در حالی که باید آگاه باشند لکنت زبان چه ارثی باشد و چه از انواع دیگر فرقی نمی کند و بهبودپذیر است.

یادگاری گفت: خدمات گفتار درمانی بیمه نیست و برای درمان لکنت زبان یک کودک در دوران پیش از دبستان حداقل هفته ای یک جلسه ۴۵ دقیقه ای گفتار درمانی نیاز دارد که باید ۶ تا ۹ ماه تداوم یابد و مهم است هنگامی که خانواده ها درمان را آغاز می کنند، تصمیم به ترک درمان نگیرند. انتهای پیام /*



تئاتر درمانی برای کمک به سندرم داون



شبی که ماه افتاد

تهران- ایرنا- در کانون خیریه سندرم داون، بچه های سندرم داون عاشق کلاس تئاتر هستند. جایی که به آنها کمک می شود تا استعداد های درونی شان را شناخته و به جای گوشه نشینی در خانه، موفقیت هایشان را به نمایش بگذارند.

به گزارش خبرنگار اجتماعی ایرنا، وارد کلاس تئاتر که بشوید از شور و هیجان بچه های دارای سندرم داون به وجد می آید. اینجا هیچ تازه واردی احساس غریبی نمی کند. چرا که بچه ها با روی خوش و صمیمانه از مهمانها استقبال می کنند و در مدتی کوتاه باب دوستی را باز می کنند.

بچه ها روی زمین نشسته و دورتادور مربی تئاتر خود حلقه زده اند. یکی نقش مادر بزرگ را دارد و دیگری نقش خان. همه آماده تمرین نقش هایشان هستند.

محمدرضا شوخ طبع ترین بچه کلاس است. ۴۰ سال دارد اما قلب و بیانش به اندازه کودکی معصوم، پاک و صادقانه است. کمی که با هم گپ می زنیم می گوید: می دونی آرزوی من چیه؟ دوست دارم ازدواج کنم. خدوم بشم مهندس و زنم بشه مشاور مهندس.

از او می پرسیم، چه مهندسی؟ و محمدرضا صادقانه می گوید: مهندس دفتر ازدواج.

این را که می گوید خنده سوسن بلند می شود. رو به من می گوید: الکی می گه. باور نکن.

این بار سوسن ۴۱ ساله وارد بحثمان می شود. خودش را این طور معرفی می کند: من سوسنم. سوسن عوایدی.

با لکنت ادامه می دهد: کلاس تئاتر برای من مثل دانشگاه است. هم دوست پیدا کرده ام و هم کارهای جدیدی یاد می گیرم. سوسن خوش خنده ترین هنرجوی کلاس تئاتر است. او به ساده ترین اتفاقات می خندد و خنده های کشارش باعث می شود دیگران هم به خنده بیفتند و دلشان ضعف برود. رسول حق شناس مدرس تئاتر درمانی به او می گوید: امروز قرص خنده خورده ای و سر کلاس آمده ای اما باز سوسن می خندد.

کار با بچه های سندرم و آموزش تئاتر به آنها کار راحتی نیست. صبر و آرامش زیادی می خواهد. مربی باید پا به پای بچه ها پیش برود. کاری که حق شناس، مدرس تئاتردرمانی کانون خیریه سندرم داون سال ها است انجام می دهد و تاکنون توانسته با آموزش بچه های دارای سندرم پا به جشنواره های مهمی بگذارد. او با تئاتر درمانی بچه های سندرم ثابت کرد که آنها نه به اندازه افراد عادی اما در حد و توانایی خودشان می توانند دارای استعداد و خلاقیت باشند و دست به کارهای عجیب و شگفت انگیزی بزنند

*زمانی برای کشف استعداد

رسول حق شناس ۲۴ سال است که تئاتر کار می کند اما از ۱۲ سال پیش با مطالعه مقالاتی با تئاتر درمانی آشنا شد و کمی پس از تحقیق و پژوهش در این باره، با بچه های معلول جسمی و حرکتی و پس از آن بچه های اوتیسم شروع به کار کرد. آن زمان نتایج خوبی که از این کار به دست آورد باعث شد تا رسول در قدم بعدی و در سال ۸۵ به سراغ بچه های سندرم داون برود و این بار با تئاتر درمانی به آنها کمک کند. رسول می گوید: کار با این بچه ها زحمت های خودش را دارد اما بسیار لذت بخش است و باعث می شود شما در کلاس تئاتردرمانی، صبر، شکیبایی و آرامش را تمرین کنید .

در این کلاس ها رسول دنبال این است که با برگزاری کلاس های تئاتردرمانی سطح کیفی زندگی بچه های سندرم را ارتقاء بدهد. «هدف ما این است که هم جامعه با بچه های سندرم داون ارتباط گرفته و استعدادهای آنها کشف شود. هم خانواده ها به فرزند خود اعتماد کرده و او را باور کنند و هم کمک کنیم تا بچه های سندرم اعتماد و عزت نفسشان را پیدا کرده و بالا ببرند» در کلاس تئاتر، ۱۷ هنرجوی سندرم داون حضور دارد. از بچه گرفته تا بزرگسال. کار با این بچه ها سخت اما لذت بخش است. آنها امروز باید نمایشی را با عنوان «شبی که ماه افتاد» تمرین و بازی کنند. رسول از سوسن می خواهد که نقش مادر بزرگ را بازی کند. سوسن بلند می شود. مکثی طولانی کرده و به این طرف و آن طرف نگاه می کند. انگار که دیالوگ هایشان را از یاد برده .مربی دیالوگ ها را یکبار دیگر برای او تکرار می کند و سوسن با لکنت و مکث آنها را به زبان می آورد. او بار دیگر از دیالوگ جا می ماند اما مربی با حوصله زیادی بار دیگر به او کمک می کند.

این بار بچه های دیگر از خاطر می برند که باید چه بگویند یا گاهی دیالوگ هایشان را اشتباه به زبان می آورند و رسول به آنها کمک می کند. دقایق زیادی گذشته اما بچه ها هنوز نخستین دیالوگ های نمایش را به زبان می آورند و بارها و بارها آن را تکرار می کنند. رسول با صبر و خنده بچه ها را به ادامه بازی دعوت می کند. او می گوید: گاهی ممکن است برای یک نمایش ۱۰ دقیقه ای، ۸ ماه با این بچه ها تمرین کنیم. به ظاهر کار طاقت فرسایی است اما باعث می شود هر روز صبورتر از روز قبل شوم و این را مدیون بچه ها هستم. نمایش شبی که ماه افتاد یک نمایش ۳۵ دقیقه ای است اما ماه ها باید با بچه ها کار کنم تا آنها برای اجرای آن آماده شوند .

*موفقیت در جشنواره

بچه های سندرم داون که در کلاس تئاتر شرکت می کنند نسبت به روزهای اول پیشرفت زیادی کرده اند. آنها هم بیانشان قوی شده و هم تحرک بیشتری دارند. در این کلاس کار گروهی را تمرین می کنند، با دوستانشان ارتباط گرفته و در تلاش هستند نگاه جامعه را به افرادی که سندرم دارند، عوض کنند.

بچه های سندرم با تلاش های مستمر و حمایت مربی شان، موفق شده اند چند نمایش را اجرا کرده و روی صحنه ببرند. «ما تاکنون ۲۰۰ اجرا در سطح شهر تهران داشته ایم. همچنین بچه ها در اجرای نمایش های دیگری به موفقیت های خوبی رسیده اند. مثلاً برای نمایش افسانه دشت بی باران در بیستمین جشنواره بین المللی کودک و نوجوان همدان موفق به کسب جایزه ویژه هیئت داوران در سال ۹۲ شدیم یا در سال ۹۶ برای افسانه ننه ماهی، در جشنواره تئاتر شهر جایزه هیئت داوران به این بچه ها رسید». البته این تنها بخشی از موفقیت های بچه های سندرم داون بوده و آنها در چنین دوره جشنواره بین المللی تئاترفجر، جشنواره تئاتر شهروندی و جشنواره جهانی دانشجویان جهان در هندوستان و در سال ۲۰۱۲ شرکت کرده و به موفقیت های

خوبی دست پیدا کردند .

رسول حق شناس می گوید: ما همراه با بچه های سندرم تور نمایی در شهرهای مختلف ایران از سنجش گرفته تا سیرجان و مشهد و... نیز برگزار کرده ایم که با استقبال خوبی از سوی مردم روبرو شد .

*حمایت مردم را می خواهیم

امسال اما گروه تئاتر قرار است کار بزرگتری انجام بدهند. رسول می گوید: می خواهیم امسال در جشنواره های خارجی شرکت کنیم اما مشکلات اقتصادی، کمی برایمان دست و پاگیر شده اند. خانواده ها به خاطر مشکلات متعددی که دارند قادر به پرداخت هزینه ها نیستند و از طرفی کانون سندروم نیز بودجه اش برای این کار کم است. به همین دلیل تصمیم گرفتیم نمایی را با بازیگران حرفه ای به نفع بچه های سندرم داون برگزار کنیم و بخشی از فروش بلیت این نمایش را خرج برگزاری تئاتر این بچه ها کنیم .

این نمایش با عنوان «کچل ها و کوه جادو» به زودی برگزار می شود و بچه های گروه امیدوار هستند با حمایت مردم و هنرمندان بلیت های این نمایش به فروش رسیده تا آنها بتوانند هزینه های اجرای نمایش و تئاتردرمانی بچه های سندرم را به دست بیاورند .

*آنها مونگل نیستند

در کلاس تئاتردرمانی از همه طیف های سندرم داون با توانایی ها و اخلاق های مختلف حضور دارند. عده ای بیان بهتری نسبت به دیگر دوستانشان دارند. با وجود این رسول سعی می کند با توجه به استعداد های بچه ها از همگی شان در اجرای نمایش استفاده کند اما غیر از اجرا این کلاس فرصتی برای دوستی و آشنایی بچه ها ایجاد کرده است .

رسول می گوید: ذات نمایش کار گروهی و مبنای آن بر خرد جمعی است. به همین دلیل اینجا بچه ها خیلی زود با یکدیگر دوست می شوند، ارتباط می گیرند و فرصت ابراز وجود دارند .

به گفته این مربی تئاتر درمانی، سندرم داون یک بیماری نیست و مردم نباید این افراد را با عنوان «مونگل» خطاب کنند. در واقع سندرم یک ویژگی است و همین ویژگی آنها را از دیگران متفاوت کرده است. «برخلاف آنچه که بعضی از مردم فکر می کنند بچه های سندرم قابلیت های زیادی دارند. در میان بچه های سندرم هم قهرمان المپیک وجود دارد هم بازیگر و هم دانشجو و... این بچه ها همگی صادق و مهربان هستند و به راحتی ابراز احساسات می کنند. اگر شما را دوست داشته باشند به زبان می آورند و اگر دوستان نداشته باشند هم به شما می گویند. تکلیف شما با این بچه ها مشخص است. فقط آنها رشد کندی دارند و کار با آنها نیاز به زمان و صبوری دارد .

رسول تاکنون تلاش کرده تئاتر درمانی را به دیگران نیز آموزش بدهد. او معتقد است که فقط خودش نمی تواند به کمک بچه های سندرم برود و نیاز دارد علم و تجربیاتش را در اختیار دیگران قرار داده تا آنها نه تنها در تهران بلکه در شهرهای دیگر نیز به کمک بچه های سندرم بروند و در درمان آنها قدم بردارند.

او می گوید: ما در دانشگاه ها به طور اختصاصی چیزی با عنوان تئاتردرمانی نداریم. بعد از اینکه من با این موضوع آشنا شدم و تجربیاتی هم در این باره به دست آوردم، سعی کردم تاثیر شگفت انگیز تئاتردرمانی را به دانشجویان آموزش بدهم. به همین دلیل کلاس هایی را در قالب کارگاه در دانشگاه های علامه، تهران و... برگزار کردم. به اعتقاد رسول تئاتردرمانی، پیوند تئاتر با علم روانشناسی است. «من در این باره خیلی مطالعه کردم و با آزمون و خطا کار با بچه های سندرم داون را یاد گرفتم. فکر می کنم لازم است تئاتردرمانی را در سراسر ایران داشته باشیم تا بتوانیم بچه های بیشتری را با این روش درمان کنیم. به همین دلیل من حاضرم کلاس های تئاتردرمانی را در سراسر ایران و به ویژه محروم ترین نقاط کشور برگزار کنم».

گزارش از فاطمه شیری* اجتماع* ف ش* ۳۰۶۳ انتهای پیام *

متوسط شیوع معلولیت در لرستان نسبت به کشور بالاست

معاون توان بخشی بهزیستی لرستان گفت: ۸۵۰ معلول ضایعه نخاعی ماهیانه کمک هزینه دریافت می کنند.

لیلا طاهری در گفت و گو با خبرنگار ایسنا، اظهار کرد: یکی از سیاست های بهزیستی لرستان اجرای طرح های توانمندسازی سالمندان و بیماران ضایعه نخاعی در شهرهای خرم آباد، بروجرد، الیگودرز، کوهدشت، دورود، ازنا-نورآباد و رومشکان است.

وی ادامه داد: کمک هزینه حق پرستاری و وسایل بهداشتی به طور ماهیانه به ۸۵۰ معلول ضایعه نخاعی پرداخت می شود.

طاهری اضافه کرد: مستمری یک مددجوی تحت حمایت بهزیستی در ماه ۱۶۱ هزار تومان است.

معاون توان بخشی بهزیستی لرستان گفت: در راستای توسعه برنامه های آموزشی این سازمان برای کارشناسان، جامعه هدف، رسانه و سمن ها برنامه های آموزشی در نظر گرفتیم.

وی گفت: کوچک سازی مراکز شبانه روزی در دستور کار قرار دادیم.

طاهری بیان کرد: پیگیر اجرایی شدن قانون حمایت از حقوق معلولین که جدیداً تصویب و ابلاغ شده که با کمک رسانه ها، سمن ها و تشکل ها این مهم انجام خواهد شد.

معاون توان بخشی بهزیستی لرستان با بیان اینکه متوسط شیوع معلولیت در استان نسبت به متوسط کشوری بالاست، افزود: عوامل ژنتیکی، ازدواج های خانوادگی، حوادث و تصادفات جاده ای مزید بر علت هستند. انتهای پیام



متخصص طب فیزیکی و توان بخشی مطرح کرد

تکنیک هایی برای درمان کمر درد / علل شایع درد کمر



محمد مسعود خالصی، متخصص طب فیزیکی و توان بخشی در گفت و گو با خبرنگار سلامت خبرگزاری فارس، در ارتباط با درمان کمر درد اظهار داشت: بروز اغلب کمردردها به عواملی نظیر سرماخوردگی، گرفتگی عضله، بارداری، کهولت سن، بلند کردن جسم سنگین، کفش نامناسب، حرکات ورزشی اشتباه و حتی نشستن های طولانی مدت در پشت میز بستگی دارد که البته درد آنها به منزله بیرون زدگی دیسک نیست و بیشتر آنها بدون جراحی قابل درمان است.

وی تصریح کرد: ستون فقرات حاوی اجزای متفاوتی نظیر مهره ها، دیسک، مفاصل خلفی و فرعی (مفاصل فاست)، تاندون ها و عضلات حامی ستون فقرات است که هر کدام از این اجزا می تواند عامل بروز درد باشد درواقع اغلب موارد این دردها بدون درمان های تهاجمی و از طریق روش های پلکانی قابل بهبودی است و نباید هر کمردردی را به دیسک کمر نسبت داد و آن را به تیغ جراحی سپرد.

وی با بیان اینکه امروزه بیشتر تکنیک های درمانی درد کمر بدون بیهوشی و بستری انجام می شود، افزود: بیرون زدگی و پارگی های دیسک کمر و به عبارتی مشکلات رگ سیاتیک این روزها به صورت عمل های بسته دیسک کمر انجام می شود که طی آن بیمار در قالب شیوه هایی نظیر اوزون تراپی، لیزر دیسک کمر و رادیوفرکشنسی به صورت سرپایی و بدون بیهوشی و بستری

درمان می شود.

این متخصص طب فیزیکی و توانبخشی ادامه داد: جراحی باز کمر همواره یکی از حساس ترین شیوه های درمانی تهاجمی است که علاوه بر طول درمان دراز مدت، گاهی ممکن است عوارض جانبی را برای بیمار به همراه داشته باشد درحالی که عمل های بسته دیسک کمر، بدون شکافتن پوست و عضلات، وسیله ای شبیه سوزن را به داخل فضای دیسک، مفصل بین مهره ای یا فورامن هدایت می کند و اقدامات درمانی را انجام می دهند.

وی با اشاره به اینکه کمردرد را باید به شکل پلکانی درمان کرد، افزود: این درمان ها در مرحله نخست ممکن است با آموزش ورزش های اختصاصی شروع شود و در صورتی که بهبودی حاصل نشد از شیوه هایی مانند فیزیوتراپی تخصصی کمر، مگنت تراپی، لیزرتراپی، مانیپولاسیون و حتی آب درمانی استفاده شود.

خالصی خاطرنشان کرد: بی تردید شیوه های درمانی پلکانی و عمل های بسته دیسک نسبت به جراحی های معمول دارای مزیت های شاخصی است که از آن جمله می توان بی عارضه بودن، هزینه کم و بستری نشدن بیمار را برشمرد تا جایی که فرد می تواند به سرعت فعالیت عادی روزانه خود را آغاز کند. انتهای پیام /



اخبار حوزه «سلامت روانی»:

شب ادراری هایی که باید جدی گرفت



تهران - ایرنا - رییس دومین کنگره بین المللی نورویورولوژی ایران گفت: ۲۵ درصد شب ادراری ها از نوع نهفته فلج عصبی مثانه است که در صورت تشخیص دیر هنگام ممکن است سبب برگشت ادرار از مثانه به کلیه، ایجاد مثانه عصبی و حتی مرگ کودک شود.

به گزارش خبرنگار گروه علمی ایرنا، «فرزانه شریفی اقدس» امروز (پنجشنبه) در دومین کنگره بین المللی نورویورولوژی ایران توضیح داد: بیماری هایی همچون مننگوسل و مننگومیلوسل سبب می شود بخشی از استخوان های ستون فقرات کودک به درستی تشکیل نشده و ضایعاتی به صورت آشکار یا نهفته شکل گیرد.

وی ۲ علت اصلی ابتلا کودک به ضایعات ستون فقرات و در نتیجه ایجاد مثانه نوروژنیک را کمبود مصرف اسید فولیک در مادر باردار و دیابت بارداری اعلام کرد.

رییس دومین کنگره بین المللی نورویورولوژی ایران شب ادراری در کودکان را به ۲ دسته ساده و پیچیده تقسیم کرد که در نوع ساده اگر نتیجه آزمایش و سونوگرافی کودک طبیعی باشد، می توان تا پنج سال صبر کرد.

وی اضافه کرد: در نوع پیچیده شب ادراری اطفال، نشانه هایی از بیماری نورولوژی و اختلال عصب مثانه وجود دارد که این نوع از شب ادراری بسیار خطرناک و نوع نهفته عصب مثانه است که به صورت شب ادراری تظاهر می کند.

شریفی اقدس گفت: بسیاری از والدین دیر متوجه ابتلا فرزندشان به این مشکل می شوند؛ زیرا در سال های نخستین فرزند خود را پوشک می کنند و این امر سبب از دست رفتن زمان می شود که در نهایت با طولانی شدن بی کنترلی ادرار در مثانه کودک، کلیه ها آسیب می بیند و متأسفانه زمانی به متخصص اورولوژیست مراجعه می شود که مثانه به مسیر غیر بازگشت رسیده و کلیه ها نیز دچار ضایعه شده است.

وی ادامه داد: والدین باید ضایعات پوستی ناحیه کمر کودک را جدی بگیرند؛ زیرا در صورت شناسایی بموقع، ۵۰ درصد درمان های موجود به کنترل ادرار منجر می شود و از عوارض کلیوی پیشگیری می کند.

****نورویورولوژی؛ دانش جوان برای شناخت بهتر سیستم اعصاب مغز و لگن**

استاد دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی یادآوری کرد: نورویورولوژی به بررسی مشکلات و اختلالات مثانه، کف لگن و روده ها می پردازد و مشخص می کند کدام بیماری ها روی عصب مثانه اثر منفی می گذارد تا تشخیص و درمان بیماری به درستی صورت گیرد.

رییس دومین کنگره بین المللی نورویورولوژی ایران گفت: این رشته جوان در دنیا بر اساس نیاز بیماران راه اندازی شده است و کمک می کند که شناخت بهتری از سیستم اعصاب مغز و لگن انجام گیرد.

وی افزود: بیماری های متابولیکی مثل دیابت، مشکلات ستون فقرات، مشکلات مادرزادی و بیماری های نورولوژی همچون ام اس در بروز مثانه عصبی دخیل است.

شریفی اقدس ادامه داد: این بیماری ها بر اعصاب کف لگن، مثانه، مجاری ادرار و روده ها تاثیر گذاشته و باعث اختلال عملکرد آنها می شود که در نهایت با تهدید زندگی اجتماعی و سلامت فرد، در بلندمدت بر کلیه ها اثر بسیار منفی می گذارد. «بیشتر مواقع متخصصان از دید خود، بیمار را درمان کرده و این مساله سبب ایجاد مسیر اشتباه در درمان فرد می شود؛ در حالی که نورویورولوژی رشته ای بوده که سبب می شود بیماران با هم اندیشی بهتر درمان شده و از جراحی و درمان اضافه برای آنها پیشگیری شود».

به گفته وی، بیماران نورویورولوژی درمان دارویی، جراحی و کمکی همچون فیزیوتراپی کف لگن را لازم دارند که در دومین کنگره بین‌المللی نورویورولوژی ایران جراحان مغز و اعصاب، اورولوژیست‌ها، متخصصان غدد، پزشکان اطفال، متخصصان زنان و فیزیوتراپیست‌ها درباره این موضوعات گفت‌وگو می‌کنند.

وی یادآوری کرد: هدف از برگزاری این کنگره ارتقای آگاهی پزشکان و اعضای هیات علمی در زمینه نورویورولوژی و ارتباط بین‌رشته‌ای برای درمان بیماری‌های بین‌حوزه‌ای است؛ از سوی دیگر پزشکان در این کنگره می‌توانند تجارب خود را به یکدیگر منتقل کنند. به گزارش ایرنا، دومین کنگره بین‌المللی نورویورولوژی ایران امروز (پنجشنبه) آغاز شد و تا دوازدهم آبان ماه ادامه می‌یابد. انتهای پیام *



در هفدهمین کنگره علوم اعصاب پایه و بالینی؛



پزشکان علوم اعصاب ایران و جهان در تهران گردهم می‌آیند *

دبیر علمی هفتمین کنگره علوم اعصاب پایه و بالینی، از برگزاری بزرگ‌ترین گردهمایی متخصصین علوم اعصاب در تهران خبر داد.

به گزارش [خبرگزاری مهر](#)، علی شهبازی، گفت: تکنولوژی‌های نوین کمک زیادی به کشف پایه‌های بیولوژیکی و شناختی بیماری‌ها می‌کنند از طرفی دستاوردهای علوم اعصاب در حوزه های غیربالینی همچون علوم فنی و مهندسی و علوم انسانی از جمله هنر و علوم اجتماعی نیز مؤثر است.

عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران، در ارتباط با برگزاری کنگره سالیانه علوم اعصاب پایه و بالینی، اظهار داشت: این کنگره در سال جاری برای هفتمین بار متوالی برگزار می‌شود و بزرگ‌ترین گردهمایی متخصصین علوم اعصاب به شمار می‌رود.

وی با اشاره به اینکه این کنگره ۲۱ تا ۲۳ آذر ۹۷ در سالن همایش‌های رازی تهران برگزار می‌شود، افزود: انجمن علوم اعصاب ایران با همکاری دانشگاه‌های مختلف سراسر کشور و ستاد توسعه علوم و فناوری های شناختی در برگزاری این کنگره مشارکت دارند.

دبیر علمی هفتمین کنگره سالیانه علوم اعصاب پایه و بالینی، ادامه داد: هدف از برگزاری این کنگره گردهمایی متخصصین علوم اعصاب از رشته‌های مختلفی همچون نورولوژی، جراحی اعصاب، روانپزشکی، روانشناسی، متخصصین کامپیوتر، الکترونیک، علوم اجتماعی، هنر و فلسفه و...، است که آخرین دستاوردهای علمی در حوزه دانش مغز و اعصاب در این کنگره مورد بحث و گفت‌وگو قرار می‌گیرد.

وی افزود: امسال همچنین مهمانان خارجی از کشورهای آلمان، فرانسه، انگلستان و ترکیه در کنار اساتید برجسته داخلی به ایراد سخنرانی خواهند پرداخت و آخرین دستاوردهای علمی خود را ارائه خواهند داد.

شهبازی عنوان کرد: این کنگره فرصت مناسبی برای متخصصین و دانشجویان رشته های مختلف بالینی و غیربالینی است که زیر چتر علوم اعصاب گردهم آمده و با تبادل دانش خود در حوزه ذهن و مغز این فرصت ویژه بهره ببرند.

وی افزود: در کنگره امسال نگاه ویژه ای به مطالعات کاربردی خواهیم داشت و سعی شده است تا به پل های کاربرد علوم اعصاب در حیطه هایی مختلف توجه ویژه ای بشود.

شهبازی با اشاره به اینکه علوم اعصاب با رشته‌های مختلفی در ارتباط است، گفت: تکنولوژی‌های نوین کمک زیادی به کشف پایه‌های بیولوژیکی و شناختی بیماری‌ها می‌کند و از طرفی دستاوردهای علوم اعصاب در حوزه‌های غیربالینی همچون علوم اجتماعی نیز مؤثر است.

وی خاطرنشان کرد: یافته‌های علوم اعصاب در درک بهتر ماهیت و آسیب‌شناسی ارتباطات اجتماعی مؤثر است و در حوزه علوم انسانی مانند حقوق، فلسفه و هنر نیز می‌توان از این دستاوردها بهره‌مند شد که امیدواریم در این کنگره بتوانیم به حوزه‌هایی که مغفول مانده توجه بیشتری کنیم.

عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران گفت: امسال برای پنجمین سال متوالی از پژوهشگران جوان با اهدای «جایزه مغز و شناخت اهوازی» و همچنین جوایز مقالات و پایان نامه‌های برتر سال گذشته تقدیر خواهد شد. همچنین انجمن علوم اعصاب برنامه‌های مختلفی در حاشیه‌های این کنگره از جمله کارگاه‌ها و مسابقات دانشجویی و دانش‌آموزی در راستای ترویج و شناخت بهتر مغز و علوم اعصاب دارد.



مهر گزارش می‌دهد:



افزایش مرگ‌های قرص برنجی در کشور / مسمومیتی که پادزهر ندارد *

آمار اخیر سخنگوی وزارت بهداشت، از مرگ و میر با قرص برنج در کشور، نگرانی‌ها را از در دسترس بودن این محصول خطرناک را دوچندان کرده است.

به گزارش **خبرنگار مهر**، موضوع فروش قرص برنج در اعطاری‌ها و برخی مغازه‌ها، حرف تازه‌ای نیست، اما اینکه بخواهیم نسبت به وقوع مرگ‌هایی با استفاده از این قرص، بی‌اعتنا باشیم، قدری سخت و دشوار است. چطور ممکن است یک محصول و جنسی برای فروش داشته باشیم، که عوارض آن به مراتب سخت‌تر از نبود آن کالا و محصول است.

دوشنبه گذشته بود که سخنگوی وزارت بهداشت، در نشست خبری به موضوع مرگ و میر با قرص برنج در کشور اشاره کرد و گفت که در ۵ ماهه اول امسال هر روز ۲ نفر به دلیل مصرف قرص برنج جان خود را از دست داده‌اند.

طرح این آمار و ارقام در ارتباط با استفاده از قرص برنج در کشور، می‌تواند هشدار به مسئولان امر باشد تا نسبت به نحوه فروش این قرص، تصمیمات بهتری اتخاذ کنند.

استفاده از قرص برنج در کشور ما، به ویژه در نواحی شمالی کشور، جهت نگهداری برنج و سایر غلات در انبارها و جلوگیری از تأثیر مخرب آفات، نسبتاً رایج است. این عوامل به علت قیمت پایین و پتانسیل سمیت زایی بالا و قابل در دسترس بودن، سبب بروز مسمومیت‌های حاد عمدی و تصادفی و در نهایت مرگ و میر می‌شوند.

در ۳۵ سال اخیر، موارد زیادی از مسمومیت با میزان مرگ و میر بالای ثانویه به استفاده از قرص برنج در تمام دنیا گزارش شده است که به جز موارد نادری از آنها که به صورت تصادفی بوده، عمده آنها به علت خودکشی بوده است. بطوریکه، از ابتدای فروردین تا پایان مرداد امسال ۳۰۸ نفر بر اثر مسموم شدن با قرص برنج در کشور جان خود را از دست داده‌اند، یعنی هر روز دو نفر، که در مقایسه با دوره مشابه سال گذشته ۳۰،۵ درصد افزایش را نشان می‌دهد.

متاسفانه در سال گذشته نیز آمار فوتی های قرص برنج نسبت به سال قبل از آن با رشد ۷ درصدی مواجه بود. از سال ۱۳۹۰ تا اول شهریور امسال ۴ هزار و ۱۰۹ نفر در کشور بر اثر مسمومیت با قرص برنج جان خود را از دست دادند. مسمومیت با قرص برنج هیچ درمانی ندارد و هیچ پادزهر اختصاصی در درمان مسمومیت حاد با آن وجود ندارد و اقدامات درمانی فقط شامل اقدامات حمایتی است.

در همین حال، محمد نعیم امینی فرد نایب رئیس کمیسیون بهداشت و درمان مجلس، با بیان اینکه مسمومیت ها عامدانه یا اتفاقی است، گفت: مسمومیت ها ابعاد وسیعی دارد و به گونه ای آلودگی هوا، عوارض زیست محیطی و محیط زیستی که روز به روز فقیرتر می شود یک بعد از مسمومیت ها است که به طور ناخواسته در معرض آن قرار می گیریم البته برخی مسمومیت ها نیز اتفاقی و بر اثر بی احتیاطی و عدم رعایت استانداردهای کار است.

وی ادامه داد: برخی مسمومیت های ناخواسته نیز از حس کنجکاو ناشی می شود البته برخی مسمومیت ها نیز عامدانه و با هدف و قصد خودکشی است.

امینی فرد با بیان اینکه در ابعاد مختلف باید تدابیر لازم را برای پیشگیری از مسمومیت ها اتخاذ کرد، افزود: رعایت مسائل زیست محیطی همکاری بین بخشی گسترده و عزم حاکمیتی را می طلبد، در مورد مسمومیت های ناخواسته نیز باید فرهنگ سازی مناسب و توجه به استانداردسازی ها در محیط کار در دستور کار قرار گیرد.

وی یادآور شد: مسمومیت ها در بسیاری از جوامع دارویی بوده و حتی در بانوان و آقایان نیز نوع مسمومیت ها متفاوت است.

امینی فرد ادامه داد: مسئله بهداشت روانی و شناسایی گروه های پرخطر مهم ترین جنبه پیشگیری را تشکیل می دهد که در مورد پایش سلامت روانی جامعه امری بسیار مهم است. در واقع بسیاری از آسیب های روانی، نسل نوجوان و جوانان کشور را تهدید می کند که منجر به مسمومیت های عامدانه می شود.

نایب رئیس کمیسیون بهداشت و درمان مجلس، افزود: بی شک برای مقابله با مسمومیت ها در تمامی استان ها باید حداقل امکانات را داشته باشیم البته بیمارستان لقمان حکیم از قدیم در پایتخت به عنوان بیمارستان مسمومیت های دارویی مطرح بوده و این مانع از این نیست که سایر مراکز درمانی حداقل خدمات را در ارتباط با مسمومیت ها نداشته باشند.

حیدرعلی عابدی یکی دیگر از اعضای کمیسیون بهداشت و درمان مجلس، با یادآوری اینکه قرص برنج و علف کش «پاراکوات» مهم ترین علل ایجاد مسمومیت و خودکشی ها است، افزود: مرگ حتمی در انتظار مصرف کنندگان قرص برنج و علف کش پاراکوات است. متاسفانه دستگاه های مسئول و در راس آن وزارت جهاد کشاورزی در رابطه با توزیع این سموم ضعف زیادی دارند به گونه ای که قرص برنج به راحتی در اختیار افراد قرار می گیرد.

وزارت جهاد کشاورزی پروتکلی برای فروش، مصرف و جایگزینی سموم قرص برنج و علف کش پاراکوات تدوین کند

وی با تاکید بر اینکه به صورت جدی نیاز است وزارت جهاد کشاورزی پروتکلی برای فروش، مصرف و جایگزینی سموم قرص برنج و علف کش پاراکوات تدوین کند، ادامه داد: مسمومیت با قرص برنج و علف کش پاراکوات از شایع ترین مسمومیت ها به شمار می رود این در حالی است که به راحتی می توان جایگزین های متفاوت علمی برای این سموم در نظر گرفت.

این نماینده مردم در مجلس دهم با بیان اینکه قرص برنج برای دفع آفات در داخل کیسه های برنج قرار می گیرد، گفت: بی شک روش های متنوع علمی و کم خطر در دنیا وجود دارد که می توان از آنها استفاده کرد از سویی علف کش های متعدد کم هزینه

تری وجود دارد که می توان آنها را جایگزین علف کش بسیار خطرناک پاراکوات کرد.



سرپرست سازمان اورژانس کشور خبر داد؛



فوت ۸۵ نفر بر اثر مصرف مشروبات الکلی دست ساز در ۲ ماه اخیر *

سرپرست سازمان اورژانس کشور گفت: از ۱۵ شهریورماه تا ۹ آبان ماه، ۹۷۴ نفر در کشور به دلیل مصرف مشروبات الکلی دست ساز دچار مسمومیت شدند و از این تعداد، ۸۵ نفر جان خود را از دست دادند.

به گزارش [خبرگزاری مهر](#) به نقل از وبدا، دکتر پیر حسین کولیوند با اعلام این خبر افزود: در این بازه زمانی ۹۷۴ نفر به مراکز درمانی استان های البرز، تهران، مرکزی، فارس، کردستان، کهگیلویه و بویر احمد، هرمزگان، خراسان شمالی و قزوین مراجعه کرده اند و بیشترین تعداد مسمومیت ها به ترتیب مربوط به استان های البرز، هرمزگان و خراسان شمالی بوده است. وی تصریح کرد: متأسفانه، ۲۹ نفر در استان البرز، ۲۶ نفر در استان هرمزگان، ۱۱ نفر در استان تهران، ۷ نفر در استان خراسان شمالی، ۶ نفر در استان فارس، ۳ نفر در استان مرکزی، ۲ نفر در استان کهگیلویه و بویر احمد و یک نفر در قزوین بر اثر مسمومیت با الکل جان خود را از دست دادند.

دکتر کولیوند خاطرنشان کرد: از ۹۷۴ نفر که دچار مسمومیت شده اند، ۱۱ نفر هنوز در مراکز درمانی بستری هستند اما ۸۷۸ نفر پس از دریافت خدمات درمانی، ترخیص شده اند.

سرپرست سازمان اورژانس کشور با بیان اینکه ۹۱ درصد از مسمومین، مرد بوده اند، گفت: در ۵۵ روز گذشته و از مجموع ۹۷۴ نفر مسموم، ۹۲ درصد معادل ۸۸۳ نفر مرد و ۸ درصد معادل ۹۱ نفر زن بوده اند. همچنین ۹۲ درصد از افراد فوت شده مرد و ۸ درصد زن هستند.

دکتر کولیوند بیشترین تعداد مسمومیت با الکل در ۵۵ روز گذشته را مربوط به محدوده سنی ۲۱ تا ۳۰ سال عنوان کرد و افزود: بیشترین مسمومین به ترتیب در محدوده سنی ۲۱ تا ۳۰ سال با ۴۹ درصد، محدوده سنی ۳۱ تا ۴۰ سال با ۲۳ درصد، محدوده سنی ۱۱ تا ۲۰ سال با ۱۶ درصد، محدوده سنی ۴۱ تا ۵۰ سال با ۹ درصد و محدوده سنی بالای ۶۱ سال با ۳ درصد بوده اند. سرپرست سازمان اورژانس کشور در پایان تاکید کرد: ۳۳ درصد از مسمومین با الکل در بازه زمانی مذکور، دیالیز شده اند که بیشترین تعداد دیالیز مسمومین مربوط به استان هرمزگان، البرز و تهران بوده است.



دکترای تخصصی روانشناسی کودکان استثنایی مطرح کرد

درمان اختلالات ذهنی با بازی های جدی/ راهکاری برای درمان بیش فعالی



ناهید حاجی سلیمانی در گفت و گو با خبرنگار سلامت خبرگزاری فارس، با اشاره به اینکه در سراسر جهان استفاده از بازی های جدی افزایش یافته است، گفت: هدف ابتدایی این بازی ها، آموزش، تعلیم مدیریت منابع انسانی و بهبود سلامت است که البته محدود به این موارد نیست.

وی افزود: این بازی ها به منظور آموزش، تعلیم یا تغییر رفتارهایی مانند وسواس، بیش فعالی و... طراحی شده اند.

دکترای تخصصی کودکان استثنایی با استناد به آخرین تحقیقات انجام شده درباره اهداف استفاده از این بازی ها گفت: درمان اضطراب و افسردگی در افراد جوان، کمک به کودکان و بزرگسالان برای یافتن راه حل های ساده تر و خلاقیت بیشتر در حل مسائل و کنترل مشکلاتی مانند خوردن از جمله اهداف بازی های جدی است.

حاجی سلیمانی تاکید کرد: بازی های جدی این پتانسیل را دارند که به عنوان بخشی از درمان یا تمام درمان برنامه اختلالات ذهنی مورد استفاده قرار گیرند. همچنین این بازی ها به کودکان بیش فعال برای افزایش تمرکز کمک می کنند.

وی گفت: در افراد دچار افسردگی با استفاده از کامپیوتر شخصی و بدون نیاز به اینترنت، فرد به هنگام بازی جدی، با شلیک به افکار منفی و حل مسائل، تعادل را به دنیای خیالی باز می گرداند.

حاجی سلیمانی اضافه کرد: در این بازی، یک شخصیت خیالی درباره کنار آمدن با افسردگی صحبت می کند و دستورالعمل ها و هدف هایی را در چندین مرحله و به مدت ۳۰ دقیقه ارائه می دهد.

وی گفت: برای کاهش بیش فعالی در این بازی، فرد به عنوان مغز بازی می کند و یک مخترع جوان به عنوان دوست به او کمک می کند تا تکالیف حافظه کاری، انعطاف پذیری شناختی و تکالیف را انجام دهد.

گفتنی است: یک بازی جدی یا بازی کاربردی نوعی بازی است که هدف اصلی از طراحی آن، چیزی فراتر از صرفاً سرگرمی است. صفت «جدی» به کاربرد محصول در حوزه هایی نظیر آموزش، پژوهش های علمی، سلامت، مدیریت بحران، برنامه ریزی شهری، مهندسی، سیاست و نظامی گری اشاره دارد. انتهای پیام/



نمک عامل بروز التهاب در مبتلایان به ام اس



نتایج یک آزمایش جدید نشان می دهد مصرف مقدار زیادی از نمک می تواند موجب بروز التهاب در بیماران مبتلا به ام اس شود.

به گزارش ایسنا، پزشکان با بیان اینکه مصرف زیاد نمک موجب بروز التهاب در بیماران مبتلا به ام اس می شود به بررسی چگونگی تاثیر افراط در مصرف این ماده در بروز التهاب در این بیماران پرداختند.

ام اس اختلال خود ایمنی است که بر اثر آن سیستم ایمنی بدن پوشش حفاظتی اطراف عصب موسوم به میلین را از بین می برد. تقریباً ۲,۵ میلیون فرد بزرگسال در سراسر جهان به این بیماری مبتلا هستند. همچنین به طور کلی زنان بیش از مردان در معرض ابتلا به ام اس هستند. درحالیکه محققان به طور دقیق به عوامل موثر در بروز این بیماری پی نبرده اند، تاثیر متقابل بین زمینه ژنتیکی و فاکتورهای زیست محیطی می توانند نقش کلیدی داشته باشد.

به طور مثال، محققان تاکنون ۲۳۳ هاپلوتیپ شناسایی کرده اند که اساس بیماری ام اس را تشکیل می دهند. هاپلوتیپ مجموعه ای از گونه های ژنتیکی است که می تواند در یک کروموزوم مشابه وجود داشته باشد و از پدر یا مادر به ارث برسد. در ژنتیک یک هاپلوتیپ (haplotype) عبارت است از ترکیبی از ژن های هم ردیف (alleles) در مکان های مختلف روی کروموزوم که همراه با هم منتقل می شوند.

همچنین در رابطه با فاکتورهای زیست محیطی می توان به کمبود ویتامین د، استعمال سیگار، چاقی و مصرف غذاهای شور اشاره

کرد که تمامی آن‌ها با خطر ابتلا به بیماری ام‌اس مرتبط است. در برخی از مطالعات تاثیر افراط در مصرف نمک روی مدلی از بیماری ام‌اس مورد توجه قرار گرفته که مشخص شد زیاده‌روی در مصرف نمک می‌تواند التهاب مغز را تشدید کند، درحالی‌که در برخی از مطالعات آمده است که نمک تعداد سلول‌های التهاب‌زا را افزایش می‌دهد.

به گزارش مدیکال نیوز تودی، در این بررسی متخصصان توانستند به مجرای مولکولی دست پیدا کنند که نشان می‌دهد فاکتور زیست محیطی مصرف زیاد نمک موجب بروز این اختلال خودایمنی می‌شود. انتهای پیام



ترنس‌ها نشانه آخرالزمان نیستند

یک روان‌درمانگر "ملال جنسی" می‌گوید ترنس‌ها فقط تضاد روح و جسم دارند و نشانه آخرالزمان نیستند.

به گزارش ایسنا، گاهی با آدم‌هایی روبرو می‌شویم که اگر برای دقایقی از درگیری و مشغله‌های ذهنی خود دور شویم و بدون نگاه‌های تحقیرآمیز به آنها نگاه کنیم، تضاد روحی و جسمی که از بدو تولد درگیر آن بوده‌اند را به جای سیلی از قضاوت‌ها درک خواهیم کرد.

از نظر علم روان‌شناسی ترنس‌سکشوال، ملال یا نارضایتی جنسی تلقی می‌شود. حالتی که فرد به طور مستمر از جنسیت خود ناراضی است. این افراد با وجود وضعیت آناتومیک جنسی طبیعی مردانه یا زنانه، اعتقاد دارند که نه تنها از لحاظ بیولوژیک بلکه به لحاظ روانشناختی و گروه‌بندی اجتماعی زنان و مردان عضوی از جنس مخالف هستند.

آنچه می‌خوانید پرسش و پاسخی مفصل با شقایق جابرزاده - مدرس دانشگاه و روان‌درمانگر در مورد ملال جنسی ترنس سکشوال است.

-نقش خود افراد در به وجود آمدن این ملال جنسی چیست؟

این موضوع کاملاً بیولوژیک است. همانقدر که افراد در انتخاب جنسیت‌شان در بدو تولد نقش دارند تراجنسی‌ها هم در تراجنسی بودن با نبودنشان نقش دارند.

-از لحاظ پزشکی این موضوع چگونه توجیه می‌شود؟

براساس یافته‌های جدید تفاوت ساختار مغزی این افراد آنها را ترغیب به عمل تغییر جنسیت می‌کند. در واقع میانگین حجم هسته قرمز افراد دارای نارضایتی جنسی بدون توجه به تمایل جنسی آنان کوچک‌تر از حجم هسته قرمز افراد عادی است.

-آیا روش پیشگیری مناسبی برای به وجود نیامدن این اختلال در دوران بارداری وجود دارد؟

به لحاظ سبب شناسی در این امر که نوزادی پسر یا دختر شناخته شود کاملاً تحت تاثیر ترشح یا عدم ترشح اندروژن‌ها در دوره جنسی یعنی قبل از تولد است. کسب هویت زنانه یا مردانه بیشتر تابع مسائل پس از تولد است تا قبل از تولد. بخش جلوی هیپوتالاموس تراجنسی‌ها مطابق جنسیت‌شان نیست. این بخش مربوط به جنسیت و نقش‌های جنسیتی است. هم چنین استرس در دوران بارداری و یادآوری والد درباره جنسیت دلخواه خود در زمان بارداری و حتی در زمان کودکی باعث وجود این تضاد می‌شود. از عوامل روان‌شناختی دیگری که باعث این امر می‌شود این است که هویت جنسی بیشتر نتیجه تعاملات میان کودک و

ارزش ها و نگرش های والدین و جامعه است. هرچیزی که مانع عشق کودک به والد جنسی مخالف و همانند سازی و یا والد هم جنس شود مانع ایجاد هویت جنسی موفق می شود. در واقع در پیشگیری این موضوع واکنش والدین و رفتار در دوران کودکی و تشویق و پرورش مهارت های اجتماعی برحسب جنسیت و افزایش ارتباط کودک و والد مهم است.

-به طور میانگین چه تعداد از افراد جامعه درگیر این ملال جنسی هستند؟

در ایران آمار دقیق و درستی وجود ندارد اما به طور میانگین بین ۱۲۰ تا ۱۵۰ هزار نفر دچار نارضایتی جنسیتی هستند.

-آسیب های اجتماعی موجود برای این افراد در جامعه چیست ؟

بیشتر تراجنسی های جوان در مدرسه آزارهای جنسی را تحمل می کنند. یک نفر از هر دو تراجنسی قبل از بیست سالگی تجربه اقدام به خودکشی را داشته است. خطر دیگر تبعیض اجتماعی است که ۹۷ درصد از ترنس ها از محیط کارشان اخراج می شوند.

-تفاوت اصلی تراجنسی ها با هوموسکسوال ها و دوجنس ها چیست؟

ترنس سکسوال یک میل جنسی نیست. با وجود این که در هیچ گروهی از بیماری ها قرار نمی گیرد. اما شاید بهتر باشد آن را جزو بیماری های جسمی به شمار بیاوریم. پس ممکن است یک ترنس هم جنس خواه هم باشد ولی لزوما ترنس بودن به معنی هم جنس خواهی نیست. به عنوان مثال یک فردی که نابینا هست ممکن است هم جنس خواه نیز باشد ولی هر نابینایی لزوما هم جنس خواه نیست. همچنین به غلط واژه دو جنسه را برای این افراد به کار می برند. در صورتی که دو جنسه افرادی هستند که با عضو ناقص و رشد نیافته جنسی به دنیا می آیند. در واقع از لحاظ خلقت با هردو عضو جنسی به دنیا می آیند. اما ترنس ها با عضو کامل زنانه یا مردانه متولد می شوند و در واقع تضاد موجود تضاد روح و جسم است نه تضاد دو اندام جنسی.

-اصولا این افراد از چه سنی متوجه این امر می شوند و رفتارهایشان آشکارتر می شود؟

معمولا از زمان کودکی قبل از ۴ سالگی شروع می شود و رفتارهای مربوط به جنسیت ابراز شده و در بلوغ شیوع بیشتری دارد و با افزایش سن تحمل فرد برای ماندن در جسمش کمتر می شود.

-بحران عاطفی که این افراد با آن مواجه هستند چه تفاوتی با سایر افراد دارد؟

در دوران کودکی این افراد از حضور در گروه هم سالان و رفتن به مدرسه امتناع می کنند و در دوره نوجوانی و جوانی مشکلات رابطه جنسی متداول، آسیب در عملکرد مدرسه یا کار است، افزایش اختلال روانی، ترک تحصیل از مشکلات هیجانی رفتاری آن ها می توان به اضطراب، افسردگی و خودکشی اشاره کرد.

-بعد از این که این افراد متوجه ملال جنسی خود شدند باید چه مراحل را طی کنند؟

پروسه تشخیص و درمان یک ترنس در خوشبینانه ترین حالت ۲ سال طول می کشد و طی این دو سال یک ترنس احتیاج به جایگاه اجتماعی و حمایت خانواده دارد و متأسفانه اکثرا توسط خانواده ها طرد می شوند. طی کردن دوران نقاهت پس از درمان بسیار سخت است. از طرفی آن ها باید تمام مخارج درمان را خودشان پرداخت کنند و برای این مطلب نیاز به فعالیت اجتماعی و کار دارند که متأسفانه در اکثر موارد حمایت نمی شوند. و اما مراحل درمان در مرحله اول ارجاع به یک روان شناس و روان پزشک

و انجام تست‌های سلامت روان برای کسب اطمینان و بررسی طبی و آزمایشگاهی توسط پزشک برای رد سایر اختلالات و در مرحله بعد شروع هورمون درمانی و زندگی در نقش جنس مطلوب و در آخر ارجاع به جراح پلاستیک و اورولوژیست.

لازم است که مردم بدانند ترس ها نشانه ی اخرازمان نیستند و باید کاملاً مورد احترام همه افراد جامعه قرار بگیرند. چرا که آنها فقط خواهان هماهنگی با جامعه هستند. آنها یک چهره غیراسلامی و منحرف نیستند و در دین اسلام و مذهب شیعه با رعایت اصول و قوانین مجوز برای رهایی از جسمشان داده می‌شود. پس با رفتار آگاهانه خود زندگی در جامعه را برای آنها آسان‌تر کنیم. انتهای پیام



آفتی جدید در خانواده‌های ایرانی

یک روانشناس با بیان اینکه تامین رفاه کاذب به ناتوانی کودکان منجر می‌شود، گفت: نگه داشتن کودک در رفاه کاذب باعث ناتوانی آنها در دیدن و لمس واقعیت‌ها، تشخیص اولویت‌ها و عدم تلاش برای رسیدن به خواسته‌ها و اهداف می‌شود، در حالی که والدین با برخی از جان گذشتگی‌های بی‌مورد، ناخواسته نتیجه عکس گرفته و باعث ناتوانی فرزندان خود می‌شوند.

دکتر فاطمه معین‌الغربایی در گفت‌وگو با ایسنا، با انتقاد از فراهم آوردن امکانات و رفاه کاذب برای فرزندان بدون توجه به وضعیت اقتصادی خانواده به عنوان آفت جدید در خانواده‌ها، عنوان کرد: متأسفانه شرایط امروز جامعه به گونه‌ای شده که خانواده‌ها با هر سطح فرهنگی و اقتصادی سعی می‌کنند که بیشترین امکانات و حتی امکانات غیرضروری را در اختیار فرزندان خود قرار دهند، حتی اگر دچار فقر فرهنگی و آموزشی باشند سعی می‌کنند وسایل غیرضروری مانند موبایل گران قیمت و لباسهای برند را برای فرزند خود تهیه کنند، غافل از اینکه کودک رشد یافته در رفاه کاذب برای حل مسائل و مشکلات خود عاجز شده و قادر نیست با واقعیات روبرو شود.

این عضو هیات علمی جهاد دانشگاهی علوم پزشکی شهید بهشتی ادامه داد: به عنوان نمونه زمانی که کودک دبستانی به علت بازیگوشی و عدم توجه به تذکرات معلم، تکالیف خود را انجام نمی‌دهد، مادر از کار و زمان خود گذشته و برای جلوگیری از تنبیه و شرمساری فرزند تکالیف او را انجام می‌دهد در حالیکه درست این است که اجازه دهیم کودکان شخصا با مسائل و چالش‌های زندگی روبرو شده و طعم شکست و یا در مقابل پیروزی واقعی را بچشند.

وی ادامه داد: تاکید بیش از اندازه خانواده‌ها برای فراهم کردن رفاه کاذب برای فرزندان، ناخواسته منجر به ناتوان شدن فرزندان در مدیریت استرس و حل مسئله می‌شود، به عبارت دیگر کودک و نوجوان همیشه برای حل مشکل به والدین خود متکی است. در نتیجه همواره با کودکانی روبرو هستیم که در مدیریت خشم و هیجانات منفی خود مساله داشته و نمی‌توانند به تنهایی و به سهولت با این مسئله روبرو شوند.

معین با بیان اینکه این افراد برای حل مشکل به راحتی در دام شیوه‌های حل مساله تبلیغاتی گرفتار می‌شوند، گفت: پناه بردن به گروه‌های خاص اعتقادی -مذهبی و یا مصرف مواد و دخانیات و سایر ناهنجاریها برخی از تبعات این نوع تربیت است. در واقع بروز این مساله در نوجوانی نتیجه نوع تربیتی است که پدر و مادر به صورت ناخواسته اعمال کرده و اجازه روبرو شدن با محرومیت و محدودیت را به کودک خود نداده‌اند، در نتیجه کودک عادت کرده که مسائل به صورت حل شده در اختیارش قرار بگیرد.

وی در تعریف یکی از نگرش‌های غلط افراد در علم روانشناسی، اظهار کرد: متأسفانه اکثر والدین فکر می‌کنند که مسئولیتشان ایجاد احساس شادمانی در کودکان است در حالیکه این مساله یک غلط روانشناسی خیلی بزرگ است، چراکه احساسات مثبت یا

منفی هر فرد تنها توسط خودش تولید می شوند نه دیگران. متأسفانه این فرهنگ غلط در کشور ما جا افتاده، به عنوان نمونه خیلی وقتها می شنویم که به کودکان گفته می شود که برای خوشحالی والدین خوب درس بخوانند، در حالیکه درست این است که باید برای خوشحالی خودشان و چشیدن طعم موفقیت به توان خود متکی باشند.

معین با بیان اینکه ایجاد احساس مثبت یا منفی در فرد به دنبال عملکرد دیگران در روانشناسی "کنترل بیرونی" نامیده می شود، عنوان کرد: این شرایط به نوعی عدم سلامت روان فرد را نشان می دهد، چراکه در این حالت منشاء احساسات خوب یا بد در خارج از خود فرد جستجو می شود.

وی با بیان اینکه روانشناسی "کنترل بیرونی" منشاء اغلب ناتوانی ها و احساسات ناخوشایند است، عنوان کرد: در این شرایط فرد برای داشتن احساس خوشبختی و رضایت به دیگران متکی بوده و خودش تلاشی برای ایجاد این احساس درونی نمی کند. از طرف دیگر برای دستیابی به این احساس خوشبختی و رضایت از طرف مقابل خود خواسته های غیرمنطقی و ناتمامی دارد که در صورت عدم تحقق به عاملی برای ایجاد تنش و نارضایتی بین خانواده ها تبدیل می شود. این درحالیست که احساس خوشبختی و رضایت یک احساس درونیست که حتی اگر توسط دیگران ایجاد شود مدت زمان آن بسیار کوتاه خواهد بود.

دوره پیش دبستانی زمان مناسب آموزش مهارت حل مساله

این عضو هیات علمی جهاد دانشگاهی علوم پزشکی شهید بهشتی با تاکید بر اینکه کسب مهارت حل مساله از مهمترین نیازها در سنین کودکی و نوجوانی است، عنوان کرد: زمان یادگیری مهارت حل مساله دوره پیش دبستانی است و اگر این آموزش ها در زمان مناسب اریه نشود، انتقال آن به سالهای بالاتر تاثیر کمتری خواهد داشت.

وی با بیان اینکه بر اساس نتایج پژوهش درصد بالایی از افراد درگیر معضل اعتیاد، در زمینه ی مهارت حل مسئله دچار ضعف هستند، عنوان کرد: استفاده از توانایی شخصی برای حل مسئله الزاما به معنی از بین بردن مسئله نیست، گاهی اوقات موضوع تنها کنار آمدن با مسئله است که خیلی از افراد مفهومی با این عنوان نمی شناسند.

این عضو هیات علمی جهاد دانشگاهی علوم پزشکی شهید بهشتی در خاتمه خطاب به خانواده ها عنوان کرد: والدین باید بدانند که آنها تنها مسئول فراهم آوردن یک سری امکانات اولیه برای رشد فرزندان خود هستند، در حالیکه در اغلب مواقع پا را فراتر گذاشته و علاوه بر تامین امکانات اولیه، کلیه مسایل و مشکلات جزئی کودکان را نیز خودشان برطرف می کنند و به هیچ عنوان به کودک اجازه نمی دهند که خودش مستقلا و با تکیه بر توان خودش مسائل را حل کند، غافل از اینکه اینگونه دلسوزی های بی مورد تنها کودک را ناتوان و در بزرگسالی در حل مسائل و مشکلات عاجز می کند. انتهای پیام



خشونت، کودکان را پیر می کند

نتایج مطالعات نشان می دهد، کودکانی که در معرض خشونت قرار دارند نسبت به کودکان دیگر، سن اپی ژنتیک بیشتری دارند.

به گزارش ایسنا و به نقل از ارث، بر اساس تحقیقات جدید محققان، کودکانی که اوایل زندگی در معرض خشونت های عاطفی یا جسمی قرار می گیرند، نسبت به همسالانشان سریعتر رشد می کنند (سن اپی ژنتیک بیشتری دارند).

از سوی دیگر، کودکانی که در معرض محرومیت هایی از قبیل بی توجهی و نا امنی غذایی قرار می گیرند، رشد آهسته تری دارند.

کیت مک لافلین، نویسنده ارشد این مطالعه در واشنگتن عنوان کرد: یافته‌ها حاکی از آن است، انواع مختلفی از مشکلات در اوایل زندگی، پیامدهای متفاوتی برای رشد کودکان در آینده دارد.

مطالعات پیشین، ارتباط ضعیفی بین رشد سریع (سن اپی ژنتیک) و مشکلات سلامتی و روانی نشان داد، اما مطالعات جدید حاکی از آن است که خشونت و محرومیت، تاثیر متفاوتی بر سن اپی ژنتیک کودک دارد.

محققان اظهار کردند: در میان کودکانی که خشونت را در اوایل زندگی تجربه می‌کنند، افزایش سن اپی ژنتیک در آنها همراه با افزایش علائم افسردگی است.

این موضوع نشان می‌دهد که شناسایی پیری زودرس بیولوژیکی ممکن است یکی از راه‌های پیشگیری از بیماری‌هایی باشد که در کمین این افراد است.

محققان این بررسی را در بین ۲۴۷ کودک و نوجوان بین سنین هشت تا ۱۶ ساله انجام دادند.

دکتر مک لافلین اظهار کرد: پیری زودرس بعد از قرار گرفتن کودک زیر هشت سال در معرض خشونت قابل تشخیص است.

نتایج این بررسی کمک می‌کند تا سرمایه‌گذاری اجتماعی برای کاهش قرارگیری کودکان در معرض خشونت افزایش یابد.

اگرچه هنوز معلوم نیست که آیا پیری اپی ژنتیک شتابنده را می‌توان معکوس کرد، اما ارتباط بین رشد سریع و علائم افسردگی، راهی است برای شناسایی کودکانی که نیاز به کمک دارند. نتایج این مطالعه در مجله Biological Psychiatry منتشر شده است. انتهای پیام



شناسایی سه نوع جدید افسردگی



متخصصان در مطالعات اخیر سه زیرمجموعه جدید از اختلال افسردگی را شناسایی کرده‌اند و معتقدند که این یافته‌ها می‌تواند به توضیح این که چرا برخی از انواع افسردگی به خوبی به "دارو درمانی" پاسخ نمی‌دهند، کمک کند.

به گزارش ایسنا، طبق برآوردهای اخیر افسردگی بیش از ۳۰۰ میلیون نفر را در سراسر جهان و دست کم ۱۶ میلیون نفر را در ایالات متحده آمریکا گرفتار کرده است.

بیش از ۶۰ درصد از افراد مبتلا به افسردگی در آمریکا آسیب‌های ناشی از افسردگی را تجربه کرده و تا ۳۰ درصد از افراد مبتلا به این اختلال درمان‌های مناسبی دریافت نمی‌کنند.

بازدارنده‌های بازجذب سروتونین (SSRIs) از رایج‌ترین داروهای تجویز شده برای افسردگی هستند و با افزایش سطح هورمون شادی یا سروتونین در مغز کار می‌کنند. تحقیقات جدید ممکن است به توضیح این که چرا بازدارنده‌های بازجذب سروتونین قادر به مقابله با برخی از انواع افسردگی نیستند، کمک کند.

یک تیم تخصصی از واحد محاسبات عصبی دانشگاه اوکیناوا، موسسه علمی فناوری فارغ التحصیلان دانشگاهی در ژاپن اکنون سه زیر مجموعه جدید از افسردگی را کشف کرده است.

به گفته پروفیسور "کجی دایا" مولف اصلی این مطالعه، همیشه گمانه‌هایی مبنی بر وجود انواع مختلف افسردگی وجود داشت که کارآیی دارو درمانی را تحت تاثیر قرار می‌دهد اما هیچ توافقی در این ارتباط میان متخصصان وجود نداشت.

متخصصان به منظور مشخص شدن این موضوع داده‌های بالینی ۱۳۴ فرد را بررسی کردند که در نیمی از آنها اخیراً افسردگی تشخیص داده شده بود. محققان اطلاعاتی را در مورد پیشینه زندگی این افراد، سلامت روان، الگوهای خواب و سایر علل احتمالی استرس در زندگی آنها جمع آوری کردند. آنها همچنین از اسکنرهای عملکرد مغزی MRI برای مطالعه فعالیت مغز شرکت کنندگان این مطالعه استفاده کردند.

تیم کارشناسی در این مطالعه روش آماری جدیدی ابداع کرد که به محققان اجازه داد تا بیش از ۳۰۰۰ ویژگی قابل اندازه گیری شامل بروز آسیب های روحی دوران کودکی و شدت اولیه حادثه افسرده کننده را به پنج دسته تقسیم کنند.

از میان این پنج گروه داده، سه مورد با انواع مختلف افسردگی ارتباط داشتند. تصویربرداری مغزی نشان داد که اتصال عملکردی مناطق مختلف مغز که به "زاویه چین سینوسی مغز" متصل بودند، تعیین می‌کند که داروهای بازدارنده بازجذب سروتونین به طور موثر افسردگی را درمان می‌کنند یا خیر.

چین سینوسی مغزی، زاویه یک منطقه مغزی است که در پردازش زبان، اعداد، شناخت فضایی و توجه فرد نقش دارد.

این مطالعه نشان داد یکی از زیرمجموعه های افسردگی شناخته شده که به داروهای بازدارنده بازجذب سروتونین واکنش نشان نمی‌دهد با ارتباطات عملکردی و همچنین آسیب های روحی دوران کودکی ارتباط دارد.

از سوی دیگر دو نوع افسردگی دیگری که به خوبی به داروها پاسخ می‌دهند با اتصال پایین مغزی و فقدان آسیب های روحی دوران کودکی توصیف می‌شوند.

به گزارش سایت تخصصی مدیکال نیوز تودی، یافته های این مطالعه به دانشمندان کمک می‌کند تا چگونگی درمان افسردگی را مبنی بر قابلیت اتصال عملکردی مغز و وقوع آسیب‌های روحی دوران کودکی پیش بینی کنند. انتهای پیام



یک روانشناس مطرح کرد



ضرورت توجه به بُعد معنوی و تأثیر آن در سلامت روح و جسم

به گزارش خبرنگار سلامت خبرگزاری فارس؛ فروغ جعفری، روانشناس گفت: سازمان بهداشت جهانی تا ده سال گذشته فرد سالم را فردی می‌دانست که در سه بُعد زیستی، روانی و اجتماعی فردی سالم باشد. ولی از ده سال پیش بُعد چهارمی هم به آن اضافه شد که بُعد معنویت است؛ اما معنویت چیست؟ معنویت مانند عشق یک واژه ای است انتزاعی که ممکن است درک آن راحت نباشد.

وی ادامه داد: در کل معنویت توجه کردن به بعد فرا مادی انسان است. یکپارچگی و ارتباط انسان با تمام هستی و دنیایی که در آن زندگی می‌کند است و شامل هرآنچه که در دنیای بیرون وجود دارد و اینکه خود را جزئی از این دنیا و کل ببیند و این کل را هم بخشی از وجود خودش ببیند و همه را در ارتباط با هم ببیند. یعنی یکپارچگی در هستی، یکپارچگی خود و دنیایی که در آن وجود دارد. آن موقع است که این شعر مصداق پیدا می‌کند: به هر جا سو کنم روی تو بینم.

این روانشناس با بیان اینکه در واقع همه جای دنیا و جهان بخشی از وجود انسان است گفت: این حس خیلی خوبی به من می دهد و باعث یک آرامش عمیق درونی در فردی می شود که این معنویت را دارد. معنویت می تواند با ایجاد باور به دنیای بعد از مرگ، نگرش مثبت تری را به مرگ ایجاد کند. زمانی که فرد معنوی با رویدادهای استرس زا مواجه می شود، اگر آن را قابل تغییر ارزیابی کند، تلاش می کند تا با توکل به انرژی خداوند، اقدام به عمل کند و در صورتی که موقعیت را غیر قابل تغییر تصور کند، با استفاده از راهبردهای هیجانی مثل پذیرش، بخشش و نیایش، شرایط کم استرس تر و آرامش بیشتری را برای خود فراهم کند.

جعفری معتقد است که افراد معنوی در دنیا خیلی خیلی زیاد هستند و اغلب افرادی که در دنیا زندگی می کنند معنویت را به عنوان بخشی از زندگی خود دارند و علت آن این است که ذات انسان معنویت جو است. ذات انسان به گونه ای است که نمی تواند تصور کند که تمام زندگی او فقط همین وجود فیزیکی باشد و چیزی خارج از این فیزیک وجود نداشته باشد.

این کارشناس در برنامه حال خوب تصریح کرد: البته افرادی هم هستند که این اعتقاد را دارند ولی تعدادشان زیاد نیست و دنیای این افراد خیلی خشک است و چارچوبهای سختی را دارند. طوری که افرادی که با اینها ارتباط دارند ممکن است فکر کنند که زندگی آنها بسیار سخت، خشک و به نوعی دیکتاتوری است. چون گاهی اوقات می بینیم که ۲+۲ چهار نمی شود و می شود ۵ یا ۶ و آنچه ۲+۲ را شش می کند در واقع همان معنویت است. افرادی که پزشک برای آنها، زمان خاصی را تا پایان زندگی مشخص کرده است، می بینیم که معنویت مداخله کرده و فرد طول عمر پیدا می کند و گاهی اوقات بهبودی کامل حاصل می شود و این را خود فرد از چیز دیگری به غیر از معنویت نمی بیند و حس می کند معنویت در هستی و کیهان وجود دارد و این فرد با آن ارتباط داشته و آنها را جذب کرده است و باعث بهبودیش شود. انتهای پیام/

اخبار حوزه «رفاه و سلامت اجتماعی»:

پژوهشگر حقوق خانواده در گفت‌وگو با فارس :

نگاه تجاری دختران به مهریه ناشی از نظام ناقص تأمین اجتماعی است



محمود حکمت‌نیا پژوهشگر حقوق خانواده و سرپرست معاونت حقوق مالکیت فکری وزارت دادگستری در گفت‌وگو با خبرنگار قضایی خبرگزاری فارس، با اشاره به افزایش قیمت سکه و بالا رفتن تعداد زندانیان مهریه در خصوص این معضل اجتماعی اظهار کرد: مشکل اینجاست که ما عقد ازدواج را به ضمانت اجرای کیفری مرتبط کردیم و دامنه حقوق خانواده را گسترش دادیم در حالی که تا ۶۰ سال قبل نظام خانواده بیشتر به اخلاق و دین مرتبط بود و حقوق خانواده تا این اندازه پررنگ نشده بود.

وی با طرح این پرسش که اساساً چرا در زندگی جوان‌های ما ترس از ازدواج به وجود می‌آید؟، افزود: در گذشته ازدواج یک مرحله از زندگی بود که افراد خود را برای آن آماده می‌کردند و می‌دانستند که دیر یا زود باید وارد این مرحله شوند اما اکنون ازدواج به یک انتخاب تبدیل شده و افراد برای ورود به آن شرایط را سبک و سنگین می‌کنند، در هر شرایط و وضعیتی که شرایط ورود به آن، به اراده فرد بستگی دارد، ترس نیز به وجود می‌آید.

این پژوهشگر حقوق خانواده عنوان کرد: نظام حقوقی ما ازدواج را به یک انتخاب که ترس زیادی هم ایجاد می‌کند، تبدیل کرده این ترس از ازدواج در کنار این شرایط است که افراد می‌دانند بدون ازدواج هم می‌توان زندگی کرد زیرا فضای اجتماعی امکان گناه و تأمین نیازهای روانی و جسمی افراد را فراهم کرده است.

*نگاه به مهریه به عنوان تضمین ازدواج اشتباه است

حکمت‌نیا اضافه کرد: اساساً نگاه به مهریه به عنوان ضمانت اجرای نکاح، نگاه غلطی است و حتی در برخی از روایات دیده می‌شود که اصل بر پرداخت مهریه بوده و زن باید برای عدم پرداخت آن دلیل بیاورد، اما اکنون مهریه از جایگاه اساسی و فلسفی خود فاصله گرفته و به عنوان ضمانت اجرای ازدواج به آن نگاه می‌شود، این جابه‌جا شدن فلسفه مهریه تا حدودی به پررنگ شدن حقوق خانواده و استفاده از ضمانت اجرای کیفری برای حفاظت از نکاح مرتبط است.

وی با بیان اینکه نظام اجتماعی ما اعتمادبخش و ترس‌زدا نیست، خاطرنشان کرد: برای مقابله با ترس‌های ناشی از فرو ریختن عقد ازدواج نباید تنها به مهریه و افزایش آن پناه برد در حالی که اکنون این نگاه به مهریه وجود دارد و زنان به ازدواج به عنوان پشتوانه نگاه می‌کنند.

وی تصریح کرد: اگر بیمه‌های اجتماعی گسترش پیدا کند دیگر ترس از عدم حمایت اجتماعی پس از طلاق در زن ایجاد نمی‌شود و در نتیجه زنان جامعه بیش از حد بر روی مهریه سرمایه‌گذاری نمی‌کنند.

حکمت‌نیا ادامه داد: در حوزه قوانین مهریه مشکلی وجود ندارد و تلاش برای اصلاح قوانین، برخورد با معلول است در حالی که علت افزایش گرایش دختران جوان به مهریه زیاد و نگاه تجاری به آن ناشی از نبود امنیت اجتماعی و نظام ناقص تأمین اجتماعی در کشور است. انتهای پیام/

مدارس کشور صاحب مددکار می شوند

به گزارش خبرنگار آموزش و پرورش خبرگزاری فارس، حبیب الله مسعودی فرید معاون امور اجتماعی سازمان بهزیستی در برنامه تلویزیونی پرسشگر با موضوع آسیب های اجتماعی، در پاسخ به این پرسش که «آیا باید در برابر واقعیت های اجتماعی سکوت کرد یا باید آن را بازگو کنیم؟»، اظهار کرد: همه موافق اعلام واقعیات هستند، اما در فضای رسانه اگر آگاهی دهی با هدف باشد می تواند موثر باشد اما اگر صرف اطلاع رسانی مدنظر باشد فقط باعث نگرانی می شود.

وی با بیان اینکه مردم باید بدانند که ممکن است در سنین پایین هم کودک دچار آسیب شود اما بمباران اطلاعاتی صرف، استرس را بالا می برد، افزود: خانواده ها باید همانقدر که به فیزیک و شیمی اهمیت می دهند به آموزش سبک زندگی در مدرسه فرزندشان هم توجه کنند؛ باید والدین به موضوع فرزندپروری و سبک زندگی حساس شوند.

مسعودی فرید با تأکید بر اینکه آموزش و پرورش، راهبردی ترین و استراتژیک ترین نهاد است، گفت: باید به آموزش و پرورش کمک کنیم تا جایگاه آن ارتقا یابد؛ شکل گیری شخصیت و هویت کودکان از سنین پایین شروع می شود.

معاون امور اجتماعی سازمان بهزیستی اضافه کرد: سهم آموزش برای کودکان زیر هشت سال از GDP حدود چهار درصد است در حالی که در کشورهای دیگر بالاتر از این رقم است.

وی به طرح نماد اشاره کرد و ادامه داد: ما پیشنهاد دادیم مددکار اجتماعی در تمام مدارس داشته باشیم که فاز اولیه آن در نظرآباد تهران انجام شد؛ همه پذیرفته اند باید مددکار در مدارس داشته باشیم؛ قصد داریم افرادی با چندظرفیت تربیت کنیم که آموزش تخصصی ببینند تا هم مشاوره بدهند، هم مددکار و هم مربی بهداشت باشند و در یک نظام سطح بندی و ارجاع قرار بگیرند. این امر مصوبه شورای اجتماعی کشور را دارد که باید تا پایان سال اجرایی شود. انتهای پیام/



مدیرعامل صندوق بازنشستگی :

۹۵ درصد بازنشستگان مشمول بسته حمایتی دولت می شوند

به گزارش خبرنگار اجتماعی خبرگزاری فارس جمشید تقی زاده با بیان اینکه تصمیمات مهمی که در حوزه بازنشستگی در کشور گرفته می شود، بدون مشارکت شرکای اجتماعی جایگاهی ندارد گفت: بر این اساس در دوره دوم برنامه های وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی که با حضور دکتر شریعتمداری آغاز می شود، مشارکت و حضور بازنشستگان به خصوص قانون ها در تصمیم سازی و تصمیم گیری ها پررنگ تر خواهد شد. شما عزیزان به عنوان شرکای اجتماعی صندوق بازنشستگی کشوری باید در این حوزه ها صندوق را همراهی کنید.

تقی زاده ادامه داد: با توجه به تأکیدات فراوان وزیر، بسیاری از مشکلات و مسائل مربوط به جامعه بازنشستگان از طریق همفکری و هم اندیشی شرکای اجتماعی ما یعنی شما قانون های بازنشستگی قابل حل است، به همین دلیل جهت گیری صندوق در ماه های آینده بر این اساس خواهد بود تا قانون های بازنشستگی نقش اتاق های فکر را برای مدیران و سیاستگذاران این حوزه ایفا کنند.

وی گفت: خیلی از مسائل در حوزه اجتماعی و برخی چالش هایی که صندوق بازنشستگی با آن مواجه است، می تواند در این اتاق های فکر مورد بحث، کنکاش و بررسی قرار گرفته و نتایج آن در قالب طرح و برنامه به صندوق بازنشستگی ارائه تا عملیاتی شود.



تقی زاده بر لزوم حمایت قانون ها از اقدامات و طرح های دولت در جهت بهبود معیشت و رفاه اجتماعی بازنشستگان تاکید کرد و گفت: با این حمایت، مدیران و مسئولان حوزه تعاون، کار و رفاه اجتماعی می توانند با قوت بیشتری اعتبارات مورد نیاز طرح ها را از طریق مجلس به تصویب رسانده و آنها را عملیاتی کنند.

وی ادامه داد: خوشبختانه با حمایت و عنایت ویژه شریعتمداری بحث همسان سازی حقوق بازنشستگان در اولویت کاری ایشان قرار گرفته و این وزارتخانه بر آن است تا اعتبار مورد نیاز برای همسان سازی حقوق بازنشستگان با تعامل مجلس و دولت تامین شود.

مدیرعامل صندوق بازنشستگی کشوری با اشاره به تاکید رئیس جمهور و سیاست ها و برنامه های وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی برای واگذاری شرکت های زیان ده گفت: صیانت از اموال و دارایی های بازنشستگان یکی از برنامه های مهم بخش اقتصادی صندوق بازنشستگی است که برپایه خروج از بنگاه داری و حرکت به سمت سهامداری و حضور در بازار پول و سرمایه قرار گرفته است، به همین دلیل در ماه های آینده اقدامات عملیاتی برای واگذاری برخی از شرکت ها به بخش خصوصی صورت خواهد گرفت.

وی با تاکید بر لزوم مدیریت زنان در خانه های امید بازنشستگان گفت: در دوره جدید وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی و با توجه به نظر رئیس جمهور این آمادگی در صندوق بازنشستگی وجود دارد تا از زنان توانمند برای مدیریت خانه های امید استفاده شود چراکه ارزیابی های ما نشان می دهد با توجه به روحیه ی خاص زنان و و جایگاه ویژه ی مادران در اجتماع آنان می توانند در فعالیت های اجتماعی و فرهنگی اثرگذار باشند. تجربه مدیریت بانوان در آموزش و پرورش و مدیریت مدارس و سایر دستگاه های اجرایی نیز نشان از رشد و بالندگی بانوان عزیز است که ما در مدیریت خانه های امید به عنوان یک پایگاه اجتماعی از خدمات زنان فرهیخته استفاده خواهیم کرد.

تقی زاده همچنین اظهار داشت: بر اساس مصوبه هیئت وزیران خانوارهایی مشمول دریافت بسته های حمایتی دولت خواهند بود که زیر ۳ میلیون تومان حقوق دریافت می کنند که به این ترتیب ۹۵ درصد بازنشستگان کشوری مشمول این بسته حمایتی خواهند بود.

در نشست روسای قانون های بازنشستگی استان آذربایجان شرقی با حضور مدیرعامل صندوق بازنشستگی کشوری ، مشکلات ، درخواست ها ، نقطه نظرات ، دیدگاه ها ، و پیشنهادات قانون های بازنشستگی استان طرح و بررسی شد. افزایش حقوق بازنشستگان متناسب با شرایط اقتصادی و تورم موجود، افزایش سقف بیمه پایه و تکمیلی و ارایه خدمات دندانپزشکی در بیمه تکمیلی، واگذاری مراحل مختلف تورهای گردشگری به قانون های بازنشستگی، تکریم جایگاه بازنشستگان و پیگیری جدی همسان سازی حقوق از جمله این درخواست ها بود. انتهای پیام /



مدیرکل پیشگیری ستاد مبارزه با مواد مخدر :

برخی والدین خطر مصرف سیگار و قلیان توسط فرزندان شان را جدی تلقی نمی کنند

به گزارش خبرنگار آموزش و پرورش خبرگزاری فارس، عارف وهاب زاده مدیرکل پیشگیری ستاد مبارزه با مواد مخدر نیز در برنامه پرسشگر با اشاره به عدم آگاهی والدین در حوزه اعتیاد، اظهار کرد: بیش از ۵۰ درصد خانواده ها بعد از سه تا پنج سال از اعتیاد فرزندان شان آگاه می شوند؛ برخی والدین هم نگرش مثبت نسبت به مصرف سیگار و قلیان دارند و مصرف آن را در فرزندانشان جدی تلقی نمی کنند.



وی با بیان اینکه برخی مبتلایان به اعتیاد نیز سابقه مصرف مواد در خانواده دارند و خانواده دچار آسیب‌هایی است، گفت: بحث سبک زندگی و آگاهی والدین را چقدر جدی می‌گیریم؟ مدرسه مهمترین مکان برای پیشگیری است و طیف وسیعی از گروه هدف در دسترس است.

وهاب زاده افزود: یک مشکل ما در مدرسه این است که پیوند مثبت کودک با خانواده، اجتماع و مدرسه را کمتر مشاهده می‌کنیم. باید فرصت مشارکت دانش‌آموز را در جامعه و خانواده با همسال خودش بدهیم؛ چقدر نشاط در مدارس وجود دارد و چرا بچه‌ها علاقه زیادی به مدرسه ندارند؟ آیا ناشی از فشار تحصیلی است یا مشکلات خود معلمان؟

مدیرکل پیشگیری ستاد مبارزه با مواد مخدر با بیان اینکه اکنون پررنگ‌ترین و اولویت اول آسیب‌های اجتماعی، اعتیاد است، اظهار کرد: استانداردهای جدید نشان می‌دهد حتی از دوره بارداری باید فرزند پروری جدی گرفته شود؛ از سه تا پنج سال باید برای بچه‌ها برنامه داشته باشیم؛ البته اگر این برنامه‌ها مستمر نباشند، هیچ فایده‌ای نخواهد داشت. در دو سه سال اخیر برنامه‌های خوبی با آموزش و پرورش در حیطه توانمندسازی داشته‌ایم.

وی ادامه داد: تحقیقات نشان می‌دهد از ۱۵ سالگی که سن شروع مواد است باید برنامه‌های توانمندسازی را در مدارس داشته باشیم. در همین راستا در آموزش و پرورش آموزش مهارت‌های خودمراقبتی و تاب‌آوری مدنظر است و برنامه‌هایی شروع شده است اما برنامه‌های پیشگیری دیر بازده است و باید از سنین پایین شروع کنیم و حتما آموزش‌ها مستمر باشد.

وهاب زاده با اشاره به اینکه موفق شدیم محتوای درسی را بعد از ۲۱ سال از مصوبه ستاد ایجاد کنیم و در پایه هشتم بحث آسیب‌ها به‌خصوص اعتیاد را در کتب درسی گنجانده‌ایم، گفت: البته محتوایی از این دست در سایر پایه‌ها مشاهده نمی‌شود.

وی اضافه کرد: از دو سال قبل برای آموزش معلمان برنامه‌هایی را شروع کرده‌ایم و کادر متخصصی را آموزش داده‌ایم که به سایر معلمان آموزش دهند؛ ۲۷۰۰ نفر کادر متخصصند که تعدادشان اندک است و متأسفانه آمار بالایی نیست.

وهاب زاده اظهار کرد: سن شروع مصرف مواد ۱۵ سالگی است ولی سن سرنوشت ساز اعتیاد ۱۶ تا ۲۵ سال است و میانگین سن ابتلا ۲۲ سالگی است؛ بین سنین ۱۶ تا ۳۴ سالگی نیز بیشترین مصرف کنندگان را داریم.

وی در پاسخ به این پرسش که آیا باید واقعیات را به مردم بازگو کرد، گفت: خانواده باید بدانند و آگاهی داشته باشند؛ در برخی جاها شاید نیازی نباشد اما درباره مدارس باید حساسیت ایجاد شود. انتهای پیام/

۵۰۰ میلیون نفر از مردم آسیا-پاسفیک گرسنه هستند

سازمان ملل در گزارشی اعلام کرده است: نزدیک به ۵۰۰ میلیون نفر از مردم آسیا گرسنه و از دسترسی کافی به خوراکی‌های مغذی محروم هستند.

به گزارش ایسنا، در گزارش جدید سازمان ملل آمده است: تقریباً ۵۰۰ میلیون نفر از مردم آسیا-پاسفیک از جمله ساکنان بزرگترین شهرهای این منطقه دچار سوء تغذیه هستند.

طبق گزارش سازمان خواربار و کشاورزی ملل متحد (فائو)، درحالی‌که کشورهای آسیایی رشد سریع اقتصادی را تجربه کرده‌اند، پیشرفت‌های ناچیزی در راستای مقابله با گرسنگی بدست آمده و تقریباً حدود ۴۸۶ میلیون نفر در این منطقه با معضل گرسنگی

روبرو هستند.

برآوردهای فائو نشان می دهد تعداد افرادی که در شرق و جنوب شرق آسیا از سوء تغذیه رنج می برند ثابت مانده و این درحالیست که در فاصله سال های ۲۰۰۵ تا ۲۰۱۵ کاهش چشمگیری داشته است و در حقیقت در منطقه اقیانوسیه ۲۰۰ هزار نفر افزایش یافته است. همچنین آسیب پذیرترین گروه جمعیتی در این منطقه گرسنه تر شده اند.

بنابر این گزارش، سال ۲۰۱۷ در مقایسه با سال قبل از آن، تقریباً ۲۰ میلیون نفر بیشتر "ناامنی شدید غذایی" را تجربه کرده اند که عمدتاً در جنوب و جنوب شرق آسیا بوده است.

در گزارش سازمان خواربار و کشاورزی ملل متحد آمده است: این وضعیت در شهرهای بزرگ این منطقه نیز مطلوب نیست. در بانکوک پایتخت تایلند بیش از یک سوم از کودکان از حداقل رژیم غذایی قابل قبول بهره مند نیستند. در پاکستان نیز این رقم ۹۶ درصد اعلام شده است.

به نوشته روزنامه تایم، همچنین بنابر گزارش فائو ۷۹ میلیون نفر از کودکان زیر پنج سال در سراسر این منطقه از رشد کامل بازمانده اند. انتهای پیام



نقش مهم کانون سلامت محلات در کاهش عوامل آسیب های اجتماعی



مشاور عالی وزیر بهداشت با بیان این که باید مردم آزادانه و آگاهانه در کانون سلامت محلات حضور یابند، اظهار کرد: با اجرای برنامه هایی در این کانون ها شاخص های بیماری ها و عوامل آسیب اجتماعی کاهش پیدا می کنند.

به گزارش ایسنا دکتر حسین ملک افصلی در جلسه شورای سلامت شهرستان تفت با اشاره به تغییر دیدگاه مردمی به سلامت فردی اظهار کرد: با تغییر شیوه زندگی مردم و نوع بیماری ها برای مقابله با بیماری هایی نظیر سرطان، سکت، سوانح و تصادف نیاز به حضور جدی مردم، سیاستگذاران و مسئولان داریم.

وی با بیان این که دیگر نمی توانیم وابسته به تکنولوژی باشیم، گفت: اگر تکنولوژی، مردم و سایر بخش ها در کنار هم باشند شاهد تحولات و تغییرات اساسی در حوزه سلامت خواهیم بود.

مشاور عالی معاون امور اجتماعی وزیر بهداشت در ادامه با تاکید بر لزوم افزایش آگاهی عمومی و فراهم کردن شرایطی برای به کارگیری آن اظهار کرد: برای تحقق این هدف باید از محلات شروع کرد زیرا کانون سلامت محله نمایندگان واقعی مردم هستند که باید توانمند شوند و با کسب آموزش های مهارتی در تصمیم گیری های این حوزه مشارکت کنند.

ملک افصلی با اشاره به این که ترکیبی از سازمان ها، نمایندگان و مردمی که در کانون سلامت محله هستند، مجمع سلامت محله را تشکیل می دهند، تصریح کرد: این بخش ها در کنار هم قرار می گیرند و در سطح شهرستان مجمع سلامت شهرستان را تشکیل می دهند. انتهای پیام



توسط پژوهشگران دانشگاهی پیشنهاد شد



برنامه‌ای برای بهبود "سازگاری زناشویی"

سازگاری زناشویی یکی از مهم‌ترین عوامل اثرگذار بر عملکرد خانواده است. پژوهشگران دانشگاهی در راستای بهبود این مؤلفه مهم در زندگی زن و شوهرها، از برنامه تدوین‌شده‌ای استفاده کرده و به نتایج قابل توجهی دست یافته‌اند.

به گزارش ایسنا، سازگاری زناشویی، وضعیتی است که در آن زن و شوهر در بیشتر مواقع احساس خوشبختی و رضایت دارند و از کنار هم بودن لذت می‌برند. از کسانی که سازگاری زناشویی بالایی دارند انتظار می‌رود که برای یک مدت طولانی با یکدیگر زندگی کنند. این در حالی است که رابطه زوجین ناسازگار عمدتاً به طلاق ختم می‌شود. ناسازگاری زناشویی به معنای نارضایتی، عدم احساس خوشبختی، عدم توافق در تصمیم‌گیری‌ها و ارتباط نامناسب است.

ناسازگاری زناشویی به اعتقاد صاحب‌نظران این عرصه، علاوه بر اینکه موجب سکون و رکود ارتباط زوجین می‌شود، باعث تخریب زندگی شده و اثرات زیان‌باری بر سلامت فیزیکی و روانی زوجین دارد. در این راستا مطالعه‌های مربوط به دیدگاه ارتباطی و بررسی عوامل مؤثر بر سازگاری زناشویی نشان می‌دهند که داشتن و یادگیری مهارت‌های ارتباطی، نقش به سزایی در افزایش سازگاری زناشویی و کاهش مشکلات روابط صمیمانه دارد. یکی از شناخته‌شده‌ترین روش‌ها در زمینه آموزش مهارت‌های ارتباطی، برنامه کاربرد عملی مهارت‌های ارتباط صمیمانه یا اصطلاحاً PAIRS است.

محققین کشور، به‌منظور بررسی تأثیر این برنامه بر سازگاری زناشویی زوجین، پژوهشی را انجام داده‌اند که نشریه «ارمغان دانش» به انتشار نتایج آن پرداخته است.

در این مطالعه که توسط پژوهشگرانی از دانشگاه بجنورد انجام‌شده، زنانی که به دلیل ناسازگاری و مشکلات زناشویی به مرکز مداخله در بحران‌های فردی، خانوادگی و اجتماعی شهر بجنورد مراجعه کرده بودند، مشارکت داشته‌اند.

به گفته محققان، برنامه PAIRS حاصل کار درمانی با ۱۰ هزار زوجی است که در آستانه طلاق بوده و همچنین ۱۰ هزار تن از افرادی که متقاضی یادگیری مهارت‌های ارتباطی جهت پیشگیری از آسیب رسیدن به رابطه خود بوده‌اند.

نتایج این پژوهش نشان می‌دهد یادگیری مهارت‌های روابط صمیمانه (PAIRS) بر افزایش سازگاری و مؤلفه‌های رضایت، همبستگی، توافق و ابزار محبت زناشویی زنان مؤثر است.

در این رویکرد به نیازهای اساسی مانند تعلق، محبت و تعهد توجه می‌شود و عواملی که این رویکرد برای حفظ روابط سالم طولانی‌مدت مدنظر دارد شامل گفتگو برای حل مسئله و توانایی درک دیدگاه همسر است که منجر به افزایش سازگاری زناشویی می‌شود.

به گفته علی محمدزاده ابراهیمی، محقق گروه روانشناسی دانشگاه بجنورد و همکارانش به‌عنوان مجریان این پژوهش: «این برنامه، زوجین را از تعاملات منفی مخرب در روابط آن‌ها آگاه می‌سازد. هنگامی که رفتارهای نامناسب شناسایی می‌شوند، زوجین یاد می‌گیرند که چگونه آن‌ها را کاهش داده و رفتارهای مناسب را جایگزین کنند. بنابراین درک و کاربست این موضوع به آن‌ها کمک می‌کند که رفتارهای مؤثر، خالص و خیرخواهانه را در خود تقویت کنند که همه این‌ها از منابع ضروری برای تقویت صمیمیت و افزایش سازگاری زناشویی است».

آن‌ها ادامه می‌دهند: «در تبیین تأثیر PAIRS بر بهبود مؤلفه رضایت زناشویی، می‌توان به نقش این برنامه بر بهبود رضایت جنسی اشاره کرد. رابطه جنسی به لحاظ اهمیت، در ردیف مهم‌ترین مسائل زندگی زناشویی محسوب شده و به‌عنوان فشارسنج

هیجانی در روابط عمل می کند و می تواند منعکس کننده رضایت زوجین از جنبه های دیگر روابط باشد. در این راستا PAIRS از زوجین انتظار دارد خود، ابزاری جنسی از جمله لمس کردن، در آغوش کشیدن و بوسیدن را به همسر خود نشان دهند و افکار، احساسات و تمایلات خود را بیان کنند و نزدیکی جسمانی خودانگیخته و بیشتری داشته باشند. حاصل این تکنیک ها افزایش رضایت جنسی است که در نهایت می تواند با افزایش رضایت زناشویی همراه باشد.

علاوه بر این ها، بر اساس یافته های این تحقیق، PAIRS توافق و همبستگی زناشویی را نیز افزایش می دهد. بر این اساس، محمدزاده ابراهیمی و همکارانش می گویند: «در PAIRS زوجین به تفاوت های جسمی و روانی موجود بین زنان و مردان آگاه می شوند. آن ها درمی یابند که در این جهان هیچ گاه نمی توان دو فردی را یافت که از هر لحاظ شبیه به هم باشند، بنابراین اختلاف بر سر مسائل، اغلب ناشی از تفاوت ها و علایق است. بر همین اساس آن ها ترغیب می شوند که گاهی باید باوجود عدم توافق نیز زندگی کنند و یاد بگیرند تا تلاش کنند که باوجود اختلاف نظرها باز هم باید در پیوند باشند. آن ها یاد می گیرند که صرف وقت برای حل تعارض ها در یک فضای امن و با ذهنیت برنده- برنده رضایت حقیقی را برای هر دونفر ایجاد می کند، زوجین در پی این ذهنیت، قدرت ما بودن، بخشندگی و خیرخواهی برای یکدیگر را نیز فرا می گیرند که این باعث همبستگی و توافق بیشتر آن ها با یکدیگر می شود».

نتایج این پژوهش همچنین نشان از آن دارد که برنامه PAIRS با افزایش مؤلفه ابراز محبت زناشویی همراه است. به اعتقاد محققان، یکی از فاکتورهای نگهدارنده روابط سالم طولانی مدت، توانایی زوجین در مذاکره به منظور حل مشکلات و درک نقطه نظرات طرف مقابل است و از جمله مقوله هایی که این برنامه برای افزایش خلق و حفظ صمیمیت مورد تأکید قرار می دهد، توانایی گفتگو و حل مسئله به شکل مطلوب است، به این صورت که همسران به یکدیگر گوش می دهند، بدون حالت دفاعی ناراحتی های خود را ابراز می کنند، تفاوت ها را پذیرفته و سوء تفاهم ها را حل کنند تا بتوانند نیازهای یکدیگر مثل تمایلات جنسی، صمیمیت و نزدیکی عاطفی را برآورده سازند، بر همین اساس آن ها این آگاهی را پیدا می کنند که به نیازهای همسر خود پاسخ دهند و توانایی گفتگو و حل مسئله می تواند توافق آن ها را بالا ببرد.

برنامه موسوم به PAIRS بر اساس یک مدل مبتنی بر هیجان، برای تقویت سبک دلبستگی ایمن و ترمیم پیوندهای عاطفی طراحی شده است و زوجین شرکت کننده در این برنامه، راهبردهایی را مانند آشنایی با نام و جلوه های هیجانات اصلی، تمرکز بر عواطف مثبت، ابراز مستقیم و دائم هیجانات سرکوب شده و تقویت سواد هیجانی را یاد می گیرند و فراگیری این تکنیک ها ارتباط مستقیمی با ابراز محبت زناشویی دارد. انتهای پیام



سخنگوی ستاد مبارزه با مواد مخدر در پاسخ به ایرنا :



بیمه سلامت، خدمات اقامتی معتادان را پوشش نمی دهد

تهران - ایرنا - سخنگوی ستاد مبارزه با مواد مخدر گفت: در سازمان بیمه سلامت بیشتر به درمان های سرپایی و دارویی معتادان پرداخته می شود و درمان های اقامتی پرهیزمدار برای کسانی که می توانند از این بیمه استفاده کنند، تحت پوشش قرار ندارد.

پرویز افشار روز دوشنبه در گفت و گو با خبرنگار اجتماعی ایرنا، اظهار داشت: ستاد مبارزه با مواد مخدر از سازمان بیمه سلامت از سال ۹۲ تا کنون که برای بیمه معتادان اعتبار دیده شده، راضی نیست و این مسأله واقعیت کاملاً مشخصی است. وی یادآور شد: پوشش بیمه درمان اعتیاد از سال ۸۹ با تغییر قانون مبارزه با مواد مخدر و اصلاحات بند ۲ ماده ۱۵ برعهده وزارت

تعاون، کارو رفاه اجتماعی گذارده شد و این وزارتخانه مکلف به ایجاد پوشش بیمه درمان اعتیاد در بیمه های پایه و بستری است. همچنین وزارت رفاه مکلف شد تا نسبت به پوشش درمان و کاهش آسیب معتادان متجاهر به عنوان یک تکلیف خاص اقدام کند و این امر را به طور جدی مد نظر قرار دهد.

بر اساس بند ب ماده ۱۵ قانون قانون مبارزه با مواد مخدر (اصلاح شده در سال ۹۶)، همه معتادان به مواد که سن آنها کمتر از ۶۰ سال باشد موظفند ظرف مدت شش ماه اقدام به ترک اعتیاد کنند. چنان چه پس از انقضای مهلت مقرر ترک اعتیاد نکرده باشند دادرسی آنها را به مراکز بازپروری اعزام می کند و این افراد تا ترک کامل اعتیاد در مرکز باقی خواهند ماند. انجام این امر و برنامه ریزی مربوطه بر عهده ستاد است.

افشار اضافه کرد: سازمان بیمه سلامت اوایل امسال از وزارت رفاه جدا و به وزارت بهداشت ملحق شد اما مشکل بیمه سلامت به آن صورت که قانون تکلیف کرده، حل نشده است.

افشار خاطرنشان کرد: قانونگذار از سال ۱۳۹۲ اعتبارات سالانه را در سازمان بیمه سلامت برای بیمه معتادان در نظر گرفته است اما استفاده مطلوبی از این اعتبارات نداشتیم؛ زیرا افراد نیازمند این گونه خدمات، عمدتاً معتادان متجاهری هستند که از دردهای مزمن مختلف رنج می برند.

معاون کاهش تقاضا و توسعه مشارکت های مردمی ستاد مبارزه با مواد مخدر افزود: پروتکل اجرایی برای بیمه سلامت معتادان به دلیل وجود موانع، هر سال نوشته می شود و تا زمانی که دستورالعمل سال بعد نیامده است، کماکان دستورالعمل سال قبل از آن قابلیت اجرا دارد و اکنون همچنان دستورالعمل سال ۹۶ اعمال می شود.

به گفته افشار، تاکنون فقط گروه های پرخطر از قبیل زنان، کودکان معتاد، افراد مبتلا به HIV و زندانیان آزاده شده از پوشش این بیمه برخوردار شده اند؛ درحالی که همه مردم باید از این پوشش بیمه ای برخوردار شوند.

معاون کاهش تقاضا و توسعه مشارکت های مردمی ستاد مبارزه با مواد مخدر تصریح کرد: بودجه بیمه سلامت برای معتادان باید صرف درمان افرادی شود که بضاعت مالی ندارند و می خواهند به مراکز اقامتی غیردرویی یا کمپ ها بروند.

وی به سختگیری های سازمان بیمه سلامت در استان ها اشاره کرد و افزود: پرداخت مطالبات مراکز با تاخیر انجام می شود همچنین تعداد قابل توجهی از معتادان اسناد هویتی مانند شناسنامه و کارت ملی ندارند در حالی که پیش شرط بهره مندی از خدمات بیمه ای احراز هویت است که در حال رایزنی با بیمه سلامت برای حل آنها هستیم. انتهای پیام *



زنان سرپرست خانوار و ضرورت یک چتر حمایتی



تهران- ایرنا- رشد آمار زنان سرپرست خانوار بیانگر یک آسیب اجتماعی جدی است که از یک طرف ناشی از رشد مسائل و مشکلات اقتصادی و اجتماعی همچون طلاق و از طرف دیگر زمینه ساز بروز آسیب های دیگری همچون فقر، اعتیاد، اختلالات روحی و روانی در زنان جامعه است.

به گزارش گروه تحلیل، تفسیر و پژوهش های خبری ایرنا، عواملی همچون طلاق، فوت و اعتیاد همسران در پیدایش و رشد پدیده زن سرپرست خانوار دخیل هستند.

مهمترین موضوع در مورد این گروه از زنان مسئله فقر است که ناشی از درآمد کم و یا فقدان درآمد زنان سرپرست خانوار است. بعلاوه، پایین بودن سطح آگاهی، مسائل و مشکلات اقتصادی و حمایت های ضعیف اجتماعی به ویژه در خصوص بیمه زنان سرپرست خانوار آنها را بیش از دیگران در معرض آسیب های اجتماعی قرار داده است. در واقع، بیشتر زنان سرپرست خانوار در کشور از سطح تحصیلات و مهارت های فنی پایینی برخوردارند.

**آمار افزایشی تعداد زنان سرپرست خانوار کشور

بر اساس آمارهای سال ۱۳۹۵، از مجموع ۲۱ میلیون خانوار کشور، ۳ میلیون خانوار زنان سرپرست هستند. در مقایسه با گذشته تعداد خانوارهای سرپرست زن، دارای رشد ۶/۸۶ درصدی بوده است. نسبت زنان سرپرست خانوار نسبت به کل خانوارها در سال ۸۵ رقم ۵/۹ درصد بوده که این رقم تا سال ۱۳۹۵ به میزان ۷/۱۲ درصد رسید که بر این اساس مشاهده می شود، طی سه دوره سرشماری عمومی نفوس و مسکن، تعداد خانوارهای دارای سرپرست زن در حال افزایش بوده است .

با توجه به روند افزایشی این پدیده می توان گفت که در حال حاضر این رقم بیشتر نیز شده است. در واقع بر پایه آمارها، سالیانه ۶۰ هزار تن به آمار زنان سرپرست خانواده افزوده می شود و این امر آسیب های جدی را برای آنان به وجود می آورد.

****فقر اقتصادی و فقدان اشتغال**

همواره مشکل فقر در خانواده های زن سرپرست، بیشتر از خانواده های با سرپرست مرد بوده است. این امر ریشه در مشکلات مربوط به اشتغال این گروه از زنان دارد. عدم اشتغال آنان منجر به ناتوانی در تأمین نیازهای معیشتی و در نتیجه فقر می شود. عامل فقر اقتصادی، تأثیر مستقیم و غیرمستقیم خود را بر وضعیت فرهنگی، اجتماعی خانواده بر جای می گذارد. در واقع بسیاری از این زنان، از فقدان یک چتر حمایتی و تأمین مالی و اجتماعی رنج می برند .

ایجاد اشتغال و توانمند سازی زنان از بُعد اقتصادی می تواند به عنوان مهمترین اقدام ها برای زنان سرپرست خانوار باشد. دولت ۲ هزار و ۳۰۰ میلیارد ریال در بودجه سال ۹۷ برای بیمه زنان سرپرست خانوار پیش بینی کرده است. همچنین برای حمایت از زنان سرپرست خانوار ستاد ویژه ای با حضور دستگاههای اجرایی تشکیل شده و تاکنون نیز اقدام های مطلوبی از سوی آنها در این زمینه صورت گرفته است.

با این حال به نظر می رسد که حمایت هایی که دولت بر پایه قوانین بودجه سالیانه از زنان سرپرست خانوار دارد کافی نبوده و همین عاملی برای اشتغال اجباری برای آنان می شود. دولت باید متناسب با نیاز این زنان و مشاغل مورد نیاز جامعه، مهارت های شغلی لازم را به آنها آموزش دهد. حمایت از زنان سرپرست خانوار خوداشتغال، اعطای تسهیلات ارزان قیمت به آنان و فراهم آوردن شرایط ورود این زنان به چرخه اقتصادی از اهمیت بسیاری برخوردار است و ایجاد بسته های حمایتی می تواند راهی برای کمک به این قشر باشد.

****فقدان رویکرد واحد و یکپارچه**

در برنامه ششم توسعه، طرح توانمندسازی زنان سرپرست خانوار به عنوان طرح جامع در جهت کنترل و کاهش آسیب های اجتماعی تهیه شده است. البته در این زمینه دستگاه های متولی امر اقدام هایی را انجام داده اند که از هماهنگی و انسجام کافی برخوردار نبوده و به علت نبود رویکرد واحد و یکپارچه نسبت به توانمندسازی این گروه موجب بروز برخی ناهماهنگی ها شده است .

زنان سرپرست خانوار نیاز به حمایت دارند و نباید در جامعه رها شوند، در کشورهای مختلف دنیا برای توانمندسازی این زنان سرمایه گذاری می کنند و از ظرفیت آنها برای اقتصاد کلان کشور بهره می گیرند. به عنوان مثال در کشور سوئد اینگونه زنان در چتر حمایتی بیمه ها قرار می گیرند و بدین وسیله مشکل های آنان را برطرف می کنند. ایران نیز می تواند با بهره گیری از تجربه های آنها بیمه های اجتماعی را فعال کند و زنان سرپرست خانوار را حمایت کند.

****زنان سرپرست خانوار در معرض آسیب های اجتماعی**

نبود پوشش حمایتی مناسب از این زنان، زمینه ابتلای برخی از آنها را به انواع بیماری های روانی همچون افسردگی ایجاد کرده است که این موضوع در تربیت فرزندان شان نیز اثر مستقیمی دارد. همچنین افزایش زنان سرپرست خانوار بدون حمایت لازم از آنها، می تواند سبب گسترش زنان معتاد و رشد آمار زنان کارتن خواب شود. بعلاوه، بزهکاری، فروش مواد مخدر و ... از آسیب های قابل توجه درباره این زنان است. شیوع زنان مطلقه جوان و نگاه منفی جامعه به ازدواج زنان سرپرست خانوار به هر دلیلی،

نبود حمایت های مادی از این قشر، فقدان اشتغال زایی و کارآفرینی موثر در این ارتباط در کنار ضعف فعالیت های فرهنگی و برنامه ریزی های ناقص موجب تشدید و رشد سریع آمار آسیب های اجتماعی در بخش زنان سرپرست خانوار می شود .

****موانع حمایت از زنان سرپرست خانوار**

هر چند در بسیاری از کشورها قوانینی برای حمایت از زنان به تصویب رسیده است اما وجود موانع سیستماتیک، فرهنگی، اجتماعی و ساختاری سبب می شود تا اثرگذاری برنامه های حمایتی از زنان سرپرست خانوار کم رنگ باشد و در نتیجه آن فقر و مشکل های دیگر برای این قشر تشدید شود .

در ایران نیز در بخش های مختلف قوانین خوبی در حمایت از زنان بی سرپرست و یا سرپرست خانوار وجود دارد اما همچنان چالش ها و موانع فرهنگی - اجتماعی باعث شده اند تا اثرگذاری اجرای این قوانین به حداقل اثر ممکن کاهش پیدا کند. به دلیل گسترده بودن مشکلات این قشر، آمار بالای آسیب ها و کمبود نیروهای متخصص در حوزه تصمیم گیری و اجرا اقدام های عملی اندکی در جهت حمایت از این قشر صورت گرفته است و در نتیجه بازخورد این روند به شکل بازتولید آسیب های اجتماعی نمایان می شود .

بنابراین تقویت قوانین مربوط به زنان سرپرست خانوار، اتخاذ سیاست ها و برنامه های حمایتی در راستای توانمندسازی و افزایش ظرفیت این افراد می تواند به کاهش مشکل های آنها بیانجامد .

فقدان آموزش و نداشتن مهارت کسب و کار در میان زنان سرپرست خانوار آنان را به طرف مشاغل کاذب سوق می دهد و به همین علت این قشر، مشمول هیچ نوع حمایتی نخواهند شد و اگر هم این مساله صورت بگیرد در قالب ارتباط های فردی است. نبود حمایت و رهاسازی این زنان آسیب های فردی و اجتماعی زیادی به بدنه جامعه وارد می سازد که در مواردی قابل جبران نیست .

خانواده ها، سازمان ها و نهادهای دولتی و غیردولتی می توانند در بحث حمایت های مادی، فرهنگی و اشتغالزایی زمینه های مناسب برای توانمندی زنان سرپرست خانوار را به وجود آورند و عاملی موثر در پیشگیری و مقابله با آسیب های اجتماعی زنان باشند. تشکیل بانک های اطلاعاتی برای آسیب شناسی این زنان نسبت به محل سکونت و سن آنها، برنامه ریزی ها و سیاست گذاری های لازم نیز می تواند در جهت توانمندسازی های اجتماعی این زنان گامی موثر باشد. انتهای پیام *



میزان بالای بازماندگی از تحصیل کودکان کار

معاون اجتماعی سازمان بهزیستی کشور با بیان اینکه حل مشکل زباله گردی تنها از شهرداری بر می آید، گفت: اگرچه این پیمان کاران هستند که کودکان را به کار می گیرند، اما این مساله هیچ مسئولیتی را از شهرداری ساقط نمی کند.

حبیب الله مسعودی فرید در گفت و گو با ایسنا، با اشاره به جلسات متعدد سازمان بهزیستی با شهرداری در مورد وضعیت زباله گردی کودکان گفت: حل مشکل زباله گردی کودکان فقط از دست شهرداری بر می آید. پیمان کاران جمع آوری زباله های شهری همان پیمان کاران شهرداری هستند. کودکانی هستند که در این بخش از سوی پیمان کاران مورد استثمار قرار می گیرند. اگرچه این پیمان کاران هستند که کودکان را به کار می گیرند، اما این مساله هیچ مسئولیتی را از شهرداری ساقط نمی کند.

وی با تاکید بر مسئولیت شهرداری در مورد کودکان زباله گرد تصریح کرد: در حال حاضر ۶۴۰ مرکز شبه خانواده در کشور داریم و تعدادی مهد کودک که اگرچه همه غیرانتفاعی هستند اما به هر حال همه زیر نظر بهزیستی قرار دارند، بنابراین اگر اتفاقی برای کودکی بیفتد نمی توانیم بگوییم «به ما ربط ندارد چرا که این مهدها غیر دولتی هستند»؛ این حرف را کسی نمی پذیرد. یا اگر در مراکز شبه خانواده ای کودک آزاری اتفاق بیفتد نمی توانیم بگوییم مربوط به بخش غیردولتی بوده است و از خودمان سلب

مسئولیت کنیم.

معاون اجتماعی سازمان بهزیستی با بیان اینکه حل این مشکل تنها از شهرداری بر می آید، اظهار کرد: می دانیم که زباله گرد ها به دنبال مواد بازیافتی هستند، اگر مانند بسیاری از کشورهای دیگر، بازیافت از مبداء را انجام دهیم و این کار جا بیفتند، زباله گردی را از وضعیت رانت خارج می کنیم و هم به حفظ سرمایه های کشور کمک می کنیم. هم شهرداری، هم وزارت کشور و حتی مجلس باید وارد شود تا موضوع بازیافت زباله در کشور برطرف شود.

مسعودی فرید با در ادامه گفت: ممکن است فکر کنیم این کار ابتدا هزینه های زیادی دارد، اما در نهایت به نفع ما است. این درحالیست که متاسفانه نگاهمان همیشه کوتاه مدت است. موضوع زباله گردی در کوتاه مدت از سوی شهرداری برطرف می شود به طوریکه پیمان کاران را مجاب کند از کودکان استفاده نکنند. در بلند مدت هم باید تفیک زباله از مبداء انجام شود. این موضوع هم ابعاد اجتماعی، اخلاقی، انسانی و هم اقتصادی دارد.

وی در مورد میزان آزار دیدگی کودکان خیابانی نیز گفت: کودکان خیابانی خطر آزار دیدگی بالایی دارند، چرا که این کودکان عمدتاً در خیابان هستند و نظارتی روی آنها وجود ندارد. میزان بازماندگی از تحصیل آنها نیز بالاست. ما با مدیریت مورد در مورد کودکان کار و خیابان و با همکاری سازمان های مردم نهاد و مراکز غیر دولتی وارد موضوع تحصیل این کودکان شدیم. این سازمان های مردم نهاد وضعیت خانواده این کودکان را بررسی می کنند و بر اساس نیازهای خانواده، گزارش مددکاری تهیه می کنند. برای مثال اگر پدر معتاد است می توانیم با همکاری که با بخش پیشگیری، پدر را رایگان درمان کنیم یا اگر زن سرپرست خانوار است این خانواده را تحت پوشش قرار دهیم.

معاون اجتماعی سازمان بهزیستی با تاکید بر اینکه باید به معیشت خانواده کمک کنیم که کودک یا در خیابان نباشد یا دست کم میزان حضورش را در خیابان کمتر کنیم، تصریح کرد: در واقع نگاه به آسیب ها نباید "صفر و یک" باشد. نباید توقع داشته باشیم کسی که معتاد بوده یکباره درمان شود. برای مثال اگر کودکی ۸ ساعت در خیابان است حالت آرمانی و ایده آل این است که این کودک اصلاً در خیابان نباشد، اما اگر بتوانیم این زمان را به ۶ ساعت برسانیم و این کودک دست کم در خیابان گرسنه نباشد، یک گام به جلو رفته ایم. انتهای پیام



معاون وزیر کشور:



"نماد" طرح فوق العاده ای در پیشگیری از آسیب های اجتماعی است

معاون وزیر کشور گفت: طرح نماد از مصادیق طرح های فوق العاده در حوزه آسیب های اجتماعی است.

به گزارش خبرنگار مهر، تقی رستم وندی معاون وزیر کشور بعد از ظهر امروز در مراسم رونمایی از طرح توانمندسازی روانی-اجتماعی دانش آموزان، والدین و کارکنان آموزش و پرورش گفت: طرح نماد که در معاونت تربیت بدنی آموزش و پرورش دنبال می شود یکی از طرح های فوق العاده است. رهبر معظم انقلاب اسلامی بارها تاکید کردند که اقدامات در حوزه آسیب های اجتماعی باید ویژگی فوق العاده بودن داشته باشد و از وظایف روزمره دستگاه ها جدا باشد. به نظر می رسد طرح نماد از مصادیق طرح های فوق العاده باشد که طی دو سال گذشته در آموزش و پرورش دنبال می شود.

وی ادامه داد: ۵ ویژگی عمده درباره طرح نماد وجود دارد که در وهله اول باید بگویم این طرح راهبردی، بلند مدت و با دوام

است. طرح های متعددی در حوزه آسیب ها اجرا می شود ولی استمرار پیدا نمی کند. این طرح باید با دوام باشد و به نظر می رسد دارای چنین ویژگی هست .

وی بیان کرد: فراگیری و پوشش این طرح نکته دوم است. کمتر پروژه ای چنین گستره ای را تحت پوشش دارد که الان ۱۴,۵ میلیون دانش آموز تحت تاثیر این طرح است و برای اجرای طرح نماد نیازمند مشارکت خانواده ها نیز هستیم و اگر جمعیت والدین را به جمعیت دانش آموزی اضافه کنیم نیمی از جمعیت کشور را شامل می شود .

رستم وندی اضافه کرد: سومین ویژگی این طرح عمق اثربخشی این طرح است. در حوزه کاهش آسیب های اجتماعی طرح هایی داریم که بخشی مقابله ای و بخشی پیشگیرانه است اما این طرح به خاطر ابعاد پیشگیرانه فوق العاده است و شاخص سلامت اجتماعی در کشور را در وضع مطلوب قرار می دهد .

وی مولفه چهارم این طرح را ترکیبی بودن آن دانست و بیان کرد: این طرح هم ابعاد پیشگیری و هم ابعاد امدادی را پیش بینی کرده است در حالیکه هر دستگاهی در این حوزه معمولاً یکی از این حوزه ها را پوشش می دهد .

رستم بندی اظهار کرد: عنصر پنجم که به نظر می رسد بسیار مهم است ایناست که شامل همکاری بین بخشی است و بیش از ۱۰ نهاد و وزارتخانه در آن با هم مشارکت می کنند و امید می رود با دستیابی به اهداف طرح بتوانیم به اهداف بلندی دست پیدا کنیم .

معاون وزیر کشور گفت: ما طی ۶۰ سالی که از عمر نظریه پردازی در توسعه سه تغییر پارادایمی داشته ایم. در پارادایم آخر که مرتبط به بحث امروز هست تاکید بر این نکته شد که رفاه انسانی جایگزین رفته اقتصادی شد. ماهنوز با این پارادایم در توسعه هماهنگ نشده ایم .



در قالب تفاهم نامه ای صورت گرفت؛



توسعه همکاری میان دانشگاه آزاد و ستاد مبارزه با مواد مخدر

تفاهم نامه همکاری میان دانشگاه آزاد اسلامی و ستاد مبارزه با مواد مخدر صبح امروز در محل سازمان مرکزی دانشگاه آزاد اسلامی منعقد شد.

به گزارش [خبرگزاری مهر](#) به نقل از دانشگاه آزاد اسلامی، تفاهم نامه همکاری میان دانشگاه آزاد اسلامی و ستاد مبارزه با مواد مخدر به امضای حجت الاسلام ابراهیم کلانتری معاون فرهنگی و دانشجویی دانشگاه آزاد و پرویز افشار معاون کاهش تقاضا و مشارکت های مردمی ستاد مبارزه با مواد مخدر رسید.

این تفاهم نامه به منظور دستیابی به اهداف برنامه راهبردی معاونت فرهنگی و دانشجویی دانشگاه در خصوص ارتقا سطح سلامت جسم و روان دانشجویان و همکاری های دو جانبه، ارتقا مشارکت و نیل به اهداف مشترک در راستای تحقق اجتماعی کردن امر مبارزه با مواد مخدر و روان گردان ها، از طریق اجرای برنامه های پیشگیری از آسیب های اجتماعی و اعتیاد، آموزش مهارت های زندگی، بسط و گسترش روحیه نشاط، شادابی، امیدواری، جلب مشارکت های مردمی و درمان اعتیاد و کاهش آسیب های ناشی از آن، مشارکت در اجرای طرح های تحقیقاتی و پژوهشی و بر اساس سیاست های کلی ابلاغی از سوی مقام معظم رهبری در امر مبارزه با مواد مخدر به امضا رسید.



رئیس پلیس پیشگیری تهران بزرگ عنوان کرد؛



تحلیلی بر خشونت نوجوانان متأثر از بازی های رایانه ای

رئیس پلیس پیشگیری تهران بزرگ گفت: سازمان بهداشت جهانی اعتیاد به بازی های رایانه ای را در دسته مشکلات سلامت روان سال ۲۰۱۸ عنوان کرده است.

سرهنگ کیوان ظهیری در گفتگو با خبرنگار مهر، افزود: بی شک این نوع بازی ها بر جسم و ذهن افراد به ویژه کودکان و نوجوانان تأثیر گذار است. امروزه بازی های رایانه ای یکی از محبوبترین بازی ها بین نوجوانان می باشد که بخش اعظمی از سرگرمی های امروزی آنان را شامل می شود.

وی ادامه داد: بر اساس یک گزارش بین المللی در جهان ۶۵ درصد از خانواده ها یکی از اعضای نوجوان در آن به طور میانگین حداقل سه ساعت در هفته به بازی های رایانه ای مشغول هستند.

رئیس پلیس پیشگیری تهران بزرگ گفت: حسب تحلیل های صورت گرفته ارتباط مستقیمی بین اعتیاد به بازی های اکشن رایانه ای و ارتکاب رفتارهای خشونت آمیز وجود دارد. این نوع اعتیاد تأثیرات قابل توجهی در رفتارهای نوجوان در خانواده، مدرسه و محیط های اجتماعی می گذارد و وی را اسیر توهّمات واهی می کند که منتج به تولید هیجانات کاذب می کند که روح ماجرایی و رفتارهای پر خاشگرانه را در وی می پروراند.

وی تأکید کرد: نظریه هم نشینی افتراقی که از نظریات مهم در علم جرم شناسی است بر این نکته تأکید دارد که افراد تأثیر بسیاری از هم نشینی با یکدیگر به نسبت مدت زمانی که در کنار هم هستند می گیرند. امروزه نظر به اینکه خانواده ها به مانند سابق هم نشینی های خانوادگی ندارند و فضای مجازی جایگزین آن شده و محتواهای آن هم نشین اعضای خانواده ها گردیده است بحث هم نشینی افتراقی مجازی را می توان مطرح نمود.

سرهنگ ظهیری اضافه کرد: بازی های رایانه ای نیز یکی از این هم نشینی ها با کودکان و نوجوانان شده است که خطرات بسیاری را بدنبال دارد که مهمترین آن اختلالات ناشی از آن است (game disording) که در جهان تهدیدی برای سلامت افراد به ویژه نوجوانان محسوب می شود.

وی گفت: زمانی که در بعضی خانواده ها زمان گفت و گو ها بین یکدیگر و نیز زمان حضور والدین بالاخص پدران در محیط خانه کاهش یافته است فرزندان گرایش بیشتری به دنیای مجازی پیدا کرده اند و هم نشینی با آن را برگزیده اند و قطعاً از آن تأثیر پذیر خواهند شد.

رئیس پلیس پیشگیری تهران بزرگ خاطرنشان کرد: نظارت و کنترل بیشتر بر فرزندان، جایگزینی تفریحات سالم و ورزش و همراه بودن با آنان و دور کردن فرصت های جرم قطعاً از مولفه هایی است که خشونت ورزی متأثر از اعتیاد به بازی های رایانه ای را از آنان دور خواهد کرد.



در نشست سلامت روان و گرایش به اعتیاد عنوان شد؛



تشدید بی تفاوتی اجتماعی در پی نوسان نرخ ارز و بی ثباتی اقتصادی

بحران های اقتصادی ماه های اخیر و نوسان نرخ ارز موجب تشدید بی توجهی شهروندان به مشکلات اقشار فرودست و

حاشیه نشین شده است.

به گزارش [خبرنگار مهر](#)، مریم کیانی از اعضای جمعیت امام علی (ع) در نشست سلامت روان و گرایش به اعتیاد که از سوی این جمعیت برگزار شد، به بررسی مشکلات و بحران های کشور در سال گذشته پرداخت و گفت: هدف از برگزاری این نشست بررسی بحران های جامعه و تاثیر آن بر سلامت روان و گرایش به اعتیاد در سطح جامعه است.

وی افزود: سطح مطالبات و سبک زندگی مردم به دلیل بحران های موجود مثل نوسانات بازار ارز و طلا نسبت به گذشته تغییر بسیاری کرده است ولی قیمت برخی مواد مخدر همچون تریاک در شرایط کنونی ثابت مانده است. همچنین اخباری که در سال گذشته شنیده شد در مورد شیوع مصرف ماری جوانا و حشیش در بین جوانان و نوجوانان و خبری مبنی بر کشف مزارع آن در برخی نقاط کشور، در مقابل عدم وجود برنامه پیشگیرانه گسترده به همراه معضلاتی نظیر بیکاری جوانان زمینه ساز شیوع اعتیاد است.

کیانی اضافه کرد: آلودگی هوا، کمبود آب مشکلات زیست محیطی که زندگی مردم را به خصوص در مناطق محروم مختل می کند کمبود برخی از کالاهای اساسی و هجوم بی رویه مردم برای خرید این قبیل مواد و بازماندن کودکان از تحصیل که خود عاملیست برای بیشتر شدن معضل اعتیاد و ... از جمله مشکلاتی بوده که جامعه در سال گذشته با آن دست به گریبان بوده است و در حقیقت از اردیبهشت امسال که برجام با مشکل مواجه شد شاهد ترس و نگرانی مردم در سطح جامعه بودیم که منجر شد مردم سرمایه شان را بدون بصیرت اجتماعی و دانش اقتصادی وارد بازی دو سر باخت دلار بکنند و وعده هایی هم که از طرف مسئولان برای کنترل شرایط داده شد متأسفانه عملی نشد و اخبار سلسله وار فساد اقتصادی و انتشار رقم های نجومی اختلاس در رسانه ها باعث بی اعتمادی و ناامیدی مردم شد و در نهایت خشم و افسردگی در سطح جامعه افزایش پیدا کرد و یک انفعال شدید در جامعه بروز پیدا کرد و ما متأسفانه شاهد بی توجهی جامعه نسبت به مشکلات حاشیه نشین ها و طبقات فرودست و دهک های پایین هستیم که البته در چنین بحران هایی بیشترین آسیب متوجه این افراد است.

در ادامه سعید مدنی جامعه شناس و پژوهشگر ارشد علوم اجتماعی گفت: این چک لیست مشکلات اجتماعی را همگی در زندگی روزمره می بینیم و در تحلیل نهایی متفق القول هستیم که با وضعیت نابسامانی و بحرانی روبرو هستیم ولی در ابتدا باید فهمید که اصلاً منظور از شرایط بحرانی چیست؟ و اینکه آیا جامعه ما امروز در شرایط بحرانی بسر می برد؟

وی افزود: واژه بحران برای نابسامانی شدید در یک پدیده بکار می رود که می تواند دو وجه داشته باشد وجه بنیادی که مربوط می شود به محتوای سیاست که زمانی پیش می آید که در یک سیستم، نظریه ها و دیدگاه ها توان تحلیل، توجیه و تبیین اتفاقات و شرایط موجود را نداشته باشد و در نتیجه نظریه های بدیلی ایجاد می شود که مدعی می شوند آنها قادرند بحران را تحلیل و تبیین و به آن پاسخ نظری مناسب دهند. برای مثال می توان به همین مساله خاشقجی اشاره کرد. دولت عربستان تصور میکند جهان مرکب است از کشورها ی کاملاً مستقل که به صورت جزایر مستقلی هستند. از این رو دولت عربستان می تواند مستقل از جهان هر کاری انجام دهد مثلاً یکی از مخالفانش را به قتل برساند. این نظریه در دنیای امروز ناکارآمد است و کشور عربستان را به لحاظ نظری و عملی دچار بحران کرده یعنی با آن دیدگاه و نظر نمی توان در دنیای امروز حکومت کرد.

این پژوهشگر آسیبهای اجتماعی گفت: وجه دوم مفهوم بحران، عینی و کاربردی است بدین معنا که در شرایط بحرانی ما با وضعیت متشنجی مواجه میشویم که آسیب زا است و می تواند منجر به اضمحلال اجتماعی شود و در کل وضعیتی به وجود می آید که قابل تحمل نیست. دولت ها دایماً در معرض بحران قرار دارند چون وظایف و مسئولیت هایی دارند و باید به مجموع مشکلات جامعه پاسخ دهند. اگر موفق به حل مشکلات شوند از بحران دور می شوند و چنانچه موفق به حل مشکلات نشوند دچار بحران می شوند. برای مثال اعتیاد سی سال پیش یک مشکل اجتماعی بود که از طریق ساز و کارهای موجود در آن زمان

قابل حل بود ولی نه تنها حل نشد که در طول زمان پدیده پیچیده تری شد تا جایی که امروزه به صورت بحران درآمده است .

وی تاکید کرد: بنابراین باید دید که نظام های سیاسی در مواجهه با بحران ها به لحاظ نظری توانایی و دانش این را دارند که پاسخگو باشند و اینقدر کارآمد هستند که بتوانند راه حل های ارایه شده را به اجرا درآورند؟ آیا قادرند دست به تغییرات ساختاری در جهت رفع بحران بزنند و به مطالبات طبقات مختلف جامعه پاسخ مناسب دهند؟ برای مثال یک وجه بحران کنونی در جامعه ما حاصل آن است که از یک طرف سرمایه داری دلال غارتگر پولی تقویت شده و از طرف دیگر سرمایه داری صنعتی و مولد لاغر و ضعیف شده است. متأسفانه قدرت غالب سیاسی و اقتصادی نیز در دست سرمایه داری پولی-مالی است.



در دانشگاه علوم پزشکی ایران؛



پژوهشکده پیشگیری از آسیب های اجتماعی راه اندازی می شود

رئیس دانشگاه علوم پزشکی ایران از کسب مجوز پژوهشکده پیشگیری از آسیب های اجتماعی از شورای گسترش دانشگاه های علوم پزشکی خبر داد .

به گزارش [خبرگزاری مهر](#) به نقل از دانشگاه علوم پزشکی ایران، دکتر مسعود ناصری پور در مراسم تودیع و معارفه رئیس دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان گفت: دانشکده علوم رفتاری یکی از قدیمی ترین ساختارها در حوزه سلامت روان است که دارای اساتید باتجربه همچون دکتر سیاسی، دکتر محیط و دکتر بوالهروی است و به عنوان تک ستاره آسمان سلامت روان محسوب می شود.

وی افزود: این دانشکده در آموزش مثال زدنی است و در حیطه پژوهش هم سابقه طولانی دارد و از آنجا که به عنوان همکار WHO و سازمان بهداشت جهانی معرفی شده است باعث افتخار در سطح ملی و بین المللی است.

رئیس دانشگاه علوم پزشکی ایران خطاب به دانشجویان حاضر در جلسه گفت: قدردان اساتید فرهیخته خود در دانشکده باشید.

ناصری پور همچنین درباره دکتر بوالهروی رئیس سابق دانشکده علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی ایران و دکتر شریعت رئیس جدید دانشکده نکاتی را یادآور شد.

رئیس دانشگاه علوم پزشکی ایران گفت: موفق شدیم مجوز پژوهشکده پیشگیری از آسیب های اجتماعی را از شورای گسترش دانشگاه ها دریافت کنیم.

وی گفت: یکی از معضلات جامعه ما، آسیب های مربوط به حوزه سلامت روان است که باید به آن توجه شود و امیدواریم با ایجاد این پژوهشکده و همکاری سایر ارگان ها بتوانیم در راستای اجتماعی کردن سلامت گام موثری برداریم.

ناصری پور اظهار داشت: امیدوارم در طول این دوره بتوانیم یک فضای فیزیکی مناسب در شان دانشکده ایجاد کنیم و تمام تلاش خود را در این زمینه بکار بگیریم تا شاهد رشد و بالندگی در سطح دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان باشیم.



مهر گزارش می دهد؛



پشت پرده اجرا نشدن قانون ۱۱ ساله پرستاری/ هر سال دریغ از پارسال

تابستان سال ۸۶ بود که نمایندگان مجلس، طرحی را برای پرستاران تصویب کردند که بر اساس آن، خدمات پرستاری هم تعرفه داشته باشد، اما به از گذشت ۱۱ سال، خبری از اجرای آن نیست.

به گزارش [خبرنگار مهر](#)، نیروهای پرستاری بیشترین خدمات درمانی را در بیمارستان ها بر عهده دارند و بیشترین حضور چهره به چهره با بیماران نیز متوجه پرستاران است. همین دو ویژگی کافی است که پی به اهمیت و حساسیت خدمات پرستاری ببریم و متوجه این موضوع باشیم که اگر خدمات پرستاران را نادیده بگیریم، قطعاً خدمات درمانی که بیماران دریافت می کنند، ناقص خواهد بود.

بررسی ها نشان می دهد، بیش از ۸۰ درصد خدمات درمانی در بیمارستان ها متوجه پرستاران است. این در حالی است که هنوز برای خدمات پرستاری، تعرفه ای وجود ندارد و در نتیجه، پول خدمات پرستاری به جیب دیگران می ریزد.

جامعه ۲۰۰ هزار نفری پرستاران، با هزاران امید و آرزو، به طرحی که نمایندگان مجلس شورای اسلامی در تابستان سال ۸۶ تصویب کردند، دل خوش کرده بودند تا شاید امیدی به دریافت حق و حقوق واقعی آنها از خدماتی که به بیماران ارائه می دهند، داشته باشند. حالا بیش از ۱۱ سال از تصویب قانون تعرفه گذاری خدمات پرستاری می گذرد اما هنوز خبری از اجرایی شدن این قانون نیست.

پرستاران در طول این سال ها، همواره خواستار اجرایی شدن این قانون توسط دولت هایی بوده اند که بر مسند کار قرار گرفته اند، اما هنوز خبری از اجرایی شدن نیست.

محمد شریفی مقدم دبیر کل خانه پرستار، در گفتگو با [خبرنگار مهر](#)، گفت: این قانون ششم تیر ۱۳۸۶ با اکثریت قاطع نمایندگان مجلس به تصویب رسید و از آن روز تا کنون، پرستاران منتظر اجرایی شدن این قانون هستند.

وی با عنوان این مطلب که تمامی اقدامات کارشناسی برای اجرایی شدن قانون تعرفه گذاری خدمات پرستاری انجام شده است، ادامه داد: به رغم اینکه در طول ۱۱ سال گذشته هر دولتی که روی کار آمد از اجرایی شدن این قانون حمایت کرد و دستورات متعدد روسای جمهوری و معاونین آنها نیز وجود دارد، اما هنوز از اجرای تعرفه های پرستاری خبری نیست.

شریفی مقدم تاکید کرد: جامعه پرستاری انتظار دارد با گذشت بیش از ۱۱ سال از تصویب قانون تعرفه گذاری خدمات پرستاری و طی تمامی مراحل کارشناسی و رفع تمامی بهانه های ممکن و دستور روسای جمهور، این قانون شکل اجرایی به خود بگیرد.

این اظهارات در حالی مطرح می شود که اجرایی شدن این قانون در برنامه ششم توسعه کشور مورد تاکید قرار گرفته و دولت ملزم است آن را اجرایی کند.

در همین حال، سازمان نظام پرستاری و جامعه پرستاری کشور انتظار دارند با پیشنهاد وزارت بهداشت، به معاون اجتماعی سازمان مدیریت و برنامه ریزی و حمایت مجلس شورای اسلامی این قانون اجرایی شود.

سازمان نظام پرستاری طی نامه ای در خرداد ۹۷ با وزارت بهداشت و سازمان مدیریت برنامه ریزی، پیشنهاد دو هزار میلیاردی از محل منابع عمومی برای اجرای قانون داشته و امیدوار است این بار تیم دولت که شامل وزارت بهداشت و سازمان مدیریت و برنامه ریزی است، به انتظار پرستاران پایان دهند.

علی اشرف رحمان پناه عضو شورای عالی نظام پرستاری، با بیان اینکه وزارت بهداشت برای اثبات ادعای خود مبنی بر وجود اراده برای اجرای قانون تعرفه گذاری خدمات پرستاری باید بودجه پیشنهادی ارائه دهد، گفت: وزارت بهداشت باید بودجه پیشنهادی برای اجرای این قانون ارائه دهد.

وی با اعتقاد به اینکه هنوز اراده محکمی برای اجرای قانون تعرفه گذاری خدمات پرستاری در وزارت بهداشت وجود ندارد، اظهار کرد: وزارت بهداشت حتی برای یکبار بودجه ای به منظور اجرای این قانون در نظر نگرفته است، افزود: این ناشی از نبود اراده جدی در وزارت بهداشت است.

رحمان پناه با بیان اینکه سال گذشته سازمان نظام پرستاری بودجه ۱۰۰۰ میلیاردی را به کمیسیون بهداشت و درمان مجلس پیشنهاد داد اما در کمیسیون تلفیق مطرح نشد، خاطرنشان کرد: باید وزارتخانه های بهداشت و رفاه ثابت کنند که اراده ای در این باره در میان مسئولان وجود دارد.

وی، اجرای قانون تعرفه گذاری خدمات پرستاری را عاملی برای صرفه جویی هزینه ها و حفظ منافع ملی و به نفع اقتصاد درمان برشمرد و افزود: با اجرای این قانون جلوی بسیاری از هزینه های مازاد و سربار در نظام سلامت کشور گرفته می شود.

ساعات کار طولانی، اضافه کاری های اجباری، چند شیفت و نوبت کار کردن و... باعث فرسودگی شغلی پرستاران شده است. بطوریکه اغلب این نیروها با گذشت چند سال از شروع بکار در این حرفه، گرفتار بیماری های جسمی و افسردگی می شوند. استرس های ناشی از حساسیت های حرفه پرستاری، باعث شده پرستاران از شادابی و طراوت لازم در زندگی شخصی خود برخوردار نباشند و همین مسئله، آسیب هایی برای آنها و خانواده پرستاران به دنبال دارد.

کمبود نیروی پرستاری، منجر به اضافه کاری های اجباری گردیده و همین مسئله، میزان خطاهای پرستاری را بالا برده و کیفیت مراقبت های پرستاری از بیماران را کاهش داده است.

بشیر خالقی عضو کمیسیون بهداشت و درمان مجلس، در واکنش به اجرایی نشدن قانون تعرفه گذاری خدمات پرستاری بعد از گذشت ۱۱ سال از تصویب آن، گفت: قانون اگر اجرا نمی شود، مجری قانون و وزارت بهداشت تخطی کرده است، علت اصلی اجرایی نشدن و یا اجرای ناقص این قانون کمبود پرستار است. باید وزارت بهداشت جهت افزایش استخدام نیروی پرستاری اقدام کند، البته هر ساله تعداد کثیری نیرو جذب سیستم می شوند اما کماکان با کمبود پرستار مواجه هستیم، اگر کسری در کار وجود داشته باشد کمیسیون بهداشت و درمان مجلس مدافع حقوق پرستاران است و در راستای رضایت پرستاران و مردم تلاش خواهد کرد.

در همین حال، حسینعلی شهریاری رئیس کمیسیون بهداشت و درمان مجلس، قانون تعرفه گذاری خدمات پرستاری را در دنیا بی نظیر دانست و ابراز امیدواری کرد این قانون هرچه زودتر اجرایی شود.

سیدحسن هاشمی وزیر بهداشت، در واکنش به مشکلات حرفه پرستاری و کمبودهایی که پرستاران را آزار می دهد، گفت: از نظر تعداد نیروی مورد نیاز پرستاری در کشور، با مشکلات جدی روبرو هستیم و سازمان های امور استخدامی و برنامه و بودجه باید در این زمینه شنونده مشکلات باشند و طرحی برای حل مشکلات کمبود نیروی پرستاری در کشور داشته باشند. از طرفی به دنبال ارتقای رضایتمندی مردم از خدمات حوزه سلامت هستیم که بدون توسعه خدمات و مراکز و افزایش دسترسی مردم، این مهم میسر نمی شود و برای ارتقای رضایتمندی مردم، باید خدمات ارائه داد که نیاز به تامین اعتبارات دارد.

آنچه مسلم است، اینکه همه بر اجرایی شدن این قانون تاکید دارند، اما مشخص نیست چرا بعد از گذشت ۱۱ سال از تصویب آن، هنوز اراده ای بر اجرایی شدن قانون تعرفه گذاری خدمات پرستاری، وجود ندارد.



سخنگوی کمیسیون بهداشت و درمان مجلس خبر داد



تشکیل کارگروهی برای نحوه جذب پرستاران / بیمارستان ها همچنان با کمبود پرستار مواجه هستند

حیدرعلی عابدی سخنگوی کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی در گفت و گو با خبرنگار سلامت خبرگزاری فارس با بیان اینکه در حال حاضر پرستاران در حال حاضر با مشکلات زیادی دست و پنجه نرم می کنند اظهار داشت: استاندارد پرستار به تخت در کشورهای مختلف متفاوت است اما اگر استاندارد ۴ پرستار به ازای یک تخت را در نظر داشته باشیم در حال حاضر استاندارد برخی از بیمارستان ها یک پرستار به ازای یک تخت است.

وی گفت: در حال حاضر به ازای ۱۰۰ تخت بیمارستانی ۱۰۰ نفر کادر پرستاری از جمله پرستار، بهیار و کمک پرستار نیز در حال فعالیت هستند.

عابدی ادامه داد: این موضوع چند جلسه در کمیسیون بهداشت و درمان مورد بحث و بررسی قرار گرفت و قرار بر این شد که سازمان مدیریت، سازمان امور اداری استخدامی و معاونت پرستاری وزارت بهداشت کارگروهی را تشکیل داده و راهکاری را برای جذب پرستاران ارائه دهند.

سخنگوی کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی گفت: با محاسبات انجام شده اگر سالانه ۳۰ هزار پرستار، بهیار و کاردان اتاق عمل جذب شوند در سال ۱۴۰۴ به حد استاندارد در زمینه جذب پرستاران می رسیم اما در حال حاضر با کمبود استخدام پرستاران مواجه هستیم. انتهای پیام /



فارس منتشر کرد



راه شناسایی فقرا از سوی دولت / چندپارگی دستگاه ها برای کمک به نیازمندان

به گزارش خبرنگار اجتماعی خبرگزاری فارس، احمد میدری در مورد وضعیت پنجره رفاهی و روش شناسایی فقرا در کشور گفت: کاهش فقر و حمایت از اقشار کم درآمد یکی از پذیرفته شده ترین اصول دولت های مدرن است. تمام دولت ها مسئول هستند که از مردم خود در برابر ریسک های اجتماعی و اقتصادی حمایت کنند. ریسک هایی نظیر بیماری، پیری یا سالمندی، حوادث ناشی از کار، کاهش شدید درآمد، عدم دسترسی به نیازهای اولیه و... ریسک هایی به شمار می روند که افراد یک جامعه می توانند در معرض آن ها قرار بگیرند.

وی افزود: حکومت ها و دولت هایی که نتوانند مردم خود را در برابر این آسیب ها مصون یا بیمه کنند از یک دولت مردمی فاصله می گیرند و دیر یا زود در برابر شورش ها و نارضایتی ها قرار خواهند گرفت. دستیابی به این هدف والای انسانی که در قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران و در اصول مختلف بر آن تاکید شده است نیازمند ابزار، دانش و قدرت اجرایی است.

میدری گفت: بسیاری از اهداف به علت نداشتن دانش یا قدرت اجرایی بر زمین می مانند و به قول آن شاعر معاصر تنها می توانیم بگوییم دانه گندمی بودند که می توانستند خوشه ای شوند، این اهداف عملیاتی نمی شوند مگر اینکه مقدمات و لوازم اجرایی آن فراهم شود.

معاون رفاهی وزیر رفاه ادامه داد: **چند پارگی نظام اجرایی را می توان یکی از مشکلاتی نام برد که در کشور ما در حوزه حمایت های اجتماعی وجود داشته و در دولت روحانی برای حل آن اقدامات گسترده ای انجام شد و خوشبختانه** دستاورد بزرگی نیز داشت. حوزه حمایت های اجتماعی اساساً یک حوزه چند دستگاهی، میان دستگاهی و میان حکومت و مردم است و باید ساز و کاری وجود داشته باشد تا بتواند دستگاه های اجرایی مختلف را هماهنگ کند و تلاش های حکومت و تلاش های مردمی را نیز هم جهت کند.

وی با بیان اینکه حمایت اجتماعی در تمام جهان براساس دو رکن حکومت و مردم بنا شده است گفت: بدین معنا که علاوه بر دولت موسسات مردمی، خیریه ها و موسسات مردم نهاد نقش مهمی در کاهش فقر ایفا می کنند. تا قبل از دولت اول تدبیر و امید درباره این تعارض ها و ناهماهنگی ها بحث نشده بود و هیچ سازو کار ی برای هماهنگی آن ها طراحی نشده بود اما خوشبختانه وزارت رفاه موفق شد علاوه بر آوردن این مسائل روی میز سیاست گذاران، مصوبات لازم برای هماهنگی نیز به وجود آورد و اقدامات اجرایی روشنی انجام شد و امروز زمینه همکاری و هماهنگی میان دستگاه های اجرایی، حکومت و مردم فراهم شد.

میدری معتقد است که ما در نظام حمایت اجتماعی دچار چندپارگی هستیم این چندپارگی نظام حمایت اجتماعی را به شدت مختل ساخته است. چندپارگی نظام حمایت اجتماعی بیش از مشکل دوگانگی است که در سایر حوزه ها با آن روبرو هستیم. **دوگانگی در بسیاری از نظام های اجرایی ایران وجود داشته است و روشن ترین راه حلی که برای آن اندیشه شد ادغام دستگاه ها در یکدیگر بود.** به طور مثال موضوع دو دستگاه اجرایی در بخش کشاورزی و روستایی بود. همان طور که می دانیم از ابتدای انقلاب اسلامی هم جهاد سازندگی و هم وزارت کشاورزی را داشتیم. وجود دو دستگاه مسئول مشکلات فراوانی را به وجود آورده بود. تا اینکه در دوره دولت اصلاحات این دو وزارتخانه در یکدیگر ادغام شدند. برای امنیت شهرها، کمیته انقلاب اسلامی و شهرداری ها داشتیم. تا اینکه آن ها در هم ادغام شدند و یک نیروی واحد امنیت شهرها را به دست گرفت.

وی تصریح کرد: ما در تمام حوزه ها از سیاست خارجی تا امور نظامی دچار یک دوگانگی هستیم. اما در حوزه حمایت های اجتماعی علاوه بر این دوگانگی در درون قوه مجریه نیز چند پارگی وجود دارد. دوگانگی مرسوم که در حوزه حمایت های اجتماعی وجود دارد این است که بخشی از دستگاه ها مانند سازمان اوقاف، کمیته امداد امام خمینی (ره)، بنیاد مستضعفان، ستاد اجرایی فرمان امام (ره) و بسیج مستضعفان زیر نظر مقام معظم رهبری هستند. تمام این نهادها در حوزه حمایت های اجتماعی به شکل فعال حضور دارند و بودجه هایی را صرف حمایت های اجتماعی می کنند.

اقتشار آسیب پذیر با تعدد دستگاه های مسئول روبرو هستند

میدری تأکید کرد: در بودجه قوه مجریه نیز سازمان بهزیستی کشور و هلال احمر در حوزه حمایت های اجتماعی فعالیت می کنند و وقتی که به زیربخش های حمایت اجتماعی نظیر اعتیاد توجه می کنیم می بینیم که نهادهای مختلفی مانند وزارت بهداشت، وزارت رفاه، سازمان بهزیستی کشور، ستاد مبارزه با مواد مخدر، دانشگاه های علوم پزشکی و استانداری ها فعالیت می کنند.

وی ادامه داد: درحوزه معلولین نیز وزارت آموزش و پرورش، سازمان بهزیستی کشور، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و هلال احمر فعالیت دارند. درحوزه زنان نیز همین روند وجود دارد یعنی در هر حوزه مربوط به اقتشار آسیب پذیر با تعدد دستگاه های مسئول روبرو هستیم: چند دستگاه در قوه مجریه و یا دستگاه های حکومتی فعالیت دارند. بنابراین ما دچار یک تعدد اجتناب ناپذیر هستیم. برخی اجتناب ناپذیر و برخی غیر ضروری.

پیشنهاد ادغام بهزیستی در وزارت بهداشت

میدری گفت: سازوکاری که در ایران معمولاً برای ایجاد هماهنگی میان این دستگاه ها طراحی می شود و خود یا با مقاومت و یا با شکست روبرو می شود ادغام دستگاه ها در یکدیگر است. به عنوان مثال امروز عده ای به دنبال این هستند که بهزیستی در وزارت بهداشت ادغام شود تا حوزه معلولین یکپارچه سازی شود غافل از اینکه ادغام بهزیستی در وزارت بهداشت قبلاً وجود داشته است اما به این دلیل که حمایت از معلولین یا معزادان امری اجتماعی است و درمان تنها یک بخش از حمایت اجتماعی را دربرمی گیرد و این سیاست نمی تواند سیاستی صحیح باشد.

معاون رفاهی وزیر رفاه اظهار کرد: وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی از سال ۹۳ این مشکل نظام اجتماعی و یا این آسیب را بررسی و تحلیل کرد. **پراکندگی بودجه، تعارض های سازمانی و ناهماهنگی در میان دستگاه های اجرایی و تجربیات جهانی را به طور دقیق مورد بررسی قرار گرفت.** از کارشناسان بین المللی و مسئولین دستگاه های اجرایی سایر کشورها مانند مکزیک، اردن، ترکیه، کره جنوبی، و... دعوت کرد تا بررسی کند که چگونه این کشورها با مساله هماهنگی بین نهادهای حوزه حمایت های اجتماعی روبرو شدند و این مساله را حل کردند. پس از بررسی های داخلی، ملی و بین المللی به این نتیجه رسیدیم که **راهکار حل این مساله پدیده یا ابزاری است به نام « پنجره واحد خدمات حمایتی ».**

وی افزود: در پنجره واحد خدمات حمایتی که تجربه آن از کشورهای بسیار کم درآمدتر از ایران نظیر کامبوج تا کشورهایی مانند کانادا، فرانسه و آلمان اجرا شده است، خدمات حمایتی در یک سامانه هماهنگ می شود. پنجره واحد خدمات حمایتی سه بخش اصلی دارد. نخست هر فرد و خانواده دارای یک شناسنامه وضعیت اجتماعی و اقتصادی است که درآمدها، هزینه ها و ثروت آن در آن شناسنامه ثبت می شود و به کمک آن شناسنامه استحقاق افراد سنجیده می شود. اینکه آیا یک فرد مستحق دریافت خدمات حمایتی است یا نه به کمک این شناسنامه و مق

پرونده خدمات رفاهی به جریان افتاد

میدری با اشاره به پرونده خدمات رفاهی گفت: هرفردی که از یک دستگاه، خدمتی را می گیرد آن دستگاه آن خدمت را در پرونده ثبت می کند. به عنوان مثال اگر فرد معتادی برای ترک اعتیاد تحت پوشش سازمان بهزیستی کشور قرار می گیرد و همان فرد از یک موسسه خیریه کمک دریافت می کند و یا کمیته امداد امام خمینی (ره) به آن فرد وامی را ارائه می دهد همه در یک پرونده الکترونیک ثبت می شود.

وی ادامه داد: رکن دیگر پنجره واحد خدمات حمایتی این است که فرد به جای مراجعه مستقیم به دستگاه ها در یک سامانه تقاضای خدمت می کند و فرد برای نیازمندی و نوع خدمتی که می خواهد خود اظهار می کند و در سامانه ثبت نام خدمات حمایتی نام خود را ثبت می کند.

معاون رفاهی وزیر رفاه با بیان اینکه این نقشه راه به عنوان راهکاری بین المللی و منطقی در دستگاه های اجرایی، گفت: طراحی این سامانه در سال ۹۴ آغاز شد و تاکنون خوشبختانه توانسته است اقدامات اجرایی گسترده ای را انجام دهد و هر سه رکن، یعنی **رکن شناسنامه اقتصادی، اجتماعی، پرونده الکترونیک رفاهی و سامانه ثبت نام راه اندازی شده است.**

ایجاد شناسنامه مالی برای ۲۴ میلیون ایرانی

وی گفت: تاکنون وزارت رفاه موفق شده است که برای تمامی خانواده های ایرانی یعنی ۲۴ میلیون خانواده، شناسنامه وضعیت

اقتصادی، اجتماعی ایجاد کند. در این شناسنامه از ۵۲ پایگاه اطلاعات خانواده ها به جز سپرده های بانکی که اطلاعات آن محرمانه است، تمام اطلاعات از دستگاه های اجرایی گرفته و در آن جا به ثبت رسیده است. بنابراین امروزه یکی از ابزارهای مهم نظام رفاهی و حتی نظام مالیاتی را در وزارت رفاه فراهم کرده ایم و می توانیم استحقاق افراد را برای دریافت خدمات حمایتی بسنجیم.

میدری گفت: سامانه ثبت نام و پرونده الکترونیک نیز راه اندازی شده است. چند خدمت حمایتی از جمله بیمه کارگران ساختمانی و سبد کالا در آن ایجاد شده است.

معاون رفاهی وزیر رفاه با تاکید بر اهمیت راه اندازی پنجره واحد خدمات حمایتی که درایران گفت: همان طور که گفته شد ما درایران دستگاه های مختلف حمایتی مانند سازمان اوقاف، سازمان بسیج مستضعفان، بنیاد مستضعفان، ستاد اجرایی فرمان امام (ره)، کمیته امداد امام خمینی (ره)، سازمان بهزیستی و هلال احمر را داریم و علاوه بر آن ده ها هزار موسسات مردم نهاد حمایتی داریم و هیچ سازو کاری قبل از پنجره واحد خدمات حمایتی در ایران برای هماهنگی این همه دستگاه وجود نداشت اما وزارت رفاه

کمیته امداد و بهزیستی به سامانه رفاهی پیوستند

وی گفت: تاکنون کمیته امداد و سازمان بهزیستی کشور همکاری کرده و به این سامانه پیوسته اند. وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی از ستاد اقتصاد مقاومتی نیز درخواست کرده است که نهادهای زیر نظر مقام معظم رهبری نیز به این سامانه بپیوندند.

میدری با اشاره به اینکه این سامانه برخلاف رویکردهای دیگر استقلال سازمانی آن ها را از بین نمی برد بلکه از آن ها می خواهد ضمن استقلال و دارا بودن واحدهای سازمانی خود اطلاع از پایگاه گسترده اطلاعاتی که وزارت رفاه تهیه کرده استفاده کنند، گفت: اگر به فردی خدمتی ارائه می دهند در آن جا ثبت می شود. این کار در رفع هم پوشانی بین دستگاه های حمایتی نقش بسیاری مهمی خواهد داشت و به عبارت دیگر همان گونه که امروز میان کمیته امداد و بهزیستی فردی نمی تواند از هر دو خدمت استفاده کند اگر آن دستگاه ها نیز بپیوندند دیگر هیچ گونه هم پوشانی میان آن ها وجود نخواهد داشت.

کاهش فساد با راه اندازی پنجره واحد رفاهی

معاون رفاهی گفت: اما کارکرد مهم تر دیگر پنجره واحد خدمات حمایتی این است که کارآمدی دستگاه های اجرایی کشور را به شدت افزایش می دهد. سازمان اوقاف، بسیج، بهزیستی و ... هیچ یک از این دستگاه ها نمی توانستند این پایگاه عظیم اطلاعات را فراهم کنند اما امروز این پایگاه عظیم فراهم شده و در اختیار آن ها قرار می گیرد تا بدانند که چه فردی کاملاً مستحق است اما کارآمدی آن ها به شکل دیگری نیز افزایش پیدا می کند.

وی اظهار کرد: پرونده الکترونیک رفاهی امکان فساد در دستگاه های اجرایی را به شدت کاهش می دهد. در بسیاری از موارد دستگاه های اجرایی برای اینکه بتوانند بودجه ای را در اختیار اقشار کم درآمد قرار دهند و وقتی بودجه های خود را به شهرستان ها و استان ها ابلاغ می کردند بودجه ها دچار انحراف اساسی می شدند ولی امروز وقتی که فرد دریافت کننده از طریق سیستم الکترونیکی بانکی خدمت و پولی را دریافت می کند به طور مشخص آن پول در اختیار او قرار گرفته و امکان انحراف در دستگاه های اجرایی سلب می شود.

چه کسی فقیر است؟

میدری گفت: با تجمیع اطلاعات، میزان فقر را در ایران بهتر تشخیص می دهیم. دولت قبل از پنجره واحد خدمات حمایتی نمی دانست که چه تعداد از مردم واقعا نیازمند هستند و اطلاعات به شکل پراکنده وجود داشت. **به طور مثال تا پیش از این پایگاه تصور ما براین بود که ۲ میلیون زن سرپرست خانوار در کشور وجود دارد اما بعد از ایجاد پنجره واحد خدمات حمایتی مشخص شد که ۳ میلیون و ۴۰۰ هزار زن سرپرست خانوار در کشور وجود دارند و رده های سنی این افراد و مشکلات خاص هرگروه و افراد نیازمند حمایت شناخته شدند.**

وی ادامه داد: تا پیش از راه اندازی پنجره واحد خدمات حمایتی ما نمی دانستیم چه تعداد کودک بازمانده از تحصیل در کشور در دوره ابتدایی داریم اما **با ایجاد شناسنامه اقتصادی، اجتماعی خانوار مشخص شد که ۱۳۶ هزار کودک در خارج از مدرسه هستند.** بیماران خاص و سایر مشکلاتی که هریک از اقشار آسیب پذیر داشتند با پنجره واحد خدمات حمایتی دارای تصویر روشنی شود.

میدری گفت: بنابراین بزرگ ترین اقدامی که می تواند حوزه حمایت های اجتماعی و فقر زدایی را به شکل اساسی دگرگون کند **ایجاد پنجره واحد خدمات حمایتی است و ارزش آن از زیاد یا کم کردن یارانه بسیار بیشتر است.** ما ساختار حکمرانی را در حوزه حمایت های اجتماعی تغییر دادیم، انتهای پیام/



معاون امور مسائل و آسیب های اجتماعی سازمان امور اجتماعی کشور:

۷۰ درصد مردم با پدیده کودکان کار خیابانی مواجه هستند



به گزارش گروه اجتماعی خبرگزاری فارس، نشست کودکان کار و خیابانی به همت سازمان امور اجتماعی کشور و با حضور سازمان های مردم نهاد مرتبط با این حوزه صبح امروز در محل وزارت کشور برگزار شد.

در ابتدای این نشست کمال اکبری معاون مشارکت های اجتماعی سازمان امور اجتماعی کشور با تبیین نقش سازمان های مردم نهاد در مداخلات اجتماعی گفت: با همکاری سمن ها و بخش های دولتی می توان الگوی موثری در کاهش آسیب های اجتماعی ارائه کرد.

وی افزود: در این جلسه به دنبال نتیجه گیری هستیم جلساتی پیش از این درباره این موضوع تشکیل شد اما در این جلسه تعداد محدودتری از نهادهای مردمی مرتبط انتخاب شدند تا به کمک آنها به نتیجه ای واحد در این حوزه برسیم.

اکبری اظهار کرد: این جلسه با حضور نمایندگان شبکه یاری که خود شامل مجموعه بزرگتری هستند و می توانند با سمن های زیرمجموعه خود گفت و گو کنند.

معاون مشارکت های اجتماعی اشاره کرد: پیشنهاد داریم کمیته ای تشکیل شود و به طرحی برسیم که مراحل مورد نظر سازمان امور اجتماعی را در دل خود داشته باشد.

اکبری خاطرنشان کرد: این طرح فعلا در شهر تهران و برای کودکان کار خیابان خواهد بود و پس از موفقیت این طرح وارد حوزه های دیگر خواهیم شد.

وی تاکید کرد: به دنبال این هستیم که بدانیم سازمان های مردم نهاد چه مقدار و تا چه حدی می توانند نقش داشته باشند. یکی از اقدامات موثر سازمان های مردم می تواند این باشد که کاری را در یک بخش به طور حداکثری برعهده گیرند و مسئولیت خود را به خوبی انجام دهند به طوری که در آن زمینه پاسخگوی اقدامات خود باشند.

در ادامه رضا محبوبی معاون امور مسائل و آسیب های اجتماعی سازمان امور اجتماعی کشور در تشریح موضوع کودکان کار و خیابانی گفت: موضوع کودکان خیابانی، دست فروشان، متکدیان و در نهایت کودکان خیابانی دو جنس متفاوت هستند و به عنوان آسیب اجتماعی مطرح بوده است. این پدیده ریشه های مختلفی دارد گرچه فقر، بیکاری و مشکلات معیشتی و اقتصادی به عنوان دلایل اصلی مطرح می شود اما دلایل دیگری چون فرهنگی و اجتماعی و سیاسی و انگیزه های مجرمانه وجود دارد.

وی افزود: در این جلسه به دنبال مواجهه با علل بروز این پدیده نیستیم. در این جلسه می خواهیم معلول فقر، بیکاری و مسائل اقتصادی را که موجب ظهور این پدیده شده است را بررسی کنیم.

محبوبی اشاره کرد: کودکان کار روند رو به رشدی دارد و خصوصا در کلانشهرها و شهرهای بزرگ همه شهروندان با این موضوع درگیر هستند و صرفا نمی توان از طریق برنامه ریزی مدیران انجام داد.

وی افزود: شهریور ماه سال گذشته با همکاری ایسپا پیمایشی انجام شد که نشان داد بیش از ۷۰ درصد مردم با پدیده کودکان کار خیابانی مواجه هستند. بیش از ۷۰ درصد مردم نیز معتقدند این افراد چهره شهر را زشت می کنند و ۸۸ درصد موافق جمع آوری این افراد هستند.

محبوبی اشاره کرد: سه سال پیش در شورای اجتماعی کشور با محوریت شهرداری طرح راه اندازی قرارگاه آسیب های اجتماعی تهران مصوب شد اما اجرا نشد و این موضوع به دلیل ضعف فرهنگ سازی در این زمینه بود.

وی ادامه داد: این طرح دوباره برای شهر تهران تهیه شد و طی آن جلسات متعددی با شهرداری و فرمانداری برگزار و برنامه ای با سه گام طراحی شد.

معاون امور مسائل و آسیب های اجتماعی سازمان امور اجتماعی کشور درباره این برنامه گفت: گام اول این طرح مجموعه اقدامات فرهنگی و توجیه افکار عمومی است. مردم، خبرنگاران و تربیون داران این حوزه باید آگاه باشند. گام دوم درگیر کردن مردم و تشکل های غیردولتی در کار، بخش کوچکی از موضوع نظرخواهی است در واقع همه افرادی که دغدغه، توانمندی و امکانی دارند، باید درگیر کار شده و خودشان فعال شوند. و گام سوم ساماندهی میدانی است که باید همزمان با گامهای قبلی آغاز شوند. باید محیط ناامن باشد تا نتوانند به صورت سازماندهی شده وارد محیط شوند. این سه گام باید در کنارهم و در یک راستا اجرا شوند.

وی با بیان اینکه نیاز به عزم جدی و سیاست گذاری در این حوزه داریم، خاطرنشان کرد: صرف علاقمندی یک تشکل یا گروه نمی تواند دلیلی برای مسئولیت گرفتن در این حوزه نیست بلکه باید آموزش های لازم، مددکار و امکانات لازم نیز داشته باشند.

محبوبی تاکید کرد: سمن های حاضر در این جلسه به عنوان نماینده شبکه خود برای فرهنگ سازی و برداشتن گام اول طرح کمک کنند و در محدوده مخاطبان خود کار فرهنگی را انجام دهند.

معاون امور مسائل و آسیب های اجتماعی سازمان امور اجتماعی کشور افزود: سمن های مرتبط اتاق فکر یا ستادی را تشکیل دهند تا به طرحی جامع و قابل اجرا در این راستا دست یابیم و آن را عملیاتی کنیم.

گفتنی است در این نشست نمایندگان و مدیران سازمان های مردم نهاد نظرات و دیدگاه های خود را راستای عملیاتی کردن و بهبود شرایط کودکان کار و خیابانی بیان کردند. انتهای پیام/



معاون پیشگیری و درمان اعتیاد بهزیستی خبر داد

اجرای طرح «آماده سازی شغلی» برای معتادان بهبودیافته در ۱۶ استان کشور

به گزارش خبرنگار اجتماعی خبرگزاری فارس، فرید براتی سده در دومین دوره آموزشی مدیریت مورد ویژه معتادین در حال بهبود گفت: ۱۶ استان برای اجرای این طرح با اولویت معتادین متجاهر آغاز شده است.

معاون پیشگیری و درمان اعتیاد سازمان بهزیستی کشور با اشاره به رویکردهای مدیریت مورد در پیشگیری از اعتیاد افزود: با وجود ۸ هزار مرکز درمانی سرپایی و هزار و ۲۰۰ مرکز اقامتی، در بحث درمان هیچ کمبودی وجود ندارد و تمامی کمبود ها و غفلت ها در مهمترین بخش از روند بهبودی یعنی زمانی که فرد از مراکز درمانی ترخیص می شود، وجود دارد.

براتی سده، بازتوانی روانی و اجتماعی فرد بهبود یافته را مهمترین قسمت از مسیر درمان عنوان کرد و گفت: در صورتی که این نقصان رفع شود راهبردها به نقطه مطلوب می رسد.

وی مدیریت مورد را طرح مددکاری بسیار جدی در توانمند سازی و بازگشت معتادین بهبود یافته به اجتماع دانست و تصریح کرد: نیازهای این قشر از جامعه متفاوت از سایرین است و به دلیل اینکه عموماً افرادی طرد شده و بیگانه از توانمندی های خود هستند، برای بهبودی کامل آنها به اقدامات مددکاری اجتماعی و حضور جدی در فضای زندگی آنها نیاز است.

براتی سده، به تصویب آیین نامه درمان و کاهش آسیب معتادین بی بضاعت و تحویل وظیفه ساماندهی آنها به سازمان بهزیستی تاکید کرد و گفت: سازمان بهزیستی از طریق مدیریت مورد به برگزاری کارگاه های دوره ای با اولویت معتادین متجاهر اقدام کرده است که این طرح شامل تمامی معتادین بهبود یافته می شود.

معاون پیشگیری و درمان اعتیاد سازمان بهزیستی کشور با اشاره به تاثیر معضلات اجتماعی به خصوص بیکاری در بازگشت فرد بهبود یافته به اعتیاد یادآور شد: طرح آماده سازی شغلی و آموزش نحوه نگهداشت و بازتوانی شغلی در حال اجرا است که در پایان، فرد بهبود یافته برای دریافت تسهیلات اشتغال و منابع مالی معرفی می شود. انتهای پیام/



با اصلاح قانون مصوب سال ۸۵؛

لایحه «تابعیت فرزندان زنان ایرانی دارای همسر خارجی» تصویب شد

به گزارش خبرنگار اجتماعی خبرگزاری فارس، براساس مصوبه شب گذشته دولت، لایحه اصلاح قانون تعیین تکلیف تابعیت فرزندان دارای مادر ایرانی و پدر خارجی تصویب شد.

به موجب این لایحه، فرزندان حاصل از ازدواج زنان ایرانی با مردان خارجی، تا قبل از ۱۸ سالگی به درخواست مادر و پس از ۱۸ سالگی به درخواست خودشان می توانند تقاضای تابعیت ایرانی نموده و شناسنامه ایرانی دریافت کنند.

در قانون مصوب ۸۵ وضعیت این فرزندان تا قبل از ۱۸ سالگی نامعلوم باقی مانده بود و امکان ادامه تحصیل و داشتن و اوراق

هویتی مانند شناسنامه برای این افراد وجود نداشت اما این قانون مصوب اصلاح و پیش نویس قانونی لایحه در جلسه روز گذشته دولت به تصویب رسید تا امکان برخورداری این کودکان از حقوق اجتماعی و رفع تبعیض های اجتماعی و اقتصادی از بین برود.

بنابراین براساس این گزارش، لایحه تابعیت فرزندان زنان ایرانی دارای همسر خارجی، برای اصلاح قانون فعلی به مجلس خواهد رفت. انتهای پیام /



نچار خبر داد



ابلاغ دستورالعمل اجرایی مدیریت بحران استان های معین پایتخت

به گزارش خبرنگار اجتماعی خبرگزاری فارس، اسماعیل نچار گفت: این دستورالعمل پس از تصویب نهایی در جلسه ۸ مهرماه شورای هماهنگی مدیریت بحران کشور توسط وزیر کشور و قائم مقام رئیس شورای عالی مدیریت بحران کشور به اعضای شورای عالی مدیریت بحران کشور ابلاغ شد.

رئیس شورای هماهنگی مدیریت بحران کشور تصریح کرد: به استناد ماده (۶) قانون تشکیل سازمان مدیریت بحران کشور مبنی بر برنامه ریزی جهت بهره مندی بهینه از توانمندی های ملی، منطقه ای و محلی در مواجهه با حوادث طبیعی و سوانح و با توجه به خطرپذیری بالای کلان شهر تهران در برابر زلزله و اهمیت استراتژیک این شهر به عنوان پایتخت جمهوری اسلامی ایران پس بحث و جلسات متعدد این دستورالعمل نهایی و ابلاغ شد.

وی با اشاره به مفاد دستورالعمل مدیریت بحران استان های معین، خاطر نشان کرد: در دستورالعمل مذکور به نقش و وظایف دقیق، نحوه فراخوان، شیوه اعزام، استقرار و اقدامات استان های معین، پیشتاز و جانشین در کلان شهر تهران، در جریان وقوع حوادث محلی و ملی پرداخته شده است.

معاون وزیر کشور با اشاره به اهداف دستورالعمل مذکور گفت: هم افزایی هرچه بیشتر استان های معین جهت امداد رسانی در زمان طلایی و ساعات اولیه وقوع حوادث، به حداقل رساندن زمان اعزام و حضور به موقع استان های معین در محل های مأموریت تعیین شده، ارزیابی کاستی های موجود و انجام اقدامات عاجل در خصوص رفع آن، برنامه ریزی و گسیل نیروها و امکانات از منابع استانی براساس نیازهای مناطق آسیب دیده، و نیز استفاده بهینه از ظرفیت ها و توانمندی های کشور در مدیریت بحران از جمله اهداف این دستورالعمل است.

رئیس سازمان مدیریت بحران کشور افزود: با توجه به سطح بالای اهمیت این موضوع انتظار می رود دستگاه های مرتبط نسبت به اجرای دقیق مفاد دستورالعمل مزبور اهتمام ویژه نموده و هر ۳ ماه یکبار گزارش عملکرد آن استان و یا دستگاه تهیه و به سازمان مدیریت بحران کشور ارائه شود.

جدول (۱): استان های معین مناطق و شهرهای اطراف تهران در حادثه با سطح ملی

حوزه عملیاتی	ردیف	مناطق	نام استان معین
حوزه شماره ۱ پهنه شمال غرب تهران استان پیشناز (قزوین)	۱	منطقه ۵	آذربایجان شرقی
	۲	منطقه ۲	استهبان
	۳	منطقه ۶	آذربایجان غربی
	۴	منطقه ۲۱	زنجان
	۵	منطقه ۲۲	قزوین
حوزه شماره ۲ پهنه شمال شرق تهران استان پیشناز (مازندران)	۶	منطقه ۱	گلستان
	۷	منطقه ۳	خراسان شمالی
	۸	منطقه ۴	مازندران
	۹	منطقه ۷	گیلان
	۱۰	منطقه ۸	خراسان جنوبی
حوزه شماره ۳ پهنه جنوب شرق تهران استان پیشناز (سمنان)	۱۱	منطقه ۱۳	یزد
	۱۲	منطقه ۱۲	خراسان رضوی
	۱۳	منطقه ۱۴	کرمان
	۱۴	منطقه ۱۵	سمنان
	۱۵	منطقه ۱۶	قزوین
حوزه شماره ۴ پهنه جنوب تهران استان پیشناز (قم)	۱۶	منطقه ۱۹	همدان
	۱۷	منطقه ۲۰	قم
	۱۸	منطقه ۹	اردبیل
	۱۹	منطقه ۱۰	غیرستان
	۲۰	منطقه ۱۱	لرستان
حوزه شماره ۵ پهنه جنوب غرب تهران استان پیشناز (مرکزی)	۲۱	منطقه ۱۷	کرمانشاه
	۲۲	منطقه ۱۸	مرکزی
	۲۳	اسلام شهر	ایلام
	۲۴	شهریار	سیستان و بلوچستان
	۲۵	پاکدشت و وراپین	بوهر
شهرستان های متأثر از حادثه شهر تهران با مسئولیت استانداري تهران	۲۶	فیروزکوه	کردستان
	۲۷	بردسیر	کهگیلویه و بویراحمد
	۲۸	پهلوسان	چالوس و بندازی
	۲۹	دماوند	هرمزگان

IRNA
Islamic Republic News Agency
خبرگزاری جمهوری اسلامی



محرومیت ۳ میلیون و ۳۷۰ هزار خانوار روستایی و عشایر از هر گونه بیمه نازنشستگی

61

برخی استان ها یک سوم میانگین ملی درآمد دارند. بدین لحاظ پوشش بیمه های اجتماعی برای این قشر از اهمیت فوق العاده ای برخوردار است.»

همچنین در این گزارش و در ادامه به آمار خانوارهای روستایی و عشایر اشاره شده: «حدود سه میلیون و ۳۷۰ هزار خانوار روستایی و عشایری در سطح کشور از هرگونه بیمه بازنشستگی و از کار افتادگی محروم اند.»

کارشناسان مرکز پژوهش های مجلس در گزارش خود به محاسبه رقم مورد نیاز برای پوشش همگانی روستائیان و عشایر پرداخته و چنین نتیجه گرفته اند: «اگر حق بیمه سهم دولت برای این تعداد خانوار به میزان ۴۸۰ هزار تومان تامین شود، امکان پوشش برای کل این افراد فراهم خواهد شد.»

بر این اساس در گزارش مزبور رقم مورد نیاز برای انجام این کار مهم یک هزار و ۶۶۰ میلیارد تومان برآورد شده است. طبق آن چه در اتاق فکر مجلس طراحی شده است، تخصیص ۱۶۶۰ میلیارد تومان در سال جاری برای گسترش نفوذ بیمه اجتماعی بازده بسیار بالایی در ایمنی اجتماعی خواهد داشت.

به این ترتیب به نظر می رسد بحث بیمه اجتماعی کشاورزان، روستائیان و عشایر به عنوان یکی از گلوگاه های گسترش خدمات رفاهی در کشور، مورد توجه مراکز علمی و پژوهشی کشور قرار گرفته که می تواند زمینه ساز کل گیری یک گفتمان ملی برای پوشش کامل طبقه مولد کشور باشد. انتهای پیام /