



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

کتابداران برگزیده دانشگاه های علوم پزشکی سراسر کشور مورد تقدیر

قرار می گیرند..... ۵

دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، جزو ۱۰ دانشگاه برتر در مجموعه

دانشگاه ها و موسسات تحقیقاتی وزارت بهداشت است ۷

قطعات پرکاربردترین ارتزهای توانبخشی، توسط شرکت وابسته به مرکز

رشد دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی طراحی و تولید شد ۷

اخبار حوزه «توانبخشی»: ۱۰

ارائه خدمات ویژه علوم ورزشی به افراد دارای کم توانی ذهنی ۱۰

ویژگی های کودکان تیزهوش ۱۰

اخبار حوزه «سلامت روان»: ۱۳

ام اس، یک عمر اضطراب ۱۳

اختلالات خواب را جدی بگیرید/آسیب های شیف شب ۱۷

چگونه واقعیات تلخ را به بیماران بگوییم؟ ۱۸

افسردگی هایی که به درمان مقاومند/اثرات مثبتی که "طرحواره درمانی"

دارد..... ۲۱

اخبار حوزه «رفاه و سلامت اجتماعی»: ۲۴

راه حلی که معاون وزیر برای کنترل «خشونت» در مدارس ارائه کرد

..... ۲۴

طرح پیشگیری از خشونت اجرا می شود * ۲۴

سهم معنادار حرفه مددکاری اجتماعی در تحقق اهداف توسعه پایدار-

..... ۲۶



دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
روابط عمومی

بیست و سومین مجموعه از اخبار برگزیده رسانه ها

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

از تاریخ ۱۵ لغایت ۲۲ آبان ماه ۱۳۹۷

راهنمای استفاده از این مجموعه :

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

سردبیر مجموعه : فریبا نعیمی پور

مدیر مسئول : سیدمحمد موسوی خطاط

همکار : ندا قنبری

وزیر رفاه ۷۰: درصد خانوارهای ایرانی با «پدران خارجی» بیمه نیستند

۵۷.....

عبور ۳۰ درصد مواد مخدر افغانستان از طریق ایران / ایجاد اشتغال برای

۱۰ هزار معتاد بهبود یافته.....۵۸

رفع آسیب‌های اجتماعی مهم‌ترین دغدغه مردم و مسئولین ۶۳

صورت مساله را پاک نکنید، وسایل ازدواج جوانان را فراهم کنید

۶۴.....

راهنمایی و مشاوره باید از سال های ابتدایی مدرسه آغاز شود *

۲۹.....

بررسی پدیده کودکان کار در جنوب پایتخت ۳۰

بیش از ۲۰ طرح برای کنترل آسیب های اجتماعی در دست اجرا است *

۳۵.....

اجرای طرح نماد زمینه ساز کاهش آسیب ها * ۳۷

ابتکار: بسته معیشتی دولت به زودی ابلاغ می شود ۳۸

صندوقهای بیمه‌ای و تحولات اجتماعی اولویتهای وزارت رفاه ۳۹

اجتماعی شدن سلامت یکی از عوامل موفقیت کنترل بیماری های

غیرواگیراست * ۴۱.....

هر تصمیم و پروژه ملی باید پیوست سلامت داشته باشد * ۴۲

طرح نماد طرحی راهبردی و بلند مدت است * ۴۵

دلایل عدم استفاده از مددکاران اجتماعی/ضرورت ایجاد سازمانی خاص

* ۴۵.....

آخرین آمار آوارگان تهرانی/میزبانی از هرکارتن خواب چقدر هزینه دارد

۴۷.....

کشور باید برای کاهش خسارات جانی و مالی حوادث آماده شود *

۴۹.....

۵۰.....

آمادگی ایران برای انتقال تجارب مبارزه با مواد مخدر * ۵۰

کارایی بیمارستان‌ها در ایران چگونه است؟ ۵۲

"تحصیلات" و "درآمد" مولفه‌های موثر بر سالمندی فعال ۵۴

لزوم ایجاد قطب‌های متعدد در مددکاری اجتماعی * ۵۵

مشکلات بیمه‌ای بچه‌های سندروم دان ادامه دارد ۵۶

اخبار «ویژه دانشگاه»:



کتابداران برگزیده دانشگاه های علوم پزشکی سراسر کشور مورد تقدیر قرار می گیرند

کتابداران برگزیده حوزه های آموزشی، پژوهشی و بالینی علوم پزشکی کشور، روز ۲۴ آبان ماه جاری در دومین همایش ملی " کتابداری پزشکی و اطلاعات سلامت " مورد تقدیر قرار می گیرند.

به گزارش خبرنگار وبداي دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، دکتر " فرزانه فضلی " معاون مرکز توسعه و هماهنگی اطلاعات و انتشارات علمی وزارت بهداشت امروز (یکشنبه) در جمع خبرنگاران با اعلام این خبر، گفت: همایش ملی " کتابداری پزشکی و اطلاعات سلامت " همزمان با سالروز " کتاب ، کتابخوانی و کتابدار "، با هدف تقدیر از کتابداران برگزیده و کارکنان کتابخانه های مرکزی با توجه به نقش های مختلف آنان در حوزه های گوناگون، با همکاری و میزبانی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی برگزار می شود.

وی اظهارداشت: برای تحقق هدف این همایش، از روسای ۶۵ دانشگاه علوم پزشکی سراسر کشور خواسته شد تا کتابداران نمونه و پرتلاش بخش های مختلف خود را معرفی کنند و با توجه به حیطه فعالیت آنان ، کتابداران معرفی شده در سه رده " آموزشی ، پژوهشی و بالینی " تقسیم بندی شده و براساس شاخص های وزارت بهداشت، افرادی که بالاترین امتیاز را کسب کردند، برگزیده و در همایش کتابداران معرفی می شوند.

دکتر فضلی افزود: کتابخانه های مرکزی دانشگاه های علوم پزشکی سراسر کشور نیز بلحاظ کیفیت خدمات ، وسعت و زیرساخت های آنها مورد ارزیابی قرار گرفته و سه کتابخانه مرکزی از کل کشور، برگزیده و معرفی می شوند.

معاون مرکز توسعه و هماهنگی اطلاعات و انتشارات علمی وزارت بهداشت تصریح کرد: در مجموع ، از سه کتابدار آموزشی ، سه کتابدار پژوهشی و دو کتابدار بالینی ، دو پیشکسوت کتابداری ، دو تن از کارکنان کتابخانه های زیرمجموعه وزارت بهداشت در مناطق محروم کشور و مسئولان سه کتابخانه مرکزی که بالاترین امتیاز در ارزیابی های انجام شده را کسب کردند، در دومین همایش کتابداران تقدیر خواهد شد.

دکتر فضلی در پاسخ به سؤالی در ارتباط با شاخص های تعیین شده در این ارتباط ، گفت: شاخص ها براساس حوزه فعالیت کتابداران ، تعیین شده است بطوری که میزان تسلط کتابداران به منابع پزشکی و بالینی ، میزان کارگاه های برگزار شده در مراکز درمانی و بیمارستان ها از جمله شاخص های ملاک عمل برای انتخاب کتابداران بالینی ، میزان توانمندی پژوهشی و نقش کتابدار در کنار پژوهشگران دانشگاه های علوم پزشکی بعنوان مشاور اطلاعاتی نیز از ملاک های انتخاب کتابداران پژوهشی ، و میزان تعامل کتابداران با دانشجویان و هیات علمی ، دسترسی به منابع چاپی و الکترونیک و ارتقای سواد حرفه ای ، زیرساخت های لازم براساس انتظارات روز کاربران ، از شاخص های مربوط به کتابداران آموزشی است.

وی افزود: بخشی از همایش ملی کتابداران نیز به ارائه آخرین یافته ها و نقطه نظرهای اساتید حوزه کتاب و کتابداری اختصاص دارد که سه تن از متخصصان و صاحب نظران به ایراد سخنرانی می پردازند و آخرین یافته های علمی و مباحث مربوط به تحول در رشته کتابداری را مطرح می کنند.

به گفته وی، این همایش یک روزه با شرکت حدود ۳۰۰ تن از کتابداران، مسئولان کتابخانه های مرکزی، اساتید و پیشکسوتان حوزه کتابداری و مسئولان بخش های مرتبط برگزار می شود.

معاون مرکز توسعه و هماهنگی اطلاعات و انتشارات علمی وزارت بهداشت در بخش دیگری از سخنانش، به فعالیت ارزشمند دانشگاه های علوم پزشکی و وزارت بهداشت طی سالهای اخیر در حوزه خدمات نوین کتابداری و اطلاع رسانی پزشکی اشاره کرد و گفت: تلاش شده تا خدمات تحت وب به کاربران در دانشگاه های علوم پزشکی سراسر کشور ارائه شود تا آنان بتوانند از راه دور، با سرعت و کیفیت مناسب، بسهولت به منابع اطلاعاتی دسترسی داشته باشند.

دکتر فضلی در تحقق این هدف، سامانه "نظام نوین اطلاعات پزشکی (نوپا)" وزارت بهداشت را معرفی کرد و افزود: این سامانه شامل مجموعه ای از ۱۲ سامانه همچون "پایان نامه ها، طرح های پژوهشی، مقالات، منبع یاب، علم سنجی هیات علمی و ..." می شود و در اختیار تمامی کاربران در دانشگاه های علوم پزشکی سراسر کشور قرار دارد.

وی همچنین اظهارداشت: ۴۱۱ نشریه علمی و پژوهشی دانشگاه های علوم پزشکی سراسر کشور که رتبه علمی و پژوهشی خود را از کمیسیون نشریات وزارت بهداشت دریافت کردند، نیز از طریق یک سامانه تحت پوشش سامانه اصلی "نظام نوین اطلاعات پزشکی (نوپا)" در دسترس تمامی دانشگاهیان قرار دارد.

وی تاکید کرد: این سامانه یک سیستم یکپارچه جهت دسترسی به این مجلات و ارزیابی آنها بصورت جامع و کشوری است.

دکتر فضلی در مورد جدیدترین منابع خارجی و پرکاربرد دنیا و چگونگی دسترسی دانشگاه های علوم پزشکی کشورمان به این منابع نیز گفت: "کتابخانه ملی الکترونیک" وزارت بهداشت، در برگیرنده تمامی منابع روز دنیا است که وزارت بهداشت کشورمان این منابع را مانند دیگر کشورهای جهان، خریداری و از طریق این کتابخانه، در اختیار تمامی دانشگاه های علوم پزشکی سراسر کشور قرار داده است.

وی گفت: هم اکنون، دانشگاه های علوم پزشکی سراسر کشور از طریق کتابخانه ملی الکترونیک وزارت بهداشت، به ۴۹ هزار و ۹ عنوان مجله و ۳۹ هزار و ۳۰۰ عنوان کتاب از جدیدترین منابع حوزه علوم پزشکی دنیا و همچنین ۳۴۳ راهنمای بالینی از سراسر جهان، دسترسی دارند.

دکتر فضلی افزود: همچنین با توجه به اینکه وزارت بهداشت با بسیاری از ناشران بین المللی مستقیماً ارتباط دارد، بیش از ۵۰ عنوان کتاب جدید که هنوز وارد کشور نشده از طریق پایگاه اطلاعاتی وزارت بهداشت دریافت، و به کاربران دانشگاه های علوم پزشکی سراسر کشور ارائه شده است.

در ادامه این نشست خبری، "مرضیه گلچین" کارشناس مسئول بانک های اطلاعاتی و علم سنجی مدیریت اطلاع رسانی پزشکی و انتشارات دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی و دبیر علمی دومین همایش کتابداران، گفت که مستندات رسیده به دبیرخانه همایش نشان می دهد که بسیاری از کتابداران دانشگاه های علوم پزشکی کشور از دانش روز دنیا برخوردارند و با پیشرفت علم در این حوزه، خود را تطبیق داده و پیشرفت کرده اند.

وی افزود: با دریافت اطلاعات مربوط به شرایط و فعالیت کتابداران ۶۵ دانشگاه علوم پزشکی کشور، و تکمیل فرم های مربوط به انتخاب برترین ها از سوی کتابداران دانشگاه های علوم پزشکی سراسر کشور، بررسی مستندات مربوط به آنها با نظارت وزارت بهداشت و انطباق آن با شاخص های استاندارد این وزارت انجام شده، و افرادی که بیشترین امتیاز را کسب کرده اند، بعنوان برگزیدگان این حوزه معرفی و مورد تقدیر قرار می گیرند. انتهای پیام /



براساس رتبه بندی پایگاه استنادی علوم جهان اسلام: (ISC)

دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، جزو ۱۰ دانشگاه برتر در مجموعه دانشگاه ها و موسسات تحقیقاتی وزارت بهداشت است

پایگاه استنادی علوم جهان اسلام (ISC) در آخرین رتبه بندی دانشگاه ها و موسسات پژوهشی ایران بر اساس ۲۶ شاخص در قالب پنج معیار کلی پژوهشی، آموزشی، وجهه بین المللی، تسهیلات-امکانات، فعالیت های اقتصادی و صنعتی، اعلام کرد که دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، جزو ۱۰ دانشگاه برتر در مجموعه دانشگاه ها و موسسات تحقیقاتی وزارت بهداشت است.

به گزارش وبداي دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، دکتر " آمنه ستاره فروزان " مدیر توسعه و ارزیابی معاونت تحقیقات با اعلام این خبر به ریاست و معاونان پژوهشی و آموزشی دانشگاه، افزود: دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی در این رتبه بندی، با کسب رتبه ۷ و امتیاز ۸۴/۵۰ در بازه زمانی سال های ۲۰۱۵-۲۰۱۳ میلادی، جزو ۱۰ دانشگاه برتر، در میان دانشگاه ها و موسسات تحقیقاتی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی می باشد.

لازم به ذکر است، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی با ۲۲ گروه آموزشی و هشت مرکز تحقیقات در رشته های خاص سه حوزه سلامت (رفاه و سلامت اجتماعی، سلامت روانی و توانبخشی) همچون " مدیریت رفاه و سلامت اجتماعی، رشد و پرورش کودکان پیش از دبستان، مددکاری اجتماعی، مشاوره و روانشناسی بالینی، سلامت در حوادث و بلایا، و همچنین روانپزشکی، روانشناسی، پرستاری توانبخشی 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 /



برای اولین بار در کشور؛

قطعات پرکاربردترین ارتهای توانبخشی، توسط شرکت وابسته به مرکز رشد دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی طراحی و تولید شد

قطعات مربوط به ساخت پرکاربردترین ارتهای توانبخشی، برای اولین بار در داخل کشور، توسط شرکت فناور " کارما آرین نوین ایرانیان " وابسته به مرکز رشد فناوری دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی طراحی و تولید شد.

مهندس " رضا وهاب کاشانی " عضو هیات علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی و مدیرعامل شرکت فناوری " کارما آراین نوین ایرانیان " در گفت و گو با خبرنگار وب‌دای دانشگاه در این خصوص گفت: طراحی و تولید این قطعات که در ساخت بریس های مربوط به ستون فقرات ، زانو ، مچ پا و مچ دست کاربرد دارند، در قالب اجرای فاز اول پروژه طراحی و ساخت مجموعه اجزای حمایتی - ساختاری و عملکردی جهت تلفیق و تولید ارتزهای بروز انجام شده است.

وی افزود: هم اکنون در فاز اول این پروژه ، چهار مجموعه از قطعات (لولاها ، قفل ها و قطعات واصل بین قسمت های مختلف بریس ها) که مورد نیاز در ساخت بریس و ارتزهای توانبخشی است، طراحی و ساخته شده و در فاز دوم پروژه نیز چهار مجموعه دیگر از قطعات برای بریس هایی که برای بیماران و توانخواهان بکار می روند، طراحی و ساخته می شود.

بگفته مهندس وهاب کاشانی ، قبلا این قطعات از خارج کشور و با هزینه بالایی وارد می شد که علاوه بر خروج ارز ، واردات آنها با مشکلاتی نیز همراه بود، اما هم اکنون با طراحی و ساخت این قطعات در داخل کشور، آنها با حدود یک دهم هزینه تهیه قطعات خارجی، ضمن آنکه صرفه جویی ارزی شده است، کیفیت لازم برای قطعات مورد استفاده در ارتز های توانبخشی، کاملاً حفظ شده و یا حتی ، کیفیت آنها ارتقا یافته است.

وی در بیان دلیل این ادعا که قطعات تولیدشده مربوط به پرکاربردترین ارتزهای توانبخشی هستند، گفت: مجموعه ای از قطعات ارتز " لیونایز " lyonnais از جمله قطعات طراحی و ساخته شده است که شامل ۱۴ قطعه لولایی ، قفل ها و اتصالات می شود و مورد استفاده در ساخت بریس لیونایز است.

مدیرعامل شرکت فناوری " کارما آراین نوین ایرانیان " افزود: این بریس که برای ساخت آن نیاز به قطعات تولیدشده است، در درمان ارتزی انحرافات جانبی نوجوانانی بکار گرفته می شود که حداکثر راس انحراف در ناحیه مهره هشتم سینه ای آنان باشد.

مهندس وهاب کاشانی که از سه سال پیش ، برای اولین بار مستقیماً نسبت به طراحی و ساخت بریس لیونایز در ایران اقدام کرده است، اظهارداشت: این بریس ، انحراف جانبی ستون فقرات و افزایش تحذب ستون فقرات در ناحیه سینه ای (درمان کنسرواتو اسکولیوز و کایفوز) نوجوانان را درمان می کند و با توجه به اثر بخش بودن آن و مزایایی نظیر " نامشخص بودن بریس در زیر لباس، تنظیم راحت آن طی فرآیند پی گیری و مطابق با رشد جسمی فرد استفاده کننده، دوام و ثبات حین اعمال نیرو" ، این نوع بریس می تواند در بسیاری موارد جایگزین بریس میلواکی باشد.

مدیرعامل شرکت فناوری " کارما آراین نوین ایرانیان " که از جمله شرکت های وابسته به مرکز رشد فناوری دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی است ، در خصوص دیگر قطعات تولیدی این شرکت گفت: قطعات ارتز " دنیس بروان " از دیگر قطعات تولیدی این شرکت است که در ساخت ارتز مربوطه بکار گرفته می شود و پیش از تولید داخلی آن ، از خارج کشور وارد ، و هزینه هنگفتی بابت آن به تولیدکنندگان ارتز دنیس بروان تحمیل می شد.

مهندس وهاب کاشانی افزود: ارتز دنیس بروان برای نوزادانی که دچار کلاپ فوت (پا چنبری) می شوند، استفاده می شود که با تشخیص بموقع ، می توان از همان بدو تولد تا سه سالگی برای کودک استفاده کرد تا به رفع مشکل، منجر شود.

وی ، " نصب آسان اسپیلنت یا کفش روی ارتز ، امکان تغییر و تصحیح فرم های مدنظر ارتزیست روی بریس و استحکام مناسب هنگام پا زدن نوزاد درون آن " را از جمله مزایای بریس " دنیس بروان " ذکر کرد.

مهندس وهاب کاشانی همچنین از " مفصل مدرج دو محور زانو " ساخت شرکت کارما آرین نوین ایرانیان که برای اولین بار در ایران ، طراحی و به تولید انبوه رسیده است ، گفت.

وی اظهارداشت: این مفصل تولید شده ، برای ساخت ارتزهای زانو استفاده می شود و سبب تطابق حرکتی بین مفصل مکانیکی و مفصل آناتومیکی شده و امکان تنظیم میزان رنج حرکتی مفصل را به سادگی و بطور دقیق (با استفاده از پین های بکار رفته) فراهم می کند.

وی با اشاره به اینکه این مفصل همچنین قابلیت نصب بر قطعه تصحیح کننده انحرافات جانبی زانو به دنباله استئوآرتربت را دارد، افزود: این مفصل نیز با یک دهم هزینه قطعه خارجی ، در داخل کشور ساخته می شود که تهیه قطعه ایرانی برای تولیدکنندگان ارتزهای زانو ، بسیار بصرفه خواهد بود.

مهندس وهاب ، " مفصل ایزوستتريك ران " را بعنوان قطعه جدید دیگری که بتازگی موفق به طراحی و تولید آن شده است، معرفی کرد و گفت : این مفصل در ساخت بريس برای افراد دچار ضایعه نخاعی بالای مهره دوازدهم سینه ای (T۱۲) بکار می رود و نصب آن روی بريس افرادی که از اندام فوقانی سالم و قوی برخوردار باشند، امکان راه رفتن متقابل را فراهم می کند (RGO) .

وی به تولید انبوه این مفصل در کشور توسط شرکت کارما آرین نوین ایرانیان اشاره کرد و توضیح داد: با نصب این مفصل روی بريس ، فرد دچار ضایعه نخاعی با تکیه روی یک مفصل می تواند مفصل سمت مقابل را به حرکت در آورد و بالعکس ، و به این ترتیب ، دوباره با وسایل کمکی نظیر عصا و یا واکر راه برود.

وی در پایان این گفت وگو، طراحی و ساخت چهار محصول و قطعه دیگر ارتزهای توانبخشی را در برنامه شرکت کارما آرین نوین ایرانیان و در قالب فاز دوم پروژه ساخت قطعات ارتزهای پرکاربرد عنوان کرد و از این مجموعه، طراحی و ساخت " مچ بند محیطی " برای ارتز دست را در حال اجرا خواند.

مهندس وهاب کاشانی افزود: این مچ بند ، کنترل کننده مطمئن تری نسبت به دیگر مچ بندها است که امیدوارم بتوانیم این ارتز را با استفاده از مواد اولیه سیلیکون ساخته و در اختیار بیماران و توانخواهان قرار دهیم.

لازم به ذکر است ، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی با ۲۲ گروه آموزشی ، هشت مرکز تحقیقات در رشته های خاص سه حوزه سلامت (توانبخشی ، رفاه و سلامت اجتماعی ، سلامت روانی) و مرکز رشد فناوری (شامل شش شرکت فناور و دانش بنیان) ، ضمن تعلیم و تربیت نیروی متخصص ، در طراحی و اجرای پروژه های ملی و منطقه ای مشارکت دارد.

این دانشگاه منحصربفرد 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.

اخبار حوزه «توانبخشی»:

ارائه خدمات ویژه علوم ورزشی به افراد دارای کم توانی ذهنی

مرکز مشاوره و پایش سلامت پژوهشگاه علوم ورزشی به افراد دارای کم توانی ذهنی مشاوره روانشناسی ارائه می دهد.

به گزارش ایسنا، مرکز مشاوره و پایش سلامت پژوهشگاه علوم ورزشی علاوه بر ارائه خدمات به همه اقشار جامعه، به افراد دارای کم توانی ذهنی نیز خدمت ویژه ای ارائه می کند. در همین راستا بخشی از فعالیت های این مرکز با نظارت دکتر علی کاشی متخصص توان بخشی ورزشی به مشاوره ورزشی برای افراد دارای کم توانی، پایش سلامت و تجویز برنامه تمرینی برای آنها می پردازد.

گروه های مخاطب که می توانند از این خدمات بهره مند شوند افراد دارای کم توانی ذهنی، افراد دارای سندرم داون، افراد دارای اختلال طیف اوتیسم، افراد دارای نقص توجه، بیش فعالی و افراد دارای اختلال هماهنگی رشدی هستند.

از نکات مهم این مرکز استفاده از بزرگ ترین و مجهزترین آزمایشگاه های علوم ورزشی است که در این آزمایشگاه امکان سنجش متغیرهای متعدد رشد و یادگیری حرکتی، فیزیولوژیک، روان شناختی، بیومکانیکی و ... می باشد.

در این بخش تجویز برنامه تمرینی برای افراد گروه های خاص از جمله افراد دارای کم توانی ذهنی، اوتیسم، سندرم داون، نقص توجه، بیش فعالی و افراد دارای اختلالات هماهنگی رشدی انجام شده و در خصوص ارائه برنامه تمرینی به این افراد مشاوره داده می شود. همچنین در بخش آزمایشگاه اقدام به پایش سلامت و ارائه کارنامه تندرستی برای این افراد انجام می شود.

روند ارائه خدمات این مرکز شامل؛ تعیین وقت قبلی و ویزیت متخصص، ارزیابی اولیه وضعیت بدنی، طراحی برنامه توسط متخصص، آغاز فعالیت بدنی و شرکت در جلسات تمرینی، آموزش های عمومی ضمن دوره و پایش دوره ای وضعیت بدنی و بررسی روند تغییرات.

این مرکز در پژوهشگاه تربیت بدنی و علوم ورزشی آماده ارائه خدمات به افراد دارای کم توان ذهنی است. انتهای پیام



ویژگی های کودکان تیزهوش

نایب رئیس انجمن علمی کودکان استثنایی با تاکید بر اینکه اولویت کودکان تیزهوش آموزش آنها نیست، گفت: آنچه برای کودکان استثنایی و تیزهوش حائز اهمیت است، بحث پرورش استعداد های آنهاست لذا باید طرح استعدادیابی ملی کودکان کشور برای شناسایی این قشر انجام شود.

به گزارش ایسنا، دکتر ناصرالدین کاظمی در نشست تخصصی بازنگری وضعیت کودکان استثنایی در جامعه با بیان اینکه براساس قانون تفاوت های فردی هر کودکی استثنایی است، گفت: فردیت و استقلال هر کودکی زیر ۱۴ تا ۱۵ سالگی محقق می شود، گفت: بنابراین در مورد کودکان استثنایی نمی توان آنها را جدا از کودکان عادی دانست. همچنین نباید فراموش کرد که مسائل مربوط به کودکان استثنایی محدود به آموزش آنها نیست، بلکه شامل توجه تام و تمام به آنها از ابتدای تولد است. بنابراین باید از کودکان استثنایی حمایت های ویژه ای شود.

وی با بیان اینکه یکی از گروه‌های ۱۳ گانه کودکان استثنایی مربوط به کودکان تیزهوش است، اظهار کرد: در جامعه کمتر به این گروه توجه می‌شود و توجه به آن‌ها تنها محدود به سال‌های تحصیلات رسمی متوسطه است.

نایب رئیس انجمن علمی کودکان استثنایی تهران با بیان اینکه توجه به کودکان تیزهوش تنها محدود به مقطع دبیرستان و از ۱۱ سالگی است ادامه داد: همین توجه نیز تنها از سوی سازمان ملی پرورش استعدادهای درخشان اعمال می‌شود به طوری که تنها تعداد محدودی از آن‌ها تحت پوشش قرار می‌گیرند.

کاظمی با اشاره به اینکه در کشورهای مرفعی شناسایی استعدادهای دانش آموزان به سمت سال‌های پیش دبستان سوق داده شده است، تصریح کرد: زمانی که کودک در ۶ سالگی به ۶۵ درصد رشد هوشی خود می‌رسد باید از این سال‌های طلایی با دقت استفاده کرد، چرا که آموزش و پرورش رسمی دنیا از شش سالگی از ظرفیت ۳۵ درصدی رشد هوشی که باقی مانده است، استفاده می‌کنند.

وی با تأکید بر اینکه اولویت اول در مورد این کودکان آموزش آن‌ها نیست، بلکه پرورش آن‌ها است، ادامه داد: برای فرد باهوش کافی است که این دانش آموز با کمک مربی و معلم تنها روش‌های مطالعه را یاد بگیرد و اولویت باید پرورش استعدادهای آن‌ها باشد.

وی با بیان اینکه تنها نباید هوش دانش آموزان مورد سنجش قرار بگیرد و سنجش استعدادهای آن نیز از اهمیت برخوردار است، اظهار کرد: در حال حاضر سه نوع تیزهوشی شناخته شده است. یکی از انواع تیزهوشی در مورد افرادی است که بسیار منظم، وقت‌شناس، پرکار و سخت‌کوش هستند. این افراد توجه ویژه‌ای به جایگاهشان دارند. همچنین این درصد افراد تیزهوش بسیار اهل رقابت هستند و از هر موقعیت مقایسه‌ای استقبال می‌کنند. شکل‌گیری ارزشیابی کیفی در مدارس ایران عمدتاً به ضرر این دسته از دانش آموزان تیزهوش تمام شده است.

نایب رئیس انجمن علمی کودکان استثنایی تهران با اشاره به دسته دیگری از افراد تیزهوش در مورد ویژگی‌های آن‌ها اظهار کرد: گروه دوم اهل برقراری ارتباط بین مفاهیم و ساماندهی ذهنی موضوعات هستند بطوری که باید تمام آموخته‌هایشان را به یکدیگر مرتبط کنند، به همین دلیل موضوعات تئوریک کتاب درسی، آزمایشگاه یا کارگاه برایشان تنها زمانی اهمیت پیدا می‌کند که بتوانند ارتباط موضوعات با یکدیگر را درک کنند. به همین دلیل این افراد سیاستمداران قابل‌می‌شوند و می‌توانند تصمیم‌گیری‌های بزرگی اتخاذ کنند بطوری که به سرعت از سوی پدر و مادرشان مورد مشورت واقع می‌شوند.

کاظمی دسته دیگری از افراد تیزهوش را کودکانی دانست که بسیار متکی به ظرفیت‌های تجربی خودشان هستند و کنجکاو بالایی دارند، بطوری که گاهی تجربه‌گری آن‌ها گاهی با خطر جانی برایشان همراه است. همچنین دسته دیگری از این تیزهوشان عمدتاً نسبت به مفاهیم زمان و مکان بی‌اعتنا هستند بطوری که گاهی تصور می‌شود آن‌ها عمدتاً دوره‌های بیکاری و پراکندگی دارند. این دسته از تیزهوشان سال‌های مدرسه را به زحمت تحمل می‌کنند.

وی با اشاره به نقاط ضعف و قوت ارائه خدمات کودکان استثنایی ادامه داد: در حال حاضر در محافل علمی رویکردی عوامانه وجود دارد بطوری که افراد تنها از توانایی‌هایشان لذت می‌برند و تنها می‌خواهند روی این نقاط قوت کار کنند در حالی که باید بینش افراد نسبت به توانایی و ناتوانی تغییر کند. نازل‌ترین دارایی انسان، هوش است. این در حالی است که ما براساس توانایی انسان را تعریف می‌کنیم که درست نیست.

کاظمی در ادامه تأکید کرد: در سطح خود برای پرورش کودکان استثنایی نیاز به مربی داریم تا نقش راهنما برای این کودکان را

بازی کند. باید به فردیت این کودکان توجه ویژه ای شود. در سطح کلان نیز باید کودکان بازمانده از تحصیل وارد چرخه آموزش شوند و همچنین همت گسترده ای برای اجرای طرح استعدادیابی ملی کودکان کشور انجام شود.

به گزارش ایسنا، در بخش دیگری از این نشست شیوا دولت آبادی موسس انجمن حمایت از حقوق کودکان و نوجوانان با اشاره به ۴ درصد کودکان استثنایی توضیح داد: برخی از این کودکان مشکل یا تفاوت توانایی ذهنی با سایر کودکان دارند بطوری که در حالت بسیار تیزهوش و یا کم توان ذهنی قرار می گیرند. دسته دیگری از این کودکان نیز با مشکلات بدنی مثل نابینایی، ناشنوایی، مشکل تکلم و ... روبرو هستند.

وی در ادامه اظهار کرد: دسته سوم کودکان استثنایی با مشکلات شدید عاطفی و هیجانی با ریشه نارسایی های عصبی، ژنتیکی یا اجتماعی روبرو هستند. برخی از کودکان استثنایی نیز مجموعه ای از معلولیت ها و استثنایا را با خود به همراه دارند.

وی با بیان اینکه به نظر می رسد واژگان در حال تغییر هستند و دیگر در سطح جامعه از اصطلاحات عقب ماندگی استفاده نمی شود، تصریح کرد: بحث در مورد هویت کودکان استثنایی نیاز به تلاشی همه جانبه دارد و باید نوع نگاه نسبت به این کودکان تغییر کند. ما باید این کودکان را به مثابه افراد عادی ببینیم و با آن ها برخورد کنیم.

در بخش دیگری از این نشست پرفسور حسن عشایری روانپزشک و استاد علوم پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران با بیان اینکه استثنایا همان Norm ها هستند که تحت شرایط ویژه ای تجلی پیدا می کنند، اظهار کرد: نگاه به کودکان تیزهوش در جامعه باید تغییر کند. در حال حاضر نگاه آموزش و پرورش به دانش آموزان تنها به عیب های آن ها اشاره می کند و میزان ناتوانی های آن ها را اندازه می گیرد و این باید در مورد توانایی های افراد ارزیابی شود.

وی با انتقاد از اصطلاح مردسالارانه «مادرزادی» توضیح داد: زمانی که از این واژه استفاده می کنید به گونه ای القاء می شود که هرگونه مشکل فرد از طریق مادر به او منتقل شده است در حالی که چنین نیست و باید بگوییم مشکل فرد «از بدو تولد» به وجود آمده است.

این استاد دانشگاه با تاکید بر تغییر نگرش نسبت به کودکان استثنایی و توجه همه جانبه به وضعیت جسمی، روانی و اجتماعی آن ها توضیح داد: در مورد آموزش این کودکان باید فرآیندمدار باشم و نه پیامدمدار. تغییر نگرش بعد از سطوح بالای قدرت تا سطوح خانواده و فردی اتفاق بیفتد. این کودکان نیازمند ترحم نیستند چرا که قابلیت ها و توانایی های ویژه ای دارند که باید کشف و شکوفا شوند.

وی با اشاره به راهکارهای توانبخشی بهتر این کودکان اظهار کرد: باید کودکان استثنایی را وارد جمع کنیم و در برخی از کشورها بحران های کوچک را برای این کودکان ایجاد می کنند تا آن ها تمرین کنند تا از پس مشکلات بر بیایند. باید روی این کودکان به شکل طولانی مدت وقت گذاشت تا وارد جامعه شوند و این کار نیازمند زمان و عشق به این کار است. انتهای پیام

اخبار حوزه «سلامت روان»:

ام اس، یک عمر اضطراب



سمنان - ایرنا - بیماری «ام اس» در سایه بی توجهی و غفلت از مراجعه به موقع برای پیشگیری، روند افزایشی و نگران کننده در کشور دارد و در کنار رنج بیماری خاص، نبود خدمات متمرکز درمانی و گرانی داروها و برخی برداشت های غلط اجتماعی این بیماران را رنج می دهد.

به گزارش ایرنا، استرس، اضطراب و نگرانی از مشخصه های زندگی امروز و منشاء بروز بسیاری از بیماری ها نظیر ام اس است. بیماری ام اس (مولتیپل اسکلروزیس) یکی از شایع ترین بیماری های سیستم اعصاب مرکزی در مغز و نخاع است و گلوبول های سفید که نقش دفاع از بدن را به عهده دارند، به دلایل نامشخصی، به اشتباه به غلاف های عصبی در سیستم عصب مرکزی، به عنوان یک عامل بیگانه، حمله ور شده و بیماری آغاز می شود.

علامت های شایع این بیماری اختلال های بینایی شامل تاری دید، دو بینی، حرکات غیرارادی و سریع چشم و به ندرت از دست دادن کامل بینایی، سرگیجه، ضعف و کرختی اندام ها، اختلال در حرکات موزون، سفتی عضله ها، اختلال های حسی شامل گزگز، سوزش، بی حسی و درد است.

منشاء شیوع و بروز بیماری ام اس در شمال اروپا و آمریکا از ۲۰۰ سال پیش بوده و امروز با انجام «ام آر آی» بیماری ام اس قابل تشخیص است.

سیر این بیماری در پنج سال اول بسیار کند است، اگر چه علت های بروز بیماری ام اس همچنان در جهان ناشناخته است، اما کمبود ویتامین دی که نور آفتاب در تشکیل آن دخیل است، سبک زندگی غلط، رژیم غذایی نامناسب، زندگی ماشینی و صنعتی و افزایش آلاینده ها، از عوامل احتمالی شیوع این بیماری عنوان شده است.

براساس آمار متوسط سن بیماران ام اس در کشور ۲۰ تا ۴۰ سال و احتمال شیوع این بیماری بین زنان سه تا چهار برابر بیشتر از مردان است.

برآورد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نشان می دهد که شیوع بیماری ام اس در ایران از ۵۰ در ۱۰۰ هزار در سال ۲۰۰۸ اکنون به ۱۰۰ در ۱۰۰ هزار نفر رسیده است.

**کمبود پزشک متخصص چالش بیماران ام اس

بیماری مبتلا به ام اس که تلفنی موفق به گرفتن نوبت از متخصص مغز و اعصاب نشده بود و حضوری برای گرفتن نوبت به مطب پزشک آمده است، بعد از کلی خواهش و التماس موفق شد از منشی پزشک نوبت بگیرد.

این بیمار در حالی که چشمانش خوب نمی دید به آهستگی قدم بر می داشت و دنبال صندلی برای نشستن بود، خود را فهیمه نامید و به خبرنگار ایرنا گفت: حال و روز مرا ببینید من روزی معلم بودم ولی به دلیل شدت بیماری از کارافتاده شده ام، روزی با شور و نشاط به دانش آموزان کلاس اولی درس می دادم ولی امروز که ۵۰ ساله هستم به زحمت می توانم جنب و جوش آن زمان را داشته باشم.

این بیمار مبتلا به ام اس گفت: آن قدر مشکلات در برابر بیماران ام اس قد علم کرده اند که حتی تا پنج ساعت دیگر که نوبت من می شود اگر از این مشکلات بگویم زبانم در توصیف آن همه مشکل ناتوان است.

وی در حالی که از اختلال های تعادلی شامل لرزش و عدم تعادل در راه رفتن می نالید، آهی کشید و کمبود پزشک ماهر در شهر سمنان را مشکل اصلی بیماران ام اس برشمرد.

این بیمار مبتلا به ام اس ادامه داد: در ابتدا فقط دچار کرختی و بی حسی در صورت شده بودم و برای تشخیص بیماری نزد پزشکان متخصص در سمنان رفتم که بیماری را تشخیص ندادند و هر روز با تجویز داروی جدید دچار معده درد شدیدی شدم، اما

پزشکان تهران نوع بیماری را تشخیص دادند و از آن روز ۱۰ سال می گذرد که با این بیماری درگیر هستیم .

**سبد خالی خدمات بیمه گر برای ام اس

این بیمار مبتلا به ام اس، تداوم درمان و مراقبت های ویژه بهداشتی برای کنترل بیماری را ضروری دانست و تاکید کرد: هزینه های درمان ام اس بسیار بالا و کمرشکن هست .

فهیمة اظهار داشت: بیماران ام اس در کنار این بیماری به چند بیماری دیگر مبتلا می شوند و ضروری است بیمه گر برای بیماران ام اس خدمات بیشتری ارائه دهد .

به گفته این بیمار مبتلا به ام اس، بیماران مانند او در هر بار ملاقات پزشک ۳۵۰ هزار ریال برای ویزیت پزشک ، ۲ میلیون ریال برای ام آر آی و ۲ میلیون و ۵۰۰ هزار ریال برای نوار مغز در کنار هزینه دارو، ماهیانه بین پنج تا ۱۰ میلیون ریال برای بیماری هزینه می کنند.

وی ادامه داد: مسوولان باید به انجمن بیماران ام اس استان سمنان کمک ویژه کنند تا این انجمن بتواند به بیماران زیر پوشش خود حداقل خدمات را ارائه کند .

**چالش اجتماعی مشکل مضاعف بیماران ام اس

مدیرعامل انجمن ام اس استان سمنان، فقدان آگاهی و شناخت از بیماری ام اس را به عنوان یک چالش در جامعه دانست و گفت: برای اینکه افراد مبتلا به این بیماری روحیه خود را حفظ کنند باید فرهنگ سازی لازم صورت گیرد .

مهرشید تشریف افزود: بسیاری از بیماران به دلیل فقدان آگاهی درمان بیماری را ادامه نمی دهند و یا بسیاری از بیماران از ترس اطلاع یافتن اقوام از بیماری، درمان خود را در استان های هم جوار پیگیری می کنند .

وی ادامه داد: بسیاری از زندگی ها به دلیل پنهان کاری خانواده زوجین و نبود فهم درست از این بیماری به طلاق منجر می شود . تشریف اظهار داشت: این بیماری در قشر تحصیل کرده نیز شیوع دارد و متأسفانه کارفرما پس از اطلاع از ابتلای نیروی انسانی به این بیماری فرد را اخراج کرده و زمینه اضطراب و استرس را برای فرد بیمار ایجاد می کند .

وی، طلاق، بعد از اطلاع یافتن از ابتلای همسر به بیماری ام اس را از دردهای این بیماران عنوان و تاکید کرد: باید در جامعه فرهنگ سازی شود که این بیماری واگیر نیست و در صورت تداوم درمان قابل کنترل است .

تشریف اضافه کرد: بیماران ام اس در کنار بیماری خود به بیماری های جانبی دیگر نیز مبتلا می شوند و همین موضوع هزینه های درمان آنان را سرسام آور می کند .

وی دسترسی نداشتن به امکانات، هزینه های زیاد درمان، بالا بودن قیمت داروهای مکمل که پوشش بیمه ای ندارند، نبود مرکز تخصصی متمرکز و کمبود پزشک متخصص در مرکز استان را از چالش های این بیماران در استان سمنان عنوان کرد .

مدیرعامل انجمن ام اس استان سمنان اظهار داشت: اکنون داروهای تخصصی بیماران ام اس در داخل کشور تولید می شود و به صورت رایگان در اختیار بیماران گذاشته می شود و در مورد داروهای خارجی نیز درصد پوشش بیمه مناسب است .

تشریف تصریح کرد: در سال گذشته ام اس جزو بیماری های خاص قرار گرفت اما بودجه ای خاص برای این بیماری تعریف نشده و سرجمع بودجه بین بیماری های خاص تقسیم شد .

وی ادامه داد: با توجه به روند افزایشی بیماری ام اس در کشور ضروریست بودجه بیماران در این بخش افزایش یابد .

تشریف، قرار گرفتن ام آر آی در پوشش بیمه ای در استان هایی که مراکز خصوصی ارائه خدمت می کنند را راهکاری برای کمک به این بیماران پرهزینه مطرح کرد .

مدیرعامل انجمن ام اس استان سمنان گفت: خدمات ارایه شده از سوی دولت کمک کننده بوده اما با توجه به هزینه های سرسام آور درمان، این میزان کمک کافی نیست .

وی اضافه کرد: تعریف یک بیمه تکمیلی متناسب با نوع بیماری و مدون بودن خدمات بیمه ای، پرهیز از سلیقه ای عمل کردن بیمه گر در بیمه کردن بیماران خاص و تعریف پوشش بیمه ای برای بیماری هایی که افراد در کنار بیماری خاص به آن ها مبتلا می شود کمک کننده در روند درمان این بیماران است.

مدیرانجمن بیماران ام اس استان سمنان با اشاره به اینکه تعداد زنان مبتلا به ام اس نسبت به مردان ۲ به ۳ است تصریح کرد: ابتلا به بیماری در سنی است که افراد وارد مرحله ادامه تحصیل، کار و ازدواج می شوند و این بیماری ناتوانی زیادی برای آنها ایجاد می کند.

وی با بیان اینکه بیش از ۳۰۰ بیمار مبتلا به ام اس عضو استان سمنان هستند، افزود: پیش بینی می شود تعداد مبتلایان به این بیماری بیش از این تعداد و حدود ۲ برابر باشد.

وی با ابراز نگرانی از شیوع این بیماری در بین جوانان و نوجوانان، گفت: جوانان و نوجوانان بخش مهمی از جامعه هستند و بیماری آنها را از بسیاری فعالیت های اجتماعی و خانوادگی دور می کند.

تشریفی تصریح کرد: این بیماری از سنین ۱۷ تا ۶۵ سالگی احتمال ابتلا وجود دارد و در زمان حاضر این بیماری در بین دانش آموزان دیده می شود.

وی ادامه داد: ۸۰ درصد مبتلایان به ام اس را زنان و ۲۰ درصد را مردان تشکیل می دهند، اما رشد بیماری در مردان بیشتر است. تشریفی با بیان اینکه علت های زیادی در خصوص بروز این بیماری وجود دارد به همین دلیل نمی توانیم علت دقیق افزایش شیوع این بیماری را در کشور تعیین کنیم.

مدیرعامل انجمن ام اس سمنان، نبود منابع مالی برای درمان و ادامه زندگی و نبود امکان ادامه اشتغال از مشکلات بیماران ام اس در استان برشمرد و خواستار همراهی مسئولان، برای به حداقل رساندن مشکلات بیماران و فراهم شدن زمینه مداوای آنان شد.

به گفته مدیرانجمن بیماران ام اس استان سمنان، هر بیمار با توجه به شرایط جسمی که دارد، ماهیانه بین ۱۵ میلیون تا ۱۵۰ میلیون ریال هزینه درمان را متحمل می شود.

وی با بیان این که هنوز علم پزشکی علیرغم پیشرفت های شگرفی که داشته نتوانسته است علت اصلی ام اس را شناسایی کند و درمان قطعی هم برای آن یافت نشده است، اظهار داشت: داروهای موجود در بازار فقط موجب کنترل بیماری می شود و داروهایی با عنوان درمان قطعی بیماری ام اس بی اساس و صرفا دروغی از سوی افراد سودجو است.

****بالاتکلیفی بیماران بین داروی خارجی و ایرانی**

بیمار مبتلا به ام اس در گفت و گو با ایرنا افزود: اکنون بیماران ام اس هم داروی ایرانی هم خارجی مصرف می کنند که داروی ایرانی رایگان است.

فهیمة اضافه کرد: داروهای خارجی شامل بتافرون، ربیف، آونکس، کوپمر، اکتوفرون، اوسویمر و فینگلومد برای بیماران بسیار گران است و البته اثربخشی بیشتری نسبت به داروهای داخلی دارد و مورد توجه بیشتر پزشکان متخصص است. وی خاطرنشان کرد: بیشتر بیماران قدرت خرید این دارو را ندارند پزشکان از تجویز دارو منصرف می شوند.

****نبود پزشک و مرکز درمانی ام اس در سمنان**

علی وفایی یکی دیگر از بیماران مبتلا به ام اس افزود: ناکافی بودن تعداد پزشکان حاضر در مراکز درمانی دولتی، هزینه های سرسام آور درمان در استان های همجوار، مشقت بارتر از همه رنج جابه جایی و طی مسیر طولانی و نبود مرکز درمانی ویژه برای درمان این بیماری، از جمله مشکلات بیماران ام اس است.

وی با اشاره به وضعیت جسمانی بیماران مبتلا به ام اس، نبود تمام امکانات درمان به صورت تجمیع شده در یک جا را معضل بزرگی برای بیماران برشمرد و ساخت کلینیک تخصصی برای بیماران را با توجه به روند افزایشی بیماری ام اس در استان سمنان

از مطالبات بیماران و اجتناب ناپذیر دانست .

****مسوولان به کمک بیماران خاص بیایند**

یکی از بیماران ام اس که خبرنگار ایرنا در انجمن ام اس با وی آشنا شد و تمایل نداشت نامی از وی برده شود، گفت: از کجای مردم بگویم که هر چه سنگ است برای پای لنگ است.

وی ادامه داد: دو سال پیش دچار بیماری ام اس شدم اما به خاطر فقر و تنگدستی نتوانستم درمان را ادامه دهم .

این شهروند که سعی می کرد بغض را در گلوش نگه دارد، گفت: شوهرم کارگر یک واحد تولیدی است و شرکت دیر به دیر آن هم نصفه و نیمه حق و حقوقش را می دهد، سه تپه محصل دارم و با این مقدار حقوق که حتی معلوم نیست کی پرداخت می شود نمی توانم از پس هزینه درمان ، اجاره خانه و خورد و خوراک بر آیم .

وی با ابراز نگرانی از وضعیت بیماری اش و نگرانی برای آینده فرزندانش از خبرنگار ایرنا خواست که صدای رنج و دردشان را به گوش مسوولان برساند .

****حمایت از بیماران ام اس کافی نیست**

مدیرکل بیمه سلامت استان سمنان گفت: در زمان حاضر ۱۴۴ نفر مبتلا به ام اس زیر چتر بیمه سلامت قرار دارند . رضا ممکن در گفت و گو با ایرنا افزود: آمار کلی از تعداد مبتلایان به این بیماری در دسترس نیست ولی آن چه مسلم است بیماری ام اس روند افزایشی دارد .

وی در پاسخ به سهیم بودن بیمه در تقبل بخشی از هزینه های درمانی مانند ام آر آی و نوار مغز که بیمار قدرت پرداخت ندارد، گفت: با هماهنگی انجمن ام اس استان اگر فردی در هزینه درمان مشکل داشته باشد به صورت موردی به بیمار کمک خواهد شد .

****همراهی با بیماران ام اس**

مسئول بیماری های خاص دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی استان سمنان گفت: بیماری ام اس جزو بیماری های خاص است .

هما اسماعیلی افزود: انجام آزمایش های مورد نیاز بیماران خاص هر سه ماه به صورت رایگان، خدمات مشاوره ای و بستری مانند پرداخت نکردن هزینه فرانشیز به وسیله بیمار و کمک موردی به افراد نیازمند در زمینه درمان، از جمله بسته های حمایتی دانشگاه علوم پزشکی از بیماران خاص است .

وی خاطر نشان کرد :درمان مورد نیاز بیماران خاص و هزینه داروها افزایش یافته و بیماران خاص احتیاج به کمک های خاص دارند و در زمان حاضر کمک ها و حمایت ها از این بیماران کافی نیست .

****آگاهی بخشی به جامعه برای کاهش فشار اجتماعی**

از باورهای غلط درباره بیماری ام اس، واگیردار بودن و ناتوانی مبتلایان در ازدواج یا بارداری است که کارشناسان از آن به عنوان فشار روانی و اجتماعی مضاعف به این بیماران قلمداد می کنند .

به گفته کارشناسان، دادن آگاهی های لازم به بیماران، شناساندن و معرفی این بیماری در جامعه، کمک های روحی و عاطفی به بیماران، برگزاری کلاس های مشاوره و آموزش به بیماران و خانواده های آنان را اقدامی اجتناب ناپذیر برشمردند. به گفته پزشکان باید درک درستی از این بیماری در جامعه ایجاد شود، نباید برای درمان این بیماری نه امید واهی داد و نه آن را وحشتناک جلوه داد .

پزشکان درمان های فیزیوتراپی، ورزش از جمله پیاده روی، شنا و یوگا، کاهش وزن، تغییر سبک زندگی، استراحت کافی، خنک

نگه داشتن بدن، رژیم غذایی مناسب، استفاده مناسب از نور خورشید، کاهش اضطراب و استرس و استفاده مرتب از داروها زیر نظر پزشک را موثر در کنترل بیماری اعلام می کنند.

پزشکان بر این باورند ویتامین دی مهمترین عامل برای تنظیم کردن فعالیت های ایمنی بدن است و مصرف ماهی البته به روش هایی که ویتامین آن در اثر سرخ کردن از بین نرود بسیار مهم و اثر گذار در پیشگیری از این بیماری است. به گفته کارشناسان، در رابطه با موروژی بودن این بیماری هنوز نظر قاطعی ارائه نشده است. در زمان حاضر درمان قطعی برای بیماری ام اس وجود ندارد، این بیماری طولانی، رفت و برگشتی و حمله ای است ۷۳۴۲/۶۱۰۳/۷۴۰۸. انتهای پیام *



یک روانشناس مطرح کرد؛



اختلالات خواب را جدی بگیرید / آسیب های شیف شب

یک روانشناس، با اشاره به عوارض اختلالات خواب بر سلامت جسم و روان افراد، نسبت به خواب افراد شب کار هشدار داد.

زینب احمدی، در گفتگو با [خبرنگار مهر](#)، گفت: خواب یک جنبه مهم زندگی انسان است، بطوریکه خواب تقریباً یک سوم از زندگانی ما را تشکیل می دهد.

این روان درمانگر، افزود: مقداری که می خوابیم، زمانی که می خوابیم و چقدر به خواب عمیق و رویا دیدن نیاز داریم، برحسب سن تفاوت می کند.

احمدی ادامه داد: مقدار خوابی که هر شخص به آن نیاز دارد، یک خصیصه فردی درست مانند قد اوست. هر کسی به مقدار خواب منحصر به فرد خود نیاز دارد. مقدار خواب مورد نیاز، مقداری است که شما را کاملاً بیدار و هوشیار نگه می دارد.

این کارشناس ارشد روانشناسی، تاکید کرد: مقدار خواب نوزادان، کودکان، نوجوانان، جوانان، میانسالان و سالمندان متفاوت است و به طور کلی مقدار خواب با افزایش سن کاهش می یابد. میزان خواب REM نیز با افزایش سن کاهش می یابد، بنابراین کیفیت خواب در افراد متفاوت است.

احمدی افزود: سوماتوتروپین هورمون رشد در نوزادان به هنگام خواب ترشح می شود که در سالمندان با کاهش خواب REM این اتفاق نمی افتد.

وی با عنوان این مطلب که تغییرات زیست شناختی در دوران قاعدگی، حاملگی و یائسگی بر خواب زنان تاثیر می گذارد، گفت: کیفیت و مقدار خواب زنان و مردان هم می تواند متفاوت باشد.

احمدی افزود: هورمون خواب به نام ملاتونین در تاریکی شب ترشح می شود، لذا، این هورمون در بدن افراد شب کار ترشح نمی شود.

وی در ادامه به اهمیت این هورمون اشاره کرد و گفت: این هورمون در بالا رفتن سروتونین تاثیر دارد، بنابراین افرادی که کم خوابی دارند دچار اختلالات روانی، به خصوص افسردگی می شوند.

این روانشناس تاکید کرد: در ترشح هورمون «لبتین» تاثیر دارد و ترشح نشدن لبتین باعث می شود انسان یا سایر جانداران

احساس سیری نکنند. یکی از دلایل چاقی افراد پرخور کمبود هورمون لبتین است، به همین دلیل علم جدید، خواب در تاریکی را برای لاغر شدن تجویز می کند.

احمدی به اختلالات ناشی از کمبود خواب اشاره کرد و افزود: هورمون خواب اگر ترشح نشود باعث سرطان های گوناگون و نیز پیری زودرس می شود. کمبود خواب باعث اختلال در هوش، حافظه و تمرکز انسان شده و باعث اختلال در هورمون های جنسی می شود.

وی تاکید کرد: بعضی دردهای جسمی و گوارشی از جمله یبوست به دلیل کمبود خواب است. با توجه به این نکته ها دانشمندان طب توصیه می کنند افراد به توالی طبیعت توجه کنند و با تاریکی بخوابند و با طلوع خورشید بیدار شوند. خواب در روز انرژی را از انسان می گیرد، زیرا هورمون ملاتونین ترشح نمی شود.

احمدی گفت: به افرادی که شب کار هستند، توصیه می شود روزها اتاق را به حد شب تاریک و سکوت شبانه را در خانه حکمفرما کنند. بهتر است شب ها چراغ خواب روشن نباشد. همچنین به هنگام خواب روز از چشم بند استفاده کنید.

وی افزود: بیدار شدن از خواب بهتر است با زنگ ساعت نباشد. اگر به بدن ساعت بیداری و خواب بدهید، یعنی به مدت یک هفته سر ساعت معین بخوابید و سر ساعت معین بیدار شوید، می تواند بدون زنگ ساعت بیدار شوید. این همان ساعت فیزیولوژی بدن است که فعال کرده اید.

همچنین موقع بیدار شدن زود از رختخواب بلند نشوید. بعضی از خستگی های روزانه و سردردها به همین علت است، در واقع به محض باز شدن پلک ها با شتاب و عجله از رختخواب بلند می شوید.

احمدی در پایان، گفت: به هنگام خواب، هیجانات قبل از خواب تعدیل شوند و بدون افکار مزاحم به خواب روند.



چگونه واقعیات تلخ را به بیماران بگوییم؟

یکی از مهم ترین جنبه های ارتباط پزشک و بیمار، دادن اخبار ناخوشایند در مورد بیماری در زمان تشخیص، عود یا درمان بیماران است. پزشکان زیادی طی روزها و سالهای کاری خود در این شرایط قرار می گیرند و باید خبری تلخ را به بیماران شان بگویند، واقعیاتی درباره بیماری و سلامت جسمی شان که نگرش و دیدگاه فرد بیمار را نسبت به آینده اش به طور جدی تحت تاثیر قرار می دهد.

دکتر گوهریسنای انزانی _ روانشناس در گفت و گو با ایسنا، درباره دادن خبرهای بد توسط پزشک به بیمار، گفت: انتقال خبر بد رابطه پزشک و بیمار را تحت تاثیر قرار داده و بر رضایت بیمار از مراقبت های پزشکی، کیفیت زندگی، سازگاری روانی آنها با واقعیت، میزان تبعیت آنها از دستورات پزشکی و امیدواری بیماری اثر می گذارد.

این روانشناس با بیان اینکه شنیدن خبر بد می تواند بیماران را از نظر روانی آسیب پذیر کرده و واکنش های نامطلوبی در آنها ایجاد کند، افزود: خبر بد می تواند منجر به بروز مشکلات شدیدی چون وحشت، اضطراب، افسردگی، عدم پیروی از دستورات پزشکی، اختلالات خلقی، مشکلات جسمانی، لرزش و تکان های روحی، ترس از مرگ، ترس از معلولیت و... شود. در واقع دریافت خبر بد برای فرد و خانواده از نظر جسمی و عاطفی تنش زاست و مانند شوک می ماند. این خبر می تواند زندگی فرد بیمار را در ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی، معنوی تحت تاثیر قرار دهد. معمولاً بیماران پس از مواجهه با تشخیص بیماری شان، از مکانیسم روانی

انکار استفاده می کنند که گاهی باعث می شود روند درمان با تاخیر قابل توجهی مواجه شود که این اتفاق پیامدهای جبران ناپذیری به همراه خواهد داشت.

وی ادامه داد: بر این اساس بیماران فکر می کنند با یک بیماری تخریب کننده مواجه شده اند و در موقعیتی سست و غیر قابل کنترل گیر کرده اند. در این حالت ناامیدی و احساس درد شدت می گیرد و دچار وسواس فکری می شوند؛ به طوریکه بیمار دائماً فکر می کند کنترلی بر زندگی خود ندارد و در افکار خود دچار خطای شناختی و فاجعه سازی شده، عینک بدبینی زده و هر لحظه منتظر واقعه وحشتناکی است. در عین حال درباره هر فرد یا هر نوع درمانی به شدت بدبینانه فکر می کند.

انزانی با بیان اینکه خود پزشکانی هم که مجبور به انتقال خبر منفی به بیماران خود هستند، در شرایط استرس زای شدیدی قرار می گیرند، گفت: طبق پژوهش ها، ۴۲ درصد پزشکان بعد از انتقال خبر منفی دچار استرس حاد می شوند؛ در واقع گفتن خبر بد توسط پزشک پردغدغه ترین تعامل ارتباطی است و اکثر پزشکان بیان حقایق را تنش آور می دانند و گاهی حتی برای جلوگیری از تنش ناشی از بیان حقیقت، مشکلات بیماران را به آن ها انتقال نمی دهند و ترجیح می دهند مساله پیش آمده را با نزدیکان وی مطرح کنند.

وی در ادامه بیان کرد: با توجه به اینکه طبق پژوهش ها، افراد زیادی تمایل دارند در مورد بیماری خود بدانند و تشخیص نهایی بیماری به آن ها گفته شود. در متن نهایی منشور حقوق بیماران در ایران که در سال ۱۳۸۸ توسط وزارت بهداشت به مراکز تابعه ابلاغ شد، آمده است که اطلاعات باید به نحو مطلوب و به میزان کافی در اختیار فرد بیمار قرار گیرد و در این منشور محتوای اطلاعاتی که باید در اختیار بیمار قرار گیرد، شامل روش های تشخیصی، درمانی، نقاط قوت و ضعف هر روش، عوارض احتمالی آن، تشخیص بیماری، پیش آگاهی بیماری و عوارض آن و نیز کلیه اطلاعات تاثیرگذار در روند بیماری است.

انزانی با بیان اینکه بررسی سیر تاریخی حقوق بیمار نشان می دهد قوانین به سمت دفاع از حقوق بیماران، تکامل یافته است و هر بیماری حق دارد اطلاعات کامل درباره روند تشخیص، درمان و پیش آگاهی از بیماری خود را از پزشک متخصص خود دریافت کند، تاکید کرد: این حق بیمار است که بداند بیماری او چیست و باید این حق را محترم شمرد. این حق به قدری مهم است که در سند لایحه حقوق بیمار مربوط به انجمن بیمارستان های ایالات متحده، تاکید شده است که باید اطلاعات کامل و قابل فهم به صورت معقول توسط کادر پزشکی به بیمار ارائه شود و پزشکان و کادر پزشکی نباید از گفتن اخبار ناگوار با این توجیه که بیمار نمی خواهد بداند یا چیزی نپرسیده، دفاع کنند. بنابراین پزشکان باید اطلاعات لازم را درباره بیماری به فرد ارائه دهند. البته مهم است که این وظیفه با کمترین عارضه برای بیمار و با فشار روانی کمتری انجام شود.

انزانی در بخش دیگری از صحبت هایش با استناد به آیات قرآن نیز خداوند متعال تاکید می کند که بعد از سختی، آسانی وجود دارد و بنابراین سختی ها را گشاینده آسانی ها می داند. بر همین اساس بیان سختی ها و مشکلات باید با امید دادن و روحیه دادن همراه باشد. هیچ وقت نباید از رحمت الهی ناامید شد. تحمل مشکلات با توجه کردن به الطاف الهی، آسان خواهد شد. از طرفی طبق دستورات دین، هر فردی صاحب اختیار است و حتی اگر مرگش نزدیک باشد، باید بداند تا برای بقیه دوران زندگی و کارهایش تصمیم گیری کند.

وی افزود: بنابراین پزشک متخصص باید بر مبنای اصل حقیقت گویی در پزشکی عمل کند. طبق این اصل ارائه اطلاعات لازم به بیمار برای ایجاد توانایی جهت اخذ تصمیم آگاهانه راجع به مراقبت های پزشکی و سایر جنبه های پزشکی و آگاه کردن وی از وضعیتی که در آن به سر می برد، وظیفه پزشک متخصص است. در مورد اصل حقیقت گویی دو گروه عمده وجود دارد؛ گروهی که بیان می کنند نباید در برخورد با بیماران صعب العلاج حقایق مربوط به بیماری بیان شوند و معتقدند با بیان نشدن حقایق از صدمات روحی - روانی فرد بیمار جلوگیری می شود و گروهی که معتقدند باید حقایق را بیان کرد چون بر مبنای اصول اخلاقی

عمومی و اصل نفع رسانی باید حقایق بیان شود تا بیمار برای اخذ تصمیم آگاهانه مختار باشد.

بهترین راه کسب اطلاعات از پزشک متخصص است

این روانشناس همچنین گفت: در بیماری های صعب العالاجی مانند سرطان ها که فرد مدت طولانی با آن درگیر است، کنجکاوی ذهن باعث می شود از طرق مختلف در پی کسب اطلاعات باشد. حال ممکن است به دلیل عدم شناخت صحیح از نشانه ها، مطالب اشتباهی در مورد بیماری خود پیدا کند که این فرآیند صدمه جبران ناپذیری برای بیماران به همراه خواهد داشت. پس بهترین راه کسب اطلاعات از پزشک متخصص است. باید توجه کرد که پژوهش های زیادی حاکی از این است که پزشکان در زمینه انتقال اخبار منفی آگاهی کافی ندارند و آموزش های تخصصی در این حوزه را نمی بینند. توانایی برقراری رابطه با بیماران صعب العالاج به عنوان یک مهارت در تسلط یافتن بر بیماری او، هنر اساسی پزشک است. در دهه های اخیر تاکید زیادی بر نحوه برقراری ارتباط بین پزشک و بیمار جهت بیان تشخیص بیماری و انتخاب راه های درمان و پیش آگاهی بیماری شده است و اعتقاد بر این است که رابطه پزشک و بیمار نباید رابطه والد-فرزندی باشد. در عین حال بیان پزشک باید با ظرافت های کلامی و غیر کلامی مناسبی و توأم با همدلی باشد.

وی با بیان اینکه بسیاری از مطالعات حاکی از این است که پزشکان نمی دانند چگونه بهتر است خبر منفی را منتقل کنند و می ترسند اگر در ارتباط اشتباه پیش آید، اثر منفی بر بیماران باقی گذارد و امید آن ها به شدت کاهش یابد، گفت: در واقع این مساله از موضوعات مهم مورد بحث و چالش برانگیز در محیط پزشکی است و انجام این کار امر مهم و پراهمیتی است. بنابراین بهتر است پزشکان دستورالعمل هایی را آموخته باشند تا هم خودشان استرس و تنش کمتری را تجربه کنند و هم به جای صحبت با اطرافیان، با خود بیمار صحبت کنند و اطلاعات لازم را به او ارائه دهند.

انزانی اظهار کرد: مسلماً در ایران نیز دستورالعمل های خاصی در زمینه نحوه بیان و افشاسازی بیماری وجود ندارد. معمولاً مراقبت های حمایتی و خصوصاً مشاوره برای این بیماران انجام نمی شود. در کشوری مانند ایران که خانواده محور است، گاهی خانواده ها در جریان بیماری یکی از اعضای خانواده قرار می گیرند و بدون گفتن این موضوع به خود بیمار، در مورد نحوه درمان تصمیم گیری می کنند. بنابراین با توجه به مطالب بیان شده نیاز است پزشک متخصص، فرد بیمار را از شرایط بیماری مطلع کند و به نظر می رسد راهکارهای ساده ای هم بتواند در این مورد کمک کننده باشد.

روش های بیان واقعیات بیماری به بیماران

انزانی با اشاره به روش های بیان واقعیات درباره بیماری به بیمار، گفت: بهتر است پزشک، بیمار و ترجیحاً یکی از اقوام نزدیک در فضای امن، ساکت، بدون عوامل مزاحم و اگر امکان داشت در حضور مشاور متخصص در کنار هم قرار گیرند و بیمار دیگری در اتاق نباشد. باید دقت کافی برای این امر مهم در نظر گرفته شود تا استرس زمانی بر شرایط گفت و گو اثر نگذارد. بهتر است پزشک، نزدیک به بیمار نشسته و آب خوردن نیز در کنارشان باشد و از نشستن پشت میز خود خودداری کند.

وی ادامه داد: پزشک نیاز است مهارت های کلامی و غیر کلامی مناسب را بداند و بدون ترحم، با تماس چشمی متناسب با استفاده نمایی از دست ها، همراه با احترام با جملات بدون بار منفی با بیمار خود همدلی کند. یعنی به بیمار نگویید که کاری از دست من بر نمی آید. از طرفی پزشک باید از دادن امید واهی یا دروغ گویی بپرهیزد. در مرحله اول بهتر است اطلاعات خود بیمار بررسی شود تا پزشک بفهمد بیمار چقدر در مورد بیماری خودش اطلاعات کسب کرده و از چه منابعی کمک گرفته است. سپس از بیمار بپرسد که آیا مایل است جزئیات بیماری را بداند یا اینکه ترجیح می دهند اطلاعات کلی تری داشته باشند. همچنین باید واژه هایی که بیان می شوند در سطح درک و فهم بیمار بوده و از بیان اصطلاحات پزشکی خودداری شود. اطلاعات باید به صورت

گام به گام و توأم با همدلی بیان شود. اگر پزشک امکان تماس نزدیک مانند دادن شماره تماس برای وقت‌های ضروری، با بیمار را داشته باشد، در این شرایط بسیار کمک کننده است.

این روانشناس در پایان برای کمک به بیماران توصیه کرد: به فرد بیمار کمک شود تا به گروه حمایتی بپیوندد، یعنی گروهی که افراد مشابه با خودش در آن گروه عضو هستند یا به سرعت با کمک پزشک به مشاور متخصص متصل شود؛ چراکه در این مرحله انکار بیماران شدت می‌گیرد و باید به کمک مشاور از انکار خارج شوند و به سرعت در مراحل درمان قرار گیرند. هر لحظه غفلت گاهی جبران‌ناپذیر خواهد بود. پزشک باید با صبوری به احساس و افکار بیمار خود گوش داده و اگر سؤالاتی دارند، با آرامش و بدون دروغ‌گویی پاسخ دهد. دادن اطلاعات مناسب و مطابق نیاز و درک بیمار به صورت مرحله به مرحله و توأم با همدلی، به بیماران کمک می‌کند تا با اطلاعات بیشتر تصمیم مناسبی برای درمان خود بگیرند. انتهای پیام



پژوهش روی یک معضل درمانی؛



افسردگی‌هایی که به درمان مقاومند/ اثرات مثبتی که «طرحواره درمانی» دارد

افسردگی مقاوم به درمان، یکی از معضلات بهداشتی درمانی در دنیا است که هزینه‌های زیادی را به جامعه تحمیل می‌کند. پژوهشگران برای رفع این مشکل و کاهش تبعات آن، تکنیکی موسوم به «طرحواره درمانی» را مورد آزمایش قرار داده و بر فواید آن تأکید دارند.

به گزارش ایسنا، با وجود پیشرفت در علت‌شناسی، داروشناسی و مشخصه‌های زیستی عصبی و همچنین معرفی چندین طبقه از داروهای ضدافسردگی، هنوز هم حدود ۱۰ تا ۶۰ درصد از افراد مبتلا به اختلال «افسردگی اساسی» به داروهای ضدافسردگی پاسخ نمی‌دهند و نشانه‌های مقاومت در برابر درمان را نشان می‌دهند. این امر سبب افزایش مشکل در کارکردهای شغلی- اجتماعی، سلامت جسمانی و افکار خودکشی شده و باعث استفاده هر چه بیشتر از سرویس‌های خدمات بهداشت روانی می‌شود؛ بدین ترتیب افسردگی مقاوم به درمان، یک مشکل عظیم برای دست‌اندرکاران بهداشت روانی تلقی می‌شود.

به بیان متخصصان، افسردگی مقاوم به درمان، همان افسردگی اساسی است که به یک یا دو دوره درمانی (با دوز و مدت‌زمان کافی) پاسخ نمی‌دهد. بنابراین بهتر است از درمان‌هایی که برای افراد مقاوم به درمان طراحی شده است استفاده شود تا در زمان و هزینه صرفه‌جویی شود، یکی از این درمان‌ها، به «طرحواره درمانی» معروف است. بر اساس نظریه طرحواره درمانی، بیماران مبتلا به اختلالات خلقی، طرحواره‌های ناسازگاری دارند که منجر به تشدید نشانه‌های این اختلال می‌شود. رویکرد طرحواره درمانی، بر الگوهای خودویرانگر، احساس و رفتاری که از دوران کودکی فرد تکرار می‌شوند، تمرکز می‌کند.

در این خصوص و در پژوهشی که توسط محققین کشور انجام شده است، اثربخشی طرحواره درمانی بر شدت افسردگی و افکار خودکشی در بیماران مبتلا به افسردگی مقاوم به درمان مورد بررسی قرار گرفته است.

به گفته محققین فوق، طرحواره درمانی جنبه‌های گسترده‌ای از زندگی فرد را دربر می‌گیرد و اساساً برای مشکلات رفتاری و هیجانی که دوام زیاد دارند به کار برده می‌شود و از آنجاکه افراد مبتلا به افسردگی مقاوم به درمان، مشکلات هیجانی پایداری دارند، انتظار می‌رود به بهبودی آن‌ها کمک کند.

در پژوهش مورد اشاره فوق، محققین دانشگاه لرستان، با استفاده از پرسشنامه‌های استاندارد مربوط به افسردگی و افکار خودکشی،

اطلاعات مورد نیاز خود را از بیماران مبتلابه افسردگی مقاوم به درمان در بخش روان پزشکی بیمارستان های نفت و صدوقی اصفهان جمع آوری کرده و سپس این اطلاعات و داده ها را با روش های آماری، تجزیه و تحلیل و بررسی کردند.

نتایج حاصل از مطالعه نشان داد که طرحواره درمانی به طور معنی دار و قابل توجهی منجر به کاهش افسردگی و افکار خودکشی در افراد می شود.

در تبیین این یافته ها، ترانه مؤذنی، محقق گروه روانشناسی دانشگاه لرستان و همکارانش می گویند: «با توجه به اهمیت آسیب های دوران کودکی در بیماران مبتلابه افسردگی مقاوم به درمان و تأکید طرحواره درمانی بر باورهای ناکارآمد به وجود آمده در دوران کودکی تا بزرگسالی، این طرحواره از اصول و فنون زیادی استفاده می کند تا آن ها را بازسازی و تغییر دهد. در این راستا می توان گفت عناصر طرحواره درمانی متشکل از رویکردهای شناختی- رفتاری، دلبستگی، روابط شیئی، سازه گرایی و روان کاوی در قالب یک مدل درمانی هستند. در نتیجه منطقی به نظر می رسد که طرحواره درمانی با ترکیب رویکردهای مختلف (دلبستگی و روابط شیئی) در قالب یک مدل درمانی در درمان بیماران مبتلابه افسردگی مقاوم به درمان مؤثر واقع شود.»

به گفته محققان فوق: «طرحواره درمانی با کارکردن بر صدای درونی شده والدین و عمیق ترین سطح شناخت یعنی طرحواره ها، کمک می کند تا بیماران به ریشه افکار خود، آگاهی یابند و با استفاده از آزمون کردن اعتبار درستی طرحواره و پیدا کردن تعریفی جدید از شواهد تأیید کننده یا رد کننده آن، طرحواره و افکار ناخودآیند منتج از آن را زیر سؤال ببرند و دیدگاه جدید به خود، دنیا و آینده پیدا کنند. افراد مبتلابه افسردگی طی سال های متمادی اطلاعات همخوان با طرحواره را برجسته می کنند و اطلاعات ناهمخوان با آن را نادیده می گیرند و این روند را در کلیه سطوح زندگی تداوم می بخشند.»

به اعتقاد مؤذنی و همکارانش: «طرحواره درمانی که خلاصه هایی از پاسخ های سالم فرد، شناسایی ریشه طرحواره و افکار ناکارآمد است، بهترین ابزار کمک کننده به فرد جهت تشخیص رفتارهای منفی و چگونه جایگزین کردن رفتارهای سالم در زندگی است، که موجب آگاهی فرد نسبت به طرحواره ها می شود و زمینه تغییر را در فرد و به تبع آن در روابط بین فردی و درون فردی فراهم می کند. همچنین تکنیک های تجربی کمک می کنند تا بیمار با سازمان دهی مجدد هیجانی، بررسی خودیادگیری های جدید، تنظیم عاطفه بین فردی و نیز خود آرامش دهی، زمینه را برای بهبود طرحواره ها مهیا سازد. از سوی دیگر بیماران می توانند با استفاده از این تکنیک ها به فرضیه آزمایی طرحواره ها بپردازند و با برانگیخته شدن طرحواره ها و ارتباط آن با مسائل کنونی، زمینه برای بینش هیجانی و متعاقب آن بهبود طرحواره ها مهیا می شود.»

آن ها می افزایند: «استفاده از تصویرسازی ذهنی باعث می شود فرد طرحواره های اصلی را شناخته، ریشه های تحولی آن را درک کرده و این ریشه ها را به زندگی فعلی خود ربط دهد. علاوه بر این موجب ارتقای درک بیمار و کمک به او در جهت حرکت از شناخت عقلانی به سمت تجربه کردن هیجانی می شود. در تکنیک گفتگوی خیالی، بروز هیجانات اصلی مثل خشم، زمینه را برای تخلیه هیجانی مهیا ساخته و باعث فاصله گرفتن از طرحواره ها می شود.

تصویرسازی ذهنی به منظور الگو شکنی نیز باعث فاصله گرفتن از سبک های مقابله ای اجتناب و جبران افراطی می شود و از سویی نیز باعث فاصله گرفتن از سبک های مقابله ای اجتناب و جبران افراطی می گردد و از سویی با استفاده از تکنیک نوشتن نامه، بیماران فرصتی برای بیان حقوقشان و شناخت احساساتشان می یابند. به عبارت دیگر، در بعد عاطفی، طرحواره درمانی با استفاده از راهبردهای تجربی، باور شناختی که به باور هیجانی گره خورده است را به چالش می اندازد تا بیمار در جلسه درمان با طرحواره هایش علاوه بر سطح شناختی در سطح عاطفی نیز بجنگد. این تکنیک به تخلیه هیجانی فرد کمک می کند تا فرد نیازهای هیجانی ارضا نشده اش را که منجر به شکل گیری طرحواره های ناسازگار شده بشناسد.»

این یافته‌ها که می‌توانند با توصیه به کارگیری طرحواره درمانی توسط روانشناسان و روان‌پزشکان، به کاهش مشکلات روان‌شناختی افراد مبتلا به افسردگی مقاوم به درمان منجر شوند، در نشریه‌ای علمی پژوهشی تحت عنوان «ارمغان دانش» که توسط «دانشگاه علوم پزشکی یاسوج» انتشار می‌یابد، به چاپ رسیده‌اند. انتهای پیام



اخبار حوزه «رفاه و سلامت اجتماعی»:

ایرنا راه حلی که معاون وزیر برای کنترل «خشونت» در مدارس ارائه کرد

معاون تربیت بدنی و سلامت وزارت آموزش و پرورش از همکاری با انجمن اولیاء و مربیان برای آموزش کنترل خشم به والدین خبر داد و عنوان کرد: متأسفانه امروز اولین آسیبی که در مدارس با آن مواجهیم، «خشونت» است.

مهرزاد حمیدی در گفت‌وگو با ایرنا، درباره اخبار منتشر شده در ماه‌های اخیر مبنی بر تنبیه بدنی در مدارس و تعرض به معلمان و ضرب و جرح آنها توسط خانواده دانش آموز در فضای رسانه‌ای و افزایش خشونت‌ها اظهار کرد: از طریق سامانه «نماد» آسیب‌های اجتماعی را رصد می‌کنیم و مدیران مدارس مرتب درصد و نوع آسیب‌ها را گزارش می‌دهند.

وی افزود: متأسفانه امروز اولین آسیبی که در مدارس با آن مواجهیم، خشونت است.

معاون تربیت بدنی و سلامت وزارت آموزش و پرورش با بیان اینکه دوره‌های آموزشی مختلفی را پیش بینی و مدرسینی را برای کنترل خشم و خودکنترلی آموزش دادیم گفت: آسیب‌هایی که در مدرسه بروز می‌یابد ریشه اجتماعی و خانوادگی دارد و وقتی بچه‌ها در خانه با خشونت مواجه می‌شوند آن را به صورت اکتسابی فرا می‌گیرند و در مدرسه بروز می‌دهند.

حمیدی ادامه داد: هرچقدر خشونت رشد کند، مشکل معاون و مدیر مدرسه بیشتر می‌شود. ما به سرعت در حال ارائه و برگزاری دوره‌های آموزشی در استان‌ها برای کنترل خشم هستیم و در کنار آن المپیادهای ورزشی را توسعه و زمینه‌ای را فراهم می‌کنیم تا بچه‌ها هیجان خود را روی توپ و در حین بازی تخلیه کنند.

وی با بیان اینکه دانش‌آموز شش ساعت در اختیار ماست و بعد وارد جامعه و خانواده می‌شود و ما تنها مولفه موثر نیستیم. باید مدرسه، محله و خانواده کنار هم قرا بگیرند تا اثربخشی کامل پیدا شود.

معاون تربیت بدنی و سلامت وزارت آموزش و پرورش از همکاری با انجمن اولیاء و مربیان برای آموزش کنترل خشم به والدین خبر داد و عنوان کرد: وقتی به هر علتی متارکه، منازعه و هر گونه تنش دیگری وجود دارد، اولین وضع آن یادگیری از سوی کودک و پیاده سازی در اولین محیط یا همان مدرسه است. انتهای پیام



مقام قضایی :



طرح پیشگیری از خشونت اجرا می شود *

تهران - ایرنا - معاون مدیرکل پیشگیری های مردمی و نهادهای مدنی قوه قضاییه از اجرای طرح پیشگیری از خشونت با همکاری سازمان های اجتماعی خبر داد .

به گزارش ایرنا از معاونت اجتماعی و پیشگیری از وقوع جرم قوه قضاییه، امین همتی نژاد روز دوشنبه در نشست با مسئولان شهرستان قرچک گفت: خشونت آسیبی است که کشور به آن مبتلا است و به یک بخش یا نقطه خاص اختصاص ندارد و معاونت اجتماعی قوه قضاییه باتوجه به نقش موثر نیروهای مردمی در پیشگیری از آسیب ها و جرایم تصمیم گرفت با کمک سازمان دفاع از قربانیان خشونت و با استفاده از ظرفیت های محلی و مردمی دراین باره اقدام کند.

وی افزود: نهادهای دولتی و قضایی در اجرای این طرح دخالت مستقیم ندارند و کار به سازمان های مردم نهاد، ظرفیت های

بومی و محلی، ریش سفیدان و معتمدان محل به طوری سپرده می شود که مردم خود مشکلات را رفع می کنند. این مقام مسئول افزود: در این طرح آموزش و توانمندسازی توسط مردم انجام می شود. زیرا دستگاه های اجرایی و قضایی به تنهایی نمی توانند آسیب ها را کاهش دهند.

*قرچک پایلوت اجرای مدل مردم محور پیشگیری از خشونت

همتی نژاد گفت: یکی از برنامه های اداره کل پیشگیری های مردمی و مشارکت های مدنی این معاونت، راهبری توانمندسازی ظرفیت های مردمی در خصوص پیشگیری از مظاهر اولویی خشونت (ایراد ضرب و جرح عمدی، توهین، تهدید و تخریب) است که به همین منظور، مدل مردم محور پیشگیری از خشونت با همکاری سازمان های اجتماعی محور انجام می شود و یکی از دهستان های شهرستان قرچک پایلوت اجرای این طرح انتخاب شده است.

*خشونت های قبیله ای به دلیل فقر فرهنگی

حجت الاسلام احداالله سینکایی دادستان شهرستان قرچک هم در این نشست با بیان اینکه بیشتر خشونت ها در این شهرستان به صورت قبیله ای انجام می شود، گفت: معمولاً نزاع ها، خانوادگی و قبیله ای و همه این ها به دلیل فقر فرهنگی موجود در این شهرستان است.

وی مهاجرپذیری این شهرستان را دلیل دیگر افزایش پرونده ها در قرچک دانست و گفت: با توجه به افزایش اجاره بهای ساختمان در تهران، بسیاری به سمت قرچک و دیگر شهرهای همجوار تهران مهاجرت کرده اند و همین امر نیز موجب افزایش پرونده ها در دستگاه قضایی می شود.

دادستان شهرستان قرچک افزود: با توجه به تعداد کم قاضی در این شهرستان رسیدگی به پرونده ها مشکل تر خواهد شد. وی با بیان اینکه تهدید، نزاع، تخریب و توهین در صدر جرایم کشور قرار دارد، از پایلوت شدن قرچک برای اجرای مدل مردم محور پیشگیری از خشونت استقبال کرد و گفت: این کار نباید صرفاً گزارش دهی باشد بلکه همه مسئولان شهرستان باید پای کار بیایند و مانع از بروز خشونت شوند.

*باورهای ناکارآمد به چالش کشیده می شود

سید احمدرضا سلامتی معاون توانبخشی سازمان دفاع از قربانیان خشونت با تشریح طرح پیشگیری از خشونت با همکاری سازمان های اجتماعی برای مسئولان حاضر در این نشست گفت: طرح یک نمونه کاملاً علمی ایرانیزه شده است. وی با اشاره به حمایت نامحسوس دولت و قوه قضاییه و استفاده از ظرفیت های مردمی، اظهار داشت: دولت و قوه قضاییه در حقیقت وظیفه تسهیلگری را انجام می دهند و با این طرح قرار است علاقه اجتماعی با مشارکت مردم شناسایی و باورهای ناکارآمد به چالش کشیده شود.

*سکونت گاه های غیررسمی

حمیدرضا نعمتی رئیس اداره بهزیستی قرچک با اعلام وجود سکونت گاه های رسمی و غیررسمی این شهرستان گفت: ۲۴۵ هکتار از زمین های قرچک سکونت گاه های غیررسمی است و ۱۱۴ هزار نفر هم در بافت های فرسوده زندگی می کنند. وی دو آسیب نخست شهرستان را اعتیاد و طلاق برشمرد و ادامه داد: ۵۰ هزار نفر از جمعیت این شهرستان را اتباع تشکیل می دهند که این خود آسیب های اجتماعی منطقه را دو چندان کرده است.

نعمتی با استقبال از مدل مردم محور پیشگیری از خشونت، خواستار ایجاد هماهنگی بین بخشی نهادهای دولتی و غیردولتی، حمایت به منظور ترویج گروه های همیار، آگاه سازی، تشکیل تیم محلی و شناسایی منابع محلی شد.

مهدی نیکبخت رئیس اداره آموزش و پرورش قرچک نیز بیشترین آسیب دانش آموزان این شهرستان را در مدارس با تراکم بالا

اعلام کرد و گفت: به دلیل عدم حمایت روانی والدین از دانش آموزان، خطرانی نوجوانان را تهدید می کند از این رو کارگاه های توانمندسازی را برای آنان برگزار کردیم. انتهای پیام *



سهم معنادار حرفه مددکاری اجتماعی در تحقق اهداف توسعه پایدار -

انوشیروان محسنی بندپی *

تهران - ایرنا - حرفه مددکاری اجتماعی به معنای مدرن آن با بهره گیری از تخصصی مبتنی بر دانش، عمل و صلاحیت قادر است در اعتلای اجتماعی، پیوند اجتماعی، مبارزه با ابعاد فقر، توانمندسازی، ارتقای سلامت اجتماعی، کاستن از مخاطرات و آسیب های اجتماعی و به حداکثر رسانیدن مشارکت اجتماع محلی سهمی شایسته و معنادار را در تحقق اهداف توسعه پایدار داشته باشد.

روزنامه ایران در یادداشتی به قلم انوشیروان محسنی بندپی رئیس سازمان بهزیستی کشور، آورده است: در کشور جمهوری اسلامی ایران به مدد ورود به عرصه مدرنیسم ساختارهای نهادی طی این دوران گذار از سنت به مدرنیسم دستخوش تغییر و تحولات مختلفی شده اند. جوامع به مدد رشد شاخه های مختلف علوم و فناوری ها الزامات مختلفی را برای سازگاری با این تحولات تجربه کرده اند. سبک زندگی و نهادهای اجتماعی سنتی که از سازوکارهای ساده ای پیروی می کردند با ورود دستاوردهای دانش و فناوری شتاب و تغییر را به طور ناگزیر در سطوح مختلف اعمال کرده اند. متناسب با این تغییرات، نهادهای مختلف جامعه نیز از این ضربه انگ رشدی تأثیر پذیرفته اند. فناوری های مختلف ارزش ها و ضرورت های مختلفی را به ارمغان آوردند که مهم ترین ارمغان این تحولات افزایش سرعت، پیچیده تر شدن و تخصص گرایی بوده است.

در قرون پیشین روش های حکمرانی از نظریات علمی چندان اثری نمی پذیرفتند. در نتیجه از جمله رهاوردهای مهم گذار به دوران مدرن شیوه های حکمرانی مناسبی است که دولت ها و ملت ها را در تکالیف دو جانبه مهمی قرار داده است. با ورود دستاوردهای دانش و فناوری بسیاری از مشکلات پیشین مانند بیماری دیگر به عنوان چالش های عمده دولت ها و مردم قلمداد نمی شوند. فناوری در علوم پایه، پزشکی و صنعت تغییرات عمده ای را در رشد تولید ناخالص ملی و ثروت جامعه به ارمغان آورده است.

اما پرسش مهم که در این باره مطرح می شود این است که ساختارهای اجتماعی و نهادهای جامعه چگونه از این تغییر و تحولات تأثیر می پذیرند و همسازی و انطباق با این تحولات چگونه صورت می پذیرد؟ مفاهیمی نظیر توسعه جامع و پایدار، عدالت اجتماعی، پدیده ها و معضلات اجتماعی چه چالش ها، فرصت ها و تهدیدهایی را برای این گذار به سمت مدرنیسم ایجاد می کنند؟ واقعیت امر این است که جامعه کنونی ما با نگاهی کالبدی به ابعاد رشد و توسعه بویژه توسعه پایدار می پردازد. ولی آیا این فراهم آوردن زیرساخت ها و کالبدی تکامل یافته بدون توجه به سرمایه های انسانی و اجتماعی که بتوانند به رشد و اعتلای آن آهنگی متعادل و متوازن ببخشند پاسخگوی تمامی نیازهای توسعه ای کشور خواهد بود؟

فقر، تبعیض، فساد و انواع معضلات اجتماعی پدیده هایی هستند که نیازمند رویکردی فراتر از مهندسی سازه ها بر ابعاد نرم افزاری و انسانی رشد و توسعه است. چگونه می توان در بهسازی محیط زیست، افزایش سرمایه اجتماعی، همبستگی اجتماعی و تاب آوری اجتماعی در شرایطی که تحولات ناگزیر زمانه تمامی سطوح نهادهای اجتماعی را به چالش کشیده اند، کوشید؟ چگونه می توان بر الگوسازی، تغییر ارزش ها، نگرش ها، رفتار و موقعیت به نحوی عمل کرد که جامعه رشدی متوازن و همگون را تجربه کند؟ پاسخ پرسش های بالا و بسیاری از پرسش های کلیدی دیگر در این پاسخ ساده اما بسیط نهفته است: «کاربست هدفمند و بومی شده

یافته‌های علوم انسانی و اجتماعی.»

در میان همه رشته‌های علمی که قادر به تحقق اهداف توسعه پایدار هستند، رشته دانشگاهی «مددکاری اجتماعی» به‌عنوان یک حرفه کاربردی و بین رشته‌ای قادر است که پلی قابل اطمینان را برای کاستن از مخاطرات اجتماعی، تقویت عوامل محافظت‌کننده در فرآیند توسعه پایدار بر عهده گیرد. حرفه مددکاری اجتماعی به معنای مدرن آن با بهره‌گیری از تخصصی مبتنی بر دانش، عمل و صلاحیت قادر است در اعتلای اجتماعی، پیوند اجتماعی، مبارزه با ابعاد فقر، توانمندسازی، ارتقای سلامت اجتماعی، کاستن از مخاطرات و آسیب‌های اجتماعی و به حداکثر رسانیدن مشارکت اجتماع محلی سهمی شایسته و معنادار را در تحقق اهداف توسعه پایدار داشته باشد.

این حرفه قادر است در گسترش چتر رفاه اجتماعی، محافظت در برابر انواع مخاطرات اجتماعی، محافظت از عوامل خطر در محیط زیست، بازپیوند اجتماعی افراد دارای نیازهای ویژه (افراد کم توان ذهنی، افراد دچار اختلالات شدید روانی، کم توانان حرکتی و...)، حمایت از گروه‌هایی چون زنان، کودکان، سالمندان و همچنین سازمان‌ها، فعالان اجتماعی و سمن‌ها نیز بخوبی به ایفای نقش بپردازد.

امروزه مددکاران اجتماعی مراکزی تخصصی و جامع به‌عنوان کلینیک‌های مددکاری اجتماعی را بر اساس ضوابط قانونی ماده ۲۶ تحت نظارت سازمان بهزیستی کشور به ثبت رسانده‌اند. این کلینیک‌ها قادرند به‌عنوان یک سازه اجتماعی جامع، توانمند و برخوردار از همه تخصص‌های یاورانه به تحقق اهداف توسعه پایدار و جاری‌سازی اهداف سلامت اجتماعی کمک شایانی نمایند. با عنایت به موارد پیش گفته و نقش کلیدی این حرفه در کاهش آسیب‌های اجتماعی و ارتقای سلامت اجتماعی در جامعه، بیم آن می‌رود چنانچه به جایگاه تخصصی و کاربردی این حرفه در کشور توجه ویژه‌ای نشود در سال‌های آتی شاهد افزایش چشمگیر مسائل و مخاطرات اجتماعی باشیم.

سازمان بهزیستی کشور با همت معاونت امور اجتماعی (دفتر توانمندسازی خانواده و زنان) و همچنین دانشگاه علامه طباطبائی و سایر نهادهای تخصصی همکار بر آن است رویداد تخصصی کم نظیری را با حضور تمامی صاحبان فکر در عرصه رشته مددکاری اجتماعی، صاحب نظران و خبرگان تحت عنوان همایش مددکاری اجتماعی - توسعه پایدار مورخ ۲۲ و ۲۳ آبان ماه سال جاری برگزار نماید. این همایش در نظر دارد پیامی مهم و تعیین‌کننده را به تمامی دست‌اندرکاران قوای سه‌گانه کشور، تصمیم‌گیران و صاحبان قدرت که عزمی برای توسعه کشور دارند برساند: جامعه سالم، تاب آور، رشد یافته و مرفه نیازمند نگاهی متفاوت به مسائل رشد و توسعه یکپارچه در سطح خرد و کلان است. بنابراین ضروری است برای این رشته وزین و بسیار راهبردی اعتباری بیش از پیش قائل شویم.

در کشور جمهوری اسلامی ایران به مدد ورود به عرصه مدرنیسم ساختارهای نهادی طی این دوران گذار از سنت به مدرنیسم دستخوش تغییر و تحولات مختلفی شده‌اند. جوامع به مدد رشد شاخه‌های مختلف علوم و فناوری‌ها الزامات مختلفی را برای سازگاری با این تحولات تجربه کرده‌اند.

سبک زندگی و نهادهای اجتماعی سنتی که از سازوکارهای ساده‌ای پیروی می کردند با ورود دستاوردهای دانش و فناوری شتاب و تغییر را به طور ناگزیر در سطوح مختلف اعمال کرده‌اند. متناسب با این تغییرات، نهادهای مختلف جامعه نیز از این ضربه‌ها رنج برداشته و تأثیر پذیرفته‌اند. فناوری‌های مختلف ارزش‌ها و ضرورت‌های مختلفی را به ارمغان آوردند که مهم‌ترین ارمغان این تحولات افزایش سرعت، پیچیده‌تر شدن و تخصص‌گرایی بوده است.

در قرون پیشین روش‌های حکمرانی از نظریات علمی چندان اثری نمی‌پذیرفتند. در نتیجه از جمله رهاوردهای مهم گذار به دوران مدرن شیوه‌های حکمرانی مناسبی است که دولت‌ها و ملت‌ها را در تکالیف دو جانبه مهمی قرار داده است. با ورود دستاوردهای دانش و فناوری بسیاری از مشکلات پیشین مانند بیماری دیگر به‌عنوان چالش‌های عمده دولت‌ها و مردم قلمداد نمی‌شوند. فناوری در علوم پایه، پزشکی و صنعت تغییرات عمده‌ای را در رشد تولید ناخالص ملی و ثروت جامعه به ارمغان آورده است. اما پرسش مهم که در این باره مطرح می‌شود این است که ساختارهای اجتماعی و نهادهای جامعه چگونه از این تغییر و تحولات

تأثیر می‌پذیرند و همسازی و انطباق با این تحولات چگونه صورت می‌پذیرد؟ مفاهیمی نظیر توسعه جامع و پایدار، عدالت اجتماعی، پدیده‌ها و معضلات اجتماعی چه چالش‌ها، فرصت‌ها و تهدیدهایی را برای این گذار به سمت مدرن‌سیم ایجاد می‌کنند؟ واقعیت امر این است که جامعه کنونی ما با نگاهی کالبدی به ابعاد رشد و توسعه بویژه توسعه پایدار می‌پردازد. ولی آیا این فراهم آوردن زیرساخت‌ها و کالبدی تکامل یافته بدون توجه به سرمایه‌های انسانی و اجتماعی که بتوانند به رشد و اعتلای آن آهنگی متعادل و متوازن ببخشند پاسخگوی تمامی نیازهای توسعه‌ای کشور خواهد بود؟

فقر، تبعیض، فساد و انواع معضلات اجتماعی پدیده‌هایی هستند که نیازمند رویکردی فراتر از مهندسی سازه‌ها بر ابعاد نرم افزاری و انسانی رشد و توسعه است. چگونه می‌توان در بهسازی محیط زیست، افزایش سرمایه اجتماعی، همبستگی اجتماعی و تاب‌آوری اجتماعی در شرایطی که تحولات ناگزیر زمانه تمامی سطوح نهادهای اجتماعی را به چالش کشیده‌اند، کوشید؟ چگونه می‌توان بر الگوسازی، تغییر ارزش‌ها، نگرش‌ها، رفتار و موقعیت به نحوی عمل کرد که جامعه رشدی متوازن و همگون را تجربه کند؟

پاسخ پرسش‌های بالا و بسیاری از پرسش‌های کلیدی دیگر در این پاسخ ساده اما بسیط نهفته است: «کاربست هدفمند و بومی شده یافته‌های علوم انسانی و اجتماعی». در میان همه رشته‌های علمی که قادر به تحقق اهداف توسعه پایدار هستند، رشته دانشگاهی «مددکاری اجتماعی» به‌عنوان یک حرفه کاربردی و بین رشته‌ای قادر است که پلی قابل اطمینان را برای کاستن از مخاطرات اجتماعی، تقویت عوامل محافظت‌کننده در فرآیند توسعه پایدار بر عهده گیرد. حرفه مددکاری اجتماعی به معنای مدرن آن با بهره‌گیری از تخصصی مبتنی بر دانش، عمل و صلاحیت قادر است در اعتلای اجتماعی، پیوند اجتماعی، مبارزه با ابعاد فقر، توانمندسازی، ارتقای سلامت اجتماعی، کاستن از مخاطرات و آسیب‌های اجتماعی و به حداکثر رسانیدن مشارکت اجتماع محلی سهمی شایسته و معنادار را در تحقق اهداف توسعه پایدار داشته باشد.

این حرفه قادر است در گسترش چتر رفاه اجتماعی، محافظت در برابر انواع مخاطرات اجتماعی، محافظت از عوامل خطر در محیط زیست، بازپیوند اجتماعی افراد دارای نیازهای ویژه (افراد کم توان ذهنی، افراد دچار اختلالات شدید روانی، کم توانان حرکتی و...)، حمایت از گروه‌هایی چون زنان، کودکان، سالمندان و همچنین سازمان‌ها، فعالان اجتماعی و سمن‌ها نیز بخوبی به ایفای نقش بپردازد.

امروزه مددکاران اجتماعی مراکزی تخصصی و جامع به‌عنوان کلینیک‌های مددکاری اجتماعی را بر اساس ضوابط قانونی ماده ۲۶ تحت نظارت سازمان بهزیستی کشور به ثبت رسانده‌اند. این کلینیک‌ها قادرند به‌عنوان یک سازه اجتماعی جامع، توانمند و برخوردار از همه تخصص‌های یاورانه به تحقق اهداف توسعه پایدار و جاری‌سازی اهداف سلامت اجتماعی کمک شایانی نمایند. با عنایت به موارد پیش گفته و نقش کلیدی این حرفه در کاهش آسیب‌های اجتماعی و ارتقای سلامت اجتماعی در جامعه، بیم آن می‌رود چنانچه به جایگاه تخصصی و کاربردی این حرفه در کشور توجه ویژه‌ای نشود در سال‌های آتی شاهد افزایش چشمگیر مسائل و مخاطرات اجتماعی باشیم.

سازمان بهزیستی کشور با همت معاونت امور اجتماعی (دفتر توانمندسازی خانواده و زنان) و همچنین دانشگاه علامه طباطبائی و سایر نهادهای تخصصی همکار بر آن است رویداد تخصصی کم نظیری را با حضور تمامی صاحبان فکر در عرصه رشته مددکاری اجتماعی، صاحب نظران و خبرگان تحت عنوان همایش مددکاری اجتماعی - توسعه پایدار مورخ ۲۲ و ۲۳ آبان ماه سال جاری برگزار نماید. این همایش در نظر دارد پیامی مهم و تعیین‌کننده را به تمامی دست‌اندرکاران قوای سه‌گانه کشور، تصمیم‌گیران و صاحبان قدرت که عزمی برای توسعه کشور دارند برساند: جامعه سالم، تاب آور، رشد یافته و مرفه نیازمند نگاهی متفاوت به مسائل رشد و توسعه یکپارچه در سطح خرد و کلان است. بنابراین ضروری است برای این رشته وزین و بسیار راهبردی اعتباری بیش از پیش قائل شویم. *رئیس سازمان بهزیستی کشور

منبع: روزنامه ایران، ۲۲ آبان ۱۳۹۷ پژوهش‌م ۱۹۷* **انتهای پیام *

راهنمایی و مشاوره باید از سال های ابتدایی مدرسه آغاز شود *

تهران-ایرنا- دبیرکل شورای عالی آموزش و پرورش گفت: مطابق سند تحول بنیادین، پیش دبستان و دبستان باید نقطه آغاز آموزش راهنمایی و مشاوره باشد تا اهداف این سند به شکوفایی برسد.

به گزارش خبرنگار علمی ایرنا، «مهدی نوید ادهم» روز یکشنبه در اولین همایش ملی «مشاوره مدرسه» که در سالن همایش های دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه علامه طباطبائی برگزار شد، افزود: علیرغم تلاش ها و برنامه های مختلف آموزش و پرورش که توسط متخصصان و کارشناسان برجسته طراحی شده است، مبحث نظام مشاوره به نظر می رسد هنوز راه خود را پیدا نکرده و در جایگاه خود قرار نگرفته است.

ادهم با اشاره به این که از ۱۳۱ راهکار سند تحول بنیادین، ۱۲ راهکار به صورت مستقیم و غیرمستقیم به مشاوره پرداخته است، گفت: یکی از آن ها، طراحی و استقرار نظام هدایت تحصیلی است. دیگری طراحی و استقرار نظام راهنمایی و مشاوره از دوران آموزش ابتدایی تا متوسطه است.

دبیر کل شورای عالی آموزش و پرورش اظهار داشت: پس با این دید و تاکید سند تحول می توان گفت مشاوره مرز زمانی بر نمی تابد و در همه لحظات زندگی افراد به مشاوره و مطالعات عمیق روحی و روانی نیاز دارند.

وی ضمن تاکید بر این که استقرار نظام راهنمایی و مشاوره تربیتی مبتنی بر مبانی اسلامی و افزایش نقش معلمان در این زمینه و به کارگیری مشاوران متخصص برای ایفای وظایف تخصصی در تمام پایه های تحصیلی از جمله اهداف سند تحول بنیادین است، گفت: باید نظام آموزشی را با این نگاه طراحی کنیم که مواجهه مشوقانه و همدلانه با دانش آموز داشته باشد. چرا که سخن معلم همانند مشاوره ای عمل می کند که اگر تخصص نداشته باشد جنبه منفی آن در دانش آموز دیده می شود.

نوید ادهم در ادامه سخنان خود، پرسش ها و چالش هایی که در مسیر تحقق این امر وجود دارد را عنوان کرد و گفت: گفته می شود نظام راهنمایی و مشاوره باید مبتنی بر مبانی اسلام باشد، حال اگر بخواهیم مشاوره را در این پارادایم فکری مطرح کنیم چه کارهایی باید انجام دهیم؟ فلسفه مبانی اسلامی چه دلالت هایی بر بحث راهنمایی و مشاوره دارد؟ سلامت روانی از نظر مکتب اسلام چه ویژگی هایی دارد؟ تبیین این موضوع بحثی است که باید به آن پرداخت تا بتوان در این جغرافیای فکری عمل کرد.

وی افزود: اگر بخواهیم مشاور را به همه ساحت های تربیتی تعمیم بدهیم و فقط آن را به هدایت تحصیلی منحصر نکنیم چه باید کرد؟ چه راهی برای همراهی معلمان و دانش آموزان باید بکار بست؟ چه برنامه ای برای به میدان آوردن آنان وجود دارد؟ دانش آموزان اتباع خارجی و مسایل فرهنگی و هویتی آنان هم نکته دیگری بود که ادهم به آن اشاره کرد و گفت: در حال حاضر ۴۵۳ هزار نفر دانش آموز اتباع خارجی داریم و در مورد مسایل تربیتی و فرهنگی در مدارس آنان، چه آنان که مدرسه مستقل دارند و چه آنان که ترکیبی با دانش آموزان ایرانی نشسته اند، مساله داریم. این نکته که چطور می توان سلامت روانی را برای آنان مستقر کرد و به محیط سالم قوانین تربیتی دست یافت، از دیگر مسایل پیش روی تحقق نظام مشاوره و راهنمایی در مدارس است.

نبود ابزارهای مناسب راهنمایی و مشاوره که چند بعدی باشد و همه جوانب را در برگیرد هم مساله دیگری بود که ادهم عنوان کرد و افزود: آزمون های مشاوره برای تحصیلی بیشتر به توانایی و رغبت تحصیلی دانش آموزان محدود شده و به سایر مهارت های زندگی آنان نمی پردازد که نیاز به بومی سازی و چند جانبه نگری دارد.

وی در پایان ابراز امیدواری کرد که برگزاری چنین نشست هایی با حضور اساتید و متخصصان، چراغ راهی برای سیاستگذاری و تصمیم گیری در آموزش و پرورش باشد.

از جمله محورهای مهم اولین همایش ملی «مشاوره مدرسه» می توان به جایگاه حرفه ای مشاوران مدارس و اثر بخشی خدمات آنان، کارکردها، نقش ها و وظایف مشاوران مدارس، جایگاه و نقش مشاوره و مشاوران در سند تحول بنیادین و برنامه درسی ملی،

نظریه های مشاوره: کاربرست نظریه ها و الگوهای مشاوره در مدرسه، آموزش و برنامه های تربیت مشاوران مدارس، مطالعات تطبیقی در مشاوره مدرسه، اجرای موثر برنامه راهنمایی و مشاوره مدرسه در دوره تحصیلی: چالش ها و فرصت ها، مشاوران، تعامل خانواده و مدرسه، رشد، هدایت، موفقیت تحصیلی و شغلی و... اشاره کرد.

تبیین و ترسیم جایگاه مشاوره و مشاوران مدرسه در سند تحول بنیادین آموزش و پرورش، آسیب شناسی کارکردهای جاری مشاوران مدرسه و تبیین نقش رشد حرفه ای و پیشگیرانه مشاوران مدرسه در جلوگیری از بروز آسیب ها و رفتارهای پر خطر دانش آموزان از جمله اهداف برگزاری این همایش ملی است. انتهای پیام *



در میزگرد ایرنا بررسی شد؛



بررسی پدیده کودکان کار در جنوب پایتخت

شهری- ایرنا- پدیده کودکان کار و خیابانی یکی از معضلات گریبانگیر اکثر شهرهای بزرگ از جمله تهران است، هم اکنون گسترش این پدیده در جنوب پایتخت به حدی است که بسیاری از دستگاه ها را به یک اندازه به خود مشغول کرده است.

چالش ها و معضل های اجتماعی متفاوتی در جوامع وجود دارد که بارزترین آن مربوط به معضل کودکان کار است که تاوان بی عدالتی ها و کمبودها را می دهند و زندگیشان از دردناک ترین و غم انگیزترین چالش ها به شمار می رود. کودکان کار به کودکان کارگری گفته می شود که به صورت مداوم و پایدار به خدمت گرفته می شوند که این امر آنها را در بیشتر اوقات از رفتن به مدرسه و تجربه دوران کودکی بی بهره و سلامت روحی و جسمی آنها را تهدید می کند.

کودکانی که امروز باید با حضور در مدارس و محیط امن خانواده و جامعه آموزه های خود را تقویت و مهارت های لازم را برای آینده کسب کنند به اجبار در خیابان ها با شرایط نامطلوبی همراه با تهدید های متعدد در حال کار، فعالیت و یا شاید هم ذوب شدن کودکی شان هستند.

شرایط اقلیمی و حاشیه نشینی جنوب تهران موجب شده تا این قبیل کودکان در کوچه و خیابان های شهری نمود بیشتری داشته باشند و کودکانی که به جای بازی های کودکانه باید در سر چهارراه ها و کوچه و خیابان های شهری کار کنند، بدون اینکه بهره ای از درآمدشان داشته باشند.

خبرگزاری جمهوری اسلامی ایران دفتر شهری بر همین اساس میزگردی با دعوت از مینا رجایی رئیس اداره بهزیستی شهرستان ری، بهمن صباحی مدیر مرکز خدمات اجتماعی شهرداری منطقه ۲۰ (شهری)، سحر رفیعی مسئول اورژانس اجتماعی شهرستان ری، ملیحه اکبرپور کارشناس مسئول آسیب های اجتماعی بهزیستی شهرستان ری و آمنه شب کوکا سرپرست اداره اجتماعی فرمانداری شهرستان ری برگزار کرد.

***حمایت از زنان و کودکان بر عهده سازمان بهزیستی است**

رئیس اداره بهزیستی شهرستان ری کودکان کار و خیابان در جنوب پایتخت را به سه گروه اجتماعی تقسیم بندی کرد و گفت: یک گروه کودکانی که هنوز با خانواده هایشان در ارتباط بوده و ممکن است به صورت روزانه یا سالی چندین بار با یکدیگر ملاقات و ارتباط داشته باشند.

مینا رجایی افزود: این گروه از کودکان که زیر ۱۸ سال سن دارند به دلیل شرایط خانوادگی و تامین معاش زندگی خانواده ناچار به کار و فعالیت هستند و در واقع کارگران خیابانی به شمار می روند.

وی عنوان کرد: گروه دیگر کودکان کار در شهری آن دسته از افرادی هستند که به دلیل آسیب های موجود در خانواده و عدم اعتماد، اطمینان و امنیت از خانه خود فرار می کنند و معمولاً هم مورد سوء استفاده های جنسی قرار می گیرند و یا در

خانواده های مبتلا به اعتیاد زندگی می کنند و به همین جهت خیابان را برای خود محل امن می دانند و از خانواده به خیابان پناه می آورند.

رئیس اداره بهزیستی شهرستان ری اضافه کرد: گروه دیگر از کودکان کار یا خیابانی مربوط به کودکانی است که با خانواده های خود زندگی می کنند اما آنها توسط خانواده خود به تکدیگری و دستفروشی مشغول می شوند. وی عنوان کرد: گروه اول از لحاظ حجم تعداد وسیعی را در برمی گیرد در حالیکه گروه دوم کوچکتر و از جهت مداخله پیچیده تر و گروه سوم هم آمار کمتری را در برمی گیرد.

رجایی ادامه داد: از سال ۱۳۷۸ متولی رسیدگی و مداخله در امور کودکان کار و خیابانی طبق قانون بر عهده بهزیستی محول شد و از این تاریخ ایران جزو کشورهای متعهد به پیمان نامه جهانی کودک شد و رسیدگی به موضوع کودک آزاری و سهل انگاری در این حوزه و همچنین مداخله در این بخش در این پیمان نامه مورد توجه قرار گرفت.

پیمان نامه حقوق کودک یک کنوانسیون بین المللی است که حقوق مدنی، سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کودکان را بیان می کند و اقدامات اجرایی و اجتماعی در زمینه مبارزه با مواد مخدر و ابتلای کودکان به مواد مخدر از جمله وظایف دیگر این پیمان نامه به شمار می رود.

وی اضافه کرد: از بدو آغاز فعالیت بهزیستی، حمایت از زنان و کودکان بر عهده سازمان بهزیستی قرار گرفت و بر همین مبنا در سال ۱۳۷۸ مصوبه شورای عالی اداری، ساماندهی کودکان خیابانی نیز بر عهده این سازمان گذاشته شد.

۲ *** هزار و ۴۶۹ کودک کار در ۷ مرکز جنوب تهران نگهداری می شوند

رئیس اداره بهزیستی شهرستان ری در ادامه با بیان اینکه هفت مرکز نگهداری کودکان کار در جنوب پایتخت فعال هستند، گفت: هم اکنون ۲ هزار و ۴۶۹ کودک کار در این مراکز نگهداری می شوند.

رجایی اظهار داشت: ۸۰۰ کودک در مراکز ایلایی یک و ۲ و مرکز پویش یک و ۲ شهری، ۱۹ کودک در مرکز بعثت، یک هزار و ۵۰۰ کودک در مرکز جمعیت خیریه امام علی (ع) و ۱۵۰ کودک نیز در انجمن کودکان محمودآباد نگهداری می شوند. وی با بیان اینکه ۹۰ درصد کودکان کار در این منطقه اتباع بیگانه هستند، افزود: بیشتر این کودکان برای زیارت حرم عبدالعظیم(ع) و امام خمینی(ره) وارد جنوب پایتخت شده و در این منطقه ماندگار می شوند.

رجایی اظهار داشت: حاشیه نشینی، فقر اقتصادی و فرهنگی اتباع بیگانه موجب حضور این کودکان در منطقه ری شده، ضمن اینکه شهرری بعنوان دروازه ورود شهرهای جنوبی و داشتن مزارع کشاورزی وسیع مکان مناسبی برای زیستن این کودکان به شمار می رود.

وی یادآور شد: برخی از این کودکان فاقد اوراق هویتی هستند که امکان پذیرش آنها در مراکز شبه خانواده بهزیستی وجود ندارد. رئیس اداره بهزیستی شهرستان ری با بیان اینکه کودکان کار معضلی برای جنوب پایتخت به شمار می روند، گفت: توانمندسازی و آموزش فنی و حرفه ای از اهداف اصلی و اساسی بهزیستی در حوزه کودکان کار محسوب می شود تا آنها پس از خروج از این مراکز در جامعه فعالیت کنند.

رئیس اداره بهزیستی شهرستان ری گفت: معضل کودکان کار از جمله مسائلی است که جامعه در موقعیت های مختلف با آن مواجه بوده و در سال های اخیر نیز تعداد کودکان کار به صورت چشمگیری افزایش یافته است.

وی تصریح کرد: توانمندسازی کودکان کار و خیابانی از اهداف اصلی و اساسی بهزیستی به شمار می رود تا بتوان از این گروه حمایت های مورد نیاز را انجام داد.

رجایی با بیان اینکه همه کودکان به یک روش و شکل وارد مجموعه بهزیستی نمی شوند، گفت: تعدادی از این کودکان به صورت خود معرف، بخشی هم به واسطه توسل به آشنایان و فامیل و گروه دیگر هم با حکم و دستور قضایی از طرف نیروی انتظامی یا سایر نهادها معرفی می شوند.

وی ادامه داد: تعدادی از کودکانی که مورد آزار و اذیت قرار گرفته اند هم توسط تیم سیار یا مداخله بحران وارد چرخه بهزیستی

می شوند که ظرف ۲۴ ساعت باید برای نگهداری آنها در مراکز بهزیستی حکم قضایی گرفته شود. رئیس اداره بهزیستی شهرستان ری با بیان اینکه کودکان به محض ورود مورد ارزیابی قرار می گیرند، اضافه کرد: ارزیابی از سوی مددکار اجتماعی، روانشناس، سلامت و بهداشت بر روی این کودکان انجام می شود تا میزان سلامت و صحت روانی و جسمی این افراد مشخص شود.

وی عنوان کرد: پس از ارزیابی و بررسی کودک و شرایط خانواده در صورتی که زمینه مناسب بود، کودک پس از مدتی به خانواده بازمی گردد اما ۶ ماه تا یک سال بعد از ترخیص، شرایط کودک در خانواده از سوی بهزیستی پیگیری و بررسی می شود. رجایی با بیان اینکه حضور کودکان کار و خیابان به دلیل نابسامانی های اجتماعی است، اظهار داشت: مشکلات و پدیده های اجتماعی از جمله کودکان کار و خیابانی نیازمند ریشه یابی ملی است تا بتوان بر روی این گونه معضلات اقدامات اثرگذاری را انجام داد.

****موقعیت اقلیمی و حاشیه نشینی شهرری موجب ازدیاد کودکان کار شده است.**

کارشناس مسئول آسیب های اجتماعی بهزیستی شهرستان ری در ادامه شرایط اقتصادی، اقلیمی و حاشیه نشینی جنوب پایتخت را دلیل رشد و افزایش کودکان کار در این منطقه عنوان کرد و گفت: با توجه به ارزان بودن مسکن در حاشیه این منطقه و نزدیکی به پایتخت، ری محلی برای سکونت کودکان کار شده است.

ملیحه اکبرپور یادآور شد: وجود اراضی کشاورزی، حرم عبدالعظیم(ع) و آستان مقدس امام خمینی (ره) از عوامل افزایش کودکان کار در این منطقه شده و همواره مکانی امن و گرم برای این قشر محسوب می شود.

وی افزود: وجود انبار، شهرک های صنعتی و کارگاه های متعدد در جنوب پایتخت نیز زمینه حضور کودکان کار در این منطقه را چند برابر کرده که در بیشتر مواقع سال به صورت خیابانی مشغول به تکدیگری، فال فروشی و دستفروشی هستند.

اکبرپور تصریح کرد: برخی از این کودکان در اراضی کشاورزی و کوره های آجرپزی جنوب پایتخت فعالیت می کنند تا کسب درآمدی برای خانواده هایشان داشته باشند.

وی بستن مرزها را مهمترین عامل در مقابله با این معضل بیان کرد و افزود: از آنجایی که ۹۰ درصد کودکان کار در این منطقه اتباع بیگانه تشکیل می دهند، مهمترین چاره بستن مرزهای شرقی کشور است.

کارشناس مسئول آسیب های اجتماعی بهزیستی شهرستان ری با اشاره به اینکه کودکان اتباع بیگانه دارای شرایط متفاوتی هستند، گفت: اغلب این کودکان فاقد شناسنامه و مدارک شناسایی هستند و در دوره کوتاه مدت ۲۰ روزه تا یک سال در مرکز بعثت نگهداری می شوند.

****اقدامات فعلی در حوزه کودکان کار در حد مُسکِن است**

رئیس اداره بهزیستی ری ادامه داد: اقداماتی که در حال حاضر برای مقابله با این معضل در جنوب تهران انجام می شود، فقط در حد یک مُسکِن به شمار می رود و نیاز به برنامه ریزی بیشتر در این حوزه دارد.

وی عنوان کرد: بر اساس آمارهای گرفته شده در ۶ ماه اول سال جاری در مقایسه با مدت زمان مشابه سال قبل تعداد کودکان کار در جنوب تهران از ۱۷۲ مورد به ۳۰۱ مورد افزایش یافته است که این آمار بیانگر ضرورت برنامه ریزی و همراهی همه دستگاه هاست تا از افزایش این قشر در جامعه جلوگیری کرد.

رجایی افزود: در شهرستان ری فرصت هایی وجود دارد که همگی تهدید به شمار می رود تا تعداد کودکان کار و خیابانی افزایش یابد.

وی ادامه داد: مهاجرت های بی رویه از شهرها و کشورهای دیگر به مناطق حاشیه تهران از جمله شهرری از عوامل مهم و موثر در زمینه افزایش تعداد کودکان کار و خیابانی در این منطقه محسوب می شود.

رئیس اداره بهزیستی ری عنوان کرد: امکان جذب منابع، متناسب با افزایش کودکان کار و خیابانی وجود ندارد بر همین اساس

باید اقداماتی صورت گیرد تا حجم آسیب ها در این بخش کاهش یابد.

وی اضافه کرد: در سیاست های کلان باید برنامه ریزی های بیشتر و موثرتری صورت گیرد تا بتوان از افزایش کودکان کار و خیابانی جلوگیری کرد.

رجایی با بیان اینکه سازمان بهزیستی یک سازمان مطالبه گر به شمار می رود، افزود: هدف اصلی سازمان بهزیستی کاهش آسیب های اجتماعی و ارتقای کیفیت زندگی کودکان کار و خیابانی و زمینه سازی رشد همه جانبه این قشر است.

وی تصریح کرد: سالم سازی محیط شهری یک تعامل دو جانبه به شمار می رود چرا که این اقدام هم برای این گونه کودکان و هم برای جامعه مفید است.

رجایی یادآور شد: در ارائه خدمات رسانی به کودکان کار و خیابانی بهزیستی توجهی به ملیت و جنسیت کودک ندارد و فقط برای این سازمان خدمات رسانی و بهبود وضعیت این قشر اهمیت دارد.

****هم پوشانی لازم در حمایت از کودکان کار وجود ندارد**

سرپرست اداره اجتماعی فرمانداری ویژه شهرستان ری نیز در ادامه عنوان کرد: موضوع کودکان کار از دغدغه فکری مسئولان مغفول مانده و در اولویت دوم و سوم قرار گرفته است و هم افزایی و هم پوشانی لازم و کافی در حوزه کودکان کار بین دستگاه ها وجود ندارد.

آمنه شب کولا یادآور شد: محور خاوران، فرودگاه امام خمینی (ره)، جاده تهران - قم محل تجمع کودکان کار در جنوب پایتخت است که اکثر این کودکان اتباع بیگانه هستند.

وی اضافه کرد: بهزیستی با فعال سازی کارگروه آسیب های اجتماعی و کودکان کار با همراهی و همکاری همه دستگاه ها می تواند اقدامات موثر و گسترده ای را در زمینه ساماندهی این قشر انجام دهد.

سرپرست اداره اجتماعی فرمانداری ویژه شهرستان ری تاکید کرد: نباید از بهزیستی انتظار داشت تا به تنهایی در راستای ارائه خدمات و انجام اقدامات متعدد در حوزه کودکان کار وارد عمل شود بلکه تعامل همه دستگاه ها در این بخش یک ضرورت و نیاز به شمار می رود.

وی با اشاره به نقش اثرگذار فنی و حرفه ای در حوزه کودکان کار، تصریح کرد: سازمان فنی و حرفه ای در زمینه توانمندسازی و ظرفیت سازی کودکان کار نقش مهم و موثری دارد.

شب کوکا عنوان کرد: دستگاه های اجرایی هنوز هم سازمان های مردم نهاد را باور ندارند در صورتی که این سازمان ها خدمات ارزشمندی را به جامعه به ویژه قشر آسیب پذیر ارائه می دهند.

وی تصریح کرد: بر اساس آئین نامه اجرایی سازمان های مردم نهاد، دستگاه های اجرایی مکلف هستند که طرح ها و برنامه هایی که موضوعات و آسیب های اجتماعی را برون سپاری کنند.

سرپرست اداره اجتماعی فرمانداری ری اظهار داشت: همراهی و هماهنگی همه دستگاه با سازمان های مردم نهاد در عرصه فعالیت NGO ها نقش تاثیرگذاری دارند.

وی با بیان اینکه نمی توان منکر وجود شبکه های سوء استفاده از کودکان شد، تصریح کرد: شبکه های مافیایی استفاده از کودکان کار در شهرستان ری به مراتب کمتر و کم رنگ تر از سایر بخش های دیگر بوده، چرا که سکونتگاه های آنها در منطقه ری است.

شب کوکا با اشاره به راهکارهای مقابله با شبکه های سوء استفاده گر از کودکان، عنوان کرد: مهمترین موضوع در همه جوامع مربوط به مسائل اقتصادی است چرا که معضل و مشکلات اقتصادی موجب بروز رشد و افزایش کودکان کار می شود. وی تاکید کرد: ۸۰ درصد کودکان کار به دلیل نیازمندی خانواده ها وارد عرصه کار و فعالیت اقتصادی می شوند.

سرپرست اداره اجتماعی فرمانداری ویژه شهرستان ری اظهار داشت: حرفه آموزی سبب می شود تا کودکان کار ساماندهی و لازم است تا همه دستگاه ها با هدف توانمندسازی این نوع کودکان وارد عمل شوند تا نتیجه مطلوب این اقدام در جامعه نمود پیدا کند.

***شبکه های سازمان یافته، کودکان کار را هدایت می کنند

مدیر مرکز خدمات اجتماعی شهرداری منطقه ۲۰ (شهرری) نیز در ادامه عنوان کرد: شبکه های سازمان یافته ای در زمینه کودکان کار فعال بوده که آنها را مدیریت کرده و اکثر این شبکه ها هم برای استراحت در مناطق جنوبی تهران مثل شهرری، کهریزک و خاوران سکنی می یابند.

بهمن صباحی ادامه داد: حضور کودکان کار اتباع بیگانه با هدایت شبکه های مافیایی هدایت و حمایت می شوند و ساختار این شبکه ها برای منفعت طلبی ایجاد شده که باید شکسته شود.

وی تصریح کرد: متأسفانه درآمد کودکان کار حتی به میزان یک وعده غذایی به آنها باز نمی گردد و همه درآمد در جیب صاحبان شبکه های مافیایی و حمایتی از این کودکان می رود.

صباحی در ادامه با بیان اینکه شهرداری تسهیل گر اجتماعی است، افزود: در زمینه خدمات رسانی به کودکان کار و خیابانی نیازی به استفاده از مدل های اروپایی نیست چرا که انواع مدل ها و ساختارهای مطلوب و مناسب در دین ما وجود دارد.

وی عنوان کرد: هم اکنون طرح زمستان امن برای کودکان خیابانی در جنوب تهران توسط شهرداری در حال اجراست که بر اساس این طرح پوشاک گرم زمستانی و تغذیه حداقلی برای این کودکان فراهم می شود.

صباحی گفت: نباید بر روی این افراد آنگی از جمله کودکان کار و خیابانی چسباند، باید آنها را مانند سایر کودکان به شمار آورد و از عناوین ناخوشایند جلوگیری کرد چرا که موجب تغییر نگاه جامعه و دور شدن از این کودکان می شود. وی تصریح کرد: کمیساریای عالی پناهندگان سازمان ملل متحد (UNHCR) در زمینه نگهداری کودکان هزینه ای را در اختیار سمن های فعال در این حوزه قرار می دهد اما متأسفانه تعداد لیست هایی کذایی به حدی افزایش یافته که یونسکو نیز این دریافتی ها را قطع کرد.

مدیر مرکز خدمات اجتماعی شهرداری منطقه ۲۰ (شهرری) افزود: عده ای با نیت سوء و هدف منفعت طلبی در این حوزه وارد عمل شده و موجب برخوردهای ناهنجار می شوند.

وی با بیان اینکه نظارت واقعی بر فعالیت سمن ها در حوزه کودکان کار وجود ندارد، گفت: این مساله سبب هدر رفت حمایت های مالی و هزینه ها شده است و حل این مشکل هم نیازمند عزمی ملی است.

صباحی عنوان کرد: بالغ بر ۶۰ درصد افراد در جامعه تمایل به کمک و حمایت از غریبه ها را دارند که اگر این حمایت ها به سمت آشنایان و افراد قابل شناسایی هدایت شود بسیاری از مشکلات در این بخش حل خواهد شد.

وی افزود: در زمینه کمک های مردمی باید فرهنگ سازی انجام شود تا سمت و سو و هدف مشخصی پیدا کند تا به دست نیازمندان واقعی برسد.

وی به فعالیت خیریه ها در جامعه اشاره کرد و گفت: متأسفانه ۹۰ درصد خیریه ها فاقد حساب مالی شفاف و روشنی هستند، در صورتی که حساب مالی این موسسات مشخص و روشن باشد در این شرایط است که می توان از ظرفیت این خیریه ها در راستای حمایت از کودکان کار استفاده کرد.

صباحی عنوان کرد: کمک های مردمی باید با یک پوشش کامل و دقیق ساماندهی و هدایت شوند تا نیازهای قشر ضعیف در جامعه رفع شود.

***قضات در حوزه کودکان کار سلیقه ای عمل می کنند

مسئول اورژانس اجتماعی شهرستان ری با بیان اینکه بکارگیری کودکان جرم است، گفت: بر اساس قانون بکارگیری کودکان توسط هر فردی جرم محسوب می شود اما کار کردن کودک هرگز دلیل بر مجرمیت او نیست.

وی یادآور شد: باید دستگاه های قضایی با عاملان بکارگیری کودکان در حوزه کار و حتی تکدی گری برخورد قانونی و قاطع کند و به صورت جدی وارد عمل شود.

سحر رفیعی تصریح کرد: ارائه حکم برای کودکان کار اتباع بیگانه بر اساس روابط کشورها و نوع سلیقه قضات اعمال و حکم

صادر می شود که این روش مشکلاتی را برای بهزیستی ایجاد می کند.

وی تصریح کرد: کودکانی که فاقد خانواده هستند برخلاف انتظار راحت تر از کودکان دارای خانواده، حکم قضایی برای حضور آنها در مراکز نگهداری بهزیستی صادر می شود.

مسئول اورژانس اجتماعی شهرستان ری افزود: همچنین کودکان دارای سرپرست به هر روشی برای به دست آوردن کودکانشان به بهزیستی متوسل می شوند و کودکان را از بهزیستی خارج می کنند.

وی تاکید کرد: ارائه خدمات و امکانات برای کودکان ایرانی و اتباع به صورت یکسان توزیع می شود و هیچ تفاوتی بین این دو گروه وجود ندارد.

از مباحث مطرح شده در میزگرد می توان به این نتیجه رسید که مناطق جنوبی تهران به دلیل حاشیه نشینی، شاهره و اقتصادی بودن این منطقه ظرفیت های مناسبی برای زندگی کودکان کار و خیابانی را فراهم کرده است، از طرفی همپوشانی لازم از طرف ارگان های مختلف برای حمایت از این کودکان در بین دستگاه های متولی وجود ندارد، هرچند که کارشناسان معتقدند؛ بایستی برنامه ریزی ملی در سطح کلان در این مورد انجام شود تا این معضل از بین برود.

کارشناسان این میزگرد معتقدند که سمن ها بیشترین کمک را در این زمینه می توانند انجام دهند، ولی در بیشتر مواقع این سمن ها نیز با نیت اشتباه و با سوء استفاده از این کودکان وارد بازار می شوند و دنبال منافع شخصی خود هستند و اینجاست که نقش قوه قضاییه پررنگ می شود و باید وارد عمل شود. انتهای پیام *



معاون تربیت بدنی و سلامت آموزش و پرورش :



بیش از ۲۰ طرح برای کنترل آسیب های اجتماعی در دست اجرا است *

تهران- ایرنا- معاون تربیت بدنی و سلامت آموزش و پرورش، گفت: بیش از ۲۰ عنوان طرح و برنامه در قالب های متنوع آموزشی فرهنگی و مراقبتی برای پیشگیری، کنترل و کاهش آسیب های اجتماعی اجرا شده و یا در دست اجراست که باید برای موفقیت در این حوزه تا جای ممکن آن ها را در قالب یک یا چند پروژه بزرگ ملی تجمیع و یکپارچه کنیم.

به گزارش روز دوشنبه خبرنگار علمی ایرنا، «مهرزاد حمیدی» در مراسم رونمایی از طرح توانمندسازی روانی اجتماعی دانش آموزان و والدین و نسخه ارتقاء یافته سامانه جامع مراقبت های روانی اجتماعی (نماد) که در مرکز آفرینش های فرهنگی و هنری کانون پرورش فکری کودکان و نوجوانان با حضور وزیر آموزش و پرورش برگزار شد، گفت: بررسی ها و شواهد نشان می دهد که چند راهکار شناخته شده از قبیل آموزش مهارت های اجتماعی به دانش آموزان، ترویج مهارت های فرزندپروری به والدین و آگاه ساختن آنان از خطراتی که فرزندشان را تهدید می کند، توانمندسازی معلمان برای تلفیق پیشگیری و مهارت آموزی با کلاس درس، ظرفیت سازی برای توسعه مشاوره و مددکاری در سطح مدارس و همچنین پیش بینی فعالیت های جایگزین مانند ترویج فعالیت های فوق برنامه فرهنگی و پرورشی وجود دارد که باعث پیشگیری و کنترل و کاهش آسیب های اجتماعی می شود.

وی افزود: مروری بر برنامه های کشوری پیشگیری از آسیب های اجتماعی که برای اجرا در گروه سنی کودکان و نوجوانان طراحی و اجرا می شوند، نشان می دهد که ده ها عنوان برنامه و فعالیت در قالب های متنوع آموزشی، فرهنگی و مراقبتی در سطح کشور اجرا می شود.

معاون تربیت بدنی و سلامت وزیر آموزش و پرورش یادآور شد: بیش از ۲۰ عنوان طرح و برنامه در قالب های متنوع آموزشی فرهنگی و مراقبتی برای پیشگیری، کنترل و کاهش آسیب های اجتماعی اجرا شده و یا در دست اجراست که بر اساس تجارب و ارزیابی ها به این جمع بندی رسیدیم که برای موفقیت در این حوزه تا جای ممکن آنها را در قالب یک یا چند پروژه بزرگ ملی تجمیع و یکپارچه کنیم.

وی با بیان اینکه سند ائتلاف نظام مراقبت اجتماعی دانش‌آموزان (نماد) به عنوان یک پروژه بزرگ ملی به منظور افزایش کارایی و اثربخشی اقدامات پیشگیرانه کشور در حوزه آسیب های اجتماعی و سلامت روان در بین دانش‌آموزان طراحی شده است، گفت: در طرح نماد کوشش شده است تا از طریق هم‌افزایی ظرفیت‌ها، طراحی ابزارهای معتبر فنی، طراحی فرایندهای ارجاع، راه اندازی زیرساخت‌های غربالگری و اجرای الکترونیک ظرفیت های لازم برای دستیابی به نظام شناسایی و مداخله سریع به موقع و مؤثر در فوریت‌های روانی اجتماعی در بین دانش‌آموزان فراهم شود.

معاون تربیت بدنی و سلامت وزیر آموزش و پرورش درباره کارکردهای مهم این طرح ها یادآور شد: امروز با این زیرساخت‌ها و ابزارهایی که در قالب طرح نماد فراهم شده است و نیز با تمهیداتی که در زمینه نیروی انسانی متخصص برای اجرای طرح در نظر گرفته شده است می‌توان این نوید را داد که وزارت آموزش و پرورش با همکاری دستگاه‌های عضو ائتلاف نماد اکنون آمادگی این را دارد که بتواند مداخلات مؤثرتری در زمینه کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی بر دارد و بر همین اساس به یاری تمام قوا، سازمان‌ها و نهادها و نیز مشارکت مردم و سازمان‌های غیر دولتی و خیرین نیازمند است.

معاون تربیت بدنی و سلامت وزیر آموزش و پرورش تأکید کرد: طرح نماد یک دستاورد و طرح بزرگ جهادی و از زمره طرح‌های فوق‌العاده در مدنظر مقام معظم رهبری است که برای حفاظت از سلامت و هویت نسل آینده کشور است به همین دلیل همه باید برای حراست از این نهال نوپا، تحکیم و تقویت آن کوشش کرده و تجدید پیمان کنیم.

***** طرح نماد بیش از ۱۶ میلیون دانش‌آموز را تحت پوشش قرار می‌دهد**

«تقی رستم‌وندی» معاون وزیر کشور و رئیس سازمان امور اجتماعی نیز در این مراسم، ضمن اشاره به این که پنج عنصر در مورد طرح نماد وجود دارد که باید محقق شود، گفت: بسیاری از طرح‌ها در حوزه مددکاری اجتماعی اجرا می‌شود اما پس از مدتی خاتمه می‌یابد اما این طرح به دلیل راهبردی و بادوام بودن، دارای ویژگی اجرا در درازمدت است.

وی در ادامه گفت: دوم این که طرح نماد دارای فراگیری و پوشش جمعیتی وسیعی است و کمتر پروژه‌ای را داریم که بتواند طیف وسیعی از دانش‌آموزان را در بر بگیرد. این طرح در حال حاضر بیش از ۱۴ میلیون نفر و ظرف چهار یا پنج سال آینده بالغ بر ۱۶ میلیون و ۷۰۰ هزار نفر را تحت پوشش خواهد داشت.

رستم‌وندی یادآور شد: سوم این که عمق اثربخشی این طرح آن را مصداق یک اقدام فوق‌العاده قرار خواهد داد. و با این طرح می‌توان بخوبی از بسیاری از آسیب‌هایی که جامعه را تهدید می‌کند پیشگیری کرد. همچنین طرح نماد یک طرح ترکیبی است و بیش از ۱۰ نهاد دولتی و مؤثر با مشارکت هم در این طرح حضور دارند و در واقع طرحی مشارکتی در کشور است که دستگاه‌ها را با هم همراه کرده است و بخشی از اقدامات اجتماعی را محقق می‌کند.

رئیس سازمان امور اجتماعی در ادامه افزود: متأسفانه در کشور ما، هنوز توجه به بعد انسانی توسعه بخوبی در نظر گرفته نشده و مغفول مانده است. این در حالی است که این موتور حرکت در ابعاد انسانی می‌تواند عامل اصلی توسعه باشد.

**** برگزاری کارگاه آموزشی در ۲۳ هزار آموزشگاه**

معاون پرورشی آموزش و پرورش نیز در این مراسم گفت: توسعه مهارت‌های ارتباطی و فضیلت‌های منشی، اخلاقی و روانشناختی دانش‌آموزان یکی از سیاست‌های معاونت پرورشی است که بر اساس آن قرار است در ۲۳ هزار آموزشگاه تحصیلی متوسطه اول، کارگاه توانمندسازی برگزار شود.

«علیرضا کاظمی» افزود: در نسخه ارتقاء یافته سامانه نماد، پرونده الکترونیکی دانش‌آموزان که تمام سوابق تحصیلی، تربیتی، مشاوره‌ای و فرهنگی آنان در آن ثبت بود به سامانه نماد لینک شده است و به محض این که معلم به نام یک دانش‌آموز برخورد می‌کند به تمام این اطلاعات دسترسی پیدا می‌کند.

به گفته وی مهمترین بخش این طرح طراحی اپلیکیشنی است که در اختیار مشاوران و والدین قرار می‌گیرد و خدمات مشاوره‌ای برای سلامت روان دانش‌آموزان و مراقبت از آسیب‌های اجتماعی شبانه روز در اختیار والدین و مشاوره است و به محض اینکه

اتفاقی در ارتباط با دانش آموزی مشاهده شد در این اپلیکیشن ثبت می شود. کاظمی اظهار داشت: همچنین در این طرح، به دنبال تولید محتوا هستیم که در این راستا، ۶ فضیلت محوری، منش اخلاقی و روانشناختی را در قالب ۲۴ مهارت برای مشاوران و دانش آموزان تولید کرده ایم. علمی*۹۲۹۴*۱۴۴۰ انتهای پیام /*



وزیر آموزش و پرورش تاکید کرد :



اجرای طرح نماد زمینه ساز کاهش آسیب ها *

تهران- ایرنا- وزیر آموزش و پرورش با بیان اینکه آموزش و توانمندی برای خانواده ها الزامی است، گفت: اجرایی کردن امروز طرح هایی همانند طرح «نماد» زمینه ساز کاهش آسیب ها در آینده است.

به گزارش روز دوشنبه خبرنگار علمی ایرنا، «سید محمد بطحایی» در مراسم رونمایی طرح توانمندسازی روانی اجتماعی دانش آموزان و والدین و نسخه ارتقایافته سامانه جامع مراقبت های روانی اجتماعی «نماد» در مرکز آفرینش های فرهنگی و هنری کانون پرورش فکری کودکان و نوجوانان اظهار داشت: طرح نماد یکی از معدود طرح هایی است که توانسته همگرایی میان دستگاه های مختلف را برای یک موضوع مشترک را جلب و جذب کند.

وی افزود: موفقیت این طرح هم در گرو ائتلاف و همبستگی ۱۳ دستگاهی است که همت کردند تا در کنار هم و با هم برای مواجه با یک موضوع بسیار مهم اجتماعی قدم بردارند.

بطحایی یادآور شد: دانش آموز بیش از کتاب های درسی و کمک آموزشی، به آموزش مهارت ها و توانمندی های روانی اجتماعی نیاز دارند. این امر در سایه همکاری و همیاری خانواده توانمند و نیروهای آموزشی دلسوز و با انگیزه امکان پذیر است.

وزیر آموزش و پرورش ادامه داد: موضوع توانمندسازی دانش آموزان، خانواده ها، معلمان و کارکنان آموزشی، موضوعی است که غفلت از آن، آینده را با خطر مواجه خواهد کرد. توانمندسازی شاید آثار و اثربخشی بیشتری از آنچه ما بخواهیم از سامانه های رصد و کنترل و پایش دنبال کنیم، بر جای خواهد گذاشت.

بطحایی اظهار داشت: شرط اصلی توانمندسازی در همه زمینه ها آن است که ما نیروی انسانی علاقمند و کاربلد برای این موضوع داشته باشیم در غیر این صورت آثار عملی در بر نخواهد داشت.

وی، فضای آموزش را شرط دوم توانمندی عنوان کرد و گفت: ما در حوزه فضا و امکانات لازم هم با محدودیت های فراوانی مواجه هستیم. این فضا اگر اهمیتش به اندازه نیروی انسانی نباشد کمتر از آن نیست. واحدهای آموزشی ما که محل اجرای چنین طرح هایی است با نقایص فراوانی مواجه هستند که امیدواریم به موازات اجرای چنین طرح هایی، بتوانیم با همیاری همه دستگاه ها در این پروژه نقایص را مرتفع کنیم.

بطحایی ضمن تاکید بر ایجاد عوامل مورد نیاز برای اجرای توانمندی دانش آموزان، خانواده ها و کارکنان آموزشی اظهار داشت: آموزش و پرورش از چند ماه پیش شبکه تعاملی در بین جامع ذینفعان راه اندازی کرده و امروز این امکان برای متخصصان و مربیان حوزه آسیب های اجتماعی فراهم شده که صحبت چارچوب دار و قابل کنترلی را با استفاده از رسانه های ارتباط جمعی با والدین دانش آموزان داشته باشن، توانمندی را در میان خانواده ها ایجاد کنند و متقابلاً خانواده ها هم بتوانند از این ابزار ارتباطی حرف های خود را با مدیران مدارس و مسوولان آموزشی منتقل کنند.

وی افزود: ما به سمتی می رویم که بگوییم که آموزش و توانمندی برای خانواده ها الزامی است. همانطور که توقع داریم مدیران مدارس و کارکنان آموزشی از توانمندی لازم برخوردار باشند، خانواده ها هم به عنوان بال دوم این پرنده زیبا که قرار است به پرواز دربیاید باید از توانمندی هایی برخوردار باشند.

وزیر آموزش و پرورش تاکید کرد: برنامه هایی که در حوزه آموزش خانواده بارگذاری شده همه ناظر بر این رویکرد جدید است که بر اساس سند تحول بنیادین تنظیم شده است .

وی تصریح کرد: انگیزه و توانایی نیروی انسانی، وجود فضای آموزشی مطلوب که بتواند کارگاه های مناسب را برگزار کند و تغییر رویکرد برنامه های درسی از درس محور به مهارت محور، نقطه عطف توانمندی دانش آموزان خواهد بود.

عصر امروز دوشنبه طرح توانمندسازی روانی اجتماعی دانش آموزان و والدین و نسخه ارتقاء یافته سامانه جامع مراقبت های روانی اجتماعی (نماد) در مرکز آفرینش های فرهنگی و هنری کانون پرورش فکری کودکان و نوجوانان با حضور وزیر آموزش و پرورش، سعید نمکی معاون امور علمی، فرهنگی و اجتماعی سازمان برنامه و بودجه، شهیندخت مولاوردی دستیار ویژه رئیس جمهوری در امور حقوق شهروندی، مهرزاد حمیدی معاون تربیت بدنی و سلامت وزیر آموزش و پرورش و تقی رستموندی رئیس سازمان امور اجتماعی کشور برگزار شد. انتهای پیام *



ابتکار: بسته معیشتی دولت به زودی ابلاغ می شود



بیرجند- ایرنا- معاون رئیس جمهوری در امور زنان و خانواده گفت: با توجه به شرایط ویژه اقتصادی، دولت تصمیم گرفته که بسته معیشتی را به زودی بین خانواده های در معرض آسیب جدی توزیع کند که این امر از نظر تغذیه بویژه در استان های محروم اثرگذار است .

به گزارش ایرنا، معصومه ابتکار عصر شنبه در نشست شورای اداری خراسان جنوبی در بیرجند با اشاره به وضع پیش آمده در کشور بعد از خروج آمریکا از برجام اظهار داشت: در وضع جدید اقتصادی که آمریکا با هدف گرفتن امید و نشاط مردم تلاش می کند با جنگ روانی و اقتصادی به کشور ضربه بزند، لازم است مسئولان برای کارایی و توجه به مسائل معیشتی بکوشند .

وی با تاکید بر اینکه توجه به معیشت مردم از جهت گیری های مهم دولت است افزود: به طور حتم کشور از این دوران ها با سرافرازی عبور خواهد کرد .

معاون رئیس جمهوری در امور زنان و خانواده با بیان اینکه سیاست های آمریکا مساله تازه ای نیست بیان کرد: در آستانه ۱۳ آبان، دشمن برای بین بردن دستاوردهای انقلاب با اختلافات قومی و سایر دسیسه ها تلاش می کند .

وی با اشاره به تلاش های دانشجویان نخبه پیرو خط امام برای خنثی سازی توطئه های دشمنان در آن زمان گفت: کشور در آن روزها که فقط هشت ماه از انقلاب گذشته بود ساز و کار اطلاعاتی و امنیتی درستی نداشت و در معرض تزلزل زیادی قرار داشت اما در این شرایط دانشجویان توانستند توطئه ها را خنثی کنند .

ابتکار اظهار داشت: تحریف و تهی سازی تاریخ برای نسل جوان یکی از تلاش های دوران فعلی بوده و امروز سوالات زیادی مطرح است که باید با تحلیل درستی از تاریخ انقلاب پاسخ داده شود .

وی یکی از مباحث و اصول مهم انقلاب را عدالت عنوان کرد و گفت: یکی از ابعاد عدالت ، عدالت جنسیتی بوده که نحوه اجرای آن در انقلاب اسلامی نیز از اهمیت زیادی برخوردار است .

معاون رئیس جمهوری در امور زنان و خانواده با تاکید بر اینکه ماده ۱۰۱ قانون برنامه ششم به صراحت به این موضوع پرداخته است افزود: دسترسی برابر برای تمام دستاوردهای جمهوری اسلامی از موارد قابل ذکر در قانون است .

وی مباحث مربوط به آموزش و پرورش و سلامت را از نمونه های این دسترسی های برابر عنوان کرد و گفت: در اشتغال زمینه ها برای بانوان هم فراهم است اما عملا در برخی مقوله ها عقب ماندگی وجود دارد و طبق قانون برنامه ششم تمام دستگاه های اجرایی وظیفه دارند شکاف جنسیتی را پر کنند .

ابتکار ادامه داد: به طور مثال در مقوله ورزش دختران مقاطع ابتدایی ضعف هایی بوده که تلاش کردیم امسال با جذب ۷۶ هزار معلم ابتدایی، از سال تحصیلی جدید آموزش تربیت بدنی در دبستان های دخترانه حداقل در پایه های اول و دوم جدی گرفته

شود .

وی با تاکید بر اینکه معیارهای جنسیتی در ستاد ملی زنان و خانواده احصا شده است افزود: دولت نیز شکل اجرایی و تحقق آن شاخص ها را اعلام کرده که برای همه دستگاه های اجرایی یک نوع مسئولیت است .

معاون رئیس جمهوری در امور زنان و خانواده ادامه دارد: مدیران در برنامه ریزی ها همانطور که به تعادل منطقه ای می اندیشند باید در امکان بهره مندی از توانمندی بانوان نیز توجه داشته باشند .

وی قرارگرفتن بانوان در ۳۰ درصد پست های مدیریتی را یکی از سیاست های دولت دوازدهم عنوان کرد و افزود: تا پایان دولت باید طوری برنامه ریزی شود که بتوان در سطوح مدیریتی عالی، میانه و پایه از توان بانوان توانمند استفاده کرد .

ابتکار ضمن تقدیر از عملکرد مثبت خراسان جنوبی در به کارگیری مدیران زن گفت: بررسی کارنامه استانداران و وزرا نشان می دهد که انتصاب مدیران زن در دولت از سال گذشته، نزدیک به ۱۶٫۵ درصد رشد داشته ولی هنوز راهی زیادی در پیش است .

وی با اشاره به بازدید از طرح های کارآفرینی و اشتغال در روستای خراشاد بیرجند بیان کرد: برای فارغ التحصیلان تسهیلاتی پیش بینی شده که اگر درست مدیریت شود زمینه برای جذب تسهیلات و اجرای طرح ها وجود دارد .

معاون رئیس جمهوری در امور زنان و خانواده، ظرفیت بالا و جاذبه های گردشگری، توریستی و سرمایه انسانی خراسان جنوبی را یادآور شد و افزود: تحولات خوبی در بخش های مختلف رخ داده که باید بیشتر فراگیر شود .

وی از اجرای طرح ارتقای توانمندی زنان در بحث کارآفرینی خبر داد و گفت: آمادگی داریم این طرح را با مشارکت تشکل های کارآفرینی در خراسان جنوبی گسترش دهیم.

ابتکار با اشاره به تشکیل سند ارتقای وضعیت زنان و خانواده در استان گفت: این سند باید در شورای برنامه ریزی استان تصویب شود و به عنوان نقشه راه استان در زمینه زنان و خانواده مورد توجه قرار گیرد .

وی بر حمایت از زنان روستایی و صندوق های خرد زنان تاکید کرد و افزود: طرح شناسایی و حمایت از کودکان بازمانده از تحصیل نیز با کمک وزارت آموزش و پرورش انجام می شود .

معاون رئیس جمهوری در امور زنان و خانواده، برون سپاری و حمایت از سازمان های مردم نهاد را یکی از سیاست های جدی دولت دوازدهم عنوان و بیان کرد: با توجه به فعالیت ۱۲۴ سازمان مردم نهاد در حوزه زنان می توان گفت که خراسان جنوبی از این بابت استانی ثروتمند است .

وی با بیان اینکه در حال حاضر بیش از هر دوره ای به نشاط و امید نیاز داریم تاکید کرد: سازمان های مردم نهاد می توانند در این زمینه راهگشا باشند و باید برای پیشبرد اهداف از این فرصت استفاده کنیم .

ابتکار امروز (شنبه) در سفر یک روزه به خراسان جنوبی ضمن بازدید از کارگاه های کارآفرینی روستای خراشاد، در آیین آغاز ساخت پارک IT استان شرکت کرد .

نشست با سازمان های مردم نهاد و احزاب و بازدید از اورژانس اجتماعی ۱۲۳ از دیگر برنامه های سفر وی به خراسان جنوبی بود. انتهای پیام *



ربیعی اعلام کرد:



سندوقهای بیمه ای و تحولات اجتماعی اولوئتهای وزارت رفاه

وزیر سابق رفاه با اشاره به اینکه در حال حاضر صندوق های بیمه ای مهمترین مسئله این وزارتخانه هستند، گفت: باید سیاستگذاری و برنامه ریزی درستی برای صندوق های بیمه ای و بازنشستگی انجام شود.

به گزارش [خبرنگار مهر](#)، علی ربیعی در مراسم تودیع خود و معارفه محمد شریعتمداری وزیر جدید وزارتخانه تعاون، کار و رفاه

اجتماعی که با حضور معاون اول رئیس جمهور و تعدادی از مسئولان نظام برگزار شد، اظهار داشت: خوشحالم که با جهانگیری آدمم و با جهانگیری می‌روم.

وی با اشاره به اینکه جهانگیری سنگ زیرین است و دوران تلخی را می‌گذراند، افزود: وی سرمایه‌های اجتماعی خودش را به میدان آورده و خوشحالم که حضور دارد و تمام توان خود را برای مردم و دولت انجام می‌دهد.

وزیر سابق تعاون، کار و رفاه اجتماعی تصریح کرد: بعضی وقت‌ها دولت‌ها فقدان‌شان اندازه‌گیری نمی‌شود و برخی از افراد نیز این‌گونه هستند؛ به طوری که دکتر بهشتی و شهید مطهری نیز رفتند اما تأثیرات درازمدت آنها ادامه دارد.

ربیعی گفت: اگر به سال ۹۲ بازگردیم، باز هم به روحانی رأی می‌دهم.

وی افزود: اشکالات بسیاری در کار ما بوده و است و تصمیمات خوبی را بعضی وقت‌ها نگرفتیم اما قصد و نیت بدی نداشتیم، دلمان می‌خواست وضع زندگی مردم بهتر شود و هرچه را در چنته داشتیم، گذاشتیم.

وزیر سابق تعاون، کار و رفاه اجتماعی اظهار داشت: معتقدم حتماً از این شرایط عبور می‌کنیم و وقتی این کشتی به آرامش می‌رسد، جامعه به ثبات خواهد رسید.

وی ضمن ابراز خوشحالی از آمدن شریعتمداری گفت: من در صف بودم و ایشان در ستاد و در آن زمان از کردستان به دفتر شریعتمداری برای گرفتن امکانات می‌آمدم و دوستی ما ۴۰ ساله است و خوشحالم که شریعتمداری نمی‌تواند بگوید وزیر قبلی خراب کرده و من آدمم درست کنم چون دوستی ما دیرینه است.

ربیعی همچنین خطاب به شریعتمداری و همکاران سابق خود افزود: پنج بحران یا در آستانه‌ی بحران؛ فشار آب، خاک، محیط‌زیست و نقدینگی، خیلی به ما مرتبط نیست اما سه مسئله اساسی در کشور داریم که یکی از آنها بحث صندوق‌های بیمه‌ای و بازنشستگی است.

وزیر سابق تعاون، کار و رفاه اجتماعی ادامه داد: شریعتمداری مدیر ۱۷ صندوق است که باید سیاستگذاری و برنامه‌ریزی‌های لازم را برای آنها داشته باشد و اگر بتوانیم اصلاحات سخت ایجاد کنیم، ممکن است نظام را تحت مخاطره قرار دهیم.

وی به تحولات اجتماعی نیز اشاره کرد و گفت: سنجش‌های اجتماعی که در فروردین و آبان ماه انجام می‌شود، با یکدیگر متفاوت است و بار تحولات نهادهای اجتماعی در حوزه معاونت رفاهی این وزارتخانه است؛ به طوری که در تحولات اجتماعی مشاهده می‌کنیم که مردم یک جایی زندگی می‌کنند و ارزش‌ها در جای دیگر است.

ربیعی به تحولات و انقلاب جمعیتی اشاره کرد و افزود: هر کدام از این موارد می‌تواند نظام سیاسی را متحول کند و در ادبیات، انقلاب جمعیتی را زیرپایه تحولات سیاسی می‌دانند.

وزیر سابق تعاون، کار و رفاه اجتماعی ادامه داد: ما ناچار هستیم که مسئول سیاستگذاری اشتغال باشیم چرا که فرد دیگری وجود ندارد.

وی به بیکاری اشاره کرد و اظهار داشت: این موضوع نیز مهم است و همچنین سیاست خارجی و لجاجت دیکتاتور آمریکا نیز به وزارت رفاه مرتبط نیست اما آثارش به این وزارتخانه برمی‌گردد.

ربیعی با اشاره به اینکه این وزارتخانه سخنگوی فقرا است، تصریح کرد: در تحولات، دهک‌ها و طبقات پایین، بی‌پناه هستند و باید مد نظر قرار گیرند و امروز دیدگاه‌های نهادگرایی پاسخگو است و اگر در بحران، کسی به دنبال تئوری آزاد برود، درست نیست.

وزیر سابق تعاون، کار و رفاه اجتماعی با اشاره به اینکه وزارتخانه پناه بازنشستگان، زنان سرپرست خانوار، معلولان و ایتام است، گفت: باید سالانه به سه هزار یتیم رسیدگی شود.

به گفته وی، به اعتقاد بنده باید در گونه‌های فقر، به فقر مهارتی توجه کافی شود و موضوع بازماندگان از تحصیل خیلی به ما مرتبط نبود، اما با تلاش معاونت رفاهی توانستیم از تعداد این کودکان کم کنیم و به ۸۰ هزار کودک بازمانده برسیم که برای آن نیز در حال برنامه‌ریزی هستیم.

ربیعی گفت: هرچند در فقر مهارتی و درمان، به ما تاختند اما همچنان می‌گویم که مهمترین کار تحول سلامت، بیمه ۱۱ میلیون حاشیه‌نشین و فقیر بود که این افراد، کارگران غیررسمی و حاشیه‌نشین شهری بودند.

وزیر سابق تعاون، کار و رفاه اجتماعی با اشاره به اینکه محصول فقر درآمدی و معیشتی در وزارتخانه است، افزود: به مسکن حمایتی نیز توجه لازم صورت گرفت و معتقدم این وزارتخانه، پناهگاه گروه‌های خاموش است و باید صدای این گروه‌ها باشد.

وی اظهار داشت: اعضای کانون‌ها، شوراهای اتاق‌های تعاون، نظام کارفرمایی و ... صاحبان حق هستند اما امان از ذی‌نفعان بالغیر حق، چرا که این افراد ایدئولوژی‌هایی می‌نویسند و امضا جمع می‌کنند.

ربیعی ادامه داد: از خداوند برای شریعتمداری آرزوی مقاومت می‌کنم چرا که کار در این وزارتخانه سخت است.

وی تأکید کرد: در دوران وزارت، با فروش مخالف نبودم اما با فروشی که تاراج باشد، مخالفت کردم.

وزیر سابق تعاون، کار و رفاه اجتماعی در پایان خاطرنشان کرد: از این وزارتخانه جدا نمی‌شوم، همراه آن هستم و خدا شاهد است که هر کاری که در توان داشتم، انجام دادم که البته شاید اشتباهاتی نیز بوده باشد.



معاون اجتماعی وزارت بهداشت:



اجتماعی شدن سلامت یکی از عوامل موفقیت کنترل بیماری‌های غیرواگیر است *

معاون اجتماعی وزارت بهداشت ضمن تأکید بر اجتماعی شدن سلامت، گفت: در اجتماعی شدن سلامت، مشارکت مردم، افزایش سواد سلامت، توجه به آسیب‌های اجتماعی و همکاری بین بخشی در نظام سلامت بسیار مهم است.

به گزارش [خبرگزاری مهر](#) به نقل از وبدا، سید محمدهادی ایازی در اجلاس اجتماعی شدن سلامت؛ کلان منطقه ۱۰ کشوری اظهار داشت: باید در مسیر اجتماعی شدن سلامت گام برداریم چون جامعه به سمت صنعتی شدن پیش می‌رود و فاصله طبقاتی افزایش می‌یابد و اگر طرح تحول سلامت اجرا نمی‌شد، مشکلات جدی برای مردم پیش می‌آمد. از سوی دیگر با کاهش منابع و افزایش سطح انتظارات از نظام سلامت نیز روبرو هستیم.

وی با اشاره به تصویب سند کنترل بیماری‌های غیرواگیر تصریح کرد: بیماری‌های غیرواگیر عامل ۷۶ درصد از مرگ و میرها در کشور است و از این رو کنترل این بیماری‌ها در دستور کار شورای عالی سلامت و امنیت غذایی و وزارت بهداشت قرار گرفته

و برای موفقیت آن، اجتماعی شدن سلامت ضروری و لازم است.

معاون اجتماعی وزارت بهداشت، تشکیل مجمع ملی سلامت، شورای عالی سلامت و امنیت غذایی، مجامع استانی و شهرستانی سلامت را نشانه ای از حمایت سیاسی از نظام سلامت عنوان کرد و افزود: در این مجامع با همکاری های بین بخشی، بر تامین سلامت جامعه و پیشگیری از بیماری های غیر واگیر تاکید می شود چون ۷۵ درصد از عوامل موثر در نظام سلامت، خارج از اختیارات وزارت بهداشت است.

ایازی خاطرنشان کرد: مشارکت مردم در تامین سلامت بسیار مهم بوده و به همین خاطر است که روز به روز شاهد افزایش مشارکت اقشار مختلف در تامین سلامت هستیم. تشکیل سفیران سلامت دانش آموزی و دانشجویی، فعالیت سمن ها و کانون های محله نمونه هایی از این مشارکت است.

وی ضمن تقدیر از خیرین سلامت به دلیل کمک به حوزه سلامت، گفت: خیرین در سال گذشته ۱۷۰۰ میلیارد تومان به حوزه سلامت کمک کردند که قدردان آنها هستیم و وجود آنها را برای نظام سلامت، غنیمت و فرصت می دانیم، چراکه آنها اقدامات بزرگی در این حوزه انجام داده اند.

ایازی افزود: ابتدای دولت یازدهم، ۱۳ همراه سرای بیماران در کشور وجود داشت، اما امروز تعداد آنها به ۸۰ همراه سرا افزایش یافته و شبکه ملی همراه سراهای بیماران تشکیل شده تا مشخص شود که همراه سراها باید چگونه ساخته و تجهیز شوند. همچنین هزینه احداث این همراه سراها توسط مردم و خیرین تامین شده است.

معاون اجتماعی وزارت بهداشت نقش همکاری های بین بخشی در ارتقای سلامت را مهم ارزیابی کرد و افزود: سال گذشته ۳۳۶ هزار نفر در حوادث ترافیکی مصدوم شدند و اگر وزارت بهداشت اقدامات مشترکی را با وزارت راه و شهرسازی، شهرداری ها و پلیس راهنمایی و رانندگی در جهت ارتقای فرهنگ رانندگی انجام دهد، شاهد حوادث و مصدومان کمتری خواهیم بود.



وزیر بهداشت :



هر تصمیم و پروژه ملی باید پیوست سلامت داشته باشد *

وزیر بهداشت با تاکید بر اینکه هر تصمیم و پروژه ملی باید یک پیوست سلامت داشته باشد، گفت: متأسفانه در حال حاضر در کشور پروژه های ملی پیوست سلامت ندارند .

به گزارش [خبرگزاری مهر](#)، سیدحسن هاشمی در اجلاس اجتماعی شدن سلامت کلان منطقه ۱۰ کشوری دانشگاه های علوم پزشکی کشور با تاکید بر اهمیت اجتماعی شدن سلامت، گفت: پای نهادن در امور و مشاغلی که مرتبط با مردم، اجتماع و کارهای خیر است، انسان را ترغیب می کند تا در این امور گام برداشته و فعالیت کند و از این مسیر رضایتمندی مردم را جلب کند .

وزیر بهداشت با اشاره به دهمین جلسه اجتماعی شدن سلامت در سطح کلان مناطق دانشگاه های علوم پزشکی سراسر کشور، اظهار داشت: این جلسه، دهمین اجلاسی است که با موضوع اجتماعی شدن سلامت در سطح قطب ها در سراسر کشور برگزار می شود و می توان گفت که این جلسه، بسیار مهم است، چراکه جمعیت این قطب و مشکلات آنان، قابل قیاس با هیچ کدام از ۹ منطقه دیگر نیست. مضاف بر اینکه این کلان منطقه در پایتخت بوده و تقریباً تمام سیاستگذاری ها در این کلان منطقه انجام می شود. در عین حال آموزش های مناسب و موثر از این کلان منطقه به تمام کشور تسری پیدا می کند، بنابراین چنانچه در این

کلان منطقه خوب عمل شود، برکات آن به تمام کشور تسری پیدا خواهد کرد .

هاشمی گفت: از استانداران و روسای دانشگاه ها در تمام استان ها تشکر می کنم که در گذاشتن سنگ بنای این کار کمک کرده و با پشتکار این موضوع را دنبال کردند تا جایی که امروز شاهد هستیم که آخرین حلقه از این زنجیره در حال شکل گیری است و امیدواریم حرکت در مسیر اجتماعی شدن سلامت پایدار بماند و این اقدامات نیز تداوم یابد.

هاشمی با بیان اینکه موضوع اجتماعی شدن سلامت از سایر ماموریت های وزارت بهداشت جدا نیست، خاطرنشان کرد: باید معاونت اجتماعی در تمام وزارتخانه ها شکل می گرفت و چنانچه معاونتی با این موضوع و عملکرد وجود نداشت، حداقل به موضوع به عنوان حوزه کاری نگاه می شد که اگر این اتفاق می افتاد، زحمت ما کمتر بود و بخشی از این وظایفی که روسای دانشگاه های علوم پزشکی و سایر دست اندرکاران حوزه اجتماعی شدن سلامت انجام می دهند، غیر از عملی کردن این هدف نیست .

وزیر بهداشت تصریح کرد: در آینده باید بتوانیم بیش از آنچه تا امروز در مورد موضوع اجتماعی شدن سلامت در وزارت بهداشت مورد توجه قرار گرفته، از اثرات و برکات آن بهره مند شویم. هنوز بسیاری از افراد نسبت به این موضوع تردید دارند و برخی دیگر در وزارت بهداشت در این حوزه رقابت می کنند، اما این مساله قابل مقایسه با سه چهار سال قبل نیست. تصور می کنم این موضوع تا میزان زیادی به رویکرد مدیران ارشد به ویژه روسای دانشگاه ها و معاونینی که انتخاب می کنند، بستگی دارد.

هاشمی با بیان اینکه اهمیت دادن به موضوع اجتماعی شدن سلامت در واقع احترام به نقش مردم در جهت سامان بخشیدن به اموری مانند سلامت جسمی و روحی آنها است، عنوان کرد: اینکه چه افرادی پرچمدار اقداماتی در زمینه اجتماعی شدن سلامت در کشور، در دانشگاه ها و در سطوح مدیریتی هستند، اهمیت زیادی دارد.

وزیر بهداشت افزود: جای خرسندی است که در اکثر دانشگاه ها معاونینی انتخاب شده اند که انگیزه زیادی داشته و اکثر آنها صاحب تجربه اند و ارزش اقدامات اجتماعی محور را می دانند. در عین حال معمولاً برای انجام این نوع کارها در درجه اول نیاز به شناخت و همیت و در وهله بعدی، روحیه تعامل و فرصت و فضای لازم ایجاد کردن است .

هاشمی با بیان اینکه طبق گزارشات ارائه شده از عملکردها، خوشبختانه در موضوع اجتماعی شدن سلامت، موفقیت های نسبی داشته ایم، ادامه داد: معاونت اجتماعی راس قابل توجه و بدنه نحیفی دارد و این ساختار عمداً به این صورت دیده شده است، چراکه نیازی نیست حوزه اجتماعی برای خود میز، صندلی، دفتر و تشکیلات و اداره در دانشگاه ها و شهرستان ها داشته باشند، بلکه هدف ما فرهنگ سازی است تا بتوانیم از طریق سمن ها و تشکل های مردم نهاد، اجتماعی شدن سلامت را به بطن جامعه ببریم و چنانچه غیر از این باشد، نشان می دهد که کار ما صرفاً از جنس ستادی بوده است .

وزیر بهداشت در بخش دیگری از سخنان خود در این اجلاس گفت: باید توجه شود که حوزه اجتماعی به بهداشت، درمان و دارو وابستگی زیادی دارد، اما در این حوزه قرار نیست کار سایر معاونت ها را انجام دهد، بلکه این حوزه ها به معاونت اجتماعی سفارش می دهند و سایر معاونت های وزارت بهداشت باید به عنوان بهترین نقطه اتکای خود از حوزه اجتماعی استفاده کنند. برای مثال، در بحث نظام ارجاع، معاونت بهداشت می تواند امکانات لجستیک و فیزیک کار را مهیا کند و بخشی که می تواند مردم را قانع کند و ارتباطات مناسب را فراهم کند، حوزه اجتماعی است، زیرا حوزه اجتماعی با رسانه ها، آموزش و پرورش، دانشجویان، کسبه، روحانیت و به نوعی تمام اقشار جامعه در ارتباط است و به کمک تریبون های مختلف می تواند تولید محتوا کرده و مردم را قانع کند که اگر می خواهید به نظام سلامت کارآمد دست پیدا کنید، باید به نظام ارجاع پیوندید و نظام ارجاع نیاز مبرم جامعه است و گرنه معاونت بهداشت فقط می تواند امکانات را فراهم کند و از طرفی با اجبار بیمه به مردم بگوید که به نظام ارجاع متصل شوند

که این مسیر منطقی و درستی نیست .

وزیر بهداشت درخصوص وابستگی حوزه اجتماعی به بخش درمان نیز گفت: مثلاً بخشی از مراجعات مردم برای دریافت خدمات درمانی انتخاب مناسبی نیست، چراکه می توان با فرهنگ سازی و افزایش اطلاعات مردم، بخشی از مراجعات بی مورد آنها به پزشک را کم کرد. در بسیاری از موارد نیازی به مراجعه به پزشک نیست، بلکه مردم می توانند به بخش اجتماعی سلامت متصل شوند و از این طریق خدمات مورد نیاز خود را که به مداخلات غیرپزشکی مرتبط است، دریافت کنند .

هاشمی در ادامه سخنان خود خطاب به روسا و معاونین اجتماعی دانشگاه های علوم پزشکی کلان منطقه ۱۰ کشوری گفت: از اینکه اجتماعی شدن سلامت را با جدیت آغاز کرده اید، صمیمانه سپاسگزارم و از شما می خواهم این مسیر را با جدیت ادامه دهید و برنامه ریزی ها، جلسات و هماهنگی ها به خوبی دنبال شود و از طرفی امیدوارم دولت قدر این اقدامات را بداند. اگر دولت قدر اجتماعی شدن سلامت را نداند موفق نخواهیم بود. بخش عمده ای از کار ما در حوزه اجتماعی شدن سلامت با دولت و به ویژه بخش اداری آن است، اگر در وزارت کشور استاندار، شهرداران و فرمانداران با ما همکاری نکنند یا وزارت راه به سلامت مردم توجه کافی نداشته باشد یا آموزش و پرورش و وزارت جهاد کشاورزی به این حوزه کم توجهی کنند، ما موفق نخواهیم بود.

وزیر بهداشت در ادامه گفت: افزون بر وزارتخانه ها، بحث اجتماعی شدن سلامت به معاونت های ریاست جمهوری و شخص رئیس جمهور به عنوان مسئول سلامت مردم بازمی گردد و امیدوارم سازمان برنامه و بودجه و همچنین بخش های مختلفی که تصمیمات آنها در سطح کلان کشور موثر هستند به حوزه اجتماعی شدن سلامت توجه کافی داشته باشند.

هاشمی با اشاره به اینکه خوشبختانه قوانین زیادی در حوزه اجتماعی شدن سلامت وجود دارد، گفت: از جمله این قوانین می توان به دستورات مقام معظم رهبری به صورت مکتوب، سند و در فرمایشات ایشان، تا مصوبات مجلس شورای اسلامی اشاره کرد که متأسفانه بسیاری از این قوانین بر روی زمین مانده است و باید اجرایی شوند .

وزیر بهداشت با تأکید بر اینکه هر تصمیم و پروژه ملی باید یک پیوست سلامت داشته باشد، خاطرنشان کرد: متأسفانه در حال حاضر در کشور پروژه های ملی پیوست سلامت ندارند.

هاشمی با بیان اینکه ما هنوز در مقدمه راه اجتماعی شدن سلامت هستیم، گفت: اگر بخواهیم کار ادامه پیدا کند باید به آن ایمان و باور داشته باشیم، زیرا با ایمان و باور کار به سرانجام می رسد و اسباب ماندگاری آن فراهم می شود .

وزیر بهداشت خطاب به روسا و معاونین اجتماعی دانشگاه های علوم پزشکی کلان منطقه ۱۰ کشوری تأکید کرد: نباید دانشگاه های علوم پزشکی در یک قطب با هم در حوزه اجتماعی رقابت کنند و مخصوصاً در مقوله سمن ها و خیرین نیز نباید ناهماهنگی وجود داشته باشد بلکه باید فکر کنید که همگی یک مأموریت دارید. شما سه دانشگاه مهم علوم پزشکی کشور هستید و در برخی زمینه ها با یکدیگر رقابت دارید که این مساله مطلوب است و موجب ارتقای دانش و فناوری و پژوهش می شود، اما در حوزه اجتماعی شدن سلامت نباید با هم رقابت کنید.

هاشمی با بیان اینکه رقابت در حوزه اجتماعی شدن سلامت برای دانشگاه های علوم پزشکی مخرب است، اظهار کرد: در این حوزه سهم تان را مشخص کنید و با تقسیم کار مناسبی پیش روید تا همراهاتان را بیشتر کنید. اگر سمن ها ببینند شما درگیر حاشیه شده اید از همکاری با شما منصرف می شوند.

وزیر بهداشت گفت: امیدواریم غیرمتعصبانه و با همیّت بالا این کار ارزشمند را ادامه دهید. خدمت در حوزه اجتماعی و فرهنگی

بازنشستگی ندارد و وقتی انسان درگیر فعالیت های اجتماعی شود تا آخرین لحظه زندگی به آن ادامه خواهد داد.



ایرنا طرح نماد طرحی راهبردی و بلند مدت است *

معاون وزیر کشور و رئیس سازمان امور اجتماعی کشور گفت: طرح نماد طرحی راهبردی و بلند مدت و بادوام است. همچنین فراگیری و پوشش جمعیتی وسیع طرح نماد از دیگر ویژگی های این طرح است که کمتر پروژه ای در کشور می تواند تمام جامعه دانش آموزی را در برگیرد.

به گزارش ایسنا، تقی رستم بندی در مراسم رونمایی از طرح توانمندسازی روانی - اجتماعی والدین، کارکنان و دانش آموزان گفت: طرح نماد (نظام مراقبت اجتماعی دانش آموزان) در معاونت تربیت بدنی آموزش و پرورش دنبال می شود، دارای پنج ویژگی عمده است و می تواند یکی از طرح های فوق العاده و موفق باشد.

به گفته وی، رهبر معظم انقلاب اسلامی بارها تأکید کردند که اقدامات در حوزه آسیب های اجتماعی باید ویژگی فوق العاده بودن داشته باشد و از وظایف روزمره دستگاه ها جدا باشد و به نظر می رسد طرح نماد از مصادیق طرح های فوق العاده باشد که طی دو سال گذشته در آموزش و پرورش پیگیری می شود.

رئیس سازمان امور اجتماعی کشور با بیان اینکه در حال حاضر ۱۴,۵ میلیون دانش آموز تحت تأثیر این طرح قرار دارد، گفت: طرح نماد بیش از نیمی از جمعیت کشور را تحت پوشش قرار می دهد و پوشش جمعیتی در ابعاد جغرافیایی وسیع، این طرح دانش آموزان را در اقصی نقاط کشور در بر می گیرد که از دیگر نکات مثبت این طرح می باشد.

به گفته وی، عمق اثربخشی این طرح از دیگر ویژگی های نماد است و تصور می شود که به خوبی از بروز آسیب های اجتماعی جلوگیری کند. همچنین طرح نماد طرحی ترکیبی است که ابعاد پیشگیرانه امدادی و صیانتی در آن دیده می شود که هر دستگاهی معمولاً یکی از این حوزه را پوشش می دهد. وی همکاری بین بخشی را از دیگر ویژگی های موثر این طرح دانست و گفت: طرح نماد مشارکتی است که برای اولین بار همه دستگاه ها در آن دخیل بوده و امید می رود با دستیابی به اهداف این تحقیق توانبخشی، انتظارات در این حوزه را محقق کرد. انتهای پیام



در گفتگو با مهر عنوان شد؛



دلایل عدم استفاده از مددکاران اجتماعی/ ضرورت ایجاد سازمانی خاص *

رئیس انجمن مددکاری اجتماعی به لزوم ایجاد سازمان نظام مددکاری اجتماعی اشاره کرد و گفت: دولت باید از مددکاران اجتماعی هم حمایت کند چرا که آنها سفیران سلامت اجتماعی هستند.

سید حسن موسوی چلک در گفتگو با خبرنگار مهر گفت: یکی از مشکلاتی که امروزه در کشور با آن مواجه هستیم پایین بودن شاخص سلامت اجتماعی و سرمایه اجتماعی و بالا بودن آمار جرایم و آسیب های اجتماعی است که برای خروج از این شرایط دولت های هوشمند از همه ظرفیت ها استفاده می کنند تا بتوانند مدیریت کارآمدی داشته باشند و یکی از این ظرفیت ها مددکاران اجتماعی هستند که در ایران ۶۱ سال سابقه علمی دارد.

وی با اشاره به اینکه استفاده از ظرفیت مددکاران اجتماعی در ارتقای سلامت جامعه تاثیر گذار است، گفت: یکی از ماموریت‌هایی که مددکاران اجتماعی دارند رفع مشکلات حوزه اجتماعی است که متأسفانه تاکنون مورد حمایت قرار نگرفته است و بر همین اساس مددکاران مشکل محور در ایران رواج پیدا کرده به گونه ای که صبر می کنیم تا مشکلی ایجاد شود و بعد از مددکاران در سطح فردی استفاده می کنیم و مداخلات لازم را انجام می دهیم. این در حالی است که ظرفیت و توانمندی مددکاران اجتماعی بیشتر از چیزی است که امروزه در جامعه از آنها مورد بهره برداری قرار گرفته است و از ظرفیت و توانمندی این افراد می توان در سطح گسترده استفاده کرد.

رئیس انجمن مددکاری اجتماعی به دلایل عدم استفاده از توانمندی مددکاران اشاره کرد و گفت: یک بخشی از آن به خود مددکاران بازمیگردد چرا که در طی ۶۱ سال گذشته، نتوانسته اند داشته های آنها را به جامعه بشناسانند و آنها را ارتقاء دهند و نکته دیگر این است که تولیدات علمی و خوب در کشور ما در حوزه منابع مددکاری وجود ندارد.

به گفته موسوی، همچنین ساختار مددکاری اجتماعی در دستگاه های مرتبط متناسب با وظایفی که این افراد بر عهده دارند، نیست و از سویی دیگر استاندارد نبودن خدمات مددکاران اجتماعی باعث حضور افراد غیرمتخصص در این حوزه شده بطوریکه هر کسی که کار خیر می کند، عنوان مددکار اجتماعی را می گیرد در حالی که اینگونه نیست و واقعیت این است که مددکاران اجتماعی یک متخصص هستند و فراتر از چیزی که امروزه در جامعه از آنها استفاده می شود.

رئیس انجمن مددکاری اجتماعی به چالش نظام آموزشی نیز اشاره کرد و گفت: نظام آموزشی ما ۱۰ درصد از نیازهای آموزشی ما را پاسخ نمی دهد و فاصله زیادی بین آموزش در دانشگاه ها و آن چیزی که فارغ التحصیلان مددکاران اجتماعی باید بدانند، وجود دارد و از سویی دیگر، تفاوت دروس کارشناسی و مقطع بالاتر از آن احساس نمی شود.

وی گفت: علاوه بر موارد عنوان شده فقر تولید دانش بومی نیز وجود دارد و این موضوع در کنار ناکارآمدی آموزشی و ضعف محتوایی زمینه ای را فراهم کرده که نتوانیم از تخصص و توانمندی مددکاران بهره مند شویم و برای اثبات تخصصی بودن مددکاری اجتماعی باید به سمت تولیدات علمی خوب متناسب با نیاز و شرایط فرهنگی حرکت کنیم و فاصله زیادی که بین نیاز دستگاه های اجرایی و محتوای آموزشی دانشگاه وجود دارد را از میان برداریم.

وی همچنین به نبود سازمان نظام مددکاری اجتماعی اشاره کرد و گفت: این موضوع نیز می تواند مورد حمایت مسئولان قرار گیرد چرا که عدم ایجاد چنین سازمان هایی مشکلاتی را برای مددکاران اجتماعی ایجاد کرده و این موضوع مطالبه بیش از ۶۰ سال مددکاران اجتماعی کشور شده است.

موسوی چلک به تعریف جدید مددکاری اجتماعی در دنیا اشاره کرد و گفت: در کشور ما با توجه به تعریف جدید مددکاری اجتماعی، نیازمند بازنگری در عرصه سیاستگذاری، منابع اجتماعی، برنامه ها، ساختار و هم تولید محتوا هستیم چرا که باید با تولیدات علمی، خلاء های دانشی و اطلاعاتی را جبران کنیم و هرچه به سمت آینده پیش می رویم، باید بتوانیم از این مددکاران استفاده بهتری داشته باشیم و سازمانی را در این جهت ایجاد کنیم و در دنیا نیز این موضوع کاملاً شناخته شده است.

وی گفت: در آینده حوزه اجتماعی کشور باید روی مددکاران اجتماعی سرمایه گذاری بیشتری انجام دهد چرا که با توجه به تنوع و گسترش مسایل اجتماعی، جایگاه مهمتری را دارند به همین دلیل نیاز به این مددکاران بسیار بیشتر از امروز خواهد بود.

آخرین آمار آوارگان تهرانی/میزبانی از هر کارتن خواب چقدر هزینه دارد

در حالی که چندسال فوت کارتن خوابها به علت سرما در تهران رخ نداده بود؛ مرگ دو کارتن خواب در ابتدای فصل سرمای امسال خبرساز شد؛ تلنگری که توجه بیشتر مدیریت شهری پایتخت در این زمینه را می طلبد.

به گزارش **خبرنگار مهر**، آخرین آماری که از بی خانمانهای تهرانی ارائه شده از سوی شهردار اسبق تهران در یک برنامه تلویزیونی بود که از حضور ۱۵ هزار کارتن خواب در شهر تهران خبر داد. حال به تازگی آماری در خصوص ۱۴ هزار بی خانمان در تهران منتشر شده است، این درحالی است که در بهترین حالت سامانراهای تهران ظرفیت پذیرش ۵ هزار کارتن خواب را دارند و مشخص نیست زمانی که سرمای تهران به زیر صفر برسد، باقی بی خانمان های تهرانی کجا میخوانند و آیا شب را به صبح می رسانند یا نه؟

هنوز سرمای شبهای تهران آن قدرها نشده است؛ اما چندی پیش بود که دو بی خانمان در مقابل یکی از سامان سراهایی که در منطقه ۲۱ درحال بازسازی بود، جان خود را از دست دادند. برخی میگویند این دو کارتن خواب نه از سرما که به خاطر سوء مصرف مواد مخدر فوت کرده اند. این عامل مرگ بسیاری از کارتن خواب ها در شب های سرد زمستان است. آنها به نیت گرم شدن آنقدر مواد مخدر مصرف می کنند که جان خود را از دست می دهند. مرگ آنها در آمار مرگ بی خانمان هایی که سرما جانشان را گرفته، نمی آید. اما حقیقت این است که اگر آنها جای گرمی برای خوابیدن داشتند، شاید همچنان نفس می کشیدند.

رسیدگی ویژه شورا به مرگ دو بی خانمان

الهام فخاری، رئیس کمیته اجتماعی شورای شهر تهران می گوید: گزارش فوت دو شهروند تهران به شورا ارسال می شود و شورا به طور ویژه آن را مورد بررسی قرار می دهد.

او در پاسخ به پرسشی در رابطه با فوت دو شهروند تهرانی مقابل سامان سرای یکی از مناطق شهر تهران می گوید: بر اساس اطلاع رسانی های انجام شده، این دو فرد به دلیل سرمازدگی جان خود را از دست نداده بلکه به خاطر سوء مصرف مواد مخدر جان خود را از دست داده اند.

بر اساس اطلاع رسانی های انجام شده، این دو فرد به دلیل سرمازدگی جان خود را از دست نداده بلکه به خاطر سوء مصرف مواد مخدر جان خود را از دست داده اند/دوی ادامه می دهد: پیش از آغاز فصل سرما، اعضای شورای شهر تهران بازدیدهایی از سامان سراهای شهرداری تهران داشته اند و خدمات ارائه شده را کنترل کرده اند. هر سال این خدمات با افزایش سرما به بیخانمانها ارائه می شود. شاید باید این خدمات زودتر ارائه می شد.

فخاری اضافه می کند: بر اساس گزارشی که ارائه شده علت فوت این دو شهروند سرما نبوده است اما اگر امکان خدمات رسانی بیشتر ایام سال و با تمام ظرفیت وجود داشت؛ شاید افرادی که دچار سوء مصرف هستند نیز امکان خدمات رسانی و انتقال آنها به اورژانس سریع تر فراهم می شد.

برخی از کارتن خواب ها خود را پنهان می کنند

مریم غلام زاده آسیب شناس اجتماعی که در یکی از انجمن های خیریه که به بی خانمانها کمک می کند، فعال است؛ در این رابطه به مهر می گوید: بحث کارتن خوابها و آواره ها با هم متفاوت است. بخشی از این کارتن خوابها بیمار و رانده شده اند و با

مشکل اعتیاد دست به گریبان هستند؛ اما آواره ها کسانی هستند که به هر دلیل به تهران آمده و شب جای خواب پیدا نکرده اند، اینها می توانند مسافر یا دانشجویانی باشند که به دلیل تاخیر در حرکت اتوبوس مجبورند یک یا چند شب را در این گرم خانه ها بگذرانند اما کارتن خوابهای معتاد در شب های زمستانی ممکن است به دلیل مشکل اعتیادشان جان خود را از دست دهند نه سرمای شدید هوا.

او ادامه می دهد: برخی از کارتن خواب ها از آسیب دیدگان پر خطری هستند که به دلیل اعتیاد بالا خود تمایلی به حضور در گرمخانه ها ندارند و برخی از کارتن خوابها خود داوطلبانه به گرمخانه ها مراجعه می کنند برخی دیگر نیز توسط گشت ها در محل هایی که قابل مشاهده است مانند زیر پل ها، کنار خیابان ها، پیاده روها و سایر مکان هایی که در دسترس است شناسایی و جمع آوری می شود اما برخی از کارتن خوابها در مکانهایی مستقر می شوند که دسترسی به آنها وجود ندارد مانند خانه های مخروبه و نیمه کاره و خودشان هیچ تمایلی به آمدن به گرمخانه ها ندارند.

برخی از معتادان که به خیال آنکه با افزایش مصرف گرمتر می شود، اقدام به افزایش مصرف مواد می کنند، این افراد به دلیل سرما نمرده اند بلکه اور دوز کرده و به دلیل اعتیاد مرده اند و دوباره مرگ و میرهای شبهای سرد زمستانی که در آمارهای رسمی نمی آید می گوید: برخی از معتادان که به خیال آنکه با افزایش مصرف گرمتر می شود، اقدام به افزایش مصرف مواد می کنند، این افراد به دلیل سرما نمرده اند بلکه اور دوز کرده و به دلیل اعتیاد مرده اند.

در بین افراد بی خانمان همه گروه های سنی از ۱۸ سال گرفته تا بیش از ۹۰ سال مشاهده می شود اما بیشتر افراد بی خانمان در گروه سنی ۳۵ تا ۴۰ سال هستند. کارتن خواب ها تقریباً در تمام مناطق پایتخت حضور دارند اما تجمع آنها بیشتر در نقاط بی دفاع شهری مشاهده می شود و در برخی نقاط شهر مانند دروازه غار، فرحزاد، خاک سفید این افراد بیشتر حضور دارند. همچنین برخی از بوستان های شهر نیز محل تجمع افراد بی خانمان شده است.

۳۰ درصد مددجویان سامانسراها بیماری عفونی دارند

ولی الله شجاع پوریان معاون اجتماعی شهردار تهران درباره ظرفیت مددسراهای شهرداری تهران می گوید: در حال حاضر ظرفیت مددسراهای شهرداری ۳ هزار نفر است که در فصل سرما تا ۵ هزار در این اماکن اقامت دارند. به طور کلی، شهرداری تهران مسئولیت اداره ۹۴ مرکز رویش، پرتو، سامانسراها، گرمخانه ها و بهاران را برعهده دارد.

او ادامه می دهد: سامان سراهای شهرداری تهران مددجویانی را که هیچ یک از سازمان ها از جمله بهزیستی حاضر به پذیرش نیستند نگهداری میکنند، در حال حاضر ظرفیت سامانسراهای پایتخت حدود ۵۵۰ تخت است که ۳۰۰ تخت در مرکز اسلامشهر (آقایان) و ۲۵۰ تخت در مرکز لویزان (خانم ها) قرار دارند. به طور معمول، هزینه نگهداری هر مددجو در سامان سراهای پایتخت روزانه ۱۵۵ هزار تومان است که اهم این مبلغ شامل هزینه های درمانی و پزشکی می شود. متأسفانه، به دلیل فقدان اوراق هویتی بسیاری از مددجوها شامل بیمه سلامت ایرانیان نمی شوند و شهرداری ناگزیر است تا هزینه درمان این افراد را به شکل آزاد به بیمارستان پرداخت کند.

سالانه تنها ۱۵۰ میلیون تومان هزینه دارو و ۱ میلیارد تومان هزینه درمان مددجویان را در سامانسرای اسلامشهر پرداخت می کنیم معاون امور اجتماعی و فرهنگی شهرداری تهران با تاکید بر اینکه حدود ۲۵ تا ۳۰ درصد از مددجویان حاضر در سامان سراها مبتلا به بیماریهای عفونی هستند، می گوید: سالانه تنها ۱۵۰ میلیون تومان هزینه دارو و ۱ میلیارد تومان هزینه درمان مددجویان را در سامان سرای اسلامشهر پرداخت می کنیم.

شجاع پوریان با بیان اینکه هر سال حدود ۳۰ هزار مددجوی سالمند، متکدی، کارتن خواب، کودک و ... از مراکز حمایتی شهرداری تهران استفاده می کنند، می گوید: تلاش بر این است تا شهرداری تهران طبق قانون تنها زیرساخت ها را در اختیار بگذارد و مسئولیت نگهداری با سایر ارگان ها و سازمان ها باشد. در این زمینه، همکاری های مشترکی شکل گرفته است که امیدواریم در آینده به بار بنشیند.

عیسی فرهادی فرماندار تهران هم درباره مشکل کارتن خوابی در تهران می گوید: در شب ها، در برخی از فصول سال بین ۳ تا ۵ هزار کارتن خواب در تهران توسط شهرداری تهران پوشش داده می شوند. قطعاً برای انجام اقدامات موثر در این حوزه نیازمند همکاری و همدلی همه دستگاه های مسئول هستیم.

فرماندار تهران بر لزوم همکاری سمن ها در حوزه آسیب های اجتماعی اشاره می کند و می گوید: اگر ۱۰۰ سمن موجود در حوزه کودکان کار هر یک ۱۰ کودک را تحت پوشش قرار دهند، مشکل ما در این حوزه حل خواهد شد.

پیش بینی افزایش کارتن خواب ها در زمستان ۹۷

یکی از عوارض ناشی از جامعه مدرنیته، وجود عده ای فاقد امکانات اولیه زندگی است، افرادی که در گذشته «خانه به دوش» نام داشتند و امروز به آنها «کارتن خواب» گفته می شود. کارتن خواب ها اغلب افرادی هستند که به دلایل متعدد خانواده خود را ترک کرده اند و در سطح شهر پراکنده هستند.

مناطق مختلف تهران، از غرب و شمال و یا حتی در بلوارها محل اسکان کارتن خواب ها در شب ها شده است، متأسفانه در فصل زمستان به خاطر سرمای شدید بیشتر مورد توجه واقع می شوند و در فصل تابستان این میزان توجه کمتر می شود؛ در هر صورت افزایش کارتن خوابها نگران کننده است با این وجود برنامه بلند مدتی برای ساماندهی این افراد وجود ندارد و به نظر می رسد امسال با وجود شرایط اقتصادی آمار کارتن خواب ها افزایش پیدا کند، مدیران شهری می گویند آمادگی و پیش بینی افزایش بی خانمان ها را دارند.



رئیس سازمان مدیریت بحران:



کشور باید برای کاهش خسارات جانی و مالی حوادث آماده شود *

رئیس سازمان مدیریت بحران گفت: علیرغم آموزش هایی که ارائه شده، در برخی از حوادث انسجام مدیریت وجود ندارد و بسیاری از مشکلات هنگام حوادث، به دلیل از دست دادن انسجام مدیریت است.

به گزارش ایسنا، اسماعیل نجار در مراسم افتتاح مرکز مانیتورینگ مدیریت بحران خوزستان که امروز (۲۱ آبان ماه) در استانداری خوزستان برگزار شد، اظهار کرد: اساس کار مدیریت بحران پس از پیشگیری و پیش بینی، مدیریت صحیح و علمی حادثه است.

وی افزود: داشتن نقشه راه، ساختارها، دستورالعمل ها، امکانات و تجهیزات لازم برای مدیریت بحران لازم است که همه این موارد در مرکز مانیتورینگ کنونی خوزستان وجود دارد و باید موجب انتقال تجربه به استان های دیگر شود. مرکز فرماندهی و کنترل مدیریت بحران کشور نیز باید از این تجهیزات استفاده کند.

نجار گفت: باید کشور را از جهت مقابله با حوادث و کاهش خسارات جانی و مالی آماده کنیم. در زلزله کرمانشاه ۶۲۱ نفر کشته و

۷ هزار و ۸۱۷ نفر زخمی شدند و این زلزله هزینه های سنگینی برای کشور بر جای گذاشت.

وی بیان کرد: مرکز مانیتورینگ و فرماندهی مدیریت بحران با توجه به مسئولیت های دستگاه های اجرایی، برای هماهنگی و هم افزایی بیشتر ماموریت ها ایجاد شده است. این مرکز همانند نخ تسبیح است که دانه های تسبیح را به هم متصل و برای استفاده آماده می کند.

رئیس سازمان مدیریت بحران گفت: علیرغم آموزش هایی که ارائه شده، در برخی از حوادث انسجام مدیریت وجود ندارد و بسیاری از مشکلات هنگام حوادث، به دلیل از دست دادن انسجام مدیریت است.

نجار بیان کرد: مدیریت بحران تنها به یک سازمان مربوط نمی شود. سازمان مدیریت بحران یک سازمان سیاست گذار و هماهنگ کننده، هدایت کننده و نظارت گر است. تمام دستگاه های اجرایی در زمان عادی مسئولیت هایی دارند اما در زمان بحران با توجه به وسعت حادثه مسئولیت دارند و باید انجام وظیفه کنند.

وی با بیان اینکه اگر هماهنگی وجود داشته باشد کارها آسان تر است، تصریح کرد: باید از امکانات موجود نهایت بهره برداری شود. زمانی که حادثه ساختمان خیابان جمهوری رخ داد، تشک بادی به محل حادثه ساختمان رفت اما باز نشد. اگر هزاران موتور و تجهیزات داشته باشیم اما در زمان مناسب از آنها استفاده نکنیم مانند این است که هیچ کاری نکرده ایم.

رئیس سازمان مدیریت بحران با تاکید بر لزوم شناخت مخاطرات در هر استان و انجام برنامه ریزی های لازم، عنوان کرد: شناخت دقیق مخاطرات و پیامدهای آن برای برنامه ریزی دقیق و مناسب و صحیح لازم است.

وی گفت: تبدیل مدیریت بحران به مدیریت ریسک در بلایای طبیعی و کاهش ریسک، موجب کاهش خسارات جانی و مالی می شود.

نجار بیان کرد: در ایجاد سازگاری و کاهش آثار سوء پدیده های جوی، توسعه مشارکت و همکاری های دستگاه ها بسیار مهم است.

وی با بیان اینکه باید برای هر کاری دستورالعمل داشته باشیم، عنوان کرد: متأسفانه برای بسیاری از مسائل دستورالعمل وجود ندارد. همچنین باید مطالعاتی در بحث زلزله و گسل ها انجام شود.

رئیس سازمان مدیریت بحران یکی دیگر از کارهای لازم در حوزه مدیریت بحران را توانبخشی و فرهنگ سازی در سطح جامعه دانست و گفت: مردم اساس کار در مدیریت بحران هستند. باید مردم آگاه شوند و به طور مثال اگر می خواهند منزلی را به مترائ ۱۰۰ متر احداث کنند، بهتر است منزل را به مترائ ۹۰ متر کاهش دهند اما کیفیت کار را افزایش دهند. در منطقه ای در سرپل ذهاب ساختمانی وجود داشت که در زلزله حتی شیشه های این ساختمان شکست در حالی که ساختمان کنار آن به طور کامل منهدم شد و چندین نفر جان خود را از دست دادند. بنابراین باید سطح آگاهی مردم در این زمینه افزایش یابد.



آمادگی ایران برای انتقال تجارب مبارزه با مواد مخدر *

مدیرکل دفتر تحقیقات و آموزش ستاد مبارزه با مواد مخدر از آمادگی جمهوری اسلامی ایران برای برگزاری دوره های آموزشی مرتبط با موضوع مبارزه با مواد مخدر و انتقال تجارب در حوزه های کاهش تقاضا و عرضه مواد مخدر به نمایندگان اعزامی از کشورهای عضو طرح کلمبو خبر داد.

به گزارش ایسنا، حمیدرضا صرامی در حاشیه چهل و ششمین نشست "کمیته مشورتی طرح کلمبو" که در کشور ویتنام- هانوی برگزار شد، گفت: لزوم تحرک بیشتر اعضای طرح کلمبو، ضرورت بازنگری و بازبینی اساسنامه طرح کلمبو، توجه به برنامه محیط زیست از سوی کشورها، درخواست کمک های مالی بیشتر از کشورها، لزوم توجه به برنامه های مرتبط با زنان و کودکان، همکاری در برگزاری دوره های ویژه برای زنان توسط اتحادیه زنان ویتنام و توجه به موضوع پیشگیری از مصرف مواد مخدر و ضرورت چند جانبه گرایی برای مقابله با مشکلات از اهم مطالب مطروحه در این نشست بود.

وی همچنین؛ لزوم همکاری دو جانبه و بین المللی در امر مبارزه با مواد مخدر و توجه به عرضه و تقاضای مواد، ضرورت افزایش مشارکت و تقویت همکاری اعضای برنامه کلمبو، لزوم تحرک بین المللی و تقویت برنامه های کلمبو در سایر کشورهای جهان همانند برنامه ها و اقدامات UNODC و ضرورت وسعت ارتباطات کلمبو، ضرورت ارزیابی میزان اثربخشی برنامه ها و موافقت اعضای کمیته مشورتی با درخواست دولت سریلانکا مبنی بر برگزاری چهل و هفتمین نشست کلمبو در سال ۲۰۲۰ میلادی در کشور سریلانکا را از دیگر برنامه های مهم مطروحه در نشست دانست.

مدیرکل دفتر تحقیقات و آموزش ستاد ادامه داد: همچنین رئیس برنامه مشورتی مواد مخدر برنامه کلمبو در این نشست با بیان اینکه طبق نتایج مطالعات جدید، یک دلار هزینه در پیشگیری سبب صرفه جویی ۱۸ دلار در درمان خواهد شد، بر لزوم مشارکت جوانان در برنامه های کاهش تقاضا برای پایداری اجتماعی، ضرورت افزایش دسترسی به مراکز بازپروری برای معتادان و دسترسی به دوره های پیشگیری از اعتیاد در مدارس کشور افغانستان تاکید کرد.

صرامی در ادامه؛ تغییر پارادایم امر مبارزه از دولت محوری به مشارکت های مردمی از طریق اجتماعی شدن و مداخله موثر سازمان های مردم نهاد، تقویت برنامه های پیشگیری اولیه از اعتیاد در جمهوری اسلامی ایران و سرمایه گذاری در عرصه کاهش تقاضا، کاهش چشمگیر مصرف ماده محرک شیشه (ATS) در کشور ایران ناشی از اقدامات مناسب کاهش عرضه و کاهش تقاضا، انسداد و اشرافیت بر مرزهای شرقی کشور و توجه جدی به خدمات کاهش تقاضا برای بانوان و جوانان در ایران را از جمله موارد مطروحه از سوی جمهوری اسلامی ایران برشمرد.

وی بیان داشت: آمادگی جمهوری اسلامی ایران برای برگزاری دوره های آموزشی مرتبط با موضوع مبارزه با مواد مخدر و انتقال تجارب در حوزه های کاهش تقاضا و عرضه مواد مخدر به نمایندگان اعزامی از کشورهای عضو طرح کلمبو از موارد مهم مطروحه از سوی جمهوری اسلامی ایران بود که تصویب و در بیانیه پایانی به نام ایران درج شد.

در پایان نماینده جمهوری اسلامی ایران در نشست کمیته مشورتی طرح کلمبو با اشاره به برخی دیدارهای دو جانبه خود در حاشیه نشست گفت: در این سفر با فان کیوتو دبیرکل جدید کلمبو ملاقاتی انجام شد و ضمن تشریح تجارب بالای جمهوری اسلامی ایران در زمینه کاهش تقاضا و عرضه مواد مخدر، درخصوص توانمندی کشورمان در برگزاری کارگاه های آموزشی برای نمایندگان کشورهای منطقه، بازدید از اقدامات کشورمان در چارچوب فعالیت های طرح کلمبو و اهمیت روابط دوستانه کشورمان با ویتنام تاکید شد، ایشان نیز خواهان برقراری ارتباط مستقیم از سوی ستاد مبارزه با مواد مخدر کشور ایران از طریق ایمیل به منظور سرعت عمل در انجام امور بود.

به گزارش روابط عمومی ستاد مبارزه با مواد مخدر؛ صرامی ادامه داد: همچنین فیلیپ، رییس برنامه مشورتی مواد مخدر طرح کلمبو در دیداری با اینجانب، بر استمرار همکاری های جمهوری اسلامی در امر مبارزه با مواد مخدر با بخش مواد مخدر طرح

کلمبو تاکید کرد.

گفتنی است؛ طرح کلمبو در کنفرانس مشترک المنافع وزرای خارجه در کلمبو - پایتخت کشور سریلانکا، در سال ۱۹۵۱ تاسیس شد و به دلیل برنامه ها و اقدامات آن، در سال ۱۹۸۰ تصمیم بر ابقاء دائمی آن به عنوان یکی از سازمان های منطقه ای بین دولتی با ۲۷ کشور عضو در منطقه آسیا و اقیانوسیه گرفته شد.

مدیریت محیط زیست، توسعه بخش خصوصی، برنامه های آموزشی بلندمدت با میزبانی کشورهای عضو و برنامه مشورتی مواد مخدر با هدف تسهیل مبادله اطلاعات و انتقال تجارب و دانش بین اعضاء، اجرای برنامه های آموزشی در عرصه های پیشگیری، درمان و توانبخشی و کاهش عرضه، تدوین ابتکارات جدید، کمک به تقویت ظرفیت های کشورهای عضو، برگزاری نشست های لازم در زمینه مبارزه با مواد مخدر در سطح منطقه ای به منظور بررسی دستاوردها و چالش ها و برنامه امور جنسیتی از برنامه های طرح کلمبو می باشد. انتهای پیام



نتایج پژوهش های دانشگاهی؛



کارایی بیمارستان ها در ایران چگونه است؟

بیمارستان ها مهم ترین جزء نظام سلامت در کشورهای با درآمد متوسط و پایین هستند و در حدود ۵۰ تا ۸۰ درصد هزینه نظام سلامت را به خود اختصاص می دهند. پژوهشگران با توجه به اهمیت بالای بیمارستان ها، با استفاده از یک مدل علمی، کارایی آن ها را مورد بررسی قرار داده اند.

به گزارش ایسنا، بیمارستان ها همانند هر سازمان دیگری نیازمند پایش و ارزیابی هستند. بدین منظور می توان از مدل ها و روش های گوناگونی استفاده کرد. یکی از روش هایی که امروزه با توجه به ضرورت رعایت اصل بهره وری در استفاده از منابع کاربرد دارد، استفاده از شاخص های کارایی بیمارستان است. همچنین کارایی بیمارستان در بهره گیری از منابع را نیز میتوان با کمک شاخص های مشخصی سنجید و با تجزیه و تحلیل آن و برنامه ریزی برای بهبود شاخص های کارایی، انتظار ارتقای بهره وری در سیستم را داشت.

بنا بر نظر متخصصان، بهره گیری از مدلی که بتواند به صورت ترکیبی و به صورت همزمان از این شاخص ها استفاده کند، این امکان را فراهم می سازد تا در یک مقایسه بتوان چندین نتیجه گیری کرد و وضعیت عملکرد بیمارستان ها را در شرایط مختلف ارزیابی و مقایسه کرد. یکی از مفیدترین این مدل ها، مدل گرافیکی موسوم به «پایون لاسو» است. این مدل کاربردی جهانی داشته و اولین بار توسط محققى به همین نام ارائه شده است. از مزایای استفاده از مدل پایون لاسو می توان به شناسایی سریع بیمارستان های با عملکرد ضعیف، تعیین مناطق نیازمند اصلاح و شناسایی استراتژی های مفید در راستای بهبود کارایی بیمارستان ها اشاره کرد. بر اساس این مدل، محققین کشور پژوهشی را انجام داده اند که در آن کارایی بیمارستان های ایران مورد ارزیابی واقع شده است.

در این پژوهش، محققان دانشگاه آزاد اسلامی واحد یادگار امام خمینی (ره) شهری و دانشگاه علوم پزشکی ایران اطلاعات مورد نیاز را با استفاده از کلیدواژه ها مرتبط با موضوع از پایگاه های اطلاعاتی مختلف شامل PubMed, SID, Medlib, IranDoc, MagIran, IranMedex Scopus, Elsevier, Google Scholar جمع آوری کردند.

نتایج این بررسی نشان داد که حدود یک سوم بیمارستان های بررسی شده با کارایی خوب ارزیابی می شوند. درواقع، ناحیه سوم در برونداد مدل، نشان دهنده بیمارستان هایی است که هم درصد اشغال و هم میزان چرخش تخت بالاتر از میانگین دارند. بنابراین چنین بیمارستان هایی به سطح مناسبی از بهره‌وری با تعداد به نسبت کمی از تخت خالی در هر زمان رسیده‌اند و از کارایی خوبی برخوردارند.

اما در ناحیه چهارم، بیمارستان هایی با درصد اشغال تخت بالا اما میزان چرخش تخت پایین قرار دارند که نشان دهنده خدمت رسانی به بیماران مبتلا به بیماری های جدی، مزمن یا بیماری است که میانگین مدت بستری غیر ضروری طولانی مدت دارند. بنابراین بستری بلندمدت، بهره‌برداری پایین از امکانات موجود و هزینه های زیاد از مشخصه های این بیمارستان ها است و به طور معمول مراکز روانی و طب سالمندان در این گروه قرار دارند.

آن گونه که دکتر صومه عرفانی خانقاهی، استادیار گروه مدیریت آموزشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد یادگار امام خمینی (ره) شهری و همکارش در این تحقیق می گویند: «برحسب موقعیت هر کشور و حتی هر منطقه، دلایل مختلفی می تواند در کارایی بیمارستان ها تأثیرگذار باشد. در زمینه بیمارستان های ایران، یکی از مهم ترین دلایل احتمالی در کارایی پایین بیمارستان ها، می تواند مربوط به الگوی مکان یابی نامناسب ساخت بیمارستان ها باشد. زیرا بر اساس نتایج مطالعات، در موضوع مکان یابی ساخت بیمارستان ها، از استانداردها و اصول علمی به خوبی استفاده نشده است.»

این محققین که نتایج پژوهش خود را در فصلنامه بیمارستان به چاپ رسانده‌اند، می افزایند: «برنامه ریزی و ساخت بیمارستان ها، مسائل پیچیده ای را مطرح می کند. یکی از آن ها مشکل برنامه ریزی هماهنگ با نظام بهداشتی است، که عواملی مثل: اولویت دادن به انواع دیگر سرمایه گذاری های سودآورتر، عدم تعادل های منطقه ای، عدم تطابق عرضه خدمات بیمارستانی در رابطه با تقاضا، مشکل سنجش تحول مصرف، ناکافی بودن کنترل در زمینه ایجاد کلینیک ها و هزینه های دارویی و بالاخره عدم توازن میان فعالیت های گوناگون در این زمینه دخالت دارند.

یکی دیگر از عوامل مؤثر در کارایی پایین بیمارستان های ایران می تواند شیوه تأمین مالی یا بازپرداخت هزینه های بیمارستانی باشد. در این زمینه مطالعات متعددی نشان داده‌اند که شیوه تأمین مالی در مدت بستری و در نهایت کارایی بیمارستان تأثیر دارد. در بیمارستان های ایران نیز اکثراً به دلیل تأمین مالی دولتی و نبود رقابت جدی بین بیمارستان ها باعث کاهش کارایی بیمارستان ها شده است.»

بر اساس نتایج مطالعه فوق به نظر می رسد که وضعیت عملکرد بیمارستان ها در زمینه متوسط مدت بستری، نزدیک به استاندارد، در زمینه نسبت گردش تخت، بسیار بالاتر از استاندارد و در زمینه ضریب اشغال تخت، کمتر از استاندارد است.

به بیان عرفانی خانقاهی و همکارش: «در زمینه بالا بودن نسبت گردش تخت از استاندارد اعلام شده، هر چند این وضعیت می تواند نشان دهنده عملکرد مناسب بیمارستان باشد، ولی نباید از این موضوع نیز غافل شد که بالا بودن نسبت گردش تخت می تواند ناشی از تأمین مالی بیمارستان باشد. به طوری که اگر شیوه تأمین مالی به نحوی باشد که با ترخیص زودتر بیمار و پذیرش بیماران بیشتر بیمارستان سود بیشتری به دست آورد این موضوع می تواند زیان بار بوده و کیفیت خدمات ارائه شده را کاهش دهد.»

در کل با توجه به یافته های تحقیق فوق، اتخاذ شیوه های مدیریتی مؤثر، طراحی و اجرای مداخلات اثربخش، توجه بیشتر به

موضوع مکان‌یابی و توزیع جغرافیایی بیمارستان‌ها، توجه بیشتر به شیوه‌های تأمین مالی بیمارستان‌ها و استفاده از مکانیسم بازار در اداره امور بیمارستان‌ها، می‌تواند موجب بهبود کارایی بیمارستان‌ها در ایران شود و از این لحاظ مصرف هزینه‌ها را معقول سازد.

انتهای پیام



پژوهش‌های دانشگاهی نشان داد



"تحصیلات" و "درآمد" مولفه‌های موثر بر سالمندی فعال

نتایج یک پژوهش دانشگاهی با عنوان "بررسی وضعیت سالمندی فعال در سالمندان شهر تهران و عوامل مرتبط با آن" نشان داد که رابطه معناداری بین سالمندی فعال و شاخص‌هایی از جمله سن، سطح تحصیلات، سطح درآمد، تعداد فرزندان و رضایت از زندگی وجود دارد.

به گزارش ایسنا، این پژوهش که در جهاد دانشگاهی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی انجام شده به بررسی وضعیت سالمندی فعال در سالمندان شهر تهران پرداخته است.

بر اساس این گزارش، بر اساس نتایج اعلام شده در آخرین سرشماری کشور در سال ۱۳۹۵، جمعیت سالمندان (افراد ۶۰ سال و بالاتر) در کشور بیش از هفت میلیون و ۴۰۰ هزار نفر عنوان شده که ۹٫۲ درصد از جمعیت کل کشور را شامل می‌شود.

در متن این مقاله آمده است: طبق اعلام سازمان ملل، پدیده سالمندی در ایران روند پرشتابی دارد، به‌طوری‌که تا سال ۲۰۵۰ در هر خانواده چهار نفری ایرانی، یک نفر سالمند خواهد بود، بنابراین افزایش جمعیت سالمندان یکی از مهم‌ترین چالش‌های اقتصادی، اجتماعی و بهداشتی در قرن بیست و یک به شمار می‌رود.

در این پژوهش به سالمندی فعال پرداخته شده و از نظر علمی سالمندی فعال فضای معنایی در خود دارد که سالمندی سالم، موفق و مولد را نیز تحت پوشش قرار می‌دهد. در همین رابطه سازمان بهداشت جهانی، سالمندی فعال را "فرآیند به حداکثر رساندن سطح سلامت، مشارکت و امنیت افراد سالمند به منظور ارتقاء کیفیت زندگی آن‌ها" تعریف کرده و نکته قابل توجه در این مفهوم این است که "فعال" به عنوان "مشارکت مستمر اقتصادی و اجتماعی در امور فرهنگی، مذهبی و مدنی تعریف شده است" نه فقط "توانایی انجام فعالیت بدنی و شرکت در قالب نیروی کار".

درواقع بر این اساس، سالمندان بازنشسته، مریض یا ناتوان می‌توانند مشارکت‌کننده‌های فعالی در خانواده، همسالان و کشور و ملتشان باشند.

این مطالعه باهدف بررسی وضعیت سالمندی فعال در سالمندان شهر تهران و شناخت عوامل مرتبط با آن در خرداد و تیر ۹۷ اجرا شده و نمونه‌های مورد مطالعه از افراد ۶۰ سال و بالاتر که در منطقه شمیرانات شهر تهران (مناطق ۱، ۲ و ۳) ساکن بودند؛ انتخاب شده‌اند. همچنین ابزار گردآوری اطلاعات؛ پرسشنامه "سالمندی فعال" و پرسشنامه "رضایت از زندگی در سالمندان" و اطلاعات دموگرافیک سالمندان بوده است.

مطالعه حاضر نشان داد که سالمندی فعال و شاخص‌های آن با سن ارتباط داشته؛ به‌طوری‌که هر چه سن افزایش می‌یابد سالمندی فعال و شاخصه‌های آن کاهش می‌یابد. در سنین بالا بروز ناتوانی بارزتر بوده و به‌صورت کاهش فعالیت جسمی و

محدودیت‌های جسمی ظاهر می‌شود و احتمال ابتلا به بیماری‌های مزمن در سالمندان نیز افزایش می‌یابد و می‌تواند منجر به کاهش سالمندی فعال شود.

از سوی دیگر نتایج یافته‌ها بیانگر آن بود که سالمندی فعال با سطح تحصیلات ارتباط دارد و با افزایش سطح تحصیلات نمره سالمندی فعال افزایش می‌یابد. نتایج این پژوهش نشان‌دهنده آن است که تحصیلات اثر مثبتی در برخورداری از یک زندگی سالم دارد و این امر به سلامتی بهتر و رضایتمندی از زندگی منجر می‌شود. از عوامل دیگری که بر سالمندی فعال موثر است سطح درآمد و اشتغال سالمندان است. سالمندان با درآمد بالاتر و سالمندان شاغل از سالمندی فعال بالاتری برخوردار بودند.

مطالعه حاضر نشان داد میان تعداد فرزندان و سالمندی فعال رابطه وجود دارد. همچنین مشخص شد رابطه معنی‌داری بین رضایت از زندگی سالمندان و سالمندی فعال گزارش داد. مفهوم گسترده سالمندی فعال می‌تواند بیانگر این باشد که هر چه سالمند از نظر سالمندی فعال و عوامل آن در سطح بهتری باشد از مشارکت‌های اجتماعی و ارتباط با افراد، سلامت و توانایی عملکردی در وضعیت مطلوب‌تری قرار دارد.

بر اساس این گزارش، با توجه به پایین بودن سطح سالمندی فعال در میان سالمندان شهر تهران نیاز است این مسئله موردتوجه ویژه مسئولین قرار گیرد؛ بنابراین راهکارهای لازم در جهت ارتقاء سطح سالمندی فعال و برخورداری از خدمات ویژه برای این گروه باید در برنامه‌ریزی‌های آینده کشور در نظر گرفته شده و اصلاح شود. از سوی دیگر با توجه به اینکه مفهوم "سالمندی فعال" اخیراً در مجامع علمی کشور مطرح شده است نیاز است تا پژوهشگران در این زمینه مطالعات گسترده‌تری را برنامه‌ریزی و اجرا کنند. این مقاله که توسط بهاره کاشانی موحد و دکتر حسین نیک فرجاد نگارش شده در همایش "سالمندی در ایران (با رویکرد روانی - اجتماعی)" پذیرفته شده و ۲۸ آبان ماه در دانشگاه علامه طباطبائی ارائه می‌شود. انتهای پیام



لزوم ایجاد قطب‌های متعدد در مددکاری اجتماعی *



معاون امور اجتماعی سازمان بهزیستی کشور گفت: باید به سمت ایجاد قطب‌های متعدد در مددکاری اجتماعی در سطوح دانشگاهی و سازمانی حرکت کنیم.

به گزارش ایسنا، حبیب الله مسعودی فرید در همایش ملی مددکاری اجتماعی و توسعه پایدار که صبح امروز (سه‌شنبه) برگزار شد، با اشاره به این که با هم بودن می‌تواند برای ما اهداف عالی‌تری را متصور کند، گفت: مددکاری اجتماعی در عرصه‌های مختلف می‌تواند عمل کند و کارکردهای متفاوتی دارد، اگر مدل‌های مختلف در جامعه شناسی و بوم‌شناختی در حوزه‌های فردی، بین فردی و محله‌ای را نگاه کنیم می‌بینیم که مددکاری اجتماعی می‌تواند نقش اثرگذار و کلیدی را داشته باشد.

وی ادامه داد: به نظر می‌رسد در بخش پیرامونی مداخله نکرده‌ایم و عمدتاً در سطوح ضروری که شامل سطوح فردی و خانوادگی است تمرکز کرده‌ایم، بنابراین فکر می‌کنم باید به سمت بخش‌های بیرونی که از جنس سیاستگذاری اجتماعی و تغییر ساختاری است حرکت کنیم، زیرا گاهی اوقات خود ساختارها مانع رسیدن به دسترسی و فرصت‌ها است.

معاون امور اجتماعی سازمان بهزیستی کشور در ادامه خاطر نشان کرد: اگر توانمندسازی، دسترسی به فرصت‌ها، امکان انتخاب فرصت‌ها و عملیاتی کردن فرصت‌ها را ترجمه کنیم، از مواردی هستند که باید بیشتر از این به آن توجه کنیم. برای مثال در موضوعاتی همچون شهر دوستدار کودک یا مدرسه دوستدار کودک نقش مددکاری اجتماعی می‌تواند موثر باشد.

وی همچنین تصریح کرد: باید به سمت ایجاد پست‌های متعدد مددکاری اجتماعی چه در سطوح دانشگاهی و چه در سطوح سازمانی حرکت کنیم. به طور مثال وزارت بهداشت و عرصه مددکاری اجتماعی و عرصه سلامت در بیمارستانها می‌تواند پرچمدار این موضوع باشد یا طرح مددکاری اجتماعی در مدرسه تحت عنوان "طرح نماد" (نظام مراقبت اجتماعی دانش‌آموزان) نیز می‌تواند در این زمینه موثر باشد. برای این که در بسیاری از کشورها یکصدمین سال مددکاری اجتماعی در مدارس گذرانده می‌شود و پیشنهاد سازمان بهزیستی نیز این بود که مددکاری اجتماعی را در مدارس نهادینه کنیم و چه خوب است که توجه در آموزش و پرورش به این موضوع ایجاد شده و سریدار مددکاری اجتماعی در مدرسه آموزش و پرورش باشد و این موضوع را راهبری کند. مسعودی فرید در ادامه صحبت‌های خود، اظهار کرد: این امر می‌تواند به فراوان شدن حضور مددکاران اجتماعی در عرصه های مختلف و تخصصی کردن خدماتی که دستگاه‌ها و سایر نهادها می‌توانند انجام دهند، کمک کند و در کنار این نیز قطعاً نقش سازمان‌های مردم نهاد، انجمن‌های علمی، بخش‌های غیر دولتی حائز اهمیت است و ما نیز با کمال میل آماده هستیم که این بخش از کار را که مربوط به بهزیستی است را به اشتراک بگذاریم. وی با بیان این که بیش از ۴۸۰ کلینیک مددکاری اجتماعی وجود دارد، گفت: باید به سمت مددکاری اجتماعی فراتر از حوزه خدمات به افراد حرکت کنیم. اگر چه صرف ارائه خدمات به افراد نیز واجب است، اما باید به سمت ایجاد دسترسی های فراتر برویم. این موضوع از جنس سیاست‌های اجتماعی است و تغییر ساختارهای دسترسی است.

معاون امور اجتماعی سازمان بهزیستی در بخش دیگری از صحبت‌هایش به عدالت اجتماعی و کاهش نابرابری نیز اشاره کرد و گفت: در جامعه ای که نابرابری باشد همین نابرابری‌ها می‌تواند منجر به بروز مشکلات و آسیب های اجتماعی شود یعنی مانع بزرگ در همه جوامع وجود نابرابری است که هر چه در سطح فردی تلاش کنیم اگر چه این تلاش نیز لازم است اما ساختارهای نابرابر ساز می‌تواند مانع از رسیدن افراد به ظرفیت توانمندی‌های خودشان باشد. وی بیان کرد: به طور مثال در حوزه فقر که بایستی به سمت توانمند کردن افراد حرکت کنیم، دو دیدگاه در دنیا وجود دارد. عده‌ای معتقد هستند که افراد را توانمند کنیم که از استقلال بالاتر و درآمد اقتصادی بالاتر برخوردار باشند و عده دیگر نیز عقیده دارند که بایستی سیاست‌ها گذاشته شود و افرادی که از چرخه اقتصادی باز ماندند به آنها کمک شود. در حقیقت علاوه بر این که باید به هر دو جنبه توجه کرد، اما به نظر می‌رسد بایستی بیشتر بر روی بخش اول کار شود و افراد از ابتدا توانمند شوند.

معاون امور اجتماعی سازمان بهزیستی با اشاره به این که ما در کشور به نقشه ملی توانمندسازی توجه نمی‌کنیم، در این باره اظهار کرد: موضوع و رویکرد توانمندسازی می‌تواند موضوع نهادی و زیربنایی از جنس مداخلات توانمندساز و اقتدار افزا در افراد باشد. اگر این گونه نگاه کنیم مداخلاتمان می‌تواند موثرتر باشد.

وی خاطر نشان کرد: دو جهت گیری بایستی انجام شود که یکی از آنها در حوزه اجرا و دیگری در حوزه دانشگاهی است. در حوزه اجرا همکاران باید بر شیوه مبتنی بر شواهد بودن حرکت کنند و ما نیز نیازمند مدیرانی با تفکر سیستمی و راهبردی در کشور هستیم که بتوانند این کار را انجام دهند. همچنین در عرصه دانشگاهی نیز دانشگاه‌ها باید به سمت جامعه محور تر شدن بروند. یعنی مسائل جامعه را تحلیل راهبردی کنند و باز خورد آن به دانشگاه باز گردد. به عبارت دیگر اگر این جهت‌گیری‌ها در دانشگاه اجرا شود، به اهداف بالاتر یعنی همان ارتقای کیفیت زندگی مردم خواهیم رسید. انتهای پیام



مشکلات بیمه‌ای بچه‌های سندروم دان ادامه دارد



آزاده عباس‌زاده مدیرعامل بنیاد کشوری سندروم دان در گفت‌وگو با خبرنگار سلامت خبرگزاری فارس، گفت: ده سال قبل در تاریخ ۱۳۸۷ نامه‌ای مبسوط مبنی بر درخواست عاجزانه برای تحت پوشش بیمه قرار دادن تمامی افراد مبتلا به سندروم

داون در کشور تنظیم کردم و به وزارت بهداشت وقت تحویل دادم؛ ولی مدتی بعد که پیگیر جواب نامه ام شدم، مسئولین وزارتخانه بهداشت در آن زمان گفتند که نامه شما در حال رسیدگی است و مراحل اداری را طی می کند.

وی در ادامه افزود: پیمودن مسیر اداری نامه برای دریافت جواب چهار سال زمان برد؛ در این بین، ۴ سال از عمر همه کودکان و مبتلایان به سندروم داون و همین طور پدر و مادرشان نیز گذشت ولی باید دید چگونه در این مدت زندگی کرده اند.

عباس زاده گفت: در سال ۱۳۹۲ که دولت بعد روی کار آمد، بنده به صورت مجدد، تمامی نامه نگاری ها و مصاحبه ها را انجام دادم و در برنامه های تلویزیونی و همه جلساتی که در هر سازمان، نهاد و وزارتخانه ای برگزار می شد، حضور پیدا می کردم؛ همچنین هر مرتبه که فرصتی مهیا می شد، همواره تحت پوشش قرار گرفتن بیماران سندروم داون مهم ترین درخواست بنده از مسئولان بود ولی تا به امروز، هرگز پاسخی برای رفع مشکلات این قشر نشنیدم.

مدیرعامل بنیاد کشوری سندروم دان گفت: طی یک سال اخیر و مکاتباتی که با ادارات و نهادهای مختلف از جمله سازمان بهزیستی کل کشور داشته ام، مسئولان عالی رتبه این سازمان نوک پیکان مسئولیت رسیدگی به وضعیت بیماران سندروم داون را وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی دانسته اند.

حال پس از تصویب لایحه جامع حمایت از حقوق معلولان و با توجه به محتوای «ماده ۶» این لایحه مسئولیت پوشش بیمه افراد سندروم داون به صورت صریح بر عهده وزارت بهداشت قرار گرفته است؛ همچنین از سویی دیگر در یکی از ماده های انتهای همین لایحه، اجرای این پوشش بیمه ای منوط بر تخصیص یک ردیف مستقل بودجه توسط سازمان برنامه و بودجه شده است.

عباس زاده افزود: در معنای بسیار واضح و شفاف می توان این طور تلقی کرد که تا زمان تخصیص نیافتن این ردیف بودجه مستقل از سوی سازمان برنامه و بودجه تحت پوشش بیمه قرار گرفتن افراد سندروم داون به هیچ وجه امکان پذیر نیست.

در این بین سؤالی که در وهله اول به ذهن می رسد، این است که چرا اساساً «ماده ۶» قانون جامع حمایت از معلولین تا این حد همراه با پیش شرط، پیش فرض و پر از چالش نوشته شده است؛ با وجود اینکه یکی از مهم ترین دغدغه های همیشگی برای جامعه معلولین تخصیص تسهیلات رایگان پزشکی برای این قشر حساس و آسیب پذیر از لحاظ اقتصادی است ولی معلولین ما در جامعه ای که حتی نمی توانند شغلی برای خود اختیار کنند، باید دید این افراد آسیب پذیر جامعه چگونه می توانند از عهده هزینه های کمرشکن پزشکی برآیند و اینکه چرا وزارت بهداشت در پاسخ به خبرنگاران درباره تخصیص بیمه معلولین علی الخصوص افراد مبتلا به سندروم داون از بیمه سلامت صحبت می کند.

وی ادامه داد: آیا بیمه سلامت هزینه آزمایش های تخصصی ایمونولوژیک، اکوکاردیوگرافی های تخصصی قلب، تست های تکمیلی خون و ده ها تست تخصصی که برای مبتلایان به سندروم داون مورد نیاز است را متقبل خواهد شد؟!

وی در پایان افزود: چالش های «ماده ۶» قانون جامع حمایت از حقوق معلولین تمام نشدنی است، این در حالی است که هیچ تغییری در روند هماهنگی های لازم بین سازمان برنامه و بودجه، وزارت بهداشت و دیگر سازمان های مربوطه وجود ندارد. انتهای پیام/

زنان ایرانی با مردان خارجی گفت: با تصویب پیش نویس این لایحه قانونی در دولت تدبیر اقدامی مهم برای حمایت اجتماعی از فرزندان سرزمینمان است. ورود وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی به این فرآیند که سابقه‌ای سه ساله داشته است به این دلیل روشن بود که بر اساس رصدها و ارزیابی‌های صورت گرفته، کودکان بی‌شناسنامه حاصل از این ازدواج‌ها به دلیل فقدان هویت و فقر حقوقی به شکل مضاعفی در معرض آسیب‌های اجتماعی و فقر شدید قرار داشتند.

وی افزود: در واقع ورود وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، در راستای استراتژی مقابله با فقر خود و از دریچه مبارزه با فقر بود. یکی از وظایف وزارت تعاون کار و رفاه اجتماعی تلاش برای رسمی‌سازی کل اقتصاد است، چرا که رسمی‌سازی گروه‌های غیررسمی مانند کارگرهای غیررسمی، اشتغال غیررسمی و ... گام اول قرار گرفتن افراد در ذیل چتر قانون، نظام حمایتی دولتی و بخشی از استراتژی دولت‌ها در مبارزه با فقر است.

شریعتمداری گفت: در برخی از گزارش‌های نهادهای و کمیسیون‌های رسمی تعداد این کودکان حداقل ۵۰۰ هزار نفر ذکر شده است (برخی گزارش‌های غیر رسمی چند برابر این عدد را اعلام می‌کنند) که عددی قابل توجه و تأمل برانگیز است.

وزیر رفاه افزود: بررسی و تحلیل داده‌های موجود در خصوص خانوارهای این کودکان در وزارتخانه متبوع نشان می‌دهد که مهاجرینی که با زنان ایرانی ازدواج کرده‌اند بیش از ۱۳ ملیت هستند. اکثر این خانوارها از نظر رفاهی در وضعیت محرومیت قرار دارند. ۶۰ درصد این خانوارها در ۳ دهک پایین قرار دارند. بیش از ۷۰ درصد نیز فاقد هرگونه پوشش بیمه‌ای بوده و وضعیت تحصیل این کودکان نیز بسیار نامناسب است. وی گفت: آنچه از وضعیت این کودکان تصویر شده حاکی از آن است که این قشر از اقشار محروم جامعه و بشدت نیازمند حمایت اجتماعی هدفمند هستند. از آنجا که حمایت از کودکان نه جنسیت می‌شناسد نه قومیت، نه هویت و نه ملیت، این وظیفه‌ای انسانی، اخلاقی، دینی و اداری ماست که با همه ظرفیت‌های خود از همه کودکان سرزمینمان از جمله فرزندان حاصل از ازدواج زنان ایرانی با مردان خارجی حمایت کنیم.

شریعتمداری اظهار کرد: اعطای تابعیت به فرزندان مادران ایرانی که با مردان غیرایرانی ازدواج کردند همراه است با به رسمیت شناخته شدن حقوق شهروندی این کودکان و بهره‌مندی آنان از حقوق مندرج در قانون اساسی جمهوری اسلامی از جمله برخورداری از آموزش و پرورش رایگان، تأمین اجتماعی و....

به اعتقاد وزیر رفاه، هر چند تصویب این پیش‌نویس گام مهمی برای برخورداری این کودکان از حقوق اجتماعی، حق اقامت پایدار آنها و رفع تبعیض میان آنان و سایرین، جلوگیری از بین نسلی شدن فقر در این قشر است. اما باید حواسمان باشد که در ابتدای مسیری طولانی هستیم. همه اعم از دولت و دستگاه‌های اجرایی، فعالان و کنشگران مدنی، سیاسی و رسانه‌ای، اساتید دانشگاه و سازمان‌های مردم نهاد باید همچنان با انگیزه و دانش خود پیگیر حقوق اجتماعی، مدنی این کودکان و ادامه دهنده این مسیر باشند.

وی ادامه داد: هماهنگی و انسجام بین دستگاه‌های اجرایی، همراهی و حمایت مجلس برای برداشتن گام‌های پیش‌رو شرط لازم ادامه این حرکت است و بنده به عنوان وزیر تعاون، کار و رفاه اجتماعی خود را متعهد به ادامه این مسیر می‌دانم و مصرانه در جهت ایجاد عزم، اراده، اجماع در حمایت از فرزندان مادران ایران پیش خواهیم رفت. انتهای پیام /

گروه اجتماعی خبرگزاری فارس - **محمد تاجیک**: مواد مخدر و دسترسی و استعمال آن امروز به عنوان یکی از معضلات اجتماعی در دنیا مطرح است و در کشورمان نیز به عنوان اولین موضوع در آسیب‌های اجتماعی مورد توجه مسئولان قرار دارد.

سالانه صدها تن مواد مخدر در کشور کشف و ضبط می‌شود و در این مسیر سرمایه مادی و معنوی زیادی صرف می‌شود. قانون گرم خانواده‌های زیادی از هم گسسته می‌شود و کودکان، نوجوانان و زنان زیادی بی سرپرست شده و فرد معتاد زمینه ساز بسیاری از معضلات اجتماعی در جامعه می‌شود. برای آشنایی با فعالیت‌های ستاد مبارزه با مواد مخدر به عنوان مرجع اصلی برنامه ریزی و سیاست گذاری در موضوع مهم مواد مخدر، با پرویز افشار سخنگوی این ستاد به گفت‌وگو نشستیم تا از کم و کیف فعالیت‌های این ستاد آگاه شویم. مشروح این گفت‌وگو در دو بخش از نظراتان می‌گذرد.

افشار در این گفت‌وگو از ترانزیت ۳۰ درصد مواد مخدر از ایران، افزایش ۱۴ درصدی کشفیات مواد مخدر نسبت به سال گذشته، اختصاص ۷۸ میلیارد تومان اعتبار برای بیمه درمان معتادان، تولید ۱۰ تا ۱۲ هزار تن مواد مخدر در افغانستان، وجود چهار میلیون و ۴۰۰ هزار نفر معتاد مستمر و یک بار مصرف کننده مواد مخدر در کشور، وجود ۳۰ تا ۵۰ هزار معتاد متجاهر در کشور و... خبر داد.

برنامه‌های ستاد مبارزه با مواد مخدر برای معتادانی که دوره ترک اعتیاد را در کمپ‌ها سپری کرده‌اند، چیست؟

اینکه معتادان بعد از ترک باید تحت پوشش باشند امری کاملاً پذیرفته است و مبتنی بر قانون است و در ابلاغ سیاست‌های کلان رهبر معظم انقلاب در سال ۶۵، صیانت و حمایت از بهبود یافتگان مورد توجه بوده است.

خوشبختانه در برنامه ششم توسعه جزء ۳ بند ۳ ماده ۸۰، قانون به صراحت آورده است که این موضوع باید عملیاتی شود و سازمان بهزیستی با کمک شهرداری باید مراکز جامع صیانت، توان بخشی و توانمند سازی بهبود یافتگان را راه اندازی کند.

در طول چند سال گذشته وزیر کشور دو الویت بسیار مهم را در اولویت کارهای خود گذاشتند که اجتماعی شدن مبارزه به ویژه اجتماعی شدن برای توسعه پیشگیری و صیانت از بهبود یافتگان یکی از آنها بوده است.

سال گذشته اولین سالی بود که توانستیم ظرفیت نسبتاً مناسبی قریب به ۱۰ هزار شغل برای معتادان بهبود یافته ایجاد کنیم

سال گذشته اولین سالی بود که توانستیم ظرفیت نسبتاً مناسبی قریب به ۱۰ هزار شغل برای معتادان بهبود یافته ایجاد کنیم؛ چراکه این تعداد ایجاد شغل برای افراد عادی نیز کار آسانی نیست؛ به ویژه اینکه برای معتادانی که تازه بهبود حاصل کرده‌اند و اعتمادی به آنها نیست، حوصله کارهای ظریف را ندارند و مهمتر از همه اینکه کارفرمایان این نگاه را دارند که این افراد خیلی قابل اعتماد نیستند.

ما تعدادی از کارفرمایان را به این سمت بردیم تا افراد بهبود یافته را بپذیرند و بعضاً خود معتادان بهبود یافته شاخصی که وجود دارد را به این سمت که کارگاهی ایجاد کنند ببریم تا این افراد را تحت پوشش قرار دهند، اما این کفایت نمی‌کند. اکنون تفاهم نامه‌ای با سازمان بسیج و بهزیستی راجع به راه اندازی مراکز جامع صیانت، اشتغال و توانمند سازی امضا شده است.

شهرداری تهران نیز تعدادی مراکز بهاران برای به کار گیری و نگهداری معتادان پس از بهبودی از مراکز ماده ۱۵ و ۱۶ با تأکید و اولویت اشتغال پیش بینی کرده بود که آنها نیز با تغییر مدیریت در شهرداری تهران دچار وقفه شدند؛ البته اکنون در حال پیگیری و عملیاتی شدن این موضوع هستیم.

***آموزش ۶۰ تا ۷۰ هزار نفر از معتادان با کمک سازمان آموزش فنی و حرفه‌ای**

اعتیاد یک بیماری مزمن جسمی، روانی و اجتماعی عود کننده است و میزان عود آن نیز بالا است و باید این میزان عود را کم کنیم. علاوه بر ایجاد اشتغال، تفاهم نامه‌ای با سازمان آموزش فنی و حرفه‌ای داریم و سال گذشته حدود ۶۰ تا ۷۰ هزار نفر از معتادان بهبود یافته آموزش دیدند که از این تعداد برای ۱۰ هزار نفر شغل ایجاد کردیم.

چه تفاوتی بین مراکز ماده ۱۵ و ۱۶ وجود دارد؟

برای ترک اعتیاد هشت نوع مرکز درمانی وجود دارد؛ مثل مراکز سرپایی، بستری، اقامتی، مرکز تی سی و... وقتی فرد داوطلبانه به این مراکز مراجعه می‌کند و یکی از خدمات سرپایی، بستری و مشاوره‌ای را می‌گیرد مانند کمپ‌های اختیاری، تخت روان پزشکی و مراکز درمان بستر که به آنها مرکز ماده ۱۵ می‌گویند؛ یعنی مرکزی که با مجوز دولت توسط بخش دولتی و غیر دولتی ایجاد شده و افراد داوطلبانه به آنها مراجعه می‌کنند.

مرکز ماده ۱۶ برای افراد معتادی است که داوطلبانه به مراکز ماده ۱۵ مراجعه نمی‌کنند و در کف خیابان به مواد فروشی، اقدام به مصرف مواد کرده و نظم عمومی و ظاهر شهرها را بهم می‌زنند و رفتارهای مواد جویانه و حاکی از مصرف دارند. براساس قانون، پلیس به عنوان ضابط قضایی این افراد را جمع می‌کنند و با دستور مقام قضایی به مراکز ماده ۱۶ که درمان تحت نظارت قانون هستند ارجاع می‌شوند. ما حدود ۲۰ مرکز ماده ۱۶ در کشور داریم که این مراکز قبلاً توسط ستاد مبارزه با مواد مخدر نگهداری می‌شدند اما به دلیل اینکه ستاد وظیفه اش کار اجرایی نبود به سازمان بهزیستی محول شدند و به این مراکز تبصره دو ماده ۱۶ می‌گویند و قاضی می‌تواند به جای فرستادن بیماران به این مراکز بیست گانه موضوع ماده ۱۶، اینها را به مراکز ماده ۱۵ معرفی کند و تحت درمان قرار گیرد و درمانگر در این مراکز گزارش درمان را به سیستم قضایی یا ضابط غذایی ارائه دهد.

چون ظرفیت مراکز ماده ۱۶ در کشور کم است و پاره‌ای از این بیماران تمایل دارند در مراکز ماده ۱۵ درمان شوند به این مراکز تبصره دو ماده ۱۶ می‌گوییم و در حقیقت مرکز خاصی برای تبصره دو ماده ۱۶ وجود ندارد بلکه یک امکان است که به قاضی داده می‌شود تا فرد را به جای اینکه به مرکز ماده ۱۶ بفرستد به مرکز ماده ۱۵ بفرستد.

چقدر معتادانی که به مراکز ترک اعتیاد می‌روند می‌توانند مواد مخدر را ترک کنند؟

-حقیقت این است که اعتیاد مثل سایر بیماری‌های مزمن شفا پذیری بالایی ندارد. برای نمونه ما هیچ وقت نمی‌گوییم بیماری قند خون را شفا دادیم و این مریض اگر چند روز دارو مصرف نکند دوباره قند او به حالت اول می‌رود؛ در نتیجه این نوع روش را مدیریت بیماری گویند تا فرد در وضعیتی قرار گیرد تا زندگی خود را کند و قند بالا صدمه جدی به او نزند.

***۱۰ تا ۲۰ درصد معتادان می‌توانند ترک کنند**

حقیقت این است که اعتیاد از این دست بیماری‌هاست؛ یعنی افرادی که پاکی کامل برایشان حاصل می‌شود به هیچ عنوان صد در صد بیماران نیستند. در بهترین جاهای دنیا که سم زدایی، خدمات روان شناسی، مددکاری، حمایت‌های بعد از ترک، اشتغال،

مشاوره و.. فرد تحت یک پوشش مداوم و چند ساله قرار می گیرد میزان موفقیت برای پاکی کامل از اعتیاد بین ۳۰ تا ۴۰ درصد است.

در کشورهایی که این چرخه درمانی و حمایت ها کافی نباشد شانس عود بالا رفته و شانس پاکی کامل پایین می آید. در کشورمان برداشت مان این است که بین ۱۰ تا ۲۰ درصد معتادان در مراکز درمانی درمان می شوند و پاک می مانند و امکان دارد اعتیاد بقیه ظرف مدت یک تا شش ماه یا دو سال عود کند؛ البته این عود به هیچ عنوان شکست نیست بلکه یک لغزش است و فرد باید دوباره تحت برنامه درمانی قرار گیرد.

وضعیت طرح جامع ملی مبارزه با اعتیاد چگونه است؟

این طرح در راستای برنامه ششم توسعه تدوین شد و در جلسه اصلی ستاد به تصویب رسید و به تمام دستگاه های عضو ابلاغ شد و در برنامه سنواتی قرار داشته و وظایف دستگاه احصا شد. شرح وظایف دستگاه هایی که در حوزه پیشگیری، درمان، فرهنگی و مقابله اطلاعاتی، عملیاتی و ایجاد اشتغال کار می کنند مشخص است و در حال رصد فعالیت ها هستیم.

*تولید ۱۰ تا ۱۲ هزار تن مواد مخدر در سال در افغانستان

میزان کشفیات مواد مخدر در کشور چگونه است؟

امسال نسبت به سال گذشته میزان مواد مخدر تولیدی در افغانستان به شدت افزایش پیدا کرده است و از ۴۶۰۰ تن سال گذشته به رقم ۹ تا ۱۰ هزار تن و در پاره ای از گزارش ها به دوازده هزار تن رسیده است؛ البته به این معنا نیست که تمام مواد تولیدی افغانستان را به اروپا ارسال می کنند چون سالهایی که تولید مواد مخدر بالاست برای اینک قیمت را پایین نیاورند بخشی از مواد را برای سالهای بعد نگه می دارند. * ۳۰ درصد مواد مخدر افغانستان از طریق ایران عبور می کند

قاچاقچیان سعی می کنند چیزی حدود ۳۰ درصد از مواد تولیدی افغانستان را از طریق ایران عبور دهند و از راه های دیگری مثل شمال دریای خزر، خلیج فارس، دریای عمان، اقیانوس هند، شاخ آفریقا و دریای سرخ و مدیرانه به سمت اروپا حرکت داده و در مسیر ایران از آذربایجان غربی به ترکیه و بلکان می رود.

با این اوصافی که تولید مواد مخدر افغانستان افزایش یافته قطعاً ورود مواد مخدر به کشور افزایش پیدا کرده است اما راه انتقال مواد به کشور در حال تغییر است؛ چون ما بخش عمده مرزهای شرقی را مسدود کردیم و قاچاقچیان سعی کردند ورود مواد مخدر را از جاهای دیگر جبران کنند. اکنون قاچاقچیان به راه های دریایی متوسل شدند.

*افزایش ۱۴ درصدی کشفیات مواد مخدر در سال جاری نسبت به سال گذشته

میزان کشفیات ما در طول امسال و نیمه دوم سال گذشته در هرمزگان، بوشهر و خوزستان به شدت افزایش یافته و به صورت میانگین در شش ماهه اول امسال نسبت به شش ماهه اول سال گذشته رقمی معادل ۱۴ تا ۱۶ درصد افزایش کشفیات داشتیم. سال گذشته حدود ۸۰۰ تن کشفیات مواد مخدر در کشور داشتیم که نسبت به مدت مشابه قبل، ۱۶ درصد افزایش داشت. امسال نیز در شش ماهه اول نسبت به مدت مشابه سال قبل سال ۱۴ درصد افزایش داشته است.

با توجه به افزایش قیمت دلار آیا تغییری در قیمت مواد مخدر ایجاد شده است؟

با افزایش قیمت دلار انتظار داشتیم قیمت مواد مخدر بالا برود اما تأثیر آن متناسب با افزایش قیمت دلار نبوده است؛ یعنی وقتی قیمت دلار نسبت به ریال دو نیم برابر شده قیمت مواد مخدر این میزان افزایش پیدا نکرده است؛ مثلاً تریاک و مشتقات حدود ۲۰ درصد افزایش قیمت داشته است؛ در نتیجه قاچاقچیان به طرق مختلف سعی می کنند قیمت مواد مخدر را طوری نگه دارند که مشتریان بازار را از دست ندهند.

معادله، معادله عرضه و تقاضاست. اگر قاچاقچیان عرضه مواد مخدر را به قیمت مناسبی نداشته باشند، تقاضا در بازار به سمت مراکز درمانی می رود؛ درمان های نگهدارنده متادون و به جای اینکه به قاچاقچیان پناه ببرند از مراکز درمانی تهیه می کنند. علت دیگر این است که احتمالاً افزایش تولید مواد مخدر در افغانستان قیمت مواد مخدر را تا حدودی پایین آورده و افزایش قیمت دلار تأثیر زیادی بر آن نداشته است.

تریاک و مشتقات آن حدود ۲۰ درصد افزایش قیمت داشته اند و در خصوص شیشه مواد اولیه آن از افغانستان نبوده بلکه از کشورهای غربی و جنوب شرقی آسیاست. در آنها قیمت دلار تأثیر دارد و وقتی قیمت دلار بالا می رود قیمت پیش ساز هم بالا می رود و تولید شیشه در ایران نیز حداقلی است و بیشتر شیشه تولیدی از خارج می آید.

***افزافه کردن ناخالصی به مواد مخدر مصرفی**

آیا به مواد مخدر مواد افزودنی و ناخالصی اضافه می شود؟

هرچه از مبدأ تولید دور شده و به مقصد نزدیک می شویم میزان ناخالصی مواد افزایش پیدا می کند قاچاقچیان برای اینکه سود خود را تضمین کنند، قیمت بالا نرود و مشتری خود را از دست ندهند به مواد ناخالصی اضافه می کنند. برای نمونه وقتی قیمت شیشه بالا برود به دلیل اینکه مواد اولیه آن بستگی به دلار دارد به آن ناخالصی اضافه می کنند تا قیمت آن را پایین نگه دارند.

چرا هزینه تهیه داروهای ترک اعتیاد بالاست؟

قیمت داروهای درمان اعتیاد در قیاس با مصرف مواد غیر قانونی بالا نیست. در یک مرکز سرپایی معتادان ماهانه متادون و شربت تریاک تهیه می کنند، خدمات روان شناسی و مددکاری می گیرند و ماهانه صد و بیست هزار تومان هزینه دارند.

مراکز درمان اعتیادی که مجوز از وزارت بهداشت و سازمان بهزیستی دارند دسترسی به دارو و سهمیه دارویی دارند اما اشکال مهمی که وجود دارد و سالها کار کردیم اما توفیق زیادی نداشتیم، موضوع بیمه معتادان است.

از سال ۹۱ و ۹۲ اعتباراتی در سر جمع اعتبارات بیمه سلامت برای اعتیاد در نظر گرفته شد اما هیچ وقت این بودجه عملیاتی نشد، برای اینکه بیمه ها می گویند معتادان باید هویت داشته، شناسایی شده و شهروند ایران باشند؛ در صورتی که عمده بیماران آخر خطی که تمکن و توانایی درمان را ندارند کسانی هستند که از درد بی هویتی رنج می برند.

***اختصاص ۷۸ میلیارد تومان اعتبار برای بیمه درمان اعتیاد**

امسال بودجه درمان اعتیاد از طریق بیمه حدود ۷۸ میلیارد تومان است. ما پیشنهادی به سامان بیمه سلامت، سازمان مدیریت و مجلس دادیم که این بودجه به جای اینکه بیمه ای باشد و گیر و بند داشته باشد به صورت یارانه ای به عنوان «یاری برگ»، «شفا برگ» و.. تبدیل کنیم و در اختیار بهزیستی قرار دهیم تا افرادی که تمکن مالی ندارند بتوانند از درمان یارانه ای استفاده کنند، اما نداشتن مکانیسم برای استفاده از بیمه باعث شده افراد از هزینه درمان اعتیاد بنالند. انتهای پیام/

معاون سیاسی و انتظامی فرمانداری تهران مطرح کرد

رفع آسیب های اجتماعی مهم ترین دغدغه مردم و مسئولین

به گزارش گروه اجتماعی خبرگزاری فارس، عبدالعظیم رضایی معاون سیاسی و انتظامی فرمانداری تهران، اعتیاد را عامل اصلی بسیاری از آسیب ها عنوان کرد و به پیش گیری از این آسیب با تمام ابزار موجود و به کمک مردم و مسئولین تأکید کرد.

رضایی مجتمع فوریت های خدمات اجتماعی را فعالیت مشترک چندین ارگان مختلف عنوان کرد و گفت: همه سازمان ها باید در کاهش آسیب ها کمک و همکاری لازم را داشته باشند، همکاری دستگاه قضایی بسیار اهمیت دارد و در روند کار، دستور قضایی لازم است و نیروی انتظامی و بهزیستی نیز از ارکان اصلی این مجتمع هستند.

وی ادامه داد: طبق نظر سنجی های انجام شده مردم از وضعیت ناهنجارهای اجتماعی ناراضی هستند، حضور متکدیان در گذرها، خیابان ها و چهارراه ها از معضلاتی است که برای هر شهروند حس نا امنی را رقم می زند. سازمان های مردم نهاد برای ساماندهی این اوضاع با همراهی شهروندان باید به کمک دولت آیند و با جدیت این امر پیگیری شود.

رضایی در بخش دیگری از سخنان خود افزود: کارهای فرهنگی در راستای اطلاع رسانی به مردم، سطح آگاهی عموم را ارتقاء داده و باعث می شود تا عامه مردم ضمن اطلاع از وضعیت موجود بهتر و بیشتر همکاری و همراهی لازم را داشته باشند. معاون فرماندار به جمع آوری و ساماندهی کودکان کار و متکدیان تأکید نمود و افزود: بهزیستی به عنوان متولی با حضور پنج دستگاه دیگر در خصوص جمع آوری این افراد در تلاش است تا جمع آوری این افراد به صورت جداگانه انجام پذیرد.

وی به روند رو به رشد تکدی گری در تهران اشاره کرد و گفت: ما روزانه شاهد این پدیده زشت و مذموم هستیم که رو به ازدیاد است و آسیب های گوناگونی را به همراه دارد؛ از این رو برای جلوگیری از رشد این معضل نیاز به عزم همگانی داریم، همه دستگاه ها و سازمان ها باید پای کار بیایند تا چهره شهر را از حالت زشت و نا زیبا خارج نموده و دیگر شاهد چنین آسیب هایی در اجتماع نباشیم.

معاون سیاسی و انتظامی فرمانداری تهران ادامه داد: سوء استفاده از کودکان توسط افراد سودجو، رواج عادت زشت و ناپسند تنبلی با ترویج تکدی گری توسط برخی افراد و باندها صورت می گیرد که ما باید بدلیل ارتقاء جایگاه و شأن انسانی افراد گرفتار شده، با آن ها مقابله کنیم.

معاون فرماندار تهران آغاز بکار مجتمع فوریت های خدمات اجتماعی با کمک سازمان های ذی ربط و با محوریت بهزیستی برای جمع آوری متکدیان، کودکان کار و معتادین را از فعالیت های موثر در این راستا عنوان کرد و گفت: این افراد بعد از جمع آوری، غربالگری می شوند و هریک از افراد بعد از پذیرش برای ساماندهی به مجموعه ذی ربط تحویل داده می شوند. وظیفه بهداشت و درمان در این راستا خیلی مهم است همه سازمان ها باید از بودجه و اعتبارات خود استفاده کنند.

رضایی ادامه داد: شناسایی و انتقال متکدیان به عهده بهزیستی است، نیروی انتظامی و شهرداری همکاری کامل دارند و جمع آوری انجام می شود، اما ساماندهی بعد از جمع آوری بسیار مهم است چرا که ۷۰ درصد متکدیان اتباع خارجی هستند که روز به روز به تعدادشان افزوده می شود و معضلات بزرگی را بوجود آورده اند، ثبت احوال و پزشکی قانونی باید هویت این افراد را

مشخص کنند تا به شکل بهتری ساماندهی صورت گیرد و موضوع بصورت ریشه ای حل شود. انتهای پیام /



فارس از ترند شدن هشتک حق ازدواج گزارش می دهد



صورت مساله را پاک نکنید، وسایل ازدواج جوانان را فراهم کنید

سمیرا خباز- گروه زنان و جوانان خبرگزاری فارس: لایحه افزایش سن ازدواج و منع ازدواج زیر ۱۶ سال با قید یک فوریت تحویل مجلس شده که حداقل سن ازدواج برای دختران ۱۶ سال و برای پسران ۱۸ سال پیش بینی شده است.

پیشنهاد دهندگان این لایحه، ازدواج زیر شانزده سال را ناشی از فقر و مختص حاشیه شهرهای بزرگ یا شهرهای کوچک و مرزی عنوان می کنند و برخورد قانونی با ازدواج زیر این سن را از وظایف دولت می دانند.

این در حالی است که به گفته برخی کارشناسان و صاحب نظران ازدواج در سن ۱۶ سال مقوله ای فرهنگی است و با اجبار قانونی این مساله حل نمی شود.

پدرام کاویان کارشناس مسائل اجتماعی در این باره گفته است: از هر سه ازدواج یک ازدواج در کشور در بازه سنی ۱۵ - ۱۹ سال ثبت می شود و با منع قانونی برای آن ۵۰ درصد به مشکلات قانونی کشور در حوزه ازدواج مثل نفقه و مهریه افزوده می شود .

وی با بیان اینکه خانواده ایرانی بر پایه شرایط اجتماعی و اقتصادی برای ازدواج فرزندانش در سنین خاص برنامه ریزی می کند، تأکید کرد: این برنامه ریزی ریشه در سبک زندگی ایرانی دارد .

مونیکا نادی فعال حقوق کودک نیز به بروز مشکلات حقوقی و قانونی اذعان داشته و گفته است: بسیاری از خانواده ها در روستاها و شهرهای کوچک با تصویب این لایحه ازدواج ها در زیر سنین قانونی را ثبت نمی کنند و از تبعات آن ناآگاه هستند از جمله اینکه ممکن است حاصل ازدواج های ثبت نشده، نوزادانی باشند که فاقد هویت قانونی شوند.

این کارشناس هم بر گرایش برخی خانواده ها به ازدواج کودکان تأکید داشته و اظهار داشته است: این مساله ریشه در فرهنگ و سنت و عرف حاکم منطقه ای و همچنین مسائل اقتصادی دارد.

برخی از کارشناسان استفاده از واژه های کودک همسری و یا ازدواج کودکان را هم درباره ازدواج زیر سن ۱۶ سال اشتباه می دانند. کبری خزعلی در این باره گفته است: تعریف کودک در جوامع مختلف متفاوت است و در بسیاری از همین کشورها سن مسئولیت پذیری اجتماعی و مجازات پایین تر است.

این مساله از چشم فعالان توییتری هم دور نماند و هشتک «حق ازدواج» با ۲ هزار ۸۰۰ توییت در روزهای گذشته ترند شد.

اما این تیزبینی کاربران توییتری قابل ملاحظه است که تأکید داشته اند حاکمان دولت اسلامی باید شرایط ازدواج آسان را فراهم کنند نه اینکه سدی برای ازدواج شهروندان فراهم کنند. انتهای پیام /


