



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



بیست و پنجمین مجموعه از اخبار برگزیده رسانه ها

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

از تاریخ ۲ لغایت ۶ آذرماه ۱۳۹۷

راهنمای استفاده از این مجموعه :

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

سردبیر مجموعه : فریبا نعیمی پور

مدیر مسئول : سیدمحمد موسوی خطاط

همکار : ندا قنبری

فهرست

اخبار «ویژه دانشگاه» : ۵

- کارگاه آموزشی "چگونه کودکانمان را در مقابل آزار جنسی ایمن کنیم ؟" در دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی برگزار شد ۵
- مسئولان حوزه امدادرسانی کشور: سطح فعالیت های امدادی پس از زلزله کرمانشاه، از شاخص های بین المللی نیز بالاتر بود ۶
- "تجارب و درس آموخته های زلزله کرمانشاه" منتشر شد ۹

اخبار حوزه «توانبخشی» : ۱۳

- تاخیر در درمان بیماری متابولیک ۵۰ درصد هوش کودک را کاهش می دهد * ۱۳

اخبار حوزه «سلامت روان» : ۱۴

- ۲۲ درصد کودکان و نوجوانان ایرانی اختلالات رفتاری دارند ۱۴
- چیستی درمانگری معنوی * ۱۵
- مراکز تخصصی مشاوره جنسی در کشور افزایش یافت * ۱۸
- انزوا در کودکان دوران ابتدایی افزایش یافته است ۱۹
- جدیدترین شماره از فصلنامه «مطالعات اسلام و روان شناسی» منتشر شد ۲۰
- پنجمین همایش ملی روان شناسی مدرسه بهمن ۹۷ برگزار می گردد ۲۲
- جایی میان دیروز و فردا ۲۳
- همکاری علمی با دانشگاه آلستر ایرلند شمالی ۲۵
- افسردگی در کمین بیماران "بخش مراقبت های ویژه" ۲۶
- زنان شادترند یا مردان؟ ۲۶
- ۱۰ عامل قابل کنترل ابتلا به دمانس ۲۷

۲۹ سگته‌های قلبی در کمین بیماران دچار اختلال خواب

اخبار حوزه «سلامت اجتماعی»: ۳۱

زنان قربانی خشونت نمی شوند..... ۳۱

۳۵ درصد زنان ایرانی قلیان می کشند * ۳۴

خشونت علیه زنان و قوانینی که تصویب نمی شوند ۳۴

مراکز سیار برای کاهش آسیب اعتیاد ایجاد می شود * ۳۶

دود کردن کودکی پشت چراغ قرمز ۳۶

خدمات مراکز اقامتی درمان اعتیاد پوشش بیمه‌ای ندارند * ۴۰

لایحه منع خشونت علیه زنان در قوه قضائیه در دست بررسی است

..... ۴۰

قلیان، سگته مغزی را در جوانان ایرانی افزایش داده است ۴۲

تعریف ماموریت پاسخگویی اجتماعی در آموزش علوم پزشکی برای

دانشگاهها..... ۴۲

۹ هزار سمن در کشور مجوز رسمی دارند ۴۳

مربیان مهدهای کودک رتبه‌بندی می شوند ۴۵

اجرای برنامه کاهش آسیب اعتیاد در ۴۶ دانشگاه علوم پزشکی کشور *

..... ۴۵

نشاط اجتماعی شاخص مهمی در پیشرفت جامعه است ۴۶

از عشق و حال در «فرمانیه» تا اشک و آه در قرنطینه ۴۶

نسبت ورودی به خروجی بازنشستگان منفی شد ۵۲

محرومیت ۳۲۵ هزار کودک از تحصیل در سال گذشته ۵۳

اجرای «طرح ساماندهی کودکان کار» با تدبیر و به صورت تدریجی

..... ۵۴

زمان توزیع بسته حمایتی برای کارگران، رانندگان و بازنشستگان/ توزیع

بسته‌های جدید در دهه فجر ۵۵

۵۶ خشونت مفهومی فمینیستی است و بار ضد خانواده دارد *

سیاسی شدن لایحه تامین امنیت موجب سوء برداشت و سوء استفاده از

آن شد * ۵۸

یادداشت مهمان /چند جمله درباره خشونت علیه زنان ۶۰

مخالفت ضمنی اعضای کمیسیون حقوقی و قضایی مجلس با طرح

«افزایش حداقل سن ازدواج» * ۶۲

اثرات سوء تصویب طرح «افزایش قانونی سن ازدواج» بر آینده جوانان و

بحران جمعیت ۶۴

برای رفع خشونت علیه زنان تعریف مبتنی بر نگرش داخلی نداریم *

..... ۶۶

طراحی برنامه ۵۰۰ میلیون یورویی برای بازماندگان خشونت علیه زنان

* ۶۸

افزایش سن قانونی ازدواج ضرورتی ندارد * ۷۰

سند ملی حقوق و مسئولیت‌های زنان جایگزین مناسب کنوانسیون رفع

تبعیض علیه زنان * ۷۰

آغاز سراسری ثبت ملی اطلاعات پرستاران و گروه‌های وابسته ۷۱

اخبار «ویژه دانشگاه»:



کارگاه آموزشی "چگونه کودکانمان را در مقابل آزار جنسی ایمن کنیم؟" در دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی برگزار شد

اولین کارگاه علمی تخصصی پیرامون سلامت و رشد کودکان با موضوع "چگونه کودکانمان را در مقابل آزار جنسی ایمن کنیم؟"، به همت انجمن علمی دانشجویی کودکان پیش از دبستان و انجمن مطالعات کودکان پیش از دبستان ایران و با همکاری گروه آموزشی رشد و پرورش کودکان پیش از دبستان دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی در سالن دکتر شاملو این دانشگاه برگزار شد.

به گزارش وب‌دای دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی بنقل از مفدا؛ دکتر "منصوره کریم زاده" مدیرگروه رشته رشد و پرورش کودکان پیش از دبستان و رئیس انجمن مطالعات کودکان پیش از دبستان ایران در ابتدای این نشست علمی تخصصی ضمن معرفی این انجمن گفت: این مرحله از زندگی کودک جزو مهم ترین مرحله رشد دوره کودکی و با ارزش ترین دوره زندگی که مورد توجه ویژه همه دنیا است و در کل جهان سرمایه گذاری روی این دوره را جزو اولویت های خود قرار داده اند و برنامه های زیادی جهت رشد و تکامل کودکان پیش بینی کردند.

وی افزود: به دلیل توجه به این دوره مهم از رشد، انجمن مطالعات کودکان پیش از دبستان ایران شکل گرفت. هدف انجمن، ارتقای سطح علمی و کاربردی و توسعه نیروهای متخصص و دانش افزایی افرادی است که در حوزه کودکان کار می کنند و در زمینه های علمی و آموزشی فعالیت دارند.

کریم زاده در ادامه، از چگونگی عضویت و فعالیت در انجمن مطالعات کودکان پیش از دبستان ایران گفت و مهم ترین فعالیت های این انجمن علمی را برگزاری کنگره بین المللی، کارگاه های آموزشی، انجام و مشارکت در طرح های ملی و بین المللی و تدوین کتب و محتوای علمی جهت رشد و تقویت سطح علمی و مهارتی افراد در سال گذشته ذکر کرد.

وی همچنین افزود: برنامه هایی نیز در جهت حمایت علمی و حرفه ای از فعالان این حوزه در دستور کار داریم. در ادامه، دکتر "فاطمه آذرتاش" مولف، پژوهشگر و مشاور، درمانگر جنسی و مدرس این کارگاه آموزشی، در ابتدا حقایقی در خصوص سوء استفاده های جنسی از کودکان بیان کرد و افزود: کودکان با سنین مختلف، در نژادها، قومیت ها و فرهنگ های گوناگون در برابر سوء استفاده جنسی آسیب پذیرند. سوء استفاده جنسی از کودکان در همه جا یعنی، در مناطق روستایی، شهری و حومه رخ می دهد.

وی با اشاره به اینکه بیشترین قربانیان توسط کسی که می شناسند، مورد آزار قرار می گیرند، افزود: میزان آزار توسط خانواده ها ۳۵ درصد، دوستان و آشنایان ۵۸ درصد و توسط غریبه ها ۷ درصد گزارش شده است.

وی ادامه داد، کودکان در معرض سوء استفاده جنسی بیشتر در سنین ۷ تا ۱۳ سال می باشند و دختران بیشتر از پسران مورد سوء استفاده جنسی قرار می گیرند، پیش از ۱۸ سالگی از هر شش پسر یک نفر و از هر چهار دختر یک نفر به نحوی مورد سوء استفاده جنسی قرار می گیرد و سوء استفاده جنسی از کودک به طور منفی و به طور دائمی بر رشد فیزیکی مغز او تاثیرگذار است. آذرتاش، با ارائه تعریفی از سوء استفاده جنسی در کودکان که توسط موسسه بین المللی (CAPTA) در قانون و معاهده پیشگیری از سوء استفاده جنسی از کودکان آورده شده، گفت: استخدام، استفاده، مجاب کردن، وادار کردن، وسوسه کردن با اجبار هر کودک و با کمک هر شخص دیگری در مشارکت هر رفتار جنسی صریح یا شبیه سازی چنین رفتارهایی با هدف تولیدات تصویری از چنین رفتارهایی، دست درازی کردن و فحشاء در کودکان است.

وی با بیان پنج تعریف آزار جنسی، سوء استفاده جنسی، تعریف جنسی، خشونت جنسی و تجاوز، تعریف سوء استفاده جنسی را فقط مختص کودکان دانست.

دکتر آذرتاش، اشکال سوء استفاده جنسی را اعم از فیزیکی و بدنی تشریح کرد و گفت: ما با کودکان خودمان صمیمی نیستیم و این عدم ارتباط به خاطر صمیمی نبودن هست که تا بزرگسالی ادامه دار می شود.

وی خواستار پاسخ دادن صحیح به سؤال های کودکان شد، و افزود: عدم پاسخ صحیح منجر به چالش های بیشتر در کودکان خواهد شد.

وی اظهارداشت: سؤال های کودکان از ۵/۲ سالگی آغاز می شود و این سؤال ها را حتی می توانیم با سوال پرسیم تا سطح اطلاعات کودکان را بسنجیم و براساس سطح اطلاعات آن ها به صورت مختصر و مفید و درست پاسخ بدهیم. این مدرس دانشگاه، علائمی که در کودکان مورد سوء استفاده قرار گرفته، قابل مشاهده است را گوشه گیری، خودداری از غذا خوردن، اکراه داشتن از روبه رو شدن با دیگر بستگان، کابوس دیدن، مشکل در راه رفتن یا نشستن، اجتناب ناگهانی از شرکت در فعالیت های ژیمناستیک یا فعالیت های بدنی، شب ادراری، تغییر ناگهانی در اشتها، نشان دادن رفتارها و اطلاعات جنسی غیر معمول، مشغول شدن بیش از حد به ناحیه تناسلی، خط خطی کردن ناحیه تناسلی یا وسط پاها در نقاشی ها، استفاده از رنگ های تیره و سیاه و یا تیره کشیدن بعضی از افراد در نقاشی، ذکر کرد.

در ادامه این نشست تخصصی، عوارض روانی سوء استفاده جنسی از کودکان و نوجوانان اعم از اختلالات رفتاری از عصبانیت تا افسردگی، اختلالات خوردن شامل (بی اشتها، عصبی، پر خوری عصبی)، اختلالات شناختی شامل مشکلاتی در درس یا تمرکز، اختلالات سوء مصرف مواد، عزت نفس و اعتماد به نفس پایین، بی اعتمادی به دیگران و شکاکیت، تبدیل سوء استفاده شده به سوء استفاده گر، اختلالات میل جنسی و روابط زناشویی در آینده، عدم رضایت از تصویر بدنی، اختلالات خواب مانند بی خوابی، بدخوابیدن و دیدن کابوس، اختلال سندرم پس از سانحه (PTSD) توضیح داده شد.

دکتر "آذرتاش" در پایان، تمامی مفاهیم اولیه ای که کودکان باید بیاموزند را اعم از لمس شدن می تواند خوب، بد یا گیج کننده باشد (یعنی مطمئن نیستیم که خوب است یا بد)، اگر لمس شدن احساس بد یا گیج کننده ای به همراه داشته باشد بهتر است با یک بزرگتر درباره آن صحبت کنیم، همه به لمس شدن های خوب احتیاج دارند، اما کاملاً پذیرفته شده و درست است که به لمس شدن ناخوشایند بگوئیم "نه"، سوء استفاده جنسی از کودکان یعنی کودکان مجبور شوند یا گول بخورند که قسمت های خصوصی بدن کسی را لمس کنند یا کسی قسمت های خصوصی بدن آن ها را لمس کند، هیچ کس حق ندارد بدون اجازه ما، قسمت های خصوصی بدن ما را لمس کند، خیلی مهم است که کودک اگر مورد آزار جنسی واقع شد، به یک بزرگتر اطلاع دهد.

وی اظهار داشت ؛ کودکان با بازی درمانی و قصه درمانی و یاد گرفتن مهارت حل مسئله می توانند احساسات درونی خود را راحت بیان کنند.

این نشست با ارائه کیس هایی در رابطه با سوء استفاده جنسی در کودکان و ارائه فیلم های آموزشی و پرسش و پاسخ شرکت کنندگان به پایان رسید.

گفتنی است؛ انجمن علمی دانشجویی کودکان پیش از دبستان دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تحت حمایت و پشتیبانی معاونت فرهنگی - دانشجویی فعالیت می کند.



در نشست نقد و بررسی عملیات امدادرسانی پس از زلزله کرمانشاه در دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی مطرح شد؛

مسئولان حوزه امدادرسانی کشور: سطح فعالیت های امدادی پس از زلزله کرمانشاه، از شاخص های بین المللی نیز بالاتر بود

فعالیت های امدادی پس از زلزله استان کرمانشاه در نشست بنیادین سالگرد این حادثه، با حضور دو تن از معاونان سازمان مدیریت بحران کشور، رئیس سازمان اورژانس کشور، رئیس سازمان مدیریت بحران شهر تهران، معاون جمعیت هلال احمر کشور و رئیس مرکز تحقیقات و گروه آموزشی سلامت در حوادث و بلایا دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، در این دانشگاه مورد نقد و بررسی قرار گرفت.

به گزارش خبرنگار ویدای دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، دکتر "حمیدرضا خانکه" رئیس مرکز تحقیقات و گروه آموزشی سلامت در حوادث و بلایا این دانشگاه در ابتدای نشست، گفت: همانطور که دیگر مسئولان بخش های امدادگران در جریان هستند، و گزارش مسئولان هلال احمر جهانی و امدادی کشورهای دیگر همچون آلمان نشان می دهد، سطح فعالیت های امدادی پس از زلزله کرمانشاه، از شاخص های بین المللی نیز بالاتر بود.

اعلام آمادگی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی برای کمک به مدیریت بحران کشور

دکتر "امیرمسعود عرب" رئیس دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی ضمن خیرمقدم به مسئولان شرکت کننده، آمادگی این دانشگاه برای کمک به مدیریت بحران کشور را اعلام کرد و گفت: با توجه به پتانسیل بالای این دانشگاه در بحث سلامت روانی، توانبخشی و سلامت اجتماعی، این آمادگی وجود دارد تا در همکاری با سازمان مدیریت بحران کشور، وزارت بهداشت و شهرداری ها، آسیب های روانی ناشی از زلزله، حوادث و دیگر بلایا را مدیریت کند و خدمات سه حوزه سلامت (سلامت روان، سلامت اجتماعی و توانبخشی) را به آسیب دیدگان ارائه بدهد.

وی افزود: با توجه به شرایط کشور ما و زلزله خیز بودن بسیاری از مناطق کشور، مدیریت بحران نیازمند نگاه ویژه، هماهنگی های بین بخشی و کارهای گروهی و تیمی است.

دکتر عرب ضمن معرفی کوتاه از دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، اظهارداشت: خدمات این دانشگاه، منحصر بفرد و مانند دیگر دانشگاه های علوم پزشکی، اورژانسی نیست اما بعد از حوادث و کنترل شرایط بهداشتی و درمانی، به بسیاری از افراد که در اثر حوادث یا بلایا دچار مشکلات روحی، روانی و اجتماعی شدند، خدمات لازم ارائه می دهد.

رئیس دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی افزود: می طلبد که حوزه های سلامت اجتماعی و سلامت روانی، نقشه راه داشته باشند تا در کنار حوزه توانبخشی، تاثیرگذار باشند و اساتید و متخصصان این دانشگاه که از افراد خبره و سرآمدان حوزه تخصصی خود هستند، می توانند در این زمینه به حوزه اجرایی، مسئولان و برنامه ریزان کشور کمک کنند.

امدادرسانی اولیه پس از زلزله کرمانشاه، فوق العاده بود

دکتر "کولیوند" رئیس سازمان اورژانس کشور سپس با تعریف اتفاقات و چگونگی امدادرسانی پس از زلزله کرمانشاه، حاضران این نشست را که اکثرا دانشجویان مقطع دکتری و فارغ التحصیلان حوزه امدادرسانی و سلامت در حوادث و بلایا از دانشگاه های مختلف بودند، در جریان وضعیت منطقه در ساعت های پس از زلزله قرار داد.

وی گفت که ظرف یک ساعت تا یک ساعت و ۲۰ دقیقه پس از وقوع زلزله، نیروهای امدادگر به منطقه ازگله و سرپل ذهاب که بیشترین تخریب را داشتند، رسیدند و جابجایی مصدومان در همان ساعت اولیه آغاز شد که به سمت شهرهای اطراف و تهران منتقل می شدند.

بگفته دکتر کولیوند، با توجه به تخریب بیمارستان سرپل ذهاب، در ابتدا، درمانگاه سپاه در اختیار نیروهای امدادگر قرار گرفت و سپس، شش بیمارستان سیار کمتر از ۱۵ ساعت در مرز کرمانشاه برپا شد و حدود یکصد عمل جراحی پیوند عضو انجام شد که همه موفقیت آمیز بود و برای اولین بار، حتی یک قلم دارو، خون و فرآورده های خونی کم نیامد.

وی افزود: امداد رسانی با همکاری سپاه و ارتش برای مصدومان از همان ساعات اولیه آغاز شد، و خدمت بزرگ پایگاه هوانیروز کرمانشاه سبب شد که هر پنج دقیقه، یک بالگرد پرواز کند و ۲۵ تا ۲۶ بالگرد به انتقال مصدومان کمک کرد که از هفت هزار و ۳۶۰ مصدوم، تعداد دو هزار و ۶۰ مصدوم بوسیله بالگردها منتقل شدند، و در کمتر از ۲۰ ساعت، تقریباً همه مصدومان منتقل شده بودند و عملاً تا ساعت چهار بعد از ظهر اولین روز بعد از حادثه، هیچ مصدومی زیرآوار نمانده بود.

رئیس سازمان اورژانس کشور با اشاره به اینکه بسیج منابع انسانی و امکانات در وضعیت بحران بسیار حائز اهمیت است، افزود: تربیت نیروی واکنش سریع نقش بسیار خوبی در امدادرسانی با کیفیت و سریع داشت و گزارش های مربوط به نیازهای

انسانی و امکانات از کرمانشاه و منطقه توسط مسئولان به پایگاه مرکزی امدادرسانی (EOC) می رسید و نیازها در EOC بخوبی مدیریت می شد.

دکتر کولیوند همچنین عملکرد وزارت بهداشت در امدادرسانی به مصدومان و آسیب دیدگان از زلزله کرمانشاه را فوق العاده دانست و گفت: یکی از ویژگی های مدیریت بحران در زلزله کرمانشاه ، رها نشدن آسیب دیدگان پس از امدادرسانی اولیه بود، چون با دستور وزیر بهداشت ، دانشگاه های علوم پزشکی استان های همجوار با هماهنگی پایگاه اصلی ، نسبت به اعزام متخصصان و ارائه خدمات درمانی و توانبخشی مشغول بودند بطوری که نماینده سازمان بهداشت جهانی نیز از پشتیبانی خوب بخش بهداشت و درمان ایران و ارائه خدمات مورد نیاز به ساکنان مناطق زلزله زده، گزارش داد.

وی در عین حال ، ضعف در پشتیبانی و ارائه امکانات به نیروهای دولتی در منطقه را مطرح کرد و افزود: با توجه به دستوری که داده شده بود، نیروهای دولتی ساکن در مناطق زلزله زده نمی توانستند از امکانات توزیع شده در این مناطق استفاده کنند و این سیاست شاید به ظاهر خوب بود تا صددرصد امکانات به مردم و افراد غیردولتی برسد اما کارمندان دولت که مانند دیگر همشهريان خود دچار آسیب شده بودند، از امکانات توزیعی بی بهره بودند.

اجرای برنامه های پیشگیرانه پیش از وقوع حوادث و بلایا ، مورد تاکید قرار گرفت

دکتر " سعیدی " معاون پیش بینی و پیشگیری سازمان مدیریت بحران کشور نیز در این نشست ، گفت: امدادرسانی پس از زلزله کرمانشاه ، رکورد شکست بطوری که متوسط ۲۵۰ کیلومتر اعزام را در کمتر از ۱۶ ساعت داشتیم اما آنچه که باید در سیاست ها و برنامه ها مدنظر قرار بگیرد، دو اقدام اساسی " پیش بینی خوب و جلوگیری از رخداد طبیعی و اجرای برنامه های پیشگیرانه ، برای کاهش آثار زلزله و تخریب ها " است.

وی ، " عدم ارائه خدمات به افراد دولتی ساکن منطقه ، ضعف در اطلاع رسانی و نداشتن خبرنگاران آموزش دیده و هماهنگ با مدیریت بحران " را از دیگر ضعف های عملیات امدادرسانی و مدیریت بحران پس از زلزله کرمانشاه دانست. وی افزود: لازم است که آنچه را مسئولان بخش های مختلف امدادرسانی بعنوان راهکار پیدا می کنند، قابلیت اجرا و عملیاتی شدن داشته باشد و برای اینکار اگر لازم باشد ، به قانون تبدیل شود.

سازمان های بین المللی، امدادرسانی بسیار خوب و موثر امدادگران پس از زلزله کرمانشاه را تایید کردند

در ادامه ، دکتر " احمد صادقی " رئیس سازمان مدیریت بحران شهر تهران نیز در سخنانی ، گفت: امدادرسانی و عملیات انتقال و تخلیه مجروحان در زلزله کرمانشاه ، رکورد این عملیات را در جهان شکست و سازمان های بین المللی ، امدادرسانی بسیار خوب و موثر امدادگران را تایید کردند.

وی تلفات زلزله کرمانشاه را حدود ۶۰۰ نفر ذکر کرد و افزود: البته چند عامل به این شرایط کمک کرد، که " خواب نبودن مردم بهنگام وقوع زلزله که سبب گریختن آنان از منزل و به بیرون از ساختمان شد، نبود کانون زلزله در منطقه پرجمعیت ، وجود پیش لرزه قبل از زلزله اصلی و آمادگی مردم برای مقابله با زلزله اصلی " از جمله عواملی بود که به کاهش تلفات در منطقه کمک کرد.

وی در عین حال با اشاره به حادثه خیز بودن کشورمان ، گفت: باید در سیاست ها و برنامه ها به پیشگیری از حوادث توجه کنیم چرا که اگر به این موضوع توجه می شد ، باید به کیفیت سازه در ساختمان سازی ها در مناطق مسکونی و بویژه در اماکن اداری و خدماتی توجه می شد، نه آنکه ۳۰ درصد بافت نوسازی شده در کل کشور فرسوده باشد.

دکتر صادقی به تخریب مجتمع های مسکن مهر در مناطق زلزله زده و بیمارستان سرپل ذهاب اشاره کرد و افزود: شنیده می شود که "مردم چرا خانه های مقاوم نمی سازند "، اما کسی توجه نمی کند که براساس قانون ، ارگان های نظارتی باید بر ساخت و سازها نظارت داشته باشند.

وی همچنین آموزش بحران را برای تمامی سطوح لازم دانست و گفت: مدیران ارشد سازمان ها و نهادها ، متأسفانه خود را بی

نیاز از این آموزش ها می بینند و کارشناس یا متخصص این حوزه را که ابعاد تخصصی و فنی این شرایط را بداند نیز در کنار خود ندارند.

رئیس سازمان مدیریت بحران شهر تهران تصریح کرد: متأسفانه هیچ یک از دولت ها به موضوع " مدیریت بحران " بصورت جدی ، نپرداخته و هنوز قانون مدیریت بحران مشخص نشده و برنامه جامعی برای بازسازی نداریم. دکتر صادقی افزود: هم اکنون ، مرکز ثقل مدیریت بحران روی افراد است و میزان تاثیرگذاری هر سازمان بستگی به شخص مدیر آن سازمان دارد، در صورتی که ساختار سازمان های مدیریت بحران نیازمند دگرذیسی است و باید بسمت مدیریت بحران کارآمد برود و از الان ، تربیت نیروی کارآمد و ماندگار را شروع کنیم.

لزوم مشاوره های تخصصی حوزه سلامت در حوادث به مسئولان اجرایی مورد تاکید قرار گرفت

دکتر " مرتضی اکبرپور " معاون امور آمادگی و مقابله سازمان مدیریت بحران کشور در این نشست ، از دانشگاهیان حوزه سلامت در حوادث خواست تا در مواقع بحران ، در کنار مسئولان اجرایی قرار بگیرند و در اجرای برنامه ها، مشاوره های علمی و تخصصی بدهند.

وی گفت که بعد از زلزله کرمانشاه، شورای هماهنگی و کارگروه ها به همراه کمیته اطلاع رسانی تشکیل شده و بصورت ۲۴ ساعته در وزارت کشور مستقر و آنلاین با منطقه در ارتباط بود.

دکتر اکبرپور افزود: موضوع " امنیت " در شرایط بحرانی ، حرف اول را می زند و این ، مرهون تلاش نیروهای امنیتی است. وی با اشاره به اینکه براساس طبقه بندی ها، زلزله کرمانشاه ، بحران استانی تلقی می شد و لذا همه باید از استاندارد کرمانشاه، پشتیبانی داشته باشیم، تاکید کرد: با توجه به لزوم هماهنگی با مسئولان محلی در اجرای آئین نامه توزیع اقلام مورد نیاز و ارائه خدمات، توانمندسازی مسئولان محلی، ضروری است.

زلزله کرمانشاه نشان داد که سرمایه اجتماعی و مدیریت رسانه ای باید تقویت شود

دکتر " احمد سلطانی " معاون برنامه ریزی و آموزش های تخصصی سازمان امداد و نجات جمعیت هلال احمر کشور نیز طی سخنان کوتاهی در زمینه عملیات امدادرسانی پس از زلزله کرمانشاه، گفت: این زلزله ، نشان داد که سرمایه اجتماعی و مدیریت رسانه ای نیاز به تقویت دارد.

وی با تاکید بر اینکه امدادرسانی در زلزله کرمانشاه ، شیب توسعه مدیریت بحران در کشور را نشان داد ، افزود: در عین حال که امدادرسانی بویژه در ساعات اولیه پس از زلزله فوق العاده بود، اما ضعف هایی در مدیریت سرمایه اجتماعی و رسانه ای مشاهده می شد که بر روی کل عملیات امداد و نجات ، تاثیر بسزایی داشت و لذا ، نیاز به تقویت در این حوزه داریم.

در ادامه ، دکتر " حمیدرضا خانکه " رئیس مرکز تحقیقات و گروه آموزشی سلامت در حوادث و بلایا دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی و قائم مقام سازمان اورژانس در بحران کشور با ارائه گزارش مطالعاتی تحت عنوان " تجارب و درس آموخته های زلزله کرمانشاه " ، شرایط زلزله کرمانشاه ، چگونگی امدادرسانی ، و نقاط قوت و ضعف را برای شرکت کنندگان این نشست ، ترسیم کرد که متعاقبا اطلاع رسانی می شود. انتهای پیام /



" تجارب و درس آموخته های زلزله کرمانشاه " منتشر شد



رئیس مرکز تحقیقات و گروه آموزشی سلامت در حوادث و بلایا دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی و قائم مقام سازمان اورژانس در بحران کشور در نشست با حضور معاونان سازمان مدیریت بحران کشور، رئیس سازمان اورژانس کشور، رئیس سازمان مدیریت بحران شهر تهران، معاون جمعیت هلال احمر کشور و رئیس دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی ،

گزارش مطالعاتی تحت عنوان " تجارب و درس آموخته های زلزله کرمانشاه " را ارائه داد.

به گزارش خبرنگار ویدای دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، این نشست همزمان با اولین سالگرد وقوع زلزله در استان کرمانشاه، با نقد و بررسی فعالیت های امدادی پس از زلزله توسط مسئولان سازمان های امدادگر، تجارب و درس آموخته های زلزله کرمانشاه را از طریق گزارش مطالعاتی مرکز تحقیقات سلامت در حوادث و بلایا دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی منتشر کرد.

دکتر " حمیدرضا خانکه " رئیس مرکز تحقیقات و گروه آموزشی سلامت در حوادث و بلایا دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی و قائم مقام سازمان اورژانس در بحران کشور با ارائه این گزارش، مباحث مربوط به " حوادث و بلایا در دنیا و ایران، ساختار مدیریت بحران در کشور و کارگروه سلامت، ضرورت مطالعه، روش، نتایج، و پیشنهادهای مربوط " را بیان داشت.

وی در بیان ساختار و عناصر مدیریت خطر سلامت، " وجود ۱۴ کارگروه تخصصی که وظیفه هماهنگی بین سازمانی و درون سازمانی را در جهت مدیریت خطر در حوزه های مختلف دارند و همچنین کارگروه سلامت با ۱۰ کمیته فرعی شامل: بهداشت، درمان، پرستاری، آموزش، پژوهش، توانبخشی، پشتیبانی و غذا و دارو، انتقال خون و امنیت و ایمنی "، و استقرار مرکز هدایت و هماهنگی عملیات (EOC/ECC) زیر نظر سازمان اورژانس کشور را یادآور شد.

دکتر خانکه به زنجیره مدیریتی و هماهنگی مدیریت خطر کشور اشاره کرد و فعالیت هایی همچون " ارزیابی سریع، دقیق و مداوم، تریاژ و تخلیه، خدمات پیش بیمارستانی، بیمارستان سیار و مدیریت تیم های امدادی، تخلیه بیمارستانها و تسهیلات بهداشتی درمانی، خدمات بیمارستانی، بهداشت محیط، بهداشت خانواده و بهداشت باروری، پیشگیری و مبارزه با بیماریها، ارزیابی و نظارت بر تغذیه، نظارت بر بهداشت مواد خوراکی و آشامیدنی، خدمات توانبخشی، بهداشت روان، آموزش مردم و پرسنل، و تربیت نیروی متخصص " را از جمله شرح وظایف تخصصی بخش سلامت برشمرد.

وی همچنین به تدوین مجموعه ابزارهای ملی ارزیابی مخاطرات و شاخص های توانمندی تخصصی حوزه سلامت در حوادث و بلایا (نقشه خطر) توسط مرکز تحقیقات سلامت در حوادث و بلایا دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی اشاره کرد و گفت که کشور ما می تواند در مدیریت بحران، بعنوان قطب منطقه مطرح باشد.

وی در تشریح شرایط زلزله سال گذشته کرمانشاه، گفت: این زلزله در ساعت ۲۱:۴۸ شامگاه روز یکشنبه ۲۱ آبان ماه سال ۱۳۹۶، به بزرگی ۷٫۳ در مقیاس ریشتر، به مدت ۳۰ ثانیه، در عمق ۱۱ کیلومتری زمین و در فاصله ۵ کیلومتری از شهر ازگله روی داد. و بر اساس اطلاعات دریافتی از موسسه ژئوفیزیک و مرکز لرزه نگاری کشوری، این زلزله دارای سه پیش لرزه بود که بزرگترین پیش لرزه آن ۴/۵ ریشتر در ساعت ۲۱:۰۵ گزارش شد و موجب هوشیاری مردم شد.

وی افزود: این زلزله، علاوه بر مناطق غربی، شمال و جنوب غربی، مرکز و شمال ایران به ویژه کرمانشاه، ایلام، کردستان، آذربایجان غربی و خوزستان، در کشورهای مجاور از جمله عراق، کویت و بحرین نیز احساس شد.

بگفته دکتر خانکه، طی روزهای بعد از وقوع زلزله، بیش از ۱۰۰۰ پس لرزه ثبت شد. تعداد کشته شدگان در این زلزله ۶۲۵ نفر و تعداد مجروحان بیش از ۱۵۰۰۰ نفر گزارش شد و مناطق متاثر از زلزله شامل بخش وسیعی از غرب کشور از جمله شهرستان های دالاهو، جوانرود، گیلانغرب، قصرشیرین، اسلام آباد غرب، سرپل ذهاب، ثلاث باباجانی و بخش هایی از شهر کرمانشاه با جمعیتی بالغ بر ۴۲۷ هزار نفر، شد و ۸۵ منطقه مسکونی روستایی در فاصله ۵ تا ۱۵ کیلومتری کانون زلزله، تا ۸۰ درصد ویرانی را متحمل شدند.

وی همچنین در توضیح روش بررسی و مطالعه چگونگی فعالیت ها جهت ارزیابی عملیات امداد و نجات و عملکرد بخش بهداشت و درمان پس از این زلزله، گفت: برای انجام این مطالعه مورد (Case study)، از روش هایی تلفیقی (تری انگولیشن) شامل: مصاحبه، مشاهده مشارکتی و پنل متخصصان در سه بخش اورژانس (سازمان اورژانس کشور)، مراکز درمانی (معاونت درمان) و بهداشت (معاونت بهداشت) برای ارزیابی عملکرد کارگروه بهداشت و درمان حین و بعد از ارائه خدمات استفاده شد.

قائم مقام اورژانس در بحران کشور یادآور شد، پس از وقوع زلزله ۷٫۳ ریشتری در ساعت ۲۱:۴۸، مرکز هدایت عملیات بحران (EOC) وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سامانه فرماندهی حادثه این مرکز به سرعت فعال، و به تمامی مراکز

بهداشتی- درمانی و پایگاههای اورژانس در قطب های دانشگاهی غرب، جنوب غرب و شمال غرب کشور و همچنین قرارگاه های مرزی مهران، شلمچه و چزابه دستور آماده باش سراسری ابلاغ شد.

وی گفت که مرکز هدایت عملیات بحران، دانشگاههای علوم پزشکی کرمانشاه، همدان، کردستان، ارومیه و تبریز و نیز قطب تهران را به منظور پذیرش مصدومین احتمالی در وضعیت قرمز قرار داد. دانشگاههای علوم پزشکی استانهای معین شامل قم، قزوین، اصفهان، سمنان، مازندران، البرز، زنجان، خرم آباد و اراک نیز به دلیل احتمال نیاز به همکاری شان، در وضعیت اعلام آماده باش نارنجی قرار گرفتند.

وی افزود: با توجه به احتمال بحران ملی، هماهنگی های لازم با ارگانهای مرتبط از جمله سلامت محیط کار، مرکز مدیریت بیماریها، هلال احمر، ارتش، سپاه پاسداران و رابط مدیریت بحران انجام شد. و ارتباط با مرکز هدایت عملیات محل حادثه و ملی(وزارت کشور) بطور تمام وقت حفظ شد.

دکتر خانکه همچنین از اعزام تیم های واکنش سریع گفت که به محض وقوع زلزله، ۱۰۰ تیم واکنش سریع به منطقه اعزام شدند، و با دستیابی به نقشه اولیه از محل حادثه، و تماس تلفنی با مراکز درمانی منطقه، مهمترین مناطق درگیر شناسایی شدند. دکتر خانکه از مشارکت نیروهای نظامی و سایر سازمان های پشتیبان بلافاصله پس از وقوع زلزله گفت و خاطرنشان کرد که " مذاکره با فرمانده نیروی زمینی ارتش جمهوری اسلامی ایران به منظور انتقال مصدومین از طریق زمینی و هوایی و امکان استفاده از بالگرد برای پوشش عملیات فوریت های پزشکی، مذاکره با فرماندهان سپاه به منظور هماهنگی برای استقرار بیمارستان صحرایی و انتقال مصدومین و خدمات فوریت های پزشکی، مذاکره با رییس سازمان پدافند غیرعامل و هماهنگی جهت اعزام دو فروند هواپیما اتوبوس آمبولانس و ۲۰ فروند بالگرد برای انتقال انبوه مجروحین، هماهنگی با جمعیت هلال احمر برای استفاده از اورژانس هوایی، هماهنگی با سازمان غذا و دارو جهت ارسال دارو و تجهیزات، هماهنگی با سازمان انتقال خون جهت دپو و ارسال خون و فرآوردهای خونی " در کوتاه ترین زمان پس از زلزله انجام شد.

وی همچنین به برپایی شش بیمارستان صحرایی در منطقه، اعزام نیروی انسانی و ارسال تجهیزات بهداشتی درمانی مورد نیاز به مناطق زلزله زده اشاره کرد و گفت: بدنبال تخریب تعدادی از خانه های بهداشت، مراکز بهداشتی درمانی و دو بیمارستان در استان کرمانشاه، هماهنگی لازم جهت تهیه تعدادی کانکس بعنوان اماکن موقت برای ارائه خدمات بهداشتی درمانی به مردم صورت گرفت.

دکتر خانکه افزود: با استقرار ۱۰ تیم سلامت روان (۲۰ روانشناس) در سرپل ذهاب، ۴ تیم سلامت روان (۸ روانشناس) در مراکز درمانی منطقه و ۲ تیم سلامت روان (۴ روانشناس) در قصر شیرین و ثلاث باباجانی، ارائه خدمات سلامت روان به آسیب دیدگان از نخستین روزهای پس از زلزله آغاز شد. همچنین به منظور ارائه خدمات سلامت روان به مصدومان و همراهان آنان که به مراکز درمانی تهران، البرز و همدان انتقال یافته بودند، ۳۰ تیم با حضور ۶۰ روانشناس فعالیت خود را در این مراکز آغاز کردند.

وی با اشاره به اینکه ادبیات ما در زلزله کرمانشاه، علمی تر بود، گفت: اعزام Emergency Medical Team,s (EMT)، فعال نمودن مرکز هدایت عملیات (EOC)، هماهنگی های فوری برای بهره مندی از پتانسیل لجستیکی و عملیاتی سازمان های همکار و پشتیبان مخصوصا نیرو های نظامی، انسجام و هماهنگی بین بخش های تابعه کارگروه بهداشت و درمان، تشکیل جلسه فوری دبیرخانه کار گروه، تشکیل ستاد هدایت بیماران، پراکندگی پایگاههای اورژانس در سراسر کشور، تعدد و پراکندگی مراکز درمانی آماده به خدمت، کفایت نیروی انسانی متخصص، دپوی قابل توجه تجهیزات و دارو از سوی سازمان غذا و دارو، امکان استفاده از تمام توان بهداشتی در شرایط بحران، فراگیری و تمرین قبل از مواجهه با بلایا " از جمله نقاط قوت عملیات امدادرسانی به زلزله زدگان استان کرمانشاه بود.

وی همچنین با اشاره به اقدامات بهداشتی انجام شده در مناطق متاثر از زلزله، گفت: با اقداماتی همچون بازدید از ۱۰ هزار و ۴۶ مورد منبع آب، چهار هزار و ۱۱۴ مورد کلرسنجی، کلرنزی ۹ میلیون و ۳۲۴ هزار و ۳۵۰ لیتر آب شرب، ۳۸۷ مورد نمونه برداری از آب شرب، گند زدایی ۳۸ هزار و ۳۹۸ مترمربع از سطوح و بازدید از یک هزار و ۷۳۶ مرکز تهیه و توزیع مواد غذایی، حتی یک مورد بیماری واگیردار در مناطق زلزله زده شایع نشد.

وی همچنین، "عدم وجود مدیریت واحد بر فعالیت بیمارستانهای صحرایی، تمرکز این بیمارستان ها در یک منطقه، عدم ردیابی بعضی بیماران و مصدومان حادثه از فیلد تا مراکز درمانی، نقص در فرآیند اطلاع رسانی و گزارش دهی و ارائه آمار، عدم توجه به سلامت جسمی و روان و Briefing پرسنل و نیروهای خدمت رسان که برخی از آنان ساعت ها بدون استراحت و با خستگی مشغول به ارائه خدمت بودند، نبود هلیکوپتر دید در شب و نبود بازوی مشورتی از کارشناسان و متخصصان شرایط بحران در کنار مسئولان اجرایی" را از جمله ضعف ها در فرآیند امدادرسانی به زلزله زدگان برشمرد.

رئیس مرکز تحقیقات سلامت در حوادث و بلایا دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی همچنین گفت: زلزله کرمانشاه نشان داد که "اطلاع رسانی خطر، اعلام وضعیت و سطح بندی، ارزیابی سریع، مداوم و دقیق، ساختار مدیریتی و فرماندهی، فعال سازی، تامین نیاز های اولیه سلامتی، هماهنگی بین دستگاه ها، مشارکت مدیران ارشد، مشارکت مردم، کمک های مردمی، برنامه بازسازی، اطلاع رسانی به مردم، مدیریت محلی، خدمات امدادی، خدمات سلامت روان، نقش شبکه های اجتماعی، برنامه توزیع منابع و خدمات امدادی و نقش سیستم بیمه ای در تامین خدمات سلامتی و بازسازی"، نیاز به تقویت دارد.

دکتر خانکه سپس به نیاز ها و اولویت ها بر اساس درس آموخته های زلزله کرمانشاه پرداخت که "تدوین فرم استاندارد گزارش گیری از محل حادثه و بیمارستان ها شامل اطلاعات فردی، خدمات ارائه شده و خدمات مورد نیاز پس از بستری مثل نیاز به پیگیری درمانی و توانبخشی، تدوین پروتکل شرح وظایف استانهای معین، تدوین پروتکل Tracing بیمار از محل حادثه تا مراکز درمانی پذیرش شده، تعیین و استقرار مدیریت اعزام بیماران در فرودگاه و تهیه چک لیست برای بیماران اعزامی از طریق هواپیما، تدوین پروتکل و سیستم اطلاع رسانی به مردم در زمان وقوع حوادث، تعیین و تعریف جانشین برای جایگاه های فرماندهی حادثه و جایگاه های مدیریتی در EOC، مدیریت و مکان یابی برای تیم های رسانه های همگانی، وصل شدن HIS بیمارستانها به EOC، بازبینی ابزار ارزیابی سریع و آموزش آن و تدوین پروتکل ملی خدمات سلامت اجتماعی و روانی پس از حادثه" از جمله نیازها و اولویت هاست.

دکتر خانکه در پایان تاکید کرد که محرومیت عامل بی نظمی است و اگر سیستم های امنیتی و بیمه ای ورود کنند و "محرومیت، فقر و فساد" خوب مدیریت شود، بی نظمی پیش نمی آید، ضمن آنکه مسئولان اجرایی باید به دانشگاهیان و مشاوره های آنان اعتماد کرده و در شرایط بحرانی، از علم و دانش تخصصی آنان استفاده کنند. انتهای پیام /

اخبار حوزه «توانبخشی»:



تاخیر در درمان بیماری متابولیک ۵۰ درصد هوش کودک را کاهش می دهد *

تهران - ایرنا - فوق تخصص بیماری های متابولیک کودکان گفت: تاخیر در درمان بیماری های متابولیک ارثی بسیار خطرناک است زیرا اگر در یک سال اولیه تولد، بیماری کودک شناخته نشده و درمان آغاز نشود، حدود ۵۰ درصد ضریب هوشی کودک کاهش یافته و درمان وی با مشکلات بیشتری روبه رو خواهد شد.

به گزارش خبرنگار حوزه سلامت ایرنا، شهلا فرشیدی روز دوشنبه در هفتمین سمینار کشوری ژنتیک و نقش آن در پیشگیری از معلولیت ها در دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی افزود: همچنین با هر ماه تاخیر در تشخیص و درمان این بیماری ها، ظرفیت ضریب هوشی کودک ۵,۴ واحد کاهش می یابد.

وی گفت: به دلیل شایع بودن ازدواج های فامیلی در ایران، از هر هزار و ۵۰۰ تا ۲ هزار نوزاد، یک نفر دچار بیماری های متابولیک ارثی است که به دلیل نبود تشخیص به موقع، در آینده با عوارض شدیدی روبه رومی شوند.

فرشیدی اظهار داشت: ضایعات شدید مغزی، عقب ماندگی ذهنی، فلج های عضلانی، مشکلات کبدی، سنگ های ادراری، نارسایی های چشمی مانند آب مروارید و آب سیاه و بیماری های قلبی از عوارضی هستند که برای کودکان مبتلا به این مشکل پدید می آید.

این پزشک اضافه کرد: با توجه به اینکه بیماری های متابولیک یکی از موارد شایع نیازمند مشاوره ژنتیک هستند، شاید بهتر باشد در مورد مشاوره ژنتیک و انواع آن بیشتر صحبت شود و تمام زوجین حتی افرادی که با هم فامیل نیستند نیز بهتر است قبل از ازدواج از خدمات مشاوره ژنتیک استفاده کنند.

وی در خصوص ازدواج های فامیلی تصریح کرد: ازدواج افراد خویشاوند با یکدیگر در هر حالت مانند دخترخاله پسرخاله، نوه عمو، دختر عمه و پسر دایی خطر خاص خود را از نظر احتمال بروز بیماری های ژنتیکی دارد و فقط مشاوران ژنتیک در این زمینه می توانند خانواده را راهنمایی کنند.

دبیر علمی هفتمین سمینار کشوری مشاوره ژنتیک اظهار داشت: در مشاوره ژنتیک پس از پرسش در خصوص بیماری ها و سوابق خانوادگی با کمک رسم شجره نامه ابتدا میزان ژن مشترک بین زوجین و سپس نحوه توارث بیماری در خانواده مشخص می شود. به گفته فرشیدی، بیماران مبتلا به اختلالات متابولیک در بدو تولد کاملاً طبیعی هستند. ولی بسته به نوع بیماری و شدت آن علائم حاد یا مزمن نشان می دهند؛ بنابراین حتی در موارد اختلال کبد، چشم، قلب و غیره در سنین بالاتر نیز باید این بیماری ها را در نظر گرفت.

بیماری های متابولیکی ارثی عامل مهمی برای کاهش ضریب هوشی خردسالان به شمار می روند. برای پیشگیری از بروز این قبیل بیماری ها بهتر است قبل از ازدواج فامیلی مشاوره ژنتیک انجام شود. اجتماع * ۹۰۲۲ * ۱۸۳۴ انتهای پیام *



اخبار حوزه «سلامت روان»:



فوق تخصص روان پزشکی کودک و نوجوان :

۲۲ درصد کودکان و نوجوانان ایرانی اختلالات رفتاری دارند

تهران- ایرنا- فوق تخصص روان پزشکی کودک و نوجوان گفت: طبق برآورد سال ۱۳۹۶ انجمن علمی روانپزشکان ایران، حدود ۲۲ درصد کودکان و نوجوانان ایرانی دارای اختلالات رفتاری هستند.

دکتر محمدرضا محمدی روز یکشنبه در گفت‌وگو با خبرنگار حوزه سلامت گروه اجتماعی ایرنا اظهار داشت: بر همین اساس، میزان اختلالات کودکان و نوجوانان ۶ تا ۱۸ سال در مجموع بین پسرها ۲۴ درصد و دخترها ۲۰ درصد است، همچنین این اختلالات در گروه سنی ۶ تا ۹ سال ۲۲ درصد و در گروه سنی ۱۰ تا ۱۴ سال ۲۳ درصد برآورد شده است.

وی ادامه داد: اختلال افسردگی در میان گروه سنی ۱۵ تا ۱۷ سال میان دختر و پسر به دلیل بروز دوران بلوغ و نابسامانی‌های بدنی، طبق آمار ارائه شده ۲۱ درصد کاهش نشان می‌دهد.

محمدی در مورد میزان اختلالات روانی در جامعه شهری و روستایی نیز گفت: طبق آمار میزان اختلالات در جامعه شهری ۲۳ درصد و در روستاها حدود ۱۸ درصد است.

وی درخصوص میزان اختلالات رفتاری میان دختران و پسران اظهار داشت: اختلالات خلقی و افسردگی حدود ۲ درصد پسرها و دخترها را درگیر کرده که در این زمینه اختلالات خلقی در بین دخترها بیشتر از پسران است و اختلالات اضطرابی در دختران ۱۴ درصد است که بالاترین میزان اختلال اضطرابی به شمار می‌رود.

محمدی گفت: بر اساس آمار سال ۹۶ اختلال نارسایی توجه و بیش‌فعالی حدود چهار درصد و مجموع اختلال رفتاری مانند لجبازی، مخالفت‌ورزی و تیک عصبی حدود هشت درصد است که بالاترین میزان اختلال رفتاری را به خود اختصاص می‌دهد.

وی با اشاره به اینکه مجموع کل اختلالات رفتاری در میان کودکان و نوجوانان ۲۲ درصد در سطح کشور است، افزود: میزان اختلالات در ۳۱ استان کشور احصا شده که این رقم در هر استان متغیر است.

فوق تخصص روان پزشکی کودک و نوجوان اظهار داشت: در دنیا کمتر کودکی را خواهیم یافت که دارای مشکل نباشد؛ مسائل درس و مدرسه، دوستان و آشنایان و مسائل رفتاری از جمله این مشکلات است و زمانی که والدین با اینگونه مشکلات در فرزندان خود مواجه می‌شوند، باید با مراجعه به مشاور و روان‌پزشک نسبت به رفع آن مشکل اقدام کنند چراکه عدم پیگیری مشکل، اختلالات دیگری را برای فرزند و به دنبال آن برای خانواده به همراه خواهد داشت.

وی برای نمونه یادآور شد: می‌توان به دوران مقطع پیش‌دبستانی و دبستان اشاره کرد که ممکن است جدایی کودکان از والدین در این مقطع حساس موجب بروز اختلال افسردگی در بین فرزندان شود، چراکه وابستگی کودک به مادر و از طرفی جدایی فرزند از خانه می‌تواند اختلالات اضطرابی و بیماری‌هایی از قبیل اضطراب اجتماعی، فوبیای اجتماعی و حتی فوبیا به حیوانات را برای آنها به وجود آورد و در صورت عدم رسیدگی و مراجعه والدین به مشاور مشکلاتی را به همراه داشته باشد.

محمدی تاکید کرد: اضطراب جدایی، ترس و نگرانی دائمی، اضطراب شدید و وسواس از جمله بیماری‌هایی است که ممکن است در این مقطع در کودکان بروز کند و در صورت عدم درمان موجب افسردگی و در صورت تکرار، سبب اختلال خلقی دوقطبی شود.

فوق تخصص روان پزشکی کودکان و نوجوانان ادامه داد: در صورت عدم درمان به موقع، ممکن است مخالفت‌ورزی و لجبازی‌های اولیه برطرف نشود و تبدیل به مشکلات و مسائل دیگر از جمله تیک عصبی و حرکات غیرارادی در بدن و صورت شود و خود به خود بروز کند.

وی گفت: گروهی از والدین بدون توجه به اینگونه رفتار کودکان، این حرکات را طبیعی تلقی می‌کنند؛ در صورتی که روز به روز

این اختلال در کودکان با سن کودک رشد می کند و در صورت پیگیری و رسیدگی اولیه به راحتی می توان با بازی درمانی و رفتاردرمانی مشکلات و اختلالاتی را که کودک در مدرسه و خانه دارد، کاهش داد و حتی برطرف کرد .
محمدی افزود: در برخی مواقع پدران به دلیل گرفتاری شغلی حضور کمتری در منزل دارند و این موضوع موجب می شود که در جریان مشکلات روانی کودک قرار نگیرند و حتی با کوچک شمردن مشکل به وجود آمده در رفتار فرزند، مانع مراجعه به مشاور و پزشک از سوی مادران شوند .

وی گفت: عدم رسیدگی به موقع برای رفع یک اختلال عصبی موجب خواهد شد اضطراب و افسردگی و حرکات عصبی کودک و حتی بیش فعالی شدت یابد و بیماری که با رفتاردرمانی می توان آن را رفع کرد، در صورت عدم درمان به موقع، باید با تجویز دارو توسط مشاور یا روانپزشک به مدت طولانی دوره درمان را ادامه داد .

محمدی با بیان اینکه در برخی مواقع دخالت دیگران به خصوص نزدیکان کودکان و حتی آشنایان و همسایگان مانع عدم رسیدگی یا ادامه درمان بیماری کودکان می شود، اظهار داشت: کودکی که تیک عصبی یا حرکات غیر ارادی دارد، بیش فعال یا با اختلال نارسایی توجه مواجه است، وقتی با توصیه روانپزشک تحت درمان دارویی قرار می گیرد، در حالت عادی به سر می برد و اختلالات عصبی بروز نمی دهد .

وی گفت: در این حالت با دخالت بی مورد دیگران، والدین از ادامه روان درمانی و دارو درمانی فرزند خود صرفنظر می کنند و در نتیجه بعد از دو سه سال این عدم رسیدگی به ویژه در مدرسه مشکل آفرین خواهد شد و مراجعه مجدد به روانپزشک را البته با توجه به شدت تغییرات اختلالی به وجود آمده در کودک را طلب می کند . انتهای پیام /*



چستی درمانگری معنوی *



مشهد- ایرنا- تا کنون از منظر علم پزشکی تعریف دقیقی که مورد قبول همه فرهنگ ها باشد برای «سلامت معنوی» ارائه نشده و وجود خلا فعالیت های علمی در این زمینه طی سال های اخیر توجه محققان را در حوزه های مختلف و طب سنتی به ویژه پس از تشکیل دانشکده های طب مکمل به خود معطوف کرده است .

بر این اساس درمانگری معنوی در ایران به عنوان موضوعی تازه در مباحث سلامت مطرح شده و پژوهشگران به تازگی گام هایی در زمینه تبیین و تطبیق آن با فرهنگ و سازمان درمانی کشور برداشته اند .
برای بررسی بیشتر این موضوع نوظهور، استادان و دانش پژوهان به تازگی نشست علمی را با عنوان « سلامت معنوی با رویکرد طب تلفیقی و پزشکی مبتنی بر شواهد » به میزبانی دانشکده طب ایرانی و مکمل دانشگاه علوم پزشکی مشهد برگزار کردند .

*طب معنوی مقوله ای پرمناقشه

رئیس دانشکده طب ایرانی و مکمل دانشگاه علوم پزشکی مشهد در این نشست تخصصی گفت :طب معنوی مقوله ای شناخته شده در دنیا است اما به نظر می رسد کشورهایی که به ظاهر دینی نیستند بیش از ما و بیش از آنچه انتظار داریم در این زمینه فعالیت داشته اند .

دکتر مهدی یوسفی افزود: این طب از موضوعات پرمناقشه در دانشکده های پزشکی است لذا تاکنون تعریف واحدی از آن در دنیا ارائه نشده است. بخشهای مختلف پزشکی به صورت عملی و نظری به این عرصه وارد شده اند و در دانشگاه علوم پزشکی مشهد نیز به آن در قالب تاسیس یک مرکز تحقیقات و کمیته سلامت معنوی پرداخته شده است .

وی اظهار داشت: در چند سال گذشته مقوله ای به عنوان طب اسلامی در جامعه منتشر شد که عواقب و انعکاس فعالیت های اجتماعی آن بسیاری از استادان و بزرگان در دانشگاه و حوزه را آزرده است زیرا متولیان این طب به اصطلاح اسلامی مدعی اخباری گری بوده و در درمان نیز از خطوط قرمز قانونی عبور کرده اند .

*ادعای طب اسلامی گرفتاری جدید وزارت بهداشت

رئیس دانشکده طب ایرانی و مکمل دانشگاه علوم پزشکی مشهد همچنین گفت: ظرف دو سال اخیر مسئله و ادعای طب اسلامی به یکی از گرفتاری های عمده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تبدیل شده زیرا این باورهای غلط حتی آسیب هایی برای اعتقادات دینی مردم ایجاد کرده و به نوعی اعتماد دینی مردم را مورد تهدید قرار می دهد. وی افزود: سلامت معنوی به عنوان یک مفهوم شناخته شده جهانی از پیچیدگی های خاص و ظرفیت های جدید و متعدد برخوردار است که پرسش های بسیاری ایجاد کرده است.

دکتر یوسفی پرسید: آیا سلامت معنوی همان سلامت روانی است و این دو چه تفاوت هایی با هم دارند؟ آیا طرح مقوله ای با عنوان معنوی ضرورت دارد؟ آیا برداشت از سلامت معنوی در جوامع به اصطلاح لائیک و دینی یکی است؟ بر خلاف طب جسمانی موضوع و بستر قرار گرفتن طب معنوی در کدام بعد انسانی قرار دارد؟ وی گفت: اینها از جمله پرسش هایی هستند که انتظار می رود در این نشست پاسخ داده شوند.

*علوم تجربی یکی از منابع شناخت خداست

عضو هیات علمی دانشگاه بیرجند نیز به تشریح سلامت معنوی از دیدگاه اسلام اشاره و بیان کرد: قرآن علم را یکی از منابع شناخت دین قرار داده و از طرفی عالم مصطلح دینی به پرسش 'خدا چه می گوید' پاسخ می دهد. عالم علوم تجربی نیز به اینکه 'خدا چه کرده است' پاسخ داده است لذا با استناد به منابع دینی، علوم تجربی نیز یکی از منابع مستقیم شناخت خدا است. حجت الاسلام علی رضایی از ورود افراد غیرکارشناس به حوزه طب اسلامی انتقاد و بیان کرد: عمده کسانی که مدعی فعالیت در این حوزه هستند با استناد به یک روایت حضرت امام صادق(ع) و بدون شناخت عمیق و اجتهاد در این حوزه فعالیت می کنند. امام جمعه پیشین بیرجند به پیشرفت های پزشکی طی قرن گذشته اشاره و بیان کرد: این پیشرفت ها جمعیت یک میلیارد نفری جهان را به هشت میلیارد نفر رسانده که نتیجه مثبت علوم تجربی است اما آیا این جمعیت بدون مشکل و کاستی به زندگی ادامه می دهند؟

*سلامت بدون دین قابل تحقق نیست

حجت الاسلام علی رضایی ادامه داد: اسلام دین چند بعدی و در زمینه سلامت معنوی دارای تعاریف خاص است. واژه معنویت جهت دو سو به دارد که منظور ما دیدگاه های اومانیستی نیست و معتقدیم سلامت در ماهیت، بدون دین و خدا قابل تحقق نیست. سلامت از دیدگاه دانشمندان دینی متکی بر پنج ساحت ادراکی، غریزی، ارادی، عمل و الوهی است. وی افزود: کلمه طیب برای سلامت همه جانبه بشر در منابع دینی مطرح است چنانچه در اسلام عالم هستی طیب است و پدیده های آن نیز باید طیب شود. با زندگی طیب، جسم و روح از آن لذت می برد. عضو هیات علمی دانشگاه بیرجند گفت: مدینه فاضله ای که دین برای سلامت ارائه می دهد با پوشش گیاهی و منابع آب همراه و رفتار شهروندان آن توأم با بخشش می باشد لذا زندگی در این جامعه طیب و پاک است. چرا امروز رفتار ما با همدیگر مانند کوه یخ شده و نسبت به هم بی تفاوت هستیم؟ اینها در تضاد با شهر طیب است.

*پیشگامی ایران در پژوهش سلامت معنوی

رئیس مرکز تحقیقات سلامت معنوی دانشگاه علوم پزشکی ایران نیز در این نشست از تحقیقات ناکافی این حوزه در کشور انتقاد و بیان کرد: با این وجود با اذعان کرد که تحقیقات کنونی ایران در حوزه سلامت معنوی در بین سایر کشورهای اسلامی بیشتر است.

دکتر جعفر بوالهیری به تضادها در حوزه مطالعه سلامت معنوی اشاره و بیان کرد: منابع علمی در دانشگاه، علوم تجربی و قابل

سنجش است لذا از این طریق بر روی درمان و مباحث معنوی کار کرده ایم .
وی اظهار داشت: روش های دانشگاهی، مادی است و دانشگاه به نتایج علمی و یافته های آزمایشگاه ها اتکا دارد . رئیس مرکز تحقیقات سلامت معنوی دانشگاه علوم پزشکی ایران ادامه داد: اگر از روشهای علوم انسانی و پزشکی در شناخت دین و ارزشها استفاده کنیم کفر نورزیده ایم اینها به شناخت واقعیات و علوم ملکوتی می انجامد . وی گفت :جهان غرب به این نتیجه رسیده که از مباحثی همچون سلامت معنوی در فرایند درمان استفاده کند و ما نیز از همین منابع و رفرنس های غربی بهره گیری کرده ایم .

*معنویت در چارچوب بایدها و نبایدهای دین

دکتر بوالهروی گفت: معنویت در چارچوب دین دچار باید و نبایدها می شود و مثلاً به ما اجازه نمی دهد دست به هر اقدامی بزنیم لذا از بروز برخی آسیب ها و از رفتارهای سوء جلوگیری می کند . وی افزود: بحران جامعه ما بحران هویت دینی و معنوی است که امروز از نوجوانان گذشته و تبعات آن بزرگسالان را نیز گرفتار کرده است. وجود انسان با ابعاد مختلف ژنتیکی، اجتماعی، زیستی و معنوی درهم آمیخته است. انسان باید با یک دیدگاه یکپارچه نگر مورد بررسی و درمان قرار گیرد لذا امروز هر درمانگری باید علاوه بر توجه به بعد معنوی افراد، از آن در فرایند درمان نیز استفاده کند .

*ارائه ۲۰۰ تعریف علمی برای معنویت

استادیار مرکز تحقیقات سلامت معنوی دانشگاه علوم پزشکی ایران نیز گفت: مفهوم معنویت را برخی تنها یک مسئله احساسی، برخی ماحصل پدیده معنویت و برخی نیز آن را تجربه های رمز آلود می دانند. در مجموع و از منابع مختلف علمی ۲۰۰ معنا برای معنویت ذکر شده است .

دکتر فاطمه شیرزاد افزود: علاوه بر مفاهیم زیستی، توجه به قدرت متعالی و برتر که یک بعد از وجود انسان متوجه آن است می تواند تعریفی از معنویت باشد .

*معنویت بعد چهارم سلامت

وی ادامه داد: سازمان بهداشت جهانی امروز پذیرفته که در کنار سلامت زیستی، روانی و اجتماعی سلامت معنوی بعد چهارم سلامت انسانی است .

استادیار مرکز تحقیقات سلامت معنوی دانشگاه علوم پزشکی ایران به ارتباط معنویت و سلامت معنوی با اسلام اشاره و بیان کرد: برخی معنویت و دین را دو دایره منطبق بر هم می دانند که البته اسلام دایره کوچکتر است و معنویت شمول بیشتری از اسلام را در بر گرفته است. هر چند برخی دیگر این دو را دو دایره جدا از هم می دانند که در برخی حوزه ها مشترک بوده یعنی همپوشانی دارند اما بنده معتقدم معنویت اعم از مذهب و دین است .

این روانپزشک بر تاثیر مذهب در معنویت تاکید و بیان کرد: در فرهنگهای مختلف این دو دایره به اشکال مختلف با هم منطبقند و از طرفی برخی دانشمندان این حوزه در آمریکا نیز گفته اند معنویت بدون مذهب ممکن است به انحراف کشیده شود چنانچه بروز برخی فرقه های انحرافی از نمودهای انحراف در معنویت است .

*لزوم توجه درمانگران به عقاید معنوی بیمار

این روانپزشک ادامه داد: دو سوم سئوال شوندگان آمریکایی گفته اند ترجیح می دهند درمانگران به عقاید معنوی و مذهبی بیمار توجه کرده و به سخنانشان گوش دهند و معتقدند اعتقادات معنوی آنان می تواند توسط درمانگر در فرایند درمانشان مورد استفاده قرار گیرد . دکتر شیرزاد افزود: ابعاد معنوی بیمار بسیار با اهمیت است، گاهی درمان شونده می خواهد درباره عقاید مذهبی و معنوی خود با درمانگر صحبت کند اما درمانگر در این زمینه ورود نمی کند یا خود درمان شونده بواسطه اینکه ممکن است به سطحی نگری متهم شود از بیان دیدگاه های معنوی خود در بیماری روانشناختی یا جسمی خود سخن نمی گوید .

وی مداخلات معنوی درمانی را شامل نیایش، تمرکز، حل مسئله مبتنی بر معنویت و بخشایشگری ذکر و بیان کرد: گاهی مشاهده شده زمینه بیماری برخی بیمارانی که به دلیل وسواس، اضطراب و ترس در حال گذراندن دوره درمان دارویی هستند همان تعارضات عقیدتی آنان در طول زندگی است.

این روانپزشک به موارد متعدد از بیماران خود اشاره و بیان کرد: تعارضات معنوی در مواردی موجب بروز برخی آسیب های روانی در افراد شده و حتی برخی رفتارهای درمانی از سوی درمانگران بیمار را دچار تعارض معنوی کرده و موجب اختلال در فرایند درمان می شود.

*ایران جامعه ای معنوی

استادیار مرکز تحقیقات سلامت معنوی دانشگاه علوم پزشکی ایران گفت: در فرایند درمان بالینی مردم ایران که از نظر تاریخی به عنوان یک جامعه معنوی و مذهبی شناخته شده باید به مقوله معنویت توجه ویژه شود. وی افزود: مردمی که بواسطه نظر و فرمان یک رهبر مذهبی جانشان را در راه عقیده خود فدا می کنند قطعاً جامعه ای معنوی هستند لذا درمانگر نمی تواند در فرایند بالینی از این مولفه مهم چشم پوشی کند.

دکتر شیرازد هدف درمانگر از مباحث سلامت معنوی را تنها کمک به بیمار و درمان آن عنوان کرد و افزود: برخی معتقدند از درمانگران معنوی نیز می توان برای رشد معنوی بیمار انتظار مداخله داشت اما برخی دیگر این اقدامات را از وظایف کارشناسان دینی عنوان کرده اند. انتهای پیام *



معاون پیشگیری بهزیستی در گفت و گو با ایرنا :



مراکز تخصصی مشاوره جنسی در کشور افزایش یافت *

تهران- ایرنا- معاون توسعه خدمات پیشگیری سازمان بهزیستی کشور گفت: مراکز تخصصی مشاوره کاهش طلاق و مراکز تخصصی مشاوره جنسی در کشور افزایش یافته است.

فاطمه عباسی روز سه شنبه در گفت و گو با خبرنگار ایرنا افزود: ۳۴۷ مرکز تخصصی مشاوره کاهش طلاق در کشور راه اندازی شده و مراکز تخصصی مشاوره جنسی بخشی از این مراکز را تشکیل می دهند. وی اضافه کرد: مشکلات جنسی در کنار دیگر مسائل مانند مسائل روانی و اجتماعی، فقر و بیکاری یکی از علل طلاق به شمار می روند بنابراین بیشتر روی این مساله تمرکز کرده ایم.

وی ادامه داد: اگر متقاضی راه اندازی مراکز تخصصی مشاوره جنسی وجود داشته باشد به آن مجوز اعطا می شود؛ در این مراکز باید یک روانپزشک در کنار دیگر درمانگران، فعالیت داشته باشد. معاون توسعه پیشگیری سازمان بهزیستی کشور در پاسخ به سوال خبرنگار ایرنا درباره افزایش خیانت در جامعه، اظهار داشت: خیانت عوامل گوناگونی از مسائل جنسی تا تنوع طلبی دارد. پیش از این خیانت ها بیشتر از سوی مردان مشاهده می شد و تک جنسی بود اما اکنون متأسفانه در هر دو جنس دیده می شود. عباسی افزود: البته خیانت هنوز در مردان بیشتر است؛ البته مردان به دلایل مسائل شرعی مانند صیغه، راحت تر می توانند همزمان علاوه بر همسر خود با فرد دیگری رابطه داشته باشند.

وی برگزاری دوره آموزش های زندگی خانوادگی را برای زوج هایی که پنج سال از ازدواج آنها گذشته است، از دیگر برنامه های کاهش طلاق عنوان کرد و گفت: در آموزش های قبل از ازدواج، اقشار گوناگونی مانند دانشجویان بهره مند می شوند. در این آموزش ها مسائل مربوط به تحکیم بنیاد خانواده و درک متقابل از یکدیگر، ارائه می شود. وی اضافه کرد: مهارت های زندگی را باید از دوران کودکی آموزش داد و مهدهای کودک، مکان های خوبی برای ارائه این آموزش ها هستند. انتهای پیام *



انزوا در کودکان دوران ابتدایی افزایش یافته است

تهران - ایرنا - روانشناس بالینی کودکان گفت: به علت افزایش افسردگی در بزرگسالان، بی حوصلگی والدین برای صحبت و بازی با فرزندان و کاهش مهارت دوستیابی کودکان، پدیده انزوا و گوشه گیری کودکان در دوران ابتدایی افزایش یافته است.

ثریا علوی نژاد روز دوشنبه در گفت و گو با خبرنگار حوزه سلامت گروه اجتماعی ایرنا اظهارداشت: از آنجایی که افسردگی یک حالت خلقی شامل بی حوصلگی و گریز از فعالیت یا بی علاقه‌گی و بی میلی است فرزندان این گونه والدین به شدت انزواطلب و گوشه گیر می شوند.

وی گفت: والدین متأسفانه در زمانی که بچه ها می خواهند به مدرسه بروند، وضعیت سلامت روان و کارنامه فعالیت های آنها را مشاهده می کنند و به عنوان نمونه از چگونگی و وضعیت کلامی و مشکل دوستیابی کودکان خود مطلع می شوند. وی با بیان اینکه هم اکنون انزواطلبی و گوشه گیری کودکان در مدارس بسیار مشاهده می شود، افزود: در مهدهای کودک و پیش دبستانی انزواطلبی در بین کودکان به شدت افزایش یافته و یکی از دلایل اصلی آن بی توجهی به آموزش مهارت دوستیابی به کودکان است که از سوی خانواده به عنوان نزدیکترین فرد به کودک ارائه نشده و کودک تا زمان شروع مدرسه فکر می کند فقط با افراد خانواده باید دوست باشد و دیگران را غریبه می پندارد و این زمینه ای برای افسردگی کودک می شود.

مشاور روانشناس بالینی کودکان، استفاده زیاد از تبلت، موبایل و تلویزیون را در نزد بچه ها عامل کاهش هوش آنان عنوان کرد و افزود: استفاده از این وسایل موجب خواهد شد تا کودکان اطلاعات را یک طرفه دریافت کنند و بدین وسیله ارتباط کلامی و ابراز علاقه و دوست داشتن ها در بین کودکان افت کرده و نمی توانند با دیگر همکلاسی ها ارتباط مناسب برقرار کنند.

وی گفت: با مشاوره دادن به مادران در دوران بارداری طی هر سه ماه یکبار و بعد از تولد تا زمان پیش از ازدواج فرزندان، این فرصت برای والدین مهیا می شود تا نسبت به چگونگی رفتار با کودکان از زمان قبل از تولد، بعد از تولد، تا پیش دبستانی، زمان مدرسه تا دانشگاه و حتی قبل از ازدواج و بعد از ازدواج نسبت به روند شکل گیری شخصیت و مسائل خانوادگی و اجتماعی فرزندان خود در محیط خانه و بیرون از خانه، با آگاهی و دانش کافی عمل کنند.

علوی نژاد اظهار کرد: در این میان هر چقدر میزان افسردگی والدین در محیط خانه بیشتر شود این روند بر روی رفتار بچه ها تاثیرگذار خواهد بود و نخستین تاثیر افسردگی والدین، ایجاد احساس ناامنی شدید کودک در منزل و محیط مدرسه است. این روانشناس مهمترین شاخص بروز افسردگی والدین در میان بچه ها را این گونه بیان کرد: در سنین راهنمایی و متوسطه اول، افسردگی والدین به شکل انزواطلبی در بین بچه ها خود را نشان می دهد. بیماری افسردگی والدین در میان فرزندان می تواند به صورت بی اعتمادی و هم کلام نشدن با پدر و مادر، بروز پیدا می کند. در این حالت بچه ها با حضور مشاور بهداشت در مدرسه تمایل دارند مسائل خود را با همکلاسی شان در میان گذارند و با والدین و اولیای مدرسه گفت و گو نکنند. وی گفت: با نزدیک شدن فرزندان به سن بلوغ دوران هیجانات بدنی و رفتاری در آنان متحول می شود و چنانچه فرزندی در این دوره با واکنش عدم پاسخگویی به نیازهای خود از سوی والدین مواجه شود به طور طبیعی برای پاسخگویی به نیازهای خود به سمت دیگران روی خواهد آورد.

علوی نژاد اظهار داشت: زمانی که فرزند خانواده ای به سمت مصرف سیگار رو می آورد، متأسفانه زمانی است که پدر یا مادر با بیماری افسردگی رو به رو هستند و از وضعیت فرزند خود در محیط بیرون از خانه و مدرسه اطلاعی ندارند، ادامه این رویه

زندگی‌خطرناک و مشکلات خاص خود را برای خانواده ها به همراه خواهد داشت. انتهای پیام *



به صاحب امتیازی پژوهشگاه حوزه و دانشگاه؛



جدیدترین شماره از فصلنامه «مطالعات اسلام و روان‌شناسی» منتشر شد

شماره ۲۲ از دوره ۱۲ دوفصلنامه علمی پژوهشی «مطالعات اسلام و روان‌شناسی» به صاحب امتیازی پژوهشگاه حوزه و دانشگاه، مدیر مسئولی سیدمحمد غروی‌راد و سردبیری محمد کاویانی منتشر شد.

به گزارش [خبرگزاری مهر](#)، در بیست و دومین شماره از دوفصلنامه علمی پژوهشی «مطالعات اسلام و روان‌شناسی»، مقالاتی با عناوین «ساخت و ارزیابی روان‌سنجی مقیاس دینداری نوجوانان دبیرستانی ایران» نوشته محمد خدایاری‌فرد، سعید اکبری زردخانه، رامین هاشمی گشنیگانی و محمدجواد فهمی‌فر؛ «ساخت و اعتباریابی مقیاس سنجش نیازهای معنوی در دانشجویان» تألیف آزاده خواجهویی میرزاده، عباس رحمتی و رضا ایرانمنش؛ «بررسی رابطه بین «سبک زندگی اسلامی» با «رضایت زناشویی» با واسطه‌گری «خوش‌بینی» نوشته احمد برجعلی، فرامرز سهرابی، حسین اسکندری، عبدالله معتمدی و احمد فلاح منتشر شده است.

همچنین مقالات «تدوین پروتکل درمانی بر اساس «ذهن آگاهی» مبتنی بر فعالسازی «طرحواره های معنوی-اسلامی» در «رضایتمندی زناشویی» دانشجویان» تألیف مریم نیکوی، مسعود آذربایجانی و کیومرث فرحبخش؛ «روان‌شناسی اجتماعی و باورهای تمدن‌ساز امام خمینی قدس سره» نوشته محمد بهشتی؛ «پیش‌بینی «آسایش درونی» بر اساس «نگرش به دین» با واسطه‌گری «امید» و معنای زندگی «به قلم ناصر آقابابایی، فرامرز سهرابی، حسین اسکندری، احمد برجعلی و نورعلی فرخی؛ «اثر بخشی الگوی کوتاه مدت «درمانگری چندبعدی معنوی» (SMP) بر «مهار نشانگان افسردگی» نوشته مرتضی روحانی، مسعود جان‌بزرگی، حسن احدی و محمدرضا بلیاد از دیگر مقالات منتشر شده در این شماره از مجله است.

در چکیده مقاله «ساخت و ارزیابی روان‌سنجی مقیاس دینداری نوجوانان دبیرستانی ایران» آمده است «بر اساس مطالعات انجام - شده بسیاری از کشش‌های مذهبی و تحولات دینی در دوران نوجوانی شکل می‌گیرد. هدف از پژوهش حاضر ساخت ابزاری روا و معتبر به منظور سنجش دینداری نوجوانان بود. روش پژوهش در این مطالعه از نوع توصیفی بود. پژوهش حاضر شامل دو فاز ساخت و استانداردسازی بود. بدین منظور در فاز ساخت ۹۰ گویه به عنوان مخزن آیت‌م تهیه شد که در انتهای این فاز مقیاس مقدماتی با ۴۲ گویه تهیه شد.

در فاز استانداردسازی نسخه نهایی بر اساس داده‌های ۸۴۹ دانش‌آموز دبیرستانی ۶ منطقه شهر تهران - که با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای انتخاب شدند- با ۳۶ گویه فراهم شد. نتایج حاصل از تحلیل عاملی اکتشافی گروه مدرج‌سازی بیانگر وجود سه عامل باور دینی، عواطف دینی و رفتار دینی بود. همچنین نتایج تحلیل عاملی تأییدی گروه روایی‌یابی نیز حاکی از برازش مناسب‌تر ساختاری با سه عامل نظری است. بررسی اعتبار آیت‌ها، زیرمقیاس‌ها و کل مقیاس مدل نهایی نشان داد دامنه ضرایب همگونی درونی زیرمقیاس‌ها بین ۰/۹۲ تا ۰/۸۸ است. ضرایب همبستگی نمره آیت‌ها با نمره کل زیرمقیاس مربوطه ۰/۴۶ تا ۰/۷۶ است. بحث در نتایج نیز مشخص کرد مقیاس دینداری نوجوانان از ویژگی‌های روان‌سنجی مناسب برخوردار است و می‌توان از آن به عنوان ابزاری مناسب در مجموعه‌های پژوهشی با نوجوانان مسلمان استفاده کرد».

نویسنده مقاله «ساخت و اعتباریابی مقیاس سنجش نیازهای معنوی در دانشجویان» در چکیده مقاله خود آورده است «هدف

پژوهش، ساخت و اعتباریابی مقیاس سنجش نیازهای معنوی می باشد. نسخه اولیه مقیاس با محوریت مقاله نیازهای معنوی (شجاعی، ۱۳۸۶) با تعداد ۱۶۴ گویه صورت بندی شد. جامعه هدف، دانشجویان دانشگاه شهید باهنر کرمان بود. نوع تحقیق، توصیفی-تحلیلی و به روش پیمایشی انجام شد. سپس بر اساس نظرات اساتید، به ۷۴ ماده تقلیل یافت. از طریق نمونه گیری تصادفی ساده، تعداد ۷۴۰ دانشجو به عنوان گروه نمونه به پرسشنامه پاسخ دادند. برای تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS و روش ماتریس کوواریانس یا همبستگی از نوع تحلیل عاملی با روش تحلیل عاملی تأییدی مؤلفه های اصلی استفاده شد. نتایج تحلیل ضریب پایایی درونی از طریق آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه را ۰/۹۸ نشان داد. بار عاملی همه مؤلفه ها در دامنه ۰/۸۲ تا ۰/۹۲ و همه سؤال ها در دامنه ۰/۵۸ تا ۰/۸۶ معنا دار بود. پس این مقیاس می تواند نیازهای معنوی را با مقاصد پژوهشی و تشخیصی مورد سنجش قرار دهد.

در چکیده مقاله «بررسی رابطه بین «سبک زندگی اسلامی» با «رضایت زناشویی» با واسطه گری «خوش بینی» می خوانیم «هدف این پژوهش، بررسی رابطه بین «سبک زندگی اسلامی» با «رضایت زناشویی» با واسطه گری «خوش بینی» است. روش آن، همبستگی و تحلیل مسیر با استفاده از نرم افزار AMOS ۲۰ است. جامعه آماری اش، کارکنان متاهل دولت تعیین شد، بطوری که ۲۱۴ نفر از کارمندان متاهل (۹۴ مرد و ۱۲۰ زن) سازمان حمایت مصرف کنندگان و تولیدکنندگان ساکن در شهر تهران بصورت خوشه ای و تصادفی انتخاب شدند و به پرسشنامه رضامندی همسران (افروز)، پرسشنامه خوش بینی اسلامی (نوری) و پرسشنامه سبک زندگی زوجین با رویکرد اسلامی (حیرت و همکاران) پاسخ دادند. یافته ها نشان داد بین سبک زندگی اسلامی و رضایت زناشویی رابطه مثبت و معناداری ($P < 0/01$) وجود دارد، بطوری که سبک زندگی اسلامی اثر مستقیم و معنادار بر رضایت زناشویی دارد ($P < 0/05$). همچنین مقدار استاندارد اثر غیرمستقیم سبک زندگی با واسطه گری خوش بینی بر رضایت زناشویی در سطح ۰/۰۵ معنادار می باشد. بنابراین سبک زندگی اسلامی با واسطه گری خوش بینی، بر رضایت زناشویی اثر غیرمستقیم دارد و دو متغیر خوش بینی و سبک زندگی اسلامی، رضایت زناشویی را تبیین می کنند».

در چکیده مقاله «تدوین پروتکل درمانی بر اساس «ذهن آگاهی» مبتنی بر فعال سازی «طرحواره های معنوی-اسلامی» در «رضایت مندی زناشویی» دانشجویان «آمده است «هدف از انجام پژوهش حاضر تدوین پروتکل درمانی براساس «ذهن آگاهی» مبتنی بر فعال سازی «طرحواره های معنوی-اسلامی» در «رضایت مندی زناشویی» زنان دانشجو بود؛ جامعه آماری عبارت بود از زنان دانشجو در دانشگاه آزاد اسلامی واحد کنگاور در سال تحصیلی ۹۵۱۳۹-۹۵۱۳۹ تعداد ۲۸ نفر بصورت داوطلبانه و در دسترس که نمره پاینتی در رضایت مندی زناشویی داشتند انتخاب شده و بصورت تصادفی به گروه آزمایش و گروه گواه (هر گروه ۱۴ نفر) اختصاص یافتند. هر دو گروه یک بار پیش از انجام آزمایش، یک بار بلافاصله پس از اتمام آزمایش و یک بار یک ماه پس از انجام مداخلات، پرسشنامه رضامندی زناشویی جدیری را تکمیل کردند. داده ها به وسیله آزمون تحلیل کوواریانس یک راهه و چندراهه تحلیل شدند. یافته هانشان داد که پروتکل درمانی تدوین شده توسط پژوهشگر توانسته است افزایش معناداری در میزان رضایت مندی زناشویی دانشجویان ایجاد کند. این افزایش در مرحله پیگیری نیز حفظ شده بود. در نتیجه می توان گفت پروتکل درمانی ذهن آگاهی مبتنی بر طرحواره های معنوی-اسلامی، شیوه مناسبی برای افزایش رضایت زناشویی زوجین است».

نویسنده مقاله «روان شناسی اجتماعی و باورهای تمدن ساز امام خمینی قدس سره» در چکیده مقاله خود آورده است «هدف این پژوهش پاسخ دادن به این سؤال است که «عوامل و مؤلفه های تمدن اسلامی (در بعد مادی و معنوی) چیست و چه تلازمی بین این دو بعد وجود دارد؟». روش پژوهش عبارت است از تحلیل نظری در محتوای آثار مکتوب باقی مانده از امام خمینی (ره). نتایج به دست آمده نشان می دهد که: ۱. «تمدن اسلامی» حقیقتی است که در آن، عوامل مادی و معنوی تلازم دارند؛ ۲. بعضی از مؤلفه های تمدن اسلامی عبارتند از: دانش، پیشرفت و رفاه، معنویت، امنیت، سیاست، امت اسلامی و وحدت اسلامی و...؛ ۳. تمدن اسلامی مبتنی بر منظومه فکری امام خمینی (ره) توحید محور است و تمام مولفه های فوق، بر محور توحید جریان می یابند؛ ۴. علم و فناوری و پیشرفت مادی اگر با مدیریت عقل و وحی باشد جامعه رو به تکامل و تعالی خواهد بود و چنانچه با

مدیریت عقل و وحی نباشد جامعه رو به انحطاط می گذارد».

در چکیده مقاله «پیش بینی «آسایش درونی» بر اساس «نگرش به دین» با واسطه گری «امید» و «معنای زندگی» آمده است «پژوهش ها گویای رابطه مثبت دینداری با آسایش و سلامت جسمی و روانی اند. پژوهش پیش رو به بررسی ارتباط «نگرش به دین» (شامل باورها و مناسک دینی) با «آسایش درونی» (شامل شادی، رضایت از زندگی، و حرمت خود) از طریق «امید» و «معنای زندگی» می پردازد. ۴۹۳ دانشجوی رشته های مختلف دانشگاه های تهران به صورت غیر تصادفی انتخاب شدند و به این پرسشنامه ها پاسخ دادند: «مقیاس شادی درونی»، «مقیاس رضایت از زندگی»، «مقیاس حرمت خود روزنبرگ»، «مقیاس نگرش مسلمانان به دین»، «آزمون هدف در زندگی»، و «مقیاس امیدواری». یافته ها نشان دادند که نگرش به دین با شادی، رضایت از زندگی، حرمت خود، امیدواری، و معنای زندگی رابطه مثبت دارد. آزمون سوبل نقش واسطه ای امیدواری و معنای زندگی را در روابط نگرش به دین با شادی، رضایت از زندگی، و حرمت خود تأیید کرد. امید و معنا جوهره دین قلمداد شده اند. نتایج پژوهش حاضر گویای آن اند که جوهره دین به آسایش انسان ها کمک می کند».

همچنین در چکیده مقاله «اثربخشی الگوی کوتاه مدت «درمانگری چندبعدی معنوی» (SMP) بر «مهار نشانگان افسردگی» آمده است «پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر «الگوی کوتاه مدت درمانگری چندبعدی معنوی» بر «مهار نشانگان افسردگی» شکل گرفت. طرح پژوهش از نوع نیمه تجربی، با روش پیش آزمون، پس آزمون و گروه گواه بود. جامعه آماری را مبتلایان به افسردگی مراجع کننده به «مرکز مشاوره دانشگاه علوم پزشکی مشهد» و «مرکز مشاوره با رویکرد دینی» حرم مطهر تشکیل دادند. که با رعایت ملاک های ورود و خروج، ۴۰ مراجع انتخاب و بصورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جای گرفتند. ابزار پژوهش «پرسشنامه افسردگی بک» و «پرسشنامه خودپنداره - خداپنداره جان بزرگی» بود. گروه آزمایش در ۱۲ جلسه یک و نیم ساعته مداخله را دریافت کردند. نتایج تحلیل کواریانس نشان داد بین دو گروه در نشانگان افسردگی، کاهش معناداری وجود داشت. این مداخله با اصلاح خودپنداره (تصویر ساختگی از خود) و خداپنداره (تصویر ساختگی از خدا) زمینه تقویت و ایجاد تصویر واقعی از خود و تصویر واقعی از خدا را نیز فراهم کرده و مکانیزم درمان و پایداری نتایج را تأمین می کند».

علاقه مندان برای دریافت اصل مقالات می توانند به سایت مجله به نشانی islamicpsy.rihu.ac.ir مراجعه کنند.



همایش ملی روان شناسی مدرسه برگزار می شود



پنجمین همایش ملی روان شناسی مدرسه بهمن ۹۷ برگزار می گردد

به گزارش [خبرگزاری مهر](#)، پنجمین همایش ملی روان شناسی مدرسه توسط انجمن روانشناسی تربیتی ایران در ۲۷ بهمن ۹۷ برگزار می شود.

علاقه مندان به شرکت در پنجمین همایش ملی روان شناسی مدرسه می توانند جهت ثبت نام و ارسال چکیده مقاله با ورود به سایت همایش به آدرس <http://sp.iepaconf.ir/fa> و مطالعه دقیق مراحل ثبت نام و دستور العمل ها نسبت به بارگذاری ارسال چکیده مقاله اقدام کنند.

قوانین و مقررات ارسال مقاله:

اطلاع رسانی به سخنرانان در خصوص پذیرش مقاله، نحوه تهیه پوستر و یا سخنرانی تا تاریخ ۹۷/۱۰/۱۵ صورت می پذیرد.

نوع ارائه مقاله (سخنرانی / پوستر) توسط کمیته علمی همایش و با در نظر گرفتن تعداد مقاله های پذیرفته شده و همچنین تمایل ارائه دهنده مقاله مشخص می شود.

هر سخنران می تواند فقط یک مقاله جهت ارائه در همایش ارسال کند.

مشارکت در بیش از یک مقاله بلامانع است.

داوری مقاله های ارسالی در کمیته علمی همایش منوط به رعایت کامل «راهنمای نگارش خلاصه مقاله» است.

ارسال مقاله از طریق سایت اینترنتی صورت می گیرد.

لازم به ذکر است که صرفاً مقاله هایی پذیرفته می شوند که مرتبط با محورهای همایش باشند.

از هر نویسنده بیش از سه مقاله پذیرفته نمی شود.

محورهای همایش عبارتند از:

-صلاحیت های حرفه ای معلم و شیوه های آموزش خلاقانه

-انطباق آموزش های مدرسه ای با نیازهای جامعه

-نظام استعدادیابی، هدایت تحصیلی و مشاوره شغلی

-نظام ارزشیابی اصیل و عملکردی

-یکپارچه سازی، عادی سازی و انطباق مدارس (عادی و تیزهوش)

-آسیب شناسی مدارس و هویت یابی دانش آموزان

-شادکامی و ارتقاء سلامت روانی در مدارس

-نظام آموزشی پیش از دبستان و اهمیت آموزش از طریق بازی



جای میان دیروز و فردا

سهراب سپهری می گوید زندگی چیزی نیست که لب طاقچه عادت از یاد من و تو برود؛ زندگی ضرب زمین در ضربان دل ماست.

به گزارش ایسنا، گاهی زندگی کردن برایمان دشوار می شود و به جای زندگی، روزمرگی می کنیم. محو روزگار می شویم، اما زمان، سریع می گذرد و تا چشم بر هم می زنیم عمرمان به پایان می رسد.

همه انسان‌ها در گیرودار سه قید زمان هستند؛ گذشته، حال و آینده! برخی با تکرار خاطرات گذشته با غرق در ترس از آینده زمان حال را از میان می‌برند. برخی دیگر اما با امید به آینده سعی می‌کنند از امروزشان لذت ببرند.

سارا- بانویی سی و دو ساله اما قدری نا امید است. او غرق در گذشته شده و تجارب بد گذشته او را از زندگی کردن در زمان حال و خوش بینی نسبت به آینده باز داشته. او همیشه وقایع تلخ گذشته را به یاد می‌آورد و گاهی به دلیل تکرار این حوادث دچار افسردگی می‌شود.

او پیش از این دوبار زندگی مشترک ناموفق را تجربه کرده است و به همین دلیل از تجربه دوباره زندگی مشترک واهمه دارد. "همسر اولم در اثر تصادف فوت کرد و از همسر دومم جدا شدم. بنابراین خوش بینی من نسبت به آینده و ازدواج مجدد برای خودم هم مسخره است." این را سارا می‌گوید. سارا باور دارد زندگی را نمی‌توان آن گونه که دوست دارد داشته باشد.

در همین خصوص، هورا چیت‌ساز- روان پزشک، با بیان اینکه در زندگی هر فردی سه بخش گذشته، حال و آینده وجود دارد که در برگیرنده اتفاقات خوشایند و ناخوشایند است، اظهار کرد: معمولاً اتفاقات ناخوشایند زندگی که در گذشته برایمان رخ داده است با سماجت خاصی به زندگی حال می‌چسبد و حتی زمانی که نمی‌خواهیم به آنها فکر کنیم باز هم ناخواسته مرور می‌شوند.

وی با بیان اینکه گذشت زمان نیز بار منفی وقایع گذشته را کم نمی‌کند و آزاری که برای فرد ایجاد می‌کند همچنان ادامه دارد، خاطر نشان کرد: بنابراین هر چقدر که در گذشته خودمان بمانیم و از آن عبور نکنیم منجر می‌شود پیشرفتی در زندگی نکنیم و به بیانی دیگر امروز زندگی خود را از دست بدهیم.

این پزشک سلامت روان با اشاره به اینکه بهتر است خاطرات و تجربیات ناخوشایند گذشته را با جزییات مرور کنیم و قسمتهای قابل حل، بگذریم، گفت: مسلماً قسمتهایی از تجربیات و خاطرات گذشته قابل حل نیست و نمی‌توان از آن گذشت، در این مواقع می‌توان از مشاوران کمک گرفت و از آنها مشاوره خواست.

چیت ساز با بیان اینکه بهتر است که مدت زمان زیادی از زندگی مان را به گذشته مان اختصاص ندهیم، افزود: به دلیل اینکه مدت زمان زیادی از حوادث قبلی، گذشته و نمی‌توان هیچ کاری کرد بهتر است کمتر به گذشته برگردیم و بهتر است از حوادث گذشته عبرت بگیریم و حسرت آن را نداشته باشیم.

این پزشک سلامت روان با بیان اینکه نه تنها در گذشته خود باقی مانیم بلکه از فکر کردن زیاد به آینده نیز پرهیز کنیم، تصریح کرد: هر چقدر نسبت به آینده فکر کنیم اضطراب‌هایمان بیشتر می‌شود و باید طول عمر خود را برای مقابله با این اضطراب‌ها سپری کنیم.

این پزشک سلامت روان ادامه داد: راهکارهای زندگی در زمان حال یعنی اینکه بر روی هر کاری که انجام می‌دهیم تمرکز داشته باشیم. یاد بگیریم که برای افزایش تمرکز، ساده زندگی کنیم و نیازی نیست اطراف خودمان را شلوغ کنیم زیرا با شلوغ کردن اشیاء در پیرامون خود تمرکز درستی صورت نمی‌گیرد.

این پزشک سلامت روان تصریح کرد: گاهی روز را در حالی به شب می‌رسانیم که لبخندی نزده‌ایم. باید جای اینکه بگوییم یک روز دیگر دوباره صبح شد فردای خود را این گونه شروع کنیم که در آینه یک لبخند به خودمان بزنیم و در برخورد با افراد مختلف در آن روز نیز لبخند را از یاد نبریم.

چیت ساز با بیان اینکه باید انتظارات معقولانه‌ای از زندگی داشته باشیم و از جملات مثبت در زندگی استفاده کنیم، ادامه داد: باید

گاهی با خودمان خلوت کنیم و زمانی را به خودمان اختصاص دهیم و در مواقع مختلف خود را مهمان کنیم و هدیه بدهیم و کارهایی که دوست داریم انجام دهیم. انتهای پیام



جهاد دانشگاهی علوم پزشکی شهید بهشتی اقدام کرد

همکاری علمی با دانشگاه آلستر ایرلند شمالی

جهاد دانشگاهی علوم پزشکی شهید بهشتی با هدف راه اندازی دوره های مشترک علمی و دانشگاهی در حوزه سلامت روان و همچنین برقراری تبادلات علمی با دانشگاه آلستر ایرلند شمالی، نشستی با اعضای هیات علمی این دانشگاه برگزار کرد.

به گزارش ایسنا، با توجه به اهمیت موضوع تربیت و آموزش نیروهای متخصص و کارآمد در حوزه سلامت روان و همچنین نیاز کشور، ریاست و کارشناسان جهاد دانشگاهی علوم پزشکی شهید بهشتی نشستی مشترک با دکتر صمدی و پرفسور روی مک کانکی، اعضای دپارتمان بهداشت و سلامت دانشگاه آلستر در جهاد دانشگاهی علوم پزشکی شهید بهشتی برگزار کردند.

در ابتدای جلسه دکتر علیرضا بهرامی رئیس جهاد دانشگاهی علوم پزشکی شهید بهشتی با ارائه شرح مختصری از رسالت و چارچوب وظایف جهاد دانشگاهی، بر ضرورت تهیه برنامه ای مدون در زمینه تربیت متخصصان حوزه سلامت روان و در چارچوب آموزش های بین المللی، تحت نظارت متخصصان داخلی تاکید کرد.

وی با اشاره به لزوم فرهنگ سازی در جهت استفاده بهینه از افراد و خانواده ها در چارچوب های خاص جامعه، عنوان کرد: با عنایت به لزوم توجه بیشتر به کودکان و سالمندان پیشنهاد می شود که اولین دوره آموزشی مشترک در حوزه کودکان دارای نیازهای خاص برگزار شود تا در ادامه این مسیر بتوانیم با راه اندازی مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی همسو و همراستا با استانداردهای بین المللی، سهم بسزایی در بهبود سطح زندگی این افراد در جامعه ایفا کنیم.

وی همچنین با اشاره به کمبودهای حوزه سلامت روان در داخل کشور بر لزوم همکاری و تبادلات علمی و همچنین انتقال تجربیات علمی بین المللی تاکید کرد.

در ادامه پرفسور مک کانکی با بیان اینکه در تمامی کشورهای دنیا قطعاً نقایصی در حوزه های مختلف سلامت بخصوص سلامت روان وجود دارد، اظهار کرد: می توان با ایجاد فضا و بستر مناسب برای آموزش های بین رشته ای، دوره های خاصی را تدوین کرد، چراکه عموماً دوره های آکادمیک و پایه در تمام کشورها و دانشگاهها وجود دارد ولی خیلی کاربردی نیستند.

پرفسور مک کانکی در ادامه عنوان کرد: دانشگاه آلستر آمادگی لازم را برای تبادل اطلاعات علمی دارد.

سپس شهبازپور، کارشناس دپارتمان سلامت روان جهاد دانشگاهی با اشاره به ضرورت بومی سازی و فرهنگ سازی علوم در حوزه سلامت روان، اظهار کرد: معمولاً در تمام دانشگاهها مباحث مربوط به سلامت روان و روانشناسی تدریس می شود ولی دانشی که عموماً وارد کشور می شود یا کاربردی و عملی نیست یا تناقضات زیادی با فرهنگ و تابوهای موجود در کشور ما دارد. بنابراین به نظر می رسد که علوم و دانش مربوطه باید در همان چارچوب فراگرفته شود ولی برای آموزش یا مداخلات درمانی قطعاً باید بومی سازی نسبت به فرهنگ کشور اعمال شود.

وی در این رابطه ادامه داد: حتی در استان های مختلف کشور ما نیز فرهنگ و آداب و رسوم خاصی وجود دارد که درمانگران باید

در مداخلات اهمیت آن را جدی گرفته و حتی کارگروهی جهت بومی سازی این علوم تشکیل شود.

در این نشست مقرر شد پس از تدوین برنامه تفاهم نامه همکاری بین دو طرف منعقد شود. انتهای پیام



افسردگی در کمین بیماران "بخش مراقبت های ویژه"

پزشکان در یک مطالعه جدید تاکید کردند: بیمارانی که در بخش مراقبت های ویژه (ICU) بیمارستان تحت درمان قرار می گیرند بیشتر در معرض افسردگی هستند.

به گزارش ایسنا، گروهی از متخصصان انگلیسی با بیان اینکه بیمارانی که در بخش مراقبت های ویژه بیمارستان تحت درمان قرار می گیرند بیشتر در معرض افسردگی هستند، اظهار داشتند: افسردگی در این بیماران با افزایش احتمال خطر مرگ طی مدت زمان دو سال مرتبط است.

متخصصان در این بررسی ها دریافتند بیش از نیمی از بیمارانی که در بخش مراقبت های ویژه بستری بوده اند به علائم اختلالات روان شناختی از قبیل اضطراب، افسردگی و اختلال استرس پس از آسیب روانی دچار شده اند.

خطر ابتلا به بیماری های روان شناختی پس از بستری شدن در بخش مراقبت های ویژه بیمارستانی بسیار متداول است. همچنین بیمارانی که دچار علائم افسردگی می شوند ۴۷ درصد بیشتر احتمال دارد در مدت زمان دو سال پس از مرخص شدن از ICU فوت کنند.

در این بررسی متخصصان انگلیسی به مطالعه روی ۴۹۴۳ بیمار که در فاصله سال های ۲۰۰۶ تا ۲۰۱۳ حداقل ۲۴ ساعت در بخش مراقبت های ویژه بستری بوده اند، پرداختند. همچنین از این بیماران درخواست شد تا به پرسشنامه ای مربوط علائم و نشانه های افسردگی پاسخ دهند. به گزارش ژاپن تودی، متخصصان با بررسی روی پاسخ های بیماران به بروز علائمی چون اختلالات اضطراب، افسردگی و اختلال استرس پس از آسیب روانی در آنان پی بردند. همچنین در برخی از این بیماران علائم بیش از یک اختلال مشاهده شد. انتهای پیام



زنان شادترند یا مردان؟

بر اساس تحقیقات صورت گرفته در واقع سوال « زنان شادترند یا مردان؟ » صحیح نیست، چون به طور کلی شادی در زنان و مردان متفاوت است.

به گزارش ایسنا و به نقل از سایکولوژی نیوز، بر اساس آمار جدید، شادی زنان در ۳۰ سال گذشته کاهش یافته و نتایج تحقیقات نشان می دهد که زنان در مقایسه با مردان دو برابر بیشتر دچار افسردگی می شوند. نقش تفاوت های جنسیتی در افسردگی تایید شده و مطالعات نشان داده اند که عوامل بیولوژیکی، روانی و اجتماعی علت اصلی این اختلاف هستند.

زنان به احساسات مثبت، مانند شادی بیش از مردان حساسند. بنابراین به نظر می رسد عدم این احساسات مثبت، خطر ابتلا به افسردگی در زنان را افزایش می دهند. البته زنان بیش از مردان به درمان افسردگی و رفع این مشکل می پردازند.

مطالعات اولیه در زمینه شادی بر اساس جنسیت نشان داد مردان و زنان برای ابراز احساسات متفاوت هستند. زنان بیش از مردان احساس شادی و ترس را بیان می کنند و در نتیجه پیوند اجتماعی آنان با دیگران بیشتر و حاکی از نقش اجتماعی زنان از دیرباز است. مردان، احساس خشم و غرور را بیش از زنان بیان می کنند که این مورد هم تاییدکننده نقش مردان از گذشته تا به امروز است.

تحقیقات اخیر نشان می دهد که این تفاوت ها فقط اجتماعی نیستند، بلکه جنبه ژنتیکی نیز دارند. به همین دلیل زنان در آزمون های استاندارد تشخیص عاطفه، حساسیت اجتماعی و همدلی نمره بالاتری نسبت به مردان کسب کردند.

زنان وقتی که احساسات را پردازش می کنند از مناطق بیشتری از مغز که حاوی نورون های آینه ای است استفاده می کنند. این نورون ها اجازه می دهند ما جهان را از دیدگاه دیگران تجربه کنیم تا بتوانیم اقدامات و نیت های آنان را درک کنیم و شاید دلیلی بر درک بهتر زنان از غم و اندوه دیگران است.

از دیدگاه روان شناختی، مردان و زنان از لحاظ بیان احساسات متفاوتند و زنان به استثنای خشم، احساسات بیشتری را تجربه و احساسات خود را بیشتر با دیگران به اشتراک می گذارند. زنان، احساسات اجتماعی بیشتری نسبت به مردان مانند حس قدردانی دارند که با حس شادی آنان مرتبط است و در نتیجه شادی زنان بیشتر وابسته به روابط با دیگران است.

با این حال هرچند زنان اغلب احساس خشم را مانند مردان به شدت احساس می کنند، اما به طور آشکار آن را بیان نمی کنند. در واقع مردان خشم خود را بر دیگران خالی می کنند، اما زنان خشم خود را فرو برده و این مورد یکی از موارد آسیب پذیر در ابتلا زنان به استرس و افسردگی است.

نتایج مطالعات نشان می دهد که مردان دارای توانایی بیشتری در حل مسئله و انعطاف پذیری شناختی هستند که این موضوع می تواند به انعطاف پذیری بیشتر آنان کمک کند.

این نابرابری شادی به این معنی است که حفظ وضعیت شادی در زنان، زمانی که با انتظارات و محدودیت های اجتماعی مواجه می شوند بسیار دشوار است. تحقیقات در زمینه استرس نشان می دهد که زنان احتمال بیشتری دارد که دیگران را به خود ترجیح دهند و در طول زمان این مورد می تواند منجر به استرس و خشم زنان در آینده شود.

زنان به طور کلی درستی چیزی را بر احساس شادی ترجیح می دهند، در حالی که مردان در جستجوی شادی هستند. مطالعات نیز نشان داده که زنان نسبت به مردان به اخلاقیات اهمیت بیشتری می دهند و اگر در انجام اخلاقیات کوتاهی کنند احساس ناراحتی بیشتری دارند. این اخلاق زنان نیز باعث می شود تا کارهای اخلاقی بیشتری انجام دهند و در نهایت، این عمل به آنان شادی، صلح و رضایت بیشتری می دهد.

نتایج این تحقیق نشان می دهد خوشبختی صرفا کارکرد تجربه فردی نیست، بلکه در گرو ارتباطات اجتماعی با افراد است. شادی فراگیر بوده و بر روی سلامت هر فرد نیز تاثیر می گذارد.



۱۰ عامل قابل کنترل ابتلا به دمانس

تحقیقات، عوامل خطر بسیاری را در ارتباط با دمانس شناسایی کرده اند که البته امکان تغییر همه آنها وجود ندارد.

به گزارش ایسنا، از عوامل مهم ابتلا به این بیماری بالا رفتن سن است که نمی توان آن را متوقف کرد. با این حال امکان تغییر عواملی که بر روند ابتلا تاثیر می گذارند، وجود دارد.

انجمن آلزایمر ایران ۱۰ عامل قابل کنترل ابتلا به دمانس را اینگونه معرفی می کند:

فعالیت بدنی

فعال نگه داشتن بدن در سلامت مغز و قلب نقش مهمی دارد. تحقیقات نشان می دهد ورزش و فعالیت بدنی منظم در افراد میانسال و سالمند در بهبود تفکر و حافظه و همچنین کاهش خطر ابتلا به دمانس نقش موثری دارد. بنابراین سعی کنید روزانه حداقل به مدت ۳۰ دقیقه و یا پنج بار در هفته به فعالیت بدنی مانند پیاده روی با سرعت متوسط یا سریع و یا دوچرخه سواری بپردازید. باید آنقدر تلاش کنید تا ضربان قلب بالا برود و تعریق حاصل شود.

فشار خون بالا

فشار خون بالا در میانسالی به طور قابل توجهی احتمال ابتلا به دمانس را در سالمندی افزایش می دهد. توصیه می شود افراد بالای ۴۰ سال به طور منظم فشار خون خود را کنترل کنند و تحت نظر و معاینه پزشک قرار گیرند.

دیابت یا بیماری قند

ارتباط زیادی بین دیابت نوع دو و خطر ابتلا به دمانس وجود دارد. می توانید روش هایی را دنبال کنید تا خطر ابتلا به بیماری قند را کاهش دهید مانند حفظ وزن مناسب با تغذیه سالم که دارای مقدار قند پایین باشد.

مصرف دخانیات

کشیدن سیگار اثرات بسیار مخربی بر روی قلب، ریه ها و رگ های خونی به ویژه عروق مغز دارد. تحقیقات نشان می دهد، احتمال دارد افراد سیگاری ۵۰ درصد بیشتر از افرادی که هرگز سیگار نکشیده اند به دمانس مبتلا شوند. خطر ابتلا به دمانس می تواند به طور قابل ملاحظه ای با ترک سیگار کاهش یابد. چنانچه مایل به ترک سیگار هستید به کلینیک های ترک سیگار و دخانیات یا مراکز وابسته به تامین اجتماعی و خدمات درمانی مراجعه کنید.

تغذیه

تغذیه نامناسب می تواند خطر ابتلا به بسیاری از بیماری ها از جمله دمانس را افزایش دهد. تغذیه سالم و متعادل به فرد کمک می کند تا از وزن طبیعی برخوردار شود و همچنین احتمال ابتلا به بیماری هایی از قبیل فشار خون بالا و ناراحتی های قلبی که هر دو از عوامل خطر ابتلا به دمانس هستند را کاهش دهد.

مصرف بیشتر ماهی ها، میوه و سبزیجات، غلات مانند نان سبوسدار، روغن زیتون و استفاده کمتر از گوشت قرمز و شیرینیجات خطر ابتلا به دمانس را کاهش می دهد. جهت کاهش وزن و کسب برنامه تغذیه مناسب می توانید به مراکز رژیم درمانی و درمان چاقی مراجعه کنید.

فعالیت های ذهنی

تحقیقات نشان می‌دهد افرادی که در فعالیت‌های "محرک مغز" مانند مطالعه فراگیری موضوعات جدید و بازی‌های فکری مانند چیدن پازل شرکت می‌کنند در مقایسه با افرادی که به این گونه فعالیت‌ها نمی‌پردازند، احتمال دارد کمتر به دمانس مبتلا شوند. به نظر می‌آید، فعالیت‌های ذهنی، توانایی مغز را برای مقابله و جبران آسیب‌های فیزیکی افزایش می‌دهد؛ یعنی فرد مبتلا به دمانسی که اغلب فعالیت ذهنی دارد، می‌تواند مقدار آسیب بیشتری را قبل از شناسایی علائم دمانس تحمل کند. داشتن چند سرگرمی، یادگیری مهارت‌های جدید می‌تواند مغز شما را به چالش کشیده و فعال نگه دارد.

افسردگی

افراد مبتلا به افسردگی، بیشتر در معرض خطر ابتلا به دمانس قرار دارند. اگر علائم افسردگی را تجربه می‌کنید هر چه زودتر با مراجعه به روانشناس یا روانپزشک جهت درمان اقدام کنید.

مصرف الکل

نوشیدن روزمره الکل خطر ابتلا به انواع مختلف دمانس مانند بیماری آلزایمر و دمانس عروقی را افزایش می‌دهد.

کلسترول

شواهد نشان می‌دهد کلسترول بالا در میان‌سالی خطر ابتلا به دمانس در سالمندی را افزایش می‌دهد. افراد بالای ۴۰ سال بهتر است کلسترول خود را آزمایش کنند و در وضعیت مطلوب نگه دارند. اگر میزان کلسترول خون‌تان بالا است حتماً به پزشک مراجعه کنید.

چاقی مفرط

چاقی خطر ابتلا به دمانس را مانند فشار خون بالا و بیماری قند افزایش می‌دهد. افرادی که در میان‌سالی چاق هستند، بیشتر در معرض خطر ابتلا به دمانس قرار دارند. تغذیه سالم و ورزش منظم از چاقی مفرط جلوگیری می‌کند و حتی در بعضی موارد باعث کاهش وزن نیز می‌شود. انتهای پیام



رئیس انجمن جراحان گوش و سر و گردن ایران خبر داد

سکته‌های قلبی در کمین بیماران دچار اختلال خواب

به گزارش خبرنگار سلامت خبرگزاری فارس، مهدی خواجوی در حاشیه شانزدهمین کنگره بین‌المللی انجمن علمی جراحان گوش، گلو، بینی، سر و گردن ایران در ارتباط با تاثیر تحریم‌ها بر روی جراحی‌های گوش و گلو و سر و گردن ایران، اظهار داشت: این جراحی‌ها ارتباط مستقیمی با ابزارها و وسایل مصرفی در اتاق عمل داشته که تحریم‌ها سبب افزایش هزینه و کمبود برخی از این ابزارها شده است و گاهی تهیه آن سخت بوده ولی با این وجود وسایل موجود همه از شرکت‌های معتبر هستند و دارای کیفیت‌اند.

وی بیان داشت: رشته پزشکی نیاز به تکنولوژی پیشرفته داشته که متأسفانه تحریم‌ها مانعی در برابر ورود این چنین تکنولوژی‌های پیشرفته در کشور هستند و بخشی از این تکنولوژی که موجود بوده در صورت خراب شدن تعمیر آن با مشکل مواجه می‌شود.



خواجوی ادامه داد: برخی از بیماران همچون بیماران مبتلا به سرطان حنجره نیاز به پروتز جهت جایگزینی حنجره دارند که متأسفانه قیمت این پروتزها نسبت به قبل افزایش داشته و برخی از آنها که از خارج تهیه می‌شود با کمبودهایی مواجه است .

رئیس انجمن جراحان گوش، گلو، بینی و سر و گردن ایران در ادامه در ارتباط با اختلالات خواب گفت: بخش زیادی از مردم در جوامع مختلف گ رفتار این بیماری هستند و ایرانیان هم مستثنی از این مشکل نبوده و اختلال خواب می‌تواند سبب اختلالات خلقی و رفتاری، کاهش انگیزه کار، بیماری‌های قلبی عروقی، فشار خون و مشکلات بینایی شود .

خواجوی با اشاره به اینکه افرادی که دچار اختلالات خواب هستند بیشتر دچار سکت‌های قلبی و مغزی به ویژه هنگام خواب می‌شوند گفت: در کودکان اختلال خواب سبب افسردگی، بیش‌فعالی، مشکلات فکری و رفتاری در آنها به دلیل کاهش اکسیژن‌گیری مغزی می‌شود .

وی بیان داشت: خروپف یکی از علامت‌های انسداد هوایی فرد است ولی انواع مختلفی داشته و تمام اختلالات تنفسی هنگام خواب شامل خروپف و نیست و باید نوع انسداد بررسی شود. انتهای پیام/

اخبار حوزه «سلامت اجتماعی»:

زنان قربانی خشونت نمی شوند



تهران - ایرنا - خشونت در خانواده مانع از آن می شود که جامعه سالمی داشته باشیم. اما هنوز چرخه خشونت متوقف نشده است، جهانی را تصور کنید که در آن هیچ زن و کودکی قربانی خشونت نمی شود.

فیلم سینمایی «ملی و راه های نرفته اش» ماجرای دختر جوانی بود که در جریان یک ازدواج اشتباه زندگی پر از خشونت را تجربه کرد. ملی دختر جوان و شاداب با دنیایی از امید وارد خانه بخت شد اما زندگی اش با اتفاقات هولناکی همراه بود. او هربار به دلایل واهی از سوی همسرش ضرب و شتم می شد و با ازدواج اشتباهش قربانی خشونت شد. این درحالی بود که خانواده ملی و حتی خانواده همسرش تماشاچی این خشونت بوده و حمایتی از وی نمی کردند و همه اینها دست به دست هم داد تا پایان این فیلم با اتفاقات تلخی برای ملی و همسرش همراه شود.

شاید عده ای پس از دیدن این نمایش ساخته تهمینه میلانی، معتقد بودند که در شکل پرداختن به موضوع خشونت علیه زنان در این فیلم اغراق شده است اما مجراهای این فیلم برای خیلی از فعالان حوزه حمایت از زنان و دختران، اتفاقات دور از ذهن و عجیبی نبود و نیست. چراکه آنها با زنان و دختران زیادی مشابه ملی روبرو می شوند که در جامعه ما کم نیستند و ممکن است در نزدیکی ما زنی در سکوت قربانی خشونت شود و ما متوجه این موضوع نباشیم.

به همین دلیل تاریخ ۲۵ نوامبر (روز جهانی منع خشونت علیه زنان) می تواند تلنگری باشد که این روز و زنانی را که قربانی خشونت هستند، نادیده نگیریم. سازمان ملل این روز را برای رفع خشونت علیه زنان انتخاب کرد و راه اندازی کمپین «نارنجی» و دیگر برنامه های سازمان ملل برای حساس و آگاه کردن افکار عمومی جهان نسبت به مساله خشونت علیه زنان در نظر گرفته شده است.

در این میان گروه هایی در قالب موسسات غیردولتی و سمن ها در این زمینه فعالیت کرده و از زنان و دختران خشونت دیده و آسیب پذیر حمایت می کنند. موسسه خیریه آتنا یکی از همین موسسات در کشورمان است که جامعه هدف آنها زنان و دختران هستند. زنان و دخترانی که اغلب درگیر و دچار خشونت شده و در این موسسه توانمند می شوند.

زهرا افتخارزاده مدیرعامل موسسه آتنا در گفت و گویی با ایرنا درباره خشونت علیه زنان می گوید که همه مردم باید برای کاهش خشونت علیه زنان و دختران قدم بردارند و از کنار این موضوع بی تفاوت رد نشوند.

ایرنا: خشونت علیه زنان به چه معنی است و شامل چه خشونت هایی می شود؟

افتخارزاده: شکل عربانی از خشونت که شاید در ذهن خیلی از ما باشد، ضرب و شتم همراه با آثار فیزیکی است اما خشونت علیه زنان به اشکال مختلف خود را نشان می دهد که یکی از آنها فیزیکی است. مثل خشونت های روانی، عاطفی، اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و فرهنگی.

ایرنا: کمی راجع به انواع مختلف خشونت علیه زنان بگویید.

افتخارزاده: هر عملی که به خاطر جنسیت، زنان را محدود کند، یا تحت فشار قرار دهد خشونت است. برای مثال «خشونت روانی» یکی دیگر از انواع خشونت علیه زنان است که امکان دارد در محیط خانواده و از سوی همسر و پدر یا از طرف محیط های کاری و اجتماعی انجام شود. «خشونت اقتصادی» نوع دیگری از خشونت است؛ شوهری که اجازه کسب و کار به همسرش نمی دهد و از طرفی پول کمی در اختیارش قرار می دهد یا بابت خرج و مخارج از همسرش حساب پس می گیرد. اما این نوع خشونت را در محیط کار نیز می توان مشاهده کرد. برای مثال زن و مردی به صورت برابر با یکدیگر در یک محیط کار فعالیت می کنند اما به خاطر جنسیت حقوق زن کمتر از مرد است که این خود خشونت محسوب می شود همچنین سوءاستفاده جنسی از زنان در محیط کار خشونت علیه آنان به شمار می آید.

«خشونت اجتماعی» هم می تواند با آزارهای خیابانی از سوی افراد ناشناس یا متلک گفتن نمایان شود. «خشونت سیاسی» نیز به

این صورت است که به خاطر شرایط و قوانین مشارکت زنان در پست های سیاسی محدود شود .
 «خشونت فرهنگی» هم برگرفته از عقیده و فرهنگ های اشتباهی است که در نتیجه آن زنان محدود یا به انجام کاری که دوست ندارند مجبور می شوند. مانند ازدواج های اجباری که گاهی به خاطر فرهنگ های اشتباه صورت می گیرد .
 ایرنا: به نظر تان شایعترین نوع خشونت کدام است؟

افتخارزاده: خشونت در محیط کار از شایعترین خشونت ها علیه زنان است . ایرنا: شما به عنوان موسسه غیردولتی در حوزه زنان و دختران چه فعالیت هایی در این زمینه داشته اید؟
 افتخارزاده: گروه هدف ما بیشتر زنان و دختران هستند اما یکی از مهمترین فعالیت های آتنا مبارزه با خشونت علیه زنان در اشکال مختلف آن است. در همین راستا آگاهی و اطلاع رسانی از طریق فضای مجازی، کمپین ها، کارگاه های آموزشی و سمینارها یکی از فعالیت های موسسه آتنا است اما مداخله از دیگر وظایف آتنا است .
 ایرنا: چه مداخله ای؟

در موسسه آتنا کمیته های مختلفی وجود دارد. یکی از آنها کمیته مددکاری اجتماعی است. در این میان افرادی که به هر دلیلی قربانی خشونت هستند، می توانند با ما تماس گرفته و از این طریق گزارش بدهند. پس از آن، شرایط این زنان را مورد بررسی قرار می دهیم و به نسبت وضعیت شان به آنها خدمات ارائه می دهیم. مثلاً یکی از خدماتمان مشاوره است. اگر زنی دچار خشونت شده باشد، به او مشاوره و راهکار می دهیم و حتی اگر لازم باشد با عامل یا عاملان خشونت تماس می گیریم یا در دیداری حضوری آنها را ملاقات کرده و تلاش می کنیم شرایط را برای فرد قربانی خشونت بهتر کنیم. این کار ما مداخله است. وی می افزاید: اعتیاد و بیماری های روانی از عوامل مهم خشونت های فیزیکی هستند. مثلاً اگر علت خشونت اعتیاد باشد، با عامل خشونت که همسر یا پدر فرد است، ارتباط می گیریم و او را برای ترک اعتیاد تشویق می کنیم. حالا یا خودمان او را به کمپ معرفی و هزینه درمانش را می دهیم یا به سمن هایی که در این زمینه فعالیت دارند، معرفی می کنیم. حتی یکسری از عاملان خشونت به خاطر مصرف محرک ها دچار بیماری روانی هستند و ما آنها را در بیمارستان روانی بستری کرده و تا بهبود حالشان هزینه های درمان را پرداخت می کنیم. البته عده ای از عاملان خشونت درگیر بیماری های روانی مثل اختلال دوقطبی هستند که از آنها هم حمایت کرده و سعی می کنیم برای درمان و کاهش خشونت در خانواده هایشان قدم برداریم .

ایرنا: کمک به خانواده فرد قربانی چه تاثیری در کاهش خشونت علیه زنان دارد؟
 همه تلاش ما این است که شرایط را برای فرد قربانی بهتر کنیم. موسسه آتنا نگاه سیستمی به موضوع خشونت دارد و نیاز است همزمان با کمک به قربانیان خشونت به خانواده های آنها هم کمک کنیم. در واقع تا مشکلات خانواده های افراد قربانی خشونت حل نشود، کیفیت زندگی این افراد هم افزایش نمی یابد .

از طرفی عاملان خشونت خود قربانیان خشونت هستند. به طور حتم این افراد نیز در شرایط و فرهنگ مردسالارانه بزرگ شده یا از کودکی تجربه خشونت را داشته و قربانی بوده اند. مثل بچه ای که شاهد ضرب و شتم مادر خود از سوی پدرش است در آینده فردی خشمگین خواهد بود. یا افسرده می شود یا خشونت را به اشکال مختلف بروز می دهد و در این میان ممکن است حتی به اطرافیانش آسیب برساند .

ایرنا: چرا از زنان و دختران خشونت دیده با عنوان قربانیان خشونت نام می برید؟
 افتخارزاده: به این دلیل که خیلی از آنها در ارتباط با خشونتی که تحمل می کنند، نقشی ندارند و قربانی هستند. برای مثال بیشتر زنانی که زیر سن قانونی ۱۸ سال ازدواج می کنند درگیر خشونت شده و در واقع آنها نقشی در انتخاب شرایط نداشته اند. این افراد پس از ازدواج باید بدون اینکه مهارت های زندگی را یاد بگیرند وارد خانواده شده، از دسترسی های اجتماعی محروم و بچه دار شوند؛ حالا تصور کنید این افراد پس از سال ها تحمل زندگی مشترک پر از خشونت و بچه دار شدن در سن ۳۰ سالگی به موسسه آتنا می آیند. در حالی که یک یا چند بچه دارند، بدون مهارت هستند و قادر به درآمدزایی نیستند. شاید اگر قانونی وجود داشت که اجازه ازدواج در سن کم را نمی داد یا فرهنگ ها پذیرای این مساله نبودند، ما به طور حتم شاهد خشونت های کمتری علیه زنان در جامعه بودیم. به همین دلیل این افراد نمی توانند از چرخه خشونتی که درگیرش هستند، بیرون بیایند و ما به آنها

قربانیان خشونت می گوئیم؛ افرادی که آگاهی لازم و امکانات در دسترس برای خارج شدن از وضعیت و شرایط بد را ندارند و مجبور هستند شرایط را تحمل کنند.

ایرنا: در مواجهه با عاملان بروز خشونت اگر قابل تغییر نباشند، چه رویکردی را دنبال می کنید؟

همه تلاش ما بر حفظ و بهبود کیفیت زندگی خانواده فرد قربانی است اما اگر به هر دلیلی تلاش های ما نتیجه ندهد، عامل خشونت حاضر به تغییر نباشد یا قربانی خشونت به این نتیجه برسد که دیگر حاضر به زندگی با همسرش نیست، به نظر می رسد طلاق بهترین راه حل است. ما این فرد را کمک می کنیم تا از شرایط نامناسب و پر از خشونت که در آن قرار دارد، خارج شود و حمایتش می کنیم. مثلاً در شرایط اضطراری، زنی که همراه فرزندش پس از خشونت خانه را ترک کرده باشند، آنها را در خانه امن موسسه آتنا اسکان می دهیم. چون دلمان نمی خواهد این فرد با ترک منزل در جامعه آسیب بیشتری ببیند. او را در خانه امن اسکان و خدمات مشاوره می دهیم. در این میان اگر فرد قربانی خشونت بخواهد به زندگی قبلی اش برگردد، سعی می کنیم به همسرش مشاوره بدهیم و از شدت خشونت در خانه آنها کم کنیم اما اگر به هر دلیلی عامل خشونت حاضر به تغییر نباشد و فرد قربانی خشونت هم تصمیمش بر جدایی باشد، کمیته حقوقی ما وارد عمل شده و قبل از اینکه مشکل بزرگتری رخ بدهد برای جدایی فرد، او را حمایت می کنیم.

ایرنا: پس از جدایی فرد خشونت دیده چه حمایتی از او می کنید؟

افتخارزاده: اغلب این زن ها به خاطر تحمل سال ها خشونت، تحقیر، ضرب و شتم اعتماد به نفس خود را از دست داده و آسیب پذیر و حساس می شوند. پس از خدمات مشاوره و بالا بردن روحیه این زنان برای ادامه زندگی آنها در چرخه مهارت آموزی وارد می شوند تا اعتماد از دست رفته خود را بار دیگر به دست بیاورند. آموزش هایی مثل خیاطی، تولید مواد غذایی و آرایشگری هم آنها را سرگرم کرده و هم مهارت یاد می گیرند و می توانند روی پای خود بایستند. درآمد داشته و زندگی شان را به شکل بهتری ادامه بدهند. متأسفانه هیچ قانون مدونی برای حمایت از زنان در مقابل خشونت وجود ندارد. قوانین دیگر هم از زنان حمایت لازم را نمی کند و خیلی از اوقات زنی که شوهرش اعتیاد به شیشه دارد، ممکن است سال ها طول بکشد تا طلاق و حق و حقوقش را بگیرد. شاید لازم باشد که مشکل این زنان را از نزدیک لمس کرد تا متوجه مسائل آنها شد. همیشه صحبت از خشونت علیه زنان مساله بی بند و باری و فروپاشی بنیان خانواده نیست. گاهی طلاق بهتری راه حل برای این افراد است. خشونت مستمر عواقب بدتری به همراه دارد. بچه هایی که این صحنه ها را می بینند خشم در وجودشان شکل می گیرد و هر روز بزرگتر می شوند و ممکن است این خشونت بازتولید شود. شما اگر پرونده های قتل، تعرض و... را نگاه کنید، ردی از خشونت در این خانواده ها را خواهید دید. خشونت در خانواده مانع از آن می شود که جامعه سالمی داشته باشیم. به همین دلیل هر کجا خشونت را قطع کنیم، در واقع به سلامت جامعه کمک کرده ایم و این به معنای فروپاشی بنیان خانواده نیست.

ایرنا: قربانیان خشونت یا مردمی که شاهد این صحنه هستند، چطور می توانند به کاهش خشونت کمک کنند؟
افتخارزاده: اورژانس اجتماعی و شماره ۱۲۳ یکی از راه های کمک رساندن به قربانیان خشونت و به ویژه موارد کودک آزاری است. اما چه فردی که خودش در حال خشونت است یا دیگری که شاهد این صحنه ها هستند، می توانند با سمن هایی که در این زمینه فعالیت می کنند مثل موسسه آتنا یا با دیدن کودک آزاری با موسسات حمایت از حقوق کودکان تماس گرفته و موضوع را گزارش دهند. در بحث همسرآزاری ما از طریق مشاوره تلفنی یا از طریق پیامک و تلگرام (در مواقعی که فرد قادر به صحبت تلفنی نیست) مشاوره می دهیم یا اگر لازم باشد حضوری به محل مراجعه می کنیم. همه ما موظفیم با دیدن صحنه خشونت وارد عمل شده و واکنش نشان دهیم اما لازم است که خونسردی خود را حفظ کرده و با آرامش مداخله کنیم. به طور حتم عامل خشونت با دیدن واکنش مردم خود را کنترل خواهد کرد. در این میان مردم می توانند با مشاهده شرایط اضطراری با شماره های ۱۲۳ و ۱۱۰ همزمان تماس بگیرند یا شماره موسسات حمایت از زنان را به صورت نامحسوس به دست زنی که در معرض خشونت است، برسانند. انتهای پیام /*

رئیس شبکه ملی پیشگیری از بیماری های غیرواگیر :

۳۵ درصد زنان ایرانی قلیان می کشند *

تهران - ایرنا - رئیس شبکه ملی پیشگیری از بیماری های غیرواگیر گفت: حدود ۳۵ درصد زنان و دختران ایرانی به صورت تفننی یا دائمی قلیان مصرف می کنند. این مساله با توجه به اینکه زنان مادران آینده هستند، بسیار نگران کننده است.

محمد رضا مسجدی روز دوشنبه در گفت و گو با خبرنگار حوزه سلامت ایرنا افزود: تنباکوی قلیان دارای مواد سمی و کشنده است و افراد به ویژه زنان و دختران ناآگاهانه آن را مصرف می کنند؛ در حالی که مصرف این ماده خطرناک عامل بسیاری از بیماری مانند سرطان و بیماری های قلبی و عروقی است.

وی اظهار داشت: در حال حاضر مصرف قلیان، در میان زنان ایرانی رواج زیادی پیدا کرده است؛ از این رو، برای پیشگیری نیاز به فرهنگ سازی بیشتر داریم.

مسجدی ادامه داد: مصرف سیگار نیز در کشور رو به افزایش است؛ به طوری که اکنون ۹۵ تا ۹۸ درصد این ماده دخانی در کشور تولید می شود.

استاد دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی اضافه کرد: در حال حاضر ۱۲ درصد جمعیت کشور سیگاری هستند و سهم زنان از استعمال این ماده دخانی سه درصد است.

به گفته مسجدی، سالانه ۶ میلیون نفر در دنیا بر اثر مصرف دخانیات جان خود را از دست می دهند و این رقم در ایران ۱۰۰ هزار نفر است؛ اقدامات پیشگیرانه برای استعمال دخانیات در کشور ضروری است زیرا بسیاری از بیماری های غیرواگیر بر اثر مصرف سیگار و قلیان شیوع می یابند.

وی با بیان اینکه بیش از ۷۰ درصد مرگ و میرها بر اثر بیماری های غیرواگیر بروز می یابد، ادامه داد: بیماری های قلبی و عروقی، سرطان ها، بیماری های مزمن تنفسی، دیابت و اختلالات روانی در حال افزایش است و دخانیات یکی از عوامل خطر ابتلا به این بیماری ها به شمار می رود.

رئیس شبکه ملی پیشگیری از بیماری های غیرواگیر خاطرنشان کرد: این شبکه که مجموعه ای از انجمن های مختلف در حوزه سلامت است، رسالت آگاهی دادن به مردم در مورد عوامل خطر ابتلا به بیماری های غیرواگیر را بر عهده دارد. مسجدی افزود: باید ارتباطات خود را با مردم وسیعتر کنیم تا آنان نیز مشارکت فعال داشته باشند زیرا استعمال دخانیات، الکل، عدم فعالیت بدنی، رژیم غذایی نادرست، قرار گرفتن در معرض آلودگی هوا از مهمترین عوامل خطر ابتلا به بیماری های غیرواگیر است و نظام سلامت را تحت الشعاع قرار می دهد.

وی تصریح کرد: باید با مردم دست به دست هم دهیم و از افزایش بیماری های غیرواگیر جلوگیری کنیم. مشارکت همگانی ۳۰ تا ۵۰ درصد از ابتلا به این بیماری ها پیشگیری می کند. انتهای پیام *



خشونت علیه زنان و قوانینی که تصویب نمی شوند

تهران - ایرنا - با آنکه در عصر پیشرفت و توسعه پایدار هستیم و جهان به سمت تحول و تغییر تعالی جویانه در مبانی ارزشی خود پیش می رود اما متأسفانه برای جلوگیری از خشونت علیه زنان و تبعیض های جنسیتی به اندازه کافی اقدامات لازم انجام نمی گیرد و حتی در برخی از کشورها هنگامی که خشونت رخ می دهد، اغلب بدون مجازات می ماند.

زهره علی اکبری در سرمقاله ای در روزنامه مردم سالاری، نوشته است: خشونت علیه زنان و دختران یکی از رایج ترین و گسترده ترین موارد نقض حقوق بشر در جهان است. در اکثر مواقع این خشونت ریشه در ساختارهای اجتماعی جنسیتی جوامع دارد و وقوع

آن در هر سن و سالی، مرزهای اجتماعی-اقتصادی، آموزشی را کاهش می دهد و بر همه سطوح جوامع تاثیر می گذارد؛ همچنین خشونت علیه زنان یک مانع عمده برای پایان دادن به نابرابری جنسیتی و تبعیض در سطح جهانی است (مجمع عمومی سازمان ملل متحد، ۲۰۰۶).

سازمان ملل متحد خشونت علیه زنان را 'هر عمل خشونت مبتنی بر جنسیت می داند که به موجب آن آسیب جسمی، جنسی یا روحی و یا رنج به زنان وارد می شود، از جمله تهدیدات، اجبار یا محرومیت خودسرانه از آزادی، چه در حیطه عمومی و چه در زندگی خصوصی' (قطعنامه ۱۰۴,۴۸ مجمع عمومی درباره حذف خشونت علیه زنان، ۱۹۹۳).

اصطلاحات 'خشونت مبتنی بر جنسیت' و 'خشونت علیه زنان' اغلب در ادبیات جنبش ها و طرفداران به طور متناوب مورد استفاده قرار می گیرند، اما اصطلاح خشونت مبتنی بر جنس اشاره به خشونت علیه یک شخص به دلیل جنسیت و انتظارات از نقش او در یک جامعه دارد و همچنین فرهنگ خشونت مبتنی بر جنسیت جنبه جنسیتی این نوع اقدامات را برجسته می کند؛ به بیان دیگر، رابطه بین وضع تابع زن و مرد در جامعه و افزایش آسیب پذیری آنها به خشونت. با این وجود مهم است که توجه داشته باشید که مردان و پسران نیز ممکن است قربانی خشونت جنسیتی، به ویژه خشونت جنسی شوند.

بر خلاف آنچه در تصور اکثریت مردم گنجانده شده است که خشونت علیه زنان در تجاوزهای جنسی و آزار و اذیت های جنسی خلاصه می شود باید یادآور شد که خشونت علیه زنان فقط این قبیل آزارها نیست. انواع واقسام خشونت علیه زنان را به طور روزمره می توان در جامعه دید و لمس کرد. زمانی که یک زن با تمام دانش و مهارتی که دارد در محیط کار خود مورد تبعیض های جنسیتی و برخوردهای سنتی می شود و از بروز ایده ها و خلاقیت هایش و حضور در جامعه و موقعیت های بالاتر شغلی محروم می شود چرا که مردها بر این باور اشتباه مصر هستند که به دلیل قدرت بدنی بیشتر شاید درک منطقی بالاتری هم دارند و باید زنان را در پستوی کار نگه دارند و مناصب مدیریتی و تصمیم گیری را بین خودشان تقسیم و پیشنهاد دهند؛ نوعی دیگر از خشونت است.

خشونت علیه زنان و دختران دارای تظاهرات زیادی است، از جمله اشکالی که ممکن است در کشورها و مناطق رایج باشد، خشونت های فیزیکی، جنسی، عاطفی و اقتصادی است. دیگر اشکال گسترده در سراسر جهان عبارتند از: استثمار جنسی، قاچاق جنسی و شیوه های مضر مانند آسیب های جسمی، ازدواج اجباری و فرزندآوری و همچنین اشکالی که کمتر مشاهده می شوند؛ شامل انتخاب جنسی جنین، زن ستیزی، سوء استفاده اقتصادی، خشونت سیاسی، اسید پاشی و... است. گروه های خاصی از زنان و دختران، مانند اعضای اقلیت های نژادی، مذهبی، قومی و جنسی؛ زنان مبتلا به HIV مثبت؛ مهاجران و کارگران؛ زنان دارای معلولیت؛ زنان زندانی و ممکن است بیشتر به خشونت آسیب پذیر باشند و ممکن است انواع مختلف خشونت را به دلیل اشکال ترکیبی تبعیض و محرومیت اجتماعی و اقتصادی تجربه کنند. مرتکبین خشونت طیفی از افراد جامعه، دولت و نمایندگان آن، اعضای خانواده (از جمله شوهر)، دوستان، و افراد آشنا و غریبه ها می باشند. (مجمع عمومی سازمان ملل متحد، ۲۰۰۶) با توجه به داده های کشور موجود در گزارش های یونسکو، بین ۱۵ تا ۷۶ درصد زنان در طول زندگی خود با خشونت های جسمی و یا جنسی مورد هدف قرار می گیرند و بیشتر این خشونت در روابط صمیمانه اتفاق می افتد، که بسیاری از زنان (از ۹ تا ۷۰ درصد) همسران یا دوستان خود را به عنوان مجرمین گزارش می دهند. در سراسر ۲۸ ایالت اتحادیه اروپا، کمی بیش از یک تا پنج زن خشونت فیزیکی و یا جنسی را از یک شریک تجربه کرده اند (آژانس حقوق بشر اتحادیه اروپا).

در گواتمالا، هر روز دو زن به طور متوسط به قتل می رسند. در هند، در سال ۲۰۰۷ میلادی، ۸۰۹۳ مورد مرگ و میر ناشی از ضرب و شتم زنان گزارش شده است و تعداد نامعلومی از زنان و دختران جوان تحت شرایط سخت 'خودکشی' کرده اند. در استرالیا، کانادا، اسرائیل، آفریقای جنوبی و ایالات متحده، بین ۴۰ تا ۷۰ درصد از قربانیان قتل زنان توسط همسران کشته شده اند و برطبق گزارش انجمن روانپزشکان ایران، آمارهای همسرآزاری در ایران، متفاوت است اما تقریباً ۲۰ درصد زنان در طول زندگی خود تجربه خشونت فیزیکی و حدود ۵۰ تا ۶۰ درصد نیز تجربه خشونت عاطفی دارند.

خشونت عواقب فزاینده ای جسمی، جنسی و روحی فوری و طولانی مدت برای زنان و دختران، از جمله مرگ و میر دارد. این عواقب منفی بر سلامت عمومی زنان تاثیر می گذارد و مانع از حضور زنان در جامعه می شود. خشونت نه تنها پیامدهای منفی برای زنان

دارد، بلکه خانواده ها، جامعه و کشور را نیز در بر می گیرد. در دهه های اخیر بسیج همگانی انجمن ها و نهادهای مدنی و جنبش های زنان، خشونت های مبتنی بر جنسیت را بر طبق برنامه های ملی و بین المللی کاهش داده است و تعداد بی شماری از کشورها قوانینی علیه خشونت خانگی، تجاوز جنسی و سایر اشکال خشونت دارند. با این وجود هنوز چالش هایی در اجرای این قوانین با محدود کردن دسترسی زنان و دختران به ایمنی و عدالت باقی مانده است.

با آنکه در عصر پیشرفت و توسعه پایدار هستیم و جهان به سمت تحول و تغییر تعالی جویانه در مبانی ارزشی خود پیش می رود اما متأسفانه برای جلوگیری از خشونت علیه زنان و تبعیض های جنسیتی به اندازه کافی اقدامات لازم انجام نمی گیرد و حتی در برخی از کشورها هنگامی که خشونت رخ می دهد، اغلب بدون مجازات می ماند. امید است که در کشور ما هم عزم جدی در بین قانونگذاران و مجریان شکل گیرد و با تصویب قوانین ضروری، کاربردی و کارآمد در حوزه سلامتی جسمی و روانی زنان گام های موثری برداشته شود. *منبع: روزنامه مردم سالاری، ۱۳۹۷، ۵، ۹، ۱۳۹۷، گروه اطلاع رسانی **۱۸۹۳**۹۱۳۱ انتهای پیام *



مراکز سیار برای کاهش آسیب اعتیاد ایجاد می شود *



تهران - ایرنا - مدیرکل دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از راه اندازی ۱۰ مرکز سیار کاهش آسیب اعتیاد خبر داد.

به گزارش ایرنا از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، احمد حاجبی روز یکشنبه اعلام کرد: برنامه کاهش آسیب اعتیاد در ۴۶ دانشگاه علوم پزشکی کشور راه اندازی می شود.

وی افزود: برنامه کاهش آسیب اعتیاد در کنار برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات روانپزشکی در نظام شبکه، دو برنامه اولویت دار دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت هستند.

حاجبی اضافه کرد: تمام شاخص های مربوط به فعالیت های برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات روانپزشکی و همچنین برنامه های کاهش آسیب اعتیاد، کمی شده اند و برای آنها میزان حد انتظار مشخص شده است.

وی به برخی اقدامات مهم وزارت بهداشت در حوزه سلامت روان در طی هشت ماه گذشته اشاره کرد و گفت: کمی کردن شاخص های تمامی برنامه های حوزه سلامت روان و اعتیاد، تعیین برنامه های اولویت دار با توجه به اولویت های کلان کشور، کارسنجی خدمات ارائه شده توسط کارشناس سلامت روان در راستای پرداخت مبتنی بر عملکرد و به روز رسانی و ارتقای کیفی سیستم ثبت رفتارهای خودکشی در کشور از برنامه های این وزارتخانه بوده است.

حاجبی، اقداماتی صورت گرفته در راستای افزایش اثربخشی خدمات کاهش آسیب اعتیاد از قبیل تهیه نقشه نقاط پرخطر و پاتوق ها را از مهم ترین برنامه های دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت در هشت ماه گذشته برشمرد.

اجتماعم *۱۰۳ *۱۰۵۵ انتهای پیام *



دود کردن کودکی پشت چراغ قرمز



تهران - ایرنا - این روزها شاهد انواع آسیب های اجتماعی ناشی از حضور کودکان کار در خیابان ها و سر چهارراه ها هستیم. اینکه کودکانی با سن پایین کار یا حتی تکدی گری کنند معضلی بزرگ است؛ آنهایی که طبق برخی آمارها تنها در تهران ۲۰ هزار نفر هستند و باید درس بخوانند و آینده جامعه را بسازند.

نکن... نکن... شیشه را تازه تمیز کردم. دست زن... آخه منم باید پولی به خانه ببرم... بذار تمیز کنم... اینها مکالماتی است که هر

روز میان راننده و کودکان کار اتفاق می افتد. البته گاهی اوقات حتی این کودکان فحش نصیب رانندگان در سر چهارراه های تهران می کنند.

گاهی اوقات هم، چنان میان راننده و این کودکان جر و بحث می شود که راننده را به هم می ریزد؛ زیرا کودک اصرار به تمیزی شیشه می کند و راننده تلاش می کند چون تازه ماشینش را تازه به کارواش برده مانع پاک کردن شیشه از طرف کودک می شود. فقط این جنجال ها در پاک کردن شیشه نیست بلکه فروش گل، بادبادک، دارت و دستمال کاغذی با اصرار زیاد از سوی کودکان کار، گرچه گاهی اوقات احساسات رانندگان و سرنشینان خودرو را جریحه دار می کند اما تا حدود زیادی ایجاد مزاحمت فراوان در سر چهارراه ها را هم به دنبال دارد.

البته این کودکان کار اگر هم کاری انجام ندهند یا چیزی نفروشند، انتظار دارند که پولی به آنها داده شود چون به گفته یکی از این کودکان که تنها ۱۰ سال دارد و سه سال است که کار دستفروشی را آغاز کرده است، باید هر شب پولی به خانه ببرد البته به گفته خودش خانه که نه، باید برای صاحب کارش ببرد.

ناهید تاج الدین عضو هیات ریسه کمیسیون اجتماعی مجلس شورای اسلامی نیز پیشتر گفته بود که برخی کارشناسان مسائل اقتصاد شهری آمار کودکان کار ایران را بین سه تا هفت میلیون نفر عنوان می کنند و این رقم برای تهران نیز ۲۰ هزار نفر تخمین زده می شود، اما به دلیل اینکه بیشتر کودکان کار هیچگونه ثبت هویتی ندارند، آمار دقیقی در این زمینه نمی توان ارائه کرد.

این روزها سر هر چهارراه تعداد زیادی از این کودکان دیده می شوند اما مهمترین موضوع این است که فحش دادن آنها با روح و روان مردم بازی می کند اینکه کودکانی با سن و سال بسیار کم به دلیل کمک نکردن مردم، یا نخریدن اجناس آنها یا اجازه ندادن برای پاک کردن شیشه های ماشین به همه فحش می دهند، بسیار رنج آور است زیرا بسیاری مردم از این وضعیت نگران هستند و شاید بیشتر نگران کودکان خود که داخل ماشین هستند و این حرف ها را می شنوند.

یکی از این کودکان که صورتی سیاه چرده و لباسی بسیار کثیف بر تن دارد، وقتی با عصبانیت آب را با آب پاش روی شیشه ماشین می پاشد، می گوید بذار تمیز کنم، باید بالاخره پولی بگیریم بیاید! اما به چه قیمتی؟ با عصبانیت خود، خراب کردن روحیه مردم یا فحش دادن؟

در این میان یکی از رانندگان نیز به محض پاشیدن آب روی شیشه ماشینش برف پاک کن را به جریان می اندازد که این موضوع کودک کار را عصبانی تر می کند. بعد آب پاش را محکم به ماشین می کوبد که برف پاک کن زن لنتی چرا نمی گذارید ما هم دو ریال به خانه ببریم، این شغل ما است و صاحب کارم هر شب از ما مبلغی را می خواهد که صبح تعیین کرده است. وی که خود را رضا معرفی می کند، می گوید ما حدود ۲۰ نفر هستیم که در یک کلبه خرابه در حاشیه تهران زندگی می کنیم صبح ساعت ۶ از خواب بیدار می شویم. با این جملات کودکان، آدم یاد سربازی می افتد که باید صبح زود از خواب بیدار شود. بعد از بیدار شدن یک لقمه نان خالی دست مان می دهند و آن می شود صبحانه یک روز ما.

از صبح زود سر چهارراه ها باید کارمان را شروع کنیم. ناهار را هم در میان دود و سر و صدا سر همان چهارراه ها می خوریم البته گاهی اوقات برخی مردم هم به ما ناهار می دهند. خلاصه تا شب اینجوری هستیم. وی که چهره ای عبوس دارد راه التماس را نیز خوب بلد است و می گوید برخی مواقع مجبوریم به مردم التماس کنیم و برخی مواقع هم با زور از آنها درخواست کمک می کنیم.

کمی مکث می کند و می گوید: گاهی که کمک نمی کنند، فحش هم می دهیم. می پرسم به نظرت با فحش دادن می توانی درآمدی داشته باشی که با قاطعیت تمام پاسخ می دهد: بعضی ها به خاطر اینکه اعصابشان بیشتر خراب نشود، کمک می کنند. این یک ترفند است.

از او می پرسم چرا با وجود اینکه سن کمی داری اما اینقدر راه التماس و گاهی اوقات توهین به مردم را خوب یاد گرفته ای؟ چرا اصلا به مردمی که نمی گذارند شیشه خودرو را پاک کنید یا چیزی از شما بخرند، توهین می کنی؟ می گوید اگر این کار را نکنیم که نمی توانیم پولی جمع کنیم.

این جمله خیلی سنگین بود؛ چرا این بچه ها که هنوز سنی ندارند، اینگونه رفتار می کنند طوری که حتی گاهی می توان به آنها بی ادبانه بودن را نسبت داد. چون واقعا آنها حتی به راننده و سرنشینان پس از نخریدن کالای آنها، فحش هم می دهند. از او می پرسم مگر خانواده ندارید که در خرابه زندگی می کنید. جوابی نمی دهد فقط سرش را تکان می دهد با آه سردی سریع می گوید نمی خواهم درباره این موضوع حرفی بزنم.

رضا جعفری رئیس اورژانس اجتماعی سازمان بهزیستی کشور نیز می گوید: ۳۱ درصد کودکان کار و خیابان ایرانی و بقیه جزو اتباع خارجی به ویژه از افغانستان و پاکستان هستند و به تازگی نیز اتباع کشورهای دیگر به آنها اضافه شده اند. ۷۴ درصد کودکان کار و خیابان خارجی، فاقد اسناد هویتی و اوراق معتبر هستند که ارائه خدمت از سوی بهزیستی به آنان را دچار مشکل می کند و بسیاری از آنان از ادامه تحصیل بازمی مانند.

وی ادامه می دهد: این کودکان از خانواده های فقیر هستند و فقر اقتصادی و معیشتی موجب کار آنان می شود. رویکرد بهزیستی این است که ساعات کار کودکان کار را کاهش دهد. در حال حاضر ۳۳٫۸ درصد آنان بین یک تا چهار ساعت، ۱۳٫۷ درصد بیش از هشت ساعت و ۵۱٫۲ درصد چهار تا هشت ساعت در روز کار می کنند. در حال حاضر به ۱۲ هزار کودک کار و خیابان در مراکز شبانه روزی و همچنین مراکز روزانه حمایتی آموزشی دولتی، خدمات پزشکی، تحصیلی، حقوقی و مالی ارائه می شود. رئیس اورژانس اجتماعی سازمان بهزیستی می گوید: بر اساس آمارها ۳۱ درصد والدین کودکان کار بیکار، ۴۰ درصد کارگر و دستفروش و هفت درصد دارای مشاغل فصلی و پنج درصد کودکان کار و خیابان، بی سرپرست هستند.

کودکان کار در تمام چهارراه های تهران برای دستفروشی حضور دارند؛ دخترکی که شاید حدود هفت یا هشت سال سن دارد، اسپند دودی در دست دارد و حتی قدش هم به زور به شیشه ماشین می رسد، از پشت شیشه به من نزدیک می شود و با لفظی ملتسمانه که خانم تو رو خدا، جان بچه ات، جان شوهرت یک کمکی به من بکن. دلم را ریش ریش کرد از این وضعیت خیلی ناراحت شدم.

اما چه می شد کرد یک یا دو نفر نیستند که بتوان به همه آنها کمک کرد. باب گفت و گو را با این دخترک زیبا اما در عین حال آشفته از نظر ظاهری آغاز می کنم.

-چرا سر چهارراه هستی مگه خانواده نداری؟

من و مادرم هر روز صبح سر چهارراه هستیم چون پدرم معتاد است و نمی تواند پول در بیاورد.

-تو چرا درس نمی خوانی؟ الان که زمان درس و مدرسه است؟

من باید امسال به کلاس سوم می رفتم اما بابا پول ندارد تا من را به مدرسه بفرستد.

-چند ساله که سر چهارراه میای؟

خیلی نیست ولی مامانم گفته باید اونقدر بیاایم که هم پول مواد بابا را دربیاریم و هم بتوانیم برای خانه چیزایی بخریم. -پدرت شغلی ندارد؟

نه بابام قبلا سر کار بود اما الان دیگه نیست. تازه خیلی هم بداخلاق شده است.

-پول هایی که درمیاورید، چکار می کنید؟

تا می رسیم خانه بابام همه را از مامانم می گیرد و همیشه سر این مساله بین مامان و بابا دعوا می شود. اما همیشه بابام برنده می شود و همه پول ها را برمی دارد.

از او می پرسم مادرت هم شغلی ندارد؟ جوابی که به من داد خیلی برایم جالب بود؛ زیرا می گوید یکی از همسایه های ما هم هر روز سر چهارراه گل می فروشد اما پولی که از گل فروشی درمی آورد، خیلی زیاد است که به همین خاطر مادرم گفت ما هم باید برویم این کار را انجام بدهیم تا بتوانیم پولی دربیاریم. الان نمی دانم روزی چقدر می شود ولی مامان همیشه برای این موضوع خدا را شکر می کند. من هرچی از صبح جمع می کنم، آخر شب همه پول ها را به مامانم می دهم.

به راستی چرا باید یک کودک هفت ساله شاید هم کوچکتر دغدغه تامین مخارج روزانه زندگی را داشته باشد. چرا باید پدر و مادرانی وجود داشته باشند که به خاطر زیاده خواهی خود، کودکان خردسالشان را در خیابان ها رها کنند تا نه برای دستفروشی

بلکه برای تکدی گری تربیت شوند.

* حقوق هیچ کودکی نباید مورد غفلت قرار گیرد

شهیندخت مولاوردی دستیار رئیس جمهوری در امور حقوق شهروندی نیز معتقد است اصل مهم در حقوق کودک این است که هیچ کودکی نباید از سیاستگذاری ها و برنامه ریزی ها جا بماند و از حقوق هیچ کودکی نباید غفلت شود. وی می گوید: حقوق بشر و شهروندی حق همه انسان ها است و کودکان هم باید از همه حقوق خود بهره مند باشند. همچنین منظور از کودکان همه آنان به دور از هر نوع تبعیض است. حقوق همه کودکان اعم از کودکان بازمانده از تحصیل، کودکان کار و خیابان، کودکان قربانی ازدواج های زودهنگام، کودک بیوه ها و کودکان حاشیه نشین باید مورد توجه قرار گیرند. مولاوردی اظهار می کند: حقوق کودک در قلمرو حقوق عمومی جای می گیرد و کودک فرد مستقلی است که حمایت از او برعهده والدین و دولت است و آنان مستقیم و غیرمستقیم حق شنیده شدن و دیده شدن دارند.

* برخورد های خشن نشان از یاس کودکان کار دارد

عالیه شکریگی جامعه شناس نیز در این باره به خبرنگار اجتماعی ایرنا می گوید: بحث کودکان کار و خیابان بحث جدیدی نیست بلکه یک بحث قدیمی است، طبیعتاً به دلیل بی تعهدی مسئولان یا عدم قاطعیت آنها در ارتباط با این موضوع اجتماعی این مساله حل نشده است؛ زیرا کودکان روش های مختلف و مهارت هایی برای به هم ریختن اعصاب و روان مردم دارند. وی ادامه می دهد: وقتی انسان یک کودک کار و خیابان را می بیند، ناراحت می شود از اینکه یک کودک چهار، ۶ یا ۱۰ ساله گل بفروشد، ماشین پاک کند، یا هر کار دیگری در خیابان ها انجام دهد؛ در حالی که باید درس بخواند اما در خیابان رها هستند. شکریگی می افزاید: این کودکان در گروه هایی هستند که دارای سلسله مراتب و در سیستمی تعریف شده هستند، روزها در خیابان ها پخش و شب ها جمع می شوند، اگر اراده ای بر ریشه کن کردن این مساله باشد، می شود این مشکل را حل کرد. اما چگونه است وقتی مسئولان اراده بر انجام یک امر می کنند، هر کاری برای رسیدن به آن مساله انجام می دهند و از راه هایی که عرف و قانونی است به آن می رسند؛ اما برای کودکان کار و خیابان هنوز پس از سال ها اندر خم یک کوچه هستند. این جامعه شناس مسائل اجتماعی می گوید: مسئولان می گویند آنها را چند روز در اختیار می گیرند، دوباره رها می شوند اما باید سوال کرد که وقتی مشاوری به آنها داده نمی شود، بسیار طبیعی است که دوباره در خیابان ها رها شوند؛ وقتی از دایره مددکاران خارج می شوند، چون هیچ کاری بلد نیستند دوباره اسیر دست گروه های مافیایی می شوند و در گوشه و کنار شهرها رها می شوند.

وی معتقد است: قبل از هر چیزی باید اراده ای برای حل این مساله باشد. یکی از سازمان های دخیل که باید قاطعیت جدی برای حل این مساله داشته باشند، سازمان مدیریت شهری در سطح تهران است. باید سوال کرد که برای حل این مساله چه کاری انجام داده است اگرچه ظرفیت، امکانات و زمان زیادی برای حل مساله داشته است اما به دلیل سهل انگاری و بی تفاوتی شاهد این پدیده هستیم.

شکریگی ادامه می دهد: اگر مدیریت شهری تهران بخواهد شهر سالم را تعریف کند، تهران نمی تواند یک شهر سالم باشد. یکی از پدیده هایی که سلامت شهر تهران را مورد تهدید قرار می دهد، وجود این کودکان است چون سلامت روان مردم را با مشکل مواجه می کنند. گاهی برخوردهای خشن این کودکان نشان از عصیان و یاس آنها در برابر مسائل زندگی است. وقتی کودکان به فحاشی می رسند به نقطه آخر خط رسیده اند و نمی دانند طرز صحیح رفتار چگونه است.

این جامعه شناس تاکید می کند: کسانی که مدعی حقوق شهروندی هستند، باید به این پدیده هم رسیدگی کنند و حقوق شهروندی آنها را در نظر داشته باشند. تعاملی که با این افراد می شود نه با زور و خشونت بلکه باید با بیان تعامل مثبت، آموزش دادن و فراهم کردن حداقل های زندگی برای آنها و رهایی این کودکان از دست گروه های مافیایی باشد.

وی می گوید: از آنجا که کودکان کار اسیر گروه های مافیایی هستند، باید کار کنند و در واقع به صاحبان خود پول بدهند. باید

این موضوع بیشتر رسیدگی شود.

این جامعه شناس افزود: از این کودکان بهره برداری ابزاری می شود؛ آنها قربانی خانواده های خود هستند، قربانی سازمان های مسئول در برابر آنها هستند که کارکرد مسئولانه ندارند؛ اینها از همه نظر در فشار هستند و اگر فحاشی می کنند و با صدای بلند حرف می زنند خودشان را تخلیه می کنند. انتهای پیام *



رئیس مرکز پیشگیری سازمان بهزیستی :



خدمات مراکز اقامتی درمان اعتیاد پوشش بیمه ای ندارند *

تهران - ایرنا - رئیس مرکز توسعه پیشگیری و درمان سازمان بهزیستی کشور گفت: اکنون فقط معنادانی مشمول بیمه می شوند که به مراکز درمان سرپایی مراجعه می کنند؛ در حالی که استفاده از مراکز اقامتی هزینه بالاتری دارد اما خدمات این مراکز تحت پوشش بیمه قرار نمی گیرند .

فاطمه عباسی روز یکشنبه در گفت و گو با خبرنگار ایرنا افزود: بیمه معنادان چهار سالی است که در اختیار بیمه سلامت است؛ سال گذشته اعتبار بیمه درمان اعتیاد حدود ۷۸ میلیارد تومان بود اما این بیمه فقط در اختیار معنادانی قرار گرفت که به مراکز سرپایی مراجعه کردند .

وی خاطرنشان کرد: این در حالی است که مراکز بستری و اقامتی هزینه های بالاتری دارند و افراد بی بضاعت به آنجا مراجعه می کنند؛ بنابراین پیشنهاد داده ایم تا زمانی که مشکلات بیمه ای حل شود، دست کم ۲۰ تا ۳۰ درصد این بودجه در اختیار بهزیستی قرار گیرد .

عباسی یادآور شد: پیش از این نیز اعتباراتی برای درمان معنادان به صورت یارانه در اختیار بهزیستی قرار داده می شد؛ هزینه گروهی از معنادان از طریق ماده ۱۶ (خدمات ویژه برای ترک اعتیاد معنادان متجاهر) تحت پوشش قرار می گیرد اما بقیه موارد برای ترک اعتیاد باید به بخش خصوصی مراجعه کنند .

رئیس مرکز توسعه پیشگیری و درمان سازمان بهزیستی کشور گفت: این سازمان هزینه درمان معنادان در دیگر مراکز از جمله کمپ های ترک اعتیاد را نیز از بودجه های ذاتی خود می پردازد اما این امر موجب می شود سایر فعالیت های بهزیستی تحت تاثیر قرار گیرد .

عباسی افزود: هر چند گفته می شود ترک اعتیاد به طور کامل موفقیت آمیز نیست اما باید توجه داشت که ماهیت اعتیاد، مزمن است و انجام اقدامات درمانی اعتیاد منجر به کاهش عوارض اعتیاد مانند میزان بروز هیپاتیت و ایدز می شود .

وی اضافه کرد: همچنین با انجام اقدامات درمانی، اعتیاد یک فرد معتاد تزریقی به نوع خوراکی تبدیل می شود که خطرات بسیار کمتری دارد و برای اینکه فرد معتاد دوباره به اعتیاد بازنگردد، حمایت های اجتماعی باید تقویت شود و گسترش یابد .

عباسی درباره وضعیت توزیع متادون در مراکز ترک اعتیاد نیز گفت: توزیع متادون در مرکز بر عهده سازمان غذا و دارو است و تاکنون افزایش تعرفه آن مطابق هر سال بوده و گزارشی از کمبود این دارو به بهزیستی ارائه نشده است . بر اساس آمار ستاد مبارزه با مواد مخدر، اکنون ۲ میلیون و ۸۰۸ هزار مصرف کننده مواد مخدر در کشور وجود دارند که بالاترین مصرف مواد مخدر با بیش از ۶۶ درصد مربوط به تریاک است . اتمام ۹۱۸۵* ۱۸۳۴* ۱۰۵۵ انتهای پیام *



نماینده مجلس :



لایحه منع خشونت علیه زنان در قوه قضائیه در دست بررسی است

مشهد - ایرنا - عضو فراکسیون زنان مجلس شورای اسلامی گفت: لایحه منع خشونت علیه زنان در قوه قضائیه در دست بررسی است و مراحل نهایی را می گذراند .

سیده حمیده زرآبادی شنبه شب در نشستی به مناسبت روز جهانی مقابله با خشونت علیه زنان در مشهد افزود: این لایحه در دولت دهم مطرح شد اما به دلایلی مسکوت ماند و در آغاز دولت یازدهم توسط معاون رئیس جمهوری در امور زنان و خانواده این دولت پیگیری شد.

وی اظهار داشت: در بررسی این لایحه توسط قوه قضائیه، از ۹۱ ماده آن، ۴۱ ماده حذف شده و باقی مفاد آن به تصویب رسیده که شامل سه بخش پیشگیری، حفاظتی و حمایتی است.

وی با بیان اینکه در این لایحه به بخشهای جرم انگاری نیز پرداخته شده است گفت: مجلس شورای اسلامی در حال پیگیری است تا قوه قضائیه هر چه سریعتر این لایحه را نهایی و ارسال کند تا مجلس بتواند با تصویب آن بخشی از مشکلات ناشی از خشونت علیه زنان را حل نماید.

نماینده مردم قزوین، آبیک و البرز در مجلس شورای اسلامی به ارائه دلایل خشونت علیه زنان پرداخت و افزود: یکی از مهمترین این دلایل شرایط خانوادگی از قبیل سن، تعداد فرزندان و محل تولد زن است، دلیل دوم مسائل یا شرایط اجتماعی مانند اعتیاد، تحصیلات و شغل همسر است که به خشونت علیه زنان دامن می زند.

وی در تشریح راهکارهای کاهش خشونت علیه زنان اظهارداشت: بکارگیری فقه پویا در حوزه زنان یکی از راهکار های مهم در این زمینه است اما برخی این موضوع را الگوبرداری از غرب می دانند در حالی که این الگوبرداری از قوانین اسلامی است و پیامبر اسلام (ص) نیز پرچمدار منع خشونت علیه زنان هستند.

وی گفت: قوانین باید به اقتضای نیاز روز باشد اما در حوزه زنان تاکنون در انطباق قوانین با شرایط روز جامعه از فقه پویا بهره نگرفته ایم.

این نماینده مجلس دیگر راهکار برای کاهش خشونت علیه زنان را پذیرش جامعه دانست و افزود: در برخی اظهار نظرها مشاهده می شود که شدیدترین موضع گیری ها در این موضوع از سوی خود زنان انجام می گیرد و این مساله نشان دهنده ضعف تربیتی و آموزشی در این حوزه و عدم پذیرش جامعه است.

وی اظهار داشت: مساله دیگر سیاسی کردن مسائل زنان است، در حالی که موضوع زنان یک مساله انسانی است و نمی توان با آن برخورد سیاسی داشت .

وی گفت: سلامت روان زنان که بخش اعظم آن شامل قانون های حمایتی و حفاظتی در جامعه می شود، در لایحه منع خشونت علیه زنان گنجانده شده و امیدوارم هر چه سریعتر قوه قضائیه این لایحه را به مجلس ارائه دهد.

عضو هیات مدیره کانون وکلای دادگستری استان البرز نیز در این نشست به نقش سمن ها در منع خشونت علیه زنان پرداخت و گفت: مبارزه با خشونت بر دوش نهادهای مختلفی است که برای تحقق آن همه باید به صورت هماهنگ عمل کنند.

هما داوودی گرمارودی افزود: رویکردهای فمینیستی در مورد زنان همان قدر آسیب زاست که رویکردهای مردسالارانه در این زمینه خطرآفرین است لذا باید حقوق انسانی محور قرار گیرد.

وی اظهار داشت: خشونت فقط فیزیکی نیست بلکه دامنه بسیار گسترده دارد و در این میان سمن ها و تشکل های مردم نهاد که برخاسته از مردم هستند می توانند نقش موثری در منع خشونت در جامعه داشته باشند.

وی عدم آموزش همگانی حقوق به زبان ساده و نبود کلینیک های حقوقی را از خلاء های عمده در این زمینه دانست و گفت: تحقق این موارد در کشور بسیار محدود بوده است در حالی که کشورهای دیگر در این زمینه پیشرفت خوبی داشته اند لذا سمن ها می توانند در این بخش گام های موثری برداشته و این آموزش ها را گسترش دهند . انتهای پیام /*

قلیان، سگته مغزی را در جوانان ایرانی افزایش داده است

تهران - ایرنا - رئیس انجمن سگته مغزی ایران گفت: مصرف قلیان که امروزه در میان جوانان و نوجوانان رواج زیادی پیدا کرده، سگته مغزی را در بین آنان افزایش داده است.

بابک زمانی روز شنبه در گفت و گو با خبرنگار حوزه سلامت ایرنا افزود: نوجوانان و جوانانی که در مکانهای بسته قلیان می کشند، خطر ابتلا به سگته مغزی در آنها افزایش می یابد و باید اقدامات پیشگیرانه از سوی دست اندرکاران امر در این زمینه انجام شود. وی اظهار داشت: مواد موجود در تنباکوی مصرفی قلیان حاوی ۴۰۰ نوع ماده سمی است که باعث افزایش فشارخون و منجر به سگته مغزی می شود.

زمانی ادامه داد: در حال حاضر به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر در کشور، ۱۵۰ نفر هر سال دچار سگته مغزی می شوند و این مساله ارتباط مستقیمی با مصرف قلیان، سیگار و فشارخون بالا دارد. وی اضافه کرد: با توجه به اینکه نوجوانان و جوانان با مصرف قلیان در سنین پایین در معرض خطر ابتلا به سگته مغزی هستند، ضرورت دارد دولت مصرف این ماده دخانی را در مکانهای عمومی ممنوع اعلام کند.

به گفته وی، انجمن سگته مغزی ایران کمپین «قلیان ها را گلدان کنیم»، راه اندازی کرده و از هنرمندان و افراد سرشناس خواسته است تا در این زمینه تبلیغات متعددی انجام دهند و مخالفت خود را با مصرف بی رویه قلیان به عموم مردم اعلام کنند. زمانی تصریح کرد: از مردم به ویژه نوجوانان و جوانان درخواست داریم که برای مصرف قلیان در محیط های بسته از جمله رستورانها مراجعه نکنند.

وی اظهار داشت: با توجه به اینکه فشارخون بالا از عوامل خطر ابتلا به سگته مغزی است، از دولت خواسته شده مصرف نمک را در کارخانه های مواد غذایی کاهش داده و میزان نمک هر محصولی را روی بسته بنویسند تا فرد مصرف کننده از میزان نمک موجود در آن ماه مطلع باشد.

به گزارش ایرنا، شیوع سن ابتلا به سگته مغزی در ایران ۱۰ سال پایین تر از سایر کشورهاست، به طوری که اکنون سن ابتلا به این بیماری در کشورمان حدود ۵۰ سال است، در حالی که سن بروز سگته های مغزی در سایر کشورها بالاتر از ۶۰ سالگی است. انتهای پیام *



در راستای طرح تحول و نوآوری؛



تعریف ماموریت پاسخگویی اجتماعی در آموزش علوم پزشکی برای دانشگاهها

ماموریت های جدید توسعه دانش مرتبط با آموزش پزشکی با رویکرد ویژه به پاسخگویی اجتماعی در آموزش علوم پزشکی و توسعه همگرایی بین علوم پایه پزشکی به دانشگاه ها داده شد.

به گزارش [خبرگزاری مهر](#) به نقل از وزارت بهداشت، دکتر امیر احمد اخوان مشاور اجرایی معاون آموزشی وزارت بهداشت با حضور در نشست هم اندیشی معاونین و مدیران آموزشی دانشگاهها و دانشکده های علوم پزشکی کلان منطقه ۳ کشور از واسپاری ماموریت ویژه جدید شامل توسعه دانش مرتبط با آموزش پزشکی به کلان منطقه ۳ آمایشی خبر داد.

مشاور اجرایی معاون آموزشی وزارت بهداشت با تاکید بر اینکه ماموریت گرایی دانشگاه ها امری اساسی است، افزود: ماموریت های ویژه دانشگاه های کلان منطقه آمایشی سه شامل توسعه آموزش های مهارتی نظام سلامت (نیروهای حد واسط)، توسعه الگوهای خصوصی سازی در آموزش عالی سلامت، توسعه داروسازی سنتی و توسعه دانش زیست فناوری کاربردی است.

وی افزود: به تازگی ماموریت های جدید شامل توسعه دانش مرتبط با آموزش پزشکی با رویکرد ویژه به پاسخگویی اجتماعی در آموزش علوم پزشکی و توسعه همگرایی بین علوم پایه پزشکی است که به ماموریت های دانشگاه اضافه شده است.

اخوان به ارتباط سطوح برنامه های تحول با تکالیف بالادستی و تبیین برنامه اقدامات راهبردی کلان منطقه آمایشی ۳ پرداخت و خواستار اجرای ماموریت های ویژه واسپاری شده به این کلان منطقه از طریق همکاری و تعامل فعال دانشگاه های علوم پزشکی منطقه شد.

وی بر استفاده از ظرفیت های قانون بودجه سال ۱۳۹۷ کل کشور به منظور تامین و یا به روزرسانی تجهیزات آزمایشگاهی و کارگاهی موردنیاز و تکمیل پروژه های ناتمام آموزشی تاکید و خواستار طرح و تصویب موضوع در هیات امناء هر دانشگاه/دانشکده شد.

دکتر سیامک واحدی رئیس دانشگاه علوم پزشکی کردستان در این نشست بر ضرورت تحول و نوآوری در آموزش علوم پزشکی تاکید کرد و گفت: در دانشگاه علوم پزشکی کردستان به آموزش به عنوان یک رکن اساسی توجه می شود و برنامه ها طوری طراحی و اجرا می شوند که تمامی فعالیت ها از مسیر آموزش مبتنی بر پژوهش بگذرد.

وی افزود: در این صورت کل فعالیت های دانشگاهی حالت هم افزایی داشته و زمینه ارتقاء سطح سلامت مردم را فراهم می سازد.

رئیس دانشگاه علوم پزشکی کردستان با بیان اینکه هوش مصنوعی، دانش الکترونیک و مکانیزاسیون از نیازمندی های اصلی پزشکی مدرن است، اضافه کرد: طراحی سامانه ها، ارزشیابی و اعتبارسنجی، پاسخگو بودن، فضاهای آموزشی، اعضای هیئت علمی، نقل و انتقالات و حرکت به سمت دانشگاه های نسل سوم و چهارم از مهمترین مباحث آموزش علوم پزشکی است که باید برای آنها برنامه ریزی و سیاستگذاری صورت گیرد.

جلسه هم اندیشی دانشگاه های علوم پزشکی کلان منطقه ۳ کشور با حضور دکتر اخوان مشاور اجرایی معاونت آموزشی و معاونین و مدیران دانشگاه های علوم پزشکی کردستان، کرمانشاه، همدان، ایلام و دانشکده علوم پزشکی اسد آباد به میزبانی دانشگاه علوم پزشکی کردستان برگزار شد.



معاون مشارکت های اجتماعی وزارت کشور:



۹ هزار سمن در کشور مجوز رسمی دارند

قزوین - معاون مشارکت های اجتماعی وزارت کشور گفت: از مجموع ۱۴ هزار سمن راه اندازی شده در کشور تعداد ۹ هزار سمن مجوز رسمی دریافت کرده و ۷۰۰ هزار نفر در آنها عضو شده اند.

کمال اکبری در حاشیه پنجمین همایش سالانه سازمان های مردم نهاد استان قزوین در گفتگو با [خبرنگار مهر](#) اظهارداشت: سازمان های مردم نهاد در واقع نظام پنهان ارتقاء سلامت جامعه هستند و به صورت مستقل از دولت در عین غیرانتفاعی بودن، در خدمت مردم هستند به همین دلیل، صدای مردم محسوب می شوند.

وی افزود: سمن ها، نماد و واسط مشارکت مردم هستند و این مشارکت از بازوهای اصلی ارتقای سلامت، کاهش فقر و بی

عدالتی در سلامت جوامع است.

اکبری بیان کرد: فعالیت سمن ها در سال های اخیر در عرصه های مختلف و به خصوص حوزه های اجتماعی افزایش چشمگیری یافته و تعداد زیادی از این سازمان ها با هدف کمک به حل مشکلات جامعه و کنترل و کاهش آسیب های اجتماعی راه اندازی شده اند و امروزه می توان سمن ها را یکی از شاخص های توسعه جامعه مدنی و ابزار کمکی مهمی در کنار دولت و مردم برشمرد تا جایی که تعدد سازمان های مردم نهاد فعال، نشانه ای از حضور آزادانه مردم بدون هیچ دغدغه ای در کنار سیاست های کلان دولت آن منطقه محسوب می شود.

بگفته اکبری در حال حاضر بیش از ۱۴ هزار تشکل مردمی در سراسر کشور فعالند که ۹ هزار سمن مجوز رسمی دریافت کرده اند و در این نهادهای مردمی بیش از ۷۰ هزار نفر در هیئت مدیره ها و ۷۰۰ هزار نفر به عنوان عضو در سمن ها عضویت دارند.

اکبری بیان کرد: یکی از دغدغه های فعالان این عرصه راه اندازی خانه سمن ها بود که با پیگیری مستمر تلاش می کنیم تا با ایجاد این خانه ها کارها رویه مدونی پیدا کرده و تسهیل شود.

وی اظهارداشت: خانه های سمن ها در همه استانها راه اندازی می شود تا خود را با مقررات هماهنگ کنند و با شرایط بهتری در خدمت کشور و مردم باشند.

معاون مشارکت های اجتماعی وزارت کشور یادآورشد: در توافق با سازمان امور استخدامی کشور به یک دستورالعمل اجرایی رسیدیم تا سمن ها انتخاباتی برگزار کنند و افرادی انتخاب شوند تا برای تامین حقوق شهروندی در استانها اقدام کنند و شما بتوانید در برنامه های نظارت عمومی حضور داشته باشید.

سمن های ورزشی بدون تشریفات مجوز می گیرند

اکبری تصریح کرد: بر اساس تفاهم نامه وزارتخانه های کشور و جوانان و ورزش بستری فراهم شده تا سمنهای ورزشی بدون تشریفات اداری اعتبارنامه و مجوز بگیرند تا فعالیت آنها آسان و مشارکت ها بیشتر شود.

وی بیان کرد: در حال حاضر چون این سمن ها ثبت حقوقی ندارند با مشکل مواجهند و باید یک فعالیت آماتوری داشته باشند اما در توافق جدید این نوع سمن ها در استانها می توانند ثبت حقوقی شوند و این کار سرعت انجام می شود تا به یک سازمان مردم نهاد رسمی تبدیل شوند.

اکبری اضافه کرد: بعد از ثبت حقوقی، مشکل مالیات برای این سمن ها هم تسهیل می شود البته برای رسیدن به اهداف تعیین شده نیازمند آموزش هستیم زیرا معتقدیم بیش از ۹۰ درصد مشکلات مالیاتی با آموزش برطرف می شود.

راه اندازی سامانه سمن ها

وی اضافه کرد: با راه اندازی سامانه سمن ها به صورت متمرکز کارهای مربوط به امور سمن ها شامل: اقدامات اولیه، ثبت نام و استعلام و تایید صلاحیت ها به صورت متمرکز انجام شده و هم سرعت بالا می رود و هم هزینه ها کاهش می یابد.

اکبری اظهارداشت: در سطح کشور دنبال حذف و ابطال مجوز سمن ها نیستیم بلکه پیگیر توسعه مشارکتهای هستیم اما باید نظارت دقیق داشته باشیم تا کار سمن های فعال زیر سوال نرود.

وی گفت: فرآیند صدور مجوز تأسیس سمن ها به سه ماه و تمدید مجوز سمن ها به کمتر از یک ماه خواهد رسید.

معاون مشارکت های اجتماعی وزارت کشور اظهارداشت: در آستانه چهلمین سالگرد پیروزی انقلاب اسلامی از سمن ها انتظار داریم از ظرفیت مردمی خود برای انعکاس دستاوردهای ارزشمند انقلاب اسلامی در عرصه های مختلف استفاده کنند.

اکبری خطاب به اعضا و فعالان سمنها گفت: تلاش کنید عضو گیری را جدی بگیرید و از به انحصار گذاشتن دوری کنید تا بتوانید صدها و هزاران عضو داشته باشید و قدرتمند شوید.



مربیان مهدهای کودک رتبه بندی می شوند



مدیرکل امور کودکان و نوجوانان سازمان بهزیستی کشور با اشاره به اجرای طرح «کفایت مربیان مهد کودکها» برای تمام مربیان از سال آینده گفت: «بر اساس این طرح مربیان رتبه بندی و ضمن افزایش امنیت شغلی شان از حقوق و مزایای بالاتری برخوردار می شوند».

«محمد نفریه» در گفت و گو با ایسنا، با اشاره به اینکه طرح پژوهشی «کفایت مربیان» از سه سال قبل و با همکاری دانشگاه علوم بهزیستی آغاز شده است، افزود: «بعد از آماده شدن طرح پژوهشی مذکور، ابزارهای لازم را برای سنجش کفایت مربیان ساختیم یا استانداردسازی کردیم».

وی با بیان اینکه مربیان از چهار منظر «سلامت جسمی، روانی، میزان دانش و سطح دینداری» بررسی می شوند، اظهار کرد: «برخی از این شاخص ها باید به استاندارد کشوری تبدیل می شدند. برای مثال برای تبیین شاخص سطح دینداری از ظرفیت دانشگاه امام صادق استفاده شد تا این شاخص ها برای مربیان مهدکودکها استخراج شوند». مدیرکل امور کودکان و نوجوانان سازمان بهزیستی کشور همچنین با اشاره به طراحی تست های روان سنجی برای مربیان و مشخص کردن محتواهایی که باید آموزش ببینند، افزود: «تمام این شاخص ها در طول یک سال و از سوی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی مشخص و سال گذشته روی ۱۶۰۰ مربی اجرا شد. از اواخر سال گذشته هم با جهاد دانشگاهی برای استانداردسازی و ساخت ابزارهای سنجش همکاری کردیم تا طرح وارد فاز عملیاتی شود. به این ترتیب سیستم آموزشی یکپارچه و طرح سنجش در چهار حیطه ذکر شده تا سال دیگر برای تمام مربیان انجام می شود».

نفریه با اشاره به این که بعد از اجرای این طرح مربیان هم مثل مهدهای کودک، رتبه بندی می شوند، گفت: «با انجام این رتبه بندی نتایج آن روی حقوق و مزایای مربیان تاثیر دارد؛ به این ترتیب که مربیان با سابقه تر امنیت شغلی شان بیشتر می شود، همینطور مهدهایی که ستاره های بالاتر دارند باید از مربیان با درجه بالای آموزشی استفاده کنند، همچنین حقوق و مزایای بیشتری به آنها تعلق می گیرد». به گفته وی، این مربیان مرتباً در حال سنجش و بازآموزی هستند و از سال آینده کارت مربی گری، با رتبه و درجه بندی صادر خواهد شد. انتهای پیام



اجرای برنامه کاهش آسیب اعتیاد در ۴۶ دانشگاه علوم پزشکی کشور *



مدیرکل دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد از اجرای برنامه کاهش آسیب اعتیاد در ۴۶ دانشگاه علوم پزشکی کشور خبر داد.

به گزارش ایسنا، دکتر احمد حاجبی گفت: برنامه کاهش آسیب اعتیاد در کنار برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات روانپزشکی در نظام شبکه، دو برنامه اولویت دار دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد هستند.

وی افزود: تمام شاخص های مربوط به فعالیت های برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات روانپزشکی همچنین برنامه های کاهش آسیب اعتیاد کمی شده اند و برای آنها میزان حد انتظار مشخص شده است.

به گزارش روابط عمومی معاونت بهداشت، حاجبی مهم ترین اتفاقات حوزه سلامت روان در هشت ماه گذشته را برشمرد و گفت: کمی کردن شاخص های تمامی برنامه های حوزه سلامت روان و اعتیاد، تعیین برنامه های اولویت دار با توجه به اولویت های کلان کشور، کارسجی خدمات ارائه شده توسط کارشناس سلامت روان در راستای پرداخت مبتنی بر عملکرد، روزرسانی و ارتقای کیفی سیستم ثبت رفتارهای خودکشی در کشور، راه اندازی مراکز سیار کاهش آسیب اعتیاد (که تا پایان امسال به ده مرکز خواهد رسید) و اقداماتی در راستای افزایش اثربخشی خدمات کاهش آسیب اعتیاد از قبیل تهیه نقشه نقاط پرخطر و پاتوق ها مهمترین اتفاقات حوزه سلامت روان در هشت ماه گذشته بوده است. انتهای پیام



مدیرکل اجتماعی و فرهنگی استانداری تهران:

نشاط اجتماعی شاخص مهمی در پیشرفت جامعه است

به گزارش گروه اجتماعی خبرگزاری فارس، مروستی مدیرکل اجتماعی و فرهنگی استانداری تهران با اشاره به اینکه سیاست افزایش نشاط اجتماعی به عنوان یکی از اهداف کلان از سوی اداره اجتماعی و فرهنگی استانداری تهران در حال پیگیری و اجرا است گفت: با توجه به اینکه ایجاد نشاط اجتماعی به عنوان شاخصی مهم در پیشرفت اجتماعی به حساب می آید، دستور وزیر کشور ایجاد نشاط اجتماعی در سراسر کشور است.

وی افزود: یکی از برنامه ریزی های اجتماعی ایجاد نشاط در جامعه است و هرچه بتوانیم جامعه را به نشاط نزدیک تر کنیم با کاهش سطح آسیب های اجتماعی مواجه می شویم. مدیرکل اجتماعی و فرهنگی استانداری تهران با اشاره به برگزاری هفته های فرهنگی در ۱۶ شهرستان استان تصریح کرد: فرمانداران با همراهی ادارات فرهنگ و ارشاد و شهرداری ها برنامه هایی با رویکرد ایجاد نشاط اجتماعی در هفته های فرهنگی برگزار خواهند کرد تاکنون حدود ۶ شهرستان در استان تهران هفته های فرهنگی را برگزار کرده اند.

مروستی ادامه داد: بهره مندی از ظرفیت هنرمندان، فعالان اجتماعی، سازمان های مردم نهاد، ورزشکاران و نخبگان در سطح شهرستان ها و روستاهای استان در برنامه های هفته های فرهنگی و ایجاد نشاط پیش بینی شده است. وی در گفت و گو با شبکه رادیویی تهران گفت: برنامه های فرهنگی در هر شهرستان موجب شده حداقل یک ماه برنامه ریزی های آن شهرستان به موضوعات فرهنگی اختصاص یابد و با این رویکرد مردم و مسئولان از روزمرگی خارج شده اند. انتهای پیام/



روایت متفاوت فارس از دختری به نام شیوا

از عشق و حال در «فرمانیه» تا اشک و آه در قرنطینه

گروه اجتماعی خبرگزاری فارس - محمد تاجیک: دو هفته ای سرگردانی و بلاتکلیفی بین متولیان اعتیاد زنان برای دادن مجوز تهیه گزارش از یکی از مراکز اقامتی زنان افتاده در دام اعتیاد، خود مثنوی هفتاد من کاغذی شده بود اما بالاخره پیگیری ها

جواب داد و مجوز صادر شد.

شنیده بودم که مسئولان مربوطه اعلام کرده‌اند ۱۰ درصد از کل معتادان جامعه متعلق به زنان است و اعتیاد به سمت زنانه شدن است اما تا به حال از نزدیک پای صحبت زنان در دام اعتیاد افتاده ننشسته بودم. در کنار اتوبان تهران - کرج و روبروی پارکی کوچک؛ آن هم در عصر سرد یکی از روزهای اواخر آبان ماه مکانی است که بر سر در آن نام «**مرکز اقامتی بهبودی میان مدت بهبود گستران همگام**» نوشته شده است؛ مرکزی که ساختمانی نوساز دارد و ۶۰ خانم معتاد را در خود جای داده است تا بلکه راه مستقیمی برای هدایت این بیراهه رفتگان زندگی باشد.

زنگ در را که می‌فشارم بعد از اندک زمانی، خانمی در را به رویم می‌گشاید و پس از انجام هماهنگی و فراخوان دادن خانم‌ها به درون آسایشگاه، به اتاق مدیریت مجموعه می‌روم. زمان استراحت زنان معتاد است و آنها باید در آسایشگاه حدود ۲ ساعت را به استراحت بپردازند.

این مرکز بنا به گفته «فاطمه محبعلی»، مدیر این مرکز که سابقه ۱۵ ساله در موضوع بازتوانی معتادان دارد، سال ۹۲ در زمینی به مساحت هزار متر مربع ایجاد شده و زنان معتادی بین سنین ۱۸ تا ۶۰ ساله را در خود جای داده است و به عنوان بزرگترین مرکز در استان تهران فعالیت می‌کند. برگزاری کلاس‌های مهارت زندگی، خیاطی و کتابخانه از جمله امکانات و خدمات این مرکز است. همه اتاق‌ها و حیاط این مرکز به دوربین‌های مدار بسته مجهز شده و مسئول مرکز به صورت لحظه‌ای فعالیت و رفت و آمد خانم‌ها را رصد می‌کند.

پس از صحبت‌های اولیه و هماهنگی‌های مجدد، قرار گفت و گویم به اتاق مشاوره در انتهای سالن اجتماعات و در گوشه دیگر این کمپ کشیده می‌شود.

«**شیوا**» با چته کوچک و ترکه‌ای خود، اولین نفری است که وارد اتاق می‌شود و خیلی سریع سر صحبت را باز می‌کند. او اهل فرمانیه است و پدرش مدیر قسمتی از یکی از پالایشگاه‌های شرکت نفت است. می‌گوید: یک خواهر تنی و یک برادر ناتنی دارم. سال ۹۲ در زمانی که دانش‌آموز سال دوم هنرستان رشته چهره نگاری بودم و در حال انجام سومین امتحانم، یکباره درس را رها کردم.

می‌پرسم چرا؟ ادامه می‌دهد: **خب برنامه عشق و حال!** دوست داشتن و شرایط خانه و اینکه زن پدرم من را خیلی اذیت می‌کرد؛ البته نه اذیت مستقیم، بلکه از وجودش ناراحت می‌شدم. من بچه طلاقم، در سن چهارده سالگی پدر و مادرم از هم جدا شدند. دلیلش این بود که پدرم با یک خانم دیگری ازدواج کرد! من به دلیل اینکه مادرم را دوست نداشتم با زن پدرم زندگی کردم! می‌گویم چرا؟ مگر مادرت چه کار کرده بود؟

می‌گوید: مادرم با خواهرم بهتر برخورد می‌کرد و من را خیلی تحویل نمی‌گرفت. همیشه حصارى بین من و مادرم بود و مادرم با خواهرم که هفت سال از من بزرگتر بود راحت تر بود و احساس علاقه‌ای نسبت به خودم در او نمی‌دیدم! من به دلیل اینکه از دوران کودکی کمبود محبت دیده بودم از سن ۱۲ سالگی دوست پسر داشتم. **می‌پرسم "تاکنون چند دوست پسر داشتی؟!" خنده‌ای می‌کند و ادامه می‌دهد: خیلی!**

می‌گویم "این دوست پسرها تا چه مرحله‌ای با تو دوست بودند؟" می‌گوید "چون در یک خانواده ناپایدار بزرگ شده و هیچ تربیتی نشده‌ام، بلد نبودم دوستی پایدار داشته باشم و یکی دو ماه ادامه می‌دادم و از بین می‌رفت." تا چهارده سالگی دوستی‌هایم با جنس مخالف همین طوری بود و من تنوع طلب بودم! من دنبال کسی بودم که به من محبت کرده و عشق بدهد و آرامم

کند. بالاخره دیدم خودم نمی‌توانم و بلد نیستم این کار را انجام دهم؛ حالا چطور از بقیه چنین توقع‌ای داشته باشم! دلیلش هم همان اعتیاد بود.

وقتی درس را رها کردم اعتیاد داشتم؛ آن هم ماده مخدر «گل» بود! دوستان دختر و پسر من به صورت یک اکپ مصرف می‌کردند و من ابتدا دوست نداشتم مواد مخدر استفاده کنم.

*از استعمال سیگار بهمن سفید تا کتامین و ال.اس.دی

می‌پرسم "اکپ شما کجاها تشکیل می‌شد و مواد مخدر مصرف می‌کردید؟" لبخندی می‌زند و ادامه می‌دهد: داخل پارک. اول اصرار زیادی داشتند من هم «گل» مصرف کنم اما من می‌گفتم "دوست ندارم مصرف کنم!" خلاصه اصرار کردند که گل که اعتیاد آور نیست! البته بگویم من از ۱۳ سالگی سیگار «بهمن سفید» می‌کشیدم! بالاخره قانع شدم تا «گل» مصرف کنم.

از او می‌پرسم از حال و هوای اولین مرتبه مصرف گل برایم بگوید که ابرو بالا و پایین می‌اندازد و اضافه می‌کند: خب سرخوشی و خوشحالی و اینکه همه‌اش می‌خندیم! چیزی که در آن چهارده سال زندگی نخندیده بودم و انگار خندیدن برایم یک رؤیا شده بود!

اولین بار که «گل» مصرف کردم به پدرم گفتم که مصرف کردم! پدرم نیز خیلی عادی برخورد کرد و گفت "گل که چیزی نیست!" البته او فکر می‌کرد "منظورم از گل نوعی علف است!" پدرم ۵۲ سال دارد و خود نیز «شیره» و «تریاک» مصرف کرده بود و او در زمانی که هفت سال داشتم، مصرف مواد مخدر را ترک کرده بود.

می‌پرسم "راستی چقدر هزینه خرید گل کرده و چطور تهیه می‌کردی؟" لبانش را جمع می‌کند و می‌گوید: هیچی! دوستانم همیشه «گل» را برایم تهیه می‌کردند. یک سال اول دو سه ماه یک بار «گل» می‌زدم اما بعد از یک سال هر روز مصرف می‌کردم!

از شیوا می‌پرسم «غیر از گل چه مواد مخدر دیگری استفاده می‌کردی؟» سری تکان می‌دهد و جواب می‌دهد: حالا زمانی بود که دیگر گل جوابگوی نشئگی‌ام نبود! در زمانی که مواد مصرف می‌کردم همه چیز مصرف کردم؛ فقط «هروئین» و «شیشه» را امتحان نمی‌کردم. بیشتر، مواد محرکی مثل «ال اس دی»، «قارچ»، «ماش روم» و.. مصرف می‌کردم. شش سال مداوم مصرف کردم. در اثر مصرف مواد مخدر بسیار ضعیف شده بودم؛ البته روزها مواد مخدر می‌فروختم.

بیشتر، مواد محرکی مثل «ال اس دی»، «قارچ»، «ماش روم» و.. مصرف می‌کردم. شش سال مداوم مصرف کردم. در اثر مصرف مواد مخدر بسیار ضعیف شده بودم؛ البته روزها مواد مخدر می‌فروختم.

تعجب می‌کنم! و می‌گویم "مواد را از کجا تهیه می‌کردی و چطور می‌فروختی؟ اندکی مکث کرده و می‌گوید: مواد را از خیابان ناصر خسرو و از «صاحب بار» تهیه می‌کردم و در یکی از پارک‌های شهرک غرب می‌فروختم. بطری صد هزار تومان می‌خریدم؛ برای نمونه ۵ بطری را به قیمت ۵۰۰ هزار تومان می‌خریدیم و بعد هر کدام از بطری‌های «کتامین» را به قیمت پانصد هزار تومان می‌فروختیم؛ یعنی دو میلیون تومان سود می‌کردیم! کتامین همان داروی بیهوشی حیوانات بود.

البته این تنها سود من بود! و روزانه همین مقدار درآمد داشتم! اما باید بگویم پول خلاف نمی‌ماند و نمی‌فهمیدم چطور مصرف می‌شد! من آن زمان دیگر خانه نمی‌رفتم و یکسره دنبال رفع نیازهایم بودم.

کتامین همان داروی بیهوشی حیوانات بود که از خیابان ناصر خسرو تهیه می‌کردم و در یکی از پارک‌های شهرک غرب می‌فروختم. ۵ بطری را به قیمت ۵۰۰ هزار تومان می‌خریدیم و بعد هرکدام از بطری‌های «کتامین» را به قیمت پانصد هزار تومان می‌فروختیم؛ یعنی دو میلیون تومان سود می‌کردیم!

می‌پرسم پس شبها کجا استراحت می‌کردی؟ با ملایمت می‌گوید: من یک دوست پسر داشتم که شبها به خانه آنها می‌رفتم! او خیلی من را حمایت می‌کرد و با اینکه شش ماه خانه نرفتم، کمکم کرد. به شیوا می‌گویم "چطور شش ماه خانه نرفتی؟" یعنی پدر و مادرت تو را رها کرده بودند؟ پاسخ می‌دهد: نه، من مادرم را کنار گذاشته بودم و برای او نیز مهم نبود؛ چون من او را رها کرده بودم و با پدرم زندگی کرده بودم. مادرم بعد از جدا شدن از پدرم برای خودش زندگی می‌کرد و ازدواج نکرده بود.

* ۶ ماه در خانه دوست پسرم زندگی کردم

خب! روزها چکار می‌کردی؟ قیافه حق به جانبی می‌گیرد و با اعتماد به نفسی خاص جواب می‌دهد "هر روز در پارک بودم و صبح تا شب با هم بودیم." شبها با دوست پسرم که دو سال از من بزرگتر بود به خانه‌شان می‌رفتم. پدر و مادرش من را می‌شناختند و مشکلی وجود نداشت. به شیوا می‌گویم "پدر و مادر دوستت نمی‌گفتند شما به هم نامحرم هستید و نباید این قدر با هم باشید؟!" سرش را تکان می‌دهد و می‌گوید: نه! آنها خیلی امروزی فکر می‌کردند و اصلاً به این چیزها فکر نمی‌کردند! ما فقط «با هم باشی» داشتیم!

من با سرنگ کتامین را به بازویم و به عضله تزریق می‌کردم. حالا طوری شده بود که دیگر هر روز تزریق می‌کردم. من پنجاه میل کتامین را به قیمت صد هزار تومان می‌فروختم؛ یعنی ۵۰ سرنگ یک میل!

من با سرنگ کتامین را به بازوی و به عضله تزریق می‌کردم. من پنجاه میل کتامین را به قیمت صد هزار تومان می‌فروختم؛ یعنی ۵۰ سرنگ یک میل!

سه سال پیش روز تولدم یعنی ۱۲ اردیبهشت با جیب دوستم به کوه رفتیم. به جز من، ۵ نفر از دوستانم همراهم بودند. چون روز تولدم بود یک «ال اس دی» که یک نوع مقواست خوردم. این محرک را به زبانت می‌زنی و دچار توهم می‌شوی و دوازده ساعت اثرش وجود دارد.

در جیب که بودم آنقدر توهم زده بودم که صدای ضربان قلبم با صدای موزیک ماشین یکی شده بود. لحظه‌ای که موزیک قطع می‌شد احساس می‌کردم ضربان قلبم نیز قطع می‌شود و در حال مُردن هستم.

یک زمانی موزیک قطع شد و مدت یک ربع موزیک پخش نشد. تنها چیزی که یادم است این بود که جسمم در ماشین همراه بچه‌ها بود و آنها را می‌دیدم اما من بیرون پریده بودم و از فشار توهم زیاد در حال دویدن در کوه بودم!

البته دوست پسرم نمی‌گذاشت من این میزان مصرف کنم. این تزریق در دو هفته آخر باعث آسیب شدید به دستگاه گوارش شد، عفونت مثانه و سنگ کلیه گرفتم و به کبد هم آسیب وارد شد. در کنار «کتامین» به صورت تفریحی «گل» هم استفاده می‌کردم. البته مشروب هم می‌خوردم و اوایل اعتیادم، الکل نیز مصرف کردم؛ البته به صورت تفریحی! یک دفعه شرایطم طوری شد که به پدرم زنگ زدم و گفتم "من نیاز به کمک دارم!" پدرم گفت "چه کمکی؟" گفتم "دیگر خسته شدم و می‌خواهم بروم کمپ و ترک کنم".

پدرم گفت: اگر واقعاً می‌خواهی ترک کنی من نمی‌گذارم به کمپ بروی، من تو را به بیمارستان می‌برم. من جواب دادم نه، قصد

دارم به کمپ بروم. به پدرم گفتم "اگر می‌خواهی بیا من را ببر و «سنتم» را بده؛ البته اگر نیایی، من اگر یک روز کار کنم پول سنتم را هم در می‌آورم. سنت همان پولی است که کمپ می‌گیرد.

در کنار «کتامین» به صورت تفریحی «گل» هم استفاده می‌کردم. البته مشروب هم می‌خوردم و اوایل اعتیادم، الکل نیز مصرف کردم؛ البته به صورت تفریحی!

بالاخره پدرم قبول کرد و فردای آن روز قرار گذاشتیم و من به کمپ «ورد آورد» رفتم. وقتی به کمپ آمدم چهار روز اول یکسره خواب بودم و پس از این مدت، بیدار شدم.

یک دوره ۲۸ روزه بودم و انگار مغزم پیچیده بود! به خودم گفتم "من فقط آمده‌ام فیلتر و سرنگ را کنار بگذارم و وقتی از اینجا بروم باز مصرف می‌کنم." وقتی دوره‌ام تمام شد و از کمپ آمدم، اول پدرم فکر کرد من در این مدت فقط «گل» مصرف کردم اما نمی‌دانست که من «کتامین» تزریق می‌کنم و دچار چه اتفاق بدی شده بودم! وقتی از کمپ بیرون آمدم دو روز بیرون از خانه بودم و در همان زمان نیز دوباره «کتامین» مصرف کردم.

دیدم هنوز دوست پسر «کتامین» مصرف می‌کند و من هم خیلی ناراحت شدم و باز شروع به مصرف کردم؛ چون ما هر دو قرار گذاشته بودیم وقتی رفتیم کمپ دیگر او هم مصرف نکند. باز دوباره پدرم من را به کمپ آورد و در مجموع چهار ماه در کمپ ماندم. تصمیم گرفتم از آن دوران سخت بیرون بیایم. همه دوستان قبلی را کنار گذاشتم و تنهایی زیادی کشیدم. پدرم در زمانی که در کمپ بودم به من سر می‌زد و مامانم نیز یک بار به دیدنم آمد.

الان با مامانم زندگی می‌کنم. به شیوا می‌گویم "حالا زمانی است که روی خوش زندگیت را می‌بینی که چهره‌ای محزون به خود می‌گیرد و فوری جواب می‌دهد "نه! من هیچ روی خوشی ندارم! خیالت راحت!"

بعد از حضور چهار ماهه در کمپ و ترک کردن با پدرم به جلسات «ان.ای» رفتم و دو سال است ادامه دارد. باید این نکته را بگویم اعتیاد همیشه با معتاد هست و باید یکسره کنترل شویم.

***از اعتیاد تا دانشجوی تربیت بدنی و مربی ابرویک**

حالا «شیوایی» که همه از او قطع امید کرده بودند و دکترها می‌گفتند باید تا آخر عمر دارو مصرف کند مواد مخدر را ترک کرده و الان ترم اول رشته تربیت بدنی دانشگاه آزاد تحصیل می‌کند و سرکار می‌رود. من توانستم در دو ماه دیپلم را بگیرم. **البته من مربی ابرویک هم هستم!** اگر روزی بخوام از ایران بروم مدرک تربیت بدنی بیشتر به کارم می‌آید و می‌خواهم تا مقطع دکتری ادامه تحصیل دهم.

با تعجب می‌گویم «کلاس ابرویک؟! روی صندلی جابجا می‌شود و می‌گوید: بله! چهار جلسه آموزش می‌دهم و ۸۰ هزار تومان دریافت می‌کنم! بچه‌ها و بزرگترها مشتریانم هستند! این کار متد خاصی دارد و مشتری زیادی دارم. ماهی چهار تا پنج میلیون تومان درآمد از این کلاس‌ها است و الان روی پای خودم می‌ایستم. البته سه ماه است کلاس ابرویک دارم و قبلاً مدیر فروش شرکت پدرم بودم. الان با پدرم ارتباط دارم اما چون با زن پدرم مشکل دارم به خانه او نمی‌روم و باز پیش مادرم می‌روم.

حدود دو سال است پیش مامانم هستم. پدرم به مادرم گفت "تو باید از شیوا مراقبت کنی و مادرم جواب داد چرا تا الان شیوا نبوده و من باید حالا از او مراقبت کنم" پدرم گفت "او مواد را ترک کرده و من الان نمی‌توانم برای او خانه بگیرم و به خطر می‌افتد"

مادرم گفت "باید برای نگهداری از او به من پول بدهی!"

چهار جلسه آموزش ایروبیک می‌دهم و ۸۰ هزار تومان دریافت می‌کنم! بچه‌ها و بزرگترها مشتریانم هستند! ماهی چهار تا پنج میلیون تومان درآمد دارم.

این طور بگویم که اکنون نیز من خیلی خانه نیستم. البته من یک سالی خانه ماندم و حرف گوش کردم. از شیوا می‌پرسم الان چی؟ آیا هنوز هم دوستان آن موقع را داری؟ ابروهایش را در هم کرده و اضافه می‌کند: نه، دیگر دوستی ندارم و همه را کنار گذاشتم! به این نتیجه رسیدم هیچ کس دیگر خوب نیست و من هم تصمیم گرفتم از مصرف کننده‌های مواد مخدر دور باشم.

من در این مرکز در کلاس‌های خودشناسی و دوازده قدم شرکت می‌کنم تا شناخت بیشتری پیدا کنم. هفته‌ای یک بار اینجا می‌آیم. اکنون از دوره غیرقابل اداره بودن خودم خارج شده و زندگی‌م از آن دوره تلخ عبور کرده است.

اینجای گفت‌وگو خوشحال تر به نظر می‌رسد و ادامه می‌دهد: الان جایی هستم که دوسال پیش فکرش را هم نمی‌کردم که شیوا یک روز درس بخواند و چیزی یاد بگیرد. فکرش را نمی‌کردم کاری کنم و آن را به پایان برسانم یا فکر نمی‌کردم یک روزی پدرم پاسپورتم را بدهد و بگوید جایی می‌خواهی برو! حالا آن دوران تمام شده و پدرم به من اطمینان دارد و اینکه بگویم دیگر «شیوا» کارهای گذشته را انجام نمی‌دهد.

* آرزویم این است یک خانواده درست و حسابی داشته باشم

از آرزوهایش می‌پرسم که به گوشه اتاق خیره شده و ادامه می‌دهد: مسخره است بگویم! اما آرزو دارم یک خانواده درست و حسابی داشته باشم و والدینم به عنوان پدر و مادر کنارم باشند.

* محبت پدر و مادری را از دیگران درخواست کردم!

اشک در چشمانش جمع می‌شود و با اندکی سکوت ادامه می‌دهد: من کمبودهای داشتن یک پدر و مادر و خانواده را از والدین دوست پسرم تغذیه می‌کردم و اگر می‌خواستم کاری را انجام دهم برای آنها انجام می‌دادم. با همه این حرفها پدرم بزرگترین عشق زندگی‌م است و تا به حال آنقدر کسی را به اندازه پدرم دوست نداشتم، اما باید برایم وقت می‌گذاشتند و مرا تربیت می‌کردند اما این کار را نکردند!

من به همه کسانی که در حال افتادن به دام اعتیاد هستند، می‌گویم: هیچی در آن نیست! یعنی حسابی است که خوش گذرانی‌های آن جز توهم نیست.

من به همه کسانی که در حال افتادن به دام اعتیاد هستند، می‌گویم: هیچی در آن نیست! یعنی حسابی است که خوش گذرانی‌های آن جز توهم نیست. من ۱۳ سال داشتم که درگیر اعتیاد شدم؛ در حالی که محبت و خانواده‌ای در این میان وجود نداشت. اکنون دیگر با کسی رفاقت نمی‌کنم و بهترین دوست خود انسان است و بس!

می‌خواهم درس را ادامه داده و دکتری تربیت بدنی بگیرم؛ البته کار سختی است اما تا خدا هست همه چیز امکان دارد! انتهای پیام/

مدیرعامل صندوق بازنشستگی کشوری:

نسبت ورودی به خروجی بازنشستگان منفی شد

به گزارش خبرنگار اجتماعی خبرگزاری فارس، جمشید تقی زاده در هفتمین نشست ماهانه شورای هماهنگی کانون های بازنشستگی استان تهران که با حضور مدیران و مسئولان صندوق بازنشستگی کشوری و هلدینگ های تابعه در محل هلدینگ مالی صندوق برگزار شد، گفت: وزیر رفاه به دنبال ایجاد شفافیت است و در همین مدت کوتاه از آغاز به کار ایشان در وزارتخانه شاهد تلاش های بی وقفه برای استقرار شفافیت هستیم. برنامه های وی عملیاتی است و خوشبختانه در حوزه بازنشستگی به خصوص در جلسات پیش از رأی اعتماد، به موضوع همسان سازی حقوق تاکید کرده است.

وی ادامه داد: در دوره دوم برنامه ها که با حضور وزیر تعاون، کار و رفاه اجتماعی آغاز می شود، مشارکت و حضور بازنشستگان، به خصوص کانون ها، را در اولویت برنامه ها داریم. کانون ها باید در ارتباط با مجلس و دولت نقش محوری داشته باشند تا بتوانیم تأثیرگذاری بهتری داشته باشیم.

تقی زاده با اشاره به اینکه باید به هر نحوی که می توانیم از کانون ها پشتیبانی کنیم، تا نقش پررنگ تری ایفا کنند، افزود: کانون ها گروه های مرجع اجتماعی هستند که هم می توانند مسائل را به مسئولان منتقل کنند و هم می توانند در تصمیم سازی ها و برنامه ریزی ها نقش کلیدی داشته باشند.

وی با بیان اینکه مشکلات بازنشستگان تنها با ارتباط بیشتر کانون ها و صندوقها و دستگاه های اجرایی قابل حل است، گفت: تنها با ادبیات مشترک بین صندوق بازنشستگی کشوری و کانون ها می توان به اهداف متعالی صندوق که همان ارتقا جایگاه و منزلت بازنشستگان کشوری است، دست پیدا کرد که در این شرایط حضور و فعالیت بازنشستگان می تواند سرعت بیشتری پیدا کند.

تقی زاده ادامه داد: می خواهیم مشارکت کانون ها را در برنامه های صندوق افزایش دهیم و با تفویض برخی امور به کانون ها، از وجود آنها در پیشبرد اهداف فرهنگی، اجتماعی و... صندوق بازنشستگی کشوری بیشتر استفاده کنیم.

مدیرعامل صندوق بازنشستگی کشوری با بیان اینکه غالباً نگاه به بازنشستگی نگاه آسیب پذیری است، گفت: از کانون ها انتظار می رود تا کارگروه های تخصصی را تشکیل داده و افزایش دهند و دستگاه ها را با امور بازنشستگان آشنا سازند و تجربه و دانش خود را از طریق کانون های بازنشستگی دستگاهها و وزارتخانه ها در اختیار مدیران ارشد مجموعه ها قرار دهند تا بالندگی دوران بازنشستگی روز به روز بیشتر نشان داده شود.

تقی زاده ادامه داد: تشکیل انجمن های مختلف نخبگان و اعضای هیأت علمی در رشته های مختلف کمک می کند تا قطار بازنشستگی حرکت کند و دیگران نیز مشتاق سوار شدن بر این قطار باشند.

وی با بیان اینکه اکنون باید مراقب باشیم تا یأس و ناامیدی در جامعه افزایش پیدا نکند؛ خطاب به روسای کانون های بازنشستگی استان تهران گفت: از این پس انتظار داریم بسته های پژوهشی و تحقیقاتی کانون ها بدست ما برسد تا براساس تحقیقات و پژوهش ها بتوانیم دوران زیبایی و تلاش مضاعف را مانند گذشته در راستای آبادانی نظام مقدس جمهوری اسلامی ایران همراه و همگام با شما برداریم.

وی افزود: یکی از مهم ترین مشکلات حال حاضر صندوق، کاهش شدید نرخ پشتیبانی به ۰.۸ درصد است و این به معنی آن است که نسبت ورودی به خروجی در صندوق منفی شده که در این زمینه نیز راه حل های مناسب در جهت مرتفع شدن این

مشکل کارشناسی شده است .

تقی زاده با اشاره به رایزنی و نشست های مختلف با ۱۷۸ نفر از نمایندگان مجلس و همچنین تأکید وزیر رفاه بر لزوم همسان سازی حقوق و اهمیت رسیدن به ادبیات مشترک برای تحقق نیازهای بازنشستگان گفت: موضوع مهم دیگر بکارگیری و فراهم کردن بستر اشتغال برای فرزندان بازنشستگان است که جزو اولویت های صندوق بازنشستگی است.

وی همچنین به پیگیری ماده ۱۰ قانون احزاب اشاره کرد و گفت: امیدواریم که قانون خدمات کشوری در آینده نزدیک به صحن مجلس برود و بعد از تصویب آن، شاهد صدور مجوزهای ماده ۱۰ برای فعالیتهای بیشتر برای بازنشستگان باشیم که در این زمینه صندوق، رایزنی های مختلفی را با نمایندگان مردم در مجلس انجام داده است. انتهای پیام/



مدیرکل دفتر امور آسیب های اجتماعی وزارت رفاه خبر داد

محرومیت ۳۲۵ هزار کودک از تحصیل در سال گذشته

به گزارش خبرنگار اجتماعی خبرگزاری فارس، احمدرضا پرنده در نشست خبری در مورد طرح وزارت رفاه از شناسایی کودکان بازمانده از تحصیل گفت: طرح شناسایی کودکان بازمانده از تحصیل از اقدامات ویژه معاونت رفاه وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی است و به منظور کاهش فقر آموزشی برنامه ای در سال ۹۶-۹۷ اجرا و طی آن ۹۶ هزار نفر کودک بازمانده از تحصیل در مقطع سنی ۶ تا ۱۱ سال شناسایی کردیم.

پرنده روال شناسایی کودکان را تشریح کرد و گفت: ما ابتدا مشخصات دانش آموزان ثبت نام شده در مدرسه را از آموزش و پرورش گرفتیم و از ثبت احوال نیز اطلاعات کودکان در سن ۶ تا ۱۱ که باید به مدرسه می رفتند ولی ثبت نام نکردند را به دست آوردیم.

وی ادامه داد: تفاوت این دو کودکان بازمانده از تحصیل هستند سپس از طریق ثبت احوال کد ملی سرپرست خانوار این کودکان اخذ نمودیم. با همکاری خوب وزارت ارتباطات شماره تلفن سرپرست خانوار این کودکان را به دست آوردیم و از این طریق به تک تک خانواده ها در حال حاضر پیامکی از طرف وزارت رفاه ارسال کرده و از خانواده ها خواستیم در این مرحله فقط علت نرفتن فرزند خود به مدرسه را از طریق پیامک به همان شماره که پیام دریافت نمودند ارسال کنند.

پرنده گفت: شناسایی علت بازماندگی این ۹۶ هزار نفر در دست بررسی است و به زودی دلایل بازماندگی از تحصیل از طریق پیامک، تماس تلفنی، بازدید میدانی تهیه و جهت بازگشت به تحصیل کودکان به مدرسه با استفاده از تمامی ظرفیتهای دنبال خواهد شد.

وی افزود: از ۹۶ هزار کودک بازمانده سال ۹۶-۹۷ استانهای سیستان و بلوچستان، تهران، خراسان رضوی، خوزستان، کرمان، فارس و آذربایجان غربی بیشترین تعداد بازماندگی از تحصیل را داشته اند.

مدیرکل دفتر امور آسیب های اجتماعی وزارت رفاه ادامه داد: دو سال قبل در مقطع ابتدایی ۹۴-۹۵ از ۱۳۴ هزار نفر کودک بازمانده از تحصیل به این روش شناسایی نمودیم و اطلاعات آن را در اختیار مسئولین کشوری و استانی قرار دادیم تا با استفاده از ظرفیتهای دولتی و غیردولتی جهت بازگشت به تحصیل کودکان اقدام کنند.

وی افزود: اعتباراتی هم پیش بینی کردیم و تخصیص دادیم تا بتوانیم آن دسته از کودکان را که به علت فقر به مدرسه نرفته اند به چرخه آموزش برگردانیم.

پرنده گفت: البته علاوه بر دوره ابتدایی دانش آموزان متوسطه که ترک تحصیل می کنند هم نباید فراموش شوند به همین دلیل در سال تحصیلی ۹۶-۹۷ حدود ۳۲۵ هزار نفر از جمله واجدین شرایطی بودند که باید در مدرسه باشند ولی نبودند. از این تعداد ۹۶ هزار نفر اصلاً در دوره ابتدایی ثبت نام نکردند.

وی گفت: ۹۸ هزار و ۸۶۱ کودک در سن ۱۱ تا ۱۴ سال و ۱۵۷ هزار و ۲۹۲ نفر در سن ۱۴ تا ۱۸ سال ادامه تحصیل نداده اند.

مدیرکل دفتر امور آسیب های اجتماعی وزارت رفاه ضمن تشکر از استقبال و پشتیبانی سازمان مدیریت برنامه ریزی کشور از وزارت آموزش و پرورش، سازمان ثبت احوال، وزارت ارتباطات و انجمن ها و مؤسسات خیریه تشکر کرد و افزود: اجرای طرح مذکور یکی از اقدامات مؤثر وزارت رفاه پس از پیروزی انقلاب است و موفقیت این طرح نشان و الگویی از یک کار هم افزایی در کشور است.

انتهای پیام/



معاون سیاسی و انتظامی فرمانداری تهران مطرح کرد

اجرای «طرح ساماندهی کودکان کار» با تدبیر و به صورت تدریجی



به گزارش گروه اجتماعی خبرگزاری فارس، عبدالعظیم رضایی معاون سیاسی - انتظامی فرمانداری تهران در نشست هم اندیشی کودکان کار و خیابان ضمن اشاره به اینکه رها شدن کودکان کار در خیابان یکی از آسیب های جدی در تهران است، اظهار کرد: این آسیب اجتماعی می تواند آسیب های دیگری را به دنبال داشته باشد.

معاون سیاسی - انتظامی فرمانداری تهران ساماندهی آسیب دیدگان اجتماعی به ویژه کودکان کار و خیابان را از وظایف مهم دستگاه ها، سازمان ها و نهادها عنوان کرد و افزود: شورای اجتماعی کشور به منظور ایجاد هماهنگی و وحدت رویه و تبیین نقش و تکالیف هر یک از ارگان های ذی ربط مسئولیت را به استانداری تهران محول کرد و مجتمع فوریت های خدمات اجتماعی راه اندازی شد و اکنون برای افزایش کارآمدی و بهره برداری مطلوب در راستای این مأموریت مهم، همکاری بیشتر NGO ها، خیرین و مردم لازم است.

رضایی افزود: انجام طرح ضربتی در خصوص جمع آوری کودکان کار، راه حل مناسب نیست بلکه باید اعتماد سازی و آگاه سازی صورت گیرد و آحاد مختلف جامعه در کنار سایر سازمان ها و نهادها در رفع این معضل بسیج شده تا بتوانیم آسیب های اجتماعی را از کودکان این مرز و بوم دور کنیم.

معاون سیاسی ضمن اشاره به حفظ حرمت و کرامت انسانی کودکان کار و خیابان در اجرای طرح ساماندهی گفت: اجرای این طرح باید به صورت تدریجی و با تدبیر انجام شود تا شاهد کاهش آسیب باشیم.

رضایی ادامه داد: برای این منظور اعتبارات لازم پیش بینی شده و مجتمع فوریت های خدمات اجتماعی به عنوان مکانی برای غربالگری تأسیس و تجهیز شده است.

در این نشست هجده سازمان مردم نهاد ضمن حضور یافتند و برای مرتفع کردن مشکلات و مسائل مربوط به کودکان کار و خیابان نقطه نظرات، پیشنهادات و راهکارهایی ارائه کردند. انتهای پیام/



معاون رفاهی وزیر رفاه خبر داد

زمان توزیع بسته حمایتی برای کارگران، رانندگان و بازنشستگان / توزیع بسته های جدید در دهه فجر

احمد میدری در گفت و گو با خبرنگار اجتماعی خبرگزاری فارس گفت: از ۲۰ آبان اولین مرحله آغاز شد که به مددجویان نهادهای حمایتی داده شد تقریباً از پنجشنبه هفته گذشته به بازنشستگانی که مشمول این طرح بودند، بازنشستگان کشوری، صندوق فولاد و لشکری داده شد، کارکنان دولتی که حقوقشان کمتر از ۳ میلیون تومان هستند اطلاعات جمع آوری شده و امیدواریم در این هفته پس از تعطیلات آغاز شود.

وی ادامه داد: سایر گروه ها یعنی گروه های چهارم، کارگران، رانندگان و اقشاری که تحت پوشش سازمان تأمین اجتماعی هستند یعنی بازنشستگان سازمان تأمین اجتماعی و در آخر اقشار با درآمد کمتر از ۳ میلیون تومان که جزو هیچ کدام از این گروه ها قرار ندارند نیز مشخص هستند.

معاون رفاهی وزیر رفاه گفت: سایر گروه ها روستاییان، حاشیه نشینان شهری هستند و اقشاری که فاقد بیمه های اجتماعی هستند بر اساس پایگاه اطلاعات ایرانیان شناسایی شدند و در واقع آن بسته حمایتی روی حساب یارانه هایشان واریز خواهد شد.

میدری ادامه داد: اگر اقشاری باشند که درآمد کمتر از ۳ میلیون تومان دارند اما بعد از مرحله آخر تحت پوشش قرار نگرفته باشند می توانند به کمیته امداد و سازمان بهزیستی مراجعه کنند و فرم را تکمیل کنند.

وی گفت: این گروه ها به تدریج وارد می شوند زیرا خیلی ها در گروه پنجم قرار می گیرند و الان مراجعه نکنند به ادارات مراجعه می کنند اما پیامک های زیادی ارسال می شود.

میدری در پاسخ به اینکه مرحله چهارم چه زمانی تمام می شود که بعد از آن افرادی که گروه پنجم هستند مراجعه کنند؟ گفت: این در واقع اولویت بندی نیست به خاطر دسترسی به اطلاعات و اینکه چه اقشاری کمتر از ۳ میلیون تومان دارند این روند شروع شده، این بسته ها فقط نقدی است.

وی افزود: برای نهادهای حمایتی اعتبار کالایی بوده که فروشگاه های زنجیره ای آن را تأمین می کنند و برای بازنشستگان پول نقد بوده که البته اگر شبکه های ما برای گروه پنجم امکان این را داشته باشند ما سعی می کنیم از طریق فروشگاه ها باشد چون مزایایی دارند اما بستگی به کشش فروشگاه ها و دسترسی مردم دارد.

میدری گفت: مبلغ به طور متوسط ۲۰۰ هزار تومان است و به ازای هر خانواده از ۱۰۰ تا ۳۰۰ هزار تومان در نظر گرفته شده است.

معاون رفاهی گفت: صحبت شده که تا شب عید در چندین مرحله این بسته پرداخت شود که آنها کالایی یا نقدی هستند.

میدری در مورد مبنای انتخاب ۳ میلیون نفر گفت: ۳ میلیون تومان سقف تعیین شد، مبنای این است که اقشاری که کمتر از این رقم می گیرند نیازمندی بیشتر دارند.

وی در مورد اینکه آیا منطقه و مسکن خانواری که در آن زندگی می کنند نیز لحاظ شده گفت: لحاظ کردیم اما در کلانشهرها باید پول بیشتری در نظر بگیریم نسبت به روستاها اما تفاوت جغرافیایی لحاظ نشده است.

وی در مورد اینکه این بسته ها چقدر به معیشت خانواده ها کمک می کند افزود: مبلغ کافی نیست اما دولت بین دو امر باید انتخاب کند تزریق پول بیشتر موجب تورم می شود و قدرت خرید مردم کاهش پیدا می کند از طرف دیگر این حمایت برای اقشار کم درآمد بود شاید حمایت برای افرادی که درآمد بالایی داشته باشند مؤثر باشد اما برای اقشار متوسط همین رقم هم می تواند کمک کننده باشد.

وی افزود: دولت در آبان ماه سال جاری با تنظیم آیین نامه ای دستگاه ها را موظف کرد در فاصله زمانی مختلف و به نوبت به گروه و قشرهای مردم بسته های حمایتی ارائه دهد. دولت در اولین مرحله خود به ۳ میلیون و یکصد هزار خانواده بسته های حمایتی ارائه کرده که شامل مددجویان حمایتی هستند و ۲۰ آبان نیز مبلغ مورد نظر به صورت غیر نقدی پرداخت شده، می تواند با مراجعه فروشگاه های مخصوص کالاهای خود را با قیمت مناسب خریداری کنند.

میدری گفت: دولت از پنج شنبه اول آذرماه تحویل بسته حمایتی به بازنشستگان کشوری و لشکری و صندوق فولاد با دریافتی کمتر از ۳ میلیون تومان رانیز آغاز کرده و این بسته به صورت نقدی به حسابشان واریز می شود.

میدری اضافه کرد: گروه چهارم شامل کارگران، رانندگان و اقشار و بازنشستگان تحت پوشش سازمان تأمین اجتماعی است و در آخر، اقشار با درآمد کمتر از سه میلیون تومان که جزو هیچکدام از گروه های فوق نیستند این بسته های حمایتی را دریافت خواهند کرد.

وی افزود: اعتبار دولت برای بسته های حمایتی مرحله نخست، ۹ هزار میلیارد تومان است و برآورد ما این است که در هر مرحله ۳ تا ۳ هزار و پانصد میلیارد تومان بودجه نیاز دارد. در حال بررسی این موضوع هستیم که بسته های کالای حمایتی را در دهه فجر توزیع کنیم. انتهای پیام/



عضو هیات علمی دانشگاه علامه طباطبائی



خشونت مفهومی فمینیستی است و بار ضد خانواده دارد *

به گزارش خبرنگار اجتماعی فارس، حجت الاسلام محمدرضا زیبایی نژاد در نشست تخصصی بررسی لایحه تامین امنیت زنان در برابر خشونت، با بیان اینکه خشونت یک مساله فرهنگی است و در جوامع مختلف معانی متفاوتی دارد، گفت: این واژه نیاز به باز تعریف دارد.

وی جهت گیری های این لایحه را موجب گریزان شدن از خانواده دانست و ابراز داشت: وقتی می خواهیم درباره خانواده لایحه ای طراحی کنیم باید رویکرد مورد نظر ما چه تاثیری بر روی مناسبات خانوادگی می گذارد.

رئیس مرکز تحقیقاتی زن و خانواده افزود: سیاست گذاری ها در زمینه خانواده باید محصول تحلیل باشد اما در زمان ارائه پیش نویس لایحه تامین زنان ما هیچ بیانیه تحلیلی را شاهد نبودیم.

وی با اشاره به این نکته که الگوی خشونت در جامعه در حال تغییر است خاطر نشان کرد: این تغییر و تحولات در لایحه مورد نظر دیده نشده است.

حجت الاسلام زیبایی نژاد مجازات نرم را راه مناسبی برای برخورد با ناهنجاری های حوزه خانواده عنوان کرد و گفت: ما در یک جامعه متکثر زندگی می کنیم و برلی تنظیم لوایح در این شرایط باید بسیار دید بازی داشته باشیم.

در ادامه فریبا علاسوند عضو هیات علمی امروز تحقیقات و خانواده با اشاره به اینکه مساله خشونت از زوایای مختلف در سازمانهای بین المللی بررسی شده و تاثیر این تعاریف بر روی لایحه موجود قابل توجه است گفت: اگر قصد ما از مجازات در برابر خشونت زهر چشم گرفتن نباشد باید به دنبال تحلیل این مساله باشیم که رفتار خشونت آمیز ناشی از چه مشکلی در جامعه است.

علاسوند خاطرنشان کرد: باید عوامل خشونت مردان علیه زنان و خشونت پذیری زنان در جامعه ایرانی بررسی شود.

عضو هیات علمی موسسه تحقیقات زن و خانواده تلقی برخی از کارشناسان از افزایش تعارضات خانوادگی و فروپاشی خانواده از طریق وضع قوانین کیفری برای رفع خشونت را غیرقابل قبول دانست و ابراز داشت: باید دید چند درصد زنانی که با خشونت مواجه هستند به سمت این قوانین می روند.

وی افزود: حتی در کشورهای غربی هم مراجعه به محاکم قضایی به این شدتی که عنوان می شود نیست و نمیتوان این مساله را دلیل فروپاشی نهاد خانواده در غرب عنوان کرد.

علاسوند با تاکید بر اینکه قانون، حقوق و فرهنگ حقوقی دو موضوع متفاوت است گفت: فرهنگ حقوقی از عناصر درونی سازی است و با قانون و محاکم متفاوت بوده و می توان در کنار برطرف کردن موانع رسیدگی به خشونت به ترویج فرهنگی آنها اقدام کنیم.

وی به خلاء قابل توجه قانونی این لایحه اشاره کرد و بیان داشت: مساله خشونت های جنسی درون خانوادگی در این لایحه نادیده گرفته شده است.

این فعال حوزه زنان ادامه داد: براساس گزارش سازمانهای بین المللی بالغ بر ۳۵ درصد زنان این خشونت را تجربه کرده اند و باید از تنظیم کنندگان این لایحه پرسید چرا هیچ گونه تصریحی به این مساله نشده است.

علاسوند به خلا دیگر موجود در این لایحه پرداخت و گفت: درخصوص خشونت جنسی به پسر بچه ها در این سند صحبتی نشده درحالیکه در بحث خشونت همواره افرادی که در موقعیت زنان هستند مثل کودکان فارغ از جنسیت مورد توجه قرار می گیرند.

وی با اشاره به اینکه باید درخصوص خشونت و امنیت به یک مفاهمه برسیم ابراز داشت: تعارضاتی میان فهم بین المللی و داخلی، فهم ما و جریانهای فمینیستی و فهم زنان و مردان در اینباره وجود دارد.

وی خاطر نشان کرد: برخی حفظ خانواده را به هر قیمتی حتی از بین رفتن زنان اصل می دانند در حالیکه حفاظت و ایجاد احساس خوشبختی باید اصل قرار گیرد.

در ادامه محمدمتقی کرمی عضو هیات علمی دانشگاه علامه و مشاور ارشد مرکز تحقیقات خانواده گفت: گاهی نظام حقوقی در کشور به قوانین موجود هم عمل نمی کند و باید توجه داشته باشیم مهمتر از وضع قانون عمل به آن است.

کرمی خاطرنشان کرد: اگر این لایحه هم تصویب شود مانند بسیاری از قوانین اراده ای برای اجرای آن وجود ندارد چون ما دچار تورم تکرر قوانین هستیم.

عضو هیات علمی دانشگاه علامه اظهار داشت: خشونت مفهومی رایج در ابعاد جهان فمینیستی و با بار منفی و ضدخانواده است.

کرمی ادامه داد: فمینیست ها خشونت علیه زنان را با خشونت خانگی یکی می دانند و این واژه از اساس نسبت به خانواده سوگیری

دارد و معمولاً نسبت به خشونت های رایج در اجتماع ساکت است.

وی خلط و یک کاسه کردن خشونت علیه زنان در خانواده و جامعه را نادرست خواند و بیان داشت: مشخص نیست در این لایحه چرا نهاد خانواده در کنار واقعیت های اجتماعی آمده است.

عضو هیات علمی دانشگاه علامه افزود: چه منطقی بر این لایحه حاکم است که جنایات در کنار رفتارهای مذموم آمده است.

کرمی تاکید کرد: مهمترین عامل در بروز خشونت خانگی یادگیری های اجتماعی است و در این شرایط نباید گام نخست با آن به مواجهه قضایی و حقوقی پرداخت. انتهای پیام/



نشست تخصصی بررسی لایحه تامین امنیت زنان در برابر خشونت

سیاسی شدن لایحه تامین امنیت موجب سوء برداشت و سوء استفاده از آن شد *

به گزارش خبرنگار گروه زنان و جوانان خبرگزاری فارس، نشست تخصصی بررسی لایحه تامین امنیت زنان در برابر خشونت عصر امروز در مرکز تحقیقات زن و خانواده برگزار شد.

در ابتدای این نشست حجت الاسلام مهدی سجادی امین عضو هیأت علمی مرکز تحقیقات زن و خانواده با بیان اینکه قوانینی در خصوص منع خشونت علیه زنان پیش از مطرح شدن لایحه تامین امنیت وجود داشت، گفت: این لایحه در جهت جامعیت بخشیدن به قوانین شکل گرفت.

وی با اشاره به قوانین موجود درباره خشونت علیه زنان اظهار داشت: برخی از قوانین پیشگیرانه هستند مانند رعایت عفاف و حجاب در خصوص مقابله با دایر کردن مراکز فساد و فحشا.

عضو هیأت علمی مرکز تحقیقات زن و خانواده افزود: برخی از قوانین نیز برخورد کننده هستند که شامل مجازات های جسمانی و روانی می شوند.

سجادی امین به زمینه خشونت خانگی و قوانین موجود پرداخت و ابراز داشت: یک ماده قانونی مربوط به حسن معاشرت ماده قانونی مربوط به حقوق و تکالیف زوجین، سوء رفتار شوهر نسبت به همسر که مجوز فسخ نکاح می شود همچنین ماده مربوط به خشونت های روانی در خانواده را ذکر می کند از جمله این موارد است اما با وجود این قوانین تصمیم بر این شد یک لایحه جامع تحت عنوان تامین امنیت زنان در برابر خشونت تدوین شود که در حال حاضر دارای ۴ فصل و ۵۱ ماده است.

در ادامه پوران ولیون قاضی دیوان عالی کشور و مشاور وزیر دادگستری در امور زنان به تشریح زوایای فقهی و حقوقی لایحه موجود پرداخت و گفت: پیشینه این لایحه به حدود ۱۰ سال پیش بازمی گردد و سنگ بنای آن در دیدار مقام معظم رهبری و جمعی از قضات گذاشته شد.

ولیون ابراز داشت: مقام معظم رهبری در این دیدار از واژه امنیت برای زنان در خانواده استفاده کردند و ابراز داشتند گاهی بر زنان ستم می شود که این واژه مفهوم بالاتری از خشونت دارد.

وی ادامه داد: رهبری در این دیدار اصرار داشتند برخی زنان متدین در محیط خانه مورد بی حرمتی قرار می گیرند و مدارکی برای

اثبات آن نشود، باید قوانینی تصویب شود که از این زنان حمایت کرده و ضمانت اجرایی داشته باشند.

مشاور وزیر دادگستری در امور زنان ابراز داشت: ما معتقدیم کمبودهایی در حوزه قوانین و اجرا در تامین امنیت زنان وجود دارد و این مسائل نیازمند ایجاد یک بستر گفت‌وگوی فرهنگی است.

ولیون با بیان اینکه در پیش نویس اولیه این لایحه اصرار بر این بود که با عنوان تامین امنیت زنان نوشته شود، گفت: به نظر من در اجتماع ما خشونت آنطور که در غرب برای زنان رخ می‌دهد، وجود ندارد و رفع خشونت در خانواده بیشتر نیازمند توجه است.

وی با اشاره به اهداف این قانون ابراز داشت: این لایحه ۵۱ ماده‌ای باز هم قابل جرح و تعدیل است.

مشاور وزیر دادگستری در امور زنان با یادآوری این نکته که قانون حمایت از خانواده مربوط به سال ۱۳۵۳ بوده است، خاطرنشان کرد: ما نیاز به آئین دادرسی در خصوص خانواده هستیم تا قضات به یک وحدت آراء رسیده و بتوانند حکم صادر کنند.

ولیون افزود: موضوع لایحه تامین امنیت زنان چون وارد جریان‌های سیاسی شد با سوء برداشت‌ها و سوء استفاده‌هایی همراه شده است.

وی خاطرنشان کرد: هدف از این لایحه تحکیم مبانی خانواده و حمایت از کیان خانواده است. همچنین تامین امنیت زنان و صیانت از کرامت آنان مورد توجه قرار گرفته اما متأسفانه برخی نگاه‌های سیاسی می‌گویند باید در این زمینه آمار ارائه شود.

مشاور وزیر دادگستری در امور زنان تأکید کرد: در شرایط فعلی هم با رصد وضعیت زنان ایرانی متوجه می‌شویم امنیت قضایی و تکریم زنان در ایران نسبت به دیگر نقاط جهان وضعیت مناسبی برخوردار است. اما برخی معتقدند این قانون می‌تواند خاصیت پیشگیرانه داشته باشد.

ولیون با اشاره به منشور حقوق و مسئولیت زنان که در سال ۸۵ به صورت قانون درآمد است، گفت: ۲ سال به شورای عالی انقلاب فرهنگی فرصت داده شد که در این باره سازمان‌ها ملزم به گزارش‌دهی شوند اما پاسخی به این مهم داده نشد.

وی خاطرنشان کرد: اولویت‌های سیاست‌گذاری در حوزه زنان متفاوت است و این قوانین و لوایح کمتر دیده می‌شود و این مسئله باعث شده که آنچه در قوانین مدتی برای حمایت از زنان مورد نیاز باشد در مجلس خاک خورده و اصلاحات آن فراموش شود.

مشاور وزیر دادگستری در امور زنان یکی از نکات مثبت این لایحه را در سپردن مسئولیت آن به معاونت پیشگیری از جرم قوه قضائیه برشمرد و تأکید کرد: انتقادات فقهی و قانونی بر این لایحه وارد است اما اگر این لایحه تصویب شود از زنانی که در معرض خشونت قرار می‌گیرند حمایت شده و شاخص دادرسی‌ها به صورت عادلانه مشخص می‌شود.

ولیون با تأکید بر اینکه قانون حمایت از خانواده دارای ضعف‌هایی است، ابراز داشت: اگر این لایحه تبدیل به قانون شود شاخص‌های دادرسی منصفانه ارتقاء پیدا می‌کند.

وی حضور قاضی مستشار در زمان بررسی پرونده‌های حوزه زنان، طلاق بر اساس عسر و حرج، توجه به زنان بیمار، آسیب دیده و دختران زیر ۱۸ سال را از نکات مثبت این لایحه خواند و گفت: بر طبق این لایحه مجازات اسیدپاشی دو درجه شدیدتر می‌شود.

در ادامه محسن برهانی عضو هیأت علمی دانشگاه تهران به نقد حقوقی و فقهی لایحه پرداخت و اظهار داشت: کلیت این لایحه به این سمت می‌رود که یک مسئله را برای جامعه حقوقی در گام نخست و برای اجتماع در گام دوم ایجاد کند که بر طبق آن

خلاءهایی که در حمایت از زنان در جامعه وجود دارد مورد توجه قرار گیرد.

برهانی ادامه داد: نهادهای مختلفی در این قضیه درگیر شده‌اند و این مسئله جنبه مثبت لایحه است که خشونت علیه زنان به عنوان مسئله مطرح شده و مجامع علمی درباره آن حساس شده‌اند.

عضو هیأت علمی دانشگاه تهران خاطرنشان کرد: نسبتی که میان این لایحه و قوانین کیفری وجود دارد این است که این لایحه بر قوانین کیفری حاکم خواهد بود و از آنجایی که قوانین کیفری تضعیف می‌شود مجازات در این لایحه سیطره پیدا کرده است.

وی با بیان اینکه این پیش‌نویس خلاءهایی را هم پر می‌کند اظهار داشت: بر اساس آن امتناع زوج از انجام وظایف زناشویی مجازات به دنبال داشته است.

برهانی با تاکید بر اینکه ایجاد حساسیت در ساختار قانونی و رفع خلاءها از نکات مثبت این لایحه است، گفت: اگر با نگاه انتقادی به پیش‌نویس این لایحه نگاه کنیم باید بگوییم با خواندن آن همیشه هاله‌ای از ابهام در ذهن وجود دارد.

وی با طرح این پرسش که اگر این قوانین اجرایی شود چه اتفاقی در خانواده رخ می‌دهد، ابراز داشت: این لایحه دارای مفاهیم مبهمی است که اگر وارد قانون شود به دلیل لغزنده بودن آن به مرور متروک خواهد شد.

عضو هیأت علمی دانشگاه تهران افزود: مفاهیمی مثل کرامت، حقوق و آزادی‌ها و اغفال بسیار گسترده و مبهم بیان شده است.

برهانی اشکال دوم این لایحه را جهش‌های مجازاتی شدید در برخی موارد عنوان کرد و گفت: در تنظیم لایحه از خشونت جسمی، روانی، عاطفی و جنسی یاد شده است اما خشونت روانی و عاطفی نیازمند تعریف است.

وی ادامه داد: به نظر می‌رسد در این لایحه باید میان خانواده و جامعه نگاه متفاوتی ایجاد کند، تا به سرعت حقوق کیفری به قانون خانواده کشیده نشود. این حقوق‌دان پیشنهاد کرد: استفاده از عدالت ترمیمی می‌تواند جایگزین حقوق کیفری و مجازات‌ها شود. انتهای پیام /



یادداشت مهمان / چند جمله درباره خشونت علیه زنان



گروه زنان و جوانان خبرگزاری فارس - سید مهدی سیدی: نه آنکه به هیچ عنوان ردی از «خشونت علیه زنان» در ایران یافت نشود، اما باید بدانیم این مسأله جهانی است و بیش از آنکه پدیده‌ای ایرانی باشد، موضوعی آمریکایی اروپایی است؛ به گونه‌ای که طبق آمارها در هر ۱۸ ثانیه یک زن مورد آزار قرار می‌گیرد و ۳۰ درصد از زنان آمریکایی در معرض آزار جسمی همسرانشان قرار دارند و ۲۵ درصد از آنان حتی در دوران بارداری توسط همسر خود مورد ضرب و شتم قرار می‌گیرند.

زنان در جوامع مختلف و در گستره جهان و تاریخ، در معرض خشونت‌های گوناگون بوده و هستند؛ آنچنان که شاید بتوان آن را در چهار دسته خشونت‌های فیزیکی، جنسی، روحی روانی و اقتصادی اجتماعی طبقه بندی کرد. در این میان دو نکته در زمره باورهای غلط عمومی است. نخست آنکه همه خشونت علیه زنان تماماً توسط مردها ایجاد نمی‌شود و بخش قابل توجهی از آن، **خشونت زنان علیه زنان** است؛ و دوم آنکه مقدار زیادی از خشونت در دنیا، «**خشونت علیه مردان**» است؛ حال آنکه بخشی از این خشونت، توسط زنان علیه مردان روا داشته می‌شود.

حالا که سازمان ملل متحد، روز ۲۵ نوامبر را به عنوان روز منع خشونت علیه زنان نامگذاری کرده است، متأسفانه گروه‌هایی می‌کوشند از این حربه بر علیه جمهوری اسلامی و اندیشه های دینی و انقلاب استفاده کنند و یا در گستره وسیع تر دین و دینداری را مسبب توسعه خشونت در جوامع معرفی کنند. این در حالی است که **حتی در غربی ترین پژوهش‌ها اثبات شده است که حجم و عمق دین‌داری صحیح، خود سد راه توسعه خشونت است و مرد و زن دیندار به سطح بالاتری از مهربانی و مدارا دست یافته اند.**

درست است که عموماً زنان در موضوع گزارش‌دهی خشونت دچار خودسانسوری شده و عموماً پژوهش‌ای دانشگاهی به دلیل عدم امکان ورود به حریم خصوصی دچار چالش و تنگنا هستند و نتایج آن عموماً متشتت و ناکافی است، اما در این خصوص، باید به چند مورد توجه کنیم:

۱- بیان آمار و ارقام خشونت، نه اغراق و افراط کنیم و نه به کم بینی و تفریط مبتلا شویم.

۲- گاهی مردان نیز قربانی خشونت خانگی از سوی همسران خود هستند. در بریتانیا از هر سه قربانی خشونت خانگی، دو نفر زن و یک نفر مرد است.

۳- خشونت علیه زنان، در حال حاضر یکی از مخمضه‌های طاقت سوز غرب متمدن است که کمتر توانسته‌اند برای دفع و رفع آن چاره‌ی بیندیشند. ولیکن با زور دستگاه‌های تبلیغاتی خود همواره انگشت اتهام را به سمت کشورهای شرقی و یا مسلمان دراز کرده‌اند.

۴- یکی از ریشه‌های اصلی خشونت معاصر علیه زنان غربی، بهره‌کشی از زنان در دستگاه سرمایه‌داری است. زن جنبه کالایی یافته و در نظرگاه مردان پول دوست و شهوت پرست، در معرض آسیب قرار دارد.

۵- در بررسی مسأله خشونت در ایران دچار سیاسی بازی نشویم. چپ و راست را وارد این ماجرا نکنیم و البته متوجه باشیم در تحلیل‌ها، شیفته و مسحور اندیشه‌های غربی نباشیم. آنان اگر برای این کار راهکارهای مجربی می‌داشتند کمر خود را راست می‌کردند.

۶- بزرگداشت این چنین مناسبت‌های جهانی، متوجه هجمه‌های طراحی شده و یا پنهانی علیه دین و انقلاب باشیم و با تمام قوا از مبانی متین و صحیح اسلامی دفاع کنیم.

۷- در مقام چاره جویی برای این آسیب خانوادگی و اجتماعی، مراقب نسخه‌های قلابی و یا شیادانه باشیم. برخی می‌خواهند زن را از زن بودن خارج و مرد را از مرد بودن مستعفی کنند. اساساً جامعه بدون جنسیت، نه امکان پذیر است و نه عاقلانه! زن باید به نقش‌های زنانه خود عمل کند و مرد باید در دایره اقتدار خود حکیم و لطیف باشد.

۸- بدانیم «فردگرایی» مشکلی از مشکلات جامعه ما حل نخواهد کرد؛ آنچنان که غربی‌ها را در دام بلای خود به گرداب فروپاشی کشانده است. راه حل ما تقویت پیوندهای اجتماعی و تحکیم بنیاد خانواده است. انتهای پیام/

مخالفت ضمنی اعضای کمیسیون حقوقی و قضایی مجلس با طرح «افزایش حداقل سن ازدواج» *

به گزارش گروه زنان و جوانان خبرگزاری فارس، پس از پیگیری های چندین ماهه فراکسیون زنان مجلس، در ۱۶ اسفندماه ۹۶ طرح «اصلاح ماده ۱۰۴۱ قانون مدنی» برای افزایش حداقل سن ازدواج، با ۶۷ امضا در هیئت رئیسه مجلس اعلام وصول شد.

طبق این طرح، عقد نکاح دختر قبل از ۱۳ سالگی و پسر قبل از ۱۶ سالگی، ممنوع است. طبق تبصره این طرح حداقل سن ازدواج در دختر ۱۶ سال تمام و در پسر ۱۸ سال تمام است. ازدواج بین سنین ۱۳ تا ۱۶ در دختران و ۱۶ تا ۱۸ در پسران مشروط به اذن ولی و تشخیص مصلحت دادگاه و داشتن قابلیت جسمی برای تزویج با نظر پزشکی قانونی است.

یک فوریت این طرح که با مخالفت ها و انتقادات جدی همراه بود در ۴ مهرماه ۹۷ با رأی نمایندگان مجلس به تصویب رسید.

با توجه به ماهیت قانونی طرح افزایش حداقل سن ازدواج، این طرح باید در کمیسیون قضایی و حقوقی به عنوان کمیسیون اصلی بررسی شود. در همین زمینه و با توجه به اهمیت موضوع، برخی از اعضای این کمیسیون در مورد این طرح اظهارنظر کرده و در محورهای مختلف به نقد آن پرداخته اند.

*فوریت نداشتن طرح افزایش حداقل سن ازدواج

اولین نقدی که بر طرح فوق وارد می شود، فوریت نداشتن آن است؛ یحیی کمالی پور، نائب رئیس کمیسیون حقوقی و قضایی مجلس، تأکید کرده است که «موضوع **کودک همسری** از مسائل مهم کشور نیست و افرادی که مشمول این قانون می شوند تعدادشان به اندازه ای نیست که ما نیازمند اصلاح قانون در کشور باشیم. افرادی هم که در این زمینه در سطح کشور شناسایی شدند، با ورود قانون، مورد پیگیری قرار گرفته اند. لذا در این حوزه مشکلی وجود ندارد و در گوشه و کنار کشور شاید یک یا دو مورد بیشتر مشاهده نشود و از این رو در این شرایط خاص کشور، این موارد ضرورتی ایجاد نمی کند که به اصلاح قوانین بپردازیم».

همچنین به نظر نوری، سخنگوی کمیسیون حقوقی و قضایی کسانی که اسم این ازدواج ها را **کودک همسری** می گذارند، **اجحاف و افراط کرده اند. تصویب یک فوریت این تغییر در قانون مدنی یک کار هیجانی است.** درواقع پخش این خبر که آقای مکارم موافق این تغییر است و شبه افکنی های دیگر باعث این تصویب یک فوریت بررسی طرح شد».

*وجود فرهنگ های مختلف در کشور و تنوع در رسیدن به بلوغ جسمی - فکری

وجود اقلیم ها و فرهنگ های مختلف ایران و به تبعیت از آن تنوع در رسیدن به بلوغ جسمی و عقلی انتقاد دیگری بر طرح افزایش حداقل سن ازدواج است. به نظر دهقانی نقندر، عضو کمیسیون حقوقی و قضایی، «قانون فعلی سن ازدواج منطقی و عقلانی بوده و به طور عمومی با وضعیت فرهنگی کشور و وضعیت جسمانی دختران ایرانی سازگار است.

درست است که در برخی از مناطق ازدواج در ۱۳ یا ۱۴ سالگی به لحاظ فیزیولوژی امکان پذیر نیست اما در بعضی مناطق دیگر به گونه ای است که دختر در ۱۲-۱۳ سالگی امکان ازدواج دارد».

همچنین به گفته کمالی پور، «شرایط فیزیکی افراد در استان های مختلف کشور متغیر است و نمی توان برای همه سن ثابتی را در نظر گرفت. بلوغ جسمی و شرعی پیش بینی شده در دادگاه های ما بعد از مراجعه افراد، قابل اثبات است. دادگاه با صدور حکم رشد این افراد اجازه ازدواج را برای آنها صادر می کند».

وی تأکید کرده است که «اگر آمار نسبی از سنین ازدواج را در دختران داشته باشیم، کمتر پیش می آید دختران به بلوغ شرعی نرسیده ولی مجبور به ازدواج شده باشند. حداقل این است که کسانی که می خواهند ازدواج کنند خواهناخواه تبعات ازدواج را هم می دانند. وی تأکید کرده است: به عنوان کسی که سال ها مسئولیت های نظیر ریاست دادگستری و دادگاه خانواده را داشته ام، شاهد این مسئله بودم که وقتی دختران برای ازدواج به دادگاه معرفی می شدند، نسبت به مسائل آگاه و آماده تشکیل زندگی مشترک بودند».

زمینه ی فرهنگی ازدواج و مسائل خصوصی خانواده ها

انتقاد از دخالت دولت در مسائل خصوصی ایراد دیگری بر محدودیت ازدواج در سنین پایین است. دهقانی، عضو کمیسیون حقوقی و قضایی در این رابطه اعلام کرده است: «ازدواج یکی از خصوصی ترین مسائل زندگی افراد است و قوانین نباید در مسائل خانوادگی افراد دخالت نابجا داشته باشند. مردم خودشان در این زمینه تشخیص می دهند و عمل می کنند. سن ازدواج بیشتر از اینکه یک مسئله ی قانونی باشد موضوعی فرهنگی و اعتقادی است. اینکه بخواهیم نسخه ی واحدی را برای ممنوعیت ازدواج برای همه در نظر بگیریم به منطقی نیست».

مغایرت طرح افزایش حداقل سن ازدواج با شرع اسلام و صحت قوانین فعلی

مغایرت محدودیت ازدواج دختران زیر ۱۶ سال با شرع و قانون مجازات اسلامی دلیل دیگر انتقاد بر طرح اصلاح ماده ۱۰۴۱ قانون مدنی است. نظر نوروزی، سخنگوی کمیسیون حقوقی و قضایی، این است که «موضوع منع ازدواج دختران زیر ۱۶ سال در قانون مجازات اسلامی به عنوان یک امر ممنوع وجود داشت و الان هم شورای نگهبان به دلیل مخالف شرع بودن، به آن ایراد گرفته است. ما هم وقتی در دادگاه ها بودیم برای نظریه شورای نگهبان اهمیت قائل می شدیم و اگر کسی شکایت می کرد ما بر مبنای نظر شورای نگهبان آن رد می کردیم. در حال حاضر یک سوم ازدواج های کشور زیر ۲۰ سال انجام می شود، تغییر قانون باعث کاهش تعداد ازدواج ها می شود».

همچنین به گفته ی کمالی، نایب رئیس این کمیسیون، «قوانین مدنی عموماً با رویکردی کارشناسی، همه جانبه و دقیق نوشته می شوند. همچنین افزایش حداقل سن ازدواج در صورت تبدیل شدن به قانون ذهن مردم را درگیر خواهد کرد می تواند مضراتی برای کشور داشته باشد».

محمد دهقانی، عضو دیگر کمیسیون حقوقی و قضایی مجلس نیز در خصوص طرح فوق گفت: «هم اکنون طبق مصوبه مجمع تشخیص مصلحت نظام، حداقل سن ازدواج ۱۳ سال است. طرح فوق به طور کلی دستاورد جدیدی در قانون نخواهد داشت. سن ازدواج در عمل بالا رفته است و تغییر قانون معلوم نیست چقدر به صلاح کشور باشد».

تفاوت حداقل سن ازدواج و اجبار به ازدواج

دهقانی نقدر به این نکته اشاره کرده است که «در قانون ۱۳ سالگی به عنوان ملاک تعیین شده است. این ملاک به معنای الزامی

کردن ازدواج در ۱۳ سالگی نیست. به این معنی است که وقتی زمینه فراهم باشد، دختر و والدینش به این نتیجه رسیدند، مانعی برای ازدواج ایجاد نشود. تشخیص ازدواج با دختر و والدین او است. همان گونه که نباید دختری را الزام به ازدواج کنیم نباید برای دختری که آماده ازدواج است، به ویژه در برخی مناطق کشور که زودتر به بلوغ می‌رسند، منعی هم باشد. همچنین اینکه در طرح جدید، دختران ۱۳ تا ۱۶ سال برای ازدواج ملزم به مراجعه به پزشکی قانونی و گرفتن حکم از آن‌ها می‌شوند، درست نیست. چراکه دختران معمولاً از ۱۳ سالگی به لحاظ فیزیولوژی آماده ازدواج هستند».

مخالفت ضمنی با طرح افزایش حداقل سن ازدواج

ذکر این نکته نیز قابل توجه است که کمالی‌پور از بعید بودن تصویب این طرح در کمیسیون خبر داده است و نوروژی نیز تأکید کرده است: «در حال حاضر این طرح در کمیسیون در حال بررسی است و ما مخالف آن هستیم زیرا نمی‌توانیم با شرع مقدس اسلام مخالفت کنیم».

با بررسی اظهارات فوق از اعضای کمیسیون حقوقی و قضایی پاسخ به این سوال ضروری به نظر می‌رسد که آیا ضرورتی برای تصویب طرح افزایش حداقل سن ازدواج وجود دارد؟ یا اینکه این طرح می‌تواند در کمیسیون حقوقی و قضایی مجلس تصویب شود؟ انتهای پیام/



هشدار انجمن اسلامی دانشجویان دانشگاه الزهرا



اثرات سوء تصویب طرح «افزایش قانونی سن ازدواج» بر آینده جوانان و بحران جمعیت

به گزارش گروه زنان و جوانان خبرگزاری فارس، انجمن اسلامی دانشجویان دانشگاه الزهرا(س) با ارسال یک نامه سرگشاده خطاب به آیت الله احمد مبلغی رییس مرکز تحقیقات اسلامی مجلس شورای اسلامی در قم و اعضای فراکسیون زنان مجلس شورای اسلامی اعلام کردند؛ بنابر اقدامات اخیر مجلس شورای اسلامی در زمینه اصلاح قوانین مربوط به سن ازدواج و با توجه به نظرات مرکز تحقیقات اسلامی مجلس شورای اسلامی در تأیید اقدامات مذکور، ابهاماتی در این باره وجود دارد که در ادامه اشاراتی خواهد شد.

در متن این نامه آمده است:

مهر ماه سال جاری در حالی یک فوریت طرح افزایش قانونی سن ازدواج به تصویب مجلس شورای اسلامی رسید که دعاوی مطرح شده توسط فراکسیون زنان مورد تأیید کارشناسان این حوزه نبوده و شواهد مطرح شده آنان رد شده است.

یک فوریت طرح مذکور به شرح زیر است:

«ماده ۱۰۴۱: عقد نکاح دختر قبل از ۱۳ سال تمام شمسی و پسر قبل از ۱۶ سال تمام شمسی ممنوع است.

تبصره: حداقل سن ازدواج در دختر ۱۶ سال تمام شمسی و در پسر ۱۸ سال تمام شمسی است. عقد ازدواج بین سنین ۱۳ تا ۱۶ در دختران و ۱۶ تا ۱۸ در پسران منوط به اذن ولی و رعایت مصلحت و تشخیص دادگاه به شرط داشتن قابلیت صحت جسمی برای تزویج با نظر پزشکی قانونی است».

با توجه به نظرات تخصصی متخصصان حوزه های مختلف در ارتباط با اثرات سوء تصویب این طرح بر آینده جوانان و نیز بر کاهش بازه و نرخ باروری با حذف درصد زیادی از ازدواج ها و به تبع آن تشدید بحران جمعیت کشور، همچنین ادله واضح ایشان در رد ادعاهای موافقان این طرح، بر آن شدیم ضمن ابراز نگرانی خود از تصویب طرح مذکور اهمیت توجه به تبعات این طرح را مورد تأکید قرار دهیم.

اقدام مرکز تحقیقات اسلامی مجلس شورای اسلامی در قم از یک سو یادآور مسئله نفوذ دشمن بوده و از سوی دیگر پذیرش نسخه های املاء شده از نهاد های بیگانه با فرهنگ ملی - مذهبی ما را نشان می دهد.

در متن این طرح شواهد متعددی از ردپای کنوانسیون ها و قراردادهای بین المللی دیکته شده چون کنوانسیون حقوق کودک، سند توسعه هزاره، سند ۲۰۳۰ و مانند آن مشاهده می شود.

این در حالی است که حتی کشورهایی که این کنوانسیون ها را پذیرفته اند به طور متوسط از سن ۱۳ سالگی برای کودک مسئولیت کیفری در نظر می گیرند و چنانچه مرتکب جرم شوند دادگاه قادر به مجازات ایشان است؛ از سوی دیگر نیز در ممالک اروپایی و آمریکایی ارضای غریزه جنسی خارج از چارچوب خانواده امری معمول و پذیرفته شده است در حالی که دین، اخلاق و عرف خانواده های ایرانی پذیرای چنین تناقضاتی نیست.

سؤال اینجاست در شرایط فعلی کشور ما که درگیر یک جنگ اقتصادی و فرهنگی همه جانبه است و با توجه به تحولات فرهنگی که سن بلوغ جنسی کاهش یافته، چگونه می شود از ازدواج آنان ممانعت به عمل آورد.

در کشور ما بر اساس سیاست های طولانی مدت و ناقص تنظیم خانواده و کنترل جمعیت نرخ باروری از رقم ۵٫۵ در سال ۶۸ به رقم ۱٫۸ در سال ۱۳۸۳ رسیده است و در این زمینه از پیر شدن جمعیت کشورمان در اثر افزایش سن ازدواج نیز نباید چشم پوشی کرد.

لازم به ذکر است طرح افزایش قانونی سن ازدواج به ۱۶ سال خود ناشی از تعصب و خشونت نسبت به زنان و نقض حق رفع نیازهای طبیعی آنان است.

کشور ایران دارای فرهنگ های مختلف است و چه بسا دختران جوامع روستایی یا نواحی مختلف ایران زودتر از دختران پایتخت نشین آمادگی ازدواج را کسب کنند.

همچنین شواهد حاکی از آن است که آمار طلاق در دختران زیر ۱۸ سال تنها ۵ درصد و آمار طلاق در ۱۹ تا ۲۹ سال، در پایین شهر حدوداً ۲۵ درصد و در بالای شهر حدوداً ۴۹ درصد است. اما در حال حاضر به نام حمایت از دختران و زنان آنان در محدودیت بیشتری قرار داده می شوند.

تشکل های دانشجویی و فعالان دانشجویی خواستار توجه به اولویتهای مهم کشور در حوزه زنان و خانواده در مجلس شورای اسلامی و فراهم آوردن تسهیلات ازدواج آسان تر جوانان و ارائه خدمات آموزشی، بهداشتی، تفریحی بیشتر برای مادران جوان است.

لازم به ذکر است قوانین الگو برداری شده از طرح های غربی با هدف تأخیر ازدواج قانونی دختران، زمینه ارضای نامشروع غریزه جنسی و همزمان با فاصله گرفتن از بدو جوانی زمینه ی ابتلا به بیماری های احتمالی و همچنین تأخیر در فرآیند مادر شدن زنان

جوان را به دنبال خواهد داشت. عدم توجه به تبعات چنین مصوباتی منجر به افزایش ازدواج های ثبت نشده برای افراد آماده برای ازدواج نیز خواهد شد.

در پایان علاوه بر انتقادات مطرح شده از مرکز تحقیقات اسلامی قم، از اعضای فراکسیون زنان مجلس شورای اسلامی نیز دعوت به عمل می‌آوریم تا با حضور در دانشگاه الزهرا(س) و به میزبانی انجمن اسلامی دانشجویان دانشگاه الزهرا(س) در فضای آکادمیک با حضور مخالفان این طرح من باب جوانب مختلف موضوع بحث و گفتگو صورت گیرد.

و من الله توفیق

انجمن اسلامی دانشجویان دانشگاه الزهرا(س) - آذر ماه ۱۳۹۷ - انتهای پیام /



در نشست تخصصی راهکارهای رفع خشونت علیه زنان عنوان شد

برای رفع خشونت علیه زنان تعریف مبتنی بر نگرش داخلی نداریم *

به گزارش گروه زنان و جوانان خبرگزاری فارس، نشست تخصصی راهکارهای رفع خشونت علیه زنان به مناسبت ۲۵ نوامبر روز جهانی مقابله با خشونت علیه زنان صبح امروز مرکز اطلاعات سازمان ملل متحد برگزار شد.

در این نشست صدیق رئیس اداره کودک و خانواده وزارت امور خارجه با اشاره به نگاه پیامبر به جایگاه زنان گفت: جهت گیری فرهنگی و دینی ما نسبت به زنان مبتنی بر کرامت است. فارغ از اینکه چگونه در این باره عمل می‌کنیم.

وی با طرح این سؤال که کدام ساختار بین‌المللی به مسئله خشونت علیه زنان پرداخته است، ابراز داشت: تمامی آژانس‌های سازمان ملل در این باره برنامه‌های مشخصی دارند و تر تمام سازوکارهای بین‌المللی مسئله خشونت علیه زنان مورد توجه واقع شده و من موضوعی را سراغ ندارم که این قدر وسیع در سازوکارهای بین‌المللی به آن پرداخته شده باشد.

رئیس اداره کودک و خانواده وزارت امور خارجه به معرفی اسنادی که ناشی از سازوکارهای اختصاصی زنان در حوزه بین‌الملل هستند پرداخت و گفت: کنفرانس‌های سه‌گانه‌ای در سطح جهان به مسئله خشونت علیه زن اختصاص یافت که کنفرانس اول در کشور مکزیک برگزار شد و به صورت مشخص از عنوان خشونت در آن یاد نشد اما در کنفرانس دوم که در دانمارک برگزار شد یک بیانیه با عنوان زنان کتک خورده صادر شد که به خشونت‌های خانوادگی اشاره داشت و کنفرانس سوم در کنیا به ارتقاء و حفظ صلح مشروط به رفع خشونت علیه زنان پرداخت. در این کنفرانس مسئله زنان مورد تعرض قرار گرفته، قربانی قتل و زنان زندانی مورد توجه قرار گرفت.

صدیق خاطرنشان کرد: رشد روزافزون دو خشونت قابل توجه است و به همین دلیل این مسئله دارای سازوکارهای حقوق بشری شده است.

وی کمیسیون مقام زن را به عنوان قدیمی‌ترین سازوکار بین‌المللی معرفی کرده و ابراز داشت: حاصل این کمیسیون یک قطعنامه بین‌المللی بود.

رئیس اداره کودک و خانواده وزارت امور خارجه افزود: مفهوم تبعیض در ساختار بین‌المللی زیر چتر مفهوم خشونت قرار گرفته و نهاد UNWOMEN به همین منظور ۴ نهاد فنی سازمان مللی را در خود جای داده است و بسیاری از اسناد تهیه شده از طریق

این نهاد جریان سازی می‌شود.

صدیق یادآور شد: مسئله خشونت علیه زنان در سازوکارهای حقوق بشری دیوان کیفری بین‌المللی و شورای امنیت نیز مورد توجه قرار گرفته است. و علیرغم آنچه به نظر می‌آید این موضوع صرفاً حقوق زنانی در تمام سازوکارهای امنیتی، توسعه‌ای و حقوق بشری بین‌المللی واقع شده است.

وی با بیان اینکه هنوز لیست موارد خشونت علیه زنان باز است، پیشنهاد کرد: مسئله تحریم که تاثیر شگرفی بر روی گروه زنان و کودکان دارد در این لیست بین‌المللی گنجانده شود.

در ادامه این نشست توران ولیم‌راد مدیر شبکه ایران زنان و شورای همکاری‌های زنان به تشریح راهکارهای منع خشونت علیه زنان در ایران پرداخت و گفت: برای دستیابی به این راهکارها مشخصاً باید ببینیم خشونت در اسناد بین‌المللی چه مصادیقی دارد.

مدیر شبکه ایران زنان تصریح کرد: نکته اصلی این است که تعاریف خشونت از کجا می‌آید و آیا اسنادی که در چند دهه با این تعاریف شکل گرفته‌اند بر مبنای نگرش غربی و اومانیستی نیست؟ در واقع خشونت زن محور بر اساس نگاه غربی شکل گرفته و روش‌های مقابله با آن سکولار بوده است.

ولیم‌راد ادامه داد: انقلاب اسلامی ایران نگرش و جریان فکری دیگری را وارد صحنه بین‌الملل کرده است و ما در داخل کشور احتیاج داریم خشونت علیه زنان و خانواده را مورد بازبینی، بازنگری و بازتعریف و برای رفع خشونت بازسازی کنیم.

این کارشناس خاطرنشان کرد: عدم توجه به این مسئله موجب تکثیر اشکال خشونت می‌شود. چرا که اشکال اصلی مورد توجه قرار گرفته در اسناد بین‌المللی مبتنی بر نگرش داخلی نبوده است.

وی به نگاه اومانیستی مفهوم خشونت علیه زنان در اسناد بین‌المللی اشاره کرد و گفت: این نگاه از مسئله خشونت به مالکیت زن بر بدن خود منتهی می‌شود و با این مصداق سقط جنین آزاد عنوان شده و یا حجاب و پوشش تبدیل به مفهوم خشونت می‌شود در حالی که بر مبنای نگرش اسلامی عکس این مصداق مطرح است چرا که مالک انسان خداوند است و نگهداری از بدن به عنوان امانت الهی دیده شده است.

مدیر شبکه ایران زنان با ذکر این تعارض مفهومی به مسئله «ایذا زن» در نص صریح قرآن برای پیشگیری از مورد تعرض قرار گرفتن خواند و گفت: در واقع اسلام ایذا یا رفع خشونت علیه زنان را با مسئله پوشیدگی عنوان کرده است. بنابراین موضع اصولی در اسلام برای نشان دادن خشونت کرامت انسانی زن است.

ولیم‌راد با اشاره به تهیه لایحه خشونت علیه زنان که مدتی در قوه قضائیه معطل مانده است، ابراز داشت: این لایحه کپی برداری از نگرش غربی به زن است و موضوع اصلی و اصولی در آن آزار جنسی عنوان شده در صورتی که بر مبنای نگرش اسلامی برای پیشگیری از خشونت و رفع تبعیض باید کرامت انسانی مورد توجه قرار گیرد نه مسئله برابری.

وی افزود: کلمه برابری به نوعی تحقیر زن است چرا که مرد مبنا قرار گرفته و می‌خواهیم زن را با او برابر کنیم. در حالی که نگرش اسلامی به هویت یگانه (نفس واحد) اشاره کرده است.

مدیر شبکه ایران زنان با تاکید بر اینکه اسناد و مشارکت‌های بین‌المللی باید به کم شدن مشکلات زنان و کودکان در کشورها کمک کنند، خاطرنشان کرد: اگر مبنای ما برای عمل به این اسناد فرهنگ بومی کشورها نباشد این اسناد تبدیل به معضل

می‌شود.

ولیم‌راد بیان داشت: در دوره‌های مختلف پس از انقلاب هیچ کس از دولت‌ها سؤال نمی‌کند چرا حتی یک لایحه به نفع زنان و خانواده تنظیم نکرده‌اند در حالی که سه دهه از تشکیل دستگاه مسئول امور زنان می‌گذرد. به نظر می‌رسد دولت‌ها، زنان و جامعه را برای دستیابی به اهداف سیاسی خود بازی می‌دهند و این مسئله خود باعث بروز آسیب‌های بیشتر به حیطة زنان و خانواده شده است.

وی با یادآوری این نکته که هر دو جریان سیاسی با موضوع زنان و خانواده بازی کرده‌اند، گفت: لایحه خشونت علیه زنان دولت حاضر نیز مسیر غلطی را پیش گرفته و با نگرش انقلاب اسلامی و فرهنگ بومی ما در تضاد است.

مدیر شبکه ایران زنان ادامه داد: فصل اصلی لایحه خشونت بر محور خشونت جنسی دیده شده که متعلق به جامعه غربی است چراکه در این جامعه مرز بین خانواده و جامعه و ارتباط جنسی بر مبنای رضایت زن گذاشته شده است. در حالی که در جامعه ایران دو بعد رابطه زوجیت و تعمد تفکیک شده است.

ولیم‌راد خاطرنشان کرد: در این لایحه هیچ اشاره‌ای به مسئله نفقه و تمکین نشده است.

وی گفت: ما در ایران برای منع خشونت علیه زنان باید از همه ابزارهای موجود استفاده کنیم اما این بدان معنی نیست که برای رفع مشکلات به دنبال اهداف بین‌المللی باشیم. انتهای پیام /



در نشست تخصصی راهکارهای رفع خشونت علیه زنان عنوان شد

طراحی برنامه ۵۰۰ میلیون یورویی برای بازماندگان خشونت علیه زنان *

به گزارش خبرنگار گروه زنان و خانواده خبرگزاری فارس، نشست تخصصی راهکارهای رفع خشونت علیه زنان به مناسبت روز جهانی محو خشونت علیه زنان (۲۵ نوامبر) در محل مرکز اطلاعات سازمان ملل متحد برگزار شد.

عطیه قشونی مدیرعامل مؤسسه صیانت از حقوق زنان که برگزارکننده این نشست تخصصی بود با اشاره به قطعنامه ۱۷ دسامبر ۱۹۹۹ مجمع عمومی سازمان ملل متحد و نامگذاری ۲۵ نوامبر به عنوان روز جهانی رفع خشونت علیه زنان، گفت: بر این مبنای ۲۵ نوامبر تا ۱۰ دسامبر که منتهی به روز جهانی حقوق بشر می‌شود در یک دوره ۱۶ روزه جهت فعالیت کمپین مبارزه با خشونت‌های جنسیتی زمانی برای اقدام و آگاهی‌بخشی جهت پایان دادن به خشونت علیه زنان و دختران در سراسر جهان ایجاد شده است.

وی ادامه داد: مجمع عمومی سازمان ملل متحد خشونت علیه زنان را هر گونه عمل خشونت‌آمیز بر پایه جنسیت که منجر به آسیب فیزیکی، جنسی یا روانی زنان شود تعریف کرده است.

قشونی اظهار داشت: با وجود اینکه دولت‌ها با اجرای اقداماتی که خشونت علیه زنان را جرم تلقی می‌کنند و فرایندی را ایجاد کرده‌اند که در جای خود قادر به بازرسی، محاکمه و دسترسی به راه‌حل‌های مؤثر و غرامت است اما زنان اغلب با خشونت در موارد متعدد مواجه هستند.

مدیرعامل مؤسسه صیانت از حقوق زنان افزود: فقدان تجربه متخصصان حقوقی، عدم هماهنگی و همکاری در میان نهادهای

مرتبط همچنین بی تفاوتی یا فقدان منابع باعث شده موانعی در سیستم قضایی برای رسیدگی به خشونت علیه زنان وجود داشته باشد.

وی خاطرنشان کرد: این مؤسسه به عنوان یک مؤسسه غیردولتی در حوزه حمایت و ارتقای جایگاه زنان در عرصه های مختلف فعالیت می کند و به مناسبت این روز جهانی نشست را برگزار کرده اند.

در ادامه نازنین قائم مقامی فراهانی کتابدار مرکز سازمان ملل به ایراد پیام آنتونیو گوترش دبیر کل سازمان ملل متحد به مناسبت روز جهانی امحای خشونت علیه زنان پرداخت و گفت: خشونت علیه زنان و دختران در جهان فراگیر است، بی حرمتی اخلاقی نسبت به تمامی زنان و دختران نشان نگاه تنگ تمامی جوامع و مانع علیه زنان و دختران به شکل کمبود شدید احترام نمودار شده است به عبارتی ناکامی مردان در به رسمیت شناختن برابری ذاتی و منزلت زنان به این شکل پدیدار می شود و مسأله خشونت علیه زنان و دختران مسأله حقوق بشر بنیادی است.

وی ادامه داد: خشونت می تواند گونه های متفاوتی داشته باشد از خشونت خانگی گرفته تا قحاق زنان، خشونت جنسی تا خشونت در زمان مخاصمات، همچنین ازدواج کودکان، ختنه زنان، نسل کشی زنان، خشونت به زنان و دختران از موارد مورد توجه در این زمینه است که اثرات گسترده ای بر خانواده ها و جوامع دارد .

گوترش در این پیام این مسأله را عمیقاً سیاسی عنوان کرده است، خشونت علیه زنان را مستقیماً با مسائل گسترده تر قدرت و کنترل جوامع ما در ارتباط دانسته است .

قائم مقامی در ادامه بیان داشت: ما در جامعه مردسالار زندگی می کنیم، زنان نسبت به خشونت از راه های چندگانه ای آسیب پذیر هستند که بر اساس آنها ما نابرابر نگاهشان می کنیم .

وی تصریح کرد: در سال های گذشته ما شاهد توجه فزاینده و آشکارسازی این خشونت ها بوده ایم، بیشتر زنان در برهه ای از زندگی خود آثار جنسی را تجربه کرده اند. افشای فزاینده عمومی به وسیله زنان از همه مناطق و گروه های اجتماعی و شغلی بزرگی این مشکل را منعکس می کند و توان تحرک جنبش های زنان برای حرکت به سوی اقدام و اشاعه آگاهی مورد نیاز برای امحای آزار و خشونت در هر مکان را نشان می دهد .

کتابدار مرکز سازمان ملل بیان داشت: امسال جنبش جهانی ملل متحد در حد اتحاد برای امحای خشونت علیه زنان و خشونت، حمایت برای بازماندگان را مورد تأکید قرار می دهد و از موضوع «جهان را نارنجی کنید» دفاع می کند. نارنجی به عنوان رنگ اتحاد و برای ارسال پیام روشن خشونت علیه زنان و دختران باید اکنون خاتمه یابد برای همه ما نقشی برای ایفا کردن طراحی کرده است .

وی افزود: این برنامه ۵۰۰ میلیون یورویی برای بازماندگان خشونت علیه زنان و توانمندسازی مدافعان حقوق زنان طراحی شده تا عواملان تغییر در خانه ها، جوامع و کشورها را با خود همراه کند.

به گفته وی این سرمایه گذاری و مقایسه با نیازها بسیار اندک بوده و باید به عنوان سرمایه گذاری ابتدایی برای نهضت جهانی به آن نگاه شود تا مادامی که نیمی از جمعیت زنان یعنی زنان و دختران نمی توانند زندگی بدون ترس، خشونت و ناامنی روزانه را تجربه کنند باید به آن ادامه داد .انتهای پیام/



رئیس کمیسیون قضایی مجلس در گفت‌وگو با فارس:

افزایش سن قانونی ازدواج ضرورتی ندارد *

الهی‌ار ملک‌شاهی رئیس کمیسیون قضایی و حقوقی مجلس شورای اسلامی در گفت‌وگو با خبرنگار زنان و جوانان فارس با بیان اینکه مخالف افزایش سن قانونی ازدواج است گفت: چند نفر از نمایندگان مجلس که عمدتاً از میان نمایندگان زن هستند به دنبال افزایش سن قانونی ازدواج هستند.

وی ادامه داد: افزایش سن قانونی ازدواج مخالف سیاست های کلی نظام است.

رئیس کمیسیون قضایی و حقوقی مجلس شورای اسلامی با بیان اینکه سیاست نظام جمهوری اسلامی ایران تسهیل ازدواج است اظهار داشت: برای رسیدن به این هدف نمی‌توانیم به دنبال افزایش قانونی سن ازدواج باشیم.

ملک‌شاهی با اشاره به منع قانونی ازدواج برای دختران زیر سن ۱۳ سال ابراز داشت: قانون ازدواج زیر ۱۳ سال را ممنوع می‌داند مگر با اجازه ولی قانونی و به شرط رای مثبت دادگاه به اینکه دختر از نظر جسمی و فکری توانایی ازدواج را داشته باشد.

وی افزود: ممکن است از این قانون هم تخلف شود اما امار ازدواج در سنین پایین قابل توجه نیست.

رئیس کمیسیون قضایی و حقوقی با تأکید بر پایین بودن آمار ازدواج در سنین پایین تأکید کرد: تصویب قانونی افزایش سن قانونی ازدواج ضرورتی ندارد. انتهای پیام /



رئیس شورای فرهنگی اجتماعی زنان تصریح کرد

سند ملی حقوق و مسئولیت‌های زنان جایگزین مناسب کنوانسیون رفع تبعیض علیه زنان *

زهرآیت‌اللهی رئیس شورای فرهنگی اجتماعی زنان و عضو حقوقی شورای عالی انقلاب فرهنگی در گفت‌وگو با خبرنگار گروه اجتماعی خبرگزاری فارس با اشاره به اینکه لایحه منع خشونت علیه زنان در قوه قضائیه بالاتکلیف است گفت: ما نظرات و پیشنهادات خود را برای این دستگاه ارسال کردیم و بخشی از این پیشنهادات اعمال شد.

رئیس شورای فرهنگی اجتماعی زنان خاطر نشان کرد: قوه قضائیه ۴۰ ماده از این لایحه را به دلیل ایرادات عدیده حقوقی آن کم کرده است.

آیت‌اللهی با بیان اینکه درخصوص منع خشونت علیه زنان در شورای عالی انقلاب فرهنگی سندی نوشته شده است گفت: ابعاد مختلف حقوق و مسئولیت‌های زنان در جمهوری اسلامی در این سند بیان شده است.

وی افزود این سند در شورا تصویب و تبدیل به قانون شد و بسیاری از ابعاد موجود آن در لایحه منع خشونت علیه زنان به صورت عملیاتی عنوان شده است.

رئیس شورای فرهنگی اجتماعی زنان با یادآوری این نکته که در برهه‌ای از زمان برخی از جریانهای فکری و سیاسی به دنبال پیوستن ایران به کنوانسیون رفع تبعیض علیه زنان بودند گفت: ما به دلیل مغایرت این کنوانسیون با شرع و قانون موجود کشور به آن نپیوستیم اما افکار عمومی خواستار یک برنامه جایگزین بودند.

وی ادامه داد: شورای عالی انقلاب فرهنگی به عنوان دستگاه مسئول سند حقوق و مسئولیت های زنان در جمهوری اسلامی را به همین منظور تدوین و تصویب کرد. انتهای پیام/



معاون پرستاری وزارت بهداشت خبر داد

آغاز سراسری ثبت ملی اطلاعات پرستاران و گروه های وابسته



به گزارش گروه اجتماعی خبرگزاری فارس، مریم حضرتی طی جلسه ای با مدیران پرستاری سراسر کشور با آغاز سراسری ثبت ملی اطلاعات پرستاران و گروه های وابسته را ابلاغ کرد.

وی با اشاره به اجرای موفق طرح پایلوت ثبت ملی اطلاعات پرستاران و گروه های وابسته در تبریز، سمنان و نیشابور، گفت: اجرای سراسری این طرح در یک فرصت دو ماهه و تا پایان دی ماه انجام می شود.

معاون پرستاری وزیر بهداشت افزود: در این طرح اطلاعات دقیق و به روز کادر پرستاری در تمام بخش های کشور، شامل همکاران پرستار، اتاق عمل، هوشبری، فوریت های پزشکی، بهیار، کمک پرستار و کمک بهیار ثبت می شود.

وی تصریح کرد: از پرستاران و گروه های وابسته شامل: افراد شاغل، بازنشسته، بیکار و منتظر در لیست طرح نیروی انسانی تقاضا می شود با مراجعه به این سامانه به نشانی Rn.behdasht.gov.ir نسبت به ثبت اطلاعات و دریافت کد رهگیری اقدام کنند. این کد به عنوان ثبت موقت اطلاعات در سامانه ثبت ملی اطلاعات پرستاران و گروه های وابسته مورد استفاده قرار خواهد گرفت.

حضرتی ادامه داد: این اطلاعات در مرحله بعد، توسط بانک های اطلاعاتی موجود در وزارت بهداشت و سازمان نظام پرستاری اعتبارسنجی شده و از اطلاعات جمع بندی شده جهت برنامه ریزی نیروی انسانی با توجه به ایجاد دسترسی به مدیران پرستاری استفاده خواهد شد.

وی از تمام همکاران گروه پرستاری خواست تا با مراجعه به این سامانه نسبت به ثبت اطلاعات خود اقدام کنند. همچنین مدیران پرستاری از طریق اطلاع رسانی، تبلیغ گسترده و ... گروه پرستاری را برای ثبت اطلاعات ترغیب کنند. انتهای پیام/


