



دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
پایگاه خبری اطلاع رسانی روابط عمومی



مجموعه اخبار برگزیده رسانه های همگانی



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

دوره دوم - ۱۳۹۸

به نام خدا

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

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

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

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

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

روابط عمومی دانشگاه



شماره بیست و چهارم از دوره دوم

مجموعه اخبار برگزیده رسانه ها

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

از تاریخ ۷ لغایت ۱۴ شهریورماه ۱۳۹۸

راهنمای استفاده از این مجموعه :

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

سردبیر مجموعه : فریبا نعیمی پور

مدیر مسئول : دکتر نورالدین کریمی

همکار : نداقنبری

فهرست

اخبار «ویژه دانشگاه» :.....۵

- ۵ سند خدمات توانبخشی به زودی تدوین می شود *
- تیم اجرایی وزارت بهداشت برای دستیابی به راهکارهای توسعه خدمات توانبخشی در کشور تشکیل می شود *.....۶
- آغاز نسل چهارم اعتباربخشی مراکز درمانی از آذر ماه *
- حدود ۳۰ درصد از جمعیت کشور تا سال ۲۰۵۰ میلادی را " سالمندان " تشکیل می دهند *.....۸
- مشاور امور توانبخشی وزیر بهداشت: هم اکنون تامین حداقل ۲۴۰۰ تخت توانبخشی در کشور، ضروری است *.....۹
- تنها علاج جلوگیری از قاچاق، ثبت صحیح و نظام جمع آوری داده ها است *.....۱۰
- بسته های طرح تحول سلامت، بازنگری می شوند *
- مشاور وزیر بهداشت: نیاز جامعه به رشته های دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، روزبه روز بیشتر می شود *.....۱۳

اخبار حوزه «توانبخشی» :.....۱۶

- مدلی برای توانبخشی فیزیکی معلولان و سالمندان به هنگام زلزله۱۶
- اعطای معافیت گمرکی شرکت های دانش بنیان لغو نشده است ۱۷

اخبار حوزه «سلامت روانی» :.....۱۹

- دسترسی به خدمات سلامت روان، خودکشی را کاهش می دهد *
-۱۹
- امنیت روانی پیش شرط سلامت روان۲۱
- واکاوی روانی افراد حیوان آزار *.....۲۳
- اختلال های روانی خوردن در زنان و نوجوانان شایع تر است ۲۵

سن اعتیاد در حال کاهش است/ تکذیب آمار ۴۸ درصدی مصرف سیگار
بین پسرها.....۵۶

تشخیص علائم هشدار دهنده بیماری روانی در کودکان ۲۷

تاثیر مصرف میوه و سبزیجات خام بر سلامت روان ۲۷

آغاز اولین جراحی کاشت ساقه مغز در شیراز ۲۸

مقایسه پرخاشگری در نوجوانان بی سرپرست ورزشکار و غیر ورزشکار

.....۲۹

ارتباط استرس در بارداری و بروز اختلال شخصیتی در کودک ۳۰

کارگاه های "ایماگو تراپی" و "سایکودرام" برگزار می شود ۳۱

آیا مصرف مکمل ها مانع از افسردگی می شود؟ ۳۲

اخبار حوزه «رفاه و سلامت اجتماعی»: ۳۴

کادر درمان، قربانی مشکلات اقتصادی و اجتماعی ۳۴

انعکاس رسانه ای پیامدهای منفی کودک همسری * ۳۷

بیماری اجتماعی حیوان آزاری *.....۴۲

ستاد مبارزه با مواد مخدر هزینه های درمان و بازپروری را پرداخت می کند

.....۴۴

۳ استراتژی کلان برای مقابله با آسیب های اجتماعی در مدارس *

.....۴۵

اورژانس اجتماعی ۲۱ ساله شد/ مخالفت با واگذاری به بخش خصوصی

.....۴۵

خبری از صدور «شناسه بیولوژیکی» معتادان نیست / بازگشت ردیف «بیمه

درمان اعتیاد» به بودجه سال ۹۹.....۵۰

تعرفه های درمان اعتیاد اصلاح می شود... ۵۲

هر متکدی ۲ تا ۵ میلیون تومان درآمد دارد ۵۴

نگاه های سنتی و لابی های قدرت بودجه توانبخشی را به سمت بخش غیر

دولتی سوق می دهد.....۵۵

اخبار «ویژه دانشگاه»:

معاون درمان وزارت بهداشت در اجلاس معاونان درمان دانشگاه های علوم پزشکی سراسر کشور:



سند خدمات توانبخشی به زودی تدوین می شود *

معاون درمان وزارت بهداشت گفت: یکی از حوزه های پزشکی که در کشور ما مغفول مانده، حوزه توانبخشی است.

به گزارش وبدا، دکتر قاسم جان بابایی در اجلاس معاونان درمان دانشگاه های علوم پزشکی سراسر کشور که در دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی برگزار شد، با تاکید بر توجه بیشتر به حوزه توانبخشی، اظهار کرد: برگزاری اجلاس معاونین درمان در دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، می تواند باب توجه به حوزه توانبخشی و مسائل و موضوعات درمان که مرتبط به حوزه توانبخشی است را بگشاید.

وی با بیان اینکه بیمارستان رفیده، تنها بیمارستان توانبخشی کشور است، افزود: علاقه مند هستیم که در زمینه توانبخشی و خدمات سرپایی و بستری توانبخشی از تجارب دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی بهره بیشتری بگیریم، معاونین درمان نیز می توانند از پتانسیل های دانشگاه هایشان در زمینه ارتقای خدمات توانبخشی استفاده کنند. چراکه توانبخشی، یکی از حوزه های پزشکی است که در کشور ما مغفول مانده است. گرچه خدمات توانبخشی به صورت متفرقه ارائه می شود، اما این خدمات به صورت متمرکز بجز مرکز رفیده، ارائه نمی شود. بنابراین، از جمله مباحث مهم مورد بحث در این اجلاس، حوزه توانبخشی و تبیین جایگاه آن است که به صورت کاربردی مورد بحث و بررسی قرار می گیرد و سندی برای آن تدوین خواهد شد و چنانچه این سند تدوین شود، از سند درمان، بسیار فرآیندی تر خواهد بود.

وی ادامه داد: خوشبختانه زیرساخت آن در دانشگاه های علوم پزشکی کشور فراهم است و امکان سرمایه گذاری در این بخش نیز وجود دارد و با توجه به حمایت های وزیربهداشت و زمینه ای که در شورای عالی بیمه جهت تحت پوشش قرار دادن خدمات این حوزه وجود دارد، امیدواریم که گام به گام بتوانیم از منابع بیمارستانی برای پوشش خدمات توانبخشی استفاده کرده و در گام اول، به بیمارانی که احتیاج به خدمات خیلی ضروری توانبخشی دارند، خدمت رسانی کنیم.

دکتر جان بابایی در بخش دیگری از سخنان خود خطاب به معاونین درمان دانشگاه های علوم پزشکی کشور ضمن تاکید بر اهمیت بازدیدهای سرزده از مراکز درمانی، بیان کرد: بازدید از مراکز درمانی به منظور شناسایی نقاط ضعف و رفع آنها بسیار اهمیت دارد، اما در وهله اول، باید بر پیشگیری از بروز مشکل در بیمارستان ها و مراکز درمانی تاکید شود.

وی در ادامه سخنان خود به موضوعات مورد بحث در این اجلاس پرداخت و گفت: بازنگری بسته های طرح تحول سلامت و جمع آوری پیشنهادات جدید، توزیع نیروی انسانی متخصص، فراهم آوری اعضا و درمان بیماری ها، سلول درمانی، ملاحظات خدمات ناباروری، تداوم طرح های پیشگیرانه مانند کمپین فشارخون، دندانپزشکی، اعتباربخشی، پرونده الکترونیک، نظام ارجاع، راهنماهای بالینی، استانداردهای خدمت، سطح بندی خدمات و بودجه و وضعیت HIS بیمارستانی، از جمله محورهایی است که در این اجلاس مورد بحث قرار خواهد گرفت

انتهای پیام/



تیم اجرایی وزارت بهداشت برای دستیابی به راهکارهای توسعه خدمات توانبخشی در کشور تشکیل می شود *

معاون درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی امروز (چهارشنبه) طی سخنانی در نشست روز دوم معاونان درمان دانشگاه های علوم پزشکی کشور اعلام کرد: تیم اجرایی وزارت بهداشت برای دستیابی به راهکارهای توسعه خدمات توانبخشی در کشور، تشکیل می شود.

به گزارش خبرنگار ویدای دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، دکتر "قاسم جان بابایی" در این خصوص افزود: تعدادی از افرادی علمی و تعدادی با توانایی اجرایی را برای تشکیل تیم اجرایی استفاده می کنیم و این تیم اجرایی، باید "اجرایی" نیز فکر کند و در ابتدا، ظرفیت های استانی مورد بررسی و شناسایی قرار بگیرد.

وی اظهار کرد: شناسایی ظرفیت ها برای شکل دادن این مهم در سیستم دولتی است و بخش خصوصی نیز سرمایه گذاری خواهد کرد.

دکتر جان بابایی افزود: قطب هایی را در حوزه توانبخشی مشخص کرده و استانداردسازی خدمات بصورت همزمان انجام خواهد شد. و در فاز اول ارائه خدمات، از منابع طرح تحول استفاده می کنیم چرا که برای مراکز و بیماران، این خدمات واجب است.

در ادامه این نشست، پیشنهادهای معاونت درمان وزارت بهداشت توسط دکتر "شادنوش" رئیس مرکز مدیریت پیوند و درمان بیماری ها، اعلام شد.

وی گفت که بخش خصوصی، سرمایه گذاران و خیران می توانند فرصت های بیشتری برای سرمایه گذاری در این حوزه داشته و تسهیلات خوبی دریافت کنند.

وی "استفاده بهینه از ظرفیت های استانی، تقویت بخش های توانبخشی در بیمارستان های جنرال برای تشویق همه بیمارستان ها جهت راه اندازی این بخش ها، نظارت ها با دید ویژه به توانبخشی و با تاکید بر گسترش و توسعه این حوزه"، پیشنهادهای معاونت درمان وزارت بهداشت به معاونان درمان دانشگاه های علوم پزشکی بود.

گفتنی است، اجلاس معاونان دانشگاه های علوم پزشکی کشور طی دو روز گذشته با حضور وزیر بهداشت، معاون درمان و مدیران ارشد این معاونت و همچنین با شرکت حدود یک صد تن از معاونان درمان دانشگاه های علوم پزشکی کشور در دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی برگزار شد. در این اجلاس علاوه بر تبادل نظر پیرامون مسایل مهم معاونت درمان در دانشگاه های علوم پزشکی، روسای دانشگاه های علوم پزشکی اهواز، لرستان و گلستان به جهت تلاش در مدیریت ارائه خدمات بهداشتی و درمانی به مصدومان حادثه سیل فروردین ماه سالجاری و همچنین کنترل بهداشت محیط و پیشگیری از شیوع بیماری ها در این مناطق، مورد تقدیر قرار گرفتند.

انتهای پیام/



مدیرکل اداره نظارت و اعتباربخشی امور درمان خبر داد:

آغاز نسل چهارم اعتباربخشی مراکز درمانی از آذر ماه *

مدیرکل اداره نظارت و اعتباربخشی امور درمان در خصوص گزارش ثبت وقایع ناخواسته گفت: ثبت خطاهای درمانی در ۲۸ مورد با عنوان "ثبت وقایع ناخواسته حیات" تبیین شده اند، این وقایع شامل اتفاقات و خطاهایی است که نباید در بیمارستان ها و مراکز درمانی رخ دهد و کادر درمان باید توجه جدی در این مورد داشته باشند.

به گزارش ویدا، دکتر علیرضا عسکری در اجلاس معاونین درمان دانشگاه های علوم پزشکی سراسر کشور راه اندازی سامانه ثبت وقایع ناخواسته درمانی زمینه نظارت، پیگیری و جلوگیری از بروز خطا را فراهم می کند. همچنین رصد کلیه خطاهای اعلام شده به شکل روزانه و انجام مداخله در موارد تکرار خطا نیز امکان پذیر خواهد شد.

دکتر عسکری با بیان اینکه بروز هر یک از وقایع ۲۸ گانه نیازمند واکنش سریع و نقش بارز اجرایی معاونت درمان دانشگاه ها و تحلیل ریشه ای وقایع است گفت: پیگیری خطاها و توجه جدی به انجام تحلیل ریشه ای خطاهای ثبت شده در سامانه از جمله مطالبات اصلی ما از دانشگاه ها است.

مدیرکل اداره نظارت و اعتباربخشی امور درمان در خصوص انجام بازدیدهای نظارتی توسط روسا و کارشناسان نظارت بر درمان دانشگاه های علوم پزشکی از مراکز جراحی محدود گفت: بیش از ۲۰۰ بازدید در این زمینه صورت گرفته که در آنها ارزیابی اعمال جراحی مجاز، ایمنی بیمار و رعایت پروتکل های درمانی و دارویی پرخطر از نکات حائز اهمیت بوده است. وی در خصوص اعتباربخشی گفت: نسل چهارم، نقشه راه ارتقای سیستم درمانی است. در این زمینه اقدامات زیادی صورت گرفته و آموزش های پیشرفته ای به ارزیابان حرفه ای ارائه شده است. همچنین در سامانه اعتباربخشی نیز به صورت مستمر اطلاعات و آموزش های لازم داده می شود.

دکتر عسکری اعلام کرد: از آذر ماه سال جاری برنامه اعتباربخشی ۱۰۵۰ بیمارستان با مشارکت دانشگاه ها آغاز و صدور تدریجی گواهینامه ها انجام می شود. و امیدواریم تا پایان اسفند ماه سال جاری تمامی گواهی نامه های جدید براساس ارزیابی های این نسل صادر خواهد شد.

وی افزود: اعتباربخشی مراکز جراحی محدود با انجام مطالعات بین المللی و بومی به مدت دو سال صورت گرفته و استاندارد ها و سنجه های اعتبار بخشی این مراکز تدوین شده است.

مدیرکل اداره نظارت و اعتباربخشی امور درمان در خصوص افزایش ظرفیت گردشگری سلامت و افزایش واحد پذیرش بیماران بین الملل در مراکز درمانی و همچنین شرکتهای تسهیل گر خدمات گردشگری سلامت گفت: آیین نامه ها لازم تدوین، تصویب و ابلاغ شده اند. همچنین سامانه گردشگری سلامت به منظور ثبت اسامی بیماران خارجی، جمع آوری اطلاعات و اطلاع رسانی به کلیه دانشگاه ها و مراکز درمانی هدف طراحی شده و تعرفه های دریافتی از بیماران بین الملل در مراکز درمانی به تفکیک استانها و مقایسه آن با کشورهای منطقه مورد بررسی قرار گرفته اند.

دکتر عسکری افزود: مجوز شرکتهای تسهیلگر از طریق سامانه صدور پروانه ها صادر می گردد. بر این اساس تاکنون بیش از صد شرکت تقاضای خود را از طریق سامانه صدور پروانه ها به دانشگاه ها ارسال کرده اند که بسرعت موافقت اصولی آنها در حال صدور است.

وی گفت: پیش نویس آیین نامه شرکتهای استارت آپ تدوین و تهیه شده تا این شرکت ها بتوانند به عنوان شرکت های تسهیل گر در امر گردشگری سلامت مشارکت کنند.

دکتر عسکری در پایان، سامانه صدور پروانه های موسسات درمانی را نقطه عطفی در شفافیت، سرعت بخشی، عدالت و احترام به متقاضیان فعالیت در عرصه درمان کشور عنوان کرد.



حدود ۳۰ درصد از جمعیت کشور تا سال ۲۰۵۰ میلادی را " سالمندان " تشکیل می دهند *

دکتر " محمدعلی محسنی بندپی " عضو هیات علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، معاون امور بین الملل این دانشگاه و رئیس انجمن فیزیوتراپی ایران امروز (چهارشنبه) طی سخنانی در اجلاس معاونان درمان دانشگاه های علوم پزشکی کشور با تاکید بر ضرورت روزافزون توجه به حوزه توانبخشی، گفت: پیش بینی می شود که حدود ۳۰ درصد از جمعیت کشور تا سال ۲۰۵۰ میلادی را " سالمندان " تشکیل می دهند.

به گزارش خبرنگار وبداي دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، دکتر محسنی بندپی افزود: برای پرداختن به این موضوع و کاهش هزینه های سه برابر شدن جمعیت سالمندی در ایران تنها سه دهه فرصت وجود دارد، و این در حالی است که بسیاری از کشورهای توسعه یافته برای دو برابر شدن جمعیت سالمندی خود زمان های بیشتری حتی تا ۱۲۰ سال فرصت داشتند.

وی اظهار کرد: موضوع سالمندی همراه با عوارض سایر پدیده های ذکر شده موجب شده است تا از سه دهه گذشته، توانبخشی در کشورهای توسعه یافته جهت کاهش هزینه های مستقیم و غیرمستقیم تحمیل شده بر نظام سلامت کشورها بطور جدی مدنظر قرار بگیرد.

دکتر محسنی بندپی همچنین به جایگاه توانبخشی بعنوان سطح سوم خدمات نظام سلامت اشاره کرد و افزود: تغییر چهره بیماری ها طی سالهای اخیر از بیماری های واگیر به غیرواگیر، پدیده سالمندی، کودکانه شدن اختلالات عضلانی و اسکلتی، سبک جدید زندگی نشسته و بی حرکتی مزمن و ...، ضرورت توجه به توانبخشی را دو چندان کرده است.

وی، " حضور جوانان با استعداد در کشور، تحصیل در دانشگاه ها، آگاهی مردم از جایگاه رشته های توانبخشی و نیاز روزافزون جامعه به این رشته ها، درآمد نسبتاً خوب رشته های توانبخشی نسبت به سایر رشته های کارشناسی، اجازه فعالیت در بخش خصوصی بطور مستقل، نیاز کشورهای توسعه یافته و کشورهای در حال توسعه به رشته های توانبخشی، پوشش گسترده کوریکولوم آموزشی در بیماری های حاد و مزمن، توانایی حضور و ارائه خدمت در سه سطح نظام سلامت "، را از مهمترین فرصت های پیش روی رشته های توانبخشی برشمرد.

بگفته رئیس انجمن فیزیوتراپی ایران، " پوشش بسیار محدود خدمات توانبخشی توسط سازمان های بیمه گر، نظام آموزشی سنتی کارشناسی - کارشناسی ارشد - دکتری تخصصی در توانبخشی، تعرفه های پائین خدمات توانبخشی در مقایسه با تورم و هزینه های ارائه خدمت، عدم توجه به نقش بسیار موثر انجمن های علمی، منابع ناکافی بویژه منابع انسانی، فضای فیزیکی و تجهیزات توانبخشی در سراسر کشور، دخالت سایر رشته ها بویژه کارشناسان تربیت بدنی در رشته های توانبخشی "، از جمله چالش های نظام سلامت هستند.

وی در پایان سخنانش افزود: انتظار می رود که سیاستگذاران نظام سلامت در حوزه ستادی وزارت بهداشت و دانشگاه های علوم پزشکی کشور، نسبت به پوشش گسترده بیمه ای خدمات توانبخشی با کسب نظر کارشناسان خبره توانبخشی در کشور، لحاظ کردن توانبخشی در طرح تحول سلامت، به روزرسانی نظام آموزشی توانبخشی در کشور مطابق با استانداردهای بین المللی،

ایجاد و ارتقای دفاتر توانبخشی در ستاد وزارت بهداشت و دانشگاه های علوم پزشکی و اصلاح تعرفه های خدمات توانبخشی مطابق با تورم و هزینه های تمام شده ارائه خدمات، اقداماتی را به انجام برسانند.

انتهای پیام /



مشاور امور توانبخشی وزیر بهداشت: هم اکنون تامین حداقل ۲۴۰۰ تخت توانبخشی در کشور، ضروری است *



مشاور وزیر بهداشت در امور توانبخشی امروز (چهارشنبه) طی سخنانی در اجلاس سراسری معاونان درمان دانشگاه های علوم پزشکی کشور، تامین حداقل ۲۴۰۰ تخت توانبخشی در کشور را ضروری دانست و گفت: این رقم نیاز همین الان جامعه است که براساس میزان جمعیت نیازمند، میزان بستری و چند عامل دیگر محاسبه شده است.

به گزارش خبرنگار وبدا دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، دکتر "محمدتقی جغتایی" تصریح کرد که ۸۰ تخت فعلی توانبخشی کشور (در بیمارستان توانبخشی رفیده)، به نسبت جمعیت ۸۰ میلیونی آن، کافی نیست و در مقایسه با دیگر کشورها حتی کشورهای منطقه مانند ترکیه که با جمعیت ۷۵ میلیون، دارای ۷۰۰ دستگاه تخت توانبخشی، کویت با جمعیت ۵/۳ میلیونی خود، یکصد تخت توانبخشی و ژاپن با ۱۲۷ میلیون جمعیت، ۵۰ هزار تخت توانبخشی دارد، از میزان کمی برخوردار است و فاصله زیادی نیز نسبت به آمار تخت های توانبخشی در کشورهای اروپایی دارد.

وی در ادامه سخنانش بر ضرورت توجه به حوزه توانبخشی در نظام سلامت تاکید کرد و چند نکته را در این خصوص متذکر شد که براساس سیاست ابلاغی مقام معظم رهبری، ارائه خدمات درمانی و "توانبخشی" به دولت تکلیف شده است. بنابر این توجه به حوزه "توانبخشی" نیز یک ضرورت قانونی است.

دکتر جغتایی افزود: نکته بعد اینکه برخلاف تصور برخی افراد که هرچه خدمات پزشکی بیشتر باشد، نیاز به خدمات توانبخشی کم می شود، با توجه به افزایش خدمات بهداشتی و در پی آن، افزایش امید به زندگی در میان جامعه، تغییر الگوی بیماری ها از واگیر به غیرواگیر و افزایش طول عمر کودکان مبتلا به بیماری های خاص، نیاز به خدمات توانبخشی برای افزایش کیفیت زندگی، افزایش می یابد.

وی، "تغییر نگرش و رویکرد به توانبخشی" را در ضرورت توجه به حوزه توانبخشی و خدمات آن موثر دانست و گفت: سابق بر این، همه تصور می کردند که خدمات توانبخشی پس از معلولیت و ناتوانی افراد، ارائه می شود تا در ادامه زندگی به او کمک کند، اما نگرش جدید، خدمات توانبخشی را در سطح خدمات پیشگیری مورد توجه قرار می دهد و معتقد است که باید خدمات توانبخشی به افراد جامعه ارائه شود تا از ناتوانی آنها جلوگیری شود. مثلاً فرد سالمند، قبل از اینکه افتادن بر زمین و شکستگی اعضای مختلف را تجربه کند، باید با خدمات کاردرمانی و آموزش، به حفظ تعادل او کمک کرد چرا که افتادگی، با مشکلات فراوان و صرف هزینه های سنگین جهت درمان همراه است.

دکتر جغتایی که از پیشکسوتان حوزه توانبخشی و یکی از موسسان دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی است، افزود: هدف توانبخشی، بازگرداندن فرد به جامعه است و اگر در گذشته، کم توانی و ناتوانی افراد، منجر به نگهداری آنان در مراکز بهزیستی و

آسایشگاه ها می شد، امروزه اگر خدمات توانبخشی بدرستی انجام شود، منجر به سلامتی و بازگشت افراد کم توان به جامعه و برقراری ارتباطات اجتماعی آنان می شود.

وی همچنین، زنجیره " خدمات پزشکی، توانبخشی و رفاه اجتماعی " را به هم پیوسته تصور کرد و گفت: آنچه که مسلم است، خدمات توانبخشی از نظام سلامت و از مراکز درمانی آغاز می شود و سیستم ریجستری برای برخی از بیماری ها مثل سکتة مغزی، ام اس، دمانس، اختلال اتیسم، ضرورت خدمات توانبخشی را نشان می دهد.

مشاور امور توانبخشی وزیر بهداشت به ابعاد توانبخشی اشاره کرد و افزود: برنامه ای را با همکاری وزارت رفاه داریم که در حال نهایی شدن است و براساس آن خدمات پزشکی، توانبخشی حرفه ای و خدمات رفاه اجتماعی، بصورت هماهنگ، گسترش می یابد.

وی همچنین با اشاره به اینکه حوزه توانبخشی دارای ضرورت جهانی است، اظهارداشت: براساس قطعنامه ها و پروتکل های سازمان جهانی بهداشت و مجامع بین المللی، خدمات توانبخشی مورد توجه بسیاری از کشورهای پیشرفته و درحال توسعه دنیا از جمله جمهوری اسلامی ایران بوده است.

جغتایی افزود: اجرای بسیاری از برنامه های کشوری و بین المللی حوزه سلامت مانند برنامه پیشگیری از اتیسم، با تدوین بسته خدمتی و انجام غربالگری با همکاری سازمان بهزیستی کشور و کارشناسان توانبخشی، امکانپذیر است.

وی تصریح کرد که هرچند میزان تخت توانبخشی در ایران نسبت به کشورهای دیگر، پائین است، اما بلحاظ نیروی انسانی متخصص در حوزه توانبخشی، وضع کشورما در مقایسه با کشورهای پیشرفته دنیا، بهتر است و با تهیه بسته خدمت، این خدمات را می توان در بخش های پیشگیری، درمان و مراقبت ها ارائه داد.

دکتر جغتایی در بخشی از سخنانش نیز از دکتر جان بابایی معاون درمان وزارت بهداشت که مباحث مربوط به حوزه توانبخشی را در دستور کار اجلاس سراسری معاونان درمان دانشگاه های علوم پزشکی کشور قرار داده و از گسترش خدمات توانبخشی حمایت می کند، تشکر کرد.

گفتنی است، اجلاس معاونان درمان دانشگاه های علوم پزشکی کشور از روز گذشته بمدت دو روز با حضور وزیر بهداشت، معاون درمان و مدیران ارشد این معاونت و همچنین حدود یک صد تن از معاونان درمان دانشگاه های علوم پزشکی کشور، در دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی برگزار شد.

انتهای پیام/



وزیر بهداشت در اجلاس معاونان درمان دانشگاه های علوم پزشکی سراسر کشور:

تنها علاج جلوگیری از قاچاق، ثبت صحیح و نظام جمع آوری داده ها است *



وزیر بهداشت گفت: سامانه ای به نام تی تک داریم که حاوی اطلاعات ارزشمندی است، اما مشکلاتی هم دارد که همه را مأمور کرده ایم که آنها برطرف کنند، این سامانه باید در اختیار حاکمیت باشد تا اطلاعات حاکمیتی مصون بماند.

به گزارش وبدا، دکتر سعید نمکی در اجلاس معاونین درمان دانشگاه های علوم پزشکی سراسر کشور، با بیان اینکه اولین گام ما در وزارت بهداشت تقدم پیشگیری بر درمان و تقدم درمان سرپایی بر درمان بستری است، اظهار کرد: تعداد بیمارانی که به علت فشارخون بالا گرفتار بیماری می شوند، روبه افزایش است و به سمت گرفتاری فشارخون بالا در سنین زیر ۵۰ سال می رویم، طبق آخرین مطالعاتمان قبل از اجرای طرح بسیج ملی کنترل فشارخون، از تعداد ۳۸۰ هزار مرگ سالیانه، حدود ۹۷ هزار مرگ منتسب به فشارخون بالا و عوامل وابسته به پرفشاری خون است.

وی افزود: دیابت، سبک زندگی غلط، تحرک بدنی ناکافی و مشکلات سلامت روان، همه ما را تهدید می کند و نظام سلامت در سالهای گذشته، به جای پرداختن به موارد کم هزینه، مرتباً بخش های ICU و CCU و دیالیز را اضافه کرده است اما این راه قابل تداوم نیست.

دکتر نمکی گفت: وقتی تعداد ماشین های دیالیز را با چندسال قبل مقایسه می کنم، می بینم که تعداد آنها چند برابر شده و هنوز هم نماینده محترم و فرماندار عزیز و مقامات اجرایی هر استان و حتی روسای دانشگاه ها درخواست ماشین دیالیز و تجهیزات ICU و CCU دارند؛ این موضوع نشان از آن دارد که هنوز بر درمان محوری تاکید داریم و پیشگیری همچنان مغفول مانده است. بنابراین، تقدم پیشگیری بر درمان را به عنوان سیاست محوری جدید کم هزینه در وزارت بهداشت ادامه خواهیم داد. دلیل اینکه بر درمان سرپایی بر بستری تاکید داریم، این است که اگر در مراحل اولیه تشخیص بیماری را شناسایی و مهار کنیم، بیماری در مراحل پیشرفته تر، برای نظام سلامت کشور هزینه بر نخواهد بود.

وی با بیان اینکه تقدم پیشگیری بر درمان و درمان سرپایی بر درمان بستری جزو اصلی ترین سیاست های وزارت بهداشت در این دوره است، تصریح کرد: تقدم پیشگیری بر درمان و تقدم درمان سرپایی بر درمان بستری، هم از منظر اقتصاد سلامت و هزینه اثربخشی و هم از دیدگاه پرداختن به مقوله پیشگیری به عنوان رسالت نظام سلامت، باید با جدیت بیشتری دنبال شود. از طرفی، اعتقادی به افزایش تخت های بیمارستانی بی رویه و افزایش فهرست ICU و CCU و بخش های دیالیز ندارم، مگر در مناطق محرومی که نیاز واقعی وجود داشته باشد.

وزیر بهداشت بیان کرد: استقرار پرونده الکترونیک سلامت را به عنوان یک تکلیف برجای مانده از برنامه های قبلی، اجرا کردیم؛ این حرکت به عنوان یک ساختار و ریل اساسی در عبور و مرور فعالیت های نظام سلامت مغفول مانده بود که با همت، جسارت و تلاش همه دانشگاه ها آغاز و اجرایی شد. این ریل گذاری بسیار مهم، کمک خواهد کرد که سیستم ارجاع، راهنماهای بالینی و پزشکی خانواده را که از ضرورت های برجای مانده است، در ماه های آینده اجرایی کنیم.

دکتر نمکی با تاکید بر اجرای نسخه نویسی الکترونیک، خاطرنشان کرد: از چندماه قبل در این زمینه اقداماتی آغاز شده است.

وزیر بهداشت در بخش دیگری از سخنان خود گفت: چندماه است که از ضرورت نظام سلامت الکترونیک و بعضی نقصان های زیرساختی در نظام سلامت و قوانین مغفول مانده فریاد می زنیم ولی برخی دوستان بتازگی دوربین به دست گرفته اند و در این عرصه روشننگری می کنند که البته باز هم جای خوشبختی است و از آن استقبال می کنیم.

وی بیان کرد: ۳۰ سال قبل که معاون بهداشت وزارت بهداشت بودم، در آن زمان، به عنوان لکه ننگ سیستم دارویی کشور به

یکی از سیستم های امنیتی پناه بردیم که ناصر خسرو از محدوده کنترل ما خارج است و کمک لازم داریم، طبق یک قرارداد بنا شد که سرویس دریافت کنیم و سقف ریالی هم برای قرارداد تعیین شد و بعد از مدتی کوتاه، کوپن سقف ما تمام شد و حاصل آن تنها شناسایی وانت مملو از داروی قاچاق زیر یکی از پل های شهر بود. از ۳۰ سال قبل که در نظام سلامت حضور دارم، مشکل ناصر خسرو را داریم.

دکتر نمکی ادامه داد: در سازمان غذا و دارو که متأسفانه گاهی تعدادی از مجربین این مجموعه یا شریک و یا رقیب مجموعه های خارج از سازمان بودند، افراد خالص دانشگاهی را جایگزین کردیم.

وی افزود: آرزو می کنم روزی کسوت وزارت را کنار گذارده و با مردم راحت و بی ملاحظه صحبت کنم و بگویم گاهی سازش ما با فساد که به صغیر و کبیر مملکت رحم نکرده، چه بلایی سر آنها آورده است. به گفته سعدی، "مرا دردیست اندر دل اگر گویم زبان سوزد، اگر پنهان کنم ترسم که مغز استخوان سوزد".

وزیر بهداشت گفت: روزی باید همه ما پاسخ دهیم در روزهای سخت مملکت کجا بودیم و چه کردیم؟ امیدوارم آن روز مجبور نباشیم بگوییم زیر چشمان ما با IRC پودر کاکائو و نارگیل، داروی قاچاق وارد کرده و توزیع کردند و کارمند ما هم پشت سیستم و سامانه این موضوع را تایید کرده است، یعنی به جای چرتکه، به دزدها، ماشین حساب دادیم! خدا کند که نگوییم سامانه ای داشتیم که در آن، این قابلیت وجود داشته که یک خانم دکتر در ۱۳ یا ۱۴ مرکز، مسئول فنی بود و سیستم و سامانه او را ریجکت نکرده بود.

وی عنوان کرد: پرونده الکترونیک سلامت را راه اندازی کردیم و سوال اینجا است که چرا این پرونده سال ها اجرایی نمی شد؟ و چرا سه ماهه امکان استقرار آن ایجاد شد؟ چرا امکان آن فراهم نشود بسیاری از مسائل شفاف شود. چرا نسخه نویسی الکترونیک با مقاومت روبرو می شود؟ اگر مقاومتی باشد، از آن روست که می دانند، تنها علاج جلوگیری از قاچاق، ثبت صحیح و نظام جمع آوری داده ها است. چرا برخی ها از اینکه همه چیز شفاف شود، مقاومت می کنند؟ باید بگوییم، ما این مسیر را با همت تک تک شما و همکاران پاکیزه بسیارمان در نظام سلامت این کشور خواهیم پیمود. پرونده الکترونیک سلامت به ما کمک خواهد کرد که پزشکی خانواده، راهنماهای بالینی و سیستم ارجاع را مستقر کنیم؛ کسی به دنبال اجرایی کردن این موارد است که بخواهد مملکت به سمت پاکیزگی برود و کسی که مخالفت می کند، قطعاً نمی خواهد مملکت نظم و صلاح پیدا کند.

وزیر بهداشت گفت: سامانه ای به نام تی تک داریم که حاوی اطلاعات ارزشمندی است، اما مشکلاتی هم دارد که همه را مامور کرده ایم که آنها برطرف کنند، این سامانه باید در اختیار حاکمیت باشد تا اطلاعات حاکمیتی مصون بماند، اینها مباحثی است که از چندماه قبل با جدیت آغاز کرده ایم و هر ماه هم عده ای به جمع همراهان این رویکرد پیوسته اند و خواهند پیوست و هر روز به تحقق اهداف و آرمان ها در این مسیر نزدیک تر می شویم.

انتهای پیام/



بسته های طرح تحول سلامت، بازنگری می شوند *



مدیرکل دفتر ارزیابی فناوری، تدوین استاندارد و تعرفه خدمات سلامت وزارت بهداشت، از بازنگری در بسته های طرح

تحول سلامت با هدف کاهش هزینه های پرداختی مردم ، خبر داد.

به گزارش خبرنگار وب‌دای دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، دکتر "بهزاد کلانتری" مدیرکل دفتر ارزیابی فناوری، تدوین استاندارد و تعرفه خدمات سلامت وزارت بهداشت، امروز (سه شنبه) طی سخنانی در اجلاس معاونان درمان دانشگاه های علوم پزشکی سراسر کشور گفت: بسته کاهش فرانشیز مهمترین بخش طرح تحول سلامت بشمار می رود.

وی تصریح کرد: بسته کاهش هزینه های پرداختی توسط بیمار عنوان صحیح تری است که باید به جای کاهش فرانشیز از آن استفاده کرد.

دکتر کلانتری اظهار کرد: این برنامه به میزان پنج درصد پرداخت مستقیم از جیب مردم را کاهش داد. البته در تلاش هستیم تا مشکلات بیماران خاص و صعب‌العلاج را نیز کاهش دهیم و بخشی از منابع را به این سمت سوق دهیم.

مدیرکل دفتر ارزیابی فناوری، تدوین استاندارد و تعرفه خدمات سلامت وزارت بهداشت با تشریح نحوه تخصیص برنامه کاهش پرداختی بیماران گفت: مجموع پیشنهادهای مطرح در این زمینه با نظر ۱۰۰ درصدی معاونان درمان سراسر کشور بررسی و تصویب شد.

وی افزود: در بسته جدید، دانشگاه های علوم پزشکی هزینه طرح تحول سلامت را دریافت و مدیریت می کنند. در بسته جدید بیمار نباید هزینه اضافی را پرداخت کند. و برای خرید لوازم مصرفی گران قیمت نیازی به ارجاع بیماران به بیرون بیمارستان نیست. وی در ادامه افزود: در این بسته، نحوه پرداخت هزینه خدمات گران قیمت فاقد پوشش بیمه پایه نیز تعیین تکلیف شده است. گفتنی است، اجلاس معاونان درمان دانشگاه های علوم پزشکی کشور از امروز به مدت دو روز در دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی برگزار شده است.

این اجلاس که با سخنان وزیر بهداشت و معاون درمان این وزارت آغاز بکار کرد، مباحثی همچون "تبیین جایگاه توانبخشی، نقش توانبخشی در اقتصاد درمان، آشنایی با مراکز تحت حاد توانبخشی و بیمارستان های توانبخشی، و برنامه های معاونت درمان در حوزه توانبخشی" و "بازنگری بسته های طرح تحول، توزیع نیروی انسانی متخصص و مشکلات سال گذشته، عملکرد دانشگاه ها در حوزه مدیریت پیوند و اهدای عضو و بیماران خاص، بخش دندانپزشکی، عملکرد دانشگاه ها در حوزه نظارت و اعتباربخشی، بودجه و وضعیت HIS بیمارستانی" را مورد بحث و بررسی قرار می دهد.

انتهای پیام /



مشاور وزیر بهداشت: نیاز جامعه به رشته های دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، روزبه روز بیشتر می شود *



دکتر "محمدتقی جغتایی" مشاور امور توانبخشی وزیر بهداشت، در مراسم جشن دانش آموختگی جمعی از دانشجویان دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی گفت: نیاز جامعه به رشته های دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، و خدمات حوزه های "توانبخشی، سلامت اجتماعی و سلامت روان"، روز به روز بیشتر می شود.

به گزارش خبرنگار وب‌دای دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، وی با اشاره به شرایط زندگی مردم در دنیا بلحاظ اجتماعی و اقتصادی، شیوع بیماری های غیرواگیر، تغییر سبک زندگی و... افزود: این شرایط سبب شده تا ۷۰ تا ۸۰ درصد قطعنامه های سازمان جهانی بهداشت در ارتباط با رشته ها و خدمات این حوزه ها باشد و روز به روز نیاز مردم به خدمات کارشناسان و متخصصان تربیت شده در دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، بیشتر شود.

وی که به تازگی از سفر ژنو و شرکت در اجلاس سازمان جهانی بهداشت برگشته، گفت: یکی از مسئولان انجمن ها و مراکز بین المللی آموزش حوزه سالمندی که از سالها پیش در جریان فعالیت دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی در ایران بود، ضمن ابراز خشنودی از شرکت نماینده ایران در این اجلاس، دانشگاه علوم بهزیستی و رشته های آن را به دبیرکل سازمان جهانی بهداشت معرفی کرد.

دکتر جغتایی که از جمله موسسان دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی است، خطاب به دانش آموختگان این دانشگاه اظهارداشت: نیاز روزافزون جامعه به خدمات کارشناسان و متخصصان سه حوزه " توانبخشی، رفاه و سلامت اجتماعی و سلامت روانی "، از ویژگی های رشته های مربوطه است که اهمیت آنها را دو چندان می کند.

وی افزود: نیاز به خدمات تمامی رشته های توانبخشی، سلامت اجتماعی مانند مددکاری و سلامت روانی مثل روانشناسی و مشاوره، امکان اشتغال کارشناسان و متخصصان این حوزه ها را نیز بیشتر کرده است و با توجه به شرایط کنونی جامعه بلحاظ اشتغال جوانان، وجود فرصت های شغلی فارغ التحصیلان این حوزه ها، حائز اهمیت است.

مشاور وزیر بهداشت در امور توانبخشی درهمین ارتباط ادامه داد: هم اکنون وزارت بهداشت با توجه به شرایط زندگی مردم، به دنبال تاسیس کلینیک نیست بلکه ایجاد مراکز بهداشت روان و توانبخشی را پیگیری می کند چرا که جامعه به خدمات این مراکز نیاز دارد و یا شبکه بهداشت و درمان کشور در پی اضافه کردن کارشناسان سلامت روان، مددکاران اجتماعی و کارشناسان توانبخشی به داخل شبکه است، چون در اجرای برنامه هایی مانند غربالگری اوتیسم، غربالگری مبتلایان به فلج مغزی و ...، به این کارشناسان نیاز دارد.

دکتر جغتایی، سومین ویژگی رشته های تخصصی حوزه های توانبخشی، سلامت اجتماعی و سلامت روانی را نیاز جوامع مختلف دنیا به تولید دانش در این حوزه ها ذکر کرد و خطاب به دانش آموختگان دانشگاه علوم بهزیستی گفت: خوشبختانه شما دانش آموختگان این دانشگاه، توانایی علمی و عملی حوزه های تخصصی خود را دارید تا بتوانید نیاز بیماران و نیازمندان جامعه را رفع کنید، زیرا دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی بصورت آکادمیک تاسیس شده و نظام طراحی آن، علمی ترین سیستم آموزشی و تربیت نیروی متخصص در این حوزه ها است و فارغ التحصیلان آن برغم وجود مشکلات آموزشی، از جمله متخصصان با سواد و توانای حوزه های مربوطه محسوب می شوند که دنیا نسبت به آن آگاهی دارد.

وی با اشاره به توانایی علمی رئیس فعلی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی (دکتر امیرمسعود عرب) که از دانش آموختگان رشته فیزیوتراپی این دانشگاه و یکی از ۷ یا ۸ متخصص بنام رشته فیزیوتراپی دنیا است، گفت: خوشبختانه این دانشگاه بموقع تاسیس شد و با رشد و توسعه طی سالهای اخیر، هم اکنون به جایی رسیده که در دنیا شناخته شده است و رنکینگ آن بالاتر از دانشگاه های مشابه است.

وی در پایان سخنانش ابراز امیدواری کرد، دانش آموختگان این دانشگاه بتوانند با جسارت خود در خدمت به مردم و توسعه این علوم در جامعه تلاش کنند.

گفتنی است؛ مراسم جشن دانش آموختگی حدود ۱۲۰ تن از دانشجویان مقاطع کارشناسی و کارشناسی ارشد دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی عصر چهارشنبه با حضور مشاور وزیر بهداشت و مسئولان دانشگاه علوم بهزیستی در این دانشگاه برگزار شد.

در این مراسم ، فارغ التحصیلان مقطع کارشناسی ارشد شش رشته " سلامت سالمندی، روان پرستاری، رفاه اجتماعی، مدیریت توانبخشی، مددکاری اجتماعی و گفتاردرمانی " و فارغ التحصیلان مقطع کارشناسی شش رشته " کاردرمانی، مددکاری اجتماعی، گفتاردرمانی، ارتوپدی فنی، فیزیوتراپی، رشد و پرورش کودکان پیش دبستانی " با همراهی خانواده هایشان شرکت داشتند.

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

انتهای پیام/



مدلی برای توان بخشی فیزیکی معلولان و سالمندان به هنگام زلزله

محققان دانشگاه شهید بهشتی در پژوهشی علاوه بر ارائه مدل مدیریت توان بخشی فیزیکی معلولان، سالمندان و مصدومان در شرایط اضطراری می گویند: تشکیل تیم سیار توان بخشی فیزیکی در زلزله، رهبری تیم های امدادی با متخصصان توان بخشی فیزیکی به ویژه از هلال احمر و شرایط اسکان ویژه برای معلولان ضرورت دارد.

به گزارش ایسنا، توجه ویژه به توان بخشی در مدیریت سلامت در حوادث و بلایا به منظور پاسخگویی به نیازهای افراد آسیب دیده و آسیب پذیر بسیار ضروری است و برای پیشگیری از بروز یا تشدید معلولیت و بازگشت به زندگی عادی و تسریع در روند احیای جامعه آسیب دیده مورد اهمیت است.

محققان در پژوهشی با عنوان " ارائه مدل مدیریت توان بخشی فیزیکی معلولان، سالمندان و مصدومان در شرایط اضطراری (زلزله)" به ارائه مدلی مدیریتی برای توان بخشی فیزیکی معلولان، سالمندان و مصدومان در معرض معلولیت پرداختند.

این پژوهش از سوی فرانک لشنی، کارشناس ارشد مدیریت در سوانح طبیعی دانشگاه شهید بهشتی، نعمت حسنی، استادیار دانشکده مهندسی عمران دانشگاه شهید بهشتی و حمید صفاری، استادیار دانشکده مهندسی عمران دانشگاه شهید بهشتی انجام شده است.

در این پژوهش از روش کتابخانه ای و نظرسنجی استفاده شده و با مطالعه و تحلیل تحقیقات انجام شده و براساس کلیت پرسش های مطروحه، پرسشنامه ای برای نظرسنجی صاحب نظران تدوین و تحلیل شده است تا بتوان در این زمینه الگویی کاربردی ارائه کرد.

محققان در این مقاله می گویند: «در مورد انتخاب صاحب نظران به چند نکته توجه بیشتری شده است. این نکات عبارتند از: پاسخ گویان به طور عمده در تخصص های مرتبط با توان بخشی فیزیکی، مدیریت بحران و تخصص های نزدیک به آنها باشند. از نظر مرتبه علمی دارای توزیع مناسبی باشند. از افراد با تجربه های مختلف باشند. میزان تجربه زیاد و کم هر دو را پوشش دهد. شامل بعضی افراد صاحب نام در زمینه های طب فیزیکی، توان بخشی و متخصصان مدیریت بحران باشند. شامل اساتید دانشگاه باشد، تعدادی از دانشجویان دکتری که دارای سوابق مفید در موضوع بوده اند در فهرست باشد و حتی الامکان بعضی از مسئولان نهادهای مهم مرتبط را شامل شود.»

صفاری و همکارانش در این پژوهش می گویند: «جمعاً ۳۱ نفر به سوالات پاسخ دادند. مهم ترین نکات از تحلیل پاسخ های صاحب نظران به اختصار بیان می شود: معلولان به طور عمده در حوادث انسان ساخت، به ویژه حوادث ترافیکی دچار معلولیت می شوند بر همین اساس عمده معلولیتی که باید در ارائه مدل مورد توجه قرار گیرد، معلولیت فیزیکی از نوع حرکتی است. در امداد و نجات بعد از زلزله برای معلولان با افراد سالم تفاوت ویژه وجود داشته؛ بنابراین باید برای آنها اقدامات خاص تدارک دیده شود.»

در این پژوهش آمده است: «نجات و امداد معلولان گیرافتاده در ساختمان های تخریب شده با افراد عادی متفاوت است و با توجه به ویژگی های خاص معلولان و به جهت ناتوانی حرکتی یا بینایی یا شنوایی آنان، برای ارائه اقدامات امدادی نیاز به مهارت های

خاص و تجهیزات ویژه است. آرتروزهای ستون فقرات، آرتروزهای اندام تحتانی، آرتروزهای اندام فوقانی و فیکساتورها همگی از جمله وسایلی هستند که در زمان امداد به مصدومان مورد نیاز هستند.»

به گفته محققان، بعد از حادثه و اختلال، سیستم مخابراتی برای ارتباط سریع تر با معلول، اختصاص خطوط ویژه تلفن به معلولان در شرایط عادی مورد اهمیت است. بنابراین اختصاص خطوط ویژه تلفن به معلولان در شرایط عادی، میتواند گامی در تجهیز و ایجاد آمادگی این افراد جهت زمان اضطرار باشد.

در این پژوهش، فرایند شکل گیری مدل براساس گام های لازم تشریح شد. علاوه بر آن، محققان در این مطالعه، مجموعه اقدامات قبل از حادثه، حین حادثه و بعد از حادثه را بیان کردند.

در این مقاله آمده است: «در پیشینه موضوع، نکات مهمی مغفول مانده بود که می توان عدم توجه به مقولات مهندسی و آسیب های فیزیکی ساختمان و محل زندگی معلول، بانک های اطلاعاتی ضروری و محیط مناسب لایه بندی آن ها به ویژه در سامانه اطلاعات مکانی، استفاده از فناوری های نوین اطلاعات، ارتباطات و ایمنی و همینطور عدم توجه به مقوله توان بخشی فیزیکی به واسطه در محاق قرار گرفتن اصل مقوله توان بخشی در بلایا را بیان کرد.»

محققان در این مقاله می گویند: «تاکید بر کاستی های کارهای قبلی و تمرکز بر معلولیت فیزیکی ناشی از حوادث ترافیکی، نقش توان بخشی فیزیکی در حین و پس از زلزله، ضرورت تشکیل تیم سیار توان بخشی فیزیکی در زلزله، رهبری تیم های امدادی با متخصصان توان بخشی فیزیکی به ویژه از هلال احمر و شرایط اسکان ویژه برای معلولان از جمله نکات حاصل از تحلیل نظرسنجی است.»

این پژوهش در دومین شماره نهمین دوره فصلنامه علمی ترویجی "دانش پیشگیری و مدیریت بحران" منتشر شده است.

انتهای پیام



اعطای معافیت گمرکی شرکت های دانش بنیان لغو نشده است



به گزارش خبرگزاری فارس، مرکز ارتباطات و اطلاع رسانی معاونت علمی و فناوری ریاست جمهوری در اطلاعیه ای اعلام کرد: «معافیت گمرکی شرکت های دانش بنیان در ماده (۳) قانون حمایت از شرکت ها و مؤسسات دانش بنیان و تجاری سازی نوآوری ها و اختراعات به صراحت بیان شده است و این معافیت گمرکی زمانی لغو می شود که این ماده قانونی لغو شود که تاکنون چنین موضوعی اتفاق نیفتاده است و «لغو معافیت های گمرکی شرکت های دانش بنیان» تکذیب می شود.

در این اطلاعیه آمده است: «معافیت گمرکی به شرکت های دانش بنیان بر اساس ماده (۳) قانون مصوب مجلس شورای اسلامی، مصوبات شورای عالی علوم، تحقیقات و فناوری و ماده (۲۱) و (۲۲) آیین نامه اجرایی قانون که به تصویب هیأت وزیران رسیده است و دستورالعمل اجرایی ماده (۲۲) آیین نامه اجرایی قانون که به امضای وزیر امور اقتصادی و دارایی و وزیر علوم، تحقیقات و فناوری رسیده است، عملی می شود و هیچ کدام از مقررات فوق الذکر تاکنون لغو نشده است.»

بر اساس این گزارش با اشاره به ایراد دیوان محترم عدالت اداری درباره یک شیوه نامه بیان کرده است: «شیوه نامه ای که مورد

ایراد دیوان عدالت اداری قرار گرفته است شامل تصویب مزایا، تسهیلات و حمایت‌های جدید در زمینه معافیت‌های گمرکی نبوده است و صرفاً به عنوان یک راهنما به شرکت‌های متقاضی ارائه شده بود.

با اشاره به همدلی همه دستگاه‌های اجرایی کشور در حمایت از شرکت‌های دانش‌بنیان بیان کرده است: «اکنون همگرایی خوبی بین دبیرخانه شورای عالی علوم، تحقیقات و فناوری، وزارت علوم، تحقیقات و فناوری و معاونت علمی و فناوری رئیس جمهور و گمرک جمهوری اسلامی ایران برای اجرای مقررات قانونی وجود دارد».

این مرکز افزوده است: «بررسی متون حقوقی و احکام دیوان عدالت اداری باید با دقت نظر بالایی انجام شود و از اصحاب رسانه درخواست می‌شود در این زمینه بیشتر دقت کنند تا موجب برداشت نادرست نشود».

در خاتمه این اطلاعیه با اشاره به رشد کمی و کیفی شرکت‌های دانش‌بنیان آورده است: «خوشبختانه توسعه حمایت‌ها از شرکت‌های دانش‌بنیان همواره مورد تأکید مقام معظم رهبری و مدیران قوای سه‌گانه بوده است و معاونت علمی و فناوری رئیس جمهور در حال توسعه آئین نامه های حمایتی است و امیدآفرینی رسانه‌ها به عنوان پشتیبان این برنامه‌ها، ضروری است».

انتهای پیام /

اخبار حوزه «سلامت روانی»:



دسترسی به خدمات سلامت روان، خودکشی را کاهش می دهد *

همدان - ایرنا - مدیر برنامه پیشگیری از خودکشی دفتر سلامت روان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی گفت: دسترسی به خدمات پایه سلامت روان و خدمات تخصصی از راهبردهای موثر در کاهش خودکشی است.

دکتر مریم عباسی نژاد روز پنجشنبه در کارگاه بازآموزی پیشگیری از خودکشی در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه اظهار داشت: آمار خودکشی طی سال های ۹۴ تا ۹۷ با شیب ملایم و افزایشده مواجه بوده و و تقریباً سالیانه حدود ۵ نفر در هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت خودکشی منجر به مرگ رخ داده است.

وی با بیان اینکه آخرین آمار رسمی اعلام شده از طرف سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۸ میانگین ۱۰٫۶ خودکشی منجر به مرگ در هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت را نشان می دهد اظهار کرد: میزان اقدام به خودکشی ۲۰ تا ۳۰ برابر میزان فوت ناشی از آن بوده و حدود ۱۲۵ نفر در هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت می باشد.

مدیر برنامه پیشگیری از خودکشی دفتر سلامت روان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با بیان اینکه میزان اقدام به خودکشی در زنان بالاتر و میزان فوت در مردان بالاتر است افزود:

در کشورهای با درآمد بالا زنان ۲۵ درصد موارد فوت را شامل می شوند که این آمار در کشورهای با درآمد پایین و متوسط به ۴۰ درصد می رسد.

عباسی نژاد با بیان اینکه بالاترین میزان اقدام به خودکشی در گروه سنی ۱۵ تا ۲۴ سال است اضافه کرد: در نوجوانی و جوانی اقدام به خودکشی بیشتر و فوت ناشی از آن کمتر است درحالی که در سنین بالای ۵۰ سال اقدام به خودکشی کاهش یافته اما میزان فوتی ناشی از آن افزایش می یابد.

وی مسمومیت با سموم، حلق آویز کردن و اسلحه گرم را از شایع ترین روش های اقدام به خودکشی منجر به فوت در جهان معرفی کرد و افزود: مهمترین پیشگویی کننده برای اقدام به خودکشی، اقدام قبلی فرد است.

کارشناس مسئول برنامه پیشگیری از خودکشی دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت با بیان اینکه میزان اقدام به خودکشی از سال ۹۴ تا سال گذشته از ۹۴٫۰۹ به ۱۲۵٫۲۴ در صد هزار و میزان فوت ناشی از خودکشی از ۵٫۰۴ به ۶٫۲۳ در صد هزار رسیده است عنوان کرد: آمار خودکشی طی سال های ۹۴ تا ۹۷ با شیب ملایم و افزایشده مواجه بوده و و تقریباً سالیانه حدود ۵ نفر در هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت می باشد.

عباسی نژاد با بیان اینکه یکی از اهداف کمی برنامه ششم توسعه این است که تا سال ۱۴۰۰ بتوانیم ۱۰ درصد کاهش در فوت ناشی از خودکشی داشته باشیم بیان کرد: حدود ۷۵ درصد موارد اقدام به خودکشی در گروه سنی ۱۵ تا ۳۴ سال بوده و حدود ۵۰ درصد این موارد متاهل هستند.

وی افزود: حدود ۵۳ درصد موارد اقدام به خودکشی افراد دارای تحصیلات زیر دیپلم و با مهارت حل مسئله ضعیف هستند.

عباسی نژاد با بیان اینکه ۷۳ درصد موارد اقدام به خودکشی ساکن مناطق شهر و حاشیه شهر هستند اضافه کرد: حدود ۳۳ درصد

موارد این اقدام افراد خانه دار، ۱۱ درصد دانش آموز و هشت درصد افراد بیکار هستند همچنین ۸۲ درصد موارد اقدام به خودکشی به شیوه بیش مصرفی دارو انجام می شود.

وی با بیان اینکه سال گذشته ۱۰۰ هزار نفر اقدام به خودکشی در کشور ثبت شده که ۸۰ هزار مورد آن خودکشی با استفاده از دارو بوده است بیان کرد: ایلام، کهگیلویه و بویراحمد، کرمانشاه، لرستان، گیلان، زنجان، همدان، فارس، قزوین، آذربایجان شرقی، اردبیل، خوزستان، مازندران، تهران، بوشهر، کردستان، مرکزی و چهارمهرال بختیاری به عنوان استان های با میانگین بالاتر از میانگین کشوری فوت ناشی از خودکشی معرفی شدند.

کارشناس مسئول برنامه پیشگیری از خودکشی دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت با بیان اینکه کمترین آمار خودکشی متعلق به استان های سیستان و بلوچستان و خراسان جنوبی است ادامه داد: آمار خودکشی در غرب کشور بیشتر است و این موضوع نیاز به بررسی های پژوهشی بیشتری دارد.

عباسی نژاد افزود استان همدان در سال گذشته متأسفانه با میزان ۹,۴۳ درصد هزار رتبه چهارم فوت ناشی از خودکشی را در بین استان های کشور داشته است.

وی با بیان اینکه خودکشی رفتاری با سبب شناسی زیستی، روانی و اجتماعی است که برخی از این عوامل فردی و برخی اجتماعی هستند عنوان کرد: جنسیت، گروه سنی، مصرف مواد مخدر، محرک و الکل، نقص در محور هیپوتالاموس و هیپوفیز، نقص زنتیکی رسپتورهای سروتونین و نقص در مکانیسم های پیام رسانی داخل سلولی جز عوامل زیستی اتیولوژیک خودکشی محسوب می شوند.

عباسی نژاد با بیان اینکه بالاتر بودن آمار خودکشی در زنان به عوامل زیستی و ژنتیکی و همچنین اجتماعی ربط دارد گفت: در جوانان و نوجوانان نیز چون قسمت های کنترل کننده در مغز تکامل نیافته تر است و با وجود اینکه ممکن است افراد قصد قطعی برای مردن نداشته باشند و در اکثر موارد بعد از اقدام به خودکشی پشیمان می شوند و یا افرادی با پیش زمینه افسردگی وقتی از مواد روان گردان به خصوص الکل استفاده می کنند ممکن است به صورت تکانشی اقدام به خودکشی کنند. کارشناس مسئول برنامه پیشگیری از خودکشی دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت با بیان اینکه پخش نامناسب اخبار مربوط به خودکشی در ذهن افراد مانده و یادگیری اجتماعی ایجاد می کند و دریافت نامناسب این اخبار بدون آموزش های لازم توسط افراد مستعد و ناامید، ممکن است موجب تصمیم های تکانشی در فرد برای خودکشی بشود افزود: ممکن است یک خودکشی به دنبال یک شکست عاطفی باشد اما ادر این افراد نیز به احتمال زیاد زمینه مشکل روان شناختی هم وجود دارد.

وی محیط ناامن، فقر و بیکاری، دسترسی به روش های خطرناک، شرایط اقلیمی، سابقه خودکشی در نزدیکان، شبکه حمایتی ضعیف اجتماعی، و تاب آوری پایین را از عوامل محیطی خودکشی برشمرد و ادامه داد: برخورد با خرید و فروش قرص خطرناک برنج در بعضی از استان ها باعث کاهش آمار خودکشی خواهد شد.

عباسی نژاد شکست و ناکامی، فوت یک فرد مهم در زندگی، تغییر در یک رابطه مهم در زندگی، مشاجره و درگیری لفظی یا فیزیکی با یک فرد مهم، متهم شدن به جرم و از دست دادن بخش وسیعی از شبکه اجتماعی را از جمله مثالهایی برای تاثیر حوادث ناگوار برای اقدام به خودکشی دانست و اضافه کرد: ۹۵ درصد کسانی که خودکشی و یا اقدام به خودکشی می کنند اختلال روانپزشکی دارند و افسردگی، اختلالات مرتبط با مصرف مواد و رفتار تکانشی بارز جز مهمترین اختلالات روانپزشکی در خودکشی محسوب می شوند. افسردگی به تنهایی ۷۰ درصد اینها را شامل می شود.

وی فعال کردن حمایت روانی و اجتماعی و ارجاع به روانپزشک را از مهمترین اقدامات کارشناسان برای کمک به افرادی که قصد خودکشی دارند برشمرد و گفت: افزایش دسترسی به خدمات پایه سلامت روان، مدیریت رسانه ها در خصوص نحوه صحیح انعکاس اخبار مرتبط با خودکشی، کاهش دسترسی به روش های مهلک، ایجاد خدمات حمایتی و درمانی، کاهش انگ اجتماعی مرتبط با خودکشی و ثبت دقیق رفتارهای خودکشی برای مشاهده روندهای دمو گرافیک از راهبردهای موثر برای کاهش خودکشی است.



امنیت روانی پیش شرط سلامت روان



تهران - ایرنا- وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در گفت و گوی اخیر خود با رسانه ها بر لزوم رسیدگی به وضعیت سلامت روان افراد و طرحی در دست اقدام با نام آمایش سلامت روان در جامعه سخن گفته است؛ طرحی که به نظر می رسد برای اجرا، نیاز به تحقق برخی مولفه ها و پیش شرط ها دارد.

به گزارش گروه تحلیل، تفسیر و پژوهش های خبری ایرنا، یکی از مباحث مهم و مورد نیاز در شرایط امروز جامعه ما، لزوم پرداختن به بحث سلامت روان و آرامش روحی است؛ در شرایطی که مشکلات اقتصادی، تورم و تحریم ها ثبات پولی و مالی را دستخوش نوسان ساخته و قیمت کالاها را -به ویژه در شهرهای بزرگ- تا چند برابر افزایش داده، گسترش مشکلات روانی و مصادیق آن همچون خشونت و افسردگی، از دید جامعه شناسان و روانشناسان قابل پیش بینی است. این سخن بدین معنا است که شرایط اجتماعی از زندگی فردی و روانی افرادی که در اجتماع زندگی می کنند جدا نبوده، و در صورت بروز و تداوم مشکلات و مضیقه های اجتماعی، نمی توان انتظار افرادی سالم از منظر فردی و روانی را داشت.

ویژگی های روانی و فردی افراد را زمانی می توان محدود و مشخص به روانشناسی و در سطح تحلیل خرد ارزیابی کرد که این میزان در ابعادی کوچک بوده و یک اقلیت را در بر بگیرد؛ اما زمانی که مشکلات تسری یافته و وجهه ای کلان می یابند؛ یعنی اکثریتی از آدم ها را درگیر خود می سازند، این موضوع علاوه بر نگاهی در قالب روانشناسی اجتماعی یا جامعه شناسی روانی، نیاز به فوریت و اولویتی در بررسی های تخصصی دارد.

سخن از خشونت و افسردگی در جامعه ایران، به واسطه آمارهایی که دائما در باب بحرانی بودن بحث سلامت روان در جامعه منتشر می شوند، یکی از مهمترین مواردی است که تاکنون صاحب نظران و مسوولین متعددی بر آن صحنه گذارده و در باب آن هشدار داده اند؛ چنانچه رئیس سازمان نظام پزشکی، افسردگی را شایع ترین معضل امروز جامعه ایران دانسته و از دولت تقاضای تخصیص یارانه هایی در باب درمان و بهبود سلامت روان را داشته است.

در تازه ترین رویکرد در این باره سعید نمکی وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی صحبت از بسیج ملی آمایش بیماری های اعصاب و روان در سطح کشور کرده و گفته بود: از برنامه های پیش روی ما بحث mental health یا همان سلامت روان جامعه است که آمایش آن به شیوه بسیج ملی و با همان شیوه که پیشتر آمایش فشار خون عمومی صورت گرفت، قرار دارد. آمایش سلامت روان جامعه و ادغام این آمایش به شیوه یک شبکه در نظام سلامت کشور برنامه مشخص و تعبیه شده ای است که پس از پرداخت در زمان آتی به استحضار مردم خواهد رسید. طرح سلامت روان جامعه محدود به بیماری خاصی از مجموعه بیماری های اعصاب و روان نیست و رویکرد وزارت بهداشت، نگاه جامع به بهداشت روان جامعه بوده و بحث ما این است که بهداشت روان جامعه نیاز به تلطیف و تعدیل دارد. این بهداشت روان ابعاد گسترده ای دارد. خشونت متبلور در جامعه، بهم

ریختگی‌های روحی و روانی متظاهر و افسردگی که مسبب رنجش مردم هستند، نیاز به همت و همیاری عمومی دارد تا با تلطیف فضاهای اجتماعی و تعدیل رفتارهای اجتماعی مرتفع شوند.

بر این اساس لازم به ذکر است که تردیدی در ارتباط با بحرانی بودن وضعیت سلامت روان در جامعه وجود نداشته و آنچه محل تضاد و عدم تفاهم است، شیوه مقابله و برخورد با این داستان است؛ از سوی دیگر توجه به این نکته ضروری است که سلامت روان را به دلیل ابعاد ناشناخته و متفاوت روان آدمی نسبت به جسم، لزوماً نمی‌توان به شیوه‌هایی پزشکی مرسوم و روش‌هایی چون آمایش فشار خون مورد بررسی و درمان قرار داد. بر این اساس باید در انتظار نشست تا راهکارهایی که وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در عمل به کار می‌گیرند را مورد مذاقه و قضاوت قرار داد.

تلطیف روان، بدون توجه به نیازهای اولیه غیرممکن است

«عطاالله محمدی» روانشناس و مشاور در رابطه با صحبت‌های اخیر وزیر بهداشت و نیاز جامعه به تلطیف فضای روانی در گفت‌وگو با پژوهشگر ایرنا بیان داشت: اولین زمینه‌های آرامش روانی در جامعه، داشتن رفتارهای سازگارانه و مهربانانه است و تلطیف روانی جامعه منوط به مرتفع شدن این نیازمندی‌های اساسی انسان است و تا این نیازها برطرف نشود، این که به دنبال نیازهای مرتبه بالاتر باشیم، شاید کمی خواب و خیال به نظر برسد.

وی افزود: در شرایط فعلی مشکلات اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و بی‌ثبات بودن وضعیت جامعه تامین نیازهای اولیه مردم را با مشکل و دشواری روبرو ساخته و به خاطر همین مسائل، حتی میزان جرم افزایش پیدا کرده است؛ یکی از مسائلی که فقر و مشکلات اقتصادی را ایجاد می‌کند، به صورت پایه‌ای در مسائل سیاسی اجتماعی و اخلاقی است. به همین دلیل من بر این عقیده هستم که تلطیف فضای روانی جامعه، بدون توجه به نیازهای اولیه مردم شاید غیرممکن باشد.

روانشناس بازنشسته کانون اصلاح و تربیت و روانشناس فعلی مرکز مشاوره دانشگاه تهران و دانشگاه امیرکبیر در واکنش به این موضع که در صورت رفع مشکلات اجتماعی، چه راه حل روانشناختی‌ای برای مشکلاتی چون خشونت و افسردگی و تلطیف فضا می‌توان برشمرد، تصریح کرد: ما در روانشناسی، نظریه سلسله مراتب نیازها را داریم (نظریه روانشناس آمریکایی آبراهام مزلو) و این واقعیتی است که در سلسله مراتب نیازها، جزو اولین و پایه‌ای‌ترین نیازهای انسانی، احساس امنیت است؛ یعنی بعد از برآورده شدن نیازها و احتیاجات اولیه زیستی، بحث روانی و احساس امنیت آدم‌ها مطرح است؛ وقتی این امنیت برهم بخورد با چه روشی می‌شود مسائل روانی را تلطیف کرد؟

محمدی خاطر نشان کرد: من فکر نمی‌کنم تکنیکی در دنیا برای تلطیف فضای روانی جامعه، بدون برقرار کردن مولفه‌هایی اساسی چون امنیت روانی وجود داشته باشد که کشف نکرده باشند. تا جایی که من می‌دانم چنین روش روانشناختی‌ای بدون برآورده کردن نیازهای اجتماعی امکان‌پذیر نیست؛ از طرف دیگر حتی ممکن است در برخی مواقع بحران‌های معیشتی و اقتصادی و ... جوامع را دچار مشکل سازد.

این روانشناس در ارائه راه حلی برای بهبود این وضعیت خاطر نشان کرد: شرایط اجتماعی و سیاسی جامعه ممکن است در بهبود و تلطیف روانی کارساز باشند؛ شرایطی از قبیل داشتن آزادی‌های دموکراتیک و گفت‌وگوهای آزاد در مورد مشکلات مردم و حق آزادی بیان اصناف. اگر کارگران، کشاورزان، زحمتکشان و کارمندان هرکدام سازماندهی فکری خودشان را داشته باشند و صحبت‌ها و نیازها و حتی خشم خودشان را به روشی جامعه‌پسندانه ارائه دهند، بهترین تلطیف حالت روانی مردم خواهد بود؛ اما چون اینها نیست، راه حلی نداریم و اگر هم باشد صرفاً در یک قشر خاص که تمکن مالی دارد، جواب می‌دهد.

امروز حتی ورزشگاه های عمومی، پولی شده است و مردم اگر بخواهند ورزش کنند تا سلامت جسمی شان باعث افزایش تاب آوری روانی شان شود، باید پول بدهند؛ یعنی حتی این امکانات را هم خصوصی کرده اند و مردم به راحتی قادر به استفاده از امکانات دولتی هم نیستند؛ در این شرایط حتی مدارس بیشتر به سمت خصوصی شدن رفته اند و خانواده هایی که فرزند دارند باید مقدار زیادی از درآمد سالانه خود را برای هزینه های تحصیلی - که از نظر قانون اساسی باید رایگان باشد - بپردازند. اینها همه مشکلاتی جدی است که روان مردم را آزرده می سازند. در نتیجه من راهی را برای این تلطیف بلد نیستم.



واکاوی روانی افراد حیوان آزار *



تهران-ایرنا- علاوه بر مباحثی که به لحاظ قانونی و اخلاقی بر محور موضوع حیوان آزاری مطرح می شوند، این رفتار نشانه ای از بیماری و عدم سلامت روانی و شخصیتی افرادی است که دست به آزار حیوانات می زنند.

به گزارش گروه تحلیل، تفسیر و پژوهش های خبری ایرنا، ZOO SADISM اصطلاحی است که در روانشناسی برای حیوان آزاری به کار می رود؛ رفتاری که کارشناسان علوم رفتاری و روانشناسان معتقدند می تواند نشانه بسیار بدی از رفتارهای خشن و جنون آمیز دگرآزاری یا سادیسم در آینده رفتاری افراد باشد.

اساسا انسان سالم و کسی که دچار اختلالات روانی نیست از کشتن و گرفتن جان یک موجود زنده، احساس لذت ندارد؛ نکته ای که در رفتار حیوان آزاران به وضوح مشهود است. یکی دیگر از نکاتی که در تحلیل وخامت سلامت در افراد حیوان آزار از سوی روانشناسان و متخصصان حائز اهمیت می نماید، تعمیم این بی اهمیتی گرفتن جان حیوانات به جان انسان هاست؛ چنانچه مثال های تاریخی نشان می دهند، بسیاری از قاتلان زنجیره ای سابقه حیوان آزاری داشته اند و این قضیه به طور مستند ثابت شده که فردی که حیوان آزاری می کند، نه تنها برای حیات وحش و حیوانات که برای جامعه انسانی هم خطرناک است.

مصداتی برای بیماری روانی

«علی اکبر ارجمندنی» روانشناس و عضو هیات علمی (دانشیار) دانشکده روانشناسی، دانشگاه تهران در گفت و گو با پژوهشگر ایرنا بیان داشت: حیوان آزاری در همه جای دنیا نشانه اختلال روانی است؛ و بر این اساس در غرب به عنوان یک اختلال روانی شناسایی شده و به عنوان یک بیماری تشخیص داده می شود.

در ایران هم این پدیده از قبل بوده، زیاد هم بوده است و امروز هم هست و در مجموع در طی زمان شاید یک مقدار کم و زیاد شده باشد اما در هر صورت در کیفیت آن تفاوتی ندارد و اگر این پدیده در کشور ما هم دیده شود، نشان دهنده این است که فرد آزار دهنده حیوان، زمینه های شخصیت ضد اجتماعی دارد. اگر این موضوع در دوره نوجوانی دیده شود، نشان از یک اختلال به نام «اختلال سلوک» است و معمولا این دسته از نوجوانان اگر در مجاورت و همراهی با برخی دیگر از شرایط ایجاد و تشدید کننده بیماری روانی قرار گیرند، این عوامل می توانند زمینه بزهکار شدن آن فرد را فراهم کنند.

این مساله در هر فردی و در هر کجای دنیا اگر دیده شود، به نوعی نشان از اختلال شخصیت فردی است. در نتیجه این موضوع محدودیت جغرافیایی ندارد. در نتیجه وقتی در کشور خودمان این رفتار را می بینیم، نشان از مشکلات شخصیتی جدی دارند و از مرزهای سلامت روان فاصله گرفته اند؛ یکی کمتر و یکی بیشتر.

این روانشناس در توصیف ویژگی های افرادی که مستعد رفتارهای مبتنی بر حیوان آزاری هستند، خاطر نشان ساخت: در باب توصیف ناهنجاری هایی که به حیوان آزاری منجر می شوند؛ یک بحث فیزیولوژیکی دارد و یک بحث روانشناختی.

مشکلات فیزیولوژیکی بیشتر مرتبط به پزشکی است و شاید دوستان پزشک بهتر بتوانند در این باره قضاوت کنند؛ ولی معمولاً پایین بودن سطح سرتونین خون، پایین بودن قند خون و عواملی این چنینی در تحقیقات و منابع علمی به عنوان عوامل موثر در اختلال، بسیار مورد توجه قرار گرفته اند و این دسته عوامل با خلق و خوی پرخاشگرانه رابطه محکمی دارند. وقتی سرتونین پایین می آید، ممکن است رفتار خشونت آمیز و در مواردی رفتار وحشیانه را از افراد شاهد باشیم و اینها بی ارتباط با انتقال دهنده های عصبی، هورمون ها و یک سری از مسائل جسمی نیستند.

اما مشکلات روانشناختی به این صورت است که معمولاً آدم هایی که حیوان آزار هستند، خودشان هم تجربه مورد آزار و اذیت واقع شدن را دارند. غالباً سبک های فرزند پروری که روی این افراد اعمال شده، سبک هایی بوده که عمدتاً یا خیلی مستبدانه بوده است و این افراد تحت تنبیه بدنی قرار گرفته اند و یا این که این شیوه های سهیل گیرانه افراطی روی آنها اعمال شده است؛ یعنی این که هیچ برنامه تربیتی و رفتاری مشخصی روی اعمال این افراد حاکم نبوده، و آنان به شدت درگیر خلاءهای عاطفی، اجتماعی و فیزیولوژیکی هستند؛ لازم به ذکر است که این افراد معمولاً هر سه این خلاء ها را دارند.

وی افزود: یعنی این عوامل مجموعه هستند و کسی که مجموعه این عوامل را دارد، درگیر این مساله است اما ممکن است لزوماً آن را بروز ندهد؛ مثلاً ممکن است حیوانات دور و بر این افراد نباشد و شرایط حیوان آزاری برایشان فراهم نباشد و در این شکل ممکن است به دیگرآزاری روی بیاورند و این رفتار آزار دادن را روی آدم ها نشان دهند. در نتیجه کسی که این مولفه ها را دارد اما حیوانی دور و برش ندارد، لزوماً این رفتار در او بروز نمی یابد.

اهمیت شرایط بیرونی بر احوالات درونی

ارجمندنی در واکنش به این سوال که بالا و پایین شدن سرتونین و یا شرایط تربیتی ممکن است باعث رفتارهای عصبی بشود اما لزوماً به معنی حیوان آزاری نیست و مشخصاً چه کسانی را می توانیم بر اساس شاخص هایی مدون، حیوان آزار بدانیم، بیان داشت: من اینها را متفاوت از هم نمی دانم. شما در رفتار مرز می گذارید که افراد ممکن است خشونت در رفتار را در مورد آدم ها اعمال کنند اما در مورد حیوانات نکنند. من این دو شخصیت را خیلی متفاوت از یکدیگر نمی دانم اما شرایط اجتماعی آنان را تعیین کننده و مهم می دانم؛ یعنی تحلیل شخصیت و رفتار این دو دسته از آدم ها بسته به آن است که شرایط ایشان چقدر متفاوت است؛ یعنی محیط هایی که در آن رشد می کنند، چقدر متفاوت است؛ مثلاً آدمی که تمایلات حیوان آزاری دارد، وقتی در شهری زندگی می کند که حیوانی ندیده است، احتمالاً هیچ وقت این رفتار را بروز نمی دهد. طبیعی است که این رفتار توسط آدم هایی انجام می شود که این زمینه ها را دارند و به نوعی در ارتباط با حیوانات هم هستند.

در محیط هایی مانند کهریزک و امثالهم، افراد با حیوانات مواجه هستند و مسائلی چون عدم پختگی شخصیت، مشکلات فیزیولوژیکی و مسائل تربیتی و سوءرفتارها با این افراد، همگی اثرگذار هستند و حالا این که بخواهیم سهم هر کدام را مشخص کنیم که کدام اولویت داشته باشد و اول بیاید و... به کارهای پژوهشی پیچیده ای نیاز دارد اما به طور کلی من این ها جدا نمی دانم الی در شرایط محیطی و اجتماعی متفاوت.

کنترل گری اجتماعی، قوی تر از کنترل گری انضباطی

مؤلف کتاب های «سوء مصرف مواد در دانشجویان»، «نقدنامه روان شناسی ۱ و ۲»، «روش تدریس علوم تجربی و اجتماعی

برای دانش آموزان آهسته گام»، «نگاهی به تاریخ آموزش در ایران»، «بهبود حافظه فعال»، «حافظه فعال از سنجش تا درمان»، «روان شناسی بالینی کودک»، «روان شناسی رابطه موثر» و «امید و امیدواری»، در توضیح راه حلی برای مقابله با رفتارهای حیوان آزاری تصریح کرد: خلاءهای قانونی ما جدی هستند. در بعضی موارد ما تازه متوجه شده ایم که باید در این حوزه ها هم قانون وضع کنیم و یا اگر قانونی داریم، مبهم است و به صورت جدی گفته نشده، ضمن اینکه اطلاع رسانی و آموزش داده نشده است و مردم بی خبر هستند. در نتیجه برای حل مساله در درجه اول به یک سری کارهای زیرساختی و قانون گذاری نیاز هست و بعد مستلزم آگاهی افزایی در این موارد هستیم.

مثلا ممکن است مصادیق رفتارهای حیوان آزاری را به صورت موردی در رفتارهای برخی آدم ها ببینیم؛ در اینجا حیوان آزاری را باید ناشی از عدم آگاهی آن آدم بگذاریم؛ چرا که آن موردی را که در اختلال روانی و ناشی از مسائل شخصیت و غیره برشمردیم در مواردی موضوعیت دارد که این رفتار حیوان آزاری تکرر و تعدد دارد و ما می توانیم این تحلیل را تعمیم بدهیم؛ ولی در مورد آدم هایی که حیوان آزاری موردی و دفعتا اتفاق افتاده، معمولا ناشی از عدم آگاهی و این موضوع است که اساسا این افراد با مقوله ای به نام حقوق حیوانات آشنا نیستند. فکر می کنم جامعه ما به اندازه کافی در بحث آموزش پیشرفت نداشته است و آموزش می تواند بسیاری از مسائل را کنترل کرده و این موضوع را به یک جریان اجتماعی بدل سازد؛ یعنی اگر ما بتوانیم این موضوع را به یک جریان اجتماعی بدل کنیم، قاعدتا کنترل گری اجتماعی، بسیار موثرتر از کنترل گری های انضباطی و انتظامی و ... جواب می دهد.



اختلال های روانی خوردن در زنان و نوجوانان شایع تر است



تهران- ایرنا - متخصص روانشناس اعصاب و روان گفت: اختلال های روانی خوردن از جمله رفتارهای روان تنی به شمار می رود که در زنان و نوجوانان شایع تر است.

محمدرضا محمدی روز یکشنبه در گفت و گو با ایرنا افزود: اختلالات خوردن از جمله رفتارهای شایع روان تنی به شمار می رود که مشکلات فراوانی در سلامت جسمانی و عملکرد روانی افراد بوجود می آورد و طبق نتایج به دست آمده در این نوع از اختلالات با توجه به گسترش فرهنگ بیگانه در بین جوامع، الگوهای نامناسب تغذیه ای، عوامل نژادی و طبقه اجتماعی که فرد در آن قرار دارد را می توان در قالب اختلالات خوردن از قبیل بی اشتها، عصبی و یا پر خوری عصبی به خوبی مشاهده کرد.

وی افزود: خوردن متعارف می تواند با تغییر الگوی غذایی و دریافت نامطلوب مواد مغذی، موجب ایجاد اختلالات مرتبط با تغذیه در افراد شود و از همه مهمتر سلامتی آنان را به خطر اندازد. از طرفی اختلالات خوردن را می توان با رفتارهایی از جمله کاهش خوردن، روزه داری، زیاد خوردن و خوردن همراه با حالت تهوع و استفاده از داروهای ضد یبوست و ادرار آور، تشخیص داد.

این متخصص اضافه کرد: اختلالات خوردن همچنین می تواند از لحاظ اشکال بالینی پر خوری عصبی یا بی اشتها، عصبی منجر به سوء تغذیه، پوکی استخوان، فقدان قاعدگی، بیماری های قلبی - عروقی و افسردگی در فرد یا افراد مبتلا به این نوع بیماری شود.

محمدی افزود: بر همین اساس اختلال های خوردن از راه آشفته گی های شدید در رفتارهای خوردن و آشفته گی در درک شکل و وزن بدن مشخص می شود، این اختلال ها بیشتر در سنین نوجوانی و اوایل جوانی رخ می دهد. نوجوانان در بیشتر موارد توجه

خاصی به وزن و شکل بدن خود دارند و اغلب برای روبرو شدن با فشارهای بحرانی دوره بلوغ، دیدگاه نادرستی نسبت به خوردن اتخاذ می کنند و این ممکن است مشکلات اختلال خوردن را در بین این قشر ایجاد کند.

وی افزود: دختران نوجوان به علت نگرش دقیقی که به خوردن دارند بیشتر در معرض خطر ابتلا به این اختلال هستند. اختلال خوردن و نگرش های مرتبط با آن بعد از چاقی و آسم، بیشترین شیوع را در بین این قشر دارد و از طرفی در حال پیشرفت است.

این متخصص اعصاب و روان اظهارداشت: شیوع شکل های شدید اختلال خوردن در قشر نوجوان بویژه دختران تا ۵ درصد نشان داده شده و این درحالی است که شیوع شکل های خفیف این اختلال مانند رفتارهای بدخوردن و نگرش های خوردن، بیشتر در بین پسران دیده می شود.

محمدی گفت: سن شروع بیماری اختلالات خوردن در بخش بی اشتهاپی روانی و اختلال پرخوری نسبت به دهه های اخیر بخصوص در بین زنان جوان کاهش یافته به نحوی که به باور عمومی، اختلال خوردن را مختص فرهنگ بیگانه می دانند که بر تناسب اندام تاکید دارند درحالی که در جوامع در حال توسعه یافته از جمله ایران، پاکستان و ژاپن این نوع رفتار از اهمیت خاصی برخوردار است.

این روانشناس گفت: فراوانی بروز پرخوری عصبی نسبت به بی اشتهاپی عصبی بیشتر است و حدود ۹۰ تا ۹۵ درصد زنان با این نوع از اختلالات خوردن درگیر هستند، گفت: بی اشتهاپی عصبی و پرخوری عصبی اغلب اختلالات خوردن مزمنی به شمار می رود که در سطح بالایی باهم در ارتباط است.

محمدی گفت: بی اشتهاپی عصبی منجر به تحریک بیش از حد هورمونها، کاهش وزن و پریشانی روانی می شود و افراد دارای این اختلال عموماً از چاق شدن وحشت دارند. آنها با این که واقعاً گرسنه هستند از خوردن غذا اجتناب کرده یا میزان خوراکی را به شدت محدود می کنند. آنها خودشان را چاق می بینند اما در واقع خیلی لاغر و از ضعف بدنی در رنج هستند.

وی با بیان اینکه افراد مبتلا به بی اشتهاپی عصبی با توجه به عوامل ذکر شده بازهم به رژیم غذایی خود ادامه می دهند، اظهارداشت: بی اشتهاپی عصبی عوارض جدی از جمله سوء تغذیه، بیماری های قلبی - عروقی، کم شدن حجم مایعات بدن، اختلالات گوارشی، ناباروری و نشانه های دیگر را به همراه دارد.

محمدی در خصوص پرخوری عصبی، افزود: در اختلال پرخوری عصبی شکل دیگری از این نوع رفتار را شاهد خواهیم بود به نحوی که در آن فرد برای رهایی از استرس و اضطرابی که در آن نهفته، بیش از اندازه لازم غذا می خورد. در این وضعیت بیماران اغلب وزن طبیعی خود را حفظ می کنند یا دچار اضافه وزن می شوند. اما تحریف تصویر بدن در این نوع از بیماران کمتر از مبتلایان به بی اشتهاپی عصبی است.

این متخصص اعصاب و روان گفت: عوارض پرخوری اغلب اختلالات الکترولیتی، سوزش، خونریزی معده، اختلالات روده ای، فرسایش مینای دندان، کم شدن ضربان قلب، افت فشار خون و کاهش سرعت سوخت و ساز بدن است.

محمدی افزود: طبق بررسی های به عمل آمده در دوره نوجوانی به دلیل شکل گیری نگرش افراد نسبت به اندام خود و همچنین ایجاد احساس رقابت با هم سن و سالان در فعالیتهای ورزشی خطر ابتلا به اختلالات خوردن در نوجوانان بیشتر از گروه های سنی دیگر است.

وی تاکید کرد: برای هر نوع از اختلالات خوردن، راهکار درمان به منظور تغییر رفتار و نگرش افراد مبتلا وجود دارد و به طور

متداول توسط متخصص روان درمانگر از طریق بکارگیری روش هایی مانند درمان رفتاری - شناختی همراه با متخصص تغذیه و مراقبت های پزشکی طراحی شده است.

محمدی گفت: چنانچه روش های درمانی رفتاری - شناختی کارآمد نبود، می توان بیمار مبتلا را برای درمان به مرکز درمانی ارجاع داد تا ضمن بستری و تحت نظارت قراردادادن، دوباره فرد را با رفتارهای طبیعی خوردن باز گرداند.



نکته سلامت؛



تشخیص علائم هشدار دهنده بیماری روانی در کودکان

تعیین اینکه آیا مشکلات رفتاری کودک بخشی از فرایند رشد اوست یا نشانه مشکل سلامت روان، می تواند کاری دشوار باشد.

به گزارش [خبرنگار مهر](#)، مؤسسه ملی سلامت روان آمریکا به والدین توصیه می کند در صورت تداوم برخی علائم به مدت چندین هفته و ایجاد تداخل در زندگی روزانه کودک، لازم است با یک متخصص روانشناس مشورت شود.

برخی علائم هشداردهنده بیماری روانی عبارتند از:

-کمترین علاقمندی به کارهای که سایرین از آن لذت می برند.

-کم انرژی بودن.

-خواب بیش از حد زیاد یا کم.

-رفتارهای خودآزاردهنده.

-ورزش یا رژیم بیش از حد مفرط.

-اندیشه های خودکشی.

-رفتارهای پرخطر یا مخرب.



محققان می گویند؛



تأثیر مصرف میوه و سبزیجات خام بر سلامت روان

محققان دریافتند مصرف میوه و سبزیجات خام در مقایسه با میوه و سبزیجات پخته، کنسروشده و فراوری شده برای سلامت روان بهتر هستند.

به گزارش [خبرنگار مهر](#)، دکتر «تاملین کونر»، سرپرست تیم تحقیق، در این باره می گوید: «میزان مصرف میوه و سبزیجات بسیار برای حفظ سلامت روان موثر هستند».

وی در ادامه می افزاید: «تحقیق ما نشان می دهد مصرف میوه و سبزیجات به شکل دست نخورده و خام ارتباط قوی تری با سلامت بهتر روان دارد».

وی معتقد است پختن و فراوری میوه و سبزیجات احتمالاً موجب نابودی میزان مواد مغذی آنها می شود.

در این مطالعه از بیش از ۴۰۰ فرد بزرگسال در رده سنی ۱۸ تا ۲۵ سال از نیوزیلند و آمریکا نظرسنجی به عمل آمد.

میزان مصرف میوه و سبزیجات خام و همچنین میوه و سبزیجات پخته و فراوری شده در این گروه از افراد و همچنین سلامت روان منفی و مثبت شان ارزیابی شد.

دکتر کونر در ادامه می افزاید: «بررسی های ما نشان داد مصرف میوه و سبزیجات خام می تواند پیش بینی کننده میزان کمتر علائم بیماری های روانی نظیر افسردگی، و بهبود میزان سلامت روانی نظیر روحیات مثبت، رضایتمندی از زندگی و شادابی باشد. این فواید سلامت روان در زمان مصرف میوه ها و سبزیجات پخته، کنسروشده و فراوری شده به شکل قابل توجهی کاهش می یابد».



آغاز اولین جراحی کاشت ساقه مغز در شیراز

اولین عمل جراحی کاشت ساقه مغز برای اولین بار در جنوب کشور بر روی یک بیمار مرد ۳۰ ساله نی ریزی از لحظاتی قبل در بیمارستان شهید چمران شیراز آغاز شد.

به گزارش ایسنا، این عمل جراحی که امکان کاشت ساقه مغز را در بیمار مرد ۳۰ ساله امکان پذیر خواهد کرد با حضور پروفسور Behr از کشور آلمان در حال انجام است.

دکتر سید بصیر هاشمی رئیس مرکز کاشت حلزون شنوایی دانشگاه علوم پزشکی شیراز در حاشیه انجام این عمل جراحی به خبرنگاران گفت: این جراحی با هماهنگی های انجام شده تیم پزشکی و با همکاری متخصصانی از کشور آلمان در بیمارستان شهید چمران در دستور کار قرار گرفت.

وی با بیان اینکه این عمل برای تشخیص تومورهای عصبی انجام خواهد شد، افزود: این بیمار که طی چهار سال گذشته دچار ناشنوایی شده، مبتلا به تومور ساقه مغز نیز هست که همزمان حین عمل، تحت جراحی تومور نیز قرار می گیرد.

وی ادامه داد: هم اینک همکاران در اتاق عمل مشغول هستند و امید است که نتیجه مورد نظر حاصل شود.

متخصص فلوشیپ جراحی های گوش و حلق و بینی با بیان اینکه تحریک هسته های شنوایی حین عمل بر روی بیمار انجام

می‌شود، افزود: این بیمار تجربه گفتار دارد به همین دلیل اقدامات توانبخشی بر روی وی زودتر جواب می‌دهد.

هاشمی با بیان اینکه انجام این جراحی هیچ محدودیت سنی ندارد، گفت: پیش‌بینی می‌شود سالانه بین ۲ تا ۱۰ مورد امکان انجام این عمل جراحی در شیراز وجود داشته باشد؛ با توجه به اینکه این جراحی یک کار تیمی است، به حدود ۵ تا ۶ ساعت زمان نیاز دارد.

وی همچنین با بیان اینکه بیمار تحت عمل جراحی به دلیل وجود تومورهای متعدد در ساقه مغز به تدریج شنوایی خود را از دست داده است، گفت: این بیمار شنوایی دو طرفه را از دست داده و قرار است همزمان با برداشتن تومورها کاشت ساقه مغز نیز انجام شود و انتظار می‌رود نتایج این عمل رضایت بخش باشد.

متخصص فلوشیپ جراحی‌های گوش و حلق و بینی، گفت: این عمل بر روی بیمارانی که از تجربه شنوایی برخوردار بوده اما شنوایی خود را از دست داده‌اند و قادر به گفتار هستند انجام می‌شود، در نتیجه عمل نیز روی آن‌ها به سرعت جواب می‌دهد؛ بنابراین چنانچه فردی بر اثر تصادف یا سانحه ناشنوا شود می‌توان با کاشت حلزون او را به زندگی عادی بازگرداند اما کاشت ساقه مغز برای ناشنویانی است که پس از زبان آموزی و در سنین بالاتر از کودکی ناشنوا شده‌اند.

هاشمی تصریح کرد: این جراحی در بیماران که فاقد ساختمان گوش داخلی، حلزونی و عصب شنوایی هستند و در موارد ناشنوایی ناشی از قطع عصب شنوایی بدنال جراحی یا وجود تومور مغزی استفاده می‌شود.

این پزشک فوق تخصص همچنین با اشاره به انجام نزدیک به ۱۱ هزار عمل کاشت مغز در ایران که یک هزار و ۷۰۰ مورد آن در کلانشهر شیراز انجام شده، گفت: در ایران تنها در شهر تهران تعداد محدودی جراحی کاشت ساقه مغز انجام شده که این نشان از توانمندی دانشگاه علوم پزشکی شیراز دارد. انتهای پیام



بر اساس یک پژوهش بررسی شد



مقایسه پر خاشگری در نوجوانان بی‌سرپرست ورزشکار و غیر ورزشکار

بر اساس یک پژوهش میزان پر خاشگری در نوجوانان بی‌سرپرست ورزشکار و غیرورزشکار مورد مقایسه قرار گرفت.

به گزارش ایسنا، هدف پژوهش حاضر مقایسه میزان پر خاشگری و گوشه گیری نوجوانان بی‌سرپرست ورزشکار و غیر ورزشکار بود؛ پژوهشی علی-مقایسه‌ای در بین نوجوانان پسر ۱۰ تا ۱۸ ساله بی‌سرپرست که به شیوه تصادفی هدفمند انتخاب شدند. بر اساس نتایج به دست آمده به صورت کلی بین نمره پر خاشگری و خرده مقیاس های کلامی، جسمی، خشم و گوشه‌گیری نوجوانان بی سرپرست ورزشکار و غیر ورزشکار تفاوت معناداری وجود دارد ولی در خرده مقیاس دشمنی بین نوجوانان بی سرپرست ورزشکار و غیر ورزشکار تفاوت معناداری وجود ندارد، در نتیجه با افزایش برنامه های ورزشی نوجوانان بی سرپرست می‌توان از آثار منفی پر خاشگری در رفتار فردی و اجتماعی آن‌ها پیشگیری کرد.

گروه ورزشکار در این پژوهش شامل افرادی بودند که به طور کلی در یکی از رشته های ورزشی ورزش می‌کردند و یا در طول هفته دو الی شش ساعت به صورت مداوم به فعالیت ورزشی مشغول می‌شدند و گروه غیر ورزشکار شامل افرادی بودند که هیچگونه فعالیت ورزشی حتی به صورت عمومی نداشتند.

در نتیجه کلی این پژوهش می‌توان گفت که ورزش کردن در کاهش گوشه‌گیری و پرخاشگری نوجوانان تاثیر دارد. کاهش پرخاشگری در اثر ورزش احتمالا به دلیل ترشح غدد درون ریزی است که موجب آرامش روانی می‌شود زیرا در اثر ورزش اوپیات ترشح و موجب آرامش بدن می‌شود، بنابراین ورزش در کاهش پرخاشگری تاثیرگذار است و از طریق ایجاد تغییرات فیزیولوژیکی از قبیل تنظیم جریان خون و تنظیم دستگاه قلبی و عروقی به آرامش اعصاب کمک می‌کند و باعث کاهش پرخاشگری می‌شود.

همچنین افراد در گروه‌های ورزشی مهارت‌های روانی، اجتماعی رفتاری و ارتباطی لازم را برای حضور در صحنه روابط فردی و اجتماعی کسب می‌کنند که به سهم خود موجب پاسخ سازنده این افراد به رفتار دیگران می‌شود و پرخاشگری را کاهش می‌دهد. همچنین می‌توان اعلام کرد که بازی و ورزش میدان تمرین مناسبی برای ارزش گذاری و جهت‌گیری هیجانات و عواطف و گرایش‌های فطری نوجوانان است و مفاهیمی چون نوع‌دوستی، تعاون، ایثار، فداکاری و گذشت را به آن‌ها می‌آموزد.

همچنین نتایج بدست آمده نشان می‌دهد بین گوشه‌گیری نوجوانان بی‌سرپرست ورزشکار و غیرورزشکار نیز تفاوت معناداری وجود دارد که شاید بتوان این نتیجه را اینگونه تعبیر کرد که ورزش منظم سلامت جسمانی و روانی را حفظ می‌کند و باعث افزایش امید به زندگی و ایجاد شور و نشاط جهت انجام فعالیت‌های روزانه می‌شود.

در این پژوهش همچنین به مسوولان و مدیران پیشنهاد شده است که با افزایش برنامه‌های ورزشی و استعدادیابی ورزشی نوجوانان بی‌سرپرست را به فعالیت‌های ورزشی ترغیب کنند تا نوجوانان با ورزش کردن بتوانند هیجانات خود را تخلیه کرده و انتقال دهند روحیه‌ای شاداب و پویا پیدا کنند. همچنین باید مسوولان توجه داشته باشند که برای تمامی دانش‌آموزان شرایط حضور در فعالیت‌های ورزشی را فراهم کنند تا در نهایت بسیای از نزاع‌ها و درگیری‌ها در جریان ورزش کردن تخلیه شود و از دیگر مشکلات جسمی جلوگیری به عمل آید.

انتتهای پیام



ارتباط استرس در بارداری و بروز اختلال شخصیتی در کودک

نتایج یک تحقیق نشان می‌دهد: استرس در دوران بارداری می‌تواند با بروز اختلال شخصیتی در کودک مرتبط باشد.

به گزارش ایسنا، در این بررسی آمده است: کودکان زنانی که در دوران بارداری استرس‌های شدیدی را متحمل شده‌اند ۱۰ برابر بیشتر احتمال دارد تا سن ۳۰ سالگی به اختلال شخصیتی دچار شوند.

به گفته محققان حتی سطح خفیفی از استرس که طولانی مدت باشد می‌تواند بر روند رشد جنین تاثیر بگذارد و پس از تولد نیز این اثر سوء مشاهده می‌شود.

در این بررسی از بیش از ۳۶۰۰ زن باردار در فنلاند در مورد میزان استرسی که در این دوران تجربه کرده‌اند پرسش‌هایی شد و وضعیت سلامت فرزند آنان پس از تولد مورد ارزیابی قرار گرفت. در این مطالعه مشخص شد تحمل سطح بالایی از استرس در این دوران و برای مدت زمان طولانی می‌تواند تاثیر قابل توجهی را بر سلامت فرزند داشته باشد.

روان‌شناسان تاکید دارند زنان باردار باید از حمایت‌ها و خدمات سلامت روان برخوردار باشند.

به گزارش ایسنا به نقل از شبکه خبری بی‌بی‌سی، فاکتورهای مهم دیگری از قبیل نحوه تربیت کودک، وضعیت مالی خانوادگی و

آسیب‌هایی که در دوران کودکی متحمل شده‌اند از عوامل تاثیرگذار بر احتمال ابتلای کودک به اختلال شخصیتی است.

انتتهای پیام



با ارایه رویکردهای نوین زوج درمانی در جهاددانشگاهی علوم پزشکی شهیدبهشتی؛



کارگاه‌های "ایماگوتراپی" و "سایکودرام" برگزار می‌شود

کارگاه آموزشی "ایماگوتراپی" و "سایکودرام"، رویکردی جدید در روانشناسی برای حل تعارض های زوجین و غنی کردن روابط همسران، از سوی گروه پژوهشی سلامت روان جهاد دانشگاهی علوم پزشکی شهید بهشتی برگزار می‌شود.

به گزارش ایسنا، حمیدرضا شهباز پور، مدیرگروه پژوهشی سلامت روان جهاد دانشگاهی علوم پزشکی شهید بهشتی با اشاره به برگزاری دوره‌ها و کارگاه‌های آموزشی مختلف در این واحد جهاد دانشگاهی با هدف ارتقای سطح سلامت روان جامعه، عنوان کرد: در همین راستا، اولین کارگاه آموزشی "ایماگوتراپی و سایکودرام" با هدف آموزش رویکردهای نوین زوج درمانی ویژه دانشجویان و دانش‌آموختگان رشته های روانشناسی و مشاوره از ۱۲ تا ۱۵ شهریور ماه جاری برگزار می‌شود.

وی با اشاره به تعریف "ایماگوتراپی"، اظهار کرد: ایماگوتراپی یا زوج درمانی مبتنی بر ایماگو، رویکردی جدید برای حل تعارض های زوجین و غنی کردن روابط همسران است که توسط هارویل هندریکس و همسرش، هلن، ابداع شده است. در این روش، همسران شیوه نو و بدیعی را برای برقراری ارتباط و صحبت کردن آموزش می بینند که از مزایای آن می‌توان به ایجاد احساس امنیت و حس پیوند و یگانگی بین زوجین اشاره کرد که لزوماً برای همسرانی که مشکل دارند استفاده نمی شود، بلکه برای زوجینی که قصد دارند رابطه خویش را مستحکم‌تر و غنی‌تر کنند نیز مفید است.

وی با بیان اینکه ایماگو نقش مهمی در انتخاب همسر و تعارض های بعد از ازدواج بازی می‌کند، گفت: از نظر ایماگوتراپیست ها زوجین حتی در شدیدترین چالش هایی که با خود به اتفاق درمان می آورند مشتاق برقراری یک ارتباط سالم و امن هستند و دعوای نشان اشتیاق آن ها برای بازگرداندن حس پیوند است. بنابراین تکنیک و راهبرد نظریه ایماگو برای فراهم کردن زمینه این رشد، گفتگو یا دیالوگ ایماگو است.

وی ادامه داد: این دیالوگ اصلی‌ترین مهارت ارتباطی استفاده شده برای حرکت دادن زوجین به سمت برقراری ارتباط مجدد از طریق ساختاری ایمن است که به آن‌ها کمک می‌کند با مشکلات و هیجانات گذشته، حال و آینده رو در رو شده و کنار بیایند. به عبارت دیگر فرآیند گفتگومحور این فرصت را برای زوجین فراهم می‌آورد که به تمایز و استقلال یکدیگر بیشتر و عمیق تر پی ببرند و همزمان با وجود این تمایز بتوانند با یکدیگر همدلی کنند.

شهبازپور با اشاره به روش دیگر موضوع این کارگاه آموزشی "تئاتردرمانی یا سایکودرام"، تصریح کرد: در روان‌شناسی، تئاتردرمانی عبارت است از یک روش گروه‌درمانی که خصوصیات برجسته شخصیت، ارتباطات بین فردی، تعارضات، کشمکش‌های روانی و اختلالات افراد توسط روش‌های مخصوص نمایش مورد مشاهده و بررسی قرار می‌گیرد.

وی با بیان اینکه "سایکودرام" محل تلاقی روان‌شناسی و هنر است، ادامه داد: سایکودرام از جمله روان‌درمانی‌های بسیار موثری است که نتایج ثمربخش آن در پیشگیری و درمان مسایل روانی و اجتماعی به اثبات رسیده است. تئاتردرمانی، نمایشنامه‌ای است که سناریو را خود مراجعه‌کننده با کمک بقیه مراجعان که در گروه نقش تماشاگر را دارند در صحنه بازی می‌کند.

وی با بیان اینکه سایکودرام در درمان همه نوع اختلالات کاربرد داشته و محدودیتی در این زمینه ندارد، گفت: البته موثرترین کاربرد آن برای مشکلات روابط بین فردی است چراکه در صحنه ما رابطه «من» و «تو» را به عمل می‌آوریم، علاوه بر این در درمان اختلالات شخصیتی و هیجانی نیز کاربرد دارد چراکه تأثیردرمانی از همه فنون و تئوری‌های روان‌شناسی کمک می‌گیرد.

شهباز پور ادامه داد: تأثیردرمانی همچنین برای افرادی که دچار اختلالات پس از سانحه یا اختلالات پس از استرس شده‌اند از جمله برای جانبازان و کسانی که در جنگ صدمات روحی دیده‌اند بسیار مفید و نتیجه‌بخش است.

مدیرگروه پژوهشی سلامت روان جهاد دانشگاهی علوم پزشکی شهید بهشتی با اشاره به برخی از سرفصل‌های این کارگاه آموزشی چهار روزه، اظهار کرد: مفهوم ایماگو و تأثیر آن در انتخاب همسر، مرور خاطرات دوران کودکی و کشف ساختار ایماگو (تصویر ذهنی از خود) فرد، بررسی تاریخچه روابط صمیمانه و الگوهای ارتباطی، کشف ناکامی‌های اصلی دوران کودکی و نحوه واکنش به آنها، شناخت عمیق همسر، بررسی انتظارات و نیاز همسر برای ایجاد و حفظ پیوند عاطفی، شناخت زوجین از زخم‌های عاطفی یکدیگر، ارسال پیام‌های مؤثر و روشن به یکدیگر، اصلاح الگوی ارتباطی و باورهای زوجین در مورد صمیمیت، افزایش صمیمیت و التیام زخم‌های عاطفی و ایجاد چرخه‌های مثبت تعامل برخی از سرفصل‌های کارگاه ایماگوتراپی است.

وی افزود: همچنین رهیافت فلسفی سایکودرام، تغییرات عصبی شیمیایی در سایکودرام، تکنیک‌های گرم کردن در سایکودرام، ویژگی‌ها و تکنیک‌های رهبری گروه سایکو و اصول و مبانی نظری و عملی تکنیک‌های سایکو درام برخی از عناوین و سرفصل‌های کارگاه سایکودرام خواهد بود.

شهبازپور با بیان اینکه این کارگاه آموزشی از ۱۲ تا ۱۵ شهریور ماه برگزار می‌شود، اظهار کرد: به شرکت‌کنندگان در انتهای کارگاه گواهینامه معتبر جهاد دانشگاهی علوم پزشکی شهید بهشتی اعطا می‌شود و علاقمندان برای کسب اطلاعات بیشتر می‌توانند با شماره‌های ۰۲۱۴۴۴۶۱۱۳۸، ۰۹۰۳۵۳۹۱۱۰۵ و ۰۹۰۲۲۴۳۹۸۷۲ تماس بگیرند.

انتهای پیام



آیا مصرف مکمل‌ها مانع از افسردگی می‌شود؟

مطالعات جدید به بررسی این موضوع پرداخته که آیا مصرف مکمل‌های غذایی و تغییر عادات غذایی منجر به پیشگیری از افسردگی می‌شود یا خیر؟

به گزارش ایسنا، در حال حاضر جهان با دو اپیدمی مهم از جمله چاقی و افسردگی روبروست که یکی به سلامتی جسمی و دیگری به سلامت ذهنی مرتبط است اما هر دو می‌توانند به گونه‌ای برهم اثرگذار باشند.

مطالعات قبلی حاکیست افرادی که اضافه وزن یا چاقی دارند، بیشتر با احتمال تجربه افسردگی مواجه‌اند و این یافته‌ها متخصصان را بر آن داشته تا تأثیر ایجاد تغییر در رژیم غذایی بر کاهش افسردگی را بررسی کنند.

مطالعات جدید گروه تحقیقاتی دانشگاه‌های "اکستر" انگلیس، "وریج" آمستردام، جزایر "بالئاری" در "الما ده مایورکا"ی اسپانیا و "لایپزیگ" آلمان به بررسی تأثیر استراتژی‌های مختلف رژیم غذایی بر پیامدهای سلامت روان در افراد دارای اضافه وزن یا افراد چاق پرداخته است.

یافته‌های این مطالعات این امیدواری را ایجاد کرده که برخی مداخلات رژیم غذایی می‌توانند در جلوگیری از افسردگی مفید باشند، هر چند تنها ایجاد تغییرات غذایی در این مورد کافی نیست.

متخصصان در این مطالعه روی ۱۰۲۵ نفر شرکت کننده که تمامی آن‌ها دارای شاخص توده بدنی (BMI) بالاتر از ۲۵ بوده که به معنای اضافه وزن یا چاقی است، آزمایشی انجام دادند.

شرکت کنندگان در این مطالعه در چهار کشور مختلف ایالات متحده، آلمان، هلند و اسپانیا زندگی می‌کردند و ارزیابی‌های تخصصی همه آن‌ها را در معرض خطر ابتلا به افسردگی قرار داده بود اگرچه هیچ یک از آن‌ها در ابتدای مطالعه افسردگی نداشتند.

متخصصان به طور تصادفی به حدود نیمی از داوطلبان به صورت روزانه مکمل‌های غذایی از جمله اسید فولیک، ویتامین D، روغن ماهی امگا ۳، روی و سلنیوم دادند و به نیمی دیگر دارونما دادند.

نیمی از شرکت کنندگان در گروه درمانی نیز مداخلات روانشناختی و رفتاری را با هدف کمک به بهبود عادات غذایی خود انجام دادند.

متخصصان پس از یک دوره پیگیری یک ساله دریافتند که مصرف مکمل‌ها هیچ گونه محافظتی در برابر افسردگی در مقایسه با دارونما ندارد.

رفتار درمانی برای تشویق به عادت‌های غذایی بهتر نیز نتایج مثبتی در پی داشت اما این نتایج بسیار قابل توجه نبود و مانند مصرف مکمل‌ها نتوانست نقش مهمی در جلوگیری از افسردگی ایفا کند.

بنا بر گزارش سایت تخصصی مدیکال نیوز تودی، متخصصان در پایان اعلام کردند که مطالعات آن‌ها به طور کلی سه نتیجه‌گیری در پی داشته است. اولین نتیجه‌گیری این مطالعه آن است که یک الگوی غذایی سالم، مانند رژیم غذایی مدیترانه‌ای سرشار از میوه‌ها، سبزیجات، غلات کامل، ماهی، آجیل‌ها، روغن زیتون بوده و گوشت قرمز و لبنیات پر چرب کمی در آن مصرف می‌شود و ممکن است خطر ابتلا به افسردگی را کاهش دهد. دومین نتیجه‌گیری نیز حاکی از آن است که در افراد چاق، کاهش وزن می‌تواند منجر به کاهش علائم افسردگی شود و سومین نتیجه‌گیری نشان می‌دهد شواهد موجود، استفاده از مکمل‌های غذایی را به منظور جلوگیری از افسردگی تایید نمی‌کند.

انتهای پیام

اخبار حوزه «رفاه و سلامت اجتماعی»:



ایرنا از علت خشونت علیه کادر درمان گزارش می دهد:

کادر درمان، قربانی مشکلات اقتصادی و اجتماعی

تهران - ایرنا - خشونت علیه کادر درمانی اتفاق جدیدی نیست. موضوعی که نه در ایران و نه جهان، هیچ آمار مستندی از آن وجود ندارد، اما حداقل هر هفته خبری از این موضوع منتشر می شود. اتفاقی که به نظر می رسد به واسطه مشکلات اقتصادی و اجتماعی و همچنین با خدشه دار کردن اعتماد عمومی نسبت به کادر درمان، مواجه است.

هفته ای نیست که خبری از خشونت علیه کادر درمان منتشر نشود. خشونت علیه پرستاران، کادر پزشکی و به خصوص نیروهای اورژانس اتفاقی است که باید منشا آن را جست و جو کرد. یعنی اگر قرار است همواره از نگاه بیمار به وضعیت بهداشتی و درمانی و نظام سلامت نقد وارد کرد، بی انصافی است که آن طرف ماجرا را نادیده گذاشت و به خشونت ها علیه کادر درمان بی اعتنا بود.

این در شرایطی است که اول باید ریشه این خشونت ها را واکاوی کرد و بعد به این پرداخت که نظام سلامت چه راهکاری برای مقابله و پیشگیری از این مشکل دارد. هرچند به نظر می رسد این ماجرا چیزی فراتر از توان نظام سلامت باشد و ریشه های آن گسترده تر است.

آمار دقیقی از خشونت علیه کادر درمان وجود ندارد

مریم حضرتی، معاون پرستاری وزارت بهداشت نیز درباره خشونت علیه پرستاران و کادر درمانی به خبرنگار سلامت ایرنا می گوید: آمار دقیقی در رابطه با خشونت علیه کادر درمان و به خصوص پرستاران وجود ندارد و میزان و نوع خشونت نیز متفاوت است. امکان دارد برخورد لفظی تند را خشونت بدانیم و همچنین مشت زدن هم خشونت است. حتی در جهان هم آمار دقیقی در این رابطه وجود ندارد، اما هر ماه حداقل یک تا دو مورد از خشونت علیه کادر درمانی گزارش می شود.

وی ادامه می دهد: پرستاران معمولاً نفر اول مواجهه با بیمار هستند و گاهی بیمار از جای دیگری عصبانی است و این موارد را به شکل خشونت بروز می دهد.

علی رضا عسگری، مدیرکل دفتر نظارت و اعتباربخشی امور درمان وزارت بهداشت هم در این رابطه به خبرنگار سلامت ایرنا گفت: گزارش خشونت ها علیه کادر درمان به قسمت های مختلفی از جمله حراست ها، بازرسی های دانشگاه های علوم پزشکی و حوزه نظارت بر درمان منعکس می شود و حتی بسیاری از این موارد اصلاً گزارش نمی شوند. در نتیجه آمار مشخصی در این رابطه به شکل جمع بندی شده وجود ندارد.

خشونت را از همه زوایا بررسی کنیم

مهدی پرستار یکی از بیمارستان های پایتخت است. او درباره یکی از ریشه ها و علت های بروز این خشونت ها می گوید: یکی از دلایل این خشونت ها و درگیری ها با کادر درمان و به خصوص پرستاران، این است که بیماران و همراهان آنها در بسیاری از موارد اطلاعی از اختیارات پرستاران ندارند. به طور مثال بیمار درد دارد و همراه بیمار جهت دریافت مسکن به ایستگاه پرستاری مراجعه می کند و بعد پرستار به دلایل شرایط بیمار می گوید که باید دارو را پزشک تجویز کند. در این شرایط نحوه رفتار و بیان پرستار بسیار اهمیت دارد، زیرا ممکن است باعث تحریک همراه بیمار شود و درگیری لفظی و از آن بدتر، درگیری فیزیکی اتفاق بیفتد.

این پرستار معتقد است که باید برخی مسائل به بیمار و همراه او توضیح داده شود تا از وقوع درگیری های لفظی و فیزیکی جلوگیری کرد. وی ادامه می دهد: در این وضعیت اگر به همراه بیمار توضیح داد که به دلیل شرایط بیمار باید این دارو را حتما با تجویز پزشک مصرف کند و در غیر این صورت ممکن است مشکلی برای بیمار ایجاد کند، قطعاً نتیجه بهتری کسب می شود. بنابراین بهتر است که علاوه بر آرامش بخشیدن به بیمار و همراه او، روی نحوه برخورد و کلام پرستاران و کادر درمان هم کار کرد. زیرا اگر به دنبال پیشگیری از خشونت علیه کادر درمان هستیم، باید این مشکل را از همه زوایا بررسی کنیم.

رد پای مسائل اقتصادی و اجتماعی

اباذر اشتری، جامعه شناس معتقد است که ریشه بسیاری از این خشونت ها در مسائل اقتصادی و اجتماعی نهفته است. او به خبرنگار سلامت ایرنا می گوید: خشونت به دو گونه تقسیم بندی می شود. اول اینکه ممکن است ریشه آن در مسائل و عوامل فردی باشد و دوم اینکه ریشه آن در عوامل اجتماعی است. مسائل فردی مثل اینکه افراد ممکن است دچار افسردگی، دو شخصیتی یا پارانوایا باشند و اگر در شرایط خاصی قرار بگیرند، ممکن است عصبانی شوند و دست به خشونت بزنند. موضوع اساسی، شرایط اجتماعی است و باید ببینیم شرایط به چه شکل اتفاق می افتد که فرد برای بروز خشونت آماده می شود. گاهی افراد در جمع یا گروهی قرار می گیرند و ناخودآگاه همرنگ جماعت می شوند.

اشتری ادامه می دهد: بروز خشونت علیه کادر درمان ممکن است نه فردی باشد و نه اینکه در گروهی قرار گرفته باشد. در این زمینه می توان چند نظریه مطرح کرد و بر اساس تحقیقات مشاهده می کنیم که وقتی فرد از شرایط زندگی خود مثل اقتصادی و اجتماعی ناراضی است، امکان دارد این خشونت را بروز دهد.

عضو هیات علمی پژوهشکده مطالعات اجتماعی و فرهنگی می گوید: مشکلات مختلف اقتصادی و اجتماعی، در هنجارشکنی ها نمود پیدا می کند. به طور مثال قانون گریزی در قانون های راهنمایی و رانندگی از جمله این موارد است. وقتی فرد از شرایطی که در آن قرار دارد، رضایت ندارد، با کوچک ترین کمی و کاستی که انتظارش را دارد، از کوره در می رود.

خشونت علیه کادر درمان در برخی استان ها بیشتر است

نکته جالب این است که بروز خشونت در مراکز درمانی و بیمارستان ها در برخی استان ها بیشتر از سایر جاهاست. عسگری، مدیرکل دفتر نظارت و اعتباربخشی امور درمان وزارت بهداشت در این رابطه به خبرنگار سلامت ایرنا گفت: فراوانی خشونت علیه کادر درمان در جاهای مختلف کشور متفاوت است و به نظر می رسد مسائل فرهنگی و اجتماعی در این زمینه تاثیر دارد. به طور مثال این مشکل در یزد کمتر و در استان هایی مثل لرستان، خوزستان و گلستان بالاتر است. باید بررسی کرد که چرا در برخی استان ها میزان خشونت علیه کادر درمان بالاتر است. این مسائل به کار فرهنگی بیشتری نیاز دارد و به طور مثال باید میزان توقع بیمار و همراه او را در نظر گرفت.

عسگری بیان کرد: گاهی این خشونت ها و درگیری ها در مراجعه اورژانس ۱۱۵ بر بالین بیمار یا مصدوم و گاهی در بیمارستان ها اتفاق می افتد و یک دغدغه مهم محسوب می شود. در بسیاری از مواقع، تکنسین های اورژانس ۱۱۵ مورد حمله قرار می گیرند، اما بسیاری از رسانه ها به این موضوع نمی پردازند و منعکس نمی شود.

واکنش نظام سلامت در برابر خشونت ها

این در شرایطی است که نظام سلامت قادر نیست شرایط اقتصادی یا اجتماعی جامعه را به شکلی کنترل کند که از بروز این

خشونت ها پیشگیری کند. نقش نظام سلامت در این زمینه چیزی جز ارائه آموزش های عمومی به مردم و آموزش های تخصصی به کادر درمان است.

اشتری، جامعه شناس در این رابطه می گوید: نظام سلامت یا اورژانس تنها کاری که در این زمینه می تواند انجام دهد، این است که همراهی و همدلی بیشتری با افراد داشته باشند. مهم ترین مشکل ما در این زمینه، این است که وقتی می خواهیم مشکلی را حل کنیم، طرف مقابل را هدف می گیریم. هیچ وقت دانشگاه های علوم پزشکی برای دانشجویان پزشکی یا پرستاری، دو واحد جامعه شناسی یا مردم شناسی در نظر نمی گیرند. وقتی فرد در نوک پیکان نظام سلامت و در اورژانس ۱۱۵ کار می کند، باید فرهنگ اقوام مختلف را بشناسد.

خدشه دار کردن اعتماد عمومی به کادر درمان و افزایش خشونت ها

موضوع دیگری که در زمینه بروز خشونت علیه کادر درمانی موثر است، خدشه دار کردن اعتماد عمومی نسبت به پزشکان و کادر درمانی است. بحثی که در بسیاری از موارد مانند موضوع کارتخوان، یک مطالبه عمومی و قانونی است، اما از آن طرف ممکن است ذهنیت عموم را به نوعی خدشه دار کند و در بروز خشونت ها موثر باشد.

اشتری در این زمینه می گوید: این موضوع قطعاً تاثیر دارد. شاخص سرمایه اجتماعی بر اساس آخرین مطالعه انجام شده در کشور حدود ۳۰ درصد است. سرمایه اجتماعی یکی از مهم ترین مولفه ها است تا بتوان روابط مردم را پیش بینی کرد و شکل داد. این موضوع چند زیرشاخه دارد که اعتماد اجتماعی، مشارکت اجتماعی و پیوند اجتماعی از جمله این موارد است.

این جامعه شناس ادامه می دهد: وقتی مولفه های سرمایه اجتماعی از جمله اعتماد اجتماعی خدشه دار می شود، هیچ شخصی از آسیب در امان نخواهد بود.

عسگری، مدیرکل دفتر نظارت و اعتباربخشی امور درمان وزارت بهداشت هم در این زمینه بیان کرد: گاهی جو به سمتی می رود تا نظام ارائه خدمت محکوم شود. به هر حال وقتی اعتماد مردم نسبت به کادر درمانی خدشه دار می شود و آسیب می بیند، اصلاح این اعتماد بسیار دشوار خواهد بود.

بحرانی ترین بخش بیمارستان، اورژانس است

معمولاً خشونت ها علیه کادر درمان در بخش اورژانس بیمارستان ها بیشتر اتفاق می افتد. قسمتی از بیمارستان که بیمار یا همراه او شرایط چندان مساعدی از لحاظ روانی ندارد و نگرانی برای بیمار پررنگ تر است.

معاون پرستاری وزارت بهداشت در این رابطه می گوید: در بخش اورژانس بیمارستانی خیلی دقت می شود که از پرستاران با تجربه استفاده کنیم، اما به هر حال این موضوع رخ می دهد. زیرا بیماران یا همراهان آنها گاهی توقع بالایی دارند و ممکن است خواسته های آنها برآورده نشود و به همین دلیل عصبانی شوند و دست به خشونت بزنند.

وی ادامه می دهد: این مسائل بیشتر در بخش اورژانس بیمارستان ها اتفاق می افتد، زیرا این بخش، بحرانی ترین قسمت بیمارستان است. گاهی به بیمار حق می دهیم، زیرا در شرایط بحرانی شدیدی قرار دارد و تاب آوری ندارد. در نتیجه از لحاظ پزشک و پرستار تلاش می شود که با تجربه ترین نیروها در اورژانس حضور داشته باشند.

مدیرکل دفتر نظارت و اعتباربخشی امور درمان وزارت بهداشت معتقد است که وقتی امنیت کافی وجود نداشته باشد، نیروهای

باتجربه ترجیح می دهند در اورژانس کار نکنند. عسگری در این رابطه گفت: اگر کادر درمان در اورژانس بیمارستان که خط اول درمان محسوب می شود، امنیت کافی نداشته باشند، حداقل اثر این است که نیروهای کارآمد و با تجربه دیگر در اورژانس خدمت نمی کنند و از طرفی در صورت نبود این امنیت، نمی توان سطح خدمت مطلوب را انتظار داشت.

تلاش می کنیم بستر را آرام کنیم

معاون وزیر بهداشت در پاسخ به این سوال که آیا می توان بازه زمانی را مشخص کرد که میزان این خشونت ها از آن زمان بیشتر شده است، گفت: خشونت علیه کادر درمان همواره وجود داشته و یک مشکل اجتماعی است. تلاش وزارت بهداشت این است که بستر ارائه خدمت را آرام کند تا بیماران احساس رضایت بیشتری داشته باشند.

حضرتی ادامه می دهد: البته در زمینه تاب آوری پرستاران و کادر درمانی نیز کار می شود. زیرا معنی پرستار، تاب آوری، عشق، صبوری و مقاومت است. پرستاران یا کادر درمانی خود را در معرض مشکلات قرار می دهند و به هر حال در مواجهه با مصدومان تصادفات، دچار آسیب های روحی می شوند.

آنچه در این زمینه اهمیت دارد، بالا بردن تاب آوری جامعه و البته کادر درمانی است. زیرا نظام سلامت به تنهایی قادر نیست مشکلات مختلف اجتماعی را برطرف کند و شاید کمترین سهم را در این زمینه داشته باشد، اما همانند آسیب های ناشی از تصادفات رانندگی، این نظام سلامت است که باید هزینه کم کاری سایر بخش ها و حوزه های اجتماعی را پرداخت کند. هرچند آمار دقیقی از خشونت علیه کادر درمانی وجود ندارد، اما بر اساس مشاهدات می توان افزایش این خشونت ها را نسبت به گذشته به خوبی دید و میزان اهمیت پوششی برای غربالگری سلامت روان جامعه را بیشتر از قبل احساس کرد.



انعکاس رسانه ای پیامدهای منفی کودک همسری *



تهران - ایرنا - طی روزهای گذشته فیلمی از عقد دختر بچه ای خردسال در شهرستان بهمنی استان کهگیلویه و بویراحمد در فضای مجازی منتشر شد که واکنش های گسترده ای در پی داشت و فضای رسانه ای را به انعکاس تبعات و پیامدهای منفی کودک همسری در جامعه سوق داد.

به گزارش گروه نشریات خبری؛ عصر روز دوشنبه بود که فیلمی از عقد دختر بچه ای خردسال در فضای مجازی منتشر شد و واکنش های زیادی در فضای مجازی و واقعی به دنبال داشت.

این فیلم تصاویری از عقد مدت دار موقت یک دختر بچه با مرد حدود ۳۰ ساله بود که رئیس کل دستگاه قضا استان کهگیلویه و بویراحمد از طریق دادگستری شهرستان بهمنی ظرف ۱۲ ساعت پس از انتشار تصاویر، خانواده زوج و زوجه را شناسایی و آنها را به دادگستری دعوت کرد. با پیگیری های انجام گرفته از عاقد، داماد و اولیای دختر بچه معلوم شد این عقد موقت طبق رسومات محلی و عشیره ای انجام شده و تنها برای نامگذاری پسر و دختر برای هم انجام شده تا دختر به سن همسرداری برسد. پس از گفت و گو و ارایه مشاوره به این خانواده ها با بخشش مهریه توسط ولی زوجه و بخشش مدت (دو سال) توسط ولی زوج، صیغه منتفی و باطل شد.

بررسی امروز (۱۳ شهریورماه) روزنامه ها، خبرگزاری ها و تارنماهای داخلی از تداوم واکنش های رسانه ای به موضوع کودک

همسری و تبعات جسمانی، روحی و روانی این پدیده حکایت دارد.

در این راستا رسانه های اصلاح طلب تاکید کردند کودک همسری تنها دختران و پسران زیر سن بلوغ جنسی و روانی، خانواده هایی که با این ازدواج ها تشکیل می شوند و نسل های آینده آنها را تحت تاثیر قرار نمی دهد، بلکه کودک همسری و اخبار هرچند اندکی که هرازگاهی در رسانه ها و فضای مجازی ایران منتشر می شوند می تواند روان جامعه را نیز تحت الشعاع خود قرار دهد.

این رسانه ها بر لزوم تسریع در تصویب طرح ممنوعیت کودک همسری تاکید کرده و متذکر شده اند: قوانین باید آنچنان بازدارنده باشد که به کلی جلوی شکل گیری چنین ازدواج هایی را بگیرد و هیچ عاقد و خانواده ای نتواند فرزندش را با رضایت یا بی رضایت به پای چنین سفره های عقدی بنشاند.

اقدامات لازم برای مقابله با کودک همسری؛ خط بطلان افکار عمومی بر کودک همسری و لزوم فرهنگ سازی در روستاها و شهرهای کوچک از دیگر محورهای مورد توجه این جریان رسانه ای است.

در مقابل رسانه های اصولگرا به نسبت جریان رسانه ای مقابل خود، کمتر به این موضوع پرداختند و علاوه بر انعکاس خبر ابطال عقد این دختر ۱۱ ساله، از اقدام اشتباه انتشار دهنده فیلم این مراسم در فضای مجازی و انتقادات کاربران فضای مجازی با هشتگ کودک_همسری سخن گفتند.

رسانه های اصلاح طلب

تبعات جسمانی، روحی و روانی کودک همسری

لیلا جعفری، روانشناس کودک در گفت و گو با «ابتکار» درباره تبعات روانی کودک همسری می گوید: «کودک همسری پدیده ای است که چه در ایران و چه در سایر کشورهای جهان و چه در بافت شهری و چه روستایی شاهد آن بوده ایم و این اتفاقی است که می تواند جامعه را با نوعی سیر شدگی، بی حسی و فلج عاطفی در برابر ظلمی بزرگ چون کودک همسری مواجه کند. ظلمی به کودکانی روا می شود که ابتدا از نظر جسمی به بلوغ نرسیده اند، یعنی آمادگی جسمانی برای ورود به رابطه زناشویی را ندارند و در درجه دوم به لحاظ روحی و روانی آمادگی پذیرش چنین رابطه ای را ندارند. بلوغی که پس از بلوغ جسمانی در فرد ایجاد می شود. چراکه با فرا رسیدن بلوغ جسمانی و تغییرات تدریجی که در بدن کودک رخ می دهد او حتی از نظر روحی و روانی آمادگی لازم برای پذیرش جدایی از دنیای کودکی و ورود به دنیای نوجوانی و بزرگسالی را کسب می کند.»

روزنامه ابتکار در صفحه نخست خود مطلبی با عنوان "کودک همسری و لبخند خطر خیز مسری" منتشر کرده است. در بخشی از این گزارش با استفاده از میان تیتر "سرایت لبخند عروس های کوچک بر لبان دخترکان" آمده است: اما کودک همسری تنها دختران و پسران زیر سن بلوغ جنسی و روانی، خانواده هایی که با این ازدواج ها تشکیل می شوند و نسل های آینده آنها را تحت تاثیر قرار نمی دهد، بلکه کودک همسری و اخبار هرچند اندکی که هرازگاهی در رسانه ها و فضای مجازی ایران منتشر می شوند می تواند روان جامعه را نیز تحت الشعاع خود قرار دهد. «درماندگی آموخته»، «پذیرش اتفاق» و حتی «عادی سازی» آن و «افزایش قربانیان» می تواند آسیب های انتشار ناآگاهانه تصاویر و اخبار کودک همسری باشد.

روزنامه آفتاب یزد می نویسد: آسیب های روانی و جسمی که از این رهگذر بر دختر ۱۰ ساله وارد می شود باید مورد توجه قرار گیرد. چرا که در بسیاری از موارد حتی بعد از گذشت سالها از این گونه پیوندها، هنوز آسیب های روانی و عصبی وارد شده ترمیم نگردیده و موجب بروز عوارض مختلف می شود. خوشبختانه برخورد به موقع با این ازدواج، این نوید را به دلسوزان می دهد که

دیگر دوران کودک همسری و این گونه روابط سپری گردیده البته اطلاع رسانی و شفاف سازی رسانه ها در این زمینه جای خاص خود را دارا می باشد. ممکن است در بعضی از مناطق به خاطر شرایط اقلیمی و آب و هوایی یک دختر ۱۰ ساله استعداد ازدواج داشته باشد اما این فرآیند نمی تواند به عنوان یک اصل کلی مورد عمل قرار گیرد. کالبد شکافی این حادثه و بیان ابعاد مختلف آن می تواند از وقوع و تکرار آن جلوگیری کرده و باعث ایجاد اضطراب در بین طیف های سنی پایین در دختران نگردد. به هر حال این حادثه تلخ مورد مخالفت قرار گرفت اما ممکن است موارد مشابه آن در سکوت و خفا اتفاق بیفتد و آسیب های تلخ و آزاردهنده ویژه خود را به دنبال بیاورد.

روزنامه همدلی نوشت: اگر چه تبعات منفی کودک همسری - که می توان آن را به تجاوز قانونی به کودکان تعبیر کرد - مثنوی هفتاد من است و در یکی یا دو سطر نمی گنجد، اما در ادامه به بعضی از تبعات منفی این پدیده اشاره می کنیم... ازدواج کودکان تبعات منفی بی شماری دارد و حتی برخی از جامعه شناسان آن را زمینه آسیب های اجتماعی فراوانی مانند طلاق، خیانت، کودکان طلاق، کودکان کار، زنان بی سرپرست، اعتیاد و حتی در مواردی روسپی گری و... می دانند. صرف نظر از آسیب های اجتماعی، این گونه ازدواج ها برای نظام سلامت کشور هم بی هزینه نیست و تبعات منفی زیادی را به دنبال دارد. یکی از تبعات منفی این گونه ازدواج ها شکل نگرفتن فیزیولوژی زن هنگام بارداری است که در مواردی حتی منجر به مرگ مادر یا نوزاد می شود.

لزوم تسریع در تصویب طرح ممنوعیت کودک همسری

روزنامه اعتماد تیتیر نخست خود را به این موضوع اختصاص داد و عنوان "کودک و داماد" را برگزید. در بخشی از این مطلب آمده است: به گفته مظفر الوندی، دبیر سابق مرجع ملی کنوانسیون حقوق کودک یک پای قانونی می لنگد: «قانون حداقل سن را تعیین کرده اما استثنایی که در آن قائل شده باعث می شود که این قبیل مسائل همچنان پیش بیاید. البته فکر می کنم محاکم قضایی اگر دقیق تر به این استثنا توجه کنند می توانند جلوی این اتفاقات را بگیرند. شرط این است که رضایت ولی وجود داشته باشد، دوم اینکه مصلحت کودک در نظر گرفته شود و سوم هم لزوم مجوز از دادگاه است. همین یک شرط «مصلحت کودک» را هم اگر با دقت در نظر بگیریم می بینیم که در چنین ازدواجی این مصلحت در نظر گرفته نشده است. « الوندی البته معتقد است که وقتی تلاش ها برای سفت و سخت کردن شرایط علیه کودک همسری هنوز به ثمر نرسیده است می شود از همین استثنا برای توقف قانونی ازدواج های اینچنینی استفاده کرد: « هر وقت مجلس اقدام می کند تا قانونی در این مورد تصویب شود شورای نگهبان احتمالاً بنا به ملاحظات شرعی آن را برمی گرداند. »

در ادامه این مطلب می خوانیم: اگر قانون بدون اما و اگر راه را بر کودک همسری می بست آیا لازم بود که سر این دو راهی اخلاق و عمل قرار بگیرد؟ فریده اولادقباد، رییس فراکسیون زنان مجلس شورای اسلامی به «اعتماد» می گوید که این فراکسیون همچنان در پی به ثمر نشاندن موضوع ممنوعیت کودک همسری است: «دو ماهی هست که مجدد نامه داده ایم به هیات رئیسه مجلس تا طرح رد شده کودک همسری را مجدداً در دستور کار قرار بدهند. هنوز ناامید نشده ایم و آن را پیگیری می کنیم.» بعد صحبت از نیاز به آموزش های عمومی می کند و لزوم ورود صداوسیما برای تغییر فرهنگ. اما وقتی طرح مجلس برای مقابله با کودک همسری رد می شود به این معنا نیست که این موضوع حمایت لازم را در سطوح کلان ندارد. اولادقباد با بله و خیر پاسخ این پرسش را نمی دهد به جای آن سعی می کند موضوع را این گونه توضیح دهد: «مسوولان این بچه ها را مثل فرزندان خودشان ببینند. فکر کنند آیا حاضرند دختر ۹ ساله خودشان به عقد یک نفر درآید؟ آیا بچه شان از نظر پزشکی، آموزشی، تربیتی و روحی می تواند این نقش را بر عهده بگیرد؟»

روزنامه ایران نیز در بخشی از مطلب خود آورده است: این اتفاق بی شک تلنگری دوباره بر لزوم تسریع در تصویب طرح «کودک

همسری» است. این در حالی است که چنانچه این طرح، نهایی شده بود شاهد چنین عقدهایی که کودکی‌ها را به یغما می‌برد، نبودیم... م. خوشبختانه به گفته "حکمت‌الله سنایی" رئیس دادگستری شهرستان بهمنی عقد، با رضایت دو خانواده ابطال شد. این ازدواج باطل شد، اما مسأله اینجا است که با این مهر ابطال، پرونده چنین ازدواج‌هایی بسته نخواهد شد مگر اینکه راه‌های قانونی آن کاملاً بسته شود.

روزنامه آرمان ملی در بخشی از گزارش منتشر شده خود آورده است: روز گذشته فیلمی در شبکه‌های اجتماعی از مراسم عقد دو نفر در شهرستان بهمنی در استان کهگیلویه و بویراحمد در میان مردم دست به دست می‌شد که در ابتدا فیلم مانند یک شوخی بچه‌گانه به نظر می‌رسید. تجمع بچه‌ها دور دوربین و شادی زنان در این فیلم در ابتدا همه را به یاد «خاله بازی» های دوران کودکی می‌انداخت، اما چهره مردی ۲۲ ساله که با غرور به عنوان داماد در کنار دختر ۱۱ ساله نشسته بود اصلاً شبیه خاله بازی و یک شوخی بچه‌گانه نبود و زمانی که عاقد در فیلم شرایط ضمن عقد (۳۱۴ سکه بهار آزادی و ۵۰ میلیون تومان وجه نقد برای خانه‌داری) را شرح می‌داد، شوخی به یک شوک غیرقابل باور تبدیل شد. این شوک زمانی ابعاد بزرگ‌تری را در جامعه ایجاد می‌کرد که ازدواج این دختر نه‌ساله به صورت موقت اعلام شد. شاید این گونه ازدواج‌ها دختران در دوران کودکی، اتفاق تازه‌ای در کشور ما نباشد، اما انتشار این فیلم علامت سوال بزرگی را در ذهن هر بیننده‌ای به وجود می‌آورد که چرا مسئولان هر بار این واقعیت تلخ را در جامعه تکذیب می‌کنند و برخی از نمایندگان نمی‌خواهند طرح کودک همسری در مجلس به تصویب برسد.

اقدامات لازم برای مقابله با کودک همسری

"سه اقدام برای مقابله با کودک همسری" عنوان یادداشتی است که در ستون سرمقاله روزنامه اعتماد منتشر شده است. "سیامک زندرضوی" نگارنده این یادداشت اقداماتی چون "«تمام‌شماری» کودک همسران؛ اصلاح قانون و اطلاع‌رسانی گسترده" را در مقابله با کودک همسری موثر دانسته و آورده است: قبل از هر چیز برای آنکه روشن شود، وضعیت کودک همسری در ایران چگونه است باید ما داده‌هایی دقیق در این باره در اختیار داشته باشیم. نمی‌توان بر اساس حدس و گمان حرف زد و تحلیل ارایه داد. در حال حاضر نمی‌توان به داده سرشماری‌های عمومی اطمینان کرد. از همین رو مهم‌ترین مسوولیتی که هم جامعه مدنی و هم دستگاه اداری بر عهده دارد، این است که باید یک «تمام‌شماری» از کودک همسران و کودک مادرها در کشور انجام شود. در این صورت است که می‌توان پیامدهای این ازدواج‌ها را بررسی کرد.

خط بطلان افکار عمومی بر کودک همسری

به عقیده روزنامه ایران، افکار عمومی "کودک همسری" را متوقف کرد. این روزنامه در گزارش خود آورده است: روز گذشته خبر ازدواج دختر بچه‌ای ۹ ساله با مردی با فاصله سنی زیاد از دختر، در فضای مجازی واکنش‌های تندی را از سوی مردم و برخی مسئولان به دنبال داشت. ازدواج در شهر «لیکک» مرکز شهرستان «بهمنی» در استان کهگیلویه و بویراحمد اتفاق افتاد. فیلم در کسری از ثانیه بازدیدهای بی‌شماری در داخل و خارج از کشور داشت.

همچنین در بخشی از مطلب منتشر شده در روزنامه ابتکار می‌خوانیم: چند سالی می‌شود که به مدد رد و مسکوت ماندن طرحی در مجلس شورای اسلامی، «کودک همسری» در ایران بیش از سال‌های گذشته بر سر زبان‌ها افتاده و دیگر برای افکار عمومی ناآشنا به نظر نمی‌رسد. حتی موج مخالفت با این پیوند زناشویی که البته موافقانی نیز دارد افزایش یافته و حتی فعالان مدنی را به تلاش برای تغییر قوانین کشور در این رابطه تشویق کرده است. با این حال هر بار که خبری از کودک همسری در ایران منتشر می‌شود، مطالبه برای به جریان افتادن تغییر و تحولات در قوانین کشور نیز در افکار عمومی افزایش می‌یابد و بُعد حقوقی آن را دوباره داغ می‌شود؛ خبرهایی از جنس «ازدواج دختری ۱۱ ساله با پسر ۲۲ ساله در استان کهگیلویه و بویراحمد». تصاویر و

ویدئوهایی که طی چند روز گذشته از برگزاری این مراسم در شهرستان بهمنی منتشر شده و افکار عمومی را به واکنش واداشته است. واکنشی که سبب فسخ این پیوند ۲ ساله از سوی مراجع قضایی و ارجاع والدین و عاقد به مراجع قانونی شده است.

در بخشی از گزارش روزنامه همدلی می خوانیم: شکی نیست که خالاهای قانونی یکی از دلایل پررنگ استمرار کودک همسری در جامعه است، چرا که وقتی قوانین عوض شود، عرف هم عوض می شود. اما با این وجود اگر در این زمینه فرهنگ سازی نشود حتی با تصویب قانون و اجرای آن هم این پدیده از بستر جامعه پاک نمی شود. به ویژه در مناطق دور افتاده و مناطقی که هنوز رسم و رسومات و مناسبات قومی و قبیله ای بر آگاهی و روشنفکری می چربد، تلاش فرهنگی زیادی برای ریشه کن کردن یا حداقل کمرنگ کردن این پدیده لازم است... باطل شدن کودک همسری جنجالی کهگیلویه و بویراحمد که با فشار افکار عمومی و طوفان رسانه ای شکل گرفت، نشان داد که الان منع کودک همسری که برخی آن را ژست روشنفکران می دانستند از انحصار درآمده و تبدیل به یک خواست عمومی و مطالبه اجتماعی شده است، بنابراین وقت آن فرا رسیده است که قانونگذاران کشور نیز صدای این مطالبه گری را بشنوند تا شاید زمانی برسد که خورشید به نفع کودکان این سرزمین طلوع کند.

لزوم فرهنگ سازی در روستاها و شهرهای کوچک

روزنامه شرق نوشت: بعد از ظهر دوشنبه فیلم مراسم عقدش منتشر شد و به ظهر سه شنبه نرسیده، مسئولان از اعلام جرم علیه داماد و پدر دختر و عاقد و باطل شدن عقد خبر دادند. صحبت از فاطیما، دخترک ۱۱ ساله اهل بهمنی استان کهگیلویه و بویراحمد است که هفته گذشته به عقد مردی ۲۲ ساله درآمد و انتشار فیلمش در دو روز گذشته خبرساز شد. او البته یکی از صدها دختر کم سن و سالی است که هر ساله پای سفره عقد می نشینند و راهی خانه شوهر می شوند؛ دخترکانی که بیشترشان بی سروصدا و واکنش در کودکی رخت عروسی می پوشند... در یکی، دو سال اخیر بحث افزایش سن ازدواج به یکی از بحث های اصلی فعالان مدنی و نمایندگان مجلس بدل شده است؛ اما با وجود این تلاش ها هنوز نمایندگان موفق نشده اند حداقل سن ازدواج را به ۱۳ سال برسانند. در این میان، پروپاگاندای رسانه ای اصولگرایان مبنی بر اینکه نمایندگان مجلس می خواهند سن ازدواج را به ۱۸ سال برسانند، باعث شده حتی کودکان نیز از این خشونت ترویج شده در امان نباشند. با این حال، مسئله تنها تصویب یک قانون نیست؛ چه کسی وظیفه فرهنگ سازی در روستاها و شهرهای کوچک را بر عهده می گیرد تا خانواده ها بدانند دختر ۱۲ ساله هنوز زمان ازدواجش نیست و نباید دختر ۱۵ ساله را با این تصور غلط که از سن ازدواجش گذشته، طرد کنند. فاطیما توانست از بند این ازدواج تا مدت کوتاهی رها شود؛ اما چه کسی تضمین می کند کودکان دیگر هم بتوانند خودشان را نجات دهند؟

رسانه های اصولگرا

اقدام اشتباه انتشار دهنده فیلم در فضای مجازی

روزنامه خراسان نوشت: دخترک هنوز لبخندهایش شبیه دخترکان چهار پنج ساله است اما انگار زندگی خیلی زودتر از این ها برایش جدی شده و حالا در حدود ۱۰ سالگی پای سفره عقد نشسته است. پسر جوان هم حالا آقا داماد نام گرفته و با وقار و شخصیت کنار دخترک نشسته، به نظر حدود ۲۵ سال دارد. عاقد به سبک سنتی همان مراسم عقد در حال خواندن خطبه عقد موقت با مهریه ۳۱۴ سکه است. خانواده ها هم حضور دارند و همه چیز شکلی رسمی دارد... این همه ماجرای فیلمی از گوشی تلفن همراه بود که طی یکی دو روز گذشته در توئیتر منتشر شد و البته به منتفی شدن عقد انجامید. انتشار دهنده این فیلم که قطعا کارش اشتباه بوده، مطرح کرده بود که این عقد هفته گذشته در یکی از شهرستان های استان کهگیلویه و بویر احمد انجام شده است... ت. طبیعتا واکنش اغلب کاربران در فضای مجازی انتقادهای شدید درباره چنین رویدادی بود. در میان همه این موارد یکی از کاربران هم نوشت: «فیلم رو منتشر کرد، همه دختر رو دیدن. حالا نهایتا با پیگیری ها هم این دوتا رو جدا کن، بعدش

چی؟ پسر میره سراغ یه دختر دیگه و ازدواج می‌کنه، ولی آینده دختر چی میشه؟ هیچی تا آخر عمر، مهر روی پیشونیش چونه همه شناختنش! همه این اتفاقات افتاد که عقده یک نفر برای انتشار یک فیلم خالی بشه.»

انتقادات کاربران فضای مجازی با هشتگ کودک_همسری

به گزارش تارنمای جهان نیوز و خبرگزاری دانشجو، انتشار کلیپی از عقد موقت و مدت‌دار دختر کم سن و سال در یکی از روستاهای لیک از توابع شهرستان بهمنی در فضای مجازی بازتاب گسترده داشت. این موضوع با هشتگ #کودک_همسری از سوی کاربران شبکه‌های اجتماعی و نیز رسانه‌های داخلی و خارجی مورد انتقاد قرار گرفت. با همکاری دستگاه‌های متولی و قضایی این موضوع پیگیری و مشخص شد این مسئله به رسم عشیره‌ای و طایفه‌ای رایج در شهرستان بهمنی دختر را برای پسر نامگذاری (نشانه) کردند تا پس از اینکه دختر به سن قانونی برای ازدواج برسد زندگی مشترک خود را آغاز کنند.



بیماری اجتماعی حیوان آزاری *



تهران- ایرنا - حیوان آزاری را می‌توان یکی از پدیده‌های اجتماعی نکوهیده دانست که لازم است در متن و زمینه اجتماعی اش بررسی و برای مقابله با آن چاره اندیشی شود.

به گزارش گروه تحلیل، تفسیر و پژوهش‌های خبری ایرنا، لزوم توجه به متن و زمینه در بررسی و تحلیل پدیده‌های اجتماعی یکی از موارد بسیاری مهمی است که به سان یکی از اصول اساسی، در تحلیل‌های جامعه‌شناختی به کار می‌رود؛ در این معنا توجه به متن از این رو حیاتی می‌نماید که به تحلیل و درک رفتارهای خاص در هر فرهنگ کمک می‌کند؛ رفتاری که در یک زمینه می‌تواند به سان گناهی نابخشودنی جلوه کند، در فرهنگی دیگر با تساهل و مدارا سپری می‌شود. در نتیجه توجه به متن می‌تواند این پاسخ اساسی را به ما بدهد که چرا رفتاری یکسان در فرهنگ‌های مختلف، با واکنش‌های متنوعی روبرو می‌شود.

حیوان آزاری را به عنوان یک پدیده نکوهیده می‌توان مثالی از این دست دانست؛ پدیده‌ای که اگرچه در کشور ما و تا زمان حاضر برخورد قانونی و عرفی با آن نشده است اما در سایر جوامع به سان یک مشکل روانی و نیازمند مداخله جامعه دیده شده و طیفی از برخوردهای مختلف در قبال آن اعمال می‌شود.

دکتر «مجید صفارنیا» روانشناس اجتماعی و هیات علمی دانشگاه در باب اهمیت زمینه اجتماعی در تحلیل مسائل بر این عقیده است: ابعاد مختلفی در رابطه با مبحث حیوان آزاری مطرح است که یکی از آنها زمینه‌های اجتماعی و فرهنگی وقوع این رفتار است؛ چنانچه چنین اتفاقی در کشوری مانند هندوستان بیفتد، نگاه اجتماعی به فرد خاطی، نگاهی منفور خواهد بود و شاید اشد مجازات را به لحاظ مذهبی و فرهنگی برای آن در نظر بگیرند؛ چرا که برخورد با حیوانات در این فرهنگ توأم با احترام است؛ در نتیجه بسته به نوع نگاه به حیوانات در فرهنگ‌های مختلف، رفتارهای متفاوتی هم در قبال آنها وجود دارد؛ در برخی فرهنگ‌ها - مثلاً در مذهب شینتو یا بودا - حیوان و گیاهان را در اولویت زیست نسبت به انسان‌ها در نظر می‌گیرند، به همین دلیل در این فرهنگ‌ها حیوانات نسبت به انسان‌ها در علو درجات بیشتری هستند.

بعضی از مذاهب هستند که گیاهان و حیوانات را برابر با انسان‌ها می‌دانند و در این‌ها هم رفتاری که با حیوانات می‌شود، در سطح پایین‌تری نسبت به حیوانات نیست و همدلی در این جوامع با حیوانات بیشتر است؛ اما در برخی دیگر از مذاهب و فرهنگ

ها انسان اشرف مخلوقات تلقی شده و در اینجا است که تبعیض ها و ستم ها شروع می شود و این انسان حق خودش می داند که به طبیعت آسیب برساند یا حیوانات را آزار بدهد و مشکلی هم به لحاظ مذهبی پیش نیاید.

وی افزود: ما در جامعه ای هستیم که به نظر می رسد از نظر قانونی و اخلاقی، اخلاق و قانون حاکم بر جامعه، مشکلی با این داستان - آزار حیوانات - ندارد؛ تصور کنید زندگی در یک سده پیش را که مثلا سر حیوانات شکار شده را در اتاق و خانه ها می آویختند و این موضوع نشان از نوعی تشخص داشت؛ یعنی ما فرهنگ و اخلاقی داشته ایم که در آن رفتار منصفانه، جامعه پسندانه و اخلاقی با حیوانات ترویج نداشته و همچنان همین گونه است و چنین رویکردی ترویج نمی شود؛ بنابراین ما محیط زیست و حیوانات را برابر با انسان ها نمی دانیم و مشکلی در قبال آسیب رساندن به آنان نداریم.

آموزش هایی که کافی نیست

این استاد دانشگاه تصریح کرد: از طرفی آموزش هایی را که باید در مدارس و مهدکودک ها به کودکانمان بدهیم ناکافی هستند و ما آموزش های حقیقی به فرزندانمان نمی دهیم؛ یعنی به آنها یاد نمی دهیم که جایشان را با یکدیگر عوض کنند؛ ضمن این که همدلی و محبت کردن را به صورت عملی - مثلا دانه دادن به پرندگان و محبت نسبت به حیوانات - و دوستی با محیط زیست را یادشان نمی دهیم؛ بنابراین انسان در جامعه ما همواره در حال تملک و به دست آوردن است و این شامل حیوانات، به دست آوردن و در قفس کردن آنان نیز می شود؛ این گونه لذت می بریم چون رفتارهای جامعه پسند را در سیستم آموزشی مان ترویج نمی کنیم.

وی افزود: از طرفی بحث های اخلاقی ما در ارتباط با حیوانات و محیط زیست کافی نیست و از طرف دیگر قوانین لازم را نداریم؛ ضمن این که مشکلات اقتصادی، بار فشارهایی که به لحاظ اجتماعی بر دوش مردم هست را افزایش داده است؛ بر این اساس وضعیت سلامت روان مردم خیلی خوب نیست و این موجب شده تا پرخاشگری و آزاری که بعضا به ممنوعان خود می رسانیم، به حیوانات هم تسری یافته و حیوانات هم هدف و مقصدی برای این آزارها قرار بگیرند.

صفارنیا در واکنش به این موضوع که مساله نگاه بی ارزش به حیوانات در همه جوامع بوده است، چنانچه آویزان کردن سر حیوانات شکار یا تاکسیدرمی (خشک کردن جسد حیوانات و مجسمه سازی از پیکر آن ها) را در کشورهای غربی که امروز مدافع حقوق حیوانات هستند هم شاهد بوده ایم، بیان داشت: آنها نگاهشان را عوض کرده اند و برخی جوامع (نه همه دنیا) این گونه بوده اند اما در کشورهایی که ادیان حیوانات را ارج می نهند، احترام خاصی برای حیوانات وجود دارد و آزار نمی بینند.

در بعضی گروه ها، فرهنگ ها یا ریشه های اخلاقی، حیوانات و محیط زیست بر انسان ها اولویت دارند، در برخی این دو برابر هستند اما در برخی دیگر از اخلاق ها این گونه نیست و حیوانات در رده پایین تر قرار دارند. «

نوع دوستی را به فرزندانمان بیاموزیم

این روانشناس اجتماعی خاطر نشان کرد: بعضی جوامع بر اساس تحول، پیشرفت و توسعه اخلاقی خود، مهربانی و نوع دوستی را در مردم خود ترویج کرده اند و اساس نوع دوستی و اساس آموزش نوع دوستی و همدلی را بر پایه کمک به حیوانات تعریف کرده اند؛ یعنی اگر ما بخواهیم یک کودک چهارساله را همدل و نوع دوست کنیم، باید به او یاد بدهیم که به پرندگان، ماهی ها و گربه ها و... غذا بدهد. منتهی ما این کار را نمی کنیم و در آموزش های ما یاد دادن نوع دوستی و اساسا خود نوع دوستی وجود ندارد؛ بنابراین ما مردم نوع دوستی تربیت نمی کنیم و این مردم به ممنوع خود کمک نمی کنند، چه برسد به حیوانات؛ از طرفی شرایط و اوضاع اقتصادی و اجتماعی ما باعث افزایش بیمار روانی در جامعه شده است؛ آدم های پرخاشگری که علاوه بر اشیای بی جان

و انسان های دیگر می توانند این رفتار را بر حیوانات اعمال کنند. چنانچه گاهی نمودهای این پرخاشگری آسیب رساندن به اموال عمومی (صندلی اتوبوس و...) هل دادن و کتک کاری با مردم و ... است و در جایی هم حیوانات می توانند منظور و هدف این رفتار باشند.

«قطعا حیوان آزاری هم در دسته بیماری های روانی قرار می گیرد؛ یعنی آدم هایی که حیوانات را شکنجه می دهند و از این رفتار لذت می برند، در دسته بیماران روانی قرار دارند. منتهی آدمی که این کار را می کند یک نفر است ولی کاری که ما باید در این باره انجام دهیم این است که شروع به مخاطب قرار دادن دانش آموزان کنیم و از طریق رسانه ها و آموزش عمومی و تخصصی، روی نوع دوستی، انسان دوستی، همدلی و مهربانی با هم و هم با حیوانات کار کنیم و طبیعتا ممکن است در این میان هم تعدادی حیوان آزار هم داشته باشیم».



ستاد مبارزه با موادمخدر هزینه های درمان و بازپروری را پرداخت می کند



کرمان - ایرنا - دبیرکل ستاد مبارزه با موادمخدر کشور از پرداخت هزینه های درمان و بازپروری ۷۰۰ معتاد متجاهر علاوه بر ظرفیت موجود در استان کرمان تا دو سال آینده خبر داد و گفت: این افراد باید در مراکز ترک اعتیاد بازپروری شده و پس از آن با سلامت به چرخه زندگی فردی و اجتماعی خود برگردند.

به گزارش ایرنا، سردار اسکندر مومنی عصر دوشنبه در نشست شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر استان کرمان افزود: راهبرد کوتاه مدت ستاد مبارزه با مواد مخدر ساماندهی، جمع آوری و نگهداری معتادان متجاهر است و برای این منظور در ابتدا باید ظرفیت هایی ایجاد شود که در این رابطه اقدام شده است و در ادامه نیاز به اصلاح قانون نیز وجود دارد.

وی پیشگیری را رویکرد اصلی ستاد مبارزه با مواد مخدر برشمرد و ادامه داد: در این رابطه طرح یاریگران زندگی مطرح شده و مورد تاکید ریاست جمهوری قرار دارد و امسال آغاز خواهد شد و در قالب این طرح از ایده ها و طرح های اجرایی برای پیشگیری از اعتیاد استقبال می کنیم.

دبیرکل ستاد مبارزه با مواد مخدر کشور بیان کرد: استان کرمان به نمایندگی از استانها و جهان در عرصه مبارزه با مواد مخدر تلاش می کند زیرا بخش عمده ای از مواد مخدر از استان کرمان عبور می کند.

وی ادامه داد: در حال حاضر بخشی از ظرفیت های استان کرمان برای جلوگیری از ورود مواد مخدر به سایر استان ها و حتی سایر کشورها به کار گرفته شده است و در این استان یک تلاش جمعی برای مبارزه با مواد مخدر وجود دارد.

سردار مومنی بیان کرد: واقعیت این است که اجبارا در منطقه ای قرار گرفته ایم که در همسایگی ما تولیدات مواد مخدر از ۲۰۰ تن در سال ۲۰۰۱ هم اکنون به ۹ هزار تن رسیده است. دبیرکل ستاد مبارزه با موادمخدر کشور بیان کرد: موضوع اعتیاد و مواد مخدر به قدری جدی است که رهبری به صورت مستمر نشست های آن را برگزار می کنند و یکی از این موارد، مربوط به مواد مخدر و اعتیاد است زیرا مواد مخدر ریشه بسیاری از طلاق ها، جرائم خشن، قتل های خانوادگی و بیماری های عفونی است.



معاون پرورشی و فرهنگی آموزش و پرورش مطرح کرد



۳ استراتژی کلان برای مقابله با آسیب‌های اجتماعی در مدارس *

معاون پرورشی و فرهنگی آموزش و پرورش گفت: سه استراتژی کلان را جهت مقابله با آسیب‌های اجتماعی در دستور کار داریم که شامل توسعه فرهنگ قرآن، تقویت مهارت‌های ارتباطی و ایجاد روحیه نشاط می‌شود.

به گزارش **خبرگزاری مهر**، علیرضا کاظمی در اولین دوره توانمندسازی مسئولان بسیج فرهنگیان و مدیران کانون‌ها و شورای استانی سراسر کشور گفت: نبی مکرم اسلام (ص) فلسفه بحث را مبتنی بر مکارم اخلاق می‌داند و اگر قرار است انسان به مکارم اخلاق برسد حتما باید روی نفس خویش پا بگذارد و از خودش عبور کند و نقطه اشتراک همه انبیای الهی در رسیدن به این مهم، گذشتن از خود بوده است. وی افزود: مکارم اخلاق حلقه گمشده جامعه ما در رویارویی با آسیب‌های اجتماعی است و در این بین قرآن کریم سه راهبرد کلان را برای مقابله با آسیب‌های اجتماعی بیان می‌کند و آن راهبردها نماز، انفاق و تغییر در خود و خودسازی است.

کاظمی با اشاره به اینکه علل و ریشه آسیب‌های اجتماعی عوامل فردی، عوامل روانی، خانواده و عوامل اجتماعی است، تصریح کرد: در گذشته خانواده، مدرسه و جامعه به ترتیب بیشترین نقش را در تربیت دانش آموزان برعهده داشتند و قطعاً جایگاه خانواده در زمینه مسائل اخلاقی و تربیتی کودکان جایگاهی رفیع و بی‌بدیل بود اما امروزه جامعه و محیط گسترده فضای مجازی سهم عمده را در مسائل تربیتی نوجوانان ایفا می‌کنند و ذکر این نکته مهم است که تقویت بنیه‌های دینی و اعتقادی خانواده‌ها بسیاری از آسیب‌های اجتماعی را از بین خواهد برد و ما باید معرفت جامعه مخاطب را نسبت به آموزه‌های دینی بیشتر تبیین کنیم.

معاون پرورشی و فرهنگی وزارت آموزش و پرورش افزود: در وزارت آموزش و پرورش از طریق سه درگاه وضعیت آسیب‌های اجتماعی دانش آموزان را بررسی می‌کنیم که این درگاه‌ها شامل آزمون سلامت روانی و اجتماعی دانش آموزان در پنج حیطه و ۲۴ شاخص با اولویت دوره متوسطه اول، سامانه کشوری نماد برای غربالگری آسیب‌های اجتماعی در جهت آموزش و توانمندسازی دانش آموزان و در نهایت آزمون غربالگری پایه است و با استفاده از تحلیل آماری این سه درگاه در جهت شناسایی، کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی دانش آموزان گام برمی‌داریم.

وی در ادامه اولین و مهمترین کار در حوزه آسیب‌های اجتماعی را کنترل این آسیب‌ها و ناهنجاری‌ها دانست و اظهار کرد: در زمینه آسیب‌های اجتماعی رویکرد پیشگیری، کنترل و توانمندسازی به عنوان برنامه اصلی نظام تعلیم و تربیت در دستور کار قرار گرفته است و به‌طور قطع مسائل اخلاقی و تربیتی جزو اولویت‌های وزارت آموزش و پرورش قرار دارد.

کاظمی در پایان اظهار کرد: حوزه پرورشی و فرهنگی وزارت آموزش و پرورش در کنار سایر برنامه‌ها سه استراتژی کلان را در جهت مقابله با آسیب‌های اجتماعی در دستور کار قرار داده است و در این بین مشارکت و هم‌افزایی تمام نهادها و تشکلات در جهت مبارزه با آسیب‌های اجتماعی حائز اهمیت است.

اورژانس اجتماعی ۲۱ ساله شد / مخالفت با واگذاری به بخش خصوصی

موسس اورژانس اجتماعی ایران ضمن مخالفت با واگذاری این مرکز به بخش خصوصی، گفت: اورژانس اجتماعی ۲۱ سال قبل با هدف کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی راه اندازی شد.

به گزارش **خبرنگار مهر**، یکی از موضوعاتی که در کشور نگرانی ایجاد کرده است موضوع آسیب های اجتماعی است و طبیعتاً مردم انتظار دارند دولت بتواند برای کنترل و کاهش آسیب ها اقدامات لازم را انجام دهد. یکی از برنامه هایی که بیش از دو دهه است در کشور راه اندازی شده و مورد استقبال هم قرار گرفته برنامه اورژانس اجتماعی است. در آستانه ورود به ۲۱ سالگی تأسیس آن گفتگویی با سید حسن موسوی چلک مؤسس اورژانس اجتماعی در ایران که در حال حاضر رئیس انجمن مددکاران اجتماعی ایران نیز هست، انجام داده ایم.

-اورژانس از چه زمانی در ایران تأسیس شد؟

برنامه اورژانس اجتماعی با سه ویژگی به موقع بودن، در دسترس بودن و تخصصی بودن، در اردیبهشت ۱۳۷۸ تدوین شد و در تاریخ ۲۲ و ۲۳ اردیبهشت همان سال در گردهمایی مسئولان امور آسیب دیدگان اجتماعی سراسر کشور که در استان فارس (شیراز) مورد بررسی قرار گرفت و پس از تأیید نهایی با حمایت رئیس وقت سازمان بهزیستی و معاون امور اجتماعی وقت سازمان و بویژه دکتر طباطبایی مدیر کل وقت دفتر در کشور اجرایی شد که از حمایت ها و راهنمایی ایشان سپاسگزاری ویژه می کنم. استان یزد اولین استانی بود که در هفته دولت آن سال مرکز اورژانس اجتماعی را راه اندازی کرد. بوشهر، اصفهان، خراسان بزرگ، گیلان، مازندران، کرمان و تهران جزو هشت استانی بودند که در همان سال اورژانس اجتماعی را راه اندازی کردند و می توانم بگویم که اورژانس اجتماعی الان وارد ۲۱ سالگی شده است.

-چه فعالیت هایی را شامل می شود؟

اورژانس اجتماعی در حال حاضر شامل چهار فعالیت مرکز مداخله در بحران فردی، خانوادگی و اجتماعی (مرکز مادر اورژانس اجتماعی)، پایگاه خدمات اجتماعی (ایستگاه اورژانس اجتماعی)، خط تلفن اورژانس اجتماعی (۱۲۳) و خدمات سیار اورژانس اجتماعی است که در حال حاضر در تمام استان های کشور فعالیت دارد.

-آیا تاریخ تأسیس همه این فعالیت ها همزمان بود؟

خیر. همه فعالیت ها به شکل فعلی همزمان فعال نشدند. مرکز مداخله در بحران فردی، خانوادگی و اجتماعی که مرکز مادر و اصلی اورژانس اجتماعی است در سال ۱۳۷۸ یعنی ۲۰ سال قبل افتتاح و بعد گسترش پیدا کرد. از آن سال به بعد به مرور استان ها نسبت به راه اندازی این مراکز اقدام کردند که البته اورژانس اجتماعی در آن سال ها این گونه تکمیل نبود. خط تلفن اورژانس اجتماعی در ابتدا سه رقمی نبود. هر مرکزی که فعال می شد مردم با شماره آن مرکز تماس می گرفتند ولی به خاطر سپردن شماره ها سخت بود. در تهران این خط ۷ رقمی بود در شهرستان ها هم حداقل ۵ رقمی و در نهایت در سال ۱۳۸۳ شماره تلفن سه رقمی ۱۲۳ که در گذشته دور برای اورژانس پزشکی بود به اورژانس اجتماعی اختصاص پیدا کرد که با پیگیری های انجام شده ابتدا در مرکز مداخله در بحران فردی، خانوادگی و اجتماعی شهید نواب صفوی در تهران افتتاح شد. در آن زمان دکتر معتمدی که برادرش هم در آن زمان، وزیر ارتباطات بود، مدیر کل دفتر بود. خدمات سیار اورژانس اجتماعی هم در گذشته به شکل فعلی که دارای خودروی یک شکل باشند، نبود. از همان سال ۱۳۷۸ از طریق خودروهای اداری یا آژانس ها، پیگیری ها و مداخله در محل انجام می شد. بهمن سال ۱۳۷۸ در اصفهان یک دستگاه مینی بوس برای این کار اختصاص پیدا کرده بود. یک مقطعی حدود ۷ دستگاه خودروی ون توسط سازمان های بین المللی برای این کار در نظر گرفته شده بود و بعد در تهران در سال ۱۳۸۰ دو دستگاه مینی بوس برای این کار اختصاص پیدا کرد. در شهرستان ها هم نوع خودروها متفاوت بود. خودروهای موجود یک شکل با شناسه مشخص در ۲۵ خرداد ۱۳۸۷ در تهران در محل نمایشگاه بین المللی تهران با ۵۰ خودرو افتتاح شد. که در حال حاضر فکر می کنم حدود ۳۰۰ خودرو را شامل می شود و گویا در حال افزایش هم هست. چون بر اساس جز ۳ بند ب ماده ۸۰ قانون برنامه ششم

توسعه در شهرهای بالای ۵۰ هزار نفر این برنامه توسعه پیدا کرد که در بیش از ۱۵۰ شهر در یک سال تأسیس شدند.

- آقای مصری وزیر اسبق رفاه چندی قبل در برنامه تلویزیونی «دست خط» اشاره کرد که ایشان مؤسس اورژانس اجتماعی هستند.

در زمانی که ایشان وزیر رفاه و تأمین اجتماعی بودند بر اساس بند «ب» تبصره ۱۵ قانون بودجه سال ۱۳۹۶ اعتباری برای توسعه، نه تأسیس اورژانس اجتماعی توسط سازمان برنامه و بودجه فعلی اختصاص پیدا کرده بود. ایشان هنوز هم فکر می‌کند اورژانس اجتماعی فقط خودروی سیار است. مرکز مداخله در بحران سال ۱۳۷۸، پایگاه خدمات اجتماعی نیمه دوم سیال ۱۳۷۸ و نیمه اول سال ۱۳۷۹ در کتابخانه خواجه کرمانی در منطقه دروازه غار (هرندی) تهران فعال شد. دوباره با تغییر مدیریت‌ها یک دوران رکود را داشت. سال ۱۳۸۱ که در سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور کار می‌کردم با حمایت دکتر واعظ مهدوی در کتابخانه خواجه کرمانی در منطقه دروازه غار تهران با همکاری دستگاه‌های مختلف فعال شد. بعدها در بهمن ۱۳۸۵ ابتدا در بندر عباس ۸ پایگاه تأسیس شد و بعد هم گسترش پیدا کرد.

مصوبه کمیسیون مربوطه در حوزه ارتباطات و زیر ساخت درباره خط تلفن اورژانس اجتماعی (۱۲۳) سال ۱۳۸۳ بود، تشکیلات اداری سال ۱۳۸۰ بود. اولین مرکز سال ۱۳۷۸ تأسیس شد. موافقتنامه‌های بودجه هستند و سندی دال بر اینکه ایشان مؤسس اورژانس اجتماعی نیستند. همکاری که ۲۲ سال دارند کار می‌کنند شاهد دیگری هستند و مستندات دیگر. در هر دوره‌ای رؤسای سازمان بهزیستی یا وزرای مربوطه برای توسعه و تقویت کمک کردند که به نظرم وظیفه شأن هم بود و نباید منتی هم بگذارند ولی به عنوان یک مددکار اجتماعی از همه آنها سپاسگزاری می‌کنم. از ۳۰۰ میلیارد اعتبار بند «ب» تبصره ۱۵ قانون بودجه سال ۱۳۹۶ تنها ۶ میلیارد تومان به اورژانس اجتماعی اختصاص پیدا کرده بود که اگر درک بهتری از شرایط داشتیم در آن زمان این برنامه می‌توانست سهم بیشتری از این بودجه را به خود اختصاص دهد. تاکید می‌کنم که کمک همکاران دفتر رفاه اجتماعی سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور شامل حال این برنامه شد و درک و توجه ویژه‌ای که رئیس وقت سازمان بهزیستی داشتند در کنار دغدغه برخی مسئولان وزارت رفاه در توسعه برنامه نقش داشت.

- به دنبال چه بودید؟

خلاصه بگویم که اورژانس اجتماعی برنامه‌ای است که هدفش پر شدن فاصله بین خانه تا کلانتری است تا افراد مشمول این برنامه برای هر موضوعی سراغ پاسگاه و دادگاه نروند و پرونده قضائی نداشته باشند. ولی اهداف مهمی را برایش متصور بودیم که شامل شناسایی مناطق و کانون‌های آسیب‌زا و آسیب‌های شایع و در حال شیوع به صورت کشوری، منطقه‌ای و محلی، تقویت مداخله‌های اجتماعی و روانی قبل از مداخله‌های قضائی-انتظامی، مداخله در بحران‌های فردی، خانوادگی و اجتماعی، تسهیل دسترسی افراد به خدمات تخصصی مورد نیاز، توانمندسازی افراد مشمول به صورت بازگشت به خانواده، فراهم کردن زمینه زندگی مستقل یا ارجاع به مراکز مرتبط، ارائه نظرات کارشناسی و مشاوره‌ای به مراجع قضائی حسب درخواست، تبادل اطلاعات و آمار مربوط با سازمان‌های ذی ربط با رعایت قوانین و مقررات مربوط و از جمله این اهداف هستند.

- اورژانس اجتماعی به چه کسانی خدمات ارائه می‌کند؟

گروه‌های هدف اورژانس اجتماعی شامل خشونت دیدگان خانگی از قبیل کودکان آزار دیده، همسران آزار دیده، سالمندان آزار دیده و معلولین آزار دیده، افرادی که قصد خودکشی دارند یا اقدام به خودکشی کرده‌اند و خانواده آنان، دختران و پسران فراری از منزل، زنان و دختران در معرض آسیب اجتماعی یا آسیب دیده اجتماعی، زوجین متقاضی طلاق و افراد در معرض بحران طلاق، کودکان خیابانی، مبتلایان به اختلال هویت جنسی در معرض آسیب از جمله دریافت کنندگان خدمات اورژانس اجتماعی هستند و

افراد دارای اختلال هویت جنسی در سال های اول پیش بینی نشده بودند که بعدها حسب ضرورت و چون کار آنها از طریق مرکز مداخله در بحران پیگیری می شد به افراد مشمول اضافه شدند که در آئین نامه سال ۱۳۹۲ هیأت دولت اضافه شدند. برخی موارد مثل سالمند آزاری و معلول آزاری هم به طور شفاف نوشته شدند.

- آئین نامه آنچه زمانی تدوین شد؟

بله، به منظور نهادینه شدن همکاری های بین بخشی سال ۸۷ و ۸۸ پیش نویس لایحه ای را نوشتیم که بتواند پس از طی مراحل اداری تبدیل به قانون شود. ابتدای سال ۸۹ من از دفتر امور آسیب دیدگان اجتماعی رفتم و بعداً که در سال ۹۰ مسئولیت دفتر امور آسیب های اجتماعی وزارت رفاه به من سپرده شد با همکاری بهزیستی پیش نویس آئین نامه ای را نوشتیم و به دولت ارسال کردیم. پس از بررسی های کارشناسی در کمیسیون اجتماعی و دولت، آئین نامه یک بار در ۲۶ شهریور سال ۹۱ با انجام اصلاحاتی در دولت به تصویب رسید. پس از انجام اصلاحات مجدداً در خرداد ۹۲ تصویب و ابلاغ شد. البته عنوان آئین نامه مصوب هیئت وزیران «فوریت های اجتماعی» است و چون دولت نمی توانست در مستندات از اصطلاحات لاتین استفاده کند فوریت جایگزین اورژانس شد که متأسفانه برخی از افراد همین را بهانه می کنند و تاریخ راه اندازی اورژانس اجتماعی را سال ۹۲ اعلام می کنند. در حالی که در موافقتنامه های بودجه، تشکیلات اداری مراکز، مصوبه راه اندازی خط تلفن اورژانس اجتماعی ۱۲۳ (در سال ۱۳۸۳) و خدمات سیار اورژانس اجتماعی و ... گویای واقعیت تاریخ راه اندازی اورژانس اجتماعی است و نمی توان آن را تحریف کرد.

- با توجه به ماهیت فرابخشی بودن کار در حوزه آسیب های اجتماعی، همکاری های درون و برون سازمانی چگونه بوده و هست.

سوال مهمی را مطرح کردید. همکاری های درون و برون سازمانی بسیار مهم بوده، هستند و خواهند بود. در ابتدای کار همکاری های برون سازمانی خوب و همکاری های درون سازمانی بسیار ضعیف بود. به عنوان مثال با قوه قضائیه تفاهم نامه داشتیم، معاون مربوطه این قوه، نامه ای به مراکز استان ها ارسال کرده بود تا همکاری کنند. وزارت کشور و نیروی انتظامی همکاری خیلی خوبی داشتند. ولی در داخل سازمان این همکاری ضعیف بود. دلایل متعددی داشت. از جمله اینکه معمولاً ساختارهای سنتی از تغییر گریزان هستند یا هراس دارند چون کارشان با اجرای این برنامه ها بیشتر می شد، یا مراجعه از طریق اورژانس اجتماعی به واحدهای دیگر بیشتر می شد. به عنوان مثال: برای شناسایی کودک بد سرپرست قبل از این برنامه سیستم شناسایی فعالی وجود نداشت. پس طبیعی بود با توسعه این برنامه سر آنها به هم به اصطلاح شلوغ می شد. از طرفی دغدغه ها هم بی دلیل نبود چون بودجه، نیروی انسانی و.. کافی نداشتند، یا در حوزه های دیگر هم همین طور. ولی اگر قرار بود همه چیز یکجا ایجاد شود بدون شک تا الان یک مرکز هم راه اندازی نمی شد. ضمن اینکه نسبت به نیازهای جامعه هدف بی تفاوت بود و اطمینان داشتیم که رویکرد غیر فعال اثر بخشی لازم را ندارد به همین دلیل با انتخاب رویکرد فعال این برنامه تأسیس شد. بعدها این همکاری ها بهتر شد. برای سایر سازمان ها هم در آئین نامه سال ۱۳۸۲ وظایفی پیش بینی شده که علاوه بر دستگاه هایی که قبلاً اشاره کردم لازم است به وزارت ارتباطات اشاره کنم که همکاری بی نظیری داشتند و بطور ویژه از مسئولین و کارشناسان وقت بویژه آقای مصطفی رستم خانی سپاسگزاری می کنم.

- خیلی ها فکر می کنند که اورژانس اجتماعی زیر نظر پلیس یا سیستم قضائی است.

عرض کردم به دلیل ماهیت فرابخشی تعامل خوب بین پلیس و قضات، تأثیر چشمگیری در تحقق اهداف برنامه اورژانس اجتماعی دارد ولی اورژانس اجتماعی یک برنامه اجتماعی است و اساس پذیرش آن هم بصورت خودمعرف (غیر اجباری) است. ولی بر ارائه خدمات جاهایی نیاز به همکاری های همکاران قضائی و انتظامی هست. ولی همیشه گفتم اورژانس اجتماعی گشت ارشاد

نیست. ولی آرزو می‌کنم به جایی برسیم اگر روزی مردم به خدمات مداخله ای در حوزه افراد مشمول برنامه نیاز داشتند اورژانس اجتماعی را به مداخلات قضائی ترجیح دهند تا مشکلات شأن قبل از ورود انتظامی و قضائی حل شود تا از این طریق قضاودایی جنبه عملیاتی تری به خود بگیرد. ضمن اینکه معتمد پذیرش اجتماعی پس از بروز مشکل هنگامی که فرد وارد زندان یا وارد چرخه قضائی می‌شود به مراتب سخت‌تر از اورژانس اجتماعی است.

-توسعه اورژانس اجتماعی را در سال‌های اخیر چگونه می‌بینید.

در گام اول دولت براساس تکلیف ماده ۸۰ برنامه ششم توسعه مقدمات توسعه این برنامه مهم را فراهم کرده است گرچه هنوز کامل نشده ولی توسعه این تعداد در طول یک سال می‌تواند مورد توجه باشد. بدون شک توسعه اورژانس اجتماعی در شهرهای جدید کمک می‌کند تا این برنامه فراگیرتر شده و افراد بیشتری از خدمات شبانه روزی، رایگان و تخصصی این برنامه در مناطق بیشتری از کشور بهره‌مند شوند. البته برای نهادینه شدن این برنامه توجه به چند نکته اساسی است و نباید فقط به توسعه کمی ناقص بسنده کرد. ضمن تکمیل توسعه کمی کارهای انجام شده، برای توسعه کیفی هم باید تمهیداتی اتخاذ شود تا ارائه خدمات این برنامه زمینه رضایت بیشتر خدمت گیرندگان را فراهم کند. از جمله این موارد می‌توان به امنیت شغلی کارشناسان، تکمیل چهار برنامه اورژانس اجتماعی شامل مرکز مداخله در بحران فردی، خانوادگی و اجتماعی، پایگاه خدمات اجتماعی، خط تلفن اورژانس اجتماعی (۱۲۳) و خدمات سیار اورژانس اجتماعی، تلاش برای افزایش هماهنگی‌ها و همکاری‌های درون سازمانی در حوزه‌های کودکان بی‌سرپرست و بدسرپرست، زنان سرپرست خانوار، افراد دارای معلولیت، سالمندان، بیماران روانی مزمن، سو مصرف مواد مخدر و روان گردان‌ها، پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی، مشاوره و خدمات روانشناختی، هماهنگی‌های برون سازمانی با دستگاه‌های مرتبط اطلاع‌رسانی فراگیر و مستمر برای شناسایی بیشتر مردم و دستگاه‌های مرتبط، تکمیل خدمات دیگری که از سال ۱۳۷۸ شروع شده و نیاز به توسعه دارد تا در ارتقای خدمات اورژانس اجتماعی موفقیت بیشتری حاصل شود از قبیل خانه سلامت برای دختران، بازپروری زنان آسیب‌دیده اجتماعی، مداخله در خانواده به منظور کاهش طلاق، شناسایی و جذب کودکان خیابانی، تولید دانش بومی مرتبط با گروه‌های هدف و موضوعات مرتبط از جمله این موارد می‌باشد که ان شاء الله با تدبیر بهتر تحقق پیدا کند.

-شما موافق واگذاری به بخش خصوصی هستید یا خیر؟

من همیشه مخالف واگذاری این کار به بخش غیر دولتی و خصوصی بودم و هستم. چرا که این کار را از جنس موضوعات حساس و حاکمیتی تلقی می‌کنم. به جز پایگاه خدمات اجتماعی که با رویکرد محله محوری مشارکت مردم است و می‌توان آن را واگذار کرد ولی بقیه موارد را باید دولتی نگه داشت. بخش‌های خصوصی و غیر دولتی می‌توانند ظرفیت‌های خودشان را برای توانمند سازی افراد در اختیار مجریان این برنامه قرار دهند. به عنوان مثال در قالب مسئولیت اجتماعی بنگاه‌های بخش خصوص برای تأمین زیر ساخت و اشتغال افراد و.. کمک کند یا خیرین هم همینطور. همه کمک‌ها که نباید الزاماً بطور مستقیم با دست خودشان ارائه شود. مهم نیت شأن هست که ثواب کار خیرشان را می‌بینند.

-موضوع تجهیز مددکاران اجتماعی و کارکنان اورژانس اجتماعی به وسایل دفاع شخصی چیست؟

اگر مددکار اجتماعی شوکر الکتریکی، باتوم، زنجیر و... داشته باشد، پلیس است نه مددکار اجتماعی. اورژانس اجتماعی پلیس نیست که ابزار دفاع شخصی و سلاح سرد در اختیار داشته باشد. برای مثال در یکی از مأموریت‌ها فرد نیازمند به حمایت اورژانس اجتماعی، اول پلیس و بعد مددکار اجتماعی را کتک زد. در این شرایط دیگر نیازی به در دست داشتن ابزار محافظی برای مددکار اجتماعی نیست. بنده به عنوان رئیس انجمن مددکاران اجتماعی ایران بر این باورم که تجهیز مددکار اجتماعی به وسایل

دفاع شخصی با روح این شغل در تضاد است. افرادی که در پی تجهیز مددکار اجتماعی به ابزار دفاع شخصی هستند، در واقع به دنبال تضعیف این شغل هستند. مددکار اجتماعی با باتوم، شوکر الکتریکی، دستبند و زنجیر سنخیتی ندارد. اساس دریافت خدمات از اورژانس اجتماعی خودمعرف است. هر فرد برای دریافت خدمات حسب شرایط خود می تواند اورژانس اجتماعی، نیروی انتظامی یا دیگر نهادهای اجتماعی را انتخاب کند. بر اساس آئین نامه اورژانس اجتماعی «اگر مددکار اجتماعی تشخیص به مداخله پلیس داد، می تواند از نیروی انتظامی برای مهار آسیب ها استفاده کند». در این شرایط دیگر نیازی به تجهیز مددکار اجتماعی به سلاح سرد نیست. مددکاری اجتماعی نوعی خدمات رسانی غیرپلیسی و غیرقضائی است، اما در برخی مواقع شرایط به نحوی است که امکان مداخله مستقیم مددکار اجتماعی نیست.

در این وضعیت با اعلام به سیستم قضائی، از ضابط قضائی، یعنی پلیس، استفاده می شود. با بررسی دیگر مشاغل باید تاکید کرد احتمال خطر در هر لحظه برای هر فرد در هر شغلی وجود دارد. برای مثال هم اکنون ممکن است یک فرد در اداره بنده را تحت ضرب و جرح قرار دهد. در این وضعیت قرار نیست هر فرد در هر شغل به شوکر الکتریکی، باتوم و دیگر ابزار دفاع شخصی مجهز شود. در واقع تجهیز مددکار اجتماعی به سلاح سرد این جایگاه و روح خدمات رسانی را تخریب می کند. بر اساس ماده سه آئین نامه اورژانس اجتماعی این نهاد به شکل خود معرف یا ارجاعی فعالیت می کند. از سوی دیگر، بر اساس ماده پنج این آئین نامه نیروی انتظامی با رعایت قوانین و مقررات مربوطه همکاری های لازم را در زمینه موارد زیر به عمل می آورد که عبارت است از: حمایت از کارکنان مرکز در مواردی که سلامت جسمی و امنیت جانی آنها یا دریافت کنندگان خدمات در معرض خطر قرار گیرد. در این میان اگر مددکار اجتماعی تشخیص داد خود یا فرد دریافت کننده خدمات در معرض خطر است، باید در اسرع وقت از نیروی انتظامی برای مداخله استفاده کند. وظیفه دوم ارجاع گروه مشمول کودک آزار، همسر آزار، زنان تحت آسیب و... به اورژانس اجتماعی بر اساس ضوابط و قوانین است. با بررسی مشاغل دیگر هم پزشک، خبرنگار، راننده و... در روز ممکن است با زдохوردهای متعدد مواجه شوند؛ مددکار اجتماعی هم از دیگر مشاغل جدا نیست. برای او هم امکان حادثه وجود دارد. اورژانس اجتماعی یک خدمت غیرانتظامی و غیرقضائی محسوب می شود. افرادی که برای ارائه خدمات اجتماعی باتوم را پیشنهاد می دهند، از رسالت مددکار اجتماعی بی خبرند. باید تاکید کرد اورژانس اجتماعی، پلیس و گشت ارشاد نیست، بلکه یک برنامه اجتماعی است.

-و صحبت پایانی...

همیشه گفتم سپاسگزار همه هستم. از شما هم سپاسگزارم. سپاس از همه کسانی که کمک کردند تا به امروز این برنامه به این نقطه برسد. مدیران و کارشناسان بهزیستی در ادوار مختلف، قوه قضائیه، وزارتخانه های رفاه، کشور، ناجا، اصحاب رسانه. کارشناسانی که ماه ها حقوق نمی گرفتند ولی به دلیل وظیفه شناسی در کار کوتاهی نکردند و اگر امروز پرچم اورژانس اجتماعی در کشور بالاست به خاطر همین ایثارها و فداکاری ها بود. کسانی که کتک خوردند، حبس شدند، بیمارستان بستری شدند، شبانه روز کار کردند با کمترین امکانات و توجه به آنان. ولی خدمت کردن به مردمی را که گاهی اوقات نزدیکترین کسان شأن زخمی عمیق در دلشان ایجاد می کردند را فراموش نکردند. به همه مخالفینم هم خدا قوت می گویم و جلوی همه شأن سر تعظیم فرود می آورم و می گویم که دوست شأن دارم چون موجب شدند دقت و تلاش بیشتری کنم و انتقادات صحیح شأن کمک کرد تا کارهای اشتباه را تکرار نکنم و نقاط ضعف را ببینم.

مدیرکل درمان و حمایت‌های اجتماعی ستاد مبارزه با مواد مخدر از برقراری خدمات بیمه‌ای درمان اعتیاد و بازگشت ردیف بودجه‌ای آن به ردیف اعتبارات سازمان بیمه سلامت در سال ۹۹ خبر داد و گفت: طبق قول مساعد مدیرعامل سازمان بیمه سلامت مقرر شد تا چند روز آینده برای برقراری بیمه، اقدامات اجرایی لازم صورت گیرد. همچنین پیشنهاد شد هزینه‌های امسال به طور مشارکتی و با همکاری سازمان بیمه سلامت و دبیرخانه ستاد موادمخدر، برای برطرف کردن مشکل درمانی معتادان در سال جاری تامین شود.

حمید جمعه‌پور در گفت‌وگو با ایسنا، با بیان اینکه در لایحه بودجه امسال، اعتبار برنامه پوشش هزینه‌های ترک اعتیاد معتادان به مواد مخدر و روانگردان از ردیف اعتبارات بیمه سلامت حذف شد، گفت: در جلسه یکصد و سی و ششم ستاد مبارزه با مواد مخدر، مصوب شد در اجرای تبصره ۲ ماده ۱۵ قانون مبارزه با مواد مخدر، در سال ۱۳۹۹ خدمات بیمه‌ای درمان اعتیاد برقرار و ردیف بودجه‌ای آن مجدداً در ردیف اعتبارات بیمه سلامت لحاظ شود.

وی با بیان اینکه حدود ۶۰ هزار معتاد متجاهر در کشور وجود دارد که اکثریت آنها فاقد هر گونه بیمه‌ای هستند، افزود: در سال ۹۷، اعتبارات مربوط به بیمه درمان اعتیاد سال ۹۸ از سرفصل اعتبارات بیمه سلامت کشور حذف شد و به هیچ دستگاه دیگری تعلق نگرفت، پس از آن به طور مرتب جهت اجرای تبصره دو ماده ۱۵ (که براساس آن باید هزینه‌های درمان اعتیاد تحت پوشش بیمه قرار گیرد) پیگیر موضوع شدیم و باتوجه به اینکه سازمان بیمه سلامت از زیر مجموعه وزارت رفاه به وزارت بهداشت منتقل شد، حتی این موضوع را از وزیر و معاونان وزارت بهداشت نیز پیگیری کردیم.

وی با اشاره به اینکه در آخرین جلسه ستاد مبارزه با مواد مخدر، مصوب شد خدمات بیمه‌ای درمان اعتیاد برقرار و ردیف بودجه‌ای آن مجدداً از سال ۹۹ در ردیف اعتبارات بیمه سلامت لحاظ شود، گفت: همچنین جلساتی با مسئولان وزارت بهداشت و سازمان بیمه سلامت برگزار شد. **ستاد مبارزه با مواد مخدر پیشنهاد کرد تا به جهت تداوم یافتن خدمات بیمه درمان اعتیاد در سال ۹۸، هزینه‌های آن توسط سازمان بیمه سلامت با همکاری و مشارکت ستاد تامین شود.**

مدیرکل درمان و حمایت‌های اجتماعی ستاد مبارزه با مواد مخدر تاکید کرد: دکتر نمکی - وزیر بهداشت نیز به منظور اجرایی شدن پیشنهادات ستاد به سازمان بیمه سلامت دستورات لازم را ارائه کردند. **همچنین در نشست که حدود سه هفته گذشته با حضور طاهر موهبتی - مدیرعامل سازمان بیمه سلامت برگزار شد، ایشان قول مساعد داد تا چند روز آینده برای برقراری بیمه سلامت اقدامات اجرایی لازم را انجام دهند. همچنین پیشنهاد شد برای سال ۹۸ به طور مشارکتی و با همکاری سازمان بیمه سلامت و دبیرخانه ستاد هزینه‌های بیمه سلامت را برای برطرف کردن مشکل در سال جاری تامین کنیم.**

به گفته وی در سال ۹۷، حدود ۷۸ میلیارد تومان اعتبار برای بیمه سلامت در نظر گرفته شد.

معتادان فاقد مدارک هویتی همچنان در انتظار صدور «شناسه بیولوژیکی» توسط ثبت احوال

وی در ادامه در پاسخ به این سوال که آیا آماری از تعداد معتادان مجهول‌الهویه و فاقد مدارک هویتی وجود دارد؟ گفت: آماری در این‌باره وجود ندارد، یکی از دلایل عمده این موضوع آن است که معتادانی هم که دارای مدارک هویتی بوده‌اند، به دلیل کارتن‌خوابی مدارکشان از بین رفته است.

مدیرکل درمان و حمایت‌های اجتماعی ستاد مبارزه با مواد مخدر ادامه داد: علی‌رغم اینکه در سال‌های گذشته اعتبار بیمه درمان

اعتیاد وجود داشته است، اما معتادان متجاهر فاقد اوراق هویتی نمی‌توانستند از خدمات بیمه درمان اعتیاد بهره‌مند شوند، زیرا برای استفاده از خدمات بیمه نیاز به کد ملی و ثبت آن در سامانه پابا است.

وی ادامه داد: به همین دلیل معتادان فاقد هویت برای بهره‌مندی از خدمات بیمه سلامت دچار مشکل هستند. لذا به منظور رفع این مشکل و ارائه پیشنهادات خود، جلسات متعددی را با سازمان ثبت احوال برگزار کردیم که از جمله پیشنهادات ارائه شده استفاده از «شناسه بیولوژیکی» بود تا براساس اسکن عنبیه معتادان، آنها را شناسایی و مشخصات آنها در بیمه ثبت شود. این پیشنهاد به سازمان ثبت احوال داده شد، اما هنوز پاسخی دریافت نشده است، البته اگر تجهیزات اسکن عنبیه هم در مراکز راه‌اندازی شود باید این موضوع که آیا می‌توان با شناسه بیولوژیک به جای کد ملی هویت معتادان را در سامانه پابا ثبت کرد یا خیر؟ مورد بررسی قرار گیرد.

جمعه‌پور با بیان اینکه هویت برای بیمه‌ها مهم است، گفت: در کشور با عده‌ای از معتادانی مواجه هستیم که به دلیل نداشتن (مشخص نبودن) هویت، امکان بهره‌مندی از خدمات بیمه را نداشته‌اند، به همین منظور ستاد مبارزه با مواد مخدر در این خصوص جلسات متعددی را با بیمه سلامت و متولیان حوزه برگزار کرد. هرچند در دستورالعمل اجرایی نحوه ارائه خدمات بیمه درمانی به معتادان برای افراد فاقد هویت چاره‌ای اندیشیده و در ماده ۲ آن ذکر شده افراد فاقد هویت می‌توانند با دریافت معرفی‌نامه از مرجع ذیصلاح قانونی (قضایی یا انتظامی)، در سامانه پابا ثبت‌نامه و خدمات بیمه دریافت کنند، اما این موضوع اجرایی نشد زیرا بیمه‌ها به کد ملی توجه ویژه‌ای داشتند و این موضوع یکی از چالش‌هایی بود که منجر شد تعداد معتادان تحت پوشش بیمه افزایش نیابد.

مدیرکل درمان و حمایت‌های اجتماعی ستاد مبارزه با مواد مخدر ادامه داد: با وجود تلاش‌های فراوانی که برای جذب اعتبار بیمه در سراسر کشور انجام شد اما موفق نشدیم بیش از ۳۰ هزار نفر معتاد را تحت پوشش خدمات بیمه‌ای قرار دهیم، حال آنکه اگر فقدان هویت مطابق دستورالعمل اجرایی بیمه برطرف می‌شد شاید در حال حاضر تعداد معتادان تحت پوشش بیش از این بود.

انتهای پیام



تعارف‌های درمان اعتیاد اصلاح می‌شود

مدیرکل درمان و حمایت‌های اجتماعی ستاد مبارزه با مواد مخدر ضمن اشاره به افزایش ۵ تا ۱۵ درصدی تعارف‌های درمان اعتیاد در سال جاری گفت: ایراداتی به تعارف‌ها وارد شد که در نهایت اصلاحیه آن (تجدید نظر در تعارف‌ها) مورد توافق مسوولان مربوطه قرار گرفته این در حالیکه که پیشنهاد اصلاح تعارف‌های درمان اعتیاد در شورای عالی بیمه منتظر اعلام به هیات دولت است تا پس از توافق هیات دولت، ابلاغ شود.

به گزارش ایسنا، تعارف‌های درمان اعتیاد پس از چهار سال با رشد ۵ تا ۱۵ درصدی همراه بوده است، این درحالیست که به نظر برخی کارشناسان و صاحب‌نظران این میزان از افزایش تعارف‌ها نیازمند اصلاحاتی است، به طوری که کمیته درمان ستاد مبارزه با مواد مخدر خواستار تجدید نظر در تعارف‌ها شده است، با این وجود حمید جمعه‌پور- مدیرکل درمان و حمایت‌های

اجتماعی ستاد مبارزه با مواد مخدر در گفت‌وگو با ایسنا، می‌گوید: **اگر قرار باشد تعرفه‌های درمان اعتیاد افزایش بیشتری یابد، باید پوشش بیمه‌ها بر سر همه معتادان قرار گیرد.**

وی با بیان اینکه تعرفه‌های درمان اعتیاد از سال ۹۴ تاکنون افزایش نیافته بود، اظهار کرد: علی‌رغم اینکه چند بار در مورد افزایش تعرفه‌های درمان اعتیاد بحث شده بود اما از سال ۹۴ تاکنون تعرفه‌ها افزایش نیافته بود، باتوجه به اینکه تعرفه‌های پزشکی در سال‌های اخیر بین ۵ تا حداکثر ۱۵ درصد افزایش داشته‌اند، تعرفه‌های درمان اعتیاد نیز امسال شامل این میزان افزایش شده‌اند.

به گفته وی، افزایش ۵ تا ۱۵ درصدی تعرفه‌های درمان اعتیاد تنها مشمول مراکز درمان سرپایی می‌شود لذا تعرفه مراکز اقامتی در آن لحاظ نشده، این در حالیست که سازمان بهزیستی از طریق وزارت تعاون، درخواست تعیین تکلیف و افزایش تعرفه مراکز اقامتی و سایر مراکز درمانی معتادان را ارائه کرده است.

مدیرکل درمان و حمایت‌های اجتماعی ستاد مبارزه با مواد مخدر در پاسخ به این پرسش که آیا پیشنهاد ستاد مبارزه با مواد مخدر برای افزایش تعرفه‌ها نیز ۱۵ درصد یا بیشتر بود؟، گفت: باتوجه به افزایش هزینه اجاره محل، پرسنل، نگهداری و داروها، شاید باید با افزایشی بیش از ۵ تا ۱۵ درصد مواجه می‌شدیم، اما اگر معتادان با افزایش تعرفه‌ها بیش از این میزان مواجه شوند ممکن است از درمان منصرف و با ریزش بیمار مراکز مواجه شویم؛ بنابراین دیدگاه منطقی آن بود که نه بیمار برای پرداخت هزینه و نه درمانگر بابت هزینه‌هایی که باید صرف نگهداری مرکز و نگهداری پرسنل می‌کند، تحت فشار قرار گیرد.

جمعه‌پور معتقد است، آنچه وزارت بهداشت امسال برای تعرفه‌های درمان اعتیاد مد نظر قرار داد به عنوان پیشنهاد به شورای عالی بیمه ارائه شد و با آنکه در پیش جلسه شورا مورد توافق قرار گرفت، دارای اشکالاتی بود که اصلاحیه آن نیز مورد توافق قرار گرفته است، اما همچنان این پیشنهاد در شورای عالی بیمه منتظر اعلام به هیات دولت است تا با توافق هیات دولت ابلاغ شود.

وی ادامه داد: هم سازمان نظام پزشکی این اعتراض را به شورای عالی بیمه سلامت کرده‌اند و هم طبق مصوبه کمیته درمان، مقرر شد معاونت درمان وزارت بهداشت نیز به شورای عالی بیمه پیشنهاد اصلاح دهد. همچنین مقرر شده است مطابق مکاتباتی که معاونت درمان وزارت بهداشت به عنوان متولی اصلی حوزه درمان با شورای عالی بیمه درمان انجام دهد، دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر نیز با هیات دولت مکاتبه و درخواست کند تا تعرفه‌های ابلاغی مجدداً اصلاح و ابلاغ شود.

مدیرکل درمان و حمایت‌های اجتماعی ستاد مبارزه با مواد مخدر با اشاره به اینکه در پیش جلسه شورای عالی بیمه اصلاحات انجام شده و مورد توافق قرار گرفته است، اما به دلیل تغییراتی که در سازمان بیمه سلامت رخ داده است در انتظاریم تا به زودی جلسه اصلی بیمه سلامت برگزار شود و این اصلاحات تصویب و ابلاغ شود و همانطور که نظام پزشکی و وزارت بهداشت در این زمینه درخواست اصلاح داده است، اداره کل درمان ستاد مبارزه با مواد مخدر نیز متقاضی اصلاح تعرفه‌هاست زیرا به نظر باید اقتصاد درمان نیز لحاظ شود و در صورتی که تراز مالی مراکز را در نظر نگیریم به طور کلی حوزه درمانی اعتیاد آسیب خواهد دید لذا اصلاح و افزایش تعرفه‌های درمان اعتیاد خواسته همه ماست، البته اگر بخواهیم تعرفه‌ها افزایش بیشتری پیدا کند باید بیمه‌ها آن را پوشش دهند زیرا قصد نداریم بیش از این بیماران اعتیاد تحت فشار قرار گیرند، دغدغه ما به عنوان متولیان حوزه درمان افزایش پذیرش و سطح پوشش درمان است.

بنابر اظهارات جمعه‌پور اگر بخواهیم تعرفه‌ها را بدون توجه به مسئله اقتصادی و اجتماعی افزایش دهیم ممکن است بیماران به سمت بازار مراکز درمانی غیرقانونی متمایل شوند، لذا در کمیته درمان ستاد مبارزه با مواد مخدر مصوب شد تا تجدیدنظری در

تعرفه ها صورت گیرد.

وی در پاسخ به این سوال که در پی افزایش تعرفه ها، فرانشیز پرداختی بیمار (پرداخت از جیب) چند درصد افزایش می یابد؟ نیز اینطور پاسخ داد: به هر میزانی که مبلغ تعرفه ها افزایش یابد به همان نسبت فرانشیز نیز افزایش می یابد. در سال های گذشته قرار بر این بود که تعرفه ای که به عنوان تعرفه مرکزی دولتی در نظر گرفته می شد بیمه همان مبلغ را پرداخت کند و اختلاف بین تعرفه مراکز دولتی و مراکز خصوصی را باید بیمار پرداخت می کرد اما امسال به دلیل اینکه اعتباری برای بیمه وجود ندارد باید همچنان منتظر اعلام تعرفه های جدید بعد از اصلاحات باشیم.

وی با تاکید بر برخورد با مراکز درمان اعتیادی که تعرفه های ابلاغی را رعایت نمی کنند گفت: اگر بخواهیم تعرفه ها به طور چشمگیری افزایش یابد تا درمانگران راضی باشند، باید بیمه نیز برقرار باشد، زیرا باید بخشی از هزینه های بیمار را بیمه پرداخت کند، به همین دلیل ارتباط معناداری بین هزینه درمان، درمانگر و بیمه ها برقرار است؛ بنابراین برقراری یا عدم برقراری بیمه نقش مهمی در تعیین تعرفه ها دارد و امیدواریم شورای عالی بیمه سلامت که مرجع تعیین تعرفه ها است، این ملاحظات را در نظر بگیرد تا با ریزش بیمار مواجه نشویم.

انتهای پیام



هر متکدی ۲ تا ۵ میلیون تومان در آمد دارد



به گزارش خبرنگار اجتماعی خبرگزاری فارس، انوشیروان محسنی بندپی در جمع خبرنگاران در خصوص درآمد ۱,۵ میلیاردی متکدیان در تهران که توسط سرپرست امور مجلس سازمان بهزیستی کشور اعلام شده است، گفت: اینکه مردم تهران چه مقدار به متکدیان کمک می کنند سازمان بهزیستی بهتر اطلاع دارد چرا که نگهداری متکدیان و جمع آوری آنها با سازمان بهزیستی است.

وی ادامه داد: می توان واقع بینانه اعلام کرد که متکدیان بین ۲ تا ۵ میلیون تومان درآمد دارند.

استاندار تهران گفت: دولت و نهادهای حمایتی اعلام کردند که هر فردی به دلیل عدم تمکین مالی می تواند به کمیته امداد و سازمان بهزیستی مراجعه کند و این مراکز هزینه های امرار و معاش آنها را تقبل می کند و در حال حاضر کمیته امداد برای نیازمندان مقرری پرداخت می کند و درآمدهای تکدی گری با توجه به اینکه بالا است موجب می شود که این کودکان به تکدی گری روی بیاورند.

وی افزود: ما باید نسبت به توانمندسازی این کودکان اقدام کنیم و تکدی گری را در سطح شهر کمرنگ کنیم و سازمان بهزیستی و دیگر دستگاه ها نیز می توانند نسبت به توانمندسازی این افراد اقدام کنند.

بندی پی خاطرنشان کرد: در جمع آوری کودکان کار حدود ۸۰ درصد آنها اتباع خارجی افغانی بودند و در این خصوص نیز اقداماتی شده تا این کودکان به کشور خود بازگردند.

انتهای پیام/



نگاه‌های سنتی و لابی‌های قدرت بودجه توانبخشی را به سمت بخش غیر دولتی سوق می‌دهد

علی‌همت محمودنژاد رئیس انجمن دفاع از حقوق معلولان **در گفت‌وگو با خبرنگار اجتماعی خبرگزاری فارس**، در خصوص عدم پرداخت کمک‌هزینه مراکز توانبخشی و چالش‌های ایجاد شده برای این مراکز در تأمین نیاز معلولان که تحت عنوان **«عدم پرداخت کمک هزینه مراکز توانبخشی به نرخ ۹۸ را پیگیری کنید»** در سامانه فارس من ثبت شده است، گفت: من موافق پرداخت این هزینه به مراکز توانبخشی نیستم، چرا که ۷۰ درصد هزینه توانبخشی معلولان به این مراکز توانبخشی اختصاص داده می‌شود، در حالی که تنها ۸۰ هزار نفر معلول در این مراکز خدمت‌رسانی می‌شوند.

وی ادامه داد: بیش از یک میلیون و ۳۲۰ هزار نفر معلول در کشور از سوی خانواده‌هایشان نگهداری می‌شوند، با این حال تنها ۳۰ درصد کل بودجه سازمان بهزیستی برای آنها هزینه می‌شود.

محمودنژاد خاطرنشان کرد: از مجموع یک میلیون و ۴۰۰ هزار معلولی که در کشور زندگی می‌کنند، تنها ۳۰ درصدشان از این بودجه استفاده می‌کنند و باید این بودجه به صورت عادلانه تخصیص داده شود.

وی با اشاره به رنج و مشقتی که خانواده‌های دارای فرزند معلول برای نگهداری از فرزندانشان به جان می‌خرند، اظهار داشت: هزینه‌ای که برای پرستاری یک معلول به خانواده‌ها داده می‌شود حدود ۳۰۰-۴۰۰ هزار تومان است، در صورتی که هزینه پرستاری این افراد در مراکز دولتی بیش از یک و نیم میلیون تومان برای این دستگاه آب می‌خورد.

رئیس انجمن دفاع از حقوق معلولان ابراز داشت: رویکردهای علمی روز جهانی مبتنی بر توانبخشی از طریق جامعه و خانواده است و براساس این رویکرد، به جای اینکه مراکز را توسعه دهیم، باید سعی کنیم معلولان را به دامن خانواده و اجتماع بازگردانیم. در این میان تنها کسانی که مجعول‌الهیوه هستند و کسانی برای نگهداری آنها داوطلب نمی‌شوند باید در این نوع مراکز نگهداری شوند.

محمودنژاد اظهار داشت: متأسفانه نگاه سنتی به نگهداری از افراد دارای معلولیت و وجود برخی لابی‌های قدرت باعث شده تمام بودجه‌های سازمان بهزیستی به سمت مراکز توانبخشی غیردولتی هدایت شود.

وی ادامه داد: به نظر من وزیر رفاه و رئیس سازمان بهزیستی باید در مقابل این لابی قدرت که تضعیف‌کننده حقوق معلولین است بایستند و سعی کنند با ترخیص معلولان به سمت خانواده قدم مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی معلولان بردارند.

وی تصریح کرد: اینکه معلولی در مرکز توانبخشی نگهداری شود در حالی که دارای خانواده است، هنر نیست و باید با ایجاد یک پکیج مشاوره و سازوکارهای حمایتی از خانواده، تمایل خانواده‌ها را برای نگهداری از کودکان معلول زنده کنیم.

رئیس انجمن دفاع از حقوق معلولان خاطرنشان کرد: اما متأسفانه شرایط به سمتی پیش رفته است که نگهداری از فرزندان معلول برای خانواده‌ها سخت شده و آنها مجبورند فرزندانشان را به این مراکز بسپارند.

محمودنژاد با اشاره به اینکه این دیدگاه به رئیس سازمان بهزیستی منتقل شده است گفت: متأسفانه هنوز لایه‌هایی از بدنه کارشناسان سازمان اعتقادی به این رویکرد پیدا نکرده و اراده واقعی برای حرکت به این سمت و سو نداشتند.

وی افزود: اما شخص رئیس سازمان بهزیستی قول داده است که سالیانه ۳۰۰ الی ۴۰۰ معلول را به خارج از مراکز منتقل کند.

وی با اشاره به کاهش پرداخت این بودجه از سوی سازمان برنامه و بودجه توضیح داد: سیاست‌های سازمان برنامه و بودجه طی دو سال اخیر بر بسته شدن بودجه سازمان بهزیستی به صورت انقباضی بوده است، در صورتی که براساس برنامه‌های سوم، چهارم و پنجم توسعه، بودجه سازمان بهزیستی باید به صورت صددرصدی تخصیص یافته می‌شده است، اما متأسفانه نه تنها این بودجه به صورت صددرصدی تخصیص نیافت، که در پرداخت بخشی از آن هم به صورت انقباضی عمل شده است.

انتتهای پیام/



سن اعتیاد در حال کاهش است / تکذیب آمار ۴۸ درصدی مصرف سیگار بین پسرها



به گزارش خبرنگار آموزش و پرورش خبرگزاری فارس، سردار ابراهیم کریمی جانشین معاونت اجتماعی ناجا در برنامه پرسشگر با بیان اینکه از منظر پلیس اگر آسیب‌های اجتماعی توسط دستگاه‌های مربوط کنترل نشود سرریز آن به کارهای سلبی و پلیسی می‌رسد که چندان هم خوشایند نیست، اظهار کرد: آسیب‌های اجتماعی در شهرها و استان‌ها و مقاطع تحصیلی مختلف، متفاوت هستند اما آنچه مسلم بوده این است که در آموزش و پرورش باید بیشتر به آموزش مهارت‌های اجتماعی و زندگی پرداخته شود.

وی ادامه داد: سن اعتیاد در حال پایین آمدن است و سن مصرف تفنی سیگار ۱۴ تا ۱۵ سال است اما اگر اعتیاد باشد به ۱۷ تا ۱۸ هم سال می‌رسد؛ علی‌رغم اقدامات و تلاش‌های صورت گرفته هنوز به نقطه درست و مطمئن نرسیده‌ایم.

کریمی با بیان اینکه اعتیاد، مشکلات دوست‌یابی و هم‌باشی‌ها، از جمله آسیب‌های اجتماعی در سنین نوجوانی هستند، افزود: مباحثی چون آموزش دینی و نهادینه‌سازی رفتارهایی در دانش‌آموزان به عنوان کنشگران اجتماعی مطلوب هنوز جای کار دارد؛ سنین آموزش برخی مباحث در مقاطع مختلف نیازمند بازنگری است و برنامه‌های طراحی شده باید به اجتماع نزدیکتر باشد.

سردار کریمی اضافه کرد: فضای مجازی هم هست و جوانان ما باید شناخت جامعی پیدا کنند تا کمتر آسیب ببینند؛ لازم است تولید محتوا در آموزش و پرورش در این حیطه بیشتر مورد توجه قرار بگیرد.

جانشین معاون اجتماعی ناجا درباره رشد آسیب‌های اجتماعی در جامعه دانش‌آموزی، اظهار کرد: آسیب‌ها رشد دارد اما به نسبت جامعه نیست و کنترل شده‌تر است. این رشد، آهسته است نه آنقدر شدید که وضعیت اضطراری را رقم بزند؛ البته وضعیت خطرناک است زیرا انتظار نداریم کودکان و نوجوانان در این عرصه وارد شوند.

وی در پاسخ به پرسشی مبنی بر وجود آمارهایی درباره مصرف سیگار در حدود ۴۸ درصد پسرها در تهران، گفت: این آمار کاملاً اشتباه است؛ این آمار یعنی اینکه از هر دو دانش‌آموز باید یکی سیگاری باشد، در حالی که ما چنین آماری را نمی‌بینیم؛ به نظر می‌رسد مصرف سیگار باید در سطح خیلی پایین‌تری باشد.

سردار کریمی درباره وضعیت مشاور در مدارس نیز گفت: همه ۱۴ میلیون نیازمند مشاور نیستند و باید پیشگیری و آموزش انجام شود تا فرد نیازمند مشاور نشود؛ برنامه های مشترکی با آموزش و پرورش داریم.

وی ادامه داد: ۴۰۰۰ مربی فعال آموزش همگانی داریم که روی مباحث پیشگیرانه کار می کنند و بخش عمده ای از آنها در آموزش و پرورش و مدارس هم فعالیت می کنند؛ تلاش می کنیم اجازه ندهیم یک آسیب به جرم و مراحل بعدی برسد.

جانشین معاون اجتماعی ناجا با بیان اینکه تقریباً به همه مدارس در موضوعات مختلف سر می زنیم، گفت: مربیان در استانها توزیع شدند و بر اساس برنامه به آموزش و پرورش مراجعه می کنند؛ ۶ موضوع را استخراج کردیم که یکی از آنها نزاع و درگیری است.

وی تصریح کرد: واحدهای آموزش همگانی وظیفه سرکشی به مدارس را دارند؛ بر اساس تفاهم نامه همکاری با آموزش و پرورش، عمل می کنیم.

انتهای پیام /


