



سه جمله برای دستیابی به موفقیت:

۱. بیشتر از دیگران بدان.
۲. بیشتر از دیگران کار کن.
۳. کمتر از دیگران توقع داشته باش.

(ویلیام شکسپیر)

اسباب بازی  
مناسب برای کودکان

بهورز و نقش  
آن در تامین سلامت  
جامعه.

راهنمای والدین  
در ایام امتحانات

بررسی وضعیت علائم  
راهنمایی و رانندگی در منطقه  
تحت پوشش مرکز تحقیقات  
توسعه اجتماعی و پیگیری  
رفع کمبودهای آن

## فراخوان

قابل توجه - اساتید علاقمند به پژوهش

فراخوان جهت دعوت به همکاری با مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی

به اطلاع کلیه اساتید علاقمند به تحقیق و پژوهش می‌رساند، مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقاء سلامت، زیر نظر معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه به تازگی اقدام به تأسیس شبکه آموزشی در سطح خانوارهای منطقه تحت پوشش (مسکن، زینبیه، فرهنگیان و کارمندان) با هدف پیشگیری از ابتلا به بیماری‌های مختلف داخلی در زمینه‌های گوناگون نموده است. عملکرد این شبکه به صورت آموزش مردم منطقه به روش چهره به چهره در مرکز تحقیقات می‌باشد. بدیهی است مدرسین محترم نیز از طریق این مجموعه و به توسط معاونت محترم تحقیقات دانشگاه از نظر حق الزحمه تحت حمایت قرار خواهند گرفت. جهت دریافت اطلاعات بیشتر به وب سایت مرکز تحقیقات و توسعه اجتماعی مراجعه نمائید.

آدرس: شهرک مسکن، انتهای بلوار گلها، داخل محوطه آپارتمانها، طبقه فوقانی مرکز بهداشتی درمانی ثامن الائمه، مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقاء سلامت - تلفن و فکس: ۰۲۲۳۲۱۰ - ۰۲۱۶۱۴۳ - ۰۲۳۹۰۵۰

کدپستی - ۶۷۱۵۹ ۵۹۱۶۷

پست الکترونیک: [cbpr@kums.ac.ir](mailto:cbpr@kums.ac.ir) - وب سایت: [cbpr.kums.ac.ir](http://cbpr.kums.ac.ir)



### صاحب امتیاز

مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقاء سلامت دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

### آدرس

کرمانشاه، مسکن، بلوار گلها، کلینیک تخصصی دانشگاه علوم پزشکی، داخل محوطه آپارتمانها، طبقه فوقانی درمانگاه ثامن الائمه، مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقاء سلامت

<http://cbpr.kums.ac.ir>

Email: [cbpr@kums.ac.ir](mailto:cbpr@kums.ac.ir)

### تلفن

هیئت تحریریه ۰۲۳۹۰۵۰، ۰۲۱۶۱۴۳، ۰۲۲۳۲۱۰

## مدیر مسئول و سردبیر

دکتر سهیلا رشادت

## همکاران تحریریه در این شماره

دکتر سهیلا رشادت

سید رامین قاسمی

سیاوش سلیمانی

دکتر اسد محمدی

رسول نعمتی

**تیم دانشجویی:** این تیم زیر نظر دکتر سهیلا رشادت

مشغول به فعالیت می باشند.

سارا ستوده

رعنا ریاحی

سیده حکیمه هاشمی

زنیره سلیمی

سیف اله قهاری

جواد ویسی

**نیروه‌های مردمی:**

سودابه نجفی

مهسا امینی

مهناز قاسمی

**مدیر اجرایی:** سید رامین قاسمی

## اعضاء هیات علمی

دکتر سهیلا رشادت

دکتر علی عزیزی

دکتر منصور رضایی

دکتر علی الماسی

## ویراستار

واحد روابط نسیم سلامت

## گرافیک، صفحه آرایی و چاپ

خانه چاپ و گرافیک سارینا

راهنمای ارسال مقالات

نشریه نسیم سلامت از عموم همایان انزلیشه، کمرشانشان،

محققان، پژوهشگران و نویسندگان مقاله و نفر می پذیرد.

نظرات مندرج در مقالات، نامه ها و ... الزاماً

نظر نشده نیست.

نشریه نسیم سلامت در اصلاح، تلفیق و

ویرایش مطالب مختار است.

مطالب ارسالی برگردانده نمی شوند

برای ارسال مقاله نام قانونی و نام نویسنده،

عنوان مقاله و منابع همراه با شماره تماس در ابتدای

مقاله ( سمت پست - بالای صفحه) نوشته شود.

متن مقاله های اصلی ترجمه شده، همراه ترجمه

با ذکر مافز ارسال گردد.

«کلیه حقوق متعلق به نشریه نسیم سلامت می باشد»

در همه کشورها برای دستیابی افراد به بالاترین سطح سلامت با تأکید ویژه برای از بین بردن فاصله ها در داخل و خارج کشورها در سلامت جامعه است نگاه کنیم، می توان گفت که این مسئله فقط و قویاً به اثر بخشی نظام های سلامت کشورهای مختلف وابسته است و شناخت و تقویت این نظام ها در هر کشوری می تواند ۳ مسئله اساسی کشورها که شامل کاهش مرگ و میر در کشورهای فقیر و حاشیه نشین، برخورد خوب و اثر بخش با عوامل خطر اصلی و قرار دادن سلامت در کانون برنامه های توسعه باشد را انجام دهد. مثلاً برنامه های مبارزه با بیماری های واگیر، تلاش در کاهش مرگ و میر شیرخواران و مرگ و میر نوزادان، کوشش برای دسترسی به بارداری های بی خطر همگی از اولویت های دستیابی به سلامت در دنیاست. در اینجا فقط نظام های سلامت قوی در هر کشوری با شناخت این مسائل می توانند مداخله های حیات بخش و ارتقاء دهنده سطح سلامت را داشته باشند.

امروزه، نظام های سلامت در تمام کشورها چه غنی و چه فقیر نقش عمده تر و مؤثرتری در زندگی انسانها نسبت به گذشته ایفا می نمایند. از زمانی که افراد برای حفظ سلامت خود و درمان بیماری ها تلاش می کرده اند، نظام های سلامت به نوعی وجود داشته اند اما از حدود یکصد سال پیش نظام های سلامت سازمان یافته به صورت پیشرفته ندرتاً وجود داشتند.

شکل گیری شبکه ای بهداشتی درمانی کشور در چندین دوره از قبل و بعد از انقلاب اسلامی ایران صورت گرفته است. وقتی در کنفرانس آلمانا برای موفق شدن برنامه برابری های اجتماعی و اقتصادی و سیاسی سلامت بین کشورها موضوع «تندرستی برای همه تا سال ۲۰۰۰» مطرح شد، مراقبت اولیه بهداشتی بعنوان راه دستیابی سلامت برای همه عنوان شد. ایران هم مثل بقیه کشورهای دنیا با شناخت مجموعه ای از مشکلات و تنگناهای نظام ارائه خدمات بهداشتی و درمانی در سالهای قبل از انقلاب و تجربه های شکل گرفته در سال های نزدیک به وقوع انقلاب، تجربه های بین المللی و فضای سیاسی خاص پس از انقلاب، برای اجرای نظریات گرایش و عملکردهای جدید، شرایط لازمی را برای ایجاد یک جهش اصلاحی بزرگ در شکل و محتوای ارائه خدمات بهداشتی و درمانی و نظام سلامت در ایران فراهم نمود.

این مسئله باعث شکل گیری یک نظام اصولی و تعریف شده دولتی برای ارائه خدمات بهداشتی و درمانی بصورت عینی و در کنار نظام ارائه خدمات خصوصی - خیریه قدیمی و سنتی شد و باعث تحولات جدی در وضعیت سلامت کشور گردید.

میدان و عرصه اصلی خدمات سلامت، جامعه می باشد که با توجه به اهمیت آن، بعنوان بهترین محیط آموزشی برای کارکنان نظام سلامت محسوب می شود. زمانی که مؤلفه های مؤثر بر سلامت، دستخوش تغییر می گردند زمینه های مخاطره آمیز سلامت شکل گرفته و ابتلاء به بیماری، معلولیت و مرگ اتفاق می افتد. امروزه زندگی و سلامت افراد، از لحاظ شناخت خطرها و مداخلات برای پیشگیری از آن، در دستان نظام سلامت قرار دارد، از زایمان بی خطر یک نوزاد سالم گرفته تا مراقبت مادر در دوران بارداری و یا شناخت فاکتورهای خطر برای ایجاد یک بیماری در سالهای آینده زندگی فرد. نظامهای سلامت مسئولیتی حیاتی و مداوم نسبت به تمام افراد یک جامعه در تمام دوره زندگی آنها را دارند و ایجاد این نظام های سلامت برای رشد سالم افراد خانواده ها و جوامع در هر جای دنیا ضروری و حیاتی است.

نظام سلامت، متشکل از تمام سازمانها و مؤسسات و منابعی است که ارائه کننده خدمات در جهت حفظ و ارتقاء سلامت افراد می باشند. از این خدمات می توان به عنوان اقدام سلامت نام برد، این خدمات می تواند به صورت هر گونه تلاشی که خواه در مراقبت سلامت فردی - خدمات بهداشت عمومی و یا از طریق برنامه های بین بخشی انجام گیرد تعریف شود و هدف اصلی آن ارتقاء سلامت است. در دنیای پیچیده امروز مشکل می توان تعریف دقیقی از نظام سلامت داد ولی سازمان بهداشت جهانی تمام فعالیت هایی که هدف اصلی آن ارتقاء، بازگرداندن و یا حفظ سلامت است را نظام سلامت می خواند.

ارتقای سلامت هدف اصلی یک نظام سلامت است. اما تنها هدف آن نیست. «قابلیت دستیابی» و ایجاد کمترین تفاوت بین افراد به این دستیابی یا دقیقاً «عادلانه بودن» این نظام بسیار مهم است و آن به این معنی است که یک نظام سلامت به درستی به آنچه مردم از آن انتظار دارند پاسخ دهد و این نظام به گونه ای برای هر فرد و بدون قایل شدن تمایز به این نیازها پاسخ دهد.

شاید به همین علت است که سازمان جهانی بهداشت نگرش سنتی خود را درباره تندرستی فیزیکی و روانی افراد تغییر داده و توجه خود را به ارتقاء عملکرد نظامهای سلامت معطوف داشته است. اگر به این مسئله که ارتقاء عملکرد



## فهرست مطالب

با پوکی استخوان آشنا شویم



بررسی وضعیت علائم راهنمایی و رانندگی در منطقه تحت پوشش مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و پیگیری رفع کمبودهای آن.....(۴)

چکیده طرح عملیاتی کاهش نرخ طلاق در شهرستان کرمانشاه.....(۵)  
چکیده برنامه عملیاتی ساماندهی کودکان کار در شهرستان کرمانشاه.....(۶)

## گزارش

نمایشگاه آثار هنری «بازی ذهن».....(۷)

## مقاله و پژوهش

با پوکی استخوان آشنا شویم.....(۱۰)

نگاهی به موضوع «فقر».....(۱۴)

راهنمای والدین در ایام امتحانات.....(۱۸)

کوتاه اما گویا.....(۱۹)

خطرناک ترین وضعیت.....(۲۰)

اسباب بازی مناسب برای کودکان.....(۲۱)



نمایشگاه آثار هنری « بازی ذهن »



توان بخشی حرفه ای معلولان



مقدمه ای بر توان بخشی حرفه ای معلولان.....(۲۳)

سلامت روان.....(۲۸)

بهورز و نقش آن در

تامین سلامت جامعه.....(۳۱)

چند توصیه بهداشتی؛ پیشگیری و درمان در

پای دیابتی.....(۳۷)

اگر فرصت داشتیم که دوباره کودکم

را بزرگ کنم.....(۳۹)

اخبار

اخبار دانشگاه.....(۴۰)

اخبار مرکز تحقیقات.....(۴۱)



# بررسی وضعیت علائم راهنمایی و رانندگی در منطقه تحت پوشش مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و پیگیری رفع کمبودهای آن<sup>۱</sup>

نویسندگان:

ابراهیم سقایی بی ریا، شکوه الزمان مظاهری  
نیروهای مردمی همکار مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقای سلامت

استفاده از آمار مراکز محلی، روند تصادفات و آسیب های ترافیکی رخ داده در این منطقه طی سالهای ۱۳۸۲ تا ۱۳۸۸ مورد بررسی قرار گرفت.

**نتایج:** نواقص یافته شده شامل فقدان تابلوهای بازدارنده، چراغ راهنما، چراغ چشمک زن، انواع خط کشی، انواع پایه معلق فلزی و ... بود. آمار تصادفات منطقه نیز بدست آمد.

**نتیجه گیری:** یافته های مطالعه نشان داد که در برخی موارد، حتی عینی ترین و قابل مشاهده ترین مشکلات، مانند کمبود بارز علائم راهنمایی و رانندگی در منطقه تحت پوشش مرکز، از دید مسئولان پنهان می ماند. بر این اساس این گونه مطالعات می تواند به عنوان بازویی توانمند، مسئولان اجرایی را در بهبود برنامه ریزی و خدماتشان یاری دهد.

**واژه های کلیدی:** علائم راهنمایی رانندگی، کرمانشاه، نیازسنجی، حوادث ترافیکی

**مقدمه:** با یک محاسبه آماری ساده و با نگاهی به تعداد وسایل نقلیه موجود در کشور، فرهنگ رانندگی، افزایش وسائط نقلیه و کمبود ظرفیت و گنجایش راه ها، گسترش ارتباطات و افزایش روز افزون سفرهای درون شهری و برون شهری، در می یابیم که برای ایجاد یک زندگی شایسته و گذران مطلوب امور جامعه، توجه به مسائل عبور و مرور و شناخت علمی و عملی فرهنگ ترافیکی و ارتقاء کمی و کیفی آن در جهت احترام به قوانین و مقررات از سوی عموم مردم و اجرای صحیح قوانین امری شایان توجه می باشد. از سوی دیگر حوادث ترافیکی در ایران تبدیل به یک معضل بزرگ شده و هر ساله خسارات انسانی و مادی عظیمی بر کشور تحمیل می کند. بر این اساس، این تحقیق با هدف ارزیابی وضعیت موجود در زمینه علائم راهنمایی و رانندگی در منطقه مسکن کرمانشاه و مداخله در جهت رفع نواقص احتمالی انجام شد.

**مواد و روش ها:** در این مطالعه میدانی برای بررسی وضعیت علائم راهنمایی رانندگی در سطح منطقه، مجری طرح به همراه یک نفر کارشناس راهنمایی و رانندگی، از خیابان های منطقه (شامل: بلوار گلها به طول ۵/۲ کیلومتر که بلوار اصلی منطقه می باشد و خیابان جاده قدیم تهران و سایر خیابان های فرعی) بازدید بعمل آورده و کمبودهای موجود در علائم راهنمایی و رانندگی خیابان های منطقه مشخص شد. سپس اقدامات لازم جهت رفع نواقص موجود انجام گرفت. این اقدامات شامل نامه نگاری با ارگانهای ذیربط و پیگیری های حضوری توسط مجری طرح بود. در نهایت با

۱. این مقاله در کنگره سراسری پژوهش مشارکتی مبتنی بر جامعه، اردیبهشت، ۱۳۸۴، ارائه شده است.

# چکیده طرح عملیاتی کاهش نرخ طلاق در شهرستان کرمانشاه

نویسنده: سیاوش سلیمانی؛ معاون توانبخشی سازمان بهزیستی استان کرمانشاه  
عضو و همکار مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقای سلامت

به منظور کاهش طلاق می‌تواند در کنترل و کاهش طلاق و انطباق طلاق‌های موفق و افراد حاصل از آن با بهره‌گیری از مهارت‌های مداخله‌ای و حمایتی با مشکلات و پیامدهای بعد از طلاق موثر باشد.

**بحث و نتیجه‌گیری:** عوامل متعددی می‌توانند در وقوع طلاق نقش داشته باشند که با توجه به فرهنگ آن جامعه می‌توان به بررسی این پدیده‌ها پرداخت. با این وجود طرح حاضر به چند متغیر شخصی و اجتماعی پرداخته است که آموزش‌های ارائه شده در این طرح می‌تواند به عنوان یک متغیر تأثیرگذار لحاظ شود. نتایج این طرح نشان داد که مهارت‌های کنترل خشم، حل مسئله و اتخاذ تصمیم مناسب برای رفع مشکلات بین فردی، و همچنین درست ارتباط برقرار کردن با دیگران در رفع مشکلات زوجین تأثیرات بسیار مؤثری داشته است.

**مقدمه:** یکی از مهم‌ترین عواملی که منجر به فروپاشی یک خانواده می‌شود طلاق است که نه تنها تأثیر مخربی بر روی خانواده دارد، همچنین می‌تواند تأثیرات سوء زیادی را هم بر روی جامعه داشته باشد و جامعه را مورد تهاجم قرار دهد. براساس آمار رسمی انتشار یافته از طرف سازمان بهزیستی کشور، طلاق در استان‌های تهران، قم و کرمانشاه بالاترین آمار را دارد. این آمار در مورد طلاق در سالهای ۱۳۸۰-۱۳۸۷ می‌باشد که استان کرمانشاه بعد از تهران در رتبه دوم کشور قرار دارد. این وضعیت باعث گردیده که مسئولین و کارشناسان بهزیستی استان کرمانشاه در صدد چاره‌جویی برخاسته و اجرای یک طرح عملیاتی جهت کاهش نرخ طلاق در استان کرمانشاه در رأس برنامه‌های خود قرار دهند.

**روش بررسی:** در این طرح مداخله‌ای، تعدادی از کارشناسان روانشناسی و مددکاری سازمان بهزیستی استان پس از گذراندن دوره‌های خاص، آموزش‌هایی را دریافت نمودند و سپس این گروه در دادگستری شهرستان کرمانشاه مستقر شدند. زمانی که زوجین متقاضی طلاق به دادگستری مراجعه می‌نمودند، قاضی، پرونده را به کارشناسان مشاوره ارجاع و مقدمات تشکیل پرونده جهت آموزش مشاوره‌های لازم را مهیا می‌نمود. آموزش‌هایی که زوجین دریافت نمودند عبارت بودند از: آموزش مهارت‌های کنترل خشم، مهارت حل مسئله و تصمیم‌گیری و مهارت‌های ارتباطی. این جلسات با توجه به مشکلات زوجین از ۵ تا ۱۰ جلسه متغیر بود.

**یافته‌ها:** بعد از انجام حدود سه سال کار مداخله‌ای، یافته‌های این طرح نشان می‌دهد که تغییرات کاهش طلاق به گونه‌ای می‌باشد که ۱۴٪ رشد سالیانه (۱۳۸۵) به ۵/۱٪ رشد در سال ۱۳۸۸ رسیده است. به عبارتی تقویت و گسترش مداخلات روانی اجتماعی از طریق مراکز مداخله در خانواده





# چکیده برنامه عملیاتی ساماندهی کودکان کار در شهرستان کرمانشاه

نویسنده: سیاوش سلیمانی، معاون توانبخشی سازمان بهزیستی استان کرمانشاه  
عضو و همکار مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقای سلامت

**مقدمه:** یکی از معضلاتی که برای بسیاری از جوامع امروزی مشکلات عدیده ای ایجاد نموده است و باعث شده توجه بسیاری از مسئولین و پژوهشگران را به خود جلب نماید، مشکل کودکان خیابانی یا کودکان کار در خیابان است که در سطح بسیار گسترده ای از جوامع امروزی مشاهده می شود. به دلیل انتقال جامعه از وضعیت سنتی به جامعه مدرن، سرگردانی کودکانی که بنابه دلایلی بی سرپرست یا بدسرپرست هستند، به وفور یافت می شود. لذا این مسئله در ایران نیز به عنوان یک معضل دیده میشود.

از آنجاییکه تعداد زیادی از کودکان کار توسط سازمان بهزیستی استان تهران به بهزیستی استان کرمانشاه - به دلیل بومی بودن اینگونه کودکان - برگردانده می شدند، با توجه به فرهنگ بومی استان مبنی بر کار کردن فرزند ذکور و بالا بودن آمار آسیب های اجتماعی (طلاق، اعتیاد و مهاجرت اکثر کودکان به تهران برای یافتن کار)، لذا ضروری به نظر می رسد که برای پیشگیری از مهاجرت های بی رویه این کودکان به تهران برنامه عملیاتی ساماندهی کودکان در بهزیستی استان کرمانشاه مطرح گردد.

**روش بررسی:** برای رسیدن به اهداف اولیه طرح، تعداد ۱۰ نفر کارشناس روانشناسی و مددکاری آموزش دیدند که به شناسایی کودکان کار که در سطح شهرستان کرمانشاه به دست فروشی و سایر فعالیت های اقتصادی فعالیت داشتند، اقدام نمایند و پس از مصاحبه با این کودکان، مقدمات جذب آنان را برای حضور در مرکز کودکان خیابانی که در انتهای شهرک آبادانی مسکن مستقر است فراهم نمودند. با این روش تعداد ۳۰۰ کودک شناسایی شد و در طول مدت حضور آنها در مرکز سه نوع آموزش به این کودکان ارائه شد که عبارت بودند از: ۱- آموزش مهارت های ارتباطی، ۲- آموزش های دینی و اعتقادی، ۳- آموزش های شغلی و حرفه ای. سپس از طریق مددکاران سازمان بهزیستی با شورای اصناف استان

جلساتی گذاشته شد که اصناف برای کمک و بهره مندی از نیروی کار کودکان به شکل کنترل شده به جذب کودکان در صنف های مختلف اقدام نمایند (البته به صورت پاره وقت) که این فعالیت باعث می شد که بعضی از کودکان در دام گروه های حرفه ای خلافکار که به فریب و سوء استفاده از اینگونه کودکان اقدام می نمودند، وارد نشوند و با دریافت آموزش های شغلی به صورت تجربی، زمینه مهارت آموزی کودکان را فراهم نمایند که بستری مناسب جهت ایجاد فرصت شغلی و ثبات شغلی آنان از آینده می باشد.

**یافته ها:** یکی از یافته های طرح این بود که از زمان اجرای طرح، تعداد انتقال کودکان از سایر استان ها به استان کرمانشاه به کمترین مورد رسید. دومین یافته تعداد ۱۳۰ کودک کار که به شکل سرگردان و نامشخص در سطح شهر به دست فروشی، نان خشک فروشی و سایر فعالیت های اقتصادی می پرداختند که به شکل کنترل شده ای در صنف های مختلف به کار به شکل پاره وقت مشغول بودند، همچنین به دلیل آموزش های اولیه ای که به مدت ۵ هفته به صورت مستمر به کودکان و خانواده آنان ارائه شده بود، در توانمندی و مهارت های ارتباطی آنان تأثیرات مشخصی داشته است. همچنین رشد مناسبی در پیشرفت تحصیلی کودکان کار مشاهده گردید.

**بحث و نتیجه گیری:** در بسیاری از کشورهای دیگر که با این معضل روبرو بوده اند نیز اینگونه طرح ها و برنامه ها اجرا گردیده است که در روش اجرا ممکن است با این طرح متفاوت باشند. در یک طرح که در هند اجرا شده است، بیشتر به آموزش کودکان در زمینه بالا بردن سطح سواد و مهارت های ارتباطی پرداخته شده است. نتایج نشان می دهد در این طرح ارتقاء میزان امنیت روانی و اجتماعی کودکان و تحت نظارت بودن این کودکان و حمایت های مادی و معنوی سازمان بهزیستی استان در پیشرفت تحصیلی و سلامت روان این کودکان تأثیر مناسبی داشته است.



# نمایشگاه آثار هنری با عنوان “ بازی ذهن ”



نگارنده: هوشنگ احمدی صوفیوند؛ عضو و همکار مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقای سلامت

این نمایشگاه بعد از نمایشگاه اول که آبان ماه ۸۹ در محله گمرک، کوی امیرمحرتم یعنی محله زندگی خودم برگزار کرده بودم، دومین فعالیت بنده بود که در دی ماه در محله آبادانی مسکن برگزار شد. محل برگزاری نمایشگاه، مرکز تحقیقات و توسعه اجتماعی و ارتقاء سلامت کرمانشاه بود که بنا به پیشنهاد و دعوت ریاست محترم این مرکز، دکتر سهیلا رشادت، انجام گرفت. نمایشگاهی در سالی کوچکی، تنگاتنگ با مراجعه کنندگانی که برای درمان و مداوا به آنجا می آمدند و ازدحام می کردند، که البته کودکان هم شامل این مراجعه کنندگان بودند. نگاه کنجکاوانه و اما زیبای بعضی از آنان، بخصوص کودکان، روز به روز انگیزه و نگرش جدیدی را در ذهن من به وجود می آورد و شهادت مرا برای اجرای یک برنامه فوق العاده و دور از تصور که هرگز خودم آنرا تجربه نکرده بودم ایجاد می کرد و اعتماد به نفس مرا بر می انگیخت، و آن، خلاقیت در نوع نگاه به نقاشی کودک بود.

همیشه عادت و برنامه آن بوده که کودک نقاشی بکشد و بعد به دیوار پونس زده شود و اگر توان مالی بود جایزه ای به عنوان تشکر به او داده شود و والدین کودک هم از سر شوق لبخندی بر لبان می نشانند و می رفتند. در حالیکه نه نقاشی کودک را ارزش و بهایی بود و نه شخصیت او. اما اکنون موضوع متفاوت بود. تفکر راجع به نقاشی کودک و شخصیتش در من دگرگون شده بود و من به شدت جستجوگر معنای کار آنها شده بودم و این کشف میسر نمی شد مگر آنکه نقاشی را با خود کودک مورد تجزیه و تحلیل قرار بدهم. یعنی رفتن از شکل و فرم و معنای ظاهری نقاشی به شکل و فرم و معنای درون بود (نقاشی با چشمان بسته) کودکانی که بالای ۶ سال داشتند این کشف را تجربه می کردند و من این کشف را برای خودم ژرف تر می دیدم. ژرف تر و ژرف تر...

کشفی که گاهی خالی از دغدغه ها و تلخی ها نبود و ذهن، در این بازی، مرا به شخصیت پنهان آنان می برد. واقعاً کودک موجود چند بعدی است که فقط با یک بعد نمی شود به آن نگاه کرد. من بسیار سعی می کردم در گفتگو با آنان و یادداشت حرفهایشان در صورت نقاشی هایشان، حداکثر احتیاط را کرده باشم تا به قولی به ذهن شکننده آنها صدمه ای وارد نشود.

در روزهای اول و تا سوم و چهارم، از بچه ها نقاشی با چشمان بسته می گرفتم. البته نه همه آنها، بچه هایی را که از مدرسه ها می آمدند یا می آوردند.



ابتدا قبل از شروع کار، بچه ها را به ردیف می کردم یا روی صندلی ها می نشاندم و یا سر پا نگه می داشتم. سپس با گفتن اینکه «چشمانت را برای دقیقه ای ببند و تا چند تا نفس عمیق بکش»، کارم را شروع می کردم تا به اینگونه کودک در جریان آرامش ذهنی قرار بگیرد. گاهی از شیوه آزمایش ساده تشخیص ذهنی هم کمک می گرفتم. البته سخت گیری نمی کردم. زیرا نیت فقط بخشیدن شور و هیجان و کنجکاوی به قوه تخیلات یا ذهنیت آنان بود. آنهایی را که قبول می کردم تا عمیق تر به نقاشی شان توجه کنم به گوشه ای می فرستادم و از آنها می خواستم نقاشی با چشمان بسته روی کاغذ بکشند، اما بقیه را با چشمان باز... این کار با اشتیاق انجام می گرفت اما افسوس



که وقت برای تجزیه و تحلیل همه نقاشی ها نبود، در حالیکه این کار باید می شد. در خلال گفتگوهایی که با کودکان انجام می دادم، نقاشی آنها بطور حیرت انگیزی مورد توجه خودشان قرار می گرفت و از همه مهم تر، والدین آنان، که خود گاهی قاطی گفتگوی من و کودکانشان می شدند. تو گویی این بازی ذهن مربوط به آنان می شد. مادر بزرگها و خاله ها و... سعی می کردند جایی برای خود پیدا کنند.

با تمام این تفاسیر، برگزاری نمایشگاه در این مرکز را بسیار مفید دیدم. در واقع بگویم من با برگزاری این نمایشگاه این تفکر را که «در همه جا می شود نمایشگاه گذاشت» را به وجود آوردم و با حمایت های دوست داشتنی و دلگرمی از سوی بعضی والدین و خود کودکان و دوستانم که در من توان و انگیزه بیشتر را موجب می شدند، زیباتر می شد. تجزیه و تحلیل نقاشی بچه ها با حضور خود آنها و والدین، نگاه جدید و رنگ جدی و قابل بحثی به خود گرفته بود و گاهی کودکان نقاشی های یکدیگر را مورد نقد و ارزشیابی قرار می دادند. من به آنها اجازه می دادم تا خود آنان مدیریت ذهنی خود را در گفتگو با من و یا با دیگر کودکان تجربه کنند و این احساس را می کردم که آنهایی که در مقطع راهنمایی درس می خواندند اینچنین موردی را هرگز در زندگی خود تجربه نکرده بودند.

در واقع نمایشگاه رفته رفته از آن حال و هوای کلیشه ای به فرم واقعی خود رسیده، شکل دیگری یافت و کسب اعتبار دیگری پیدا کرد و این همان عنوان «بازی ذهن» بود که برای هر کسی بخصوص کودک و یا والدین به عنوان یک نوع



تفکردرمانی و یا مشاوره به آن نگاه می شد. حتی پا را از این معنای ساده فراتر گذاشته و پای صحبت های دیدگاه چند جوان تحصیل کرده و یاغیره به میان کشیده شد که من سه نمونه دارم. تو گویی در کنج خلوت مرکز تحقیقات محله آبادانی مسکن، وجود چنین نمایشگاهی می توانست عظیم تر از حد یک تصویر کوچک در مکانی کوچک باشد. انسان ها چقدر بزرگند و چقدر نگاه ما به آنها کوچک است! به هر حال نمایشگاه با وجود بعضی کاستی ها، شیرینی های بسیاری



برایم به ارمغان آورد که بر خودم واجب دیدم که برای آن وقت بگذارم و از سوی ارگانی و یا مسئولی، برای آن سرمایه گذاری مادی و معنوی فراهم کنم. من به خودم افتخار می کنم و به جرأت بگویم اگر در این مدت بیست سال و اندی، من برای کودکان و یا درباره کودکان پژوهش نمی کردم، مطلب نمی نوشتم یا قصه های سلسله وار به رشته تحریر در نمی آوردم، اکنون ثمره آنرا به این زیبایی و شگفت انگیزی نمی دیدم. کودکان هم اینچنین با من راحت به گفتگو نمی نشستند. گفتگویی که از سر اشتیاق و شیطنت بود، نه اجبار و سخت گیری. زیرا من هم در مقابل

آنها کودک بودم. این لطفی بود که از درون، به دلیل توانایی بازی ذهن بدست می آوردم. همانند نمایشگاه اولم این توانایی را دیدم. اهالی و مردمانی که نگاه به آثارم موجب می شد تا احساس درونشان را همانند کودکان، راحت و صمیمی با من در میان بگذارند. مردمانی که در هر فرم و شخصیتی که بودند تحول را با هم احساس می کردیم.

اکنون در محله آبادانی مسکن و مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی، عشق به صورت دیگری نقاشی می شد، در صورت بچه های مدرسه، مربیان آنان، والدین کودکان و کودکان...

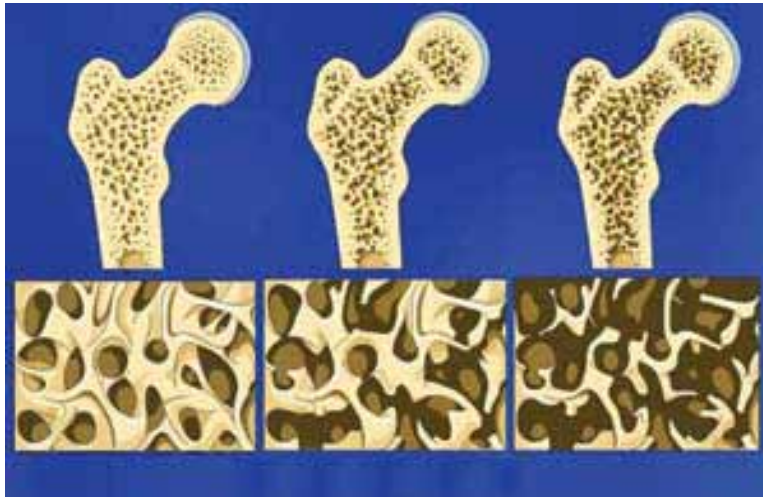
اگرچه در این نمایشگاه، تبلیغات، آنطور باید و شاید که لازمه دعوت اهالی و مردمان محله به آنجا بود انجام نگرفت و من مخاطبانی جز کودکان و یا والدین آنها که اتفاقی و عبوری به آنجای آمدند نداشتم، اما این نمایشگاه در حد و قواره خود، مخاطبان بسیاری را جذب خود نمود.

در پایان جا دارد از ریاست محترم مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقاء سلامت، سرکار خانم دکتر رشادت که مرا تا پایان نمایشگاه همواره مورد لطف و تشویق و دلگرمی خود قرار دادند تشکر و قدردانی خود را اعلام کنم و همچنین از عزیزان شاغل در مرکز و اهالی خوب محله آبادانی مسکن و از همه مهمتر به خودم خسته نباشید بگویم.





# با پوکی استخوان آشنا شویم



گردآورنده:  
رعنا ریاحی دانشجوی سال ششم پزشکی

پوکی استخوان یا استئوپروز (osteoporosis) در واقع شایع ترین بیماری متابولیکی استخوان است. در این بیماری تراکم استخوان کاهش می یابد و در واقع تخریب استخوانی شدیدتر از حالت طبیعی می شود. این بیماری، «بیماری خاموش» نیز نام دارد، زیرا تا وقتی شکستگی رخ ندهد، معمولاً متوجه آن نمی شویم. در واقع شایع ترین تظاهر این بیماری، شکستگی مهره به صورت خودبخودی یا با ضربه خفیف است که احتمال کاهش قد و خمیدگی در آن وجود دارد. خطرناک ترین تظاهر این بیماری شکستگی ران و دیگر تظاهرات آن شکستگی های استئوپروتیک ساعد، بازو و غیره می باشد.

نکته مهم اینجاست که ۵۰ درصد افرادی که شکستگی در آن ها رخ می دهد، از نظر توانایی های کلی هیچ گاه آدم قبلی نمی شوند. ۲۰ درصد این افراد کاملاً ناتوان می شوند (مثلاً روی ویلچر می نشینند) و ۲۰ درصد متأسفانه در همان سال اول از دست می روند.

## • پوکی استخوان در آینه آمارها

در آمریکا ۴ درصد کل جمعیت به پوکی استخوان مبتلا هستند.

در کانادا ۱۵/۸ درصد کل زنان بالای ۵۰ سال.

وزیر بهداشت در آستانه روز جهانی پوکی استخوان اعلام کرد: حدود ۲ میلیون زن ایرانی در معرض خطر شکستگی ناشی از پوکی استخوان قرار دارند. طبق تحقیقات انجام شده در ایران ضعف استخوان در بیش از نیمی از افراد بالای ۶۰ سال مشاهده می شود و مشکلات ناشی از پوکی و یا ضعف استخوانی در زنان بیش از مردان است. شیوع بیماری در یکی از نواحی لگن یا مهره های کمری در افراد بالای ۵۰ سال در زنان ۵.۴ و در مردان ۳.۲ درصد و حداقل شیوع ضعف استخوان در یکی از نواحی لگن و یا مهره های کمری در زنان ۴.۰ و در مردان ۳.۴ درصد است. این بیماری یکی از مهم ترین علل مرگ و میر در افراد بالای ۵۰ سال است. پوکی استخوان یک بیماری پرهزینه است که ممکن است لطمات جبران ناپذیری به نیروی کار و سطح رفاه عمومی وارد کند.

به طور کلی تغییرات تراکم استخوانی در طول زندگی یک فرد چگونه است؟

تغییرات تراکم استخوانی در سه مرحله دیده می شود:

اولین مرحله، مرحله صعودی می باشد که از کودکی تا ۲۰ سالگی ادامه دارد.



در دومین مرحله، که از ۲۰ سالگی تا ۴۰ سالگی ادامه دارد، حداکثر تراکم استخوانی دیده می شود.

و مرحله سوم، مرحله افت تراکم می باشد که از ۴۰ سالگی به بعد پیش می آید.

کاهش تراکم استخوان به تدریج با گذشت زمان و افزایش سن در همه اتفاق می افتد، اما وقتی این کاهش تراکم از یک حدی فراتر رود، به آن بیماری می گویند.

حداکثر تراکم استخوانی در جامعه مربوط به افراد ۲۰ تا ۴۰ سال است. این مقدار برای ما به عنوان مبنای در نظر گرفته می شود. افرادی که به میزان ۲/۵ انحراف معیار از این حد مبنای پایین تر باشند، بیمار نامیده می شوند (یعنی معیار T score آن ها ۲/۵- و کمتر باشد).

لازم به ذکر است که در مورد پوکی استخوان، غیر از حالت طبیعی و بیماری، حالت بینابینی هم وجود دارد که استئوپنی (معیار T score آنها ۱- تا ۲/۵- است) نامیده می شود.

### عوامل خطر

پوکی استخوان دارای عوامل خطری می باشد که به دو دسته ی عوامل خطر اصلی (ماژور) و عوامل خطر فرعی (مینور) تقسیم می شوند. آخرین توصیه های پزشکی بیان می دارند اگر فردی یک عامل خطر اصلی و یا دو عامل خطر فرعی را با هم داشته باشد، باید برای انجام «تست سنجش تراکم استخوان» معرفی شود.

### عوامل خطر اصلی عبارتند از:

۱. سن بالای ۶۵ سال (زنان) و بالای ۷۰ سال (مردان)
  ۲. یائسگی زودرس (زیر ۴۵ سال)
  ۳. شکستگی استئوپروتیک (شکستگی خودبخودی یا با ضربه خفیف) در بیمار یا بستگان درجه یک
  ۴. سابقه مصرف کورتون
  ۵. هیپرپاراتیروئیدی
  ۶. مشاهده ی استئوپنی (کاهش تراکم استخوان) در عکس رادیولوژی
  ۷. احتمال زیاد زمین خوردن (مثل افرادی که بیماری های مربوطه به مخچه دارند)
- و عوامل فرعی عبارتند از:

۱. بی حرکتی (۶ ماه در رختخواب خوابیده باشد)
۲. کمبود کلسیم و ویتامین D در رژیم غذایی
۳. کمی نور آفتاب
۴. کمبود وزن بیش از ۱۰ درصد نسبت به وزن دوران جوانی یا BMI ی کمتر از ۱۹
۵. مصرف سیگار
۶. مصرف هپارین و ضد تشنج ها
۷. بیماری هایی چون پرکاری تیروئید، کوشینگ، پرکاری غدد جنسی، دیابت نوع ۱، آرتریت روماتوئید و سندرم های سوء جذب

این نکته ضروری است که تجویز تست سنجش تراکم استخوان و تشخیص پوکی استخوان و درمان آن فقط به عهده پزشک می باشد و این پزشک است که با توجه به همه شرایط، لزوم انجام این تست را تأیید می کند.

### • نکته

در اغلب موارد پوکی استخوان بدون علامت است و در بیشتر موارد بعد از شکستگی استخوان پزشک یا بیمار را متوجه بروز بیماری می کند.

یک سری علائم قبل از شکستگی هم ممکن است پزشک را به تشخیص برساند از جمله:

۱. کوتاه شدن قد
۲. دردهای مبهم در ستون فقرات

۳. گوزپشتی
  ۴. شکستگی در اثر ضربه مختصر
  ۵. کسانی که در خانواده سابقه پوکی استخوان، یا سابقه بیماری آرتریت روماتوئید دارند
  ۶. فردی که سیگاری هستند
  ۷. فردی که الکل استفاده می کنند
  ۸. افرادی که بیش از ۶ ماه کورتن استفاده کرده اند
- همگی این افراد نیاز به بررسی استخوان ها از نظر توده استخوانی دارند

## تغذیه و پوکی استخوان



یکی از مهم ترین راه های پیشگیری از بیماری پوکی استخوان دریافت کلسیم است. مهم ترین منابع غذایی تامین کننده کلسیم، شیر و فرآورده های شیری است، به طور مثال یک لیوان شیر، ماست یا پنیر حاوی ۲۴۰ میلی گرم کلسیم است. مقدار نیاز روزانه به کلسیم بستگی به سن، جنس، رنگ پوست و شرایط محیطی دارد ولی به طور متوسط نوزادان ۴۰۰ میلی گرم، نوجوانان، جوانان و میانسالان ۱۲۰۰ میلی گرم و زنان باردار و شیرده تا ۲۰ هزار میلی گرم کلسیم در طی روز نیاز دارند. از سن ۳۵ تا ۵۰ سالگی خروج تدریجی قسمتی از ذخایر کلسیم استخوان های بدن آغاز می شود بنابراین برای تعدیل و پیش گیری از سرعت کاهش تراکم استخوانی استفاده از منابع کلسیم همراه با حرکات و فعالیت های بدنی متناسب با سن و بهره مندی از نور آفتاب بسیار مهم و ضروری است.

### راههای مقابله با پوکی استخوان

یکی از اصلی ترین روش های درمانی که زمانی برای درمان پوکی استخوان مورد استفاده قادر می گرفت، هورمون درمانی بود. ولی در حال حاضر به خاطر پیدایش داروهای جایگزین جدیدتر و نیز اطمینان نداشتن به تاثیر مثبت استروژن بویژه در دهه اول یائسگی، هورمون درمانی توصیه نمی شود. در واقع، هدف از درمان پوکی استخوان، پیشگیری از شکستگی های استخوانی با استفاده از توقف کاهش تراکم استخوانی و افزایش این تراکم و استقامت است. اگرچه تشخیص زودهنگام و درمان به موقع، به طور چشمگیری شکستگی های بعدی را کاهش می دهد، ولی هیچ یک از راه های درمانی، درمان کاملی برای پوکی استخوان به حساب نمی آیند. علاوه بر روش هورمونی، روش های دارویی نیز وجود دارد که بهتر است زیر نظر پزشک صورت گیرد.

از روش های درمانی دیگر هم می توان به روش های تغذیه ای اشاره کرد. مصرف کلسیم می تواند هم به رشد استخوان ها، درمان و هم حفظ استقامت استخوان کمک کند و یکی از راه های درمانی پوکی استخوان محسوب می شود. البته میزان مصرفی کلسیم بسته به هر فرد متفاوت است و از طریق پزشک تعیین می شود. مصرف ویتامین D هم احتمال شکستگی های ناشی از پوکی استخوان را در سالمندان کاهش می دهد و ترکیب مصرف ویتامین D و کلسیم می تواند تراکم استخوانی را تا حدی افزایش دهد.

از مهم ترین عواملی که در پوکی استخوان بسیار موثر است، فعالیت و انجام حرکات ورزشی است. طبق تحقیقات

صورت گرفته، انجام حرکات ایروبیك، وزنه‌برداری و تمرینات استقامتی تراکم استخوانی را در زنان یائسه حفظ می‌کند و حتی تراکم آن را بالا می‌برد. انجام تردمیل (دو درجا)، انجام حرکات ژیمناستیک، پرش و تمرینات استقامتی بیشترین تاثیر را روی افزایش تراکم استخوانی زنان یائسه می‌گذارد

### در پایان توصیه های ذیل را برای پیش گیری از ابتلا به بیماری پوکی استخوان به همه مردم پیشنهاد می‌کنیم.

۱. به طور منظم ورزش کنید. ورزش یکی از عوامل مهم برای قرار گرفتن کلسیم در داخل استخوان و محکم شدن استخوان هاست. پیاده روی ورزش مناسبی است اما اگر به پوکی استخوان مبتلا هستید قبل از آغاز هرگونه تمرین ورزشی با پزشک خود مشورت کنید.
۲. هر روز مواد غذایی حاوی کلسیم، به خصوص شیر و لبنیات، ماست، کشک و پنیر، انواع کلم، برگ های تربچه، گوشت، جعفری، بادام، فندق، کنجد و پرتقال استفاده کنید. میزان کلسیم روزانه برای بزرگسالان بین ۸۰۰ تا ۱۲۰۰ میلی گرم است. هر لیوان شیر بزرگ دارای ۳۰۰ میلی گرم کلسیم است.
۳. شیر منبع خوبی برای کلسیم است، اما از اضافه کردن چای، پودر نسکافه، پودر کاکائو و قهوه به شیر اجتناب کنید چون جذب کلسیم را کم می‌کند.
۴. شربت های کاهش دهنده اسید معده را فقط با تجویز پزشک مصرف کنید زیرا نمی‌گذارند کلسیم غذا جذب شود.
۵. تا حد امکان نوشابه های گازدار کمتر مصرف کنید چون جلوی جذب کلسیم غذا را می‌گیرد.
۶. از جمله عوارض استفاده از دخانیات و مصرف الکل، تشدید پوکی استخوان است پس از استعمال آن در هر سنی اجتناب کنید.
۷. ویتامین D با افزایش جذب کلسیم از پوکی استخوان جلوگیری می‌کند برای تامین آن هر روز ۱۵ تا ۳۰ دقیقه در مقابل نور مستقیم خورشید قرار بگیرید.

### پیام‌های اصلی روز جهانی پوکی استخوان

۲۰ اکتبر (۲۸ مهر) هر سال «روز جهانی پوکی استخوان» (WOD) نامیده می‌شود. شعاری که «بنیاد بین‌المللی پوکی استخوان» (IOF) برای امسال انتخاب کرده «اشتهای خوب، نقش غذا و تغذیه در ساختن و حفظ کردن استخوان‌های محکم» است. پیام این روز این است که با وجود وخیم بودن بیماری پوکی استخوان، افراد می‌توانند مسئولیت سلامت استخوان‌هایشان را با ساختن استخوان‌هایی محکم، از طریق اصلاح شیوه زندگی به عهده بگیرند. محور پیام‌ها در سال ۲۰۰۵ «ورزش» بود، و اینبار با پیام «تغذیه»، مرحله‌ی دیگری از پیکار سه ساله‌ی WOD برای اصلاح «شیوه زندگی» برای جلوگیری از پوکی استخوان شکل می‌گیرد. اهمیت این بیماری و شیوع آن در دنیا به اندازه‌ای است که همه ساله ۲۰ اکتبر را به عنوان روز پیش گیری از پوکی استخوان نام گذاری کرده و صاحب نظران و کارشناسان درباره علل ایجاد آن، راه های پیش گیری و جدیدترین شیوه های درمانی اطلاع رسانی می‌کنند.

اهمیت تغذیه سالم (شامل دریافت کافی کلسیم، ویتامین D و پروتئین) با این پیام‌ها مورد تاکید قرار گرفته است.

### تغذیه سالم موجب :

- به کسب حداکثر توده استخوانی در کودکان و نوجوانان (به خصوص در سنین ۸ تا ۱۵) کمک می‌کند.
- به حفظ سلامتی کلی در دوران بزرگسالی (۳۵ تا ۵۰ سالگی) کمک می‌کند.
- به عنوان بخشی از برنامه درمان/توانبخشی در برای افراد دچار شکستگی (بالای ۵۵ سال)
- اختلالات مربوط به خورد و خوراک می‌تواند تاثیری منفی بر سلامتی استخوان داشته باشد (به خصوص در سنین

۱۲ تا ۲۰

منابع

۱. www.khorasannews.com

۲. Medicinenet



## نگاهی به موضوع «فقر»

نگارنده: سودابه نجفی؛ نیروی مردمی مرکز تحقیقات- دانشجوی سال سوم علوم اجتماعی دانشگاه پیام نور

### تعریف فقر در منظر اهل لغت:

لغت شناسان برای فقر معانی بسیار ذکر کرده اند. بخشی از این معانی عبارت است از: تنگدستی، تهیدستی، پریشانی، شکستن، کنده کاری کردن، دهانه ی قنات و گودالی که در آن نهال خرما می کارند. آنچه در این تحقیق مورد نظر ماست، تنگدستی و تهیدستی است که از دیگر معانی مشهورتر می نماید. افزون بر این لغت شناسان، مبتلا به درد کمر و یا شکستگی ستون فقرات را فقیر نگاهشته اند. بر این اساس، تهیدست را فقیر می خوانند؛ زیرا ستون فقرات توانایی اش شکسته است.

### انواع فقر

#### فقر جسمی

شخصی که نقص عضو دارد، دچار فقر جسمی است؛ بدین ترتیب، معلولان در شمار فقیران جای دارند؛ هر چند از ابعاد دیگر در درجات بالایی از توانگری باشند. البته چنین فقری اغلب به فقر مالی نیز می انجامد. فقر فرهنگی.

بی تردید خرد یکی بزرگ ترین نعمت های خداوند متعال است. چنان که حضرت علی (ع) می فرماید: هیچ نعمتی از عقل برتر نیست؛ ولی برخی از انسان ها از این نعمت بزرگ بی بهره یا کم بهره اند. عقل مراتب مختلفی دارد. گروهی از پایین ترین مرتبه ی آن یعنی توان درک نیز بی بهره اند. گروهی دیگر، به رغم برخورداری از این مرتبه از مراتب بالاتر آن یعنی مرحله ی کسب دانش و نیز عقل عملی، که سبب تشخیص درست از نادرست می گردد، بی بهره اند. حضرت علی (ع) می فرماید: هیچ فقری مانند نادانی نیست.

#### فقر مالی

این نوع فقر، که موضوع اصلی بحث ماست، فقر مالی، فقر اقتصادی، فقر معیشتی و محرومیت نیز خوانده می شود.

### آثار فقر

#### ۱. آثار اقتصادی

از آن جا که فقر پدیده ای اقتصادی است، به طور طبیعی در حوزه ی اقتصاد آثاری ویران گر برجای



می نهد. این پدیده چنانچه به موقع شناسایی و نابود نشود، چون غده بی سرطانی گسترش یافته، جامعه را فرا می گیرد و به مرگ اجتماع می انجامد؛ به تعبیر جامعه شناسان، فقر فقر می زاید و به طور معمول فرزندان فقرا در محرومیت باقی می مانند. مورد استفاده قرار نگرفتن امکانات بالقوه اقتصادی، فقدان سرمایه ی لازم برای سرمایه گذاری، کمبود تقاضا برای نیروی کار، پایین بودن مزد ها و رشد منفی، از دیگر آثار اقتصادی فقر است؛ زیرا فقرا، به سبب محرومیتی که دارند، به طور معمول از تحصیلات و تخصص لازم بی بهره اند؛ در نتیجه، از ظرفیت کارخانه ها و مزارع و دیگر منابع و امکانات استفاده ی کامل نمی شود، تولید کاهش می یابد و در نهایت، کشور فقیر برای تأمین نیازهای اساسی اش، ناگزیر ارزش های خود را زیر پا می نهد. دست نیاز به سوی کشورهای ثروتمند دراز می کند و به وابستگی اقتصادی، که اغلب به وابستگی سیاسی می انجامد، تن می دهد.

## ۲. آثار فرهنگی

آثار فرهنگی فقر در جامعه بسیار گسترده تر از آثار اقتصادی آن است. برخی از این آثار عبارت است از:

- الف) ضعف عقیدتی

محرومیت های اقتصادی ناشی از فقر، در افرادی که ظرفیت کافی ندارند و از سویی به سبب فقر از فراگیری تعالیم دینی بی بهره اند، به سست شدن ارکان ایمان می انجامد و ممکن است اعتقادشان به مبدأ هستی را ضعیف کند. پیامبر اکرم (ص) می فرماید: «اگر رحمت پروردگارم بر فقرا نبود، نزدیک بود فقر به کفر بینجامد.»

حضرت علی (ع) فقر را موجب ضعف ایمان و سستی دین می داند.

- ب) ضعف علمی

کمبود مراکز آموزشی و مربیان مجرب یکی از آثار فقر در سطح جامعه است. علاوه بر این، امکانات محدود جامعه نیز تنها در اختیار گروه های خاصی که از توانایی مالی برخوردارند، قرار می گیرد. در کشورهای فقیر معمولاً کودکان از سنین پایین در کنار سرپرست خانواده برای تأمین نیازهای اولیه زندگی تلاش می کنند و به همین سبب، آمار ترک تحصیل نوجوانان بسیار بالاست.

- ج) اضطراب و ناراحتی های روحی

وقتی فاصله ی طبقاتی در جامعه ای شدت یابد، به تدریج کینه ها و عقده های روحی در درون فقرا ریشه می دواند و حالت نومیدی و افسردگی آن ها را فرا می گیرد و آثار اجتماعی زاینباری به ارمغان می آورد.

- د) رخت برپستن صفات پسندیده

انسان های نیازمند، به سبب تزلزل روحیه ای که دارند، اغلب گرفتار ضعف شخصیت شده، به تدریج خصلت های والای خود را از دست می دهند. به بعضی از صفات ناپسند مبتلا می شوند؛ برای مثال وقتی نیازمندی می بیند کسی سخن راستش را باور نمی کند، کم کم در برابر دروغ گویی بی تفاوت می شود.

## ۳. آثار اجتماعی

میان محرومیت های اقتصادی و مسائل فرهنگی - اجتماعی پیوندی مستحکم وجود دارد. آثار گونه گون فقر در هنجارهای جامعه نیز تأثیر می گذارد.

مهم ترین اثر اجتماعی فقر که خود به آثار دیگر می انجامد، ضعف شخصیت تهیدستان است. فقیران، به سبب برخوردار نبودن از امکانات مادی و موقعیت اجتماعی، در جامعه مورد تحقیر قرار می گیرند؛ اگر حقیقی از آن ها پامال شود، کسی گفتارشان را نمی پذیرد. بنابراین، قدرت دفاع از حق خود را از دست می دهند و نومید به انزوا روی می آورند. آثار فقر در صحنه ی اجتماع بسیار خطرناکتر و ویرانگرتر است. بخشی از این آثار، که به طور عمده زاینده ی عقده های روحی و تحقیرهای اجتماعی و سلب شخصیت تهیدستان شمرده می شود، عبارت است از: بالا رفتن آمار جرائم و بزهکاری حتی در میان کودکان و نوجوانان، طلاق، اعتیاد، فحشا، تکدی و ولگردی.

## ۴. آثار سیاسی

فقر و محرومیت سبب می شود تهیدستان در برابر دولتمردان احساس کینه و دشمنی کرده، در اجرای برنامه های دولت کارشکنی کنند. هر چند این گروه ها از موقعیت اجتماعی بی بهره اند؛ ولی بدان دلیل که بیش تر مردم را شکل می دهند، رضایت آن ها موجب مستحکم شدن پایه های حکومت و ناخشنودی آن ها سبب فروپاشی آن می شود. هر گاه مردم فقیر به حکومت خود اعتقاد و اعتماد نداشته باشند، به سادگی بازیچه ی گروه های مخالف دولت می شوند و در برابر مزدی ناچیز مقاصد آنان را اجرا می کنند.

همانا عامه ی مردم ستون دین و ساز و برگ در برابر دشمنان شمرده می شوند؛ پس باید توجه تو به آنان بیش تر و میل تو به ایشان فزون تر باشد.

بسیاری از افراد در فقر خود نقشی ندارند. این پدیده بر آن ها تحمیل شده است و آن ها ناگزیرند با آن دست و پنجه نرم کنند. البته گروهی در برابر این عوامل مقاومت می کنند و می کوشند خود را از چنگال آن برهانند؛ ولی دسته یی سر تسلیم فرود می آورند و واکنشی جدی از خود نشان نمی دهند. منابع دینی انسان را به طور جدی به مقاومت در برابر این گونه فقر تشویق می کند و کسانی را که، به رغم توانایی، از مقاومت می پرهیزند، مورد سرزنش قرار می دهد. این منابع توانایان مقاومت گریز را منظم خوانده، سبب تقویت ستم کاران می شمارد و در مقابل تلاش کنندگان در برابر فشار ستمگران را مظلوم و برخوردار از پاداش می داند.

### مهم ترین عوامل این نوع فقر عبارت است از:

#### الف) عوامل طبیعی

گاه حوادثی رخ می دهد که شیرازه ی زندگی ها را فرو می پاشد و زمینه ساز فقری جانکاه می شود. مرگ یا معلولیت سرپرست خانواده، زلزله، آتش سوزی، سیل، سرقت و خشک سالی بخشی از عوامل طبیعی فقر تحمیلی به شمار می آید.

#### ب) عوامل اقتصادی

مهم ترین عوامل پیدایش فقر تحمیلی را باید در عرصه ی اقتصاد جست و جو کرد؛ و عامل اصلی در بین این عوامل، نوع روابط اقتصادی حاکم بر جامعه است. روابط ناسالم اقتصادی بر بسیاری از مردم تأثیر می نهد، شکاف طبقاتی میان اقلیت پردرآمد و اکثریت تهیدست را فزونی می بخشد و ممکن است سرانجام اقتصاد کشور را فلج کند؛ برای مثال اجرای اقتصاد سرمایه داری در کشورهای توسعه نیافته می تواند پیآمدهای زیانبار در پی داشته باشد؛ پیآمدهایی که هر یک از عوامل مهم ایجاد و گسترش فقر به شمار می آید. بخشی از این آثار عبارت است از:

- توزیع ناعادلانه ی ثروت:

در جوامعی که ثروت ها و منابع طبیعی، در اختیار گروه هایی خاص قرار می گیرد و بسیاری از مردم از آن بی بهره اند، فقر فراگیر می شود و به تدریج فاصله ی طبقاتی فزونی می یابد. هر چند خصوصیات شخصی طبقات فقیر، چون تنبلی، بی کارگی، پایین بودن سطح فرهنگ و برخی از عوامل دیگر اقتصادی و اجتماعی در تهیدستی بیش تر کم درآمدها مؤثر است؛ ولی در اکثر موارد سبب اصلی ستم سرمایه دارانی است که تنها به سود خود می اندیشند.

البته منشأ نابرابری اقتصادی و پدید آمدن فاصله ی طبقاتی را باید در مراحل مختلف قبل از تولید، تولید و توزیع

جست و جو کرد

- افزایش بی رویه ی قیمت ها:

یکی از ویژگی های اقتصاد سالم، ثبات نسبی قیمت هاست. تورم های لجام گسیخته آثار سوء فراوانی در ابعاد مختلف اقتصاد برجای می نهد. بخشی از این آثار در توزیع درآمدها، پس انداز، تولید، بودجه ی دولت و موازنه ی تراز پرداخت ها قابل مشاهده است که هر یک به نحوی در پدیده ی فقر تأثیر می نهد. برخی از محققان اثر تورم بر توزیع درآمدها را از دیگر

موارد مهم ترمی دانند و سبب فقر فراگیر و افزایش شکاف طبقاتی می شمارند.

«لفت و بیج» و «شارپ» می گویند:

تورم برای بعضی به منزله ی مالیات و برای برخی دیگر به مثابه نوعی کمک مالی (سوبسید) است. یکی از خصوصیات تورم، ناهم آهنگی تغییرات قیمت ها و درآمدهاست. بدین ترتیب که بهای برخی از کالاها و درآمد بعضی از گروه ها، با آهنگی شدید افزایش می یابد؛ در حالی که بهای بخشی دیگر از کالاها و درآمد سایر طبقات به کندی بالا می رود یا ثابت می ماند. نتیجه ی این عدم تناسب، فقیر شدن طبقات متوسط و شدت یافتن فقر طبقات ضعیف است.

- فقدان امکانات شغلی:

بی کاری بلای اجتماعی - اقتصادی شناخته شده ای است که به از دست دادن حیثیت و کاهش تولید و پس انداز می انجامد و از عوامل مهم پیدایش و تشدید فقر شمرده می شود. پایین بودن نرخ بی کاری از شاخص های مهم توسعه ی یک کشور به شمار می آید و به همین جهت، ایجاد فرصت های شغلی برای جویندگان کار یکی از اهداف سیاست های اقتصادی است. البته چنان که در فقر ارادی اشاره شد، برخی از افراد، به رغم وجود امکانات شغلی، به سبب تنبلی یا نداشتن تخصص لازم بی کارند.

- ضعف مدیریت و تخصص نیروی انسانی:

یکی از علل عمده ی فقر کشورها، فقدان مدیریت متخصص و کاردان در امور اقتصادی است و چه بسا از این طریق زبان های فراوانی به مسلمانان وارد می شود. آیات و روایات بسیار، مؤمنان را از سپردن کارها به غیر متخصصان و ناآگاهان باز داشته است. در قرآن کریم می خوانیم:

**و لا توتوا السفهاء اموالکم الّتی جعل الله لکم قیاماً. (۶۸)**

اموالتان را، که خدا مایه ی سامان یابی زندگی شما قرار داده است، در اختیار کم خردان قرار ندهید. امام صادق(ع) غیر متخصصان دخالت کننده در امور را در شمار خیانت پیشگان قرار داده است؛ زیرا هر دو سرمایه های کشور را نابود می کنند. آن حضرت هم چنین به ناشایستگی که امور مسلمانان را به عهده گرفته اند، هشدار می دهد.

- بازدهی پایین و عدم کارآیی در تخصیص منابع:

بیش تر اقتصاددانان اقتصاد را به معنای استفاده ی بهینه از منابع کمیاب می دانند. هر کشوری که از منابع خود بهتر استفاده کند، در توسعه موفق تر خواهد بود. استفاده ی نادرست و غیر اقتصادی از این منابع اشکال مختلفی دارد؛ یکی از مهم ترین این اشکال، که بسیاری از کشورهای جهان سوّم با آن دست به گریبانند، فروش منابع طبیعی به صورت خام است. کشورهای ثروت مند این منابع را به بهای ارزان می خرند و پس از انجام تغییراتی به بهای گزاف به صاحبان اولیه ی آن ها می فروشند. نکته ی قابل توجه آن است که گاه از نیروی کار ارزان و نیز پس انداز همین کشورها در بانک های کشورهای توسعه یافته، برای تبدیل این منابع استفاده می شود. در این موارد، کشورهای ثروت مند نقش دلّالان ماهر را بازی می کنند؛ واسطه هایی که در چهره ی دایه های دل سوزتر از مادر ثروت های هنگفت کشورهای عقب مانده رامی ربایند. و سرانجام با فروش فرآورده های صنعتی به مردم این سرزمین ها، اندک پولی را، که در مقابل منابع و کار فراوان به آن ها داده اند، از آنان باز می ستانند.

استفاده ی نادرست از منابع در کشورهای فقیر بدانچه گفته شد، محدود نمی شود. مصرف گرایی و بد تر از آن تهیه و به کارگیری مواد مخرب که اغلب بسیار گران است، از موارد دیگر اتلاف منابع شمرده می شود؛ و کشورهای استعمارگر در این جهت نقش اساسی دارند. بر اساس آموزش های دینی، مسلمانان در حفظ اموال عمومی و استفاده ی درست از آن ها مسئولند و باید از اسراف، زیاده روی و تدبیر نادرست در این اموال پرهیزند.

منبع:

نگاهی به فقر و فقر زدایی از دیدگاه اسلام، سعید فراهانی فرد، مؤسسه فرهنگی دانش و اندیشه ی معاصر به سفارش کانون اندیشه جوان، زمستان ۱۳۸۴.



## راهنمای والدین در ایام امتحانات

نگارندگان:

دکتر اسد محمدی؛ سرپرست مرکز بهداشت شهرستان جوانرود  
رسول نعمتی؛ روانشناس، عضو مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقاء سلامت، کارشناس بهداشت روان مرکز بهداشت

والدین عزیز، اضطراب امتحان، حالت تشویش، نگرانی و هیجان ناخوشایندی است که اغلب دانش آموزان در ایام امتحان به آن مبتلا می شوند. گاه این اضطراب با سردرد، سرگیجه، دل درد، تپش قلب، تنگی نفس و ... همراه است. محور اصلی بحث های قبل از امتحان (آرامش) است. آرامش در واقع نوعی انرژی مثبت و قدرت محض ایجاد می کند که اگر در نقطه ای متمرکز شود، قادر است امور مختلف انسانی را به توازن برساند. برای ایجاد این آرامش در محیط منزل و در ایام امتحانات موارد زیر توصیه می شود:

- ۱ - برنامه امتحانی فرزندان را ببینید و در برنامه ریزی مناسب مطالعه درسهای مختلف به او کمک کنید.
- ۲ - نسبت به خواب و خوراک فرزندان در روزهای امتحان حساس و دقیق باشید. در شب امتحان بچه ها باید بموقع بخوابند و صبح صبحانه ای مناسب و کافی بخورند، بیدار ماندن شب امتحان باعث عدم تمرکز و خواب آلودگی در سر جلسه امتحان می شود.
- ۳ - نسبت به آرامش فرزندان حساس باشید. در ایام امتحان بایستی در محیط خانواده آرامش حاکم باشد و از بحث و جدل و درگیری های خانوادگی و فامیلی به شدت پرهیز شود چون آرامش بچه ها را بهم می زند و باعث افت تحصیلی آنها می شود، آرام باشید و آرامش بدهید.
- ۴ - در ایام امتحانات، سعی کنید در منزل کمتر تلویزیون، رادیو، ضبط صوت، ویدئو و غیره روشن شود (محدودیت ایجاد کنید)، شب نشینی و مهمانی رفتن را به شدت کم کنید چون حتی یک ساعت فرصت مطالعه در این ایام نباید هدر رود.
- ۵ - در صورت امکان، در ایام امتحان، اطاق یا مکان مطالعه جداگانه ای برای فرزندان در نظر بگیرید و از شلوغی و سروصدا در اطراف او جلوگیری کنید.
- ۶ - در ایام امتحان بچه ها نباید کارمنزل انجام دهند مثلاً نان خریدن، خرید بازار و غیره را خودتان انجام دهید.
- ۷ - فرزندان را تشویق کنید که به خوبی و مرتب درس بخواند و اگر نقطه ضعف درسی دارد سعی کنید با مشورت معلمین و اولیای مدرسه و نزدیکان با سواد خود آنرا رفع کنید.
- ۸ - همیشه در مورد امتحان و نتیجه آن امیدوار کننده و دلگرم کننده صحبت کنید و از ترساندن بچه در این مورد خودداری کنید. هیچوقت نباید ارزش و شخصیت فرزندان را با نمراتی که می گیرد بسنجید، چون ترس از شکست و عدم قبولی در دانش آموزان آنان را چنان نگران و پریشان می کند که راه دستیابی به موفقیت برایشان غیر ممکن و سخت جلوه می کند.
- ۹ - خواسته شما از فرزندان در نمرات امتحانی بایستی در حد توان و استعداد او باشد نه بیشتر چون خواسته های خارج از توان بچه ها موجب پریشانی و نگرانی آنها می شود.
- ۱۰ - تفاوت های فردی خدادادی بچه ها را به یاد داشته باشید و لذا نمرات بچه ها را با یکدیگر مقایسه نکنید چون این کار باعث ایجاد فشار روانی و بدبینی کودکان نسبت به یکدیگر می شود.
- ۱۱ - اگر فرزندان در درسی نمره پایین گرفت راه حل آن تنبیه و تهدید نیست و سخت گیری بی مورد فقط باعث تشدید اضطراب دانش آموز و ترس و گریز او از درس و مدرسه می شود. بلکه یافتن راهی است برای رفع علت اصلی آن، که همانا ضعف یادگیری کودک می باشد.



## کوتاه اما گویا

گردآورنده: مهسا امینی، دانشجوی سال دوم مهندسی صنایع غذایی، همکارمردمی مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقاء سلامت

- اگر می خواهید خودتان شاد باشید، اول دیگران را شاد کنید. (ویلیام مکبث)
- انسان خوشبخت نمی شود اگر برای خوشبختی دیگران تلاش نکند. (دوسن پیر)
- اگر بر خود مسلط باشیم، فرمانروای سرنوشت خود هستیم. (کلینگر)
- اگر برنده شوی نیاز نداری که توضیح بدهی، اما اگر بازنده شوی بهتر است آنجا نباشی تا مجبور شوی توضیح بدهی. (هیتلر)
- سه جمله برای دستیابی به موفقیت: ۱) بیشتر از دیگران بدان. ۲) بیشتر از دیگران کار کن. ۳) کمتر از دیگران توقع داشته باش. (ویلیام شکسپیر)
- خداوند همه چیز را در یک روز نیافریده است، پس چه چیز باعث شده که من بیندیشم که می توانم همه چیز را در یک روز به دست بیاورم؟ (ابن عطا)
- اگر کسی احساس کند که هرگز در زندگی دچار اشتباه نشده است، این بدان معنی است که هرگز به دنبال چیزهای تازه در زندگیش نبوده است. (آلبرت اینشتین)
- به همه اعتماد داشتن خطرناک است. به هیچکس اعتماد نداشتن خطرناکتر است. (آبراهام لینکلن)
- اگر خاموش باشی تا دیگران تو را به سخن آرند بهتر از آنکه گویی تا دیگران خاموش کنند. (سقراط)
- هرگز این چهار چیز را در زندگیت نشکن: اعتماد، قول، رابطه و قلب. زیرا وقتی اینها را می شکنند، صدا ندارند ولی درد بسیار دارند. (چارلز دیکنز)
- بدترین الفاظ اینها هستند: نمی توانم، نمی دانم و نمی شود. (ناپلئون بناپارت)
- با داشتن اراده قوی مالک همه چیز هستی. (گوته)
- خودت را با هیچ کس در این دنیا مقایسه نکن. اگر این کار را بکنی به خودت توهین کرده ای. (آلن استرایک)
- من نمی خواهم گفت هزار بار شکست خوردم، بلکه خواهم گفت من کشف کردم که هزار راه برای شکست خوردن وجود دارد. (ادیسون)
- اگر روزی فرا رسید که هیچ مشکلی برای حل کردن نداشتی بدان که در مسیر اشتباهی حرکت کرده ای. (سوامی ویوکاناندا)
- مسئولیتی در جهان بزرگتر از انسان بودن نیست و چه خوب که تو نیز به آن مومن باشی. (لئوبوسکالیا)

## خطرناک ترین وضعیت

گردآورنده: مهناز قاسمی، همکار مردمی و رابط بهداشتی همکار مردمی مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقاء سلامت



گفت: خطرناک ترین وضعیت برای یک شهر چیست؟

گفتم: زلزله گفت: نه

گفتم: وبا گفت: نه

گفتم: سیل گفت: نه

گفتم: راه بندان گفت: نه

گفتم: شیوع اعتیاد گفت: نه

گفتم: وجود افراد جنایتکار گفت: نه

گفتم: جواب را نمی دانم.

گفت: خطرناک ترین وضعیت برای یک شهر، وجود شهروندان بی اعتنا است. آنها خانه هایی می سازند که در مقابل زلزله استحکام ندارد. چنان بدون بهداشت زندگی می کنند که در مقابل بیماری ها امان ندارند، در مسیری تفریح می کنند که برای فرار از سیل زمان ندارند و چنان به آموزش و پرورش فرزندان شان بی اعتنا هستند که از انواع ناهنجاری های اجتماعی از جمله اعتیاد و جنایت و دزدی امان ندارند.

منابع:

۱- شهر خوب - شهروند خوب: تألیف دکتر غلامحسین عدالتی

۲- مجله بهروز، سال نوزدهم، شماره ۴، زمستان ۸۷.

# اسباب بازی مناسب برای

## کودکان



نگارنده: سیده حکیمه هاشمی دانشجوی سال ششم پزشکی

کودکان علاقه‌مند به فعالیت و بازی‌اند. با هر نوع شیء و وسیله به بازی می‌پردازند و به نوعی خود را سرگرم می‌کنند. آنها توجهی به سود بخشی بازی و اثرات آن ندارند و فقط می‌خواهند بازی کنند.

بدیهی است که بازی کودکان همواره متأثر از وسایل و ابزار است که در اختیار دارند. یکی از گرفتاری‌های جوامع مصرف‌کننده این است که تولیدکنندگان و فروشندگان وسایل مربوط به نوزادان و کودکان از علاقه و دل‌بستگی والدین نسبت به رفاه، سلامت و رشد کودکان سوء استفاده کرده، با بهره‌گیری از کم‌اطلاعی آنان در مورد مراحل رشد و نیازهای کودکان، هر روز وسایل و کالاهای جدید و غالباً غیر ضروری و بعضاً مضر را به صورت اسباب‌بازی، پوشاک و لوازم التحریر و غیره عرضه می‌کنند.

باید والدین آگاه باشند که هر چیزی را تحت عنوان اسباب‌بازی خریداری نکنند. همانطور که در مورد مواد غذایی کودک دقت و وسواس به خرج می‌دهند که سالم و بهداشتی باشد، باید به غذای روحی و روانی (اسباب‌بازی، کتاب، برنامه‌های تلویزیونی و...) نیز توجه کنند.

چه بسیارند وسایل و اسباب‌بازی‌هایی که نه تنها موجبات رشد کودکان را فراهم نمی‌کنند، بلکه سبب وارد آمدن صدمه بدنی، فکری و حتی اخلاقی به فرزندان هم می‌شوند.

**شما می‌توانید موارد زیر را در هنگام انتخاب اسباب‌بازی برای کودک خود در نظر بگیرید و می‌توانید این موارد را به هر کسی که مایل است برای کودک شما بعنوان هدیه اسباب‌بازی تهیه کند، یادآوری کنید:**

۱. اطمینان حاصل کنید که اسباب‌بازی برای کودک مناسب است:

آیا این اسباب‌بازی با سطح تواناییها کودک شما تطابق دارد؟ بر روی اکثر اسباب‌بازیها برجسیبی وجود دارد که سن مناسب برای استفاده از اسباب‌بازی را نشان می‌دهد و شما می‌توانید از این برجسیبها به عنوان نقطه شروع برای انتخاب اسباب‌بازی مناسب برای کودک استفاده کنید. هنگام انتخاب اسباب‌بازی‌هایی که تنها برای برخی سنین مناسب هستند، در مورد تواناییها و میزان رشد کودک خود واقع بین باشید. برخی اسباب‌بازیها به گونه‌ای طراحی شده‌اند که بایستی توسط کودک پرتاب شوند؛ یا برخی دیگر از اسباب‌بازیها قسمتهایی دارند که از اسباب‌بازی جدا شده و به این طرف و آن طرف می‌پرد؛ اینگونه اسباب‌بازیها برای کودکان زیر چهارسال و یا حتی برای کودکان زیر شش سال مناسب نیستند. همین‌طور اگر کودک شما هنوز هم اشیاء اطرافش را در دهان می‌گذارد که این حالت ممکن است تا چهار سالگی هم مشاهده شود اسباب‌بازی‌هایی را که قطعات کوچک و ریز دارند به او ندهید. این موضوع ساده و به ظاهر بی‌اهمیت ممکن است کودک شما را دچار خفگی کند.



۲. در انتخاب اسباب بازی برای کودکان کمتر از سه سال بسیار مراقب باشید:
 

قطعات اسباب بازی برای کودکان کمتر از سه سال باید بزرگتر از اندازه دهان آنها باشد تا از احتمال بروز خفگی جلوگیری شود. به یاد داشته باشید که بچه های کوچک با اسباب بازیهای بچه های بزرگتر هم بازی می کنند و این بدان معناست که اگر کودک یک ساله شما خواهر یا برادر بزرگتر دارد باید بسیار مراقب باشید. همینطور وقتی به خانه دوستان یا اقوامی می روید که ممکن است کودکانشان فرزند شما را برای سرگرم کردن به اطاق بازی خود ببرند.
۳. به این فکر کنید که آیا این اسباب بازی بیش از حد سنگین است؟
 

اگر روی کودک بیفتد او را زخمی می کند؟ در این صورت این اسباب بازی را نخرید.
۴. آیا طناب یا نخ با طول بیشتر از ۳۰ سانتی متر در اسباب بازی به کار رفته است؟
 

این نخ می تواند دور گردن کودک بیفتد و او را خفه کند. هنگامی که کودک شما یاد گرفت که با دستها و پاهایش از مکانهای مختلف بالا برود چیزهای متحرک و آویزان را از رختخواب او دور کنید. خصوصا مراقب اسباب بازیهای قدیمی باشید. مثلا یک تلفن اسباب بازی که سیم آن می تواند برای کودک خطرناک باشد را می توانید با مدل های جدیدتر تلفنهای بی سیم جایگزین کنید.
۵. اسباب بازی هایی را جست و جو کنید که مرتبط با علایق کودکانتان باشند:
 

نوع انتخاب و نحوه استفاده از وسایل بازی، فعالیتی ذهنی است و هر کودکی علایق و احتیاجات متفاوتی دارد. راه حل مناسب این است که از علایق کودکانتان و چیزهایی که از شما می خواهند، پیروی کنید و خواسته های آنها را محدود نکنید.
۶. وسایل بازی ای را جست و جو کنید که کودک را بطور فعالی در بازی متعهد می سازد:
 

وسایلی را انتخاب کنید که کودکان را برخلاف سرگرمی های غیرفعال، تشویق به انجام فعالیت های پیچیده کنند.
۷. در دوران نوزادی (هفته های اول تولد) جغجغه و عروسک حیوانات مسطح مثل پروانه برای بچه ها کافی است:
 

می توان این اسباب بازی ها را به رنگ های شاد و مورد علاقه کودکان تهیه و از بالای تخت آنها آویزان کرد. از تولد تا یک سالگی، یک مجموعه کامل از حیوانات پلاستیکی برای بچه ها لازم است.
۸. از سال دوم به بعد جنسیت کودک در نوع اسباب بازی او تاثیر می گذارد:
 

برای دختران انواع عروسک و وسایل پلاستیکی آشپزخانه و برای پسران، انواع ماشین و مجموعه های پلاستیکی از ابزار کار مثلا نجاری فراهم کنید.
۹. در حدود سه سالگی اسباب و وسایلی برای کودک تهیه کنید که با آنها چیزی بسازد:
 

خمیر، لگو و شن استریل خلاقیت کودک را بر می انگیزد. بویژه خمیر به کودک امکان می دهد که هر آنچه در تخیل دارد با روش خاص خود بسازد.
۱۰. «توپ» مورد علاقه تمام کودکان است و باید از ماه های اول در رنگ ها و اندازه های گوناگون برای آنها تهیه شود.
۱۱. بچه ها از سه سالگی به بعد باید اسباب بازی هایی مشابه وسایل منزل در میان اسباب بازی های خود داشته باشند:
 

وسایل آشپزخانه برای دختران، تلویزیون کوچک، میز و صندلی، ساعت پلاستیکی و دیگر اشیای معادل در زندگی بزرگترها را هم برای دختران و هم برای پسران تهیه کنید.
۱۲. در سال های بعد برای آنها پازل فراهم کنید.
۱۳. در سنین بالاتر می توان شطرنج را هم به فرزندان آموخت.

منابع:

(۱) saremagazine.com  
(۲) health.seemorgh.ir

# مقدمه ای بر توان بخشی حرفه ای معلولان



گردآورنده: زبیره سلیمی دانشجوی سال ششم پزشکی

## معلولان در گذر زمان

در طی قرون گذشته برخی افکار تعصب آمیز، خرافات و نگرش افراد غیر معلول، به میزان قابل ملاحظه ای تعیین کننده کیفیت زندگی و سرنوشت افراد معلول بوده است، این واکنش نسبت به این افراد را می توان به پنج مرحله تاریخی تقسیم نمود:

- ۱- نگهداری در نوانخانه ها، دورکردن آنان از معرض دید مردم
- ۲- نگهداری معلولان در شبانه روزی ها بر اساس نوع معلولیت (خدمات موسسه ای)
- ۳- حذف و طرد معلولین از جامعه
- ۴- تشویق و حمایت معلولین در جهت زندگی در کنار خانواده و جامعه (خدمات تلفیقی)
- ۵- خودکوفایی - حمایت از آنان در جهت دستیابی به نهایت توانایی های خود

## حذف و طرد معلولان جامعه

همانطور که بیان شد نگرش افراد جامعه نسبت به معلولان در تعیین نحوه برخورد با آنان موثر بوده، بنابراین عواملی همچون عقاید خرافی، نژاد پرستی و ترس از مواجه شدن با مشکل معلولیت بعضی از افراد یا جوامع را بر آن داشته که به جای حمایت از معلولان به حذف و طرد آنان مبادرت نمایند.

## نگهداری در نوانخانه ها، دورکردن آنان از معرض دید مردم:

اولین نوانخانه در اوایل قرن شانزدهم در اروپا ایجاد گردید. هدف از ایجاد آن، کمک به اقشار آسیب پذیر من جمله معلولان بود که در شرایط بد اقتصادی می زیستند، در آن دوران موسسات خیریه توانایی حمایت از این گروه را نداشتند بنابراین نوانخانه ها با سرمایه دولت ایجاد شد تا اینکه جایگزین مراکز خیریه گردد. اگر چه نوانخانه ها گامی در جهت بهبود وضع معلولان بود، ولی از آنجا که ارتباط آنان را با جامعه قطع می نمود مورد قبول جوامع رو به پیشرفت قرار نگرفت.

گسترش دموکراسی، تامین اجتماعی، رویکرد علمی و انسانی در ارتباط با مسایل فقر، ساختار نوانخانه ها را در کشورهای اروپایی و آمریکا در اواسط قرن نوزدهم دستخوش تغییر و تحول نموده و تا آنجا پیش رفت که به برچیدن آن انجامید.

## نگهداری معلولان در شبانه روزی ها بر اساس معلولیت (خدمات موسسه ای)

همانطور که بیان شد اداره وضعیت معلولان به شکل نوانخانه ها بعلت وضعیت رقت بار آنان مورد پذیرش جامعه نبود، بنابراین با توسعه و رشد علوم اجتماعی، انسانی و پزشکی، نگهداری گروهی آنها مطرود و جای خود را به نگهداری



بر اساس نوع معلولیت (ناشنوایان، نابینایان، معلولین جسمی و حرکتی و غیره) مطرح گردید.

با سپری شدن زمان شرایط زندگی برای معلولان مناسب تر شد و آنان با خارج شدن از مراکز نگهداری فرصت ارتباط و زندگی کردن در کنار افراد عادی را پیدا کردند. اگر چه رویکرد خدمات موسسه ای در کشورهای پیشرفته تبدیل به خدمات تلفیقی شده ولی رویکرد غالب کشورهای در حال توسعه همان خدمات موسسه ای می باشد.

تشویق و حمایت معلولان در جهت زندگی در کنار خانواده و جامعه (خدمات تلفیقی)

**روند تکاملی خدمات به سمت تلفیقی ثمره تغییرات تدریجی پاره ای عوامل از جمله موارد زیر می باشد:**

- نوآوری در خدمات پزشکی
  - کمبود امکانات و منابع مالی و هزینه های هنگفت روش های بازتوانی در موسسات
  - فقدان کارآیی لازم سایر راه حل های ارائه شده توان بخشی
  - عکس العمل میلیون ها نفر علیه نگرش های حمایتی و سلطه جویانه
  - گسترش مشارکت معلولین و خانواده های آنها در امور مربوط به افراد معلول
- پس از جنگ جهانی دوم، میلیون ها سرباز مجروح و معلول به خانه های خود بازگشتند و به زندگی عادی اجتماعی و خانوادگی ملحق شدند. تعدادی بیمارستان و مراکز شبانه روزی برای ارائه خدمات توان بخشی و کمک به معلولین دایر شد اما چون تفکر نگهداری تمامی معلولین در موسسات عملی به نظر نمی رسید، رویکرد تلفیقی و بازگشت به زندگی اجتماعی، بعنوان راه حل اصولی مطرح گردید. از طرفی دهه ۱۹۵۰ آغاز تحولی بزرگ در علم و رانپزشکی است، ساخت داروهای جدید در زمینه درمان بیماران ذهنی و روانی، زمینه ترخیص بسیاری از بیماران و مراقبت از آنان را در جامعه فراهم نمود. عواملی همچون آموزش افراد معلول برای بازتوانی، نهضت عادی سازی خدمات معلولین و ... به موسسه زادبی کمک نمودند. در این دوره نقش توان بخشی از رویکرد کلینیکی و درمانی صرف به آموزش خانواده و معلول معطوف گردید.

خودشکوفایی - حمایت از آنان در جهت دستیابی به نهایت توانایی های خود:

خود شکوفایی به این معناست که هر فرد معلول بتواند از عهده برآوردن نیازهای خود برآید و با دستیابی به یک نقش مثبت در زندگی اجتماعی، به صورتی مستقل، محترمانه و با کرامت زندگی کند. در واقع این هدف می تواند آرمان توانبخشی باشد.

در گذشته فرض بر این بود که با ارضای نیازهای مادی و فیزیولوژیک که از طریق خدمات توانبخشی سنتی مهیا می شد، افراد معلول به نهایت خواسته های خود دست خواهند یافت. در حالی که این تصور بسیار سطحی است و انسان دارای نیازهای دیگر است که باید ارضاء شوند از جمله برخورداری از احترام و شأن اجتماعی، عزت نفس و ... خودشکوفایی، در بالاترین مرتبه سلسله نیازهای آدمی قرار دارد.

اگر در پی دستیابی معلول به عزت نفس باشیم و انتظار ایفای نقش فعال در جامعه و خانواده از او داشته باشیم، ناگزیر از فراهم ساختن امکانات، وسایل و فرصت هایی خواهیم بود.

### تاریخچه توان بخشی در جهان:

از بدو خلقت بشر، بیماری همواره همراه او بوده است، که تلاش های درمانی زیادی را به دنبال داشته است. این دوره تاریخ را، پزشکی درمانی ( Curative Medicne ) نامیده اند. پس از کشف میکروبها، باکتریها و ... توجه به علل اکثر بیماریهای عفونی و کشف میکروب های مختلف و توجه به موضوع واکسن ها و مصونیت های حاصله در اثر واکنش های گوناگون، بسیاری از بیماریها مثل، آبله، وبا، طاعون و امثال آنها درمان یا ریشه کن گردید. این دوره را دوره پیشگیری ( Pteventive Medicne ) نامیدند.

تا چند قرن، جهان همین دو دوره را می شناخت، پس از جنگ جهانی اول و فراگیری فلج اطفال در آمریکا، بعلت مواجه شدن ممالک دنیا بخصوص اروپا و آمریکا با تعداد زیادی معلول، دانشمندان و متخصصان را بر آن داشت که فکری برای این عده زیاد معلولین بکنند. تا آنان را به زندگی امیدوار کرده، از نیروی انسانی نهفته در فرد معلول به نفع جامعه و خود او استفاده نمایند.

پیشرو این علم در آمریکا، پزشکی بنام ادوارد راسک بوده، که اولین مرکز توانبخشی را در بیمارستان بل ویو ( Bell View ) نیویورک تاسیس کرد. بدین ترتیب دوره جدیدی در پزشکی بنام توانبخشی پزشکی آغاز گردید.

### تاریخچه توان بخشی در ایران:

توانبخشی در کشور ما متکی بر قانونی است که در سال ۱۳۴۷، مورد تصویب و تایید مسئولین قانونگذاری وقت، قرار گرفته است و دولت مکلف شد جهت تجدید فعالیت و حرفه آموزی و تقویت روحی کسانی که بعلت نقص عضو و یا از دست دادن بخشی از توانایی خود قادر به انجام کار نیستند، انجمنی بنام انجمن توانبخشی، وابسته به وزارت کار و امور اجتماعی ایجاد نماید. پس از تشکیل وزارت رفاه اجتماعی سابق انجمن توان بخشی از وزارت کار و امور اجتماعی جدا شد و زیر نظر وزارتخانه مذکور ولی مستقل و بر مبنای اساسنامه تصویبی خود فعالیت می نمود تا این که در سال ۱۳۵۵، با انحلال وزارت رفاه اجتماعی، انجمن توان بخشی زیر نظر وزارت بهداشتی، بهزیستی قرار گرفت و تا اوایل سال ۱۳۵۸ زیر نظر وزارتخانه مذکور به وظایف محوله اقدام می نمود. در اوایل سال ۱۳۵۸، با تشکیل سازمان بهزیستی کشور، انجمن توانبخشی از وزارت بهداشتی جدا و در سازمان بهزیستی کشور ادغام گردید که بصورت یک حوزه معاونت توانبخشی در سازمان مزبور فعالیت می نماید.

تاریخچه توان بخشی حرفه ای در ایران همزمان با مصوبات در برنامه پنجم عمرانی کشور در سال ۱۳۴۷ در قالب انجمن توانبخشی آغاز شد. برخی وظایف این انجمن برای آشنایی خوانندگان ارایه می گردد.

فراهم آوردن امکانات لازم جهت درمان، تجدید فعالیت و آموزش حرف و مشاغل مناسب برای معلولان، هماهنگ ساختن کلیه فعالیت هایی که در جهت تامین رفاه و اشتغال معلولان انجام می گیرد. هدایت معلولین و کمک به آنها در جهت ایجاد شرکتهای تعاونی تولید و فراهم نمودن زمینه های لازم فعالیت این شرکتهای.

تاسیس مراکز توانبخشی به منظور درمان، آموزش حرفه ای و آماده کردن معلولان برای بازگشت به فعالیت اجتماعی. اما تاریخچه توان بخشی حرفه ای در سطح بین المللی در ۲۲ ژوئن ۱۹۵۵ در کنفرانس بین المللی کار به اتفاق آرا توان بخشی حرفه ای معلولین را مورد تصویب قرار داد. در اصول این توصیه نامه بین المللی کار راجع به توان بخشی حرفه ای آمده است که:

- برای اشخاص باید فرصتی برابر با افراد ناتوان در نظر گرفته شود تا شغلی متناسب با توانایی که دارند احراز نمایند.
- به اشخاص ناتوان باید فرصت داده شود به شغلی مناسب تر و کارفرمایی که فرد انتخاب می کنند دست یابند.
- باید به توانایی ها و ظرفیت شغلی اشخاص ناتوان تاکید و توجه شود و نه به توانایی آنان

### تعاریف و مفاهیم:

توانبخشی: مفهوم اصلی واژه توانبخشی، بازگردانیدن توانایی ها، حفظ شان و منزلت فرد معلول و تعیین جایگاه قانونی اوست. اما توان بخشی اصطلاحی عبارت است از فرآیندی متشکل از اقدامات هدفمند در جهت قادر سازی شخص معلول، به منظور دست یابی به سطح نهایی توانایی و عملکرد جسمی، حسی، ذهنی، روانی، اجتماعی و حفظ این توانایی ها.

### تعریف سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۶۹:

توانبخشی مجموعه ای از خدمات و اقدامات هماهنگ پزشکی، اجتماعی، آموزشی و حرفه ای در جهت آموزش و بازتوانی فرد معلول، به منظور ارتقاء سطح کارایی او در بالاترین حد ممکن می باشد.

### تعریف سازمان جهانی معلولین در سال ۱۹۸۱:

برابر سازی فرصت ها، فرآیندی است که طی آن سیستم های عمومی جامعه، از جمله محیط فیزیکی، مسکن، حمل و نقل، خدمات بهداشتی و اجتماعی فرصت های آموزش و اشتغال، امکانات فرهنگی و اجتماعی مانند امکانات ورزشی و تفریحات سالم، برای تمام افراد، قابل دستیابی و استفاده می شود.

### تعریف توان بخشی حرفه ای:

بر اساس تعریف سازمان بین المللی کار، توانبخشی حرفه ای فرآیندی از خدمات مستمر و هماهنگ توانبخشی است

که در ابعاد ارزشیابی و راهنمایی حرفه ای آموزش حرفه ای، کاریابی و اشتغال در جهت قادرسازی فرد معلول برای دستیابی و ابقاء در شغل مناسب ارائه می شود.

### مراحل توانبخشی حرفه ای:

#### الف) ارزشیابی و راهنمایی:

ارزشیابی و راهنمایی حرفه ای عبارت است از بررسی چگونگی استفاده از حداکثر توانایی جسمی و ذهنی افراد معلول برای آموزش حرفه ای، به صورتی که علایق فرد معلول در نظر گرفته شود و در عین حال، بر سلامتی و معلولیت وی خللی وارد نشده و میزان بازدهی او نسبت به افراد غیر معلول در همان حرفه، کاهش نداشته باشد.

راهنمایی حرفه ای انتخاب حرفه مناسب را با توجه به ویژگی های فرد معلول و فرصت های آموزشی موجود در جامعه را برای معلولان مهیا میکند. برای انجام این کار اصولی باید در نظر گرفته شود که به برخی از آنان اشاره می شود:

- مصاحبه یا مشاوره حرفه ای تا حصول نتیجه مطلوب
- بررسی سوابق شغلی فرد معلول
- بررسی سوابق علمی، آموزش، تجربی و آموزش های علمی

قبل از معلولیت



- انجام معاینات پزشکی به طور دقیق
- انجام آزمون های مناسب برای تعیین ظرفیت فرد معلول
- جمع آوری اطلاعات شخصی و خانوادگی فرد معلول
- جمع آوری اطلاعات مربوط به فرصت های شغلی و امکانات اقتصادی

#### ب) آموزش حرفه ای :

آموزش فنی و حرفه ای، باید به گونه ای برای معلولین طراحی شود که به اشتغال فرد معلول منجر گردد. برای آموزش فنی و حرفه ای، شیوه های مختلفی متداول است یکی از آنان روش تلفیقی است. برای انجام آموزش به روش تلفیقی چند نکته باید در نظر گرفته شود:

- کلیه امکانات و فضای آموزش متناسب با شرایط معلول منطبق باشد
- مربی آموزش از مهارتهای ارتباط با فرد معلول و از صبر و شکیبایی برخوردار باشد.
- کارآموزان هم دوره معلول کاملاً توجه شوند تا برخورد مناسب و همکاری لازم داشته باشند.

#### ج) کاریابی و اشتغال:

با توجه به ارزشیابی در مرحله اول بعضی از معلولان برای احراز شغل دچار مشکل می شود. با این وجود موفقیت کاریاب به چند اصل عمده بستگی دارد. وضعیت بازارکار، مناسب بودن کیفیت و کمیت آموزش فرد معلول، خصوصیات فردی و عملی کاریاب از جهت توان ایجاد رابطه، آگاهی از وضعیت بازارکار، آشنایی با معلولیت ها، میزان نفوذ کاریاب در جامعه، تامین امنیت حقوق کارفرمایان، استفاده از تسهیلات قانونی در جهت آموزش و اشتغال معلولان و نوع و شدت معلولیت.

#### د) پیگیری:

قرار گرفتن در محیط های جدید شغلی که مستلزم گسترش روابط اجتماعی، تعامل و ارتباط متقابل بین همکاران، آشنایی با نظم و مقررات اداری است تا مدتی برای افراد معلول دشوار است. حضور در محیط کار می تواند عامل حمایت

کننده ای برای معلول تلقی شود. کاریاب، هنگام آموزش فنی و حرفه ای معلول را تحت نظارت دارد و نقاط قوت و ضعف او را در انجام حرفه می شناسد. او باید کارفرما را با مسایل معلول آشنا کند و مطمئن شود که معلول در همان رشته ای که آموزش دیده کار می کند و امور دیگری، که احتمال دارد تاثیر منفی بر معلولیت داشته باشد، به او محول نمی شود. کارفرما و کارگر معلول اگر در مواجهه با مشکلاتی که ویژه مراحل اولیه شروع کار است، نتوانند به توافق برسند، باید تشویق شوند که قبل از هر گونه تصمیمی، کاریاب را در جریان امر قرار دهند و با همکاری او برای رفع مشکلات اقدام نمایند. احتمال دارد شخص معلول در ارتباط با سایر کارگران دچار اشکال شود، یکی از وظایف کاریاب تصحیح این ارتباطات است.

منابع:

۱. [www.mkamali.com](http://www.mkamali.com)
۲. سایت راسخون
۳. همشهری آنلاین
۴. سایت تبیان
۵. سایت افتاب
۶. Architectural Record
۷. منبع: نشریه الکترونیکی معماری منظر
۸. سایت پیغام
۹. [www.goonagoon.org](http://www.goonagoon.org)
۱۰. نتایج سرشماری عمومی نفوس و مسکن، مرکز آمار
۱۱. سایت سازمان آموزش و پرورش استثنایی
۱۲. سایت سازمان بهزیستی کشور
۱۳. بانک اطلاعات آموزش و پرورش ایران سایت ویکی گفناورد
۱۴. سایت ویکی گفناورد



## سلامت روان

گردآورنده: سیف اله قهاری دانشجوی سال ششم پزشکی

### تاریخچه:

در حقیقت بهداشت روان را می توان یکی از قدیمی ترین موضوعات به شمار آورد. زیرا بیماری های روانی از زمان های قدیم وجود داشته بطوریکه بقراط در حدود ۴۰۰ سال قبل از میلاد عقیده داشته که بیماران روانی را مانند بیماری جسمی باید درمان کرد. تقریباً از سال ۱۹۳۰ (۱۳۰۹ ه. ش) یعنی بعد از تشکیل اولین کنگره بین المللی بهداشت روان بود که این رشته بصورت جزئی از علوم پزشکی درآمد و سازمان های روانپزشکی و مراکز پیشگیری در کشورهای مرفعی یکی بعد از دیگری فعالیت خود را شروع کردند.

در سال ۱۹۳۰ اولین کنگره بین المللی بهداشت روان با شرکت نمایندگان پنجاه کشور در واشنگتن تشکیل شد و مشکلات روانی کشورها و مسائلی از قبیل بیمارستان ها مراکز درمان سرپایی مراکز کودکان عقب مانده ذهنی و نظایر آن مورد مطالعه قرار گرفت. ولی در ۱۸ سال بعد یعنی در سال ۱۹۴۸ در سومین کنگره بین المللی بهداشت روان که در لندن تشکیل شد اساس فدراسیون جهانی بهداشت روان بنیان گذاری شد و در همان سال این فدراسیون به عضویت رسمی سازمان یونسکو و سازمان جهانی بهداشت درآمد بطوریکه این سازمان در ژنو نقش رهبری رسمی فدراسیون جهانی بهداشت روان را به عهده گرفت. از آن تاریخ به بعد هر سال یک جلسه بین المللی و هر چهارسال یکبار کنگره جهانی تشکیل شده و می شود. در نیه تلاش و کوشش های پیگیر روز ۱۸ فروردین مطابق با هفتم آوریل روز جهانی بهداشت اعلام گردیده در سراسر جهان مسائل بهداشتی کشورها مورد بررسی قرار می گیرد. ضمناً از مسئولین بهداشتی کشورهای مختلف خواسته شده تا برنامه های بهداشت روانی را جزو برنامه های بهداشت عمومی قرار دهند.

### تعریف بهداشت روان:

بهداشت روان علمی است برای بهتر زیستن و رفاه اجتماعی که تمام زوایای زندگی از اولین لحظات حیات جنینی تا مرگ اعم از زندگی داخل رحمی، نوزادی، کودکی تا نوجوانی، بزرگسالی و پیری را در بر می گیرد. بهداشت روان، دانش و هنری است که به افراد کمک می کند تا با ایجاد روش هایی صحیح از لحاظ روانی و عاطفی بتوانند با محیط خود سازگاری نموده و راه حل های مطلوب تری را برای حل مشکلاتشان انتخاب نمایند.

**تعریف سازمان جهانی بهداشت روان، عبارتست از:** قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضادها و تمایلات شخصی به طور منطقی، عادلانه و مناسب. نتیجه آنکه مفهوم بهداشت روانی عبارت خواهد بود از تامین رشد و سلامت روانی فردی و اجتماعی، پیشگیری از ابتلاء به اختلال روانی، درمان مناسب



بهداشت روان علمی است برای بهتر زیستن و رفاه اجتماعی که تمام زوایای زندگی را در بر می گیرد. سازمان جهانی بهداشت بهداشت روان را قابلیت ارتباط هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضادها و تمایلات شخصی به طور منطقی، عادلانه و مناسب تعریف کرده است. عناوین روزهای هفته بهداشت روان امسال به ترتیب: سلامت روان و خانواده، سلامت روان و مراقبت های بهداشتی اولیه، سلامت روان و محیط کار، سلامت روان و نقش عوامل اجتماعی، سلامت روان و حوادث، سلامت روان و انگ زدایی، سلامت روان و مدارس، نامگذاری شده است دهم اکتبر روز جهانی بهداشت روان نامگذاری شده است. در ایران هفته پایانی مهر ماه (۲۴ لغایت ۳۰ مهر) به نام هفته بهداشت روان نام گذاری شده است. شعار سازمان بهداشت جهانی برای روز جهانی بهداشت روان در ۱۰ اکتبر (۱۸ مهر) سال ۲۰۰۹ « مراقبت های اولیه پشتوانه ارتقاء سلامت روان است»، می باشد.

هفته سلامت روان، فرصت مناسبی است تا نگاهی دوباره به وضعیت مبتلایان بیماری های روانی در کشور و به طور کلی تر مقوله سلامت روان در کشور داشته باشیم. سلامت جسم و روان جدای از یکدیگر نیستند. به همین دلیل نیز سال هاست تعریف سلامت دیگر تنها سلامت جسمی را در بر نمی گیرد. براساس برآوردهای موجود، بین ۱۵ تا ۲۰ درصد مردم به نوعی به یکی از اختلالات روانی دچار هستند. این آماری است که کم و بیش در بیشتر کشورهای جهان وجود دارد.

یک پنجم یکصد کشوری که آمارهای خود را به این سازمان ارائه کرده اند، کمتر از یک درصد بودجه بخش بهداشت و درمان خود را برای سلامت روانی هزینه می کنند. در حالی که طبق آمارهای این سازمان، ۱۳ درصد هزینه های درمان بیماری ها، به دسته گسترده ای از اختلالات عصبی روانی مربوط می شود. به بیان ساده تر، این آمار گویای آن است که سلامت روانی هنوز در اولویت بسیاری از کشورها قرار نگرفته است و منابع جهانی برای مبتلایان به اختلالات روانی و عصبی به منظور رفع نیازهای روزافزون بهداشت روانی ناکافی و توزیع آنها در جهان نابرابر است. به همین علت ۱۹ مهر (۱۰ اکتبر) از سوی سازمان جهانی بهداشت به عنوان روز جهانی سلامت روان نامگذاری شده است. در ایران نیز هفته پایانی مهر (۲۴ تا ۳۰ مهر) در ایران به نام هفته بهداشت روان نامگذاری شده است.

سازمان جهانی بهداشت خواستار تخصیص خدمات و سرمایه گذاریهای بیشتر در حوزه سلامت روان است. سلامت روان بعنوان حالتی از سلامتی تعریف شده که فرد به مدد آن به تواناییهای خود پی می برد، بر استرسهای طبیعی زندگی اش غلبه می کند، می تواند بطور مؤثر و مثمر کار کند و قادر به همکاری با افشار جامعه است.

### ویژگی افرادی که از نظر روانی سالم هستند:

- ۱- احساس آرامش، امنیت و کفایت می کنند.
- ۲- توانایی های خود را در حد واقعی، ارزیابی می کنند، نه بیشتر و نه کمتر.
- ۳- به خود احترام می گذارند (Self-respect) و کمبودهای خود را می پذیرند.
- ۴- به حقوق دیگران احترام می گذارند.
- ۵- می توانند به دیگران علاقمند شوند و آن ها را دوست بدارند می توانند احترام و دوستی دیگران را جلب کنند.
- ۶- می توانند نیازهای زندگی خود را برآورده سازند و برای سختی های زندگی خود، راه حلی پیدا می کنند.
- ۷- قادرند مسئولیت های روزمره ی خود را با انتخاب اهداف معقول پیش ببرند.
- ۸- طوری تحت تاثیر عشق عواطف یا گناه خود قرار نمی گیرند که زندگی شان آشفته شود.

### افراد آسیب پذیر از نظر سلامت روان:

بیماران و معلولین روانی، عقب ماندگان ذهنی، بیماران صرعی، سالمندان، معتادان، بیکاران، فقیران، کودکان و نوجوانان، زنان باردار، افراد طلاق گرفته و داغ دیده، افراد بی سرپرست، زندانیان و مهاجران. قشر آسیب پذیر در الویت درمان قرار دارند.

## علل بیماری های روانی:

### • بیماری های عضوی:

آرترواسکلروز عروق مغزی، سرطان ها، بیماری های متابولیک، برخی بیماری های نرولوژیک، بیماری های غدد درون ریز، بعضی از بیماری های مزمن، صرع و...

### • وراثت:

در کودکی که پدر و مادرش هر دو روان گسیخته اند، احتمال ابتلاء به روان گسیختگی ۴۰ برابر بیشتر از کودکانیست که پدر و مادر سالم دارند.

### • عوامل محیطی و اجتماعی:

نگرانی ها، تنش های عاطفی، ازدواج های اجباری، گسستگی خانواده، فقر، شهرنشینی، صنعتی شدن جامعه، مهاجرت، عدم امنیت اقتصادی، طرد شدن، از یاد رفتن، ظلم و

### • سایر عوامل محیطی

- ۱- سمومی مثل جیوه، دی اکسید کربن، منگنز، قلع، ترکیبات سرب و غیره
- ۲- داروهایی مثل باربیتورات ها، گریزوفلووین، الکل و غیره
- ۳- مواد تغذیه ای مثل کمبود ویتامین و پیریدوکسین، کمبود ید و غیره
- ۴- عفونت ها مثل سرخک، سرخچه و عفونت های پیرامون زایمانی که بر تکامل مغزی تاثیر دارند
- ۵- پرتوآبی در هنگام تکامل عصبی
- ۶- حوادث و تصادفات

## شیوع بیماریهای روانی:

۴۵۰ میلیون انسان دچار بیماری روانی یا رفتاری هستند. علت ۳۳ درصد از عمر سپری شده با ناتوانی، حدود یک میلیون خودکشی موفق سالانه در جهان، بیش از ۱۵۰ میلیون بیمار مبتلا به افسردگی و حدود ۲۵ میلیون نفر بیمار اسکیزوفرنی بخوبی تاثیر بیماری های روانی را بر جامعه نشان می دهد.

برحسب برآورد سازمان جهانی بهداشت امروزه ۲۵٪ مردم جهان دچار یکی از انواع اختلالات روانی - عصبی - رفتاری هستند. (به جز اعتیاد به مواد مخدر، الکل و سایر موارد). ناتوانی و از کارافتادگی ناشی از بیماری های روانی، اغلب شدید و طولانی است و بار سنگینی بر بیمار، خانواده و جامعه تحمیل می کند. بطور کلی ۱۰/۶٪ بار کلی بیماری ها مربوط به بیماری های روانی است و با محاسبه سال های تقریبی ناتوانی در طول عمر این رقم به ۲۸٪ افزایش می یابد.

این بررسی نشان داده که در طول دو دهه آینده بیماری های روانی بعنوان اولویت عمده بهداشتی کشورهای جهان خواهد بود. بطوریکه هم اکنون از ۱۰ بیماری عمده ای که سبب ناتوانی می شوند ۴ بیماری مربوط به اختلالات روانی است: افسردگی یک قطبی (۷/۱۰)، اختلال خلقی دو قطبی (۳٪)، اسکیزوفرنی (۶/۲٪)، وسواس (۲/۲٪).

حدود ۱ میلیون خودکشی هر سال در جهان داریم و حدود ۲۵ ملیون نفر از مردم جهان از اسکیزوفرنی، ۳۸ ملیون نفر از صرع و بیش از ۹۰ ملیون نفر از یک بیماری وابسته به مصرف الکل و یا سایر مواد رنج می برند.

## علل افزایش شیوع بیماریهای روانی:

### ۱- بیماریهای روانی مانند بیماریهای جسمانی کشته نمی شوند.

اگر چه خودکشی یکی از علل مهم مرگ و میر بیماران روانی است ولی از نظر آماری مقایسه با مرگ و میر بیماریهای جسمانی می توان آن را نادیده گرفت. بیماریهای جسمانی روزانه میلیونها نفر را در سراسر جهان از بین می برند و تخت های بیمارستانها برای بیماران جدید اختصاص داده می شود ولی در مورد بیماران روانی این امر صادق نیست لذا مبتلایان به این

نوع بیماریها روی هم انباشته می شوند، احتیاج بیشتری جهت درمان سرپایی، بستری شدن و تخت بیمارستانی به علت وجود مکرر بیماری پیدا می کنند.

### ۲- عدم درک از نحوه شروع و طولانی بودن مدت بیماری

اکثریت قریب به اتفاق افرادی که ناراحتی روانی دارند از وضع نامتعادل روحی خود اطلاعی ندارند، فکر می کنند عادی و متعادل هستند و در نتیجه درمان به موقع انجام نمی شود و این مسئله باعث مزمن شدن بیماری گشته و بیماری غیرقابل علاج می گردد. این گونه بیماران محکوم هستند تا آخر عمر در آسایشگاههای روانی به سر برده و تختی را اشغال کنند.

### ۳- عدم برنامه صحیح و اطلاع کافی از روشهای پیشگیری و درمانی

عدم اطلاع کافی خانواده و نزدیکان از وجود بیماری، نبودن وسایل درمانی در شهر یا محل زندگی، فقر مالی و مشکلات متعدد به آنها اجازه نمی دهد که بتوانند به درمان بیمار خود بپردازند. تعداد محدود بیمارستانهای روانی آن هم در بعضی از نقاط کشور و مراکز استانها با ظرفیت محدود، وجود بیماران بیش از ظرفیت، کمبود متخصص در اکثر بیمارستانهای روانی باعث عدم درمان صحیح و به موقع بیماران شده، بالنتیجه باعث انباشته شدن و ازدیاد این نوع بیماران می شود.

۴- علل دیگر مانند پیشرفت تکنولوژی، صنعت، زندگی ماشینی، ازدیاد و افزایش سریع جمعیت باعث ساختن واکسن ها، آنتی بیوتیک ها - بحران آموزش و کاهش مرگ و میر کودکان

# بهورز و نقش آن در تامین سلامت جامعه

گردآورنده: سارا ستوده دانشجوی سال ششم پزشکی



در اواخر سال های دهه ۱۹۷۰ میلادی، که چند دهه از عمر فعالیت های سازمان بهداشت جهانی می گذشت، گزارش های رسمی حکایت از آن داشت که: وضعیت بهداشتی صدها میلیون نفر از مردم جهان غیر قابل قبول است، بیش از نیمی از مردم دنیا به مراقبت های کافی دسترسی ندارند، و بین کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه جهان تفاوت ها حیرت انگیز است. در ماه مه ۱۹۷۷ در پایان ۳۰ اجلاس بهداشت که در آلماتای اتحاد شوروی سابق با شرکت ۱۳۴ کشور جهان تشکیل شده بود اعلام گردید: مهم ترین هدف اجتماعی دولت ها و سازمان جهانی بهداشت در دهه های آینده باید آن باشد که همه مردم جهان تا سال (۲۰۰۱ م) به سطحی از سلامت دست یابند که زندگی آنان را از نظر اقتصادی و اجتماعی ثمربخش و مفید سازد. این بیانیه که بعدها به بهداشت برای همه تا سال (۲۰۰۰ م) شهرت یافت به عنوان یک هدف، نیازمند وسیله بود. در سپتامبر ۱۹۸۷، کنفرانس جهانی آلماتای مراقبت های اولیه بهداشتی (PHC) را به عنوان وسیله و ابزار رسیدن به هدف مزبور، معرفی کرد و بعدها در سال (۱۹۸۰ م) در مجمع عمومی سازمان ملل متحد قطعنامه ای به تصویب رسید که بر مراقبت های اولیه بهداشتی به عنوان محور توسعه ملی تأکید شده بود.

## اجزای مراقبت های اولیه بهداشتی عبارتند از:

۱. آموزش همگانی جامعه درباره مسائل عمده بهداشتی
۲. بهبود غذا و تغذیه صحیح
۳. تأمین آب سالم و کافی و به سازی های اصلی محیط
۴. مراقبت های بهداشتی مادران و کودکان و تنظیم خانواده
۵. ایمن سازی علیه بیماری های عمده عفونی
۶. پیشگیری از بیماری های شایع بومی
۷. درمان مناسب بیماری ها و حوادث
۸. پیش بینی و تدارک داروهای اساسی

## تاریخچه تشکیل بهورزی

وزارت بهداشت در سال ۱۳۶۳، در کشاکش دشواری های عظیم جنگ تحمیلی و به هنگامی که فوریت های هر روزه و غیر قابل پیش بینی، راه برتر برنامه ریزی مدرن و گام به گام را می بست، با اتکا به نتایج تجربه های پیشین از اجرای طرح هایی مثل تربیت بهدار، سپاه بهداشت، بهدار روستا و... در استفاده از نیروهای غیرپزشک در ارائه خدمات بهداشتی درمانی

از طریق یک نظام منسجم، و برای آگاهی یافتن از دشواری های پیشرو و ترسیم خطوط اصلی راه آینده به تحقیقی گسترده روی ده درصد از جمعیت روستایی و شهری کشور دست زد. تحقیق، حکایت از آن داشت که بیش از چهل درصد از مرگ های کشور در پنج سال اول حیات کودکان اتفاق می افتد. از کل مرگ هایی که در پنج سال اول زندگی کودکان پیش می آید حدود هشتاد درصد آن مربوط به دوازده ماه اول حیات آنان است. اما فاجعه بارتر از آن، این بود که تحقیق نشان می داد حدود یک ششم از این مرگ ها از شش بیماری عفونی دیفتری، کزاز، سیاه سرفه، سل، فلج اطفال و سرخک که واکسن های مؤثر و معتبر دارند پدید می آید.

به بیان دیگر، تحقیق گسترده سال ۱۳۶۳ به روشنی نشان می داد که در واقع هر سال بیش از نیمی از کودکان ایرانی قربانی حوادث و بیماری های ساده ای هستند که مبارزه با آن ها ساده و عمدتاً محتاج شناخت راه اصولی، آموزش خانواده ها و تربیت نیروهای ساده ای است که قادر به ارتباط نزدیک با اکثر مردم و آموزش آنان باشند و این سرآغاز تلاش در مسیر راه اندازی شبکه های بهداشتی درمانی و در نخستین گام گسترش واحدهایی به نام خانه بهداشت در پهنه روستاهای کشور و تربیت نیروهای اصیل و برجسته روستایی به نام بهورز شد.

تعداد بهورزان در آغاز برنامه اول توسعه حدود هشت هزار نفر بود و در پایان سال ۱۳۷۲ به حدود ۲۲ هزار نفر رسید. بهورزان در ارتباط صمیمی با مادران روستایی کشور و با بهره گیری از اثرات غیر قابل انکار فعالیت، بخش های دیگر توسعه، توانسته اند میزان مرگ و میر مادران به علت عوارض حاملگی و زایمان را از ۱۴۰ درصد هزار تولد زنده در سال ۱۳۶۳ به ۵۴ درصد هزار تولد زنده در سال ۱۳۷۰ تقلیل دهند و این به معنای جلوگیری از مرگ ۱۷۲۰ مادر در سال است.

### نیروی انسانی خانه بهداشت

خانه بهداشت در نظام عرضه خدمات کشور واحد محیطی است که کارکنان بهداشتی جامعه که بهورز نامیده می شوند آن را اداره می کنند. به دلایل فرهنگی و جهت ارائه خدمت توسط نیروهای همگن در هر خانه بهداشت یک بهورز زن و یک بهورز مرد وجود دارد که بهورز زن عمدتاً مسئول کارهایی است که در درون خانه بهداشت جریان دارد. (پذیرش مراجعان، مراقبت از افراد تحت پوشش، واکسیناسیون، ثبت داده ها، درمانهای اولیه و دادن دارو و ...) و بهورز مرد به طور عمده مسئولیت فعالیت هایی که در خارج از خانه بهداشت ضروری است، به عهده دارد (پی گیری بیماران مبتلا به بیماریهای واگیردار، بیماریابی، بهداشت محیط، واکسیناسیون و انجام مراقبتها در روستاهای اقماری و ...) البته این تفکیک وظایف به هیچ وجه مانع از آن نیست که بهورز زن مثلاً بازدید از منازل مردم را یکی از وظایف اساسی خود بداند و یا بهورز مرد در داخل خانه بهداشت مراجعان را بپذیرد و از آنان مراقبت کند.

بهورزان باید حتماً بومی باشند. ترجیح دارد که بهورز از همان روستای محل استقرار خانه بهداشت انتخاب شود ولی اگر میسر نباشد از روستاهای تحت پوشش انتخاب گردد.

### وظایف بهورزان

۱- **واکسیناسیون کودکان:** اگر بشر در گذشته برای پیشگیری از بیماری ها، سلاح مؤثری در اختیار نداشت امروز با شناخت عوامل بیماری ها راه های کنترل و پیشگیری از آن را یافته است؛ از جمله این راه ها، حداقل در مورد تعدادی از بیماری ها، واکسیناسیون به موقع و تکرار آن در زمان های مشخص است: لذا واکسیناسیون اطفال با توجه به نقشی که در حفظ جان آن ها و پیشگیری از مرگ های بی مورد دارد، یک ضرورت مسلم است. امر مهم واکسیناسیون در روستاها بر عهده بهورزان می باشد. در حال حاضر واکسن بیماری سل (ب ث ژ)، فلج اطفال، سرخک، دیفتری، کزاز، سیاه سرفه و واکسن هپاتیت ب در برنامه واکسیناسیون عمومی کودکان جمهوری اسلامی ایران قرار دارد و این امر به طور رایگان توسط خانه های بهداشت انجام می گیرد.

۲- **آموزش مادران:** آموزش مادران قبل از وقوع حاملگی و بعد از آن جزء وظایف بهورزان در روستاها می باشد؛ این وظایف عبارتند از:

**تغذیه دوران بارداری:** تغذیه مناسب دوران بارداری در سلامت جنین و رشد طبیعی او نقش مهمی دارد. غذای مناسب





همیشه غذای پر هزینه نیست بلکه با بالا بردن آگاهی های عمومی و استفاده از دستور العمل های ساده می توان روش هایی را برای بهبود تغذیه به کار بست تا سلامت مادر و کودک در این دوره به مخاطره نیفتد.

### تغذیه دوران شیردهی

**آموزش مایع درونی خوراکی:** همه ساله، میلیون ها کودک در دنیا به دلیل اسهال می میرند: در حالی که با استفاده از ماده ای با نام (O.F.S) او، آر، اس (۴۴) می توان از مرگ میلیون ها کودک که در اثر اسهال رخ می دهد جلوگیری کرد. مصرف این مایع حیات بخش را باید بلافاصله بعد از شروع اسهال آغاز کرد و این ماده به راحتی توسط بهورزان و بهداشت کاران در اختیار مادران روستایی و شهری قرار می گیرد.

**فاصله گذاری بین حاملگی ها:** این امر نیز مهم می باشد که تعداد حاملگی ها و فاصله زمانی آن ها رعایت شود و با آموزش مادران می توان خطرات این امر را یادآور شد. هر چه فاصله، بین بارداری ها کوتاه باشد، هم سلامت مادر، و هم سلامت کودک هر دو به خطر می افتد.

رئیس مرکز توسعه و شبکه ارتقای سلامت وزارت بهداشت، با بیان این که هم اکنون بیش از ۹۵ درصد جمعیت روستایی با برخورداری از ۱۷ هزار و ۳۲۵ خانه بهداشت و ۲ هزار و ۴۰۷ مرکز بهداشتی درمانی روستایی تحت پوشش خدمات و مراقبت های اولیه بهداشتی درمانی قرار دارند، گفت: هم اکنون ۳۰ هزار بهورز در این مراکز در حال فعالیت هستند.

**۳- سرشماری سالانه و ثبت اطلاعات:** هر خانه بهداشت، در شروع کار و در آغاز هر سال، باید اطلاعات آماری کاملی از منطقه تحت پوشش خود جمع آوری کند. برای این کار، منازل هر یک از روستاهای تحت پوشش طبق نظم خاصی شماره گذاری می شود. تعداد خانوارها و تعداد افراد هر خانوار به تفکیک نام، سن جنس، نسبت با سرپرست خانوار، شغل و میزان سواد، بارداری، معلولیت و بیماری مزمن و تغییرهای جمعیتی خانوار (ازدواج، مرگ، مهاجرت) و ... ثبت می گردد. مشخصات مجتمع های موجود (آب، فاضلاب، نوع مصالح بکار رفته در مسکن و دفع فضولات...)، شرایط محیطی (راه ارتباطی، فاصله ها، اماکن عمومی و...)، چگونگی مواد غذایی و تغذیه مردم و نیز سایر اطلاعات لازم در پرونده خانوار ثبت می شود. برای این مقصود، تهیه فرم های خلاصه و حتی المقدور آسان و ساده اهمیت بسیاری دارد. پس از سرشماری اولیه یا سالانه، گروه های سنی، جنسی، شغلی و... که برنامه مراقبت بهداشتی معینی دارند، دسته بندی، ثبت و برنامه مراقبت بهداشتی آنها تنظیم می گردد. با جمع آوری و دسته بندی این اطلاعات وسعت عمل، حجم فعالیت و میدان عملیاتی خانه بهداشت روشن می شود.

**۴- آموزش بهداشت عمومی:** مشکل ترین، مهمترین و امید بخش ترین نقش خانه بهداشت، آموزش بهداشت است. بعلاظرافت، بردباری و دقت فراوانی که در این کار لازم است، انتظار می رود وقت زیادی را بخود اختصاص دهد.

خانواده و مدرسه، که بیش از دو سوم هدف های آموزشی بهداشت عمومی را در خود دارد، مناسب ترین و بارورترین عرصه های این فعالیت است. اگر آموزش های خانه بهداشت در این عرصه ها بخصوص در مدرسه، موفقیت آمیز باشد، معلمان در مدرسه و کودکان در خانه تداوم بخش مفاهیم مورد نظر خواهند بود. کودک به اقتضای قدرت فراگیری با سرعت بیشتری به تغییر رفتار دست می یابد، این رفتارهای تغییر یافته را به میان خانواده می برد و عادات نو و صحیح را به دیگران انتقال می دهد. این کیفیت نه تنها در حال حاضر بر مجموعه آگاهیها و رفتار خانواده اثر مستقیم می گذارد بلکه آشنایی و آمیختگی نسل آینده را نیز با مفاهیم و رفتار بهداشتی افزون تر می سازد. بعبارت دیگر خارج ساختن نقش آموزش بهداشت از قالب تنگ موجود، شاید تنها راه تأمین و تضمین آگاهیهای بنیانی و مؤثر بهداشتی باشد. در این راه فراهم آوردن موجبات آموزشی معلمان مدارس روستایی و کسانی که با جمعیت های گروهی سر و کار مستمری دارند نقشی سازنده و پرسود خواهد داشت. بخش عمده دیگری از آموزش های بهداشت در جریان مراقبتها و بصورت چهره به چهره خواهد بود که مؤثرترین طرق آموزش بهداشت است.

**۵- تشکیل گروه های داوطلب و شوراهای محلی بهداشت:** اگر ضابطه انتخاب فرد بومی درست انجام گیرد، بدلیل آشنایی عمیق کارکنان بومی با آداب و رسوم محل، باورها و اعتقادهای مردم و استفاده از گویش های محلی امکان برقراری ارتباط کارکنان خانه بهداشت با جامعه و نفوذ آموزش های آنان در مردم محل خدمت بیشتر خواهد بود. جلب اعتماد مردم موجب می گردد که علاقمندی و گرایش آنان برای مشارکت در فعالیتهای بهداشتی افزایش یابد. مشارکت و مداخله مردم در خدمات بهداشتی که عامل تعیین کننده ای برای مراقبت از خویش (self-care) و خود اتکایی (self-reliance) جامعه است، باید

اساسی ترین خط مشی نظام بهداشتی کشور باشد. در این راستا کارکنان بومی خانه بهداشت مناسبترین گروه برای پایه گذاری و گسترش این مشارکتها بشمار می روند. مثلاً، استفاده کارکنان از بستگان و دوستان خویش برای انجام بعضی از کارها مثل پیگیری و تبلیغ کسانی که در موعد مقرر مراجعه نمی کنند و یا نامنظم مراجعه می نمایند، انجام برخی از خدمات نظیر وزن کردن زنان حامله و کودکان، درست کردن محلول ORS و... می تواند مقدمه ای باشد که بتدریج به تشکیل گروههای داوطلب، در زمینه هر یک از خدمات و تشکیل شوراهای محلی بهداشت منجر گردد.

## ۶- مراقبت از زنان باردار:

نگهداری آمار دقیق و تشکیل پرونده برای کلیه زنان باردار پیگیری آنها در مراحل مختلف پیشرفت حاملگی

تکمیل فرم مراقبت دوران بارداری در اولین دیدار زن باردار

ثبت سوابق و نتیجه زایمانهای قبلی

درج نتایج اولین معاینه در فرم مراقبت

برآورد تاریخ تقریبی زایمان و درخواست آزمایشهای تشخیصی لازم در دیدارهای بعدی

زنان باردار در شش ماه اول حاملگی ماهی یکبار، در ماه هفتم و هشتم دوبار و در ماه نهم هر هفته یکبار تحت مراقبت

قرار می گیرد، تا دوران حاملگی را با شرایط مناسبی به پایان برسانند. سنجش پیشرفت حاملگی، آموزش زن باردار در مورد

تغذیه، ورزش، پوشاک، مراقبت از پستانها، اهمیت دادن آغوز، تغذیه با شیر مادر و سایر مراقبتهای دوران بارداری، تزریق

واکسن کزاز یا توأم، آموزش طرز مراقبت صحیح از نوزاد، روش درست شیر دادن، تغذیه شیر خوار و...

- اعزام زنان باردار نیازمند مراقبتهای ویژه به مرکز بهداشتی درمانی مربوطه

- مساعدتهای لازم برای تأمین امکان زایمان سالم و بهداشتی برای زنان حامله تحت نظر، اعم از همکاری با مامای

محلی یا معرفی و فراهم آوردن تسهیلات لازم برای اعزام آنها به مرکز بهداشتی درمانی و ثبت جریان و نتیجه زایمان در

پرونده مادر.

- آموزش مراقبتهای بعد از زایمان و کمک به انجام آنها

## ۷- مراقبت از کودکان ۰-۸ سال:

تکامل کودک از دوران جنینی آغاز میشود و با مراقبت و تغذیه مطلوب در دوران بارداری، فرصت رشد و تکامل مطلوب

کودک که حق طبیعی اوست فراهم میشود. مهمترین دوران تکامل مغزی کودک در دو سال اول زندگی است که نقش قابل

ملاحظه ای بر عملکرد ذهنی، جسمی، روانی، اجتماعی و ایمنی کودک دارد. تجربیاتی که کودک در سالهای سوم تا پنجم زندگی

کسب می کند او را برای کسب مهارتهای اجتماعی و یادگیری در دوران مدرسه آماده می سازد. تجربیات و مهارتهای کودک

در دوران ۶-۸ سالگی که بدو ورود به مدرسه است در قدرت یادگیری او در دوران تحصیل حیاتی است. بنابراین مراقبت

از کودک، حمایت، آموزش و رشد و تکامل مطلوب، از دوره لقاح آغاز می شود و نه تنها مراقبت کودک بلکه مراقبت از مادر

نیز برای بقاء، رشد و تکامل کودک حائز اهمیت است.

- کودکانی که از مراقبت مطلوب برخوردار هستند در آموزش و سایر خدمات اجتماعی از بقیه جلوتر هستند. توان تولید

بیشتری دارند و به قانون بیشتر احترام می گذارند، لذا هزینه های آینده برای آموزش، بهداشت و هزینه های اجتماعی کاهش

خواهد یافت و سرمایه های اجتماعی فزونی می یابد.

## ۸- تنظیم خانواده:

- آموزش، اجرا و پیگیری برنامه های تنظیم خانواده در زنان ۱۰ تا ۴۹ ساله شوهردار این گروه ماهی یکبار مورد

مراقبت قرار می گیرند.

## ۹- آموزش و مراقبتهای تغذیه ای:

مواد غذایی، چگونگی پخت و مصرف آنها در مناطق مختلف کشور، تابع شرایط اقلیمی- جغرافیایی، سنتها و عادات

مردم آن ناحیه است. شناخت این ویژگیها، تعیین علل و نوع کمبودهای غذایی باید به دقت مورد توجه قرار گیرد. جا دارد

که آموزشهای خانه بهداشت بطور عمده در جهت یافتن راههای استفاده صحیح از مواد غذایی موجود عادت کنند و بتدریج

مواد غذایی لازم و جدید در عاداتهای غذایی آنان را یابد. مثلاً اگر کارشناسان تغذیه مراکز بهداشت استانها ضمن بررسیهای

خود برای شناخت منابع غذایی رایج در منطقه، کمبودی در مصرف سبزیهای تازه ملاحظه کنند. باید طبق برنامه ریزی دقیقی محوطه حیاط خانه های بهداشت را به عرصه ای برای کاشت انواع سبزیها، گوجه فرنگی و ... بدل کنند و طرز کاشت، برداشت و استفاده از مواد مذکور را توسط بهورزان عملاً به مردم بیاموزند. نگهداری و پخت صحیح مواد غذایی قابل دسترس نیز باید قسمت دیگری از فعالیتهای خانه های بهداشت باشد

#### ۱۰- مراقبت از دانش آموزان و بهداشت مدارس:

- بازدیدهای منظم از مدارس روستاهای تحت پوشش در طول سال تحصیلی و تشکیل جلسات آموزشی برای دانش آموزان

- معاینه جمعی دانش آموزان بطوری که هر دانش آموز در طول سال تحصیلی دو بار مورد معاینه قرار گیرد. در این معاینه ها، دانش آموزان باید از نظر ضایعات قارچی مو، ضایعات پوستی دیگر، ورم ملتحمه، تراخم، مشکلات دید و شنوایی و... در بررسی و موارد مشکوک به پزشک ارجاع داده شوند.

- بررسی بهداشت محیط اعم از مجموعه کلاسها، دستشویی ها و فاضلاب و...

- بررسی بهداشت بوفه مدرسه از نظیر محیط بوفه، مواد غذایی، کارکنان بوفه

- بررسی بهداشت اماکن عمومی مجاور مدرسه مثل بقالیها، رستورانها، ساندویچ فروشیها، دستفروشیها

#### ۱۱- بهداشت دهان و دندان:

- آموزش مادران باردار در زمینه بهداشت دهان و دندان در دوران بارداری و شیردهی

- آموزش مادران در زمینه بهداشت دهان و دندان شیر خوارانو مراقبت از دندانهای شیری کودکان

- آموزش دانش آموزان در زمینه بهداشت دهان و دندان

# چند توصیه بهداشتی : پیشگیری و درمان در پای دیابتی

نگارنده: دانشجویان سال ششم پزشکی - سیده حکیمه هاشمی و جواد ویسی

از شایعترین عوارض دیابت از دست دادن پا می‌باشد: ۵۱٪ از تمام موارد قطع اندام تحتانی در دیابتی‌ها به علت عوارض دیابت می‌باشد. پس از قطع یک پا ۵۵٪ بیماران ظرف ۲-۳ سال بعد نیاز به قطع پای مقابل پیدا می‌کنند. مهمترین هدف، تشخیص و درمان بیماران در معرض خطر قطع پا به علت عوارض دیابت توسط کلینیکهای چند تخصصی است.

علل ایجاد پای دیابتی متعدد است که شامل درگیری اعصاب محیطی توسط دیابت، ضربه‌های خفیف و تکراری، زخم‌های پوستی، عفونت، کاهش خونرسانی به پا در اثر درگیری عروق و مراقبت از زخم می‌باشد. جالب است بدانیم که شایعترین نوع استرس مکانیکی در نتیجه راه رفتن اتفاق می‌افتد. مثلاً راه رفتن سریع و یا راه رفتن آهسته ولی در مسافتی طولانی. راه رفتن، فشاری معادل ۸۰ - ۲۰ پوند بر اینچ مربع در طول پا وارد می‌کند. در افرادی که به علت درگیری اعصاب محیطی پای بی‌حس دارند، ناراحتی را درک نمی‌کنند، پس راه رفتن را محدود نمی‌کنند و این استرس مداوم با هر قدم منجر به تخریب و التهاب بافتی می‌شود. نواحی حساس به استرس تکراری راه رفتن عبارتند از انگشت بزرگ و سر استخوانهای کف پا.

اساس پیشگیری از مشکلات پای دیابتی آموزش فرد مبتلا به دیابت است. باید راجع به اهمیت کنترل دقیق و مناسب قند خون و مراقبت روتین پا و اثرات معکوس و مضر سیگار کشیدن روی سیستم عروقی و اهمیت استفاده از پوشش مناسب برای پای بی‌حس به بیمار آموزش داد. فرد دیابتی بایستی لیستی از بایدها و نبایدها و نحوه مراقبت صحیح از پا را بیاموزد. مثلاً اگر حس پا کاهش یافته باشد، برداشتن میخچه‌ها و پینه‌ها و ناخن‌هایی که در پوست فرو رفته‌اند فقط باید توسط سرویس بهداشتی صورت گیرد، پینه‌ها باید پس از تمیز کردن پوست برداشته شود. (بویژه پینه‌های روی برجستگیهای استخوانی) نواحی خشک و ترک‌خورده پوست را باید به آرامی سمباده کشید. ناخن‌ها را باید به صورت منظم گرفت و ناخن‌های ضخیم را باید سوهان کشید. پس از شستن پاها آنها را به خوبی خشک کنیم و با یک کرم نرم کننده پاها را (به جز انگشتان) مرطوب نماییم. از پدهای سیلیکونی روی انگشتان جهت ممانعت از فشار روی سطح پشتی انگشتان در کفش استفاده کنیم. استفاده از کفی‌های مناسب نیز توصیه می‌شود. جورابهای فشاری (جوراب واریس) که جای انگشتان در آنها بریده و سوراخ است توصیه نمی‌گردد. چون خطر کاهش خونرسانی به انگشتان را در بر دارند.

## توصیه‌هایی که باید بیماران دیابتی به خاطر داشته باشند:

۱. بیماران باید در هنگام استحمام دمای آب را با آرنج خود تست کنند. پس از شستن پاها با یک حوله نرم پاها، بویژه بین انگشتان آنها را خوب خشک کنند.
۲. روزانه پاها را از نظر قرمزی، تاول، بریدگی، تغییر حرارت (گرمی یا سردی)، تورم و از دست رفتن حس بررسی نمایند. (خود بیمار یا یکی از اعضاء خانواده با مشاهده مستقیم پاها و یا مشاهده پاها در آینه)

۳. چرک را از زیر ناخن‌ها پاک کنند ولی نه با چاقو یا سایر وسایل تیز. ناخن‌ها را صاف کوتاه کنند و از سمباده جهت از بین بردن میخچه‌ها و پینه‌ها پس از شستن استفاده نمایند.
۴. هیچگاه از داروهای میخچه بدون مشورت پزشک استفاده نکنند.
۵. کفی طبی را بدون تجویز پزشک استفاده نکنند و هیچگاه بدون جوراب کفش نپوشند.
۶. پاهای خود را در هوای سرد با جوراب‌های نخی یا پشمی گرم بپوشانند.
۷. هیچوقت پابره‌نه راه نروند بویژه روی سطوح داغ.
۸. کفش‌هایی بپوشند که کاملاً اندازه و مناسب پا باشند. ترجیحاً از کفش‌های چرمی که تبخیر تعریق را می‌دهند، استفاده کنند و اجازه دهند تا بین پوشیدن‌ها، کفش خشک شود.
۹. کفش‌های نوک باریک یا نوک باز یا دمپایی نپوشند.
۱۰. کفش‌های نو باید بتدریج پوشیده شوند. روز اول ساعت پوشیده شوند، سپس روزی ساعت به پوشیدن کفش‌ها اضافه کنند تا بتدریج ۱ روز کامل کفش پوشیده شود.
۱۱. هرگاه امکان داشت کفش‌ها را درآورند و در بین روز دوره‌های مکرر استراحت برای پاها در نظر بگیرند. هر ۵ ساعت کفش‌ها را درآورند.
۱۲. برای خرید کفش عصرها اقدام کنند.
۱۳. هیچگاه بطری داغ، کمپرس گرم و لامپ گرمازا را نزدیک پاها قرار ندهند.
۱۴. از پوشیدن جوراب‌های لاستیکی و فشاری، بویژه سوراخدار که لبه‌ها و درزهای سفت دارند یا پوشیدن جوراب‌های معمولی ولی تنگ خودداری کنند.
۱۵. سیگار نکشند.



نویسنده: دایان لومان

## اگر فرصت داشتم که دوباره کودکم را بزرگ کنم



- اگر فرصت داشتم که دوباره کودکم را بزرگ کنم
- به جای آنکه انگشت اشاره ام را به سوی او بگیرم
- در کنارش انگشت هایم را در رنگ فرو می بردم و نقاشی می کردم.

- اگر فرصت داشتم که دوباره کودکم را بزرگ کنم
- به جای غلط گیری به فکر ارتباط بیشتر می بودم.
- بیشتر از آنکه به ساعت نگاه کنم به او نگاه می کردم.
- سعی می کردم درباره ی او کمتر بدانم اما بیشتر به او توجه می کردم.

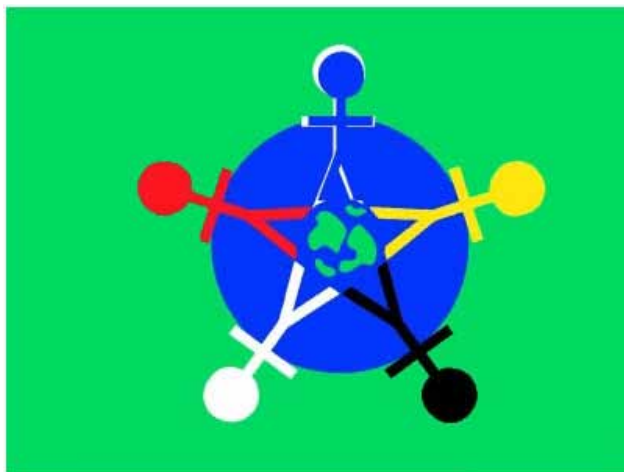
- به جای اصول راه رفتن
- اصول پرواز کردن و دویدن را با او تمرین می کردم.

- از جدی بازی کردن دست بر می داشتم
- و بازی را جدی می گرفتم.

- در مزارع بیشتر می دویدم.
- به ستارگان بیشتر خیره می شدم.

- بیشتر در آغوش اش می گرفتم
- و کمتر او را به زور می کشیدم.

- کمتر سخت می گرفتم و بیشتر او را تایید می کردم.
- اول احترام به خود را در او می ساختم و بعد خانه و کاشانه اش را.
- و بیشتر از آنچه که عشق به قدرت را به او یاد دهم
- قدرت عشق را یادش می دادم.





# تیر اخبار دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

دی ماه

- وداع دکتر نوری زاد با دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه: نشست تودیع دکتر صمد نوری زاد و معارفه دکتر محمدرضا نیکبخت صبح روز چهارشنبه پانزدهم دیماه در سالن اجتماعات زنده یاد نوروزنژاد مرکز آموزشی درمانی امام رضا(ع) برگزار شد.
- در نمایشگاه هفته پژوهش که در پارک شاهد از چهارم تا نهم دی ماه برگزار شد عنوان غرفه برتر از دیدگاه داوران به معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه رسید.
- در مراسمی که به مناسبت هفته پژوهش در سالن اجتماعات مرکز آموزشی، درمانی امام رضا(ع) برگزار شد از زحمات پژوهشگران برتر دانشگاه تقدیر شد. و پروفیسور مصطفایی به عنوان برترین پژوهشگر دانشگاه معرفی گردید.
- پروفیسور غلامرضا بهرامی استاد دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه به عنوان یکی از پژوهشگران برتر کشور در جشنواره تحقیقات علوم پزشکی رازی برگزیده شد.
- دکتر حامد قدوسی جوهری استادیار و عضو هیئت علمی گروه جراحی عمومی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه با ۱۷ مقاله ISI در کمیته تخصصی علوم بالینی جراحی شانزدهمین جشنواره علوم پزشکی رازی به عنوان محقق جوان برگزیده شد.
- درمانگاه تخصصی پزشکی ورزشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه آغاز به کار کرد. این درمانگاه تخصصی در گستره آسیب های ورزشی، تغذیه ورزشی، مکمل ها، سنجش آنتروپومتریک، استعدادیابی ورزشی، صدور گواهی سلامت ورزشکاران، معاینات پیش از شروع ورزش و مشاوره دوپینگ پذیرای مراجعان گرامی است.
- نخستین بار در استان کرمانشاه خانواده یک بیمار دچار مرگ مغزی، با اهدای اعضا موافقت نمودند. خانواده این جوان با اهدای قلب، کلیه و کبد فرزندشان، به چند انسان دیگر حیات دوباره بخشیدند.
- دکتر زارعی، ریاست اداره امور آزمایشگاه های استان، از کلیه مسئولین فنی آزمایشگاه های تشخیص پزشکی استان اعم از خصوصی و دولتی دعوت کرد تا برای استقرار الزامات استاندارد سازی و اخذ لوح کیفیت پیشقدم شوند.
- نمایشگاه دستاوردهای پژوهشی استان کرمانشاه به مناسبت هفته پژوهش، از چهارم دی ماه به مدت یک هفته در محل دائمی نمایشگاه های استان برگزار شد.
- دکتر محمدرضا نیکبخت - سرپرست جدید دانشگاه - دارای مدرک دکترای تخصصی فارماکولوژی از دانشگاه گلاسکو انگلستان بوده و پیش از این به عنوان رییس دانشگاه های علوم پزشکی یاسوج و کاشان فعالیت نموده است.
- دکتر نیکبخت سرپرست دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه؛ تنها دو روز پس از معارفه ایشان بعنوان سرپرست دانشگاه، سیر بازدیدهای خود را با هدف اطلاع از وضعیت مراکز بهداشتی درمانی تابعه شهرستان کرمانشاه و مرتفع نمودن مشکلات موجود آغاز نمود.
- فیلم کوتاه مشعل که جهت نمایش در مراسم افتتاحیه نهمین المپیاد فرهنگی ورزشی دانشجویان پسر دانشگاههای علوم پزشکی کشور ساخته شد پس از شرکت در جشنواره بین المللی فیلمهای ورزشی و تلویزیونی تهران حائز رتبه دوم در بخش نماهنگ شد.
- مدیر توسعه و منابع انسانی دانشگاه زمان برگزاری آزمون استخدامی دانشگاه را در ۱۳۸۹/۱۲/۶ و زمان انتشار آگهی استخدام را دهه دوم بهمن ماه در سایت دانشگاه و روزنامه های محلی اعلام کرد.
- دفتر آموزش و پژوهش استانداری در نامه ای از خدمات و برنامه ریزی های واحد آموزش در سال ۱۳۸۸ تقدیر کرد.
- دکتر نیکبخت، طی حکمی دکتر بابک ایزدی متخصص پاتولوژی و عضو هیات علمی دانشگاه را به عنوان مشاور سرپرست دانشگاه، رییس شورای سیاستگذاری دانشگاه و مسوول اتاق فکر تعیین نمود.
- مانور زلزله در روز چهارشنبه ۲۲ دی در ستاد دانشگاه برگزار شد.
- کارگاه بین المللی هزینه- اثربخشی در روز های ۲۷ تا ۳۰ دیماه در سالن مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی برگزار شد. این کارگاه با همکاری اساتید دانشگاه کوینزلند استرالیا و معاونت تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه برگزار گردید.
- سومین دوره انتخابات سازمان نظام پرستاری در سراسر کشور در روز سیزدهم اسفندماه برگزار خواهد شد.
- سایت اینترنتی هسته گزینش دانشگاه راه اندازی گردید. در این سایت که شامل بخش های مختلف اطلاعاتی است کاربران می توانند از قوانین و مقررات گزینش کشور در حوزه وزارت بهداشت و همچنین اطلاعات مربوط به استخدام و گزینش مطلع گردند.



## اخبار مرکز تحقیقات

### ۵۰ احیای دوباره جلسات تیم ازدواج و طلاق در مرکز:

جلسه تیم ازدواج و طلاق، این بار با حضور سرکار خانم مریم سپیده دم و اعضای جدید تیم، سرکار خانم مریم حیدریان (دانشجوی دکترای روانشناسی)، آقای علی مرادی (مددکار اجتماعی)، و سرکار خانم سحرالسادات سپیده دم (کارشناس دفتر حقوقی دانشگاه) برگزار شد. در این جلسه هریک از اعضای حاضر بنابه درخواست سرپرست مرکز، تقویم برنامه کارگاههای خود را با هدف آموزش خانوارهای منطقه به مرکز ارائه نمودند و در این راستا مقرر شد آموزش های پیش از ازدواج و همچنین آموزش مهارت روابط همسران طی چندین جلسه طبق برنامه زمان بندی شده از اواسط دیماه آغاز گردد.

### ۵۱ دعوت از معاونت محترم غذا و دارو، آقای دکتر وریا رحیمی، به مرکز:

سرپرست مرکز تحقیقات در این جلسه، معاونت محترم غذا و دارو را با اهداف مرکز و پیشینه ی آن آشنا نموده و از ایشان خواستند تا برنامه هایی هدفمند در راستای تجویز منطقی دارو و پیشگیری از خوددرمانی را در جمعیت تحت پوشش مرکز متمرکز نمایند. همچنین در این جلسه سرپرست مرکز بر همکاری بیشتر این دو مجموعه تأکید داشتند و مقرر شد که این همکاری ابتدا با برگزاری نمایشگاهی از کاریکاتورهای تجویز منطقی دارو در مرکز از سوی معاونت محترم و سپس ارائه مطالب هدفمند آن معاونت محترم به مرکز جهت چاپ در گاهنامه برای آموزش عموم مردم همچنین ارائه پوسترها، پمفلت ها و CD های آموزشی آن معاونت در کنار کارگاههای آموزشی جهت مردم آغاز گردد.

### ۵۲ جلسات شورای پژوهشی مرکز مانند همیشه با حضور اعضای محترم شورای پژوهشی برگزار شد. در این جلسات ضمن بررسی چند طرح پیشنهادی، پروپوزال طرح تحقیقاتی ذیل مورد تصویب قرار گرفت:

- عنوان: «بررسی نقش مشارکت جامعه در ارتقاء امنیت اجتماعی محلات منطقه تحت پوشش مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقاء سلامت کرمانشاه از دیدگاه ساکنین». مجریان: سیدرامین قاسمی، دکتر سهیلا رشادت.

### ۵۳ در هفته ی پژوهش، مرکز تحقیقات، بخشی از دستاورد های خود را در غرفه ی دانشگاه به نمایش گذاشت.

### ۵۴ روز پژوهش مانند هر سال به طور با شکوه برگزار شد:

در این روز آقای دکتر نجفی معاونت محترم تحقیقات و فناوری که میزبان جلسه بودند، سخنان خود را با پردازش جایگاه منطقه و سپس در ایران در پژوهش آغاز نمودند و سپس به معرفی موقعیت فعلی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه در پژوهش پرداختند و اهداف و برنامه های آینده ی دانشگاه را در این خصوص به حاضرین در جلسه معرفی نمودند. در این جلسه ایشان از اعضای محترم هیأت علمی خواستند تا بر تلاش های خود در امر پژوهش با هدف ارتقاء دانشگاه بیفزایند. سپس اعضای محترم هیأت علمی برتر در امر پژوهش معرفی شدند. در این جلسه که با حضور ریاست محترم دانشگاه، معاونین محترم دانشگاه و ریاست محترم دانشکده ها برگزار گردید، جناب آقای دکتر نوری زاد ریاست محترم (سابق) دانشگاه از



تلاشهای سرپرست محترم مرکز (دکتر سهیلا رشادت) با ارائه ی لوح تقدیر به ایشان به دلیل ساماندهی و فعالیت دوباره مرکز تشکر و قدردانی نمودند.

☞ شماره سوم گاهنامه ی نسیم سلامت به چاپ رسید.

#### ☞ فعالیت تیم نظم و امنیت اجتماعی:

تداوم فعالیت تیم نظم و امنیت اجتماعی با حضور آقایان: سرهنگ علی لقایی (سرپرست محترم تیم)، آقای محمدرضا آمویی، آقای هادی نجفی، آقای دهقی، دکتر کاظمی و خانم ها: دکتر اجاقی، دکتر شکوه صادقی، خانم بیتا حامدپور، خانم شکوه الزمان مظاهری و سرپرست محترم مرکز در محل مرکز تحقیقات برگزار گردید. در این جلسات، اعضای حاضر به تکمیل اهداف تیم خود به منظور طراحی برنامه عملیاتی در راستای اهداف تعیین شده پرداختند.

#### ☞ فعالیت تیم بهداشت:

تیم بهداشت به سرپرستی سرکار خانم فرانک جعفری و با حضور اعضای خود آقای دکتر علیرضا خاتونی (ریاست محترم دانشکده پرستاری - مامایی) همچنین آقای دکتر نصرت اله منتظری (عضو هیأت علمی گروه پزشکی اجتماعی) و آقای دکتر احسان صادقی (عضو محترم هیأت علمی دانشکده بهداشت و مسئول EDO دانشکده) و همچنین آقای دکتر امیرحسین هاشمیان، سرپرست مرکز و خانم شکوه الزمان مظاهری برگزار گردید. اعضای حاضر بنابه درخواست سرپرست مرکز به ارائه ی تقویم کارگاههای آموزشی خود در سطح خانوارها پرداختند که این امر با استقبال فراوان سرپرست مرکز و تشکر از همکاری فعالانه اعضا همراه بود.

#### ☞ برگزاری چندین دوره کارگاه در سطح خانوارهای منطقه:

☞ کارگاه خانواده سالم - امنیت روانی همسران

☞ کارگاه خانواده سالم - امنیت روانی کودک

این دو کارگاه یکروزه با سخنرانی آقای دکتر نصرت اله منتظری عضو محترم هیأت علمی دانشگاه در تاریخ ۸۹/۱۰/۶ و ۸۹/۱۰/۱۳ در مرکز تحقیقات برگزار گردید.

فراگیران شرکت کننده در این کارگاه، مردم ساکن در منطقه تحت پوشش مرکز تحقیقات بودند. در پایان کارگاه، افراد شرکت کننده از برگزاری کارگاه اظهار مسرت و رضایت نمودند.

#### ☞ کارگاه پیشگیری از سرطان:

این کارگاه با سخنرانی آقای دکتر علیرضا خاتونی در مورخه ۸۹/۱۰/۲ در مرکز تحقیقات برگزار گردید. این کارگاه با هدف ارتقاء آگاهی و نگرش مردم به منظور پیشگیری از ابتلا به بیماری (سرطان) به انجام رسید. گروه مخاطب در این کارگاه مردم منطقه تحت پوشش مرکز تحقیقات بودند. اعضای شرکت کننده پس از شنیدن سخنان مدرس محترم از امکان برگزاری چنین کلاسهای آموزشی بسیار خرسند بودند.

#### ☞ کارگاه پوکی استخوان:

این کارگاه با سخنرانی سرکار خانم فرانک جعفری در مورخه ۸۹/۱۰/۱۶ در مرکز تحقیقات در سطح خانوارهای تحت پوشش مرکز با هدف ارتقای آگاهی و نگرش مردم در جهت پیشگیری از ابتلا به پوکی استخوان و عوارض آن برگزار گردید. افراد شرکت کننده و سخنران محترم، جلسه آموزشی برگزار شده را بسیار مفید و مثر ثمر عنوان کردند.

#### ☞ برگزاری دور دوم کارگاه کارآفرینی در مرکز:

با توجه به تجربه برگزاری کارگاه کارآفرینی در سالهای گذشته، اینبار نیز دو دوره کارگاه کارآفرینی با همکاری بنیاد توسعه کارآفرینی با هدف آموزش فارغ التحصیلان جویای کار در محل مرکز تحقیقات از تاریخ ۸۹/۹/۱۳ تا ۸۹/۹/۲۹ و ۸۹/۹/۳۰ لغایت ۸۹/۱۰/۱۴ برگزار گردید.

سخنرانان این کارگاه آقایان سید محمد سپیده دم و دکتر نائلی بودند. شرکت کنندگان در هر مرحله بنا به درخواست سرپرست مرکز توسط یک پیش آزمون و پس آزمون مورد ارزشیابی قرار گرفتند.

#### 🌸 برگزاری کارگاه پنج روزه روش تحقیق مقدماتی:

با توجه به اینکه توانمندسازی مردم منطقه تحت پوشش جهت انجام کارهای پژوهشی، بویژه مشارکت آنان در «پژوهشهای مشارکتی جامعه محور» یکی از اهداف اساسی مرکز می باشد، یک دوره کارگاه پنج روزه روش تحقیق مقدماتی برای تعدادی از جوانان ساکن در منطقه که دارای تحصیلات دانشگاهی بودند برگزار گردید. این کارگاه از تاریخ ۸۹/۱۰/۱۸ لغایت ۸۹/۱۰/۲۲ در سالن کنفرانس مرکز تحقیقات برگزار شد و دکتر علی الماسی، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه و رئیس کمیته ارتقاء سلامت مرکز مسئولیت تدریس در کارگاه را بر عهده داشتند.

#### 🌸 نمایشگاه بازی ذهن:

مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی برای اولین بار اقدام به برگزاری نمایشگاه بازی ذهن در محل مرکز نمود. هدف از این نمایشگاه آشنایی کودکان و خانواده های آنان و مدارس حومه با اهداف مرکز بود. طی چندین دوره بازدید مدارس ابتدایی و راهنمایی منطقه به همراه مربیان خود از نمایشگاه، آن را مفید و جذاب عنوان کردند.

میزبان این نمایشگاه، مرکز تحقیقات و همکار جدید مرکز آقای هوشنگ احمدی صوفیوند، نگارنده داستان های کودک بودند که در امر توصیف نقاشی کودکان نیز تجربه های خوبی دارند. سرپرست مرکز پس از استقبال مردم از نمایشگاه، از آقای صوفیوند درخواست نمودند تا نمایشگاه خود را در دوره های بعدی نیز در مرکز تحقیقات به اجرا درآورند.

این نمایشگاه در ساعات صبح و بعدازظهر طی ۲ هفته از مورخه ۸۹/۱۰/۴ لغایت ۸۹/۱۰/۱۶ به فعالیت خود ادامه داد. در این نمایشگاه، کودکان ضمن بازدید، نقاشی های خود را نیز به مرکز ارائه دادند.

#### 🌸 جلسه با نمایندگان محترم مردم:

سرپرست مرکز طی دو جلسه با آقای باسک، نماینده محترم بلوک ۱۷ و نماینده مرکز در طرح ساماندهی مراکز تجاری منطقه تحت پوشش، از ایشان خواستند تا فعالیت های خود را طی این مدت به مرکز ارائه نمایند. ایشان نیز مجموعه فعالیتهای خود را به همراه نقطه نظرات خود در خصوص تقویت جلسات مردمی مرکز ارائه نمودند. سرپرست مرکز نیز از ایشان به پاس زحمات و فعالیتهای صورت گرفته با اهدای لوح تقدیر قدردانی نمودند.

#### 🌸 شروع دوباره جلسات کمیته توسعه اجتماعی:

در دی ماه نیز جلسات کمیته توسعه اجتماعی با حضور اعضای جدید کمیته در روزهای ۸۹/۱۰/۱۵ و ۸۹/۱۰/۲۲ به سرپرستی آقای دکتر منصور رضایی و با حضور سرپرست، کارشناس پژوهشی و نیروهای مردمی مرکز برگزار شد. در این جلسه سرپرست محترم کمیته به شرح اهداف و رسالت مرکز پرداختند و از آنان خواستند تا همکاری خود را با مرکز به مرحله عمل و اجرا درآورند. اعضای جدیدالورود به کمیته در پی فراخوان و دعوت به همکاری از سوی مرکز به مرکز تحقیقات مراجعه کرده بودند.

#### 🌸 برگزاری منظم جلسات هفتگی شورای معتمدین محلات منطقه تحت پوشش مرکز:

این جلسات بطور هفتگی (سه شنبه ها ساعت ۱۰ تا ۱۲) و در محل سالن کنفرانس مرکز تحقیقات برگزار می گردد. در این جلسات جمعی از معتمدان محلات مختلف منطقه در قالب شورای معتمدین گردهم آمده و به بررسی مشکلات مختلف محلات می پردازند. این شورا با مشورت و تبادل نظر درباره مشکلات گوناگون محلات، راهکارهایی را پیش بینی کرده و

با تقسیم وظایف به پیگیری رفع مشکلات از طریق نهادهای مسئول همت می گمارند. شایان ذکر است که تاکنون اقدامات قابل ملاحظه ای از طریق این شورا پیگیری شده و به مرحله عمل رسیده است.

☞ آقای سیاوش سلیمانی معاونت محترم توانبخشی سازمان بهزیستی و عضو همکار مرکز تحقیقات، مستندات و سوابق پژوهشی خود را بنا به درخواست سرپرست مرکز ارائه نمودند.

☞ معرفی نماینده از سوی برخی گروههای آموزشی دانشگاه:

در پی درخواست سرپرست مرکز از گروههای محترم آموزشی در راستای اجرای طرح شبکه ی آموزشی در سطح خانوارهای منطقه، برخی از گروه ها نمایندگان خود را به شرح ذیل به مرکز معرفی نمودند:

نماینده محترم گروه ارولوژی آقای دکتر امیدوار برنا

نماینده محترم گروه زنان سرکار خانم دکتر ابرش پور

نماینده محترم گروه اطفال سرکار خانم دکتر شمس وزیریان

نماینده محترم گروه عفونی آقای دکتر مهدویان

نماینده محترم گروه دندانپزشکی آقای دکتر مظفری و دکتر بهروز سلیمی

نماینده محترم گروه روانپزشکی آقای دکتر خیراله صادقی

نماینده محترم گروه گوش و حلق و بینی آقای دکتر خسرو ایرانفر

