

توان باب

سال هشتم • شماره ۱۶ و ۱۷ • ۵۲ صفحه • زمستان ۸۴ و بهار ۸۴ • قیمت: ۵۰۰ تومان



- امداد و نجات در زلزله
- فرضیه مداخله در بحران
- ارتباط زمانی حملات صرعی
- تجدید حیات طی مکمل - جایگزین
- آشنایی با سازمان دفاع از قربانیان خشونت
- مروری بر قانون جامع حمایت از حقوق معلولان

ویژه توانیابان جسمی - حرکتی

مجتمع آموزشی و نیکوکاری رعد

آموزش

کامپیوتر * حسابداری * نقشه کشی
قالیبافی * فیاطی * زبان * نقاشی و طراحی
تراش شیشه * سفال



توانبخشی

فیزیوتراپی * کاردرمانی جسمانی و روان
گفتاردرمانی * مشاوره * مددکاری
خدمات پزشکی



آموزش و سرویس رایگان

www.raad-ngo.org

وب سایت

ino@raad-ngo.org

پست الکترونیکی

حساب جاری جهت کمک های مردمی

۱۰۴۰-۱۶۵۸۸ بانک تجارت

شعبه شهرک قدس



TEL: 8082266-8098881

FAX: 8076326

شهرک قدس، خیابان هرمان، خیابان پیروزان جنوبی، شماره ۷۴



سال ششم - شماره ۱۶ و ۱۷ - ۵۲ صفحه - زمستان ۸۳ و بهار ۸۴

صاحب امتیاز:

مجتمع آموزشی نیکوکاری رعد

مدیر مسئول: دکتر قاسم صالح خور

سر دبیر: غلامرضا سنگجولی

امور هماهنگی: زهرا اویسی

امور کامپیوتری: علی ممتحنی

همکاران این شماره: فاطمه اویسی، فرشته فرمائی،

مریم قورچیان و سارا کرناسچی

طرح روی جلد: سیده مونا مسعودی

صفحه آرایی: خدمات فرهنگی صبا

لیتوگرافی جلد و متن: کوروش

چاپ و صحافی: پنگوئن تلفن: ۳۹۳۴۶۹۲

نشانی: شهرک غرب، خیابان هر مزان، خیابان پیروزان

جنوبی، مقابل ششم، پلاک ۷۴

تلفن: ۸۰۷۶۳۲۵، ۸۰۹۸۸۸۱، ۸۰۸۲۲۶۶

نمابر: ۸۰۷۶۳۲۶

کد پستی: ۱۴۶۶۶، صندوق پستی: ۱۴۴/۱۴۶۶۵

email: inforaad-ngo.org

web site: www.raad-ngo.org

سر مقاله

۲ حکایت دنباله دار حمایت از معلول (توان یاب)...

گفت و گو

۴ مجتمع رعد کرمان در یک نگاه

گزارش

۷ گروه همیاری بانوان مجتمع آموزشی نیکوکاری رعد

با توان یابان موفق

۸ مازنده به آنیم که آرام نگیریم

مقالات

۱۳ سازمان دفاع از قربانیان خشونت

۱۶ تجدید حیات طب مکمل - جایگزین

۲۱ گوش هایی که می بینند، چشم هایی که می شنوند

۲۴ امداد و نجات در زلزله

۳۰ ارتباط زمانی حملات صرعی

۳۳ فرضیه مد اخله در بحران

هنر و ادب

۴۱ بهار را باور کن

۴۲ روزی از زمان

گوناگون

۴۳ نامه ای از کرمان

۴۴ من و یک توان یاب

۴۵ جدول تخصصی

۴۷ کنترل دائمی وزن

نیم نگاهی به جراید

۴۸

خلاصه انگلیسی

۵۰

● توان یاب از دریافت مقالات و دیدگاه های

صاحب نظران استقبال می کند، مقالات ترجمه شده

همراه با کپی اصل مقاله ارسال شود.

● مقالات ارسالی پس فرستاده نمی شود.

● توان یاب در ویرایش و کوتاه کردن مطالب آزاد

است.

حکایت دنباله‌دار حمایت از معلول (توان یاب)...



سرمقاله

این شهروندان فراهم شده بود. با گذشت یک سال از تصویب قانون رفته رفته شک و تردیدهایی نسبت به اجرای این قانون در اذهان جای باز می‌کند. این تردیدها از آنجا ناشی می‌شود که قبل از تصویب این قانون نیز راهکارهای قانونی مناسبی برای سهم کردن معلولان در فرصت‌های اشتغال و سایر فرصت‌های مشارکت در امور اجتماعی ارائه شده بود. از جمله بند ۱۹۳ ماده ۱۹۳ قانون برنامه سوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی که ادارات و سازمان‌های وابسته به دولت را موظف به اختصاص ۳ درصد از سهمیه‌های استخدام رسمی به معلولان عادی می‌کند. به رغم

قریب یک سال از تصویب قانون جامع حمایت از حقوق معلولان (توان یابان) می‌گذرد. مجلس شورای اسلامی در جلسه علنی روز چهارشنبه ۱۶ اردیبهشت ماه ۱۳۸۳ این قانون شانزده ماده‌ای را به اتفاق آراء تصویب و چندی بعد شورای نگهبان نیز این قانون را بدون هیچ گونه تغییر مورد تایید قرار داد.

تصویب این قانون هم برای جامعه چند میلیونی توان یابان و هم برای سازمان‌های غیردولتی و سایر مجامع حمایتی و انجمن‌های صنفی ایشان بسیار دلگرم‌کننده و امیدبخش بود زیرا اکنون ابزار قانونی موثری برای احقاق حقوق



تلفات جانی و خسارات مالی نسبتاً قابل ملاحظه‌ای به بار آورد.

زمان آن فرا رسیده که مسئولان ذریب‌ارزیابی منصفانه‌ای از عملکرد خود در قبال هموطنان آسیب‌دیده زلزله بم به عمل آورده و به ملت شریف و صبور ایران گزارش دهند که با عنایت به فاجعه بم چه تمهیدات و پیش‌بینی‌هایی جهت به حداقل رساندن تلفات و خسارات وقایع مشابه در زرنده و دیگر نقاط زلزله‌خیز کشور به عمل آورده و یا چه برنامه‌ها و اقدامات موثری در این زمینه در شرف تکوین دارند.

گذشته از بهره‌برداری‌های تبلیغاتی که گاه توسط برخی از سیاستمداران در بازدیدهای نمایشی از مناطق زلزله‌زده بم و زرنده، آیا زمان آن نرسیده که مسئولان ذریب‌ارزیابی گزارش‌های کاملی از امکانات دریافتی، اعم از مالی، جنسی، داخلی و خارجی و هزینه‌های انجام‌شده با ذکر پروژه‌های شخصی و میزان پیشرفت آنان، به ویژه در رابطه با هموطنان عزیز که در اثر سانحه زلزله دچار محدودیت‌های جسمی، حرکتی، روانی و احیاناً نقص عضو گردیده‌اند، در اختیار عموم ملت ایران و خصوصاً هموطنان آسیب‌دیده قرار دهند؟ آیا در بنبوحه تبلیغات انتخابات ریاست جمهوری در آینده نزدیک، ارائه چنین گزارشی به صورت شفاف و منصفانه، لااقل از سوی برخی نامزدهای ریاست جمهوری می‌تواند محلی از اعراب داشته باشد؟

مدیرمسئول

توان‌یابانی که با پشتکار و اراده بر محدودیت‌های توان‌فرسای جسمی غلبه کرده‌اند می‌توانند ضمن به اثبات رساندن توانایی‌های علمی و حرفه‌ای خود، مسئولان ذریب‌ارزیابی را هر چه بیشتر در انجام رسالت و مسئولیت‌های این سازمان متقاعد و حمایت‌های منظور شده در قانون را چه به لحاظ اشتغال و چه به لحاظ تامین اعتبارات مالی ویژه اشتغال جلب نمایند.

نکته دیگری که به لحاظ اهمیت شایسته است در این سطور یادآوری



تصویب این قانون فرصت خوبی برای معلولان کشور فراهم می‌کند تا با استفاده از این اهرم شفاف و صریح قانونی، حقوق ضایع شده خویش را هم‌زمان با جلب حمایت سازمان بهزیستی از مراجع ذریب‌ارزیابی مطالبه کنند

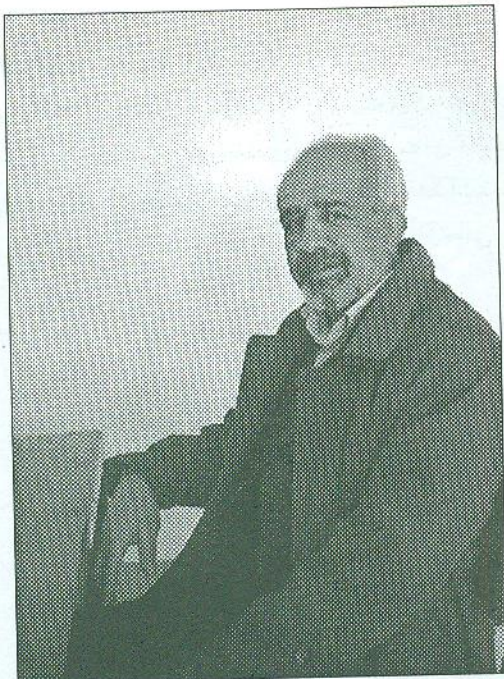
شود فاجعه زلزله زرنده استان کرمان است. بار دیگر قهر طبیعت دامنگیر عده‌ای از هموطنان عزیز در خطه کرمان شد و زلزله نه چندان شدید (در مقام مقایسه با زلزله‌های شدیدتر در ایران و برخی دیگر از نقاط جهان)

اینکه آیین‌نامه اجرایی این قانون در تاریخ ۷۹/۱۰/۵ به دستگاه‌های مشمول ابلاغ شده است اما عملاً نشانی از اجرای موثر این قانون به چشم نمی‌خورد.

از طرف دیگر تقریباً کلیه مواد قانون اخیر (قانون جامع حمایت از حقوق معلولان) از جمله بهره‌مندی فرصت‌های موجود اشتغال، دریافت اعتبارات ویژه خوداشتغالی و اشتغال گروهی توان‌یابان و اعمال معافیت‌ها و تخفیف‌های بیمه‌ای و مالیاتی را منحصراً از مجرای سازمان بهزیستی کل کشور پیش‌بینی کرده و بیم آن می‌رود که حتی اگر سازمان‌های متقاضی استخدام توان‌یابان نیز با حسن نیت تن به اجرای قانون داده و چند پست سازمانی خود را جهت تصدی معلولان به این سازمان (بهزیستی) اعلام کنند، نظام دست و پاگیر اداری و فرایند‌گزینش و اولویت‌بندی بین انبوه متقاضیان استخدام دست‌واج‌دین شرایط واقعی را از این سهمیه‌ها کوتاه کند و یا اعتبارات ویژه و منابع مالی در مسیر اشتغال مولد و رسیدن به استقلال مادی و معنوی توان‌یابان قرار نگیرد.

به‌رغم همه این تردیدها تصویب این قانون فرصت خوبی برای معلولان کشور فراهم می‌کند تا با استفاده از این اهرم شفاف و صریح قانونی، حقوق ضایع شده خویش را هم‌زمان با جلب حمایت سازمان بهزیستی از مراجع ذریب‌ارزیابی مطالبه کنند. به یقین حتی با وجود نظام دست و پاگیر اداری،

مجتمع رعد کرمان در یک نگاه



گفت و گو با احمد
امیری، مدیر داخلی
مجتمع آموزشی
نیکوکاری رعد
کرمان

گفت
&
گو

پرجمعیت در اولویت برنامه های توسعه رعد قرار دارد.

فاجعه دردناک بم که علاوه بر از بین بردن هزاران تن از هموطنان موجب ایجاد ضایعات جسمی و حرکتی در عده زیادی از نجات یافتگان شد، با وجود مصیبت بار بودن شاید خود از علل عمده ای بود که ایجاد و راه اندازی مجتمع آموزشی نیکوکاری رعد کرمان (ویژه معلولین و جانبازان جسمی و حرکتی) را تسریع کرد.

در این زمینه گفتگوی کوتاهی داشتیم با آقای احمد امیری از فرهنگیان خوشنام کرمانی و مدیر داخلی مجتمع رعد کرمان. که با هم آن را

پیش درآمد:

تعمیم دادن و فراگیر کردن آموزش های فنی و حرفه ای ویژه جانبازان و معلولین جسمی و حرکتی به تمام کشور به خصوص مناطق محروم برای کمک به بالا بردن تخصص توان یابان و ایجاد زمینه اشتغال مولد و زندگی شرافتمندانه برای این قشر از اصول منشور رعد و از آرزوهای دیرین بنیانگذاران این نهاد مردمی بوده و هست.

به لحاظ تمرکز جمع قابل توجهی از توان یابان جسمی و حرکتی در مراکز استان ها و شهرهای بزرگ، در حال حاضر ایجاد امکانات آموزشی و توانبخشی برای قشر یاد شده در شهرهای



می خوانیم:

● جناب آقای امیری با عرض سلام و خسته نباشید. لطفاً ضمن بیان تاریخچه اجمالی تأسیس رعد کرمان بفرمایید تا کنون چه کارهایی در کرمان انجام شده است.

مجمع رعد کرمان از شهریور ماه سال ۱۳۸۳ کار خودش را آغاز کرد و هم اکنون کارآموزان آن ترم اول خود را با موفقیت به پایان رسانده و در ابتدای ترم دوم هستند. رشته های آموزشی ما در حال حاضر کامپیوتر، زبان، نقاشی، موسیقی، معرق کاری، خیاطی و نجاری هستند. جهت آگاهی باید به اطلاع برسانم که کلیه مربیانی که هم اکنون با ما همکاری دارند، عضو افتخاری هستند و سعی ما بر این است که بتوانیم از طریق تبلیغات رسانه ای (چه تبلیغات سمعی بصری و چه از طریق اعلامیه یا نشر آگهی در میادین بزرگ شهر) مجتمع را به مردم کرمان معرفی کنیم و اهداف مجتمع را به اطلاع مردم کل استان کرمان برسانیم. خصوصاً سعی داریم به عزیزانی که در فاجعه بم دچار مشکل جسمی حرکتی و آسیب دیدگی شده اند خدمات آموزشی و باز توانی ارائه دهیم. هیئت امنای رعد کرمان، افراد بسیار خوب، نیکوکار، دانا و توانایی هستند و از هر جهت سعی می کنند تا در کمترین زمان خدمات آموزشی و توانبخشی را برای همه توان یابان جسمی و حرکتی استان فراگیر کنند.

مادر خصوص معرفی رعد بارادینو کرمان برنامه ای داریم تحت عنوان

«گل های نیلوفر» که روزهای شنبه هر هفته پخش می شود. با صدا و سیما نیز مصاحبه کرده و طی آن مجتمع را معرفی کردیم. همچنین با روزنامه های محلی مصاحبه داشتیم و اهداف و برنامه های رعد کرمان را از طریق آنها منعکس کردیم. با مقامات محلی کرمان همچون: استانداری، فرمانداری، شورای شهر، آموزش و پرورش، شهرداری و هر جا که افراد خیر و نیک اندیشی سراغ داشتیم ارتباط برقرار کردیم، تا انشاء... هر چه زودتر رعد کرمان را به وضعیت ایده آل برسانیم.

● آیا برنامه هایی برای برگزاری نمایشگاه، بازارچه خیریه یا سایر فعالیت های جمعی دارید؟

البته تصمیم داریم کارهایی را که خود بچه ها انجام می دهند (که الان هم تولیدشان به حد خوبی رسیده) از جمله: کارهای معرق کاری، نقاشی و خیاطی را در غرفه های خود اشتغالی میدان مطهری به معرض نمایش و فروش بگذاریم.

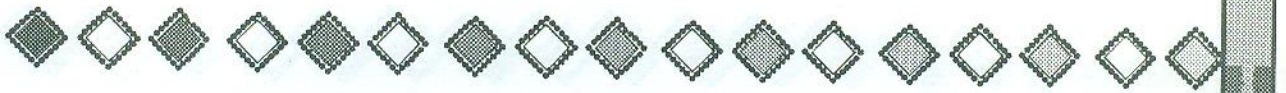
هدف اصلی ما این است که بعد از این که بچه ها آموزش لازم را در یکی از هنرها و حرفه ها دیدند، آنها را به نهادهای ذیربط برای استخدام و اشتغال معرفی کنیم. هم اکنون یکی از کارآموزانی که دوره مقدماتی کامپیوتر و تایپ world را گذرانده است به عنوان منشی در مجتمع مشغول به کار شده است و تلاشمان این است که در قسمت های دیگر هم از این دوستان استفاده کنیم. همچنین سعی خواهیم

کرد عزیزانی که دانش لازم را کسب کرده اند به عنوان مربی در دوره های بعد بتوانند دیگر کارآموزان را آموزش بدهند.

● در حال حاضر چند کارآموز در رعد کرمان تحت آموزش هستند؟
در ابتدای کار حدود ۸۰ نفر ثبت نامی داشتیم که تعدادی از آنها به دلایل نامعلومی در دوره ها شرکت نکردند و در حال حاضر حدود ۶۷ نفر کارآموز در کلاس های مختلف حضور فعال دارند.

این عزیزانی که ما با آنها در تماس هستیم خیلی راضی هستند و ما هم سعی می کنیم که در همه زمینه ها بتوانیم لوازم آسایش و راحتی آنها را فراهم کنیم چه در زمینه ایاب و ذهاب، چه در زمینه تغذیه و چه در خصوص حل یا تخفیف مشکلات زندگی آنها؛ مثلاً در زمینه خدمات درمانی و توانبخشی آقایان و خانم های پزشکی هستند که با ما همکاری شان را شروع کرده اند. در زمینه های مشاوره هم چند تن از متخصصین نیکوکار برای همکاری اعلام آمادگی کرده اند. در خصوص خدمات داندانپزشکی نیز چند تن از دندانپزشکان اعلام آمادگی کرده اند. یکی از متخصصین پوست هم اکنون هفته ای یک روز در مجتمع حضور پیدا کرده کارآموزان را ویزیت می کنند.

● بیشترین استقبال کارآموزان از چه کلاس هایی بوده است؟
تا آنجایی که من حضور ذهن دارم بیشترین استقبال ایشان از کلاس های



کامپیوتر و معرق‌سازی است. در کلاس‌های زبان هم کارآموز داریم اما نه به اندازه کلاس کامپیوتر و معرق.

● با توجه به اینکه مجتمع رعد کرمان در اولین سالی است که فعالیت خود را آغاز کرده، بفرمائید که از نظر امکانات چه محدودیت‌هایی دارید؟

مشکلی که در حال حاضر ما برای سرویس‌دهی به این عزیزان داریم، مسئله ایاب و ذهاب است، این مسئله ایاب و ذهاب واقعاً معضلی برای این مجتمع است که انشاء... در تلاش هستیم هر چه زودتر این مشکل را با تحقق قول‌های مساعدی که از سازمان‌های ذیربط برای تأمین وسیله مناسب گرفته‌ایم، حل کنیم.

● هزینه‌های مجتمع چگونه تأمین می‌شود؟

در حال حاضر و از بدو شروع، تاسیس و راه‌اندازی مجتمع، کلیه هزینه‌های رعد کرمان توسط رعد مرکز پرداخت شده و فکر می‌کنم این روال تا، دو یا سه ماه دیگر ادامه پیدا کند تا ما بتوانیم آرام آرام منابعی را در خود استان جایگزین منابع رعد مرکز کنیم و مجتمع رعد کرمان را به خودکفایی برسانیم.

● آیا ساختمانی که اکنون در اختیار دارید برای عزیزانی که مشکل جسمی دارند مناسب‌سازی شده است؟ ساختمانی را که ما هم اکنون در آن فعالیت داریم برای استفاده و تردد توان‌یابان کاملاً مناسب‌سازی شده است و در همین جا لازم است از بهزیستی استان کرمان که این فضا را

در اختیار ما قرار داده، تشکر کنم. بچه‌ها از نظر ایاب و ذهاب در داخل ساختمان هیچ مشکلی ندارند.

● در بین کارآموزانی که در مجتمع در حال آموزش هستند از عزیزان آسیب‌دیده شهر بم هم وجود دارند؟

تعدادی از این عزیزان از شهر بم هستند که ضایعه نخاعی دارند و در کلاس‌های گوناگون شرکت دارند.

● چه پیشنهادی برای بهتر و موفق‌تر انجام شدن کارها دارید و توقع شما از مردم و مسئولین چیست؟

دوست داریم که کلیه رعد‌های ایران با هم در ارتباط باشند و از تجربیات یکدیگر استفاده کنند تا بتوانند این برنامه را که بانیان آن افراد خیری هستند در کلیه شهرهای کشور گسترش دهند. از مردم و مسئولین انتظار داریم که ما را یاری کنند. در واقع اولین درخواستی که ما داریم این است که پیش از آنکه بخواهند هر گونه کاری را انجام دهند از نزدیک ببینند و مجتمع را بازدید کنند، با اهداف و برنامه‌های آن آشنا شوند و سپس هر کاری که مصلحت دیدند انجام دهند. ما پذیرای هر گونه کمک آنها هستیم چه در زمینه ارشادی باشد چه در زمینه مسائل مادی و معنوی باشد. من خودم به شخصه برنامه‌ای دارم که در آن صورت می‌توانیم حتی با NGOهای خارج از کشور ارتباط برقرار کنیم و بتوانیم از تجربیات آنها برای پیشرفت کار استفاده کنیم.

● آیا فضایی که در اختیار مجتمع

شما است ظرفیت ایجاد کلینیک را دارد؟

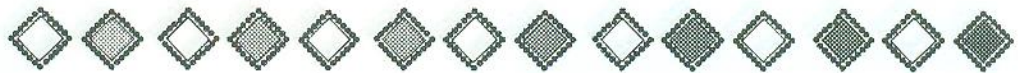
ساختمانی که بهزیستی استان در اختیار ما قرار داده است در حدود ۱۱۰۰ متر زیربنا دارد که در حال حاضر به غیر از کارگاه نجاری، دارای ۸ کلاس و یک سالن خوب و مناسب است. ما آمادگی برپایی کلینیک‌های فیزیوتراپی و کاردرمانی را داریم ولی در حال حاضر نیرو و وسایل آن را در اختیار نداریم. البته اخیراً به ما اعلام شده است که در صورت اعلام آمادگی ما، رعد مرکز وسایل فیزیوتراپی خود را که در بم مستقر است به اینجا منتقل خواهد کرد. اگر این مسئله انجام شود ما با کمال میل پذیرا هستیم.

● فعالیت‌های فوق برنامه در مجتمع چگونه است؟

در حال حاضر ما یک زمین تنیس داریم و طی صحبتی که با بهزیستی داشتیم می‌خواهیم آن را به پیست ویلچررانی تبدیل کنیم. متأسفانه کارآموزان از داشتن کتابخانه محروم هستند که امیدواریم با استفاده از تجربیات رعد مرکز به زودی بتوانیم کتابخانه‌ای هر چند کوچک برای کارآموزان رعد کرمان آماده کنیم.

از شما به خاطر وقتی که در اختیار توان‌یاب قرار دادید. متشکریم و برای شما و کارآموزان مجتمع آرزوی موفقیت داریم.

من هم از اینکه فرصتی در اختیار ما گذاشتید تا رعد کرمان را به طور خیلی خلاصه معرفی کنیم، متشکریم.



«گزارش دوره‌ای فعالیت‌های سه ماهه، منتهی به اول اسفند ۱۳۸۳»

گروه همیاری بانوان مجتمع آموزشی نیکوکاری رعد



پیشوای ورامین در تاریخ ۸۳/۱۱/۱۹ که طی آن دو دستگاه ویلچر از سوی گروه همیاری بانوان به آن مجتمع اهدا شده است.

متأسفانه به علت نامساعد بودن هوا تعداد زیادی از علاقمندان گروه همیاری نتوانستند در مراسم حضور داشته باشند.

ب) حضور نمایندگان گروه بانوان در «همایش بین‌المللی زن مسلمان و جهانی شدن» در هتل لاله تهران در تاریخ ۸۳/۱۱/۱۹

۸- کمک‌های مالی جمع‌آوری شده اعضای گروه همیاری بانوان در سه ماهه آخر سال ۸۳ موفق شدند تا کمک‌های نیکوکارانه (نقدی و جنسی) قابل توجهی را برای مجتمع کسب نمایند.

جمع کمک‌های نقدی گردآوری شده توسط گروه همیاری بانوان در سه ماهه یاد شده ۲۴۳/۸۲۹/۲۹۶ ریال و ارزش ریالی کمک‌های جنسی (غیرنقدی) جذب شده در اثر تلاش‌های این گروه ۱۳/۸۳۲/۰۰۰ ریال بوده است.

خیریه مرتباً تشکیل شده و فعالیت‌های عمده صرف امور تدارکاتی و آگاهی‌رسانی بود.

۵- کمیته مددکاری

این کمیته که جز فعال‌ترین کمیته‌ها است جلسات منظمی برگزار کرده و مانند قبل به اموری مانند وام دادن به کارآموزان جهت رفع مشکلات آموزشی و مددکاری بانوان تحت پوشش و کمک به تأمین هزینه‌های درمانی کارآموزان در حد امکان خود پرداخته است.

۶- کمیته آموزش و تحقیقات

این کمیته با هدف ارتقاء آگاهی اعضا و برقراری همبستگی بیشتر بین آنان و ایجاد توانی افزون‌تر برای فعالیت‌های اجتماعی و فرهنگی اعضای گروه اقدام به برگزاری دوره‌های آموزشی کرد که نهایتاً بر فعالیت مفید آنان در مجتمع مؤثر خواهد بود.

تا این زمان دو دوره آموزش شامل: ادامه دوره‌های پیوسته خودشناسی و دوره جدید پرورش و نگهداری «گل بنفشه آفریقایی» از سوی گروه همیاری بانوان برگزار گردیده و کلیه درآمدهای این دوره اعم از شهریه و فروش جزوه‌ها به حساب مجتمع واریز شده است.

۷- فعالیت‌های خارج از مجتمع مرکزی

الف) حضور نماینده گروه در مراسم افتتاح مجتمع آموزشی نیکوکاری رعد

گروه همیاری بانوان ضمن انجام فعالیت‌های گسترده مربوط به تدارک برگزاری بازارچه خیریه که در ۱۲ اسفند ماه برگزار شد، طی سه ماهه گذشته در این زمینه‌ها فعالیت داشته که به طور خلاصه به رئوس آن اشاره می‌شود.

۱- جلسات منظم هفتگی

این جلسات به روال گذشته روزهای دوشنبه هر هفته برگزار شد، که طی آن بحث و گفتگو و نظرخواهی برای تصمیم‌گیری در مورد مهمترین مسائل گروه همیاری بانوان صورت گرفته است و اعضای جدید در همین جلسات به گروه معرفی شده‌اند.

۲- پذیرائی ناهار در اولین جمعه هر ماه

به روال سال‌های گذشته تهیه و پذیرائی ناهار در اولین جمعه هر ماه ادامه یافت و کلیه غذاها توسط بانوان عضو گروه در منزل یا در آشپزخانه مجتمع طبخ و توسط ایشان پذیرائی انجام شد.

۳- جلسات کمیته بازار

جلسات این کمیته مرتباً تشکیل شده و در مورد تدارک غرفه‌های بازار اسفند ماه (۱۲ تا ۱۵ اسفند) تصمیمات لازم اخذ گردید.

۴- جلسات کمیته روابط عمومی

این کمیته علاوه بر فعالیت‌های جاری خود به مناسبت ضرورت همکاری با کمیته بازار در برگزاری هرچه بهتر بازارچه



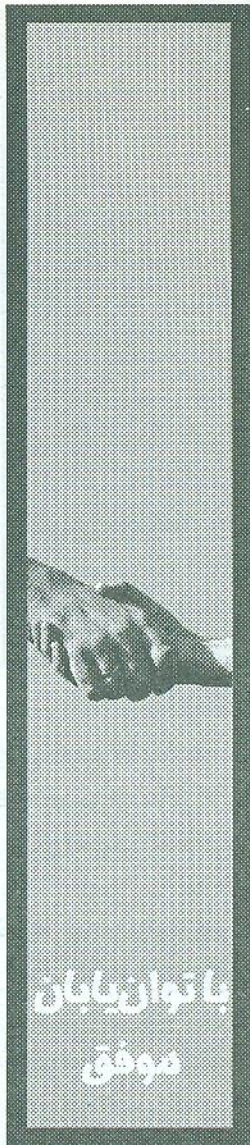


ما زنده به آنیم که آرام نگیریم



این شماره:

اعظم مهدی زاده

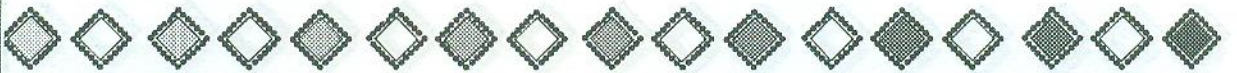


محدودیت جسمی، آنها هم مانند سایرین برای سلامت جسمانی و تداوم یک زندگی پویا و با نشاط نیاز به ورزش دارند. با هم می‌خوانیم:

● با سلام، خیرمقدم و تشکر از اینکه خیلی بی‌تکلف دعوت «توان‌یاب» را برای مصاحبه پذیرفتید؛ لطفاً خود را معرفی و نحوه بوجود آمدن محدودیت جسمی خود را بیان فرمائید.

من هم به شما و دست‌اندرکاران نشریات و کلیه کسانی که در راه آشنا کردن عموم جامعه با معلولین و مسائل آنها می‌کوشند عرض سلام و خسته نباشید دارم. اما عرض شود حدوداً در سه سالگی، به فلج اطفال مبتلا شدم و با تزریق پنی سیلین بدون تست پیشرفت

ورزش و فعالیت جسمانی منظم به طور یقین یکی از عوامل اساسی ایجاد یک زندگی سالم و با نشاط برای همه افراد اعم از توانا و توان‌یاب و از هر قشر و طبقه اجتماعی و در هر دورانی از زندگی اعم از؛ کودکی، جوانی، پیری و سالمندی است. در بخش با «توان‌یابان موفق» این شماره مصاحبه‌ای داریم با خانم اعظم مهدی‌زاده یکی از بنیانگذاران تشکیلات ورزشی بانوان توان‌یاب استان تهران و نایب رئیس هیئت ورزش‌های معلولین و جانبازان بانوان استان تهران. او از راه دراز و پرپیچ و خم و پر از تبعیض و دشواری می‌گوید که طی کرده است تا توان خود و سایر بانوان ورزشکار توان‌یاب را به اثبات برساند. به اثبات برساند که به رغم



و از آنجا که خود دچار محدودیت جسمی هستند، معلولین را بهتر درک می‌کنند.

اما در خصوص تأثیر خانواده و اجتماع باید بگویم اگر چه خانواده‌ام در امر تحصیل کردن خیلی مشوق و پشتیبان من بودند؛ اما در زمینه حضور اجتماعی، انگیزه درونی‌ام باعث شد که خود را از اجتماع مخفی نکنم و حضور مؤثر اجتماعی داشته باشم. چه در محیط مدرسه و چه در محیط کار همیشه از حداکثر توان فکری و جسمی خود استفاده کردم و در مجموع نگذاشتم محدودیت فیزیکی باعث محدودیت اجتماعیم شود.

● **فعالیت ورزشی را از کجا؟ چه سنی؟ و چگونه آغاز کردید؟**

در طول دوران تحصیل در ابتدایی و راهنمایی من همیشه فقط به خاطر محدودیت جسمی از ورزش معاف بودم. حتی در آموزش و پرورش که باید دیدگاه‌ها در آن از همه جا مترقی‌تر و فرهنگی‌تر باشد هیچ کس به فکر ایجاد امکانات ویژه ورزشی برای معلولین نبود. در آن زمان به امثال من فقط اجازه می‌دادند که با سایرین در کلاس درس بخوانیم، نمی‌توانستند بپذیرند که فردی که فکرش به خوبی کار می‌کند؛ نباید به خاطر محدودیت حرکتی مثلاً در ناحیه پا از هرگونه فعالیت ورزشی محروم شود. به عوض حل کردن مسأله و ایجاد امکاناتی که خیلی هم ارزان بود صورت مسأله را پاک می‌کردند و در کارنامه من جلوی درس ورزش خیلی راحت می‌نوشتند معاف!! و نمره آن را در معدل حساب نمی‌کردند.

در سن شانزده سالگی (سال ۱۳۵۷ اندکی قبل از پیروزی انقلاب اسلامی)

منظورم این است که الآن وضعیت به مراتب بهتر شده و این تا حدودی به دلیل جنگی است که به ما تحمیل شد. به لحاظ وقوع این جنگ و وارد شدن صدمات و محدودیت‌های جسمی به افراد واقعاً ایثارگر و جانبازی که در جبهه‌ها می‌جنگیدند و دیگر افراد بی‌گناهی که بر اثر موشک‌باران و بمباران اعم از زن و مرد مجروح و در نهایت به معلولیت دچار می‌شدند؛ گروه نسبتاً زیادی به جامعه معلولین جسمی و حرکتی کشور پیوستند. این گروه بواسطه عزت و اعتبار



انسان اگر واقع بین باشد و وجود مشکل و مسأله را بپذیرد حتماً راه برخورد و حل آن را هم پیدا خواهد کرد

ویژه‌ای که در چشم مراجع رسمی و در دیدگاه عموم جامعه داشتند باعث شدند نگاه مردم نسبت به کل معلولین عوض شود. هر چند در ابتدا عده‌ای سعی کردند بین جانبازان و معلولین عادی دیوار بکشند و جدایی بیندازند. اما جانبازان به علت روح بلند و منش ایثارگرانه خود این حدومررها را نپذیرفتند و همواره چه در مجامع رسمی و عمومی و چه در محافل ورزشی خود را جزئی از پیکر جامعه معلول کشور دانستند. آنها به علت مناعت طبعی که دارند

فلج از یک پای من به کل بدن سرایت کرد و تقریباً تمام بدنم از گردن به پایین بی‌حس شد. بعدها با پیگیری خانواده، درمان و کاردرمانی مستمر و با ورزش، وضعیتم روز به روز بهتر شد تا جایی که هم اکنون با کمک بریس و عصا می‌توانم راه بروم.

● **با توجه به وضعیت جسمی که دارید برخورد دیگران اعم از اعضای خانواده و کل اجتماع با شما چگونه است؟ به نظر من هیچ انسانی بدون مشکل نیست. عده‌ای مشکلات روحی، روانی دارند؛ گروهی گرفتار مشکلات معاش و زندگی هستند. گروهی هم مثل ما معلولین محدودیت‌های جسمی و حرکتی دارند. در خصوص محدودیت جسمی شخصاً اعتقاد دارم که انسان اگر واقع بین باشد و وجود مشکل و مسأله را بپذیرد حتماً راه برخورد و حل آن را هم پیدا خواهد کرد و پیدا کردن راه مقابله با مشکلات به مرور از فشارها می‌کاهد.**

البته نباید منکر شد که میزان آگاهی دیگران به مشکلات و خواسته‌های ما بر روی اصلاح دیدگاه‌های آنان نسبت به ما و ارائه کمک مناسب برای حل و تخفیف مشکلاتمان تأثیر دارد. اگر ما فرهنگ اجتماعی را آماده و مهیا بکنیم و دیدها را نسبت به شرایط ویژه معلولین اصلاح بکنیم، مسلماً مشکلات کمتر خواهد شد. متأسفانه در دوره‌ای که من معلول شدم و در آن رشد کردم (قبل از انقلاب) شناخت جامعه نسبت به معلولین بسیار کم و دیدگاه‌ها نسبت به آنها بسیار پائین بود. نه اینکه بگویم الآن تمام آن دیدگاه‌ها اصلاح شده و معلولین به عنوان قشری از اقشار اجتماع کاملاً پذیرفته شده‌اند. خیر!! بلکه



نروم. اگر قرار باشد من بین ورزش و کارم یکی را انتخاب کنم حتماً ورزش را ترجیح می‌دهم؛ چون هر چه دارم از ورزش است.



بارها و بارها تحت فشار قرار گرفته‌ام و در آستانه بریدن از ورزش بودم ولی باز هم مقاومت کرده و از ورزش دست نکشیدم.

● برای رسیدن به موفقیت به عنوان یک توان‌یاب با چه موانع و مشکلاتی روبرو بوده‌اید و چگونه آنها را رفع کرده‌اید؟

من به عنوان یک معلول دارم با شما صحبت می‌کنم و با گذاشتن لفظ «توان‌یاب»* به جای معلول موافق نیستم. اگر چه می‌دانم شما به احتمال زیاد چاپ نمی‌کنید بگذارید اعتراضم را نسبت به این واژه بیان کنم.

شاید کسی که این واژه را گذاشته یا گروهی که آنرا انتخاب کرده‌اند استدلالی قوی‌تر از من داشته باشند اما من تا این استدلال را نبینم و نشنوم می‌گویم همین کلمه معلول گویاتر و قشنگ‌تر است زیرا مشکل و محدودیت ما زائیده از یک علت است. اگر «توان‌یاب» یعنی که ما توان نداریم و باید پیدا کنیم، امثال من معلول زیاد هستند که توان اضافه هم دارند هر کس خواست بیاید به او توان بدهیم. همانطور

ورزشی برای ما که محدودیت جسمی داریم محدودیت بیشتری را به وجود می‌آورد. البته ورزش قهرمانی با وجود این ریسک‌ها باز هم لذت‌بخش است. انسان وقتی به کاپ یا مدالی که برایش زحمت کشیده دست پیدا می‌یابد، تمام خستگی‌ها را فراموش می‌کند. ما اخیراً میزبان مسابقات بانوان پایتخت‌های اسلامی بودیم. برای تدارک و برگزاری آبرومندانه این بازی‌ها ماسه ماه به طور شبانه‌روزی تلاش کردیم. واقعاً روزهای سختی را گذرانیدیم اما وقتی بازی‌ها به خوبی برگزار شد و از همه مهم‌تر وقتی ما به مقام اول این بازی‌ها دست پیدا کردیم؛ تمام خستگی‌ها به یکباره از تن همگی مان بیرون رفت. در تنیس روی میز تیم تهران الف، اول و تیم تهران ب، به مقام دوم رسید.

● آیا در حال حاضر به جز مسئولیتی که در ورزش بانوان پذیرفته‌اید به فعالیت و یا کار دیگری نیز مشغول هستید؟

من در سال ۱۳۶۰ در شرکت پرس‌گاز استخدام شدم و هم اکنون مسئول تدارکات داخلی شرکت هستم. یعنی از نظر شغلی به ورزش وابسته نیستم و به قول معروف نانم را از طریق دیگری تهیه می‌کنم. با وجود تأمین مالی هرگز حاضر نشدم از ورزش دست بکشم. کارم را با کمال جدیت و وظیفه‌شناسی انجام می‌دهم و ورزش را هم دنبال می‌کنم. یک روز مدیرم به من گفت: چی می‌شد اگر که شما دنبال ورزش نمی‌رفتید؟

گفتم: ببخشید!! اگر شما به من مأموریت ورزشی می‌دهید، می‌توانید از همین امروز قطع کنید. اما نمی‌توانید من را مجبور کنید که به دنبال ورزش بروم یا

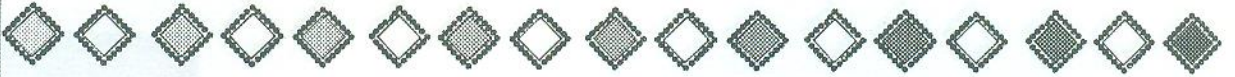
فعالیتیم را به عنوان یک ورزشکار شروع کردم؛ البته در سالنی که آقایان هم ورزش می‌کردند. آن موقع هنوز هیچ برنامه‌ای برای ورزش بانوان معلول به طور جداگانه وجود نداشت. بعد از پیروزی انقلاب جداسازی بین ورزش بانوان و آقایان پیش آمد و من با عده انگشت‌شماری از معلولین خانم که علاقمند به ورزش بودند تصمیم گرفتیم



ما معلولین یک مشکلی داریم مثل سایر افراد که مشکل دارند. اسم مشکل ما محدودیت جسمی است

ورزش بانوان معلول را فعال کنیم. ابتدا از رشته‌های تنیس روی میز و بسکتبال با ویلچر شروع کردیم و از سال ۱۳۶۱ به بعد به مرور رشته‌هایی چون: والیبال نشسته، تیراندازی و دو و میدانی به ورزش‌های بانوان معلول اضافه شد.

● فعالیت‌های ورزشی چه نقشی در حفظ پیوند شما با اجتماع داشته است؟
به جرأت می‌توانم بگویم ورزش عاملی بود که مرا احیاء کرد. ورزش به من مقاومت و هدفمندی داد. همیشه به دوستان معلولم توصیه کرده‌ام که بیایید برای حفظ سلامتی خودتان ورزش کنید؛ نه به صورت حرفه‌ای زیرا در ورزش حرفه‌ای احتمال آسیب‌های ورزشی زیاد است و آسیب



سربالایی‌ها را خودم ویلچر می‌زدم و سختی‌های زیادی کشیدم تا اینکه آبدیده شدم و با بالا رفتن تجربه یک مقدار آن شکنندگی روحیم کمتر شد. درست است که جامعه و سیاستگذاران باید شرایط بهتری را برای ما مهیا می‌کردند و نکرده‌اند و در بسیاری موارد خواسته‌اند ولی نتوانسته‌اند. ولی با همین امکانات اندک هم باید ساخت و نباید منتظر ماند. به عنوان مثال مجتمع رعده الان سرویس ویژه معلولین گذاشته است. اما بچه‌ها را از دم در خانه که سوار نمی‌کند. یعنی امکانش را ندارد. از یک مسیر اصلی می‌آید و بچه‌ها



معلولین می‌پذیرند که همه این مشکلات یک شبه حل نمی‌شوند ولی یک حداقل‌هایی واقعاً لازم و ضروری است

خودشان را با عصا و ویلچر و ماشین شخصی به این مسیر می‌رسانند. این نوع بچه‌های معلول هستند که نشان می‌دهند انگیزه یادگیری و انگیزه تلاش برای داشتن زندگی مستقل دارند و به نظر من باعث دلگرمی گردانندگان مؤسسه رعده می‌شوند.

● نظر شما در خصوص وضعیت اماکن و معابر شهری برای تردد معلولین چیست؟

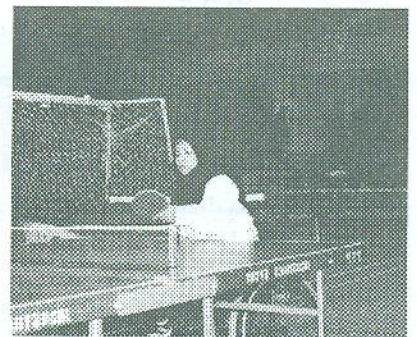
باید از یک گروهی که خودشان معلول هستند نظرخواهی کنند که آیا این نام را می‌پسندند که بدان نامیده شوند. همین جا یک انتقاد دیگر از مجتمع رعده دارم و اینکه این مجتمع با این همه فعالیت گسترده چرا هیچ کاری برای فعالیت ورزشی کارآموزان خودش نمی‌کند. بارها ما با مسئولین رعده جلسه داشته‌ایم و پیشنهاد کردیم که برای آموزش نرمش‌ها و فعالیت‌های بدنی خاص معلولین زمان تعیین کنند مری را ما اعزام می‌کنیم، متأسفانه هیچ استقبالی نشد. من از مسئولین رعده به پاس خدمات و آموزش‌هایی که می‌دهند به عنوان یک معلول ممنون هستم.

● به نظر شما معلولیت جسمی تا چه حد می‌تواند مانع پیشرفت و محدودیت شود؟

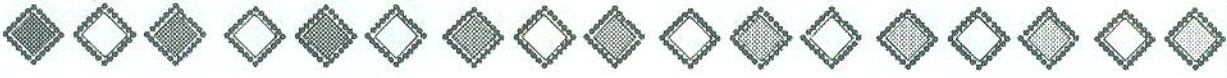
من این واقعیت را قبول دارم که معلولیت جسمی و حرکتی از هر نوع آن امکان فعالیت اجتماعی را (به خصوص در کشور ما که کمتر در برنامه‌ریزی‌ها به محدودیت‌های معلولین توجه شده) کم می‌کند. اما من افراد زیادی را می‌شناسم که با آنکه یک جفت دست و پا و گوش و چشم سالم دارند و به تعبیر خودشان کاملاً سالم هستند اما در اجتماع عاطل و باطل و بدون انگیزه هستند. اما بسیاری معلولینی که با همه این موانع و مشکلات باز هم حضور فعال اجتماعی دارند. خود من وقتی با تلاش طاقت‌فرسا کار پیدا کردم و استخدام شدم تازه مشکلاتم شروع شد. مجبور بودم سرویس اداره را سوار بشوم که مینی‌بوس بود. البته همکاران کمک می‌کردند؛ اما من فقط در همان حد بالا و پایین بردن کمک می‌گرفتم و نه بیشتر تمام

که قبلاً اشاره کردم ما معلولین یک مشکلی داریم مثل سایر افراد که مشکل دارند. اسم مشکل ما محدودیت جسمی است. یک کسی که عینک می‌زند او هم مشکل دارد، مشکل او محدودیت دید است. یک کسی که کبدش کار نمی‌کند یا کم کار می‌کند، او هم محدودیت دارد. پس به همه باید بگویند توان‌یاب چرا فقط به من معلول جسمی و حرکتی می‌گویند توان‌یاب. چطور است من که (امثال من) تدارکات یک شرکت بزرگ را اداره می‌کنم، قهرمان ورزشی‌ام، مدیر ورزشی‌ام، توان‌یاب هستم، ولی آن آدمی که فقط دست و پای سالم دارد ولی قدرت و انگیزه و اعتماد به نفس برای یک کار جزئی را ندارد، توان‌یاب؟!

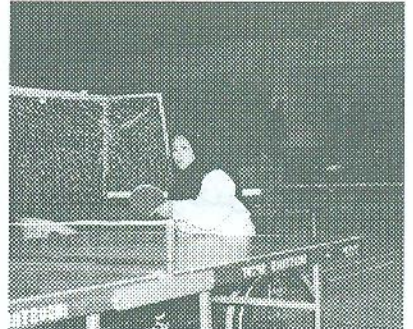
ناگفته نگذارم که اعتراض من فقط به خود کلمه است و به نشریه‌ای به نام «توان‌یاب» که بسیاری از مشکلات و توانایی‌های معلولین جسمی و حرکتی را بیان می‌کند، نیست. به مجتمعی که با آن امکانات خوب آموزش و توانبخشی بچه‌های معلول را برای وارد شدن به اجتماع و ایجاد



یک زندگی شرافتمندانه آماده می‌کند، اعتراض ندارم. مجتمع رعده مؤسسه بسیار معتبر و بزرگی است و خیلی کارهای شایسته در آن انجام می‌شود. اما به نظر من



معايير و ساختمان‌های ما اصلاً مناسب استفاده و تردد افراد سالم مثلاً کهنسالان یا کودکان نیستند تا چه برسد به افراد معلول و البته شهرداری در سال‌های اخیر اقدامات اندکی انجام داده که می‌توان گفت نمونه و سمبلیک بوده است. ولی در کل معاير امکانات بسیار نامناسب است. اینکه یک جمعیت دو تا سه میلیونی (معلولین) از دولتشان، از گردانندگان شهرشان انتظار داشته باشند اماکن و معاير عمومی را طوری طراحی کنند که به عنوان یک شهروند به راحتی بتوانند از آن استفاده کنند به نظر من توقع زیاد و بی‌جایی نیست. چرا من به عنوان یک معلول در شهر و کشور خودم نباید احساس آرامش و راحتی بکنم؟! به جز امکانات فیزیکی،



اطلاع‌رسانی و فرهنگ‌سازی برای این امر لازم است. هنوز پلیس مانمی‌داند که وقتی آرم معلول روی ماشین من است نباید مرا در محل توقف ممنوع جریمه کند. وقتی شهرداری پل‌های روی جوی خیابان را طوری می‌سازد که پای یک بچه کوچک یا حتی یک آدم بزرگ لای میله‌های روی آن گیر می‌کند و می‌شکند، چطور آدمی مثل من که از یک طرف با بریس و عصا خودم را باید کنترل کنم که نیفتم و از یک طرف

مواظب باشم عصایم لای این نرده‌ها گیر نکند، جرأت می‌کنم بیایم توی خیابان. باید شهرداری مقرراتی بگذارد که در ساختمان‌های جدید درهای ورودی طوری باشد که با ویلچر به راحتی بتوان داخل شد. خود من بعد از سال‌ها که می‌خواستم خانه بخرم شش ماه گشتم تا خانه‌ای گیر بیاورم که علاوه بر اینکه با وضعیت مالی‌م جور در بیاید و برای تردد هم مناسب باشد مثلاً بشود از توی پارکینگ با آسانسور رفت بالا. این که بعضی‌ها مطرح می‌کنند که باید برای معلولین در مجتمع مناسب‌سازی شده خانه بسازیم، اصلاً درست نیست. مگر معلولین جذامی هستند که بروند در یک شهرک زندگی کنند. معلولین می‌پذیرند که همه این مشکلات یک شبه حل نمی‌شوند ولی یک حداقل‌هایی واقعاً لازم و ضروری است.

● به عنوان آخرین قسمت بفرمائید که چه پیامی برای سایر دوستان توان‌یاب (ببخشید معلول!!) دارید؟

عذر می‌خواهم که باز هم تکرار می‌کنم. ما نیاز به توان‌یافتن نداریم. آنقدر توانمند هستیم که دیگران در کنار ما توان می‌گیرند. من به معلولین می‌گویم که برای رسیدن به یک زندگی مستقل باید خودتان را باور کنید؛ چون وقتی به خودباوری رسیدید هدفمند می‌شوید و وقتی به هدفمندی رسیدید، صاحب پشتکار و حس پیگیری و سماجت برای رسیدن به آن هدف می‌شوید. وقتی این مراحل را پشت سر گذاشتید آن وقت است که راهی برای حل همه مشکلاتتان پیدا می‌کنید. همیشه از من می‌پرسند که کدام معلولیت سخت‌تر است. نایبایی مطلق یا نداشتن دو دست؟ و من

می‌گویم نداشتن دو دست؛ زیرا واقعاً دست سلطان بدن است و به نظر من حکمت خداوند در اینکه دو دست داده یکی همین است که در صورت از دست رفتن یکی، انسان از دیگری بتواند استفاده کند. اگر چه من در حدی نیستم که بخواهم به کسی پند و اندرز بدهم ولی باز هم توصیه‌ام به همه دوستان معلول رسیدن به خودباوری است. دوستان عزیز ما محدودیت جسمی و فیزیکی داریم ولی ناتوان نیستیم. پس بیایید خودمان را باور کنیم چون وقتی ما خودمان را باور کردیم دیگران نیز ما را باور می‌کنند. من که معلولی مثل شما هستم، الان در خانواده در هر تصمیم مهمی محل مشورت قرار می‌گیرم. توصیه دیگرم این است که هیچ وقت از ورزش هر چند بسیار محدود و سبک باشد جدا نشوید. ورزش باید جزء لاینفکی از زندگی ما باشد. مثل غذا خوردن و مسواک زدن.

از شما به خاطر وقتی که در اختیار ما گذاشتید بسیار متشکریم و امیدواریم که شاهد موفقیت‌های پیاپی شما در عرصه کار و ورزش باشیم.

گفتگو از: فاطمه اویسی

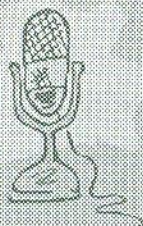
* توضیح: اگر چه فصلنامه توان‌یاب به خواست مصاحبه‌شونده محترم احترام گذارده و نقطه نظرهای این شخصیت ارزنده را با حفظ کامل امانت منعکس می‌سازد لازم به تذکر می‌داند که به لحاظ معنایی کلمه واژه عربی «معلول» با واژه «علیل» تداعی می‌کند و مسئولان رعد بر آن شدند که کلمه «توان‌یاب» را که دیدگاه مثبتی از این قشر عزیز جامعه معرفی می‌نماید و بیانگر تلاش‌های مستمر و طاقت‌فرسای آنان برای فائق آمدن به محدودیت‌های جسمی حرکتی خود است؛ جایگزین نمایند. فصلنامه از هر گونه اظهار نظر علاقمندان در این زمینه استقبال می‌نماید.



آشنایی با سازمان غیردولتی

سازمان دفاع از قربانیان خشونت

گزارشگر: پژمان نیرومند



گزارش



قربانیان خشونت به منظور مبارزه فرهنگی با عامل اصلی خشونت انسان علیه انسان (جهل و خودمداری) فعالیت خود را در سال ۱۳۶۷ آغاز کرده است.

سازمان دفاع از قربانیان خشونت همواره در شرایط گوناگون در سطح داخلی و خارجی در جهت ترویج حقوق بشر فعالیت نموده است. سازمان در سطح بین‌المللی توانسته است به عضویت سازمان‌های غیر وابسته به مرکز اطلاعات عمومی سازمان ملل متحد، ائتلاف سازمان‌های غیردولتی برای تشکیل دادگاه جهانی بین‌المللی، بسیج جهانی علیه کار کودک، سازمان مبارزه بین‌المللی علیه سلاح‌های کوچک و سبک، کنفرانس سازمان‌های غیردولتی دارای مقام مشورتی با سازمان ملل متحد (کنگو)، جنبش

● لطفاً ضمن معرفی خودتان در مورد تاریخچه تأسیس و فعالیت سازمان متبوعتان توضیحاتی ارائه فرمائید.

اینجانب رضا محمدی، کارشناس ارشد حقوق بشر و مدیر گروه کودک سازمان دفاع از قربانیان خشونت و همچنین عضو گروه تحقیق و پژوهش سازمان هستم.

سازمان دفاع از قربانیان خشونت سازمانی غیردولتی، غیرسیاسی و غیرانتفاعی است که دارای مقام مشورتی خاص با شورای اقتصادی، اجتماعی ملل متحد است و در جهت ترویج حقوق بشر و فرهنگ عدم خشونت در جامعه تلاش می‌کند. این سازمان همچنین وابسته به بخش اطلاعات عمومی سازمان ملل متحد است. سازمان دفاع از

بین‌المللی برای جهانی عادلانه و شبکه جوانان در آسیا درآید، همچنین توانسته است در طول دوران فعالیت خود با تعداد زیادی از سازمان‌های بین‌المللی دور و نزدیک ارتباط قوی برقرار نماید. این سازمان روش‌های زیر را برای نیل به اهداف خود بکار می‌گیرد:

۱) برگزاری دوره‌های آموزشی برای ارتقای فرهنگ عدم خشونت و آموزش روش‌های جلوگیری از خشونت.

۲) انتشار اطلاعات درباره اعمال خشونت‌آمیز، مطالعات موردی، گزارش‌های کشورها و موارد دیگر نقض حقوق بشر به شکل خبرنامه، بولتن و مواد آموزشی.

۳) حضور فعال در سطح بین‌المللی، تبادل اطلاعات با سازمان‌های غیردولتی در



این زمینه‌ها و زمینه‌های مشابه در تمام سطوح.

۴) اجرای تحقیقات ریشه‌ای درباره خشونت.

۵) ارائه خدمات و مشاوره حقوقی به قربانیان خشونت.

۶) همکاری با کمیسیون حقوق بشر سازمان ملل متحد در زمینه‌های مختلف.

۷) ارتباط با مراکز دولتی داخلی برای تبادل نظر در زمینه مسائل حقوق بشر.

۸) تشکیل جلسات دوره‌ای با مراکز مهم دولتی.

۹) رسیدگی به معضلات و مسائل اقلیت‌ها.

۱۰) اطلاع‌رسانی به مسئولین جهت جلوگیری از نقض حقوق بشر و قانون اساسی.

● در مورد چارت سازمانی خود توضیحاتی بیان کنید.

سازمان از یک مدیرعامل و شورای برنامه‌ریزی و یک ستاد اجرایی تشکیل شده است و دارای سه معاونت به قرار زیر می‌باشد:

معاونت آموزش و پژوهش
متشکل از:

الف - بخش پژوهش و تحقیق

۱) گروه کار زنان و کودکان

۲) گروه کار اقلیت‌ها

۳) گروه کار جوانان

۴) گروه کار پناهندگان و مهاجران

۵) گروه کار حقوق بشر

۶) گروه کار اقدام

ب - بخش آموزش

معاونت روابط عمومی و امور بین‌الملل

الف - بخش روابط عمومی شامل

قسمت‌های:

۱) ارتباطات

۲) اطلاع‌رسانی

۳) کتابخانه

۴) سمعی و بصری

۵) چاپ و انتشارات

ب - بخش امور بین‌الملل شامل

قسمت‌های:

۱) ارتباطات بین‌المللی

۲) مطالعات منطقه‌ای

۳) اطلاع‌رسانی

۴) نشریه انگلیسی

معاونت توانبخشی

۱) خدمات درمانی

۲) بهداشت روانی

۳) فیزیوتراپی

۴) گفتاردرمانی

۵) خدمات پیشگیری

● حوزه فعالیت سازمان دارای چه حدود

مرزی است؟

سازمان به کلیه مسائل مرتبط با حقوق

بشر به طور عام و خاص رسیدگی می‌نماید و

با توجه به شرایط بین‌المللی و نیازهای جامعه

مسائل مختلف را تحت بررسی و

پیگیری‌های علمی و کاربردی قرارداد و نتایج

آن را در سطوح داخلی و بین‌المللی منعکس

می‌نماید. سازمان بر کلیه مسائلی که در حوزه

نسل‌های حقوق بشر قرار دارند بدون هیچ

تمایز و رجحانی برنامه‌ریزی و اقدام می‌نماید.

● سازمان بودجه خود را از چه طریقی

کسب می‌نماید؟

سازمان مانند هر NGO دیگر کاملاً

غیروابسته و مستقل عمل می‌کند و منابع مالی

آن از طرق ذیل فراهم می‌گردد:

۱) کمک‌های نهادها و سازمان‌های

بین‌المللی فعال در زمینه حقوق بشر

۲) انجام پروژه‌های مشترک با نهادها و

ساز و کارهای بین‌المللی فعال در زمینه حقوق

بشر

۳) دریافت کمک از نهادهای دولتی و

غیردولتی داخلی مانند سازمان بهزیستی و

...

● ارتباط شما با دولت چگونه است؟

ما کاملاً مستقل عمل می‌کنیم و هیچ

وابستگی به دولت و یا هر نهاد دیگری نداریم

ولی باید به این نکته اذعان داشت که ما

دولت‌ستیز نیستیم و هیچ‌گاه به دنبال مبارزه

و تضاد با دولت نبوده و نیستیم. ما سعی



تحت پوشش قرار داده‌ایم و پرونده وی در دست اقدام می‌باشد.

انجام تحقیقات میدانی، تهیه فیلم و عکس و چاپ مقالات علمی در جراید و آگاه‌سازی و اطلاع‌رسانی عمومی در زمینه حقوق کودکان نیز از اهداف و فعالیت‌های این کمیته می‌باشد.

● ارتباط شما با سایر NGOها چگونه است؟

ما با سایر NGOها ارتباط خوب و مؤثری را برقرار کرده‌ایم. در بسیاری از گروه‌ها و شبکه‌های تشکیل شده برای تحقق حقوق بشر حضور فعال داشته و همواره بر آن بوده‌ایم تا با سایر NGOها ارتباط مفیدی برقرار کنیم.

تاکنون نیز فعالیت‌های زیادی با همکاری سایر نهادها و NGOهای درگیر در زمینه حقوق بشر به ثمر رسانده‌ایم. به‌طور نمونه در بیست و ششم اسفند ماه سال ۱۳۸۳ با همکاری NGOهای دیگر همایشی با عنوان «کودک، صلح و خشونت» برگزار کردیم.

امیدواریم که در سال آینده بتوانیم گام‌های بلند و مؤثری، برای تحقق حقوق بشر و تحقق اسناد و مفاد کنوانسیون‌های حقوق بشر در ایران برداشته و شاهد پیشرفت بیشتر در این مورد باشیم.

از فرصتی که در اختیار ما گذاشتید سپاسگزاریم و برای شما و همکارانتان در احیای حقوق کودکان مظلوم آرزوی توفیق داریم.

من هم برای کلیه دست‌اندرکاران مجتمع آموزشی نیکوکاری رعد که در راه کمک رساندن به هموطنان معلول جسمی و حرکتی برای نیل به استقلال معنوی و مادی می‌کوشند آرزوی توفیق دارم.



حقوق کودک و پیشبرد اهداف کنوانسیون حقوق کودک و مبارزه با نقض حقوق کودکان شکل گرفته است که فعالیت‌های مختلفی داشته است. این کمیته عضو گروه‌ها و سازمان‌های مختلف حمایت از حقوق کودکان در سطح داخلی و بین‌المللی بوده‌کلیه امور اجرایی، حقوقی و قضایی مربوط به کودکان را پیگیری و بررسی نموده و همواره به دنبال کسب نتایج مؤثر برای تحقق هر چه بیشتر حقوق کودکان بوده‌است.

کمیته حقوق کودک سازمان به کلیه مسائل کودکان توجه داشته و سعی دارد کلیه موارد مربوط را تحت پوشش قرار دهد. در سال جدید این کمیته قصد دارد در مورد کودکان معلول اقدامات وسیعی را به انجام برساند. که در این زمینه تاکنون برخی تحقیقات دانشگاهی و علمی صورت گرفته است. این کمیته با تشکیل یک گروه حقیقت‌یاب، به پیگیری موارد نقض حقوق کودک می‌پردازد و آخرین اقدام این کمیته سفر ۴ روزه به استان گیلان و پیگیری پرونده پدری بود که فرزند خود را به قتل رسانده بود. این کمیته به نمایندگی از افکار عمومی از این پدر شکایت کرد که اکنون ضمیمه پرونده شده و دادگاه آن را پذیرفته است و ما در حال حاضر همسر این فرد را

داریم بدون وارد شدن به مباحث سیاسی فعالیت‌های خود را به بهترین نحو انجام داده و هیچ گونه حساسیت و تعارضی را بوجود نیاوریم.

● لطفاً خلاصه‌ای از فعالیت‌های سازمان را ذکر کنید؟

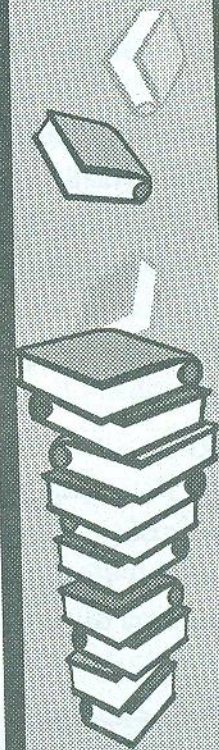
سازمان اقدامات گوناگون و متنوع بسیار زیادی انجام داده است که شرح کامل آنها در این مصاحبه نمی‌گنجد ولی موارد ذیل را برای نمونه ذکر می‌نمایم:

- ۱) برگزاری دوره آموزشی ویژه مدیران دولتی استان کرمان
- ۲) برگزاری دوره آموزش حقوق بشر برای دانشجویان دانشکده علوم قضایی
- ۳) برگزاری دوره آموزشی حقوق بشر ویژه جوانان
- ۴) برگزاری دوره آموزشی ویژه اقلیت‌های مذهبی
- ۵) برگزاری کارگاه‌های آموزشی در مسائل گوناگون حقوق بشر مانند زنان و کودکان
- ۶) برگزاری نشست‌های تخصصی در مسائل گوناگون با کانون وکلا و نمایندگان قوه قضاییه
- ۷) تهیه و گردآوری تعداد زیادی تحقیقات میدانی و کتابخانه‌ای در سازمان
- ۸) تشکیل گروه اقدام و گروه حقیقت‌یاب و پیگیری دقیق مسایل گوناگون
- ۹) برگزاری تعداد بسیار زیادی کارگاه‌های گوناگون در مرکز توانبخشی سازمان
- ۱۰) ارائه خدمات حقوقی و مشاوره‌ای

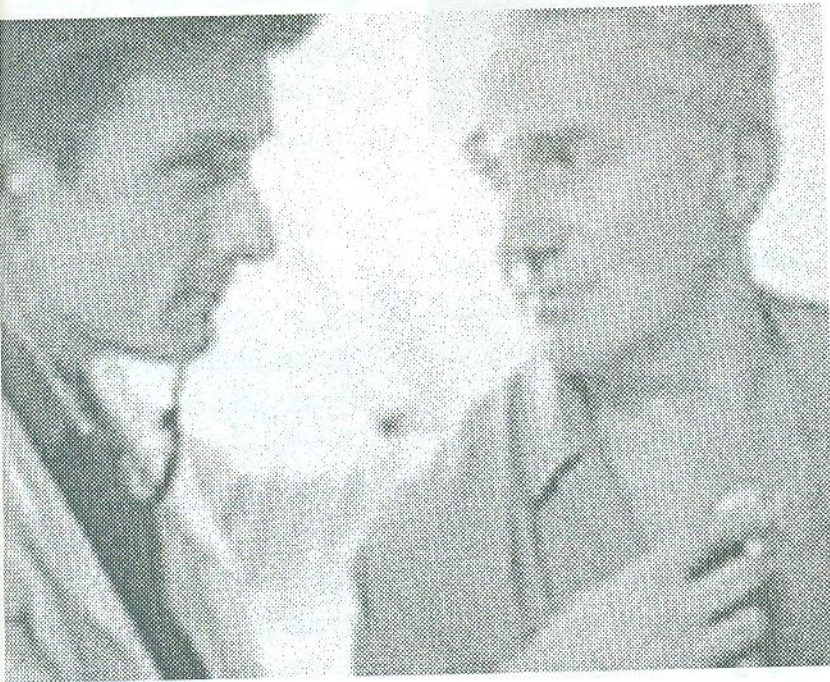
● سازمان در زمینه کودکان چه اقداماتی را تاکنون انجام داده است؟
در این سازمان یک کمیته برای تحقق

تجدید حیات طب مکمل – جایگزین

ترجمه و تألیف: دکتر فرید نیک‌بین
استاد طب «مکمل – جایگزین» دانشگاه شهید بهشتی



مقالات



تمامی زمینه های علم و دانش به وقوع پیوندد که طبعاً پزشکی نیز از سایر علوم مستثنی نبود. از مشخصات تفکر علمی نوین آن بود که تنها مواردی «علمی» محسوب می‌شد که برای دانشمندان قابل تعریف، آزمایش و تکرار باشد و بتوان آن را مشاهده و اندازه‌گیری کرد (به وسیله حواس یا ابزارها و دستگاه‌های ساخت بشر).

تا این زمان روح، ذهن و بدن اجزای جدایی‌ناپذیر وجود انسان تلقی می‌شدند و در تمامی درمان‌های سنتی نقش هیچ یک کمتر از دیگری در نظر گرفته نمی‌شد. در واقع در بسیاری از سیستم‌های درمان، پزشک نه تنها از دانش طبابت سررشته داشت، بلکه

روش‌های طب مکمل – جایگزین را می‌توان به دو دسته کلی تقسیم کرد، دسته اول آنهایی هستند که قدمت چند ساله و حتی چند هزار ساله دارند و امروزه اغلب با نام «طب سنتی» از آنها یاد می‌شود. و دسته دوم در برگیرنده شیوه‌هایی است که در طی چند سال یا چند دهه اخیر شکل گرفته‌اند.

روش‌های پزشکی قدیمی‌تر برای مدت صدها و هزاران سال تنها سلاح بشر برای مقابله با بیماری‌ها به حساب می‌آمدند. با وقوع انقلاب صنعتی و پایان قرون وسطی در اروپا، عصر جدیدی برای انسان آغاز شد که مشخصه اصلی آن «تفکر علمی» بود. این نحوه جدید برخورد با دنیا سبب شد که تغییرات بزرگی در



اصولاً «حکیم» بود و در سایر علوم، خصوصاً حکمت الهی و فلسفه هم مهارت داشت. این امر سبب می‌شد که در بسیاری از مواقع، طیب نقش توأمان پزشک - حکیم را در بسیاری از مواقع ایفا کند. از ابتدایی‌ترین شکل‌های این طبابت می‌توان به جادوگران قبایل آفریقایی و شمن‌های (Shaman) سیبری اشاره کرد که معمولاً مسئولیت پزشک را هم در قبایل خود بر عهده داشتند. بعدها این رسم ادامه یافت و شاهد نمونه متعالی آن در روش طبای اسلامی در ایران و سایر ممالک اسلامی هستیم.

مولوی در دیوان شمس شعری دارد که اشاره به یکی بودن «طیب» و «حکیم» کرده و در ضمن بیانگر این است که چنین شیوه‌ای از «زمان‌های قدیم» وجود داشته است. در ضمن این شعر نشان می‌دهد که پزشک بدن که «رنجور تن» را درمان می‌کند با پزشک ذهن و روان که «بیمار دل» را معالجه می‌نماید از هم جدا نیستند:

طیبیم، حکیمیم، طبیبان قدیمیم
شرابیم و کبابیم و سهیلیم و ادیمیم
چون رنجور تن آید چو معجون نجاتیم
چو بیمار دل آید، نگاریم و ندیمیم

در قرن ۱۷ میلادی نظریه دکارت (Descartes، فیلسوف فرانسوی) خط بطلانی بر چنین نگرشی کشید. او با مطرح کردن فرضیه «جدایی ذهن از بدن» در صدد این بود که تنش‌های مابین کلیسای کاتولیک و دانش نوین پزشکی را به نحوی از بین ببرد. وی معتقد بود که مقوله «روح ناملوس» به قلمرو کشیشان و «بدن ملاموس» و قابل مشاهده و اندازه‌گیری، به محدوده پزشکان تعلق

نارد. در حقیقت نکارت آنچه را که جهان غرب از آن با عنوان «متافیزیک/ ماوراءالطبیعه» (Metaphysics) یاد می‌کند از «دانش واقعی» جدا کرد.

و این عقیده درست بر خلاف نظر حکمای قدیم است. به‌طور مثال ابن سینا پزشک و دانشمند برجسته ایرانی در کتاب قانون می‌گوید:

«می‌دانیم که منشأ همه علوم به سوی حکمت اولی اوج می‌گیرد و آن حکمت اولی را علم ماوراءالطبیعه نامند»

افراط چه در دید مادی‌گرایانه و چه در نگرشی متافیزیکی درباره بیماری‌ها، هر دو به یک میزان خطرناک است. دید مادی‌گرایانه صرف، سبب می‌شود که ما از بسیاری از واقعیات ناملوس و مهم دور بمانیم و نگرش ماوراءالطبیعی صرف نیز خطرات خود را دارد. به‌طور مثال تازمانی که انسان بیماری‌ها را تنها مسائلی ماوراءالطبیعی می‌پنداشت دیگر لزومی نمی‌دید که آنها را بر مبنای کالبدشناسی یا فیزیولوژی درک نماید. با اعتقاد به اینکه درد از اهریمن سرچشمه می‌گیرد و تنها با دخالت خدایان از بین می‌رود، دیگر اهمیتی ندارد که درد از راه عصب سیاتیک یا از هر راه دیگری منتقل شود.

به دور انداختن نقش روح به علت غیرقابل تعریف بودن و ناملوس بودن آن سبب شد که پزشکی نوین هر چه بیشتر از روش‌های قدیمی درمان فاصله بگیرد. در کنار روح، تمامی موارد دیگر حیاتی (همچون نیرو یا انرژی)^(۱) حیاتی نیز که غیر قابل بررسی در آزمایشگاه‌ها بودند به عنوان «تئوری‌های غیرعلمی» قلمداد شدند. انجمن پزشکی آمریکا^(۲) (AMA)

در سال ۱۸۴۷ تشکیل شد که اساس کار آن را روش پزشکی نوین تشکیل می‌داد. در اواخر قرن نوزدهم این انجمن با وضع قوانینی در جهت درمان، شروع به محدود کردن استفاده از سایر رشته‌های طبابت کرد. ادامه این کوشش سرانجام به گزارش مشهور آبراهام فلکسندر (Abraham Flexner) در سال ۱۹۱۰ انجامید. این گزارش سبب شد تا در مدت کوتاهی تعداد مدارس پزشکی غیرآلوپاتی آمریکا تا حد صفر تقلیل یابد. با این وجود تعدادی از درمانگران به روش‌های خود (غیر رایج) وفادار ماندند و به درمان بیماران با شیوه‌هایی غیر از آنچه مورد تأیید انجمن پزشکی آمریکا و مشابهین اروپایی آن بود، پرداختند. همچنین تعدادی از این اشخاص به تربیت شاگردانی پرداختند که در آینده راه آنها را ادامه دهند. با وجود تمامی تبلیغات صورت گرفته در مورد سیستم جدید درمان، هنوز هم تعدادی از بیماران ترجیح می‌دادند تا با شیوه‌های قدیمی درمان شوند. در این میان بدون توجه به اینکه این روش‌ها برای سالیان متوالی به بیماران در بهبود و مداوایشان یاری داده بود، جریمه‌هایی برای خاطیانی که بجای روش نوین از آنها استفاده می‌کردند در نظر گرفته شد.

در دهه‌های ابتدایی قرن بیستم، بشر شاهد تغییرات سریعی در نحوه درمان بود. با کشف پنی‌سیلین در سال ۱۹۲۸ عصر داروهای معجزه‌گر آغاز شد. هورمون کورتیزون در سال ۱۹۳۰ کشف گردید و آنتی بیوتیک‌های استرپتومایسین و اورومایسین به ترتیب در سال‌های ۱۹۴۳ و ۱۹۴۵ ساخته و روانه بازار شدند. بعضی از این داروها توانستند



تا انواع عفونت‌ها را درمان کنند (آنتی‌بیوتیک‌ها) و برخی دیگر (کورتون‌ها) سبب بهبود مشکلات ناشی از «بد عملکردی سیستم ایمنی»^(۳) شدند (کورتون) و به همین دلیل به «گلوله‌های جادویی» (Magic Bullets) شهرت یافتند.

اما هرچه داروهای قوی‌تری به بازار راه پیدا می‌کردند، گرفتاری‌های بیشتری را نیز با خود به همراه می‌آوردند که پزشکان آنها را «عوارض جانبی» می‌نامیدند (از فحیح‌ترین این عوارض، تولد نوزادان ناقص‌الخلقه در اثر خوردن قرص تالیدومید (Thalidomide)، داروی مسکن و خواب‌آور مورد استفاده زنان باردار در اواخر دهه ۱۹۵۰ و اوایل دهه ۱۹۶۰ بود.

با استفاده گسترده‌تر از آنتی‌بیوتیک‌ها، به تدریج گونه‌هایی از میکروب پیدا شدند که نسبت به آنتی‌بیوتیک‌های مورد استفاده مقاوم بودند. این مسئله سبب شد که دانشمندان به فکر ساخت آنتی‌بیوتیک‌های قوی‌تری بیفتند، که البته عوارض جانبی بیشتر و شدیدتری هم داشتند. از طرف دیگر، مشخص شد که کورتون و سایر داروهای سرکوبگر سیستم ایمنی تنها علائم بیماری را برطرف می‌کنند، اما در ضمن علت اصلی آن نقشی ندارند و در ضمن خود نیز عوارض جانبی عدیده‌ای را در صورت استفاده‌های طولانی مدت یا مصرف مقادیر زیاد ناگهانی، ایجاد می‌نمایند. سایر داروها از جمله داروهای روانگردان، سایر هورمون‌ها و ... نیز عوارضی کما بیش مشابه دو گروه فوق

داشتند.

دهه ۱۹۶۰، زمان تحول و تولد دوباره طب مکمل - جایگزین بود. چند دهه فرصت برای روش نوین پزشکی کافی بود که مردم متوجه شوند برخی از شعارهای این سیستم سرابی بیش نبوده است. «از بین رفتن سریع بیماری‌های عفونی در جهان» و شعارهایی مانند آن نتوانست در

پزشکی به یکی از ارکان اصلی سیستم‌های درمانی این کشورها تبدیل شدند. اما برای پی بردن به علت رواج گسترده این روش‌ها در سالیان اخیر، باید نگاهی به وضعیت سلامتی بشر در نیمه دوم قرن بیستم بیندازیم.

بحران سلامتی

با وجود پیشرفت‌های پزشکی نوین در



طی چند دهه به حقیقت پیوند. بسیاری از میکروب‌ها نسبت به آنتی‌بیوتیک‌ها مقاوم شدند و با وجودی که تعداد زیادی از بیماری‌ها درمان شد، اما بیماری‌های جدیدتری پا به عرصه وجود گذاشتند.

جنبش طب مکمل، خصوصاً با افراد جوانی شروع شد که در این شیوه‌ها به دنبال وسیله‌ای برای مواظبت از خود و راه‌هایی برای دوری جستن از بیماری‌های تحلیل برنده (Degenerative Diseases) وابسته به سن و آشتی مجدد با طبیعت (در مقابل بدتر شدن تدریجی محیط زندگی، مخصوصاً غذاهای غیر طبیعی و سایر خصوصیات زندگی مدرن) بودند. از آن پس به تدریج محدودیت‌های این روش‌ها در کشورهای پیشرفته از بین رفت و در عرض ۲۰ سال مجدداً این شیوه‌های

کنترل بیماری‌های حاد، ترمیم صدمات و جراحات جسمی و همچنین بهبود تکنیک‌های جراحی، به نظر می‌رسد که وضعیت سلامتی بشر در طی چند دهه اخیر به شدت نزول یافته است. این امر هنگامی برایتان واضح‌تر می‌گردد که خود را از لحاظ وضع سلامتی با دو نسل قبل (پدر بزرگ‌ها و مادر بزرگ‌های خودتان) مقایسه کنید. اگر چه آنها به خصوص در سال‌های ابتدایی زندگی، بیشتر از ما قربانی عفونت‌ها و مرگ و میرها می‌شدند (همانطور که بعداً خواهید دید، بیشتر سطح بهداشت جامعه در این امر دخالت داشته است تا شیوه‌های درمانی طب رایج) اما آنهایی که به سنین بلوغ می‌رسیدند از آن پس زندگی بسیار سلامت‌تری را در پیش‌رو داشتند. در حال حاضر انواع

آمریکاست، بیمارتز از زمان ورود به بیمارستان بوده‌اند.

◆ مرکز تحقیقات «ا - اوک» (Aok) مربوط به سازمان بیمه درمانی آلمان ثابت کرده است که هر چه بر تعداد پزشکان شهرها اضافه می‌شود، تعداد بستری‌شدگان بیمارستان‌ها و مرگ‌ومیرها نیز افزایش می‌یابد.

◆ بنا بر آمارهای منتشر شده در آمریکا، هر فرد آمریکایی در طول عمر خود حداقل ۵۰ کیلوگرم از انواع داروهای شیمیایی را مصرف می‌کند. به عبارت دیگر هر شخص در آمریکا به طور متوسط سالانه در حدود ۱۰۰۰ عدد قرص مصرف می‌کند. ضمن آنکه عوارض جانبی داروهای شیمیایی بسیار زیاد بوده و در آمارگیری‌ها جزء ۵ علت اول مرگ و میر در این کشور قرار گرفته است.

از افتخاراتی که پزشکی رایج آن را کاملاً موهون خود می‌داند، می‌توان به بهبود سطح سلامتی (!)، کاهش مرگ‌های ناشی

آمده از سوی پزشکی مدرن به دست آمده است:

◆ در ۲۰ سال گذشته هزینه‌های درمان و سلامتی حدود ۲۰۰٪ افزایش داشته است.

◆ از هر ۱۰ نفر، بالغ بر یک نفر مبتلا به آسم یا اگزما (Eczema) است. در ایران آمار دقیقی در این رابطه وجود ندارد، ولی در کشور انگلستان بیش از ۲ میلیون نفر مبتلا به آسم هستند.

◆ در کشور ما بیش از ۷ میلیون نفر (بیش از ۱۰٪ مردم جامعه) مبتلا به دیابت (بیماری قند) می‌باشند.

◆ مدیر انستیتوی ملی سرطان در سال ۱۹۹۴ گفت: «میزان مرگ‌ناشی از چند سرطان مهم در حال افزایش است و از سال ۱۹۵۰ در طی حدود ۴۵ سال تا ۴۳/۵٪ شاهد افزایش این بیمار بوده‌ایم. (با توجه به جمعیت).

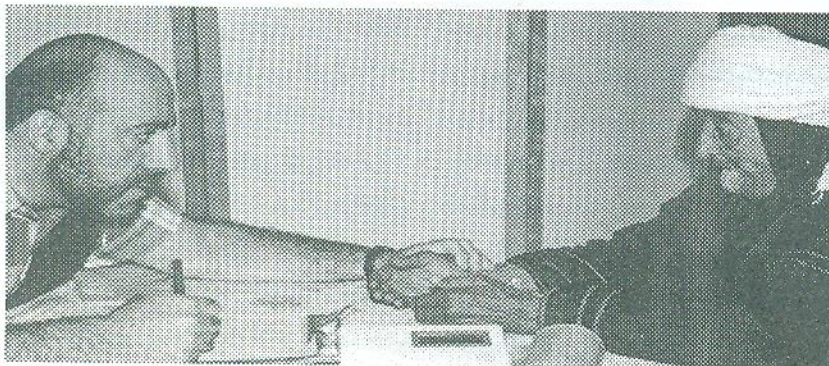
◆ نتیجه مطالعات کلاسیکی که از زمان جنگ جهانی دوم آغاز شده و ادامه داشته

حساسیت‌ها (آلرژی‌ها)، سردردها، خستگی‌های مزمن، فقدان انرژی، مشکلات گوارشی، تنفسی، پوستی، قلبی و... در جامعه پیدامی‌کند. بسیاری از پدربزرگ‌ها و مادربزرگ‌ها و حتی پدرها و مادرهای ما هنگامی که خود را از لحاظ توان بدنی با ما مقایسه می‌کنند، غالباً به شوخی ما را «بچه‌های روغن نباتی» می‌نامند.

به تدریج جامعه بشری از لحاظ سلامتی به درجه‌ای از بحران رسیده است که ابتلاء به درجاتی از بیماری‌های مزمن را عادی و طبیعی تلقی می‌نماید و پزشکان نیز به گونه‌ای با این موارد برخورد می‌کنند که گویی لازم است هر شخص تا اندازه‌ای بیمار باشد و تا آخر عمر روی سلامتی کامل را نبیند. وقتی به آمار بیماری‌های مزمن در کتاب‌های مرجع پزشکی نگاه می‌کنید، به راحتی درمی‌یابید که احتمالاً لازم است تا مبتلا به چند بیماری باشید و اگر فردی سالم به شمار آید، حتماً غیر طبیعی هستید!!

دکتر جفری بلاند (Jeffrey Bland) این وضعیت سلامتی را که نه فرد آنقدر بیمار است که نیاز به بستری شدن در بیمارستان یا منزل داشته باشد و نه به اندازه‌ای از سلامتی برخوردار است که فرد سالمی به شمار آید «بیماری عمودی» می‌نامد (در مقایسه با «بیماران افقی» که بستری هستند!). این اشخاص معمولاً خود را «نرمال» فرض می‌کنند، زیرا بیشتر افرادی که می‌شناسند نیز به اندازه خودشان بیمار هستند.

برای نمونه به آمار زیر توجه کنید. این نتایج با وجود تمامی تلاش‌های به عمل



از بیماری‌های عفونی، افزایش میزان امید به زندگی و... اشاره کرد. رنه دوبوا (Dubo Rene) - میکروبی‌شناسی که در ساخت تعدادی از آنتی‌بیوتیک‌های قوی نقش

است، نشان می‌دهد که بیماران هنگام ترخیص از بیمارستان دانشکده پزشکی دانشگاه ییل (Yale University) که از معروف‌ترین دانشگاه‌های پزشکی

داشته است - در کتابش با عنوان «سراب سلامتی» که در سال ۱۹۵۹ انتشار یافت اعتراف کرد که کشفیات علمی او و سایرین در قیاس با انواعی از پیشرفت‌های اجتماعی، اقتصادی، تغذیه‌ای و رفتاری، نقش کمتری را در ارتقای سطح سلامتی مردم کشورهای صنعتی از جمله آمریکا ایفا کرده است.

در طی ۱۰ سال بعد، کاری که دوبوا پایه‌گذاری کرده بود، توسط دیگران دنبال شد. در سال ۱۹۷۶ توماس مک کئون (Thomas Mc Keown) تلاش کرد تا تفاوت‌های موجود بین پیشرفت‌های پزشکی و غیر پزشکی را با اعداد و ارقام نشان دهد. او به دقت به مطالعه و بررسی آمارهای بهداشت عمومی انگلستان و ولز پرداخت (که از قرن ۱۷ میلادی به بعد جمع‌آوری شده بودند). در طی این مطالعه او به این نتیجه رسید که تنها ده درصد از اصلاحات مربوط به مرگ و میرهای ناشی از بیماری‌های عفونی همچون سل و ذات‌الریه به درمان‌های پزشکی از جمله درمان با آنتی‌بیوتیک‌ها باز می‌گردد و نود درصد این اصلاحات در اثر تغییرات مثبت ایجاد شده در تغذیه (غذا و روش‌های کشت و زرع بهتر)، محیط (به خصوص نظارت بر آب و غذا) و رفتار شکل گرفته است.

هیچ کس منکر کشفیات جالب پزشکی نوین نیست. واضح است که امروزه اطلاعات ما (حداقل در سطح جسمی) در مورد بدن انسان بسیار افزایش یافته است. اما آنچه اشتباه به نظر می‌رسد، اصرار بر یک‌تازی این روش پزشکی می‌باشد. پر واضح است

که طب امروز ایران مستقیماً از طب غربی نشأت گرفته است، ما اکنون «کاسه داغ‌تر از آتش شده‌ایم». زیرا در حقیقت نه تنها طب سنتی خود، بلکه سایر روش‌های پزشکی را نیز به فراموشی سپرده‌ایم. طب غربی را به عاریت گرفته‌ایم و بیش از



علت روی آوردن مردم به طب جایگزین و مکمل، عدم کفایت و کاستی‌های پزشکی رایج است

خود پدید آوردندگان به آن اصرار می‌ورزیم. طب غربی خوب است، اما هنگامی مسئله‌ساز می‌شود که آنرا کامل بینداریم و تصور کنیم که حرف اول و آخر را در درمان، طب مدرن غربی می‌زند. استفان فولدر (Stephen Fulder) در این باره می‌گوید:

«علت روی آوردن مردم به طب جایگزین و مکمل، گستردگی تبلیغات روش‌های جایگزین، درمان‌های اختصاصی، کمبود پزشک یا زودباوری مردم نیست، بلکه این عدم کفایت و کاستی‌های پزشکی رایج سبب شده است که جامعه به این سیستم‌های پزشکی پناه آورد. مردم به دنبال یافتن راهی برای رهایی از درمان‌های ناموفق، عدم درک، فقدان احساس و عاطفه، برخورد بیش از

حد مکانیکی و عوارض جانبی این روش‌های درمانی رایج هستند» در نهایت به نظر می‌رسد که بحران سلامتی منجر به بحران پزشکی مدرن شده است. پنج دلیل اصلی این بحران عبارتند از:

زیر سؤال رفتن مزایای پزشکی

مدرن

◆ افزایش بیماری‌های مزمن

◆ محدودیت‌ها و عوارض جانبی

درمان‌های دارویی و جراحی

◆ تخصص‌گرایی و به دنبال آن زوال

رابطه پزشک - بیمار

◆ افزایش سریع هزینه‌های بهداشتی

- درمانی

1-Vital force or energy

2-American Medical Association

3-IMMUNE System Dysfunction

منابع فارسی

- ۱- فراتر از آرامش (دستیابی به آرامش با استفاده از طب جایگزین) دکتر فرید نیک‌بین - دکتر افشین حاتمی منزله؛ بهجت، ۱۳۸۱
- ۲- طب کل‌گرا دکتر جمیز گردن، ترجمه مرجان فرجی؛ انتشارات درس، ۱۳۷۶.

منابع انگلیسی

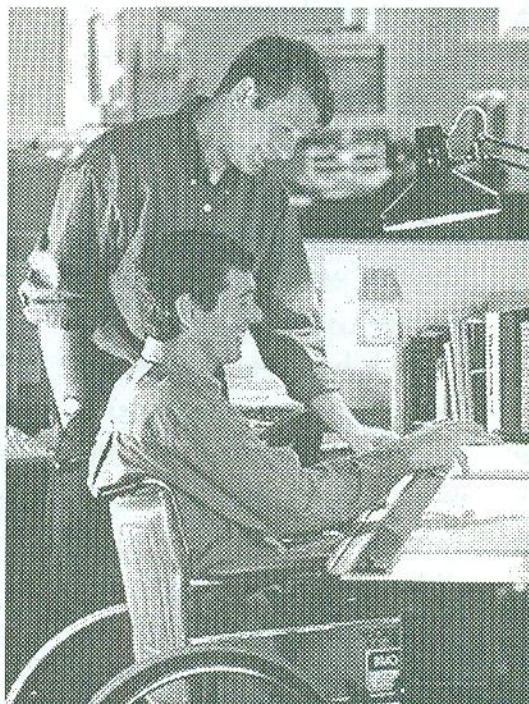
- 1- *Alternative Medicine, The Burton Goldberg group, Future medicine Publishing, 1995*
- 2- *Encyclopedia of Natural Healing, Anne Woodham & Dr. David Peters, Dorling Kindersley, 1997*
- 3- *Natural Healing: Remedies & Therapies, Mark Evans, Herms House, 1999*
- 4- *Fundamentals of Complementary and Alternative Medicine, More 5. Micozzi, Churchill Livingstone, 2001*
- 5- *The handbook of Alternative and Complementary Medicine, Stephen Fulder, Oxford, 1996*
- 6- *Clinician's Complete Reference to Complementary and Alternative Medicine, Donald W. Novey, Mosloy, 2000*



مروری بر قانون جامع حمایت از حقوق معلولان و روند اجرایی آن

گوش‌هایی که می‌بینند،

چشم‌هایی که می‌شنوند



وزارتخانه‌ها، سازمان‌ها و مؤسسات و شرکت‌های دولتی و نهادهای عمومی و انقلابی را موظف به طراحی، تولید و احداث ساختمان‌ها و اماکن عمومی، معابر و وسایل خدماتی می‌کند؛ به نحوی که امکان دسترسی و بهره‌مندی از آنها برای معلولان همچون افراد عادی فراهم شود.

در قالب این ماده قرار است به آن بخش از نیازهای معلولان پاسخ گفته شود که هنگام مواجهه آنان با مراکز اداری و سازمان‌های دولتی بی‌پاسخ می‌ماند. یک فرد معلول هنگام رفت و آمد به سازمان‌های دولتی یا هر سازمان اداری دیگر، در بسیاری از مواقع خود را با موقعیتی روبه‌رو می‌بیند که امکان حرکت از او سلب شده، در نتیجه توانایی رفت و آمد او به پایین‌ترین حد ممکن کاهش

در قالب راهکارهای قانونی در جمهوری اسلامی ایران با ارائه قانون جامع حمایت از حقوق معلولان از سوی مجلس و تصویب آن در جلسه علنی روز چهارشنبه ۱۳۸۳/۲/۱۶ تلاشی مختصر در این زمینه تفسیر می‌شود. در ماده اول این قانون ۱۶ ماده‌ای که تحت عنوان قانون حمایت از حقوق معلولان تصویب شده، قانونگذار تعریف خود را از شخص معلول چنین ارائه می‌دهد: «معلول در این قانون به فردی اطلاق می‌شود که به تشخیص کمیسیون پزشکی سازمان بهزیستی بر اثر ضایعه جسمی، ذهنی، یا روانی اختلال مستمر و قابل توجهی در سلامت و کارایی عمومی وی ایجاد گردد، به طوری که موجب کاهش استقلال فرد در زمینه‌های اجتماعی و اقتصادی شود.» با ارائه این تعریف قانونگذار کلیه

معلولان (توان‌یابان) به عنوان بخشی از اعضای جامعه در کنار دیگر اعضای این جامعه از حقوقی انسانی برخوردارند که متأسفانه فقدان توانایی‌های حرکتی لازم نزد آنها منجر به نادیده گرفتن این حقوق ساده انسانی از سوی دیگران در رابطه با آنها شده و می‌شود. این در حالی است که این قشر از اعضای جامعه به لحاظ ذهنی و هوشی گاه حتی از اعضای سالم جامعه نیز پیشی می‌گیرند.

این توانایی‌ها قانونگذاران جامعه را وادار به اتخاذ روش‌هایی در قالب قانون کرده تا از طریق این مکانیسم حقوق از دست رفته و مغفول این بخش از حیات اجتماعی را در برابر دید سایر اعضای جامعه قرار دهد و در نهایت آنها را وادار به رعایت کردن حقوق قانونی و انسانی معلولان کند. طرح تأمین حقوق معلولان



می‌یابد.

فرصت اشتغال

یکی دیگر از مهمترین مشکلاتی که جامعه معلولان کشور در گسترده‌ای وسیع با آن درگیر بوده و همواره محل اعتراض آنها قرار می‌گیرد، بحث اشتغال به کار و رفع مشکلات شغلی آنان است. ماده هفتم قانون حمایت از حقوق معلولان در قالب چند تبصره به این معضل اشاره کرده است. بر اساس تبصره یک قانون کلیه وزارتخانه‌ها، سازمان‌ها، مؤسسات و شرکت‌های دولتی و نهادهای عمومی و



اطلاعات به دست آمده

نشان دهنده بی‌توجهی سازمان‌های مختلف به مفاد این قانون و نیز فقدان بازوی اجرایی لازم برای وادار کردن این سازمان‌ها به تبعیت از قانون مورد نظر است

انقلابی مجاز خواهند بود تا در سقف مجوزهای استخدامی سالانه خود، افراد نابینا، ناشنوا و معلولان ضایعات نخاعی واجد شرایط را به صورت موردی و بدون برگزاری آزمون استخدامی به کارگیرند.

در تبصره دوم نیز سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور موظف است سه درصد از مجوزهای استخدامی سالانه وزارتخانه‌ها، سازمان‌ها، مؤسسات دولتی، شرکت‌ها و نهادهای عمومی و انقلابی را کسر و در اختیار سازمان بهزیستی کشور قرار دهد تا نسبت به برگزاری آزمون استخدامی اختصاصی برای معلولان واجد شرایط با همکاری سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور اقدام کرده و معلولان واجد شرایط پذیرفته شده را حسب مورد به دستگاه مربوط معرفی کنند. در نتیجه فقدان تسهیلات لازم در زمینه اشتغال معلولان ماده (۷) این قانون دولت را موظف به فراهم کردن تسهیلات لازم برای ایجاد فرصت‌های شغلی برای افراد معلول می‌کند. اختصاص حداقل سه درصد از مجوزهای استخدام‌های رسمی، پیمانی یا کارگری به افراد معلول از سوی دستگاه‌های دولتی و عمومی اعم از وزارتخانه‌ها، سازمان‌ها، مؤسسات، شرکت‌ها و نهادهای عمومی و انقلابی و دیگر دستگاه‌هایی که از بودجه عمومی کشور استفاده می‌کنند. تأمین حق بیمه سهم کارفرما توسط سازمان بهزیستی کشور و پرداخت آن به کارفرمایانی که افراد معلول را به کار می‌گیرند و نیز پرداخت تسهیلات اعتباری به واحدهای تولیدی، خدماتی، عمرانی، صنفی و کارگاه‌های تولیدی - حمایتی در مقابل اشتغال افراد معلول به میزانی که در قوانین بودجه سالانه مشخص می‌شود، از جمله این تسهیلات است.

پرداخت تسهیلات اعتباری

خوداشتغالی (وجوه اداره شده) به افراد معلول به میزانی که در قوانین بودجه سالانه مشخص می‌شود، به همراه پرداخت تسهیلات اعتباری برای احداث واحدهای تولیدی و خدماتی اشتغال‌زا به شرکت‌ها و موسساتی که بیش از ۶۰ درصد سهام و سرمایه آنها متعلق به افراد معلول است، همه و همه بخش‌هایی از بندهای اعمال شده در قانون مذکور هستند. تبصره سوم ماده هفتم این قانون نیز سازمان بهزیستی کشور را مجاز کرده تا در قالب اعتبارات مصوب خود، صندوق فرصت‌های شغلی معلولان و مددجویان بهزیستی را ایجاد و اساسنامه آن را به تصویب هیات وزیران برساند. آموزش، ارائه تسهیلات لازم اعتباری، رفع نیازهایی چون مسکن و نیز موظف کردن مرکز آمار ایران به این که در سرشماری‌های عمومی جمعیت کشور به نحوی برنامه‌ریزی کند تا جمعیت افراد معلول به تفکیک نوع معلولیت آنها مشخص شوند، از دیگر برنامه‌های سازمان است.

قانونی خوب است که اجرا شود
قانون حمایت از معلولان در قالب شانزده ماده و بیست و چهار تبصره در جلسه علنی روز چهارشنبه ۱۶ اردیبهشت ماه سال ۱۳۸۳ در مجلس شورای اسلامی تصویب و چندی بعد مورد تأیید شورای نگهبان قرار گرفت. این قانون از زمان اجرایی شدن به‌رغم ابلاغ به تمامی دستگاه‌های دولتی هنوز هم به‌طور مؤثر به اجرا در نیامده است.

اطلاعات به دست آمده نشان دهنده بی‌توجهی سازمان‌های مختلف به مفاد این





قانون و نیز فقدان بازوی اجرایی لازم برای وادار کردن این سازمان‌ها به تبعیت از قانون مورد نظر است.

آیا با چنین وضعیتی می‌توان انتظار داشت اوضاع معلولان در کشور بهبود یابد؟



از مسئولان تقاضا داریم اعتمادشان را به تشکل‌های موجود کشور در حوزه معلولان بیشتر کنند. یعنی در واقع انتظار داریم آنها این تشکل‌ها را بازوی بهزیستی در حوزه معلولان بدانند

سیدمحسن لواسانی رئیس هیات مدیره جامعه معلولان کشور که قدیمی‌ترین تشکل فعال در این زمینه به شمار می‌رود، در این باره می‌گوید: «موضوعی که جامعه معلولان کشور را رنج می‌دهد، این است که مسئولان برای اجرای این قانون به فکر باشند تا مبدا این قانون هم به سرنوشت بند ج ماده ۱۹۲ قانون سوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی دچار شود.» وی در توضیح آن بند مغفول قرار گرفته چنین می‌گوید: «آن بند در تاریخ ۱۳۷۹/۱۰/۵ پس از

تصویب به ادارات دولتی ابلاغ شده اما متأسفانه بعد از گذشت دو سال و نیم از زمان ابلاغ آن هنوز هم اجرا نشده است.» وی ادامه می‌دهد: از مسئولان تقاضا داریم اعتمادشان را به تشکل‌های موجود کشور در حوزه معلولان بیشتر کنند. یعنی در واقع انتظار داریم آنها این تشکل‌ها را بازوی بهزیستی در حوزه معلولان بدانند.» دلایل این خواسته از نظر وی این گونه اعلام می‌شود: جامعه معلول به رغم اعضای فراوانش در جامعه از امکانات دولتی اندکی برخوردار است. از یک میلیون نفر معلول، کمتر از ۱۰ درصد آنها از امکانات رفاهی دولتی برخوردار هستند. به عنوان مثال ناوگان بزرگ شرکت واحد یا حتی مترو نمی‌تواند حتی به یک نفر معلول جسمی - حرکتی هم خدمات ارائه دهد. حق این افراد کجا می‌رود؟ وی توضیح می‌دهد که چگونه کشورهای اروپایی همچون آلمان ۴۰ درصد از اشتغال‌های جامعه معلول که قبلاً دولت بر اجرای آنها نظارت می‌کرده را در حال حاضر به تشکل‌های غیردولتی واگذار کرده است.

لواسانی می‌گوید: ما خواستار آنیم که هر چه سریع‌تر نسبت به واگذاری این بخش به جامعه معلولان اقدام شود. این کارشناس، اجرای درست قانون مذکور را علاوه بر فراهم کردن زمینه‌های اجرایی لازم، درگرو فرهنگ‌سازی درست جامعه می‌داند. مینا اصلانی عضو هیات مدیره و مسوول دبیرخانه انجمن عقب‌ماندگان ذهنی نیز در توضیح مشکلات معلولان چنین می‌گوید: «مشکل اول به مسائل

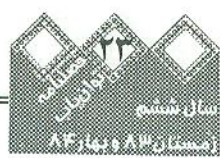
فرهنگی جامعه یاز می‌گردد. مردم باید بدانند معلولان این حق را دارند که از امکانات جامعه استفاده کنند.»

وی به صورت موردی به مشکلات معلولان ذهنی اشاره می‌کند و می‌افزاید: معلولان ذهنی از نظر قانون صاحب هیچ حقی نیستند؛ یعنی هیچ جایی نیست که مختص معلولان ذهنی باشد؛ آنها عقب‌تر از بقیه‌اند. ما به دنبال این بودیم که سازمان مشخصی قیومیت آنها را به عهده داشته باشد. با مشکلاتی که در جامعه وجود داشته است به نظرم خیلی خوب می‌شود که چنین جایی داشته باشیم. به هر حال من خود به عنوان یک مادر که فرزند معلول دارم، باید بدانم و حق دارم بدانم آیا جایی وجود دارد که من بچه معلولم را به عنوان مثال ساعتی در آنجا بگذارم تا بتوانم خیلی آسوده به کارهایم رسیدگی کنم؟! »

اصلانی معتقد است باید معلولان را از هم تفکیک کرد، چون بخشی از آنها مانند معلولان ذهنی با مشکلات وسیع‌تری از لحاظ فرهنگی و اقتصادی مواجه‌اند.

آیا متولیان اجرایی در گرفتاری‌های رنگارنگ خود فرصتی برای فکر کردن به معلولان خواهند داشت؟ چشم‌انداز پیش رو در هوایی مه‌آلود قابل رصد نیست. امیدواری‌ها همچنان با ابهام مواجهند. شاید از این روست که متولیان سازمان بهزیستی هم بعد از گذشت چند ماه از زمینه اجرایی شدن قانون، از چگونگی اجرای آن اظهار بی‌اطلاعی می‌کنند.

داود پنهانی
ماخذ: جام جم ۷ مهر ۱۳۸۳





امداد و نجات در زلزله

Helping & Rescuing in case of Earthquake



تالیف:

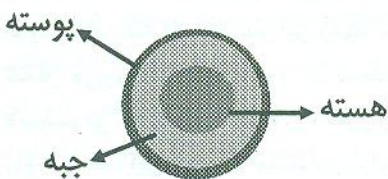
محمد یوسفی

(کارشناس مدیریت بحران)

در ابتدای امر باید گفت که کره زمین دارای سه قسمت است.

- ۱- پوسته Crust ۲- جبه Mantle
- ۳- هسته Core

شکل (۱)



زلزله: شتاب انرژی می باشد. یعنی نیرو = شتاب * جرم

نیروی زلزله وابسته به جرم است (قانون دوم نیوتن) و زمین شتاب دهنده است. بنابراین می توان نتیجه گرفت هر چه

جزو ده کشور اول بلاخیز دنیا محسوب می شود. در این میان زلزله در طول تاریخ بیشترین خسارت را به مردم وارد آورده و تلفات سنگینی را در پی داشته است. زیرا کشور ما بر روی کمر بند زلزله قرار دارد. با توجه به زلزله خیز بودن کشورمان و با اذعان به این مطلب که در حال حاضر این خطر بزرگ همه مردم را تهدید می کند، وظیفه تک تک افراد است که با آگاهی کامل از کمک های اولیه امداد و نجات بتوانند در موقع لزوم مفید واقع شده و وظایف اولیه امدادی را به خوبی و به نحو احسن به انجام برسانند تا از میزان تلفات انسانی کاسته شود.

زلزله (Earth QUACKE) چیست؟
به طور کل به لرزش و یا تکان سطح زمین، زلزله یا زمین لرزه گویند.

حوادث و اتفاقات خارق العاده و گاهی تخریبگر و زیان باری در کره زمین روی می دهد که خارج از کنترل بشر می باشد. بعضی از این حوادث طبیعی و بعضی دیگر ناشی از زندگی ماشینی و تکنولوژی و در نهایت حاصل بی دقتی انسان است. حوادث و بلا یا به دو دسته تقسیم می شوند:

۱- بلا یای طبیعی: سیل، طوفان، زلزله، صاعقه و تگرگ و تسونامی (Tsunami)

۲- بلا یای غیر طبیعی: حوادث جاده ای، دریایی، صنعتی، آتش سوزی حوادث طبیعی که در سراسر کره زمین رخ می دهند، ۴۳ نوع گزارش شده اند. در کشور ما حدود ۳۰ نوع از این بلا یا اتفاق افتاده و گزارش شده است که از این لحاظ



چندین گسل کوچک و بزرگ وجود دارند که مهمترین آنها عبارتند از:

۱- گسل شمال تهران که فعالیت آن می‌تواند به سیصد و ده هزار ساختمان تا ۳۶٪ خسارت وارد نماید و به مناطق ۱ تا ۵ در حدود ۵۰ درصد و به بخش جنوبی تهران تا ۳۰ درصد خسارت وارد کند و زمین لرزه‌ای با بزرگی ۷ الی ۸ ریشتر ایجاد کند و از لشگرک در شمال شرقی تهران تا شمیرانات و پونک به طرف کرج را تحت تاثیر قرار دهد.

۲- گسل ری (جنوب تهران) که جنبش آن می‌تواند چهارصد و هشتاد هزار ساختمان را تا ۵۵ درصد تخریب نماید و منطقه ۱۵ از همه بیشتر در معرض خسارت قرار دارد و مناطق ۱۱ و ۱۲ و ۱۶ از ۲۰ تا ۸۰ درصد خسارت و آسیب خواهند دید. اندازه بزرگی زلزله آن می‌تواند بین ۶/۵ الی ۷ ریشتر باشد و محدوده تاثیر آن شامل تمامی مناطق جنوبی و مرکزی شهر تهران است.

۳- گسل مشاء (شمال شرق تهران) که می‌تواند اکثر ساختمان‌های مناطق مختلف تهران را تا ۱۰٪ تخریب نماید و در منطقه ۱۲ تا ۳۰ درصد خسارت به بار آورد. اندازه بزرگی زلزله آن حدود ۸ ریشتر تخمین زده می‌شود و محدوده تحت تاثیر آن شامل تمام تهران خواهد بود.

در منطقه تهران و شهرری زلزله‌های تاریخی بسیاری رخ داده است این مناطق به‌طور میانگین هر ۱۵۰ سال یکبار زلزله‌ای با بزرگی ۶/۵ الی ۷ ریشتر را تجربه کرده است و شهر باستانی ری بارها تخریب شده



زلزله‌های فراوان رخ می‌دهد نواری شکل می‌گیرد که به آن کمربند زلزله می‌گویند.

کره زمین دارای دو کمربند زلزله است:

۱. کمربند اقیانوس آرام (Pacific Ocean Belt)

۲. کمربند آلپ (Alps Belt)

کمربند اقیانوس کبیر (آرام): شامل کشورهای آمریکای شمالی و جنوبی، زلاندنو، ژاپن، فیلیپین، چین و اندونزی است.

کمربند آلپ: شامل کشورهای ایتالیا، یونان، ترکیه، ایران، افغانستان و پاکستان است که این کمربند در نهایت به کمربند اقیانوس آرام متصل می‌شود.

همانطوری که می‌بینید ایران بر روی کمربند زلزله آلپ قرار دارد. در این میان باید اشاره شود که در پهنه تهران نیز

یک ساختمان جرم کمتری داشته باشد نیروی کمتری بر آن وارد شده و کمتر تخریب می‌شود.

علل وقوع زلزله

کره زمین در پوسته دارای ۶ صفحه اصلی (پلیت Plate) می‌باشد که مرز بین هر صفحه با صفحه دیگر را گسل (Fault) می‌گویند؛ این صفحات ثابت نیستند و نسبت به یکدیگر جابجا می‌شوند. صفحاتی که از هم دور می‌شوند و یا در کنار هم می‌لغزند، عامل پیدایش زلزله نیستند ولی صفحاتی که به هم نزدیکتر و فشرده‌تر می‌شوند خطرناک بوده و عامل پیدایش زمین لرزه‌های مخربند. اگر این گسل‌ها وجود نداشت راهی برای تخلیه حرارت

داخل زمین نبود و در نهایت این امر به انفجار کره زمین می‌انجامید.

◆ از برخورد صفحه ایران با صفحه عربستان رشته‌کوه‌های زاگرس بوجود آمده است.

◆ از برخورد صفحه ایران با صفحه اوراسیا، رشته‌کوه‌های البرز بوجود آمده است.

◆ با توجه به برخورد صفحات فوق کشور ما سالیانه تحت فشاری در حدود ۳ میلیمتر قرار می‌گیرد.

برخی شواهد از جمله آثار فسیلی و آب و هوایی، همچنین مکمل بودن شکل هندسی مرز صفحات (مانند کنار هم قرار گرفتن قطعات پازل) نشان می‌دهد که این صفحه‌ها قبلاً در کنار یکدیگر بوده و بعدها از یکدیگر جدا شده‌اند.

از به هم پیوستن نقاطی که در آنها



است (تهران در گذشته دور دهی کوچک بوده است و زمین لرزه‌های تاریخی به وقوع پیوسته در این منطقه در مورد شهر ری و خسارات وارده بر آن به ثبت رسیده است که آخرین زمین لرزه بزرگ این منطقه مربوط به سال ۱۸۳۰ میلادی است.) حدود ۱۷۵ سال است که در تهران زلزله بزرگی اتفاق نیافتاده است.

بعد از وقوع زلزله و تلفاتی که به علت خرابی و آوار و... ممکن است بوجود آید وقوع حوادثی همچون آتش سوزی، غارت، سیل و... باعث بالا رفتن میزان تلفات و خسارات خواهد بود. برای مثال در صورت وقوع زلزله‌ای با بزرگی بالا، شکستگی در حدود ۱۴۰ کیلومتر در طول خطوط لوله آب بوجود خواهد آمد، حدود ۳۲ مخزن ذخیره آب و پنج تصفیه‌خانه و تاسیسات جانبی آنها از جمله پمپ (Pump) ها و بوستر (Booster) ها تخریب و در نتیجه موجب سرازیر شدن سیل خواهد شد. از طرف دیگر شکستگی در خطوط و اتصالات لوله‌های گاز شهری می‌تواند انفجارات و آتش سوزی‌های مهیبی در مناطق زلزله زده بوجود آورد. قطع سیم و کابل‌های برق و ایجاد اتصالات در دستگاه‌های تقویت برق نیز می‌تواند موجب آتش سوزی و صدمه بیشتر گردد. با توجه به بافت شهر تهران و احتمال وقوع سیل و آتش سوزی‌های مهیب بعد از زلزله، عمق فاجعه به وجود آمده بسیار عمیق خواهد بود.

انواع زلزله

(۱) جابجائی صفحات تکتونیکی (Tectonic Plate) عامل ایجاد ۹۰٪ از زلزله‌ها است. امواج زلزله در لایه‌های

درونی زمین با سرعتی حدود ۱۲-۷ کیلومتر در ثانیه منتشر شده و انرژی بسیار عظیمی را آزاد می‌کند که خرابی‌های وحشتناکی را در پی خواهد داشت. (زلزله بم - زلزله از میر)
 (۲) آتشفشان‌ها که تقریباً ۷٪ زلزله‌ها را به وجود می‌آورند. (آتشفشان دماوند، فوجی یاما)
 (۳) سست بودن لایه‌های زیرین زمین که ۳٪ زمین لرزه‌ها را تشکیل می‌دهند. (منطقه پونک)

قسمت‌های زمین باشند. شایان ذکر است که یکی از امن‌ترین مناطق زمین سرزمین مکه است، که این را می‌توان از معجزات الهی دانست.
علائم زلزله
 (۱) قبل از وقوع زمین لرزه، فعالیت‌های لرزه‌ای کوچک در منطقه، افزایشی را نشان داده و سپس رو به کاهش می‌گذارد.
 (۲) قبل از وقوع زمین لرزه سطح زمین کج و برجسته می‌شود.
 (۳) صدای زلزله (کمپرسیونال -



می‌توان نتیجه گرفت که مناطق کوهستانی و آتشفشانی مناطق مستعدی برای وقوع زلزله هستند؛ چرا که زلزله عموماً در مناطقی از زمین که جوان‌تر هستند به وقوع می‌پیوندد. به مناطقی که از ده‌ها میلیون سال پیش تاکنون ثابت و دست نخورده باقی مانده‌اند و صفحات آن صلب و سخت می‌باشد سپریا Shilde گفته می‌شود. لاجرم امن‌ترین مناطق زمین را می‌توان بیابان‌ها و کویرها دانست که به نظر می‌آید پیرترین یا قدیمی‌ترین

(Comerssional) که از شکسته شدن سنگ‌ها و لایه‌های درونی بوجود می‌آید؛ قابل شنیدن است.
 (۴) در بعضی موارد پیش از وقوع زلزله چشمه‌های عمیق خشک و یا احیا می‌شود.
 (۵) ریشه‌های درختان قدیمی و کهنسال به تدریج خشک می‌گردند.
 (۶) شکسته شدن سنگ‌های اورانیوم (Uranium) موجب پخش گاز رادون در منطقه می‌شود. گفته شده است که



وضعیت ناآرام حیوانات می تواند به علت استشمام این گاز باشد که البته انسان قادر به استشمام آن نیست، ولی بیشتر حیوانات در چند دقیقه مانده به وقوع زلزله متوجه وجود آن شده و خود را از محدوده خطر دور می کنند. (این موضوع می تواند در پیش بینی زلزله تا مدت بسیار کوتاهی قبل از وقوع آن کمک کننده باشد).

۷) بر اثر شکسته شدن سنگ های گرانیتی داخل زمین و آزاد شدن گاز اورانیوم، ابرهای یونی تشکیل می شود که این ابرها با سیستم های ماهواره ای قابل ملاحظه هستند. دانشمندان امیدوارند که از روی همین علائم بتوانند محل وقوع زلزله یا محدوده زمانی آن را البته به صورت تقریبی اعلام کنند.

۸) دستگاه های زلزله نگار (Seismograph) نیز کمک بزرگی می باشند چرا که عموماً پیش لرزه ها را ثبت می کنند.

◆ توضیح اینکه:

به زلزله هایی که قبل از وقوع زلزله اصلی باعث تکان های زمین می شوند؛ پیش لرزه (fore shock) می گویند. با نزدیک شدن به زلزله اصلی تعداد و شدت پیش لرزه ها بیشتر می شود.

به زلزله هایی که بعد از وقوع زلزله اصلی باعث تکان های زمین می شوند؛ پس لرزه (After shock) می گویند که اغلب خرابی های زیادی را به وجود می آورد. پس از رخ دادن زلزله اصلی با گذشت زمان از تعداد و شدت پس لرزه ها کاسته می شود.

مشخصات زلزله

◆ هرچه کانون زلزله عمیق تر باشد، شعاع آن بیشتر ولی شدت و قدرت آن کمتر

می باشد.

◆ هرچه کانون زلزله به سطح زمین نزدیک تر باشد شعاع آن کوچک تر، ولی شدت و قدرت آن بیشتر است.

◆ مکان زلزله با توجه به علائم فوق تا حدودی قابل پیش بینی است ولی:

◆ در مورد زمان وقوع زلزله متاسفانه تاکنون توفیق چندانی حاصل نگردیده است. مگر توجه به علائم سنتی که کشور چین در این زمینه تا حدودی موفق بوده است (مطالعه بر روی نحوه زندگی موش کور و توجه به ابرهای یونی)

◆ زلزله آنچنان سهمگین و با سرعت اتفاق می افتد که افراد برای نجات جان خویش تنها ۳ ثانیه وقت دارند.

◆ بنابراین داشتن آگاهی و اطلاعات در مورد پناه گرفتن می تواند سهم بسزایی در نجات زندگی ما و حتی نزدیکان ما داشته باشد.

بیش از ۷۵٪ از زلزله ها در شب اتفاق می افتند؛ که علت این امر تاکنون برای دانشمندان ناشناخته مانده است.

رابطه میان بزرگی زلزله و شعاع گسترش امواج لرزه ای

ریشتر	وسعت شعاع
۴ - ۴/۹	۵۰ کیلومتر
۵ - ۵/۹	۱۰۰ کیلومتر
۶ - ۶/۹	۲۰۰ کیلومتر
۷ - ۷/۹	۴۰۰ کیلومتر
۸ - ۸/۹	۸۰۰ کیلومتر

زلزله یا بحران در تهران

هر بحرانی دارای ۳ فاز است:

۱. آمادگی

۲. مقابله با حوادث

۳. بازسازی منطقه حادثه دیده

(کشور ما در حال حاضر، در فاز آمادگی قرار دارد)

در تهران با توجه به ضریب خطر بسیار بالای آن ستاد بحرانی تشکیل یافته است که اعضای این ستاد را مستقیماً روسای محترم (کشوری - لشگری) تشکیل می دهند و ریاست آن بر عهده شهردار وقت تهران است. پنج استان؛ سمنان، قم، قزوین، مازندران و مرکزی به عنوان استان های معین تهران انتخاب شده اند. البته هر کدام از مراکز فوق را پنج استان دیگر معاونت و یاری خواهند کرد. یعنی اینکه در هنگام وقوع زلزله و یا هرگونه بحرانی در تهران تمامی استان های کشور برای کمک به تهران بسیج خواهند شد.

شکل (۲)



در صورت بروز بحران شدید در تهران، این استان اصفهان خواهد بود که ستاد بحران را در مرکز استان (اصفهان) تشکیل خواهد داد و پنج استان معین که قبلاً نام بردیم به کمک تهران خواهند آمد.

شکل (۳)



در تهران ۱۱۰۰ نقطه اسکان موقت در نظر گرفته شده و همچنین تا پایان سال ۸۳ تعداد ۱۲۰ پایگاه امداد و نجات در نواحی مختلف آماده خواهد شد. در سال ۸۴ نیز ۴۰۰ محله دارای پایگاه امداد و نجات خواهند شد.

تهران به ۲۲ منطقه شهرداری تقسیم شده است و در صورت وقوع زلزله منطقه ۱۷ شهرداری که محدوده سه راه آذری، خیابان قزوین، نواب، زمزم و جاده ساوه را در بر می گیرد به دلیل حجم بالای جمعیت ساکن در منطقه، کوچک بودن خانه ها و کم عرض بودن معابر آسیب و خسارت زیادی را متحمل می شود، که این مسئله دسترسی و امداد رسانی به آسیب دیدگان در این منطقه را بسیار کند می کند.

ولی در منطقه شمال غرب تهران به علت عریض تر بودن خیابان ها و کوچه ها و وجود بزرگراه های زیاد عملیات کمک رسانی و جذب نیروهای امداد با سرعت بیشتر انجام می گیرد.

توجه:

در هنگام وقوع زلزله جیغ و فریاد نکنید. این کار باعث ترشح هورمون آدرنالین در بدن شده که می تواند باعث مختل شدن قدرت تفکر در انسان و بوجود آمدن وحشتی مضاعف در اطرافیان گردد. لذا دهان خود را با یک دستمال بگیرید تا هم از ورود گرد و غبار به دهانتان جلوگیری کنید و هم صدای فریادتان (در صورت جیغ کشیدن های غیرارادی) به گوش دیگران نرسد. (در کشور ژاپن اعلام گردیده است که در هنگام وقوع زلزله از یک دستمال

شخصی برای گذاشتن بر روی دهان جهت جلوگیری از جیغ زدن استفاده نمایند).

در حال حاضر شاهد پیشرفت صنعت و تکنولوژی ساخت و ساز و مهندسی می باشیم: برای مثال یک مهندس ایرانی موفق به اختراع و ثبت وسیله ای به نام خوانسار گردیده که در لندن به ثبت رسیده است. این وسیله به محل اتصالات سازه ای ساختمان تحت عنوان غضروف (Cartilage) نصب شده و در هنگام وقوع زلزله، شدت حرکت و تکان های بوجود آمده را تحمل می کند و به نوعی از تخریب ساختمان پیشگیری می کند. ساخت اتاق خواب های ضد زلزله که مواد غذایی و اکسیژن برای مدت چند روز در آن ذخیره شده است نیز یکی از طرح های اجرایی برای پیشگیری از آسیب بیشتر است.

مسئولین محترم کشور از سال ۶۹ تا کنون در حال پیگیری های شدید و اتخاذ تصمیماتی در خصوص وقوع زلزله در تهران هستند. پس از زلزله رودبار سعی شد تا اجرای آیین نامه ۲۸۰۰ بطور جدی در ساخت ساختمان ها مورد توجه قرار گیرد.

در صورت وقوع زلزله چه کنیم چنانچه در داخل ساختمان هستید:

◆ خونسردی و آرامش خود را حفظ کنید و با تفکر اقدامات لازم را آغاز کنید. دیگران را به آرامش دعوت کرده و مواظب کودکان باشید.

◆ اگر خانه مسکونی شما یک طبقه و دارای فضای باز است، فوراً و با احتیاط

خارج شوید.

◆ چنانچه در آپارتمان زندگی می کنید، به طرف درهای خروجی، پله ها و آسانسور ندوید و در محل های نسبتاً امن ساختمان مانند زیر میزها و تختخواب های محکم، خروجی های طاقی مانند: چهارچوب درها (با توجه به مواظبت از خطر کوبیده شدن درها زمان لرزش خانه)، مکان های با سقف های کوچک و راهروهای باریک و زیر پله ها پناه بگیرید. به خاطر داشته باشید که زمان وقوع زلزله های شدید، جابجایی از مکانی به مکان دیگر بسیار مشکل و تقریباً بعید خواهد بود و شما فرصت کافی برای این حرکات را نخواهید داشت.

◆ سعی کنید جعبه ای حاوی وسایل کمک های اولیه را در منزل آماده نگهدارید.

◆ کیف یا ساکی حاوی کلیه لوازم مهم و اسناد و مدارک به همراه لباس لازم و مناسب فصل، طلا و جواهرات، کرویکی فلکه آب و گاز و برق منزل، چراغ قوه، سوت، غذای کنسرو شده، کپسول آتش نشانی کوچک، بیسکوئیت و..... را آماده و در محلی خارج از خانه نگهداری کنید و هر چند روز یکبار مواد غذایی داخل آنرا برای جلوگیری از فاسد شدن عوض کنید.

◆ با استفاده از کت، بالش، پتو، کتاب ضخیم از سر خود محافظت کنید و یا با قراردادن آرنج ها در طرفین سر و روی گوش ها و پوشاندن پشت گردن با کف دست ها این عمل را انجام دهید. مواظب سقوط گچ و آجر از سقف باشید. ◆ همیشه دمپایی و یا کفش نسبتاً



◆ سعی نکنید که هنگام زلزله مراقب اشیاء گران قیمت و شخصی خود باشید بلکه بیشتر به نجات جان خود و حفظ سلامتی خود فکر کنید.

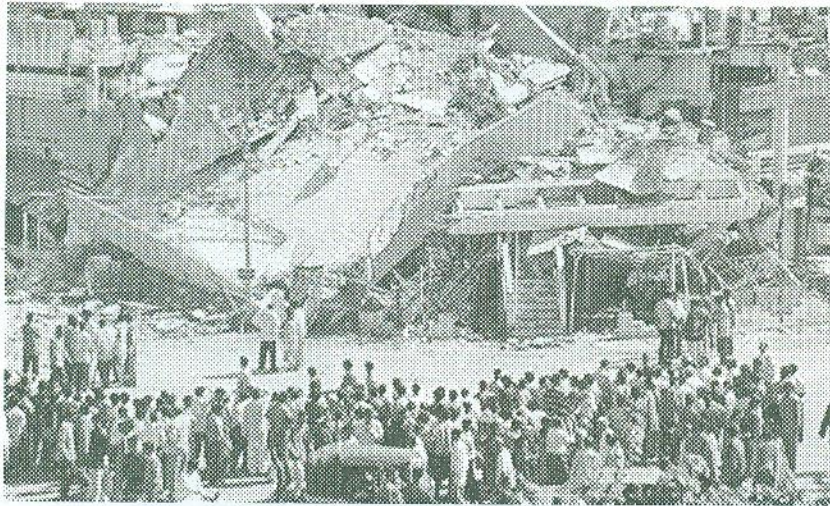
◆ اگر در اتومبیل هستید، بلافاصله

◆ از پیشرفت و توسعه حریق احتمالی جلوگیری و در اسرع وقت نسبت به خاموش نمودن آن اقدام نمائید.

◆ از داد زدن و به هر طرف دویدن

راحتی که بتوان به سرعت آن را به پا کرد در کنار تخت و یا محل خواب خود نگهدارید. به خاطر داشته باشید اولین اتفاقی که پس از وقوع زلزله رخ می دهد شکستن شیشه است. شیشه های خرد و پخش شده روی زمین می تواند آسیب زیادی به پای شما وارد کرده و از سرعت فعالیت شما بکاهد. در صورتی که به چنین چیزی دسترسی ندارید با استفاده از پارچه و یا ملحفه ای که به دور پای خود می پیچید از آنها محافظت کنید.

◆ از پنجره ها، درهای شیشه ای، آئینه ها و قفسه های بلند و کتابخانه سریعاً دور شوید. علی الخصوص از خوابیدن در زیر پنجره ها در طول شب خودداری کنید.



◆ اگر در آشپزخانه هستید از یخچال، اجاق گاز، ایستادن در زیر کابینت و قفسه ها جهت جلوگیری از سقوط اشیاء بر روی سرتان و... استفاده نکنید.

اتومبیل را به کنار جاده (منتها علیه سمت راست) و محوطه باز هدایت و موتور آن را خاموش کرده ولی سوئیچ را خارج نکنید. رادیو را روشن کرده و به اخبار و اطلاعیه هائی که از رادیو پخش می شود توجه نمائید.

خودداری کنید، این امر باعث ترشح هورمون آدرنالین و مختل شدن قدرت تفکر در خود و دیگران خواهد شد.

◆ از پله ها پس از اتمام لرزش ها دوتا دوتا به طرف پایین حرکت کنید و به هیچ عنوان از آسانسور استفاده نکنید. زیرا قطع لرزش به معنی اتمام زلزله نمی باشد. باید هر لحظه منتظر وقوع زلزله مجدد و آماده پناه گرفتن باشید.

◆ سعی کنید در کنج (گوشه های) دیوار بایستید و تا پایان لرزش ها از پناهگاه خارج نشوید.

◆ افراد توان یابی که از ویلچر استفاده می کنند:

الف - باید ترمز صندلی را بکشند.
ب - سر و گردن را با دست پوشانده و تا پایان لرزش ها به همان حالت بمانند.
◆ اگر زلزله در طول شب اتفاق افتاد

از روشن کردن کبریت و یا زدن کلید برق خودداری کنید و برای روشنایی از چراغ قوه شخصی استفاده نمایید و بلافاصله نسبت به قطع جریان برق و آب و گاز اقدام نمائید.

چنانچه در خارج از منزل هستید.
◆ از ایستادن در دامنه کوه ها و یا بستر رودخانه ها دوری کنید.

◆ اگر در داخل سالن اجتماعات، سینما و غیره هستید در جای خود بمانید و زیر میزها و صندلی های داخل سالن پناه ببرید و از سر و گردن تان نیز محافظت کنید.

منابع و مآخذ:

- ۱- تحقیق گروه جامائیکا ژاپن از ۲۲ منطقه تهران از نظر گسل و آسیب پذیری ساختمان ها و ...
- ۲- نگرشی به سوانح و حوادث طبیعی و آمادگی های لازم/شهریار مزیدآبادی
- ۳- خطرات زلزله را کاهش دهیم/ مؤسسه بین المللی زلزله شناسی و مهندسی زلزله
- ۴- راهنمای مدیریت سوانح طبیعی/ دکتر ژاله شادی طلب
- ۵- سخنرانی آقای دکتر حسینی دبیر مدیریت بحران تهران در همایش زلزله
- ۶- زلزله، علت، پیش بینی و مقابله/ روزنامه کیهان سال ۸۲



ارتباط زمانی حملات صرعی

تالیف: سیدموسی محمدی
کارشناس ارشد مدیریت توانبخشی



پیش‌درآمد

در مجله توان‌یاب شماره ۱۴ خواندید که امروزه صرع بر پایه یافته‌های علمی، تنها به‌عنوان یک بیماری مطرح است و اشکال گوناگون آن دارای یک پدیده اساسی و مشترکند که عبارت است از:

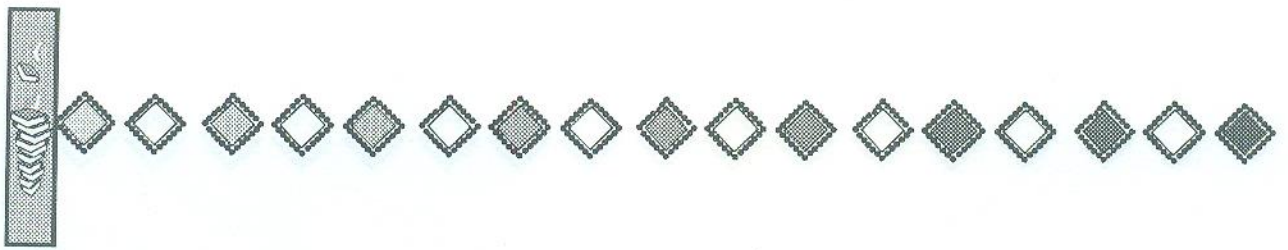
«تخلیه الکتریکی و ناگهانی که تعدادی از سلول‌های عصبی مغز را به طور همزمان در بر می‌گیرد»

صرع یا اپی‌لپسی از لغت یونانی *Epilepsia* به معنی غافلگیر کردن آمده است.

علائم بالینی آن شامل: صرع عمومی و صرع موضعی، که موجب حمله تشنجی بزرگ و حمله تشنجی کوچک با صرع خفیف می‌شود و اینک ادامه مطلب:

فراوانی بروز حملات در بیماران مختلف متفاوت است. سه حالت مختلف برای ایجاد حملات صرعی وجود دارد. ممکن است یک بیمار سال‌ها قبل از شروع حملات صرع بزرگ مبتلا به صرع کوچک باشد. امکان دارد اولین حمله به صورت یک حمله بزرگ ژنرالیزه (*Generlize*) باشد. این حمله گاهی همراه با حملات صرع کوچک است و گاهی نیست و ممکن است بعداً با فواصل کوتاهی تکرار گردد و یا بین دو حمله بزرگ ماه‌ها و حتی سال‌ها فاصله وجود داشته باشد. احتمالاً سه چهارم افراد صرعی در ماه بیش از یکبار دچار حمله می‌شوند، بعضی از کودکان مبتلا به صرع کوچک در روز، ده‌ها بار گرفتار

حمله می‌گردند؛ در حدود یک سوم مصروعین هم در شب و هم در روز دچار حمله می‌گردند. در دو سوم باقیمانده تعداد افرادی که دچار حملات روزانه می‌شوند دو برابر تعداد کسانی است که گرفتار حملات شبانه می‌شوند. حملات شبانه اغلب فاصله کوتاهی بعد از خواب رفتن یا در بین ساعات چهار و پنج صبح روی می‌دهند. حملات روزانه بیش از همه صبح زود بعد از برخاستن از خواب ایجاد می‌شوند. اغلب بیماران زن در روزهای قبل از قاعدگی و عده کمی از آنها در روزهای بعد از آن دچار حمله می‌شوند. بعضی از بیماران دچار چند حمله پشت سر هم شده و بعداً تا چندین ماه گرفتار حمله نمی‌شوند.



مصرف دارو بنا به درخواست پزشک عملی می‌گردد.

۳- مطالعه رادیولوژیک (Radiologic Functional): بیشتر در موارد صرع‌های عضوی می‌باشد که ضایعاتی به شکل تومور و غیره را نشان می‌دهد ولی در صرع‌های فونکسیونل (Functional) و ژنتیک امتحان رادیولوژیک طبیعی می‌باشد.

۴- مطالعه بیولوژیک (Boilologic): که از نظر تشخیصی علت صرع مهم می‌باشد و نشان می‌دهد که علت یک بیماری عفونی یا انگلی یا همین‌طور جهت تأمین نقصان کلسیم یا کمبود ویتامین «B6» و غیره می‌باشد.

۵- مطالعه پسیکولوژی (Psychology): در حالتی که عقب‌افتادگی روانی و اختلالات رفتاری مربوط به خود صرع و یا انعکاسی مربوط به شرایط زندگی باشد، لازم است از یک روان‌شناس جهت تعلیم و تربیت و منظم کردن وضع زندگی اجتماعی و شغلی بیمار کمک گرفته شود.

تشخیص علت صرع

وقتی که تشخیص داده شد که بیمار دچار صرع می‌باشد، قدم بعدی این است که سعی کنیم علت ایجاد کننده آنرا پیدا کنیم. بهتر است آن را برای سه دوره مختلف سنی بطور جداگانه در نظر بگیریم: ۱- دوره نوزادی ۲- دوران کودکی ۳- در سنین بعد از بلوغ
الف) شیرخوارگی: ممکن است به علت اختلالات متابولیکی که همراه با بیماری‌های تبادار هستند تشنج ایجاد شود. که اگر به سرعت درمان نشود ممکن

یک حمله بزرگ تشنجی معمولاً آسان است. حتی اگر پزشک هم خود ناظر بر آن نباشد می‌تواند از روی اطلاعاتی که مریض یا اطرافیان او در اختیارش قرار می‌دهند وقوع آن را تشخیص دهد. اغلب این بیماران دچار جویدگی زبان یا سیکاتریس‌هایی (Cicatrice) در نقاط مختلف بدن می‌شوند که به تشخیص حمله صرعی کمک می‌کند.

اما در حمله‌های صرعی غیرتشنجی ممکن است، ماهیت حقیقی آنها شناخته نشود. در اینجا ظهور ناگهانی تظاهرات و صفت غیرعادی بودن آنها و کوتاه بودن مدت حمله، وجود رنگ‌پریدگی ناگهانی در شروع حمله و احتمالاً وجود اختلالات عصبی در جریان حمله مهم می‌باشند که بایستی با آنها توجه داشته باشیم و درباره آنها سؤال نمائیم.

۲- مطالعه الکتروانسفالوگرافی (Electroencephalography): وقتی که علائم مثبتی را نشان دهد مانند مطالعات بالینی حائز اهمیت است. البته این علائم مثبت در یک سوم موارد نزد بیماران صرعی که آزمایش در شرایط عادی و در تراسه‌ای (Trasse) که به‌طور متوسط به مدت بیست دقیقه رسم شده باشد، نمایان می‌شود. ممکن است بوسیله سوالات از بیمار یا اطرافیان او ماهیت کسالت معلوم نشود و الکتروانسفالوگرافی هم اختلالاتی را نشان ندهد، در این صورت برای آشکار کردن و شارژهای تراسه روش‌های فعال کردن مغز و تشدید حمله را به کار می‌برند که بعضی به‌طور عادی در موقع رسم تراسه انجام می‌شود و بعضی نیز مانند انجام تراسه در هنگام خواب یا بعد از

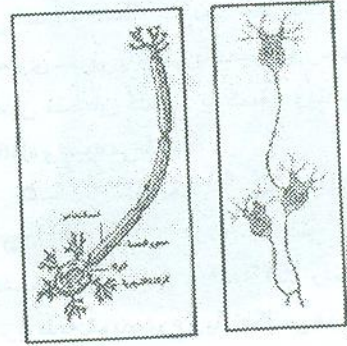
نتیجه‌گیری درباره ماهیت صرع از آنچه تاکنون گفته‌ایم آشکار می‌شود که صرع تظاهر ضایعه‌ایست که دشارژی (Discharge) ایجاد می‌نماید. این ضایعه ممکن است در مناطق بسیار متفاوتی از مغز قرار گرفته و در اثر عوامل بسیار متعددی ایجاد گردیده باشد. با این همه از آنجا که همین علل ممکن است در افراد دیگر منجر به ایجاد صرع نشود، به نظر می‌رسد که زمینه دچار شدن به حملات صرعی در افراد مختلف متفاوت است. الکتروانسفالوگرافی و سایر پیشرفت‌هایی که در زمینه تشخیص به دست آمده ما را قادر ساخته است بتوانیم در بسیاری از بیمارانی که سابقاً به عنوان مبتلایان به صرع «ایدیوپاتیک» (Idiopathic) شناخته می‌شدند ضایعات موضعی ایجاد کننده صرع را تشخیص داده و محل آنها را تعیین نمائیم. با این همه اختلاف عمیق بین صرع «سمپتوپاتیک» (Symptopathic) و صرع «ایدیوپاتیک» هنوز باقی است. در صرع ایدیوپاتیک یک سرشت مستعد به دچار شدن به حملات صرع کوچک و صرع بزرگ و یا هر دو وجود دارد. این سرشت گاهی اوقات ارثی است و به خودی خود کافی است تا بدون وجود هیچ‌گونه ضایعات موضعی مغز منجر به حملات صرع شود. از طرف دیگر در صرع «سمپوپاتیک» ضایعات موضعی مغز وجود دارد.

تشخیص مثبت حمله‌های صرعی

تشخیص الکتروکلینیک (Electro Clinic) انواع حمله‌های صرعی را در پنج قسمت مطالعه می‌کنیم.

۱- مطالعه بالینی: تشخیص ماهیت

است مغز دچار ضایعات همیشگی گردیده و سبب بروز حملات مداوم شود، بطوری که طفل مادام‌العمر گرفتار حملات صرعی گردد. از این موضوع که بگذریم علل ایجادکننده صرع در دوران شیرخوارگی به دو دسته بزرگ تقسیم می‌شوند. اختلالات غیرپیشرونده شامل صرع سرشتی، دیپلژی مادرزادی (Diplegy) یا همی پلژی مادرزادی (Hemiplegy) یا آسیب‌مغزی حاصل از ضربه زایمانی



گاه‌گاهی ممکن است از مننژیت (Meningitis) نیز مشکلی به صورت صرع باقی بماند.

اختلالات پیشرونده به صورت بیماری‌های نادر دژنراتیو (Degenerative) می‌باشند. (ب) دوران کودکی: صرعی که در دوران یک سالگی عمر پیدا شود ممکن است در اثر هر یک از عللی که در بالا شرح داده شد، ایجاد شده باشد. به‌علاوه در شمار زیادی از موارد، حملات در اثر صرع سرشتی یا ایدیوپاتیک ایجاد می‌شوند.

(ج) دوران بعد از بلوغ: در دوران بعد از بلوغ به ندرت ممکن است صرع بعد از ۲۵ سالگی شروع شود. سیفلیس عصبی یکی

از علل صرع این دوره است و شیوع این نوع صرع در کشورهای مختلف بستگی به شیوع سیفلیس در این کشورها دارد. به دنبال ۱۵ تا ۲۰ درصد آن دسته از ضربه‌های سر که به پوست سر و استخوان جمجمه صدمه رسانده صرع ایجاد می‌شود، ولی به ندرت ممکن است بعد از آن گروه از ضربه‌های سر که ضایعه بازی ایجاد نمی‌کنند صرع ایجاد شود. به‌طور متوسط حملات صرع تقریباً هشت سال بعد از ورود انگل به بدن شروع می‌شوند. در بیماران مبتلا به تومور مغز صرع به‌طور شایع وجود دارد، ولی کمتر از یک‌دوم بیماران که حملات صرعشان بعد از بلوغ شروع شده است مبتلا به توموراند. بعد از ۵۰ سالگی، صرع اغلب به علت اترواسکلروز (Atro-Sclerosis) مغز ایجاد می‌گردد، بلوک قلبی نیز از علل دیگری است که باید با آنها توجه داشته باشیم.

پیش‌آگهی

خطر اینکه بیمار در موقع حمله بمیرد کم است. اما تا زمانی که بیمار هوشیاری خود را باز نیافته است جاننش در خطر می‌باشد و حتی بعد از باز یافتن هوشیاری نیز ممکن است بیمار فوت نماید. معمولاً اگر حمله‌ای منجر به مرگ بیمار گردد علت آن حوادث و تصادفاتی است که به علت غش کردن برای مریض رخ داده است. پیش‌آگهی صرع کاملاً مربوط به پیش‌آگهی علت ایجادکننده آن است. عده زیادی از مبتلایان، صرعشان در اثر یک بیماری غیرپیشرونده مغز ایجاد شده، برای درمان بیماران لازم است آنقدر جلوی پیدایش حملات را با درمان دارویی

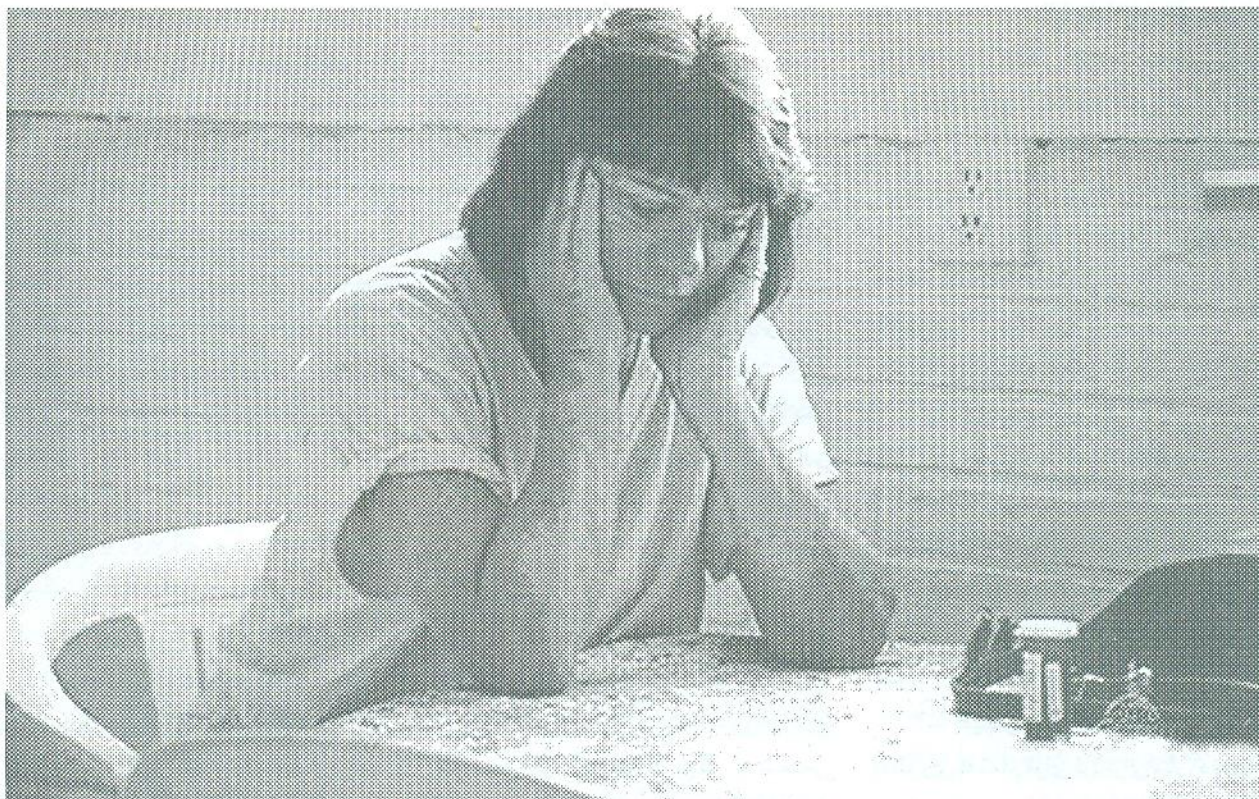
بگیریم تا بیماران عادت دچار شدن به حمله را از دست بدهند. به این ترتیب لازم است تا بیماران تا سه سال بعد از قطع حملات تحت مداوای دقیق قرار گیرند. در بعضی موارد عاقلانه است که تا مدت نامحدودی مداوا با دوز کم دارو را ادامه دهیم اگر بتوانیم بعد از اولین حمله، درمان را زودتر شروع کنیم، پیش‌آگهی بهتر است. اما بیمارانی که اولین حمله‌شان بعد از ۲۰ سالگی آغاز می‌گردد، پیش‌آگهی بسیار خوبی دارند و بیمارانی که در خانواده‌شان سابقه صرع وجود دارد اغلب بهتر از دیگران به درمان پاسخ می‌دهند. بیمارانی که به‌طور مکرر دچار حملات شدید می‌شوند پیش‌آگهی‌شان از سایرین بهتر است و احتمال کمی دارد که کاملاً خوب شوند. حملات متعدد صرع کوچک کودکان گاهی خود به خود قطع می‌گردد. عقب‌ماندگی روانی شخصی و آسیب‌مغزی شدید سبب اختلال در پیش‌آگهی می‌شوند. به همین علت عده بسیار کمی از بیماران صرعی مراکز خصوصی نگهداری از بیماران روانی، بهبودی می‌یابند و مرگ و میر این عده از مبتلایان به صرع چهار برابر مرگ و میر سایر مبتلایان باین بیماری است. احتمالاً در حدود سی درصد بیماران صرعی که دارای عقب‌ماندگی روانی یا آسیب‌مغزی نیستند، درمان می‌شوند؛ به این معنی که دیگر هرگز دچار حمله نمی‌گردند.

«ازدواج مصروعین»، «صرع و رانندگی» و «آماری از وضعیت حرفه‌ای مصروعین در ایران» موضوعاتی می‌باشند که انشاء... در شماره‌های آتی به آن خواهیم پرداخت.



فرضیه مداخله در بحران

گردآوری و تالیف: کاوه امیدی ملایری
(کارشناس مددکاری اجتماعی)



مقدمه

انسان مرتباً با بحران‌های مختلف زندگی که باعث به هم خوردن تعادل جسمی و روانی او گردیده و اکثراً با عدم تعادل و اختلالات عاطفی و رفتاری همراه است مواجه می‌شود. وجود استرس‌ها در محیط زندگی امری اجتناب ناپذیر و برای رشد شخصیت انسان ضروری است ولی آنچه که ممکن است منجر به بروز اختلال شود ناتوانی در مقابله با موارد غیرعادی و بسیار شدید استرس می‌باشد که خود را به صورت واکنش‌های جسمی و روانی بروز می‌دهد.

بحران از نظر تعریف عبارت است از: پاسخ به رویدادی خطرناک که فرد آن را به صورت موقعیتی دردناک تجربه می‌کند. مداخله در بحران، درمانی است که در آن، فرد بوسیله پارامترهایی که از بحران حاصل می‌شود؛ با یک درمانگر مشورت می‌کند و بر اساس فرضیه بحران نه تنها بر پاسخ فوری به یک موقعیت فوری، بلکه بر رشد درازمدت تطابق روانی با هدف پیشگیری از مشکلات بعدی نیز تأکید دارد. هدف اصلی در فرضیه بحران همان تحمل و طاقت در مقابل فشارها، ضربه‌ها و تکان‌هاست که به سندرم واکنش

یا سندرم سازش عمومی موسوم است و منظور کلیه کنش و واکنش‌هایی است که برای بازگشت و اصلاح به هم خوردگی تعادل جسمانی و روانی (که در اثر تحمیل یک عامل مهاجم غیراختصاصی ایجاد شده) به کار می‌رود.

موضوع مداخله در بحران‌ها و مطالعه اثرات روانی بحران‌های زندگی موضوع تازه‌ای نیست. در طی مطالعات بر روی افرادی که در جنگ جهانی دوم داغدار شده بودند و افرادی که از یک آتش‌سوزی در کلپ شبانه جان سالم به در برده بودند این

نتیجه حاصل شد که در بحران‌ها، فرد موقتاً دچار عوارض روانی شدید می‌شود و کوشش می‌کند به هر نحو که شده مشکل پیش آمده را از سر راه خود بردارد و تعادل خود را بازیابد. در یک دوره بحران و آشفتگی، افراد پذیرنده هر نوع کمکی که از طرف دیگران به آنها پیشنهاد می‌شود هستند و از کمک‌های خیلی جزئی نتایج مفید و معنی‌داری می‌گیرند. کمک‌رساندن به این افراد، بسیار مفید، ارزنده و به جا بوده و باعث سرعت در پیدایش تعادل و جلوگیری از اختلالات روانی، عاطفی شدید و حتی جلوگیری از انتقام‌جویی و بدبینی نسبت به دیگران می‌شود. بنابراین خدمات متنوعی جهت کمک به فرد در معرض بحران بکار گرفته می‌شود. مداخله در بحران در حقیقت یک اقدام فوری و اضطراری است که باعث تسکین و آرامش به‌طور موقت و جلوگیری از خطرات بعدی می‌شود.

الف - پیشگیری از بحران

در رویکرد به مسئله بحران پیشگیری از نوع اولیه و ثانویه مطرح شده است. دخالت در بحران‌های زندگی در حقیقت یک نوع پیشگیری ثانویه است که با تشخیص فوری بحران و برخورد زودرس با آن همراه است. در روش پیشگیری اولیه سعی می‌شود اشخاصی را که در معرض خطرند از قبل طوری آماده‌کنند که در مواجهه با مشکلات و بحران‌ها دچار واکنش‌های شدید روانی و اجتماعی نشوند. مثلاً خانمی که ازدواج می‌کند یا فردی که بازنشسته می‌شود یا نوجوانی که مراحل بلوغ را می‌گذراند از جمله افراد در معرض خطر هستند که آنها را افراد مورد هدف می‌نامند و باید برای جلوگیری از واکنش‌های بحرانی آماده شوند.

گروه دیگر را گروه ناقلین می‌نامند. اینها افرادی هستند که به علت ناهماهنگی با محیط زندگی اجتماعی و نداشتن روابط قوی عاطفی در برخورد‌ها و تماس‌ها (حتی در روابط بین افراد یک فامیل و یا در شهرهای بزرگ و پرتحرک و صنعتی) بسیار آسیب‌پذیرند، امکان بروز بحران در این افراد به علت تنها ماندن، پناه نداشتن و یا به خاطر ارتباط خیلی سطحی در اجتماعی که همه نسبت به هم غریبه و بیگانه‌اند بیشتر است.

روش‌های آماده‌سازی گوناگونی برای برخورد با بحران پیشنهاد شده است که در دو مرحله مورد استفاده قرار می‌گیرد. یکی مرحله درک و آگاهی که عبارت از نشان دادن حقیقت و مشکل به فرد مورد نظر است. در این مرحله که به صورت گروهی انجام می‌گیرد. درباره نوع مشکلی که فرد ممکن است با آن مواجه‌گردد، بحث می‌شود و به وی درباره روش‌هایی که به از بین بردن و یا تخفیف بحران کمک می‌کند، آموزش لازم داده می‌شود. به عبارت دیگر به شخص آموزش و فرصت کافی جهت یادگیری داده می‌شود تا طرز برخورد با مشکل و روش‌های مؤثر برای مبارزه با بحران‌ها را بشناسد و در نتیجه رفتارها و واکنش‌های خود را تنظیم و متعادل کند.

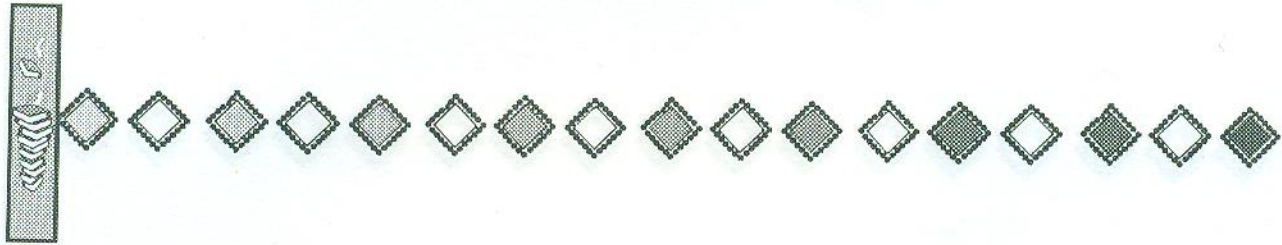
مرحله بعدی واکنش عاطفی است که تلقیح عاطفی نیز خوانده می‌شود؛ در این مرحله شخص در حالتی از فشار عاطفی قرار می‌گیرد تا کم‌کم بتواند ضمن نشان دادن واکنش‌های عادی، بر خود مسلط شود. در این جا شخص را در یک سری اتفاقات و فشارها از مرتبه سهل و سبک به مرحله سخت و سنگین قرار می‌دهند به حدی که قادر باشد

کم‌کم آنها را تحمل کرده و بر آنها مسلط شود و بتواند مشکلات بسیار سخت را نیز تحمل کند. در این مرحله فرد به خود اعتماد به نفس پیدا می‌کند. روش‌های مبارزه با مشکلات را یاد می‌گیرد و در مقابل ناملایمات ایستادگی می‌کند. البته انتظار نمی‌رود که روش‌های فوق بتواند برای همه بحران‌های زندگی مفید واقع شود مثلاً هیچ شخصی نمی‌تواند برای مرگ عزیزان، از دست دادن شغل حساس و ناکامی‌های شدید که همگی بحران‌های ناراحت‌کننده‌ای هستند آمادگی قبلی داشته باشد.

ب: واکنش به بحران

در مبارزه با بحران هر فرد چهار مرحله را پشت سر می‌گذارد که عبارتند از:

- ۱- پاسخ فوری و خود به خودی فرد برای حل مشکل به علت هیجان حاصله در اثر مواجه شدن با مشکل (شروع هیجان)
- ۲- افزایش هیجان به علت ناامیدی و یأس.
- ۳- هیجان به شدت خود می‌رسد به طوری که تمام قوای فرد برای مبارزه بسیج می‌شود.
- ۴- در صورت شکست مراحل فوق، اختلالات رفتاری و روانی بروز می‌کند که در حقیقت مرحله خستگی و عدم تعادل است. لذا اگر در هر یک از مراحل فوق راه حلی برای مبارزه پیدا شود هیجان از بین رفته، آرامش و رضایت خاطر حاصل خواهد شد. در بحران واکنش‌های قدرتمند به کمک انسان می‌آیند تا رنج او را سبک‌تر کرده و او را به تعادل هیجانی قبلی‌اش برگردانند و اگر فرد تعادل هیجانی خود را مجدداً به دست آورد، بر بحران غلبه کرده و می‌آموزد که چگونه واکنش‌های تطابقی را به کار گیرد. اگر فرد واکنش ناهنجار



آمدن است. اما معمولاً این عاطفه تولید مسئله می‌کند و باید با آن برخورد نمود. مثلاً در مواردی که عصبانیت به پرخاشگری منتهی می‌شود فرد اگر نتواند با احساسات، اضطراب، اندوه و نظایر آن برخورد مناسب داشته باشد توانائی او برای برخورد و کنار

۳- انکار

درک واقعیت‌ها به قدری برای فرد دشوار است که گویی اصولاً مشکلی وجود ندارد. اگر مشکل به خودی خود برطرف گردد. انکار می‌تواند مؤثر واقع شود. اما عملاً مسئله به تعویق می‌افتد و بر شدت آن افزوده

انجام دهد، موقعیت دردناک و بحران شدیدتر شده و یک تحلیل واپسگرایانه در ذهن فرد به وقوع می‌پیوندد که منجر به پیدایش علائم روانپزشکی می‌گردد و اگر پایدار نشود واکنش‌های ناهنجار جدید و عواقب فاجعه آمیزی مثل مرگ در اثر خودکشی را به دنبال خواهد داشت.

ج) کنار آمدن با بحران

با توجه به فرضیه بحران، بحران را می‌توان ناکامی و فقدان کارآیی در کنار آمدن با مسئله تلقی نمود. اما منظور از کنار آمدن چیست؟ وقتی در این کار موفقیتی عاید نمی‌شود چه اتفاقی می‌افتد؟ کدام مسائل از حد کنار آمدن فراتر می‌روند؟ در چه شرایطی می‌توانیم شخص بحران زده را بیمار و یا محتاج کمک بدانیم و تا چه اندازه باید در قبال دیگران مسئولیت بپذیریم؟

یکی از مفاهیم اصولی که باید به آن توجه داشت، کنار آمدن و ناتوانی در کنار آمدن است که منظور از آن همان واکنشی است که فرد نسبت به مسئله یا موقعیت تهدیدکننده نشان می‌دهد.

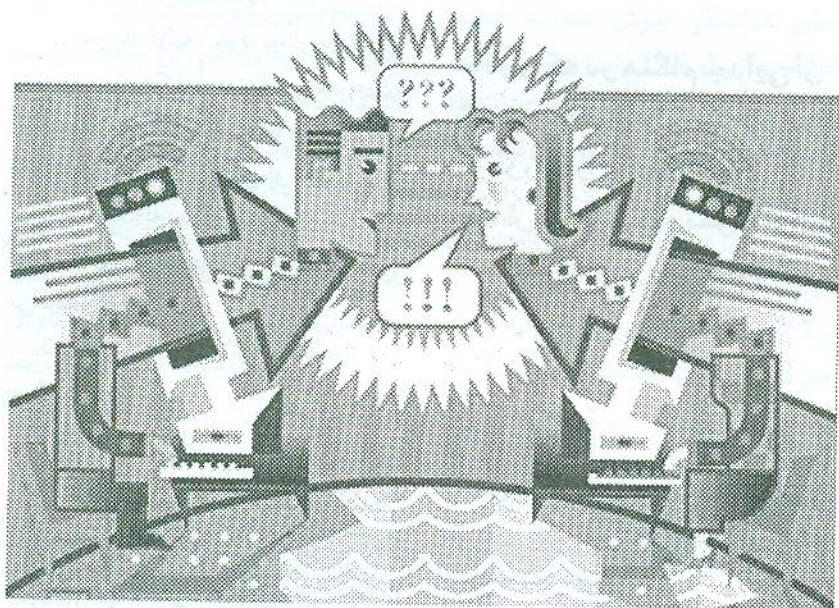
در زمینه رفتار کنار آمدن چهار اصل کلی وجود دارد:

۱- واکنش در برابر حل مسئله

که به نظر می‌رسد مبنای مهم کنار آمدن و تطبیق با بحران می‌باشد.

۲- برگشت

فرد به رفتارهایی که قبلاً در طی مراحل رشد خود آموخته و به کمک آنها دست کم به طور موقتی از طریق انتقال مسئولیت به دیگران کنار آمده، رجعت می‌کند. مثلاً استفاده از الکل و یا داروهای اعصاب به مقدار زیاد.



می‌شود.

۴- ایستائی

فرد در موقعیتی است که هر اقدامی را بیهوده می‌داند. در حالی که ایستایی در مواردی درست و بجاست، اغلب احساس عجز و درماندگی را می‌رساند که ویژگی حالت افسردگی است. جنبه دیگری که در زمینه مداخله در بحران کاربرد دارد «بیان عاطفه» است. بیان عاطفه راه مستقیم و احتمالاً انطباقی برای کنار آمدن با مشکل و یا تهدید است. واکنش عاطفی چه به صورت خشم باشد یا ترس و یا هر شکل عاطفی دیگر، نیروی ضروری و انگیزه‌ای برای کنار

آمدن سازنده با مشکل کاهش می‌یابد. کنار آمدن به کمک واکنش‌های عاطفی با مسائل و تهدیدها را شاید بتوان کنار آمدن دوم نامید. معمولاً از ترکیبی از رفتارهای کنار آمدن استفاده می‌شود. اما گاهی موفقیتی حاصل نمی‌شود که در این موارد نکاتی را باید در نظر داشت: ممکن است مسائل بیش از حد بزرگ، متعدد و ناآشنا باشند، ممکن است فرد از روش‌های کنار آمدن نامناسب و بی‌جا استفاده کند. ممکن است به علت شدت ناراحتی روانی این رفتار کنار آمدن به جایی نرسد و ممکن است که از حمایت دوستان یا افراد خانواده که می‌توانستند او را به این کار

قادر بسازند برخوردار نباشد. وقتی فرد در کنار آمدن با گرفتاری خود موفق نمی‌شود مراحل چهارگانه کنار آمدن با بحران (که قبلاً ذکر شد) و حل نشده باقی ماندن مسائل، حال او را از آنچه هست وخیم‌تر می‌کند و منجر به فروپاشی مکانیسم‌های دفاعی او می‌گردد. در این مرحله به دو شکل مختلف می‌توان به مددجو کمک کرد.

در مرحله اولیه، خود بیمار به عنوان بخشی از برنامه کنار آمدن با مسئله، برای خود کمک‌هائی تدارک می‌بیند و در مرحله بعد که مکانیسم‌های دفاعی او در هم فرو می‌پاشد، مداخله دیگران برای جلوگیری از تحلیل و فروپاشی بیشتر مددجو مطرح می‌گردد.

نمونه‌هائی از مشکلاتی که مداخله در بحران را ایجاب می‌کند:

۱- مسائل فقدانی

فوت عزیزان، جدا شدن از همسر یا سایر نزدیکان، از دست رفتن عزت نفس، معلولیت‌های جسمی، از دست دادن منافع از جمله پول و ثروت، که نمونه‌هائی از این‌گونه مسائل هستند.

فقدان واکنشی را تولید می‌کند که نمونه واضح آن در داغ‌دیدگی مشاهده می‌شود. بدو شخص تکان شدید می‌خورد و سپس حقایق را انکار می‌کند و به دنبال آن احساس اندوه بر شخص حاکم می‌گردد. بعد از رفع اندوه، فرد به تدریج در بازسازی زندگی خود سعی کرده و خلاء بوجود آمده را پر می‌کند. در این موارد داشتن هدف به شخص در جهت خلاص شدن از اندوه کمک می‌کند.

۲- مسائل ناشی از تغییر

اینجا منبع گرفتاری، فراهم آمدن شرایط جدیدی است که فرد باید خود را با آن تطبیق

دهد. تغییرات شغلی، موقعیت زناشویی، پدر و مادر شدن و مسائل هویتی از جمله این تغییرات هستند. اگر چه همراه تغییرات جنبه‌های مثبتی نیز وجود دارد، چنانکه



مادری که در هنگام جدایی از شوهر مجبور است یکی از دو فرزند را برای زندگی با خودش انتخاب کند نمونه‌ای از این تعارض می‌باشد

موقعیتی است که شخص با مسئله انتخاب دشوار و ظاهراً غیرممکن میان دو یا چند مورد روبرو می‌شود. سه مورد از مسایل تعارض ذکر گردیده که عبارتند از تعارض مثبت - مثبت که فرد در انتخاب یکی از دو مورد خوشایند دچار تضاد می‌شود مثل قبول شدن در دوره‌ی تحصیلی مشابه بطور همزمان؛ مورد بعدی تعارض مثبت - منفی است، مثلاً در مورد ازدواج که از طرفی داشتن همسر، فرزند و تشکیل خانواده به عنوان نکات مثبت و از طرف دیگر، از دست دادن بعضی از دوستان و محدودیت بعضی روابط به عنوان نکات منفی آن مورد نظر قرار می‌گیرد.

تعارض سوم، تعارض منفی - منفی است: که انتخاب هر مورد برای شخص ناخوشایند است. مادری که در هنگام جدایی از شوهر مجبور است یکی از دو فرزند را برای زندگی با خودش انتخاب کند نمونه‌ای از این تعارض می‌باشد. در این موارد، روش حل مسئله، بیش از هر روشی مؤثر واقع می‌گردد که بعداً شرح داده خواهد شد.

ه- رابطه درمانگر و مددجو

ماهیت رابطه میان درمانگر و شخص بحران‌زده، مهمترین جنبه مداخله در بحران است. باید در نظر گرفت که آیا وابستگی مددجو به سود و یا ضرر اوست و آیا منجر به افزایش وابستگی و تضعیف روحیه و کاردانی او نمی‌گردد؟ گرچه انتقال مسئولیت از شخص لازم و در مواردی ضروری به نظر می‌رسد، ولی آیا می‌خواهیم او را بیمار تلقی کنیم؟ که اگر چنین باشد، منظور ما این است که حال او ناشی از یک بیماری و ناخوشی است. اما ممکن است فرد تحت تأثیر یک مصیبت طبیعی و خارجی قرار گرفته باشد

شخص انتظار رشد و پیشرفت بیشتری را در سر دارد، ولی این تغییرات گهگاه تهدیدکننده هستند.

۳- مسائل بین فردی

فشار روانی بسیار زیادی که در اثر روابط شخصی نامناسب با دیگران (و به خصوص میان همسران و اعضای خانواده) بوجود می‌آید که در مواردی مهمترین دلایل خودکشی تلقی شده است. وجود رابطه نزدیک اما بدون حمایت که در بسیاری از زندگی‌های زناشویی دیده می‌شود شخص را در برابر سایر فشارهای زندگی آسیب‌پذیر می‌سازد. در این گونه موارد، عامل کمک‌کننده باید ارتباط را در روابط پریشان شده بهبود بخشیده، به خصومت میان افراد درگیر خاتمه دهد.

۴- مسایل تضادی (تعارض)



(مثلاً شخص سالخورده‌ای که خانه‌اش در اثر آتش‌سوزی از بین رفته است) و یا اینکه فرد، فاقد منابع حمایتی لازم برای کنار آمدن با مشکل خود باشد و در نتیجه شدیداً تحت تأثیر شرایطی قرار گرفته است که اغلب مردم در شرایط مشابه یا با آن برخورد کرده و یا با آن کنار می‌آیند. آیا در این شرایط باید «نقش بیمار» را تشویق کنیم؟ در مواردی پاسخ مثبت است، زیرا برچسب بیماری به عزت نفس بیمار کمک می‌کند و یا او را در موقعیتی قرار می‌دهد که راحت‌تر مسئولیت‌های خود را واگذار کند. در موارد دیگر جواب ممکن است منفی باشد، زیرا فرد را از یادگیری مهارت‌های لازم برای کنار آمدن با گرفتاری دلسرد می‌کند و باعث می‌شود در صورت بروز حوادث مشابه در آینده نتواند با آن برخوردی مناسب و سازنده داشته باشد.

به این ترتیب در مراحل اولیه پرداختن به فردی که در مراحل بحران قرار گرفته است، این سؤالات باید مورد توجه قرار گیرد: آیا مکانیسم‌های دفاعی از هم پاشیده یا در شرف فروپاشی است؟ آیا فرد در موقعیتی است که دخالت در بحران را الزامی می‌کند؟ آیا درست است که به لحاظ موقعیت بحرانی و ناخوشی او را بیمار تلقی کنیم؟ جواب این سؤال‌ها بستگی به قضاوت درمانگر دارد که البته کار دشواری است. زیرا بعضی‌ها ممکن است چنین وانمود کنند که مکانیسم‌های دفاعی خود را از دست داده‌اند به این دلیل که در گذشته این کار را انجام داده‌و در کوتاه‌مدت به نتیجه رسیده‌اند که این موضوع با علم و اطلاع از گذشته فرد مشخص می‌شود.

مسلماً در این گونه موارد به سود همه

است که فرد را به قبول مسئولیت تشویق کنند. او باید تشویق شود تا با کمک و یا بدون کمک دیگران، مسئولیت‌های زندگی خود را بر عهده بگیرد. یک مثال شاید بتواند در درک بهتر موارد فوق کمک‌کننده باشد. کسی که استخوان ساق پایش می‌شکند به چوب زیر بغل احتیاج دارد تا از آن تا زمانی که جای شکستگی جوش نخورده است، استفاده کند. او غیر از چوب زیر بغل به یک متخصص ارتوپد هم نیازمند است تا زمینه‌ی معالجه او را فراهم سازد. زمانی که بیمار در حال بهبودی است مسئولیت‌های مراقبت و درمان به تدریج به وی واگذار می‌شود. این انتقال مسئولیت از بیمار به پزشک و برگرداندن مجدد آن به بیمار، صراحتاً اعلام نمی‌شود و در نتیجه مسئله «نقش بیمار» را خود بیمار و پزشک معالج او در مدتی



اگر در نظر درمانگر، احساسات مددجو واکنش‌های قابل درکی از بحران باشد و این ناراحتی‌های احساسی آن طور که باید و شاید تخلیه نشده باشند، ابراز احساسات می‌تواند سودمند باشد

طولانی‌تر از آنچه لازم است می‌پذیرند و یاد ر حالیکه پزشک نقش بیماری را خاتمه یافته

تلقی می‌کند بیمار از آن دست بردار نیست.

و- روش‌های مداخله

ارزیابی اولیه

مسلماً تماس‌های اولیه با شخصی که ظاهراً در مرحله بحران قرار دارد صرف ارزیابی می‌شود. هدف این است که تا حد امکان بررسی کنیم که چه حوادثی در زمان‌های اخیر روی شخص تأثیر گذاشته و تحت تأثیر چه حادثه‌ای فرد به فکر دریافت کمک افتاده است. باید بدانیم که او در شرایط جاری در چه موقعیتی قرار دارد و چه اقداماتی باید انجام دهد. در جریان کسب این اطلاعات باید به موقعیت ذهنی شخص توجه شود: آیا قصد خودکشی دارد؟ شدت اضطراب او در چه حدی است؟ آیا مشوش است؟ و از همه مهمتر آیا با توجه به شرایط روحی او می‌توان از وی انتظار داشت اقداماتی را که ضروری به نظر می‌رسند به عمل آورد؟ آیا موقعیت و محیط خانواده او مناسب است و درمانگر باید بداند افراد خانواده مددجو یا دوستان او از چه طریق و تا چه اندازه می‌توانند به او کمک کنند. درمانگر باید بداند که مددجو در گذشته چگونه با ناراحتی‌های مشابه کنار می‌آمده و از چه منابعی استفاده می‌کرده است؟

در پایان ارزیابی اولیه تصمیم مناسب با یافتن پاسخ اتخاذ می‌گردد: آیا صلاح است که مسئولیت‌های فرد از او گرفته شود؟ در اینجا اگر جواب مثبت باشد مداخله‌ای که صورت می‌گیرد «مراقبت شدید» نامیده می‌شود. یعنی مددجو باید موقتاً تحت مراقبت قرار گیرد و در این مدت به طور متمرکز با درمانگر تماس داشته باشد. در بسیاری از این موارد تمیز قائل شدن میان این دو به سادگی امکان‌پذیر نیست زیرا ممکن است



مسئولیت تنها به طور نسبی واگذار گردد.

مراقبت شدید

هدف برنامه مراقبت شدید حفظ مکانیسم‌های دفاعی و قرار دادن مددجو در موقعیتی است که در اسرع وقت بتواند با مشکلات خود برخورد کرده با آنها کنار بیاید و مسئولیت‌های زندگی‌اش را مجدداً متقبل شود.

برای رسیدن به این موقعیت اقدامات زیر صورت می‌گیرد:

۱) انتقال صریح مسئولیت

به مددجو اطلاع داده می‌شود که در حال حاضر مسئولیت‌ها و وظایف او به دیگران سپرده می‌شود و او باید بپذیرد که تحت مراقبت قرار گیرد. قبول این پیشنهاد باید در همان جلسه از سوی بیمار به رسمیت شناخته شود.

۲) تقبل مسئولیت‌های فردی مددجو:

درمانگر به مددجو اطمینان می‌دهد که تعهدات و مسئولیت‌های جاری او مثل: مراقبت از فرزندان، هماهنگی با کارفرما و مدیر او، مراقبت از منزل و لوازم او به دیگران واگذار می‌شود و کلینیک یا سازمان مربوطه جهت استفاده از کمک اقوام و آشنایان، هماهنگی لازم را به عمل می‌آورد.

۳) دور کردن مددجو از محیط

استرس‌ها

این کار بستگی به محیط خانه و این مهم دارد که آیا محیط خانواده، ناراحتی بیمار را تشدید می‌کند یا نه؟ میزان حمایت افراد خانواده نیز بسیار اهمیت دارد. ممکن است اقامت مددجو با دوستان یا اقوامش کافی باشد. بستری شدن در بیمارستان و آسایشگاه‌ها نیز راه حل دیگری است. بستری شدن در آسایشگاه و یا بیمارستان

باعث می‌شود درمانگر با راحتی بیشتری با مددجو تماس بگیرد.

۴) کاهش انگیزگی و پریشانی

مددجوی محتاج مراقبت‌های شدید، معمولاً مشوش، برانگیخته و فرسوده است، تا حد امکان باید به کمک ابزارهای روانی و از جمله صحبت کردن و صرف وقت نمودن با او و توجه و امیدوار ساختن او، از شدت انگیزگی کاست. تجویز دارو نیز گاهی لازم است. به خصوص اگر انگیزگی شدید باشد و روش‌های روان درمانی نتیجه مطلوب را ندهد.

۵) تقویت ارتباط‌های مناسب

فروپاشی مکانیسم‌های دفاعی ممکن است احساس فرسودگی، پریشانی و در مواردی، حالت شوک‌زدگی به وجود آورده و فرد را به سکوت و بی‌حرکی سوق دهد. در این شرایط، لازم است اقداماتی برای برقراری مجدد ارتباط طبیعی شخص با سایرین صورت گیرد. درمانگر باید با بذل توجه کافی، مددجو را به برقراری تماس با دیگران تشویق کند.

۶) ابراز علاقه و محبت و تقویت مایه‌های امید

در ارتباط با آنچه که در مورد قبلی عنوان گردید. درمانگر باید به مددجو محبت و توجه داشته باشد. برخورد درمانگر باید توأم با دلسوزی و احساس همدردی باشد و مددجو را به بهبودی امیدوار سازد.

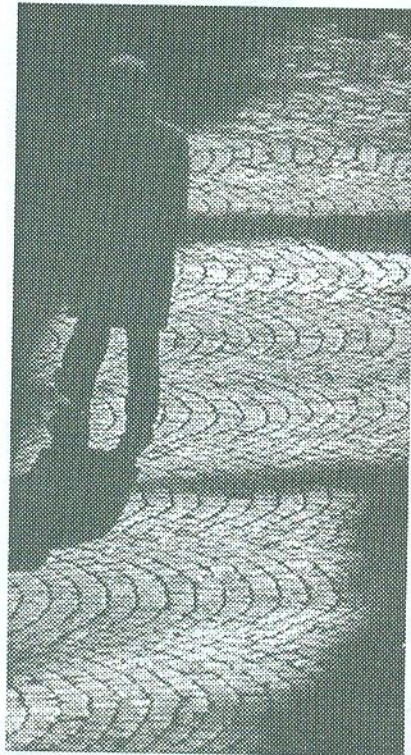
مشاوره در بحران

تفاوت عمده میان مشاوره در بحران و مراقبت شدید این است که در مورد اولی، شخص مورد مشاوره بیمار یا وابسته محسوب نمی‌شود، بلکه بالغی است که مشکلاتی دارد و برای حل آن کمک طلبیده

است. باید در هدف‌های مشاور، در خصوص حدود دخالت مشاوره و فرصتی که درمانگر صرف مددجو می‌کند توافق شود و به نقش و مسئولیت‌های او در قبال بهبودی‌اش تأکید شود. به عبارت دیگر باید قراردادی شفاهی مورد مذاکره قرار گیرد. اگرچه با ادامه مشاوره ممکن است مفاد این توافق و قرارداد مورد بازبینی قرار گیرد. این اقدام باید همیشه با صراحت و به‌طور واضح انجام گیرد. در مواردی که ممکن است درمانگر به این نتیجه برسد که مددجو نیاز به مشاوره درمانی طولی‌المدت دارد و مشاوره کوتاه‌مدت هدف‌دار مناسب حال او نیست درمانگر می‌تواند برحسب مورد از هر یک از روش‌های مشروحه زیر در جهت کمک به مددجو استفاده نماید.

۱) کمک به ابراز عواطف

ناراحتی‌های عاطفی در مواقع بحران اغلب به خودی خود مسئله‌ساز هستند و اگر با آنها برخورد مناسب صورت نگیرد روی نتیجه درمان تأثیر نامناسب برجامی گذارند. از نمونه‌های معمول ناراحتی‌های عاطفی می‌توان به احساس اندوه (که عوامل فرهنگی، خانوادگی یا شخصیتی ممکن است مانع ابراز آن شود) و عصبانیت (که برداشت‌های قبلاً آموخته شده در قبال آن و یا ترس ناشی از نتایج آن می‌تواند ابراز آن را دشوار کند)، اشاره کرد. خشم ابراز نشده (که اغلب با قهر و اخم همراه است)، منزوی شدن و یا رفتارهای منفی می‌تواند روی روابط تأثیر مخرب بگذارد. از طرف دیگر ابراز خشم می‌تواند تا حد زیادی از شدت ناراحتی بکاهد. البته در این زمینه اختلاف نظرهایی وجود دارد؛ گاه درمانگرها متهم می‌شوند که مددجو را به ابراز عواطف خود



تشریح دقیق مسئله و رعایت واقع‌بینی، یعنی درمانگر باید اطلاعات و واقعیات موجود را با مددجویان در میان بگذارد.

◆ تفکر خلاق و ایجاد نقطه‌نظرهای بدیع، درمانگر می‌تواند تفکر خلاق خود را در اختیار مددجو گذاشته او را با مهارت‌های خود در حل انواع مسائل آشنا سازد.

◆ استفاده و ارزیابی منابع گذشته مددجو برای کنار آمدن با مسئله و گوشزد نمودن نکات قوت و ضعف او، در اینجا مددجو می‌تواند بر آورد دقیق‌تری از احتمال موفقیت راه‌حل‌های انتخابی خود به دست آورد.

◆ حصول اطمینان از اینکه مددجو بطور واقع‌بینانه نتایج عملی و موارد استفاده هر یک از راه‌حل‌های موجود را در نظر گرفته است.

◆ تشویق مددجو برای تقسیم راه حل

بلا بردن عزت نفس

به‌طور واضح بذل توجه و ابراز همدردی، برای مداخله در بحران لازم است و در بسیاری موارد این تنها کاری است که از عهده درمانگر ساخته است. بلا بردن عزت نفس در حالی که اغلب کار دشواری است، وظیفه مهمی است که متأسفانه در بسیاری از موارد فراموش می‌شود. درمانگر می‌تواند به مرور با بهبود حال مددجو، از پیشرفت‌های او تعریف کرده و مراتب رضایت خود را به اطلاع او برساند.

۵) کمک به رفتار حل مسئله

مراحل عمومی حل مسئله که تسهیل آن

وظیفه اصلی درمانگر است عبارتند از:

a. شناسایی و تعریف مسئله.

b. شناسایی روش‌های مختلف کنار آمدن با مسئله.

c. انتخاب یکی از راه‌حل‌ها

d. شناسایی مراحل لازم برای به مرحله اجرا گذاشتن راه انتخاب شده.

e. اجرای راه‌حل به‌طور مرحله‌ای.

۶) کنترل اثرات اجرای راه‌حل برای

اطمینان از انتخاب راه‌حل مناسب

برای کمک به رفتار حل مسئله، تبعیت از مراحل فوق توانایی احساس انتخاب در سمت و کارآیی درمانگر را افزایش می‌دهد، اما لزوم رعایت سلسله مراتب در مورد همه درمانگرها و مددجوها ضروری نیست و این چیزی است که بعضی از درمانگرهای موفق از طریق تجربه به آن می‌رسند. رعایت نکات زیر توسط درمانگر به فرآیند رفتار حل مسئله کمک می‌کند:

◆ توضیح اصول حل مسئله به مددجو که در واقع یک روش آموزشی است.

◆ کمک به مددجو برای تعریف و

و از جمله خشم خویش تشویق می‌کنند؛ به عقیده مخالفین این نظر، ابراز احساس می‌تواند حال مددجو را وخیم‌تر کند و در این جا درمانگر باید احتیاط به خرج دهد. در مواردی نظیر افسردگی شدید، حسادت بیش از حد و اختلالات روانی، تشویق فرد به ابراز احساسات می‌تواند بر شدت مشکلات او بیافزاید. به عنوان یک قاعده کلی، اگر در نظر درمانگر، احساسات مددجو واکنش‌های قابل درکی از بحران باشد و این ناراحتی‌های احساسی آن‌طور که باید و شاید تخلیه نشده باشند، ابراز احساسات می‌تواند سودمند باشد.

۲) تسهیل برقراری ارتباط

گاهی اوقات فرد نه تنها در ابراز احساسات، بلکه در انتقال معنی و منظور آن نیز مشکل دارد و این خود ممکن است واکنش نسبت به بحران باشد. روش‌های متعارف ارتباطی مددجو را می‌توان در مضمون مناسب درمانی، با مطالعه خانواده و یا رجوع به گفته‌های خود فرد بررسی نموده، اشکالات موجود در برقراری ارتباط را شناسایی کرده و اقدامی برای بهبود آن صورت داد. حضور درمانگر در جلسات خانوادگی اغلب رسیدگی به این موضوع حساس را آسان‌تر می‌کند.

۳) کمک به مددجو برای درک مسائل و

احساسات خود

وقتی مددجو علتی برای احساسات برخوردار نمی‌یابد، مشوش‌تر می‌شود. در چنین موقعیتی کمک به او برای درک ناراحتی‌اش به او احساس آرامش می‌دهد و در عین حال به شناسایی مشکلات و پیدا کردن راه‌حلی برای مشکلاتش کمک می‌کند.

۴) نشان دادن توجه و همدردی و

که پس از بررسی انواع راه حل های موجود صورت می گیرد.

◆ کمک به مددجو برای تقسیم راه حل انتخاب شده به مراحل کوچکتر و قابل اجرا.

◆ اخذ موافقت مددجو برای اجرای دقیق مراحل حل مشکل.

علاوه بر این اقدامات می توان از مهارت های مربوط به روان درمانی نیز استفاده نمود و در صورت لزوم ارائه توصیه های تخصصی و تجویز داروهای اعصاب (که بهتر است به عنوان آخرین راه چاره مورد استفاده قرار گیرد)، مفید است. توصیه های پزشکی، برنامه ریزی خانوادگی، راهنمایی در زمینه های حقوقی و وامالی از جمله موارد دیگری است که می توان در کمک به حل مشکل از آنها استفاده کرد.

به طور واضح در فرآیند مداخله در بحران، مهارت و استفاده از تجربه نقش مهمی ایفا می کند. جنبه مهمی که باید به آن توجه داشت این است که تنها به راه چاره های موجود توجه نکنیم بلکه محدودیت های آن را در نظر بگیریم. داشتن صلاحیت کاری لازم همراه با علاقه و توجه به خصوص در شرایط مراقبت شدید از لازمه های مهم درمانی محسوب می شوند.

واحدهای مختلف مداخله در بحران در جهان و به خصوص در سطح اروپا اغلب پذیرنده مراجعه کنندگانی هستند که با آنچه به طور کلاسیک بیمار در بحران خوانده می شود، (یعنی اشخاصی که سابقاً از شرایط زندگی روحی مطلوب برخوردار بوده اند و حالا در موقعیت بحرانی قرار گرفته اند و برای بازگشت به موقعیت قبلی خود احتیاج به کمک و

رسیدگی دارند) مطابقت ندارند. از قرار معلوم، اشخاص متعددی با این خصوصیات وجود دارند اما برای دریافت کمک مراجعه نمی کنند و بیشتر مراجعه کنندگان، اشخاصی هستند با مسایل مزمن شخصیتی و سابقه بحران های مکرر که اغلب با مسئله کنار آمدن با مشکل خود روبرو هستند. در عین حال، اقدام سریع، توجه به مشکل، برنامه ریزی کوتاه مدت و تأکید به موقعیت فعلی که از ویژگی های مداخله در بحران است، احتمالاً مناسب ترین و مؤثرترین روش برای برخورد با این اشخاص است.

الف - معیارهای انتخاب مددجو

(۱) سابقه وجود یک موقعیت خطرناک به ویژه اخیراً که در فرد ایجاد اضطراب نموده است.

(۲) وقوع یک رویداد مساعدکننده برای ایجاد اضطراب.

(۳) وجود دلیل روشنی از ظرفیت روانی پایین فرد

(۴) وجود انگیزه کافی برای برطرف نمودن بحران در مددجو

(۵) وجود یک باور بالقوه برای ایجاد تطابق روانی معادل و یا حتی بیشتر از آنکه قبل از بحران وجود داشته است.

ب - تکنیک های لازم برای مداخله در بحران

(۱) ایجاد تفاهم با مددجو جهت ایجاد اعتماد در درمان.

(۲) بررسی مجدد مراحل که به بحران انجامیده است.

(۳) شناخت واکنش های ناهنجاری که فرد برای مقابله با بحران به کار می برد.

(۴) آموزش راه های هنجار برای مقابله با

بحران مددجو.

(۵) تمرکز فقط بر روی بحران بایستی انجام شود.

(۶) جلوگیری از پیشرفت علائم بحران.

(۷) آموزش مددجو برای چگونگی پرهیز از موقعیت های خطرناکی که در آینده می تواند بحران زا باشد.

(۸) به محض اینکه علائم بیانگر برطرف شدن بحران باشد و مددجو همه گام های مؤثر در ایجاد و حل بحران را برداشته باشد باید مداخله ختم شود.

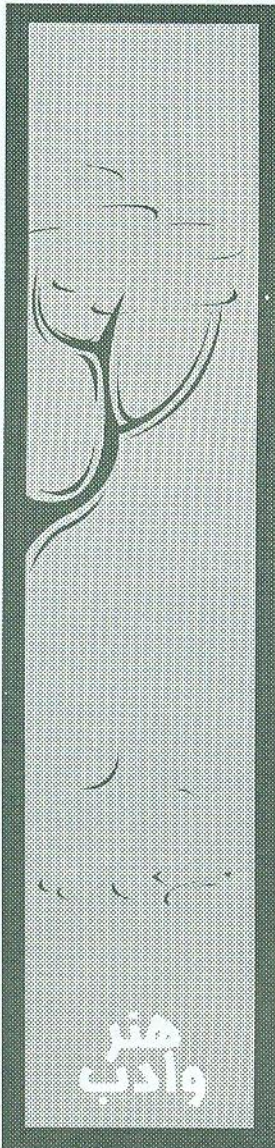
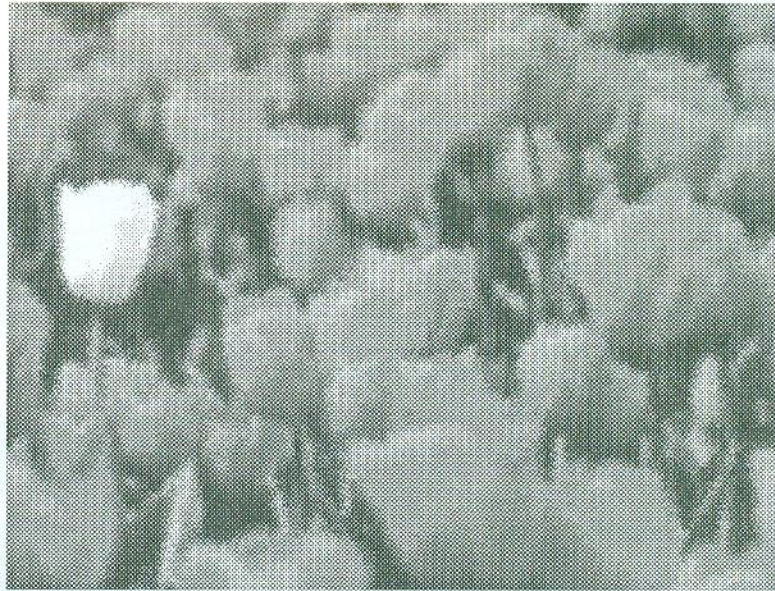
تجربه هایی که مددجو در طی دوره مداخله در بحران به دست می آورد در بعضی از موارد منجر به سطحی از عملکرد هیجانی در وی شده که در مقایسه با قبل از شروع بحران بهتر بوده است؛ یعنی بوسیله حل بحران وضعیت ذهنی و روحی شخص بهتر از وضعیت قبلی است که در قبل از شروع وجود داشته، پس مداخله در بحران نه فقط درمانی بلکه پیشگیری کننده هم می باشد.

مداخله در بحران نیاز به آگاهی از میزان مسئولیت فرد درگیر برای حل بحران دارد. طرفین (مددجو و درمانگر) به طور مشارکتی کار کرده و هر دو هدف حل بحران را دارند یعنی مددجو نیز همانند درمانگر باید به طور فعال در حل بحران شرکت کند. طول دوره مداخله در بحران از یک تا دو جلسه و بعضاً جلسات متعدد مصاحبه برای مدت یک تا دو ماه متغیر است.

منابع:

- ۱- مقدمه بر روان درمانی / سیدنی بلاچ؛ ترجمه مهدی قرچه دانی
- ۲- اصول بهداشت روانی / نوشته دکتر بهروز میلانی فر

بهار را باورکن



توی تاریکی شب‌های بلند
سیلی سرما با تاک چه کرد؟
با سر و سینه‌گل‌های سپید
نیمه شب باد غضبناک چه کرد؟
هیچ یادت هست؟

☆☆☆

حالی‌ا معجزه باران را باورکن
و سخاوت را در چشم چمن‌زار ببین
و محبت را در روح نسیم
که در این کوچه تنگ
با همین دست تھی
روز میلاد اقاقی‌ها را
جشن می‌گیرد!

☆☆☆

خاک جان باخته است
تو چرا سنگ شدی؟
تو چرا این همه دل‌تنگ شدی؟
بازکن پنجره‌ها را
و بهاران را
باورکن.

بازکن پنجره‌ها را، که نسیم
روز میلاد اقاقی‌ها را
جشن می‌گیرد
و بهار

روی هر شاخه، کنار هر برگ
شمع روشن کرده‌ست.
همه چلچله‌ها برگشتند
و طراوت را فریاد زدند
کوچه یکپارچه آواز شده‌ست
و درخت گیلاس
هدیه جشن اقاقی‌ها را
گل به دامن کرده‌ست.

☆☆☆

بازکن پنجره‌ها را، ای دوست
هیچ یادت هست
که زمین را عطشی وحشی سوخت؟
برگ‌ها پژمردند؟
تشنگی با جگر خاک چه کرد؟

☆☆☆

هیچ یادت هست؟

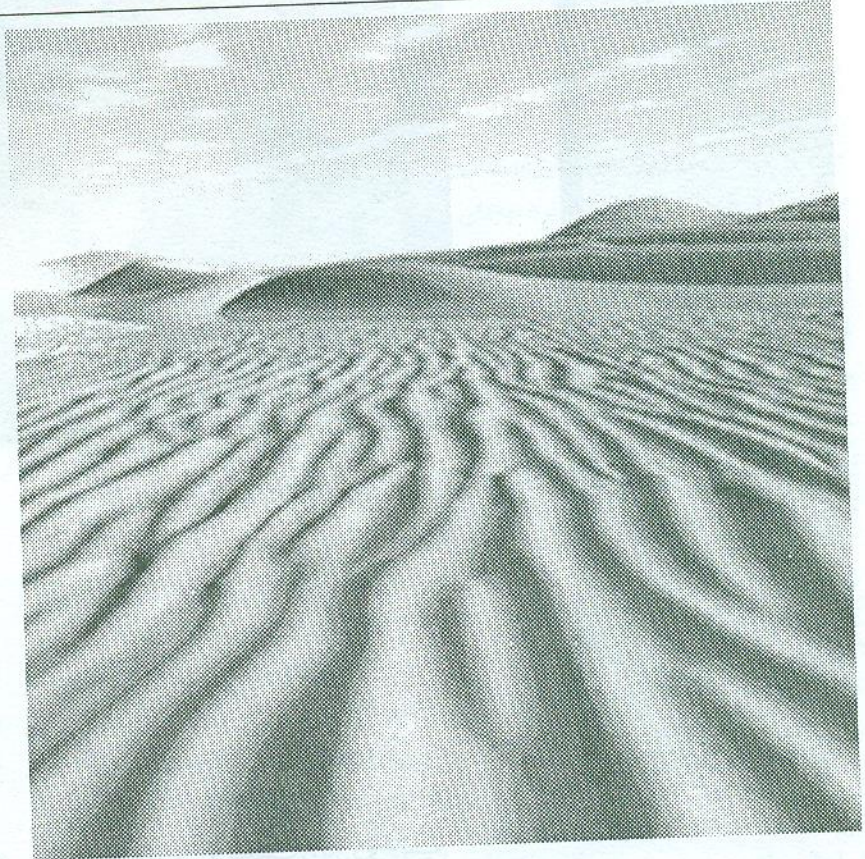
«فریدون مشیری»

روزی از زمان

One day at a time

مترجم: سودابه رفیعی

There are two days in every week
about which we should not worry
two days which should be kept free
from fear and apprehension.
One of these days is **yesterday**
with all its mistakes and cares,
its faults and blunders,
Its aches and pains.
Yesterday has passed
Forever beyond our control
All the money in the world
Cannot bring back yesterday.
We cannot undo
A single act we performed;
We cannot erase
A single word we said.
Yesterday is gone forever.
The other day we should not
Worry about is **tomorrow**
With all its possible
adversities,
Its burdens, its large promise;
Tomorrow is also beyond
Our immediate control.
Tomorrow ?s sun will rise,
Either in splendor or
Behind a mask of clouds,
But it will rise.
Untill it does,
We have no stake in
tomorrow.
For it is yet to be born



دیروز برای همیشه رفته است.
و **فردا** روز دیگری است که نباید
نگران آن بود. با همه ناملایمات
احتمالی اش، با بار سنگین، وعده‌های بسیار
و دورنمای ضعیفش. فردا نیز فراتر از
احاطه ماست.
آفتاب فردا طلوع خواهد کرد خواه با
شکوه و درخشندگی، یا از پشت ابرها. اما
طلوع خواهد کرد و تا هنگامی که آفتاب
طلوع می‌کند ما سهمی از فردا نداریم چرا
که هنوز در حال زاده شدن است.

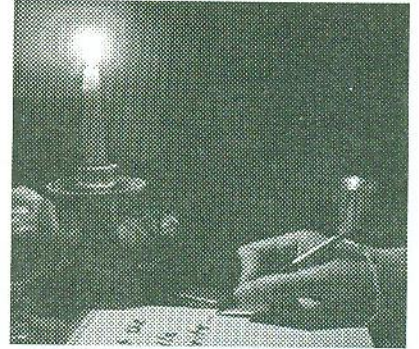
دوروز از روزهای هفته است که نباید
نگرانان بود و از آنها بیم داشت. یکی
دیروز است با همه اشتباهات و
دلواپسی‌هایش، با همه تقصیرها و
خطاهایش و با همه دردها و رنج‌هایش.
دیروز گذشته و برای همیشه از
دسترس ما دور است. تمام ثروت‌های
دنیا نمی‌تواند دیروز را برگرداند و ما
نمی‌توانیم آنچه که انجام داده‌ایم را محو
کنیم. نمی‌توانیم سخنی که گفته‌ایم را پاک
کنیم.

نامه‌ای از کرمان

گونگون

معصومه عباس‌زاده

کارآموز مجتمع آموزشی نیکوکاری شعبه رعد
کرمان



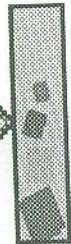
محرومند بهتر قدرش را می‌دانند تا آنها که در دریای بی‌کران آن غوطه‌ورند و چون ماهی در آب، از آن غافلند! باید از ساحل‌نشینان دریای سلامتی پرسید، دوری از این موج زندگی بخش چقدر عذاب‌آور است. آنان که دردمندانه زندگی کردن و در عین حال امیدوار بودن حاصل اعجاز روح بلندشان است، می‌دانند که زندگی بدون امید مثل چراغ بی‌فروغ و خاموش است. می‌خواهم فریاد بزنم اما بغض تنهایی که در گلویم حبس شده این اجازه را به من نمی‌دهد و همچنان از تنهایی می‌سوزم ولی خاموش خاموشم. من فریاد می‌زنم تا آسمان درهائش را به روی من بگشاید و برای همیشه من را مهمان خود گرداند. من اندوهناکی این کویر را به دل می‌پذیرم و سوز این آفتاب را به جان خریدارم، چرا که می‌دانم پس از هر سختی گشایشی است. باید مهربان بود چرا که مهربانی ستون زندگی است. خودت را دوست داشته باش و تمام عشقی را که امروز احساس می‌کنی با دیگران قسمت کن.

همواره به این امر معتقد بوده و هستیم؛ تا زمانی که یک امر مثبت در میان مردم یک جامعه نهادینه نشود و درباره آن کار عمیق فرهنگی صورت نگیرد، نمی‌توان به نتایج مطلوب دست یافت. شناساندن هویت فردی معلولین همراه با عزت نفس و کرامت انسانی آنها و جلوگیری از ایجاد زمینه‌های ترحم‌برانگیز و خفت‌بار در زندگی آنها از اهداف اساسی جامعه است. این امر هنگامی تحقق می‌یابد که تک تک افراد جامعه، معلول را به عنوان انسان عزتمندی بشناسند که هویت فردی‌اش در گرو جسم او نیست و آنچه او را توانمند و با عزت می‌سازد روح بلند انسانی اوست. چه بسیارند کسانی که به ظاهر معلول نیستند، اما عمق درد یک معلول را درک می‌کنند و می‌توانند همدل و همراه این مجموعه باشند. باید به خویشتن خویش برگردیم و باور کنیم که زندگی غیر از آن چیزی است که در ظاهر جریان دارد و سلامتی نعمتی است که چون موجودی مظلوم در دست بسیاری از انسان‌ها قربانی می‌شود و آنها که از آن

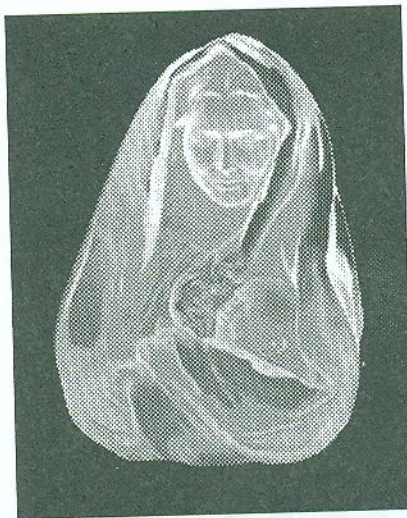
رفغ نماییه چه ره خوب نگارم، باورم کن
بشم بیدارم به هر سو در پس مهر نگاهت
هستت نازم بیا، در انتظارم، باورم کن
هر چه هستم از تو هستم فطرت از خود من نشاید
انتقانت کن به حال بیدارم، باورم کن

من درخت زنده سبزینم دارم باورم کن
گرچه بگفته ز غایتش فخرم، باورم کن
که پذیرد نگاه از خاک تنم روع خدایم
روع او در جسم و لطف او ست یارم باورم کن
بشم به جریست در هر
نقطه از مرغ وجودم

رنگ من پیوسته آن چون بهارم باورم کن
رعد را بگفته باشم جلوه فکر و ذوقم
جلوه آن کن تا ببینم اینکارم، باورم کن
سرد و خنوشم چه پندارم سرای التماس
سوز عشقم که ششم شورم، باورم کن
ارمن و داند نیکان رعد را در پناهش



من و یک توان یاب



وقتی پسرم دو ساله بود دریافتم که او نمی‌تواند مثل کودکان دیگر صحبت کند. با مراجعه به پزشکان و مؤسساتی که در آن زمان (۱۸ سال پیش) تعدادشان زیاد هم نبود، اطمینان یافتم که این پسر کوچک نیاز به کمک دارد. ولی چگونه؟ نمی‌دانستم. اطلاعاتی در حد امروز نداشتم و دیگر اینکه در آن وقت، مؤسسات درمانی و توان‌بخشی هنوز توسعه نیافته بودند. به چند جا مراجعه کردم، متخصصان با انجام تست‌های مختلف به من گفتند وی از نظر هوشی مشکلی ندارد. جایی دیگر گفتند چون بچه‌دارای شنوائی کامل است ما از پذیرش وی معذوریم. فرزندم دو سال و نیم داشت که در مهد کودک او را ثبت‌نام کردم تا بلکه از طریق صحبت با همسالان خودش از نظر گفتاری پیشرفت کند. اما بعد از چند ماه، نه تنها در این زمینه پیشرفت نکرد، بلکه کمی گوشه‌گیر نیز شده بود و حتی کلماتی را که قبلاً به سختی تلفظ می‌کرد از یاد برده بود. به مهد رفتم و تقاضا کردم تا با معلم صحبت کنم. در حین صحبت با او متوجه شدم او خود نیاز به گفتار درمانی دارد.

آن موقع به عمق فاجعه‌ای اجتماعی پی بردم. تنهایی و اندوه و تاریکی را از ته دل احساس کردم. با وجود این همواره امیدوار بودم نه فقط به این تصور که فرزندم روزی صحبت خواهد کرد، بلکه به این که اگر طبیعت نقصی را در وجود او گذاشته، حتماً محاسنی چند برابر به وی بخشیده (و من از آنها بی‌خبرم) اطمینان داشتم. هر روز این اندیشه

قوت می‌گرفت و سعی می‌کردم به توانایی‌هایش پی ببرم. مراقب بودم که این پسر کوچک باهوش در نگاهم محبت را همراه با ترحم، نبیند؛ یا در آهنگ صدایم غمی را احساس نکند. همیشه سعی می‌کردم به او بفهمانم که می‌تواند با دیگران ارتباط برقرار کند، ولی در نهایت این خود اوست که باید راهی را پیدا کند. داستان‌هایی از توان‌یابان موفق که به زبان ساده نوشته شده بود برایش می‌خواندم.

روزی بر حسب تصادف با شخصی که (مجروح جنگی) بود، آشنا شدم. وی به من معلمی را معرفی کرد که در یک بیمارستان دولتی مجروحین جنگی را گفتار درمانی می‌کرد. سرانجام با تلاش بسیار موفق به دیدن ایشان شدم و ایشان با اصرار فراوان من، گفتار درمانی پسرم را پذیرفتند. در این زمان پسرم شش سال داشت.

ما سه نفر روزهای سختی را پشت سر گذاشتیم. پسرم مثل هر بچه دیگر در مقابل

معلم مقاومت می‌کرد. عضلات صورت او آمادگی گفتار نداشت. معلم بعد از هر جلسه تکلیفی زیاد و سنگین برای من می‌گذاشت که در فاصله بین دو جلسه با وی کار کنم.

سخت بودن تکالیف و فیزیوتراپی عضلات صورت و لب‌ها (که باید در منزل انجام می‌شد) کاری بسیار سخت و زجرآور بود. من به ابتکار خودم از همبازی‌های پسرم، به صورت بازی، کمک می‌گرفتم و تمام دستورات را انجام می‌دادم. همیشه سعی می‌کردم پسرم در برابر معلمش این احساس را داشته باشد که او تکیه‌گاهش است. وقتی گریه می‌کرد و به سر و صورت خودش و معلم می‌زد، با درد و رنجی جانکاه منزل را ترک می‌کردم و او را با معلم تنها می‌گذاشتم. اما در طی مدت کوتاهی پسرم با معلم انس گرفت و هر جلسه پیشرفتش آشکارتر می‌شد. تا بالاخره بعد از هشت ماه او توانست کاملاً مرتب و منظم صحبت کند. تمرین‌های منظم گفتار درمانی همراه با تمرکز باعث شده بود او در هفت سالگی گفتاری منظم و قوی پیدا کند.

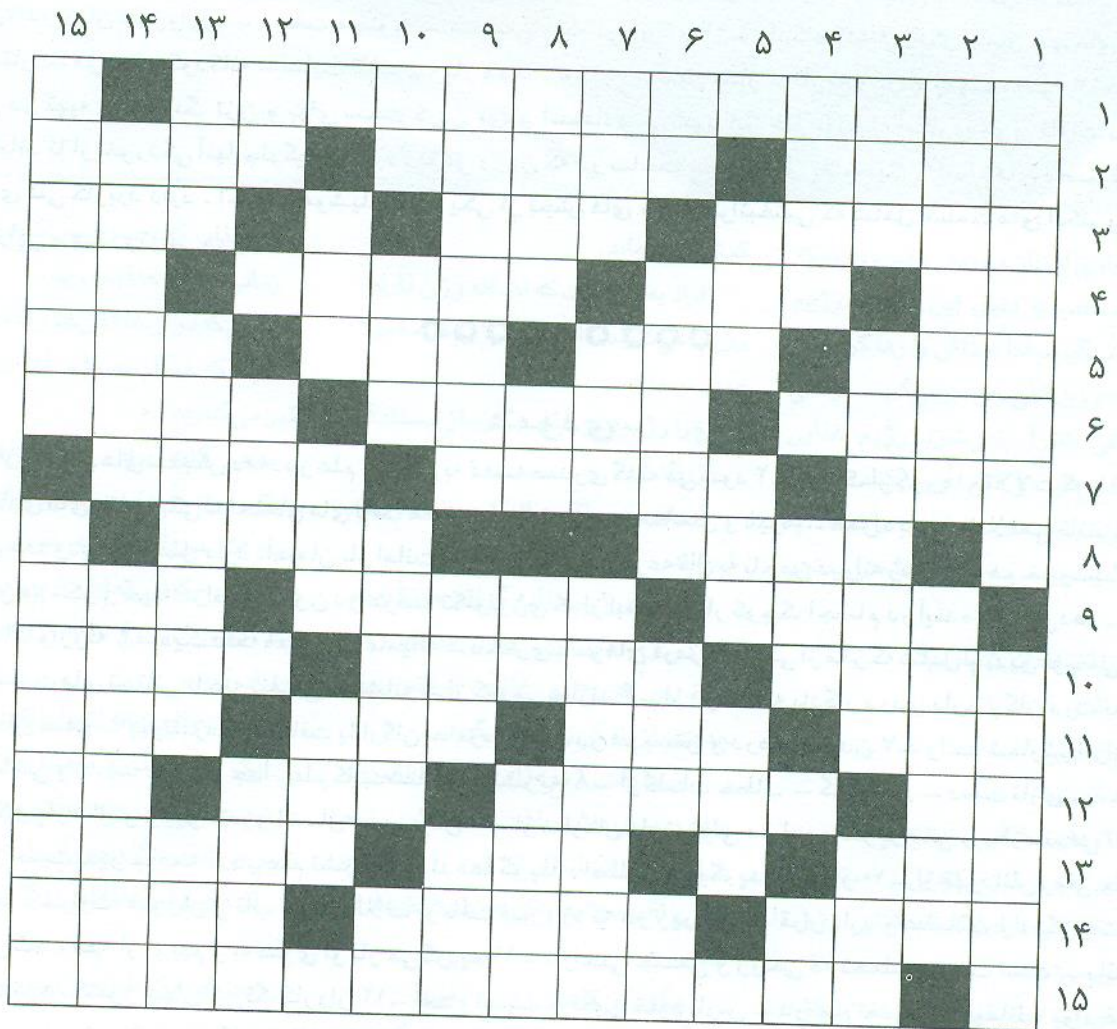
تمام روزهای سخت سپری شد و در این سال‌ها هر روز با دیدن این پسر کوچک همواره خدای را شکر می‌کردم، نه تنها به این دلیل که سرانجام او توانست مثل همه صحبت کند، بلکه به این دلیل که خداوند مریاری کرد تا توان‌یابی را کمک کنم؛ هر چند که او پسرم بود.

عضو گروه همیاری بانوان رعد،

آذر ماه ۱۳۸۳



طرح از: احسان ناوی پور
(کارشناس ارتوپدی)



افقی

- ۱- از جانبازان موفق و سرافراز انقلاب اسلامی و سرپرست گروه چهل دف ۲- از پروتزه‌های آتک سلولی (عامل به وجود آورنده اسهال خونی از همین نوع است) - بخشش‌ها- صدای فاخته، به نوعی از غذا هم گویند ۳- دستگاه کشف و ردیابی - همراه تب می‌آید - سوغاتی کرمانشاه ۴- الفبای موسیقی - داخل کفش بعضی‌ها پیدا می‌شود - جدیدترین سیستم



طراحی سوکت داخلی پروتز تحتانی (پای مصنوعی) که شامل یک شل سیلیکونی (بدون ایجاد تعریق و حساسیت) و یا قفل (جهت تعلیق پروتز) می باشد - مساوی و برابر ۵ - استارت چهار پا - بریدن شاخ و برگ اضافی درختان - در شیمی به نئیدروکسید سدیم اطلاق می شود - ترمیم تار و پود از هم گسیخته پارچه ۶ - از ایالات شبه قاره هند - در ارتوپدی فنی به وسایل کمکی اطلاق می شود که روی عضو قرار گرفته و نقش حمایتی و یا اصلاحی ایفا می کند - سبزواری ها به خربزه نارس می گویند ۷ - از کشورهای شبه جزیره عربستان - از اختلالات گفتاری - بد بوی اشتها آور ۸ - سفید فرنگی - در زبان انگلیسی نزاع هم معنی می دهد ۹ - از شیرخوارگاه های معروف تهران - دانشگاه مادر در رشته های توانبخشی - مقعر ۱۰ - واحد شمارش عقل و شعور (!) - پیکره و نماد - از نرم افزارهای پر قدرت گرافیکی ۱۱ - فرد و تنها - «ارزش داشتن» در زبان سبزواری - درخت مجنون - سنگینی و گرانی، ریتم ۱۲ - زادگاه کاشف الکل - از شهرهای استان خوزستان - موسیقی کودکانه - سایت ۱۳ - سه یار هم قد - مخترع ماشین بخار - «تاریخ» درهم پیچیده شده ۱۴ - از این عنصر در تهیه فولاد زنگ نزن و برای سخت کردن فولاد استفاده می شود این فلز بوسیله آبکاری روی فلزات دیگر را می پوشاند تا از خوردگی آنها جلوگیری شود - نوعی رزین که در ساخت سوکت های پلاستیکی (اندام های مصنوعی) در ارتوپدی فنی کاربرد دارد - اجیر و هوشیار ۱۵ - یکی از بخش های مراکز توانبخشی که شامل قسمت های الکتروتراپی، مکانو تراپی و هیدرو تراپی می باشد.

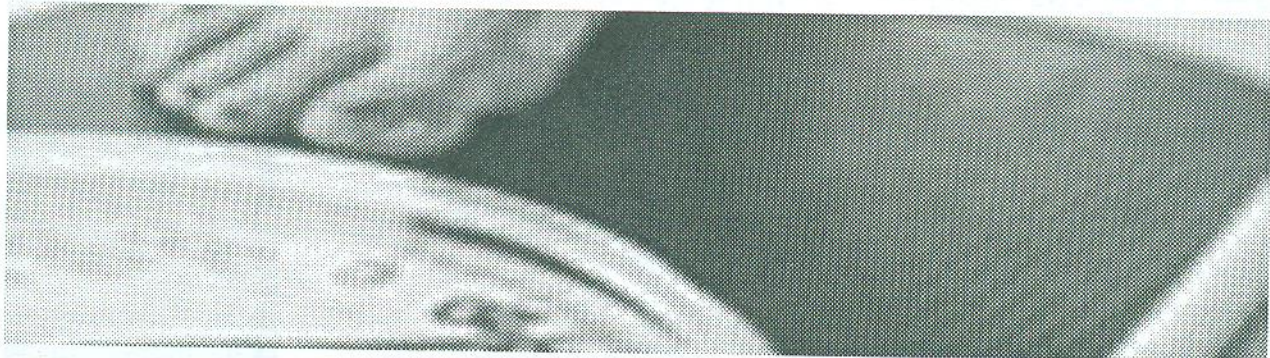


عمودی

۱ - از مقیاس های سنجش دما - در علم پزشکی به قفسه صدی گفته می شود ۲ - هر یک از گروه اختلالات که با التهاب یا ناهنجاری های متابولیکی ساختمان های بافت همبند علی الخصوص مفاصل و غیره... همراه بوده و علائمی مانند دردی سفتی و محدودیت مفاصل دارد - آسمان بار امانت نتوانست کشید / قرعه فال به نام من دیوانه زدند ۳ - هم خورشید معنی می دهد و هم مکر و حيله - انقلاب قرن در عرصه تکنولوژی که از ابعاد بسیار کوچک اجسام در آینده خبر می دهد - ماری معروف اما واروئه ۴ - «یک دفعه» در زبان عامیانه - دختری با موهای قرمز - قسمتی از مغز که شامل چندین لوب می باشد ۵ - از قسمت های تحتانی ناحیه تنفسی - نشانه - از گاه می سازند ۶ - از دوست به یادگار دردی دارم / کان درد، به صد هزار درمان ندهم - پیوند زدن یک بافت یا ارگان - مزه اسید - در هم بستن و درهم پیچیدن ۷ - واحد شمارش انواع باند (گچی و کشی و...) - غیر از، جدا - علم کالبدشناسی و تشریح ۸ - از کلمات خطاب - گل عشق - دست تازی - مشاور محافظه کار پارسال و وزیر تندرو امسال جرج بوش ۹ - از سازمان های متولی در امور سرپرستی و سازماندهی اقشار محروم و آسیب پذیر جامعه - در علم تشریح به دنده ها گویند - اصلی و از یک پدر و مادر ۱۰ - از قهرمانان رمان جزیره اسرارآمیز - حرارت، سوزش و تاب - یک غلاف از بافت فیبروزه که در زیر پوست قرار دارد و عضلات و دیگر اقشار را احاطه می کند - همه از او بیم و به سوی او باز می گردیم ۱۱ - ناراحتی جسمی و روحی که تحملش سخت است - پایتخت پرجمعیت ترین کشور جهان - زنگ کاروان ۱۲ - آفت و آسیب - نگین خلیج فارس - در علم تغذیه به باقیمانده مواد غذایی که هضم و جذب نمی شود می گویند ۱۳ - ابزاری که با آن نخ یا ریسمان می ریسند - متخصص مکتبی که هدف آن بیرون کشیدن محتویات ناخودآگاه و آشکار ساختن عقده ها و تعارض های روانی است - خلاص و آزاد ۱۴ - به قوس محدب ناحیه سینه ای ستون فقرات گویند - عنصر شیمیایی که عدد اتمی آن با عنصر دیگر برابر ولی جرم اتمی آنها با هم متفاوت باشد ۱۵ - در این سندرم تاندون عضلات بازکننده (Extensor) و دورکننده (Abductor) انگشت شست دچار آسیب شده و اگر در حالت کشیدگی قرار گیرند دردناک می شوند - هدف نهایی خدمتگزاران پیرا پزشک به جامعه توان یاب.

کنترل دائمی وزن

برگردان: احمد عابدیان
(کارشناس مرکز مشاوره
دانشجویی دانشگاه تهران)



بسیاری از زنان و مردان عقیده دارند که چاق هستند. به دنبال این تصور رژیم غذایی می‌گیرند اما بعداً آن را رها کرده در نتیجه به وزن قبلی خود برمی‌گردند. زمانی که چاقی کنترل نمی‌شود رژیم غذایی می‌تواند بی‌فایده و حتی مایوس‌کننده باشد. همچنین رژیم‌های افراطی می‌تواند به مشکلات جسمی و روانشناختی منجر شود.

چرا اضافه وزن داریم؟

ورااث
کم‌تحركی
پرخوری

الگوهای غذایی نامناسب، خوردن غذاهای چرب، سرخ‌کردنی و استفاده از مواد خوراکی با ارزش کم غذایی وزن را افزایش می‌دهند.

خوردن انواع خوراکی در حین تماشای تلویزیون

گرفتن رژیم‌های غذایی مکرر، زیرا رژیم‌های غذایی مکرر سرعت متابولیسم (سوخت‌وساز) بدن را آهسته‌تر کرده و باعث می‌شود تا وزن بدن با کالری‌های

کمتر ثابت بماند.

افراد به این علت که اضافه وزن دارند، رژیم می‌گیرند. اما این رژیم‌ها معمولاً موثر نیستند.

چرا رژیم‌های غذایی کارساز نیستند؟

زیرا:

اهداف غیر واقع بینانه‌ای در نظر گرفته شده‌اند.

فردی که رژیم غذایی گرفته، مرتباً به کم خوردن و محدود کردن غذا می‌اندیشد.

فردی که رژیم غذایی گرفته سبک جدیدی از زندگی را یاد نمی‌گیرد.

در حقیقت رژیم غذایی می‌تواند تاثیرات منفی به دنبال داشته باشد. قطع مکرر رژیم غذایی می‌تواند انتقاد از خود را بالا برده، یاس و ناامیدی ایجاد کرده و باعث اضطراب شود.

چگونگی کاهش وزن دائمی

ورزش را در برنامه روزمره زندگی خود وارد کنید.

آگاه باشید از:

احساسات و هیجاناتی که در هنگام غذا خوردن دارید.

نوع غذایی که مصرف می‌کنید.

زمانی که باید غذا بخورید.

محل‌ی که در آن غذا می‌خورید.

آنچه که هنگام صرف غذا روی شما تاثیر می‌گذارد.

سعی کنید برای رفع عادات غذایی مشکل‌زا راه‌حل‌های درستی بیابید. برای نمونه اگر می‌دانید که به خوردن غذاهای چرب و سرخ‌کردنی تمایل دارید، می‌توانید با تهیه نکردن این نوع غذاها از مصرف آنها اجتناب کنید.

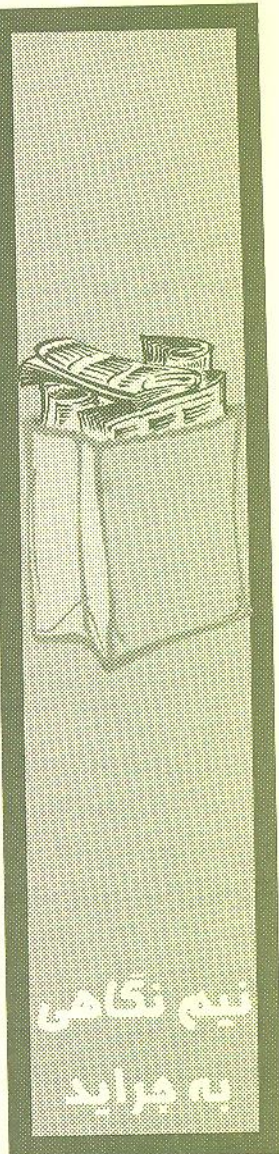
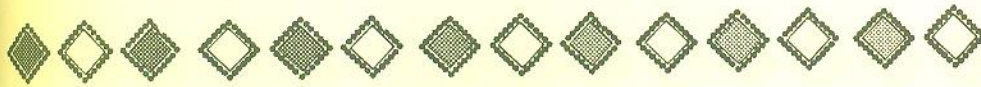
اهداف واقع بینانه انتخاب کنید.

یک رژیم غذایی متعادل را که شامل گوشت، حبوبات، میوه‌جات، سبزیجات و شیر می‌شود برگزینید و آن را رعایت کنید. از مصرف غذاهای پرکالری اجتناب کنید.

هفته‌ای یک بار وزن خود را در زمان

معینی بسنجید.

و بالاخره سرگرمی‌هایتان را افزایش دهید و از نظر اجتماعی فعال شوید بطوریکه صرفاً به هنگام رفع خستگی مشغول خوردن نباشید.



معروف «ون» را که برای انتقال معلولان اختصاص یافته‌اند، در ناوگان تاکسیرانی شهرهای بزرگ کشور به تصویب رسانیده است و شنیده می‌شود ۲۰۰ دستگاه خودرو به همین منظور، برای استفاده در شهرهای تهران، ری، تبریز، اصفهان، مشهد، شیراز، اهواز، کرج و قم در نظر گرفته شده است.

در همین رابطه ۵۰ دستگاه «تاکسی ون» برای تهران-ری، ۲۸ دستگاه برای اصفهان و ۱۵ دستگاه برای تبریز در نظر گرفته شده است. کمترین میزان ون تخصیصی، برای شهر قم است که ۱۱ دستگاه را شامل می‌شود. در تبریز بیش از ۱۴ هزار جانباز و مددجوی معلول وجود دارد که این عده در تهران بیش از ۵۰ هزار نفر را شامل می‌شود.

کیهان، ۶ بهمن ۱۳۸۳

پست، جهاد، کشاورزی، مسکن و غیره از جمله دستگاه‌هایی بودند که سهمیه خود را برای استخدام معلولان اعلام کردند. وی با اشاره به اعطای مجوز استخدام ۴۰ هزار حق‌التدریس از سوی مجلس شورای اسلامی به آموزش و پرورش تصریح کرد: ۲ درصد این مجوز، سهمیه معلولان است که در صورت همکاری آموزش و پرورش باید یک هزار و ۲۰۰ نفر از این تعداد از بین معلولان استخدام شوند. همشهری، ۶ بهمن ۱۳۸۳

آیین‌نامه اجرایی ماده ۱۳ قانون جامع حمایت از حقوق معلولان به دستگاه‌های ذیربط ابلاغ شد

آیین‌نامه اجرایی ماده سیزده قانون حمایت از حقوق معلولان در تاریخ بیست و هفتم دی‌ماه گذشته در جلسه هیأت وزیران و به پیشنهاد مشترک وزارت دادگستری و سازمان بهزیستی کشور به تصویب رسید.

در ماده سیزده این قانون آمده است: «سازمان بهزیستی کشور موظف است با ایجاد ساز و کار مناسب، نسبت به قیومیت افراد معلول اقدام نماید. دادگاه‌ها موظفند در نصب و یا عزل قیّم افراد معلول صرفاً از طریق سازمان مذکور عمل و مبادرت به صدور حکم نمایند.»

سهمیه استخدام معلولان از سوی ۲۰ وزارتخانه و سازمان اعلام شد

معاون اشتغال سازمان بهزیستی کشور خبر داد: ۱۹۰ سهمیه سه درصد استخدامی معلولان از سوی ۲۰ وزارتخانه و سازمان اعلام شد. دکتر حیدرنژاد در گفت و گو با خبرنگار «اجتماعی» خبرگزاری دانشجویان افزود: وزارتخانه‌های بهداشت، درمان و آموزش پزشکی،

بکارگیری تاکسی‌های «ون» ویژه معلولان در ۸ شهر کشور

با تصویب هیئت دولت و به منظور حمایت از جامعه معلولان، تاکسی‌های «ون» (استیشن) در ۸ شهر بزرگ و عمده کشور به کار گرفته می‌شوند. به دنبال پیگیری جدی سازمان‌های تاکسیرانی کشور، اخیراً هیئت دولت، بکارگیری تاکسی‌های



آیین نامه اجرایی این ماده از قانون جامع حمایت از معلولان در ۹ ماده و ۵ تبصره به شرح و تبیین راهکارهای اجرایی این ماده می پردازد که در بیست و چهارم بهمن ماه گذشته جهت اجرا به کلیه دستگاه های ذیربط ابلاغ شد و سازمان بهزیستی کشور نیز جهت اجرای دقیق مفاد آیین نامه مذکور طی بخشنامه ای به بهزیستی استان تمهیدات لازم را اندیشیده است.

گفتنی است قانون جامع حمایت از حقوق معلولان در جلسه علنی روز چهارشنبه شانزدهم اردیبهشت ماه ۱۳۸۳ مجلس شورای اسلامی در ۱۶

ماده و ۲۳ تبصره تصویب شد و بدون ارائه نظر از سوی شورای نگهبان قانون اساسی در مورخ ششم خرداد ماه ۱۳۸۳ به دفتر ریاست جمهوری ارسال و در تاریخ هفدهم خرداد ماه همان سال از سوی ریاست جمهوری ارسال و به کلیه نهادها، سازمان ها و وزارتخانه های ذیربط جهت اجرا ابلاغ شد. در ماده یکم این قانون آمده است: دولت موظف است زمینه های لازم را برای تأمین حقوق معلولان فراهم و حمایت های لازم را از آنان به عمل آورد. در سایر موارد آن، کلیه وزارتخانه ها، سازمان ها، مؤسسات، شرکت های دولتی و نهادهای عمومی و

انقلابی موظفند جهت تأمین حقوق معلولان و رفاه شهروندی آنان اقدامات لازم شامل: گسترش، تأمین و تحویل خدمات توانبخشی، حمایتی، آموزشی، حرفه آموزی، استخدام و اشتغال، احداث واحدهای تولیدی، امور فرهنگی، مناسب سازی فضای شهری، گسترش انواع بیمه های خدمات درمانی، استفاده از خدمات حمل و نقل شهری و برون شهری نیمه بهای دولتی (هواپیما، قطار، اتوبوس و...) تأمین مسکن، معافیت از انجام خدمت وظیفه عمومی و... را انجام دهند.
همشهری، ۴ اسفند ماه ۱۳۸۳

فرم اشتراک فصلنامه

نام: نام خانوادگی:
تاریخ شروع اشتراک: از شماره:
تهران: شهرستان:
آدرس:

جنسیت: مرد زن
تا شماره:
کدپستی:

نمبر: ۸۰۷۶۳۲۶

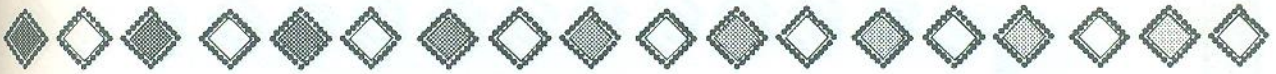
تلفن: ۸۰۸۲۲۶۶، ۸۰۹۸۸۸۱، ۸۰۷۶۳۲۵

لطفاً در صورت تمایل به اشتراک در نشریه فرم را تکمیل کرده به همراه فیش بانکی به حساب ۱۶۵۸۸-۱۰۴۰ بانک تجارت شعبه شهرک قدس به نشانی: تهران شهرک قدس (غرب) خیابان هرمان، خیابان پیروان جنوبی، پلاک ۷۴، کدپستی: ۱۴۶۶۶ یا صندوق پستی ۱۴۶۶۵/۱۴۴ «مجمع آموزشی نیکوکاری رعد» ارسال نمایید.

مبلغ اشتراک

تهران، (۲۱۵۰۰ ریال)، شهرستان (۲۴۰۰۰ ریال)، خارج از کشور (۵۴۰۰۰ ریال)





ENGLISH ABSTRACTS

Tehran;focusing on vulnerable zones in the city of Tehran.

The article concludes by making certain commendations on what to do in the event of an earthquake, including seeking shelter under thresholds, stairs, beds, if we are at home at the time of the earthquake, or having a bag prepared for such occasion, packing necessary equipment such as torch, canned food, whistles And the like tools.

Mr. S. M. Mohammadi, has continued his article about Epilepsy. This part of his article deals with the topic of "the Relationship between the times of Epilepsy Attack". He has focused on the probability of attacks occurring within 24 hours and the frequency of such attacks. Diagnostic records of patients suffering attacks is possible by use of psychological, electro-ansfalographical, radiological and biological studies..

"On the Hypotheses of Crisis intervention" is the title of an article by a social worker, Mr. Kaveh Omidi, who defines "crisis" as the "... response of an individual to a dangerous event, experienced in the form of a painful situation".

According to the writer, people living in metropolitan areas with busy life style and lack of adaptation to the social environment and sentimental relationships, are more vulnerable as compared to other individuals. When a person does not enjoy necessary support from family and friends at times of emotional crisis, his condition deteriorates.

The writer describes loss of kin, separation and divorce, loss of self-esteem, physical disabilities... as examples of situations wherein intervention of social worker is called for. The nature of the relationship between the person suffering from emotional crisis and the social worker is very important as considering the victim a sick person may cause his loss of self-confidence.

The Art and Literature Section, the original English and the Persian translation of a poem, titled "One day at a Time" is presented is presented to out poem loving readers.

We start the "Variety" Section with a letter we have received from a disabled mother.. She explains, eloquently, how she could help her child talk again with devotion, persistence and hard work. One more letter from

another friend of Ra'ad kindly praises Ra'ad (Kerman Branch) for helping the disabled community in that province.

Like in the previous issue, Mr. Navidpoor, has contributed another interesting cross- word puzzle using rehabilitation and occupational therapy terms. Those readers who can correctly complete and send us the puzzle to us will win one year free subscription to Tavanyab.

The last article deals with the popular issue of "weight watching.". In this short article we discuss reasons for overweight, inefficiency of some of the food diets, and ways to deal with overweight problems.

We conclude the present issue by presenting several news item of interest to the disabled community. These items have been reported by different news media in recent months:

Special cab service started operation in eight large Iranian cities

Regulations concerning the implementation of the Law of the Promotion of Employment and Protection of the Rights of the Disabled was communicated to twenty ministries and Government Agencies.





ENGLISH ABSTRACTS

exclusive interview with Ms. Azam Mehdizade, an accomplished disabled persons and one of the founders of the Disabled Women Sports Organization, She has been awarded gold and other medals in various sport competitions and is presently Vice President of the Board of Disabled Sports in Tehran. She is also in charge of procurements in "Persi Gaz", a large local gas distribution company.

The Section on introducing non-governmental organizations, deals with the Organization Supporting Victims of Violence. This NGO is a private group holding counseling situations with the United Nations Economic and Social Council. The main activities of this organization in Iran include; Holding various training sessions Participating in the international conferences Disseminating information Supporting victims of violence Providing services to the victims in the society specially children.

One of the recent activities of this organization has been holding of a national conference under the title of "Children, Peace and Violence".

The present issue presents an interesting article by Dr Farid Nikbin, lecturer at the Medical Faculty entitled, "The Revival of complimentary-Alternative medicine". The author contends that the international community tends to return to the traditional medicine. Traditional medicine believes in the unity of soul and body, both of which should be treated simultaneously.

Despite the 20th Century medical achievements resulting from discovery of antibiotics and their positive impact on the treatment of various infectious diseases, Dr. Nikbin argues that sole has been, due to its invisible nature, kept out of the treatment process. This has resulted in the ineffectiveness of many types of treatments. Furthermore, while increasing number of stronger new medicines are becoming available in the market, so are the rising side effects

The establishment of the "Coalition for Alternative - Complementary Medicine" dates back to the 1960s, when it was revealed that germs had become resistant to antibiotics. Catastrophic results, however, including the birth of the disabled infants and other fatal side-effects, followed.

Review of the Comprehensive Law supporting the rights of the Disabled" published in the daily, Jame Jam, of 7th of Mehr, is reprinted in this issue.

The writer presents some of the laws recently approved by the parliament. The author evaluates certain weaknesses as well as strengths of the new law. He concludes by stating that despite certain positive aspects of the law, it lacks necessary support for implementation. According to this law, for example, all government agencies must allocate specific (3) percentage of annual employment to disabled persons. This provision is yet far from implementation.

Iran is geographically located in an earthquake prone zone. In an effort to enhance public awareness and knowledge in how to deal with after shock situations and in order to do our share to help minimizing financial and human losses, we have included in this issue an article by Mohammad Yousefi, a Crisis Management expert, under the title of "Help and survival in an earthquake".

The author first elaborates on reasons leading to earthquake. He then maps out earthquake prone zones in the world as well as Iran and

An article entitled "A





ENGLISH ABSTRACTS

The destructive earthquake which shook one of our beautiful historical cities in Kerman in the month of Day 1382, left nothing but ruin. Not only many lives were lost, many were left also handicapped and paralyzed; physically and emotionally.

Ra'ad Rehabilitation Goodwill complex sent money raised by charitable people and shipped goods within the first few days after the catastrophic event occurred.

From that time on the Ra'ad has started thinking of establishing a new branch in the city of Kerman. Persistent effort bore fruit in the month of Shahrivar the following year when the Kerman Branch was inaugurated.

To know more about this center we conducted an interview with the head of the branch, Mr Ahamad Amiri. A brief part of the interview is hereby presented.

Mr Amiri states that presently the branch is housed in a building situated on a

parcel of land totaling 1100 sqm which is provided by the rehabilitation organization.. The applicants have started their training in variety of fields including computer, English language, music, carpentry, tailoring and dressmaking. The first training session started out with 67 participants who finished the term successfully.

Development and improvement of the trainees' skills in different fields and area is the main objective of the center, According to Mr Amiri. The center has close cooperation with the radio station of Kerman. They broadcast a program every Thursday entitled "Nenuphar [flowers]". Also, local newspapers publish announcements and bulletins regarding Ra'ad's activities.

As for financial needs, Mr. Amiri states that the center is fully dependant on popular support but does not meet expenses for the time being and has to get help from the headquarters. Mr Amiri hopes

that within 3 month. The center will become financially independent.

This issue presents a brief report on the most recent (three months) activities of Charitable Ladies Association.

CLA prepares during the first Friday of each month, various hot and cold dishes and offers them for sale to the residence of Shahrak Gharb and other guests attending the restaurant of the RRG. The proceeds go to Ra'ad for support of its charity works.

Another CLA activity concern enhancing the skills and knowledge of its members by offering several training courses for the duration of three months. The topics taught included "Know Yourself" and "How to Raise African Violet".

In our Section entitled "Introducing Successful Disabled Persons" we have an

ما اعجاز نمی کنیم

انگیزه و توان می بخشیم



مجمع آموزشی نیکوکاری رعد

مرکز آموزش فنی حرفه ای و توانبخشی رایگان
ویژه توان یابان (معلولین)

شماره ثبت ۲۸۱۱

تاسیس ۱۳۶۳

کتابخانه عمومی مشارکتی
رعد

