خبر

جزئیات جدید آزمون استخدامی دولت اعلام شد

به گزارش زمان،معاون توسعه مدیریت، منابع و برنامه‌ریزی وزارت بهداشت با اشاره به رایزنی وزارت بهداشت با سازمان برنامه و امور اداری و استخدامی برای جذب ۲۵۰۰۰ نیروی دیگر در وزارت بهداشت، از احتمال برگزاری آزمون استخدامی وزارت بهداشت در سال ۱۴۰۳ خبر داد.

بهروز رحیمی از آغاز مصاحبه‌های آزمون استخدامی وزارت بهداشت خبر داد و گفت: آزمون استخدامی وزارت بهداشت در مهرماه امسال برگزار شد و حدود یک ماه تا ۴۵ روز دیگر نیز مصاحبه‌های مربوط به این آزمون، به پایان خواهد رسید.

وی افزود: در حال رایزنی با سازمان برنامه و بودجه و سازمان امور اداری و استخدامی هستیم تا بتوانیم تا پایان سال، مجوز استخدام ۲۵ هزار نفر دیگر را نیز در وزارت بهداشت اخذ کنیم.

رحیمی ادامه داد: در صورتی که مجوز جذب این ۲۵ هزار نفر جدید نیز صادر شود، افراد پس از برگزاری آزمون استخدامی در سال آینده، جذب خواهند شد.

معاون توسعه مدیریت، منابع و برنامه‌ریزی وزارت بهداشت درباره تبدیل وضعیت نیروهای وزارت بهداشت نیز گفت: درباره تبدیل وضعیت نیز در جامعه ایثارگری بیش از ۷۰ هزار نفر مشمول تبدیل وضعیت شدند؛ در حال رایزنی هستیم تا کارکنان شاغل در ایام کرونا نیز در قالب طرح ساماندهی کارکنان دولت تبدیل وضعیت شوند که جمعیتی در حدود ۱۰ هزار نفر هستند.

توصیه‌های یک روانپزشک به معلمان مقطع متوسطه

فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان درباره نحوه آموزش معلمان و مواجهه با دانش‌آموزان مقطع متوسطه توضیحاتی ارائه کرد.

به گزارش زمان،مهدی تهرانی‌دوست، فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان و عضو فرهنگستان علوم پزشکی، درباره مهارت معلمان هنگام تدریس به دانش‌آموزان مقطع متوسطه، بیان داشت: معلمان در این سنین باید با تغییرات سنی نوجوانان آشنا باشند؛چراکه ممکن است نیاز به گفت‌وگو با نوجوان وجود داشته باشد؛ ضمن اینکه ممکن است نوجوان در کلاس درس بی‌قراری، کم‌توجهی و کم تمرکزی داشته باشد.

وی ادامه داد: در چنین حالتی معلم اگر بتواند آموزش خود را با دانش‌آموز تعاملی کند؛ یعنی نوجوان را درگیر فعالیت آموزشی کند؛ به طوری‌که معلم در کنار نوجوان قرار گیرد؛ یعنی ضمن اینکه معلمی خود را دارد، با نوجوان دوستی داشته باشد، بسیار مطلوب است؛ چراکه نوجوان دوست دارد با همسالان و افراد بزرگ‌تر ارتباط اجتماعی برقرار کند که اگر این طور باشد می‌تواند کمک‌کننده باشد.

تهرانی‌دوست متذکر شد: در چنین شرایطی نوجوان درس را بهتر قبول می‌کند و توجه بیشتری دارد؛ در نتیجه طبیعتا معلمی که بتواند با نوجوان ارتباط برقرار کند، نوجوان نیز می‌تواند با درس او ارتباط برقرار کند و پیگیر آن باشد.

کمبود نیروی انسانی در وزارت بهداشت

معاون درمان وزارت بهداشت با تاکید بر اینکه میزان جذب ۲۵هزار نیرو پاسخگوی موارد خروجی نیروها و همچنین مراکز درمانی جدید وزارت بهداشت نیست، گفت: تنها نزدیک به ۵۰ هزار نفر نیرو برای تخت‌های تازه تاسیس نیاز داریم و در این راستا سازمان اداری استخدامی قول‌های مساعدی دادند.

به گزارش زمان به نقل از ایسنا،دکتر سعید کریمی درخصوص وضعیت استخدام‌های حوزه بهداشت و درمان، گفت: آزمون استخدامی برای جذب ۲۵ هزار نیرو انجام شد و فرایند جذب در حال انجام است.

او با تاکید بر اینکه میزان این جذب ابدا پاسخگوی موارد خروجی نیروها و همچنین مراکز درمانی جدید نیست، اظهار کرد: این درحالی است که ما ۱۶ هزار تخت بیمارستانی هم به تعداد کل تخت‌های کشور اضافه کرده‌ایم. معاون درمان وزارت بهداشت با اشاره به اینکه به ازای هر تخت حدودا 2.5 تا ۳ نفر نیرو لازم است، بیان کرد: این یعنی تنها نزدیک به ۵۰ هزار نفر نیرو برای همین تعداد تخت اضافه شده، لازم داریم و این به جز مواردی است که بازنشسته می‌شوند و یا به هر دلیلی تمایل به ادامه کار ندارند.

وی با تاکید بر اینکه ۲۵ هزار نفر جذب در حوزه بهداشت و درمان اصلا پاسخگوی نیاز واقعی نیست، تصریح کرد: در این راستا سازمان اداری و استخدامی قول‌های مساعدی دادند که مجوزهای جدید جذب به ما بدهند تا بتوانیم مسیر را با قوت ادامه دهیم و خدمات مطلوبی به مردم ارائه کنیم.

اسماعیلی در گفت و گو با زمان مطرح کرد:

اُفت تحصیلی چالش فرآیند آموزشی را رقم می زند

نماینده مردم در مجلس یازدهم با انتقاد از نرخ بیکاری فارغ التحصیلان،تاکید کرد:بی تردیدنرخ بیکاری در میان فارغ التحصیلان جوان نه تنها عدم انگیزه برای ادامه تحصیل را رقم می زند،بلکه کاهش و یا اُفت تحصیلی آنان را نیز به دنبال دارد.

به گزارش محبوبه بیدکی خبرنگار اجتماعی زمان،مهدی اسماعیلی نماینده مجلس شورای اسلامی با بیان اینکه شاهد افت تحصیلی دانش آموزان در امتحانات نهایی هستیم، گفت:وزارت آموزش و پرورش دو ماموریت مهم به لحاظ کمی و کیفی در حوزه آموزش و پرورش دارد،همچنین طرح و برنامه ریزی هایی در این زمینه صورت گرفته است.

نماینده مردم میانه در ادامه با تاکید بر ایجاد سازو کار آموزشی در خصوص تحصیل دانش آموزان،تصریح کرد: بر اساس گزارشات در این زمینه حاکی از کاهش معدل دانش آموزان در دوره‌های مختلف است، باید از دوجهت ساز و کار آموزش، تأمین نیروی انسانی ماهر و تامین امکانات،تجهیزات و محتواهای آموزشی مورد بررسی قرار گیرد.

عضو هیئت رئیسه کمیسیون آموزش و تحقیقات افزود: دانش آموزان نیز باید فرایند تدریس معلمان را به خوبی در جریان آموزشی خود قرار داده و زمان زیادی برای آن در نظر بگیرند این موضوع عاملی است که باید توسط مسئولان آموزشی مورد پیگیری قرار گیرد.

وی به آموزش ساختن گرایی در سطح آموزشی اشاره کرد و یادآور شد: آن چیزی که در راستای فرایند کیفیت آموزشی در دنیا مورد توجه قرار گرفته است آموزش بر مبنای ساختن گرایی است به این مفهوم که شیوه آموزش در کلاس‌های درس با کمک مربیان آموزشی باید به گونه‌ای باشد که از تجربیات علمی قبلی دانش آموزان به عنوان پایه استفاده شود تا آموزش‌های جدید را به خوبی فراگیرند.

نماینده مردم در مجلس یازدهم ادامه داد: بنابراین مسئولان باید این ساختار ها را به روز رسانی کنند تا انتظار کیفیت آموزشی و پرورشی در مدارس برای دانش آموزان داشته باشیم،در واقع همه مسئولان و متولیان امر آموزشی،همچنین سایر مسئولان و اولیاء باید در این زمینه مشارکت لازم را با همکاری یکدیگر داشته باشند تا این فرایند مسیر خود را به خوبی دنبال کند.

عضو هیئت رئیسه کمیسیون آموزش و تحقیقات مجلس در پاسخ به این سوال که آیا اُفت تحصیلی دانش آموزان به ناامیدی آنان از آینده شغلی خود باز می‌گردد ؟یادآور شد: در واقع یکی از عوامل انگیزشی برای ادامه تحصیل دانش آموزان طبیعتاً آینده شغلی آنان است، ما بارها این موضوع را تذکر داده‌ایم که یک فارغ التحصیل چه در دوره آموزش و پرورش و چه در دانشگاه‌ها پس از فارغ التحصیلی باید به یک کارآفرین تبدیل شود بدیهی است که یک فارغ التحصیل نظام آموزشی در مورد آینده شغلی خود نباید دغدغه‌ای داشته باشد.

این نماینده مردم با انتقاد از نرخ بیکاری فارغ التحصیلان،تاکید کرد:بی تردیدنرخ بیکاری در میان فارغ التحصیلان جوان نه تنها عدم انگیزه برای ادامه تحصیل را رقم می زند،بلکه کاهش و یا اُفت تحصیلی آنان را نیز به دنبال دارد.

اسماعیلی در پاسخ به این سوال که اُفت کیفیت تحصیلی دانش آموزان تا چه اندازه در ورود آنان در دانشگاه موثر است؟ خاطر نشان کرد: طبیعتاً دانش آموزانی که با کاهش معدل و یا اُفت سطح تحصیلی روبرو بوده و فارغ التحصیل می‌شوند اگر با این کیفیت پایین تحصیلی وارد دانشگاه‌ها شوند در واقع فرایند آموزشی مسیر مطلوب خود را طی نخواهد کرد.

mojgan.bidaki۸۸gmail.com

صحرائی: شهیده «فائزه رحیمی» الگویی برای تربیت معلم است

وزیر آموزش و پرورش، با اشاره به شهادت دانشجو معلم شهیده «فائزه رحیمی» و ۲۳ دانش آموز در انفجار تروریستی کرمان، گفت: آموزش و پرورش به مثابه یک کلاس شهید تقدیم انقلاب کرد؛ ما این کلاس را برپا خواهیم داشت و امروز این دانشجو، استاد ما است.به گزارش زمان، رضامراد صحرایی در مراسم تشییع پیکر شهیده فائزه رحیمی که در انفجار تروریستی گلزار شهدای کرمان به شهادت رسید، اظهار کرد: آموزش و پرورش کشور یک معلم و ۲۳ دانش آموز به مثابه یک کلاس شهید تقدیم انقلاب و جبهه مقاومت کرد.وی افزود: ما این کلاس را برپا خواهیم داشت و امروز این دانشجو استاد ما است؛ او نشان داد برای قیمتی شدن چه باید کرد و برای شهید شدن باید شهیدانه زندگی کرد. ما شهادت این شهیده عزیز و ۲۳ دانش آموز مظلوم در حادثه کرمان را ادامه شهادت شهید رضی و شهید سلیمانی و دیگر شهدای مقاومت می‌دانیم. صحرایی تصریح کرد: همانطور که شهید سلیمانی بعد از شهادت راه گشایی کرد و تبدیل به یک مکتب شد، راه این شهیده عزیز و این دانشجو معلم نمونه ما هم یک راه جدید است او هم یک الگوی زنده برای تربیت معلم خواهد شد. وزیر آموزش و پرورش ادامه داد: این شهید منحصر به هیچ کسی نیست و متعلق به کل این کشور و نظام است. پیام این شهید همان پیام شهید سلیمانی یعنی اتحاد حول دشمن است.وی تاکید کرد: هرکه هستیم و به هر گروه و جناحی تعلق داریم در یک چیز نباید اختلاف کنیم و آن دشمن است. قاتل شهیده رحیمی همان قاتل سردار سلیمانی است.

مالیات پزشکان در تعرفه ها پنهان است

معاون فنی و نظارت سازمان نظام پزشکی ایران، معتقد است که با تعرفه های دستوری نمی بایست از پزشکان مالیات گرفت.

به گزارش زمان به نقل از مهر،رضا لاری پورگفت: جامعه پزشکی بر این باور است که وقتی تعرفه‌ها به شکل دستوری تعیین می‌شود، مالیات این تعرفه‌ها در درون آن نهفته و مستتر است. در واقع، می‌توان گفت که جامعه پزشکی، مالیات خود را پیشاپیش با این تعرفه‌ها داده است. وی افزود: واقعیت این است که مالیات را بر درآمد می‌گیرند و آنچه در تعرفه‌های واقعی می‌بینیم؛ این است که ارائه دهندگان خدمت ضرر می‌کنند و خیلی از مطب‌ها تعطیل می‌شود و اتفاقات دیگری برای حرفه پزشکی رخ می‌دهد.

لاری پور تاکید کرد: وضع مالیات بر تعرفه‌های دستوری، عملاً معنی ندارد، چون مالیات را از درآمد می‌گیرند. اما، درآمد جامعه پزشکی دچار اشکال است و به نظر می‌رسد استفاده از جامعه پزشکی برای پایلوت برنامه‌های اقتصادی، خیلی درست نباشد.

معاون فنی و نظارت سازمان نظام پزشکی، با ذکر مثالی گفت: در بازار طلافروشی، قیمت‌ها دستوری نیست و هر لحظه و ثانیه دچار تغییر می‌شود و مالیات گرفتن از این صنف، طبیعی است. اما، اگر بخواهیم منصفانه به موضوع مالیات جامعه پزشکی نگاه کنیم؛ با تعرفه‌های غیرواقعی، در حق پزشکان اجحاف می‌شود.

وی افزود: برای گرفتن مالیات از درآمد پزشکان، باید تعرفه‌ها واقعی شود و یا اینکه مالیات نباید گرفته شود. زیرا، به گفته مسئولان سازمان امور مالیاتی، بعد از جامعه هتلداران؛ جامعه پزشکی در رده دوم بیشترین پرداخت کنندگان مالیات قرار دارند.

سیر تحول «فرزندخواندگی» در ایران

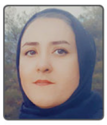
به دنبال اصلاح آئین‌نامه اجرایی قانون حمایت از کودکان بی‌سرپرست و بدسرپرست و ابلاغ شیوه‌نامه آن، «مهمانی» فرزندان بی‌سرپرست در خانواده‌های میزبان فرزندپذیری در حالی از نیمه دوم دی‌ماه آغاز می‌شود که سازمان بهزیستی اقدام به آموزش خانواده‌های میزبان کرده و گواهینامه این دوره آموزشی باید در پرونده خانواده میزبان ثبت شود و تا زمان عدم ثبت گذراندن موفق این دوره، اعطای میزبانی فرزندان به خانواده‌ها غیرقانونی است.

به گزارش زمان به نقل ازایسنا، در سال ۱۳۹۲ قانون حمایت از کودکان بی‌سرپرست و بدسرپرست درحالی با ۳۷ ماده توسط مجلس به تصویب رسید که در مادهٔ ۳۶ آن اعلام شد که «به منظور انجام صحیح مسئولیت پذیرش، نگهداری و مراقبت، حضانت و سرپرستی کودکان بی‌سرپرست و بدسرپرست توسط سازمان بهزیستی کشور و اختیار واگذاری سرپرستی آنان به خانواده‌های واجد شرایط و مؤسسات، آیین‌نامه‌های اجرایی این قانون با پیشنهاد وزارتخانه‌های تعاون، کار و رفاه اجتماعی، دادگستری و کشور طی سه ماه از تاریخ تصویب این قانون تهیه و به تصویب هیأت وزیران برسد.

طبق آنچه که سیدعلی کاظمی- دبیر مرجع ملی کنوانسیون حقوق کودک در اردیبهشت‌ماه اعلام کرده بود، ماده قانونی مذکور دارای چند محور درخصوص وظیفهٔ صحیح نگهداری، مراقبت، حمایت و سرپرستی از کودکان بی‌سرپرست و بدسرپرست است و هرکدام از این واژه‌ها و اصلاحات دارای کاربرد معنایی خاصی هستند. بحثی که مطرح شده و شاید در آئین‌نامه مورد غفلت واقع شده بود، دربارهٔ اختیار واگذاری سرپرستی به خانواده‌های واجد شرایط و مؤسسات است. تاکنون شیوه کار بر این منوال بوده است که سازمان بهزیستی بعد از دستور مقام قضایی، کودکان را در مراکز خود یا در مؤسساتی که با مجوز سازمان بهزیستی فعالیت می‌کنند، نگهداری می‌کرد، اما باتوجه به مطالعات انجام شده، مشخص شده که نگهداری از کودکان به صورت اردوگاهی به ساحت‌های مختلف سلامت آنان آسیب می‌رساند و موجب بروز اختلالات در سلامت جسمی مثل مشکلات بلع و برخی اختلالات در سلامت روان کودک مانند دلبستگی ناایمن و برخی اختلالات دیگر در سلامت اجتماعی کودک به ویژه در خصوص اعتماد به نفس و مهارت‌های ارتباطی خواهد شد. در همین راستا پیشنهادی توسط سازمان بهزیستی کشور و مرجع ملی حقوق کودک تهیه شد تا در مدتی که قرار است کودکان بی‌سرپرست یا بدسرپرست در مراکز بهزیستی یا موسسات شبه خانواده به سر ببرند، وارد خانواده‌ها شوند یا به عبارتی «مراقبت موقت» صورت گیرد و همچنین پیشنهادی برای الحاق یک ماده به آئین‌نامه اجرایی این قانون صورت گرفت. کاظمی در این زمینه با اشاره به موارد اصلاحی آئین‌نامه قانون حمایت از کودکان بی‌سرپرست و بدسرپرست، تصریح کرده بود: در اصلاحیه ماده یک آئین‌نامه تعریف موسسه گروهی و موسسه مراقبت خانواده محور اضافه شده و همچنین ماده ۱۳ که به نوعی قلب آئین‌نامه اصلاحی است به آن ملحق شد. در ماده ۱۳ اشاره شده که باید طبق شیوه‌نامه‌ای که توسط بهزیستی و مرجع ملی حقوق کودک با همکاری برخی نهادها تهیه شود، کودکان برای مراقبت موقت به خانواده‌های داوطلب سپرده شوند.در این مصوبه چند اتفاق افتاد؛ اول؛ باتوجه به اینکه در گذشته مراقبت از کودکان به موجبات دستورالعمل‌های داخلی سازمان بهزیستی بود، اکنون به موجب شیوه‌نامه‌ای است که در مرجع ملی حقوق کودک به تصویب می‌رسد و با استانداردهای حقوق کودک و مصالح عالیه اطفال انطباق می‌یابد. دوم آن که موسساتی جدید شکل خواهد گرفت که الگوی مراقبت آنها از کودکان به روش خانواده محور است و جایگزین روش‌های اردوگاهی و گروهی موجود خواهد شد و سوم اینکه در گذشته نظارت بر نحوهٔ نگهداری در مراکز و مؤسسات بر عهدهٔ سازمان بهزیستی و مراجع قضایی بود، اما به موجب اصلاح این آئین‌نامه و با توجه به دغدغه‌هایی که در مورد کیفیت نگهداری این کودک وجود دارد، علاوه بر سازمان بهزیستی و مراجع قضایی، مرجع ملی حقوق کودک نیز بر فرآیند مراقبت از اطفال نظارت می‌کند و همین موضوع شرایط بهتری برای کودکانی که در اختیار خانواده‌ها هستند فراهم خواهد کرد و چهارم اینکه خانواده‌های شایسته امکان نگهداری کودکان بی‌سرپرست و بدسرپرست را خواهند داشت و شرایط دشوار فرزندخواندگی بر این فرایند حاکم نخواهد بود.

دبیر مرجع ملی حقوق کودک همچنین خاطرنشان کرده بود: در ماده ۱۳ که به تصویب هیأت وزیران رسیده، گفته می‌شود که بهزیستی می‌تواند دو مدل موسسه برای نگهداری کودکان داشته باشد که یک مدل آن موسساتی هستند که تاکنون از کودکان به صورت گروهی و در فضایی فیزیکی نگهداری می‌کرد و دسته دوم موسساتی هستند که به آنها موسسات دارای الگوی مراقبت خانواده محور گفته می‌شود؛ این موسسات به جای اینکه دارای یک فضا باشند، چند خانواده زیر مجموعه آنها قرار می‌گیرند تا به جای اینکه از کودکان در فضای خاصی نگهداری شود، خانواده‌های علاقه‌مند همکار این مؤسسات برای مدتی از کودک به طور موقت و تا زمان تعیین و تکلیف مراقبت کنند. این خانواده‌ها یا خودشان از جهت بضاعت مالی وضعیت خوبی دارند و از کودک مراقبت می‌کنند و یا ممکن است از خانواده‌های خوبی باشد که در تربیت کودک توانمند هستند اما از جهت مالی نیازمند حمایت هستند. در حالت دوم به جای اینکه موسسه برای نگهداری کودک در مرکز هزینه کند، همان هزینه را به خانواده پرداخت می‌کند.کاظمی در پاسخ به این سوال که آیا روند نگهداری از کودکان توسط خانواده‌های متقاضی نگهداری دائم و موقت بر نوع شکل‌گیری شخصیت کودک اثر منفی نخواهد داشت؟ اینطور توضیح داد: در این زمینه بررسی‌های علمی کافی انجام شده است که نشان می‌دهد نگهداری کودکان در مراکز نگهداری، هر چند نوعی نجات کودک از وضعیت مخاطره آمیز و ایجاد محیط ایمن برای آنان است، اما استعداد وارد کردن آسیب‌های جبران‌ناپذیری به آنان را هم دارد.دبیر مرجع ملی حقوق کودک با بیان اینکه کودکان باید در آغوش خانواده رشد کنند و رشد آنها در فضای غیرخانوادگی کودکان را دچار اختلال دلبستگی ناایمن، اختلالهای عاطفی، افسردگی و سایر اختلالات و بیماریهای روحی و روانی می می‌کند، به دیگر مزایای نگهداری از کودکان فاقد سرپرست در خانواده‌های شایسته اشاره کرد و گفت: در بهترین مراکز هم تامین نیروی کافی برای مراقبت از کودکان همواره یک چالش اساسی است. بنابراین تعداد مادریاران و مربیان از تعداد مورد نیاز برای کودکان کمتر است، از همین رو مادریاران نمی‌توانند تمامی نیازهای عاطفی و روانی کودکان را تامین کنند. فاصله کم شیفتها در برخی مؤسسات، ساعت کاری بالا و فرسودگی شغلی بالای این عزیزان را هم باید به این فهرست اضافه کرد. افزون بر این کودکان در مراکز دلبستگی‌هایی به مدیران، مادریاران، مربیان، بازدیدکنندگان و همیاران پیدا می‌کنند و نگهداری در مؤسسه به معنای عدم دلبستگی نیست، به معنای تشتت دلبستگی، بی‌ثباتی در طرحواره‌های عاطفی کودکان می‌شود. وی با اشاره به مطالعه جهانی توسط سازمان ملل گفت: در این مطالعه که در سالهای اخیر انجام شده است، کودکان بی‌سرپرستی که در مراکز مراقبتی نگهداری می‌شوند را به مثابه کودکان محروم از آزادی(کودکان زندانی) در نظر گرفته به شدت بر موسسه‌زدایی در نگهداری کودکان تاکید کرده است. حتی مشخص کرده است که کدام کشورها، بیشتر بر نگهداری کودکان فاقد سرپرست در خانواده‌ها تاکید دارند. هرچند که ایران در وضعیت خوبی است، اما با اجرای آئین‌نامه جدید، در ردیف بالاترین کشورها از حیث خانواده مداری در نگهداری کودکان و نوجوانان فاقد سرپرست مؤثر قرار خواهیم گرفت. درنهایت شهریورماه سال جاری بود که دبیر مرجع ملی حقوق کودک از ابلاغ شیوه‌نامه آیین‌نامه اجرایی قانون حمایت از کودکان بی‌سرپرست و بدسرپرست خبر داد و اعلام کرد که به موجب این شیوه‌نامه، موسسات و مراکز نگهداری از کودکان به جای اقامتگاه دائمی به معبری برای واگذاری کودکان بی‌سرپرست و بدسرپرست به «خانواده‌های متقاضی» تبدیل خواهند شد.

یادداشت



سن طلایی برای کاهش معلولیت های بینایی

معصومه سلطانی

سلامت چشم کودکان چنان اهمیتی دارد که هر نوع اشکال در بینایی در این بازه سنی گاهی به نابینایی و کاهش دید فرد در بزرگسالی بینجامد اما گروهی از والدین با بی‌توجهی به این موضوع، از غربالگری به هنگام کودکان خود طفره می‌روند.

مرکز بینایی در مغز انسان از دوران جنینی تا حدود ۱۰ سالگی رشد می کند، اما اصلی ترین رشد آن تا سه سالگی است؛ در نتیجه این رشد و تکامل، دید واضح و کاملی به وجود می آید. در این مدت، به ویژه تا ۳ سالگی، هر عامل یا اتفاقی که موجب اشکال در دید یک یا هر دو چشم شود، می‌تواند عواقب بینایی جدی در پی داشته باشد.

اگر اشکال در دید کودک قبل از ۵ سالگی درمان شود، حتی در صورت وجود تنبلی چشم، امکان آن که کودک بینایی کامل خود را بدست آورد، بسیار زیاد است اما پس از ۵ سالگی، هرچه درمان تنبلی چشم به تعویق افتد، به همان نسبت احتمال درمان کامل و بدست آوردن بینایی کامل نیز کاهش خواهد یافت. به طوری که پس از ۷ تا ۱۰ سالگی، درمان تاثیر چندانی در بینایی نخواهد گذاشت.

یکی از عواملی که منجر به کم‌بینایی یا نابینایی در کودکان می‌شود، تنبلی چشم یا آمبلیوپی است. تنبلی چشم یک کاهش عملکردی در شدت بینایی است که به دلیل رشد غیر طبیعی بینایی در اوایل زندگی ایجاد می شود. این اختلال به طور عمده یک طرفه است اگرچه گاهی اوقات ممکن است هر دو چشم تحت تاثیر قرار گیرد.

تنبلی چشم به گونه‌ای است که گاهی بدون علامت و با ظاهر عادی چشم است بنابراین در موارد زیادی از سوی والدین تشخیص داده نمی‌شود و حتما باید برای تشخیص آن به چشم پزشک مراجعه کرد. البته برنامه غربالگری تنبلی چشم همه ساله در کشور اجرا می‌شود اما جای تعجب است که ۲۰ درصد خانواده‌ها در سطح کشور در این طرح مشارکت نمی‌کنند که این مساله منجر به بروز معلولیت در کودک می‌شود.

آمبلیوپی یا تنبلی چشم نمایانگر کاهش بینایی است که در سال‌های تکامل بینایی به دلیل تحریک بینایی غیرطبیعی یا تعامل دوچشمی غیرطبیعی رخ می‌دهد؛ در این حالت، مغز از چشم قوی‌تر استفاده می کند و سیگنال‌هایی را که از چشم ضعیف‌تر دریافت می‌کند، نادیده می‌گیرد.

تنبلی چشم معمولا یک طرفه است اما در برخی موارد می‌تواند دو طرفه هم باشد؛ این وضعیت معمولاً در نتیجه عیوب انکساری شدید در هر دو چشم رخ می‌دهد.

اگر علت تنبلی چشم به شفافیت مسیر دید یا انحراف چشم مربوط باشد، اغلب توسط والدین و اطرافیان قابل تشخیص است اما اگر مربوط به عیوب انکساری باشد، باید توسط چشم پزشک یا بینایی سنج تشخیص داده شود. در برخی موارد، ممکن است خانواده‌ها نسبت به تنبلی چشم بی‌توجه باشند، به ویژه اگر علائم آن کمرنگ باشد یا فرزند آن‌ها هنوز قادر به بیان مشکلات بینایی خود نباشد زیرا بیشتر کودکان به دلیل آنکه متوجه این موضوع نمی شوند، مبتلا به آمبلیوپی یک طرفه از کاهش دید شکایت نمی‌کنند مگر اینکه یک چشم بسته شود. بهترین زمان برای تشخیص و پیشگیری از تنبلی چشم تا قبل از سن هفت سالگی است و تشخیص به موقع به ویژه در بیماری‌های آب مروارید و پایین افتادگی پلک اهمیت فراوانی دارد و اگر درمان فوری و به موقع در این گونه بیماری تنبلی چشم صورت نپذیرد، می‌تواند منجر به کاهش شدید بینایی کودک شود.

بنابراین، غربالگری بینایی منظم برای کودکان بسیار مهم است. همچنین، آگاهی و آموزش والدین درباره علائم و درمان تنبلی چشم می‌تواند به شناسایی زودهنگام و درمان موثر این اختلال کمک کند. در صورت تداوم تنبلی چشم، ممکن است نابینایی تدریجی اتفاق بیفتد اما از این اختلال می‌توان در زمان طلایی سه تا ۶ سال پیشگیری کرد و از این زمان به بعد، هر سال که سن کودک افزایش یابد، امکان پیشگیری از کم بینایی و نابینایی کمتر می شود. اگر غربال چشم برای کودکان انجام نمی شد، ممکن بود بسیاری از این کودکان به سمت معلولیت بروند. سال گذشته ۶۰ هزار اختلال بینایی در اجرای غربالگری چشم بین کودکان شناسایی شد که ۱۹ هزار از این موارد مربوط به تنبلی چشم و ۴۱ هزار مورد آن مربوط به عیوب انکساری بود.

برنامه غربالگری تنبلی چشم از برنامه‌های دیرینه بهزیستی بوده و از سال ۱۳۷۵ آغاز شده است که بر اساس آن کودکان ۳ تا ۶ سال از نظر تنبلی چشم و سایر عیوب انکساری و اختلال آناتومیک چشم غربالگری می‌شوند. تنبلی چشم عوارضی مانند نابینایی یا کاهش بینایی دائمی، اختلال در دید عمقی، کاهش قدرت تمرکز و قدرت تفکیک و اختلالات تحصیلی و یادگیری در پی دارد. باید توجه داشت که تنها راه پیشگیری از تنبلی چشم و پیامدهای معلولیت‌زای آن، تشخیص به موقع عوامل ایجاد کننده این اختلال است و خانواده‌ها باید به این مهم توجه داشته باشند و در برنامه های غربالگری تنبلی چشم شرکت کنند چراکه در صورت عدم شناسایی تنبلی چشم در سن طلایی ۳ تا ۷ سال، دیگر نمی‌توان آن را درمان کرد. طرح غربالگری تنبلی چشم گامی بزرگ برای پیشگیری از معلولیت های بینایی است. هرچه بیشتر بتوان کودکان را در سطح کشور مورد سنجش قرار داد در آینده شاهد معلولیت های بینایی کمتری خواهیم بود.

masomesoltani٤٦ @ gmail.com

امحای نادرست آنتی‌بیوتیک ها چه خطراتی دارد

به گزارش زمان، آزیتا نبی زاده گفت: امحای نادرست آنتی‌بیوتیک‌ها موجب بازگشت آنها به چرخه طبیعت شده و با ورود آنها به بدن حیوانات و مصرف گوشت یا شیر آنها، ممکن است وارد بدن افراد شده و در نتیجه موجب مقاومت میکروبی در بدن شود. وی افزود: سازمان جهانی بهداشت پیش‌بینی کرده است که مقاومت‌های میکروبی در ۱۰ سال آینده اولین عامل مرگ‌ومیر مقاومت آنتی‌بیوتیکی خواهد بود.

نبی زاده گفت: بسیار مهم است که از مقاومت میکروبی پیشگیری کنیم و نسل آینده را از داروهای آنتی‌بیوتیک محروم نکنیم. وی یادآور شد: یک پزشک باید آنتی‌بیوتیک را با دوز و زمان مصرف مناسب تجویز کند و بیمار هم باید سر ساعت و طول دوره‌ای که آن را تجویز کرده و تعداد کامل آنها را مصرف کند. مادران هم باید فقط با تجویز پزشک به کودکان خود آنتی‌بیوتیک بدهند تا در آینده آنها دچار مقاومت آنتی‌بیوتیکی نشوند.