آوای دریا ۳۱۵

صدای زنان هرمزگان
آوای دریا هفته نامه الکترونیکی هرمزگان

شنبه ۱۶ آبان ماه ۱۴۰۵ سال هشتم
www.avayedarya.ir



آرزو پاسلار برای چهار سال دیگر رئیس هیئت قایقرانی هرمزگان شد



نقش کلیدی حمایت والدین در شکوفایی استعدادهای کودکان



ضرورت آگاهی دختران نوجوان و مادران‌شان از پیامدهای بارداری در سنین پایین



آغاز برگزاری کلاس‌های رایگان آمادگی برای «زایمان فیزیولوژیک»



هر روز ۱۴۳ زن برای همسرآزاری به پزشکی قانونی می‌روند

هر روز ۱۴۳ زن برای همسرآزاری به پزشکی قانونی می‌روند



آخرین گزارش وضعیت اجتماعی فرهنگی مرکز آمار ایران منتشر شده و آمارهای مربوط به بهار ۱۴۰۵ را به روزرسانی کرده است. در این گزارش آخرین آمار مربوط به مدعیان همسرآزاری با استناد به داده‌های سازمان پزشکی قانونی منتشر شده است.اکوایران: ۱۳ هزار و ۳۴۷ معاینه مربوط به زنان مدعی همسرآزاری جسمی در مراکز پزشکی قانونی در بهار ۱۴۰۵ ثبت شده است.

این آمار در تازه‌ترین گزارش اجتماعی و فرهنگی مرکز آمار ایران با عنوان «موارد معاینات مربوط به مدعیان همسرآزاری» منتشر شده است. البته این ارقام نشان‌دهنده تعداد معاینات انجام‌شده است و لزوماً نمی‌توان آن را معادل تعداد زنان خشونت‌دیده دانست.بررسی آمارها نشان می‌دهد که تعداد معاینات مربوط به همسرآزاری جسمی در زنان در بهار ۱۴۰۵ نسبت به زمستان سال قبل افزایش یافته است. در زمستان ۱۴۰۴ در مجموع ۹ هزار و ۸۱۳ مورد معاینه در این زمینه ثبت شده بود که این رقم در بهار به ۱۳ هزار و ۳۴۷ مورد رسیده است. آمار معاینات مربوط به همسرآزاری روانی نیز روند افزایشی داشته است. در حالی که در زمستان ۱۴۰۴ تنها ۱۹ مورد معاینه مربوط به زنان مدعی همسرآزاری روانی ثبت شده بود این تعداد در بهار ۱۴۰۵ به ۳۰ مورد افزایش یافته است.

با این حال مقایسه بهار ۱۴۰۵ با فصل مشابه سال قبل تصویر متفاوتی را نشان می‌دهد. در بهار ۱۴۰۴ تعداد معاینات مربوط به زنان مدعی همسرآزاری جسمی ۱۴ هزار و ۱۳۱ مورد بود که در بهار امسال به ۱۳ هزار و ۳۴۷ مورد کاهش یافته است. همچنین تعداد معاینات مربوط به همسرآزاری روانی در زنان از ۳۹ مورد در بهار ۱۴۰۴ به ۳۰ مورد در بهار ۱۴۰۵ رسیده است.

بررسی آمارهای سالانه نیز از کاهش تعداد معاینات مربوط به همسرآزاری جسمی در زنان حکایت دارد. براساس این گزارش در سال ۱۴۰۴ در مجموع ۵۱ هزار و ۹۸۲ مورد معاینه در این زمینه ثبت شده است. این در حالی است که تعداد معاینات در سال ۱۴۰۳ به ۶۰ هزار و ۱۹۷ مورد می‌رسید. در مقابل آمار معاینات مربوط به همسرآزاری روانی در زنان افزایش یافته است. در سال ۱۴۰۳ در مجموع ۸۵ مورد معاینه مربوط به زنان مدعی همسرآزاری روانی ثبت شده بود که این تعداد در سال ۱۴۰۴ به ۱۱۴ مورد رسیده است.

بررسی آمارهای مرکز آمار ایران نشان می‌دهد که تعداد معاینات مربوط به همسرآزاری جسمی در زنان در سال ۱۴۰۴ نسبت به سال ۱۴۰۳ حدود ۱۳٫۶ درصد کاهش داشته است. همچنین مقایسه بهار ۱۴۰۵ با فصل مشابه سال قبل از کاهش پنج درصدی این معاینات حکایت دارد. با این حال تعداد معاینات ثبت‌شده در بهار ۱۴۰۵ نسبت به زمستان ۱۴۰۴ حدود ۳۶ درصد افزایش یافته است. در مقابل، معاینات مربوط به همسرآزاری روانی در زنان در سال ۱۴۰۴ نسبت به سال قبل حدود ۳۴ درصد افزایش داشته است.

اما آیا کاهش آمار الزاما به معنای کاهش خشونت‌های مربوط به همسرآزاری است؟ پیمان حاج محمود عطار، وکیل دادگستری در گفت‌وگو با اکوایران می‌گوید: لزوماً کاهش آمار جرائم ثبت‌شده در نهادهای حمایتی مانند سازمان بهزیستی کشور و همچنین نهادهای انتظامی و قضایی مانند نیروی انتظامی و مراجع قضایی به معنای کاهش وقوع جرم نیست.

او ادامه می‌دهد: در برخی موارد قربانی یا بزه‌دیده به دلیل محدودیت‌ها و رودربایستی‌های اخلاقی ناشی از موقعیت اجتماعی خود یا نوع رابطه‌ای که با فرد بزهکار دارد مانند رابطه زناشویی یا رابطه پدر و فرزندی از اعلام بزه‌دیدگی یا ضرب و جرح واردشده به خود خودداری می‌کند. همچنین ممکن است بزه‌دیده به دلیل تهدید از سوی فرد بزهکار از طریق واسطه‌ها یا وجود سایر موانع از شکایت یا اعلام جرم و آشکار کردن موضوع خودداری کند.

این وکیل دادگستری تأکید می‌کند: میان جرائم کشف‌شده و اعلام‌شده با جرائمی که در واقع رخ داده‌اند همواره در جوامع مختلف فاصله آماری قابل توجهی وجود دارد.

چند خبر کوتاه از ورزش بانوان ...

تیم اسکواش زنان ایران برای نخستین‌بار صاحب مدال آسیایی شد

تیم ملی اسکواش بانوان ایران با پیروزیمقابل پاکستان میزبان، برای نخستین بار در رقابت‌های قهرمانی تیمی آسیا، مدال برنز این مسابقات را از آن خود کرد.

ملی‌پوشان کشورمان روز جمعه ۱۵ آبان‌ماه در چهارمین دیدار خود از بیست‌وسومین دوره این رقابت‌ها در اسلام‌آباد، به مصاف پاکستان رفتند و با برد نرگس سلطانی و فرشته اقتداری، این دستاورد تاریخی را کسب کردند. در بازی نخست، نرگس سلطانی با برتری ۳ بر صفر مقابل سحرش علی، نخستین برد را برای ایران به دست آورد. سلطانی در سه گیم متوالی با نتایج ۱۱ بر ۹، ۱۱ بر ۵ و ۱۱ بر ۸ پیروز شد. در دومین مسابقه، باران محمدپور با نتیجه ۳ بر یک مقابل حریف پاکستانی خود؛ ماهنور علی، نتیجه را واگذار کرد تا دو تیم در مجموع یک بر یک برابر شوند. در بازی سوم و تعیین‌کننده، فرشته اقتداری با پیروزی قاطع ۳ بر صفر مقابل ثنا بهادر، برتری ایران را قطعی کرد. اقتداری در سه گیم متوالی با نتایج ۱۱ بر ۸، ۱۱ بر ۶ و ۱۱ بر ۶ به پیروزی رسید.

بانوان اسکواش ایران که پیش‌تر کره جنوبی را نیز شکست داده بودند توانستند با این پیروزی، عنوان سومی آسیا را از آن خود کنند.

تیم ملی بانوان ایران با ترکیب فرشته اقتداری، نرگس سلطانی، باران محمدپور و نجمه بوشهری‌زاده با مربیگری الهام رمضانی در این رقابت ها حضور دارد.

تداوم اعتماد مجمع به سکاندار قایقرانی استان



آرزو پاسلار برای چهار سال دیگر رئیس هیئت قایقرانی هرمزگان شد

مجمع انتخاباتی هیئت قایقرانی استان هرمزگان با حضور رئیس فدراسیون برگزار شد و آرزو پاسلار با کسب آرای اعضای مجمع، برای چهار سال دیگر در سمت ریاست این هیئت ابقا شد. مجمع انتخاباتی هیئت قایقرانی استان هرمزگان با حضور علیرضا سهرابیان، رئیس فدراسیون قایقرانی، مهدی فولادی، مدیرکل ورزش و جوانان استان هرمزگان و اعضای مجمع، در سالن اجتماعات این اداره‌کل برگزار شد. در این مجمع، آرزو پاسلار، تنها نامزد ریاست هیئت قایقرانی هرمزگان، به تشریح برنامه‌ها و اهداف خود برای چهار سال آینده پرداخت. پس از ارائه برنامه‌ها، اعضای مجمع آرای خود را به صندوق انداختند و در پایان، پاسلار با کسب ۲۰ رأی برای چهار سال دیگر به‌عنوان رئیس هیئت قایقرانی استان هرمزگان انتخاب شد. گفتنی است در این مجمع، ۲۰ عضو دارای حق رأی حضور داشتند و انتخابات با مشارکت اعضای مجمع برگزار شد.

نعمتی: استرس تیر طلایی را دوست داشتم نام آرش کمانگیر بر روی مسابقات جهانی است



دارنده سه مدال طلای پارالمپیک با بیان اینکه کمانداری در خون ایرانیان است گفت: نام اسطوره ایرانی بر روی مسابقات جهانی این رشته ثبت شده است. زهرا نعمتی اظهارداشت: تیر و کمان رشته سختی است و شیرینی این رشته هم به سخت بودنش است.کمانداری در خون و وجود ما ایرانیان است؛ تا جایی که یکی از اسطوره‌های کهن بوم ایران، یعنی «آرش» با لقب کمان‌گیر را داریم. شاید لازم باشد بدانید که نام «آرچری» (Archery) روی مسابقات جهانی تیروکمان از آرش کمان‌گیر گرفته شده است.

وی ادامه داد: بانوان ایران در عرصه تیراندازی بسیار ماهر هستند و امیدوارم آقایان از این حرف من ناراحت نشوند! ما قهرمانان بزرگی از شیرزنان و شیردختران ایرانی داریم.

سرمربی تیم ملی پاراتیروکمان افزود: این رشته چند مولفه خاص می‌خواهد. تیر و کمان یک رشته سخت است که کمان‌دار باید مجهز به چندین مولفه باشد؛ هم دقت لازم است و هم قدرت. تمرکز بسیار بالایی نیاز دارد و عوامل محیطی نیز بر آن اثر می‌گذارند، به‌طوری که باد و باران می‌توانند در مسابقات آن چالش‌انگیز باشند. البته همه جذابیت تیر و کمان به همین چالش‌هایش است و کمان‌دار باید تمام عوامل محیطی را کنترل کند. یک قهرمان هم باید توانمندی داشته باشد و هم از اعتمادبه‌نفس لازم برخوردار باشد. تیر و کمان یک دنیا و یک زندگی است و من بارها از آن درس گرفتم.

چرا زهرا نعمتی کار را به تیر طلایی می‌کشاند؟

وی در پاسخ به این پرسش گفت: من هیجان را دوست دارم و حتی زمانی که شاگردانم به تیر طلایی می‌روند، مطمئنم که برنده می‌شوند. البته مادرم به خاطر این کار استرس زیادی می‌کشید و من همواره دست‌بوس پدر و مادرم هستم. وی در خصوص حضور نداشتن در پارالمپیک پاریس نیز توضیح داد: عدم حضورم در پارالمپیک ۲۰۲۴ یک تصمیم شخصی بود و به سفارش مادرم فضا را برای ورزشکاران جوان باز کردم. من برای بار اول در پارالمپیک لندن طلا گرفتم که خیلی شیرین بود؛ این نخستین مدال طلای زنان ایران در بازی‌های المپیک و پارالمپیک بود.

وی در پایان گفت: خیلی وسوسه‌انگیز است که من دوباره به زندگی قهرمانی برگردم، اما هیجان مربیگری بسیار زیاد است و من این را خیلی دوست دارم. وقتی ورزشکاران امتیاز می‌گیرند و روی سکو می‌روند، خیلی هیجان دارم و این هیجان را با هیچ چیزی عوض نمی‌کنم.

نعمتی در پایان ضمن تشکر از باشگاه گل‌گهر سیرجان گفت: من فوتبال را دنبال می‌کنم و طرفدار تیم «گل‌گهر سیرجان» هستم، چرا که این باشگاه حمایت ویژه‌ای از پاراتیروکمان دارد.

چه عواملی باعث "اتیسم" می‌شود؟

گزارش : ایسنا



اتیسم به عنوان یکی از در حال گسترش‌ترین اختلالات دوره کودکی، با تاخیر یا کارکرد ناهنجار حداقل در یکی از حوزه‌های تعامل اجتماعی، زبان مورد استفاده در ارتباطات اجتماعی، بازی‌های تخیلی یا نمادین تظاهر می‌یابد که میزان شیوع اختلال طیف اتیسم در آخرین گزارشات موجود در جوامع صنعتی و پیشرفته، یک درصد است.

اختلال طیف اتیسم به مجموعه‌ای از اختلال رشدی گفته می‌شود که مهارت‌های کلامی و غیرکلامی ارتباطی و تعامل اجتماعی را به طور معناداری تحت تاثیر خود قرار می‌دهد و اغلب علائم آن در آغاز ۱۸ ماهگی یا ۲ سالگی (پیش از ۳ سالگی) بروز می‌یابد و علاوه بر اثرگذاری بر اغلب جنبه‌های رشدی و اجتماعی، عملکردهای آموزشی شناختی فرد را نیز تحت تاثیر خود قرار می‌دهد.

میزان شیوع اختلال طیف اتیسم در دختران و پسران متفاوت است، اما افزایش موارد این اختلال از نظر آماری در اغلب موارد زنگ خطری است که باعث نگرانی متخصصین و برنامه‌ریزان امور آموزش رشد و بهداشت جوامع شده است، به طوریکه میزان شیوع اختلال طیف اتیسم در آخرین گزارشات موجود در جوامع صنعتی و پیشرفته یک درصد است.

اتیسم چه علائمی دارد؟

مشاهده دقیق کودک پیش از ۳ سالگی ممکن است وجود علائم اتیسم را آشکار کند. تعدادی از کودکان نیز تا ۲۴-۱۸ ماهگی دارای رشدی عادی هستند و بعد رشدشان متوقف می‌شود یا مهارت‌های کسب‌شده را از دست می‌دهند.

اما به طور کلی علائم اتیسم می‌تواند شامل این موارد باشد:

بازی‌های اجتماعی (مثلاً بازی دالی یا قایم باشک) انجام نمی‌دهند یا به طور یکجانبه و با خودشان بازی می‌کنند.

به شیوه خاصی بازی می‌کنند و علاقه‌ای برای انجام بازی با دیگران از خود نشان نمی‌دهند.

با بچه‌های همسن خود بازی نمی‌کنند.

با روشن شدن جاروبرقی یا سایر وسایل سر و صدادار گوش خود را می‌گیرند و فرار می‌کنند. بد خواب بوده یا دیر می‌خوابند و با کمترین صدایی بیدار می‌شوند.

البته این علایم می‌تواند در کودکان دارای سایر اختلال نیز روی دهد و حتماً نشانه وجود اتیسم نیست.

علائم هشداردهنده در سال اول

حتی کودکان یک ساله نیز توانایی‌های اجتماعی دارند. بنابراین برای شناسایی علائم اتیسم باید نحوه تعامل کودک با جهان پیرامون را مورد بررسی قرار داد.

کودک دارای اتیسم ممکن است علائم زیر را از خود نشان دهند:

واکنش نشان ندادن و عدم برگشت به جهت صدای مادر

عدم واکنش نسبت به نام خود

نگاه نکردن به چشم دیگران

فقدان اشاره و یا قان و قون تا سن یکسالگی

فقدان لبخند و یا سایر علایم اجتماعی در برابر دیگران

علایم هشداردهنده در سال دوم

علائم اتیسم در سال دوم زندگی بسیار قابل مشاهده و مشخص‌تر است، در حالیکه کودک دارای رشد عادی شروع به بیان اولین کلمه‌ها و اشاره کردن به محیط پیرامون خود می‌کند، کودک دارای اتیسم همچنان بریده از محیط خود باقی می‌ماند.

علائم اتیسم در این سن عبارتند از:

فقدان تک کلمه تا سن ۱۶ ماهگی

فقدان بازی‌های وانمودی تا سن ۱۸ ماهگی

فقدان عبارت‌های دو کلمه‌ای تا ۲ سالگی

از دست دادن مهارت‌های زبانی

علاقه‌ای به توجه به اموری که بزرگسالان به وی نشان می‌دهند، ندارد مثل نشان دادن هواپیمای در حال پرواز

سایر علائم و نشانگان

افراد دارای اتیسم ممکن است دارای علائم بدنی و جسمی بوده و مواردی مانند مشکلات مربوط به گوارش و مشکل خواب داشته باشند. ممکن است در هماهنگی میان ماهیچه‌های بزرگ و کوچک و در انجام هماهنگ حرکات در فعالیت‌هایی مانند دویدن یا بالا رفتن، از خود ناپختگی و ضعف نشان دهند. حدود یک سوم از این کودکان دارای غش یا حمله‌های صرعی هستند.

اتیسم چگونه مغز را تحت تاثیر قرار می‌دهد؟

اتیسم بخش‌هایی از مغز را که کنترل‌کننده عواطف هستند تحت تاثیر خود قرار می‌دهد و فرد در برقراری ارتباط و انجام حرکات بدن دچار مشکل می‌شود. در مرحله نوزادی و ابتدای تولد، سر و جمجمه‌ای به مراتب بزرگتر از سایر کودکان دارند. ژن‌های معیوب و عامل ایجادکننده این اختلال در یک خانواده از یک نسل به نسل دیگر منتقل می‌شود و مسئول ایجاد چنین مشکلاتی در مغز هستند. محققان تلاش می‌کنند با استفاده از اسکن مغز راهی برای شناسایی و تشخیص اُتیسم بیابند.

غربال اتیسم در مراحل اولیه

اغلب کودکان دارای اتیسم تا سن پیش از مدرسه و حتی بالاتر از آن تشخیص داده نمی‌شوند، بنابراین حمایت‌های مورد نیاز خود را در زمانی که به آنها به شدت احتیاج دارند دریافت نمی‌کنند. به همین دلیل است که غربال تمامی کودکان در مراحل اولیه رشد جهت ارجاع آنان برای تشخیص و شناسایی کودکان نیازمند مداخله ضروری است.

تشخیص مشکلات زبانی

در ضمن انجام ارزیابی معمول از کودک، پزشک نحوه عکس‌العمل او نسبت به صدا، لبخند زدن یا سایر حالت‌های بیانی را ارزیابی کرده و نحوه بیان و قان و قون کردن را بررسی می‌کند و در صورت وجود مشکل یا تاخیر در گفتار او را به گفتاردرمانگر ارجاع می‌دهد. به علاوه ممکن است کودک نیاز به ارزیابی شنیداری داشته باشد. اغلب افراد دارای اتیسم در نهایت زبان باز می‌کنند اما در مقایسه با دیگران تاخیر قابل توجهی در کسب این توانایی دارند انجام مکالمه برایشان بسیار دشوار است، ممکن است در زمان بیان،کلام آهنگین داشته باشند یا مانند آدم آهنی و بدون احساس صحبت کنند.

تشخیص اتیسم

ناتوانی و ضعف در برقراری ارتباط با دیگران یکی از مهمترین ویژگی‌های اختلال طیف اتیسم است. روانشناسی که آموزش‌های ویژه دیده، می‌تواند مشکلات اجتماعی را در مراحل اولیه بروز آن شناسایی کند. کودک ممکن است به چشم افراد دیگر و حتی والدین خود نگاه نکند. ممکن است به مدت طولانی افراد محیط را انکار کرده و بر اشیاء پیرامون خود تمرکز کند. ممکن است از حالت بدن، حالت‌های صورت و بیانات چهره‌ای برای برقراری ارتباط با دیگران و نشان دادن واکنش‌های عاطفی خود استفاده نکند.

اختلال اتیسم با عملکردهای سطح بالا

افراد دارای اتیسم با عملکردهای سطح بالا محدودیتی در عملکردهای ذهنی و مهارت‌های زبانی ندارند. در واقع، ممکن است مهارت‌های گفتاری سطح بالایی داشته باشند. اما این افراد از نظر اجتماعی، ناپخته بوده و در ادراک علائم غیرکلامی نظیر درک حالت‌های عاطفی چهره، مشکل دارند. ممکن است تنها بر یک موضوع مورد علاقه خود تمرکز کنند و تمام جنبه‌های آن را بشناسند، اما در دوست‌یابی و برقراری ارتباط با دیگران مشکل داشته باشند.

مداخله؛ برنامه‌های رفتاری

نقش تحلیل رفتار به عنوان ابزار مداخله‌ای مؤثر در کمک به کودکان دارای اختلال طیف اتیسم و سایر نقایص ارتباطی و کمک به آنان در کسب مهارت‌های جدید اثبات شده است. از جمله این روش‌های درمانی تحلیل کاربردی رفتار است که در این روش‌ها از تکنیک‌هایی نظیر زنجیره‌سازی، شکل‌دهی رفتار و موارد مشابه استفاده می‌شود. اصول اولیه مداخله رفتاری، غالبا در امور آموزشی، محیط های کاری و مراقبت از کودکان فارغ از نوع رشدشان نیز به کار گرفته می‌شود.

تحلیل رفتار کاربردی در کودکان دارای اتیسم، رفتارهای مثبت را تقویت کرده و رفتارهای نامناسب را خاموش می‌کند.

مداخله؛ تعامل همه‌جانبه

از جمله روش‌های مداخله برای افراد دارای اتیسم و اختلال ارتباطی بسیار شدید روش تعامل همه‌جانبه است که به ارتباط مانند توجه دوجانبه، رعایت نوبت و ارتباط چشمی می‌پردازد و سعی می‌کند به جای یک دیدگاه کمی جزءنگر از روش‌های کیفی کل‌نگر استفاده کند. این روش از دسته مداخلات مراجع‌محور است که در آن درمانگر از مراجع پیروی می‌کند و برای افراد دارای اتیسم و اختلال ارتباطی بسیار شدید مناسب است.

مداخله؛ دارو درمانی

برای درمان اتیسم هیچ داروی خاصی وجود ندارد، اما دارو می‌تواند تعدادی از علائم را کنترل کند.

مداخله؛ انسجام حسی

کودکان دارای اتیسم ممکن است به شدت در برابر محرک‌هایی مانند نور، صدا، مزه و بو از خود حساسیت نشان دهند. این شرایط بسیار شبیه اختلال در انسجام حسی است. به عنوان نمونه، ممکن است در برابر نور خاموش و روشن‌شونده و شدید بهم بریزند و یا در برابر صدایی مانند زنگ مدرسه واکنش منفی شدیدی از خود نشان دهند. تحقیق محدودی که در دانشگاه تمپل انجام شد نشان داد که کمک به کودک برای سازگاری با شرایط حسی متفاوت، باعث می‌شود تا رفتارهای تکراری و مشکلات رفتاری این کودکان تا حد زیادی کنترل و تعدیل شود.

اتیسم و تغذیه

مشکلات گوارشی در کودکان دارای اتیسم شایع بوده و حدود ۳۰ درصد از آنها ممکن است مواد غیرغذایی مانند خاک یا کاغذ بخورند. تعدادی از والدین یک رژیم غذایی عاری از گلوتن (موجود در گندم) وکازئین (پروتئین شیر) را برای فرزند دارای اتیسم خود مورد استفاده قرار می‌دهند. برنامه‌های غذایی دیگری مانند تغییر در رژیم غذایی از جمله ویتامین B۶ و منیزیم مکمل وجود دارد. تاکنون، شواهد موجود نتوانسته ضرورت استفاده از یک برنامه تغذیه‌ای را برای این کودکان به اثبات برساند.

چه چیزی باعث ایجاد اتیسم می‌شود؟

دانشمندان علت دقیق پیدایش اتیسم را نمی‌دانند، اما از آنجایی که در درون خانواده و اعضای آن روی می‌دهد، احتمالا ژن‌ها در پیدایش آن نقش بسیار مهمی دارند. برای بررسی اثر مواد شیمیایی و عوامل محیطی و عفونت‌ها در ایجاد اتیسم در مرحله پیش از تولد، تحقیقاتی در حال انجام است. اتیسم در افراد دارای سایر اختلال ژنتیکی مانند اختلال X شکننده و توبروس اسکلروزیس شایع‌تر است. مصرف والپروئیک اسید یا تالیدومید در دوران بارداری، احتمال ابتلاء کودک به اتیسم را افزایش می‌دهد.

احتمال اتیسم درخواهر و برادران افراد دارای اختلال

بر اساس بررسی‌های انجام شده، افرادی که دارای یک کودک با اختلال اُتیسم هستند، ۱۹ درصد احتمال دارد که فرزند دوم آنان نیز اتیسم داشته باشد. در صورت داشتن دو کودک دارای اتیسم احتمال داشتن کودک سوم با تشخیص اتیسم بسیار بالاتر می‌رود.

فرزند خوب بودن تا کجا؟

گزارش : ایرنا



مراقبت از پدر و مادر سالمند، برای بسیاری از فرزندان از روی محبت آغاز می‌شود؛ اما گاهی شب‌بیداری، رفت‌وآمدهای بیمارستان، مسئولیت‌های روزمره و تقسیم نابرابر وظایف، زندگی مراقب را تحت تأثیر قرار می‌دهد. دکتر معصومه حاتمی، متخصص روان‌شناسی سلامت، با تأکید بر اینکه خستگی از مراقبت به معنای کم‌شدن محبت نیست، از ضرورت تعیین حدومرز، تقسیم عادلانه مسئولیت‌ها و توجه به سلامت روان فرزندان می‌گوید.

تصور کنید زنی را که صبح به محل کار می‌رود، عصر به خانه برمی‌گردد، به امور فرزندانش می‌رسد و شب، مراقبت از پدر بیمار نیز بر عهده اوست. شب‌های بی‌خوابی، رفت‌وآمدهای بیمارستان و نگرانی مداوم، کم‌کم توانش را تحلیل می‌برد. وقتی می‌گوید دیگر توان ادامه این وضعیت را ندارد، ممکن است با این پاسخ روبه‌رو شود که پدرش برای او زحمت کشیده و حالا نوبت جبران است.

اما آیا دوست داشتن والدین به معنای نادیده گرفتن خستگی و نیازهای شخصی است؟ آیا فرزندی که برای مراقبت از پدر یا مادرش به کمک نیاز دارد، کمتر از دیگران به وظیفه خود عمل کرده است؟

خستگی از مراقبت، به معنای خستگی از دوست داشتن نیست

معصومه حاتمی، متخصص روان‌شناسی سلامت، با اشاره به جایگاه احترام و نیکی به والدین در فرهنگ ایرانی و آموزه‌های دینی، می‌گوید: در فرهنگ ما، محبت به پدر و مادر ارزش بسیار زیادی دارد و قرآن نیز بر احسان به والدین تأکید کرده است؛ اما گاهی تعریف ما از فرزند خوب آن‌قدر سخت‌گیرانه می‌شود که انگار فرزند نباید خسته شود، نیازی داشته باشد، اعتراض کند یا برای خودش زندگی کند.

او تأکید می‌کند که فرزند خوب بودن پایان مشخصی ندارد، اما توان انسان محدود است و شیوه مراقبت باید با این توان هماهنگ باشد. ممکن است فردی مادرش را بسیار دوست داشته باشد، اما از شب‌بیداری، رفت‌وآمد بیمارستان و مسئولیت دائمی مراقبت خسته شود؛ این دو احساس با یکدیگر تناقضی ندارند. خسته شدن از شرایط، لزوماً به معنای خسته شدن از دوست داشتن نیست.

به گفته حاتمی، وقتی فرزندی از ناتوانی خود در ادامه یک وضعیت می‌گوید، نباید فوراً او را به بی‌انصافی یا ناسپاسی متهم کرد. او زحمات والدینش را انکار نمی‌کند، بلکه محدودیت توان خود را بیان می‌کند. بنابراین، پرسش اصلی نباید این باشد که فرد چقدر بیشتر می‌تواند تحمل کند؛ بلکه باید پرسید چگونه می‌توان مراقبت را به شکلی تنظیم کرد که هم نیازهای پدر یا مادر تأمین شود و هم فرزند از پا نیفتد.

مراقبت مسئولانه، بدون فداکاری بی‌حدومرز

حاتمی برای ایجاد تعادل میان مراقبت از والدین و توجه به نیازهای شخصی، نخست بر ضرورت تفکیک نیازهای ضروری از ترجیحات تأکید می‌کند. به گفته او، مصرف داروهای تجویزشده، تغذیه، بهداشت و نظارت لازم برای حفظ ایمنی، از نیازهای ضروری‌اند؛ اما اینکه فقط یک فرزند هزینه‌ها را بپردازد یا همیشه در دسترس باشد، لزوماً ضرورت ندارد.

او توضیح می‌دهد که اگر والد سالمند به حضور همیشگی یک فرزند وابسته شده باشد، می‌توان ضمن شنیدن نگرانی‌های او، برای حضور دیگر اعضای خانواده یا راه‌های جایگزین مراقبت برنامه‌ریزی کرد. البته اگر سالمند به دمانس یا اختلال شناختی مبتلا باشد، صرف توضیح منطقی مشکل را حل نمی‌کند و تغییر شیوه مراقبت باید متناسب با وضعیت او انجام شود.

این متخصص روان‌شناسی سلامت همچنین توصیه می‌کند: فرزندان پیش از آنکه فرسودگی و بیماری برایشان حد تعیین کند، توان و زمان قابل اختصاص به مراقبت را مشخص کنند. برای مثال، فرد می‌تواند از ابتدا بگوید هفته‌ای دو روز یا در نوبت‌های پزشکی از پیش هماهنگ‌شده امکان همراهی دارد و برای سایر زمان‌ها باید برنامه دیگری در نظر گرفته شود.

به باور حاتمی، استراحت نیز باید بخشی از برنامه مراقبت باشد؛ زیرا اگر فرد منتظر بماند تا همه کارها تمام شود و بعد استراحت کند، ممکن است هیچ‌وقت فرصتی برای آن پیدا نکند. در زمان استراحت، فرد دیگری باید واقعاً مسئولیت مراقبت را بپذیرد؛ صرف اینکه مراقب اصلی از محل دور شود، اما همچنان پاسخ‌گوی تمام تماس‌ها و تصمیم‌گیرنده همه امور باشد، به معنای فاصله گرفتن از مسئولیت نیست. او در ادامه، احساس گناه را یکی دیگر از موضوعاتی می‌داند که باید بررسی شود. به گفته او، هر بار که این احساس سراغ فرد می‌آید، بهتر است از خود بپرسد آیا نیاز ضروری والدش بی‌پاسخ مانده یا فقط نتوانسته همه را راضی نگه دارد. اگر داروی ضروری فراموش شده باشد، باید برای اصلاح اشتباه و جلوگیری از تکرار آن اقدام کرد؛ اما اگر فرد برای معاینه خودش رفته و والدش نزد شخصی مطمئن بوده است، **احساس گناه لزوماً نشانه خطاکاری نیست.**

حاتمی همچنین بر حفظ استقلال والدین تأکید می‌کند و می‌گوید: سالمندی به‌خودی‌خود به معنای ناتوانی نیست و نباید کارهایی را که پدر یا مادر می‌توانند با ایمنی انجام دهند، صرفاً از سر دلسوزی از آنان گرفت. در عین حال، اگر رابطه گذشته با والد همراه با خشونت و آزار بوده است، نمی‌توان برای فرزند همان نسخه‌ای را پیچید که در یک رابطه خانوادگی امن کاربرد دارد؛ در چنین شرایطی، حمایت می‌تواند از طریق هماهنگی خدمات یا کمک غیرمستقیم انجام شود و فرد برای اثبات وفاداری مجبور نیست دوباره در معرض آزار قرار بگیرد.

چرا بار مراقبت روی دوش یک فرزند می‌افتد؟

رئیس مرکز فوق تخصصی روان‌شناسی و مشاوره سیمین روان، در توضیح چرایی تقسیم نابرابر مسئولیت میان فرزندان می‌گوید: این وضعیت اغلب با یک تقسیم رسمی آغاز نمی‌شود، بلکه به‌تدریج شکل می‌گیرد. یک فرزند به والدین نزدیک‌تر است، یک بار آنها را به بیمارستان می‌برد و بار دیگر داروهایشان را تهیه می‌کند؛ پس از مدتی، دیگران به این وضعیت عادت می‌کنند و انجام کارها به مسئولیتی دائمی برای همان فرد تبدیل می‌شود.

به گفته او، گاهی فرض‌های خانوادگی نیز در این روند نقش دارند؛ برای مثال، تصور می‌شود دختر مراقبت را بهتر انجام می‌دهد، فرزند مجرد وقت بیشتری دارد یا فردی که صبورتر به نظر می‌رسد، باید مسئولیت بیشتری بپذیرد. در حالی که هیچ‌یک از این ویژگی‌ها به معنای برخورداری از وقت و توان نامحدود نیست.

حاتمی می‌افزاید: گاهی والد سالمند فقط حضور یک فرزند را می‌پذیرد، برخی اعضای خانواده بیماری را جدی نمی‌گیرند یا از مواجهه با ناتوانی پدر و مادر می‌ترسند. در مواردی نیز فرزندی که بیشتر مراقبت می‌کند، به دلیل نگرانی یا تجربه‌های ناخوشایند گذشته، به‌سختی مسئولیت را به دیگران می‌سپارد. این عامل هم باید بررسی شود، اما نباید بهانه‌ای برای قرار دادن دوباره بار نابرابری بر دوش همان فرد خسته باشد.

او یادآور می‌شود که بخش زیادی از کار مراقبت دیده نمی‌شود. ممکن است همه متوجه شوند چه کسی مادر را به آزمایشگاه برده است، اما کسی نبیند چه کسی نوبت گرفته، ناشتا بودن او را یادآوری کرده، نتیجه آزمایش را پیگیری کرده یا شب را با نگرانی گذرانده است. حضور چندساعته یک عضو خانواده ارزشمند است، اما با مسئولیت روزانه فردی که همیشه باید آماده پاسخ‌گویی باشد، یکسان نیست.

به گفته این متخصص، پیامدهای تقسیم نابرابر مسئولیت فقط به خستگی محدود نمی‌شود؛ دلخوری میان خواهر و برادرها، احساس تنهایی، فشار مالی، عقب افتادن کار و تحصیل، فاصله گرفتن از همسر و فرزندان و حتی کاهش دقت در مراقبت نیز ممکن است در پی آن ایجاد شود.

درباره مسئولیت‌ها حرف بزنیم

حاتمی معتقد است فرزندی که بخش اصلی مراقبت را بر عهده دارد، نباید برای درخواست کمک تا زمان از پا افتادن صبر کند؛ کمک خواستن نیز بخشی از مسئولیت مراقبت است. او پیشنهاد می‌کند اعضای خانواده به جای بحث درباره میزان محبت یکدیگر، درباره کارهایی صحبت کنند که باید انجام شوند. به گفته او، نخستین قدم این است که کارهای روزمره و مسئولیت‌های کمتر دیده‌شده برای مدتی ثبت شوند؛ از خرید و تهیه غذا و دارو گرفته تا رفت‌وآمد، گرفتن نوبت، پیگیری آزمایش‌ها و بیداری شبانه. این فهرست صورت‌حساب محبت نیست، بلکه تصویری از کارهایی است که خانواده باید برای انجام آنها مسئول مشخص کند. در مرحله بعد، فرد باید واقعیت، تأثیر آن بر زندگی خود و درخواستش را روشن بیان کند. برای مثال، می‌تواند بگوید در سه هفته گذشته بیشتر مراقبت شبانه بر عهده او بوده، خوابش مختل شده و این وضعیت بر کار و زندگی‌اش اثر گذاشته است؛ بنابراین، از هفته آینده لازم است دو شب مشخص را فرد دیگری مسئولیت بپذیرد این متخصص تأکید می‌کند: درخواست کمک باید روشن و مشخص باشد؛ عباراتی مانند «بیشتر کمک کنید» ممکن است برای هر فرد معنای متفاوتی داشته باشد. بهتر است مسئولیت‌ها به کارهای معینی مانند همراهی در یک روز مشخص، خرید هفتگی دارو یا هماهنگی نوبت پزشک تبدیل شوند.

او در عین حال، تقسیم منصفانه را لزوماً به معنای تقسیم یکسان نمی‌داند. توان مالی، سلامت جسمی و روانی، شغل و مسئولیت‌های خانوادگی فرزندان متفاوت است؛ ممکن است یک نفر زمان بیشتری اختصاص دهد و دیگری بخشی از هزینه‌ها را بپردازد، به شرط آنکه این توافق واقعاً منصفانه باشد و برای مراقب اصلی نیز فرصت استراحت فراهم کند. زندگی در شهر یا کشور دیگر نیز ممکن است بعضی شکل‌های مشارکت را دشوار کند، اما لزوماً همه راه‌های همکاری را از بین نمی‌برد.

مسئولیت را واگذار کنیم، نه فقط انجام یک کار را

به گفته حاتمی، یکی از نکات مهم این است که مسئولیت‌ها به‌طور واقعی واگذار شوند. اگر یک فرزند مسئول همراهی پدر در مراجعه پزشکی است، نباید فرزند دیگری همچنان همه مقدمات را آماده کند، نوبت بگیرد و هماهنگی‌ها را انجام دهد و نفر اول فقط رانندگی کند. فردی که مسئولیتی را می‌پذیرد، باید تا حد امکان هماهنگی‌های مربوط به آن را نیز بر عهده بگیرد؛ البته امور تخصصی و درمانی باید مطابق دستور تیم درمان و متناسب با توان و آموزش فرد انجام شوند. او پیشنهاد می‌کند: خانواده برای تقسیم کار، توافقی روشن و حتی مکتوب داشته باشد؛ برای مثال، در گروه خانوادگی مشخص شود خرید با کدام عضو، همراهی در مراجعه پزشکی با کدام فرد و هماهنگی ویزیت با چه کسی است. بهتر است زمان مشخصی نیز برای بازبینی توافق تعیین شود تا اگر برنامه عملی نبود، اصلاح شود و مسئولیت‌ها دوباره به‌طور خودکار بر دوش مراقب اصلی نیفتند.

حاتمی توضیح می‌دهد: در مواجهه با جمله‌هایی مانند «تو بهتر بلدی»، می‌توان پاسخ داد: «چون بیشتر این کارها را انجام داده‌ام، یاد گرفته‌ام و می‌توانم به تو هم توضیح بدهم، اما نمی‌توانم همیشه به‌تنهایی انجامشان دهم.» در برابر این استدلال که «مامان فقط تو را قبول دارد» نیز می‌توان گفت باید به‌تدریج کمک کرد تا والد با حضور دیگر اعضای خانواده هم احساس امنیت کند. این روانشناس می‌گوید: اگر با وجود گفت‌وگو، همکاری شکل نگیرد، ممکن است کمک گرفتن از روان‌شناس خانواده، مددکار یا فرد بی‌طرف و مورد اعتماد لازم باشد؛ فردی که صدای مراقب را هم بشنود و صرفاً از او نخواهد دوباره کوتاه بیاید. مراقب می‌تواند میزان مسئولیتی را که توان انجامش را دارد مشخص کند، اما برای نیازهای ضروری والد باید راه‌حل امن دیگری پیدا شود؛ سالمند وابسته را نباید ناگهان رها کرد تا دیگران مجبور به همکاری شوند. حاتمی در پایان تأکید می‌کند: نیکی به پدر و مادر ارزش بسیار زیادی دارد، اما عدالت نیز باید در این مراقبت وجود داشته باشد. به جای آنکه فقط به مراقب اصلی بگوییم «خدا قوت»، بهتر است از او بپرسیم: «این هفته کدام مسئولیت را از دوشت بردارم؟» و در کنار مراقبت از والدین، خود مراقب را نیز از کسانی بدانیم که حق مراقبت شدن دارد.

مهریه ۱۴ سکه‌ای؛ حقوق زنانی که یک عمر «خانه‌داری» کرده‌اند چه می‌شود؟

گزارش : ایسنا



درحالیکه زنان، سال‌های زندگی خود را صرف خانه‌داری، تربیت فرزندان و مراقبت از اعضای خانواده می‌کنند، ارزش اقتصادی این فعالیت‌ها و فرصت‌های شغلی و درآمدی ازدست‌رفته آنان، همچنان با چالش‌هایی در نظام حقوقی و حمایتی مواجه است؛ موضوعی که به گفته یک پژوهشگر حوزه زنان، ضرورت بازنگری در حقوق اقتصادی زنان، از جمله تقسیم منصفانه دارایی‌های دوران زندگی مشترک، تقویت حمایت‌های بیمه‌ای و... را دوچندان می‌کند.

مریم بهادری ، با اشاره به مصوبه مجلس درخصوص کاهش ضمانت اجرای کیفری مهریه به ۱۴ سکه، اظهار کرد: مسئله اصلی در پاسخ به هر سوالی در خصوص مهریه، موافقت یا مخالفت با کاهش ضمانت اجرای مهریه نیست؛ بلکه این است که قانون بتواند بین مردی که واقعاً توان پرداخت مهریه را ندارد و مردی که توانایی پرداخت دارد اما از پرداخت آن خودداری می‌کند، تفاوت قائل شود؛ بدون اینکه حق زن، در هر حالتی برای دریافت طلبش تضییع شود.

وی معتقد است که نقطه شروع اصلاح قانون باید تفکیک میان «اعسار واقعی» و «امتناع از پرداخت با وجود تمکن مالی» باشد. این دو وضعیت از نظر حقوقی یکسان نیستند و نباید با یک ضمانت اجرا با آنها برخورد کرد. در فقه نیز قاعده‌ای وجود دارد که از آیه ۲۸۰ سوره بقره گرفته شده «فنظرةٌ إلی میسرة» [مهلت دادن تا توانایی] یعنی ناظر بر مهلت دادن به بدهکاری که واقعاً ناتوان است، نه مصونیت بدهکار متمکن از ادای دین. بنابراین، حمایت از مرد معسر کاملاً قابل دفاع است؛ اما نباید به ابزاری برای مصونیت مدیون ممتنع تبدیل شود. راهکار هم یقینا می‌تواند ترکیبی از تقویت نظام احراز توانایی مالی، شفافیت دارایی‌ها، شناسایی نقل‌وانتقالات صوری و پیش‌بینی ضمانت اجرای مؤثر برای کسی است که عامدانه از پرداخت خودداری می‌کند.

این حقوقدان بیان می‌کند: نباید ناتوانی از پرداخت را جرم‌انگاری کرد، اما نباید امتناع از پرداخت را هم به نامِ حمایت از معسر نادیده گرفت و به آن مشروعیت بخشید.

این پژوهشگر حوزه زنان خاطرنشان کرد: باید بپذیریم که زنان خانه‌دار در بسیاری از موارد، بخشی از فرصت‌های اقتصادی و شغلی خود را در بیرون از خانه در جریان تقسیم مسئولیت‌های خانوادگی از دست می‌دهند؛ در حالیکه این مشارکت، هرچند لزوماً درآمد مستقیم ندارد، بلکه در استمرار و تولید ارزش اقتصادی خانواده بسیار مؤثر است. از این منظر، مهریه نباید تنها پشتوانه اقتصادی زنی باشد که سال‌ها از امکان اشتغال مستقل فاصله گرفته، بلکه باید به سمت سازوکارهایی مانند شناسایی حقوق بازنشستگی و بیمه‌ای برای دوره خانه‌داری و مادری، تقویت ضمانت اجرای نفقه و اجرت‌المثل، حمایت‌های ساختاری و انتقالی پس از طلاق و پیش‌بینی سهم منصفانه از دارایی‌های تحصیل‌شده در دوران زندگی مشترک حرکت کنیم.

البته بهادری یادآور می‌شود که این حمایت‌ها نباید نمایشی و صرفاً به پرداخت‌های مقطعی محدود شوند؛ بلکه باید امکان بازگشت زن به استقلال اقتصادی را نیز فراهم کنند. عدالت اقتصادی یکی از جنبه‌های عدالت جنسیتی است و در طلاق فقط به معنای تسویه بدهی‌های زوجین نیست؛ از این رو باید آثار اقتصادی تقسیم نقش‌ها در دوران زندگی مشترک نیز دیده شود و در واقع باید حکیمانه در قواعد حساسی که بر خانواده حاکم است تا حد ممکن توازن ایجاد کرد.

بنابر اظهارات وی، وقتی زن و مرد از هم به هر دلیلی جدا می‌شوند، نباید نظام قانونی صرفاً به این نگاه کند که هرکدام چه میزان بدهی یا طلب مالی دارند؛ بلکه باید بررسی شود در طول سال‌های زندگی مشترک (ایام زوجیت)، هرکدام چه نقشی در شکل‌گیری و حفظ زندگی و دارایی خانواده داشته‌اند. برای مثال، زنی که سال‌ها مسئولیت نگهداری از فرزندان، خانه‌داری و مراقبت از اعضای خانواده را بر عهده داشته، ممکن است در همین مدت فرصت اشتغال، ارتقای شغلی، کسب درآمد و ایجاد پس‌انداز مستقل را از دست داده باشد. در مقابل، ممکن است همسر او به دلیل فراهم بودن این شرایط، فرصت بیشتری برای فعالیت اقتصادی و افزایش دارایی پیدا کرده باشد، بنابراین، اگر هنگام طلاق صرفاً مالکیت رسمی اموال و بدهی‌های ثبت‌شده را ملاک قرار دهیم، بخشی از واقعیت اقتصادی زندگی مشترک نادیده گرفته می‌شود؛ پس عدالت اقتصادی اقتضا می‌کند ارزش کار خانگی و مراقبتی زن و فرصت‌های اقتصادی ازدست‌رفته او نیز در تعیین حقوق مالی پس از طلاق مورد توجه قرار گیرد.

این حقوقدان با تاکید بر اینکه از نظر سیاست‌گذاری تقنینی، اصلاح ضمانت اجرای مهریه بدون بازنگری هم‌زمان در سایر حقوق اقتصادی زنان، اصلاحی نامتوازن خواهد بود، تصریح می‌کند: در نظام حقوقی فعلی، زن اصولاً مالک مستقل اموال خود است و مطابق ماده ۱۱۱۸ قانون مدنی، حق تصرف در دارایی خود را دارد؛ اما این استقلال مالکیت، به معنای برخورداری از سهمی از دارایی مشترک تحصیل‌شده در طول زندگی زناشویی نیست. از سوی دیگر، شرط تنصیف دارایی در نکاح‌نامه نیز با شرایط و محدودیت‌هایی همراه است و حقی عمومی و خودکار برای همه زنان ایجاد نمی‌کند.

وی ادامه می‌دهد: اجرت‌المثل موضوع ماده ۳۳۶ قانون مدنی نیز با وجود اهمیت، به هیچ وجه جایگزین یک نظام جامع تقسیم منصفانه دارایی نیست. پس بنابر آنچه که گفته شد باید سه موضوع به‌صورت جدی مورد بازنگری قرار گیرد؛ نخست، تعیین ضوابط روشن برای تقسیم دارایی‌های تحصیل‌شده در ایام زوجیت، دوم، تقویت و تسهیل امکان مطالبه اجرت‌المثل البته با مطالعه ویژه حقوقی جهت بهتر کردن شرایط و سوم، شناسایی ارزش اقتصادی کار خانگی و مراقبتی زنان که در حال حاضر چیزی بین ۴ تا ۶ ساعت در روز یعنی تقریبا یک شیفت کاری وقت و توان زنان صرف کار خانگی و مراقبتی می‌شود. از منظر حقوق بشر نیز کرامت انسانی و تساوی حقوقی زن و مرد در تشکیل و انحلال خانواده، مستلزم توجه به آثار اقتصادی نامتوازن تقسیم نقش‌هاست.

این پژوهشگر حوزه زنان با اشاره به اینکه تعیین سقف عددی به‌تنهایی نمی‌تواند پاسخگوی مسئله‌ای باشد که ماهیت آن واقعا چندگانه (اقتصادی، حقوقی، اجتماعی و فرهنگی) است، به ایرادات شورای نگهبان به این مصوبه می‌پردازد و می‌گوید: ایراد مهم شورای نگهبان به مصوبه نیز در همین نقطه قابل تأمل است؛ در مصوبه مجلس، ضمانت اجرای ماده ۳ قانون نحوه اجرای محکومیت‌های مالی برای مهریه تا ۱۴ سکه پیش‌بینی شده و برای مازاد، توانایی مالی زوج(ملائت) ملاک قرار گرفت. شورای نگهبان اتفاقا ایراد گرفت که صرف دریافت نکردن مال در برابر دین، به معنای معسر بودن بدهکار نیست و ممکن است زوج متمکن باشد اما از پرداخت امتناع کند. همچنین محدود کردن ضمانت اجرا به ۱۴ سکه، نمی‌تواند جایگزین معیار تمکن و اعسار شود.

وی معتقد است که اصلاح قانون باید بر چهار اصل استوار باشد: تفکیک دقیق اعسار از امتناع، تناسب ضمانت اجرا با وضعیت واقعی بدهکار، حفظ امکان وصول مؤثر حقوق مالی زن و به رسمیت شناختن سهم اقتصادی زن در زندگی مشترک. در واقع با سازوکاری که این موارد را در خود جای می‌دهد می‌توان امیدوار بود که به یک مفاهمه حقوقی قاعده‌مند در خصوص موضوع مهریه و سایر حقوق مالی زوجه برسیم. از منظر فقهی نیز نمی‌توان حق مالی زوجه[اینجا مهریه] را صرفاً به دلیل آنکه در برابر آن عوض مادی مستقیمی دریافت نشده، بی‌اثر دانست، زیرا مهریه به موجب ماده ۱۰۸۲ قانون مدنی، به محض وقوع عقد به مالکیت زن درمی‌آید و یک دین معتبر است و ربطی به عوض مادی ندارد. بنابراین، با لحاظ این چهار اصل، قانون‌گذار باید بین میزان مهریه و نحوه پرداخت آن تفاوت قائل شود؛ چراکه مبلغ بدهی یک موضوع است و توانایی یا ناتوانی زوج در پرداخت آن، موضوعی دیگر و نمی‌توان با تعیین یک سقف عددی، وضعیت مالی همه افراد را یکسان ارزیابی کرد.

این حقوقدان خاطرنشان می‌کند: اصلاح درست به قانونی منجر می‌شود که هم مانع زندانی‌شدن مردی شود که واقعاً توان پرداخت مهریه را ندارد و هم اجازه ندهد مردی که توانایی مالی دارد، با پنهان‌کردن دارایی یا خودداری از پرداخت، از مسئولیت خود فرار کند. همچنین همان قانون دارای سازوکار حمایت ویژه از زن و فرزندان حاصل از آن ازدواج است. پس این موضوع بسیار مهم است که سازوکار قانونی در جهت حمایت از مرد معسر به تضییع حق زن یا بی‌اثر شدن تعهدات مالی زوج منجر نشود.

نقش کلیدی حمایت والدین در شکوفایی استعدادهای کودکان

به گفته یک روانشناس، کشف استعداد تنها گام نخست درآغاز مسیر رشد فرزندان است؛ بنابراین پرورش واقعی توانمندی‌ها با تکیه بر پشتکار، تاب‌آوری و حمایت اصولی والدین، کلید اصلی موفقیت پایدار فرزندان در آینده به شمار می‌رود.

پریسا ارجمندی، روانشناس ، با اشاره به اینکه پرورش مهارت‌هایی مثل پشتکار، تاب‌آوری و هوش هیجانی در به ثمر نشستن استعداد نقش دارد، بیان کرد: این مهارت‌ها بسیار مهم‌اند. استعداد مثل ماده اولیه است، اما تبدیل آن به توانمندی واقعی به‌عوامل دیگری هم نیاز دارد؛ از جمله تمرین، انگیزه، پشتکار، حمایت و مهارت‌های هیجانی.

وی افزود: کودکی که استعداد زیادی دارد اما نمی‌تواند ناکامی را تحمل کند، بازخورد بگیرد یا پس از شکست دوباره تلاش کند ممکن است نتواند ظرفیت خود را به عملکرد واقعی تبدیل کند، بنابراین هدف نباید فقط این باشد که استعداد کودک را پیدا کنیم، بلکه باید بپرسیم چطور می‌توانیم به کودک کمک کنیم توانایی‌هایش را به‌شکلی سالم و پایدار رشد دهیم.

ارجمندی با بیان توصیه‌ای به والدین درباره آینده فرزندانشان تاکید کرد: آینده فرزند را نباید براساس استعدادهای امروز او پیش‌بینی و تعیین کرد، بلکه لازم است به کودک فرصت داد تا خودش را کشف کند. والد خوب کسی نیست که زودتر از دیگران برای آینده شغلی فرزندش تصمیم‌گیری کند، بلکه والد موفق کسی است که محیطی امن فراهم کند تا کودک بتواند تجربه کند، اشتباه کند، علایق خود را بیابد، توانایی‌هایش را بشناسد و بدون ترس از قضاوت رشد کند.

این روان‌شناس اظهار کرد: قرار نیست والدین آینده کودک را انتخاب کنند، بلکه وظیفه آن‌ها کمک به فرزند برای کسب توانایی «انتخاب کردن» و «ساختن آینده» توسط خود اوست. والدین باید با همراهی و حضور در کنار کودک، زمینه‌های رشد او را فراهم کنند تا مسیر او به سوی ترکیب استعداد و علاقه هموار شود.

وی در پایان بیان کرد: باید به یاد داشت که قرار نیست همه افراد مشاغل یکسانی داشته باشند و جامعه به تنوع مشاغل و توانمندی‌ها نیاز دارد.

ارجمندی در پایان گفت: در مجموع، موفقیت پایدار فرزندان در گرو توانمندسازی آن‌ها برای انتخابگری، فراهم‌کردن محیطی امن برای تجربه‌کردن و تقویت مهارت‌های نرمی همچون پشتکار و تاب‌آوری به جای تصمیم‌گیری زودهنگام از سوی والدین است.



اخبار حوزه بانوان

ذخیره مبلغ کارت امید مادر برای مادران فاقد حساب بانکی

دبیر ستاد ملی جمعیت در توضیح شرایط مادرانی که حساب بانکی ندارند، گفت: مبلغ ۲ میلیون تومان برای مادر ایرانی و فرزند متولدشده، در حساب ملی، یعنی روی همان شماره ملی مادر ذخیره می‌شود. مرضیه وحید دستجردی در مصاحبه اختصاصی اظهار داشت: طرح کارت امید مادر از اول فروردین‌ماه ۱۴۰۵ به اجرا درآمده و بر اساس آن، قرار است روز ۱۵ هر ماه، کمک‌هزینه مربوط به مادرانی که در ماه قبل فرزند به دنیا آورده‌اند و تابعیت ایرانی دارند، به مدت ۲۴ ماه در اختیارشان قرار گیرد. وی با تاکید بر اینکه هیچ نیازی به ثبت درخواست وجود ندارد، گفت: این فرایند به‌صورت خودکار و از طریق هماهنگی میان سازمان ثبت احوال، وزارت رفاه و شرکت فارا (شرکت خدمات فناوری اطلاعات رفاه ایرانیان) انجام می‌شود و کمک‌هزینه مستقیما در اختیار مادران قرار می‌گیرد.

دبیر ستاد ملی جمعیت افزود: مبلغ کمک‌هزینه ماهانه ۲ میلیون تومان است و در قالب کالابرگ به مادران ارائه می‌شود؛ به این معنا که امکان دریافت نقدی وجود ندارد، اما امکان خرید از همه فروشگاه‌هایی که با سامانه کالابرگ قرارداد دارند، برای مادران فراهم است. این خریدها می‌تواند شامل تمامی ملزومات کودک، مواد غذایی و هر مورد دیگری باشد که مورد نیاز خانواده و کودک است. وحید دستجردی توضیح داد: مادرانی که شماره حساب بانکی دارند، مبلغ ۲ میلیون تومان مستقیما در حساب بانکی‌شان قرار می‌گیرد و باید پیامک واریز این مبلغ برایشان ارسال شود. وی تاکید کرد: در صورتی که مادران شماره تلفن همراه داشته باشند، پیامک واریز کمک‌هزینه حتما باید برایشان ارسال شود و در صورت دریافت نکردن پیامک، دبیرخانه ستاد ملی جمعیت موضوع را پیگیری می‌کند تا این پیامک‌ها به مادران تحویل داده شود. دبیر ستاد ملی جمعیت در توضیح شرایط مادرانی که حساب بانکی ندارند، گفت: مبلغ ۲ میلیون تومان برای مادر ایرانی و فرزند متولدشده، در حساب ملی، یعنی روی همان شماره ملی مادر ذخیره می‌شود. وی افزود: مادرانی که حساب بانکی ندارند، هنگام مراجعه به فروشگاه‌های دارای قرارداد با سامانه کالابرگ، کافی است شماره ملی خود را ارائه کنند تا کارکنان فروشگاه بتوانند از طریق سامانه، مبلغ ذخیره‌شده را فراخوانی کرده و مادر خرید خود را به مبلغ ۲ میلیون تومان انجام دهد.

وحید دستجردی گفت: ما از ابتدا در اطلاع‌رسانی‌هایمان از خانم‌ها خواهش کرده‌ایم که سعی کنند یک شماره حساب بانکی و یک خط تلفن همراه به نام خودشان داشته باشند. این دو عامل، مسیر دریافت کمک‌هزینه کارت امید مادر و اطلاع‌رسانی‌های مرتبط با آن را برای مادران بسیار راحت‌تر و سریع‌تر می‌کند.

افزایش تولد پسران در سال جاری

براساس گزارش‌های مرکز آمار، در بهار امسال میزان ولادت و فوتی‌های ثبت شده نسبت به سال گذشته به ترتیب ۴.۳ درصد و ۳.۹ درصد کاهش داشته است.

براساس گزارش‌های مرکز آمار ایران در بهار امسال، ۲۰۵ هزار و ۷۸ ولادت ثبت شده است که از این میزان ۱۰۶ هزار و ۴۴۷ پسر و ۹۸ هزار و ۶۳۱ دختر بوده‌اند. این در حالی است که در بهار ۱۴۰۴، ۲۱۴ هزار و ۲۲۸ ولادت ثبت شده که از این میزان ۱۱۱ هزار و ۲۴۱ پسر و ۱۰۲ هزار و ۹۸۷ دختر بوده‌اند. مقایسه نرخ ولادت در بهار سال جاری با سال گذشته (بهار ۱۴۰۴) نشان می‌دهد که تعداد ولادت‌ها در بهار ۱۴۰۵ نسبت به فصل مشابه سال گذشته حدود ۴.۳ درصد افت داشته است. همچنین در بهار سال جاری ۱۱۳ هزار و ۲۸۷ فوتی ثبت شده است که از این میزان ۶۳ هزار و ۹۹۷ مرد و ۴۸ هزار و ۶۳۹ زن بوده‌اند. در بهار ۱۴۰۴ نیز ۱۱۷ هزار و ۹۲۵ فوتی ثبت شده است که از این میزان ۶۳ هزار و ۱۰۸ مرد و ۵۴ هزار و ۸۱۷ زن بودند. در تابستان، پاییز و زمستان سال گذشته نیز تعداد فوتی‌های ثبت شده به ترتیب ۱۱۴ هزار و ۶۷۲ نفر، ۱۱۳ هزار و ۷۱۶ نفر و ۱۱۳ هزار و ۶۷۱ نفر بوده‌اند. مقایسه درصد فوتی‌ها در سال جاری و سال گذشته نشان می‌دهد که تعداد فوتی‌ها در بهار ۱۴۰۵ نسبت به فصل مشابه سال قبل ۳.۹ درصد کاهش داشته است.

پژوهشگاه رویان میز خدمت رایگان سلامت باروری برگزار می‌کند

هم‌زمان با روز جهانی باروری، پژوهشگاه رویان روز دوشنبه ۱۱ آبان‌ماه میز خدمت رایگانی را با هدف پاسخ‌گویی به پرسش‌های مردم درباره جنین‌شناسی، بارداری و ناباروری برگزار می‌کند.

این برنامه روز دوشنبه ۱۱ آبان‌ماه ۱۴۰۵ در محل این پژوهشگاه برگزار می‌شود و فرصتی برای افزایش آگاهی عمومی درباره سلامت باروری و دسترسی به اطلاعات علمی و معتبر در این حوزه فراهم می‌کند. در این میز خدمت، علاقه‌مندان و زوج‌ها می‌توانند پرسش‌های خود را در زمینه‌های جنین‌شناسی، بارداری، ناباروری و موضوعات مرتبط با درمان ناباروری مطرح کنند و از راهنمایی‌های تخصصی کارشناسان مربوط بهره‌مند شوند. این برنامه با هدف ارتقای آگاهی عمومی، اصلاح باورهای نادرست و تسهیل دسترسی شهروندان به اطلاعات تخصصی حوزه سلامت باروری برگزار می‌شود. پژوهشگاه رویان برگزاری این میز خدمت را در راستای ایفای مسئولیت اجتماعی و تقویت ارتباط مستقیم با مردم عنوان کرده است. میز خدمت یادشده روز دوشنبه ۱۱ آبان‌ماه، هم‌زمان با دوم نوامبر و روز جهانی باروری، در محل پژوهشگاه رویان برگزار می‌شود و شرکت در آن برای عموم علاقه‌مندان رایگان است.

آغاز برگزاری کلاس‌های رایگان آمادگی برای «زایمان فیزیولوژیک» در میناب

رئیس بیمارستان حضرت ابوالفضل (ع) میناب از راه‌اندازی دوره‌های آموزشی رایگان زایمان فیزیولوژیک و ورزش‌های دوران بارداری با هدف ترویج زایمان ایمن و طبیعی در این شهرستان خبر داد. محمد مورخ اظهار کرد: این دوره‌های آموزشی به‌صورت کاملاً رایگان و در قالب کلاس‌های تئوری و عملی، با هدف افزایش آگاهی مادران باردار و ترویج زایمان ایمن و آسان برگزار می‌شود.

وی افزود: مادران باردار از هفته بیستم بارداری تا آستانه زایمان می‌توانند در این کلاس‌ها شرکت کنند و برای بهره‌مندی بهتر از آموزش‌ها، امکان حضور همراه نیز فراهم شده است.

رئیس بیمارستان حضرت ابوالفضل (ع) میناب با اشاره به اهمیت آمادگی روانی و جسمانی مادران تصریح کرد: آشنایی با مراحل زایمان، تمرین‌های تنفسی و ورزش‌های مناسب دوران بارداری نقش مؤثری در کاهش اضطراب، افزایش آرامش و تجربه یک زایمان ایمن دارد. ندا بهادری، سرپرستار بخش زایشگاه بیمارستان حضرت ابوالفضل (ع) میناب، با تأکید بر اینکه زایمان فیزیولوژیک رویکردی استاندارد برای کاهش مداخلات پزشکی غیرضروری است، گفت: در این دوره‌ها آموزش‌های تخصصی آمادگی جسمی و روانی مادران زیر نظر مربیان مجرب ارائه می‌شود. این کلاس‌ها روزهای زوج از ساعت ۱۷ تا ۱۹ در بیمارستان حضرت ابوالفضل (ع) میناب دایر است. متقاضیان شرکت در این دوره‌ها می‌توانند برای ثبت‌نام و ارسال مشخصات، به شماره واتساپ ۰۹۳۸۴۲۵۵۱۷۲ پیام ارسال کرده و یا به‌صورت حضوری به کلینیک ناباروری و زایشگاه بیمارستان مراجعه کنند.

سازمان غذا و دارو از ثبت جهانی برندهای ایرانی حمایت می‌کند

مدیرکل فرآورده‌های آرایشی و بهداشتی سازمان غذا و دارو با تأکید بر ظرفیت محصولات ایرانی برای حضور در بازارهای بین‌المللی گفت: این سازمان در چارچوب وظایف قانونی خود، مدارک تخصصی و گواهی‌های بهداشتی مورد نیاز تولیدکنندگان را برای تسهیل فرایند ثبت برند و ورود به بازارهای جهانی ارائه و از آنها حمایت می‌کند.

محمود آل‌بویه اظهار کرد: ثبت ملی یا بین‌المللی برند باید از سوی صاحبان برند و شرکت‌های تولیدکننده و از طریق مراجع قانونی و ذی‌ربط پیگیری شود. وی افزود: سازمان غذا و دارو متولی مستقیم ثبت برند نیست، اما به عنوان نهاد رگولاتوری آمادگی دارد در چارچوب وظایف و اختیارات قانونی خود، مدارک تخصصی و گواهی‌های بهداشتی مورد نیاز شرکت‌ها را ارائه و همکاری لازم را با متقاضیان انجام دهد. مدیرکل فرآورده‌های آرایشی و بهداشتی سازمان غذا و دارو با اشاره به ظرفیت برخی محصولات ایرانی برای حضور در بازارهای بین‌المللی تصریح کرد: محصولاتی که شرایط و الزامات لازم را داشته باشند، می‌توانند از طریق مراجع مربوطه فرایند ثبت برند خود را دنبال کنند. آل‌بویه خاطرنشان کرد: توسعه برندهای ایرانی و گسترش حضور آنها در بازارهای جهانی، نیازمند تعامل و هماهنگی میان تولیدکنندگان، صاحبان برند و دستگاه‌های مرتبط است و سازمان غذا و دارو در حوزه مسئولیت‌های تخصصی خود از این مسیر حمایت می‌کند.

برآوردها از سالانه ۲۵۰ هزار سقط عمدی در کشور حکایت دارد

رئیس مرکز جوانی جمعیت، سلامت خانواده و مدارس وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی گفت: آمار افرادی که به مراکز غیرمجاز برای سقط جنین مراجعه می‌کنند، در دسترس نیست و بر اساس مطالعات و تخمین‌ها، سالانه حدود ۲۵۰ هزار سقط عمدی به صورت غیرقانونی در کشور گزارش شده است.

رضا سعیدی درباره سقط‌های قانونی و غیرقانونی افزود: سقط جنین به دو گروه عمده تقسیم می‌شود؛ بسیاری از بارداری‌ها به سرانجام نمی‌رسد و بر اساس آمارهای متفاوت، ۳۰ تا ۴۰ درصد بارداری‌ها از همین جمله هستند که به آنها سقط خودبه‌خودی گفته می‌شود. عمده این جنین‌ها ناهنجاری‌های کروموزومی و ژنتیکی دارند یا والدین مشکلاتی دارند که بیماری‌های خودایمنی و سایر بیماری‌ها از جمله این موارد است. این جنین‌ها امکان لانه‌گزینی ندارند و در هفته‌های اول از دست می‌روند. وی اظهار کرد: دسته دیگری هم هستند که جنین مشکلی ندارد و به دلایل مختلف، سقط انجام می‌شود که این موارد، سقط‌های القایی هستند؛ برخی از این موارد، مجوزی دریافت می‌کنند که امکان دارد ناهنجاری‌هایی در جنین شناسایی شده باشد و طبق نظر پزشک قانونی، مجوز لازم را دریافت می‌کنند. سالانه ۱۰ هزار سقط به این شکل در کشور به صورت قانونی انجام می‌شود. آمار سقط‌های غیرقانونی قطعی نیست سعیدی گفت: آمار تعداد سقط جنین‌های غیرقانونی به دلیل مخفیانه بودن، قطعی نیست اما در قسمت‌های بیمارستانی آمارهایی داریم که بر این اساس، در سال گذشته حدود ۷۰ هزار مورد سقط جنین ثبت شده که اکثر این موارد، سقط خودبه‌خودی یا ناشی از بارداری‌های نابه‌جا بوده است. وی ادامه داد: درصد کمی از این سقط‌ها نیز برای سقط عمدی مراجعه کرده و به مشکلاتی برخورد کرده بودند و مجبور شدند به بیمارستان مراجعه کنند. در سال جاری نیز تقریبا آمارهای مربوط به سقط که به بیمارستان مراجعه می‌کنند به همین صورت است. رئیس مرکز جوانی جمعیت، سلامت خانواده و مدارس وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اظهار کرد: حدود یک ماه قبل جلسه‌ای با وزیر بهداشت و برخی نمایندگان مجلس شورای اسلامی داشتیم و این موضوع مصوب شد که با توجه به نیاز مبنی بر رصد آمارهای سقط عمدی، پیمایش ملی جدید توسط وزارت بهداشت انجام شود تا روند سقط در کشور را بررسی کنیم. البته این پیمایش قبلا هم انجام شده بود و اکنون قرار است مجدد تکرار شود.

کاهش ازدواج و باروری/ فاصله بین خواست جوانان برای فرزندآوری با آن‌چه اتفاق می‌افتد

معاون برنامه‌ریزی، پایش و ارزیابی عملکرد ستاد ملی جمعیت با هشدار نسبت به کاهش نرخ باروری و افت آمار ازدواج در کشور گفت: نرخ باروری کل ایران به ۱.۳۴ رسیده و با تداوم روند فعلی، کاهش ازدواج، افزایش سن فرزندآوری و فاصله طولانی میان تولد فرزندان می‌تواند کشور را به آستانه «چاه جمعیتی» نزدیک کند.

سید حامد برکاتی درباره وضعیت ازدواج و فرزندآوری در کشور افزود: جمعیت‌شناسان اصطلاحی با عنوان «چاه جمعیتی» دارند و به زمانی گفته می‌شود که میزان باروری به ۱.۳ برسد؛ یعنی اگر میزان باروری در کشوری کمتر از ۱.۳ برسد، خیلی قابل ترمیم نخواهد بود و نمونه‌های بسیاری در دنیا وجود دارد. از جمله علت‌های این موضوع می‌توان به عدم ازدواج و ازدواج در سن بالا اشاره کرد. وی ادامه داد: در سال ۱۴۰۳ برای اولین بار در گیلان، تعداد تولدها از مرگ‌ها کمتر شد. این موضوع در سال ۱۴۰۴ در مازندران رخ داد و احتمالا این اتفاق در تهران، البرز یا سمنان نیز رخ می‌دهد. یعنی به سمتی می‌رویم که برای فرزندآوری ناچاریم سراغ روش‌های گرانی مانند فریز تخمک برویم. معاون برنامه‌ریزی، پایش و ارزیابی عملکرد ستاد ملی جمعیت اضافه کرد: میزان باروری در استان گیلان مانند کره جنوبی حدود ۰.۸ است و با توجه به متوسط ۱.۳۴ کشوری، وضعیت نامناسبی دارد. برکاتی گفت: اکنون میزان باروری کل در کشور ۱.۳۴ است و در سال ۱۳۹۴ این میزان بیش از ۲.۱ بود. میزان ازدواج نیز از ۸۹۰ هزار در سال ۱۳۸۹ به حدود ۴۳۲ هزار مورد در سال جاری رسیده است. وی افزود: اولین فرزندان به طور متوسط در کشور در سن ۲۸ سالگی و در تهران در سن ۳۰ سالگی والدین، متولد می‌شوند. معاون برنامه‌ریزی، پایش و ارزیابی عملکرد ستاد ملی جمعیت گفت: اولین فرزندان معمولا حدود ۴.۶ سال پس از ازدواج و فرزند دوم، ۵.۵ سال بعد به دنیا می‌آیند؛ یعنی شیوه زندگی جامعه ایرانی به این سمت رفته که حدود ۱۰ سال طول می‌کشد تا اگر زوج بخواهد دو فرزند داشته باشد، این دو فرزند به دنیا بیایند.

وی بیان کرد: در پژوهش‌های متعددی از جوانان پرسیده شده که چند فرزند می‌خواهند و گفته‌اند که حدود ۲.۵ فرزند؛ اما فاصله بین خواست جامعه در سن باروری و آن‌چه اتفاق می‌افتد، به دلیل مسائلی مانند شغل، اقتصاد و فرهنگ بسیار زیاد است. برکاتی اظهار کرد: موضوع جمعیت و خانواده مربوط به خود مردم است و حاکمیت باید تشویق کند اما مردم برای فرزندآوری نیازمند حمایت هستند که کارت امید مادر یکی از این حمایت‌ها محسوب می‌شود و باید تلاش کنیم میزان آن بیشتر شود. حمایت به معنی مسکن و شغل است؛ وقتی زوجین جوان، فرزنددار می‌شوند، باید به آنان کمک شود. این سیاست در ستاد ملی جمعیت وجود دارد و قانون هم از آن حمایت می‌کند.

کاهش وزن با بهداشت خواب

گزارش : ایسنا



متخصصان بهداشت عمومی می‌گویند اینکه چه زمانی از شب به خواب می‌رویم، نه فقط اینکه چقدر می‌خوابیم، در کاهش وزن و سلامت سوخت‌وساز بدن عامل مهمی است که تاکنون کمتر به آن توجه شده است.

نتایج یک کارآزمایی کنترل‌شده به سرپرستی متخصصان بهداشت عمومی در دانشگاه نیویورک نشان داد در افراد مبتلا به پیش‌دیابت، میان زودتر خوابیدن با کاهش وزن ارتباط وجود دارد.

این مطالعه که در نشریه «پژوهش پرستاری» منتشر شد، نشان داد افزودن آموزش درباره بهداشت خواب به برنامه اصلاح سبک زندگی برای پیشگیری از دیابت، به شرکت‌کنندگان کمک کرد بهتر بخوابند و در طول روز کمتر احساس خواب‌آلودگی کنند. هرچند این فاکتور سلامتی، تغییری در سطح قند خون آنان ایجاد نکرد اما نشان داد که زمان خوابیدن می‌تواند هدفی تازه و امیدوارکننده در برنامه‌های کاهش وزن باشد.

سوزان کول مالون، استادیار دانشکده پرستاری دانشگاه نیویورک و نویسنده اصلی این مطالعه می‌گوید: به نظر می‌رسد اینکه چه زمانی به خواب می‌رویم، نه فقط اینکه چقدر می‌خوابیم، در کاهش وزن و سلامت سوخت‌وساز بدن نقش مهمی داشته باشد.

مطالعات قبلی نشان می‌دهند که خواب نامناسب برای مثال خواب کمتر از هفت ساعت، دیر خوابیدن یا داشتن الگوی خواب نامنظم، با افزایش وزن و کنترل نامناسب قند خون ارتباط دارد. کم‌خوابی می‌تواند سطح هورمون‌های استرس مانند کورتیزول را بالا ببرد و به مقاومت به انسولین دامن بزند. همچنین ممکن است تعادل هورمون‌های تنظیم‌کننده اشتها را به‌گونه‌ای تغییر دهد که گرسنگی و مصرف غذا افزایش یابد.

دیر خوابیدن همچنین می‌تواند به غذا خوردن در ساعات پایانی شب منجر شود؛ یعنی زمانی که حساسیت بدن به انسولین و توانایی آن برای تنظیم قند خون پس از مصرف قند، در پایین‌ترین سطح قرار دارند. در مقابل، زودتر به خواب رفتن ممکن است غذا خوردن در ساعات پایانی شب را محدود و زمان صرف غذا را با ساعاتی که بدن از نظر سوخت‌وساز آمادگی بیشتری دارد، هماهنگ‌تر کند.

مالون و همکارانش برای شناخت بهتر نقش بهداشت خواب در پیشگیری از دیابت، یک کارآزمایی تصادفی کنترل‌شده را برای افراد مبتلا به پیش‌دیابت که شب‌ها کمتر از شش ساعت و نیم می‌خوابیدند، طراحی کردند. در این آزمایش، ۱۹۶ شرکت‌کننده ۲۱ تا ۶۴ ساله به‌طور تصادفی در دو گروه قرار گرفتند. یک گروه در برنامه هشت‌هفته‌ای اصلاح سبک زندگی شرکت کرد و گروه دیگر، علاوه بر همان برنامه، آموزش‌های مربوط به بهداشت خواب را نیز دریافت کرد.

شرکت‌کنندگان هر هفته در تماس‌های تصویری با متخصصان، درباره تغذیه سالم، فعالیت بدنی و روش‌های کنترل استرس برای پیشگیری از دیابت آموزش می‌دیدند، اما گروه دوم در جلساتی ویژه آموزش بهداشت خواب هم شرکت می‌کرد و درباره عادت‌های مناسب خواب، تمرین‌هایی برای اینکه مغز تختخواب را با خوابیدن پیوند دهد و برنامه‌ای برای جلو آوردن تدریجی ساعت خواب با هدف افزایش مجموع زمان خواب، آموزش دیدند.

همه شرکت‌کنندگان هر روز اطلاعات خواب خود را ثبت می‌کردند و پیش و پس از برنامه نیز از حسگرهای پایش مداوم قند خون و دستگاه‌های مچی ویژه موسوم به «اکتی‌گراف» استفاده کردند. این دستگاه‌های مچی با ثبت حرکت، الگوی خواب و بیداری را بررسی می‌کنند.

به گزارش مدیکال‌اکسپرس، هیچ‌یک از دو برنامه سطح قند خون را تغییر نداد. در هر دو گروه، خواب بهبود یافت و وزن کاهش پیدا کرد. با این حال، در گروهی که آموزش بهداشت خواب دیده بود، بر اساس گزارش خود شرکت‌کنندگان، کیفیت خواب و خواب‌آلودگی روزانه بیشتر بهبود یافت. زمان خوابیدن افراد این گروه نیز به‌طور معناداری جلو افتاد.

هنگامی که پژوهشگران همه شرکت‌کنندگان را، صرف‌نظر از گروهشان، بررسی کردند، دریافتند زودتر به خواب رفتن، مستقل از مدت خواب، با کاهش وزن بیشتر ارتباط دارد و به ازای هر یک ساعت جلو افتادن زمان به خواب رفتن، حدود ۶۰۰ گرم کاهش وزن در طول هشت هفته مشاهده شد.

متخصصان علاوه بر محدود شدن غذا خوردن در ساعات پایانی شب، به چند سازوکار احتمالی دیگر که شاید توضیح دهند چرا زودتر خوابیدن می‌تواند به کاهش وزن کمک کند، هم اشاره می‌کنند.

یکی از آنها این است که بیدار ماندن تا دیروقت با قرار گرفتن بیشتر در معرض نور مصنوعی، افزایش فعالیت بخش سمپاتیک دستگاه عصبی که واکنش «جنگ یا گریز» بدن را کنترل می‌کند و افزایش اشتها بر اثر هورمون گرسنگی، موسوم به «گرلین» ارتباط دارد.

مالون می‌گوید: انتظار داشتیم افزایش مدت خواب، سطح قند خون و روند کاهش وزن را در مبتلایان به پیش‌دیابت که خواب کوتاهی دارند، بهبود بخشد اما در آزمایشات ما چنین نتیجه‌ای به دست نیامد. با این حال، یافته‌هایمان این احتمال را مطرح می‌کند که زودتر به خواب رفتن، مستقل از مدت خواب، بتواند هدف امیدوارکننده‌ای برای بهبود سلامت سوخت‌وساز بدن در بلندمدت باشد.

ضرورت آگاهی دختران نوجوان و مادران‌شان از پیامدهای بارداری در سنین پایین

تصمیم‌گیری درباره زمان بارداری، نیازمند شناختی فراتر از تجربه‌های خانوادگی و باورهای رایج است؛ آگاهی درست می‌تواند به دختران نوجوان و مادرانشان کمک کند تا با شناخت بیشتری درباره سلامت و آینده تصمیم بگیرند.

ازدواج و فرزندآوری از موضوعاتی هستند که در بسیاری از خانواده‌ها با باورها، تجربه‌ها و انتظارات مختلف همراه‌اند. در این میان، دختران نوجوان ممکن است پیش از آنکه شناخت کافی از شرایط جسمی و روانی خود و مسئولیت‌های بارداری و مادری داشته باشند، با تصمیم‌هایی روبه‌رو شوند که بر جنبه‌های مختلف زندگی‌شان اثر می‌گذارد.

آموزش درباره سلامت باروری و پیامدهای بارداری در سنین پایین، بخشی از آگاهی‌بخشی ضروری به نوجوانان و خانواده‌هاست؛ موضوعی که تنها به انتقال اطلاعات پزشکی محدود نمی‌شود و شناخت نیازهای روانی، اجتماعی و حمایتی دختران را نیز دربرمی‌گیرد. گفت‌وگو با متخصصان این حوزه می‌تواند ابعاد مختلف این موضوع و راه‌های افزایش آگاهی در خانواده‌ها را روشن‌تر کند.

آمادگی برای مادر شدن تنها به توانایی جسمی محدود نمی‌شود

دکتر مژگان میرغفوروند، متخصص مامایی دانشگاه علوم پزشکی تبریز در گفت‌وگو با ایسنا با اشاره به خطرات بارداری در سنین نوجوانی اظهار کرد: بارداری در این سنین می‌تواند با عوارضی برای مادر و جنین همراه باشد؛ زیرا بدن دختر نوجوان ممکن است هنوز به رشد و آمادگی کامل جسمی نرسیده باشد. احتمال بروز برخی مشکلات دوران بارداری و زایمان در مادران نوجوان بیشتر است و به همین دلیل، این بارداری‌ها نیازمند توجه و مراقبت پزشکی ویژه هستند.

وی افزود: بارداری زودهنگام ممکن است سلامت مادر و روند رشد جنین را با چالش‌هایی روبه‌رو کند؛ ازاین‌رو لازم است خانواده‌ها پیش از تصمیم‌گیری درباره ازدواج و فرزندآوری در سنین پایین، از خطرات و پیامدهای احتمالی آن آگاهی داشته باشند. توجه به سلامت دختران نوجوان و فراهم کردن شرایط مناسب برای رشد جسمی آنان، در این زمینه اهمیت زیادی دارد.

وی با اشاره به ابعاد روانی و اجتماعی بارداری زودهنگام خاطرنشان کرد: نوجوانی دوره‌ای مهم برای رشد شخصیتی، ادامه تحصیل و کسب مهارت‌های فردی و اجتماعی است. ورود زودهنگام به مسئولیت مادری می‌تواند فرصت‌های تحصیلی و مسیر زندگی دختران را تحت تأثیر قرار دهد و فشارهای روانی و مسئولیت‌هایی فراتر از آمادگی آن‌ها ایجاد کند. بنابراین، آمادگی برای مادر شدن تنها به توانایی جسمی محدود نیست و شرایط روانی و اجتماعی فرد نیز باید در نظر گرفته شود.

آگاهی‌بخشی درباره بارداری زودهنگام باید خانواده‌ها را نیز دربرگیرد

دکتر سمیه نقی‌زاده، متخصص مامایی و بهداشت باروری دانشگاه علوم پزشکی تبریز نیز در گفت‌وگو با ایسنا با اشاره به نقش خانواده در تصمیم‌گیری درباره ازدواج و بارداری دختران عنوان کرد: باورها، نگرش‌ها و تجربه‌های خانوادگی می‌توانند بر دیدگاه والدین و فرزندان درباره زمان ازدواج و فرزندآوری اثر بگذارند. در خانواده‌هایی که ازدواج در سنین پایین تجربه شده یا امری پذیرفته‌شده به شمار می‌رود، ممکن است نگرش موافق‌تری نسبت به ازدواج و بارداری زودهنگام وجود داشته باشد؛ به همین دلیل، آگاهی‌بخشی باید مادران و دیگر اعضای خانواده را نیز دربرگیرد.

وی مطرح کرد: گاهی تصمیم‌گیری درباره ازدواج دختران نوجوان بر پایه تجربه‌های گذشته یا باورهای رایج خانوادگی انجام می‌شود، درحالی‌که آشنایی با پیامدهای جسمی، روانی و اجتماعی بارداری در سنین پایین برای تصمیم‌گیری آگاهانه ضروری است. خانواده‌ها باید بتوانند بدون قضاوت و با گفت‌وگویی صریح، اطلاعات درست را در اختیار نوجوانان قرار دهند و در این زمینه از راهنمایی متخصصان سلامت کمک بگیرند.

وی با تأکید بر اهمیت آموزش در حوزه سلامت باروری گفت: مدارس، مراکز بهداشتی و والدین هر یک نقش مهمی در افزایش آگاهی دختران نوجوان دارند. آموزش متناسب با سن، آشنا کردن نوجوانان و خانواده‌ها با پیامدهای ازدواج و بارداری زودهنگام و فراهم کردن امکان دریافت اطلاعات معتبر از کارشناسان می‌تواند به اصلاح باورهای نادرست و تصمیم‌گیری آگاهانه‌تر کمک کند. این آموزش‌ها زمانی اثربخش‌تر خواهند بود که تنها به دختران محدود نشوند و خانواده‌ها نیز در آن مشارکت داشته باشند.

یافته پژوهشگران تبریزی؛ آگاهی دختران نوجوان و مادران‌شان از پیامدهای بارداری زودهنگام متوسط است

در همین زمینه، پژوهشی در شهرستان تبریز با هدف بررسی میزان آگاهی و نگرش دختران نوجوان و مادران آن‌ها درباره بارداری در سنین پایین توسط دکتر میرغفوروند و دکتر نقی‌زاده در دانشگاه علوم پزشکی تبریز انجام شده است. در این مطالعه، ۵۴۰ نفر شامل ۲۷۰ دختر نوجوان و ۲۷۰ مادر آن‌ها که در مراکز سلامت شهرستان پرونده داشتند، شرکت کردند و اطلاعات مورد نیاز از طریق پرسشنامه‌های دانش و نگرش جمع‌آوری شد.

نتایج این پژوهش نشان داد آگاهی دختران نوجوان و مادرانشان درباره بارداری در سنین پایین در سطح متوسط قرار دارد. همچنین مادرانی که خودشان یا یکی از فرزندانشان پیش از ۱۸ سالگی ازدواج کرده بودند، بیشتر با بارداری در سنین پایین موافق بودند؛ یافته‌ای که نقش تجربه‌های خانوادگی را در شکل‌گیری نگرش نسبت به این موضوع برجسته می‌کند.

این تحقیق نشان می‌دهد با وجود نگرش منفی دختران نوجوان و مادرانشان نسبت به ازدواج و بارداری زودهنگام، آگاهی آن‌ها درباره پیامدهای این موضوع همچنان کافی نیست. ازاین‌رو، افزایش دانش دختران نوجوان و خانواده‌های آنان درباره عوارض و پیامدهای نامطلوب ازدواج و بارداری در سنین پایین، از جمله اقداماتی است که پژوهشگران بر ضرورت آن تأکید کرده‌اند.

توقف فعالیت سامانه "تصمیم"؛ حق انتخاب برای دسترسی به مشاوره‌های طلاق محدود شد

گزارش : ایسنا



معاون امور سلامت اجتماعی سازمان بهزیستی کشور با انتقاد از توقف فعالیت سامانه «تصمیم» و محدود شدن ارجاع متقاضیان طلاق به سامانه «مسیر»، گفت: در حالیکه در جلسات و مکاتبات معاون اول قوه قضاییه بر استفاده از ظرفیت هر دو سامانه تأکید شده، بخشنامه دیگری فعالیت را به سامانه مسیر محدود کرده است؛ این وضعیت علاوه بر حذف بخشی از ظرفیت‌های تخصصی مشاوره، حق انتخاب مردم برای دسترسی به خدمات را محدود می‌کند.

در سال ۱۳۹۸ سامانه «تصمیم» به منظور ارجاع زوجین به مراکز مشاوره و انصراف آنها از طلاق راه‌اندازی شد تا زوجینی که تصمیم به طلاق دارند را در یک مکانیزم نظام‌مند از طلاق منصرف کند. در واقع این سامانه با هدف ارائه خدمات مشاوره‌ای و مددکاری اجتماعی به زوجین متقاضی طلاق و کمک به کاهش طلاق، از سوی سازمان بهزیستی کشور فعالیت خود را آغا کرد تا با بهره‌گیری از مراکز مشاوره و کلینیک‌های مددکاری اجتماعی آموزش‌دیده و مورد تأیید بهزیستی و دادگستری استان‌ها، امکان ارجاع متقاضیان و ارائه خدمات تخصصی پیش از طلاق فراهم شود.

با این حال، پس از طراحی سامانه «مسیر» از سوی قوه قضاییه، نحوه ارجاع متقاضیان طلاق به مراکز مشاوره با اختلاف‌نظرهایی همراه شد؛ به‌طوریکه در مقطعی موضوع فعالیت هم‌زمان دو سامانه مطرح و حتی در جلسات و مکاتبات معاونت اول قوه قضاییه بر استفاده از ظرفیت هر دو تأکید شد، اما در ادامه با صدور بخشنامه‌ای دیگر، ارجاع‌ها به سامانه مسیر محدود شد. این اختلاف‌نظر درباره ادامه فعالیت سامانه تصمیم و استفاده از ظرفیت مراکز مشاوره سازمان بهزیستی همچنان محل بحث است.

سیدحسن موسوی چلک در تشریح اختلاف‌نظرهای موجود در قوه قضاییه درباره ادامه فعالیت سامانه تصمیم به ایسنا می‌گوید: در این زمینه دو دیدگاه در قوه قضاییه وجود دارد؛ گروهی در مرکز وکلای قوه قضاییه بر فعالیت انحصاری سامانه «مسیر» تأکید دارند و در مقابل، معاونت اجتماعی و پیشگیری از وقوع جرم قوه قضاییه با توجه به سوابق، گزارش‌ها و جلسات برگزارشده، از استفاده هم‌زمان از ظرفیت سامانه‌های «تصمیم» و «مسیر» حمایت کرده است. وی می‌افزاید: در جلسه هیئت اندیشه‌ورز معاون اول قوه قضاییه، موضوع استفاده از همه ظرفیت‌های موجود، از جمله سامانه تصمیم، مطرح و بر این موضوع تأکید شد که هیچ‌یک از این ظرفیت‌ها حذف نشود. پس از آن نیز بخشنامه‌ای از سوی معاونت اجتماعی و پیشگیری از وقوع جرم به استان‌ها ابلاغ شد که بر اساس آن، امکان استفاده از هر دو سامانه وجود داشت؛ اما چند روز بعد، بخشنامه دیگری صادر شد که فعالیت را به سامانه مسیر محدود می‌کرد.

معاون امور سلامت اجتماعی سازمان بهزیستی با بیان اینکه این اختلاف‌نظرها همچنان ادامه دارد، می‌گوید: از نظر ما، تصمیم و صورت‌جلسه‌ای که در حوزه معاون اول قوه قضاییه گرفته شده، مبنای عمل است. حدود یک ماه پیش نیز جلسه‌ای در این زمینه برگزار شد و موضوع مجدداً مورد پیگیری قرار گرفت، اما هنوز نتیجه نهایی و روشنی به ما اعلام نشده است. موسوی چلک با اشاره به سابقه فعالیت سازمان بهزیستی در حوزه کاهش طلاق تصریح می‌کند: فعالیت در این حوزه به سال‌های ۱۳۷۶ و ۱۳۷۸ بازمی‌گردد و سازمان بهزیستی از سابقه طولانی در ارائه خدمات مرتبط با کاهش طلاق برخوردار است. سامانه تصمیم نیز در ادامه همین فعالیت‌ها شکل گرفت تا خدمات تخصصی مشاوره و مددکاری اجتماعی در دسترس متقاضیان قرار گیرد. ارجاع زوجین متقاضی طلاق توافقی به مراکز مشاوره، در چارچوب تکالیف قانونی قوه قضاییه انجام می‌شود. بر اساس آرای صادرشده از دیوان عدالت اداری نیز الزام به ارجاع به این مراکز، در چارچوب مشخصی از جمله در پرونده‌های طلاق توافقی قابل بررسی است.

به گفته وی، مستندات و آرای مربوط به این موضوع وجود دارد. معاون امور سلامت اجتماعی سازمان بهزیستی با تأکید بر اینکه مسئله اصلی باید دسترسی مردم به خدمات تخصصی باشد، اظهار می‌کند: موضوع پیچیده‌ای وجود ندارد که بخواهیم با محدود کردن ظرفیت‌ها، دسترسی مردم را دشوارتر کنیم. اگر هر دو سامانه فعال باشند، متقاضیان می‌توانند از میان مسیرهای موجود، راه مناسب خود را برای دریافت خدمات انتخاب کنند و این موضوع به معنای موازی‌کاری نیست؛ چراکه می‌توان ارجاع‌ها را از هر دو مسیر انجام داد و از ظرفیت‌های تخصصی سازمان بهزیستی نیز استفاده کرد.

موسوی چلک می‌افزاید: ممکن است فردی که قصد طلاق دارد، علاوه بر مشاوره، به حمایت‌های اجتماعی نیز نیازمند باشد؛ برای مثال، زنی که سرپرست خانوار است و در آستانه طلاق قرار دارد، ممکن است به خدمات حمایتی سازمان بهزیستی احتیاج داشته باشد. بنابراین، دسترسی به خدمات تخصصی و حمایتی باید به‌گونه‌ای طراحی شود که نیازهای مختلف افراد را پوشش دهد.

طبق اظهارات وی، حدود ۳۰۰۰ مرکز در این مجموعه می‌توانند در ارائه خدمات مشارکت داشته باشند. استفاده از این ظرفیت، دسترسی مردم به خدمات را افزایش می‌دهد و امکان بهره‌مندی از خدمات تخصصی را در مناطق مختلف فراهم می‌کند.

معاون امور سلامت اجتماعی سازمان بهزیستی با بیان اینکه محدود شدن فعالیت‌ها به یک سامانه، حق انتخاب مردم را کاهش می‌دهد، تأکید می‌کند: ممکن است فردی تمایل داشته باشد خدمات مشاوره را از طریق مراکز وابسته به سازمان بهزیستی دریافت کند و فرد دیگری مسیر متفاوتی را انتخاب کند. آنچه اهمیت دارد، این است که خدمات در دسترس مردم قرار گیرد و هیچ ظرفیتی بدون دلیل از چرخه خدمت‌رسانی خارج نشود.

موسوی چلک معتقد است که بخشی از اختلاف‌نظرها ممکن است به مسائل اقتصادی و فعالیت مراکزی مربوط باشد که از طریق مرکز وکلا مجوز گرفته‌اند یا با آن همکاری می‌کنند؛ اما تأکید سازمان این است که نباید منافع مراکز، جایگزین منافع مردم شود. باید شرایطی فراهم شود که مراکز مختلف امکان ارائه خدمات داشته باشند و مردم نیز از حق انتخاب برخوردار باشند. از سوی دیگر نیز آیین‌نامه مربوط به این حوزه در چارچوب ماده ۸۰ قانون برنامه هفتم تدوین و در هیئت دولت تصویب شده و وظایف دستگاه‌های مرتبط، از جمله سازمان بهزیستی و وزارت ورزش و جوانان، در آن مشخص شده است. در چنین شرایطی، باید از ظرفیت سازمانی که برای انجام این مسئولیت تعیین شده است، استفاده شود.

معاون امور سلامت اجتماعی سازمان بهزیستی تأکید می‌کند: انتظار داریم معاون اول قوه قضاییه درباره اختلاف‌نظرهای موجود تصمیم‌گیری کند تا امکان استفاده از هر دو سامانه فراهم شود. موضوع اصلی، رقابت میان سامانه‌ها یا مراکز نیست؛ بلکه باید دسترسی مردم به خدمات مشاوره‌ای و مددکاری اجتماعی تسهیل شود و هیچ‌یک از ظرفیت‌های موجود به‌دلیل اختلاف‌نظرهای درون‌سازمانی کنار گذاشته نشود.

اسکرین‌شات تله‌ای برای تنبلی حافظه

اسکرین‌شات گرفتن از نکات آموزشی، دستورهای پخت یا مطالب مهم به یکی از عادت‌های روزمره ما تبدیل شده است. پژوهش‌های جدید روان‌شناسی زنگ خطر را به صدا درآورده و نشان داده‌اند که این عادت رایج برخلاف تصور عموم، کمکی به حافظه نکرده و احتمال فراموش کردن مطالب را به‌طور چشمگیری افزایش می‌دهد.

چند بار تا به حال از یک دستور پخت جذاب، یک نکته مهم درسی یا صفحه‌ای از یک مقاله با این فکر که بعدا سر فرصت می‌خوانمش اسکرین‌شات گرفته‌اید اما آن عکس تا ابد در گالری گوشی‌تان خاک خورده و هرگز به سراغش نرفته‌اید؟

حقیقت این است که گالری‌های دیجیتال گوشی همراه ما به آرامگاهی از تصاویر فراموش‌شده تبدیل شده است. بر اساس برآوردها، هر فرد به‌طور میانگین روزانه حدود ۲۰ عکس می‌گیرد و نزدیک به ۲۰۰۰ تصویر در گوشی خود ذخیره دارد. نشریه نیویورک پست در گزارشی با تکیه بر پژوهش‌های جدید دانشگاه بینگهمتون عنوان کرده که این اسکرین‌شات‌های انباشته‌شده کمکی به ما نکرده و مغز ما را در به خاطر سپردن اطلاعات تنبل‌تر و ضعیف‌تر بار می‌آورند.

اثر تضعیف‌کننده عکاسی چیست و چگونه عمل می‌کند؟

مطالعات صورت گرفته بر روی حافظه و شناخت و اثر تضعیف کننده عکاسی نشان میدهد که ثبت تصویر در حین تجربه یک رویداد، حافظه انسان را نسبت به آن اطلاعات تضعیف می‌کند. پژوهشگران دانشگاه بینگهمتون مجموعه‌ای از هفت آزمایش را برای بررسی این موضوع انجام دادند. در این آزمایش‌ها، دانشجویان به تماشای آثار هنری پرداخته و از برخی از آن‌ها اسکرین‌شات ثبت کردند. نتیجه نشان داد که؛ افراد، تصاویری را که از آن‌ها اسکرین‌شات گرفته بودند، بسیار ضعیف‌تر از تصاویری به خاطر می‌سپردند که صرفا با چشم تماشا کرده بودند. عجیب‌تر اینکه شرکت‌کنندگان حتی به یاد نمی‌آوردند که دقیقا از کدام آثار اسکرین‌شات تهیه کرده یا نکرده‌اند. این پدیده معمولا در مواردی رخ می‌دهد که فرد پس از ثبت تصویر، دیگر به آن مراجعه نمی‌کند. اگر از عکس‌ها فعالانه برای بازیابی و مرور خاطرات استفاده شود، می‌توانند به ماندگاری کمک کنند اما انباشتن تصاویر بدون مرور، اثر کاملا معکوس دارد. مطالعه‌ای دیگر نیز نشان داده است که اگر تصاویر به‌صورت خودکار مثلا توسط دوربین‌های ثبت وقایع ثبت شوند، حافظه دچار اختلال نمی‌شود و خود عمل ارادی و فشردن دکمه ثبت است که باعث تضعیف حافظه می‌شود.

رابطه اسکرین‌شات‌ها با فراموشی دیجیتال

برای درک این پدیده باید مکانیسم های روان‌شناختی زیر را در کنار هم بررسی کرد: تقسیم توجه: عمل ثبت یک تجربه، بخشی از منابع شناخت مغز را که در حالت عادی باید صرف رمزگردانی یعنی ثبت و پردازش عمیق اطلاعات شود، به خود اختصاص می‌دهد. البته حتی زمانی که زمان بیشتری به افراد داده شد یا ثبت عکس آسان‌تر گردید، باز هم این نقص حافظه مشاهده شد.

تخلیه شناختی: نظریه‌ای که می‌گوید وقتی می‌دانیم اطلاعات در جای خارجی مثل حافظه گوشی ذخیره شده است، مغز از تلاش برای به خاطر سپردن آن‌ها دست می‌کشد این درست مشابه فراموش کردن شماره تلفن‌ها پس از ذخیره در بخش مخاطبین عمل میکند. جالب اینجاست که در آزمایش‌ها، حتی وقتی به شرکت‌کنندگان گفته شد تصاویر بلافاصله حذف می‌شوند، حافظه آن‌ها باز هم مختل ماند.

عدم مشارکت توجه: عمل گرفتن عکس یا اسکرین‌شات باعث می‌شود که ما به‌طور ناخودآگاه از تجربه اصلی و لحظه حال فاصله بگیریم و این فاصله فراتر از اطلاعات ثبت‌شده، به زمینه وسیع‌تر رویداد نیز گسترش پیدا می‌کند.

فرار از تله دیجیتال با قلم و کاغذ

این تحقیقات هشدار می‌دهد که ما احتمالا با فشردن یک دکمه، به حافظه‌ی خود در به‌خاطر سپردن اطلاعات و تجربیات آسیب می‌رسانیم و این نقص ممکن است حتی فراتر از آنچه ثبت می‌شود، گسترش یابد. برای فرار از این چرخه معیوب، کارشناسان پیشنهاد می‌کنند که اگر واقعا می‌خواهید مطلبی را به خاطر بسپارید، روش سنتی را امتحان کنید. یک قلم و کاغذ بردارید و یادداشت‌برداری کنید. نوشتن دستی، مغز را مجبور می‌کند اطلاعات را به صورت ساختاریافته پردازش کند. این تلاش ذهنی که در روان‌شناسی به آن دشواری مطلوب می‌گویند، مغز را وادار به تفکر کرده و ماندگاری اطلاعات را در حافظه بلندمدت تضمین می‌کند. اسکرین‌شات گرفتن تنها زمانی مفید است که بسیار هدفمند باشد و تصاویر معدودی بگیرید که واقعا بعدا آن‌ها را فعالانه مرور می کنید.

با سرآشپز = سالادها؛ از ساده‌ترین تا محبوب‌ترین انتخاب‌ها



سالادها از ساده‌ترین و درعین‌حال محبوب‌ترین انتخاب‌ها برای همراهی یا جایگزینی وعده‌های غذایی هستند. تنوع در مواد اولیه، رنگ و طعم باعث شده این غذاهای سبک و سالم، جای ویژه‌ای در سفره‌ها داشته باشند.

در دنیای پرشتاب امروز، یافتن طعم‌های تازه، سالم و در عین حال دلپذیر، اهمیت دوچندانی یافته است. سالادها، با تنوع بی‌نظیرشان، نه تنها گزینه‌ای عالی برای تکمیل وعده‌های غذایی اصلی هستند، بلکه می‌توانند خود به تنهایی یک وعده غذایی کامل و مقوی باشند. از سالادهای کلاسیک و شناخته‌شده گرفته تا ترکیب‌های خلاقانه و مدرن، هر کدام با طعم و بافت منحصربه‌فرد خود، سفره‌های ما را رنگین‌تر و سالم‌تر می‌کنند. در این گزارش، به معرفی و طرز تهیه هفت سالاد پرطرفدار می‌پردازیم که می‌توانید به راحتی در منزل آماده کنید و از طعم بی‌نظیرشان لذت ببرید.

سالاد فصل

این سالاد، نماد تازگی و سادگی است و با توجه به مواد اولیه در دسترس در هر فصل، طعمی متفاوت دارد.

مواد لازم:

کاهو (یا مخلوطی از سبزیجات برگ‌دار)

گوجه فرنگی گیلاسی / خیار / هویج رنده‌شده / فلفل دلمه‌ای رنگی (دلخواه) / ذرت (دلخواه) / پیاز قرمز (خیلی نازک خرد شده، دلخواه)

مواد لازم برای سس: روغن زیتون فرابکر / آبلیمو یا سرکه بالزامیک / نمک و فلفل سیاه

طرز تهیه:

سبزیجات را بشویید و به اندازه دلخواه خرد کنید.

مواد سس را در کاسه کوچکی مخلوط کرده و خوب هم بزنید تا یکدست شوند.

سبزیجات خرد شده را در کاسه سالاد بریزید، سس را روی آن بریزید و به آرامی مخلوط کنید.

۲. سالاد شیرازی

یکی از معروف‌ترین و محبوب‌ترین سالادهای ایرانی که به خاطر ترکیب ترد و تازه خیار، گوجه و پیاز و عطر نعناعش شناخته می‌شود.

مواد لازم: خیار / گوجه فرنگی / پیاز / نعناع خشک (یا تازه) / مواد لازم برای سس: / روغن زیتون (اختیاری) / آبلیمو تازه / نمک و فلفل سیاه

طرز تهیه:

خیار، گوجه فرنگی و پیاز را نگینی و ریز خرد کنید. (پیاز را خیلی ریز خرد کنید تا تندی آن کمتر شود).

نعناع خشک (یا تازه ساطوری شده) را اضافه کنید.

مواد سس را مخلوط کرده و روی سالاد بریزید. خوب هم بزنید.

۳. سالاد ماکارونی

یک سالاد مقوی و پرطرفدار که به عنوان پیش‌غذا یا وعده اصلی سبک سرو می‌شود و تنوع زیادی در مواد تشکیل‌دهنده‌اش دارد.

مواد لازم:

ماکارونی فرمی (پیچکی، پاپیونی، فرمولی) / ذرت / نخود فرنگی / خیارشور نگینی خرد شده / سینه مرغ پخته و ریش‌ریش شده (دلخواه) / ژامبون خرد شده (دلخواه) / کاهو خرد شده (دلخواه)

مواد لازم برای سس: / سس مایونز / ماست چکیده (برای سبک‌تر شدن) / آبلیمو / نمک، فلفل، پودر سیر (دلخواه)

طرز تهیه:

ماکارونی را طبق دستور روی بسته بپزید، آبکش کنید و بگذارید خنک شود.

همه مواد دلخواه (مرغ، ژامبون، خیارشور، ذرت، نخود فرنگی) را به ماکارونی خنک شده اضافه کنید.

مواد سس را مخلوط کرده و روی سالاد بریزید. خوب هم بزنید تا مواد به سس آغشته شوند.

۴. سالاد الویه

سالاد کلاسیک و محبوب ایرانی که معمولاً با نان یا به تنهایی سرو می‌شود و ترکیبی از مرغ، سیب‌زمینی، تخم‌مرغ و سبزیجات است.

مواد لازم:

سینه مرغ پخته و ریش‌ریش شده (یا ران مرغ) / سیب‌زمینی پخته و رنده شده (یا له شده) / تخم‌مرغ آب‌پز و رنده شده / خیارشور نگینی خرد شده / نخود فرنگی پخته / هویج پخته و نگینی خرد شده (دلخواه)

مواد لازم برای سس: / سس مایونز / ماست چکیده (برای لطافت بیشتر) / آبلیمو / نمک، فلفل سیاه، پودر سیر

طرز تهیه:

همه مواد پخته شده (مرغ، سیب‌زمینی، تخم‌مرغ) و خیارشور و نخود فرنگی را در کاسه بزرگی بریزید.

مواد سس را مخلوط کرده و به مواد سالاد اضافه کنید.

همه مواد را به آرامی مخلوط کنید تا یکدست شوند. چند ساعت در یخچال بگذارید تا مزه‌ها به خورد هم بروند.

۵. سالاد سزار

سالادی ایتالیایی-آمریکایی که با کاهو، کروتان (نان تست شده)، پنیر پارمزان و سس مخصوص سزار شناخته می‌شود.

مواد لازم:

کاهو رومانیا (یا کاهو سالادی) / نان تست (برای کروتان) / پنیر پارمزان رنده شده / سینه مرغ گریل یا آب‌پز شده و ورقه‌شده (اختیاری)

مواد لازم برای سس سزار: زرده تخم‌مرغ (یا سس مایونز به عنوان جایگزین) / سیر له شده / آنچووی (ماهی کولی - اختیاری، طعم خاصی می‌دهد) / آبلیمو تازه / روغن زیتون فرابکر / نمک و فلفل سیاه

طرز تهیه:

نان تست را مکعبی خرد کرده و با کمی روغن زیتون، نمک و فلفل در فر یا تابه تست کنید تا کروتان‌ها طلایی و ترد شوند.

مواد سس را (اگر از زرده تخم‌مرغ استفاده می‌کنید، آن را با سیر، آنچووی، آبلیمو، روغن زیتون و سس ووسترشر مخلوط و هم بزنید تا کرمی شود. اگر از سس مایونز استفاده می‌کنید، آن را با بقیه مواد مخلوط کنید).

کاهو را خرد کرده و در کاسه بریزید. سس سزار را روی کاهو بریزید و خوب مخلوط کنید.

مرغ گریل شده (در صورت استفاده)، کروتان‌ها و پنیر پارمزان را روی سالاد بریزید و بلافاصله سرو کنید.

۶. سالاد تن ماهی

سالادی سریع و سیرکننده که با تن ماهی، سبزیجات و سس مایونز تهیه می‌شود و برای وعده‌های ناهار یا شام سبک عالی است.

مواد لازم:

کنسرو تن ماهی (روغن آن گرفته شود) / ذرت / خیارشور نگینی خرد شده / پیاز قرمز خیلی ریز خرد شده (دلخواه) / سیب‌زمینی پخته و نگینی خرد شده (دلخواه) / کاهو یا سبزیجات برگ‌دار

مواد لازم برای سس: سس مایونز / ماست چکیده (برای سبکی) / آبلیمو / نمک و فلفل

طرز تهیه:

روغن کنسرو تن ماهی را کاملاً بگیرید. تن ماهی را در کاسه بریزید و با چنگال کمی خرد کنید.

ذرت، خیارشور، پیاز (اگر استفاده می‌کنید) و سیب‌زمینی (اگر استفاده می‌کنید) را اضافه کنید.

مواد سس را مخلوط کرده و روی مواد سالاد بریزید. خوب هم بزنید.

در صورت تمایل، روی سبزیجات برگ‌دار سرو کنید.

۷. سالاد کینوا

سالادی مدرن و بسیار مقوی که با کینوا (یک دانه کامل سرشار از پروتئین)، سبزیجات تازه و سس لیمویی تهیه می‌شود.

مواد لازم:

کینوا پخته و خنک شده / خیار نگینی خرد شده / گوجه فرنگی گیلاسی نصف شده / فلفل دلمه‌ای رنگی نگینی خرد شده / جعفری یا گشنیز تازه خرد شده / پیاز قرمز خیلی ریز خرد شده (دلخواه) / حبوبات پخته مانند نخود یا لوبیا (اختیاری)

مواد لازم برای سس: روغن زیتون فرابکر / آبلیمو تازه / نمک و فلفل سیاه / پودر سیر (کمی، اختیاری)

طرز تهیه:

کینوا را طبق دستور بپزید و بگذارید کاملاً خنک شود.

همه سبزیجات خرد شده و حبوبات (اگر استفاده می‌کنید) را به کینوا اضافه کنید.

مواد سس را مخلوط کرده و روی سالاد بریزید.

خوب هم بزنید و قبل از سرو، بگذارید کمی در یخچال بماند تا طعم‌ها به خورد هم بروند.