



نشریه توانبخشی

بچه‌های آسمان

ماهانیه • اجتماعی فرهنگی • سال سوم • شماره ۲۱۰
شهریور ۱۴۰۰ • قیمت ۳۰ هزار تومان

تنهاموجی که هیچ وقت از
جوش و خروش نمی افتد،
موج خداست



بچه‌های آسمان

موسسه خیریه

نگهداری و توانبخشی

معلولین بی‌سرپرست

www.bachehayeeaseman.org

فهرست مجله

۱. روز پزشک و پیام مدیرعامل ۵
۲. مدرسه ۷
۳. آلازیم ۸
۴. داروسازی ۱۰
۵. خودکشی ۱۱
۶. جشن آسایشگاه بزرگسالان ۱۲
۷. زندگی نامه ۱۳
۸. ارائه خدمات سازمان های عمومی ۱۶
۹. میکروسفالی ۲۰
۱۰. معرفی فیلم ۲۴
۱۱. معرفی کتاب ۲۶



سال سوم
شماره بیست و یکم
شهریور ۱۴۰۰

نشریه توانبخشی بچه های آسمان
رویکرد نشریه: اجتماعی - فرهنگی - توانبخشی

صاحب امتیاز:
موسسه خیریه بچه های آسمان کامران

مدیر مسئول:
احمد رضا نقابی

سردبیر:
احمد رضا نقابی

گرافیک و صفحه آرایی:
آتلیه طراحی بچه های آسمان

چاپ و نشر:
چاپخانه اسوه هنر

نشانی: قیصریه، بلوار اندرزگو، نیش
اشکستانپور شمالی، پلاک ۴۳، طبقه ۳،
واحد ۵ تلفن: ۰۲۱-۲۶۶۵۸۱۰۱

آدرس سایت:
www.bachehayeasman.org

اینستاگرام:
bachehayeasman_kamran

ایمیل:
info@bachehayeasman.org

پیام مدیرعامل به مناسبت روز پزشک



طب و طبابت از قدیم الایام جایگاه بلند و رفیعی در تاریخ و فرهنگ ایران اسلامی ما داشته است. ثمره این جایگاه در فرهنگ ما به تربیت بزرگانی چون شیخ الرییس ابوعلی سینا منجر شد، تا زادروزش نمادی باشد برای پاسداشت مقام بزرگ جامعه شریف پزشکی. در این روزهای کرونایی، وجود با ارزش مدافعان سلامت بیش از پیش احساس می شود و بی تردید کوشش های بی شائبه، رنج های خالصانه سفیدپوشان مهرورز کشور بر کسی پنهان نیست و شایسته تکریم و پاسداشت است.

به همین جهت روز پزشک را به تمامی پزشکان تلاشگر نظام سلامت تبریک عرض می نمایم.



یکم شهریور روز پزشک مبارک

روابط عمومی موسسه خیریه بچه های آسمان زادروز حکیم ابوعلی سینا دانشمند و طبیب برجسته نامدار ایرانی و روز پزشک را بر تمامی طبیبان فرزانه و جامعه پزشکی و مدافعان سلامت تبریک عرض می کند.

به همین مناسبت به بررسی روز پزشک در ۵ کشور جهان می پردازیم.

ایران

روز ۲۳ اوت مصادف با اول شهریور ماه و همزمان با زادروز بوعلی سینا، روز پزشک در کشور ماناگذاری شده است. وی ۴۵۰ کتاب در زمینه های گوناگون نوشته است. از معروف ترین کتاب هایش می توان به کتاب شفا، دانشنامه علمی و فلسفی جامع و کتاب قانون در زمینه پزشکی اشاره کرد. وی از کودکی به طبیعت، گیاهان

آمریکا

در آمریکا روز ۳۰ مارس برای بزرگداشت پزشکان و تقدیر از خدمات ارزنده آنها اختصاص داده شده است، به گونه ای که در این تاریخ و سال ۱۸۴۲ دکتر



بوی ماه مدرسه



آماده سازی ذهن و رفتار بچه ها برای پذیرش مدرسه و تحصیل را پیش تر توسط مددکاران انجام داده ایم.

مسئول فنی آسایشگاه دختران زیر ۱۴ سال در ارتباط با نقش نیکو کاران در حمایت تحصیلی خاطر نشان کرد: نیکو کاران ما همیشه در همه زمینه ها کنار بچه های آسمان بودند و هستند. در امر آموزش نیز در بخش تهیه لوازم تحریر، کتاب های آموزشی و وسایل مورد نیاز حتی برای آموزش مجازی، روپوش مدرسه، توسط نیکو کاران عزیزمان حمایت شده ایم.

در آخر نیز به اسامی کودکانی که از طرف آسایشگاه دختران زیر ۱۴ سال بچه های آسمان به مدرسه می روند اشاره داشتند: بهزاد قلی زاده، نوشین اخلاق صفت و جواد ویافر جام در سال های گذشته شروع به تحصیل در مقطع دبستان کرده بودند؛ امسال لامیا کوشکی، امیرعلی حسینی و سعید اسماعیلی به جمع این افراد اضافه شدند.

به امید مهری پر از سلامتی و آرامش.



فرستادن این ۳ عزیز نیز با توجه به وضعیت کودکان آسایشگاه، مشروط به تایید سنجش بود؛ که پس از بررسی از طرف سنجش تایید گردید. حال در مجموع ۶ نفر از بچه هایمان قادر به تحصیل می باشند.

موسوی در ارتباط با این موضوع که این کودکان در چه مراکز یا مدارسی می توانند درس بخوانند، افزود: اینکه هر بچه چه مرکزی می تواند تحصیل کند، بستگی به مشکل جسمی و ذهنی کودکان دارد. بچه های ما با توجه به وضعیت شان، برای تحصیل به مدارس مخصوص می روند. ولی مدارسی هستند که به طور مثال مختص کودکان اوتیسمی هستند، که در بین بچه های مانیز هست.

ایشان در پاسخ به این سوال که با توجه به شرایط جسمی و ذهنی این کودکان چه اقداماتی برای آماده کردن آن ها برای تحصیل انجام شد، اذعان کردند: اگر آموزش های لازم به مددجویان ما داده شود و دقت و زمان گذاشته شود، آموزش پذیر هستند؛ که ما این اقدامات یعنی

ماه مهر دوباره از راه رسید. ماهی که برای همه ما یادآور مدرسه و کتاب و دفتر است. مدتی هست که رنگ و بوی ماه مهر، ماه مدرسه با بیماری کرونا آمیخته شده است و حس و حال تازه و متفاوتی به خود گرفته است.

به گزارش روابط عمومی موسسه خیریه بچه های آسمان، در سال تحصیلی ۱۴۰۰ با شروع مدارس از ماه مهر، امسال هم کودکانی که شرایط تحصیل داشتند در این موسسه راهی مدرسه شدند و با فراهم آوردن لوازم لازم در امر تحصیل توسط نیکو کاران، ۳ نفر از کودکان بچه های آسمان به جمع مدرسه رفته های آسایشگاه اضافه شدند. همچنین از سال های پیش با کمک نیکو کاران توانسته بودیم ۳ نفر از بچه های دیگر را نیز به مدرسه بفرستیم.

در همین راستا خانم موسوی مسئول فنی آسایشگاه دختران زیر ۱۴ سال گفتند: ما امسال ۳ نفر از بچه هایمان را که واجد تحصیل بودند و شرایط ذهنی و جسمی نیز داشتند، راهی مدرسه کردیم.



فوریه ۱۹۶۱ به دریافت بالاترین مدال غیر نظامی این کشور مفتخر شد. این در حالی است که هر سال روز اول ماه ژوئیه به مناسبت روز پزشک در هند تعطیل است. وی پزشک برجسته و یکی از مهم ترین مبارزان آزادی هند است که در زندگی بسیار پر مخاطره آمیز خود سرآمد و در حرفه اش بسیار ماهر بود. دکتر روی پس از فارغ التحصیلی از کالج پزشکی کلکته به عنوان معاون آن دانشگاه انتخاب شد و پس از آن به سیاست روی آورد، کمی بعد به عنوان وزیر ارشد بنگال غربی انتخاب شد و تا زمان مرگ خود این حرفه را حفظ کرد. بنابراین به همین مناسبت روز تولد وی به عنوان روز پزشک در هند جشن گرفته می شود.



است. وی برای نخستین بار در سال ۱۸۸۱ تئوری پشه ناقل تب زرد را عنوان کرد. در بیماری تب زرد پشه ناقل بدن فرد را نیش زده و پس از آن با نیش زدن فرد سالم بیماری را به وی انتقال می دهد. این در حالی است که فینلی پشه Aedes را مسئول انتقال ارگانیزم انتقال مولد تب زرد شناسایی کرد و تئوری وی منجر به ارائه پیشنهادهایی برای کنترل جمعیت پشه ها به منظور شیوه کنترل و جلوگیری از گسترش بیماری شد.

هند

در کشور هند روز پزشک مصادف با اول ژوئیه است که به دلیل تجلیل از دکتر بیدهان چاندراروی، پزشک افسانه ای و دومین وزیر ایالت بنگال غربی نامگذاری شده است. وی در تاریخ اول ژوئیه سال ۱۸۸۲ متولد شد و در همین تاریخ و سال ۱۹۶۲ در سن ۸۰ سالگی جان خود را از دست داد. چاندراروی در تاریخ ۴

ویتنام

در کشور ویتنام برای نخستین بار روز پزشک در تاریخ ۲۷ فوریه سال ۱۹۵۵ جشن گرفته شد و از آن زمان تا کنون همین روز برای تجلیل از پزشکان در نظر گرفته شده است. این در حالی است که نگوین تان دونگ، نخست وزیر ویتنام در کنفرانس مطبوعاتی بیستم فوریه امسال از برگزاری مراسم ویژه این روز و پروژه تشویق پزشکان جوان برای کار در ۶۲ منطقه محروم خبر داد. وی در کنفرانس آنلاین خود وظایف مسئولان و مقامات پزشکی این کشور را بر شمرده و وظایف اصلی آنها را بهبود خدمات پزشکی و درمانی و افزایش سطح آگاهی بیماران عنوان کرد.

کوبا

در کشور کوبا روز ۳ دسامبر که یادآور تولد "کارلوس جوان فینلی" می باشد به روز پزشک اختصاص داده شده است. وی که یک پزشک و دانشمند کوبایی تبار بود به عنوان پیشگام تب زرد در جهان معروف

از یاد رفته ها

اینکه خودمان یا یکی از عزیزانمان به بیماری آلزامر مبتلا شود، یک ضربه عاطفی عمیق است که به شدت اطرافیان را تحت تاثیر قرار می دهد و با چالش های جدیدی نسبت به شخص مبتلا رو به رو می کند. بیماری آلزامر شایع ترین نوع دمانس است؛ که توانایی های فرد در مواردی چون: یادآوری، تفکر، قضاوت، صحبت کردن و یافتن کلمات، حل مسئله، ابراز خود و حتی حرکت در راه رفتن و کارهای شخصی، از بین می رود.

تا به امروز هیچ درمان کامل و مشخصی برای آلزامر یافت نشده است. سیر معمول بیماری آلزامر ۳ مرحله راطی می کند:

مرحله اولیه یا خفیف، ۲ تا ۴ سال زمان می برد
مرحله میانی یا متوسط، ۲ تا ۱۰ سال زمان می برد

مرحله نهایی یا شدید، ۱ تا ۳ سال زمان می برد
اجماع جهانی در خصوص سیستم مرحله بندی وجود ندارد. اما بیشتر متخصصان ممکن است از سیستم های مرحله بندی که با آن ها آشنایی بیشتری دارند استفاده کنند. برای اطلاع از هر یک از این مراحل و اقداماتی که می توانید برای افراد مبتلا به آلزامر پیش رونده انجام دهید، در ادامه این مقاله همراه ما باشید.

۱. آلزامر پیش بالینی یا بدون اختلال

ممکن است فرد با توجه به سابقه خانوادگی مثبت از احتمال ابتلای خود به آلزامر مطلع باشد. یا پزشک نشانه هایی را شناسایی نماید که خطر ابتلا به آلزامر را در فرد بالا می برند. اگر

در خطر ابتلا به آلزامر قرار داشته باشید پزشک با شما در خصوص مشکلات حافظه گفتگو خواهد کرد. با این حال معمولاً در مراحل اولیه هیچ علامت قابل توجهی وجود ندارد. در این مرحله، فرد کاملاً مستقل است و حتی ممکن است از بیماری خود اطلاع نداشته باشد.

۲. اختلال بسیار خفیف و یا فراموشکاری در حد طبیعی

بیماری آلزامر عمدتاً افراد مسن (بالا تر از ۶۵ سال) را درگیر می کند. در این سن، داشتن مشکلات عملکردی خفیف نظیر فراموشکاری، طبیعی است. با این حال در مرحله دوم آلزامر، میزان افت عملکرد فرد در مقایسه با هم سن و سالانش بیشتر از میزان طبیعی خواهد بود.

به عنوان مثال فرد ممکن است کلمات آشنا، نام اعضای خانواده و یا محل قرار دادن اشیاء را فراموش کند. در این مرحله علائم با فعالیت های کاری یا اجتماعی تداخل ندارند. مشکلات حافظه در این مرحله همچنان خفیف هستند و دوستان یا اعضای خانواده ممکن است متوجه آن هان شوند.

۳. اختلال یا زوال خفیف

علایم و مراحل بیماری آلزامر در این مرحله خیلی مشخص نیستند. اگر چه این مرحله حدود ۷ سال طول می کشد با این حال علایم در مدت ۲ تا ۴ سال آشکار خواهند شد. در این مرحله فقط افراد نزدیک بیمار متوجه علائم می شوند. کیفیت کار بیمار کاهش پیدا کرده و فرد در یادگیری مهارت های جدید دچار مشکل خواهد شد. دیگر علایم مرحله ۳

از مراحل بیماری آلزامر عبارتند از:

-گم شدن حتی در یک مسیر آشنا

-دشواری در یادآوری کلمات یا اسامی صحیح ناتوانی در به یاد آوردن آنچه که فرد اکنون خوانده است.

-ناتوانی در به یاد آوردن اسامی یا شناخت افراد

-گم کردن اشیای ارزشمند یا قرار دادن آن ها در مکان نامناسب

-کاهش تمرکز در آزمایش ها و بررسی های پزشکی

پزشک ممکن است برای شناسایی علل کاهش حافظه مصاحبه سختگیرانه ای با فرد مشکوک انجام دهد. در این مرحله بیمار مبتلا به آلزامر نیازمند مشاوره است. به خصوص زمانی که مسئولیت های کاری پیچیده ای داشته باشد. فرد در این مرحله اضطراب و انکار خفیف تا متوسط را نیز تجربه می نماید.

۴. آلزامر خفیف یا زوال متوسط

مرحله ۴ حدود ۲ سال طول می کشد و مشخصه آن، قابل تشخیص شدن آلزامر می باشد. در این مرحله از مراحل بیماری آلزامر خود فرد یا عزیزان وی ممکن است در انجام کارهای روزانه پیچیده دچار مشکل شوند.

تغییرات خلق و خو نظیر گوشه گیری و انکار نیز بیش از پیش تظاهر پیدا می کنند. کاهش پاسخ عاطفی نیز در این مرحله شایع است. علایم جدید زوال که در مرحله ۴ پدیدار می شود، عبارتند از:

کاهش آگاهی از وقایع در جریان یا وقایع اخیر

-فراموش کردن سوابق شخصی

-دشواری در مدیریت امور مالی و صورتحساب ها

-ناتوانی در شمارش معکوس از ۱۰۰ به صورت ۷ تا ۷

پزشک همچنین به مواردی که در مرحله ۳ اشاره شد نیز توجه خواهد کرد. با این حال در اغلب موارد تغییری در آن ها احساس نمی شود. در این مرحله فرد شرایط آب و هوایی و وقایع و آدرس های مهم را به یاد می آورد. اما ممکن است برای نوشتن چک، سفارش دادن غذا و خرید خوار و بار نیازمند کمک باشد.

۵. دمانس متوسط یا زوال متوسط تا شدید

مرحله ۵ حدود ۱ تا ۱.۵ سال طول می کشد و نیازمند حمایت های فراوان می باشد. افرادی که از حمایت کافی برخوردار نیستند معمولاً دچار احساس پر خاشگری و ظن به دیگران می شوند.

افراد در این مرحله نام خود و اعضای نزدیک خانواده را به یاد می آورند. اما در یادآوری وقایع مهم، شرایط آب و هوایی و آدرس فعلی محل اقامتشان مشکل دارند.

در این مرحله از مراحل بیماری آلزامر فرد در رابطه با زمان و مکان دچار سردرگمی شده و در شمارش معکوس به مشکل بر



خواهد خورد. در مرحله ۵ فرد در انجام وظایف روزانه به کمک دیگران احتیاج پیدا کرده و قادر نخواهد بود به صورت مستقل زندگی کند.

در این مرحله مسائل بهداشتی و تغذیه ای مشکل ساز نیست. با این حال فرد ممکن است در انتخاب لباس مناسب برای شرایط آب و هوایی و یا مدیریت مسائل مالی دچار مشکل شود.

۶. آلزامر متوسط تا شدید

در مرحله ۶ مراحل بیماری آلزامر ۵ ویژگی قابل شناسایی وجود دارند که در مدت زمان ۲.۵ سال تظاهر پیدا می کنند:

مرحله 6a

لباس ها: علاوه بر اینکه فرد در انتخاب لباس ها مشکل دارد. برای پوشیدن صحیح آن ها نیز نیازمند کمک دیگران است.

مرحله 6b

بهداشت: کاهش بهداشت دهان آغاز شده و فرد برای تنظیم دمای آب در هنگام استحمام نیازمند کمک دیگران خواهد بود.

مرحله 6c تا 6e

توالت: در ابتدا فرد فراموش می کند که سیفون را کشیده و یا نوار بهداشتی را دور بیندازد. با پیشرفت بیماری، کنترل مثانه و روده از بین رفته و فرد نیازمند پوشک خواهد بود.

در مرحله ۶ از مراحل بیماری آلزامر وضعیت حافظه وخیم تر می شود. شمارش معکوس از ۱۰ به پایین دشوار می شود.

مشاوره در خصوص مشکلات رفتاری و روانشناختی بسیار حائز اهمیت است. در این مرحله فرد برای مراقبت از خود، انجام وظایف روزانه و حفظ بهداشت خود نیازمند کمک دیگران است. همچنین بیمار در این مرحله دچار پرخوابی در طول روز و بی خوابی در هنگام شب می شود.

۷. آلزامر شدید

این مرحله به چند زیر مرحله تقسیم می شود که هر یک ۱ تا ۱.۵ سال طول می کشند:

مرحله 7a

تکلم فرد به ۶ کلمه یا کمتر محدود می شود. به نحوی که پزشک در هنگام گفتگو با بیمار مجبور است صحبت های خود را چند بار تکرار کند.

مرحله 7b

قدرت تکلم فرد تا حد ۱ کلمه قابل فهم کاهش پیدا می کند.

مرحله 7c

سرعت فرد کاهش پیدا می کند.

مرحله 7d

فرد نمی تواند به صورت مستقل بایستد یا بنشیند

مرحله 7e

ظاهر اخم آلود جایگزین خنده می شود.

مرحله 7f

فرد نمی تواند سر خود را بالا بگیرد.

حرکات بدن روز به روز دشوارتر و دردناک تر می شوند. حدود ۴۰ درصد افراد مبتلا به

آلزامر دچار کوتاهی و سفت شدگی عضلات، تاندون ها و دیگر بافت ها خواهند شد. فرد همچنین رفلکس های دوران کودکی، نظیر حالت مکش را تجربه می کند. در این مرحله

توان فرد برای واکنش به محیط از بین می رود و فرد برای انجام تقریباً تمام فعالیت های روزمره نظیر خوردن غذا یا حرکت نیازمند کمک دیگران خواهد بود. برخی افراد در

این مرحله بی حرکت می شوند. شایع ترین علت مرگ فرد در مرحله ۷ آلزامر، پنومونی یا عفونت ریه می باشد.

پیشگیری و درمان بیماری آلزامر:

اگر چه درمان کاملی برای آلزامر وجود ندارد، با این حال پیشگیری و روش های درمانی موجود می توانند مراحل بیماری آلزامر را کند کنند. هدف درمان، مدیریت عملکرد ذهنی و رفتاری و کند کردن سیر بیماری است. تغییرات تغذیه ای، مکمل ها، ورزش های جسمی و ذهنی و داروها می توانند با اثرات مثبتی بر علایم بیماری همراه باشند. داروها می توانند ناقل های عصبی دخیل در فرایند هایی نظیر تفکر، حافظه و برقراری ارتباط را کنترل کنند. با این حال این داروها بیماری را از بین نخواهند برد و پس از مدتی نیز ممکن است داروها اثر خود را از دست دهند. افراد مبتلا به آلزامر ممکن است برای مصرف داروهای خود نیازمند یادآوری باشند. درمان علائم رفتاری با مشاوره و درمان نیز می تواند برای افراد مبتلا به آلزامر سودمند باشد. این موضوع می تواند به احساس آرامش فرد و تسهیل کار مراقبان بیمار کمک کند.

تامین دارو، داستان همیشگی ما

بزرگسالان اعصاب و روان که اکثراً فاقد سرپرست هستند تشکیل شده است و تامین هزینه های دارو و درمان این عزیزان، داستان همیشگی و هرروز این خانواده بزرگ است.

در صورت تمایل برای همراهی ما در این مسیر، کافی است برای دریافت قلمک با شماره ۰۲۱-۴۳۶۱۳ تماس حاصل فرمایید یا از طریق سایت موسسه به www.bachehayeaseman.org آدرس اقدام نمایید.

این روزها با وجود بیماری کرونا بیشتر از هرزمانی درک کردیم که دارو نقش مهمی در زندگی همگی دارد و هزینه های دارو و درمان بسیار بالاست. در ۵ شهریور، به مناسبت روز داروسازی که مصادف است با زادروز محمدزکریای رازی می توانید با دریافت قلمک سهم بزرگی در تامین هزینه های داروی بچه های آسمان داشته باشید.

خیریه بچه های آسمان خانواده بزرگی است که از کودکان، نوجوانان معلول و



خودکشی غلبه ترس بر امید است

یا "زندگی کردن چقدر پوچ و مسخره شده است." در رفتارهایشان نیز تغییراتی چون بی تفاوتی نسبت به سلامت جسمی، بخشیدن اموال و مهربانی بیش از حد به اطرافیان به وجود می آید. با توجه به نشانه ها و علائم ذکر شده، نرسیدن سوالات مستقیم در مورد آسیب زدن به خود باعث می شود فرد مراحل خودکشی را به سرعت طی کند و ما چه به عنوان خانواده چه درمانگر نتوانیم اقدامات لازم را انجام دهیم. در مجموع به نظر می رسد خودکشی رفتاری است که پیامدی از باورهای فردی، نحوه تفسیر کردن و نگاه به اتفاقات، بالا رفتن هیجان های منفی و رفتارهای مخرب دیگر در بازه ای از زمان می باشد و شناسایی این باور هادر جهت مقابله با آن، ارتقا سلامت روان و افزایش کیفیت زندگی رادری دارد.



حال چه کسانی بیشتر به خودکشی فکر می کنند؟؟

_ نظامیان فعال به کار و بازنشسته

_ نوجوانان در سن بلوغ

_ سالمندان

_ افرادی که به یکباره شهرت و اعتبار خود را از دست می دهند

_ افراد دارای اختلالات روان پزشکی مثل افسردگی شدید، دوقطبی ها، مصرف کنندگان الکل و مواد مخدر، اختلال اسکیزوفرنی و...

برای پیشگیری از خودکشی توجه کردن به رویدادهای پیش از وقوع خودکشی اهمیت دارد. خودکشی از فکر کردن به آن شروع می شود. افرادی که به خودکشی فکر می کنند در صحبت هایشان با نزدیکان این طور بیان میکنند که: "سال دیگر شاید اینجانباشم" و

خودکشی با نیازهای برآورده نشده یا ناکام، احساس ناامیدی و درماندگی، دوگانگی بین ماندن و تحمل و نیاز به فرار کردن، ارتباط دارد. در مقاله ای که توسط دکتر جلال شیرزاد و دکتر جابر قره داغی به رشته تحریر در آمده است، قید شده است که از بین ۲۶۰ مورد خودکشی منجر به فوت، ۱۸۰ مورد مذکور و ۸۰ مورد مونث بوده اند. شایع ترین سن خودکشی نیز دهه سوم و شایع ترین علت خودکشی، اولیای متوفی اعلام گردیده است. در مراتب بعدی اختلافات خانوادگی و مشکلات اقتصادی قرار دارند و شایع ترین روش خودکشی نیز حلق آویزی بوده است.

خودکشی پدیده ای است که از تعامل و برخورد عوامل مختلف زیستی، روانی، اجتماعی و فرهنگی و معنوی حاصل می شود. خودکشی به نوعی غلبه درد و ترس توام با ناامیدی بر امید رانشان می دهد.

می توان گفت خودکشی تحت دو شرایط اتفاق می افتد:

۱_ درد جسمی یا روانی که غیر قابل تحمل و تنش آور است.

۲_ فرار از موقعیت دردناکی که باعث این درد و رنج شده است و تمام نشدنی نیست.

در این حالت خودکشی نوعی حل مساله ناسالم است. آمار هانشان می دهد:

یک نفر از هر ۱۰ نفر که مبتلا به اختلالات روانی شدید هستند اقدام به خودکشی می کنند

خطر خودکشی در افسردگی و پس از دست دادن یک فرد مهم در زندگی بالایی دارد.

دوره‌می در آسایشگاه بزرگسالان خیریه بچه‌های آسمان

سه شنبه ۳۰ شهریور ماه ۱۴۰۰ در آسایشگاه بزرگسالان موسسه خیریه بچه‌های آسمان، جشنی جهت شاد سازی روحیه مددجویان آسایشگاه برگزار شد.

به گزارش روابط عمومی موسسه خیریه بچه‌های آسمان، این جشن از ساعت ۸ الی ۱۴ با هدف انتقال انرژی مثبت و همچنین بالا بردن روحیه کار تیمی بین مددجویان توسط گروه مددکاران و کاردرمانی برگزار شد.

این جشن از بخش‌های مختلفی از جمله بازی پانتومیم، طناب کشی، اسم فامیل، نقاشی، فوتبال و آواز خوانی تشکیل شده بود.

در هر یک از این بخش‌ها از مددجویان دعوت میشد تا در کار گروهی شرکت کنند و جمع تشکیل بدهند و جدای از انتقال شادی به یکدیگر، تقویت روحیه رقابت طلبی برای برنده شدن، تزریق اعتماد به نفس به مددجویان و تشویق استعداد های آن‌ها در زمینه‌های چون نقاشی و آواز خوانی از علت‌های برگزاری این جشن بود.

در بخش آخر نیز به مددجویان عزیزی که در مسابقه‌ها برنده شده بودند به منظور تشویق روحیه همکاری، به آن‌ها جایزه تعلق گرفت. خانم کرمی مسئول فنی آسایشگاه در این روز ضمن اعلام پایان همکاری خود با آسایشگاه افزود: خیلی خوشحالم که چند سال کنار مددجویان آسایشگاه بزرگسالان بچه‌های آسمان بودم و این روزها جزئی از بهترین روزهای زندگی‌ام بود و هیچگاه از



بریده‌ای کوتاه از زندگی یکی از مددجویان آسایشگاه کرج بچه‌های آسمان

قرار داشت. خیلی سنگین و با ارزش بود. شخصی به اسم ب.ف پولش را که به اندازه ۱/۶۹۵/۰۰۰ بود را از چنگم در آورد و به اصطلاح بالا کشید و متأسفانه در جهت تعرض به دیگران خرج کرد. بعد از آن اتفاق من کارتن خواب شدم. در نارمک کنار فروشگاه قدس یا کوروش دقیق یادم نیست. یک روز رفتم از فروشگاه خرید کنم که با شخصی به اسم اردشیر سرلک آشنا شدم که به نوعی در آن محل همه کاره بود؛ از جلوی که رد شدم صدام زد آقا بیا اینجا. من برگشتم و گفتم: با منی؟ گفت: بله با شما هستم تشریف ببار اینجا کارت دارم. رفتم جلوتر و بهم گفت: شاغلی؟ گفتم نه بیکارم دلم میخواد دیپلم بگیرم. یه نوچه هم بغل دستش بود. ادامه داد: همه اینجا منو اردشیر سرلک صدا می‌زنند و اسم این نوچه منم هم علی بلبل است. منم در جواب گفتم: من رضا جبارزاده هستم. به علی بلبل گفت اسم کوپن‌های ارزاق و سوخت و بقیه را روی کاغذ بنویس و برایش توضیح بده که هرکدام را چند بخره و چند بفروشه. این شد که من یک شغل کاذب پیدا کردم و به مدت یکسال و نیم از سال ۶۸ تا اواخر ۶۹ کوپن خرید و فروش می‌کردم و توانستم دوباره

وقتی که از سربازی فارغ شدم خانمی به اسم آوا در خیابان فیاض بخش برایم یخچال، تلویزیون سیاه و سفید ۱۴ اینچ، اجاق گاز فردار، فرش، سرویس قاشق و چنگال، سرویس ملامین، سرویس چینی و سماور و مواد غذایی برایم تهیه کرد. چون هیچی در بساط نداشتم ترجیح دادم آن‌ها را بفروشم. فرش را به قیمت (با توجه به سال ۱۳۷۲) ۲۱ هزار تومان، گاز را ۵۰ هزار تومان فروختم و سرویس چینی به خانمی و سرویس‌های دیگر را نیز به نحوی از دست دادم. مدتی در یک اتاق در شرایط بدی زندگی می‌کردم به طوری که وسایلم را به زور درون اتاق جای دادم. بعد از یکسال دوندگی‌های بسیار توانستم دو دفترچه بانکی شامل ۱۸۵ هزار تومان و ۱۷۶ هزار تومان را از سرپرستی یعنی همان محلی که خدمت می‌نمودم به ارث ببرم. من همیشه به فوتبال خیلی علاقمند بودم و برای بازی کردن فوتبال دست به قمار نیز می‌زدم. بعد از مدتی متوجه شدم مادرم برایم ۵۰ گرم طلا به ارث گذاشته است که شامل یک انگشتر ۴ گرمی، ۲ گوشواره ۳ گرمی و یک شمایل ۴۰ گرمی که یک سمت آن عکس مولای متقیان علی ابن ابی طالب و طرف دیگر تصویر پیامبر اسلام که قرآن در دست گرفته بود،

اتاق کوچکی برای زندگی تهیه کنم. یک روز تصمیم گرفتم به واحد بهزیستی در انتهای خیابان سینا سر بزنم. خانم مددکاری به من گفت: آقای جبارزاده یک خانمی به اسم رحیم زاده گفته برای یکی از مددجویان تحت پوشش واحد بهزیستی که درس یا کارش خوب است، قصد دارم یک یخچال تهیه کنم و آدرس و شماره مغازه خانم رحیم زاده را در اختیار من گذاشتند. پیش از ادامه عنوان کنم که ۳ ماه قبل از تهیه یخچال به خانم دامیگاه از مددکاران بهزیستی گفته بودم لطفاً با آقای شیرخدایی که از خیرین بود صحبت کنید که اگر می شود برایم یک تلویزیون سیاه سفید تهیه کند. آن زمان جام جهانی ۱۹۸۶ مکزیک شروع شده بود. دامیگاه گفت: اتفاقاً شیرخدایی گفته به رضا بگو که یک یخچال یا تلویزیون انتخاب کند آن زمان با اینکه هنوز یخچال برایم تهیه نشده بود تلویزیون را ترجیح دادم. گفت: الان که تابستان است به یخچال برای نگهداری مواد غذایی و آب خنک بیشتر احتیاج نداری؟ گفتم نه. آن زمان تماشای مسابقات فوتبال بیش از هرچیزی برایم لذت انگیزتر بود و بیشتر اوقات به استادیوم آزادی و امجدیه (شهید شیرودی فعلی) رفته و مسابقات تیم استقلال و تیم ملی را تماشا می کردم. بالاخره شیرخدایی تلویزیون را برایم تهیه کرد

و من از مسابقات فوتبال عقب نماندم. برگردیم به ادامه داستان... من با خانم رحیم زاده تماس گرفتم. وی با روی خوش از من استقبال کرد و گفت: از آشنایی با شما خوشبختم و زمان و مکان (مغازه لوازم منزل فروشی واقع در خیابان آذربایجان) ملاقات را مشخص کرد. بعد از ملاقات و بار زدن یخچال، خانم رحیمی آدرس منزل خود را نیز به من داد و گفت: به ما سر بزن آقای رضا جبارزاده. با تلویزیونی که تهیه شده بود جام جهانی را دنبال می کردم. تیم آرژانتین با درخشش دیه گو مارادونا فقید موفق شد به انگلیس دو گل بزند که یکی را از وسط زمین و گل دیگر را با دست چپ به دور از دید داور مسابقه زد و در فینال هم با نتیجه ۲-۳ آلمان غربی را شکست داد و قهرمان شد. از آن زمان به خانه رحیم زاده رفت و آمد پیدا کردم و ارتباطم با اعضای خانواده شان یعنی دخترش، پسر و دامادش و نوه هایش بسیار خوب بود. من عاشق دخترشان شده بودم و علت بیشتر رفت و آمدم به آن خانه نیز بخاطر دختر خانواده بود. چون به آن خانواده مدیون بودم و شدت علاقه ام به دختر خانواده داشت بالا می گرفت، تصمیم گرفتم فاصله بگیرم. دوباره به کارتن خوابی روی آوردم و اصلاً حال روحی خوبی نداشتم. شبی رفتم زیر پل چوبی، یادم است زمستان بود و

هوای سردی برقرار بود. ۵ نفری دور یک حلب ۱۷ کیلویی سوراخ سوراخ به آتشی که روشن کرده بودیم خیره بودیم. هنگام سحر مردی بالای سرمان آمد و ما ۵ نفر را بیدار کرد و گفت یک کامیون چوب الوار در درون تریلی بار است. می خواهیم کسانی بیایند بلند کنند تا بتوانیم داخل مغازه ببریم. ما رفتیم و حقوق نفری ۸۰۰ تومان داد. همان موقع بعد از کار در فصل زمستان سرخیابان پل چوبی نزدیک یک مسجد صبحانه حلیم با گوشت بوقلمون می داد. با ۲۵۰ تومان یه کاسه پر حلیم خریدم و سال های سال است که مزه و خاطره آن حلیم با من است. همان روز به واحد بهزیستی حداد سر زدم. مسئولین این واحد گفتند: ما برای بچه های آسایشگاه دختران قصد داریم پرورشگاهی را بازسازی کنیم و پیشنهاد داد که روزی ۱۶۵۰ تومان به من حقوق بدهد. من آنجا مشغول کار شدم و از ۳ وعده غذا، کار و مسکن در زمستان بهره مند شدم. بعد از مدت یک ماه و گرفتن ۵۱ هزار تومان، با خانم زرین خامه آشنا شدم. ایشان مرا به شرکت خوشخواب کیلومتر ۵ جاده کرج معرفی کرد. یک روز در حین کار به من گفتند: تو باید به شعبه شماره ۲ خوشخواب که در شهرک صنعتی البرز قزوین واقع شده بروی. اما در حال کار دچار حادثه ای شدم و دست چپم شکست.

بعد از آن اتفاق بهزیستی شرق تهران برای پوشش من را به کرج منتقل کردند. و برای دریافت امداد تحت پوشش واحد آزادی خیابان بهشتی وصل شدم. در آنجا به من پیشنهاد شد که با یک دختر ازدواج کنم. به اتفاق مددکاران با یک دسته گل و یک جعبه شیرینی به خواستگاری رفتم. همدیگر را پسندیدیم. خانم مددکار خرمشاهی گفت: مهریه ۵۰۰ عدد سکه طلا باشد. در مقابل خانواده عروس گفتند: بایستی شما ۲۰۰ هزار تومان کار کنی و بعد اقدام کنید. یکسال در آجودانیه و شمس آباد کار کردم و دوباره برای خواستگاری برگشتم. آن ها ۸ برادر و ۵ خواهر بودند؛ وقتی بعد از یکسال سرزدم برادر بزرگ تر گفت: یا می آیی در مکانیکی کار می کنی یا کشاورزی یا در ساختمان مشغول کار می شوی و به من گفت: که آقا رضا اگر فکر می کنی که دختر ما را گرفته و هرشب می توانی با او مراوده داشته باشی یا دستت رویش بلند شود، ما ۱۵

نفریم هرچه دیدی از چشم خودت دیدی. مریم خواهرشان بیوه بود قبلاً یکبار ازدواج کرده بود. با توجه به شرایط خانواده اش و همچنین اوضاع و احوال خودم که اکثر لحظاتم در تنهایی با تصور دختر خانم رحیم زاده می گذشت و منجر به مریضی جسمی و روحی من نیز شده بود؛ تصمیم گرفتم از این ازدواج صرف نظر کنم. پیش از این ها موفق شده بودم که از یک مرکز آموزشی فارغ التحصیل و دیپلم بگیرم. بعد از این شروع کردم به خرید و فروش کتاب، حدود ۶ ماه مشغول به اینکار بودم که مجدد آقای رحیم زاده به من لطف کرد پیدایم کرد و یک خانه پایین گرمدره با پول پیش ۲۰۰ هزار تومان ماهی ۵۰ تومان برایم فراهم کرد و شغل نجاری هم برای امرار معاشم در نظر گرفت. به گرمدره رفتم و زندگی تازه خود را در خانه جدید شروع کردم تا اینکه

صاحبخانه که در قولنامه ضمانت کرده بود یک دستگاه آبگرمکن برای مستاجرش نصب کند و نکرد. بار ها به او تذکر دادم و جواب سربالا داد. یک شب عصبی شدم و یقه اش را گرفتم و می خواستم دلیل آن را بدانم؛ صاحبخانه در جواب پاسخی بهم داد که برایم خیلی سنگین بود، گفت: تو که هیچی نداری اینم روش!!! کار بالا گرفت؛ دعوا به دادگاه چهارراه طالقانی کشیده شد. آن ها از دست من شکایت کرده و گفتند که من می خواستم خانه را به آتش بکشم و قصد کتک داشتم. قاضی همان جا تشخیص داد و خطاب به من گفت: تو اگر آدم عاقلی بودی به زندان می فرستادمت ولی چون مهجوری تو را به تیمارستان می فرستم. این بود که من را آوردند امین آباد بعد سرای احسان به مدت ۲ سال، سعید آباد ۵ سال، در نوین ۱۶ سال و اکنون در آسایشگاه کرج بچه های آسمان زندگی می کنم.



خدمت رسانی به معلولین بدون مشارکت جامعه امکان پذیر نیست

به نوع کاربری آنها در طراحی این گونه ساختمان ها باید ضوابط زیر براساس نشریه ۲۴۶ سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور رعایت گردد.

عناصر مشترک در کلیه ساختمان های عمومی ورودی ها:

- ورودی اصلی باید برای استفاده همگان قابل دسترس باشد.

- پیاده رو منتهی به ورودی قابل دسترسی باید با علائم حسی برای افراد نابینا و نیمه بینا مشخص شود.

- ورودی ساختمان حداقل امکان هم سطح پیاده رو باشد.

- حداقل عمق فضای جلو ورودی ۱۴۰ سانتیمتر باشد.

- حداقل عرض بازشوی ساختمان ۱۰۰ سانتیمتر باشد.

- ورودی های قابل دسترسی باید توسط راه قابل دسترسی به ایستگاه وسایل نقلیه عمومی، پارکینگ قابل دسترسی و محل های سوار شدن مسافران و نیز به خیابان های عمومی و پیاده رو ها مرتبط باشند.

- ورودی ها باید با ایجاد راه قابل دسترسی به تمام فضاها و عناصر قابل دسترسی در داخل بنا یا تسهیلات، مرتبط باشند.

- درهای قابل دسترسی باید دارای ویژگی های مشخصی باشند و از شرایط زیر تبعیت نمایند:

- ۱- عرض درگاه یا پهنای مسیر تردد در ورودی باید برای عبور کافی باشد.
- ۲- در دو سمت باز و بسته شدن در و نیز در کنار محل قفل و دستگیره در باید فضای کافی و بدون مانع وجود داشته باشد.
- ۳- آستانه در باید به گونه ای طراحی و اجرا شود که مانع لیز خوردن افراد شده و مانع حرکت راحت صندلی چرخدار نگردد.

۴- دستگیره و همچنین قفل در باید به راحتی و بدون نیاز به فشار عمل کند.

۵- بازشوها باید بدون نیاز به فشار و به راحتی باز و بسته شود.

برای اینکه چنین شرایطی حاصل گردد باید در طراحی و مناسب سازی درهای ساختمان ها از اصول زیر پیروی نمود:

- عرض درگاه و پهنای مسیر تردد منظور از عرض کافی درگاه این است که پهنای درگاه باید به اندازه هایی باشد که به افرادی که سوار بر ویلچر هستند و یا از واکر یا عصا استفاده میکنند اجازه عبور بدون برخورد با در، قاب در و یا دستگیره و ابزار در را بدهد.

به عبارت دیگر عرض بازشوی در باید کمی بیشتر از عرض ویلچر در نظر گرفته شود تا مانع برخورد دست ها و بازوی فرد به دو طرف درگاه در هنگام عبور از میان در شود و تردد بدون مانع را فراهم سازد.

زاویه بازشو در باید حداقل ۹۰ درجه باشد تا امکان حرکت مستقیم و بدون مانع برای فردی که از ویلچر استفاده میکند فراهم شود.

درهای شیشه ای و یا قاب های شیشه ای مجاور آنها باید به وسیله نشانگرهایی مشخص شوند تا به لحاظ ایمنی قابل دیدن شوند. این علائم بهتر است دارای رنگ های متضاد با زمینه باشند تا از نظر بصری به وضوح قابل مشاهده باشند.

در جاهایی که درهای شیشه ای و دیوارهای شیشه ها در کنار یکدیگر قرار دارند، الزام است تا از نوارهای متفاوتی برای مشخص کردن آنها استفاده شود تا محل بازشو به وضوح قابل تشخیص باشد.

حداقل عرض ورودی اصلی ساختمان باید ۱۰۰ سانتیمتر بوده و در جلوی درهای اصلی که مستقیماً به فضای بیرون ساختمان باز میشوند، الزام است فضای بدون مانع به ابعاد حداقل ۱۴۰×۱۴۰ سانتیمتر پیش بینی نمود.

برای درهای داخلی، حداقل عرض مفید در باید ۸۰ سانتیمتر باشد. بنابراین در طراحی و مناسب سازی باید به این نکته توجه داشت که پهنای قاب در یا چارچوب و نیز ضخامت در باید در خارج این اندازه واقع شود.

در مواقعی که درها به فضای عبور عمومی مثل راهروهای هتل ها، فضاهای آموزشی،

بیمارستان ها و مانند آن باز میشوند، باید پیشامدگی لنگه بازشوی در داخل فضای عبور عمومی حداکثر ۱۰ سانتیمتر باشد.

در صورتی که از درهای چرخان که برای افراد معلول غیر قابل استفاده است در ساختمان عمومی استفاده شده باشد، الزام است که یک در لولایی در نزدیک آن برای استفاده افراد معلول پیشبینی شود.

راهرو

- کف راهرو باید غیر لغزنده باشد و از نصب کفپوش ها با پرز بلند خودداری شود.

- چنانچه کف راهرو از فرش یا موکت پوشیده شده باشد، باید نصب آن برای تردد افراد معلول قابل اطمینان باشد. هرگونه برجستگی و اتصال نباید بیش از ۲ سانتیمتر ارتفاع داشته باشد.

- در راهرو باید میله دستگرد وجود داشته باشد.

مناسب سازی راهروهای موجود

- تا حد امکان باید تعداد درهایی را که به راهرو باز میشوند کاهش داد.

- هیچگونه گلدان یا وسیله دیگری نباید در مسیر عبوری راهرو قرار داده شود. در صورتی که وسایل و تجهیزات در داخل راهرو و در کنار دیوار قرار گیرد، باقیمانده عرض راهرو نباید از ۹۰ سانتیمتر کمتر شود. همچنین الزام است از کنتراست رنگ و یا علائم حسی در کف راهرو، به منظور اعلام وجود مانع، استفاده شود.

- برای رنگ آمیزی دیوار و سقف راهروها از رنگ هایی استفاده شود که منعکس کننده نور نباشد.

- اگر در کف راهروها از پوشش های غیر ثابت مانند فرش استفاده شده است، باید بدون پرز بلند بوده و حتماً با ابزار به زمین متصل و محکم شده باشد.

- در مکان هایی که احتمال برخورد صندلی چرخدار با دیوار وجود دارد، الزام است از سطوح آلومینیومی و یا پلاستیکی استفاده شود تا جلوی ضربه گرفته شود.

بازشوها (در و پنجره ها)

- در مورد درهایی که به مسیر عبور عمومی باز میشوند تأمین دید کافی الزامی است. در هر صورت پیشامدگی لنگه در باز شده در

مسیر عبور عمومی نباید بیش از ۱۰ سانتیمتر باشد.

- رنگ درها و چارچوب آنها باید در تضاد با رنگ دیوار همجوار خود باشد.

- درها باید دارای پاخور با ارتفاع مناسب باشند.

- در صورت استفاده از درهای چرخان، گردش، کشویی و... که برای افراد معلول غیر قابل استفاده است، پیشبینی یک در معمولی به عرض مفید حداقل ۸۰ سانتیمتر در جوار آنها برای استفاده افراد معلول الزامی است.

- کلیه درها باید به سهولت باز و بسته شوند.

- دستگیره درها باید از نوع اهرمی بوده و رنگ آن در تضاد با رنگ در باشد.

- به منظور تسهیل در حرکت، پیش بینی سطحی هموار در هر دو سوی در الزامی است.

- خروجی اضطراری باید قابل دسترسی و هم سطح بوده و به یک راه قابل دسترسی ختم شود.

- کلیه درها و پنجره هایی که تا کف دارای شیشه هستند در مقابل ضربه محافظت شوند.

- زاویه بازشوی در باید حداقل ۹۰ درجه باشد.

فضای بدون مانع

- فضای بدون مانع در دو طرف بازشو،

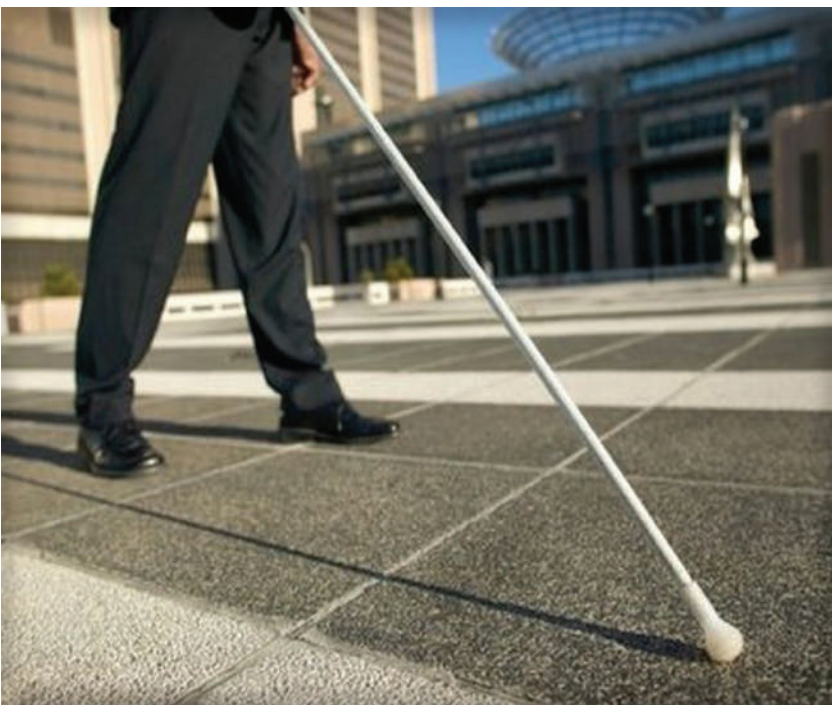
فضایی است که امکان باز و بسته کردن در را برای افرادی که از صندلی چرخدار و یا عصا استفاده میکند فراهم مینماید. این سطح بدون مانع باید از محل لولای در تا دستگیره و قفل آن امتداد یابد. در صورت نبودن چنین فضایی، امکان برخورد و اصابت بازشو با ویلچر و یا واکر بسیار زیاد خواهد بود.

- در صورت استفاده از درهای کشویی اتوماتیک، حداقل فضای بدون مانع مورد نیاز برای چرخش صندلی چرخدار میتواند کاهش یابد.

- از قرار دادن هرگونه تجهیزات و یا مبلمان در فضای بدون مانع در هر دو طرف در که عملکرد در را محدود مینماید، باید خودداری نمود.

- ابعاد فضای بدون مانع در قسمت بازشوی در باید بیشتر از سمت دیگر آن باشد. این فضا به فرد اجازه میدهد که در موقعیت مناسبی خارج از مسیر حرکت و چرخش در قرار گیرد و در کنار دستگیره در قرار گرفته و در را باز نماید. ایجاد این فضا به افرادی که دارای محدودیت حرکت هستند و نمیتوانند در یک زمان دستگیره در را گرفته و بلافاصله آن را باز نمایند بسیار الزام و کاربردی میباشد.

- در ساختمان های عمومی، در صورتی که بازشوی اتاق ها به سمت خارج اتاق و درون فضاهای عمومی مانند راهرو باشد، الزام است



محل قرار گیری باز شو نسبت به دیوار های اطراف عقب نشینی مناسبی داشته باشد تا در فضای بیرونی مانعی ایجاد نکند.

آستانه در

- وجود آستانه در، برای بسیاری افراد خطر ساز است و باعث گیر کردن پا و برخورد با زمین میشود و مانعی برای تردد افرادی است که از صندلی چرخدار استفاده میکنند. در صورت امکان نباید از آستانه استفاده نمود و بایستی کف چارچوب همسطح زمین باشد. در صورت اجبار به استفاده از آستانه، ارتفاع آن نباید از ۲ سانتیمتر بیشتر شود.

- در صورت استفاده از آستانه مخروطی شکل، ارتفاع برجستگی آن نباید از ۲ سانتیمتر بیشتر شود.

- در صورت اجبار به استفاده از آستانه بیش از ۲ سانتیمتر باید از سطح شیب دار استفاده شود.

- افرادی که دارای محدودیت حرکت در استفاده از دستشان هستند، ممکن است به سختی بتوانند از دستگیره در های متداول استفاده کنند. مثال دستگیره های گرد و توپر که باید گرفته و چرخانده شوند و یادستگیره هایی که باید برای باز شدن اهرم قفلشان با شست دست فشار داده شوند، برای استفاده همه افراد با توان حرکتی متفاوت مناسب نیست.

- بر اساس استاندارد بین المللی، دستگیره در ها باید به گونه ای باشند که محکم گرفتن و پیچاندن آنها الزام نباشد، بنابراین باید دستگیره در ها به گونه ای باشد که بتوان آنها را با یک دست و بدون اعمال فشار و یا پیچاندن باز و بسته نمود.

راه پله

- وجود علائم حسی در کف، قبل از ورود به قفسه پله و پاگردها برای هشدار به نابینایان و کم بینایان الزامی است.

- نصب دستگرد در طرفین پله الزامی است.

پله باید از جنس سخت و غیر لغزنده باشد.

- شعاع گردی لبه کف پله باید ارتفاع میلیمتری داشته باشد.

- نصب هر گونه اجزای الحاقی غیر همسطح بر روی کف پله ممنوع است.

- در کناره های عرضی پله، پیشبینی جزئیات اجرایی به نحوی که مانع لغزش عصا

شود الزامی است.

- پاخور پله باید بسته باشد و پیشامدگی پله از پاخور نباید بیش از ۳ سانتیمتر باشد.

- حداکثر تعداد پله بین دو پاگرد باید ۱۲ پله باشد.

ویژگی پله های قابل دسترس

در ساختمان ها حتی در صورت وجود آسانسور و بالابر های مکانیکی، استفاده از پله امری اجتناب پذیر است. بنابراین از آنجایی که پله های داخلی و خارجی ساختمان، دارای ضوابط و دستورالعمل های مشابهی هستند، کلیه پله ها باید دارای ویژگی های مشخصی باشند و از شرایط زیر تبعیت نمایند.

۱- پله ها باید طوری طراحی شوند که به آسانی توسط همه افراد قابل استفاده باشند.

۲- الزام است ایمنی افراد در هنگام بالا و پایین رفتن از پله تامین شود.

۳- عرض پله ها باید برای تردد بدون مانع کلیه افراد کافی باشد.

۴- ارتفاع پله ها باید به اندازه ایی باشد که همه افراد با توانایی های متفاوت بتوانند به راحتی از آن استفاده کنند.

۵- پله ها باید پیوسته و دارای سطح مقاومی باشند.

۶- در مکان هایی که آسانسور و بالابر مکانیکی وجود ندارد و پله تنها گزینه برای تردد بین طبقات میباشد، الزام است از کابین های مکانیکی انتقال دهنده که بر روی پله ها نصب میشود استفاده شود تا افرادی که از

صندلی چرخدار استفاده میکنند بتوانند به طبقات دسترسی یابند.

برای اینکه چنین شرایطی حاصل گردد، باید در طراحی و مناسب سازی پله ها از اصول زیر پیروی نمود:

ایمنی

- در داخل و خارج ساختمان ها باید از طراحی و احداث تک پله پرهیز شود.

- الزام است از پلکان مستقیم به جای پلکان گرد و مارپیچی استفاده شود.

- در ابتدا و انتهای هر رشته پله، الزام است از سطوح شیاردار برجسته موازی با لبه پله استفاده شود تا از سر خوردن احتمالی افراد جلوگیری شود. همچنین این سطوح به عنوان هشدار برای افراد کم بینا و نابینا استفاده میشود.

- در پلکان های عریض و پهن تر، میتوان میله دستگرد سومی در وسط عرض پله در نظر گرفت.

- در جاهایی که پله دارای بیرون زدگی است، الزام است با استفاده از تغییر رنگ، این بیرون زدگی قابل تشخیص شود تا در هنگام بالا رفتن و پایین آمدن از پله قابل رویت باشد. از تغییر رنگ در پاخور پله و حاشیه کف پله هم برای افزایش ایمنی افراد کم بینا می توان استفاده کرد.

- سطوح پله باید مقاوم و غیر لغزنده باشد.

- نورپردازی پله باید کافی باشد و سایه روشن در مسیر پله ایجاد نکند.

- پاخور پله باید بسته باشد و در صورتی که دارای پیشآمدگی است، این پیشامدگی باید



حداکثر ۳ سانتیمتر باشد.

سطح شیبدار

- حداقل عرض سطح شیبدار ۱۲۰ سانتیمتر باشد.

- برای سطوح شیبدار تا ۳ متر طول، حداکثر شیب ۸ درصد با عرض حداقل ۱۲۰ سانتیمتر باشد.

- در سطوح شیبدار بیش از سه متر طول تا حد مجاز ۹ متر، به ازای هر متر افزایش طول ۵ سانتیمتر به عرض مفید آن اضافه و ۵/۰ درصد از شیب آن کاسته شود.

- سطح شیبدار نباید دارای شیب عرضی باشد.

- در صورتی که سطح شیبدار در هوای آزاد واقع شود باید به طریقی طراحی گردد که از جمع شدن آب در سطوح حرکت جلوگیری شود.

- پیشبینی یک پاگرد به عمق حداقل ۱۵۰ سانتیمتر با در نظر گرفتن حداکثر طول افقی ۹ متر الزامی است.

- حداقل ابعاد پاگرد سطح شیبدار باید ۱۵۰×۱۵۰ سانتیمتر باشد.

- کف سطح شیبدار باید غیر لغزنده، ثابت، سخت و صاف باشد.

- در کنارهای عرضی و پاگرد سطح شیبدار پیشبینی لبه محافظ، حداقل به ارتفاع ۵ سانتیمتر با رنگ متضاد با محیط به نحوی که مانع لغزش استفاده کننده گردد، الزامی است.

ویژگی سطوح شیبدار قابل دسترس

به طور کلی سطوح شیبداری که برای دسترسی سطوح غیر همسطح و گذر از پله ها استفاده میشوند، باید از شرایط زیر تبعیت نمایند:

۱- استفاده از سطوح شیبدار به جای پله برای تردد افرادی که از صندلی چرخدار استفاده میکنند و یادارای مشکلات حرکتی هستند، مناسب است.

۲- برخی افراد ممکن است برای حفظ تعادل خود هنگام تردد بر روی سطوح شیبدار دچار مشکل شوند، در این صورت استفاده از پله و رمپ در کنار هم برای دسترسی به سطوح غیر همسطح الزام است.

۳- مصالح مورد استفاده در سطوح شیبدار باید غیر لغزنده باشد، مانند بتن، آجر و مانند

آن.

۴- با وجود اینکه مطابق ضوابط، حداکثر شیب سطح شیبدار ۸ درصد است ولی استفاده از شیب کمتر از سهولت و ایمنی بالاتری برخوردار است و استفاده از حداکثر شیب برای مکان های خاص که محدودیت فضایی وجود دارد توصیه می شود.

۵- حتما باید در دو طرف سطوح شیبدار از میله های دستگرد استفاده نمود. این میله ها باید از استحکام کافی برخوردار باشند تا از افتادن افراد جلوگیری کنند.

۶- میله های دستگردی که دو طرف سطح شیبدار در نظر گرفته میشود به تنهایی قادر به محافظت افراد در برابر افتادن نیستند، بنابراین الزام است از لبه های محافظ در آنها استفاده شود. این لبه ها میتوانند شامل موارد زیر باشند:

- دیواره های توپر که میله دستگرد بر روی آن نصب شده باشد.

- ایجاد لبه محافظ در حاشیه پیاده رو در محل نصب میله دستگرد.

- افزودن یک میله اضافی در قسمت پایین میله دستگرد.

۷- ایجاد میله دستگرد و یا لبه محافظ در اطراف سطوح شیبدار، ممکن است خوشایند نباشد و در طراحی به عنوان عناصر مزاحمی محسوب شوند. بنابراین میتوان از برخی عناصر طبیعی یا مبلمان شهری مانند جعبه گل flowerbox و یا نیمکت به عنوان لبه محافظ استفاده نمود.

آسانسور

در ساختمان های عمومی که برای قابل دسترس بودن طبقات از آسانسور استفاده میشود، وجود حداقل یک آسانسور با مشخصات زیر برای معلولین الزامی است:

۱. عرض مفید در: ۸۰ سانتیمتر.

۲. مجهز به دو در کشویی با ساز و کار برگرداننده بر اثر ضربه و با چشم الکترونیکی به ارتفاع ۷۵ سانتیمتر از کف.

۳. بازشوی خودکار مجدد در با حداقل ۷ ثانیه زمان توقف.

۴. پوشش کف آسانسور محکم، ثابت، غیر لغزنده.

ویژگی آسانسورهای قابل دسترس در کلیه ساختمان های عمومی، به منظور انتقال

افرادی که قادر نیستند از پله استفاده کنند به سایر طبقات، الزامی است.

آسانسورها باید دارای ویژگی های مشخصی باشند و از شرایط زیر تبعیت نمایند:

۱- دسترسی به آسانسور باید به راحتی انجام شود. بنابراین جلوی آسانسور باید فضای کافی و بدون مانعی برای دسترسی افرادی که از صندلی چرخدار استفاده میکنند فراهم گردد.

۲- عرض در آسانسور باید به اندازه های باشد که صندلی چرخدار به راحتی به داخل آن وارد و از آن خارج شود.

۳- دکمه های آسانسور باید به راحتی قابل دسترس و در ارتفاع مناسبی قرار گیرد.

۴- ایمنی افرادی که مشکلات حرکتی و حفظ تعادل دارند باید در داخل آسانسور تامین شود.

۵- اتاقک آسانسور باید به سیستم صوتی مجهز باشد تا افرادی که دارای مشکلات بینایی هستند بتوانند محل پیاده شدن از آسانسور را درک نمایند. برای اینکه چنین شرایطی حاصل گردد باید در طراحی و مناسب سازی آسانسورها از اصول زیر پیروی نمود:

- مکان قرار گیری آسانسور باید با علائم

- بصری و حسی به وسیله کف سازی برجسته شیاردار در فضای ورودی اصلی ساختمان های عمومی مشخص شود.

- جهت حفظ تعادل افراد در داخل آسانسور، استفاده از میله دستگرد الزامی است. در آسانسورهای بزرگتر از ابعاد حداقل، میتوان از صندلی تاشو برای نشستن افراد استفاده نمود.

- در آسانسورهایی که حداقل ابعاد ممکن را دارند، بهتر است آینه ای در دیوار مقابل در آن پیشبینی شود تا شخصی که بر صندلی چرخدار قرار دارد بتواند از طریق آینه مسیر خروج خود را پیدا کند.

موارد ذکر شده بخشی از اصولی است که ساختمان های اداری و عمومی باید به نفع افراد معلول در جهت سهولت رفت و آمد آن ها به این ساختمان ها رعایت کنند. تا افراد با هر نوع معلولیت بتوانند به مانند افراد عادی جامعه رفت و آمد داشته باشند و نیاز به کمک چندین نفر نیز نداشته باشند.



میکروسفالی یک عارضه کمیاب نورولوژیکی است که در آن سر نوزاد به طرز قابل توجهی از سر سایر کودکان در آن سن یا با همان جنسیت کوچکتر است. گاهی اوقات می‌توان این بیماری را در زمان زایمان تشخیص داد. میکروسفالی معمولاً در نتیجه رشد غیرمعمولی مغز در رحم و رشد ناکافی آن در دوران پس از تولد ایجاد می‌شود. علل بیماری میکروسفالی عوامل محیطی و ژنتیکی متنوعی هستند. کودکان مبتلا به میکروسفالی غالباً مشکلاتی در رشد دارند. معمولاً درمانی برای میکروسفالی وجود ندارد، ولی مداخله زودهنگام با درمان‌های حمایتی، همچون گفتار درمانی و کار درمانی می‌تواند به بهبود رشد کودک و کیفیت زندگی وی کمک کند.

علل میکروسفالی در کودک چیست؟

در دوران بارداری، سر کودک با مغز او رشد می‌کند. میکروسفالی هنگامی اتفاق می‌افتد که در دوران بارداری مغز کودک به خوبی شکل نمی‌گیرد یا پس از زایمان از رشد باز می‌ایستد. علت دقیق میکروسفالی در اکثر نوزادان مشخص نیست. اما این موارد می‌توانند در بروز میکروسفالی نقش داشته باشند.

ژن‌ها و کروموزوم‌ها

– تغییرات در ژن‌هایی که بر رشد مغز اثر می‌گذارند. این مسئله شایع‌ترین عامل میکروسفالی است. ژن‌ها بخشی از سلول‌های بدن هستند. این ژن‌ها دستورالعمل‌هایی را درباره نحوه رشد بدن و عملکرد آن در خود ذخیره دارند. ژن‌ها از والدین به کودکان منتقل می‌شود.

– عارضه‌های کروموزومی همچون سندروم داون. کروموزوم‌ها سازه‌هایی هستند که ژن‌ها را در خود نگاه می‌دارند. کودکان مبتلا به عارضه‌های کروموزومی

رشد مغز کودک، به هم جوش می‌خورند. این عارضه می‌تواند باعث بروز مشکلاتی در رشد مغز شود.

– مصدومیت تروماتیک مغز: این عارضه هنگامی رخ می‌دهد که مصدومیت سر باعث ضایعه مغزی شود.

مشکلات متابولیسم یا تغذیه‌ای

اختلالات متابولیک:

این اختلالات عارضه‌هایی هستند که بر متابولیسم بدن تأثیر می‌گذارند. متابولیسم به روشی که بدن ما غذا را به انرژی مورد نیاز خود تبدیل می‌کند گفته می‌شود تا از اکسیژن استفاده کرده، غذا را هضم کرده و رشد کند. سوء تغذیه شدید در رحم: این عارضه به این معناست که نوزاد در دوران بارداری به اندازه کافی غذا و مواد غذایی را دریافت نمی‌کرده است.

نشانه‌ها و علائم میکروسفالی

خصیصه اصلی میکروسفالی اندازه سر نوزاد است که بسیار کوچکتر از اندازه نرمال بر سن و جنسیت کودک است. سایر علائم و نشانه‌ها در هر کودک متفاوت است. برای مثال:

– افزایش وزن و رشد ضعیف

– اشتهای/تغذیه کم

– دشواری در حرکت و تعادل

– سفتی غیرمعمول عضلات (شلی بیش از

– حد یا سفتی بیش از حد)

– تأخیر در تکلم

– اختلالات متوسط تا شدید در یادگیری

برخی از کودکان مبتلا به میکروسفالی به سایر مشکلات پزشکی نیز مبتلا هستند از جمله:

– کوتولگی یا دورفیزم

– بدشکلی چهره

– تشنج

– مشکلات بینایی و شنوایی

– بدشکلی مفاصل (برای مثال، در کودکان مبتلا به عفونت زیکا)

آماده شدن برای نوبت معاینه

اگر به تازگی متوجه ابتلای کودک خود به میکروسفالی شده‌اید یا به کوچکی بیش از حد سر کودکان مشکوک هستید، باید به متخصص اطفال مراجعه کنید. هرچند، در برخی موارد، متخصص اطفال شما را به یک نورولوژیست اطفال ارجاع خواهد داد. در ادامه اطلاعاتی را برایتان گردآوری کرده‌ایم که به شما در آماده شدن برای نوبت معاینه کمک کند.

– نگرانی‌هایی که درباره فرزند خود دارید یادداشت کنید، از جمله نگرانی‌هایتان درباره سایز کوچک سر یا رشد با تأخیر او. اگر درباره سایز سر کودک نگرانید، سعی کنید اندازه یک کلاه یا محیط سر



وابستگان درجه یک او را اندازه بگیرید، برای مثال والدین و خواهر یا برادران، هر چه تعداد بیشتر مقایسه دقیق‌تر.

– در صورت امکان، یکی از اعضای خانواده یا یکی از دوستان خود را بعنوان همراه ببرید. کسی که شما را همراهی می‌کند می‌تواند در به خاطر سپردن اطلاعاتی که پزشک در اختیارتان می‌گذارد به شما کمک کند.

– سوالاتی که می‌خواهید از پزشک بپرسید را یادداشت کنید. درباره میکروسفالی، برخی از سوالات پایه‌ای که می‌توانید از پزشک بپرسید عبارتند از:

محتمل‌ترین علت این عارضه در کودک چیست؟

آیا کودک من به آزمایشات دیگری نیاز دارد؟ اگر نیاز دارد، آیا این آزمایشات نیاز به آماده شدن دارد؟

چه درمان‌هایی را می‌توان انجام داد؟

به نظر شما چه اقداماتی برای کودک من مناسب‌تر است؟

آیا درمانی وجود دارد که سر کودک من را به اندازه نرمال خود بازگرداند؟

اگر باز هم باردار شوم، احتمال ابتلای آنها به میکروسفالی چقدر است؟

تشخیص میکروسفالی

گاهی اوقات، وجود میکروسفالی را می‌توان در سه ماهه دوم یا سوم بارداری با استفاده از سونوگرافی و پیش از به دنیا آمدن جنین تشخیص داد. برای کودکانی که پس از تولد میکروسفالی آنها تشخیص داده می‌شود، کودک تحت فرآیند کامل معاینه قرار خواهد گرفت. فرآیند تشخیصی میکروسفالی عبارتند از:

– معاینه جسمانی، از جمله ارزیابی محیط سر

– سابقه خانوادگی و اندازه گیری سایز سر والدین

– ترسیم نمودار رشد سر بر حسب زمان سی تی اسکن و MRI، تصویر برداری مغز یا نمونه خون: به محض تشخیص میکروسفالی، پزشکان می‌توانند از سی تی اسکن و MRI یا آزمایش خون نیز بهره بگیرند تا شدت و علت میکروسفالی را ارزیابی کرده و سایر عوارض مرتبط با آن

را تشخیص دهند. برخی از این آزمایشات احتمالاً به پزشک اطلاعاتی درباره وجود عفونت در رحم بدهد که باعث بروز تغییرات ساختاری در مغز کودک شده است.

درمان میکروسفالی

به غیر از جراحی برای جوش خوردن جمجمه، عموماً هیچ درمانی که بتواند سر کودک را بزرگ کرد یا عوارض میکروسفالی را بازگرداند وجود ندارد. تمرکز درمان بر روش‌هایی برای مدیریت عارضه کودک است. برنامه مداخلات پزشکی در اوایل کودکی از جمله گفتار درمانی، کار درمانی و فیزیوتراپی می‌تواند به تقویت توانایی‌های کودک شما کمک کند. پزشک احتمالاً داروهایی تجویز می‌کند تا عوارض میکروسفالی از جمله تشنج یا بیش فعالی را کنترل کند.

درمان جراحی برای جوش خوردن جمجمه

هدف از جراحی جوش خوردن جمجمه گشودن و تغییر شکل استخوان‌های جمجمه است. از لحاظ تاریخی، جوش خوردن جمجمه با استفاده از روش‌های جراحی درمان می‌شد که مشتمل بر یک زدن یک شکاف از یک گوش تا گوش دیگر و برداشتن، تغییرشکل یا دوباره متصل کردن استخوان‌های آسیب دیده است.

جراحی باز قدیمی

در جراحی سنتی، فرآیند حدود ۴ ساعت طول می‌کشد و در ترکیب با جراحی پلاستیک استخوان سر و صورت انجام می‌شود. معمولاً به انتقال خون نیاز است. معمولاً کودک باید شب بعد از عمل را در آی سی یو بستری شود و سپس سه روز دیگر نیز در بخش عمومی جراحی عصب بستری خواهد شد و سپس مرخص می‌شود. ورم اطراف چشم طبیعی است ولی معمولاً پیش از ترخیص از بین می‌رود. برای کاهش خطرات جراحی، این عمل را در حدود ۶ ماهگی نوزاد انجام می‌دهند. به ندرت برای نوزادان پیش می‌آید که پیش از این سن فشار فزاینده داخل جمجمه‌ای را تجربه کنند. اکثر اوقات، موارد

سندرومیک و چندگانه مفصل جمجمه را با استفاده از تکنیک‌های جراحی سنتی درمان می‌کنند. بخاطر تغییر شکل‌هایی که در زمان جراحی انجام می‌شود، نیازی به مداخلات بیشتر نخواهد بود.

جراحی کم‌تهاجمی

جراحی کم‌تهاجمی تنها با دو شکاف کوچک انجام شده و در طی آن بخشی از مفصل جوش خورده برداشته می‌شود تا استخوان‌ها گشوده شوند. این جراحی حدوداً یک ساعت طول می‌کشد و به ندرت نیاز به انتقال خون خواهد داشت. پس از جراحی، کودک باید شب بعد از عمل را در بخش عمومی جراحی مغز و اعصاب بستری بماند و روز بعد ترخیص می‌شود. معمولاً ورم اطراف چشم دیده نمی‌شود. جراحی کم‌تهاجمی موفقیت‌آمیزترین نتایج را برای کودکان پیش از سن ۶ ماه دارد. در تکنیک‌های کم‌تهاجمی، تغییر شکل استخوان پس از عمل رخ می‌دهد که یا با کمک کلاه فرم دهی جمجمه انجام می‌شود یا با کاشت فنرهای مخصوص.

کلاه فرم دهی سر نوزاد

کلاه فرم دهی سر نوزادپوسته خارجی سختی داشته و در داخل فوم انعطاف پذیر دارد. این کلاه باید روزی ۲۳ ساعت روی سر نوزاد گذاشته شود تا تولد یک سالگی او. این کلاه فشاری به جمجمه وارد نمی‌کند که شکل بگیرد، بلکه رشد جمجمه را به سمت رشد نرمال هدایت می‌نماید. از آنجایی که این کلاه مبتنی بر نرخ بالای رشد جمجمه کودک در سال اول زندگی وی طراحی شده است، جراحی با کمک کلاه را باید در بین ۱۰ الی ۱۴ هفتهگی نوزاد انجام داد. استفاده از این کلاه مستلزم مراجعات مکرر به متخصص ارتز است ولی نیازی به جراحی مجدد ندارد.

فنرهای وسیع کننده جمجمه از جنس فولاد ضد زنگ

فنرهای وسیع کننده جمجمه از جنس فولاد ضد زنگ پس از جدا شدن مفصل جوش خورده کار گذاشته می‌شوند. این فنرها سه ماه بعد برداشته می‌شوند. سطح فشار این فنرها بر اساس سن بیمار، ضخامت استخوان و شدت بدشکلی تنظیم می‌شود. جراحی با کمک فنر را

باید در بین ۳ تا ۶ ماهگی کودک انجام داد. استفاده از این فنرها مستلزم جراحی ثانویه برای خارج کردن آنهاست ولی نیازی به استفاده از کلاه نیست.

عوارض میکروسفالی

برخی از کودکان مبتلا به میکروسفالی هوش و رشد طبیعی دارد، با وجود این سر آنها نسبت به سن و جنسیت آنها کوچکتر خواهد ماند. اما بسته به علت و شدت میکروسفالی، عوارض این بیماری عبارتند از:

- تأخیر در رشد، از جمله گفتار و حرکت
- دشواری در حرکت و تعادل
- کوتولگی و دورفیزم
- اعوجاج در چهره
- بیش فعالی
- ناتوانی‌های ادراکی
- تشنج

برای پیشگیری از ابتلای کودک به میکروسفالی چه کاری می‌توان انجام داد؟ همیشه نمی‌توان از بیماری میکروسفالی در کودکان جلوگیری کنید. ولی اقداماتی وجود دارد که می‌توانید برای کمک به کاهش احتمال ابتلای کودک به این بیماری انجام داد. برای مثال:

- از خود در برابر مواد شیمیایی مضر محافظت کنید. اگر از این مواد شیمیایی استفاده می‌کنید از دستکش و ماسک صورت استفاده کنید. پنجره یا در را باز بگذارید تا هوای تازه داخل بیاید.

- اگر به بیماری فنیل کتونوری مبتلا هستید، به دنبال درمان باشید و از برنامه غذایی مخصوص پیروی نمایید.

- از خود در برابر عفونت محافظت کنید. در ادامه اقداماتی را که می‌توانید پیش و حین بارداری برای محافظت از خود در برابر عفونت انجام دهید آورده شده است:

- رابطه جنسی ایمن داشته باشید تا از شما در برابر بیماری‌های منتقله جنسی و سایر عفونت‌ها از جمله زیکا محافظت نماید. رابطه جنسی ایمن به معنای استفاده از محافظت کننده است.

- دست‌های خود را بشوئید، مخصوصاً پس از اجابت مزاج، عطسه یا سرفه، عوض کردن پوشک بچه یا آماده کردن غذا.

- غذای خام یا نپخته نخورید از جمله گوشت، گوشت قرمز، سفید و ماهی را کاملاً بپزید. غذا را پیش از پختن یا



خوردن بشوئید.

- برای جلوگیری از عفونت لثه چکاپ منظم دندان انجام دهید.

در آخر وفق یافتن و حمایت

هنگامی که متوجه ابتلای نوزاد به میکروسفالی می‌شوید، ممکن است احساساتی همچون عصبانیت، ترس، نگرانی، غم و عذاب وجدان شما را در بر بگیرد. ممکن است ندانید باید چه کار کنید و شاید نسبت به آینده کودک خود نگران شوید. بهترین پادزهر ترس و اضطراب آگاهی و حمایت است. خود را آماده کنید:

- تیمی از متخصصین مجرب را پیدا کنید. باید تصمیمات مهمی را درباره آموزش و درمان کودک خود اتخاذ کنید. تیمی از پزشکان، معلمان و درمانگران و سایر متخصصین را تشکیل دهید که می‌توانند به شما در ارزیابی منابع موجود در آن ناحیه کمک کنند و وضعیت و برنامه‌های درمانی دولتی برای کودکان مبتلا به این بیماری را برایتان تشریح کنند.

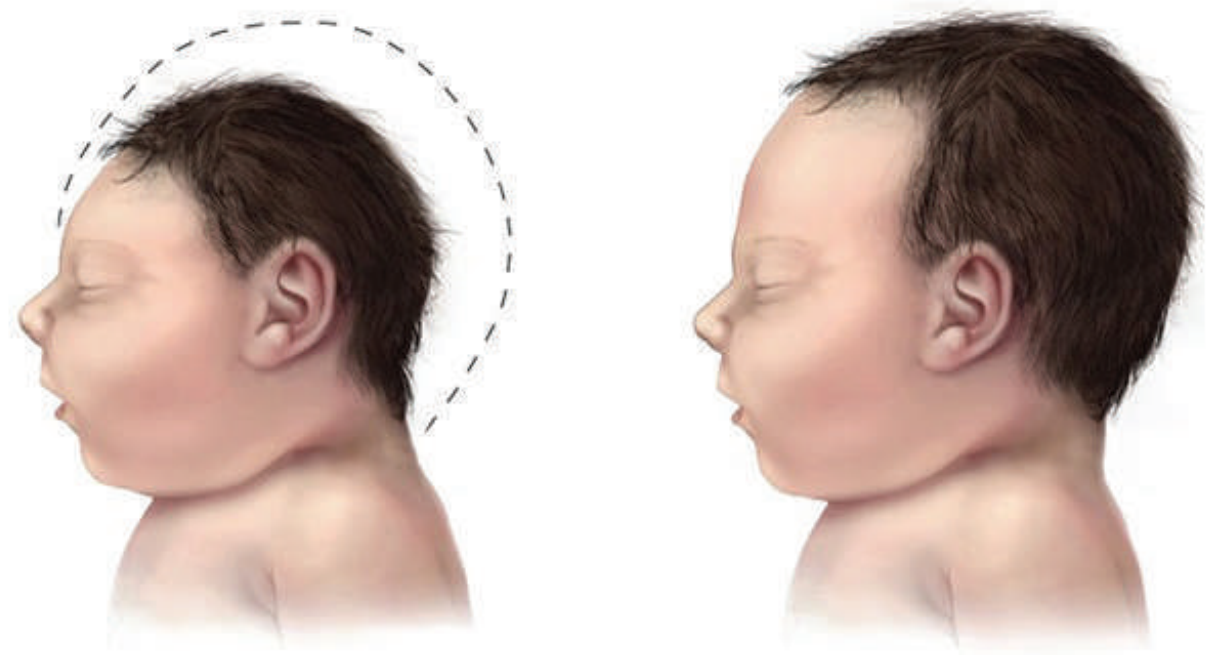
- متخصصین پزشکی که ممکن است کودکان به آنها نیاز پیدا کند عبارتند از متخصص عمومی اطفال و متخصص رشد اطفال، متخصص بیماری‌های عفونی، متخصص مغز و اعصاب، چشم پزشک، متخصص ژنتیک و روانشناس.

- خانواده‌های دیگری که با این بیماری دست و پنجه نرم می‌کنند را پیدا کنید. تشکیل یک انجمن با دیگر خانواده‌ها می‌تواند به شما در تشکیل گروه‌های حمایتی برای والدین کودکان مبتلا به اختلالات رشد کمک کند. همچنین می‌توانید گروه‌های حمایتی آنلاین را پیدا کنید.

منبع: دکتر مهران مرادی



Microcephaly



خواننده‌ای در خانواده ناشنوا

یک خانواده که سه نفر از اعضایشان ناشنوا و یک نفرشان شنوا است در یک تجربه مفرح حدوداً ۲ ساعته، خودشان را به ما و جامعه اطرافشان اثبات می‌کنند.

مهمترین تمهیدی که Sian Heder کارگردان، در دومین فیلمش یعنی فیلم CODA اتخاذ کرده، داشتن نگرشی سرشار از احترام و به شدت صمیمانه به خانواده ناشنوا فیلمش است. در هر لحظه از فیلم اگر به چهره پدر، مادر و برادر ناشنوا فیلم بنگرید، سر سوزنی به شما اجازه نخواهند داد که برای نقص مادرزادی‌شان ترحم کنید. همانطور که دختر شنوای فیلم، یعنی روبی هم این اجازه را به شما نمی‌دهد که برای شرایط او در مواجهه با خانواده‌اش بیش از حد دل بسوزانید.

چرا که شرط اصلی و حساس پرداختن به چنین خانواده‌ای، پذیرش بی‌کم و

کاست وضعیت فعلی آن‌هاست. بدون هیچ نگاه ترحم برانگیزی که آن‌ها را از بالا به پایین بنگرد. در همین راستا، از همان اولین پلان فیلم شاهد هستیم که این خانواده با یکدیگر متحدند، روابط بسیار نزدیکی دارند و از طریق حرفه ماهیگیری کسب درآمد می‌کنند. همچون خانواده‌های مشابه اطرافشان.

بنابراین نه تنها عنصر ناشنوا بودن در سایه قرار می‌گیرد بلکه با اجرای دلچسب بازیگران، مدت زمان زیادی از فیلم که در سکوت و با زبان اشاره سپری می‌شود، بدل به لحظاتی خنده‌دار و دوست داشتنی می‌شود. Sian Heder به طرز کاملاً نامحسوسی قرارداد نوع ارتباط کاراکترهای فیلمش را می‌گذارد و ما را خیلی زود با این خانواده صمیمی می‌کند. این نوع نگاه همان نگرشی است که در واقعیت هم می‌تواند این خانواده را بدون هیچ محدودیتی به جامعه بقبولاند

در راستای به سایه بردن نقض ناشنوایی، فیلمساز نشان می‌دهد که اعضای این خانواده با بحرانی ریشه‌ای‌تر دست و پنجه نرم می‌کنند که تنها محدود به نقصشان نمی‌شود. نداشتن استقلال، وابسته به یک نفر دیگر بودن، ترسیدن از مواجهه بی‌واسطه با مشکلات، احساس خود کم بینی و دفاع نکردن از حقوق خود، مشکلاتی هستند که می‌توانند گریبان هر آدم شنوا یا ناشنوایی را بگیرند.

گریبان آدم‌هایی که اگر هم صدایی دارند آن را در خود خفه کرده‌اند. به همین دلیل است که دنبال کردن این بحران در طی مسیر فیلمنامه، مرزی میان مخاطبان و کاراکترهای فیلم نمی‌گذارد و آن‌ها را دعوت به حل این بحران‌ها در خود می‌کند. عدم پذیرشی اگر وجود دارد ابتدا از سوی تک تک اعضای این خانواده شکل گرفته است. مسیر قبولاندن خود به جامعه، مسیری



کاملاً یک طرفه و از مبدا خودشان است. تمهید جالب‌تر دیگر برای به حاشیه راندن نقص شنوایی در مسیر فیلم، مطرح کردن این پرسش است که اساساً چه می‌شود اگر دختر شنوای این خانواده، روی به آواز خوانی بیاورد. استعدادی که در نگاه اول بدیهی است که از سوی سایر اعضای ناشنوای خانواده درک نشود، اما فیلمساز قرار است این خانواده را به درک عمیق‌تری از مفهوم صدا سوق دهد. جایی که ابزار شنیدن صدا نه فقط گوش، بلکه همه وجود انسان است. این مسیر، از لذتی که پدر خانواده به واسطه حس کردن لرزش صندلی خودرو به هنگام پخش موسیقی رپ با صدای بلند می‌برد شروع شده و در پلانی که پدر با چشمانی گریان دستانش را روی تارهای صوتی دخترش به هنگام آواز خوانی می‌گذارد، به اوج خود می‌رسد.

گاهی هم اشتباه دیگر این خانواده، غفلت از دستاوردهای اخلاقی خوبی است که در کنار یکدیگر کسب کرده‌اند. این غفلت وقتی پر رنگ می‌شود که هم‌کلاسی روبی حسرت رابطه عاشقانه پدر و مادر روبی را می‌خورد. این رابطه صمیمی که در خانواده روبی بدل به عنصری بدیهی و روتین شده است، برای دیگر افراد شنوای فیلم، حسرتی بزرگ است. چرا که اتفاقاً این محدودیت، خانواده روبی را متحدتر از هر خانواده دیگری کرده است. اما در انتها روبی با رفتن به کالج موسیقی هم خودش تمرین استقلال می‌کند و هم خانواده‌اش را به این امر مهم دعوت می‌کند. خانواده روبی در پایان، دیگر صدای خفه شده‌ای در خود ندارند. مهم قدرت ابراز وجود است که آن‌ها کسب کرده‌اند. مابقی، وسیله‌ای برای رساندن مقصودشان به دیگران است که با حضور روبی یا فردی دیگر، این اتفاق رخ می‌دهد. مهمترین گام همان تغییر درونی هریک از این اعضای خانواده بود.

دنیا بر پرده نقره‌ای

ما بخشی از دنیا را از نگاه اهالی سینما بر پرده نقره‌ای می‌بینیم.

تبلور خیال بر پرده نقره‌ای از زیباترین دستاوردهای بشر در قرن ۲۰ است. خیالی که از روح سرچشمه می‌گیرد، ما را به خنده و اشک و امیدارد؛ این سرچشمه در جامعه جاری می‌شود و بر پرده نقش می‌بندد.

این رسالتی است بسیار عظیم که نائل شدن به آن در توان و درک هر مدعی نیست

روابط عمومی موسسه خیریه بچه‌های آسمان، ۲۱ شهریور ماه روز ملی سینما را بر تمامی هنرمندان این عرصه تبریک می‌گوید.



اجازه داده ایم دکمه اعصابمان را فشار دهند



معرفی کتاب نمی گذارم کسی اعصابم را به هم بریزد در کتاب نمی گذارم کسی اعصابم را به هم بریزد، نوشته آلبرت الیس و آرتور لانگ هدف این است که به شما نشان دهیم چطور می توانید فعال، سرزنده و با شور و نشاط و حتی متوقع زندگی کنید و قربانی تلاش های خودتان نباشید.

ما مجموعه ای قدرتمندی از مهارت ها را به شما می دهیم تا رؤسا، همکاران، ناظران، همسر، بچه ها، والدین، همسایه ها، دوستان، عزیزان و دیگر کسانی که هر روز با آن ها سروکار دارید، نتوانند اعصابتان را به هم بریزند. به ندرت همه ای این اشخاص همیشه باعث ناراحتی ما می شوند، اما بسیاری از ما گه گاهی اجازه داده ایم کسی دکمه ای اعصابمان را فشار دهد.

دنای امروز می تواند تاحدودی گیج کننده باشد، نه فقط در سطح جهانی، بلکه در زندگی روزمره مان. تعجبی ندارد که در این دوران اشخاص و مسایلی این چنینی به راستی

می توانند دکمه های اعصاب ما را فشار دهند. این ممکن است فردی باشد که دکمه ای اعصاب ما را فشار می دهد: همکاری "همه چیزدان"، رئیسی زیادی منتقد، سرپرست و ناظری با حالت دفاعی، همسری بی احساس، بچه ای سرسخت، دوستی بهانه گیر، تعمیرکاری بی اعتنا، قوم و خویشی منفی و....

کتاب نمی گذارم کسی اعصابم را به هم بریزد روش هایی خاص و واقع بینانه در اختیار شما قرار می دهد

تا اشخاص و موضوعات را از فشار دادن دکمه هایتان بازدارید. در این کتاب از حرف و حدیث های نظری و روان شناسی ساده انگارانه، روش مثبت اندیشی سطحی، خبری نیست. در عوض، به مجموعه ای از مهارت های بسیار خاص اشاره شده است که وقتی اشخاص و موضوعات دکمه ای اعصابتان را فشار می دهند، طرز واکنش شما را در جهت درست هدایت می کند و این روش کارایی دارد

شماره گیری
کد های زیر
از طریق
تلفن همراه



*۷۲۴*۱۲۴#

*۷۳۳*۲۰۰#

*۷۸۰*۸۰۲۸۰#

بچه‌های آسمان

موسسه خیریه نگهداری و

توانبخشی معلولین بی سرپرست

bachehayeaseman.org



دارو، قصه‌ی هر روز بچه‌های آسمان

☎ ۰۲۱ - ۴۳۶۱۳