

توانا

سال اول، شماره چهارم، بهار ۱۴۰۱
فصلنامه علمی تخصصی
مددکاری اجتماعی
دانشگاه علامه طباطبائی

فقر و آسیب های اجتماعی آن

الحمد لله
الرحمن

صاحب امتیاز: انجمن علمی دانشجویی مددکاری اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی

مدیر مسئول: روناک ایرجی

سر دبیران: مرضیه محمدی و فاطمه موسوی

استاد مشاور: دکتر حمیده عادلیان راسی

هیات تحریریه: مرضیه محمدی، محمد علی حق دین، محمد امین کاوسیان، مهسا کاویان پور

ارشاد بیرانوند، مهتاب یزدانی، فاطمه موسوی، مریم رهنما، شبثم رجب دوست،

اقبال ولد بیگی، فاطمه نژاد ابراهیم، مریم رهنما، نسرين قندالی

با همکاری: دکتر کوروش محمدی، دکتر حسن رفیعی، دکتر محمد نصیری، عبدالرحمن قاسم زاده، تکتتم

دلسوز، فاروق آفرین، فاطمه ولی پور، کیمیا واعظی، فاطمه میرشرف الدین، عاطفه صفر آبادی فراهانی

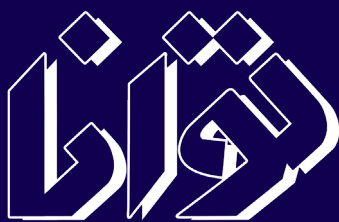
راه های ارتباطی:

@socialwork_atu

socialwork_atu

Tavana.sw.mag

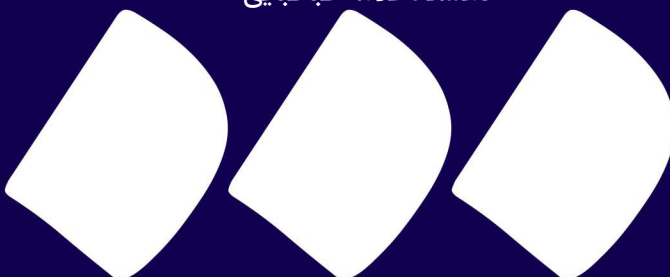
socialwork.atu@gmail.com



سال اول، شماره چهارم، بهار ۱۴۰۱

فصل نامه علمی - تخصصی مددکاری اجتماعی

دانشگاه علامه طباطبائی



دانشگاه علامه طباطبائی
معاونت فرهنگی و اجتماعی

۴ سخن سردبیر



فقر و تورم: ارتباط پدیده‌های اجتماعی و شاخصی اقتصادی ۳۷



۶ فقر و کووید-۱۹: میزان بروز و مرگ‌ومیر در ایالات متحده در طول ۱۰ هفته اول شیوع کرونا



مصاحبه دکتر حسن رفیعی ۴۹



۱۴ مصاحبه با دکتر کوروش محمدی



معرفی منابع ۵۳



۲۳ مددکاری اجتماعی و سیاست‌گذاری اکولوژیک



معرفی موسسات و مراکز ۶۳



۲۸ مصاحبه با دکتر محمد نصیری



اورژانس اجتماعی ۶۸



۳۳ پروانه ای که فقیر بود



گزارش ۸۰





سخن سردبیر

به قلم مرضیه محمدی

دانشجوی دکتری مددکاری اجتماعی دانشکاه علامه طباطبائی

Lelamohamadi@gmail.com

کرده و کارگزاران اصلی در مبارزه با نابرابری‌ها در استفاده از مزایا و منابع باشند. اقدامات مددکاری اجتماعی در قالب مداخله در سیاست‌گذاری‌های مربوطه، شناسایی گروه‌های حاشیه‌ای و نامرئی، تسهیل دسترسی به فرصت‌ها در عمل، پیشگیری در سطوح سه گانه، حمایت از رفاه و رویکرد مبتنی بر حقوق در عملکرد ضد فقر تلاش کنند. از آنجا که پرداختن به موضوع فقر به واسطه آثار و پیامدهای گوناگون آن بر زندگی افراد، گروه‌ها و جوامع بسیار مهم است لذا نشریه توانا شماره کنونی خود را به موضوع فقر و مددکاری اجتماعی اختصاص داده است. امید است مطالب گردآوری شده در این شماره برای مخاطبان عزیز نشریه، بتواند به درک بهتر و بیشتری از پدیده فقر منجر گردد.



فقر یک پدیده اجتماعی-اقتصادی است که طی آن افراد با محرومیت از منابع و امکانات لازم برای رفع نیازهای زیستی خود مواجه می‌شوند.

گرچه فقر، یک مفهوم نسبی و وابسته به فضای اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی افراد تعریف می‌شود و جنبه‌های متفاوتی از زندگی را در بر می‌گیرد اما در یک تعریف کلی می‌توان گفت فقر ناتوانی در آزادانه عمل کردن در اکثر مواقع به علت کمبود منابع مالی و یا فرصت‌ها برای به دست آوردن آن منابع مالی، براساس محیط زندگی افراد است.

فقر یا تهدیدستی یکی از مهمترین و چالش برانگیزترین وضعیت‌هایی است که زندگی انسان را با چالش، ناهمواری و ناخشنودی مواجه می‌کند. این در حالی است که حرفه مددکاری اجتماعی، مبتنی بر اصول، ارزش‌ها و اهداف خود به دنبال ایجاد برابری در دسترسی به فرصت‌ها و افزایش بهزیستن افراد در جامعه است. از اینرو، فقر با ارزش‌های اساسی مددکاری اجتماعی در تضاد است فقر نخستین آسیب‌رسان به «کرامت و شان انسانی افراد» است و بسیاری از ویژگی‌ها، توانایی و فرصت‌های انسانی به واسطه شرایط فقیرانه آنها از بین رفته یا تقلیل می‌یابد. قدرت اندیشه ورزی، کنش‌گری و مشارکت از آنها گرفته می‌شود. این وضعیت منجر به احساس سرخوردگی، شرمساری و انگ شده و خود ارزشمندی و عزت نفس را زایل می‌کند. فقر با ارزش «حق تعیین سرنوشت انسان» در تضادی آشکار است زیرا که شرایط فقر و محرومیت منجر به طرد انسان از قدرت، ساختارها، امور و مسائلی می‌شود که بر زندگی حال و آینده وی اثر گذار است و منجر به ایجاد وابستگی و بی‌اختیاری در افراد می‌شود. افزون بر این موارد، خودپنداره ضعیف، عدم اعتماد به نفس، شرم و اُنگ، کاهش مشارکت، عدم توانایی در مدیریت شرایط و تنظیم روابط و... از پیامدهای حتمی فقر بر افراد است.

فقر ماریپیچی از مشکلات را تولید می‌کند از اینرو مبارزه با فقر می‌تواند منجر به افزایش نقاط مثبت متقابل شود. مددکاران اجتماعی با علم به اینکه فقر یک ویژگی فردی و حاصل ناکارآمدی فردی نیست، در تلاشند با بازتوزیع منابع، امکانات و فرصت‌ها امکان دسترسی و بهره‌مندی همگان را از آنها فراهم



فقر و کووید-۱۹: میزان بروز و مرگ و میر در ایالات متحده در طول ۱۰ هفته اول شیوع کرونا

دبلیو هلمز فینچ و ماریا ای. هرناندز فینچ

.گروه روانشناسی تربیتی، دانشگاه ایالتی بال، مانسی، ایندیانا، ایالت متحده آمریکا

ترجمه شبینم رجب دوست

کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی دانشگاه کیلان

Shabnam.rajabdoust@gmail.com

چکیده

شیوع کووید ۱۹ در زمستان و بهار ۲۰۲۰ نشان‌دهنده یک چالش بزرگ برای سیستم مراقبت‌های بهداشتی جهان بود که شاید در زمان شیوع آنفلوانزا در سال ۱۹۱۸ مشاهده نشده بود. ویروس کرونا در سراسر جهان گسترش یافته و جان افراد را در تمام قاره‌ها به‌استثنای قطب جنوب گرفته است. از زمان ورود کرونا به ایالات‌متحده، به نحوه توزیع موارد و مرگ‌ومیر کووید ۱۹ در بین گروه‌های مختلف اجتماعی-اقتصادی و قومی توجه شده است. هدف از این مطالعه بررسی این موضوع در هفته‌های ابتدایی همه‌گیری بود، با این امید که تا حدودی روشن شود که آیا تعداد موارد و تعداد مرگ‌ومیرها با فقر مرتبط بوده‌اند یا خیر. نتایج این مطالعه نشان داد که در هفته‌های اولیه همه‌گیری، بسیاری از شهرستان‌های محروم در ایالات‌متحده تعداد بسیار زیادی از علائم تأییدشده کووید ۱۹ را داشتند. اما با گذشت زمان این روند تغییر کرد به‌طوری‌که در ابتدای آوریل ۲۰۲۰، بسیاری از شهرستان‌های مرفه نشین موارد تأییدشده بیشتری از ویروس کرونا را داشتند. تعداد مرگ‌ومیر ناشی از کووید ۱۹ با شهرستان‌های فقیرتر و شهری مرتبط بود. بحث در مورد این نتایج بر این احتمال تمرکز دارد که تست‌های تشخیصی ویروس کرونا در اواخر همه‌گیری در شهرستان‌های محروم‌تر نسبت به قبل کمتر در دسترس بود که نتیجه فقدان کلی منابع آزمایش در سراسر کشور بود.

کلمات کلیدی: کووید ۱۹، فقر، نابرابری، آزمایش، ویروس کرونا

مقدمه

ظهور ویروس کووید ۱۹ در سراسر جهان، که از اواخر سال ۲۰۱۹ آغاز شد، سیستم‌های مراقبت بهداشتی بسیاری از کشورها را تحت فشار زیادی قرار داده است. در واقع، در برخی از کشورها مانند ایتالیا و اسپانیا، این استرس، مراقبت‌های بهداشتی را به نقطه شکست رسانده و منجر به مرگ‌ومیر زیادی شده است. در مقایسه با سایر کشورها از جمله سنگاپور، کره جنوبی و آلمان، تعداد مرگ‌ومیر سرانه در مقایسه با آن بسیار پایین بوده است. در هر یک از این کشورها، در دسترس بودن گسترده آزمایش و به دنبال آن پیگیری سایر افراد در معرض تماس با مبتلایان با ارقام نسبتاً پایین مرگ‌ومیر و کاهش سرعت انتشار ویروس نسبت داده شده است (رادیو عمومی ملی، ۲۰۲۰).

همان‌طور که در تعدادی از منابع گزارش شده است، ایالات‌متحده پاسخی ناهماهنگ به ظهور کووید ۱۹ نشان داده است و از کمبود منابع تست‌های تشخیصی رنج می‌برد (ProPublica، ۲۰۲۰). به این ترتیب، آزمایش‌ها و پیگیری اشاعه دهندگان در مقیاس بزرگ که در سنگاپور، کره جنوبی و آلمان دیده می‌شود، در ایالات‌متحده امکان‌پذیر نبوده است، که منجر به استراتژی متکی به فاصله‌گذاری فیزیکی و قرنطینه برای کاهش سرعت گسترش ویروس شد. تا زمان نگارش این مقاله، میزان موفقیت این استراتژی هنوز مشخص نیست و ممکن است برای مدتی کاملاً درک نشده باشد. یک دسته از گزارش‌ها مستمر در رسانه‌های پرطرفدار بر

تلفات ظاهراً بزرگی متمرکز شده‌اند که این تلفات توسط کووید ۱۹ در جوامع رنگین‌پوست و از میان افراد کم‌درآمد ساکن در مناطق شهری است (واشنگتن‌پست، ۲۰۲۰). این گزارش‌ها نشان می‌دهند که چنین جوامعی ممکن است بیشتر از آنچه که بر اساس سهم آنها در جمعیت عمومی انتظار می‌رود، از تعداد موارد ابتلا و به‌ویژه مرگ‌ومیر رنج ببرند. چنین گزارش‌هایی به‌ویژه با توجه به اینکه جوامعی که منابع کافی ندارند، اغلب دسترسی کمتری به مراقبت‌های بهداشتی باکیفیت بالا دارند، و از بیماری‌های بیشتری مانند دیابت، بیماری قلبی، و مشکلات ریوی که با مرگ‌ومیر بالا مرتبط است، رنج می‌برند (لینک و فیلان، ۱۹۹۵؛ بریومن و همکاران، ۲۰۰۵؛ لوتفی و فریز، ۲۰۰۵؛ آدلر و رهکویف، ۲۰۰۸؛ الو، ۲۰۰۹؛ ویلیامز و همکاران، ۲۰۱۰؛ اوتس و همکاران، ۲۰۱۷). بنابراین، حضور بیشتر کووید ۱۹ در این جمعیت می‌تواند از نظر مرگ‌ومیر فاجعه‌بار باشد. تحقیقاتی که به بررسی رابطه بین فقر و آنفلوانزا می‌پردازند نشان داده‌اند که واکنش‌ناشیون به‌ویژه برای ساکنان شهرستان‌های فقیرتر در ایالات‌متحده کمتر از کسانی که در مناطق مرفه‌تری زندگی می‌کنند در دسترس است (لی و همکاران، ۲۰۱۱). لطفاً توجه داشته باشید که در سرتاسر این نسخه خطی ما از اصطلاحات فقر، فقیر، کمبود منابع و کم‌درآمد برای اشاره به جوامعی استفاده می‌کنیم که فاقد منابع اقتصادی حیاتی هستند.

علاوه بر مشکلاتی که با خطر بیشتر مرگ ناشی از کووید ۱۹ مرتبط هستند، افرادی که در جوامع کم‌درآمد

آسیب‌پذیری افراد درگیر فقر در برابر اثرات همه‌گیری کووید-۱۹، هدف از این مطالعه بررسی رابطه بین فقر و تعداد موارد تأییدشده کووید-۱۹ و مرگ‌ومیر در اوایل شیوع کرونا در ایالات‌متحده است. به‌طور خاص، فقر با استفاده از شاخصی از دانشگاه میشیگان تعریف شد که متغیرهای مختلفی از جمله تحرک اجتماعی، امید به زندگی، درصد ساکنانی که هم زیرخط فقر و هم در فقر عمیق زندگی می‌کنند و درصد وزن کم هنگام تولد را در برمی‌گیرد. بنابراین، هدف ما بررسی ارتباط بین شاخص کلی و میزان بروز کووید-۱۹ و میزان مرگ‌ومیر، و همچنین روابط بین این پیامدها و متغیرهای فردی تشکیل‌دهنده این شاخص بود. گزارش‌های رسانه‌ای متعددی در مورد تأثیر ظاهراً نامتناسب و ویروس بر رنگین‌پوستان که در مناطق شهری نسبتاً فقیرتر در سراسر کشور زندگی می‌کنند، منتشرشده است. بنابراین، بررسی میزان واقعی بودن این الگوی آشکار در مراحل اولیه همه‌گیری در ایالات‌متحده و اینکه آیا این رابطه در طول زمان تغییر کرده است، جالب است. بینش در مورد این مسائل به سیاست‌گذاران کمک می‌کند تا با بحران سلامت فعلی مقابله کنند و برای بحران بعدی آماده شوند.

مواد و روش‌ها

مجموعه‌ای از مدل‌های آماری برای پرداختن به اهداف این مطالعه استفاده شد. داده‌های دو منبع، که در زیر توضیح داده‌شده‌اند، به‌منظور بررسی روابط بین فقر

زندگی می‌کنند نیز ممکن است دسترسی کمتری به مراقبت‌های بهداشتی با کیفیت بالا داشته باشند (لورانت و همکاران، ۲۰۰۲؛ شی و استیون، ۲۰۰۵؛ جیمز و همکاران، ۲۰۰۸). علاوه بر این، گزارش اداره آمار کار ایالات‌متحده از سال ۲۰۱۸ (اداره آمار کار ایالات‌متحده، ۲۰۱۸) نشان می‌دهد که کارگران با سطح تحصیلات پایین‌تر کمتر در خانه کار می‌کنند، و این موضوع نشان می‌دهد که کمتر از افرادی که سطح تحصیلات بالاتری دارند می‌توانند از نظر فیزیکی با محل کارشان فاصله بگیرند. به‌نوبه خود، این افراد ممکن است با این تصمیم که بین ماندن در خانه و عدم دریافت حقوق یا رفتن به محل کار و افزایش خطر ابتلا به ویروس کدام‌یک را انتخاب کنند مواجه شوند. علاوه بر این، این افراد ممکن است دسترسی کمتری به منابع آزمایش و درمان داشته باشند، اگر تجربه آنفولانزا به‌عنوان یک راهنما باشد (امپاد و همکاران، ۲۰۰۷؛ لوگان، ۲۰۰۹). با در نظر گرفتن همه این مسائل با هم، کووید-۱۹ آمریکایی‌هایی را که منابع کافی ندارند، با مجموعه‌ای از چالش‌های منحصربه‌فرد و بالقوه بسیار خطرناک مواجه می‌کند. علاوه بر این، سیاست‌گذاری که در حال مبارزه با اثرات شیوع کرونا در سراسر کشور هستند، ممکن است منابع لازم برای تمرکز بر این بخش به‌ویژه آسیب‌پذیر از جمعیت را نداشته باشند.

هدف مطالعه

با توجه به مسائل ذکرشده، به‌ویژه درجه بالقوه بالای



نسبی شهرستان و تعداد موارد تأیید شده کووید ۱۹ و مرگومیرها گردآوری شدند.

منابع داده‌ها

در پژوهش حاضر از دو منبع داده استفاده شد. برای به دست آوردن تعداد موارد تأیید شده کووید ۱۹ و مرگومیر، از مجموعه داده‌های ارائه شده توسط نیویورک تایمز استفاده شد. داده‌ها از اواخر ژانویه ۲۰۲۰ جمع‌آوری شد و اولین مورد در ۲۱ ژانویه ۲۰۲۰ بود. داده‌ها از ادارات بهداشت ایالتی و محلی جمع‌آوری شدند. برای اهداف این پژوهش از داده‌های تفکیک شده در سطح شهرستان استفاده شد. کد FIPS برای هر شهرستان در مجموعه داده گنجانده شده است، که آن را با مجموعه داده‌های دیگر که شامل شناسه این شهرستان‌ها نیز می‌شوند، ادغام می‌کند.

داده‌های فقر مورداستفاده در این مطالعه از ابتکار راه‌حل‌های فقر (PSI) در دانشگاه میشیگان^۱ تهیه شده است. به‌طور خاص، شاخص آسیب عمیق، که از این پس به‌سادگی به‌عنوان شاخص فقر یا شاخص نامیده می‌شود، به‌عنوان متغیر مستقل اولیه عمل می‌کند. در زیر با جزئیات بیشتر توضیح داده شده است. داده‌های شاخص فقر برای هر شهرستان در ایالات متحده به همراه مقادیر متغیرهای تشکیل‌دهنده آن و کد FIPS شهرستان در دسترس است. این مقدار اخیر اجازه می‌دهد تا این داده‌ها با داده‌های covid Times NY ادغام شوند. توسعه‌دهندگان این فهرست شرح کاملی از منابع داده خود ارائه می‌دهند.

متغیرها

متغیرهای این مطالعه، تعداد تجمعی موارد تأیید شده کووید ۱۹ و مرگومیر برای هر شهرستان در ایالات متحده بود. همان‌طور که در بالا ذکر شد، این موارد توسط نیویورک تایمز از مقامات بهداشتی ایالتی و محلی به‌دست آمده است. بنابراین، هنگام خواندن نتایج ارائه شده در زیر، مهم است که در نظر داشته باشید که فقط موارد و مرگ‌هایی که توسط مقامات بهداشتی ایالتی و محلی تأیید شده‌اند در اینجا گنجانده شده‌اند. شاخص فقر توسط محققان در ISP با استفاده از تجزیه و تحلیل مؤلفه‌های اصلی (PCA) ایجاد

شد. به‌طور خاص، این شاخص اولین مؤلفه اصلی به‌دست آمده با استفاده از PCA است که شامل پنج ویژگی است که نشان داده شده است با فقر و ضرر مرتبط است (رابلس و همکاران، ۲۰۱۹). محققان گزارش کردند که این مؤلفه اول بیش از ۶۰ درصد از واریانس مجموعه متغیرها را تشکیل می‌دهد. سپس وزن‌های به‌دست آمده از PCA به مجموعه متغیرهای تشکیل‌دهنده اعمال شد تا امتیاز شاخص برای هر جامعه به دست آید. پس از به دست آوردن امتیازهای شاخص، محققان تجزیه و تحلیل‌های حساسیت را انجام دادند تا اطمینان حاصل کنند که این شاخص در واقع، همان‌طور که هدفش بود، منعکس‌کننده ضرر نسبی است. نتایج این تحلیل‌های حساسیت در واقع از اعتبار شاخص پشتیبانی می‌کنند، همان‌طور که در روبرو، سیمینگتون و شفر گزارش شده است.^۲ این شاخص به‌گونه‌ای مقیاس بندی شده است که مقادیر بالاتر نشان‌دهنده درجه بالاتری از مزیت است؛ یعنی جوامع نسبتاً مرفه‌تر. بنابراین، نمرات پایین‌تر با جوامعی همراه بود که آسیب اقتصادی بیشتری را تجربه می‌کردند. در ساخت شاخص فقر از چندین متغیر استفاده شد. این‌ها شامل برآورد چتی و هندرن (۲۰۱۸) از تحرک اجتماعی، امید به زندگی، درصد ساکنان زیرخط فقر، درصد ساکنانی که در فقر عمیق زندگی می‌کنند و درصد وزن کم هنگام تولد می‌باشد. علاوه بر این، PSI همچنین متغیرهای دیگری را که ممکن است با فقر مرتبط باشد، از جمله شهری بودن یا نبودن جامعه و درصد ساکنان با مدرک تحصیلی کمتر از دبیرستان، جمع‌آوری کرد.

جوامع بر اساس تعریفی که توسط مرکز ملی آمار سلامت استفاده می‌شود و در این وب‌سایت نشان داده شده است، شهری تعریف شدند^۳:

به‌طور خاص، شهرستان‌های شهری دارای یک منطقه آماری کلان‌شهری (MSA) از ۱ میلیون نفر یا بیشتر بودند، یا کل جمعیت آن‌ها در بزرگ‌ترین شهر اصلی MSA است، یا حداقل ۲۵۰۰۰۰ ساکن در هر شهر اصلی را شامل می‌شود.

2-<https://poverty.umich.edu/files/2020/01/IDD-Technical-documentation-1.pdf>

3-https://www.cdc.gov/nchs/data_access/urban_rural.html

1- <https://poverty.umich.edu/about/>

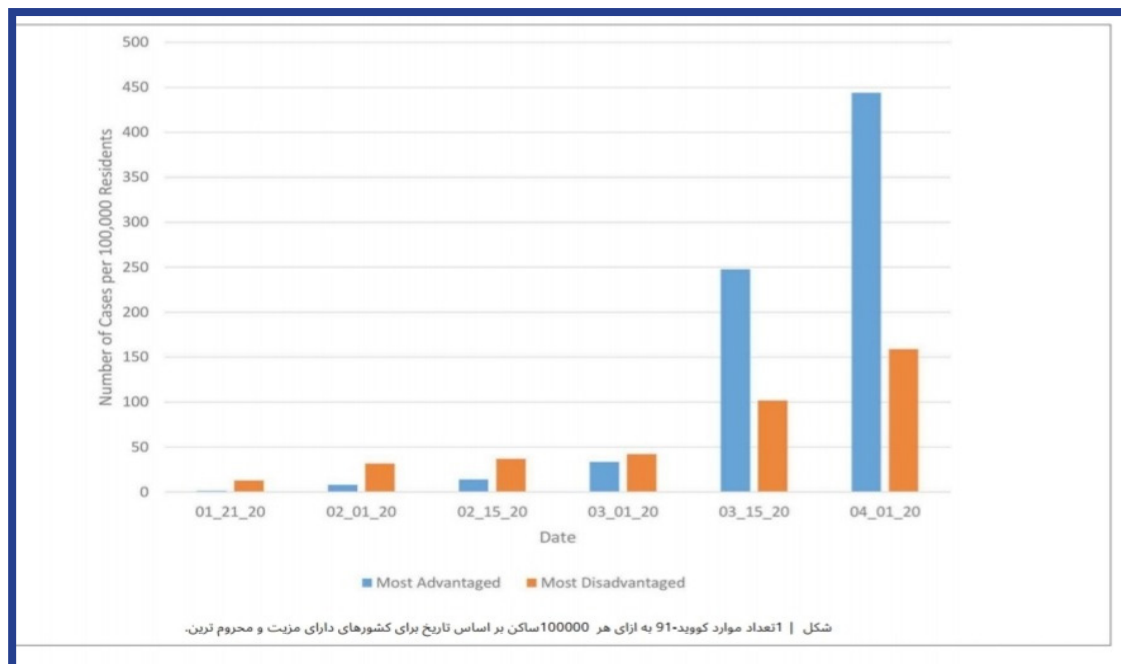


تحلیل داده‌ها

به منظور پرداختن به اهداف مطالعه، از دو مدل آماری استفاده شد. به منظور بررسی رابطه SAS با استفاده از بین فقر و تعداد موارد تأییدشده کووید ۱۹ از رگرسیون چندگانه استفاده شد که متغیرهای مستقل تاریخ، شاخص فقر و اثر متقابل دو متغیر بود. هر دو تاریخ و شاخص فقر قبل از برآورد مدل متمرکز شدند. متغیر Covid-19 وابسته در این مورد تعداد موارد تأییدشده برای تاریخ موردنظر بود. تجزیه و تحلیل‌ها با استفاده از فراوانی خام و فراوانی استاندارد شده برای جمعیت شهرستان انجام شد که نتایج این دو رویکرد بسیار شبیه به یکدیگر بود. نتایج مربوط به فراوانی‌های خام در بخش نتایج ظاهر می‌شود. از رگرسیون نیز برای بررسی میزان ارتباط متغیرهای فردی تشکیل‌دهنده شاخص با تعداد موارد کووید ۱۹ استفاده شد. در مورد شاخص کلی، این مدل‌های رگرسیونی شامل تأثیرات اصلی برای تاریخ و متغیر و همچنین تعامل بین این دو بودند. این مدل‌های رگرسیون برای هر متغیر به صورت جداگانه مناسب بودند. مفروضات نرمال بودن و همگنی

واریانس نیز مورد ارزیابی قرار گرفت و مورد رضایت بود. دومین تحلیل اولیه در این مطالعه شامل بررسی تعداد مرگ‌های تأییدشده ناشی از کووید ۱۹ به عنوان متغیر پاسخ بود که تاریخ، شاخص و تعامل آنها به عنوان متغیرهای مستقل عمل می‌کرد. با توجه به تعداد نسبتاً پایین مرگ‌ومیر نسبت به تعداد شهرستان‌ها، به ویژه در اوایل همه‌گیری، یک مدل رگرسیون پواسون برای داده‌ها مناسب بود. نتایج برای دو روش بیانگر میزان مرگ‌ومیر بسیار مشابه بود و بنابراین شمارش خام مرگ‌ومیر در بخش نتایج گزارش شده است. تناسب این مدل با آماره انحراف ارزیابی شد، که نشانگر این قضیه بود که به کارگیری رگرسیون پواسون مناسب است. مقدار نزدیک به ۱ بود، و آزمون کای اسکور در مقایسه با ۱ از نظر آماری معنی‌دار نبود. بنابراین، مشخص شد که داده‌ها بیش از حد پراکنده نیستند. همچنین از مدل رگرسیون پواسون برای ارزیابی روابط بین معیارهای فردی فقر و تعداد مرگ‌های تأییدشده ناشی از کووید ۱۹ استفاده شد.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار برای شاخص فقر و متغیرهای تشکیل‌دهنده آن.		
متغیرها	میانگین	انحراف معیار
شاخص	۰/۱۱	۱/۷۲
تحرك	۴۴/۳۴	۴/۴۹
درصد زیر فقر	۱۵/۲۴	۶/۱۹
درصد فقر عمیق	۶/۷۰	۳/۱۹
امید به زندگی	۷۸/۰۸	۲/۹۵
درصد وزن کم هنگام تولد	۸/۱۱	۱/۸۹
درصد شهری	۵۹/۱۱	۴۹/۱۷
درصد کمتر از دبیرستان	۱۲/۷۵	۵/۸۵



آمار توصیفی

در مجموع ۲۸۵۳ شهرستان از ۳۰۰۷ شهرستان در ایالات متحده در تجزیه و تحلیل فعلی گنجانده شده است. داده‌های مورد استفاده در این مطالعه در یک دوره ۷۱ روزه از ۲۱ ژانویه ۲۰۲۰ تا ۱ آوریل ۲۰۲۰ جمع‌آوری شده است. میانگین و انحراف معیار شاخص فقر و همچنین متغیرهای تشکیل‌دهنده مورد استفاده برای محاسبه آن در جدول ۱ آمده است. تعداد موارد به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ ساکن در هر شهرستان در شکل ۱ نشان داده شده است بر اساس مقدار شاخص، ۱۰۰ شهرستان دارای منابع و امکانات و ۱۰۰ شهرستان محروم از هم جدا شده‌اند. این نتایج نشان می‌دهد که در اوایل همه‌گیری، تعداد موارد به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ ساکن در ۱۰۰ شهرستان محروم بیشتر بود. با این حال، از اواسط ماه مارس به بعد، تعداد موارد به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ ساکن در ۱۰۰ شهرستان دارای امکانات بیشتر بود و تفاوت بین این دو در طول زمان افزایش یافت.

بحث

نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که در مراحل اولیه همه‌گیری کووید-۱۹ در ایالات متحده، شهرستان‌هایی که فقر کلی بالاتری داشتند تعداد موارد تأیید شده بیشتری نسبت به شهرستان‌های نسبتاً مرفه‌تر داشتند. این روند در طول زمان تغییر کرد. در طول ماه‌های فوریه

و مارس ۲۰۲۰ موارد تأیید شده بیشتری از ویروس در شهرستان‌های فقیرتر وجود داشت، اما تا اول آوریل ۲۰۲۰ این رابطه تغییر کرد به طوری که تعداد موارد تأیید شده کووید-۱۹ در شهرستان‌هایی که فقر کمتری داشتند بیشتر بود. هنگام بررسی روابط بین جنبه‌های خاص فقر و تعداد موارد تأیید شده کووید-۱۹، نتایج این مطالعه الگوهای مشابهی را برای درصد ساکنان در فقر و فقر عمیق، شاخص تحرک اجتماعی، امید به زندگی، درصد تولد کم نشان داد. در اوایل همه‌گیری شهرستان‌هایی با نرخ‌های فقر بالاتر و فقر عمیق و همچنین آن‌هایی که تحرک اجتماعی کمتر، امید به زندگی پایین‌تر، درصد بالاتر نوزادان با وزن کم هنگام تولد، و شهرستان‌های شهری بیشتر، تعداد بیشتری از کووید را تأیید کردند. اما این روند تا ۱ آوریل ۲۰۲۰ تقریباً به همان روشی که برای شاخص کل فقر بود تغییر کرد.

نتایج مربوط به تعداد مرگ‌های تأیید شده ناشی از کووید-۱۹، الگوی را نشان می‌دهد که به موجب آن تعداد مرگ‌ومیرها در مناطقی که فقر نسبتاً بیشتر در اواخر این همه‌گیری وجود داشت، بیشتر بود. علاوه بر این، تعداد بیشتری از مرگ‌ومیرها با درصد بیشتری از ساکنان شهرستان که در فقر زندگی می‌کنند، شیوع بالاتر متولدین با وزن کم و تعیین شهرستان مرتبط است. این روندها در ۱ آوریل ۲۰۲۰ بیشتر از مارس بود. پیشرفت تخمینی بیماری از عفونت تا مرگ ۱۶/۱ روز (سانچو و

همکاران، ۲۰۲۰) از الگوی زمانی نتایج برای مرگ‌های تأییدشده کووید ۱۹ و تعداد موارد شناسایی‌شده در این مطالعه پشتیبانی می‌کند. به‌طور خلاصه، افراد در شهرستان‌های نسبتاً فقیر که ابتلای آنها به ویروس در اوایل تا اواسط مارس ۲۰۲۰ تأییدشده بود، در اواخر مارس و اوایل آوریل شروع به فوت می‌کنند، با توجه به میانگین ۱۶/۱ روز از عفونت تا مرگ، با فرض اینکه وجود ویروس نسبتاً زود تشخیص داده شد. با این حال، توجه به این نکته نیز مهم است که در برخی مناطق، آزمایش برای افرادی که علائم واضح کووید ۱۹ را نشان می‌دهند و در نتیجه ممکن است بیماری نسبتاً پیشرفته‌ای داشته‌اند، در نظر گرفته شود. در چنین مواردی، زمان بین تشخیص و مرگ می‌تواند بسیار کوتاه‌تر باشد. موضوع حائز اهمیت در مطالعه حاضر، رابطه بین فقر و حساسیت در ابتلا و مرگ ناشی از کووید ۱۹ بود. یکی از نتایج غیرمنتظره این مطالعه تغییر آشکار در طول زمان در رابطه بین فقر و تعداد موارد تأییدشده کووید ۱۹ بود. تعدادی از توضیحات احتمالی وجود دارد که می‌تواند عامل این تغییر باشد. مطمئناً یکی از احتمالات این است که این بیماری در طول زمان در این شهرستان‌ها نسبتاً کمتر شده است. مناطق شهری فقیر شاهد موارد نسبتاً کمتری خواهند بود زیرا ویروس به‌سادگی ساکنان



آن مناطق را به همان اندازه که در جوامع نسبتاً مرفه‌تر و کمتر شهری آلوده می‌کرد، آلوده نمی‌کرد. درحالی‌که قطعاً یک احتمال نظری وجود دارد و شواهد سلامت عمومی نشان می‌دهد که ویروس کووید ۱۹ به‌شدت با مقدار متوسط $RO\ 7.5$ (سانچه و همکاران، ۲۰۲۰) به‌شدت عفونی است. این سطح بالای سرایت نشان می‌دهد که در هر جامعه‌ای، احتمال کاهش سرعت عفونت به‌خودی‌خود بعید به نظر می‌رسد. توضیح احتمالی دوم برای نتایج ارائه‌شده در بالا این است که تلاش‌های کاهش‌دهنده مانند سرپناه در محل و فاصله‌گذاری فیزیکی در شهرستان‌های فقیرتر و شهری تأثیر مطلوب‌تری نسبت به مناطق نسبتاً مرفه‌تر داشته است. با این حال، شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد بسیاری از مشاغل که ضروری تلقی می‌شوند، مانند کارگران سرویس بهداشتی، اپراتورهای حمل‌ونقل عمومی و کارکنان فروشگاه‌های مواد غذایی نسبت به افرادی که می‌توانند در خانه کار کنند، حقوق نسبتاً کمتری دارند (گری و مور، ۲۰۲۰). علاوه بر این، ساکنان شهری با درآمد پایین‌تر به‌احتمال زیاد از حمل‌ونقل عمومی استفاده می‌کنند جایی که احتمال قرار گرفتن در معرض ویروس کووید ۱۹ بیشتر از یک وسیله نقلیه شخصی است. بنابراین، درحالی‌که این احتمال وجود دارد که تلاش برای کاهش بیماری در مناطق شهری کم‌درآمد مؤثرتر بوده است، شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد ممکن است در واقع این‌طور نباشد. سومین توضیح احتمالی برای نتایج ارائه‌شده در بالا این است که منابع آزمایشی محدود موجود در ایالات متحده با فراگیر شدن همه‌گیری در این کشور به شهرستان‌های نسبتاً مرفه‌تر هدایت شدند. تحقیقات قبلی نشان داده است که آزمایش و درمان آنفولانزا در جوامع کمتر مرفه نسبتاً کمتر در دسترس است. علاوه بر این، یافته‌های اولیه گزارش شده توسط مرکز لرز برای ارتقای سلامت عمومی در دانشگاه سیراکیوز نشان می‌دهد که نرخ آزمایش در ایالت‌هایی با ساکنان سیاه‌پوست و فقیر کمتر است. این یافته‌ها، همراه با کمبود شدید آزمایش‌ها که کل سیستم مراقبت‌های بهداشتی آمریکا را از آغاز همه‌گیری تحت فشار قرار داده است، نشان می‌دهد که احتمال کمتر بودن منابع آزمایش در جوامعی که منابع کمتری دارند در مقایسه با جوامعی که تمکن مالی بیشتری دارند، وجود دارد. گزارش‌ها در اخبار، اگرچه به‌هیچ‌وجه قطعی نیست، اما

دست‌آورد

با توجه به داده‌های موجود، نمی‌توان به‌طور قطعی پی برد که چه عواملی منجر به تفاوت‌های زمانی در رابطه بین فقر و تعداد موارد تأییدشده کووید ۱۹ و مرگ‌ومیر شرح داده‌شده است. با این حال، با توجه به الگوهای انتقال بیماری و سطح سرایت، منطقی به نظر می‌رسد که این احتمال را در نظر بگیریم که بخش بزرگی از علت کرونا به دلیل فقدان قابلیت آزمایش در ایالات متحده باشد. با توجه به پیشرفت بیماری احتمال دارد که کووید ۱۹ با نرخ‌های نسبتاً بالایی در شهرستان‌های شهری فقیر ظاهر شود. نتایج این مطالعه نیاز به بررسی در موضوع آزمایش، لزوم توجه جدی جامعه به اورژانس‌های بهداشت عمومی را که در هر بخش از جامعه رخ می‌دهد، نشان می‌دهد. حتی با افزایش تصاعدی و نامتناسب تعداد موارد تأییدشده کووید ۱۹ در شهرستان‌های شهری فقیرتر در فوریه و مارس، دولت ایالات متحده و همچنین بسیاری از ایالت‌ها در تلاش برای بهبود شرایط مانند فاصله‌گذاری فیزیکی شرکت نکردند. در واقع، بسیاری از این دستورات تنها پس از این که کووید ۱۹ در این جوامع گسترش یافت و به شهرستان‌های ثروتمندتر شیوع یافت به‌خوبی صادر شد. این نتایج همچنین نشان می‌دهد که کارگرانی که منابع کافی در زمینه‌هایی دارند که ضروری تلقی شده‌اند (به‌عنوان مثال، سرویس بهداشتی عمومی، کارکنان خواربارفروشی، خدمات تحویل) ممکن است در معرض خطر خاصی باشند، ممکن است دسترسی برابر به آزمایش نداشته باشند. این کارگران، اگرچه در معرض خطر بالا هستند، اما ممکن است مانند کارکنان مراقبت‌های بهداشتی، دور از خانواده خود را قرنطینه کنند، گروه دیگری که در معرض خطر بیشتری برای قرار گرفتن در معرض ویروس کرونا هستند اشخاص می‌باشند که بیماری خود را گزارش نمی‌کنند (NBC News، ۲۰۲۰).

حاکمی از ادامه مشکل جدی کووید ۱۹ در مناطق شهری است. بنابراین، ممکن است روندهای مشهود در اوایل همه‌گیری، که در آن شهرستان‌های شهری‌تر و کمتر مرفه نرخ‌های بالاتری از موارد کووید ۱۹ داشتند، ممکن است در واقع ادامه داشته باشد، اما منابع آزمایشی دیگر برای تأیید ابتلای بیماری‌ها در دسترس نیست. این وضعیت زمانی تشدید می‌شود که افراد به دلیل ترس از قرار گرفتن در معرض کووید ۱۹ در زمان نیاز به بیمارستان مراجعه نمی‌کنند، و با توجه به این واقعیت که وقتی افراد در خانه می‌میرند، آزمایش پس از مرگ انجام نمی‌شود، حتی زمانی که علائم هنگام مرگ این احتمال را نشان دهد (CNBC، ۲۰۲۰؛ نیویورک تایمز، ۲۰۲۰).

محدودیت‌ها و دستورالعمل‌ها برای تحقیقات آینده

امید است این مطالعات منجر به تحقیقات بیشتر با توجه به شیوع کووید ۱۹ و فقر شود. به‌طور خاص، این اثر داده‌هایی را که در مراحل اولیه شیوع در ایالات متحده جمع‌آوری شده بود، بررسی کرد. شیوع کرونا در ایالات متحده بدون شک شمارش هردو مورد و مرگ را به‌مرور زمان اصلاح خواهد کرد و باید با استفاده از چنین اطلاعاتی این کار تکرار شود. این امر به‌ویژه در مورد مرگ‌ومیرها صادق است، با توجه به تعداد کمی که در مجموعه داده‌های فعلی به کووید ۱۹ اختصاص داده‌شده است. این امکان وجود دارد که وقتی داده‌های مرگ‌ومیر توسط مقامات بهداشت عمومی به‌روز می‌شوند، این نتایج تغییر کند. محدودیت مهم داده‌های مورد استفاده در مطالعه کنونی این است که تنها مواردی از کووید ۱۹ را منعکس می‌کند که در بخش‌های بهداشت عمومی در شهرستان‌های مختلف گزارش شده‌اند. بنابراین، تنها افرادی که به‌طور داوطلبانه مورد آزمایش قرار گرفته‌اند، یا به آزمایش ارجاع داده‌شده‌اند، در مطالعه گنجانده می‌شوند. این احتمال وجود دارد که بسیاری از افرادی که بدون علامت بودند (یا علائم آنها بسیار خفیف بود) اما دارای ویروس بودند در این مجموعه داده گنجانده نشده بودند. این محدودیت به‌ویژه در شهرستان‌ها و ایالت‌هایی با ظرفیت‌های آزمایشی محدود، که در آن‌ها تنها افراد شدیداً بیمار احتمالاً آزمایش می‌شوند، مهم است.



مصاحبه با دکتر کوروش محمدی

حاشیه‌نشینی، فحشا، نقاط پرخطر شهری و... مطرح کردند.

در حوزه آموزش ما معتقدیم دچار بیماری آموزش‌های غیرتخصصی و صرفاً بر مبنای علاقه و نیاز مالی شدیم و امروز یکی از پردرآمدترین فعالیت‌ها در حوزه اجتماعی آموزش است که آسیب‌هایی به NGO های ما نیز وارد کرده‌اند و NGO تخصصی با نیت قلبی در این راستا و فعالیت در زمینه آسیب‌های اجتماعی بدون تکیه به پول و اعتبار مالی کمتر دیده می‌شود و اگر هم خیریه‌ای با این شرایط پیدا شود با سنگ‌اندازی به‌زودی از دور خارج می‌شوند؛ این فضایی بود که ما حتی NGO ها را زیر سؤال برد و هنوز هم این بیماری در جامعه دیده می‌شود و یکی از موانع ما برای آموزش با توجه به نیاز مطالعاتی در شهرهای مختلف پیش بردن کار با خود شهروندان بود در تعاریف آسیب‌های اجتماعی دو معضل داریم: یک باوری به حوزه مسائل اجتماعی نداریم دو مدیران و دستگاه‌های ما در حوزه اجتماعی که آسیب‌ها را پیدا می‌کنند کاملاً سطحی و بدون تخصص و بر مبنای نگاه‌های هیجانی ورود پیدا می‌کنند و در حال حاضر هم تا اسم اعتیاد می‌آید همه به سمت مداخله می‌روند و حوزه پیشگیری به‌درستی تعریف نشده است از سازمان‌های مختلف مثل بهزیستی گرفته تا وزارت کشور و سیستم قضایی ما. از معضلات اصلی ما در حیطه آسیب‌های اجتماعی نداشتن متولی است ما کشوری فاقد متولی هستیم و امروزه شاید تنها کشوری در جهان در مقایسه با کشورهای مهم باشیم که در حیطه آسیب‌های اجتماعی متولی نداریم. شما اگر امروز در این کشور در روستای دورافتاده به خاطر تزریق غیر ایمن دچار آبسه چرکی شود، شما می‌توانید به راحتی به وزیر بهداشت اعتراض کنید چون متولی حوزه بهداشت و درمان در کشور تعریف شده است اما در رابطه با آسیب‌های اجتماعی هیچ مرجع پاسخگویی ندارید به عنوان مثال برای طلاق و اعتیاد و سایر آسیب‌ها به چه مرجعی می‌توان مراجعه کرد و کدام دستگاه امروزه متولی اعتیاد است؟ و اینجا بحث پیشگیری قرار ندارد و فراموش شده چرا که ما سطح یک و دو را فراموش کرده و به سطح مداخله اهمیت داده‌ایم و منتظریم تا آسیب‌ها وارد شده و عمل کنند و جامعه را به دست

با هدف ایجاد آشنایی با انجمن آسیب‌شناسی ایران و همچنین بررسی و ریشه‌یابی مسائل کشور با جناب آقای کوروش محمدی رئیس انجمن آسیب‌شناسی ایران مصاحبه‌ای ترتیب داده و سؤالاتی را در حضورشان مطرح نمودیم و ایشان با درایت و صبوری به پرسش‌هایمان پاسخ گفته‌اند که در ادامه می‌توانید مطالعه نمایید.

آقای دکتر کوروش محمدی متولد سال ۱۳۵۰ کوه‌دشت لرستان، دکترای روانشناسی تربیتی، مؤسس و رئیس انجمن آسیب‌شناسی اجتماعی ایران، پژوهشگر مسائل اجتماعی و اعتیاد در سطح ملی، پژوهشگر ستاد مبارزه با مواد مخدر و پلیس ناجا، مدرس دانشگاه و حوزه، مؤلف کتاب و مقاله و طراحی و اجرای چندین پژوهش ملی می‌باشند.

لطفاً در رابطه با فعالیت‌هایتان در انجمن آسیب‌شناسی ایران برای خوانندگان ما توضیحاتی ارائه دهید.

با نام و یاد خدا و عرض سلام خدمت همه دوستان، انجمن آسیب‌شناسی اجتماعی ایران از سال ۱۳۸۸ پای گذاری شد و دقیقاً زمانی بود که جامعه ما در مرحله انکار خود نسبت به آسیب‌های اجتماعی قرار داشت و سنت انکار و نفی شرایط موجود وجود داشت و هنوز هم آثار آن در جامعه باقی مانده است، در آن دوران ما این انجمن را در سطح کشور پایه‌گذاری کردیم؛ هرچند کار از سال ۱۳۷۵ شروع شد اما انسجام لازم را نداشت و به صورت پراکنده بود؛ برای انسجام کارها و شنیده شدن صدای انجمن تیم قوی در سطح کشور که علم و توانایی کار را داشتند تشکیل شد و در سه حوزه فعالیت می‌کرد: بحث مطالعات و حوزه پژوهش، حوزه آسیب‌های اجتماعی و ریشه آسیب‌ها و آسیب‌های نوپدید البته دریغ از عمل در این حیطه و بردن به سطح برنامه‌ریزی و حوزه سوم آموزش بود.

یکی از فعالیت‌های انجمن خارج کردن مطالعات از حوزه سفارشی بود که منابع زیادی از کشور را بیهوده از بین می‌برد و نتیجه این مطالعات کاربردی و به بسیاری از دستگاه‌های کشور تحمیل می‌شود.

یکی دیگر از فعالیت‌ها ایجاد فضایی بود که این مطالعات به حوزه کلان کشور راه یابد و از سطح انکار خارج شود و جلساتی با سران قوا و مقام معظم رهبری صورت گرفت که رهبر را متوجه این آسیب‌ها کرد و ایشان آسیب‌های اجتماعی را در چند سطح اعتیاد،

در پیشگیری سطح یک آموزش‌های ما بر مبنای کل جمعیت است و همه باید در یک سطح دیده شوند که هنوز در جامعه ما جا نیفتاده است و در حوزه مداخله اعتقاد ما به برنامه‌ریزی‌های ترکیبی و جامع است یعنی جلوگیری از موازی کاری‌ها و به هم ریختگی‌هایی که در این مدت در مداخلات داشته‌ایم و ما سعی کردیم به حوزه‌هایی ورود پیدا کنیم که از موازی کاری‌ها جلوگیری شود و از افکار پوسیده مانند پایلوت و صرفاً مداخله پرهیز شود.

در واقع ما قریب به صد و خورده‌ای مطالعه علمی در سطح کشور در زمینه آسیب‌های مختلف انجام دادیم و بابت آن حتی یک ریال از اعتبارات این مملکت استفاده نکردیم اما به درستی این اطلاعات را کسب کرده و به دستگاه‌ها داده‌ایم، قریب به بیست و خورده‌ای هم مداخله علمی در رابطه با طلاق، اعتیاد و... انجام داده‌ایم و امروزه نگاهمان به شبکه‌سازی است یعنی چند سالی است ما حوزه آسیب‌های اجتماعی را به دل شبکه‌های اجتماعی آورده‌ایم و از این طریق می‌خواهیم کنترل کنیم، سال‌ها نگاه ما به جامعه یک نگاه بالا به پایین است به عنوان مثال یک منطقه که سکونتگاه غیر رسمی بوده است و در مسائل فرهنگی برخورداری پایین‌تری نسبت به سایر مناطق دارد را همان‌گونه رها کردیم و نهایتاً گاهی با کودکان آن منطقه عکسی گرفتیم

بگیرند و بعد برای آن کمیته تشکیل داده و چند دستگاه را جمع می‌کنیم تا برای بلایی که آمده برنامه‌ریزی کنیم و با اسم آسیب‌های اجتماعی سراغ مناطق محروم می‌رویم و برچسب محرومیت باعث شده قسمتی از جامعه را در فقر نگه‌داریم و در دل آسیب حفظ کردیم و سعی نکردیم جامعه را بر مبنای پیشگیری پیش ببریم که در این صورت طبقه اجتماعی و جغرافیایی مفهومی پیدا نمی‌کند و مدیرانی که شایستگی کافی ندارند به دنبال پاک کردن صورت مسئله هستند به عنوان مثال در حیطه کودکان زباله گرد به دنبال جمع کردن این کودکان از فضاهای شهری هستند.

در حیطه آموزش وقتی به مدیر می‌گویند آموزش بده بسیار موافق است و اولین کاری که می‌کنند تعریف پایلوت است به عنوان مثال در حال حاضر چهل و اندی سال است ما در حوزه اعتیاد در سطح پایلوت هستیم و مدیرانی که سه یا چهار سال سرکار هستند چند پایلوت تعریف می‌کند و چند خانواده را در آن منطقه شناسایی می‌کند و کلی اعتبار هدر می‌دهد و چند NGO را خراب می‌کند که با پول به آموزش بپردازند و چند دستگاه هم همین کار را می‌کنند به عنوان مثال چند کودک را جمع‌آوری کرده و در همان گروه آموزش می‌دهند و تمام! و بعد این مدیر عوض شده و مدیر بعدی دنبال پایلوت می‌گردد.



را پیش بردیم، گاهی اوقات حتی تا شش ماه منتظر دیدار با مسئولین مربوطه بوده‌ایم بنده نیز در این راستا تلاش کرده‌ام تا به مدیران نزدیک شوم اما متأسفانه ما ثبات در مدیریت و باورمندی نداریم و تبدیل به جامعه‌ای شده‌ایم که آسیب‌های اجتماعی را می‌پسندد و با آن‌ها توافق دارد، از دل همه این‌ها درآمدی هم کسب می‌شود.

برآوردی از عملکرد سازمان‌های مردم‌نهاد در جامعه ما نشان می‌دهد که سیاست‌گذاری‌های غلط در حیطه نظام اجتماعی صورت گرفته است. سازمان‌های مردم‌نهاد در مناطق محروم خیمه زدند و کمک‌رسانی‌هایی نه به‌منظور توانمندی انجام دادند که فقر از دل آن منطقه بیرون نیاید این خود یک تفکر تولیدکننده آسیب است که باید با آن جنگید، امروز باید به‌جای صرف اعتبار برای تشکیل کمیته‌ها به فکر تغییر نگرش خود باشیم و به فکر اصلاح حوزه تعلیم و تربیت فرسوده و ناکارآمد خود که عامل تولید یا پرورش آدم‌هایی با چنین تفکری است باشیم و صرفاً تأمین روانشناس و مددکار اجتماعی را مدنظر قرار ندهیم.

به نظر شما ریشه آسیب‌های اجتماعی چیست و چه عاملی در ایجاد آسیب‌های اجتماعی نقش اصلی را ایفا می‌نماید؟

ریشه آسیب‌های اجتماعی را باید در چند شاخه بررسی کرد اما به همین هم نمی‌توان بسنده کرد: یک حوزه تعلیم و تربیت در جامعه است که کار آن پر کردن خلأ جامعه‌پذیری خانواده برای فرزندان است یعنی قرار است در جایی که خانواده نتوانسته فرایند اجتماعی شدن را برای فرزند به‌خوبی پیش برد حوزه تعلیم و تربیت ورود پیدا کند اما در ارتباط با پرورش این فرزندان هیچ‌گاه آموزش و پرورش پاسخگو نیست، نظام آموزش و پرورش نظامی فرسوده و الگو گرفته از نظام آموزشی فرانسه است و خود فرانسه این نظام را قبول ندارد و آن را چندین بار تغییر داده اما کشور ما همچنان پای بند به آن است و شاهد فرزندی فاقد مهارت، ناتوان و آسیب‌پذیر در آن هستیم.

بخش دوم حوزه فرزند پروری ما است یعنی نهاد خانواده؛ نهاد خانواده ما امروزه کارکردهای اساسی

تا هر مدیر جدیدی ابتدای دوره با شما عکسی بگیرد اما امروزه ما قریب به بیست میلیون حاشیه‌نشین در کشور داریم و این یعنی سو مدیریت در بحث فرایند مهاجرت‌های در داخل و توزیع عادلانه منابع اجتماعی و همچنین نبود عدالت اجتماعی و اعتماد به مردم که شما استعدادهای خود را شکوفا نکنید و فقر نکنید تا برایتان NGO و تیم‌های مداخله‌ای بفرستیم اما هیچ‌گاه به ذهن ما خطور نکرد که این محلات محروم و مناطق حاشیه‌ای خودشان جوانان و نوجوانانی، زنان و افراد تحصیل‌کرده‌ای دارند که می‌شود توانمندی را به آن‌ها داد تا برای منطقه خود مطالبه گری کنند و این روشی که ما پیش برده‌ایم روح مطالبه گری را در شهروندان از بین برده است و آن‌ها درجه‌بندی کردیم و برچسب زدیم و امکانات به آن‌ها ندادیم به‌عنوان مثال منطقه‌ای که بیست سال پیش حاشیه‌نشین بوده است همچنان حاشیه‌نشین است و توانمند نشده است، در حوزه روانشناسی، مددکاری اجتماعی و... شرایطی وجود دارد که هرکس فکر می‌کند یک افق برتر نسبت به جامعه دارد و هیچ مسئولیتی را متوجه خود نمی‌داند بنابراین همه به دنبال کسب مجوزهای آن‌چنانی هستند که از طریق آن کسب درآمد کنند و این خود آسیب است؛ ما امروزه در حوزه طلاق مراکز مشاوره ناکارآمد زیادی داشتیم و پویایی چندانی در این حوزه‌ها وجود ندارد اما در دل همین سیستم صدها مراکز مشاوره طلاق تأسیس شده است اما کار این‌ها زمانی است که اقدام به طلاق کرده‌اند و از زندگی ناامید شده‌اند وقتی پیش قاضی می‌روند آن‌ها را به این مراکز ارجاع می‌دهد.

یعنی نگاه ما پیشگیرانه نیست چرا که ما هیچ‌وقت برای پیشگیری از اعتیاد، کودک کار، طلاق و... جدید برنامه‌ریزی نکردیم فقط منتظریم آسیب اتفاق بیفتد و سونامی آن شکل بگیرد و به مرز بغرنجی برسیم آن زمان کمیته تشکیل می‌دهیم و راهکار ارائه می‌دهیم که راهکار در اینجا جمع‌آوری، پاک کردن صورت مسئله، استفاده از پلیس، ایجاد NGO در دل مناطق فقیر و محروم است که اعتباراتی آنجا صرف کنند و به نتیجه هم نرسند بنابراین این روش‌ها مشکل‌زا است و هنوز هم نظام اجتماعی کشور به تغییر این سیستم متقاعد نشده است و بارها حرف‌های خود را زده‌ایم و برنامه‌ها



می‌خواهیم که شاهد آسیب در جامعه نباشیم و طبیعتاً چنین چه چیزی صورت نمی‌گیرد به‌عنوان مثال در ۶۵ درصد ازدواج‌های ما در پنج سال اول طلاق اتفاق می‌افتد و طلاق‌های ۵۰ درصدی که در بعضی از استان‌ها صورت می‌گیرد یا طلاق‌های ۳۰ تا ۴۰ درصدی که در سطح کل جامعه اتفاق می‌افتد و این خود تبدیل به فاجعه می‌شود گذشته از روابط آسیب‌دیده ما در طول زندگی دستگاه‌های ما زمانی به فکر مهارت برای فرد می‌افتند که دچار آسیب شده است.

این نوع نگاه مقطعی ریشه در رویکردهای هیجان مدار ما دارد که یک بخش آن مرتبط با حوزه تعلیم و تربیت، خانواده و رسانه ما است. در اینجا یک رویکرد ریشه‌ای مؤثر در حوزه آسیب‌های اجتماعی را بیان می‌کنم؛ جوامعی رویکرد هیجان‌مدار دارند یا رویکرد مسئله‌مدار و رویکرد جامعه‌مدار هیجان‌مدار است و برخورد ما با مسائل کاملاً هیجانی است و این باعث شده است سطح دانش، بینش و مطالعه ما در جامعه پایین بیاید حتی آن جوانی که به دنبال تخلیه خود است از رویکرد هیجانی استفاده می‌کند به‌عنوان مثال با دوستان خود مواد مصرف می‌کند تا خود را آرام کند اما این کاملاً رویکرد ناکارآمد است و عملکرد ناکارآمد نتیجه رویکرد هیجان‌مدار است اما جامعه‌ای که مسئله‌مدار با خود و شهروندان برخورد می‌کند با تفکر رشد می‌کند و تصمیم‌گیری از قالب هیجانی خارج می‌شود به‌عنوان مثال کسانی که همه‌چیز را برای شب آخر می‌گذارند و می‌خواهند از طریق دعا و امثال آن

خود را ازدست‌داده است و خانواده به‌عنوان یک نهاد اجتماعی که می‌تواند جامعه‌پذیری فرزند را که انطباق با هنجارهای جامعه و پذیرش ارزش‌ها را به دنبال دارد ناموفق عملکرد است به‌راحتی می‌توان گفت نهاد خانواده ما به‌شدت ناکارآمد است و در بین یک شرایط پارادوکسیکال بین مدرنیته و سنت خود را گم‌کرده است و در کنار آن تحولات عظیم اجتماعی در حوزه ساختارها مجموعه انتظارات و کارکردها را به‌نوعی تغییر داده است، تربیت ما امروزه مخرب نسل‌های مختلف جامعه است حوزه خانواده به لحاظ اصول پرورشی بسیار عقب است و نتوانسته زنجیرهای ارزشی را ایجاد کند.

در حوزه رسانه هم بسیار عملکرد ضعیفی داشته‌ایم و رسانه ما کلاً ره‌اشده است، ما در حوزه رسانه نتوانستیم ارتباط معنایی با شهروندانمان برای تربیت نسل‌ها و جامعه‌پذیری بگیریم، تکنولوژی‌های جدید هم به‌طور کل رسانه را له کرده است و فضای مجازی و کارکردهای آن خود تبدیل به آسیب‌های نوپدید شده است بنابراین ما شاهد شکل‌گیری یک نسل فاقد مهارت، ناتوان و آسیب‌پذیر در هر دوره هستیم و آن را تحویل جامعه می‌دهیم و این نسل با چنین تفکری خانواده تشکیل می‌دهد و ارتباطات نا مؤثر شکل می‌دهد و آسیب می‌بیند به‌خصوص در جامعه ما به لحاظ فرهنگی امروزه دختران در ارتباطات مجازی آسیب می‌بینند و این منجر به آسیب‌هایی در دنیای واقعی نیز می‌شود ما امروزه تبدیل‌شده‌ایم به جامعه‌ای که کارکردهای اجتماعی آن ضعیف است و برون داد مهارتی ندارد و با این وجود

اعدام نه با زندان هیچ‌کدام از آسیب‌های اجتماعی از بین نرفته‌اند. آتش‌نشانان ما که به شهادت رسیدند قربانی همین دیدگاه هیجانی شدند و هیچ‌کس شهرداری، حوزه‌های ایمنی، مدیریت بحران را به لحاظ کارشناسی موظف نکرد که بروند ساختمان‌های پلاسکو گونه دیگر را شناسایی کنند و روش‌ها را اصلاح کند که این اتفاق تکرار نشود فقط چند روز برای این آتش‌نشانان سوگواری به پا بود و بعد از چندی همه این‌ها فراموش شدند.

برای بابک خرم‌دین و آزاده نامداری و امثال این‌ها فقط چند روز جنجال به پا بود و همه این‌ها نشان می‌دهد که جامعه ما در یک سطح هیجانی توقف کرده است و بازار شایعات برای جامعه هیجان مدار خیلی لذت‌بخش‌تر از منطق، کتاب و مطالعه است چنین جامعه‌ای علاقه‌مند به اخباری است که دارای هیجان باشد بدون آنکه حتی منبع معتبری داشته باشد و جامعه درگیر شود تا حادثه بعدی اتفاق بیفتد.

نداشتن متولی در حیطه آسیب‌های اجتماعی و باور نداشتن به آنها خود می‌تواند یکی از ریشه‌های آسیب در جامعه باشد ما باید متولی خاص مسائل اجتماعی برای نهادهای مختلف اجتماعی داشته باشیم، وجود نهاد پاسخگو بسیار مهم است و معاونت زنان در مجموعه ریاست جمهوری کارآمد نیست و ارزش کاربردی ندارد تنها منابع را هدر می‌دهد و هیچ اتفاقی مثبتی برای

به خواسته خود برسند رویکردی هیجان مدار به کار می‌گیرند و همین باعث شده در جامعه ما افراد رمال و فالگیر درآمد زیادی داشته باشند برخورد ما با مسائل کاملاً هیجانی است به‌عنوان مثال رومینا اشرفی توسط پدر سر بریده شد ۲۰ سال پیش فردی در تهران به جرم آتش زدن ۱۵ دختر اعدام شد، آتنا دختری که در آذربایجان به او تجاوز شد، حادثه سعادت‌آباد تهران که فرد با قمه همسرش را به قتل رساند حادثه خمینی‌شهر اصفهان که گروهی به خانواده‌ای حمله کرد و به آن‌ها تجاوز گروهی کرد، حادثه کرمان که خانواده خود را به رگبار بست بابک خرم‌دین توسط پدرش به قتل رسید، ۱۷ آتش‌نشان ما در یک حادثه به شهادت رسیدند و حادثه این روزها که خانمی توسط همسرش در اهواز به قتل رسید و سر او را برید برای همه این موارد چه چیزی اتفاق افتاد برای هرکدام از ده روز در فضای مجازی جنجال‌هایی به پا بود و این یعنی نگاه هیجانی به‌جای آن باید یک میز محاکمه برای این خانواده‌ها برپا کرد و از متولیان دستگاه‌های اجتماعی دعوت کرد و آنها را محاکمه کرد و در این هنگام سیستم‌های روانشناسی، مددکاری اجتماعی، قضایی، آموزش و پرورش و... باید پاسخگو باشند و قانون‌گذاران باید به یک راهبرد برسند. اعدام کردن یا مخالفت با اعدام تنها یک رویکرد هیجانی و برای پاک کردن صورت مسئله است این نگاه‌های هیجانی ریشه آسیب‌ها را بیشتر می‌کند چرا که نه با



جامعه رقم نمی‌زنند. ما سازمان‌های متولی گونه داریم که بتواند نقش مهمی داشته باشد مثل بهزیستی که از سال ۱۳۵۸ ساختیم ولی اولین پایه آن را کج گذاشتیم و تا به اکنون مسیر خود را کج رفته است، ما بایستی در قالب بهزیستی آسیب‌های اجتماعی، پیشگیری سطح اول، مسائل توانبخشی پوشش صددرصدی داشت و این سازمان می‌توانست با پاسخگویی تبدیل به یک وزارتخانه شود اما این سازمان را با کمترین اعتبار کنار گذاشتیم و نیروهای آن درآمد اندکی دارند و در نتیجه سازمان اختیاری ندارد و خودش هم باور برای رفتن به سمت آسیب‌های اجتماعی را ندارد اما در کنار بهزیستی چندین موسسه به صورت موازی در ارتباط با آسیب‌های اجتماعی فعالیت می‌کنند و این کار جهادی تلقی نمی‌شود چون کار جهادی خود اصولی دارد و نباید منجر به آسیب زدن به سیستم شود. بعد از آن که به ناکارآمدی رسیدیم سازمان امور اجتماعی در وزارت کشور با دفتری عریض و طویل تأسیس می‌کنیم و این‌ها جوابگو نیست و بنده ریشه آسیب‌ها را در مجموع این موارد می‌بینم.

راهکار شما برای اصلاح جامعه هیجان‌زده در بحران‌ها چیست؟

چندین سال است هر دولتی که روی کار می‌آید وزیران آموزش و پرورش به مجلس می‌آیند و می‌خواهند از خودشان دفاع کنند اولین صحبتی که دارند این است که ما سند تحول بنیادین نظام آموزش و پرورش را اجرا می‌کنیم البته نمایندگان مجلس هم درگیر همان سیستم هیجانی هستند و مسئله مدار نیستند؛ سندی تهیه شده است که شاید در حد ۲۰ درصد تحول در حوزه تعلیم و تربیت ایجاد کند و الآن قریب به ۱۵ سال است که خاک می‌خورد و با آن شعار می‌دهند. وزیری که به‌تازگی روی کار آمده بعد چند ماه هنوز درگیر انتخاب مدیرکل است یعنی ما سیستم مدیریتی نیازمند اصلاح داریم و مدیریت بحران ما که خود هیجان‌زده است باید اصلاح شود چرا ما در مورد حوادث طبیعی مثل زلزله و سیل برنامه‌ریزی نداریم و بعد آن‌که اتفاق می‌افتد شروع به جمع‌آوری کمک از مردم می‌کنیم، در زلزله سرپل ذهاب در ده روز اول تعداد زیادی از مردم از شهرهای مختلف به آنجا رفتند و بنده خود در آنجا حضور داشتم، تعداد

ماشین‌های شخصی برای امداد به حدی زیاد شده بود که جاده‌ها برای امدادگران مسدود شده بود ولی بعد از ده روز که هیجان خوابید، بنده تا یک ماه آنجا بودم و دیدم که این واقعه توسط مردم فراموش شد، سیستم مدیریت بحران ما نیازمند تحول اساسی است و این تحول از نظام آموزش و پرورش شروع می‌شود و امروزه با برگزاری کارگاه برای مدیران در جهت اصلاح رویکرد هیجان مدار فایده‌چندانی ندارد چون این فرد با همین رویکرد بزرگ شده است و ما نیاز به پرورش نسلی داریم که با سیستم‌های یکپارچه مسئله مدار و مؤثر رشد کند و چنین سیستمی می‌تواند مدیریت بحران مناسبی داشته باشد.

امروزه ما تنها با ایجاد تحولات بنیادین در سیستم تعلیم و تربیت می‌توانیم به اصلاح این رویکرد هیجان مدار در جامعه امیدوار باشیم و برای نظام مدیریتی عبور از قانون را خط قرمز در نظر بگیریم، نگاه‌های سیاسی حذف شود و سیستم‌ها اصلاح شوند، گفته می‌شود در ژاپن فردی که می‌خواهد رئیس بانک شود گذشته‌اش اهمیت ندارد بلکه تخصص مهم است و سیستم به‌گونه‌ای طراحی شده که فرد کنترل می‌شود اما سیستمی که در جامعه ما نه توانایی مدیریت بحران و نه توانایی مدیریت مالی دارد چگونه می‌خواهد کنترل داشته باشد؟

پس با اصلاح سیستم‌ها و ساختارهای مدیریتی که مبتنی بر افراد نباشند بلکه مبتنی بر سیستم باشند چرا که امروزه سیستم ما مبتنی بر افراد است و افرادی به‌عنوان ناجی انتخاب می‌شوند که در نهایت دچار فساد می‌شوند این یعنی ما نیازمند اعتمادسازی به سیستم به‌جای اشخاص هستیم.

همان‌طور که گفته شد سیستم تعلیم و تربیت و آموزش عالی نیازمند تحول است، دانشگاه‌های ما در کدام مشکل توانستند ورود کنند و آن را رفع کنند؟

و در عین حال ما نیاز داریم شبکه‌های اجتماعی واقعی جامعه را احیا کنیم، ما امروز درگیر شبکه‌های اجتماعی مجازی شدیم که جایگزین شایسته‌ای برای شبکه‌های اجتماعی حقیقی ما نبوده‌اند، بازار و مساجد و... ما شبکه‌های اجتماعی قدرتمندی بودند که کارکردهای خود را از دست دادند و این نشان می‌دهد که ما در راستای

زنجیره ارزش‌های محل و شهر خود از دست می‌دهند به‌عنوان مثال افراد فقیر می‌گویند من از متروبی که شما استفاده می‌کنید بهره‌ای نمی‌برم یا شغلی که شما دارید را من ندارم و حس تعلقش را از دست می‌دهد و شروع به آسیب‌رسانی به دیگران می‌کند مثلاً با تیغ موکت بر خود صندلی اتوبوس را خراش می‌دهد. برای این موارد می‌توان به نظریه پنجره شکسته استناد کرد در مسائل حاشیه‌نشینی این مورد بسیار به چشم می‌خورد سال‌ها قبل ما فقط چند صد حاشیه‌نشین در سطح شهر داشتیم اما در حال حاضر میلیون‌ها حاشیه‌نشین آسیب‌زا و دچار آسیب داریم و دیگر با بودنشان کنار آمده‌ایم و می‌گوییم این افراد باید باشند و اگر نباشند نمی‌شود! در این شرایط است که هر کس که در این منطقه زندگی می‌کند دچار مشکل شده و کودک کار و فحشا و اعتیاد گسترش می‌یابد و فرد برای گذران زندگی به این کارها روی می‌آورد چون رفاه اجتماعی و تأمین اجتماعی به سراغ وی نمی‌رود و امروز به‌جایی رسیدیم که می‌گوییم حاشیه‌نشین‌ها باشند تا ما بتوانیم حیات سیاسی و اقتصادی خود را ادامه بدهیم.

ما مددکاران اجتماعی چه تأثیری در کاهش این آسیب‌های اجتماعی و پیشگیری از آن‌ها می‌توانیم داشته باشیم و نقش ما چیست؟

مددکاری اجتماعی ابتدا باید به جامعه به‌درستی معرفی شود متأسفانه ظلمی که به این رشته شده است و آن را به خیریه‌ها و موسسه‌هایی که عمدتاً هم اسامی ائمه معصومین را دارند و تاج گل می‌فروشند تقلیل داده‌اند و اشتباهی که سیستم درمان و بیمارستان‌ها و مراکز درمانی در حق مددکاری اجتماعی انجام داده‌اند این است که واحد مددکاری را در بیمارستان‌ها ایجاد کرده‌اند و به بیماران کم‌بضاعت تخفیف‌هایی می‌دهند و کار این واحد فقط و فقط دادن تخفیف است این کارها باعث شده است جایگاه مددکاری اجتماعی در جامعه تا این حد پایین آید. درحالی‌که در کشورهای غربی حتی به پزشکان می‌آموزند شما ابتدا مددکاران اجتماعی هستید و سپس پزشک و مددکاری اجتماعی را در دل مشکلات مردم تعریف کرده‌اند. شما مددکاران اجتماعی ابتدا باید تلاش کنید این نگرش را تغییر دهید

نهاد دین هم نتوانستیم درست حرکت کنیم و ارتباطات را به‌خوبی برقرار کنیم و امروزه دین‌گریزی و مقاومت در برابر مسائل مذهبی در جامعه اتفاق افتاده است و از دین استفاده ابزاری می‌شود و ما می‌توانستیم از این طریق تولید محتوا کرده و رفتارهای هیجانی را کنترل کنیم زمانی که سال ۱۳۷۳ ماهواره داشت در جامعه جای خود را پیدا می‌کرد همه دنیا برای آن برنامه‌ریزی کردند به‌عنوان مثال کانال ایجاد کردند و تولید محتوا کردند و کنار مردم ایستادند اما مجلس قانون‌گذاری ما قانون منع استفاده از ماهواره را تأسیس کرد و این پاک کردن صورت مسئله بود.

و همین قانون که یک رفتار هیجانی بود صورت مسئله را پاک کرد و ما نتوانستیم به‌صورت کارآمد از شبکه گسترده ماهواره استفاده بهینه انجام دهیم و پلیس را در مقابل مردم قرار دادیم اما این قانون الآن توسط ۹۰ درصد مردم نقض می‌شوند و درواقع مردم قانون‌گریز شده‌اند و این تفکر تهدیدآمیز که فرصت‌های جدید را تبدیل به شرایط تهدیدآمیز می‌کند، این خطرآفرین است. حالا همین نگاه را به نسبت به فضای مجازی داریم (فیلتر تلگرام) اما غافل از اینکه هیچ فیلتری نمی‌تواند کارا باشد و باید به دنبال تولید محتوا بود؛ این موضوعات هستند که باید درباره آن‌ها مجدداً تفکر کرد مجدداً برنامه‌ریزی نمود؛ نباید به همه‌چیز با دید تهدید نگریست بلکه حتی تهدیدها را نیز باید به فرصت تبدیل کرد.

در حال حاضر ۲۰ میلیون حاشیه‌نشین در کشور داریم که در فقر به سر می‌برند به نظر شما فقر چه تأثیری بر آسیب‌های اجتماعی دارد؟ و آیا فقر در تشدید آسیب‌ها تأثیری دارد یا خیر؟

فقر به‌تنهایی نمی‌تواند عامل آسیب‌زایی اجتماعی باشد اما زمینه‌ساز این آسیب‌هاست؛ وقتی که فقر تبدیل روند دائمی در زندگی افراد شد، افراد از حیث فرهنگی و اجتماعی و آموزشی نیز فقیر می‌شوند و از عدالت اجتماعی باز می‌مانند. وجود فقر یعنی نبود عدالت اجتماعی یا ضعف عدالت اجتماعی در مواقعی که عدالت اجتماعی در جامعه نیست و فقر در جامعه ریشه دارد افراد حس تعلق خود را نسبت به

انجمن آسیب‌شناسی ایران برای شناسایی و مداخله در آسیب‌های اجتماعی از مددکاران اجتماعی و حرفه مددکاری اجتماعی بهره‌می‌گیرد؟

بله، ما از ابتدا یکی از افتخاراتمان این بوده که حرفه مددکاری اجتماعی و مددکاران اجتماعی رو در کنارمان داشته‌ایم و یکی از رویکردهای اصلی ما این است که معاونتی به اسم معاونت مددکاری اجتماعی داریم و این بخش به شناسایی و جلب همکاری مددکاران اجتماعی خبره اقدام می‌کنند شما می‌دانید که ما مددکار اجتماعی در کشور کم داریم و متأسفانه تربیت مددکاران اجتماعی هم به‌درستی انجام نمی‌شود و چند دانشگاه فقط در سطح کشور دانشجوی مددکاری اجتماعی می‌پذیرند. ما با مددکاران اجتماعی کار کرده‌ایم و کار خواهیم کرد و باور داریم که مددکاران اجتماعی در بسیاری مسائل و بحران می‌توانند به‌درستی اقدام کنند و با دانش و توانایی خود در حل مسائل موفق عمل کنند؛ ما در اوایل بروز بحران کرونا طرحی را برای ایجاد آرامش در جامعه طراحی کردیم که صددرد آن را با مددکاران اجتماعی پیش بردیم و در کنار خانه مشاوران و روانشناسان و هدف یاورانه را داریم و از همه این حوزه‌ها برای آسیب‌شناسی در ایران استفاده می‌کنیم. امیدوارم با همفکری، هم کاری و همدلی هم بتوانیم این مسائل را مدیریت کنیم و بتوانیم اتفاقات خوبی را برای کشور رقم بزنیم.

با سپاس از شما جناب آقای دکتر محمدی عزیز رئیس انجمن آسیب‌شناسی ایران ممنون از اینکه زمان ارزشمندتان را در اختیار ما قرار دادید.

و بازتعریف کنید و خیریه و سازمان بهزیستی باید نگاه موجود را تغییر دهند و در وهله دوم مددکاران اجتماعی نیاز دارند تا در مورد مسائل اجتماعی که در جامعه وجود دارد به‌روز شوند و تحصیلات یک مددکار اجتماعی نمی‌تواند این نیاز را مرتفع سازد، مددکاران اجتماعی برای اینکه مداخله‌های مؤثری داشته باشند و در حوزه عمل موفق باشد باید از کف جامعه آموزش گیرند نه فقط اینکه تئوری بخواند؛ علاوه بر این فقط به این ۲۳۱ واحد آموزشی اکتفا نکنید و کارگاه‌ها و ورکشاپ‌های آموزشی را هم شرکت نمایید و مرتباً بازآموزی کنید. مورد بعدی این است که من به‌شخصه مشاهده می‌کنم که بسیاری از مددکاران اجتماعی دچار صنعت مشاوره شده‌اند و مددکاری اجتماعی را دست‌کم گرفته‌اند درحالی‌که یکی از حرف بسیار قدرتمند دنیاست که می‌تواند در کنار مردم باشند و مسائلی مثل طلاق را در جامعه به‌راحتی کاهش دهند، اگر من می‌توانستم در تصمیمات قوه قضاییه نافذ باشم می‌گفتم به‌جای مشاوره قبل از طلاق پرونده‌های زوج‌های در حال جدایی را به مددکاران بسپارید تا آنها سه ماه این زوج را مورد مشاهده و مداخله قرار دهند آنگاه می‌توانستید ببینید که بسیاری از مسائل خانواده‌ها حل می‌شد.

و مورد بعدی که می‌توان به آن اشاره کرد این است که باوجوداینکه مددکاران اجتماعی در بخش مداخله فعال‌اند باید مبتنی بر پیشگیری هم عمل نمایند و یک مددکار اجتماعی باید یک بانک اطلاعاتی باشد و از دل اطلاعاتی که از جامعه به دست آورده است به برنامه‌ریزی و مداخله اقدام نماید.

یکی از اتفاقات تلخ دیگری که برای مددکاری اجتماعی ایران در حال رخ دادن است اضافه شدن این رشته بین رشته‌های دانشگاه‌های علمی کاربردی می‌باشد، در این دانشگاه‌ها فقط چند واحد محدود مربوط به مددکاری اجتماعی تدریس می‌شود و باقی دروس حتی نزدیک به مددکاری اجتماعی هم نیستند و الآن ما مددکاران اجتماعی خانواده داریم که عملاً فقط چهار واحد مددکاری اجتماعی را گذرانده است.



مددکاری اجتماعی و سیاست گذاری اکولوژیک

محمدامین کاوسیان

دانشجوی کارشناسی ارشد مددکاری اجتماعی

M1rza7@yahoo.com

امروزه در حوزه‌های سیاست‌گذاری رفاهی و اجتماعی نقش مددکاران اجتماعی بیش‌ازپیش حائز اهمیت است و از تصمیمات ایشان بهره برده می‌شود. مددکاران اجتماعی در حوزه سیاست‌گذاری با هدف توانمندسازی کامل افراد و سازمانشان وارد عمل می‌شوند، حتی زمانی که تغییر و کسب مهارت‌های جدید، تقبل مسئولیت‌های جدید و شکل جدیدی از روابط را ملزم باشد. (هری اسچتز^۱، ۱۹۷۰ ص ۳۱).

بحران‌های زیست‌محیطی مانند شیوع ویروس کرونا، آلودگی هوا و محیط‌زیست، سوختن جنگل‌های زاگرس، منقرض شدن حیوانات، کمبود مواد غذایی و بی‌خانمان شدن انسان‌ها توجه مددکاران اجتماعی به مسائل محیط‌زیست و منابع تجزیه‌پذیر و تجزیه‌ناپذیر آن، سلامت انسان که در گرو مسائل محیطی و زیستی است و همچنین عدم تبعیض بر انسان‌ها برای دستیابی به موهبت‌های طبیعی و خدادادی معطوف کرده است. محیط‌زیست تأثیر همه‌جانبه بر انسان دارد و حتی بر خصایص روانی، جسمانی و اقتصادی-اجتماعی افراد اثرگذار است. درهم تنیدگی اهداف مددکاری اجتماعی و برنامه‌های توسعه اقتصادی و اجتماعی، لزوم توجه برنامه ریزان حرفه مددکاری اجتماعی به حوزه‌های کلان جامعه را دوچندان می‌کند.

با توجه به تعاریف جدیدی که از مددکاری اجتماعی می‌شود و اصول و منشورهای اخلاقی این حرفه می‌توان به جانمایی مددکاری اجتماعی در عرصه محیط‌زیست

مددکاری اجتماعی، خدمتی حرفه‌ای است که بر پایه دانش و مهارت‌های خاص قرار گرفته و هدف آن، کمک به افراد، گروه‌ها و یا جامعه است تا بتوانند رضایت خاطر فردی و اجتماعی و همچنین استقلال شخصی، اجتماعی به دست آورند؛ به همین منظور مددکاران اجتماعی در چشمانداز خود به مسائل از رویکرد سیستمی و الگوی زیستی، اجتماعی و روانی استفاده می‌کنند. مددکاران اجتماعی برای توانمندسازی افراد و جوامع شرایط اجتماعی را در نظر می‌گیرند و با استفاده از مهارت‌ها و تعالیم حرفه‌ای و همچنین منابع موجود در جامعه تلاش می‌کند، استقلال و تعادل گروهی و اجتماعی افراد یا مددجویان را فراهم کنند. به همین جهت است که گاهی جهت توصیف این حرفه از واژه مهندس اجتماعی استفاده می‌شود که محدوده وسیعی را شامل می‌شود. مشکل از نگاه مددکاری اجتماعی علت و مجموعه‌ای از علل شرایط و موقعیتی است که موجب ضعف و تقلیل توانایی و کارایی در روند کاری فعالیت‌ها و زندگی اجتماعی افراد گروه‌های جامعه می‌گردد.

فقر به جنبه‌های مختلفی نظیر فقر فرهنگی، فقر آموزشی، فقر اقتصادی اطلاق می‌شود که به‌طور عمومی می‌توان گفت مددکاران اجتماعی نمی‌توانند به هیچ‌کدام از این جنبه‌ها بی‌اهمیت باشند. فقر خصوصاً زمانی که به‌صورت یک مسئله اجتماعی درمی‌آید، بخش زیادی از جامعه را تحت تأثیر قرار می‌دهد و با آسیب‌های اجتماعی و ناهنجاری‌های مختلف همراه می‌شود.

1- Harry Schatz



روزافزون زیست‌محیطی بیش‌ازپیش چالش‌برانگیز می‌باشد؛ و دوم رویکرد تکامل همگام با طبیعت، یعنی استفاده از منابع طبیعی و حفظ محیط‌زیست در یک رابطه دوجانبه.

انسان زمانی که در دیدگاهش محیط‌زیست را به‌عنوان سرمایه و نه به چشم منبعی برای تأمین ضروریات در نظر می‌گیرد به تولید برای بازدهی بیشتر و به چنگ آوردن هر چه بیشتر محصول، با استفاده از امکانات شیمیایی و صنعتی که موجب از دست رفتن باروری خاک می‌شود، روی می‌آورد. طبعاً آلوده سازی شیمیایی خاک نیز موجب آلودگی بیشتر محیط‌زیست و از دست رفتن تعادل اکوسیستم خواهد شد. از سوی دیگر حاکمیت سرمایه‌داری موجب ازخودبیگانگی انسان‌ها از شغل و محیط‌زیست خود می‌گردد، در جایی که روزانه هزاران کارگر مجبور به کار در محیط آلوده و زندگی در محیط شلوغ می‌شوند و از رابطه صحیح با منابع طبیعی و هویت خود دور می‌شوند. برای حفظ محیط‌زیست، نیاز به رابطه‌ای فارغ از "بیگانگی انسان از طبیعت" است. زیرا انسان بخشی از طبیعت است. بیگانگی انسان از طبیعت به بیگانگی انسان از خود می‌انجامد.

پس تلاش‌ها و سیاست‌گذاری‌های رفاهی و اجتماعی باید در راستای نقد نظام سرمایه‌داری و استثمار دوگانه کار و طبیعت توسط این نظام، شکل بگیرد؛ یکی از نظریاتی برای رسیدن به این مهم ما را یاری می‌رساند نظریات "اکو سوسیالیسم" است. اکوسوسیالیسم دو شیوه مکمل اندیشیدن به انسان و محیط‌زیست او را با هم ترکیب می‌کند. پیشوند «اکو» از دانش اکولوژی (بوم‌شناسی) و تأکید آن بر کنش متقابل و پیچیده و پویا میان اجزای زنده و غیرزنده درون یک اکوسیستم، گرفته شده است. به‌طور مشخص اکولوژیست‌ها (بوم‌شناسان) در پی آن‌اند که چگونه کارکردهای زندگی‌ساز درون یک اکوسیستم می‌تواند از سوی رفتار یک زیستمند (ارگانیسم)، به‌عنوان مثال از سوی انسان، مختل شود. اما اکولوژی فاقد یک تحلیل اجتماعی است. اکولوژی هیچ راهی برای فهم این‌که نیروهای سیاسی و اقتصادی چگونه موجب رفتار انسانی می‌شوند و تغییرات اجتماعی چگونه رخ می‌دهد ندارد. اکوسوسیالیسم بینش اکولوژی را گرفته و آن را

اشاره کرد. مددکاری اجتماعی محیط‌زیستی گامی در جهت تحقق وظایفی است که در منشورهای اخلاقی برای صاحبان این حرفه در قبال جامعه تصریح می‌شود و اساساً یک وظیفه اخلاقی است. به‌طوری‌که شعار سال ۲۰۱۷ انجمن بین‌المللی مددکاری اجتماعی "توسعه اجتماعی و ثبات زیست‌محیطی" بوده است.

محیط‌زیست انسان منبع دستیابی او به انرژی مورد نیاز برای زندگی می‌باشد. انسان بسیاری از اقلام حیاتی خود نظیر غذا، پوشاک و مسکن را در رابطه سوخت و ساز با طبیعت بدست می‌آورد، زمانی که مصرف منابع طبیعی (اعم از انسانی و غیرانسانی)، که در جامعه طی فرایند تولید به‌صورت کالاهای مصرفی درمی‌آید از ظرفیت و توان بالقوه این منابع بیشتر باشد، نتیجه‌ای جز تخریب منابع و سلب شانس تجدید منابع طبیعی ندارد؛ از طرفی محیط‌زیست با زندگی فقرا ارتباط دارد و زندگی در محیط ناسالم و کار در شرایط پرخطر که به علت شرایط اقتصادی مجبور به تن دادن به آن می‌باشند، سلامت آن‌ها را تهدید می‌کند. (ئی ات آل^۳، ۲۰۲۰). پس توجه همه‌جانبه به مفهوم توسعه پایدار همواره باید مورد توجه دست اندرکاران سیاست‌گذاری اجتماعی و برنامه ریزان سیاست‌های رفاهی قرار بگیرد. امروزه ضرورت رویکرد مطلوب و قابل عمل در حوزه دفاع از محیط‌زیست و منابع آن حس می‌گردد علی‌الخصوص وقتی «نظریات سبز» را به‌عنوان در اولویت‌ترین رویکرد در پاسخ به مسائل زیست‌محیطی بررسی می‌کنیم متوجه می‌شویم این نظریات فاقد جنبه‌های عملی مشخص و محکم می‌باشد و نتوانسته سدی در برابر بحران روزافزون محیط‌زیست باشد. برای دست یافتن به راه‌حل مشکل و بحران زیست‌محیطی به ریشه‌های مشکل شناخت پیدا کنیم. امروزه بسیاری از نظریات در دفاع از محیط‌زیست به‌طور کلی انسان‌ها را مقصر نابودی طبیعت در نظر می‌گیرند که به بت‌وارگی طبیعت می‌انجامد و روابط گریزناپذیر معیشتی انسان با طبیعت را از نظر دور می‌دارند و بیشتر از جنبه‌های عملی جنبه‌های عاطفی و احساسی را مورد تأثیر قرار می‌دهد. رابطه انسان با طبیعت به دو شکل محقق می‌شود. یکی خواست آزاد شدن از محدودیت‌های طبیعت و غلبه بر طبیعت (که با توجه به بحران‌های

2- Ye et al

۳. نظریه سبز در روابط بین‌الملل یک زیرشاخه نظریه روابط بین‌الملل محسوب می‌شود که بر همکاری‌های زیست‌محیطی بین‌المللی تأکید می‌کند



نتیجه‌گیری:

"مددکاری اجتماعی محیط‌زیست" یکی از شاخه‌های نوین مددکاری اجتماعی است که بر پایه نظریه فرد در محیط تبیین شده و بر اصل اساسی رشته که همان اصل عدالت اجتماعی است تأکید دارد. هدف مددکاری اجتماعی محیط‌زیست این است که در جهت اصلاح نیروهای اقتصادی، اجتماعی و سیاسی که تأثیرات زیان باری بر کیفیت زندگی انسان‌ها خصوصاً فقرا و حاشیه‌نشینان دارند کار کند. لذا مددکاران اجتماعی با هدف حمایت از افراد در ریشه‌کن کردن نابرابری ساختاری و حفاظت از محیط‌زیست، بسیج افراد و جلب مشارکت آنها در جهت ارتقاء سلامت زمین و انسان‌ها و توانمندسازی افراد حاشیه‌نشین، جوامع و گروه‌ها به‌خصوص افراد مؤثر بر تصمیم‌گیری‌های سیاسی مهارت‌های و ابزارهای خود را به کار می‌گیرند.

(سیلویا و جنیفر، ۲۰۰۷، ص ۶۳)

مددکاران اجتماعی در سه سطح کار با فرد و خانواده، کار با گروه و کار با جامعه در جهت پیشگیری و کاهش مشکلات ناشی از تخریب محیط‌زیست فعالیت می‌کنند. سطح فردی و خانوادگی نیازمند اقدامات و مهارت‌هایی است که در جهت توانمندسازی افراد و خانواده‌ها فعالیت می‌کنند. مددکاران اجتماعی در این سطح دارای نقش‌هایی از قبیل: آموزش‌دهنده، میانجی، و ... هستند. یکی از مهارت‌هایی که مددکاران اجتماعی برای فعالیت در این سطح نیاز دارند مهارت آگاهی دادن به افراد برای پی بردن به محدودیت منابع طبیعی و ارزیابی خانواده‌ها برای شناخت وظایف خود

با سنت غنی فکر و عمل سوسیالیستی ترکیب می‌کند. سوسیالیسم نشان می‌دهد بحران اکولوژیکی و فقر ریشه در سیستم سیاسی و اقتصادی ویرانگر سرمایه‌داری دارد و راهی پیش می‌نهد برای درک نحوه کار این سیستم و نورتابانی بر سیستمی فراسوی سرمایه‌داری که در آن فرآیند تولید بر اساس نیازهای انسانی پیش می‌رود. اکوسوسیالیست‌ها مدافع خلع سلاح و نابودی بدون خشونت مالکیت سرمایه دارانه هستند و قانون تفکرات خود را بر مالکیت اشتراکی ابزار تولید به‌وسیله شرکای آزاد تولید و استقرار مجدد اتحادیه‌ها (مردم عادی) بر قدرت بنانهاده‌اند (لووی، ۲۰۰۱).

الزامات اخلاقی و اجتماعی برای برآوردن نیازهای انسان معنایی جز رویکرد مبتنی بر عدالت اجتماعی و همبستگی ندارد. در تحلیل نهایی، این به معنی مالکیت جمعی بر وسایل تولید و بازتوزیع تولیدات و خدمات است. مددکاران اجتماعی با توجه به رسالتی که در رشته خود مبنی بر حمایت از گروه‌های آسیب‌پذیر و رفع تبعیض دارند، بدون شک باید در مسیر رسیدن به عدالت اجتماعی گام نهند.

همچنین مددکاران اجتماعی با توجه به اصل فردیت همیشه به دنبال توانمندسازی افراد و مشارکت بیشتر آن‌ها در تصمیمات بوده‌اند، زمانی که تصمیم و انتخاب‌های اقتصادی و اجتماعی در دستان الیگارش‌ی سرمایه دارها، بانکدارها، تکنوکرات‌ها بماند ما هرگز نخواهیم توانست از چرخه تولید گرایی، استثمار کارگران و تخریب محیط‌زیست رها شویم و همواره از ارزش‌های مددکاری اجتماعی دور خواهیم بود.

پیشنهادهای:

_ ایجاد تیم‌ها مددکاری‌های اجتماعی و آموزش آن‌ها در راستای مددکاری اجتماعی محیط‌زیست

_ همکاری و ارتباط متقابل با مؤسسات و نهاد مربوط

_ توجه بیشتر به محیط‌زیست به عنوان شرایط سیستمی و تعیین‌کننده در آموزش اصل "فرد در محیط" به مددکاران اجتماعی

_ انجام پژوهش در رابطه با ترجمه مقالات و کتاب‌های مددکاری محیط‌زیست (کمبود این دست از منابع در کشور احساس می‌شود)

_ ایجاد حساسیت در جامعه نسبت به مسائل اکولوژیک

_ ایجاد سایت و شبکه‌های مجازی در راستای شناخت از مددکاری اجتماعی محیط‌زیست و توسعه فعالیت‌ها و نظرات

_ آموزش به سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان در رابطه با برنامه‌های اکوسیستم

_ انجام پروژه‌های تحقیقاتی درباره زیرساخت‌های صنایع برای بهسازی روابط تولیدی (روابط انسان و طبیعت)

_ برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری در جهت ایجاد مالکیت شورایی در مقابل مالکیت خصوصی و در صورت نیاز به کارگیری سیاست‌های توزیعی

_ توانمندسازی و آگاه‌سازی کارگران صنایع از طریق مصاحبه‌های حمایتی و مشارکت آن‌ها در زمینه ایجاد برنامه توسعه‌ای و اجتماعی برای رفع نیازها و دغدغه‌های آن‌ها

منابع فارسی:

مقاله مروری بر چارچوب‌های مفهومی و راهبردی شاخص‌های-پایداری اجتماعی، مجتبی جاودان ۱۳۹۲

-مقاله مارکسیسم و محیط‌زیست، پراکه وسترلوند، ترجمه حسین محمدی، ۱۳۹۸

<https://iraniansocialworkers.ir>

Latin resources:

Bellamy Foster. (2000). Marx's Ecology: Materialism and Nature

Harry Schatz. (1970). Social Work Administration

Kevel, J.; Lowy, M. (2001). An Eco socialist manifest.

Sylvia Ramsay, Jennifer Buddy. (2017). The British journal of social work

در مقابل محیط‌زیست است. مددکاران اجتماعی با بسیج نیروهای مردمی، تقویت سطح آگاهی، خلاقیت، مطالبه‌گری و مشارکت اجتماعی می‌توانند در این زمینه اقدام کنند.

البته مباحث مطرح‌شده مربوط به رفتار فردی با هدف ایجاد احساس گناه در مردم یا ترویج ریاضت‌کشی و از خودگذشتگی نیست، البته مهم است هر فرد بیاموزد به محیط‌زیست احترام بگذارد اما مسئله جای دیگر است. مسئله تغییر اقتصاد سرمایه‌داری بازار محور و ساختارهای اجتماعی است و ایجاد الگوی جدید از تولید و توزیع مبتنی بر نیازهای اجتماعی، به‌ویژه نیاز حیاتی به زندگی در محیط‌زیست طبیعی صدمه نخورده.

اقدامات ناکافی، کنفرانس‌های مختلف، خریدوفروش حق آلودگی در بازار هیچ‌کدام راه‌حل مناسب پیش رو نمی‌نهد. ما به الگو مدل جدیدی از سیاست‌گذاری‌ها نیاز داریم، سیاست‌هایی که بدنه کار را تحت تأثیر می‌گذارد و تغییر در روابط و حقوق کار را نوید می‌دهد و موجب انسجام و همبستگی بیشتر انسان‌ها می‌شود.

مبارزه برای بهبود محیط کار، بخش مهمی از مبارزات زیست‌محیطی است. گرایش‌های ضد سرمایه‌داری در میان کنش‌گران اقلیم رو به افزایش است. ذی‌نفعان به راحتی تسلیم نخواهند شد. تنها بدیل واقعی، برنامه‌ریزی برای رفع تبعیض و توجه به توسعه پایدار منابع، در مقیاس جهانی است. چنین جامعه‌ای استانداردهای زندگی را برای همه بالا می‌برد.

مددکاران اجتماعی ضمن آگاهی از ارزش محیط‌زیست و ضرورت همگام بودن انسان‌ها با شغل خود و تکامل متوازن انسان با طبیعت همراه با آموزش باید دغدغه‌های اساسی و ریشه‌ای داشته باشند و باید در جهت برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری برای بهبود زندگی همه افراد اعم از فقیر و غنی حرکت کنند و با ایجاد انسجام و حفظ همبستگی شرایط رسیدن به بهزیستی افراد جامعه را فراهم نمایند و شاید زمانی که برنامه‌های آموزشی و رایزنی با ذی‌نفعان و ذی‌نفعان نتیجه‌ای در بر نداشته مددکاران باید به سنت‌هایی و روش‌هایی که از دیرین در رشته آن موجود است رجوع کنند: برنامه‌های ضد سرکوب و روی آوردن به اقدام اجتماعی.



مصاحبه با دکتر محمد نصیری

جناب آقای دکتر محمد نصیری در حوزه ی فلسفه تحصیلات عالی و مدرک دکتری تخصصی در زمینه آموزش فلسفه دارند و از سال ۱۳۷۰ تا ۱۳۸۴ در قوه قضاییه بخش معاونت اجتماعی (دفتر پیشگیری از وقوع جرم) و سپس یک دوره دادستانی تهران را بر عهده داشتند و و بعد وارد سازمان بهزیستی شدند. در سازمان بهزیستی در بدو ورود به عنوان مشاور در حوزه ی مشارکت های مردمی و بعد به عنوان مسئول دبیرخانه توسعه ی مشارکت های اجتماعی و سپس به عنوان مشاور معاونت اجتماعی در حوزه ی فرهنگی فعالیت داشتند. همچنین مدیر امور خیرین وزارت بهداشت و رئیس سازمان داوطلبان جمعیت هلال احمر انجام خدمت کردند. در حال حاضر ایشان معاون فرهنگی و امور اجتماعی سازمان بهزیستی هستند.

فروردین ۱۴۰۱ تیم شورای مرکزی انجمن علمی-دانشجویی مددکاری اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی با هدف آشنایی بیشتر با مجموعه معاونت امور اجتماعی-فرهنگی بهزیستی کل کشور و برنامه های این مجموعه با جناب آقای دکتر محمد نصیری مصاحبه ای انجام داده اند.

آقای دکتر محمد نصیری معاونت فرهنگی-امور اجتماعی وظایف مشخصی دارد و شما به عنوان معاون اگر به طور کلی در مورد نقش ها و وظایف خود و بخش مورد نظر عریضی ارائه دهید به چه مواردی اشاره خواهید کرد؟

سه تا موضوع کلی در حال حاضر در حیطه مسئولیت حوزه ی معاونت اجتماعی است
۱- موضوع زنان سرپرست خانوار.

سازمان بهزیستی یکی از دو تا نهاد حاکمیتی حمایت کننده از محرومین است مصداق بارز محرومین، زنان سرپرست خانوار است. ما بر خلاف دستگاه های دیگر که از خانوارهای نیازمند حمایت می کنند، حیطه مورد نظر معاونت اجتماعی در حوزه خانوارهای نیازمند، زن سرپرست خانوار است که مدل های مختلفی دارد ولی معیار و ملاکمان همان حمایت از زنان در این حوزه با نیاز های خاص هست. که حدود ۵۲ هزار زن سرپرست خانوار با خانوادشون نزدیک هفتصد هزار نفر تحت پوشش این مجموعه هستند.

۲- شبه خانواده یا مراکز نگهداری از ایتام.
آن دسته از بچه هایی که به واسطه ی نداشتن سرپرست موثر حاکمیت

مسئولیت نگهداری شان را دارد، مسئولیت این امر در اختیار معاونت اجتماعی است که حدود در ۶۴۰ مرکز شبانه روزی و ۳۲ تا شیرخوارگاه نگهداری می شوند. البته حدود ۹ هزار کودک در این مراکز هستند؛ قریب ۱۸ هزار نفر هم در خانواده های جایگزین به عنوان خانواده های امداد بگیر، خدمات دریافت می کنند. موضوع فرزندخواندگی در این محور مطرح میشود.

در کنار این موضوعات، مجموعه سوم مراکز نگهداری حوزه آسیب ها و ساماندهی این مراکز است که در این مجموعه دفتر حوزه ی آسیب های اجتماعی قرار گرفته

است که اورژانس اجتماعی کشور در این مجموعه تعریف شده است و خدمات آن در شش محور کودک آزاری، همسر آزاری، فرار دختران و موضوعات مربوط به سالمند آزاری، خودکشی مداخله می کند.

البته در معاونت اداره کل فرهنگی هم داریم که مباحث مربوط به حوزه ی فرهنگی رو انجام میدهد که جایگاهش در حال حاضر در ساختار اداری در مجموعه ی معاونت است ولی به واسطه ی این که بخش زیادی از وظایف آن هم در حوزه های دیگر مثل حوزه پیشگیری تعریف می شود در مجموعه دیگر پیگیری می شود. این ساختار معاونت اجتماعی در سازمان بهزیستی است. بسیار کارهای دیگری در مورد حمایت از چند قلوها، موضوع توسعه کلینیک های مددکاری اجتماعی و موضوعات مربوط به حوزه های مختلف در این مجموعه انجام می شود اما کلیت آن سه حوزه ای بود که بیان شد

طبق وظایفی که شما در این سه حوزه توضیح دادید چه برنامه هایی برای این چهارسالی که جنابعالی به عنوان معاون فرهنگی و امور اجتماعی سازمان منصوب شدید، در نظر دارید؟

من زمان خودم رو هیچ وقت چهار سال نمی بینم. زمان و بازه ی زمانی خودم رو در تقسیم بندی کاری، میان مدت و بلند مدت می بینم.

میان مدت بخشی است که بحث های مربوط به برنامه ریزی یک ساله ای است که باید انجام شود

در حوزه ساماندهی اورژانس اجتماعی و آسیب های اجتماعی، در کشور واحد یو سی؛ مرکز مدیریت بحران در حوزه ی آسیب های اجتماعی نداریم.

خدمات میدهم ولی جایی که رصد کند، مدیریت کند

حمایت نشوند در این مرحله لازم است که این زنان حمایت کنیم. یعنی هم بستن جلوی ورودی به مفهوم این که ما قبل از این که فرد تحت پوشش ما قرار بگیرد مداخله میکنیم. ممکن است یک فردی سرمایه کار، آموزش و دادن ودیعه مسکن مدیریت جریان زندگیش را در دست بگیرد و نیاز به اون بحث پوشش و حمایت نداشته باشد؛ این موضوع هم یکی از برنامه های امسال معاونت است

طبیعتا به بخشی از زنان سرپرست خانوار جواب اصولی خواهیم داد به این مفهوم که این زنان یا سن بالایی دارند یا دچار معلولیت هایی شدند یا سایر موضوعات و برایشان امکان اشتغال وجود ندارد که ما وظیفه داریم تحت پوشش قرار شان دهیم.

اگر به طور کلی به الویت های برنامه های معاونت اشاره کنیم: حوزه ی شبه خانواده، طرح امین موقت و در حوزه آسیب های اجتماعی راه انداختن یو سی در حوزه ی اورژانس اجتماعی است.

دکتر نصیری مددکاران اجتماعی در سازمان بهزیستی چه نقش و جایگاهی دارند؟

دکتر نصیری:

اصولا معاونت اجتماعی معاونتی است که جایگاهش، برنامه هایش، ایده و فکر از تولید دستورالعمل، شیوه نامه تا مرحله ی تدوین، عملیاتی کردن و ارزیابی همه ی این موارد ساختارش قرار گرفته بر تخصص حوزه ی

و افکارسنجی کند نداریم و موضوعاتی از این قبیل... راه انداختن یو سی در حوزه ی این بخش اورژانس اجتماعی، تقویت نیروی انسانی اش است بعد از این که در اورژانس اجتماعی خدمات انجام شد نیاز به مراکز بازآفرینی و احیاء داریم که این مراکز در حال حاضر وجود دارند که هدف ما ظرفیت سازی مناسب و کیفی بخشی آن است که جزء اولویت های معاونت است. در حوزه ی شبه خانواده، طرح امین موقت داریم؛ امین موقت چیزی جز ظرفیت های قانونی ما در بحث واگذاری کودکان نیست که این طرح را جزء اصلی ترین برنامه ها ی معاونت در فعال سازی این بحث است. هدف بعدی در همین راستا مربوط به حوزه دفتر زنان است.

امسال اصلی ترین فعالیت ما که تقریبا هزار میلیارد بودجه اعتبار داریم در بحث توانمندسازی زنان است به مفهومی که توانمند سازی منجر به خروج زنان از چرخه حمایت شود که تقسیم بندی و حدودش بخش اشتغال زایی، بخش های مربوط به حوزه ی تامین مسکن، حوزه ی سرمایه کار و حوزه ی تحصیلات هم جزء آن محسوب می شود.

برنامه توانمندسازی در حوزه ی زنان خروج ده هزار زن سرپرست خانوار تحت پوشش است. کار دیگری هم که می خواهیم انجام دهیم ما برنامه ریزی کردیم و اعتباری هم خیلی خوبی هم گذاشتیم برای ده هزار زن سرپرست خانواری که متقاضی ورود هستند؛ یعنی افرادی که اگر



هستند هرکدام از این مددکاران اجتماعی، هم از نظر عملی و هم از نظر نظری و علمی در اوج ارائه خدمت در اجتماعی هستند.

در حوزه شبه خانواده همینطورما هیچ مرکز شبه خانواده ای بدون حضورمددکاراجتماعی نداریم. جزء ارکان تشکیل دهنده این مراکز وجود مددکار اجتماعی است در حوزه فرزند خواندگی، احياء، ساخت و تربیت کودکان، که به نظر من در این بخش ضعف پیدا کردیم بعد از تصمیماتی که در گذشته گرفته شد. توانمندسازی یعنی مددکاران اجتماعی که در چارچوب کلینیک مددکاری اجتماعی به موضوع توانمندسازی زنان سرپرست خانواده پرداختن به نظر این جا نمره قبولی گرفته نمی شود ولی در دو جای قبلی همه بار کاری روی مددکاران اجتماعی است.

درواقع همان طور که جنابعالی اشاره کردید سازمان بهزیستی برای ما مددکاران اجتماعی سازمان مادر است یعنی تنها سازمانی است که اهداف و وظایفی آن در چارچوب اصول حرفه ای مددکاری اجتماعی است ولی متأسفانه وضعیت مطلوبی که مددکاران اجتماعی در سازمان باید داشته باشند با وضعیت موجود، فاصله زیادی دارد. آیا در مجموعه معاونت با هدف ارتقاء جایگاه و توانمند سازی مددکاران اجتماعی برنامه ای مدون در نظر گرفته شده است؟

اولا در حوزه جایگاه اداری اگر بخواهم توضیح دهم، رؤسای سازمان بهزیستی در مجموع (جزء افراد پزشک) همه ی بزرگواران تحصیل کرده ی حوزه مددکاری اجتماعی هستند.

در مورد حوزه مددکاری اجتماعی و ارتقاء این موضوع ما دو سه تا کار از قبل شروع کردیم. مثل: تربیت مددکاران اجتماعی به عنوان سوپروایزرها برای خدمات در سطح استان ها، در حوزه فرزند خواندگی یک کار مفصلی ما شروع کردیم تقریباً دو ساله در حوزه آموزشی سوپروایزرها با دانشگاه علامه طباطبایی و دانشگاه علوم پزشکی همکاری داریم، همین الگو را در حوزه آسیب ها اجتماعی هم انجام داده ایم.

ما در این موضوعات نیاز به سوپروایزری افراد ومددکاران اجتماعی جامع نگر داریم که به آموزش های روز مجهز شده باشند و آمادگی لازم را برای مدیریت و مداخله در حوزه بحران های اجتماعی را داشته باشند. سال گذشته ما بحث مددکاری اجتماعی و تحقیقات

مددکاری اجتماعی است؛ یعنی غالب حوزه ی معاونت حاکمیت حوزه مددکار اجتماعی است.

البته اگر بخواهم تعبیری بگویم "کل سازمان بهزیستی سرشار از تخصص و رشته مددکاری اجتماعی"؛ به عزیزانمان که در حوزه ی روانشناسی، جامعه شناسی، پزشکی اجتماعی، علوم انسانی و سایر رشته های مرتبط به این حوزه کاری سازمان، تحصیلات دارندند احترام خواهیم گذاشت ولی آن چیزی که سازمان بهزیستی خاصه در حوزه ی معاونت اجتماعی است، تخصص کلیدی و ریشه ای بر مبنای خدمات ما است حوزه ی مددکاری اجتماعی است.

به نظر بنده طراحی و مدل کار در حوزه ی معاونت اجتماعی مبتنی بر رشته مددکاری اجتماعی است. یعنی رشته ای که جامع رشته ی علوم انسانی، روانشناسی و جامعه شناسی است یعنی هم کار فردی تخصصش را دارد هم خدمات اجتماعی و هم فرآیند سازی و مدل های عمومی. آن چیزی که الان داریم این است که بخش عمده و بدنه ی اصلی کاری ما مددکاران اجتماعی هستند. یعنی تقریباً همه ی رؤسای گروه ما که در حال حاضر در خدمتشان هستیم در واقع در رشته مددکاری اجتماعی تحصیل در سطح دکتری دارند.

آقای دکتر نصیری عملکرد مددکاران اجتماعی را جنابعالی در سازمان بهزیستی چگونه ارزیابی می کنید؟

به نظرم خاستگاه حوزه ی مددکاری اجتماعی جمهوری اسلامی، حوزه ی سازمان بهزیستی است.

پیش از انقلاب بخشی از فعالیت های مرحوم فرمانفرمایان به وجود آوردند، بخش عمده ای از تحصیل کرده های آن دوره افرادی بودن که نقش اصلی را در شروع کار سازمان بهزیستی داشتند که به دست شهید فیاض بخش عزیز ایجاد شد. وظیفه اصلی ارایه خدمات بر عهده این مددکاران اجتماعی بوده بود تا الان.

آن چیزی که در حال حاضر وجود دارد و هست بخشی از عملکرد های ما کاهش پیدا کرده است. در حوزه آسیب های اجتماعی و اورژانس اجتماعی همه بار خدمات در اورژانس با کمترین نوع بضاعت که ما در اختیار دوستان گذاشتیم در واقع مددکاران اجتماعی عزیز هستند. مددکاران اجتماعی که ۱۰ سال در حوزه ارائه خدمات، در حوزه امور اجتماعی خدمت می کنند اینها افرادی هستند که بسیار متخصص شدند و توانمند

مقاطع در سال آتی برای تحصیلات بیشتر اقدام خواهم کرد. موضوع اینکه کار تیمی و تشکیلاتی در این حوزه اگر اجرا شود جریان حوزه علوم اجتماعی که سال های اخیر جامعه ما به شدت به آن نیاز دارد را باید رهبری و راهبری اش در حوزه مددکاری اجتماعی باشد و مددکاران اجتماعی مسئولیت آن را به عهده بگیرند. الان چیزی که هست اینکه مددکاری اجتماعی بیشتر شبیه یک اپوزیسیون است به نظر من روی این موضوع باید یک کار جدی انجام شود.

در راستای این فرمایش جنابعالی؛ چه انتظاری از پیشکسوتان مددکاری اجتماعی دارید مبنی بر اینکه بخواهند این فرآیند را به وجود رهبری و راهبری کنند؟

اگر اختلافات در سطح عالی و پیشکسوتان برطرف شود و برای رشد و تعالی این رشته بزرگواران دور هم جمع شوند طبیعتاً ما و افرادی که به عنوان پیروان و دنبال کنندگان هستیم این اتفاق برایمان خوشایند خواهد بود و امید داریم که به زودی شاهد این بحث باشیم البته من ابتدای امر اعلام آمادگی کردم در این موضوع که اگر لازم است میان داری کنیم که روی این بحث یک کار جدی انجام بدهیم.

اقلیمی رو مطرح کردیم که با آسیب ها اجتماعی در حوزه تغییرات اقلیمی مواجه بودین این که چقدر ترتیب مددکاران اجتماعی برای مداخله با این موضوع انجام شده است و چقدر شناخت روی این مسائل مم داریم. این ها موضوعاتی است که امسال به طور جدی در دست اجرا داریم و روی آنکار می کنیم.

بحث تضعیف در حوزه کلینیک های مددکاری اجتماعی انجام شد که جزء برنامه های اصلی ما است. تقویت این کلینیک ها بخش زیادی از کار ما در حوزه ی مخصوصا آسیب های اجتماعی است و توسعه مرکز مصاحبه اجتماعی مبتنی بر استفاده از تخصص همین کلینیک ها و تغییر رویکرد ها و واگذاری به بعضی افرادی که در رشته های مختلف بودند و البته در گزینش و انتصاب معاون های حوزه اجتماعی در سطح استان ها هم رشته مددکاری اجتماعی به عنوان رشته اصلی، عنوان و امتیاز اصلی برای انتصاب افراد تا الان لحاظ شده است.

اقای دکتر نصیری در برنامه های مدنظر معاونت امور اجتماعی و فرهنگی بهزیستی، مددکاران اجتماعی چگونه و در کدام محور معاونت می توانند ایفای نقش کنند ؟

موضوع کاری که امروز واقعا در مدل سازی اش ما مشکل داریم. موضوع توانمند سازی زنان سرپرست خانواده است که هیچ کسری اعتباری ما در این موضوع نداریم.

فکر کنم جزء اولین مسئولینی باشم که این را می گویم در کل ما در این حوزه پول کم نداریم مدل کم داریم، مدل حوزه توانمند سازی در حوزه زنان سرپرست خانوار است.

حالا چه مبتنی بر آموزش، چه مبتنی بر شبکه سازی، چه مبتنی بر ارتقاء سطح آگاهی عمومی است در این موضوع هم فردی هم حقوقی از هر ایده ای استقبال می کنیم و واقعا هم جزء فرآیندهایی است که فقط مددکاران اجتماعی هستند میتوانند از پس این مسئله برآیند.

اقای دکتر نصیری چنانچه جنابعالی نکته ای یا صحبتی دارید که شخصا بخواهید به گوش ما مددکاران اجتماعی برسانید، شنوا خواهیم بود.

من نگاهم اینه که وفاق در حوزه مددکاران اجتماعی، نمیدونم مصاحبه با شما یا جای دیگه بود که گفتم به شخصه انقدر به این رشته علاقه دارم که در یکی از





پروانه ای که فقیر بود...

نسرين قندالی
کارشناسی مددکاری اجتماعی

Nasrinqandali72@gmail.com

فقر چیست؟

واقعیت این است که فقر فقط یک مفهوم اقتصادی نیست و این پدیده چالش‌های فکری و اخلاقی را نیز پیش روی انسان قرار می‌دهد. چراکه مثلاً بقول پیتر سینگر، حمایت نکردن از کودکان فقیر در حال مرگ، به لحاظ اخلاقی با کشتن انسان‌ها تفاوت چندانی ندارد بدون تردید فقر و نابرابری‌های اقتصادی از زمره مهم‌ترین معضلات جامعه بشری است که جایگاه ویژه‌ای در بین سایر مسائل اجتماعی برخوردار است. بنیادی‌ترین مشکلات و ناهنجارترین دردهای زندگی انسان است که باوجود پیشرفت و توسعه گسترده در زندگی بشری، میزان آن نه تنها کاسته نشده بلکه بر طبق آمارهای موجود در حال افزایش است.

برخی محققان این نیازها را به سه گروه اساسی تقسیم می‌کنند که عبارت‌اند از تغذیه، سرپناه و سلامتی که در صورت نبودن آنها، حکم به فقیر بودن فرد در جامعه می‌کنند. فقر مطلق به اینکه فرد به نیازهای ابتدایی زندگی دسترسی نداشته باشد، اشاره دارد. فقر نسبی به نداشتن منابع یا درآمد در مقایسه با سایر افراد آن جامعه یا کشور اشاره دارد. در تعریف فقر اختلاف نظر اساسی بین محققان وجود دارد که منشأ این اختلاف مبتنی بر، نوع نگرش آنها نسبت به مسئله فقر است. با توجه به این مسئله و نگرش فرد نسبت به فقر از دید یک مددکار اجتماعی موسسه حمایتی از بیماران خاص



فقر، چه بر سر بیماران خاص می‌آورد؟

در این میان آن دسته از بیماری‌های غیر واگیر که به صورت ژنتیکی و یا از بدو تولد با فرد بیمار همراه هستند، اکثراً به شکل وراثتی بوده و معمولاً حاصل به ارث رسیدن یک یا چند ژن معیوب از سمت پدر یا مادر و یا هر دو به نوزاد می‌باشند. این گونه بیماری‌ها غالباً دارای درصد پراکندگی بسیار پایینی نسبت به جمعیت بوده و به اصطلاح به آنها بیماری‌های خاص یا بیماری‌های نادر گفته می‌شود. بیماری اپیدرمولایزیس بولوز یا به اختصار ای بی، نیز از همین دسته بیماری‌هاست.

مشکلات فقر صرفاً منحصر به پیامدهای خود فقر نمی‌باشد. بلکه مشکلات این معضل اجتماعی زمانی شدت پیدا می‌کند که با بیماری ادغام شود.

امروزه نیازهای مادی بنیادین انسان را بدین گونه برمی‌شمارند: خوراک، پوشاک، مسکن، بهداشت و درمان، آموزش، نقل و انتقال، تشکیل خانواده، ورزش و اوقات فراغت.

به شکل زیر است:

حال اگر فقر مطلق به معنای امکان دستیابی فرد به حداقل امکانات متعارف زندگی، یعنی غذای مناسب، مسکن و پوشاک باشد، افرادی که با بیماری خاص متولد می‌شوند در تأمین نیازهای اولیه و گذر از فقر مطلق هم ناتوان هستند زیرا تأمین دارو و درمان جزو نیازهای اولیه و واجب بیماران خاص است که به آن دسترسی چندانی ندارند.

تحریم غذا و دارو

بسیاری از داروهای بیماران خاص باید از کشورهای دیگر وارد شوند و این برای کشور ما با مشکلات اقتصادی فراوان هزینه‌های زیادی را به همراه خواهد داشت

در اینجا سؤالی که مطرح است اینکه مگر غذا و دارو جزو تحریم‌ها محسوب می‌شود؟

دکتر بهمن صبور نائب رئیس انجمن داروسازان ایران در

پول؟ با چه درآمدی؟

سرپرستی که شغل مناسبی ندارد و در تأمین مایحتاج زندگی درمانده است چگونه می‌تواند تعمیرات انجام دهد؟

نقش خانه "ای بی" بر درد پروانه‌ها

در این میان خانه‌ای بی به‌عنوان تنها مرکز رسمی حمایت از بیماران مبتلا به "ای بی" در راستای رفع تحریم‌ها تلاش‌های زیادی انجام داده که با کمک یونیسیف توفیقاتی حاصل شده است. با توجه به اینکه غذا و دارو جزو تحریم‌ها نیست امیدواریم روزی برسد که مسئولین مربوطه این موضوع را استثنا بدانند تحریم پانسمان‌ها به معنای درد و رنج مضاعف برای بیماران پروانه‌ای است.

خانه "ای بی" به‌عنوان تنها نهاد رسمی حمایت از بیماران ای بی کشور ایران تا به امروز توانسته درصد قابل‌توجهی از بیماران مبتلا به "ای بی" در کشور را شناسایی نماید. با توجه به ناشناخته بودن این بیماری در سطح کشور، فعالیت خانه "ای بی" در زمینه اطلاع‌رسانی، معرفی بیماری‌ای بی، تشریح گستردگی عوارض آن و آموزش مراقبت‌های صحیح برای بیماران متمرکز بوده است، به‌طوری‌که با جلب همکاری رسانه‌های گروهی و اطلاع‌رسانی توانسته است تا حدودی حساسیت جامعه و مسئولین را نسبت به این بیماری افزایش دهد. خوشبختانه خانه‌ای بی موفق شده است با آموزش مراقبت‌های صحیح از بیماران، کیفیت زندگی و امید به زندگی را در آنان ارتقاء بخشد و با توجه به هزینه‌های بالای این بیماری با جذب کمک‌ها، نیکوکاران و خیرین داخل و خارج از کشور و ارتباط با نهادها و سازمان‌های مسئول، بخشی از هزینه‌های درمانی بیماران را تأمین کند

برای اطلاعات بیشتر لطفاً به آدرس سایت و اینستاگرام خانه‌ای بی که در جدول زیر شرح داده شده مراجعه کنید.



پاسخ به این سؤال می‌گویند:

"شاید در ظاهر بگویند تحریم نیست ولی وقتی برای انتقال پول و ارز مشکل داریم و بین دارو و کالاهای دیگر هیچ فرقی قائل نمی‌شوند، عملاً تحریم صورت گرفته است."

استثنا بودن غذا و دارو برای اثبات اینکه ما به‌اندازه کافی بالغ هستیم، برای اثبات انسانیت که علاوه بر خود، به زندگی بقیه انسان‌ها نیز اهمیت می‌دهیم، کار درستی است که باید به‌سرعت انجام شود.

به امید روزی که هیچ جای دنیا رنگ و بوی تحریم نباشد و مسئولین غذا و دارو را مستثنا بدانند

فقر و بیماران ای بی

اغلب خانواده این بیماران شغلی ندارند و برای امرارمعاش در تنگنا هستند و هیچ حامی و دست‌یاری گری ندارند تا جایی که برخی از آنها به دلیل شرایط سخت تأمین هزینه‌ها ترجیح می‌دهند روند درمان را رها کنند و خود را به دست تقدیر بسپارند.

در نظر بگیرید زهرای قصه ما که البته شبیه به قصه‌هاست ولی عین واقعیت است

به دلیل نداشتن سرویس مناسب برای شست‌وشو و حمام نمی‌تواند یک روز درمیان حمام کند و زخم‌هایش را شست‌وشو دهد و همین عدم رعایت بهداشت باعث تشدید زخم‌هایش می‌شود.

خب قطعاً اولین فکری که به ذهنتان می‌رسد تعمیر سرویس حمام بیمار است، آری درست است اما با کدام



حوزه مرکزی «ای بی» در استان تهران

مرکز	نوع خدمات	گروه هدف	اینستاگرام	سایت خانه ای بی	آدرس	شماره تلفن
موسسه خیریه حمایت از بیماران پوستی خاص ای بی	ارائه خدمات درمانی، مالی، ارسال دارو و پانسمان ماهانه، مشاوره و آموزش جهت نگهداری بیمار. اقدامات لازم برای جراحی بیماران کمک در تهیه شیر خشک و پوشک واریز کمک هزینه ایتام و سادات و ...	بیماران مبتلا به ای بی (اینترموالوایزیس پوست)	eb-home	ebhome.ir	تهران، خیابان ملاصدرا، خیابان شیرازی جنوبی، بن بست بهاران، پلاک ۳	۰۲۱-۱۱۳۱۱۳۱۱ ۰۲۱-۸۸۶۳۱۱۱۷۷۷



خانه ای بی
بنیاد امور بیماریهای خاص





فقر و تورم: ارتباط پدیده‌ای اجتماعی و شاخصی اقتصادی

فاطمه ولی پور
کارشناسی مدیریت بیمه اکو

farnazvalipour2000@gmail.com

مقدمه

میلیون‌ها نفر در جهان در شرایطی، نه انسانی، نه عادلانه و در فقر مطلق روزگار می‌گذرانند. این موضوع لزوم در اولویت قرار گرفتن و پرداختن به نیازهای این گروه اجتماعی، ریشه‌یابی فقر به عنوان یک پدیده اجتماعی و برنامه‌ریزی برای بهبود بخشیدن به شرایط زندگی فقرا را مشخص می‌کند.

عوامل اجتماعی، سیاسی و به‌ویژه اقتصادی بر میزان گستردگی فقر در جوامع تأثیرگذارند. تورم نیز یکی از اثرگذارترین عوامل اقتصادی مرتبط با فقر دانسته شده و در نتیجه از آن با عنوان "بی‌رحمانه‌ترین مالیات" بر فقرا یاد می‌شود. بر همین اساس در این نوشتار تلاش خواهیم کرد علاوه بر مرور آثار تورم بر رشد فقر به بررسی دقیق ارتباط میان این پدیده اجتماعی و عوامل اقتصادی بپردازیم.

فقر چگونه تعریف می‌شود؟

اقتصاددانان و مراجع بین‌المللی تعاریف متعددی از فقر ارائه کرده‌اند که در این میان یکی از مورد تأیید و پذیرفته‌شده‌ترین تعاریف، توسط سازمان ملل در سال ۱۹۹۸^۲ ارائه گردیده است. از دید سازمان ملل متحد، "اساساً فقر، محرومیت از انتخاب‌ها و فرصت‌ها و نقض کرامت انسانی است. این به معنای فقدان ظرفیت‌های اساسی برای مشارکت مؤثر در جامعه است. منظور از فقر عدم دسترسی به تغذیه و پوشاک به اندازه کافی خانواده، نداشتن مدرسه یا درمانگاه، نداشتن زمین برای رشد مواد غذایی یا کار برای گذراندن زندگی فرد یا دسترسی نداشتن به وام نیست، بلکه به معنای ناامنی، ناتوانی و محرومیت افراد، خانواده‌ها و عموم است. فقر به معنی آمادگی برای خشونت است و اغلب بر زندگی در محیط‌های حاشیه‌ای یا شکننده و بدون دسترسی به آب یا فاضلاب بهداشتی دلالت دارد."

UN Statement, June 1998 – signed by the)
(heads of all UN agencies

روشن است که برای ارائه تعریفی مناسب از فقر، لازم است عوامل ویژه‌ای در نظر گرفته شوند. موارد زیر ازجمله این عوامل‌اند:

۱. عوامل سیاسی و فرهنگی: فقر نه تنها یک معضل اجتماعی، بلکه مشکلی سیاسی نیز هست. جنبه‌های سیاسی فقر به تخصیص و توزیع منابع مربوط شده و تحت تأثیر سیاست‌های دولت‌ها، قدرت و سود قرار دارد. اقتصاددانان دیدگاه‌های بسیار متفاوتی بر این موضوع دارند، به عنوان مثال برخلاف افرادی همچون شومپتر^۳، کارل مارکس^۴ معتقد بود که فقر نتیجه مستقیم استثمار و توده‌ها^۵ بوده و ریشه در پدیده ارزش اضافی^۶ داشته و به اصل مالکیت خصوصی مربوط می‌شود. (MOKOENA, 2001)

۲. محرومیت از نیازهای اساسی: تقریباً تمام تعاریف ارائه‌شده برای فقر حول محور ایده محرومیت از نیازهای اساسی و زندگی در شرایط قابل قبول شکل گرفته‌اند. به گفته سازمان جهانی کار در سال ۱۹۹۵^۷ نیازهای اساسی

3 Joseph Schumpeter

4 Karl Marx

5 Exploitation of the masses عبارت

۶. در اقتصاد مارکسیستی به فزونی ارزش کالای تولیدی بر مزد کارگر گفته می‌شود. "eulav sulprus"

7 ILO (1995)



1 The cruelest tax on the poor

2 UN (1998)



چه عواملی موجب ایجاد و تشدید فقر در جوامع می‌شوند؟

در طول تاریخ بشر و در جوامع پیشاصنعتی فقر پدیده‌ای عادی قلمداد می‌شد. دلیل اصلی برای چنین استاندارد نامناسبی از زندگی، میزان تولید در اقتصاد بوده است که به سختی زندگی قادر به تأمین زندگی درخور برای عده‌ی انگشت‌شماری بود. درحالی‌که دیگران با مشقت بسیار برای زنده ماندن تلاش می‌کردند. در نتیجه، ریشه فقر در وهله اول تولید ناکافی و همچنین در صورت کافی بودن تولیدات، ناتوانی اقتصاد در تقسیم عادلانه منابع در جامعه بوده است. (World Bank, 2009a)

بنا بر اعلامیه بانک جهانی در سال ۲۰۰۹^۹ برخی عوامل که در ایجاد و تشدید فقر در جوامع نقش پررنگی دارند. گرچه هنوز بر سر همه این موارد اتفاق نظر جهانی وجود ندارد. این موارد به شرح زیرند:

عوامل اقتصادی

رکورد^{۱۰}: به عقیده بسیاری از اقتصاددانان نرخ فقر رابطه نزدیکی با چرخه‌های اقتصادی دارد. درحالی‌که در دوره‌های رونق اقتصادی نرخ فقر کاهش می‌یابد، با فرارسیدن دوره‌های رکود با افزایش فقر در جوامع روبرو می‌شویم. (World Bank, 2009a)

به دو گروه کمترین الزامات برای مصارف شخصی و دسترسی به خدمات حیاتی که توسط جوامع تأمین می‌شود، تقسیم شده است.

یکی دیگر از راه‌های طبقه‌بندی و تقسیم تعاریف ارائه‌شده برای فقر، مبنا قرار دادن دیدگاهشان نسبت به موضوع درآمد است. بنابراین تعریف فقر یا بر اساس عوامل مرتبط با درآمد صورت می‌گیرد و یا غیرازآن. تعاریفی که به بررسی جنبه غیراقتصادی فقر می‌پردازند گرچه به‌خوبی قابل فهم هستند، روش‌هایی قابل‌اندازه‌گیری و سنجش نیستند. (Schiller, 1984)

از سوی دیگر یکی از تعاریف بناشده بر مفهوم درآمد، فقر مطلق^۸ است که به‌عنوان درآمد لازم برای خرید و تهیه کمترین استاندارد مواد غذایی مورد نیاز افراد و همچنین سایر نیازهای اساسی تعریف می‌شود. (Sekatane, 2004)

فقر مطلق ابزاری جهانی برای سنجش فقر است و بر اساس آن خط فقر مطلق نیز مشخص می‌شود. در مقابل فقر مطلق، فقر نسبی به‌عنوان ناتوانی اکثریت برای برآورده کردن نیازهایشان درحالی‌که اقلیتی از افراد در سعادت زندگی می‌کنند، تعریف شده است.

World Bank, 1990) (TIYESELANI CLARA)

(MALULEKE, 2012)

9 World Bank (2009a)
10 Recession

8 Absolute poverty

کشورهای پیشرفته تمایل زیادی برای دست بالا گرفتن قدرت عوامل فردی در برابر عوامل ساختاری و موقعیتی وجود دارد. زیرا در این جوامع، افراد به جامعه‌ای دموکراتیک باور دارند که موقعیت مساوی برای تمامی افراد فراهم می‌آورد. در نتیجه هر فرد مسئولیت شرایط اقتصادی خویش را بر عهده خواهد داشت. درحالی‌که در کشورهای درحال توسعه شرایط متضاد حاکم بوده و نقش عوامل خارجی پررنگ‌تر دانسته می‌شود.

(Hatla, 2010) (TIYESELANI CLARA MALU- (LEKE, 2012

در کنار مواردی که تاکنون توضیح داده شد، سطح درآمد، رشد سطح دسترسی تحصیلات عالی در کشور و همچنین سیاست‌های دولتی بر نرخ فقر در جوامع اثرگذارند. (Shahidur Rashid Talukdar, 2012)

اندازه‌گیری فقر

همان‌گونه که تعداد فراوانی نظریه و تعریف برای فقر ارائه شده است، روش‌های متعددی نیز برای محاسبه آن ایجاد شده است. آن‌چنان‌که پیش‌تر اشاره شد، روش مطلق یکی از مورد استفاده‌ترین و پذیرفته‌شده‌ترین روش‌های اندازه‌گیری فقر است. این روش سطح آستانه‌ای از درآمد یا هزینه مصرف را در نظر گرفته که از آن با عنوان خط فقر در ادبیات توسعه یاد می‌شود.

(Citro, C. F. and Michael, R. T, 1995)

بانک جهانی نیز خط فقر بین‌المللی را معرفی می‌کند. در سال ۲۰۰۸ بانک جهانی مبلغ ۱.۲۵ دلار در روز را که بر اساس برابری قدرت خرید^{۱۴} سال ۲۰۰۵ تنظیم گشته بود، به عنوان خط فقر جهانی برآورد کرد. (Ravallion, 2009) (M. C., 2009 تخمین زده می‌شود که در همان سال حدود ۱.۲۹ میلیارد نفر در جهان زیر خط بین‌المللی فقر زندگی می‌کردند.

یکی دیگر از روش‌های اندازه‌گیری و جمع‌آوری اطلاعات درباره فقر در جوامع، شاخص سرشماری^{۱۵} است. این شاخص به عنوان کسری از جمعیت که زیر خط فقر زندگی می‌کنند، تعریف می‌شود و نسبت جمعیتی را که مصرفی کمتر از آستانه خط فقر دارند اندازه‌گیری

نابرابری اقتصادی: نابرابری نیز از دیگر عوامل تعیین‌کننده فقر در جوامع است. به‌واقع ممکن است بتوان علت فقر در اقتصادهایی با رشد مثبت را باوجود نابرابری اقتصادی و توزیع نامتوازن و ناعادلانه درآمد مرتبط دانست. گرچه که شواهد علمی در ارتباط با رابطه فقر مطلق و نابرابری اقتصادی، بنا بر تفاوت شاخص نابرابری استفاده‌شده در تحقیقات گوناگون، متفاوت و ضدونقیض است بااین‌حال نمی‌توان از این ارتباط چشم‌پوشی کرد. (World Bank, 2009a)

شوکه به قیمت مواد غذایی: برای فقرا مواد غذایی عمده‌ترین تشکیل‌دهنده سبد مخارج خانوارهاست. ازاین‌رو، فقرا بیشتر درآمدشان را صرف تهیه مواد غذایی می‌کند و در نتیجه بیش از سایر گروه‌های جامعه نسبت به افزایش قیمت و تورم در مواد غذایی آسیب‌پذیرند. این گروه بیشترین فشار را نسبت به سایر اقشار با درآمد بیشتر متحمل می‌شوند.

عوامل جمعیت‌شناختی و اجتماعی

محل سکونت خانوار: رفاه خانوار به شدت تحت تأثیر محل زندگی آن قرار دارد. محلی که افراد در آن زندگی می‌کنند، دسترسی‌شان به خدمات عمومی نظیر تحصیل و بهداشت، زیرساخت‌ها و بازارها را تعیین می‌کند.

(Ahmed, A.U., Hill, R.V., Frankenberger, T., (Smith, L.C & Wiesmann, D.M., 2007

افزایش و ازدحام جمعیت و عدم دسترسی به روش‌های پیشگیری از بارداری، چه در نتیجه اجبار قانونی و چه در نتیجه شرایط نامناسب زندگی، همچنین نرخ جرم و جنایت، عوامل تاریخی مانند گسترش کمونیسم^{۱۱} و امپریالیسم^{۱۲}، جنگ و هرگونه تبعیض در جامعه موجب شدت گرفتن فقر می‌شوند. (World Bank, 2009a).

از تمامی موارد ذکرشده در بالا به عنوان عوامل خارجی فقر یاد می‌شود. بسیاری از اقتصاددانان بر این باورند که دلایل فردی نیز بر فقر اثرگذارند. به عنوان مثال، فرزندان والدینی که در فقر زندگی می‌کنند شانس کمتری برای خارج شدن از آن شرایط دارند و ممکن است حتی برای تغییر زندگی خویش تلاش نکنند. بنا بر اعتقاد لور^{۱۳}، در

14 Purchasing-power-parity (PPP)

15 Headcount index

11 Communism

12 Imperialism

13 Lever (2005)

خود را ازدست داده‌اند.

تورم چیست؟

تورم را می‌توان به‌عنوان افزایش کلی سطح قیمت کالاها و خدمات در یک اقتصاد، طی یک دوره زمانی معین تعریف کرد. تورم همچنین به معنی کاهش ارزش واقعی پول - افت قدرت خرید پول و سایر دارایی‌های مالی با ارزش ثابت است که موجب ایجاد اختلال اقتصادی و عدم قطعیت می‌شود. (World Bank, 2007b) تورم به‌وسیله شاخص قیمت مصرف‌کننده^{۱۸} و شاخص قیمت تولیدکننده^{۱۹} سنجیده شده و یک نشانگر اقتصادی شناخته می‌شود.

انواع تورم

گرچه بر اساس دیدگاه‌های اقتصادی متفاوت، طبقه‌بندی‌های متمایزی نیز برای توضیح تورم ارائه شده است، در اینجا به بررسی سه نوع اصلی تورم خواهیم پرداخت (World Bank, 2009b):
تورم ناشی از کشش تقاضا^{۲۰}: در این حالت فروشندگان از شرایط به وجود آمده ناشی از افزایش تقاضا و مخارج مصرف‌کنندگان به‌صورت میانگین، ممکن است استفاده کنند و موجب افزایش قیمت‌ها شوند. این شرایط لزوماً

می‌کند. (Sekatane, 2004)

اگرچه از روش‌ها و ابزارهای زیادی برای سنجش فقر می‌توان استفاده کرد، هیچ راهی به‌تنهایی تصویری درست و بی‌نقص از شدت و گسترش فقر در جامعه به دست نخواهد داد. بنابراین استفاده توأمان از این روش‌ها می‌تواند درک بهتری از موضوع فقر فراهم آورد.

آثار فقر

بر اساس تحقیقات انجام‌شده به‌وسیله بانک جهانی^{۱۶} این واقعیت که زیستن در فقر دسترسی افراد را به خدماتی نظیر بهداشت و تحصیل محدود می‌کند، منجر به شدت یافتن مشکلات فقرا، همچون رنج بردن از گرسنگی و مشکلات روانی و بیماری‌های جسمی می‌شود. در نتیجه فقرا برای بهبود شرایط خود با مشکلات مضاعفی دست به گریبان‌اند. به‌علاوه فقر ریسک بی‌خانمانی، سوءمصرف مواد مخدر و اعتیاد را افزایش داده و موجب کاهش امید به زندگی^{۱۷} فقرا نسبت به سایر اقشار می‌شود. همچنین مشخص شده است که یک‌سوم مرگ‌های افراد، به علت عوامل وابسته به فقر رخ می‌دهند: در مجموع از سال ۱۹۹۰ بیش از ۲۷۰ میلیون نفر در جهان که بیشترشان زنان و کودکان هستند، در نتیجه عوامل مربوط به فقر جان

18 Consumer price index (CPI)
19 Producer price index (PPI)
20 Demand-pull inflation

16 World Bank (2009b)
17 Life expectancy





به علت کمبود عرضه خدمات و کالاها رخ نمی‌دهد. این‌گونه افزایش قیمت‌ها، تورم ناشی از کشش تقاضا نامیده می‌شود. (Krugel, 2009)

تورم ناشی از فشار هزینه‌ها^{۲۱}: این نوع تورم حالتی را نمایندگی می‌کند که قیمت‌ها ممکن است افزایش یابد، اگرچه شاهد افزایش در تقاضا کل در اقتصاد نیستیم. برخلاف نوع قبلی، تورم ناشی از فشار هزینه به علت کاهش عرضه کلی در نتیجه عواملی همچون افزایش قیمت نهاده‌های تولید رخ می‌دهد. به این نوع تورم، شوک عرضه^{۲۲} نیز گفته می‌شود. (Krugel, 2009)

تورم ساختاری^{۲۳}: تورم ساختاری در نتیجه تغییرات در ساختار اقتصادی کشورها رخ می‌دهد. هرگونه تغییر، بی‌ثباتی یا ناکارآمدی ساختاری سیستم اقتصادی ممکن است منجر به شرایط مزمن تورمی شود. (World Bank, 2009b)

حجم پول در گردش، بیش از نیاز تجارت رخ می‌دهد. همچنین تورم ممکن است ناشی از تصمیمات مدیران شرکت‌های عظیم در کشورها برای انداختن پول بیشتر باشد که به افزایش قیمت کالا یا خدمات آن‌ها ختم می‌شود. (Bocco, 2011)

بعلاوه، افزایش در قیمت نهاده‌های تولید^{۲۵} می‌تواند جرقه‌ای برای ایجاد تورم باشد. به‌عنوان مثال افزایش قیمت سوخت، ریسک ایجاد تورم را با خود دارد، چراکه موجب افزایش هزینه‌های حمل‌ونقل می‌شود. این هزینه‌ها نسبت قابل‌توجهی از هزینه‌های تولید را تشکیل می‌دهند. (TIYESELANI CLARA MALU- (LEKE, 2012)

یکی دیگر از علل ایجاد تورم که معمولاً در کشورهای درحال توسعه شاهد آن هستیم، افزایش میزان تقاضای کل در نتیجه رشد اقتصادی است. در این شرایط ناتوانی دولت‌ها در تأمین نیاز تقاضای اضافی، منجر به ایجاد شرایط تورمی خواهد شد. (Paul & Sharma)

اقتصاددانان اتفاق نظر دارند که نرخ‌های بالای تورم، ابر تورم‌ها^{۲۶} و دوره‌های طولانی تورم پایدار، در نتیجه رشد

علل تورم

با اتکا بر بانک جهانی^{۲۴}، تورم ابتداً در نتیجه افزایش

- 21 Cost-push inflation
- 22 Supply shock inflation
- 23 Structural inflation
- 24 World Bank (2007b)

25 Factors of production
26 Hyperinflation

Cardoso, 1992); (Powers, 1995); (Raval-lion M., 1998); (Braumann, 2004); (Chauhary, 2008)) به همین دلیل نیز تورم بی‌رحمانه‌ترین مالیات بر فقرا نامیده می‌شود، اگرچه یافته‌های میدانی در رابطه با اثر تورم بر فقر بعد از در نظر گرفتن نرخ رشد اقتصادی، در واقع می‌تواند ضدونقیض باشد. به‌منظور روشن شدن این موضوع به بررسی و توضیح یافته‌ها و نتایج تعدادی از مطالعات مرتبط خواهیم پرداخت. در سال ۱۹۹۹ کاردسو^{۳۱} به مطالعه اثر تورم بر فقر طی سال‌های ۱۹۷۰ تا ۱۹۹۰ در آمریکای لاتین پرداخت. بر اساس یافته‌های وی تورم از دو طریق بر شدت فقر تأثیرگذار است. اولاً، مالیات تورم موجب کاهش درآمد واقعی در دسترس (درآمد واقعی قابل‌تصرف)^{۳۲} افراد شده و همچنین در شرایط تورمی قیمت محصولات و خدمات نسبت به افزایش اسمی دستمزدها به‌شدت افزایش می‌یابد. این نیز به معنی کاهش درآمد واقعی افراد است. علاوه بر آن نتایج مطالعات او در آمریکای لاتین نشان می‌دهد که گرچه فقرا تحت تأثیر مالیات تورم قرار خواهند گرفت، این تأثیر تا حد زیادی قابل‌چشم‌پوشی و کمتر از یک درصد است مگر در شرایطی با تورم بسیار بالا (بیشتر از ۱۰۰ درصد). همچنین او نشان داد عمده‌ترین اثر تورم بر شدت فقر از طریق اثر این پدیده اقتصادی بر دستمزد واقعی اعمال می‌شود، به‌گونه‌ای که با دو برابر شدن تورم انتظار می‌رود درآمد واقعی ۱۴ درصد کاهش یابد. یافته‌های این مطالعه بر وجود رابطه مستقیم میان تورم و فقر صحت می‌گذارد.

31 Cardoso

32 Disposable real income



بیش‌ازحد عرضه پول اتفاق می‌افتند، همانند آنچه در اقتصاد ایران شاهد آن هستیم. اگرچه، تورم متوسط یا اندک را می‌توان به تغییرات در تقاضای واقعی برای کالاها و خدمات، تغییر در عرضه در دسترس و افزایش عرضه پول نسبت داد. (World Bank, 2007b)

دیدگاه کینز در ارتباط با تورم

بر اساس دیدگاه کینز^{۲۷} تورم زمانی رخ می‌دهد که کشش عرضه تولید^{۲۸} در پاسخ به افزایش عرضه پول به صفر سقوط کرده است. یا زمانی که تولید نسبت به تغییرات در حجم پول بی‌تفاوت است. در شرایط اشتغال کامل^{۲۹}، افزایش حجم پول در یک اقتصاد به معنی ایجاد شرایط تورمی است. (World Bank, 2007b) بنابراین، بر اساس این مکتب فکری، تورم ناشی از افزایش حجم پول در گردش نسبت به توانایی اقتصاد برای عرضه تولیدات درخور آن است. به‌عنوان مثال، زمانی که دولت‌ها تصمیم می‌گیرند برای تأمین مالی فجایی همچون جنگ داخلی دست به چاپ بی‌رویه پول بزنند، معمولاً نتیجه، ابر تورمی خواهد بود که در طی آن قیمت اقلام در طی دوره‌های زمانی بسیار کوتاه، گاه کمتر از یک ماه دو برابر می‌شود. (World Bank, 2007b) دیدگاه کینز همچنین سیاست‌های فعال ضد چرخه‌ای^{۳۰} را به‌عنوان راه ایجاد تثبیت در فعالیت‌های اقتصادی پیشنهاد می‌کند.

ارتباط و پیوستگی فقر و تورم

افراد فقیر بیش از هر چیزی نگران قیمت محصولات محدودی هستند. برای بسیاری تنها قیمت نان، برنج یا گندم موضوعی است که اهمیت دارد. اگرچه عوامل متعددی که در بالا به آن اشاره شد در تشدید فقر نقش دارند، تورم نیز اثر کلیدی بر این پدیده دارد. در کل معضل فقر با افزایش قیمت محصولات به‌ویژه قیمت محصولات غذایی تشدید خواهد شد از آنجا که نتیجه مستقیم این افزایش‌ها افت قدرت خرید مردم به‌ویژه فقر است. دعاوی متعددی نیز ارتباط مستقیم میان فقر و تورم را تأیید می‌کنند.

27 Keynesian

28 Elasticity of supply of output

29 Full employment

30 Active counter-cyclical policies



برای بستانکاران و سود واقعی سرمایه برای بدهکاران خواهد شد. اگر فقرا به عنوان بدهکاران در نظر گرفته شوند تورم از این طریق و با کاهش ارزش بدهی‌های آنان موجب سود خواهد شد. اما با در نظر گرفتن این واقعیت که خانوارهای فقیر معمولاً بدهی‌هایی با ارزش اندک نگهداری می‌کنند سود ناشی از چنین تورم‌هایی برای این خانواده‌ها بسیار اندک است.

نتایج بسیاری از تحقیقات دیگر نیز دیدگاه مطرح شده را تأیید می‌کنند. در یک مورد با استفاده از داده‌های فقر در استان‌های مختلف هند نشان داده شد که تورم از طرق مختلفی بر زندگی فقرا اثرگذار است اما عمده‌ترین تأثیر آن از طریق ایجاد شوک و تغییر در دستمزد واقعی کارگران کم استعداد و کم درآمد می‌باشد (Datt and Ravallion, 2002)، اگرچه هنوز در این زمینه اتفاق نظر وجود ندارد. برای مثال بعدتر در سال ۲۰۱۰ گزارش سازمان ملل در ارتباط با وضع اجتماعی در جهان^{۳۷} پرسش‌های قابل تأملی برانگیخت. مفهوم اصلی این بود که اگر تورم موجب افت ارزش دستمزدها شود، در نتیجه آن نرخ بیکاری می‌بایست کاهش یابد و فرصت‌های شغلی درآمدزای بیشتری را برای افراد و

مطالعات رومر^{۳۳} نیز در این باره، با نتایج جالب و قابل توجهی همراه بوده است. بر این اساس، سیاست‌های پولی انبساطی^{۳۴} با هدف ایجاد رشد سریع اقتصادی، با بهبود شرایط فقرا در کوتاه مدت مرتبط دانسته شده‌اند. اما از طرف دیگر سیاست پولی محافظه کارانه^{۳۵} با هدف مهار و پایین نگه داشتن تورم و رشد پایدار تولید، منجر به بهبود وضعیت فقرا در درازمدت خواهند شد. رومر بر این باور است که تورم از طریق کاهش ارزش دستمزدها شرایط را برای فقرا وخیم‌تر خواهد کرد. استدلال دیگر این است که تورم ارزش دارایی‌های نقد را کاهش خواهد داد و از آنجاکه، بنا بر تحقیقات اروسا و ونتورا^{۳۶} افراد فقیر بیشتر از دیگران چنین دارایی‌هایی را نگهداری می‌کنند، می‌توان این‌طور نتیجه گرفت که فقرا سهم نامناسبی از مالیات تورم را پرداخته و نسبت به سایر گروه‌های اجتماعی بیشترین آسیب را متحمل می‌شوند.

رومر همچنین توضیح می‌دهد که تورمی غیرمنتظره موجب کاهش ارزش واقعی بدهی‌ها و دارایی‌های اسمی می‌شود. در نتیجه، موجب زیان واقعی سرمایه

33 Romer

34 Expansionary monetary policy

35 Prudent monetary policy

36 Erosa and Ventura (2002)

37 UN Report on the World Social Situation 2010, Rethinking Poverty

تفاوت تورم در بخش‌های مختلف اقتصادی است که موجب تشدید شرایط نابرابری خواهد شد. با در نظر گرفتن ناهمگونی الگوهای مصرف میان گروه‌های مختلف اجتماعی، اثر تورم بر هر یک از گروه‌ها نیز متمایز خواهد بود. به عنوان مثال افراد شاغل در کسب‌وکارهای مرتبط با حمل‌ونقل بیش از دیگران با افزایش قیمت سوخت متحمل ضرر خواهند شد. در حالی که کشاورزان بیش از دیگران با افزایش قیمت و مواد ضد آفت و بذر گیاهان آسیب خواهند دید. همچنین گرچه ممکن است کشاورزان فقیر خرده‌پا از افزایش تورم در مواد غذایی سود برند، فقرای ساکن در مناطق شهری متحمل آسیب خواهند شد. (Lustig, 2009)

همان‌طور که پیش‌تر اشاره کردیم سبد مصرفی فقرا عمدتاً از مواد غذایی، سوخت، دارو و دیگر اقلام ضروری تشکیل می‌شود. در نتیجه تورم برای فقرا به معنی افزایش قیمت در چنین کالاهای ضروری‌ای است. در نتیجه تورم سنجیده شده توسط شاخص قیمت مصرف‌کننده بر مبنای مصرف خانوارها در مناطق شهری، ممکن است غیرمنصفانه و دارای جهت‌گیری نادرست

کارگران فراهم آورد و از این طریق اثر افزایش اشتغال، اثر کاهش ارزش درآمدها را خنثی کند. اما نمی‌توان این دیدگاه را تأیید کرد از آنجا که اثر کاهش نرخ بیکاری به علت افزایش تورم اثری کوتاه‌مدت است و در درازمدت ممکن است شرایط کاملاً متفاوت گردد، در نتیجه به بررسی و تحقیقات بیشتری در ارتباط با همپوشانی این دو عامل نیاز است. به علاوه بسیاری از مشاغل جدید به وسیله افراد تحصیل کرده و با توانایی بیشتر اشتغال خواهند شد. در نتیجه قشر متوسط جامعه بیش از فقرا از این فرصت بهره خواهند برد.

نابرابری تورم

تجربه بسیاری از کشورهای جهان از جمله برزیل و همچنین شواهد موجود نشان می‌دهند که ضریب جینی^{۳۸} با افزایش تورم به شکل مداوم افزایش می‌یابد و پس از مهار تورم این شاخص کاهش می‌یابد. (SELANI CLARA MALULEKE, 2012) این بدان معنی است که در کنار اثر مستقیم تورم در تشدید فقر موضوع دیگری که از اهمیت بسزایی برخوردار است،

38 Gini coefficient



کاهش نرخ بیکاری موجب کاهش فقر خواهد شد، باید با صبوری به بررسی طولانی مدت اثر کاهش نرخ بیکاری و سایر آثار موازی این عامل اقتصادی بر پدیده اجتماعی فقر پرداخت.

References

Ahmed, A.U., Hill, R.V., Frankenberger, T., Smith, L.C & Wiesmann, D.M. (2007). *The world's most deprived: Characteristics and causes of extreme poverty and hunger*. Washington, DC: International Food Policy Research Institute.

Berkely, M. (2003). *Inflation and poverty*.

Bocco, D. (2011). *Inflation*. Retrieved from <http://inflationeffects,investment,china inflation.htm>

Braumann, B. (. (2004). High Inflation and Real Wages. *IMF Staff Papers*, 51.

Cardoso, E. (1992). *Inflation and poverty*. National Bureau of economic research. Cambridge.

Chauhary, T. T. (2008, Special Edition (September)). The Effects of Rising Food and Fuel Costs on Poverty in Pakistan. *The Lahore Journal of Economics*, 117-138.

Citro, C. F. and Michael, R. T. (1995). *Measuring Poverty: A New Approach*. Washington, D.C.: National Academy Press.

Datt, G. a. (2002). Is India's Economic Growth Leaving the Poor Behind? *Journal of Economic Perspectives*, 16, 89-108.

Erosa, A. a. (2002). On Inflation as a Regressive Consumption Tax. *Journal of Monetary Economics*, 49(4), 761-795.

باشد. (Berkely, 2003) همچنین استدلال می‌شود که فقرای ساکن مناطق روستایی نسبت به شوک‌های اقتصادی همچون تورم آسیب پذیرترند. علاوه بر آن اثر تورم بر فقرا نه تنها میان ساکنان مناطق روستایی و شهری متفاوت است، بلکه این در دوره‌های زمانی متفاوت و در کشورهای مختلف یکسان نخواهد بود. این موضوع اساس و لازمه مداخله دولت‌ها در اقتصاد از طریق طرح‌های توزیع عمومی³⁹ با هدف حداقل کردن شکاف تورم موجود بین فقرا و ثروتمندان و نابرابری را آشکار می‌کند.

نتیجه‌گیری

فقر در هر جامعه‌ای مشکل اجتماعی انگاشته شده و گسترش آن خطرهای اقتصادی و جامعه‌شناختی به دنبال دارد. به همین دلیل سیاستمداران و اقتصاددانان همواره در جستجوی روش‌هایی برای محدود کردن آثار این پدیده هستند. در این راه آگاهی از عوامل ایجاد و تشدیدکننده فقر می‌تواند نقش اساسی و کلیدی برای یافتن مناسب‌ترین راه حل ایفا کند. عواملی نظیر دسترسی به تحصیلات، نرخ بیکاری، رشد تولید ناخالص داخلی⁴⁰ و سیاست‌های اقتصادی مناسب دولت‌ها نه تنها بر شدت فقر در جوامع تأثیرگذارند، بلکه رفاه اجتماعی کشور را در آینده رقم می‌زنند. تورم نیز یکی از عوامل اقتصادی مؤثر بر این پدیده است. در کل شرایط تورمی و افزایش قیمت اقلام موجب افت قدرت خرید افراد می‌شود، چراکه افزایش درآمد افراد قادر به خنثی کردن اثر افزایش قیمت‌ها نیست. همچنین تورم در اقلامی نظیر مواد غذایی (کالاهای ضروری با کسش قیمتی پایین⁴¹) بیش از سایرین منجر به وخامت شرایط برای فقرا خواهد شد. بر اساس شواهد ارائه شده در این نوشتار اگر ارتباط میان فقر و تورم از جنبه‌های گوناگون مورد بررسی قرار گیرد، نتایج متفاوت و گاه متضاد خواهند بود. نکته کلیدی در به دست آوردن دقیق‌ترین دیدگاه، در نظر گرفتن تمامی این عوامل و آثار درهم‌تنیده است. به عنوان مثال اگرچه نشان داده شد تورم از طریق ایجاد موقعیت‌های جدید شغلی و

39 Public distribution scheme

40 Gross domestic product (GDP)

41 Low price elasticity

Policy dilemmas in the developing World. The institute for international economic policy working paper series. Washington D.C: The George Washington University press.

MOKOENA, T. (2001). *The status of material poverty in the Vaal Triangle Area in the yeae 2000*. Vanderbijlpark.

Paul, M., & Sharma, P. (n.d.). *Inflation rate and Poverty: Does poor become poorer with inflation?* New Delhi.

Powers, E. T. (1995). *Inflation, Unemployment, and Poverty Revisited*. Federal Reserve Bank of Kansas City.

Hatla, B. (2010). *The impact of government grants on poverty in Sharpeville*. Vanderbijlpark: North West University.

ILO (international labour organization). (1995). *New approach to poverty analysis and policy-1*. Geneva: International Labour Office.

Krugel, L. (2009). *What are the causes of inflation?* Retrieved from <http://www.solidaritysa.co.za/Home/wmview.php>

Lever, J. (2005). *The subjective dimension of poverty: a psychologicalperspective*. Mexico: Iberoamerican University.

Lustig, N. (2009). *Coping with rising food prices:*



Ravallion, M. (1998). *Reform, Food Prices and Poverty in India*. Economic and Political Weekly, Mumbai.

Ravallion, M. C. (2009). *Dollar a Day*. The World Bank Economic Review.

Schiller, B. (1984). *The economics of poverty and discrimination*. New Jersey: Prentice-Hall.

Sekatane, M. (2004). *The role of clothing manufacturing co-operatives in job creation and poverty alleviation in Sharpeville*. Vanderbiltpark: North West university.

Shahidur Rashid Talukdar, M. (2012). *THE EFFECT OF INFLATION ON POVERTY IN DEVELOPING COUNTRIES*. Texas Tech University.

TIYESELANICLARA MALULEKE, H. B. (2012). *THE RELATIONSHIP BETWEEN POVERTY AND INFLATION IN SHARPEVILLE*. North-West University, Vanderbiltpark.

UN. (1998). *Statement of Commitment for action to eradicate poverty adopted by administrative committee on coordination*. New York: United Nations.

World Bank. (1990). *Poverty*. Washington D.C: Oxford University Press.

World Bank. (2007b). *The impact of the global recession*. Oxford University Press.

World Bank. (2009a). *Inflation analysis*. Washington D.C: Oxford University press.

World Bank. (2009b). *Poverty in the United State*. Washington D.C: Oxford University Press.





مصاحبه دکتر حسن رفیعی

اعتیاد به مواد مخدر (همچنین به عنوان اختلال مصرف مواد شناخته می شود) را می توان به عنوان یک بیماری پیشرونده تعریف کرد که باعث می شود افراد کنترل مصرف برخی از مواد را با وجود بدتر شدن عواقب آن از دست بدهند، اختلال مصرف مواد میتواند تهدید کننده زندگی باشد. اعتیاد مشکل اراده یا اخلاق نیست بلکه اعتیاد یک بیماری قوی و پیچیده است که به عنوان یکی از پدیده های شوم دوره ی معاصر بشریت هر روز در حال گسترش و افزایش است.

مصرف مواد مخدر مغز را به گونه ای تغییر می دهند که ترک آن را از نظر جسمی و ذهنی دشوار می کند که ترک آن اغلب به مراقبت و درمان مادام العمر نیاز دارد.

تیم شورای مرکزی انجمن علمی- دانشجویی مددکاری اجتماعی دانشگاه علامه طباطبایی با هدف آسیب شناسی اجتماعی و بررسی عوامل اجتماعی اعتیاد با جناب آقای دکتر حسن رفیعی گفتگویی در فروردین ۱۴۰۱ انجام دادند.

دکتر حسن رفیعی دوره عمومی و تخصصی پزشکی خود را در دانشگاه شهید بهشتی تحصیل کرده است. ایشان روانپزشک با گرایش روانپزشکی اجتماعی، دانشیار سابق و مدیر کل اعتیاد دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی و همچنین سردبیر فصلنامه تخصصی رفاه اجتماعی هستند. از آثار ایشان می توان به تالیف کتاب اریکسون فرزند خود و معمار هویت _ روشهای تحقیق بین رشته یی در مشکلات و انحرافات اجتماعی_ و ترجمه اثری چون زمینه روانشناسی اتکینسون هیلگارد _ روانپزشکی کاپلان و سادوک اشاره کرد.

وی در مقالات مختلف خود بیشتر بر مباحث مرتبط با روانپزشکی و روانشناسی اجتماعی چون سلامت اجتماعی، کودکان خیابانی، اعتیاد و مهارتهای زندگی متمرکز شده است.

بیش از ۴ دهه از سیر تاریخی مبارزاتی با پدیده اعتیاد بعد از انقلاب میگذرد، به نظر جنابعالی علی رغم سیاستها و برنامه های مدون و متنوع دستگاههای مختلف چرهمچنان شاهد رشد روزافزون سوء مصرف مواد و جنبه های مختلف آن هستیم؟

فرض شما یعنی رشد روزافزون اعتیاد ممکن است درست نباشد: طبق تحقیقی که خانم دکتر رحیمی موقر در سال ۱۳۷۷ انجام داده بود، رشد اعتیاد از ۱۳۵۷ تا آن زمان سالی ۸٪ بود. شمار افراد دچار اعتیاد در آن زمان یک میلیون و دویست هزار نفر بود. آن رشد اگر میخواست ادامه پیدا کند، الان باید حدود ۲۰۰ درصد رشد یعنی ۳ میلیون و ۶۰۰ هزار نفر دچار اعتیاد می داشتیم، در حالی که طبق آخرین تحقیق که در سال ۱۳۹۷ با حدود ۲۰ هزار نفر نمونه انجام شده، شمار افراد دچار اعتیاد ۲ میلیون نفر بوده است. این یعنی رشد اعتیاد وجود داشته، اما با سرعت کمتر. یعنی سرعت رشد اعتیاد از حدود سالی ۸٪ به حدود سالی ۳٪ رسیده است. با توجه به ماهیت جان سخت اعتیاد، این توفیق بزرگی است که به هیچ وجه نباید ساده از کنارش گذشت.*

اما با وجود این توفیق، همچنان شاهد رشد اعتیاد هستیم و سوال شما همچنان موضوعیت دارد. برای جواب این سوال باید دید (۱) در تحقیقهای قبلی چه عواملی به عنوان زمینه ساز رشد اعتیاد مطرح شده و

(۲) کدام یک از این عوامل در سالهای پیش در کشور ما وجود داشته است

با این روش شناسی به نظر می رسد منشاء رشد اعتیاد در سالهای گذشته را باید در افزایش نابرابری و فقر و بی کاری در کنار تشدید هنجارهای فردگرایانه و لذت گرایانه جست و جو کرد

پرسیده اید چرا با وجود این همه برنامه، همچنان شاهد رشد اعتیاد بوده ایم. با توضیح بالا بخشی از پاسخ شما روشن می شود: نه فقر و نابرابری و بی کاری هرگز در دستور کار نهادهای پیشگیری از اعتیاد بوده، نه اصلاح هنجارهای مزبور که خود محصول سیاستهای نولیبرال سالهای اخیر بوده اند

مشکل برنامه های پیشگیری در کشور ما همین خردبینی و جزءنگری آنهاست. به عوامل کلان یعنی تعیین کننده های اجتماعی اعتیاد نمی توانند بپردازند. به علاوه، برای کاهش فقر و نابرابری و بی کاری و تقویت هنجارهای جمع گرایانه و احساس مسئولیت در برابر خود، خانواده، و جامعه هم سیاستی در کشور وجود ندارد. در فضای نولیبرالی سالهای پس از جنگ، صدای عدالت و رفاه اجتماعی یا شنیده نشده یا مسخ شده است. درست است که وزارت رفاهی در کشور وجود دارد، ولی از مسئولان همان وزارتخانه پرسید چرا فقر و نابرابری و بی کاری در حال افزایش است؟ خواهند گفت سیاستهای دیگری جاری است که ما برای اصلاح آنها

یک لحظه تصور کنید که اگر مراکز درمان سرپایی و اقامتی (کمپ) اعتیاد در کشور نبودند، مراجعان آنها الان کجا بودند؟

در سال ۱۳۸۱ که کارم را در دفتر اعتیاد سازمان بهزیستی کشور شروع کرده بودم، تنها ۱۵ مرکز درمان سرپایی اعتیاد مجوز گرفته بودند و کمتر از ده تای آنها فعال بود و طبیعتاً خیل عظیمی از متقاضیان پشت نوبت داشتیم. الان اگر کسی تصمیم به درمان بگیرد، الحمد لله پشت نوبت نمی‌ماند و این دستاورد بزرگی است. به علاوه در این سالها تنوع روشها و مراکز درمان هم افزایش یافته است که این هم تحول مبارکی است. منتها همچنان مشکلاتی وجود دارد: به نظرم مهمترین آنها اینهاست:

* هنوز بیمه‌ها درمان اعتیاد را پوشش نمی‌دهند،*
* هنوز درمانهای غیردارویی و خدمات مددکاری اجتماعی توسعه‌ی کافی پیدا نکرده است،*
* و هنوز نظارت کافی بر خدمات درمان انجام نمی‌شود و لذا برخی روشهای نادرست در درمان اعتیاد به کار می‌رود

آیا کلینیک های ترک اعتیاد در دو دهه اخیر با رویکرد بیماری انگاری اعتیاد، توانسته اند موفق عمل کنند؟

همان طور که در پاسخ سوال قبل شرح داده‌ام، به طور نسبی بار اعتیاد را کاهش داده‌اند و در عین حال مشکلاتی هم دارند که رفع آنها به تاثیر بیشتر آنها خواهد انجامید.

کاری نمی‌توانیم بکنیم.

اصلاح هنجارها هم به عهده‌ی نهادهایی مثل آموزش و پرورش و روحانیت است که یا مشروعیتی نزد نوجوانان ندارند، یا برنامه‌ای در این زمینه‌ها ندارند به این ترتیب افزایش اعتیاد کاملاً قابل انتظار است و باید سوال کرد که با این اوضاع و احوال چه شده که سرعت رشد اعتیاد کم شده است؟

به نظر می‌رسد فعالیت‌های مختصری که سازمان بهزیستی کشور در قالب برنامه‌ی اجتماع‌محور داشته، همین قدر زورش رسیده است که سرعت رشد را کم کند. اگر توفیق بیشتر می‌خواهیم باید به ان عوامل کلان بپردازیم.

چنانچه جنابعالی مستحضرید جهت و سیر مبارزه با پدیده ی اعتیاد، از جرم انگاری به بیماری انگاری در این دو دهه چرخه انقلابی بود به نظر جنابعالی این چرخش نظری، چه تحولاتی ایجاد کرده است؟

در حال حاضر اعتیاد در کشور همچنان جرم است، ولی اگر فرد دچار اعتیاد اقدام به درمان کند، دیگر مجرم تلقی نمی‌شود. اتفاقاً این سیاست درستی است که از یک سو با جرم‌انگاری اعتیاد به جامعه نادرستی این رفتار را اعلام می‌کند و راه ورود به فرآیند اعتیاد را می‌بندد و از سوی دیگر با باز کردن راه درمان، راه خروج از چرخه‌ی اعتیاد را باز می‌کند.

در هر حال از سالهای ۱۳۸۰ شاهد توسعه‌ی خدمات درمان و کاهش زیان در کشور بودهایم و این در کاهش بار اعتیاد در کشور حتماً سهم قابل توجهی داشته است.



جایگاه و نقش مددکاران اجتماعی را در ابعاد مختلف اعتیاد به ویژه در کلینیک های ترک اعتیاد را چگونه ارزیابی میکنید؟

پاسخ این سوال نیازمند تفکیک وضع موجود از وضع مطلوب است: به طور بالقوه مددکاران اجتماعی می‌توانند نقش مهمی داشته باشند، اما بالفعل چنین چیزی را نمی‌بینیم. شاید لازم باشد برنامه‌ی درسی رشته‌ی مددکاری اجتماعی اصلاح شود و به کار با فرد دچار اعتیاد و خانواده‌ی او توجه بیشتری شود. به ویژه لازم است کارآموزی بیشتری در مراکز درمانی سرپایی و اقامتی در آن گنجانده شود تا فارغ التحصیلان این رشته مهارت و تمایل بیشتری برای کار در این زمینه به دست آورند و از رهگذر نقش مفیدی که در درمان اعتیاد ایفا می‌کنند، مسئولان مراکز هم رغبت بیشتری برای جذب آنها پیدا کنند.

غلبه پزشکی شدن (مدیکالیزه کردن) آسیب های اجتماعی در ایران و اختصاصا پدیده مصرف مواد مخدر را چگونه ارزیابی میکنید؟

اولا پزشکی شدن اعتیاد نه قابل اجتناب است و نه مطلوب. همین الان عمده‌ی فعالیتهای مرتبط با اعتیاد (همه‌ی فعالیتهای، نه فقط درمان) را پزشکان و نهادهای پزشکی بر عهده دارند و تصور حذف آنها هم غیرعقلانه

است. مشکل وقتی پیش می‌آید که راه بر ورود تخصصهای دیگر مثل روانشناسی و مددکاری اجتماعی بسته شود. ولی من متوجه شده‌ام که موضوع یکطرفه نیست، یعنی سایر تخصصها هم کمتر یا به میدان مبارزه با اعتیاد می‌گذارند. مثلا طبق تحقیقی که حدود ده سال پیش در علم‌سنجی اعتیاد انجام دادیم، متأسفانه تنها ۵.۳ درصد از تحقیقات اعتیاد را غیرپزشکان انجام داده‌اند. نمونه‌ی دیگر، انجمن جامعه‌شناسی است که تا جایی که خبر دارم مدتی است کمیته‌ی آسیبه‌ها و مسایل اجتماعی‌اش تعطیل شده!! خدا کند اشتباه کرده باشم. وضع انجمن مددکاری اجتماعی را هم خبر ندارم. اینجاها که دیگر کسی مانع نیست. چرا جامعه‌شناسان و مددکاران اجتماعی فعالت‌ر عمل نکرده‌اند؟!

شما بعنوان روانپزشک و متخصص در فیلد اعتیاد، نیم رخ نهایی آسیب های اجتماعی و مسیر مبارزاتی با پدیده اعتیاد را چگونه تحلیل و ارزیابی میکنید؟

اگر توضیح‌اتم در پاسخ به سوالهای قبلی را پذیرفته باشید، به این نتایج می‌رسید که اولاً راه قبلی دستاوردهایی داشته که باید حفظ شود؛ و ثانياً در ادامه‌ی این راه نیز باید به تعیین‌کننده‌های اجتماعی اعتیاد و به مداخلات غیردارویی و مددکاری اجتماعی در درمان اعتیاد بیشتر توجه کرد.





معرفی منابع

کتاب «جامعه‌شناسی فقر

(جهان سوم و جهان چهارم)

تالیف ژان لابن درباره فقر را می‌توان کتابی دانست که دیدگاهی متمایز نسبت به فقر ارائه می‌کند. از نظر این کتاب فقر به معنای تهی‌دستی و نیازمندی مادی



نیست، بلکه فقر به معنای فقدان قدرت و وابستگی تعریف می‌شود. این تعریف فراگیر در سطح خرد و کلان معنا می‌یابد، یعنی فردی که برای دسترسی به مایحتاج خود قدرت کافی را نداشته و در مناسبات اجتماعی به غیر وابستگی شدید دارد فقیر است، این تعریف برای کشورها نیز معنا دارد. بنابراین فقرا در یک مکان خاص متمرکز نشده و در تمام جهان پراکنده هستند، جایی که لابن آن را «جهان چهارم» می‌نامد.

کتاب جامعه‌شناسی فقر دارای هشت فصل تحت عناوین «آدام اسمیت و کارل مارکس»، «توسعه و نابرابری»، «مستمند کیست»، «دنیای چهارم»، «فرهنگ فقر»، «جهان سوم»، «فقر ملل» و «بازی سرنوشت» است.

فصل اول این کتاب را می‌توان تشریح تئوریک نظریات مارکس و آدام اسمیت و برخی توضیحات اضافی نویسنده دانست. این فصل شرح مفصلی از مباحث ارزش اضافی و بت وارگی مارکس از یک طرف و رخنه به پایین و تقسیم کار تخصصی آدام اسمیت از طرف دیگر است. اگرچه در نهایت فصل با این جمله پایان می‌یابد که «علی‌رغم پیش‌بینی‌های مارکس و نظریات خوش‌بینانه‌تر آدام اسمیت، جوامع صنعتی امروز، آنچه را که ژرمن‌ها با فقر خود تحقق بخشیده بودند به یمن وفور و فراوانی، به گونه‌ای بهتر، تجدید خواهند کرد»، اما در نهایت نوع فقر کنونی را در ارتباط با نابرابری و فقر نسبی می‌داند.

فصل دوم کتاب با عنوان «توسعه و نابرابری» به مقایسه کشورها، مناطق، مشاغل و گروه‌های مختلف می‌پردازد. به صورت کلی مضمون این فصل نشان دهنده آن است که با توسعه اقتصادی بیشتر گروه اقتصادی بیشتری از فقر خارج می‌شوند. مقایسه کشورهای مختلف با اقتصاد سرمایه‌داری نشان می‌دهد کشورهای پیشرفته بیشترین رشد طبقه

متوسط را دارند. آنچنانکه در کشورهای آمریکای لاتین از هر ۱۰ نفر هشت نفر زیر میانگین درآمد ملی هستند، در آمریکای شمالی این عدد به ۷، در اروپا حدود ۶ و به صورت استثنایی نروژ ۵ را نشان می‌دهد. نتیجه نهایی فصل آن است که هیچ گروه خاصی (همچون کارگران) محکوم به فقر زندگی کردن نیستند، اما فقرایی جدید پیدا شده‌اند که قابل تقسیم‌بندی در گروه‌های مشخص نیستند.

فصل سوم کتاب تحت عنوان «مستمند کیست» را باید یکی از نقاط آغازین نگاه متفاوت به فقر دانست، در واقع امروز بسیاری قبول دارند که به صرف درآمد و یا حتی ثروت نقدی نمی‌توان وضعیت فقر را مشخص کرد، تمام این فصل با استدلال‌هایی این موضوع را تایید می‌کند. نکته مهم آن است که فصل نشان می‌دهد منابع اعتباری افراد و فقرا در جامعه تنها درآمد ریالی آنان نیست. هدایا، مزایای کالایی و عمده روش‌های دیگر را می‌توان منابع اعتباری افراد تعریف کرد. لابن که خود فرانسوی است، استدلال می‌کند در فرانسه هر دو کلمه دستور دادن و سفارش دادن یکسان است و به واقع به هرطریقی که بتوان درخواست خود را از دیگری دریافت کرد، فرد را دارا و توانمند می‌کند. با همین استدلال است که وی فقر را ناتوانی اعمال قدرت در مناسبات اجتماعی تعریف می‌کند. در این تعریف فقر «بی‌پایگاهی اجتماعی» شخص معرفی می‌شود.

فصل چهارم کتاب به دنیای چهارم می‌پردازد. این دنیا شامل مهاجران، افراد دارای معلولیت، زحمت‌کشان و بسیاری گروه‌های دیگر می‌شود. آنچنان که در فصل پیشین تشریح شده بود فقر ناشی از بی‌منزلی اجتماعی است. بر این مبنا کتاب نتیجه می‌گیرد که شوریهایی که «شهروندی» به عنوان یک پایگاه در نظر گرفته می‌شود هیچ فقری وجود ندارد، چرا که تمام افراد «حق» داشته و می‌توانند «دستور» یا «سفارش» بدهند. بنابراین برخی گروه‌ها در این کشورها جز جهان چهارم محسوب می‌شوند که در مناسبات اجتماعی نادیده گرفته می‌شوند.

فصل پنجم کتاب را می‌توان نقد «فرهنگ فقر» خواند. نام فصل فرهنگ فقر است و لابن به تفصیل نظریه اسکار لوئیس را تشریح می‌کند، اما نهایتاً انتقادهای جدی به آن وارد کرده و بیان می‌کند، مشکلات مقابل فقرا بیش از آنکه ناشی از فرهنگ یا

مورد بحث و بررسی قرار گرفته و کوشش شده است که با بهره گیری از کارآمدترین نظریه ها دلایل ظهور این پدیده طرد اجتماعی تبیین شود.

پیام اصلی کتاب تقدم زمانی طرد و نابرابری اجتماعی بر نابرابری های اقتصادی است و نویسنده به رابطه ای یکسویه از جانب نابرابری اجتماعی به نابرابری اقتصادی قایل است. ایده اصلی مطرح شده در این کتاب آن است که نابرابری های اجتماعی و اقتصادی گو آنکه در پی فقر و طرد اجتماعی گسترش بیشتری می یابند اما در اصل این نابرابری و طرد اجتماعی است که خاستگاه بروز نابرابری اقتصادی و فقراند.

فهرست مطالب:

فصل ۱: کلیات

فصل ۲: نظریه های نابرابری

فصل ۳: نظریه های فقر

فصل ۴: طرد اجتماعی

فصل ۵: نابرابری، فقر، طرد اجتماعی

«اقتصاد فقیر: بازاندیشی

بنیادین در شیوه مبارزه

با فقر جهانی» نوشته

آبهیجیت بَنرجی (۱۹۹۱)،

استاد اقتصاد در مؤسسه

فناوری ماساچوست (ام. آی.

تی) و استر دوفلو (۲۰۱۰)،

استاد اقتصاد توسعه در

همین دانشگاه است. این کتاب از سوی نشریه

فایننشال تایمز و شرکت گلدمن ساکس برنده عنوان

بهترین کتاب سال در زمینه کسب و کار در ۱۱۰۲ شد

و توانسته از سوی اقتصاددان برجسته جهان مورد

ستایش قرار بگیرد. این کتاب حاصل سالها پژوهش

میدانی برای بررسی جزئیات زندگی بسیار پیچیده

فقر و مسائل درهم تنیده با آن مانند سطح پایین

بهداشت و تحصیلات در مناطق فقیرنشین کشورهای

در حال توسعه است. عنوان اصلی این کتاب، ابهامی

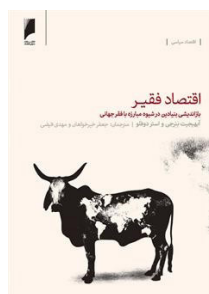
را در خود نهفته است. از یک سو به ناتوانی علم

اقتصاد در رویارویی کارآمد با فقر و توسعه نیافتگی

اشاره دارد و از سوی دیگر به نگاهی نو در اقتصاد

توسعه می پردازد که بازاندیشی بنیادینی در فهم فقر و

اقتصاد فقرا بخش مهمی از آن است. بنرجی و دوفلو



مباحث روانشناختی باشد، به موانع عینی ای مربوط می شود که قدرت آنان در مناسبات اجتماعی را کاهش می دهد.

فصل ششم کتاب موضوع «جهان سوم» را پیش می کشد. اصل این فصل تشریح نظریاتی است که مکتب نوسازی عرضه کننده آن بود و در نهایت آن را نقد می کند. از نظر لاین کسانی که علت فقر جهان سوم را بی کاری و باطلی مردمان آن می داند، همانقدر باطل است که فقر افراد را از باطلی آنان بدانیم. در نهایت نظریات نوسازی پیرامون ناتوانی از کشورها در پس انداز و سرمایه گذاری هم در این حد به ما کمک می کند که کشورهای فقیر هستند چون فقیر هستند! در نهایت فصل نتیجه می گیرد که توسعه به چیزی بیشتر از اقتصاد نیاز دارند و توسعه اجتماعی، فرهنگی و سیاسی نیز بخشی از این نیازها است.

فصل هفتم کتاب نیز به تفصیل عامل فقر ملل را بیان می کند. به طور کلی آنچنان که در فصل پایانی کتاب تحت عنوان «بازی سرنوشت» بیان می شود، فقر ناشی از قدرت اجتماعی بازیگران آن است، برخی از گروه های اجتماعی قدرت کافی برای دستیابی به نیازهایشان ندارند و اینان محکوم به فقر هستند. این کتاب اینگونه خاتمه می یابد که «فقر حاصل بازی نرد تاریخ است، و پرسش آنکه آیا باید تاس ها را از نو ریخت و یا بازی دیگری آغاز کرد؟»

لابن، ژان (۱۹۵۳)، جامعه شناسی فقر (جهان سوم و جهان چهارم)، ترجمه جمشید بهنام، تهران: انتشارات خوارزمی

کتاب نابرابری، فقر، طرد

اجتماعی نوشته اکرم حمیدیان

میباشد که توسط نشر

جامعه شناسان منتشر شده

است.

در این کتاب علاوه بر تعریف

مفاهیم شالوده ای نابرابری،

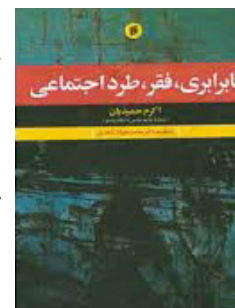
فقر و طرد اجتماعی به مفاهیم مرتبط و نزدیک آن از

قبیل ادغام اجتماعی، ساختار طبقاتی جامعه، فاصله

طبقاتی، کیفیت زندگی، شاخص فلاکت، مشارکت و

قدرت نیز پرداخته شده است. در فصول محوری کتاب

نظریه های مرتبط با مفاهیم پایه ای نابرابری و طرد



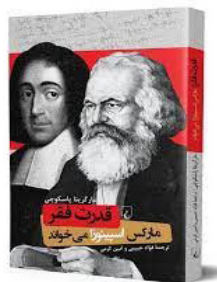
بلندمدت از بین می‌روند و اقتصاد در مسیر رشد و توسعه قرار می‌گیرد

کتاب **اقتصاد توسعه از فقر تا ثروت ملل** ترجمه غلامرضا آزاد است. امروزه مفهوم توسعه با شمول معنایی و مضمونی خود ابعاد گوناگون و گسترده‌یی یافته است که به‌ویژه اقتصاد، اجتماع، سیاست، و فرهنگ را دربر



می‌گیرد. به دلیل درهم‌تنیدگی مسائل اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و فرهنگی در جوامع کنونی، و تأثیرات متقابل آن‌ها بر یکدیگر، رجحان توسعه در یک زمینه بر زمینه دیگر به نظر امری مشکل و در عین حال غیرضرور و نادرست می‌آید. به همین دلیل، بسیاری از نظریه‌پردازان علوم اجتماعی و اقتصادی بر این عقیده‌اند که توسعه اقتصادی با توسعه در دیگر زمینه‌ها نه تنها بی‌ارتباط نیست، بلکه پیوندی تنگاتنگ دارد. کتاب حاضر به مسئله‌ای اساسی اشاره می‌کند: چرا شمار اندکی از کشورهای جهان به سطح بالایی از رفاه دست یافته‌اند و فقط تعداد انگشت‌شماری از اقتصادهای روبه‌توسعه به این سطح رسیده‌اند، در حالی که اکثریت این کشورها هنوز در فقر و رکود به سر می‌برند؟

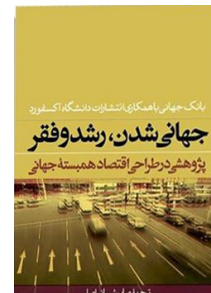
کتاب قدرت فقر از مارکس اسپینوزا می‌خواند نوشته مارگریتا پاسکوچی و ترجمه امین کرمی و فؤاد حبیبی است. کتاب حاضر از سه حرکت تشکیل شده است. در حرکت اول، رابطه اسپینوزا -



مارکس، با شرح قرابت‌های تعریف «مفهوم مشترک» در اسپینوزا و تعریف «ارزش» نزد مارکس، ترسیم می‌شود. دومین حرکت، قرائت خلاقانه مارکس از اسپینوزا و وفاداری‌اش را به او در دست نوشته ۱۸۴۱ برجسته می‌سازد. سومین حرکت، مضمون قدرت برساننده فقر، را از مجرای مقایسه دقیق نوشته‌های اسپینوزا و مارکس، به

در پژوهش‌های خود برای مطالعه کارایی سیاست‌های مداخله‌گرایانه در گستره‌ای از مسائل بهداشتی، آموزشی و کشاورزی (از بیماری‌های مقاربتی جنسی تا غیبت معلمان از مدرسه و استفاده ناکافی از کود) با تحلیل دقیق مجموعه‌ای از شواهد قوی از روش سنجش‌های کنترلی تصادفی‌شده استفاده کرده‌اند. نویسندگان در کتاب نمونه‌های بسیاری را می‌آورند که چگونه تنها با در اختیار قرار دادن اطلاعات ساده‌ای می‌توان تفاوتی معنادار در زندگی این افراد ایجاد کرد. از دیگر نتایج اساسی کتاب این است که با دادن کمی انگیزه به فقرا می‌توان تصمیم‌گیری درست را برای آنها آسان‌تر کرد و زندگی آنها را به شدت بهبود بخشید. همچنین دلایل خوبی وجود دارد که برخی بازارها برای فقرا وجود ندارد یا آنها با قیمت‌های بالایی در آن بازارها روبه‌رو هستند که دولت‌ها می‌توانند با شرکت‌های خصوصی مانند اعتبار خرد و بیمه سلامت به ایجاد این نوع بازارها کمک کنند. سرانجام تغییر انتظارات جامعه در مورد اینکه آنچه مردم می‌توانند و نمی‌توانند انجام دهند، به فهم بهتر رفتارهای فقرا کمک می‌کند

کتاب **جهانی شدن، رشد و فقر** ترجمه صابر شیبانی اصل است. جهانی‌شدن، همبستگی رشد اقتصادی و اجتماعی در سراسر جهان، فرایند پیچیده‌ای است که بسیاری از جنبه‌های زندگی بشر را تحت‌تأثیر



قرار می‌دهد. رشد سریع و کاهش فقر و نابرابری در بسیاری از کشورهایی که در دهه‌های اخیر به اقتصاد جهانی پیوسته‌اند، توسعه سریع فناوری، ارتباطات و حمل و نقل آسان، جایگزینی صادرات کالاهای تجاری به جای صادرات مواد خام در کشورهای در حال توسعه، اصلاحات گسترده در ساختارها و شرایط حاکمیتی و مدیریتی، بهبود شرایط سرمایه‌گذاری، ایجاد اشتغال و تولید ثروت از جمله آثار مثبت جهانی‌شدن هستند. هرچند جهانی‌شدن در کوتاه‌مدت با تشدید چرخه رکود رونق تجاری در بازار کار و سرمایه نابسامانی ایجاد می‌کند، بسیاری از این نابسامانی‌ها در

در ابتدای کتاب بیان شده است که «برای شناخت و آشنایی منابع به زبان فارسی اعم از تألیفی و ترجمه‌ای، کلیدواژه فقر در سایت کتابخانه ملی در دو فیلد موضوع و عنوان در کتاب‌های فیپا جستجو شد و تمامی کتاب‌های مرتبط با فقر که قدیمی‌ترین آن‌ها مربوط به سال ۱۳۲۴ تا سال ۱۳۹۸ فهرست شدند. در کتابخانه ملی بیش از ۲۵۰ کتاب با موضوع و عنوان فقر رکورد است که برخی از آنان به‌طور مشخص بی‌ارتباط با فقر اقتصادی و اجتماعی است و از سوی دیگر با بررسی تک‌به‌تک آن‌ها و حتی مطالعه کتاب‌ها، فهرست کتاب‌شناسی فقر به ۱۹۱ کتاب رسید. در این فهرست کتاب‌هایی که به جنبه‌های موفقیت در زندگی و کسب ثروت، اسراف، فقر از جنبه احادیث، بررسی مقررات، سرگذشت نامه، رمان و داستان، تاریخ و هرگونه معنای کمبود در جنبه‌های پزشکی و ... بود از این مآخذشناسی کنار گذاشته شده است. همچنین تعدادی از کتاب‌ها نیز با وجود شماره فیپای کتابخانه ملی از سوی انتشاراتی‌ها چاپ نشده بودند. برای نوشتن و تهیه چکیده و معرفی کتاب‌ها به کتابخانه‌های ملی، مجلس شورای اسلامی، کتابخانه دانشگاه‌های تهران و علامه طباطبایی مراجعه شد اما تعدادی از کتاب‌ها در دسترس و در کتابخانه‌های عمومی نبود، به‌خصوص کتاب‌هایی که محل نشر آن‌ها شهرستان‌ها بوده و این، کتاب‌شناسی را با محدودیت مواجه کرد.»

در «کتاب‌شناسی توصیفی فقر در ایران» چکیده توصیفی ۱۷۱ کتاب نوشته و گردآوری شده است. فصول این کتاب‌شناسی بر اساس این تقسیم‌بندی موضوعی صورت گرفته است که شامل:

راهکارهای کاهش فقر

مفهوم‌شناسی فقر

آثار و پیامدهای اجتماعی فرهنگی سیاسی

فقر

عوامل بروز و تشدید فقر

سنجش فقر

گروه‌های در معرض فقر.

کتاب «کتاب‌شناسی توصیفی فقر در ایران» در ۵۸۵ صفحه با حمایت معاونت رفاه اجتماعی وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی و مرکز توانمندسازی حاکمیت و جامعه به همت جمعی از پژوهشگران نوشته و گردآوری شده است و انتشارات سازمان

علاوه متأخرترین تفاسیرشان، شرح و بسط می‌دهد. سرانجام، این کتاب تلاش دارد از «اخلاق» اسپینوزا به سوی اخلاقی درباره ما، درباره فهم و عمل ما، حرکت کند. جهانی که اسپینوزا به روی ما می‌گشاید، بافتار و بنیان این کتاب کوچک را تشکیل می‌دهد. مارگریتا پاسکوچی دکترای ادبیات تطبیقی را در دانشگاه نیویورک سیتی ایالات متحد خوانده است، رساله دکترای وی «سرمایه و امر خیالی، مطالعه‌ای در باب کالا در مقام ابژه شاعرانه» نام دارد. او همچنین دارای دکترای فلسفه از دانشگاه فرانکفورت آلمان نیز هست

کتاب «کتاب‌شناسی توصیفی

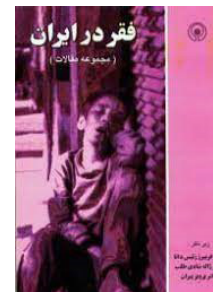
فقر در ایران» نوشته وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی است.

کتاب‌شناسی‌ها می‌توانند نقطه آغاز تحول یک حوزه مطالعاتی باشند و حوزه‌ای که فاقد کتاب‌شناسی است هنوز در مراحل تکوین و رشد

به سر می‌برند. از دهه بیست تاکنون مسئله فقر در ایران موضوع پژوهش و تألیف و ترجمه کتاب‌های متعددی بوده است، اما این دستاوردهای پژوهشی و تألیفی در قالب یک کتاب‌شناسی مدون نشده‌اند. کتاب‌شناسی توصیفی مطالعات فقر در ایران ابتدایه‌ساکن به ما نشان می‌دهد که بضاعت ما در تحلیل فقر اندک است. کتاب‌های کیفی معدودی به زبان فارسی نوشته شده که خصلت تحلیلی جدی داشته و پدیده فقر در ایران را با رویکردی فراگیر و جامع و درعین‌حال معطوف به عرصه سیاست‌گذاری مورد تحلیل قرار دهد. آثار جدی‌تر اغلب ترجمه‌ای هستند و نه تألیفی. اما همین بضاعت اندک را نیز باید شناخت و برای تکمیل و توسعه و پیوند دادن آن به حوزه سیاست‌گذاری و اجرا کوشش کرد. تدوین کتاب‌شناسی توصیفی مطالعات فقر از این جهت واجد اهمیت است. به‌عنوان یکی از مأموریت‌های معاونت رفاه اجتماعی وزارت تعاون، کار و رفاه، در انجام مطالعات رفاه اجتماعی، این کتاب‌شناسی مبنایی برای پژوهشگران حوزه فقر فراهم می‌آورد و افزون بر این، یک گام اولیه برای استخراج توصیه‌های سیاستی از دل این مجموعه مطالعات است.



جهاد دانشگاهی تهران آن را در تابستان ۱۴۰۱ منتشر کرده است.



کتاب **مجموعه مقالات فقر در ایران** نوشته شده زیر نظر فریبرز رئیس دانا، ژاله شادی‌طلب، پرویز پیران است.

مرکز مطالعات رفاه اجتماعی وابسته به دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، مطالعه درباره فقر را به عنوان عامل انواع آسیب‌ها و ناهنجاری‌های فردی و اجتماعی در دستور کار قرار داده است. در مردادماه سال ۱۳۷۹ دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی با مساعدت سازمان بهزیستی، مرکز مطالعات رفاه اجتماعی را مأمور برگزاری یک گردهمایی کرد و هیات علمی آن شامل دکتر ژاله شادی‌طلب، دکتر غلامرضا انصاری، دکتر محمدتقی جغتایی، دکتر فریبرز رئیس دانا، دکتر پرویز پیران، سعید مدنی، دکتر حسن رفیعی و دکتر حسین کاکویی تشکیل شد. اعضای هیات علمی در شهریورماه از متخصصان کشور در حوزه فقر دعوت کردند تا در گردهمایی در بهمن ۱۳۷۹ مقالاتی ارائه دهند. این مقالات با هدف ریشه‌یابی و بررسی نظام‌دار و کشف راه‌های اساسی در چهار بخش تقسیم شدند: روش شناخت (کمی و کیفی)، پیامدها، راهکارها و جمع‌بندی. در مجموع بیست مقاله در این کتاب چاپ شده است که عناوین و مختصر معرفی آن به شرح زیر است:

فریبرز رئیس دانا در مقاله «نقد روش در پدیدارشناسی فقر» می‌کوشد دیدگاه‌های مختلف در تعریف فقر را بیان کند و روش پیشنهادی وی برای شناخت فقر و عوامل پدیدآورنده آن «روش سیستمی» است که نخست در ارتباط با ساختارهای اقتصاد سیاسی و نحوه تولید و توزیع فقر را ارزیابی می‌کند سپس به جنبه‌های نهادگرایانه آن یعنی ارتباط فقر با عوامل فرهنگی و اجتماعی و اقلیمی و سیاسی ویژه می‌پردازد.

پرویز پیران در مقاله «روش‌های مشارکت جوانه در بررسی فقر» به تعریف و ارائه مدل روش‌های مشارکت جوانه می‌پردازد. روشی که جوهر آن بحث و گفتگو

گروه‌های ذی‌نفع در متن‌های مختلف زندگی و محل سکونت است. روشی که مردم‌سالارانه و فرایند محور و مشارکت جوانه است.

مهدی تقوی و احمد غروی نخجوانی در مقاله «روند فقر در ایران طی دو دهه گذشته» وضعیت اقتصادی خانوارهای کشور را بررسی کرده‌اند و سپس وضعیت فقر در کشور را مطالعه کرده‌اند. آن‌ها با مطالعه شاخص‌های هزینه و درآمد خانوار به این نتیجه رسیده‌اند که طی سال‌های پس ۱۳۵۷ تاکنون، نه تنها فقر کاهش نیافته است بلکه در مجموع خانوارها فقیرتر شده و رفاه زندگی آنان به‌طور محسوسی کاهش یافته است.

کمال اطهاری در مقاله «تأثیر برنامه‌ریزی کلان اقتصادی- اجتماعی بر فقر: اسکان غیررسمی در ایران» نشان داده است که اسکان غیررسمی به عنوان نشانه بارزی از فقر نسبی در مناطق شهری ایران در حال گسترش بوده است و این نیز به خاطر مدیریت نادرست یا کاستی‌های نظام برنامه‌ریزی شهری و مسکن در ایران ایجاد شده است.

منوچهر کیانی در مقاله «تأثیر سیاست‌های توری بر فقر در ایران طی دو دهه گذشته»، فقر و فلاکت را حاصل سیاست‌های پولی و اقتصادی دانسته است و مبارزه با فقر را مجموعه‌ای از تدابیر و سیاست‌های مختلف در زمینه‌های مختلف چون اشتغال‌زایی، عمران و آبادی و افزایش قدرت خرید مردم بیان کرده است.

بهروز هادی زنوز در مقاله «ارتباط فقر و نابرابر با سیاست‌های اقتصادی دولت» تحولات فقر و نابرابری توزیع درآمد در ایران در بعد از انقلاب را بررسی کرده است و رابطه این دو با سیاست‌های اقتصادی دولت و عملکرد اقتصاد کشور مشخص کرده است.

رئیس دانا در مقاله دیگری با عنوان «زیر خط فقر در ایران» به نحوه تشخیص فقیران و شاخص‌های موجود و نقد آن‌ها می‌پردازد.

محسن رنانی و مریم مه آبادی در مقاله «تأثیر نابرابری و فقر بر کارایی سیاست‌های کلان اقتصادی» درباره رشد اقتصادی و فقر نوشته‌اند که هر سیاست معطوف به رشد اقتصادی به کاهش فقر نخواهد رسید و اگر رشد منجر به رفاه بیشتر جامعه نشود، فاقد ارزش است.

محمد علیزاده در مقاله «تله جمعیت: فقر و بیکاری»

غیردولتی در کاهش فقر: بررسی مورد تجربه رعد» تلاش کرده است نقش بالفعل و بالقوه نظام‌های حمایتی اجتماعی غیردولتی در کاهش فقر را بررسی کند.

در انتهای کتاب مجموعه مقالات، اکبر کرباسیان مقاله‌ای با عنوان «نقدی بر برنامه فقرزدایی دولت» و رئیس دانا و مدنی «نقد و بررسی مبارزه با فقر» را نوشته‌اند.

رئیس دانا، فریبرز؛ شادی‌طلب، ژاله؛ پیران، پرویز (۱۳۷۹) فقر در ایران (مجموعه مقالات)، تهران: دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

کتاب «بررسی وضعیت فقر و نابرابری در ایران» در سال ۱۳۹۰ منتشر شد.

موسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی برای نخستین بار با تهیه و تدوین گزارش ملی «بررسی وضعیت فقر و



نابرابری ایران در بازه زمانی ۱۳۸۰ تا ۱۳۹۸» توانسته علاوه بر اینکه تحلیل جامعی از ساختار منطقه‌ای فقر کشور در ۱۸ سال گذشته ارائه دهد، با در اختیار قرار دادن روش و نحوه سنجش، فرصت دستیابی به بانک اطلاعاتی جامع رصد فقر و نابرابری را با امکان به روزآوری در سال‌های آتی فراهم آورد.

از ویژگی‌های منحصر به فرد این پژوهش محاسبه خط فقر در کشور طی سال‌های متوالی با روش محاسبه واحد، سنجش وضعیت فقر و نابرابری در کشور در سطوح ملی، منطقه‌ای و شهری و روستایی، سنجش ابعاد گوناگون فقر (شدید، درآمندی و چندبعدی) در کشور و مطالعه همزمان آن‌ها، پשתوانه تئوریک و تکنیکی (روش‌شناسی و مبنای محاسبه) گزارش براساس اجماع متخصصان و کارشناسان این حوزه، امکان کاربست یافته‌ها و نتایج گزارش برای تدوین بسته‌های سیاستی و هدفمند و منطبق، با نیاز گروه‌های آسیب‌پذیر برای خروج از فقر و نابرابری به تفکیک مناطق مختلف کشور و نحوه تخصیص منابع و اعتبارات استانی با عنایت به ساختار فقر در مناطق کشور و ایجاد زمینه‌ای برای رصد و ارزیابی مستمر میزان تحقق اهداف سیاست‌های فقرزدایی

درباره رشد جمعیت ایران و گسترش فقر نوشته است. پرویز پیران در مقاله دیگر با نام «فقر و شورش شهری با نیم نگاهی به شرایط ایران» ارتباط فقر و شورش شهری را در منابع مرور کرده است و در انتها نیم نگاهی به شورش‌های شهری در ایران دارد.

علیرضا رجایی در مقاله «فقر و تحولات سیاسی در ایران» به این سؤال پاسخ می‌دهد که جامعه ایران چه درجه‌ای از نابرابری را در آینده تحمل خواهد کرد و با وجود فقری که در جامعه ایران وجود دارد، نظم سیاسی و اجتماعی موجود تا کجا می‌تواند پایداری کند و بازتولید شود.

سعید مدنی در مقاله‌ای با نام «آسیب‌ها انحرافات اجتماعی و فقر در ایران» با اطلاعات و آمار موجود به تبیین رابطه آسیب‌ها و مشکلات اجتماعی و فقر پرداخته است.

ژاله شادی طلب و افسانه کمالی در مقاله «زنان: بسته‌ترین حلقه زنجیر فقر» به شاخص‌های مطرح در سنجش فقر و کاستی‌ها و محدودیت‌های آن‌ها در خصوص زنان پرداخته شده است. همچنین گزارشی در مورد ماهیت و ابعاد فقر زنان در کشور ارائه شده است.

سید مسعود کیمیگر، متخصص تغذیه در مقاله «فقر و سوءتغذیه در ایران» وضعیت دریافت کالری برحسب دهک‌های مختلف درآمدی را نشان داده است.

محمد کمالی، متخصص آموزش بهداشت در مقاله «فقر و ناتوانی» درباره ناتوانی و ارتباط آن با فقر و برخی از عوامل مانند آموزش، اشتغال، درآمد و دسترسی به خدمات اساسی اجتماعی نوشته است.

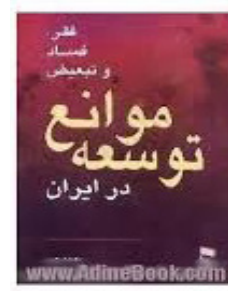
علی رشیدی در مقاله «احیا اقتصاد رقابتی، پویا و هدفمند در مقیاس جهانی: کلید مبارزه با فقر» درباره نقش متغیرهای اقتصادی- اجتماعی- سیاسی بر رشد و توسعه اقتصادی و ارتباط عملکرد اقتصاد اعم از مثبت و منفی با ثروت و فقر و نحوه توزیع آن در جامعه نوشته است.

جمشید پژویان در مقاله «نقش نظام تأمین اجتماعی در کاهش فقر» می‌نویسند که ضرورت دارد تا سیاست‌گذاری مقابله با فقر، در رابطه با نظام پرداختی و گسترش و عمق سیستم بیمه اجتماعی تمرکز کند.

قاسم صالح خو در مقاله «نقش نظام‌های حمایتی

و ارزشیابی اثرات و تبعات موردنظر و غیرمنتظره آن سیاست‌ها است

کتاب **فقر، فساد و تبعیض** موانع توسعه در ایران نوشته مجید فرج‌پور است. در این کتاب سعی شده تصویری از پدیده فساد، علل ریشه و پیامدهای آن و تاثیرات و روابط بین فساد و پدیده‌های مختلف اقتصادی، سیاسی،



اجتماعی و فرهنگی ترسیم شود. در بخش پایانی کتاب، راهکارهایی برای مهار ریشه کنی فساد پیشنهاد شده است. موضوع فصل‌های کتاب عبارت است از: "مفهوم و ماهیت فساد"، "فساد و رابطه علت و معلول آن با سایر عوامل"، "فساد سیاستمداران و کارگزاران دولتی"، "فساد در حوزه خدمات و هزینه‌های عمومی"، "تطهیر پول‌های کثیف"، "بررسی فساد در ایران"، "کشورهای توسعه نیافته و عوارض فساد در آن‌ها"، "تجربه برخی از کشورهای آسیایی در مبارزه با فساد"، "کوشش نهادها و مجامع بین المللی در مبارزه با فساد"، "الگوی حکومت در مبارزه با فساد" و "الزامات

کتاب ضرورت مبارزه با پدیده فقر و نابرابری در ایران نوشته سعید مدنی قهفرخی است.

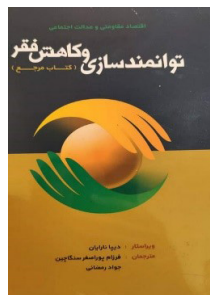
"راه‌هایی از مصائب نابرابری‌های تحقیرکننده و فقر حاصل از این نابرابری‌ها استمرار جامعه‌ای است



مساوات‌طلب و مردم‌سالار. يك نظام مطلوب نمی‌تواند مساوات‌طلب باشد اگر مردم‌سالار نباشد. چنین نظامی نمی‌تواند مردم‌سالار باشد اگر مساوات‌طلب نباشد، چون در يك نظام غیرمساوات‌طلب بعضی‌ها ابزار مادی بیش‌تری از دیگران دارند و بنابراین ناگزیر قدرت سیاسی بیش‌تری نیز خواهند داشت. "اثر دکتر سعید مدنی مروری است بر بیانی سلیس از مفاهیم

فقر، شاخص‌های اصلی فقر و نابرابری، نظریه‌های فقر و تحول این نظریه‌ها، برنامه‌های کاهش فقر و تجربیات عملی مقابله با فقر در کشورهای مختلف جهان، نگاهی به قوانین و مقررات مبارزه با فقر در قوانین اسناد رسمی و برنامه‌های توسعه اقتصادی-اجتماعی کشور... این کتاب فقط حاصل تتبع نویسنده نیست، بلکه محصول دغدغه‌های اجتماعی و نگرانی‌های شخصی نگارنده [این سطور] نسبت به آلام قربانیان فقر در کشور نیز هست. دکتر مدنی در ضرورت مبارزه با فقر و نابرابری در ایران دانستنی‌های لازم برای پژوهش‌گران و دانشجویان علوم اجتماعی را در حوزه مطالعات فقر در دسترس آن‌ها قرار داده است." (حسین راغفر، از پیش‌گفتار کتاب)

کتاب **توانمندسازی و کاهش فقر**، برآیند و نتیجه گزارش توسعه جهانی در سال ۲۰۰۱ - ۲۰۰۰ با عنوان «ریشه‌کنی فقر» است که بر شناسایی فرصت‌ها، توانمندسازی و امنیت به عنوان شالوده و بنیان برنامه‌ریزی و اجرای



راهبردهای کاهش فقر تأکید می‌نماید.

این کتاب مرجع را دیپا نارایان مشاور ارشد مدیریت اقتصادی و کاهش فقر بانک جهانی با همکاری چند تن دیگر از مشاوران و متخصصان بانک جهانی نوشته‌اند. برای تهیه این کتاب، از مشاوره و نظرات هزار نفر از کارشناسان بانک جهانی و خارج از بانک جهانی بهره برده شده است. این کتاب که توسط فرزام پوراصغر سنگاپین و جواد رمضانی (هر دو دکترای محیط زیست) به سفارش وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی ترجمه شده، توسط انتشارات کریمخان زند، در پنج فصل و ۴۴۳ صفحه در سال ۱۳۹۵ به چاپ رسیده است.

پیش از فصل نخست کتاب، مفهوم توانمندسازی، عناصر کلیدی آن و کاربرد رویکردهای توانمندسازی مورد بحث قرار گرفته و در مورد تأمین نیازهای اساسی، بهبود حکمرانی محلی و ملی، توسعه بازارهای حامی فقرا و دسترسی به عدالت و کمک‌های قانونی سخن گفته شده است. نارایان در انتهای این

بخش این گونه نتیجه‌گیری می‌کند که رویکردهای توانمندسازی بر ارتقای آزادی دامنه انتخاب و عمل فقرا تأکید می‌کنند. توانمندسازی اقشار فقیر در نفس خود، هدف نهایی است و برای اثربخشی توسعه بسیار حیاتی است.



کتاب خروج از فقر: راه‌های بالا رفتن از نردبان زندگی نوشته دیبا نارایان، لنت پریتچت و سمیه کاپور و ترجمه جعفر خیرخواهان است.

جهان به سرعت در حال پیشرفت است. علم و تکنولوژی، چهره زندگی روزمره اکثر مردم را تغییر داده است، به نظر می‌رسد زندگی انسان در مقایسه با قرون گذشته بسیار ساده‌تر، سریع‌تر و ایمن‌تر شده است. اما چرا این همه پیشرفت، نتوانسته راه حلی مشخص برای پایان دادن به فقر پیدا کند؟ شاید یک دلیل بتوان برای این مسئله پیدا کرد: واقعیت فقر، هنوز هم ناشناخته است. به همین دلیل، راهکارهای خروج از فقر نیز واقع‌بینانه طراحی نمی‌شوند و تبعاً به نتیجه هم نمی‌رسند. کتاب «خروج از فقر» با این دغدغه تألیف شده است که باورهای موجود درباره فقر و علل زیربنایی فقر، باورهای بر زبان نیامده، امتحان پس نداده و اغلب ناخودآگاه درباره فقر سرنوشت‌ساز هستند. چرا که تعیین می‌کنند آیا فقر اصلاً به عنوان یک مشکل تعریف می‌شود یا خیر. و اگر فقر را مشکل می‌دانیم، مشکل مربوط به چه کسانی است؟ آیا تنها مشکل فقرا است یا مشکل ما هم هست؟ باورهای موجود درباره ماهیت فقر و «فقرا» می‌تواند برانگیزاننده اقدام - یا توجیه‌کننده بی‌عملی - باشد. بنابراین و با توجه به انواع تجربیات و آزمون و خطاها، می‌توان به این نتیجه رسید که بهترین روش برای عبور از باورها و پیش‌فرض‌های غلط به سمت واقعیت موجود، روی آوردن به خود فقرا و استفاده از دانش و تجربیات آنان درباره فقر است. هدفی که نارایان و همکارانش، در سلسله تحقیقاتی که در حوزه فقر داشته‌اند دنبال کرده‌اند. همان‌طور که نویسندگان در مقدمه کتاب بیان کرده‌اند، این کتاب

درباره ایدئولوژی‌های چپ و راست، لیبرالیسم یا سوسیالیسم یا در مخالفت و موافقت با جهانی‌سازی نیست. این کتاب درباره واقعیت‌های محلی، و درباره نیاز فوری به بسط و توسعه راهبردهای کاهش‌دهنده فقر است که با تجارب و زندگی میلیون‌ها انسان فقیر در جوامع اطراف دنیا عجین شده است. برای انجام چنین کاری، باید پیش‌فرض‌ها کنار گذاشته می‌شدند و محله به محله و خانه به خانه، بررسی می‌شد که خانواده‌های فقیر چه ویژگی‌هایی دارند و برای مبارزه با فقرشان چه می‌کنند؟

یکی از مهمترین این پیش‌فرض‌ها، کنار هم گذاشتن و یکی کردن همه فقرا با هم است. این در حالی است که آنان بسیار متنوع و ناهمگون هستند و به جز «فقر»، تقریباً ویژگی مشترکی که در همه‌شان یکسان باشد دیده نمی‌شود. نویسندگان - پس از تحقیق از خود فقرا در جوامع محلی - از این عبارت استفاده می‌کنند: «فقر یک حالت است و نه یک ویژگی» وقتی فقر را «حالت» بدانیم، دیگر یک امر هویتی یا جزئی جدایی‌ناپذیر از زندگی انسان نخواهد بود، بلکه وضعیتی قابل رفع است که می‌توان با راه حل‌هایی، آن را کاهش داد یا حتی به طور کامل از آن خارج شد. موضوع اصلی کتاب نیز همین است: فقرا برای خروج از فقر، چه راهکارهایی را در پیش می‌گیرند؟ و برای رسیدن به هدف، به چه چیزهایی احتیاج دارند. مسئله دیگری که در این کتاب بررسی شده است، مسئله فرصت‌های برابر است. مردم فقیر به ضرب و زور و با انتخاب‌های اقتصادی محدودی، بسیار متفاوت از انتخاب‌های پرزرق و برق ثروتمندان، روبرو هستند. محققان، مجموعه فرصت‌ها یا به عبارتی انتخاب‌های در دسترس ثروتمندان و فقرا در جوامع را بررسی کردند و به این نتیجه رسیدند که در اکثر جاهایی که اقتصاد محلی در حال شکوفایی است، فرصت‌های برابر به سختی پیدا می‌شوند. یک نتیجه دیگر، رابطه میان فقر و دموکراسی است. در حالی که یک باور عمومی وجود دارد که این دو ارتباط چندانی با هم ندارند و یا فقرا دغدغه‌ای برای دموکراسی ندارند، محققان در این کتاب دریافته‌اند که اکثر مردم فقیر برای دموکراسی ارزش قائل هستند و آن را معادل با مفاهیم آزادی حق رأی، فکر کردن، صحبت کردن، حرکت کردن، اعتراض کردن، و کار کردن می‌گیرند. شواهدی که مولفان در فصل ۶ کتاب

بالا رفتن از نردبان زندگی)، تهران، انتشارات کریمخان زند

در سال ۲۰۱۳ کتاب **فقر احمق می‌کند** برای اولین بار در نیویورک منتشر شد. تاثیر قطعی در زندگی انسان در دو مسئله پول و زمان و راههایی برای مقابله با این شرایط را برای افراد در این کتاب توضیح می‌دهد.



این کتاب به سرعت توانست جایگاهش را در بین خوانندگان پیدا کند و توانست نظرات زیادی را جلب کند، مخصوصاً برای افرادی که دغدغه‌های زیادی دارند تبدیل به کتابی کارآمد شد

کمیابی؛ ذهن را تسخیر می‌کند، همان طور که افراد درگیر گرسنگی مهلك به چیزی جز غذا فکر نمی‌کنند. همه ما در مواجهه با هر نوع کمیابی، جذبش می‌شویم. ذهن به شکلی خودکار و پر قدرت به سمت نیازهای برآورده شده متمایل می‌شود. آن نیاز برای افراد گرسنه غذاست، برای افرادی که سرشان شلوغ است ممکن است پروژه‌ای باشد که باید تمامش کنند. برای کسی که دچار تنگدستی شده، می‌تواند پرداخت اجاره این ماه باشد و برای افراد تنها، می‌تواند نبود همنشین باشد.

سندھیل مولاینیتن و الدار شفیر در کتاب «فقر احمق می‌کند» با تاکید بر آخرین یافته‌های علوم رفتاری و اقتصاد، تبیین می‌کنند که چطور ابعاد مختلف زندگی ما تحت تاثیر ذهنیت کمیابی است.

کتاب فقر احمق می‌کند در ۳ بخش اصلی به موضوع ذهنیت کمیابی، چیدمان و جای خالی کمیابی در زندگی و طراحی برای کمیابی می‌پردازد.

همچنین این کتاب تابحال به چندین زبان ترجمه و در کشورهای مختلف منتشر شده است. این کتاب اولین بار سال ۹۷ با عنوان «کمبود: نگاهی به کمبودهای فردی و اجتماعی» در ایران با ترجمه «حسین علیجانی» انجام شد و نشر ققنوس آن را منتشر کرده است

و سپس نشر ترجمان این کتاب را با ترجمه سید امیرحسین میر ابوطالبی در سال ۱۳۹۸ عرضه کرد.

آورده‌اند، نشان می‌دهد که دموکراسی‌های محلی مسئولیت‌پذیر، به مردم در خروج از فقر کمک می‌کنند. چرا که این دولت‌های محلی دسترسی بهتری به آب سالم، مدرسه، پزشک و پرستار درمانگاه‌های بهداشت فراهم می‌کنند. همچنین، در جوامعی که دولت محلی مسئولیت‌پذیر است، فساد بسیار کمتری وجود دارد. مهمترین دلالت یافته‌های پژوهشگران این است که راهبردهای کاهش فقر نمی‌تواند سیاست محلی را نادیده بگیرد و هنگامی که این کار را می‌کند، مردم فقیر، بازندگان ماجرا هستند. اگر کسی بخواهد دموکراسی را درک کند، باید روی سطح محلی تمرکز کند. فشارهای طرف تقاضا از طریق گروه‌های خودیاری و دیگر سازمان‌های زنان، مردان و جوانان حتی هنگامی که اعضا بی‌سواد هستند، کمک می‌کند تا سیاستمداران محلی مسئولیت‌پذیر بشوند. دسترسی به اطلاعات در سطح محلی، خصوصاً درباره دولت و سیاستمداران محلی، کلید شکل‌گیری دموکراسی است که برای همه کار می‌کند.

نکته دیگری که در فصل هفتم مفصلاً به آن پرداخته شده، اقدام جمعی فقرا برای کاهش فقرشان است. نویسندگان به این نتیجه رسیده‌اند که اقدام جمعی و همکاری در گروه‌های کوچک و مشترک، اگرچه به فقرا برای تحمل مشکلات و ادامه بقا کمک می‌کند، اما لزوماً آنها را از فقر خارج نمی‌کند. از سازمان‌های مردم‌نهاد، به ندرت به عنوان تکیه‌گاهی برای خروج از فقر یاد می‌شود. کمک‌های سازمان‌های مردم‌نهاد تنها ۳/۰ درصد از دلایل ذکر شده برای خروج از فقر را دربرمی‌گیرد. البته این بدان معنا نیست که سازمان‌های مردم‌نهاد در دسترس نیستند یا کار بشردوستانه مهمی انجام نمی‌دهند، بلکه بدین معناست که سازمان‌های مردم‌نهاد یا روی تعداد کمی از مردم تأثیر می‌گذارند و یا تصور می‌شود کار آنها تأثیر مستقیمی روی فقر ندارد.

در پایان، نویسندگان جمع‌بندی می‌کنند که فقرا در هر معنای اجتماعی، تنبل، مست یا احمق نبوده‌اند. آنها سخت کار می‌کنند تا گذران زندگی کنند و در حالی که رشد می‌کنند، فرصت‌ها را به چنگ می‌آورند. درواقع یافته اصلی بررسی این است که گروه ثابتی به عنوان «فقرا» وجود ندارد. فقر یک حالت است نه یک هویت دائمی.

نارایان، دیپا و همکاران، ۱۳۹۶، خروج از فقر (راه‌های



معرفی موسسات و مراکز

مرکز	لگوی مرکز	نوع خدمات	نوع مرکز	آدرس	سایت	تماس
۱ تامین اجتماعی	 سازمان تامین اجتماعی	خدمات درمانی، پرداخت مستمری در دوران بازنشستگی، مستمری در صورت از کارافتادگی، مستمری بازماندگان بیمه شده، بیمه بیکاری، کمک هزینه برای ازدواج و...	سازمان بیمه گر اجتماعی عمومی غیردولتی	تهران، خیابان آزادی، جنب وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، پلاک ۳۵۹، سازمان تامین اجتماعی	ir.tamin	۰۲۱-۶۴۵۰۱
۲ بهبیستی	 سازمان بهزیستی کشور	ارائه خدمات به افراد نیازمند در ابعاد مختلف اعم از توانمندسازی زنان سرپرست خانوار، اورژانس اجتماعی، توانمندسازی معتادان بهبودیافته، خدمات رسانی به کودکان کار و خیابان و...	دولتی	تهران، میدان امام خمینی (ره)، خیابان فیاض بخش، شماره ۱۱۲۱، سازمان بهزیستی کشور	ir.behzisti	۰۲۱-۶۶۷۰۲۰۰۱
۳ کمیته امداد امام خمینی (ره)	 کمیته امداد امام خمینی	پشتیبانی از محرومان و مستضعفان و توانمندسازی آن ها	عمومی غیردولتی	تهران، میدان آزادی، ابتدای بزرگراه شهید لشگری، دفتر مرکزی کمیته امداد امام خمینی (ره)	ir.emdad	۱۴۹۸
۴ بنیاد برکت	 بنیاد برکت وابسته به نهادهای دولتی و غیردولتی	اشتغال زایی و اجرای پروژه های عمرانی	شبه دولتی متعلق به ستاد اجرایی فرمان امام (ره)	تهران، خیابان شهید احمد قصاب (بخارست)، خیابان هشتم، شماره ۶	ir.barkat.App	۸۸۴۸۰۰۲۶
۵ بنیاد احسان	 بنیاد احسان سازمان امور رفاه و خدمات اجتماعی	خدمات رسانی در ابعاد مختلف من جمله توزیع بسته های معیشتی، توزیع غذای گرم در مناطق محروم حمایت تحصیلی از دانش آموزان واجد شرایط و...	شبه دولتی متعلق به ستاد اجرایی فرمان امام (ره)	تهران، محله حشمت الدوله - جمالزاده، خیابان شهید دکتر مرتضی لیاقی نژاد، بن بست دوم، طبقه ۴، واحد ۱	Bonyad.ehsan@	۰۲۱۹۱۳۰۱۱۳۰

۸۸۸۲۷۷۷	mfnews.ir	تهران، بزرگراه سردار سلیمانی، ابتدای بلوار آفریقا ساختمان مرکزی بنیاد مستضعفان انقلاب اسلامی.	شبه دولتی زیر نظر رهبر جمهوری اسلامی	کمک به رفع استضعاف و محرومیت مناطق محروم و افزایش توانمندی برای ارتقای سطح زندگی مادی، معنوی و فرهنگی مستضعفان، توسعه سرمایه انسانی و فناوری و...	 بنیاد مستضعفان انقلاب اسلامی	بنیاد مستضعفان انقلاب اسلامی	۶
۷۱۶۸۹۶۷۷۱۰	lssar.ir	تهران، ولیعصر، طالقانی، بین بازرگانی و خوشبختی	دولتی	اشتغال زایی، تسهیلات مسکن، آموزش عمومی، خدمات فرهنگی، خدمات بهداشت و درمان، حمایت مالی و... از خانواده شهدا و ایثارگران	 بنیاد شهید و امور ایثارگران ۱۳۵۸	بنیاد شهید و امور ایثارگران	۷
۰۰۰۱۰۰۰۱۷۷۱۰	ir.rcs	تهران، خیابان ولیعصر، بالاتر از میرداماد، نبش خیابان رشید یاسمی، جمعیت هلال احمر جمهوری اسلامی ایران	غیردولتی انسان دوستانه	کمک رسانی به افراد در زمان وقوع جنگ و حوادث، دارای مرکز جامع توانبخشی	 جمعیت هلال احمر جمهوری اسلامی ایران	هلال احمر	۸



نام مرکز	لگوی مرکز	نوع خدمات	نوع مرکز	آدرس	سایت	تماس
۱ امام علی شهر ری		خدمات رسانی به افراد نیازمند و بی بضاعت	مردم نهاد	آدرس دفتر مرکزی: تهران، شهر ری، خیابان شهید بیات، بعد از اداره پست، پلاک ۵۱	https://emamali-charity.com	۵۵۹۵۸۳۲
۲ شمیم کوثر		خدمات رسانی به خانواده های ایثار و نیازمندان	مردم نهاد	خیابان کریمخان - خیابان خردمند جنوبی - خیابان آذرشهر - پلاک ۳- مجتمع تجارت ایران - طبقه اول - واحد ۱۰۱	https://shamim-kosar.com	۸۸۳۵۷۵۶ ۸۸۲۳۳۲۶
۳ جمعیت طلوع بی نشان ها		خدمات رسانی به آسیب دیدگان اجتماعی، بی خانمان ها	مردم نهاد	تهران، بزرگراه شهید محلاتی شرق به غرب، قبل از خروجی امام علی (ع) شمال، دسترسی محلی-کوچه شهید صالحی، مقابل درب درمانگاه مسجد جامع قاسم ابن الحسن، طبقه دوم	www.toloo.org	۳۳۱۷۲۱۷۱
۴ نیکان ماموت		خدمات رسانی به خانواده های فقیر و بی سرپرست، کمک هزینه های تحصیلی	مردم نهاد	تهران، زعفرانیه، خیابان اعجازی، میدان اعجازی، طبقه فوقانی بانک سرمایه، ساختمان آصف، طبقه ۱، واحد ۱	https://nikan-charity.org	۰۲۱۳۲۱۶۰۰۱
۵ بنیاد سپهر تهران		اشتغال زایی و کارآفرینی، امور زنان و کودکان	مردم نهاد	تهران، خیابان ولیعصر - بالاتر از نیایش - خیابان سعیدی پلاک ۵۸ واحد ۱	https://sepehri-charity.com	۲۶۲۰۴۳۲۲ ۲۶۲۰۴۳۲۳
۶ صبح امید		ترویج امور خیریه و گسترش فرهنگ نیکوکاری در جامعه و حمایت از خانواده های نیازمند	مردم نهاد	دفتر مرکزی: تهران، خیابان آزادی، به سمت میدان آزادی، بعد از دانشگاه شریف، کوچه آران پلاک ۱۲	https://sobheomid-id.ir	۰۹۱۰۸۶۸۶۰۰

۴۴۰۱۲۰۹۸ ۴۴۰۱۸۹۱۷	https://dmngo.ir	تهران، دفتر مرکزی تهران، خیابان آیت اله کاشانی، جنب بانک سینا، پلاک ۷۳	مردم نهاد	رفع محرومیت و کمک به اقتشار نیازمندان، به ویژه زنان و کودکان نیازمند کمک و حمایت		بنیاد دستان مهربان	۷
۰۲۱۷۷۶۳۶۳۷۷ ۰۹۱۲۹۵۸۳۵۵۰	https://bonyadd-anesh.org	تهران، خیابان انقلاب، روبروی خیابان شریعتی، ساختمان تتکابن، پلاک ۳۵۲، طبقه چهارم واحد ۲۲	مردم نهاد	حمایت از فرزندان مستعد اما نیازمند و محروم از نعمت پدر		بنیاد دانش	۸
۰۹۳۸۸۶۳۰۸۳۷	https://ima-ngo.com	دفتر مرکزی: اصفهان، خیابان طیب، نرسیده به مسجد سید، کوچه ۱۳، ساختمان سامان، واحد همکف	مردم نهاد	کاهش آسیب های ناشی از فقر، توانمند سازی مردم مناطق محروم		انجمن ایما	۹
۲۱۷۷۶۸۸۲۴	https://firooznia-charity.ir	تهران، خیابان شریعتی بعد از سینما ایران و چهارراه بهار شیراز، جنب بانک انصار، پلاک ۳۵۰ - طبقه اول	مردم نهاد	خدمات رسانی به افراد بی بضاعت از حمایت از زنان سرپرست خانوار و فرزندان تحت پوشش آن ها، توانمند سازی		بنیاد فیروز نیا	۱۰
02166921063 02166911615	https://atena-ngo.Com	تهران، میدان توحید، خیابان امیرلو (گلبار سابق)، پایین تر از طوسی، بن بست منصوریه، پلاک	مردم نهاد	ارائه خدمات در راستای توانمندسازی زنان و کودکان با ایجاد بنگاه های کارآفرینی و آموزش و حمایت آنان، اشتغال زایی		آتنا	۱۱
2122544787	https://mohe-bancharity.ir	تهران - خیابان پاسداران - بلوار شهزاد - خیابان یارمحمدی - کوچه فردوس - پلاک ۴ واحد ۲	مردم نهاد	حمایت و توانمندسازی خانواده های بی بضاعت و محروم جامعه، اشتغال زایی		محبان	۱۲



اورژانس اجتماعی

فاروق آفرین

کارشناسی مترجمی زبان انگلیسی

afarinfarogh@gmail.com

عبدالرحمن قاسم زاده

کارشناسی مددکاری اجتماعی

abdollahman.ghasemzade@gmail.com

مقدمه و بیان مسئله

گسترش آسیب‌های اجتماعی مستقیماً نیروی انسانی یک جامعه را مورد هدف قرار می‌دهد. نیروی انسانی برای کلیه جوامع پیشرفته و در حال پیشرفت بسیار حائز اهمیت بوده و قوت آن موجب بهره‌وری بیشتر آن جامعه خواهد بود و در صورت وجود ضعف جسمی، روانی، ضعف در اعتماد اجتماعی و قانون‌مدار نبودن نیروی انسانی باعث اخلاص در امنیت اجتماعی کل جامعه و ناکارآمدی سایر اعضای جامعه خواهد شد. کشورهای توسعه‌یافته در سطح جهان سال‌هاست به موضوع امنیت اجتماعی افراد توجه خاص نشان داده‌اند. کشور ما نیز در سال ۱۳۸۵ سیاست‌های کلی در رابطه با موضوع مواد مخدر تدوین نموده است. هرچند هنوز در بسیاری از مسائل و مشکلات حوزه آسیب‌های اجتماعی سیاست واضح و مشخصی وجود ندارد یا اگر وجود دارد به دلیل ناهماهنگی چند بخش مرتبط، کارایی لازم را در کنترل یا پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی در سطح جامعه نداشته، اما احداث سازمان‌هایی چون بهزیستی و ادارات مرتبط قدمی مهم در راستای برخورد با اخلاص در امنیت اجتماعی جامعه و کنترل آسیب‌های ناشی از آن بوده است. علیرغم حضور فعال نیروهای انتظامی و قضایی در برخورد با خاطیان از قانون و در نتیجه آن افزایش ضریب اطمینان مردم و احساس امنیت بیشتر آنان، برخی جرم‌ها و البته تمامی آسیب‌های اجتماعی که غالباً از رفتارهای ناشایست فرد با خود، خانواده و افراد دیگر ناشی می‌شود، امروزه به مخاطره‌ای بزرگ برای سلامت نیروی انسانی کشور تبدیل شده است. در سال‌های اخیر یکی از مجموعه‌هایی که در خط مقدم برخورد با این‌گونه آسیب‌ها نقش فعالی داشته، یکی از زیرمجموعه‌های سازمان بهزیستی بنام اورژانس اجتماعی است. اورژانس اجتماعی مرکزی که در دو دهه گذشته فعالیت‌های بسیاری در زمینه حل مشکلات خانوادگی، نگهداری، مراقبت و حمایت از افراد کم‌توان، ناتوان و افراد بی‌بضاعت یا اشخاص دارای اختلال در هویت جنسی انجام داده است. این نهاد در بطن جامعه حضور داشته و سبب تقویت هر چه بیشتر امنیت اجتماعی کشور شده است.

چکیده

چربایی وجود مسائل روحی روانی، قسمتی از مسائل مربوط به محدودیت‌های جسمی افراد در تمام سنین و پیگیری و درمان آنها لزوم وجود سازمانی مردم‌نهاد در این حوزه را آشکار می‌کند. در دهه‌های اخیر شاهد بروز یا افزایش چشم‌گیر به‌هم‌ریختگی در هنجارهای جامعه و مواجهه با پدیده‌هایی بوده‌ایم که عمق و شدت آنها و واکنش نسبت به آنها با رویکردهای متفاوتی در جامعه ایران همراه بوده است، آمارهای ارائه‌شده توسط سازمان‌ها و نهادهای اجتماعی در سال‌های اخیر مبین این حقیقت بوده که تنوع و فراوانی آسیب‌های اجتماعی رو به افزایش می‌باشد.

با ارائه آمارهای کمی، کیفی همچنین توضیحاتی پیرامون ابعاد مختلف اورژانس اجتماعی نظیر اهداف اورژانس اجتماعی، تفاوت عملکردی اورژانس اجتماعی با سایر نهادهای دخیل در مسائل انتظامی و اخلاصی در جامعه، تبیین نقش رسانه‌های جمعی در راستای شناخت مرکز اورژانس اجتماعی بین مردم و شناساندن آن به‌صورت یک نیاز می‌پردازیم. علاوه بر آن از یک پرسشنامه برای شناخت میزان آگاهی مردم با پروژه اورژانس اجتماعی استفاده کرده‌ایم.

ابتدا به شرح ساختار کلی اورژانس اجتماعی پرداخته‌ایم، سپس به خدمات قابل‌ارائه در این مراکز با توجه به ویژگی‌های مهمی چون تخصصی بودن، به‌موقع و در دسترس بودن اشاره کرده‌ایم. علاوه بر آن از موانع و مشکلات پیرامون اورژانس اجتماعی گفته‌ایم تا با رفع آنها کارایی این مراکز بیشتر شود. بر اساس مطالعات انجام‌گرفته طی این تحقیق اساسی‌ترین مسئله‌ای که به آن برخوردیم، ناآگاهی مردم یا شناخت نادرست آنان از اورژانس اجتماعی و حوزه‌های فعالیت آن بود. برای تحقق هدف اصلی اورژانس اجتماعی یعنی بازگشت فرد به خانواده آگاهی تمام مردم یکی از مسائل مهم در راستای توسعه فعالیت‌های این مراکز می‌باشد که باید از سوی نهادهای اطلاع‌رسانی و دیگر دستگاه‌های مرتبط این موضوع بیشتر پیگیری شود. تحقیق پیش رو گامی کوچک در راستای این هدف متعالی می‌باشد.

کلمات کلیدی: مرکز اورژانس اجتماعی، ساختار اورژانس اجتماعی، سازمان بهزیستی، مددکاری، آسیب‌های اجتماعی، امنیت اجتماعی، خشونت‌های خانگی.



مواد و روش‌ها

تحقیق پیش رو در تلاش برای معرفی چارچوب‌های برنامه اورژانس اجتماعی حاصل آمده که از سه بخش آمارهای کمی و کیفی و توضیحاتی پیرامون ابعاد مختلف اورژانس اجتماعی نظیر اهداف اورژانس اجتماعی، میزان آشنایی مردم با این نهاد، تفاوت عملکردی اورژانس اجتماعی با سایر نهادهای دخیل در مسائل انتظامی و اخلاقی در جامعه می‌باشد. همچنین به نقش رسانه‌ها در راستای شناخت مرکز اورژانس اجتماعی می‌پردازیم. علاوه بر آن، تأثیرات وجود اورژانس اجتماعی، شناخت صحیح یا غلط مردم از اورژانس اجتماعی، ابزارهای دخیل در شناساندن آن به مردم و در آخر موانع و مشکلاتی که بر سر راه توسعه فعالیت‌های این مرکز قرار دارد را بررسی و تشریح خواهیم کرد. در بخش کمی با بررسی آمار تعدادی از آسیب‌های اجتماعی مطرح در کشور به بررسی عملکرد اورژانس اجتماعی در امنیت بخشیدن به جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کنیم خواهیم پرداخت. همچنین از یک پرسشنامه برای تعیین میزان آشنایی مردم با اورژانس اجتماعی و ناآگاهی‌های موجود در این زمینه استفاده کرده‌ایم.

تاریخچه

انسان در فراز و نشیب تاریخ همیشه از آلام روحی-روانی و آسیب‌های اجتماعی رنج برده و همواره در جستجوی علل آنها و انگیزه‌هایی بوده است تا راه‌ها و شیوه‌هایی را برای رهایی بیابد، نابسامانی‌های اقتصادی، اجتماعی و روانی ازجمله عواملی هستند که زمینه مساعدی را برای انواع آسیب‌های اجتماعی فراهم می‌آورند، با در نظر گرفتن مطالب مذکور و با اعتقاد و علم به اینکه چنانچه اکثریت این افراد در شرایط بحرانی تحت حمایت‌های فوری و تخصصی لازم، با استفاده از نیروهای متخصص و روش‌های مناسب قرار گیرند و با توجه به اینکه این افراد در شرایط بحرانی به دلیل فشارهای ناشی از آن آمادگی بیشتری برای دریافت کمک دارند می‌توان از گرایش مجدد آنان به آسیب‌های اجتماعی جلوگیری کرد و زمینه ادامه زندگی سالم در جامعه و بازگشت به خانواده را فراهم کرد این کار با ارائه خدمات مداخله‌ای تخصصی طی سال‌های اخیر ازجمله با راه‌اندازی اورژانس اجتماعی با سه ویژگی به‌موقع بودن، در دسترس بودن و تخصصی بودن، در اردیبهشت ۱۳۷۸ تدوین شد^۱ و در تاریخ ۲۲ و ۲۳ اردیبهشت همان سال در گردهمایی مسئولان امور آسیب دیدگان اجتماعی

۱- دستورالعمل اجرای اورژانس اجتماعی ص ۱.

ساختار

آسیب‌های اجتماعی و جرائم در تمام جوامع وجود داشته است و در جوامع مختلف برای کنترل و کاهش آنها و نیز برای مقابله با آنها برنامه‌های متعددی تدوین و اجرا شده است. یکی از برنامه‌هایی که در جمهوری اسلامی ایران آغاز شده **اورژانس اجتماعی** است که توسط سازمان بهزیستی کشور تدوین شده و در حال اجرا است.

اجتماعات انسانی به‌ویژه در کلان‌شهرهای چندمیلیونی به علت پیچیده‌تر شدن روابط اجتماعی دچار مشکلات اجتماعی فراوانی می‌باشند جهت جلوگیری و رفع مشکلات و آسیب‌های اجتماعی می‌بایست خدمات متناسبی ارائه نمود، این برنامه با مداخله در بحران فردی، خانوادگی و اجتماعی (از طریق مراکز اورژانس اجتماعی)، خط تلفن اورژانس اجتماعی (۱۲۳) و تیم سیار اورژانس اجتماعی (با ارائه خدمات اجتماعی به‌صورت سیار) انجام می‌شود.

در این برنامه ویژگی‌های مهم ارائه خدمات اجتماعی یعنی؛ **تخصصی بودن، به‌موقع بودن و در دسترس بودن** مدنظر قرار گرفته است تا از این طریق ارائه خدمات اجتماعی به مردم در اورژانس اجتماعی محدود به زمان و مکان خاصی نگردد.

مراکز اورژانس اجتماعی به مراکزی اطلاق می‌شود که با هدف ارائه خدمات تخصصی و فوری لازم به افراد در معرض آسیب اجتماعی یا آسیب‌دیده اجتماعی به‌منظور جلوگیری از انحراف یا انحراف مجدد آنها فعالیت می‌نمایند.

اقدامات اجرایی شامل: پذیرش، ارائه خدمات تخصصی، ترخیص و پیگیری پس از ترخیص می‌باشد. پذیرش افراد به دو شکل انجام می‌گیرد:

یک. خود معرفی

دو. ارجاعی:

الف) درون سازمانی:

توسط خط تلفن اورژانس اجتماعی ۱۲۳
توسط خدمات سیار اورژانس اجتماعی
توسط سایر مراکز بهزیستی

سراسر کشور که در استان فارس (شیراز) برگزار شد مورد بررسی قرار گرفت و پس از تأیید نهایی با حمایت رئیس وقت سازمان بهزیستی و معاون امور اجتماعی وقت این سازمان در کشور اجرایی شد. استان یزد اولین استانی بود که در هفته دولت آن سال مرکز اورژانس اجتماعی را راه‌اندازی کرد. بوشهر، اصفهان، خراسان بزرگ، گیلان، مازندران، کرمان و تهران هشت استانی بودند که در همان سال اورژانس اجتماعی را راه‌اندازی کردند و می‌توان گفت که اورژانس اجتماعی الآن وارد سن ۲۱ سالگی خود شده است.^۲ مراکز اورژانس اجتماعی زیر نظر دفتر امور آسیب دیدگان معاونت امور اجتماعی سازمان بهزیستی با هدف کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی و حمایت از افراد آسیب‌دیده و در معرض آسیب فعالیت می‌کند و همچنین با نهادهای انتظامی و قضایی همکاری مستقیم دارد.

جامعه هدف اورژانس اجتماعی

- افرادی که دارای اختلافات حاد در روابط درون خانوادگی هستند
- زوج‌های در معرض پدیده طلاق
- افرادی که خودکشی کرده یا قصد و تمایل به انجام خودکشی دارند
- زنان و دختران آسیب‌دیده اجتماعی جهت بازپروری
- همسران آزاردیده
- کودکان آزاردیده
- زنان و دختران فراری از منزل (ارجاع به مراکز نگهداری)
- زنان و دخترانی که روابط جنسی نامشروع دارند
- کودکان خیابانی و کودکان کار (با هدف ساماندهی)
- افراد دارای اختلال هویت جنسی (با هدف حمایت)
- سالمندان (با هدف مراقبت و نگهداری)
- مصرف‌کنندگان مواد اعتیادآور و مخدر
- بیماران دارای بیماری‌های مزمن روانی
- معلولین آزاردیده در جامعه
- و تمامی افراد نیازمند مشاوره در زمینه‌های بازماندگی از تحصیل، نداشتن امید به آینده، نداشتن احساس سعادت و خوشبختی، اوقات فراغت جوانان و نوجوانان، همبستگی‌های اجتماعی و غیره.^۳

۲- وبسایت دفتر امور آسیب‌های اجتماعی، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی.

۳- دستورالعمل اجرای اورژانس اجتماعی ص ۱۰.

ب) برون‌سازمانی:

توسط مراجع قضایی
توسط نیروهای انتظامی
معرفی توسط برنامه اورژانس اجتماعی
توسط سایر نهادها (دولتی و غیردولتی)

خدمات تخصصی:

خدمات مددکاری، روان‌شناسی، تربیتی، حقوقی،
فرهنگی و آموزشی.
برای انجام کارهای اجرایی در هر مرکز خدمات تخصصی
مرتبط به صورت جداگانه ارائه می‌گردد:

الف) خدمات مددکاری اجتماعی:

مصاحبه تشخیصی
ارائه خدمات اجتماعی
ارتباط با خانواده

آموزش مهارت‌های زندگی با همکاری روانشناس
بازتوانی
پیگیری‌های پس از ترخیص

ب) خدمات روان‌شناسی:

مصاحبه بالینی و معاینه وضعیت روانی
انجام آزمون‌ها
مشاوره و درمان اعم از مشاوره‌های فردی، خانوادگی
و گروهی

زوج‌درمانی

خانواده‌درمانی

آموزش مهارت‌های زندگی

ج) خدمات تربیتی:

نظارت و مراقبت شبانه‌روزی بخش نگهداری موقت
ارائه خدمات مورد نیاز به مراجعان در بخش نگهداری
موقت
همکاری با سایر اعضای تخصصی مرکز اورژانس
اجتماعی

د) خدمات حقوقی:

ارائه راهنمایی‌های حقوقی به افراد
پیگیری امور حقوقی افراد از مراجع ذی‌ربط

ه) خدمات فرهنگی و آموزشی:

آموزش مهارت‌های زندگی
برنامه‌ریزی جهت گذران اوقات فراغت متناسب با نوع
مشکل و مدت‌زمان نگهداری در مرکز اورژانس اجتماعی
(حداکثر ۲۰ روز)

تبصره: خدمات به دو صورت سرپایی و یا نگهداری ارائه
می‌گردد.

خدمات سرپایی: شامل خدمات تخصصی مددکاری
اجتماعی، روان‌شناسی، پزشکی، روان‌پزشکی، حقوق



آموزشی راجع به آسیب‌های اجتماعی و مهارت‌های مقابله‌ای می‌باشد.

ترخیص:

با توجه به شرایط مراجعین و خدمات ارائه‌شده ترخیص مناسب صورت می‌گیرد.

بازگشت به خانواده به‌عنوان مهم‌ترین هدف این مراکز به‌طور کامل انجام می‌شود.

ارجاع به مراکز زیرمجموعه امور آسیب دیدگان اجتماعی با توجه به شرایط مراجعان (مراکز خانه سلامت، بازپروری زنان آسیب‌دیده اجتماعی و غیره).

ارجاع به سایر مراکز مرتبط با سازمان بهزیستی

ارجاع به سایر سازمان‌ها و نهادهای حمایتی ذی‌ربط

پیگیری پس از ترخیص

مددکاران اجتماعی این مراکز موظف هستند پس از ترخیص پیگیری‌های لازم را انجام دهند (شامل مراجعه حضوری، برقراری تماس تلفنی و مکاتبه مددکار با افراد ترخیص شده می‌باشد).

نکته: مدت پیگیری می‌تواند کوتاه‌مدت و میان‌مدت و بلندمدت باشد.

اهداف اورژانس اجتماعی

اورژانس اجتماعی قصد دارد زمینه‌ای فراهم کند تا افراد در معرض آسیب و آسیب‌دیده اجتماعی برای دریافت خدمات مورد نیاز محدودیت مکانی، زمانی و درمانی نداشته باشند و دقیقاً به همین دلیل است که خدمات آن به‌صورت شبانه‌روزی و رایگان است. همچنین این مرکز برنامه دارد تا مداخلات روانی-اجتماعی را قبل از مداخلات قضایی و انتظامی اجرا کند و این نوع مداخلات را جایگزین انواع دیگر کند، که این مسئله در پیشگیری از وقوع جرم و همچنین قضا زدایی نقش بسزایی ایفا می‌کند.

اهداف اورژانس اجتماعی به دو بخش کلی و تخصصی تقسیم می‌شوند:

اهداف کلی:

۱. کنترل و کاهش بحران‌های فردی، خانوادگی و اجتماعی
۲. در دسترس قرار دادن خدمات تخصصی و اورژانسی سازمان بهزیستی به‌آحاد جامعه

و غیره به افرادی که مشمول خدمات مرکز اورژانس اجتماعی می‌شوند، می‌باشد.

خدمات نگهداری موقت: شامل خدمات تخصصی فوق‌الذکر به زنان و دختران در معرض آسیب یا آسیب‌دیده اجتماعی که مشمول بهره‌مندی از خدمات مرکز هستند می‌باشد و این افراد می‌توانند حداکثر به مدت ۲۰ روز از خدمات نگهداری موقت استفاده نمایند. این مدت در صورت نیاز با تأیید تیم متخصص برای ۲۰ روز دیگر قابل تمدید می‌باشد.

ارائه خدمات از طریق شماره تماس اورژانس اجتماعی ۱۲۳: مشکلات گروه‌های هدف مراکز امور آسیب دیدگان اجتماعی که از طریق خط ۱۲۳ متقاضی دریافت خدمات هستند، به کارشناسان مرکز اورژانس اجتماعی ارجاع می‌گردد و کارشناسان نیز با توجه به نوع مشکل و نیاز و فوریت آن مداخلات لازم را انجام می‌دهند.

خدمات خط تلفن اورژانس اجتماعی

معرفی خدمات سازمان بهزیستی به تماس‌گیرندگان ارائه راهنمایی‌های لازم به تماس‌گیرندگان ارجاع تماس‌گیرندگان به مراکز تابع بهزیستی (مراکز توان‌بخشی، مراکز پیشگیری، مراکز اورژانس اجتماعی) ارجاع افراد به مرکز مداخله در بحران‌های فردی، خانوادگی و اجتماعی (اورژانس اجتماعی) ارجاع افراد مشمول دریافت خدمات به واحدهای ارائه خدمات اجتماعی سیار

تبصره: در صورتی که برای حمایت از افراد تماس‌گیرنده نیاز به مداخله مرکز فوریت‌های پلیس انتظامی (۱۱۰) باشد هماهنگی‌های لازم صورت خواهد گرفت.

خدمات سیار اورژانس اجتماعی: مراجعین به واحد خدمات سیار اورژانس اجتماعی در صورتی که مشمول گروه‌های هدف مراکز امور آسیب دیدگان اجتماعی باشد در صورت نیاز جهت دریافت خدمات تخصصی به مراکز اورژانس اجتماعی ارجاع می‌گردند.

خدمات سیار اورژانس اجتماعی:

خدمات مددکاری اجتماعی: شامل بررسی نوع حمایت‌های اولیه مددکاری و چگونگی ارائه خدمات خدمات روان‌شناسی: از طریق روان‌شناس در مصاحبه اولیه و به‌صورت سرپایی انجام خواهد گرفت. سایر خدمات شامل: اطلاع‌رسانی راجع به برنامه‌ها و فعالیت‌های سازمان، نصب پوستر و توزیع جزوات

اهداف تخصصی:

۱. ارتقاء سطح دانش و آگاهی افراد در معرض آسیب و آسیب‌دیده اجتماعی در خصوص مسائل و مشکلات اجتماعی و کمک به درک بهتر موقعیت خود در شرایط بحرانی
۲. ارتقاء توانمندی‌های افراد در معرض آسیب و آسیب‌دیده اجتماعی جهت مقابله با مسائل اجتماعی در شرایط بحرانی از طریق ارائه خدمات تخصصی و به‌موقع
۳. ارتقاء آگاهی و شناخت خانواده و اجتماع نسبت به نیازهای مراجعان به‌منظور تسهیل فرآیند حل مسئله در شرایط بحرانی
۴. شناسایی مناطق و کانون‌های آسیب‌زا و انجام مداخلات لازم جهت دسترسی برابر به خدمات اجتماعی
۵. ایجاد زمینه مشارکت مردم و سازمان‌های غیردولتی
۶. مداخله مؤثر به‌منظور کاهش جرائم و جلوگیری از تشدید بحران و آسیب‌های اجتماعی و کاهش صدمات بر اقشار در معرض آسیب
۷. انجام مداخلات روانی-اجتماعی قبل از مداخلات قضایی و انتظامی
۸. کمک به قضا زدایی و پیشگیری از جرم
۹. شناسایی آسیب‌های اجتماعی شایع و در حال شیوع یا نوپدید و بازپدید^۴

تفاوت

اساس دریافت خدمات از اورژانس اجتماعی خود معرف

۴- دستورالعمل اجرای اورژانس اجتماعی ص ۱۱ - ۱۸.

و داوطلبانه است. هر فرد برای دریافت خدمات حسب شرایط خود می‌تواند اورژانس اجتماعی، نیروی انتظامی یا دیگر نهادهای اجتماعی را انتخاب کند. اورژانس اجتماعی یک خدمت غیر انتظامی و غیر قضایی محسوب می‌شود. باید تأکید کرد اورژانس اجتماعی، پلیس و گشت ارشاد نیست، بلکه یک برنامه اجتماعی است.

امروزه متأسفانه برخی از مردم هنوز اورژانس اجتماعی را با پلیس اجتماعی یکسان و هم‌نوا می‌دانند درحالی‌که پلیس اجتماعی بخشی از پلیس است که در امور اجتماعی فعال است، مانند مشاوره و مددکاری در کلانتری‌ها، در زمینه خشونت‌های خانگی و آسیب‌های اجتماعی تا زمانی که شاکي خصوصی وجود نداشته باشد اساساً پلیس نمی‌تواند مداخله کند. بنابراین بحث اورژانس اجتماعی را باید از پلیس اجتماعی جدا نمود. باید یادآور شد که در صورتی‌که می‌توان شاهد عملکرد مناسب اورژانس اجتماعی و همچنین کاهش آسیب‌های اجتماعی در جامعه بود که قدرت عمل این افراد را افزایش داد چرا که امروزه متأسفانه به دلیل وجود موازی کاری‌ها و همچنین نبود قوانین حمایتی از کارشناسان اورژانس اجتماعی شاهد عملکرد نامناسب این مراکز هستیم.

اورژانس اجتماعی به‌عنوان سومین اورژانس کشور فعالیت می‌کند. در حوزه پزشکی، سازوکارهای مختلفی پیش‌بینی شده و بیمار می‌تواند به‌صورت حضوری به مراکز درمانی مراجعه کند یا با خط تلفن ۱۱۵ تماس



بیشتر به مراکز اورژانس اجتماعی در سطح جامعه پیردازیم. اورژانس اجتماعی از ریشه‌یابی و چرایی وجود این معضلات در سطح جامعه تا درمان و حل این‌گونه مشکلات در کنار افراد آسیب‌دیده حضور داشته است و مستقیماً در بحران‌های به وجود آمده ناشی از رفتارهای ناشایست فرد با خود یا دیگر افراد جامعه دخالت می‌کند.

خشونت‌های خانگی

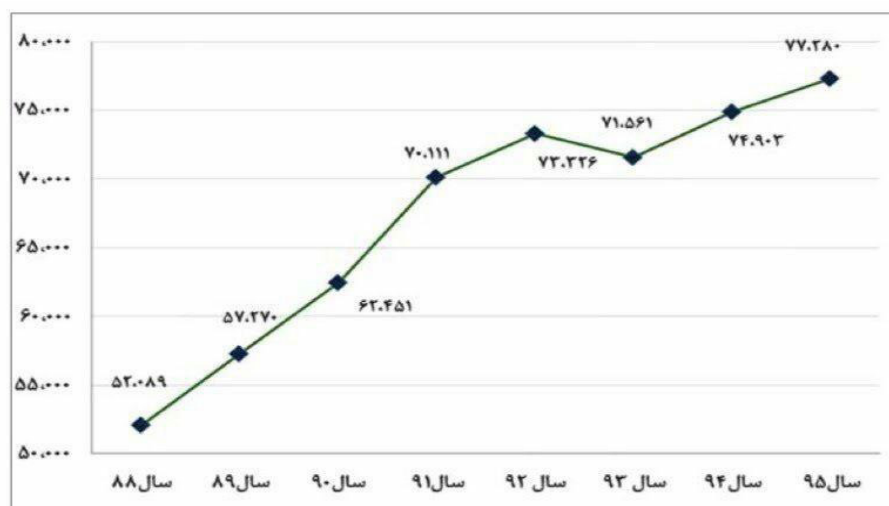
خشونت‌های خانگی طیف وسیعی از انواع خشونت‌ها را شامل می‌شوند که از رفتار ناشایست اعضای خانواده با هم به هر دلیلی ناشی می‌شود. آزار و اذیت همسر، کودک، خواهر و برادر، سالمندان، معلولان جسمی و حرکتی و از این‌دست خشونت‌ها شامل خشونت‌های خانگی می‌شوند. همسر آزاری ازجمله موارد خشونت خانگی است که توسط هر یک از همسران بر طرف دیگر تحمیل می‌شود، که در اکثر موارد این آزار و آسیب از سوی مرد بوده و آمار همسر آزاری از سوی زن به‌ندرت اتفاق می‌افتد. موارد همسر آزاری در سال ۱۳۹۵ در تهران، خراسان رضوی و اصفهان به ترتیب با ۱۷/۰۸۳، ۷/۳۸۵ و ۶/۴۸۳ بیشترین موارد در کشور بوده است. با استناد به آمارهای سازمان پزشکی قانونی در سال‌های بین ۱۳۸۸ تا ۱۳۹۵ تعداد معاینات نزاع مربوط به موضوع همسر آزاری با بیش از ۴۶٪ رشد از تعداد ۵۲۰۰۰ مورد به ۷۷۰۰۰ مورد در سال رسیده است (شکل ۱). رشد همسر آزاری در سال‌های اخیر کماکان ادامه داشته به‌طوری‌که در سال ۱۳۹۸، ۸۵/۴۲۰ مورد پرونده همسر آزاری به سازمان پزشکی قانونی ارجاع داده‌شده

بگیرد و در صورت نیاز با اعزام تیم پزشکی به محل حضور بیمار، خدمات اولیه درمانی را دریافت کند و سپس به مرکز تخصصی مرتبط ارجاع داده شود. در حوزه انتظامی نیز همین سازوکار با کلانتری، ایستگاه کلانتری، خط تلفن ۱۱۰ و گشت انتظامی پیاده‌سازی می‌شود. در حوزه اجتماعی مرکز اورژانس اجتماعی فعالیت دارد و خط تلفن ۱۲۳ و خدمات سیار اورژانس اجتماعی را در اختیار دارند. آنچه که تفکیک این نهادها با اورژانس اجتماعی را اهمیت می‌بخشد این است که نهادهای هم‌راستا با اورژانس اجتماعی برای مثال دادگاه‌ها و کلانتری‌ها باوجود قرار دادن بخش‌هایی مخصوص مشاوره و راهنمایی در کنار فعالیت‌های اصلی خود اما توانایی ریشه‌یابی مشکلات را ندارند و این‌گونه معضلات را به‌صورت سطحی می‌توانند حل کنند، در صورتی‌که با ارجاع این افراد به اورژانس اجتماعی می‌توان باوجود فعالیت‌های تخصصی این مراکز مشکلات به‌صورت اساسی ریشه‌یابی و حل می‌شوند.^۵

بررسی آمارها

آمار به‌دست‌آمده از منابع رسمی از افزایش روزافزون آسیب‌های اجتماعی در نقاط مختلف کشور خصوصاً شهرهای پرجمعیتی نظیر تهران، مشهد، تبریز و اصفهان حکایت دارد. از آنجا که تنوع آسیب‌های اجتماعی بسیار زیاد شده و بررسی هر یک در این مقال نمی‌گنجد، قصد داریم با ارائه تعدادی آمار از سایت‌ها، روزنامه‌ها و گزارش‌های نهادهای رسمی از ۴ آسیب اجتماعی با بیشترین آمار پرونده‌سازی، به اهمیت توجه هر چه

۵ - موسوی، چلک (۱۳۸۹)، مقاله اورژانس اجتماعی و نقش آن در پیشگیری از وقوع جرم.



شکل ۱. تعداد معاینات مربوط به همسر آزاری از سال ۱۳۸۸ تا ۱۳۹۵

است.

کودک‌آزاری یا آزار و اذیت کودکان (توسط والدین، خواهر و برادر یا افراد غریبه) ازجمله فعالیت‌های مهم، حساس و بدون اغماض اورژانس اجتماعی است. طبق آمار گزارش‌شده از رئیس اورژانس اجتماعی کشور در سال ۱۳۹۸، ۵۷٪ از پرونده‌های کودک‌آزاری ارجاع شده به اورژانس اجتماعی از سوی پدر کودک، ۲۶٪ از سوی مادر، ۹٪ از سوی ناپدری و نامادری و ۸٪ از سوی برادر، خواهر یا افراد غریبه انجام‌شده است. عامل اصلی کودک‌آزاری هم با ۵۱/۵٪ موارد اعتیاد به مواد مخدر و الکل عنوان‌شده است. ۱۶٪ پرخاشگری‌های والدین، ۷٪ اختلالات روانی سرپرست و ۵/۱٪ بیکاری در آزار دادن کودکان در درجات بعدی مؤثر بوده (البته غفلت والدین هم نوعی کودک‌آزاری محسوب می‌شود و بسیار هم شایع است اما متأسفانه آماری از آن در دسترس نیست) و سایر موارد هم دلیل مشخصی نداشته است.

خودکشی

در جدیدترین آمار به‌دست‌آمده از فعالیت‌های اورژانس اجتماعی در جهت حفظ جان افراد در معرض آسیب‌های اجتماعی، در ۶ ماهه ابتدایی سال ۱۳۹۹ از ۲۰۰۰ مورد اقدام قطعی برای خودکشی جلوگیری شده است. بدون شک این میزان پیشگیری از اقدام به خودکشی توسط نیروهای اورژانس اجتماعی تأثیر بسزایی در رتبه ایران از لحاظ تعداد خودکشی‌های انجام‌شده در سطح جهان دارد. شاخص خودکشی در دنیا ۱۲ مورد خودکشی به ازای هر ۱۰۰/۰۰۰ نفر است درحالی‌که شاخص خودکشی در ایران ۶/۱ مورد خودکشی به ازای هر ۱۰۰/۰۰۰ نفر است. مددکاران و روان‌شناسان گروه‌های سیار اورژانس اجتماعی با همکاری نیروهای انتظامی و قضایی می‌توانند عملکردی به‌مراتب بهتر

در برخورد با آسیب‌های اجتماعی داشته باشند که این مهم با اطلاع‌رسانی گسترده در جراید، بنر و بیلборدهای تبلیغاتی سطح شهرها، شبکه‌های اجتماعی و بخصوص رسانه ملی به‌عنوان پرمخاطب‌ترین رسانه ایران حاصل خواهد شد.

طلاق

آمار ازدواج و طلاق از آمارهای حساسیت‌برانگیز در سطح جامعه و حتی در سیاست‌های کلان کشوری می‌باشد. طبق بررسی‌ها از اوایل انقلاب اسلامی تاکنون، رفتار ایرانیان تحت تأثیر بسیاری از عوامل خارجی و داخلی و همچنین سیاسی، اقتصادی و فرهنگی در زمینه ازدواج جوانان تغییر است و نه‌تنها نسبت طلاق به ازدواج بلکه سن ازدواج را نیز افزایش داده است. طبق آمار به‌دست‌آمده تعداد ازدواج ثبت‌شده در سال ۱۳۵۸، ۳۰۲/۶۶۷ و تعداد طلاق ثبت‌شده در همین سال ۲۱/۱۷۰ مورد بوده است. درحالی‌که تعداد ازدواج و طلاق ثبت‌شده در سه دهه بعد یعنی در سال ۱۳۹۸ به ترتیب ۵۳۳/۳۳۵ و ۱۷۴/۸۳۱ مورد بوده است. نسبت تعداد طلاق ثبت‌شده به تعداد ازدواج ثبت‌شده در سال ۱۳۵۸، ۱۴/۳٪ بوده درحالی‌که همین نسبت برای سال ۱۳۹۸، ۳۲/۷۸٪ می‌باشد. بدیهی است که با توجه به تغییرات کلی انجام‌گرفته در جامعه و توجه به سیاست‌های افزایش جمعیت در کشور در چند سال اخیر، یکی از راهکارهای موجود، ارائه مشاوره‌های تخصصی قبل و بعد از ازدواج است که باید توسط افراد متخصص انجام گیرد تا تأثیرات مثبتی از آن دریافت شود. از آنجایی‌که یکی از فعالیت‌های اورژانس اجتماعی ارائه مشاوره‌های تخصصی است باید به ظرفیت این مراکز در ارائه این‌گونه خدمات توجه بیشتری شود.

شناخت اورژانس اجتماعی و تأثیر این نهاد بر جامعه

پیرامون آن

ضمن اینکه مردم برای مراجعه به اورژانس‌های اجتماعی باید آگاهی کافی از آن داشته باشند، باید تصریح کرد؛ این آگاهی از طریق برنامه‌های اطلاع‌رسانی و تبلیغاتی رسانه ملی، مطبوعات، بیلبوردها و آموزش از طریق کتب درسی صورت می‌گیرد البته چنانچه تأثیر منفی بر روی مخاطب نگذارد. آموزش به کودکان و نوجوانان از طریق مدارس بسیار حائز اهمیت است چرا که قسمت اعظم فعالیت‌های اورژانس اجتماعی



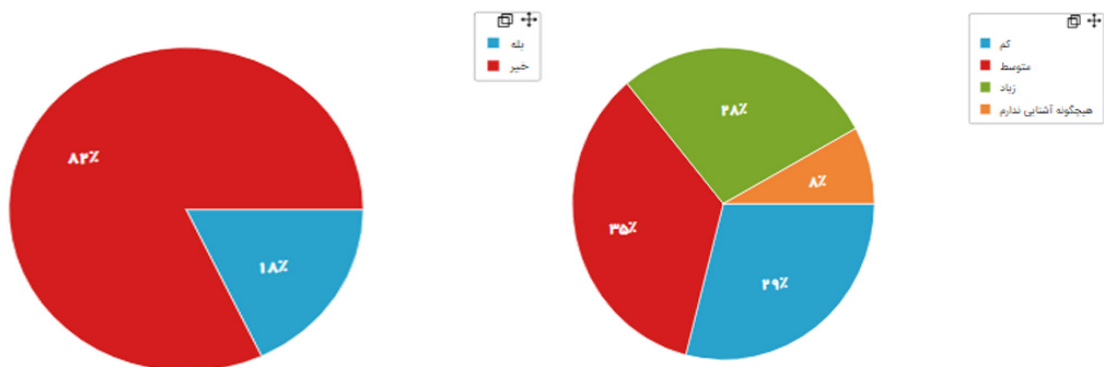
این مرکز نگارش شده و چرا در آن بر آشنایی هرچه بیشتر مردم با این مرکز تأکید شده است.

در پرسشنامه مذکور تعداد ۱۰۰ نفر به صورت تصادفی به این پرسشنامه پاسخ دادند. از این تعداد ۵۴٪ پاسخ‌دهندگان خانم بوده و ۴۶٪ مرد بودند که از ۳۰ شهر ایران در آن شرکت کرده بودند. جامعه آماری ما برای این مقاله گسترده بود به طوری که هم از شهرهای بزرگ و به طبع آن دارای آسیب‌های اجتماعی بیشتر (مثل تهران، اصفهان، تبریز، کرمان، مشهد، قزوین، ارومیه، بندرعباس، کرج و غیره) و هم از شهرهای کوچک و دارای آسیب‌های اجتماعی کمتر (مثل خمین، مهاباد، قدس، بردسکن، جیرفت، شوط، اشنویه، ملکان، گوگتپه، گنبد و غیره) در میان مشارکت‌کنندگان حضور داشتند.

پس از مشخصات در مورد دانش آنها در رابطه با اورژانس اجتماعی پرسش‌هایی مطرح کردیم و نتایج بدین گونه بود: این نهاد زیر نظر بهزیستی فعالیت می‌کند و طبق آمار به دست آمده ۷۰٪ پاسخ صحیح دادند ولی به ترتیب ۱۶٪، ۱۱٪ و ۳٪ گمان می‌کردند اورژانس اجتماعی زیر نظر نیروی انتظامی، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی و وزارت ورزش و جوانان فعالیت می‌کند. ۷۵٪ از پاسخ‌دهندگان با خط تلفن اورژانس اجتماعی (۱۲۳) آشنایی داشتند و ۲۵٪ خیر. پرسش بعدی به صورت خود اظهاری بود و از آنان سؤال شده بود که چه میزان با اورژانس اجتماعی آشنایی دارند و در پاسخ ۶۸٪ آشنایی متوسط به بالایی با اورژانس اجتماعی داشتند این در حالی بود که فقط ۱۸٪ تابه حال یک‌بار یا بیشتر به اورژانس اجتماعی شهر خود مراجعه کرده بودند. از بین افرادی که به مراکز اورژانس اجتماعی مراجعه کرده بودند ۶۵٪ مشکلشان حل شده و ۳۵٪ خیر. نتایج کامل‌تر در نمودار ۲ و ۳ قابل مشاهده است.

در ارتباط با کودکان و نوجوانان بوده چرا که بیشتر از سایر گروه‌های سنی در معرض آسیب‌های اجتماعی قرار دارند. علاوه بر این شناخت اورژانس اجتماعی و آسیب‌های پیرامون فعالیت آن می‌تواند در آینده به نحوه برخورد آنها با مشکلات و معضلات خود و جامعه کمک شایانی کند. اولین دلیلی که مردم با اورژانس‌های اجتماعی تماس نمی‌گیرند عدم شناخت کافی از این مراکز است، متأسفانه مردم ما اورژانس اجتماعی را درست نمی‌شناسند، وظایف و حیطه مداخلاتش را نمی‌دانند حتی بعضی‌ها آن را با اورژانس حوزه پزشکی اشتباه می‌گیرند، ما باید سطح آگاهی مردم را در زمینه فعالیت‌های اورژانس اجتماعی بالا ببریم. مردم باید اورژانس اجتماعی را با فوریت‌های پزشکی از هم تفکیک کنند و این مهم تنها با افزایش سطح آگاهی مردم نسبت به این نهاد به دست می‌آید. یک راه برای اینکه مردم از اورژانس‌های اجتماعی بیشتر کمک بگیرند این است که سطح خدمات اورژانس اجتماعی در جامعه بیشتر و بیشتر توسعه یابد و حتی مهم‌تر از این موضوع این است که باید هم‌خوانی و هماهنگی دستگاه‌هایی که به نحوی با اورژانس اجتماعی در یک راستا قرار می‌گیرند به طور مثال نیروی انتظامی، قوه قضاییه و سایر نهادهای دولتی و غیردولتی را بیشتر کرد. مثلاً هنگامی که مردم برای مسائل خانوادگی خود با نیروی انتظامی تماس می‌گیرند نیروی انتظامی آنها را فوراً به ۱۲۳ ارجاع دهد تا مشکلشان از ریشه حل شود.

برای درک دقیق‌تر میزان آشنایی مردم با اورژانس اجتماعی و فعالیت‌های این مرکز، پرسشنامه‌ای آنلاین با عنوان "میزان آشنایی مردم با اورژانس اجتماعی" طراحی کردیم که در ادامه با ارائه جزئیات و نتایج آن پی خواهیم برد که چرا مقاله پیش رو در جهت معرفی



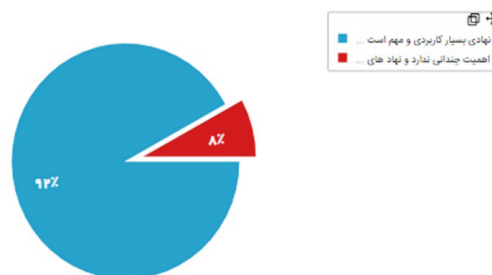
نمودار ۲. خود اظهاری در میزان آشنایی با اورژانس اجتماعی (کم، متوسط، زیاد، هیچ‌گونه آشنایی ندارم)

نمودار ۳. نتیجه پرسش آیا تابه حال به اورژانس اجتماعی مراجعه کرده‌اید؟

اورژانس اجتماعی در دوران بیماری کرونا

کرونا محدودیت‌های زیادی را از لحاظ اقتصادی و محیطی برای مردم ایجاد کرده و همچنین آن‌ها را در تنگنای روانی قرار داده است. قطعاً در چنین شرایطی جامعه بیش‌ازپیش به خدمات اجتماعی و روانی نیاز دارد. کشورهای توسعه‌یافته برای این منظور راهکارهای خاصی را تدارک دیده‌اند تا بتوانند در این شرایط حاد مردم خود را یاری دهند. شیوع کرونا و کاهش ارتباطات اجتماعی در کنار همه چالش‌هایی که برای سلامت انسان‌ها داشت، باعث افزایش مشاجرات و اختلافات خانوادگی شد. اگرچه ردپای خشونت در درون خانواده صرفاً مربوط به دوران کرونا نیست و کرونا تنها باعث تشدید آن شد، اما تغییر سبک زندگی و افزایش تاب‌آوری مردم برای کاهش این موضوع ضروری است. یکی از پیامدهای ظهور ویروس کرونا در جهان، تغییر سبک زندگی آزاد به اجباری و محدودیت‌های بی‌سابقه در زندگی افراد است و یکی از مهم‌ترین عوارض و تبعات زندگی در این دوران با چنین شرایطی افزایش آمار خشونت‌های خانگی است که باید برای پیشگیری از آن راهکارهای مؤثر با قابلیت اجرایی شدن یافت. سازمان بهزیستی کشور اعلام کرده که حضور اجباری خانواده‌ها در کنار هم در دوران کرونا، خشونت خانگی را در این ایام افزایش داده و بنا بر اعلام همین سازمان، متأسفانه بیشترین آمار مداخلات اورژانس اجتماعی در موضوع خشونت قرار می‌گیرد. اورژانس اجتماعی در

از آنجایی که اورژانس اجتماعی در تمام شهرهای کشور فعال است هنگامی که در این مورد از افراد شرکت‌کننده پرسش شد ۸۰٪ گفتند که فعال است و ۲۰٪ احتمالاً از روی ناآگاهی در مورد فعالیت این مرکز در شهرشان پاسخ خیر داده بودند، که می‌توان از آن نتیجه گرفت که ۲۰٪ از جامعه ما از وجود چنین مرکز کاربردی‌ای در نزدیکی خود ناآگاه‌اند. این ناآگاهی در مورد فعالیت‌های این مرکز نیز وجود دارد زمانی که از ایشان پرسیدیم که از بین فعالیت‌های جدول ۵ چند مورد را انتخاب کنند، ۲۰٪ از پاسخ‌دهندگان فعالیت‌ی را انتخاب کردند که هیچ ربطی به اورژانس اجتماعی نداشته و بررسی آن در حیطه وظایف نیروی انتظامی می‌باشد. در نهایت از آنها پرسیده شد که این نهاد باید توسعه یابد یا وجود آن ضرورت چندانی در جامعه ندارد و نتایج نشان داد که ۹۲٪ موافق توسعه و تجهیز این مراکز هستند چرا که باور دارند نهادی مهم و کاربردی در جامعه محسوب می‌شود.



نمودار ۴. اهمیت اورژانس اجتماعی از نظر مردم

گزینه	فراوانی پاسخ	درصد فراوانی
رسیدگی به افراد دارای اختلال هویت جنسی	۴۵	۴۵.۹٪
بازپروری معتادان	۳۰	۳۰.۶٪
معرفی معتادان به کمپ‌های بازپروری	۴۴	۴۴.۹٪
رسیدگی به زنان بی سرپرست	۵۱	۵۲٪
رسیدگی به سالمندان آسیب دیده	۴۳	۴۳.۹٪
رسیدگی به افراد دارای اختلاف خانوادگی حاد	۷۵	۷۶.۵٪
رسیدگی به دختران فراری از خانه	۶۴	۶۵.۳٪
رسیدگی به نزاع‌های خیابانی	۲۰	۲۰.۴٪
کل پاسخ‌دهندگان	۹۸	۱۰۰٪

جدول ۵. میزان ناآگاهی مردم از فعالیت‌های اورژانس اجتماعی (پرسش مطرح‌شده چند مورد از فعالیت‌های اورژانس اجتماعی را انتخاب کنید)

آن این است که سطح آگاهی مردم در این رابطه باید افزایش یابد تا جایی که تمام مردم ایران با اورژانس اجتماعی و فعالیت‌های آن آشنایی کامل پیدا کنند و در تمام بحران‌های مربوطه از این مراکز کمک بگیرند. طی چند سال فعالیت، اعتماد مردم و گزارش آسیب به شماره تلفن ۱۲۳ جوهره اصلی موفقیت اورژانس اجتماعی در کشف، شناسایی و امداد رسانی به آسیب دیدگان اجتماعی اعم از کودک، زن، سالمند، جوان و نوجوان بوده است و نباید تحت هیچ شرایطی اجازه داد بر این اعتماد خدشه‌ای هرچند کوچک وارد شود زیرا حضور گروه‌های سیار و مددکاران مرکز ۱۲۳ حتی اگر موجب نجات جان یک نفر هم شود ارزش والایی دارد و باید آن را ستود.

منابع

- سازمان بهزیستی کشور ۱۳۸۶. دستورالعمل برنامه اورژانس اجتماعی.
- منصوری، محمد (۱۳۸۶). مجموعه قوانین و مقررات سازمان بهزیستی.
- موسوی، چلک (۱۳۸۸). مددکاری اجتماعی: کار با فرد.
- موسوی، چلک (۱۳۸۹). مقاله اورژانس اجتماعی و نقش آن در پیشگیری از وقوع جرم.
- بهرامی، اردشیر (سازمان بهزیستی تهران) و ولی (سازمان آموزش و پرورش). مقاله بررسی چالش‌ها و موانع طرح اورژانس اجتماعی.
- وب سایت دفتر امور آسیب‌های اجتماعی، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی.
- وب سایت مرکز هماهنگی فوریت‌های اجتماعی بهزیستی کشور.
- وب سایت مرکز آمار ایران.
- روزنامه سیاسی، فرهنگی، اقتصادی، اجتماعی روزنامه رسالت چاپ ۲۵ شهریور ۱۳۹۹.
- وب سایت تحلیل خبری عصر ایران، انتشار ۲۰ شهریور ۱۳۹۹.
- وب سایت روزنامه دنیای اقتصاد، انتشار ۲۴ تیر ۱۳۹۸.
- وب سایت روزنامه مشرق نیوز، انتشار ۴ آذر ۱۳۹۹.
- وب سایت خبرگزاری ایلنا، انتشار ۳۱ خرداد ۱۳۹۹.
- وب سایت خبرگزاری تسنیم نیوز، انتشار ۱۶ اردیبهشت ۱۳۹۹.
- وب سایت باشگاه خبرنگاران جوان، انتشار ۱ مرداد ۱۳۹۹.
- وب سایت خبرگزاری شهر و شهروند، انتشار ۳۱ فروردین ۱۴۰۰.

سال ۹۸ به یک میلیون و ۱۰۰ هزار نفر خدمات رسانده و در ۹ ماهه ۹۹ نیز این خدمت‌رسانی به بالغ بر ۹۰۰ هزار نفر انجام شده است. در اواخر سال ۹۹ در خصوص افزایش تماس خانواده‌ها با اورژانس اجتماعی مطابق اعلام سازمان بهزیستی با توجه به اینکه تعداد خط‌های پاسخگویی اورژانس اجتماعی در ایام پیک بیماری کرونا افزایش پیدا کرد و با ارسال پیامک به مردم اطلاع‌رسانی شد، شاهد افزایش ۳۰ درصدی تماس‌ها با خطوط ۱۲۳ اورژانس اجتماعی و ۱۴۸۰ بوده‌ایم که موضوعات این تماس‌ها درباره تعارضات زناشویی، همسر آزاری یا مشاجرات لفظی بین همسران بوده است. کرونا نشان داد، ما خانواده بودن را درست بلد نیستیم، بنابراین بسیاری از موارد خشونت خانگی که اعلام می‌شود ناشی از ضعف مهارت‌های ارتباطی ماست.

نتیجه‌گیری

از آنجاکه خانواده واحد بنیادی یک جامعه است، همه قوانین و مقررات و برنامه‌ریزی‌های مربوط باید در جهت آسان کردن تشکیل خانواده، پاسداری از آن و استقرار روابط خانوادگی در پایه حقوق و اخلاق انسانی باشد. نباید فراموش کرد که تمام تلاش‌ها باید برای توسعه و تقویت برنامه‌های پیشگیری سطوح اول و با هدف اطلاع‌رسانی و آگاه‌سازی در جهت تربیت انسان سالم و بالا بردن کیفیت زندگی آحاد جامعه باشد اما این را نیز باید پذیرفت که هر قدر هم در این زمینه فعالیت شود باز هم عده‌ای در معرض آسیب‌های اجتماعی قرار می‌گیرند که برای بازگشت آن‌ها به زندگی سالم باید اقدامات لازم انجام شود تا زمینه گسترش آن‌ها در جامعه ایجاد نگردد. اورژانس‌های اجتماعی برای مقابله با مشکلات اجتماعی بسیار اثرگذار هستند اما هنوز تا رسیدن به نقطه مطلوب راه زیادی در پیش است.

برنامه اورژانس اجتماعی سازمان بهزیستی از جمله برنامه‌هایی است که به دلیل نوع وظایف و هدفی که دارد می‌تواند زمینه و بستر مناسبی برای پیشگیری از وقوع جرم و قضا زدایی برای افراد در معرض آسیب و آسیب‌دیده اجتماعی باشد. از بررسی‌های انجام شده در این تحقیق می‌توان نتیجه گرفت که اساساً مردم به توسعه مراکز اورژانس اجتماعی در کشور اهمیت می‌دهند و بیش‌ازپیش به آن نیاز دارند اما مهم‌تر از



گزارش

شب‌نیم رجب دوست
کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی

تنها تا ۴۸ الی ۷۲ ساعت قابلیت پیوند دارد. به حالت دوم که بافت مغز را نجات دادیم کما می‌گویند فردی که در کما است یعنی بافت مغزی او بالای ۹۵ درصد سالم است. بین ۱ روز تا ۳۰ سال ممکن است در این حالت باقی بماند یا بازگردد و یا برنگشته از دنیا برود که ۲۵ درصد برمی‌گردند. در پزشکی دو نوع مرگ داریم: نوع اول مرگی است که هر شخصی که فوت می‌کند به آن مرگ قلبی می‌گوییم. ۹۹ درصد مرگ‌های دنیا مرگ قلبی هستند. ۱ درصد یعنی از هر ۱۰۰ نفری که فوت می‌کنند ۱ نفر از آنها مرگ مغزی است. قبل از ۳۱ اردیبهشت‌ماه ۱۳۶۸ که پدر اهدای عضو ایران پروفیسور ایرج فاضل فوق تخصص جراح عروق و رئیس هیات امنای انجمن اهدای عضو ایرانیان اولین فتوای مجاز بودن اهدای عضو افراد مرگ مغزی را از حضرت امام رحمت‌الله علیه گرفت. این فتوا تاریخی‌ترین فتوای نظام سلامت ایران بود و تأثیرگذارترین فتوا بود که از آن زمان به بعد مانع شرعی برطرف شد و سال ۱۳۷۰ هم مقام معظم رهبری در فتوای دیگری به صحبت امام تأکید کردند و این دو حکم تبدیل به فتوا شد و مابقی احکام احتیاط واجب شد. سال ۱۳۷۹ قانون مجلس را اخذ نمودند و در سال ۱۳۸۱ آیین‌نامه هیات دولت آمد که رسماً شروع به فعالیت کردند. نکته جالب اینکه ایران پیوند تمام اعضای حیاتی را انجام می‌دهد. پیوند اعضا از افراد مرگ مغزی دستاوردی از انقلاب است. شاخص اهدای عضو ایران از سال ۱۳۷۹ تا قبل از کرونا به ۱۴/۳ از ۰/۲ برابر رشد می‌کند که نشانگر پیشرفت در پزشکی و هم در فرهنگ مردم هست ولی در دوره کرونا مانند تمام کشورهای دنیا افت بسیار شدیدی می‌کند ولی در حال حاضر توانسته‌ایم به حد قابل قبولی این افت را جبران کنیم و روزه‌روز بهتر خواهد شد. با این حساب در بین کل کشورهای آسیایی اهدای عضو ایران رتبه ۱ دارد و بعدی با فاصله بسیار زیاد فلسطین اشغالی است و سپس دیگر کشورها. در جهان، ایران در اهدای عضو رتبه ۳۲ را دارد و تاکنون حدود ۷۰۰۰۰ نفر ایرانی پیوند شده‌اند و ۲۵۰ هزار میلیارد دلار تومان ذخیره ارزی بوده است. با جلوگیری از اعزام بیماران برای پیوند به خارج از کشور و جلوگیری از بحث دیالیز ۷۰ هزار نفر از رنج بیماری رها شده‌اند و به کار بازگشتند. در سال ۱۳۹۹ بین ۵۰ تا ۷۰ درصد در پیوند و اهدا افت داشتیم ولی در سال ۱۴۰۰ توانستیم این افت را جبران کنیم. سالانه در ایران ۵ تا ۸ هزار نفر بر اثر مرگ مغزی فوت می‌کنند که

نشست علمی _ تخصصی شهروند مشارکت‌جو، سازمان‌های مردم‌نهاد و جامعه پویا توسط انجمن علمی دانشجویی مددکاری اجتماعی دانشگاه علامه طباطبایی به مناسبت روز جهانی تشکله‌ها و سازمان‌های مردم‌نهاد سه‌شنبه ۱۰ اسفندماه ۱۴۰۰ از ساعت ۱۷ الی ۱۹ به‌صورت آنلاین برگزار شد.

در بخش ابتدایی دبیر نشست **مرضیه محمدی دانشجوی دکترای مددکاری اجتماعی و عضو اصلی انجمن** در ابتدا از تعطیلی خانه خورشید ابراز تأسف نمود و از آن به‌عنوان خبری بسیار تأسف‌بار یادکردند. ایشان در ادامه بیان کردند در زمانه‌ای که سیستم و ساختار بوروکراسی بسیار خسته‌کننده، آزاده دهنده و سفت‌وسخت می‌باشد سازمان‌های مردم‌نهاد به‌عنوان درپچه‌ای برای زنده نگه‌داشتن جوامع و ارتباط آنها با یکدیگر شکل‌گرفته است. توانایی‌ها، استعدادها و مهارت‌های انسان‌ها را در قالب یک تشکل جهت داده‌اند و از اتلاف انرژی‌ها، استعدادها، مهارت‌ها و توان‌ها به‌صورت فردی پیشگیری کرده‌اند و از این بابت بسیار قابل‌احترام هستند و اگر جامعه‌ای خواهان پویایی و توسعه است، نیاز است که به سازمان‌های مردم‌نهاد آن جامعه که در واقع حیات جامعه مدنی را شکل می‌دهند ارج داده شود و تمامی شرایط را فراهم کنند که این سازمان‌ها بتوانند در کمال امنیت و آرامش خدمات‌رسانی کنند.

دکتر امید قبادی نایب‌رئیس انجمن

اهدای عضو ایرانیان بیان کردند سن رایج مرگ مغزی در ایران بین ۲۰ الی ۴۰ سال می‌باشد. علت اصلی



آن نیز ناشی از آسیب به سر بر اثر تصادفات جاده‌ای می‌باشد. دلیل اصلی مرگ مغزی نرسیدن اکسیژن و غذا به مغز می‌باشد. در طی چند روز مغز به‌طور کامل منهدم شده ولی با اکسیژن مصنوعی که به ریه و قلب می‌رسانند قلب بیمار می‌تپد. چون که مغز کاملاً منهدم شده و سلول مغز تنها سلول بدن می‌باشد و به‌هیچ‌وجه قابل‌برگشت نیست پس باوجود اینکه قفسه سینه بیمار با دستگاه به‌صورت مصنوعی بالا و پایین می‌رود و قلب نیز به‌خاطر اکسیژن مصنوعی می‌تپد که سایر ارگان‌ها را تا چند روز می‌توان حس کرد به این جریان مرگ مغزی می‌گویند. فرد مرگ مغزی نهایتاً ۱۴ روز در دنیا می‌ماند. در صورتی که ریه تا ۲۴ ساعت قابلیت پیوند دارد و قلب

مراقب، تخصیص و در بخش اهدا، ارگان را برمی‌داریم و پس از اهدا، جنازه را تحویل داده و منتقل می‌کنیم. مشکلی که وجود دارد این موضوع است که تنها دو بار با خانواده‌ها روبرو می‌شویم نخست زمانی که رویارویی نخستین با آنها داریم و از آنها رضایت می‌گیریم و مورد دیگر زمانی است که جنازه را برای تدفین و شرکت در مراسم تدفین به آنها تحویل می‌دهیم.

پس از رویارویی با خانواده‌ها هماهنگ‌کنندگان سراغ امور دیگری چون مراقب، تعیین کیفیت و ... می‌روند و خانواده‌ای که به آنها اطلاع دادیم ۳ ساعت تنها هستند و بعد از این که رضایت را از آنها گرفتیم ۳۰ ساعت تنها هستند و پس از آن هم سال‌ها نیاز به حمایت دارند که تنها هستند و این وظیفه بر عهده مددکاران اجتماعی است.

ایشان در پایان بر نقش ویژه مددکاران اجتماعی در تمامی فرایند اهدا عضو تأکید کردند و بیان کردند نخستین پروتکل جهانی مددکاری اهدای عضو در وزارت بهداشت نوشته شد و شیوه‌نامه آن به همه واحدها ابلاغ شد و حدوداً یک سال است که مددکاری اهدا عضو در ایران به‌عنوان اولین کشور جهان به تیم اهدای عضو اضافه شد و در نهایت تمام تلاش ما این است که همه دست‌به‌دست هم بدهند و هیچ بیماری در لیست انتظار فوت نکند و هیچ عضو قابل پیوندی قبل از پیوند خاک‌سپاری نشود و امیدواریم که تمام مسئولین، نام‌آوران، سازمان‌های فرهنگ‌ساز و انجمن در کنار هم شاهد روزی باشیم که هیچ عضو قابل پیوندی قبل از پیوند، خاک‌سپاری نشود و تمام بیماران لیست انتظار به حداقل حق مسلمشان که حیات هست نائل شوند.

دکتر محمد نصیری معاون اجتماعی سازمان بهزیستی:



خود را به دو بخش تقسیم نمودند بخش اول در خصوص وضعیت موجود حوزه تشکل‌های مردم‌نهاد در کشور یعنی تاریخچه و وضعیت موجودشان و بخش دیگر در خصوص حوزه مددکاری در حوزه تشکل‌های مردم‌نهاد. تاریخچه سازمان مردم‌نهاد برای اولین بار در کشور ما توسط شهرداری بر اساس قانون مصوب یعنی قانون اماکن در این حوزه مجوز صادر می‌شد. مجوزهای اولیه در مورد تشکل‌هایی بود که بیشتر در حوزه‌های خدمات درمانی و پزشکی فعالیت می‌کردند. توسعه مراکز

حدود ۳ هزار نفر از آنها قابلیت اهدا دارند ولی باکمال تأسف فقط ۱۰۰ نفر به اهدا می‌رسند و از ۲۵ هزار نفری که در لیست پیوند اعضا وجود دارند روزی ۷ تا ۱۰ نفر یعنی هر دو تا سه ساعت یک جوان ایرانی یعنی سالی ۳ هزار نفرشان فوت می‌کنند. مشکل ما کمبود نیروی متخصص است. کشور ایران علاوه بر اینکه پیوندهای حیاتی را انجام می‌دهد و در اهدای عضو رتبه یک آسیا را دارد در پیوند کبدش در یک مرکز رتبه یک جهان را دارد یعنی ما در شیراز ۶۰۰ پیوند کبد در سال داریم که مورد بعدی در کالیفرنیا ۴۸۰ پیوند است. کمبود امکانات نداریم و مسئولین و خیرین حمایت می‌کنند و نام‌آوران و فرهنگ‌سازان عالی هستند موانع شرعی هم نداریم. مشکل یک هم‌افزایی است. اگر خواهان پیشرفت اهدای عضو در یک کشوری باشیم باید جامعه پزشکی، اصحاب رسانه، خیرین، نام‌آوران، رهبران دینی، ارگان‌های فرهنگ‌ساز، مسئولین و خانواده‌ها همه مانند یک تیم دست‌به‌دست هم دهند که بتوانند این مشکل را برطرف کنند. اهدا و پیوند در ستاد ایران سه قسمت دارد: واحدهای فراهم‌آوری از شناسایی مرگ مغزی تا فرایندهای بعدی تخصیص عضو در وزارتخانه انجام می‌شود. فراهم‌آوری و پیوند نیز در برخی بیمارستان‌های دولتی انجام می‌شود. در ساختار ستادی اهدا و پیوند ایران یک واحدهایی به نام واحدهای اهدای عضو (بیماران مرگ مغزی را شناسایی می‌کنند و در OPO) تمام کشورهای موفق دنیا این امور به سازمان‌های مردم‌نهاد واگذار شده است و در ایران هم انجمن اهدای عضو ایرانیان دایر شده است که شش مسئولیت را بر عهده دارد فرهنگ‌سازی از طرف وزارت کشور و وزارت بهداشت فرهنگ‌سازی مددکاری، آموزش، پژوهش، پروژه‌های زیرساختی و ... بر عهده این انجمن هست. این انجمن با ۳۰ کمیته کارش را انجام می‌دهد که هر کمیته مشتمل بر ۳۰ مجمع هست و هر کمیته مشتمل بر ۵ تا ۷ نفر از بزرگان کشور هست. مثلاً رئیس کمیته تئاتر استاد؟؟؟؟؟ ایرج راد هست و قطب‌الدین صادقی معاونتان را بر عهده دارد. ماهی یک‌مرتبه جلسه دارند که تیم آنها چه کمکی می‌تواند به اهدای عضو کند. این شرح وظایف وزارت کشور هست. تفاهم‌نامه با وزارت کشور از سال ۱۳۹۶ بسته شد.

وی افزود: اهدای عضو فرایندی دارد که عبارت است از: یک مورد قبل از اهدا یعنی شامل شناسایی، تشخیص، OPO مراقبت، تأیید، رضایت از خانواده و انتقال به

بود. امروزه بدون حضور تشکلهای و نقش آفرینی حوزه تشکلهای مردم نهاد ورودمان به عرصه اجتماعی تقریباً محال است پس نگاه تشکلهای مردم نهاد هم باید این طور باشد که مطالبه گرانه در این حوزه حضور داشته باشند. حاکمیت به مفهوم دولت و ارکان زیرمجموعه دولت برای ارائه خدمت نیاز به حضور تشکلهای دارد. از سوی دیگر موضوع ارتقا کیفیت است که به این مسئله بیش از گذشته نیاز داریم.

دکتر زینب نصیری مددکار اجتماعی:



ایشان در ابتدا به تعریفی از مشارکت پرداختند که به معنای درگیر شدن افراد برای انجام دادن کاری است. مشارکت ابعاد مختلفی دارد: اقتصادی، سیاسی، اجتماعی و در یکسری از متون حتی مشارکت روانی هم دیده می شود که با مشارکت اجتماعی ادغام شده است که به این موضوع که تا چه اندازه افراد جامعه از نظر روانی برای پذیرش مشارکت یا مشارکت کردن در ابعاد مختلف آماده می شوند اشاره دارد.

ایشان بیان کردند: مشارکت اجتماعی در واقع تأکید بر گسترش روابط بین گروهی است که می تواند از فردی که یک فرد داوطلب هست و خواهان فعالیت است که معمولاً فرد داوطلب هم یکی از بهترین نهادهایی که برای مشارکتش وجود دارد سازمان های مردم نهاد می باشند آغاز می شود تا انجمن های داوطلبانه، باشگاه ها و گروه هایی شکل می گیرند که همه این مشارکت ها مهم ترین ویژگی شان غیردولتی بودنشان است و خود افراد با خصیصه هایشان در حال تلاش برای مشارکت هستند و در همه این مشارکت ها ذیل یک سیاست اجتماعی یا رویکرد مشارکت پذیر که مبتنی بر درگیر کردن همه آحاد مردم هست شکل می گیرد یعنی اساساً اگر این سیاست وجود نداشته باشد قطعاً مشارکت با چالش هایی روبرو خواهد شد. اساساً وقتی واژه مشارکت به گوشمان می خورد عملاً این طور نیست که همه افرادی که از مشارکت صحبت می کنند درک مشترکی از مشارکت داشته باشند. پایین ترین سطح این مشارکت که متأسفانه در خیلی از سازمان ها و مجموعه ها دیده می شود زمانی است که فردی که راجع به مشارکت صحبت می کند یک رویکرد از بالا به پایین دارد اما مشارکت واژه ای است که کارکرد دارد. یکی از کارکردهای اصلی مشارکت به معنی بازتوزیع قدرت هست. ایشان بیان می کنند فرایند

درمانگاه های خیریه و سپس تشکلهایی که در حوزه ایثار و نگهداری از ایثار و به عنوان یتیم خانه های مختلف در کرمان، گیلان و دهه ۷۰ اوج شکوفایی موضوع بود که علاوه بر نیروی انتظامی دو نهاد دیگر برای نخستین بار آیین نامه و قوانینش هم در مجلس شورای اسلامی و هم دولت به تصویب رسید آیین نامه ای که در دهه ۷۰ در دولت اصلاحات در مورد اعطای مجوز تشکل مردم نهاد به وزارت کشور و استانداری ها داده شد و همچنین قانون برنامه سوم توسعه که بر اساس ماده ۲۴ به بهزیستی اجازه اعطای مجوزهای ۱۴ گانه را برای فعالیت در قالب تشکل مردم نهاد اعطا کرد که دوران شکوفایی این موضوع بود که البته همزمان با این قضیه نه به صورت حقوقی در همان دهه سازمان ملی جوانان هم موضوع اعطای مجوز به عنوان تشکل مردم نهاد در حوزه جوانان رو شروع کرد که به نظر عصر طلایی در آن دوران اتفاق افتاد که بخش زیادی از فعالین فعلی حوزه تشکلی در کشور تربیت شده همان دوران هستند. در مجموع تعداد تشکلهای فعال در این حوزه تقریباً به حدود بیست الی بیست و پنج هزار تشکل فعال می رسد. اغلب شامل تشکلهایی در حوزه های دینی مذهبی حوزه پزشکی، درمان و تشکلهای حوزه های نگهداری ایثار و... می باشند. در کشور ما در دهه ۹۰ بسیاری از فعالیت ها و سازوکارهایی که در ارائه خدمت به مردم و حوزه آسیب ها به ویژه تعریف شده بود به حوزه تشکلهای مردم نهاد محوریت داده شد. امروز تقریباً همه خدمات سازمان بهزیستی در حوزه توان بخشی توسط تشکلهای مردم نهاد انجام می شود در برخی موارد به صورت داوطلبانه و جای دیگر به صورت کار مشترک و خرید خدمت. ۹۰ درصد خدماتی که در حال ارائه می باشد خدماتی است که توسط تشکلهای مردم نهاد انجام می شود. ایشان تأکید کردند که سازمان بهزیستی با ده برابر پرسنل فارغ از وجود تشکل مردم نهاد این فعالیت ها برایش امکان پذیر نبود. کشور ما با کشور انگلستان از لحاظ جمعیتی برابر است. تعداد تشکل مردم نهاد بر اساس آمار حدود ۹۵۰۰۰ است یعنی تقریباً ۴ برابر کشور ایران. اما ایران از نظر تعداد بسیار ضعیف می باشد و امید داریم این موضوع با تغییراتی که در مدیریت ایجاد شده و با رشد توسعه در حوزه تشکلهای مردم نهاد و با برداشتن بوروکراسی هایی که در حال حاضر وجود دارد بهبود یابد. برای مثال در گذشته دور، در سازمان بهزیستی این بوروکراسی بسیار زیاد



دکتر شاهد شعاعی مدیر محیط زیست موسسه مهرگان پرتو پژوه: ایشان ابتدا

بیان کردند موسسه از سال ۱۳۸۷ تأسیس شد و از مشکلات تأسیس این موسسه صحبت کردند و عنوان کردند اساس کار این موسسه بر روی آموزش است و از روش‌های نوینی که استفاده کردند و به فعالیت‌های متعدد همچون وبینارها، همایش‌ها و سمینارهای آموزشی برای مددجویان، معلولین و سالمندان اشاره کردند و اینکه محیط زیست تا چه حد می‌تواند در روحیه سالمندان و معلولین مؤثر باشد و از طرف دیگر تا چه حد توانمندی این گروه‌های علی‌الظاهر مددجویی تواند در حفظ محیط زیست اثرگذار باشد. ایشان بیان کردند کارگاه‌هایی در ارتباط با پسماند برای مددکاران برگزار شد. فشارهایی در مؤسسات همچون آسایشگاه بر روی مددکاران وجود دارد و مددکاران نیز گاهی نیاز به توجه دارند و تلاش این موسسه این است که با مددکاران نیز تعامل برقرار کند و این اتفاق خوبی بود و در حال مددکاران تأثیر خوبی داشت و اگر حال مددکار خوب باشد پس‌از آن می‌توانم انتظار داشته باشم به مددجو رسیدگی کند. ایشان فضای کاری مددکاران را بسیار سخت و سنگین دانستند و نیاز هست به خود مددکاران هم در این زمینه توجه شود. از دیگر فعالیت‌های این موسسه تهیه پکیج‌ها و گزارش‌های مطالعاتی پژوهشی بود که می‌توانست ارتباط بین محیط زیست و سلامت را با بحث‌های اجتماعی برقرار کند برای مثال اولین دستورالعمل ارتقا سلامت با رویکرد آموزش محیط زیست ویژه بهورزان و داوطلبین بهداشت را این موسسه طراحی کرد. در فضاهایی مانند روستاهای دورافتاده داوطلبین بهداشت و بهورزان مسئولیت مددکاری‌ای که باید انجام شود و یک کار تخصصی است بر عهده بسیاری از بهورزان است چون بهورزان از تمامی اطلاعات خانواده دارند و این توسط غیر متخصصین مددکاری و از سر ناچاری است. از دیگر فعالیت‌های این موسسه برنامه‌های آموزشی برای گروه‌های هدف خاص از جمله گروه‌های کودکان، نوجوانان و گروه‌های بانوان است. یکی دیگر از گروه‌هایی که تحت پوشش آموزش‌های این موسسه است گروه‌های سلامت است. دانشگاه‌های علوم پزشکی گروه‌های پرستاری و گروه‌های مددکاری باید آگاهی یابند سلامت بدون داشتن محیط زیست سالم امکان‌پذیر نیست. سلامت قرص و دارو نیست سلامت آب، هوا و خاک سالم است، مواد غذایی سالم است؛ بنابراین برای درمان به پزشک مراجعه کنیم نه سلامت.

مشارکت زمانی اتفاق می‌افتد که ذی‌نفعان و گروه‌های مختلفی که از آن‌ها صحبت به میان می‌آید (سازمان‌های مردم‌نهاد) اگر در موضوعی در حال تصمیم‌گیری هستیم این افراد از ابتدای تصمیم‌سازی در کنار گروه‌های تصمیم‌گیر حضور و مشارکت داشته باشند. اگر این اتفاق رخ داد و مشارکت به معنای دقیق خود محقق شد آن زمان ما می‌توانیم کارکردهای مشارکت را داشته باشیم یعنی قطعاً اگر مشارکت را در تمام سطوح نداشته باشیم تعارض و مقاومتی بین ذی‌نفعانی که در مشارکت خواهان حضور هستند که شامل مردم، سازمان‌های مردم‌نهاد و همه گروه‌هایی که به‌عنوان ذی‌نفع تلقی می‌شوند در مقابل پروژه‌هایی که توسط دستگاه‌های مختلف اتفاق می‌افتد رقم می‌خورد اما اگر این اتفاق افتاد ما با افزایش حس تعهد، تعلق و حس همبستگی اجتماعی روبرو می‌شویم و امید اجتماعی نیز افزایش پیدا خواهد کرد چون حس تعلق موجب می‌شود خودشان را بخشی از جامعه بدانند و احساس مفید بودن کنند و این مشارکت به تقویت شبکه‌های ارتباطی کمک می‌کند؛ چه شبکه‌های عمودی و چه افقی که در سطح جامعه وجود دارند تقویت می‌شوند. مشارکت به نحوی زاده آگاهی جمعی، شناخت و اطلاع‌رسانی درست است و به افزایش آگاهی جمعی و شناخت بهتر مردم نسبت به فرایندهایی که در حال شکل‌گیری است کمک می‌کند. اعتماد ترمیم‌یافته و اعتماد نهادی نیز می‌تواند عامل تأثیرگذاری بر میزان مشارکت باشد و از طرفی مشارکت می‌تواند کمک‌کننده و موجب افزایش میزان اعتماد اجتماعی در سطح جامعه باشد. هرچقدر همه گروه‌های جامعه و افراد مختلف در فرایند مشارکت حضور داشته باشند به کاهش تبعیض و برابری اجتماعی و عدالت کمک می‌کند. عواملی که بر میزان مشارکت مؤثر هستند عبارت‌اند از: اولین مورد که بستر تمامی مشارکت‌هاست عبارت است از اراده سیاسی حاکم بر جامعه است. دومین مورد میزان اعتماد اجتماعی در سطح جامعه است. نکته بعدی اینکه مشارکت و کار مشارکتی زمان‌بر هست و نیازمند یک فلسفه دوراندیشانه و صبورانه است. بحث بعدی احترام به فردیت افراد، پذیرش اجتماعی اینکه همه گروه‌ها در واقع حضور داشته باشند و همه افرادی که در حال تلاش برای مشارکت هستند چه میزان رویکردهای عادلانه، فراگیر و دربرگیرنده همه گروه‌های جامعه را دارند. نکته آخر نیز میزان دسترسی آزاد و برابر به اطلاعات است.

فراخوان مقاله

توانا

فصلنامه علمی-تخصصی توانا
مددکاری اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبائی
در نظر دارد شماره پنجم این نشریه را با موضوع

محیط زیست و علوم انسانی

اختصاص دهد و بدین جهت از کلیه ی
مؤلفین، مترجمین، اساتید، متخصصین، دانشجویان
و فعالین علوم اجتماعی دعوت به همکاری می کند

مهلت ارسال آثار ۳۰ تیرماه ۱۴۰۱

صفحه رسمی اینستاگرام نشریه توانا: Tavana.sw.mag

راحمای ارتباطی
خانم مرضیه محمدی: Lelamohamadi@gmail.com
فاطمه موسوی: Mousavi.fatemeh@atu.ac.ir
ایمیل: socialwork.atu@gmail.com



دانشگاه علامه طباطبائی
معاونت فرهنگی و اجتماعی



فصلنامه علمی-تخصصی مددکاری اجتماعی
شماره پنجم بهار ۱۴۰۱



