ادامه از صفحه ۲۷

۱ – مهارت‌های واقعی و کارساز در جامعه ما کدامند؟

در این خصوص لازم است توجه نماییم برای اینکه اظهارنظر یک نویسنده یا نظریه‌پرداز یا تحلیل گر نسبت به یک پدیده یا شیء یا مقوله، حتی‌الامکان به حقیقت نزدیک‌تر باشد، بررسی پیش‌زمینه و علل و عواملی که موجب موجودیت و یا پیدایش پدیده یا شیء مورد نظر است، کاملاً ضروری است. اما نویسنده مطلب مورد نظر ابتدا به ساکن نه‌تنها به علل و عواملی که موجب می‌شوند «تفاوت‌های معنادار فردی» در بین دانش‌آموزان دیده شود که همان عوامل و تفاوت‌ها در منزلت‌های اجتماعی و سیاسی نیز تاثیرگذار بوده است، توجه نکرده و تنها به معلول– اکنون به نام تفاوت، تفاوت در بین افراد و دانش‌آموزان دیده می‌شود– پرداخته است که نمی‌تواند آشکارکننده حقیقت باشد. اما بیاییم قدری به واقعیت‌ها توجه کنیم و ببینیم در یک جامعه مبتنی بر اختلافات طبقه‌ای که توزیع نابرابر امکانات و مواهب در بین افراد و طبقات و اقوام و گروه‌های جامعه یک اصل است، اصلی‌ترین مهارت‌های واقعی زندگی چیست؟ همه ما، معلم‌ها و حتی بسیاری از اولیای خانواده‌ها این اظهارنظر دانش‌آموزان و نوجوانان و جوانان را درباره این گونه توصیه‌ها که «درس بخوان و چیزی یاد بگیر» بارها شنیده‌ایم که گفته‌اند «سواد و علم به چه درد می‌خورد، پول دربیار، همه‌چیز برایت مهیا است». معلمان ما در سال‌های اخیر در اعتراض به بی‌توجهی آموزش و پرورش به معلم که واسطه و انتقال‌دهنده کم و بیش علم و «مهارت» به دانش‌آموزان است، از ضرب‌المثل معروف که «علم بهتر است یا ثروت» به صورت شعار در راهپیمایی خود استفاده می‌کردند و خطاب به اولیای آموزش و پرورش فریاد می‌زدند که: «مسئولان با فرهنگ! علم بهتر است یا ثروت»؟ و گروهی دیگر جواب می‌دادند که «البته ثروت، ثروت». خب آیا این واقعیت‌های پیش‌روی ما نشان نمی‌دهد که اولین و مهمترین «مهارت‌های زندگی» از نظر مردم و از جمله دانش‌آموزان نه درس خواندن و کسب مهارت‌هایی که نویسنده برشمرده است، محسوب می‌شوند بلکه مهمترین مهارت‌ها همان پول درآوردن و ثروتمند شدن به‌هر طریق ممکن است که البته در کشورهایی نظیر کشور ما لازمه ثروتمند شدن نه تنها شخص باید به این مهارت‌ها مجهز باشد، بلکه به‌دست آوردن قدرت و یا منسوب به قدرتمندان بودن نیز از شرایط به‌دست آوردن آن است. اما آیا این مهارت‌ها، مهارت به‌دست آوردن پول و مقام در مدارس ما یاد داده و تمرین می‌شود؟ آری همان‌طور که پیش از این اشاره شد نه‌تنها در مدرسه بلکه در تمام عرصه‌های کشور این مهارت‌ها به کودکان و نوجوانان و دانش‌آموزان آموزش داده می‌شود. لازم نیست معلمان یا اولیای مدارس به دانش‌آموزان و جوانان خوبی‌های این گونه مهارت‌ها را بگویند و به‌عنوان ماده درسی به آنها یاد بدهند. تمام شرایط اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی این‌گونه کشورها که بر همگان محیط است، القاکننده چنین مهارت‌ها و تمرین آنها در مغز و ذهن دانش‌آموزان و جوانان است. به‌قول شاعر: گر بگویم که مرا با تو سروکاری نیست/ در و دیوار گواهی بدهند کاری هست!

خب با چنین وضعی که این گونه مهارت‌ها در پهنه وسیع کشور از جمله در مدارس ما مورد توجه است، آن وقت ما چگونه از مهارت‌های زیستی و دگرپذیری و همکاری اجتماعی و غیره دم می‌زنیم؟ آیا این نوعی بودن در دنیای تخیل و ذهنیات نیست که ما خود را و واقعیات را به شکل مجازی‌شان و ساخته ذهنیت خودمان مورد توجه و تحلیل قرار می‌دهیم؟

۲– اساسی‌ترین هدف آموزش و پرورش چه باید باشد؟اما اگر دانش‌آموزان ما به چنین مهارت‌هایی نیازمند نیستند و هدف آموزش نباید آموزش چنین مهارت‌هایی باشد پس هدف اساسی آموزش و پرورش چه می‌تواند باشد. بی‌شک یک دانش‌آموز یک انسان مثل همه انسان‌ها است. منتها نیازمند آموزش آنچه برای تکامل او لازم است و تجربه‌آموزی. بنابراین باید او را به چیزی مجهز کرد که این نیاز اساسی او را برآورد و آن پرورش مغز روح او، به‌طوری که از یک اندام تفکر فعال و مبتکر برخوردار شود، است. اگر جامعه به دانش‌آموز و جوان همین یک هنر و مهارت را بدهد یعنی او را به یک مغز فعال و جست‌وجوگر و تحلیل‌کننده مجهز کند، او می‌تواند بسیاری از مسائل پیش‌روی خود را درست مورد بررسی قرار داده و برای آنها راه‌حل‌های درست و حتمی بیابد. به‌طور خلاصه او انسانی خواهد بود علم‌اندیش، مستقل، مبتکر، مفید، راهگشا و... یعنی آن عنصری که می‌تواند جامعه خود را بسازد و برای پیشرفت و ترقی آماده نماید. آن را که عقل دادی چه ندادی!

پیامدهای کاهش نرخ حق بیمه اجتماعی

دکتر مظفر کریمی*

تامین اجتماعی حقی همگانی است که فراهم ساختن زمینه‌های تحقق آن برای همه افراد جامعه جزء تکلیف‌های دولت است. اصل ۲۹ قانون اساسی دولت را مکلف می‌سازد که زمینه‌های برخورداری از خدمات تامین اجتماعی را به صورت بیمه‌ای یا غیربیمه‌ای برای یک یک افراد جامعه فراهم سازد. هر فرد یا گروهی از افراد جامعه که قادر به پرداخت حق بیمه باشد، مشمول پوشش بیمه اجتماعی قرار می‌گیرد ولی کسانی که امکان پوشش بیمه‌ای آنان فراهم نباشد، به روش‌های غیربیمه‌ای زیر پوشش تامین اجتماعی قرار می‌گیرند و در هر حال هیچ‌کس نباید خارج از پوشش تامین اجتماعی بماند.

بنا به عرف رایج در اغلب کشورها، اقشار مزد و حقوق‌بگیر جامعه (کارگران و کارکنان دولت) به طور اجباری زیر پوشش بیمه اجتماعی هستند و در قبال حق بیمه‌ای که از بابت این پوشش پرداخته می‌شود، خود و افراد خانواده‌شان از خدمات بیمه اجتماعی استفاده می‌کنند. خدمات بیمه اجتماعی همه مخاطرات زندگی را (از پیش از تولد تا پس از مرگ) دربرمی‌گیرد که بیماری‌ها، حوادث، بیکاری، سالمندی، از کارافتادگی و فوت از مهمترین این مخاطرات است.

مبانی و سازوکارهای بیمه اجتماعی به نحوی تنظیم شده است که صندوق بیمه اجتماعی از بستر اشتغال کشور تامین مالی شود. حق بیمه اجتماعی بر مبنای درصدی از حقوق و دستمزد رسمی شاغلان تعیین و دریافت می‌شود و به‌گونه‌ای است که افراد دارای حقوق و دستمزد بیشتر، حق بیمه بیشتری می‌پردازند و آنها که حقوق و دستمزد کمتری دارند، سهم‌شان در حق بیمه کمتر است. با وجود این، تعهدات بیمه اجتماعی (به خصوص خدمات درمانی) با مقدار حق بیمه‌ای که می‌پردازند، تناسب مستقیمی ندارد و هر کس حق دارد به مقدار نیازش از این خدمات بهره‌مند شود حتی اگر حق بیمه کمتری پرداخته باشد. به بیان دیگر، عدالت در بیمه اجتماعی مفهوم ویژه‌ای دارد: «از هر کس به مقدار توانش و به هر کس به اندازه نیازش».

در عرف رایج کشورها، پرداخت بخش اصلی حق بیمه اجتماعی بر عهده کارفرمایان است. اما این هزینه به قیمت تمام شده کالاها و خدمات افزوده می‌شود و به طور غیرمستقیم از عموم مصرف‌کنندگان دریافت می‌شود. این سازوکار به گونه‌ای است که برای پرداخت هزینه بیمه اجتماعی و تامین سلامت و معیشت نیروی کار، همه افراد جامعه به طور غیرمستقیم سهیم و البته همه آنها نیز از حاصل تلاش و فعالیت نیروی کار بهره‌مند می‌شوند.

بنابراین، هر چه ضریب اشتغال بالاتر باشد، عدالت بازتوزیعی به نحو موثرتری برقرار می‌شود چرا که مصرف‌کنندگان به عنوان پرداخت‌کننده واقعی هزینه تامین اجتماعی، در جای دیگری خود به عنوان تولیدکننده و بیمه شده از مزایای بیمه اجتماعی استفاده می‌کنند. از سوی دیگر با افزایش نسبت شاغلان نسبت به کل جمعیت، مقدار حق بیمه پرداخت شده به صندوق بیمه اجتماعی افزایش می‌یابد و توان صندوق برای خدمت‌رسانی به افراد زیر پوشش (عرضه خدمات درمانی و پرداخت مستمری بازنشستگی) افزایش می‌یابد.

بنابراین روشن است که حق بیمه سهم کارفرما تا حدودی موجب افزایش قیمت تمام شده کالاها و خدمات می‌شود اما غالباً در برآورد مقدار تاثیر حق بیمه در افزایش هزینه تولید اغراق می‌شود. برای روشن شدن مقدار این تاثیر باید توجه داشت که حق بیمه سهم کارفرما ضریبی از حقوق و دستمزد کارگر است و در نتیجه مقدار تاثیر آن متناسب با سهم هزینه نیروی انسانی در کل هزینه تولید خواهد بود. بنابراین هر چه سهم هزینه نیروی انسانی در کل هزینه تولید کاهش یابد، مقدار این تاثیرگذاری کمتر است و در نتیجه، کارخانه‌ها و کارگاه‌هایی که از تکنولوژی غیرانسانی و ماشینی بهره بیشتری می‌گیرند، سهم کمتری از هزینه تولید را بابت حق بیمه می‌پردازند. به همین نسبت هرچه سهم نیروی انسانی در فرآیند تولید بالا رود، سهم حق بیمه در هزینه تولید نیز افزایش می‌یابد.

از سوی دیگر، هر چه افزایش سالانه حقوق و دستمزدها با ضریب رشد کمتری صورت گیرد و یا مقدار حقوق و دستمزد کارگران از سوی کارفرمایان به موسسه بیمه‌گر کمتر اعلام شود، سهم موثر حق بیمه در هزینه تولید کمتر می‌شود (و البته به همان نسبت توان مالی صندوق بیمه برای خدمت‌رسانی به بیمه‌شدگان و مستمری‌بگیران نیز کاهش می‌یابد). از این رو، سهم حق بیمه در قیمت تمام شده کالا و خدمات اگرچه قابل انکار نیست، اما بسیار کمتر از آن است که ادعا می‌شود. ضمن آنکه حق بیمه‌ها به طور مستقیم بابت تامین سلامت و امنیت خاطر نیروی کار مصرف می‌شود و می‌تواند موجب افزایش کارایی و اثربخشی فعالیت کارگران شود و از این طریق هزینه تولید را کاهش دهد.

دلیل این مدعا این است که با وجود حساسیت بسیار بالا به هزینه‌های تولید و قیمت تمام شده کالا و خدمات در کشورهای صنعتی، با گذشت بیش از یک قرن از اجرای بیمه اجتماعی در این کشورها، هنوز هم حق بیمه سهم کارفرما در نظام‌های بیمه اجتماعی درصد قابل توجهی را تشکیل می‌دهد. جدول پایین صفحه این درصدها را در چند کشور نشان می‌دهد.

با وجود آنکه ارقام یاد شده در برخی موارد نسبتاً زیاد به نظر می‌رسد، اما هرگز ادعا نشده که این حق بیمه‌ها به همان نسبت هزینه تولید را افزایش داده باشد. چرا که به دلیل سهم زیاد تکنولوژی ماشینی در فرآیند تولید (و البته با وجود بالا بودن سطح عمومی دستمزد نیروی انسانی)، حق بیمه اجتماعی عامل بازدارنده‌ای در نظام اقتصادی به شمار نمی‌رود.

با وجود این، به دلیل توسعه روزافزون تکنولوژی ماشینی و کاهش سهم هزینه نیروی انسانی در فرآیند تولید (که خود موجب کاهش شدید درآمدهای بیمه اجتماعی می‌شود)، برخی از کشورها با اتخاذ تدبیرهایی حق بیمه مبتنی بر دستمزد را با حق بیمه مبتنی بر درآمد (و گاه دارایی) جایگزین کرده‌اند و در مواردی نیز حق بیمه مبتنی بر حقوق و دستمزد کاهش یافته و در ازای آن حق‌السهم اجتماعی دریافت می‌شود که چون مبنا و ماخذ کسر آن (سطح درآمد افراد) بیشتر از دستمزدهای رسمی است، مقدار واقعی حق بیمه واریز شده به صندوق بیمه اجتماعی نیز افزایش یافته است.

از مجموع نکات یاد شده، موارد زیر را می‌توان نتیجه‌گیری کرد:

۱ – بیمه اجتماعی در نظام اقتصادی خود یک معلول است و بدواً نمی‌تواند به عنوان یک عامل ضداشتغال شناخته شود. هر چه سطح اشتغال پایین و تعداد بیکاران بیشتر باشد، در وهله اول صندوق بیمه اجتماعی آسیب می‌بیند و توان خود را برای خدمت‌رسانی به بیمه‌شدگان و مستمری‌بگیرانی که سال‌ها است در دام تورم رها شده و هزینه‌های روزافزون پزشکی گرفتارند، از دست می‌دهد. البته در مواردی با دادن آدرس نادرست ادعا می‌شود که مثلاً اگر دولت بدهی‌های خود را به صندوق بیمه بپردازد، این کاستی‌ها جبران خواهد شد در حالی که جمع بدهی‌های یاد شده به اندازه‌ای است که (به فرض محال) اگر هم به طور نقدی و کامل وصول شود، قادر به تامین هزینه‌های یک سال بیمه اجتماعی نیست و نخواهد توانست کمبودهای ناشی از حق بیمه را جبران کند.

۲ – سهم حق بیمه در قیمت تمام شده کالا و خدمات کمتر از آن است که بر روند ایجاد اشتغال یا بیکاری اثرگذار باشد. بی‌تردید عوامل دیگری همچون ورود بی‌رویه کالاهای خارجی، تکنولوژی ناکارآمد واحدهای تولیدی، ماشین‌آلات فرسوده، ناکارآمدی مدیریت، آموزش ناکافی مدیران و کارکنان، بی‌ثباتی در سیاست‌های دولتی، مقررات مزاحم و مانند آن بسیار تاثیرگذارتر است. تجربه نشان داده است که تصویب و اجرای برخی قوانین مقطعی و شتاب‌زده (مانند معافیت از پرداخت حق بیمه سهم کارفرما، خروج برخی کارگران از شمول قانون کار و بیمه اجتماعی، منع بازرسی بیمه‌ای از کارگاه‌ها و...) صرفاً دستکاری معلول‌ها بوده و نتیجه مثبتی در جهت کاهش نرخ بیکاری و یا کارآمدی واحدهای تولیدی نداشته است.

۳ – اخیراً در گزارشی اعلام شد که در کشور ما سهم حقوق و دستمزد نیروی کار در مقایسه با دیگر کشورها بسیار پایین‌تر از کشورهای منطقه مجاور است. این وضعیت را البته همه ما با تمام وجود حس می‌کنیم و نیازی به اثبات ندارد. به همین دلیل، سهم حق بیمه در هزینه تولید نیز که بر مبنای این حقوق و دستمزد بسیار پایین کسر می‌شود، نمی‌تواند قابل توجه باشد.

۴ – هرگونه کاهش نرخ حق بیمه، در کنار دستمزدهای ناچیز نیروی کار، اعلام دستمزدهای غیرواقعی، پرداخت حق بیمه‌ها بر مبنای حداقل دستمزد کارگران و نیز تاخیر در پرداخت حق بیمه‌ها، به طور مستقیم موجب کاهش توان مالی صندوق بیمه اجتماعی می‌شود و در نتیجه سطح مستمری‌ها (که حداقل هزینه زندگی برای سالمندان، از کارافتادگان و زنان بی‌سرپرست تحت پوشش بیمه اجتماعی را تامین می‌کند) باز هم به طور نسبی کاهش می‌یابد. در این صورت نمی‌توان انتظار داشت که وضع معیشت مستمری‌بگیران و سلامت بیمه‌شدگان بهبود یابد.

۵ – علاوه بر این، در حالی که یک سوم هزینه‌های بیمه اجتماعی را درمان بیماری‌ها و حوادث تشکیل می‌دهد، با وجود روند روزافزون حوادث و سوانح و بیماری‌ها در کشور و فشارهای مضاعف برای افزایش تعرفه‌های پزشکی و قیمت دارو و خدمات تشخیصی، اصرار چندانی در جهت کنترل هزینه‌های درمان و کاهش حوادث وجود ندارد. این نکته را نیز باید در نظر داشت که در دو دهه گذشته نرخ افزایش هزینه‌های بیمه درمان و حوادث همواره بیش از نرخ تورم عمومی کشور بوده اما سهم حق بیمه‌های وصول شده به طور نسبی (در مقایسه با تورم) کاهش یافته است.

۶ – با این وجود باید پذیرفت که دفاع از مبانی بیمه اجتماعی به معنای انکار ناکارآمدی‌ها و کاستی‌های موجود در مقررات و ضوابط اجرایی سازمان تامین اجتماعی نیست. بی‌تردید در ضوابط اجرایی بیمه اجتماعی، چگونگی شناسایی کارگاه‌ها، اعلام و ابلاغ بدهی کارفرمایان، نحوه وصول حق بیمه و اجراییات، اخلاق و رفتار سازمانی و مانند آن کاستی‌های بسیاری وجود دارد که با برطرف ساختن آنها می‌توان گام موثری را در جهت افزایش رضایت کارفرمایان و رفع محدودیت‌های فراروی کارآفرینان کشور برداشت.

۷ – علاوه بر این، نرخ حق بیمه کنونی وحی منزل نیست. سخن اصلی این است که مقدار واقعی حق بیمه‌های وصول شده به وسیله سازمان تامین اجتماعی برای تامین نیازهای بیمه‌شدگان و مستمری‌بگیران کافی نیست. یقیناً با حفظ وضع موجود نیز این مشکلات ادامه خواهد یافت. سازمان تامین اجتماعی نباید با اصرار بر نرخ کنونی حق بیمه، راه هرگونه گفت‌وگو و ارائه راه‌حل اصلاحی را برخود ببندد. کشورهای پیشرو در زمینه بیمه اجتماعی راه‌حل‌های موثری را تجربه کرده‌اند. افزایش پایه و دامنه شمول حق بیمه از دستمزدها به درآمدها، وصول حق بیمه بر مبنای درآمد و دارایی (حق‌السهم اجتماعی)، افزایش معقول و منطقی در همه حقوق و دستمزدها، الزام به پرداخت حق بیمه بر مبنای حقوق و دستمزد واقعی کارکنان، افزایش دوره محاسبه مستمری‌ها از دو سال آخر به ده سال (و گاه بیست سال) آخر خدمت، پذیرش هزینه‌های ناشی از حوادث محیط کار به وسیله کارفرمایان، پذیرش بخشی از هزینه‌های ناشی از سوانح جاده‌ای به وسیله خودروسازان و بیمه‌های خودرو، تعهد بخش موثری از هزینه بیمه بیکاری از سوی دولت و... از جمله راه‌حل‌هایی است که در برخی کشورها به کار گرفته شده و در ازای آن نرخ حق بیمه اجتماعی تعدیل شده است.

۸ – و سخن آخر اینکه صندوق بیمه اجتماعی در ایران عهده‌دار تامین معیشت بیش از یک میلیون مستمری‌بگیر و تامین سلامت حدود ۲۷ میلیون نفر بیمه شده است. هرگونه اصلاح و تغییر در مقررات که به نحوی بر منابع یا مصارف این صندوق تاثیر گذارد، زندگی این بخش از جمعیت کشور را که آسیب‌پذیرترین اقشار جامعه هستند، با مخاطره روبه‌رو خواهد ساخت. مراقب باشیم که با اقدامات شتاب‌زده و کارشناسی نشده، این قشر آسیب‌پذیر بیش از گذشته آسیب نبیند. بی‌شک رویکرد عدالت‌خواهانه دولت خدمتگزار نیز چنین نمی‌خواهد.

جمع نرخ حق بیمه‌های اجتماعی (مستمری‌ها، درمان، حوادث شغلی، بیمه بیکاری و عائله‌مندی) در نظام بیمه اجتماعی چند کشور منتخب

کشور	آلمان	اتریش	انگلیس	ترکیه	ژاپن	سوئد	فرانسه	کره جنوبی
سهم بیمه شده	۱۹/۸ درصد	۱۷/۲ درصد	حدود ۸/۵ درصد	۱۴ درصد	۱۳/۵ درصد	۷ درصد	۱۵/۶ درصد	۶ درصد
سهم کارفرما	۲۱/۱ درصد	۲۵/۱ درصد	حدود ۱۲ درصد	۱۸ درصد	۱۴ درصد	۱۹/۱ درصد	۳۳/۳ درصد	۶ درصد

توضیح: در مورد کره جنوبی نرخ حق بیمه حوادث شغلی به موارد یاد شده اضافه می‌شود که به تناسب آسیب‌زا بودن محیط کار بین ۰/۳ درصد تا ۳۲ درصد متغیر است. در مورد ژاپن همین وضعیت با دامنه ۰/۶ درصد تا ۱۳/۴ درصد و در مورد ترکیه بین ۱/۵ درصد وجود دارد. در همه موارد، حق بیمه حوادث شغلی جدا محاسبه می‌شود و تماماً به عهده کارفرما است.

مدارس در مهرماه امسال مقاوم‌سازی نمی‌شود

ایلنا: رئیس سازمان نوسازی توسعه و تجهیز مدارس گفت: به دلیل عدم اختصاص به موقع اعتبار مقاوم‌سازی و بازسازی مدارس مقاوم‌سازی مدارس تا مهرماه امسال به اتمام نخواهد رسید. حبیب‌الله بوربور رئیس سازمان نوسازی توسعه و تجهیز مدارس گفت: در هفته گذشته، ۲۰۵ میلیارد تومان از اعتبار مقاوم‌سازی مدارس به آموزش و پرورش اختصاص داده شد. وی افزود: مجوز ۱۵۰ میلیون دلاری برای خرید مصالح به آموزش و پرورش داده شده که با این اعتبار می‌توان مصالح مورد نیاز ساخت تعدادی از مدارس را فراهم کرد. وی خاطرنشان کرد: با توجه به اختصاص دیرهنگام اعتبار مقاوم‌سازی، این اعتبار در مهرماه سال ۸۶ جذب خواهد شد و مقاوم‌سازی مدارس در آن زمان به پایان می‌رسد. بوربور تصریح کرد: با اعتبار مقاوم‌سازی مدارس بیش از ۲هزار مدرسه بازسازی و افتتاح می‌شود. رئیس سازمان نوسازی توسعه و تجهیز مدارس با اشاره به فرارسیدن هفته دولت گفت: در این هفته هزار و ۵۰۰ مدرسه با ۷۰هزار و ۵۰۰ کلاس در کشور افتتاح خواهد شد.

تسلیت

سرکار خانم نوروزی زاده و جناب آقای محقق

مصیبت وارده را صمیمانه تسلیت می گوییم. برای آن مرحوم مغفور رحمت و آمرزش و برای بازماندگان محترم، بردباری و شکیبایی آرزومندیم.

امیدواریم ما را در غم خود شریک بدانید.

کارکنان دفتر خانه ۳۵ کرج

کاوه دبیری عزیز

در اندوه از دست دادن پدر با تو شریک هستیم.

آزاده مشایخی، انوشه احمدی، زهرا تبدیلی، احسان صالحی فر، نغمه فلور ذبیحی، پویا قربانی، ساناز نوروزی، آرش مصباح، عسل ایرانمهر، یاشار قاسم خانی، بهرام بابازاده، آزاده صفی زاده، علی یاربخشی، شهاب حیدری، نیما واحدی، روزبه الیاس آذر، مهدی نعمتی، مجید معصومی، روزبه نقشینه

و یبقی وجه ربک ذوالجلال و الاکرام

سعدی به روزگاران مهری نشسته بر دل
بیرون نمی‌توان کرد الا به روزگاران

سرکار خانم مهندس حائری زاده

مدیرعامل محترم مؤسسه منظومه خرد

روزها باید بگذرند تا غم از دست دادن آن عزیز اندکی تسلا یابد.

تسلیت صمیمانه‌ی ما را بپذیرید.

از خداوند منان برای بازماندگان صبر و شکیبایی خواستاریم.

همراهانتان در منظومه خرد

ترحیم

انا لله و انا الیه راجعون

با نهایت تاسف و تاثر درگذشت شادروان

فرزانه رئیس روحانی (دانائی)

را به اطلاع می‌رساند. مراسم ختم آن مرحومه روز یکشنبه ۸۵/۶/۵ از ساعت ۱۵/۳۰ تا ۱۷ در مسجد الرضا (ع) واقع در خیابان عشقیار میدان نیلوفر برقرار می‌باشد. شرکت دوستان و بستگان موجب شادی روح آن مرحومه و تسلی خاطر بازماندگان است.

همسر: عبدالحمید دانائی

فرزندان: آرزو، آزاده و آرش

خواهر و برادر: فریده و فرهاد

خانواده‌های: رئیس روحانی، دانائی، کیمیاگر، سالک جورابچی، اباصلتی، خواجه نوری، زاهدی، آگوندی، حسینی، مشعریان، آذرنوش، کمال، حقیقت، امیرمعزی، طاهری، طاهریان، داناپور، مقدم، آزاده، فاضلی، نزوال، علیزاده، براتی

پذیرش آگهی‌های ترحیم و تسلیت

تلفن مستقیم: ۲۲۰۵۷۰۹۰ نمابر: ۲۲۰۵۶۳۹۰

بلوار آفریقا، خیابان مبهار، پلاک ۲

دیگران

کنفرانس جهانی ایدز و زنان

بی‌بی‌سی: حدود ۵۷ درصد بیماران را در آفریقا زنان تشکیل می‌دهند. این آمار در میان زنان جوان پانزده تا بیست‌وچهار سال، به سه‌چهارم کل بیماران می‌رسد. بیست و پنج سال پیش، زمانی که برای اولین بار ویروس ایدز شناخته شد، بیشتر مردان همجنس‌گرا بودند که از این بیماری رنج می‌بردند. امروز دامنه ایدز با رشد عجیبی به میان زنان کشیده شده است. جمعه گذشته هجدهم اوت، شانزدهمین کنفرانس جهانی ایدز در تورنتو با انتقاد شدید از کشورهای غربی و روسیه به کار خود پایان داد. استفان لویز نماینده ویژه سازمان ملل متحد در این کنفرانس، این کشورها را به عدم اجرای تعهدات خود برای کمک مالی در مبارزه با ایدز و تامین داروهای ضروری متهم کرد. این نظر مورد تایید حدود ۲۴ هزار شرکت‌کننده در این کنفرانس نیز قرار گرفت. از جمله او به رشد سریع این بیماری در میان زنان اشاره کرد. حدود ۴۰ میلیون نفر در سراسر جهان به ویروس HIV مبتلا شده‌اند که تقریباً ۹۵ درصد آنان در کشورهای فقیر به‌سر می‌برند. در بیست و پنج سال پیش، زمانی که برای اولین‌بار ویروس ایدز شناخته شد، بیشتر مردان همجنس‌گرا بودند که از این بیماری رنج می‌بردند. امروز دامنه ایدز با رشد عجیبی به میان زنان کشیده شده است. به‌ویژه سرعت رشد و سرایت ویروس HIV در سرزمین‌های فقیر باورنکردنی است. در این مناطق به‌دلیل فقر فرهنگی و مادی و تسلط روابط پدرسالاری به‌خصوص زنانند که در خطر هرچه بیشتر سرایت ویروس ایدز قرار می‌گیرند. گسترش ایدز در سال‌های گذشته به‌ویژه در کشورهای هندوستان و آفریقای جنوبی چشمگیر بوده است. در آفریقا آمار زنان مبتلا به ایدز افزایش محسوسی داشته است. در کنفرانس ایدز تورنتو نیز بر این نکته تأکید شد که حدود ۵۷ درصد بیماران را در این قاره زنان تشکیل می‌دهند. این آمار در میان زنان جوان بین پانزده تا بیست و چهار سال، به سه‌چهارم کل بیماران می‌رسد. نتایج تحقیقات انجام شده در این مورد نشان می‌دهند که کسانی که روابط جنسی متعددی دارند و از کاندوم استفاده نمی‌کنند در معرض مستقیم خطر سرایت بیماری قرار دارند. پیش از همه زنان هستند که کمترین امکانات را در حفاظت از جسم خود در اختیار دارند. فرانکویس ونتر از دانشگاه ژوهانسبورگ در این‌باره می‌گوید: «شرایط بسیار سختی است. برای حفاظت زنان از خودشان در روابط جنسی وسایل زیادی وجود ندارد. تنها امکان موجود استفاده از کاندوم برای مردان است و اگر هر کدام از دو طرف حاضر به قبول آن نباشد، مورد استفاده قرار نمی‌گیرد. تجربه نشان داده که بسیاری از مردان تمایلی به استفاده از کاندوم ندارند.» خطر دیگر سرایت بیماری از طریق اعمال خشونت در رابطه جنسی و تجاوز است. در آفریقای جنوبی به‌ویژه زنان در خطر این نوع سرایت بیماری ایدز هستند. بسیاری از آنان در فقر زندگی می‌کنند. در خانواده‌های بسیاری دیده می‌شود که مادربزرگ‌ها از نوه‌های یتیمی که با بیماری ایدز به دنیا آمده‌اند نگهداری می‌کنند. اگر آنان دیگر نتوانند این وظیفه را انجام دهند، کار به‌دوش دختر بزرگ خانواده می‌افتد که همه اعضای خانواده را اداره کند. از داروهای کمکی و پزشک و پرستار خبری نیست. در هندوستان طبق آمار منتشر شده پنج میلیون و هفتصدهزار نفر به ویروس ایدز مبتلا شده‌اند. از این بیماران تعداد زیادی را زنانی تشکیل می‌دهند که ایدز به آنان از طریق شوهرانشان منتقل شده است. مردانی که روابط جنسی خارج از دایره زناشویی و عمدتاً با روسپیان داشته‌اند. آرمین شافبرگر مشاور پزشکی و از شرکت‌کنندگان در کنفرانس تورنتو در این باره می‌گوید: «نباید از نظر دور داشت که با پیشرفت تکنیک، ساختارهای اجتماعی تغییر نمی‌کنند. ساختارهای پدرسالارانه‌ای که از دلایل ویژه ابتلای زنان به ایدز هستند. از جمله آنان اعمال خشونت جنسی است. برای نمونه در آفریقای جنوبی وقتی دختری پانزده، شانزده ساله در رابطه با مردی چهل ساله و یا پیرتر قرار می‌گیرد که مدت‌ها تجربه رابطه جنسی و خطر ابتلا به بیماری را داشته است، امکان سرایت به ایدز برای وی بسیار بالا است و در اولین و یا دومین رابطه‌اش او نیز به ویروس ایدز مبتلا می‌شود.

وداع با «رامسس دوم»

ایرنا: مجسمه هزار و ۲۰۰ ساله «رامسس دوم» یکی از فراعنه مصر از میدانی در مرکز شهر قاهره به موزه‌ای نزدیک اهرام ثلاثه و محل اصلی کشف آن منتقل می‌شود. این مجسمه ۱۱ متری که ۱۰۰ تن وزن دارد به موزه بزرگ مصر که به‌زودی نزدیک منطقه اهرام گشایش خواهد یافت منتقل خواهد شد که مقدمات فنی این انتقال نیز آغاز شده است. قرار است مراسم انتقال این مجسمه مستقیم از تلویزیون مصر پخش شود ولی جشن‌های ویژه آن برای همدردی با مردم لبنان لغو شده است. بسیاری از باستان‌شناسان، سیاستمداران و روشنفکران مصری مخالف انتقال پیکره رامسس دوم هستند و معتقدند این اقدام ناشی از فشار آمریکا است زیرا گفته می‌شود رامسس رابطه خوبی با یهودیان نداشته و از این‌رو در عصر کنونی نیز به‌عنوان سمبل ضداسرائیلی تلقی می‌شود. این مجسمه در سال ۱۸۸۳ کشف و سال ۱۹۵۴ به مرکز قاهره منتقل و در میدان رامسس نصب شد.

نگرانی از مرگ و میر کودکان در تاجیکستان

بی‌بی‌سی: مشاور منطقه‌ای سازمان جهانی بهداشت در امور بهداشتی کودکان از مرگ و میر کودکان به هنگام تولد و تا سن پنج سالگی در تاجیکستان ابراز نگرانی کرده است. میکائیل استرگرن مشاور منطقه سازمان جهانی بهداشت در یک همایش بین‌المللی در شهر دوشنبه بر ضرورت اتخاذ تدابیر بهداشتی برای بهبود سلامت کودکان و نورسان در تاجیکستان تاکید کرد. به گفته استرگرن ارزیابی وضع سلامت کودکان نورسان در تاجیکستان حاکی است که مشکلات زیادی در این زمینه همچنان وجود دارد. استرگرن گفت: «افزایش مرگ و میر کودکان هنگام تولد و تا سن پنج سالگی، کمبود مواد غذایی یا سوءتغذیه و ابتلای کودکان و مادران به بیماری‌های گوناگون مسری مایه نگرانی است. تاجیکستان از امکانات لازم برای جلوگیری از این مشکلات برخوردار است و باید در این زمینه اقدام کند. حسین امینف یک مسئول وزارت بهداشت تاجیکستان می‌گوید در چند سال اخیر میزان مرگ و میر کودکان در این کشور رو به کاهش نهاده است. امینف گفت: «با انجام تدابیر ضروری روند مرگ و میر کودکان در تاجیکستان رو به کاهش است. طبق آمار رسمی اگر در سال ۱۹۹۹ از هر هزار کودک نوزاد ۴۰ نفر فوت کرده باشد، هم‌اکنون این رقم به ۱۷ نفر کاهش یافته است