

تحلیل نقش برنامه درسی دوره کارشناسی رشته بهداشت عمومی در سلامت جامعه

فاطمه سربلوکی آرانی، دکتر سولماز نورآبادی

۱- کارشناسی ارشد برنامه‌ریزی درسی، دانشگاه شاهد، Email: fateme.s.arani1995@gmail.com

۲- عضو هیات علمی گروه علوم تربیتی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه شاهد (نویسنده مسئول)

Email: nourabadi@shahed.ac.ir

چکیده

هدف پژوهش حاضر تحلیل جایگاه و اهمیت برنامه درسی رشته بهداشت عمومی دوره کارشناسی در نظام آموزش پزشکی بر سلامت جامعه است. در پژوهش حاضر، سلامت حالتی از دریافت اثر خدمات نظام بهداشت‌درمانی است که طی فعالیت کادر بهداشتی و درمانی در بعد بهداشت فرد، خانواده، جامعه و معنویت آنها در سه سطح پیشگیری (اولیه، ثانویه و ثالثیه) برداشت می‌شود. ماهیت موضوع تحقیق حاضر از نوع تحقیقات کیفی بوده و پژوهش به روش توصیفی-تحلیلی انجام شد. یافته‌ها حاکی از اهمیت رشته بهداشت عمومی و نقش آن بر سلامت دانشجویان دارد که به تبع خانواده‌ها و در مجموع جامعه نیز از مزایای آن بهره‌مند می‌شوند. همچنین برای افزایش تاثیر رشته بهداشت عمومی دوره کارشناسی بر سلامت افراد و خانواده‌ها پیشنهادهای ارائه شد. با توجه به اینکه مبانی ایدئولوژیک و گفتمان اسلامی-ایرانی نسبت به تعریف انسان، هستی و معرفت در مقایسه با کشورهای دیگر متفاوت و متمایز می‌باشد، لازم است برای دستیابی به دکتترین واحد سلامت اقداماتی انجام گیرد که فهرست آنها ارائه شد. نتایج بررسی‌ها نشان داد تحقق این پیشنهادات مستلزم تمرکز بر یکی از مهمترین وظیفه تولید یعنی استفاده از خرد جمعی با تاکید بر استفاده حداکثری از ظرفیت‌های ساختاری حقیقی و حقوقی همه‌جانبه ذینفعان درون و بیرون نظام سلامت و طراحان برنامه درسی کشور می‌باشد. استفاده از ظرفیت‌ها و جریان‌های فکری مختلف، موجب دستیابی حداکثری به تضارب آرا و ایجاد وحدت رویه برای تحقق سلامت همه‌جانبه می‌شود. برای این منظور راه‌اندازی و تشکیل اندیشکده ملی سلامت توصیه می‌شود که نمایندگانی از تمامی افکار و جریان‌های فکری به همراه متخصصان برنامه درسی هم در بعد طراحی و هم در بعد اجرای رشته بهداشت عمومی در آن حضور داشته و از ظرفیت ساختارهای مرتبط دیگر نظیر مرکز الگوی اسلامی-ایرانی پیشرفت و فرهنگستان علوم پزشکی کشور استفاده نمایند.

کلمات کلیدی: برنامه درسی، بهداشت عمومی، دوره کارشناسی، سلامت جامعه.

۱. مقدمه

ارتقای شایستگی‌های دانشجویان علوم پزشکی در عرصه‌های علمی، ارتباطی و مهارتی، به عنوان یکی از راهبردهای ذیل سیاست‌های کلان برنامه جامع آموزش عالی حوزه سلامت، تصریح شده است. رویکرد مبتنی بر شایستگی، در طراحی برنامه‌های درسی در دانشگاه‌های برتر جهان، با این سیاست کلان، تطبیق داشته و با ارائه اسلویی علمی، تحلیل وضعیت موجود را تسهیل می‌نماید (ریاضی و همکاران، ۱۳۹۹). آموزش عالی به عنوان یک حوزه تخصصی زیرسیستم‌ها و قلمروهای متعدد از جمله پژوهش، آموزش^۱، مشاوره،

۱. Education



نهمین همایش علم پژوهش علوم تربیتی و روانشناسی، آسپ هاه اجتماع و فرهنگ ایران



انجمن توسعه و ترویج علوم و فنون نوین ایران

ارزیابی^۱، برنامه‌های درسی را شامل می‌شود و ارتقای آن نیازمند یک جهت‌گیری راهبردی و اتخاذ سیاست‌هایی مبتنی بر رشد و ارزشیابی متناسب با تحولات محیطی موجود و بهره‌گیری از آن است.

برنامه‌ریزی درسی فرایند است، فرایند با حرکت رو به توسعه همراه است. همچنین برنامه‌ریزی درسی تداوم دارد، برای برنامه‌ریزی درسی نمی‌توان پایانی تصور کرد، بلکه از طریق بازخوردهایی که از چگونگی اجرا و تأثیر برنامه در یادگیری بدست می‌آید، برای اصلاح آن اقدام می‌شود (ملکی، ۱۳۹۴). بر اساس بررسی مطالعات انجام شده در این زمینه، متخصصان این رشته معتقد بر این ویژگی هستند که، برنامه‌ریزی درسی یک فرایند یا نظام اجتماعی است (نوذرزاده و فتحی‌واجارگاه، ۱۳۷۸؛ ۱۲۱) که در این فرایند، افراد و گروه‌های متعدد تأثیرگذارند. لازم به ذکر است ترکیب تصمیم‌گیران و میزان تأثیرگذاری افراد و گروه‌ها در نظام برنامه‌ریزی، به نظام سیاسی^۲ کشور بستگی دارد (بهرامن و عرفانیان، ۱۳۹۷؛ ۲). با وجود تعاریف و دیدگاه‌های مختلف متخصصان از برنامه درسی، در ادامه به گزیده این تعاریف اشاره می‌گردد. سیلور و الکساندر^۳ (۲۰۰۰) معتقدند که برنامه‌درسی طرحی شامل مجموعه‌ای از فرصت‌های مناسب برای رسیدن یادگیری^۴ است. برنامه‌ریزی درسی فرایندی است که به برنامه درسی می‌انجامد. به عبارت دیگر برای تهیه برنامه‌درسی باید مجموعه‌ای از تصمیمات را اتخاذ کنیم؛ این تصمیمات، که از نیازسنجی آغاز می‌شود و با ارزشیابی به نقطه نسبی اطمینان‌بخش می‌رسند، برنامه‌درسی نام دارد (ملکی، ۱۳۹۴). همچنین بورد آموزش و آموزش پزشکی انگلستان^۵ برنامه درسی را اینگونه تعریف می‌کند: بیانیه اهداف کلی و عینی، محتوا، تجارت، پیامدها و فرایندهای یک برنامه درسی که شامل این موارد می‌شود:

۱- توصیف ساختار آموزشی (پیش‌نیاز ورود به برنامه، طول مدت و سازماندهی برنامه شامل موارد قابل انعطاف آن و سیستم ارزیابی‌کننده آن)؛

۲- توصیف روش‌های مورد انتظار از نظر یاد گرفتن، یاد دادن، بازخورد و نظارت.

با در نظر گرفتن دیدگاه داویدف^۶ (۱۹۹۶) از برنامه‌درسی، با توجه به مغفول بودن برنامه‌درسی، راه حل مشکل در آموزش پزشکی همان توجه به برنامه درسی است (دنت و هاردن^۷، ۲۰۱۳؛ ۲۷). بطور کلی برنامه درسی به آن حوزه علمی اشاره می‌کند که مشتمل بر قلمروهای: مبانی برنامه‌ریزی درسی، مهندسی برنامه‌ریزی درسی، اجرای برنامه درسی، تغییر برنامه درسی، تاریخ برنامه درسی، تحقیق در برنامه درسی، و ارزشیابی از برنامه درسی می‌باشد (فتحی‌واجارگاه، ۱۳۹۵؛ ۲۷). به عبارت دیگر برنامه درسی اتخاذ مجموعه‌ای از تصمیمات است که از نیازسنجی آغاز و با ارزشیابی به نقطه نسبی اطمینان‌بخشی می‌رسد. همچنین می‌توان گفت برنامه‌ریزی درسی به طراحی فرصت‌ها، فعالیت‌ها و تجارب یادگیری اطلاق می‌شود (ملکی، ۱۳۹۴؛ ۲۴). در الگوی طبیعت‌گرای برنامه درسی دکر واکر^۸ (۱۹۸۲) به سه عنصر ۱- سکوی برنامه درسی ۲- طرح آن ۳- شور و بررسی اشاره می‌کند که سکو عبارت است از نظامی از باورها و ارزش‌ها که هر برنامه‌ریز با خود به همراه دارد و برنامه‌ریزی درسی را هدایت می‌کند. در واقع سکو هم به معنای اصول عقاید سیاسی و هم به معنای چیزی که بر آن می‌ایستیم، می‌باشد. شور و بررسی زمانی اتفاق می‌افتد که افراد و صاحب‌نظران درگیر در تدوین برنامه درسی در یک هم‌اندیشی شرکت می‌کنند تا بهترین شق برای عمل را انتخاب کنند. طرح در این تعریف عبارت از مجموعه‌ای از ارتباطات موجود بین مواد آموزشی مورد است. بطور کلی تعاریفی که از برنامه درسی ارائه شده است را می‌توان در یکی از طبقات زیر قرار داد:

۱- برنامه درسی به عنوان مجموعه‌ای از دروس یا برنامه‌ای برای مطالعه: از این نقطه نظر برنامه‌درسی عبارت از برنامه‌ای که در آن فهرست موضوعات مختلف درسی به تفکیک تعیین و تصریح شده‌است.

۲- برنامه درسی به‌عنوان فهرست رئوس مطالب: عبارت از مجموعه‌ای از سرفصل‌ها و رئوس اصلی مطالب برای یک درس خاص.

۱. Evaluation

۲. Political System

۳. Silver & Alexander

۴. Learning

۵. Postgraduate Medical Education and Training Borad (PMETB)

۶. Davidoff

۷. Dent & Harden

۸. Walker, D



نهمین همایش علم پژوهش علوم تربیتی و روانشناسی، آسب هاے اجتماع و فرهنگ ایران



انجمن توسعه و ترویج علوم و فنون نوین ایران

۳- برنامه درسی به عنوان محتوای یک درس یا مجموعه‌ای از دروس: از نظر گوڈ^۱ (۱۹۹۵) عبارت است از یک برنامه کلی و عمومی در ارتباط با محتوای آموزشی تا در سایه آن یادگیرندگان قادر شوند صلاحیت‌های لازم را در خود بوجود آورده و برای حوزه فنی و حرفه‌ای خاص آماده شوند.

۴- برنامه درسی به عنوان برنامه زمانی برای تدریس دروس: بر این اساس جدول زمانی تدریس همان برنامه درسی است.

۵- برنامه درسی به عنوان مجموعه اهداف و مقاصد: بزم این برداشت، برنامه‌درسی تعیین پیشاپیش اهداف یا نتایج یادگیری مورد انتظار است.

۶- برنامه درسی به عنوان مجموعه تجارب یادگیری: که خود در طبقه‌بندی زایس به دو طبقه ۱- برنامه درسی مجموعه تجربیات یادگیری برنامه‌ریزی شده ۲- برنامه درسی مجموعه تجربیات یادگیری فراگیران (برنامه درسی پنهان)^۲.

۷- برنامه درسی به عنوان شیوه تفکر: در این عنوان برنامه درسی بیشتر از آنکه در آن فراگیری مسائل و موضوعات خاص مدنظر باشد، آشنایی با نحوه برخورد و تفکر صحیح در ارتباط با مسائل مدنظر است.

۸- برنامه درسی به عنوان یک طرح: این برداشت برنامه درسی متضمن پیش‌بینی اهداف و غایت با تدارک تجربیات و فرصت‌های یادگیری و نیز مسائلی نظیر ارزشیابی از برنامه است (فتحی‌واجارگاه، ۱۷، ۱۳۹۵).

برنامه‌درسی^۳ آموزش عالی یکی از زیرنظام‌هایی است که نقش اساسی در متحول شدن آموزش عالی و جامعه دارد. زیرا آموزش عالی از طریق برنامه درسی مصوب در تلاش است به اهداف مطلوب دست یابد. همچنین به عنوان یکی از عناصر مهم و عوامل تاثیرگذار در تعیین میزان موفقیت و شکست نظام‌های آموزش عالی محسوب می‌شود (بارنت و کوات^۴، ۲۰۰۵). لذا آموزش پزشکی^۵ و دانشگاه‌های علوم پزشکی به نوعی بخشی از نظام آموزش عالی که در حوزه تدوین، طراحی و ارزیابی برنامه‌ریزی درسی در جهت آموزش نیروی انسانی در انواع سطوح و خدمات بهداشت و سلامت هستند، از این قاعده مستثنی نمی‌باشند.

از طرفی گذار سلامت در کشور ایران در دهه آینده شاهد تغییرات عمده در نیازهای بهداشتی مردم کشور را خواهد دید. در ایران همچون سایر مناطق در حال توسعه، بیماری‌های غیرواگیر به سرعت جایگزین دشمنان سنتی بشر مانند بیماری‌های عفونی و سوء تغذیه می‌شود و در صدر عامل‌های ایجادکننده ناتوانی و مرگ‌های زودرس قرار می‌گیرد. معنای واژه سلامت در فرهنگ‌نامه معین با واژه‌هایی همچون امنیت، تندرستی، خالص از بیماری و رهایی یافتن، مترادف آورده شده است. سلامت در اساسنامه سازمان بهداشت جهانی (۱۹۴۸) چنین تعریف شده است: «حالتی از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی است و تنها نبودن بیماری، معلولیت و یا زمین‌گیری نیست». در سال ۱۹۷۹، به دلیل نبود غایت نهایی در مفهوم واژه رفاه در بازه زندگی مادی انسان، سازمان بهداشت جهانی بحثی را مطرح کرد که بعد معنوی که ضامن آرامش و شادی انسان است، در تعریف سلامت گنجانده شود. پس از این دولت‌های کشورهای اروپایی اعلامیه کپنهاگ^۶ را امضا کرده و متعهد شدند که نیازهای معنوی جمعیت را برای افراد، خانواده‌ها و جوامع تامین کرده و همچنین سیاست‌های خود را برای دستیابی به دیدگاه سیاسی، اقتصادی، اخلاقی و معنوی در جهت توسعه اجتماعی ارائه کنند.

آموزش علوم پزشکی به سبب نیاز به عرصه‌های متنوع یادگیری در گستره وسیع شکل‌گیری مسائل مرتبط با سلامت و بیماری مردم، نسبت به سایر آموزش‌ها از ویژگی‌های خاصی برخوردار است که در آموزش بالینی به مفهوم وسیع آن متبلور می‌شود. پیشرفت‌های فناوری و گسترش دانش علوم پایه با سرعتی سرسام‌آور در اوایل قرن بیستم سبب شد که پزشکی کاملاً دگرگون و از حالت یکطرفه یا فن که بصورت سینه به سینه آموخته و آموزش می‌شد، خارج گردد. دانشگاه‌های علوم پزشکی در این زمان وظیفه تدریس علوم پایه و بالینی و آموزش مهارت‌های فنی را به دانشجویان بر عهده گرفتند و به همین دلیل بیمارستان‌های وابسته به

^۱. Goode

^۲. Hidden Curriculum

^۳. Curriculum

^۴. Barnett & Coate

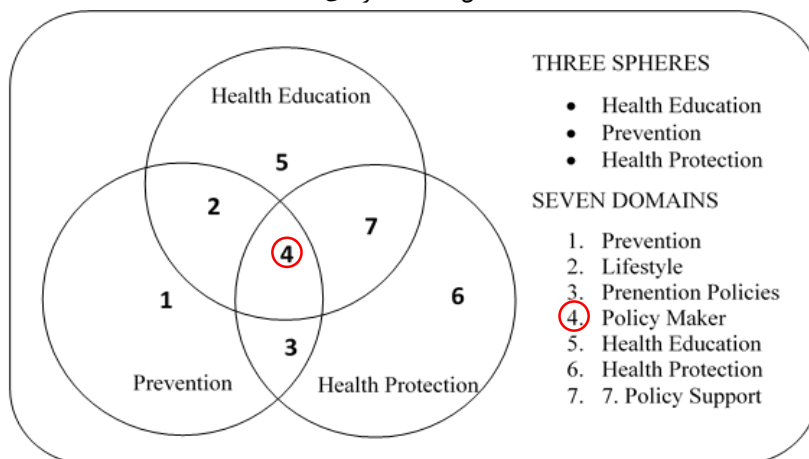
^۵. Medical Education

^۶. این اعلامیه (مارس ۱۹۹۵) در ده تعهد به دعوت سازمان ملل متحد سران دولت‌ها را به اهمیت توسعه اجتماعی و سعادت و سلامت آدمی و تاثیر آن بر تمامی انسان‌ها و لزوم قائل شدن بیشترین اولویت برای این اهداف چه در حال و چه در قرن بیست و یکم را متوجه می‌سازد.

دانشگاه‌های علوم پزشکی بوجود آمدند که عرصه آموزش مهارت‌های بالینی باشند. دانشگاه‌های علوم پزشکی اساساً برای پاسخگویی به نیاز و انتظارات جوامع بوجود آمده‌اند و بطور حتم از بدو شکل‌گیری آنها، پاسخگو بودن آموزش پزشکی بطور ضمنی و آشکار مدنظر بوده است (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۹۲). همواره تغییر پارادایم‌های نظام‌های ارائه خدمات، تغییر در پارادایم‌های نظام آموزشی را به دنبال دارد. اگر تا دیروز ارتقای کیفیت با دانش تخصصی بهتر و بیشتر مترادف بود، امروز دانش تخصصی صرف برای ارتقای کیفیت کافی نیست. دانشکده‌های علوم پزشکی باید دانش‌آموختگان خود را علاوه بر دانش تخصصی، به دانش ارتقا نیز تجهیز نمایند. چرا که اگر تا دیروز نظام ارائه خدمات بر اساس الگوی بیماری‌محوری متوجه بود، امروز چه حادثه‌ای رخ داده است که نظام ارائه خدمات خود را در موقعیتی می‌بیند که باید بر اساس الگوی سلامت‌نگری، به جای افراد بر جوامع متمرکز شود؟ لذا نظام آموزشی باید دانش‌آموختگان خود را برای این امر آماده کنند.

از جمله گروه‌های علوم پزشکی که سهم عمده‌ای در اجرای برنامه‌های بهداشتی در مراکز بهداشت و مدیریت شهرستان‌ها و استان‌های کشور ایفا می‌نمایند، کارشناسان رشته بهداشت عمومی هستند. دانش‌آموختگان این رشته با ارزیابی عوامل خطر^۱ و تهدیدکننده سلامت در جهت تغییر سطح بهداشت جامعه، خانواده و فرد مداخله^۲ می‌نمایند (گیلبرت^۳، ۱۳۶۴). به عبارت دیگر نتیجه مطلب فوق بیانگر این است که، باید صاحب‌نظران و سیاست‌گذاران برنامه‌های ملی و توسعه‌ای هر کشوری از جمله برنامه‌ها و اهداف بهداشتی مورد نظر، اقداماتی در سطح ملی پیش‌بینی کنند و با ترسیم چشم‌اندازهای آینده و شناسایی نیازها و فرصت‌های بهبود کیفیت زندگی افراد جامعه و در نظر گرفتن چالش‌های حوزه بهداشت و درمان، به تدوین راهبردها و رویکردهای کلان و روش‌های اجرایی اقدام نمایند. در این زمینه ارزیابی اقدامات و برنامه‌های شورای عالی برنامه‌ریزی درسی علوم پزشکی و دانشگاه‌های علوم پزشکی در سراسر کشور بر اساس طرح‌ها و سیاست‌های کلان کشور از جمله سیاست‌های کلی سلامت و نتایج حاصل از آن می‌تواند نقش ابزار کمک‌کننده‌ای برای صاحب‌نظران برنامه‌درسی آموزش پزشکی داشته باشد. برای روشن شدن مطلب به مدل ارتقای سلامت که در بردارنده نقش سیاست‌های قانونی و پشتیبانی است، اشاره می‌شود تا توجه برنامه‌ریزان درسی بویژه در رشته بهداشت عمومی و پزشکی پیشگیری را به اهمیت سیاست‌های کشوری در تمام عناصر برنامه‌درسی و تربیت و آموزش نیروی انسانی جلب گردد.

شکل ۲: سه‌گانه ارتقای سلامت



Health Promotion Models & Values (by R.S. Downie, C. Tannahill & A. tannahill 1996)

۱. Risk Factors
۲. Intervention
۳. Gilbert



نهمین همایش علم پژوهش علوم تربیت و روانشناسی، آسیب‌ها و اجتماع و فرهنگ ایران



انجمن توسعه و ترویج علوم و فنون نوین ایران

در بررسی گزاره‌های مرتبط با شکاف موجود در برنامه درسی حوزه یکی از رشته‌های نظام آموزش پزشکی؛ پرستاری، درد اصلی برنامه درسی را ریاضی و همکارانش عدم موفقیت برنامه درسی در ایجاد انگیزه در دانشجویان علوم پزشکی، عدم رضایت کلی اعضای هیات علمی از برنامه درسی و ماهر نبودن دانش‌آموختگان بیان می‌کند (ریاضی و همکاران، ۱۳۹۹). در این پژوهش، برنامه‌درسی فرایند سیستماتیک طراحی دوره کارشناسی بهداشت عمومی^۱ بر اساس تحقق اهداف سیاستگذاری در حوزه سلامت و تربیت نیروی انسانی در نظام ارائه خدمات بهداشتی و درمانی در نظر گرفته می‌شود. طبق چهل و دومین جلسه مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در تاریخ ۱۳۸۹/۰۳/۰۹، برنامه‌درسی کارشناسی پیوسته بهداشت عمومی شامل ۱۳۴ واحد درسی می‌باشد. شامل ۲۴ واحد دروس عمومی، ۳۲ واحد دروس پایه، ۶۰ واحد دروس اختصاصی و ۱۶ واحد کارآموزی در عرصه می‌باشد که برای یک دوره چهارساله کارشناسی تدوین شده است.

لذا محوریت پژوهش حاضر بر برنامه‌درسی است و هدف آن عبارت است از: تحلیل نقش برنامه‌درسی رشته کارشناسی بهداشت عمومی در نظام آموزش پزشکی در سلامت جامعه. لازم به ذکر است در پژوهش حاضر، سلامت حالتی از دریافت اثر خدمات نظام بهداشت‌درمانی است که طی فعالیت کادر بهداشتی و درمانی در بعد بهداشت فرد، خانواده، جامعه و معنویت آنها در سه سطح پیشگیری (اولیه، ثانویه و ثالثیه) برداشت می‌شود.

۲. روش تحقیق

با توجه به منابع مطالعاتی در این پژوهش، ماهیت موضوع تحقیق حاضر از نوع تحقیقات کیفی بوده و پژوهشی توصیفی-تحلیلی می‌باشد. پژوهش توصیفی، مجموعه روش‌هایی را شامل می‌شود که هدف آنها، توصیف کردن شرایط یا پدیده‌های مورد بررسی است. «در روش توصیفی پژوهشگر به دنبال توصیف عینی، واقعی و منظم خصوصیات یک موقعیت یا موضوع می‌باشد» (نادری و سیف نراقی، ۱۳۹۵). اجرای پژوهش توصیفی می‌تواند تنها برای شناخت بیشتر شرایط موجود یا یاری دادن به فرایند تصمیم‌گیری باشد (سرمد و همکاران، ۱۳۹۵). از سویی، هدف پژوهش تحلیلی عبارت است از فهم و بهبود مجموعه مفاهیم یا ساختارهای مفهومی که بر حسب آنها تجربه را تفسیر، مقاصد را بیان، مسائل را ساخت‌بندی نموده و پژوهش‌ها را به اجرا در می‌آوریم. به عبارت دیگر، هدف پژوهش تحلیلی، وضوح بخشیدن به مفاهیم است و می‌خواهد تصویری دقیق و آموزنده از ماهیت مفهوم بدست دهد (شورت، ۱۳۸۸).

۳. یافته‌ها

منجم‌زاده و همکاران (۱۳۸۸) در تحلیل گزارش مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی ایران، گزارشی با عنوان آسیب‌شناسی برنامه‌های توسعه در ایران، بطور کلی آسیب‌های برنامه‌های توسعه را در چهار محور مطرح می‌کنند:

- ۱- آسیب‌های معطوف به شروط صفر یا پیش‌نیازهای برنامه‌ریزی،
- ۲- آسیب‌های مربوط به فرایند برنامه‌ریزی،
- ۳- آسیب‌های مربوط به محتوا،
- ۴- آسیب‌های مربوط به اجرا.

همچنین عطایی و عادل (۱۳۹۳) مطرح می‌کنند که: آموزش نقش بسیار مهمی در سیستم پزشکی دارد. بطوری که با تغییر در هر یک از دامنه دانش^۲، نگرش^۳، مهارت عملی^۴ می‌تواند تأثیر مثبتی بر آگاهی، دیدگاه و عملکرد بهداشت و سلامت فردی و اجتماعی داشته باشد و برای ایجاد این تغییرات ضروری است که یک برنامه درسی مدون و منسجم تهیه و ارائه شود. مطالعه سازمان همکاری و

۱. Bachelor of Public Health

۲. Knowledge

۳. Attitude

۴. Practical Skill



توسعه اقتصادی^۱ (۲۰۰۹) در مورد عوامل مرتبط با توسعه دانشگاه‌ها و توسعه منطقه‌ای به چهار عامل اساسی اشاره دارد؛ ۱- توسعه فرهنگی، اجتماعی و زیست‌محیطی ۲- ظرفیت‌سازی منطقه‌ای ۳- نوآوری منطقه‌ای ۴- تولید و توسعه سرمایه انسانی و مهارت. لذا انجام پژوهش‌هایی از جمله پژوهش مدنظر بر اساس سیاست‌های کلان کشوری می‌تواند در توسعه دانشگاه‌های علوم پزشکی بویژه دانشکده‌های بهداشت برای تربیت کادر بهداشتی و درمانی نظام ارائه خدمات در سطوح مختلف حائز اهمیت بوده و ضروری در نظر گرفته شود. همانطور که در مقدمه تدوین نقشه جامع علمی سلامت کشور (۱۳۸۹) به پاسخگو بودن برای دو نیاز اشاره شده است؛ نخست پاسخ به نیاز سلامت جامعه و دوم حرکت علمی به عنوان سنگ بنای توسعه کشور.

۳-۱. منشور اوتاوا^۲ در حوزه علوم پزشکی

در منشور اوتاوا (۱۹۸۶) با محوریت ارتقای سلامت چنین آمده است که: سلامتی منبع اصلی برای رشد اجتماعی، اقتصادی و فردی و بعد مهمی از کیفیت زندگی است. عوامل سیاسی، اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، زیست‌محیطی، رفتاری و بیولوژیکی همه می‌توانند سلامت را ارتقا دهند یا برای آن مضر باشند. لذا اقدام ارتقای سلامت با هدف مطلوب ساختن این شرایط از طریق حمایت از سلامت، انجام می‌شود. در تعریف جنبش، ارتقای سلامت چنین بیان می‌کند:

- ایجاد سیاست‌های حامی سلامت،
 - ایجاد محیط‌های حامی سلامت و حفاظت‌شده،
 - توسعه اقدام جامعه،
 - بازنگری در ساختار نظام سلامت،
 - توسعه مهارت‌های فردی که تمامی این اقدام‌ها نیازمند توسعه آموزش سلامت به دست‌اندرکاران، سیاستگذاران و مردم است.
- طبق منشور اوتاوا در زمینه ارتقای سلامت، برای رسیدن به یک سلامت کامل چه از لحاظ جسمی، ذهنی، روانی و اجتماعی؛ هر فرد یا گروه باید بتواند خواسته‌ها و نیازهای خود را شناخته، آنها را برطرف نموده و با محیط خود کنار آمده یا آن را در جهت خواسته‌های خود تغییر دهد. آیا جز این است که توانمندسازی افراد و جوامع برای شناخت نیازها، تصمیم‌گیری و اجرای آگاهانه و مسئولانه رفتارهای فردی و جمعی سالم و مدیریت، پیش و ارزیابی و سرانجام کنترل سرنوشت فردی و جمعی نیازمند توسعه منطقی و مؤثر ظرفیت‌های سازمانی و اجرایی آموزش سلامت در بخش سلامت است؟ در نهایت سؤال آخر مگر نه آنکه در بستر آموزش سلامت نیازمند تربیت نیروی انسانی در حوزه بهداشت و سلامت و طراحی برنامه‌درسی دوره‌های آموزش عالی بر این معیارها است؟

۳-۲. ادغام در آموزش علوم پزشکی

با وجود آنکه ادغام واژه‌ای است که در حال حاضر بر زبان‌ها جاری است و در سال‌های اخیر توجه زیادی را به خود جلب کرده است، ولی عموماً معنی آن به عنوان یک مفهوم اجتماعی تاثیرگذار، کمتر مطالعه شده است. بررسی کاربردهای ادغام در مراقبت‌های بهداشتی نشان می‌دهد که در این سازمان‌ها ادغام برای افراد مختلف، معانی متفاوتی دارد. گاهی به معنی اضافه کردن خدمات به خدمات موجود، زمانی افزایش همکاری بین برنامه‌های موجود، در مواقعی ادغام جامع مسئولیت‌ها برای اجرای یک برنامه و در موارد دیگر به معنی هماهنگی، پیوند و همکاری بین خدمات یا به معنی مدیریت چندرشته‌ای استفاده شده است. از طرف دیگر تعریف ادغام و درک نحوه اجرای آن اغلب بر اساس دیدگاه برنامه‌ها و نقش افراد در نظام سلامت، بسیار متفاوت بوده است (وزرات بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۹۲). ادغام، سازماندهی مواد آموزشی به منظور برقراری رابطه میان آنها یا یکپارچه نمودن مطالبی است که اغلب به صورت جداگانه در دوره‌های آکادمیک یا دپارتمان‌ها، آموزش داده می‌شود (ملکی، ۱۳۹۴). پیشرفت روزافزون و تصاعدی علوم در دنیا و لزوم همگامی علوم پزشکی با این روند، تغییرات برنامه درسی دوره پزشکی عمومی به خصوص دروس علوم پایه را از نظر محتوا و چیدمان به صورت ادغام‌یافته لازم گردانیده است.

^۱. Organisation for Economic Co-Operation and Development (OECD)

^۲. Ottawa



نهمین همایش علم پژوهش علوم تربیتی و روانشناسی، آسپ هاه اجتماع و فرهنگ ایران



انجمن توسعه و ترویج علوم و فنون نوین ایران

چنانچه اشاره شد علیرغم اینکه افراد مختلف برداشت متفاوتی دارند، ولی هر جا که در مراقبت‌های بهداشتی تعریف واضحی از ادغام ارائه شده است؛ آن تعریف دربرگیرنده یک جهت‌گیری عملکردی یا فرایندی بوده است. به عبارت دیگر ادغام به عنوان یک فرایند مورد استفاده قرار گرفته شده است. لذا برای ادغام ۴ ویژگی زیر را می‌توان اشاره کرد که در نظر گرفتن آنها در تمام سطوح برنامه درسی و بعد آن فعالیت دانشجویان - مراقبان سلامت نقش کمی خواهد داشت.

۱- فرایند: ادغام یک فرایند است. این تلقی، درس‌های متعددی دارد. اول اینکه؛ ادغام موضوع پویا است، همواره می‌توان گامی به جلو یا اخیانا به عقب برداشت. دستیابی به یکپارچگی کامل اگرچه بطور نظری امکانپذیر است، ولی تحقق آن عملی نیست؛ بنابراین در رابطه با ادغام، همیشه باید به ارتقای مستمر اندیشید. دوم آنکه؛ ادغام در مقیاس سیستم‌ها، برای مثال نظام آموزشی و نظام ارائه خدمات، می‌تواند کل این سیستم‌ها را تحت تاثیر قرار دهد. به عبارت دیگر ادغام یک فرایند سازمان‌شامل است. برای تحقق ادغام و یا حرکت رو به جلو، باید در هر سطحی از سطوح نظام‌های آموزشی، برنامه درسی و عرصه خدمات، صاحبان فرایند ادغام شناسایی شوند و در آنان آمادگی و توانمندی لازم مخاطبان خود را برای درگیر شدن در فرایند ادغام ایجاد شود. بنابراین؛ برای تحقق ادغام به عنوان یک تغییر سازمان‌شامل، تمرکز بر تغییر رفتار عناصر انسانی مقدم بر هر کار دیگری است. سوم آنکه؛ تحقق ادغام بدون برنامه‌ریزی، اجرا و ارزیابی نتایج؛ امکان‌پذیر نیست. زیرا ادغام به عنوان یک فرایند مثل هر فرایند دیگر، اگر رها شود وضعیت به‌وجود آمده ممکن است بسیار بدتر از زمانی که ادغام وجود نداشته، شود. چهارم آن‌که؛ ادغام باید تعریف کاربردی شود تا هدفگذاری و سنجش مقدار تحقق آن امکان‌پذیر باشد (وزرات بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۹۲). باترهام و همکارانش^۱ پس از بحث طولانی و بسیار جالب درباره سیستم‌های فعال و نحوه عملکرد آنها و اینکه هر یک از سازمان‌های مراقبت‌های بهداشتی یک سیستم فعال می‌باشند؛ ادغام پزشکان عمومی در نظام عرضه خدمات را اصولاً یک فرایند تلقی می‌کند (باترهام و همکاران، ۲۰۰۲).

۲- ترکیب: ترکیب عناصر یکی از ویژگی‌های محوری ادغام را تشکیل می‌دهد. نزدیکی حاصل از این ترکیب عناصر، بر فرایند ادغام تاثیر می‌گذارد؛ بدین معنی که ارتباط بین افراد حرفه‌ای ادغام را بهبود می‌بخشد. نزدیکی آنان باعث می‌شود که اطلاعات بیشتری را بین هم مبادله کنند و از مقررات برقرار شده، بهتر تبعیت کنند. بدیهی است که ترکیب به تنهایی کافی نیست. در بسیاری از سازمان‌ها فقط ساختارها با هم ادغام یافته‌اند، ولی فرایندها و افراد حرفه‌ای همسویی و هماهنگی بهتری ندارند. لذا می‌توان برداشت کرد که نگاه فرایندی به برنامه درسی در ویژگی ترکیب ادغام توجه به این نکته لازم است. به نظر می‌رسد که ساختارهای ادغام یافته نمی‌توانند رفتار افراد حرفه‌ای و نحوه همکاری آنان را بطور اساسی تغییر دهند. بنابراین دلخوش کردن به ترکیب ساختارها و غفلت از تعامل بین سازمان‌ها و افراد برای رسیدن به اهداف تعیین شده، ممکن است به شرایطی منجر شود که بدتر از قبل ادغام باشد (وزرات بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۹۲).

۳- تعامل: به لحاظ لغوی هر نوع ترکیب عناصر امکان‌پذیر است. با این وجود ترکیب برای تحقق ادغام به تنهایی کافی نیست. زمانی که درباره ادغام بحث می‌کنیم، باید تعامل بین عناصر ترکیب‌شده را در نظر بگیریم. این جنبه از ادغام واژه‌هایی چون تعامل، ارتباط، هماهنگی و مشارکت را توصیف می‌کند. توجه به این نکته ضروری است که تعامل یکطرفه نیست؛ بلکه همه عناصر ترکیب شده در درون فرایند ادغام تعامل داشته و به درجاتی تغییر می‌کنند. برای مثال، یک حادثه ادغام در نظام ادغام‌یافته وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و نظام ارائه خدمات را می‌توان چنین تعریف کرد: یک فقره تبادل اطلاعات بین نظام آموزشی و نظام ارائه خدمات به منظور حرکت به سمت اهداف مشترک این دو نظام را یک حادثه ادغام می‌نامند. با توجه به این تعریف از یک حادثه ادغام، می‌توان در سطوح و شرایط مختلف مصداق متعددی برای ادغام فهرست کرد تا در سطوح مختلف برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری‌های حوزه آموزش (برنامه درسی)، بهداشت (ارائه مراقبت‌های اولیه) و درمان (ارائه مراقبت‌های ثانویه و ثالثیه) بکار گرفته شود. با ارائه تعریف کاربردی از ادغام می‌توان شاخص یا شاخص‌هایی را برای سنجش آن ایجاد کرد. با در دست داشتن شاخص سنجش می‌توان عملکرد نظام ادغام‌یافته را سنجید و برای ارتقای آن برنامه‌ریزی کرد (همان).

۴- یکپارچگی: تحقق رویکرد یکپارچگی، جامعیت و تلفیق برنامه‌های درسی و همچنین متناسب‌سازی برنامه‌ها با نیازهای دانش‌آموزان و جامعه و بهره‌مندی از آخرین دستاوردهای دانش بشری، مستلزم آن است که مدیران و کارشناسان منتخب برای

^۱. Batterham & al



نهمین همایش علم پژوهش علوم تربیت و روانشناسی، آسب هاے اجتماع و فرهنگ ایران



انجمن توسعه و ترویج علوم و فنون نوین ایران

سكانداری برنامه‌های درسی حوزه‌های تربیت و یادگیری، اهل تعامل درونی شده و با کمی اغماض از دیپلماسی تربیتی بالایی برخوردار باشند (مظاهری، ۱۳۹۸).

در راستای رویکرد نظام تربیت رسمی و عمومی، جهت‌گیری کلان این زیرنظام (برنامه درسی) با توجه به قلمرو آن «موقعیت‌محوری» و «یکپارچه‌نگری» است. دلالت‌هایی که در اتخاذ این رویکرد در این سند مطرح شده است عبارتند از: تأکید بر مضامین فرارشته‌ای و گذر از مرزهای شناخته شده میان حوزه‌های مختلف دانش بشری در طراحی برنامه‌های درسی، تأکید بر «کارکردهای ثانوی» و «فرا برنامه درسی» و خصوصاً استفاده از تلفیق متکی به اصل کارکردهای ثانویه در ارتباط نظام‌مند حوزه‌های یادگیری، و همه‌جانبه‌نگری که به رشد همه‌جانبه استعدادهای فطری و طبیعی و ایجاد تعادل در امیال و عواطف متریبان در برنامه‌های درسی مربوط می‌شود (سند برنامه درسی ملی، ۱۳۹۰).

ترکیب و تعامل میان عناصر (عناصر برنامه‌درسی) به درجاتی موجب یکپارچگی می‌شود. به نظر می‌رسد یافتن هویت یگانه به معنی از بین رفتن هویت قبلی نمی‌باشد، بلکه عنصر ترکیب شده ضمن حفظ جنبه‌هایی از هویت اصلی خود، هیئت یکپارچه جدید را نیز می‌پذیرد. نکته قابل ذکر دیگر این است که در ادغام دو نظام، برای مثال نظام آموزشی و نظام ارائه خدمات، با یکپارچگی بوجود آمده، تضاد و تزاخم بین این دو از بین نمی‌رود، بلکه وجود تضاد و تزاخم باعث تغییر و تحول دائمی در نظام یکپارچه می‌شود. تشخیص تضاد و تزاخم و برنامه‌ریزی برای حفظ یکپارچگی نظام ادغام‌یافته امری ضروری است. بنابراین رها کردن نظام ادغام‌یافته موجب متلاشی شدن آن و دور شدن از اهداف خواهد شد. از طرف دیگر یکپارچگی هرگز بصورت کامل تحقق نمی‌یابد. به عبارت دیگر؛ باید برای حفظ یکپارچگی نظام ادغام‌یافته تلاش‌های برنامه‌ریزی شده‌ای وجود داشته باشد. از طرف دیگر ادغام به عنوان یک تغییر بزرگ، از اصول کلی تغییر در سازمان‌ها تبعیت می‌کند. با این توضیح اهم شرایط و الزامات لازم برای تحقق ادغام که برای تحقق آن در بستر طراحی، اجرا و ارزیابی برنامه‌درسی به شرح ذیل است:

- ۱- آگاهی از نیاز به تغییر و فراهم کردن الزامات سیاسی و قانونی برای ادغام؛
- ۲- اراده و تصمیم سیاسی برای ادغام؛
- ۳- رهبری ادغام و دفاع و پشتیبانی از آن؛
- ۴- وجود مدافعین و حامیان ادغام در سطوح سیاستگذاری و اجرایی؛
- ۵- استقرار فلسفه یک سیستم، یک مسئولیت (همه در قبال نظام ادغام‌یافته مسئول هستند)؛
- ۶- ایجاد نگرش و ارزش‌های حمایتی و استقرار فرهنگ ادغام؛
- ۷- تدارک سیاست‌ها، راهبردها و اهداف روشن و مشخص برای ادغام؛
- ۸- تبیین اصول تعامل و ارتباط بین دو نظام ادغام‌یافته و تعامل و ارتباط بین افراد حرفه‌ای؛
- ۹- استفاده از معیارهای ادغام برای انتخاب وظایف و ارزیابی عملکرد نظام‌ها و افراد؛
- ۱۰- تخصیص منابع؛
- ۱۱- دانش مشترک و مهارت و انگیزه در افراد درگیر؛
- ۱۲- تمرکز بر فرایندها و افراد حرفه‌ای برای ایجاد تغییر؛
- ۱۳- ایجاد جو اعتماد و احترام به یکدیگر؛
- ۱۴- مدیریت کارآمد اطلاعات (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۹۲).

به طور خلاصه برای ادغام، ایجاد ساختار فرایندی و استقرار فرهنگ متناسب با این ساختار ضروری است. تنها در این صورت است که نتیجه ادغام یک نظام یکپارچه بوجود می‌آید. تنها در این صورت است که افراد سازمانی وظایف خود را در ارتباط با وظایف دیگران و در قالب یک فرایند، می‌بینند؛ تنها در این صورت است که همه آحاد سازمانی وظیفه خود را در راستای تحقق رسالت و اهداف نظام یکپارچه می‌بینند و انجام می‌دهند؛ تنها در این صورت است که همکاری و مشارکت جای خود را به جدایی و تفرقه میان افراد و واحدهای سازمانی می‌دهد؛ تنها در این صورت است که ادغام در رفتار فرد فرد اعضای نظام ادغام‌یافته قابل مشاهده می‌شود؛ تنها در این صورت است که رفتار فردی و جمعی افراد سازمانی حاکمیت فلسفه یک نظام، یک مسئولیت را به نمایش می‌گذارد.

اصلی‌ترین پیامد ادغام برای نظام آموزشی، پاسخگویی آن به نیازهای جامعه می‌باشد. این امر، در ابعاد کمی و کیفی تربیت نیروی انسانی، ایجاد تعادل بین ترکیب انواع نیروی انسانی مورد نیاز جامعه، تربیت نیروی انسانی در نزدیک‌ترین مکان به صحنه



نهمین همایش علم پژوهش علوم تربیتی و روانشناسی، آسب هاے اجتماع و فرهنگ ایران



انجمن توسعه و ترویج علوم و فنون بنیادین

زندگی مردم، توجه به همه موضوعات مرتبط با سلامت جامعه، نوآوری در کاربرد روش های آموزشی و درگیر شدن نظام آموزشی در معماری نظام ارائه خدمات، خود را نشان می دهد. پیامد مهم ادغام برای نظام ارائه خدمات تحقق تدریجی عدالت^۱، کیفیت^۲، دسترسی^۳ و هزینه اثربخشی^۴ خدمات می باشد. این پیامدها از رفتارهایی ناشی می شوند که باید در نظام ادغام یافته قابل مشاهده باشند. به اهم این رفتارها در ذیل اشاره می شود. به عبارت ساده؛ میزان تعادل دو نظام آموزشی و ارائه خدمات در رابطه با هر یک از موارد زیر که مصداق های عینی از نقاط تعامل این دو می باشند، میزان ادغام و تاثیر آن بر این دو نظام را نشان خواهد داد (همان).

۱. سیاست گذاری و برنامه ریزی های مشترک؛
 ۲. مشارکت فعال نظام آموزشی و نظام ارائه خدمات در تعیین اولویت ها، نیازها و انتظارات جامعه؛
 ۳. بازنگری برنامه های آموزشی با تاکید بر عوامل مهم تاثیرگذار بر سلامت افراد و جوامع؛
 ۴. تغییر در الگوهای آموزشی و خروج از مرزهای آموزش سنتی؛
 ۵. درگیر شدن نظام آموزشی در موضوعاتی چون کیفیت و هزینه مراقبت ها، دسترسی آسان به خدمات، کار تیمی، تخصیص منابع، مدیریت و رهبری نظام ارائه خدمات و تغییر و تحول دائمی در آن؛
 ۶. مشارکت نظام آموزشی در اصلاح نظام عرضه خدمات، ارائه نوآوری در طراحی و ارائه خدمات و پیش بینی تحولات آتی نظام ارائه خدمات؛
 ۷. حضور نظام آموزشی در کلیه سطوح و عرصه های نظام ارائه خدمات به منظور آموزش و ارائه خدمت؛
 ۸. خروج پژوهش از چارچوب دیواری دانشکده های پزشکی و ورود به عرصه های گسترده نظام عرضه خدمات و جامعه.
- از موارد بالا چنین برداشت می شود که در پرتوی ادغام، عملاً مرزهای سنتی موجود بین نظام آموزشی با جامعه و نظام ارائه خدمات برداشته می شود. مهمتر از آن، نظام آموزشی «قرارداد اجتماعی» به فراموشی سپرده شده خود با جامعه را احیا می کند و همه نبوغ و منابع خود را برای عمل به مسئولیت اجتماعی و پاسخگویی به نیازهای جامعه بکار می گیرد. در شرایط ادغام، نظام آموزشی نه از طریق نظام ارائه خدمات و نه در کنار آن، بلکه پیشاپیش نظام ارائه خدمات و با رهبری تحولات مربوط به سلامت جامعه، شرایط را برای تحقق رسالت خود و رسالت نظام ارائه خدمات فراهم می سازد. اصولاً هر جا درباره ادغام نظام آموزشی و نظام ارائه خدمات بحث می شود، صرف نظر از مقیاس ادغام، بحث ها حول پاسخگویی نظام آموزشی به عنوان دستاوردها و پیامدها غایی آن دور می زند. بدین معنی که همواره «پاسخگویی اجتماعی» نظام آموزشی انگیزه ادغام بوده و می باشد.
- ادغام موجب تغییر پارادایم در نظام آموزشی و به دنبال آن تغییر در نگاه ها، باورها، الگوهای ذهنی و رویکردهای ذهنی و رویکردها به آموزش پزشکی و به تبع اینها تغییر در محتوای برنامه ها و راهبردهای آموزشی، تغییر در نگرش اعضای هیات علمی به آموزش و پژوهش و در یک جمله ورود به آموزش و پژوهش به دنیای واقعی تر می شود. به موازات این تغییرات در نظام آموزشی، تغییرات وسیعی نیز ممکن است در نظام سلامت بوجود آید. از جمله این تغییرات عبارتند از؛ موضوعات مرتبط با سیاست گذاری، طراحی و اصلاح نظام ارائه خدمات، مدیریت نظام ارائه خدمات، تغییر در رویکرد برنامه ها به سلامت جامعه، نحوه استقرار، ارائه و ارتقای کیفیت خدمات. این تغییرات به هیچ وجه یک شبه و برای یکبار اتفاق نمی افتند؛ بلکه نظام ادغام یافته با پویایی خود «تغییر» را به یک جریان دائمی اثربخش تبدیل می کند و از این طریق ابتکار و نوآوری را در همه زمینه ها نهادینه می کند.

۳-۳. ده گانه خدمات ضروری در بهداشت عمومی

در نهمین روز از سپتامبر ۲۰۲۰ مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری ها^۵، بررسی «ده گانه خدمات ضروری در بهداشت عمومی»^۶ را که در سال ۱۹۹۴ پایه گذاری شده بود، به روزرسانی کرد. با ترسیم محتوای این طرح در شکل ذیل و بیان موردی ده خدمات ضروری

1. Justice

2. Quality

3. Access

4. Cost effectiveness

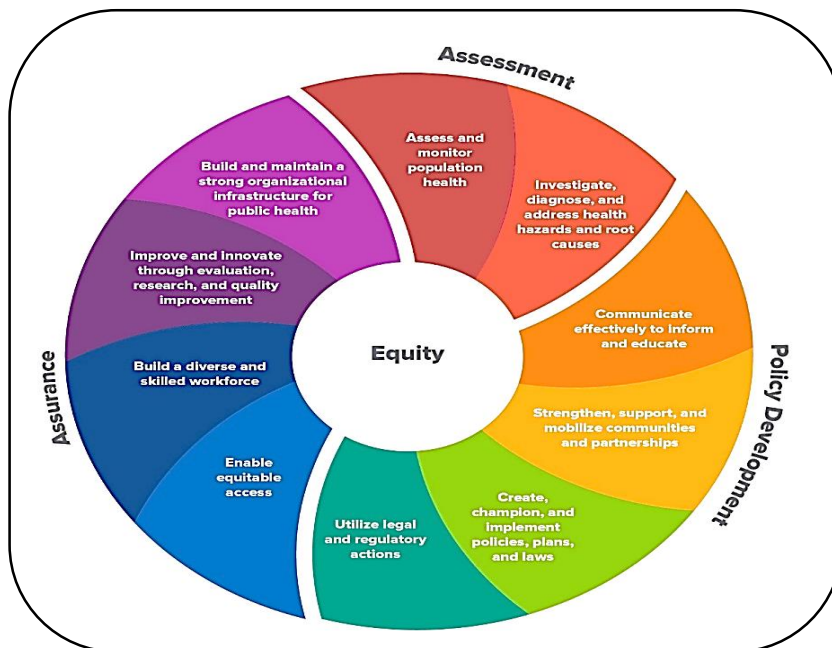
5. Centers for Disease Control and Prevention (CDC)

6. 10 Essential Public Health Service



خدمات بهداشت عمومی همراه با بررسی برخی خدمات ضروری و زیرمجموعه‌های مرتبط با آن، می‌توان موارد مهم مطرح در این پژوهش را تأکید و تأیید کرد.

شکل ۳: ده‌گانه خدمات ضروری در بهداشت عمومی



- ۱- نظارت بر وضعیت سلامتی برای شناسایی و حل مشکلات بهداشت جامعه^۱؛
- ۲- تشخیص و بررسی مشکلات بهداشتی و خطرات بهداشتی در جامعه^۲؛
- ۳- اطلاع‌رسانی، آموزش و توانمندسازی مردم در مورد مسائل بهداشتی^۳؛
- ۴- بسیج کردن مشارکت و اقدامات جامعه برای شناسایی و حل مشکلات بهداشتی^۴؛
- ۵- توسعه سیاست‌ها و برنامه‌هایی که از تلاش‌های بهداشت فردی و اجتماعی حمایت می‌کنند^۵؛
- ۶- اجرای قوانین و مقرراتی که از سلامت و ایمنی حفاظت می‌کنند^۶؛
- ۷- پیوند افراد به خدمات بهداشتی شخصی مورد نیاز^۷؛
- ۸- اطمینان از تربیت مراقب‌های بهداشتی عمومی ماهر^۸؛
- ۹- ارزیابی اثربخشی، قابلیت دسترسی و کیفیت خدمات بهداشتی^۹؛
- ۱۰- تحقیق برای بینش جدید و راه‌حل‌های نوآورانه برای مشکلات سلامتی^{۱۰} (مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها، ۲۰۲۰).

1. Assess and monitor population health status, factors that influence health, and community needs and assets
2. Investigate, diagnose, and address health problems and hazards affecting the population
3. *Communicate effectively to inform and educate people about health, factors that influence it, and how to improve it*
4. *Strengthen, support, and mobilize communities and partnerships to improve health*
5. *Create, champion, and implement policies, plans, and laws that impact health*
6. *Utilize legal and regulatory actions designed to improve and protect the public's health*
7. *Assure an effective system that enables equitable access to the individual services and care needed to be healthy*
8. *Build and support a diverse and skilled public health workforce*
9. *Improve and innovate public health functions through ongoing evaluation, research, and continuous quality improvement*
10. *Build and maintain a strong organizational infrastructure for public health*



نهمین همایش علم پژوهش علوم تربیتی و روانشناسی، آسب هاے اجتماع و فرهنگ ایران



انجمن توسعه و ترویج علوم و فنون نوین ایران

با بررسی متن تکمیلی، مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها به مواردی همچون: همکاری و تسهیل شرکا و ذی‌نفعان در اشتراک داده‌ها، تعامل واقعی با اعضای جامعه و سازمان‌ها برای توسعه راه‌حل‌های بهداشت عمومی، ترویج فرهنگ یادگیری مادام‌العمر در بهداشت عمومی، گنجاندن اصول بهداشت عمومی در برنامه‌های درسی بهداشت عمومی، توجه به بسترسازی تربیت پزشکان و کادر بهداشت عمومی با ارائه آموزش و تعلیمات در حد طیف شایستگی برای مهارت‌های فنی، استراتژیک و رهبری به عنوان فعالیت‌های زیرمجموعه خدمات ده‌گانه اشاره می‌کند. با استناد به بندها و توضیحات متن به‌روز شده این مرکز در سال ۲۰۲۰ و پی بردن به نقش ارزیابی و سیاست‌های حاکم در تعامل سازمان‌ها و بخش‌های سیاستگذار در حوزه سلامت و آموزش عالی بویژه آموزش پزشکی در کادرسازی بهداشتی-درمانی با ویژگی یادگیری مادام‌العمر و پاسخگوی سلامت فردی و اجتماعی، می‌توان به اهمیت برنامه درسی و ارزیابی آن در حوزه آموزش پزشکی و آموزش بهداشت واقف شد.

تحول در نظام سلامت بدون شک یکی از بزرگترین و اثرگذارترین اقداماتی است که در هر کشوری می‌تواند ضامن رشد و توسعه پایدار در آن جامعه گردد، تا آنجا که آثار این تحول در شئون زندگی مردم نمایان شده و موجبات رضایتمندی جامعه را فراهم خواهد آورد. اما تحقق این تحول در گرو اعتلای نظام آموزش عالی سلامت است که وظیفه تربیت و تأمین منابع انسانی کارآمد را برای اجرای این برنامه بر عهده دارد. لذا نقش حوزه آموزش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در کنار حوزه‌های بهداشت و درمان، نقشی پررنگ و اثرگذار خواهد بود. با توجه به شرایط کنونی کشور در زمینه بیماری‌ها، تغییرات هرم جمعیتی، مسائل اجتماعی و فرهنگی، ضرورت تحول در آموزش علوم پزشکی بیش از پیش محسوس می‌شود (معاونت آموزشی وزارت بهداشت، ۱۳۹۴).

نتیجه پژوهش شیرجنگ و همکاران در حیطه برنامه درسی دوره کارشناسی بهداشت عمومی خود با عنوان «انطباق برنامه درسی دوره کارشناسی رشته بهداشت عمومی با نیازهای شغلی و وظایف مورد انتظار سیستم بهداشتی ۱۳۹۱» نشان داد محتوای ۲۸ درس (۷۱/۷۹ درصد) از دروس صرفاً در حیطه دانش، محتوای ۲ درس (۵/۱۲ درصد) در حیطه نگرش و تنها محتوای ۹ درس (۲۳/۰۷ درصد) تا حیطه عملکردی مؤثر بوده است. این پژوهش که در حوزه دانش‌آموختگان و شاغلین بهداشتی حوزه دانشگاه علوم پزشکی تبریز انجام شده بود، بیان کرد رضایت کلی از برنامه درسی دوره چهارساله رشته بهداشت عمومی در حد متوسط تقسیم‌بندی می‌شود. این در حالی است که رضایت شغلی با عملکرد کارکنان رابطه مثبت وجود دارد و برای اینکه عملکرد کارکنان افزایش یابد، می‌بایست مدیران بر رضایت شغلی کارکنان توجه نمایند (درخنده و محمدخانی، ۱۳۹۴). لذا مدیران در راس سیاستگذاری‌ها از جمله برنامه درسی بحث رضایت و موفقیت برنامه درسی در افزایش رضایت‌بخشی جامعه هدف خود که در پژوهش حاضر دانشجویان کارشناسی بهداشت عمومی است، را باید در طراحی و اجرای تمام عناصر برنامه درسی (علی‌الخصوص ارزیابی) در نظر بگیرند. از طرفی بررسی رابطه بین اثربخشی برنامه درسی و شایستگی‌های دانشجویان نشان می‌دهد که اثربخشی برنامه درسی رابطه مثبت و معناداری با شایستگی‌های فنی، زمینه‌ای و رفتار دانشجویان دارد (محمدی و همکاران، ۱۳۹۲). لذا نقش همسو و مشارکت‌گونه مدیران چه در سطح سیاستگذاری و سطح آموزشی، حائز اهمیت است و بطور کلی می‌توان گفت استقرار یک نظام تصمیم‌گیری مشارکتی، تمهیداتی را می‌طلبد که مدیران دستگاه‌های اجرایی باید آنها را مورد توجه قرار دهند: تقویت اهداف، ارزش‌ها و اولویت‌ها با روش انتقال اطلاعات با تبیین مسئولیت‌ها، محدودیت‌ها و انتظارات، تعریف فرایند تصمیم‌گیری، برنامه‌ریزی آموزش مشارکت، تعدیل شرایط محیطی سازمانی، ایجاد فرهنگ مشارکتی و مشخص ساختن مشارکت از جمله پیش‌نیازهایی است که در موفقیت سیستم تصمیم‌گیری مشارکتی نقش بسزایی دارد (میلر و مونگ^۱، ۱۹۸۶).

۳-۴. پوشش همگانی سلامت^۲ در ایران (وضعیت فعلی، چالش‌ها و راهبردها)

سلامت یک انتخاب سیاسی است^۳. امروزه سلامت در دنیا به یک انتخاب سیاسی مبدل شده است و رهبران سیاسی جهان به اهمیت سلامت در توسعه و پیشرفت جوامع پی برده‌اند و نکاتی را در مورد چگونگی ارتقای سلامت در جهان را ذکر کرده‌اند که می‌توان در شش نکته کلیدی خلاصه کرد:

۱. Miller & Mong

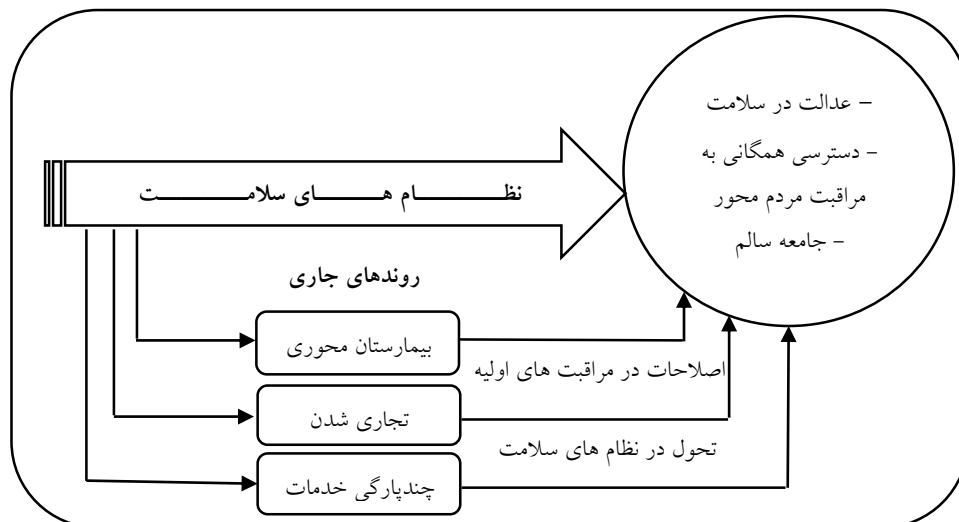
۲. Universal health coverage

۳. International Health Partnership 2030

- ۱- تضمین رهبری سیاسی فراتر از سلامت، تعهد به دستیابی به پوشش همگانی سلامت برای زندگی سالم و تندرستی برای همه در همه مراحل زندگی، به عنوان یک پیمان اجتماعی؛
- ۲- کسی مورد غفلت واقع نشود! دنبال نمودن عدالت در دسترسی به خدمات سلامت با کیفیت همراه با حفاظت مالی؛
- ۳- قانون‌گذاری و تنظیم، ایجاد یک محیط نظارتی و قانون قوی؛
- ۴- کیفیت بالای مراقبت، ایجاد نظام‌های سلامت با کیفیت و مورد اعتماد مردم و جوامع؛
- ۵- سرمایه‌گذاری بیشتر، بهتر، پایداری بودجه عمومی و هماهنگی سرمایه‌گذاری‌های سلامت؛
- ۶- حرکت دسته‌جمعی، ایجاد سازوکارهای چند ذینفع برای مشارکت کل جامعه برای یک جهان سالم‌تر (مشارکت بین‌المللی سلامت، ۲۰۳۰).

در روز ۱۲ دسامبر ۲۰۱۲ میلادی سازمان ملل متحد در مصوبه خود دولت‌های جهان را مکلف کرد که همه مردم در همه جا دسترسی به خدمات سلامت با کیفیت، با قیمت قابل قبول داشته باشند و به همین دلیل این روز، روز جهانی پوشش همگانی سلامت نامیده می‌شود. پوشش همگانی سلامت طبق تعریف عبارت است از «دریافت خدمات سلامت با کیفیت همه مردم بطوری که به نیازهای آنان پاسخ داده و برای پرداخت بهای خدمات دچار مشکلات مالی نشوند» یا بعبارت دیگر؛ «پوشش همگانی سلامت به این معناست که همه افراد بدون مشکلات مالی به خدمات درمانی مورد نیاز خود در زمان و مکان مورد نیاز دسترسی دارند. این شامل طیف گسترده‌ای از خدمات ضروری بهداشتی، از ارتقاء سلامت تا پیشگیری، درمان، توانبخشی و مراقبت‌های تسکینی است» (سایت رسمی سازمان جهانی بهداشت^۱). در گزارش سال ۲۰۰۸ میلادی سازمان جهانی بهداشت، قرار بود که نظام‌های سلامت به سمت تحقق عدالت در سلامت، دسترسی همگانی به مراقبت‌های مردم‌محور و جامعه سالم حرکت کنند. اما آنچه در عمل اتفاق افتاد این بود که این نظام‌ها به سمت بیمارستان‌محوری، تجاری شدن نظام‌های سلامت، پرونده‌های گرانبیامت و صرف هزینه برای داروهای رفتند و در واقع بیمارستان را به یک صنعت تبدیل کردند و ما شاهد چندپارگی خدمت در اغلب کشورها بودیم. به همین دلیل کشورها برای تحقق این اهداف سه‌گانه (عدالت در سلامت، دسترسی همگانی به مراقبت‌های مردم‌محور و جامعه سالم) تصمیم گرفتند در مراقبت‌های اولیه سلامت و تحول در نظام‌های سلامت را در پیش بگیرند (مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۹۸).

شکل ۴: تحقق اهداف سه‌گانه در نظام سلامت (مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۹۸)

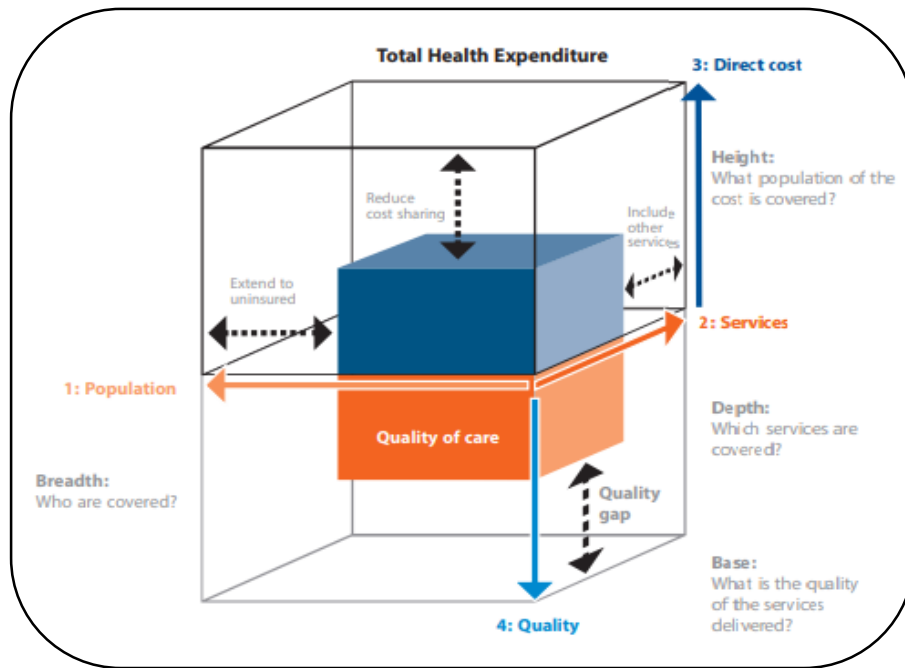


از سال ۲۰۱۵ میلادی، برای تسهیل این امر سازمان جهانی بهداشت اهداف ۱۷گانه‌ای در قالب اهداف توسعه پایدار ارائه کرد که سومین هدف آن (و اصلی‌ترین هدف) در مورد پوشش همگانی سلامت است که بر پایه مراقبت‌های اولیه سلامت بنا گذاشته

^۱. https://www.who.int/health-topics/universal-health-coverage#tab=tab_1

شده تا همه مردم بتوانند خدمات سلامت با کیفیت را دریافت کنند. بطوری که نیازهای آنها پاسخ داده شده و برای پرداخت بهای خدمات، دچار مشکلات مالی نشوند. هدف اصلی از پوشش همگانی سلامت ارتقای کیفیت خدمات مراقبت‌های سلامتی در تمام سطوح ارائه خدمات برای دستیابی به سطح مطلوبی از سلامت برای تمام افراد جامعه است. برای بررسی ارزیابی دستیابی کشورها به ابعاد پوشش همگانی سلامت سازمان جهانی بهداشت یک مدل چهار بُعدی پیشنهاد کرده است. این ابعاد عبارتند از: پوشش جمعیت، پوشش خدمات، پوشش هزینه و کیفیت (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۱۵).

شکل ۵: ابعاد پوشش همگانی سلامت سازمان بهداشت جهانی ۲۰۱۵



جدول ۱: ابعاد پوشش همگانی سلامت سازمان بهداشت جهانی

۱. پوشش جمعیت	۲. پوشش خدمات	۳. پوشش هزینه	۴. ارتقای کیفیت
<ul style="list-style-type: none"> پوشش حداکثری جمعیت (رسمی و غیررسمی) پوشش فقرا و قنثار آسیب‌پذیر جامعه پوشش جامع بیمه سلامت 	<ul style="list-style-type: none"> توسعه بسته خدمات (پاسخ به نیازها و انتظارات سلامت مردم) اصلاح ساختار ارائه خدمت اصلاح روش ارائه خدمت 	<ul style="list-style-type: none"> ایجاد منابع مالی کافی محافظت مردم و کاهش پرداخت از جیب بهره‌گیری مناسب و صحیح از منابع موجود 	<ul style="list-style-type: none"> ارزیابی مستمر کیفیت شناسایی ضعف‌ها و شکاف‌های کیفیتی اولویت‌بندی ارتقای مستمر کیفیت

بر اساس شکل مذکور، برای دستیابی به پوشش همگانی سلامت باید همه ذینفعان در داخل و خارج از مجموعه وزارت بهداشت شامل معاونت بهداشت، درمان، توسعه، بیمه‌ها و سازمان برنامه و بودجه با یکدیگر همکاری و هماهنگی مناسب داشته باشند.

موفقیت‌های مراقبت‌های اولیه سلامت نشأت گرفته شده از موارد ذیل است^۱ که اعضا و نمایندگان کشورها در توافق نهایی در خود را در قالب یک تعهد جمعی و گروهی مابین خود چنین بیان می‌کنند:

^۱ برگرفته از کنفرانس جهانی مراقبت‌های اولیه سلامت از آلماتا به سمت پوشش همگانی سلامت و اهداف توسعه پایدار آستانه، قزاقستان، ۲۵ و ۲۶ اکتبر ۲۰۱۸ میلادی



همین همایش علم پژوهش علوم تربیت و روانشناسی، آسب هاے اجتماع و فرهنگ ایران



انجمن توسعه و ترویج علوم و فنون نوین ایران

۱- دانش و ظرفیت‌سازی

۲- منابع انسانی سلامت

۳- تکنولوژی

۴- تامین مالی

۵- توانمندسازی افراد و جوامع

۶- هم راستا کردن حمایت ذینفعان برای سیاست‌ها، استراتژی‌ها و برنامه‌های ملی.

۳-۵. سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی‌های کلان

نقطه آغاز و سکوی حرکت نظام آموزشی و نظام ارائه خدمات برای همکاری مستمر، مؤثر و بلندمدت، تعیین سیاست‌ها و تدارک برنامه‌های کلان هر دو نظام می‌باشد. رسالت اجتماعی دانشکده‌های پزشکی و رسالت نظام ارائه خدمات تحقق خواهد یافت، مگر آنکه همکاری نزدیک این دو و تلاش هر یک به عنوان مکمل دیگری، در سیاست‌ها و برنامه‌های کلان هر یک از آنها منعکس باشد. سیاست‌ها و برنامه‌های هر یک باید پشتیبان سیاست‌ها و برنامه‌های دیگری باشد. سیاست‌ها باید نشان دهند یکی از آندو بدون دیگری قادر نیست به مسئولیت‌های اجتماعی خود به درستی عمل کند. بنابراین تصور اینکه نظام آموزشی بدون حضور نظام ارائه خدمات یا بالعکس، بتواند سیاست‌ها و برنامه‌های کلان واقع‌بینانه تهیه کند، تصور نادرستی است. زیرا که فلسفه وجودی این دو نظام در ابعاد مختلفی بهم گره خورده است. برای عینیت یافتن فلسفه وجودی هر دو نظام، در کنار هم بودن آنها برای تعیین سیاست‌ها و تدارک برنامه‌های کلان، راهنما و نقشه راه حرکت به سمت اهداف مشترک این دو نظام می‌باشد. از همین نقطه آغاز سرنوشت نظام آموزش پزشکی و نظام ارائه خدمات بهم گره می‌خورد. ولی در بسیاری از نقاط دنیا نظام‌های آموزشی و نظام‌های ارائه خدمات به ندرت در سیاست‌گذاری‌ها و برنامه‌ریزی‌های کلان در کنار هم قرار می‌گیرند.

برای تعیین اولویت‌ها، نیازها و انتظارات جامعه، نظام آموزشی و نظام ارائه خدمات باید سر یک میز بنشینند. برای برآوردن بسیاری از نیازها و انتظارات جامعه توسط نظام ارائه خدمات، نظام آموزشی باید زمینه‌سازی کند (تربیت نیروی مراقب سلامت) و ظرفیت‌های لازم را ایجاد نماید. همچنین پاسخگویی به بسیاری از انتظارات از نظام آموزشی در گرو همکاری نزدیک نظام ارائه خدمات با نظام آموزشی است. تدارک هر برنامه در نظام آموزشی (برنامه درسی) و ارائه خدمات (پایش سلامت جمعیت) باید ریشه در اولویت‌ها و نیازها و انتظارات جامعه داشته باشد. اگرچه نظام ارائه خدمات در صف مقدم درک اولویت‌ها، نیازها و انتظارات جامعه قرار دارد، با این وجود در ایجاد نیز نمی‌توان دو نظام را از هم جدا تصور کرد و باید در کنار هم باشند. اما با کمال تاسف نظام آموزشی پزشکی و نظام‌های ارائه خدمات به ندرت درک مشترک و ارزیابی مشترک از نیازها و اولویت‌های جوامع دارند.

در بحث سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی کلان روش و رویکردهای مختلفی مطرح است که برای ذکر مختصری از آنها طبق جدول ۲ چنین می‌توان برداشت کرد که: تدوین برنامه تحول و نوآوری در آموزش علوم پزشکی با نگاه به وضعیت آینده سلامت کشور، بهره‌برداری از اسناد بالادستی در تدوین برنامه‌ها، پیاده‌سازی برنامه‌ها در بستر آمایش سرزمینی، استفاده از نظرات ذینفعان در مرحله تدوین این برنامه‌ها، جلب مشارکت‌های محیطی در اجرای برنامه‌ها، استفاده از نتایج آموزش در پژوهش در مراحل تدوین و اجرای برنامه‌ها، تفکیک اقدامات اجرایی برنامه در سطوح عملیاتی، توجه به استانداردهای بین‌المللی و برنامه‌ریزی برای اقدامات در سطح بین‌المللی و ارزیابی همزمان با اجرا از نقاط قوتی است که با توجه به نظر خبرگان می‌توان در برنامه تحول و نوآوری در آموزش به آن اشاره کرد. لذا چه در سطح آموزش پزشکی و چه نظام ارائه خدمات آنچه مهم است، استفاده از رویکرد و الگوی متناسب و توافق جمعی برای رسیدن به بیشترین میزان پاسخگویی نیازهای فردی و جمعی گروه‌های تحت پوشش در سیستم مراقبت سلامت می‌باشد.

جدول ۲: الگوهای مطرح در سیاست‌گذاری (پورعباسی و همکاران، ۱۳۹۷)

الگو	ویژگی
نهادگرایی	این رویکرد بر ساختارها و سازمان‌های دولتی تمرکز دارد و تا زمانی که سیاست‌ها توسط نهادهای دولتی تصویب و اجرا نشوند، مشروعیت نمی‌یابند.
فراپندگی	خطمشی را یک فعالیت سیاسی می‌داند که ماحصل یک فرایند است. دانشمندی که بر روی این الگو بحث می‌کنند، مراحل مختلفی را برای فرایند خطمشی‌گذاری ذکر می‌کنند.



نهمین همایش علم پژوهش علوم تربیت و روانشناسی، آسب هاے اجتماع و فرهنگ ایران



انجمن توسعه و ترویج علوم و فنون نوین

نخبگان، توده	این مدل با بهره‌گیری از تمایز قدرت در جامعه، بر این فرض استوار است که عده‌ای از نخبگان صاحب قدرت، توده‌های بی‌قدرت را در جامعه اداره می‌کنند و تا زمانی که سیاستی توسط نخبگان تصویب نشود دستگاه‌های دولتی آن را به اجرا نمی‌آورند.
گروهی	سیاست‌های جامعه را روابط بین گروه‌ها و فشاری که این گروه‌ها به یکدیگر وارد می‌کنند، تعیین می‌نماید. در واقع سیاست‌ها برآیند تعامل گروه‌ها هستند.
تعقل‌گرایی	یک سیاست زمانی عقلایی است که به حداکثر سود جامعه برسد. این مدل بر مبنای محاسبه هزینه-فایده است و سیاست‌هایی انتخاب می‌شود که بیشترین سود و کمترین هزینه را داشته باشد.
جزئی و تدریجی	در این الگو سیاست‌های گذشته با اندکی تغییر دنبال می‌شوند و از ابتدا اقدامی برای بررسی چالش‌ها و سیاستگذاری انجام نمی‌شود.
بازی	در این الگو بهترین انتخاب وجود ندارد، بلکه نتایج بستگی به آنچه دارد که دیگران انجام می‌دهند.
انتخاب عمومی	این الگو سیاست را ماحصل تصمیم‌گیری جمعی توسط اشخاص ذینفع می‌داند و بر این فرض استوار است که تصمیمات برآیندی از نفع شخصی و ذینفعان است.
سیستمی	این الگو نظام سیاسی را به عنوان یک سیستم با ورودی، خروجی و فرایند در نظر می‌گیرد و به بحث در خصوص نحوه تبدیل ورودی‌ها به سیاست عمومی می‌پردازد.
رضایت‌بخش	سیاست‌گذاران گزینه‌ای را بر می‌گزینند که برای آنها رضایت‌بخش باشد و زمانی که این رضایت حاصل شد از جستجوی گزینه‌ها دست می‌کشند.
تلفیقی	تصمیمات عالی استراتژیک را با مسائل سطح پایین و تدریجی که برای سطوح بالاتر تدارک دیده می‌شود، تلفیق می‌نمایند.
آشفته	بر این فرض استوار است که تصمیم‌گیری در شرایط مبهم و بی‌نظم صورت می‌گیرد و واکنشی است.

۳-۶. ابعاد سلامت و عوامل تاثیرگذار بر آن

از دیرباز نظام آموزشی بر اساس دیدگاه زیست‌پزشکی و الگوی تشخیصی و درمان، آموزش را طراحی و اجرا کرده است. بعبارت دیگر بیماری و نه بیمار، اساس آموزش را تشکیل داده است. در حالی که به جای بیماری‌محوری باید سلامت‌نگری پایه آموزش قرار گیرد. می‌دانیم که آموزش برای سالم ماندن و سالم زندگی کردن از آموزش برای درمان بیماری بسیار متفاوت است. اولی به ما یادآوری می‌کند که موضوع سلامت افراد و جوامع، ابعاد پیچیده و چندوجهی دارد که تنها یک وجه آن درمان بیماری است. از طرف دیگر سلامت‌نگری مستلزم توجه به بسیاری از عوامل تاثیرگذار بر سلامت افراد و جوامع می‌باشد که در قلمروی علوم زیست‌پزشکی قرار ندارند. بسیاری از صلاحیت‌های مورد نیاز صاحبان حرفه‌های پزشکی برای پرداختن به مقوله سلامت، در رویکردهای زیست‌پزشکی و تشخیص و درمان به آموزش، نادیده گرفته می‌شود. سلامت‌نگری با همه موضوعات مرتبط با سلامت جامعه سروکار دارد و باید پزشکان و سایر صاحبان حرفه‌های بهداشتی برای پرداختن به همه موضوعات مرتبط با سلامت، آمادگی پیدا کنند. تحقق این امر ایجاب می‌کند که نظام آموزشی در کنار نظام ارائه خدمات قرار گیرد.

به بیان دیگر دانشکده‌های پزشکی باید بجای تربیت متخصص بر تربیت فرد حرفه‌ای متمرکز شوند. می‌توان با استفاده از الگوهای آموزشی سنتی، متخصص تربیت کرد؛ ولی تربیت فرد حرفه‌ای محتاج ورود به قلمروهای دیگری از معرفت، عرصه‌های آموزشی دیگر و روش‌های یادگیری متفاوتی است. زیرا در حال حاضر آنچه توسط نظام ارائه خدمات ارائه می‌شود، انعکاسی از الگوهای رایج آموزش پزشکی و تربیت نیروی انسانی پزشکی است. نظام ارائه خدمات باید نیروهای حرفه‌ای مجهز به صلاحیت‌های لازم را در اختیار داشته باشد تا بتواند به مسئولیت‌های اجتماعی خود عمل نماید (وزرات بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۹۲).

امروزه حفظ، گسترش و ارتقای سلامت در جوامع بشری در زمره اساسی‌ترین و کلیدی‌ترین سیاست‌ها برای ایجاد و توسعه عدالت اجتماعی در کشورها تلقی می‌شود. از آنجایی که انسان سالم، محور توسعه پایدار است؛ توجه به سلامت و تلاش برای حفظ، ارتقا و گسترش آن همواره یک اولویت محسوب می‌شود. مبحث سلامت موضوعی چندبعدی است که عوامل و عناصر متعدد و متنوعی در تأمین، گسترش یا تخریب آن تأثیرگذارند و همه افراد، سیستم‌ها و سازمان‌ها در جامعه در ایجاد و همچنین دریافت پیامدهای سلامت نقش دارند.

تأمین سلامت و بهداشت عمومی به نوعی یکی از اولویت‌دارترین اصول رسالت دولت‌ها در سطح جهان بوده و ایجاد زیرساخت‌های نظام سلامت از همین اصل تاثیر گرفته است. بطور متوسط، سالانه هزینه‌های بالایی توسط دولت‌های محلی و یا ملی به منظور تحقق سلامت عمومی صورت می‌گیرد که این مهم نتوانسته به صورت کامل بر مشکلات سلامت و



نهمین همایش علم پژوهش علوم تربیتی و روانشناسی، آسیب‌ها و اجتماع و فرهنگ ایران



انجمن توسعه و ترویج علوم و فنون بنیادین

کاستی‌های موجود فائق آید، چرا که محدودیت منابع مالی و تاسیسات و تجهیزات همواره عامل مهمی به منظور افزایش ضریب سلامت عمومی عمل نموده‌است (لطفعلی پور و همکاران، ۱۳۹۰). تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت به عنوان یکی از عرصه‌های اصلی اقتصاد سلامت، مبحثی است که در این زمینه مطرح می‌شود. اگرچه مراقبت از سلامت می‌تواند موجب بهبود سلامت افراد شود؛ تعیین شرایط اقتصادی و اجتماعی که منشأ ایجاد بیماری هستند نیز تأثیر زیادی در ارتقای سلامت افراد ایفا می‌کنند. مفهوم تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت که توسط سازمان جهانی بهداشت ارائه شده است، اشاره به اوضاعی دارد که افراد در آن متولد می‌شوند، رشد می‌کنند، زندگی می‌کنند و پیر می‌شوند و نابرابری در این موارد موجب نابرابری در سلامت افراد می‌شود. محدودیت منابع مالی و بالا بودن سهم سرانه بهداشت عمومی در کشورها سبب شده که همواره به منظور کاهش آسیب‌های بخش سلامت عمومی، رهیافت‌های مطمئن و پایداری همچون فرهنگ‌سازی و آگاهی‌بخشی عمومی مدنظر قرار گیرد. از اینرو، زمینه خاصی به نام «اقتصاد سلامت» ایجاد شده است (سلاطین و محمدی، ۱۳۹۴). انواع سلامت عبارتند از:

۱- سلامت جسمی: متداول‌ترین تعریف از انواع سلامتی جنبه سلامت، سلامت جسمی است که ارزیابی آن نسبت به سایر جنبه‌های سلامتی آسان‌تر است. سلامت جسمی در واقع ناشی از عملکرد صحیح اندام‌ها، عملکرد مناسب بیولوژیکی سلول‌ها است و هماهنگی آنها نشانگر سلامت جسمی است. برخی از علائم سلامت جسمی عبارت است از: ظاهر خوب و طبیعی، وزن مناسب، اشتهای کافی، خواب راحت و منظم، حرکات منظم روده، حرکات هماهنگ بدن، نبض طبیعی و فشار خون و وزن نسبتاً ثابت در سنین بالاتر.

۲- سلامت مالی: یکی دیگر از انواع سلامتی، سلامت مالی است که این موضوع معمولاً فقط ثروت پولی یک شخص را به ذهن متبادر می‌کند؛ اما همانطور که بسیاری از مشاوران می‌دانند، حتی افراد ثروتمند نیز به دلایل مالی رنج می‌برند. به عنوان مثال، فردی را در نظر بگیرید که منابع مالی کافی برای بقیه عمر خود داشته باشد، اما حتی کوچک‌ترین پاشش برای او نگران‌کننده است. یک الگوریتم استاندارد مالی، این نوع فرد را از نظر اقتصادی، عالی طبقه‌بندی می‌کند؛ زیرا وی دارای ثروت مادی کافی برای تحمل هر گونه شوک اقتصادی معقول است. با این حال، این اضطراب مربوط به امور مالی می‌تواند در نهایت بدان معنی باشد که کیفیت زندگی وی بسیار پایین است. در نتیجه ثبات اقتصادی تنها بخشی از سلامت مالی می‌باشد.

۳- سلامت روح و روان: سلامت روان که یکی از تعریف‌های انواع سلامتی می‌باشد، شامل به‌زیستی عاطفی، روانی و اجتماعی ما می‌شود. این امر بر نحوه تفکر، احساس و عملکرد ما تأثیر می‌گذارد. همچنین به تعیین چگونگی برخورد با استرس، ارتباط با دیگران و تصمیم‌گیری کمک می‌کند. سلامت روان در هر مرحله از زندگی، از کودکی تا بزرگسالی از اهمیت برخوردار است. پاسخ مناسب به مشکلات زندگی یک جنبه مهم سلامت روان است. نکته‌ای که در اینجا باید به آن توجه داشت این است که بسیاری از بیماری‌های روانی مانند اضطراب، افسردگی و غیره بر سلامت جسمی تأثیر می‌گذارد و بین بیماری‌های روحی و جسمی رابطه مستقیم وجود دارد. برخی از علائم سلامت روانی عبارت است از: سازگاری شخص با دیگران، دآوری صحیح در برخورد با مسائل، داشتن روحیه انتقادپذیر، عملکرد مناسب در برخورد با مشکلات.

۴- سلامت محیط: سلامت محیط به جنبه‌های سلامت انسان (از جمله کیفیت زندگی) اشاره دارد که توسط عوامل جسمی، شیمیایی، بیولوژیکی، اجتماعی و روانی در محیط تعیین می‌شود. همچنین به تئوری و عمل ارزیابی، تصحیح، کنترل و جلوگیری از آن عوامل در محیط اشاره دارد که می‌تواند بطور منفی بر سلامت نسل‌های حال و آینده تأثیر بگذارد. خدمات بهداشت محیط از جمله سرویس‌هایی هستند که سیاست‌های بهداشت محیط را از طریق فعالیت‌های نظارت و کنترل به اجرا در می‌آورند. آنها همچنین با ارتقاء بهبود پارامترهای زیست‌محیطی و ترغیب به استفاده از فناوری‌ها و رفتارهای سازگار با محیط زیست، این نقش را انجام می‌دهند. آنها همچنین نقش مهمی در توسعه و پیشنهاد مناطق سیاسی جدید دارند. سلامت محیط یا همان بهداشت محیط، تعامل بین محیط و سلامت ما را در تعریف انواع سلامتی بررسی می‌کند و محیط می‌تواند بطور مستقیم و غیرمستقیم بر سلامتی و رفاه ما تأثیر بگذارد.

۵- سلامت ذهن: سلامت ذهن به سلامتی شناختی، رفتاری و عاطفی ما اشاره دارد. این همه مربوط به نحوه تفکر، احساس و رفتار ما است. اصطلاح سلامت ذهن گاهی به معنای عدم وجود یک اختلال روانی است. سلامت ذهن می‌تواند بر زندگی روزمره، روابط و حتی سلامت جسمی تأثیر بگذارد. سلامت ذهنی همچنین شامل توانایی فرد برای لذت بردن از زندگی است. برای برقراری تعادل بین فعالیت‌های زندگی و تلاش‌ها برای دستیابی به تاب‌آوری روانشناختی.



نهمین همایش علم پژوهش علوم تربیتی و روانشناسی، آسیب‌ها و اجتماع و فرهنگ ایران



انجمن توسعه و ترویج علوم و فنون نوین ایران

۶- **سلامت شغلی:** سلامت شغلی رشته‌ای از مراقبت‌های بهداشتی است که از چندین رشته تشکیل شده است که به رفاه و ایمنی کارمندان در محیط کار اختصاص دارد. تمرکز جدی روی پیشگیری از آسیب و آموزش کارکنان دارد. خدمات بهداشت حرفه‌ای شامل سلامتی کارمندان، آزمایش پیش از قرار گرفتن در محل، ارگونومی، کاردرمانی، پزشکی حرفه‌ای می‌باشد.

۷- **سلامت اجتماعی:** سلامت اجتماعی شامل توانایی شما در ایجاد روابط رضایت‌بخش بین فردی با دیگران است. همچنین به توانایی شما در سازگاری راحت با موقعیت‌های مختلف اجتماعی و عملکرد مناسب در تنظیمات مختلف مربوط می‌شود. همسران، همکاران و آشنایان همگی می‌توانند با همدیگر روابط سالم داشته باشند. هر یک از این روابط باید شامل مهارت‌های قوی ارتباطی، همدلی با دیگران و احساس مسئولیت‌پذیری باشد. در مقابل، صفاتی مانند کنار کشیدن، صحبت‌های توهین‌آمیز یا خودخواهی می‌توانند تأثیر منفی بر سلامت اجتماعی شما بگذارند. در کل، استرس می‌تواند یکی از مهمترین تهدیدات برای یک رابطه سالم باشد. استرس را باید از طریق تکنیک‌های اثبات‌شده مانند فعالیت بدنی منظم، نفس کشیدن عمیق و گفتگوی مثبت مدیریت کرد.

۸- **سلامت معنوی:** سلامت معنوی تعادل بین جنبه‌های جسمی، روانی و اجتماعی انسان را ایجاد می‌کند. سلامت معنوی شامل زندگی هدفمند، متعالی و تحقق ابعاد و ظرفیت‌های مختلف انسان است. سلامت معنوی همچنین از مفاهیم گسترده‌تری مانند امید، هدف و صلح تشکیل می‌شود. برخی از معیارهای متداول که در دسته سلامت معنوی قرار دارند عبارتند از: اعتقاد به یک موجود عالی، اتحاد با یک نیروی بیشتر، احساس هدایت معنا و ارزش، یک دین سازمان‌یافته، تعادل، درون‌گرایی و معنا. در حالیکه همه این جنبه‌ها برای سالم بودن روحی لازم نیست، پرداختن به مفاهیم اصلی می‌تواند درک اساسی برای دستیابی به سلامتی فرد داشته باشد.

۷-۳. نقدهای تعریف سلامت سازمان جهانی بهداشت

یافته‌های مرتبط با نقدهای وارده به تعریف سلامت سازمان بهداشت جهانی در دو محور کلی کلیات تعریف و ابعاد سلامت سازماندهی شدند. یافته‌های کلیات تعریف نشان داده است که مبهم بودن تعریف، ایده‌آل‌گرا بودن، مانع نبودن تعریف، عدم جامعیت، عدم وزن‌دهی به هر یک از ابعاد سلامت، عملیاتی نبودن، تقلیل‌گرایی و نبودن تعریف دقیق از وضعیت طبیعی و بیماری؛ مهمترین نقدهای مرتبط با کلیات تعریف هستند.

جدول ۳: مهمترین نقدهای مرتبط با کلیات تعریف سلامت سازمان جهانی بهداشت از سلامت (گردآوری یزدی فیض‌آبادی و همکاران، ۱۳۹۶)

محور نقد	توصیف نقد
مبهم بودن	مفاهیم سلامت، صلح، شادی و عدالت بسیار کلی و عمومی هستند که تعریف و تشخیص مرز میان آنها دشوار است. اقدامات و مداخلات درمانی متضمن ارزش‌ها و جهت‌گیری‌هایی است که وابسته به درک ذهنی مفاهیمی نظیر شادی و سلامت است. این واژه‌ها اگر در مبانی فلسفی خود تعریف و تبیین نشوند، می‌توانند با کلی‌گویی که در تعریف سازمان جهانی بهداشت به آنها اشاره شده است، موجب آسیب در تأثیر مداخلات درمانی و بهبود سلامت گردند.
ایده‌آل‌گرا بودن	بیشترین نقد از تعریف مربوط به کلمه مطلق کامل در رابطه با سلامت است. اولین مشکل این است که ناخواسته به پزشکی شدن جامعه کمک می‌کند. برای سلامت کامل نیاز است تا بیشتر مواقع خودمان را از بیماری رها کنیم. تأکید مداوم بر سلامت جسمی کامل می‌تواند منجر به مداخله‌های گران برای غربالگری گروه زیادی از مردم در شرایط لازم شود و ممکن است حتی در سطوح بالاتر پزشکی منجر به وابستگی و مخاطره گردد. کامل بودن به معنای مطلق کلمه و مبین ایده‌آل‌گرایی و مطلق‌گرایی است که دست‌یافتنی نیست. بیشتر یک هدف غایی است تا راهنمایی برای یک اقدام عملی و واقع‌گرایانه.
فانج نبودن	مرز بین شادی و سلامت متمایز نیست و ارتباط ثابت و پایداری ندارند. به‌زیستن کامل جسمی، روانی و اجتماعی بیشتر به شادی نزدیک است تا سلامت. این دو واژه تجربیات متمایزی از زندگی را نشان می‌دهند. ابتلا به یک بیماری سخت شما را کمتر شاد می‌کند، اما عدم ابتلا به یک بیماری جدی، الزاماً به شادی نمی‌انجامد.
جامع نبودن	با توجه به ابعاد پیچیده سلامت، محدود کردن آن به ابعاد چهارگانه (جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی) در تعریف ساده‌انگارانه است.
عدم وزن‌دهی ابعاد سلامت	وزن‌دهی مشخصی بین ابعاد سلامت و بطور پیش‌فرض ابعاد چهارگانه، وزن یکسانی دارند. کدام بُعد بر بُعد دیگری ارجحیت دارد و چه ترکیبی از ابعاد مناسب‌ترین است؟؟؟



نهمین همایش علم پژوهش علوم تربیتی و روانشناسی، آسیب‌ها و اجتماع و فرهنگ ایران



انجمن توسعه و ترویج علوم و فنون نوین ایران

بعلاوه این مساله عملیاتی نبودن تعریف را نشان می‌دهد. اگرچه چندین سیستم برای طبقه‌بندی بیماری طراحی شده است که جنبه‌های بهداشتی، ناتوانی، عملکرد و کیفیت زندگی را توصیف می‌کند، اما به دلیل اشاره به واژه «حالت کامل» این تعریف عملیاتی و قابل اندازه‌گیری نیست. بلکه گسترده برای تمامی فرهنگ‌هاست، در حالیکه عملیاتی کردن تعریف سلامت متناسب با فرهنگ‌های مختلف، متفاوت است.	عملیاتی نبودن
مطلق‌گرایی واژه کامل بطور ناخواسته منجر به پزشکی شدن جامعه می‌شود. چرا که طبق این تعریف بیشتر افراد جامعه در اغلب اوقات ناسالم هستند.	تقلیل‌گرایی
سالخوردگی همراه بیماری مزمن یک پدیده طبیعی تلقی می‌شود و بیماری‌های غیرواگیر بیشترین مخارج سلامت را به خود اختصاص می‌دهند که این مساله به پایداری منابع فشار وارد می‌آورد. در این مورد، تعریف سازمان جهانی بهداشت آسیب‌زا است؛ چرا که طبق این تعریف افرادی که بیماری‌های مزمن و ناتوانی‌های بطور قطع، بیمار تلقی می‌شوند. این مساله ظرفیت انسان برای سازگاری ارادی با چالش‌های رو به تغییر جسمی، روانی و اجتماعی زندگی را نادیده می‌انگارد و کارکرد کامل و احساس به‌زیستن همراه با یک بیماری مزمن و یا ناتوانی را کنار می‌گذارد.	نبودن تعریف دقیق طبیعی بیماری
<p>جدول ۴: مهمترین پیامدهای حاصل از نقدهای تعریف سازمان جهانی بهداشت در ابعاد سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی (گردآوری یزدی فیض‌آبادی و همکاران، ۱۳۹۶)</p>	
<p>محور نقد</p> <p>گسترش بی‌رویه مداخله‌گران و غربالگری‌های نابجا و نامناسب؛ با توجه به گرایش‌ها به سمت فناوری پزشکی، صنایع دارویی یا همکاری سازمان‌های تخصصی و بازتعریف بیماری‌ها از گسترش قلمرو نظام مراقبت‌های سلامت حمایت می‌کنند. تکنولوژی‌های غربالگری جدید به دنبال کشف مواد غیرطبیعی در سطوحی است که هرگز بیماری را باعث نمی‌شود و شرکت‌های دارویی، داروهای را برای شرایطی تولید می‌کنند که پیش از این به عنوان مشکل سلامت تلقی نشده‌اند. آستانه‌ها برای مداخله‌ها رو به کاهش می‌گذارد. برای مثال مورد فشار خون، چربی و قند. تاکید صرف روی به‌زیستن کامل جسمی منجر به این می‌شود که گروه‌های جمعیتی بزرگتر، واجد شرایط برای انجام غربالگری یا مداخله‌های گران‌قیمت شوند؛ حتی در مواقعی که تنها یک شخص می‌تواند از این غربالگری‌ها منفعت کسب کند و این سطح وابستگی پزشکی و خطر را افزایش می‌دهد.</p> <p>تغییرات پویای اپیدمیولوژیک و جمعیت‌شناختی: ماهیت بیماری‌ها و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی از دهه‌های قبل به طرز چشمگیری تغییر پیدا کرده است. در سال ۱۹۴۸ بیماری‌های حاد بار عمده بیماری‌ها را به خود اختصاص می‌دادند و بیماری‌های غیرواگیر منجر به مرگ زودرس می‌شدند. اما الگوی بیماری‌ها با مداخله‌های سلامت عمومی نظیر بهبود تغذیه، بهداشت، بهسازی محیط و مداخله‌های قوی بهداشتی - درمانی تغییر پیدا کرد. در حالیکه افرادی که با بیماری‌های مزمن زندگی می‌کنند، در سراسر دنیا رو به افزایش است.</p>	<p>بعد - حیطه</p> <p>جسمی</p>
اشکالات وارده بر جوانب عملیاتی و قابلیت اندازه‌گیری تعریف در ابعاد مختلف (نبود تعاریف عملیاتی برای ابعاد سلامت به ویژه ابعاد روانی و معنوی و همچنین شفاف نبودن تعریف اختلال، بیماری و ناتوانی‌های روانی).	روانی
تمرکز بر پزشکی شدن در ابعاد رفاه اجتماعی دارد. در کاربرد به‌زیستن اجتماعی به افراد و جوامع این ابهام وجود دارد که آیا به‌زیستن اجتماعی، محیط جامعه است یا وضعیت کارکردی افراد؟ اگر سلامت فردی مد نظر است واژه سلامت روانی - اجتماعی واژه مناسب‌تری در مقایسه با به‌زیستن اجتماعی است، چرا که به کنترل فرد در سلامت خود توجه دارد و هر دو به‌زیستن اجتماعی و معنوی را دربرمی‌گیرد. بُعد اجتماعی اگرچه بر سلامت تاثیر مستقیم و قابل توجهی دارد، اما جزء عوامل و شرایط خارجی است که سلامت هر فرد را متاثر می‌کند و نمی‌تواند برای تعریف سلامت فردی مورد استفاده قرار گیرد.	اجتماعی
معنویت با مذهب یکسان تلقی شده است، در حالیکه یکی نیستند. سنجه‌های مشخص و دقیق و مورد توافقی برای مؤلفه‌های معنویت وجود ندارد. اما مرتبط با مفاهیمی همچون وفا، امید، معنا و هدف در زندگی فردی است و به پیوند بین فرد، دیگران و خدا (یک واقعیت بزرگتر) اشاره دارد و بر سلامت تاثیرات مثبتی می‌گذارد.	معنوی
معنویت و مذهب سازه‌های مکنون و چندبُعدی هستند که بطور مستقیم قابل مشاهده و اندازه‌گیری نیستند و سنجه واحدی ندارند که مضمون آنها را دربرگیرند. اما می‌توانند از مشاهدات مرتبط با برخی ابعاد، مؤلفه‌های آن درک شوند (برای مثال معرفت، فرهنگ، سلامت، توسعه، شخصیت)	

نقدهای درون پارادایمی تعریف سلامت سازمان بهداشت جهانی در چارچوب پارادایم حقوق بشر سازمان ملل و پیامدهای آن مخصوصاً گرانی خدمات پزشکی نوین، تهاجمی بودن، عدم پاسخگویی لازم نظام‌های سلامت دنیا به تغییرات الگوی بیماری، منجر به شکل‌گیری جریان اصلاحات در درون نظام سلامت از سوی دولت‌ها در اکثر کشورها شده است (گزارش سازمان بهداشت جهانی،



نهمین همایش علم پژوهش علوم تربیتی و روانشناسی، آسب هاے اجتماع و فرهنگ ایران



انجمن توسعه و ترویج علوم و فنون بنیادین

۲۰۰۰). همچنین مردم دنیا به سمت دیگر مکاتب و پارادایم‌های سلامت یعنی طب‌های سنتی گرایش پیدا کنند. به نحوی که همراه با گزارش سال ۲۰۰۰ سازمان جهانی بهداشت در خصوص عملکرد نظام سلامت و ضرورت اصلاحات در آن، این سازمان در گزارشی دیگر در سال ۲۰۰۲ ضمن به رسمیت شناختن طب سنتی (مکمل و جایگزین)، به تعریف چستی و انواع آن و مراکز فعال و استقبال کشورهای مختلف در این زمینه پرداخت. بر اساس این گزارش، هر روش درمانی که خارج از محدوده روش‌های درمانی پزشکی جدید باشد؛ طب مکمل و جایگزین^۱ تعریف می‌شوند. سازمان ملی طب مکمل و جایگزین آمریکا که از مراکز وابسته به وزارت بهداشت و مرکز ملی سلامت آمریکا می‌باشد و با سازمان جهانی بهداشت و سازمان ملل متحد در این زمینه همکاری نزدیک دارد؛ CAM را به چهار شاخه‌های اصلی شامل سیستم‌های پزشکی جایگزین، انرژی درمانی، درمان از طریق حرکت دادن اعضای بدن، درمان بیماری‌های جسمی از طریق ذهن تقسیم نموده است. در این میان سیستم پزشکی جایگزین، شامل تئوری و روش‌های درمانی مخصوص به خود هستند که با پزشکی جدید تفاوت بنیادی دارند که عمدتاً مکاتب طبیبی دنیا در یونان، چین و ایران (مکتب خوزی^۲ و جندی شاپور قبل از اسلام و مکتب سینوی^۳ و رازی بعد از اسلام) را دربرمی‌گیرد.

بر اساس اطلاعات جدول ۴، بعد از کم‌رنگ شدن دوران مدرنیته و ظهور دوران پسامدرن بویژه از سال ۲۰۰۰ به بعد، فضای ظهور، ارائه و بازاندیشی در خصوص مکاتب و پارادایم‌های دنیا ایجاد شد که در حوزه طب و پزشکی نیز این امر مستثنی نمی‌باشد و بسیاری از کشورها مطابق آنچه در گزارش سازمان جهانی بهداشت ذکر گردید، ترکیبی جامع از کل مکاتب طبیبی با توجه به حق انتخاب مردم جهت ارتقای سلامت جوامع خویش، اتخاذ کرده‌اند. در ایران نیز بر اساس سیاست‌های کلی سلامت در سال ۱۳۹۳ بازشناسی، تبیین، ترویج و توسعه چنین مفاهیمی مد نظر گرفته شد.

۴. نتیجه‌گیری

تعریف سلامت از منظر سازمان جهانی بهداشت از ابتدا با منطقی رفاه کامل در سه بُعد جسمی، روانی و اجتماعی شروع و با مباحث و اقدامات مرتبط با بُعد سلامت معنوی در طی زمان تکمیل گردید. ویژگی‌های مثبتی در مفهوم سلامت از منظر سازمان جهانی بهداشت وجود دارد که به نظر می‌رسد یکی از مهمترین این ویژگی‌ها توجه به رویکرد عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت افراد و جوامع است که ریشه در مبانی حقوق بشری دارد. اما در عمل؛ بواسطه استفاده از ابزارهای پزشکی برای مسائل اجتماعی و تقلیل‌گرایی تعریف، رویکرد پزشکی شدن غلبه بیشتری دارد. این مساله نیز در عمل موجب می‌شود ذبنفعان مختلف خارج از بخش سلامت نیز از منظر دور شوند و کمتر در سیاست‌گذاری‌ها نقش جدی ایفا کنند.

از طرفی ایستایی تعریف سلامت و ایده‌آل‌گرایی آن موجب شده که نتوان تعاریف عملیاتی مشخص و روشنی برای ابعاد سلامت بویژه ابعاد روانی، اجتماعی و معنوی و همچنین مرز روشنی بین مفاهیمی از جمله رفاه، به‌زیستی، شادی، عدالت و صلح ارائه کرد. این مسائل خود موجب تقویت رویکرد تقلیل‌گرایانه پزشکی به حل مسائل پیچیده و در هم تنیده سلامت می‌شود که در عمل کارآمدی و پاسخگویی چندانی در قبال نیازهای سلامت و تغییرات الگوی بیماری در طی زمان ندارد. چرا که ابعاد سلامت در انتزاع برای درک بهتر تفکیک می‌شود و در واقعیت عینی با هم ارتباط تنگاتنگ و پیچیده دارند. همین مساله موجبات رشد بی‌رویه فناوری دارویی، زیستی، تجهیزات و موارد از این قبیل است که خود نیز بطور بالقوه زمینه بروز فساد در نظام سلامت را موجب می‌شود و پدیده‌هایی همچون داد و ستد بیماری، گسترش بی‌رویه، ناکارآمد و کمتر اثربخشی فناوری زیستی پیشگیرانه، درمانی و دارویی را رقم می‌زند. در نتیجه سلامت به عنوان یک صنعت با تمرکز بر گسترش رویکرد بازار آزاد و اومانسیسم فردگرایی منظور می‌شود. لذا در این زمینه نیاز به تعریف و بازتعریف اساسی مفاهیم عملیاتی، ضرورت می‌یابد.

۱. Complementary and Alternative Medicine (CAM)

۲. یکی از ولایات سرزمین کهن خوزستان، جندی شاپور بود و خوزیان، گروهی از اندیشمندان مکتب پزشکی جندی‌شاپور بوده‌اند که با تألیف کتاب‌هایی مانند: «کناش الخوز»، «جامع الخوز» و «شوسماهی للخوز» نظرات ارزشمندی از مکتب پزشکی ایران را در عرصه دنیای پزشکی ارائه نمودند.

۳. ابن‌سیناگرایی مکتبی در فلسفه اسلامی است که توسط ابن‌سینا طرح شده است.



نهمین همایش علم پژوهش علوم تربیتی و روانشناسی، آسپ هاه اجتماع و فرهنگ ایران



انجمن توسعه و ترویج علوم و فنون نوین ایران

با مطالعه مطالب فوق به‌ویژه قالب‌بندی مطالعه یزدی فیض‌آبادی و همکارانش، می‌توان چنین برداشت کرد که؛ برای افزایش تاثیر رشته بهداشت عمومی دوره کارشناسی بر سلامت افراد و خانواده‌ها پیشنهاد می‌شود با توجه به اینکه مبانی ایدئولوژیک و گفتمان اسلامی - ایرانی نسبت به تعریف انسان، هستی و معرفت در مقایسه با کشورهای دیگر متفاوت و متمایز می‌باشد، لازم است برای دستیابی به دکترین واحد سلامت اقدامات زیر انجام گیرد:

- ۱- بازتعریف سلامت بر مبنای فلسفه و حکمت اسلامی در چارچوب گفتمان جمهوری اسلامی؛
 - ۲- تعیین دکترین سلامت بر مبنای بازتعریف صورت گرفته از سلامت و اصول و مبانی قانون اساسی جمهوری اسلامی؛
 - ۳- تدوین الگوی پیشرفت اسلامی - ایرانی در نظام سلامت کشور بر اساس دکترین سلامت؛
 - ۴- بازتعریف و تبیین سیاست‌های کلی نظام سلامت کشور بر اساس دکترین سلامت؛
 - ۵- بازتعریف و بازنگری سند چشم‌انداز و برنامه‌های توسعه ملی کشور و اولویت‌های مرتبط با سیاست‌های کلان سلامت؛
- لازم به ذکر است؛ تحقق این پیشنهادات مستلزم تمرکز بر یکی از مهمترین وظیفه تولید یعنی استفاده از خرد جمعی با تاکید بر استفاده حداکثری از ظرفیت‌های ساختاری حقیقی و حقوقی همه جانبه ذینفعان درون و بیرون نظام سلامت و طراحان برنامه درسی کشور می‌باشد. استفاده از ظرفیت‌ها و جریان‌های فکری مختلف، موجب دستیابی حداکثری به تضارب آرا و ایجاد وحدت رویه برای تحقق سلامت همه‌جانبه می‌شود. برای این منظور راه‌اندازی و تشکیل اندیشکده ملی سلامت توصیه می‌شود که نمایندگانی از تمامی افکار و جریان‌های فکری به همراه متخصصان برنامه درسی هم در بعد طراحی و هم در بعد اجرای رشته بهداشت عمومی در آن حضور داشته و از ظرفیت ساختارهای مرتبط دیگر نظیر مرکز الگوی اسلامی - ایرانی پیشرفت و فرهنگستان علوم پزشکی کشور استفاده نمایند.

مراجع

۱. ## بهرامن، مصطفی؛ عرفانیان قونسولی، لیلا (۱۳۹۷). برنامه‌ریزی درسی در آموزش عالی، چالش‌ها و راه‌حل‌ها. پنجمین کنفرانس بین‌المللی روانشناسی، علوم تربیتی و سبک‌زندگی.
۲. ## پورعباسی، عطاالله؛ خیری، زهرا؛ نقوی‌الحسینی، سلمازسادات؛ اکبری، حمید؛ لاریجانی، باقر (۱۳۹۷). سیاست‌گذاری آموزش عالی سلامت در ایران مروری بر تجربیات ۴۰ساله. ویژه‌نامه دستاوردهای چهل‌ساله نظام آموزش عالی. دوره ۲۷، شماره ۴، ص ۲۱۵-۲۲۳.
۳. ## درخشنده، علی؛ محمدخانی، کامران (۱۳۹۵). رابطه بین رضایت شغلی یا عملکرد کارکنان سازمان تأمین اجتماعی استان مرکزی. کنفرانس بین‌المللی هزاره سوم و علوم انسانی.
۴. ## ریاضی، سپند؛ علی‌عسگری، مجید؛ حسینی‌خواه، علی؛ دهقان‌نیری، ناهید (۱۳۹۸). بررسی شکاف‌ها و نیازها در برنامه‌درسی دوره کارشناسی پرستاری در ایران پیش درآمدی بر طراحی الگوی برنامه‌درسی مبتنی بر شایستگی. نشریه پایش. دوره ۱۹، شماره ۲، ص ۱۴۵-۱۵۸.
۵. ## سلاطین، پروانه؛ محمدی، سمانه (۱۳۹۴). بررسی عوامل موثر بر سلامت در استان‌های ایران: رهیافت داده‌های پانل. فصلنامه پژوهش‌های اقتصادی ایران، دوره ۲۰، شماره ۶۴.
۶. سرمد، زهره؛ بازگان، عباس؛ حجازی، الهه (۱۳۹۸). روش‌های تحقیق در علوم رفتاری. تهران: انتشارات آگاه.
۷. ## شورای عالی برنامه‌ریزی علوم پزشکی (۱۳۸۹). برنامه درسی دوره کارشناسی پیوسته رشته بهداشت عمومی. مصوب چهل و دومین جلسه شورای عالی برنامه‌ریزی علوم پزشکی وزات بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
۸. ## شورت، ادموند سی. (۱۳۸۸). روش‌شناسی مطالعات برنامه درسی. ترجمه محمود مهرمحمدی و همکاران. تهران: سمت.
۹. ## عطائی، غلامرضا؛ عادل‌مشهدسری، فرشته (۱۳۹۳). سیر تحولات آموزش پزشکی در ایران از دوره باستان تا معاصر. مجله مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی یزد. دوره ۹، شماره ۴، ص ۷۶-۷۹.



۱۰. ## فتحی‌واجارگاه، کوروش (۱۳۹۵). **اصول و مفاهیم اساسی برنامه‌ریزی درسی**. تهران: انتشارات علم استادان.
۱۱. ## کمیته تخصصی سلامت و علوم‌زیستی (۱۳۸۹). **نقشه جامع علمی سلامت**. تهران: شورای عالی انقلاب فرهنگی و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
۱۲. ## گیلبرت، جان (۱۳۶۴). **راهنمایی برای تعلیم بهداشت‌کاران**. مترجم: فریدون ارفع و کیومرث ناصری. تهران: مرکز نشر دانشگاهی.
۱۳. ## لطفعلی پور، محمدرضا؛ فلاحی، محمدعلی؛ برجی، معصومه (۱۳۹۰). بررسی تاثیر شاخص های سلامت بر رشد اقتصادی ایران. **مدیریت سلامت**. دوره ۱۴، شماره ۴۶. ۷۰-۵۷.
۱۴. ## محمدی، مهدی؛ ناصری‌چهرمی، رضا؛ معینی‌شهرکی، هاجر (۱۳۹۲). بررسی رابطه بین میزان اثربخشی (انسجام، توازن و تناسب) برنامه‌درسی با شایستگی‌های فنی، زمینه‌ای و رفتاری دانشجویان دوره کارشناسی رشته‌های مدیریت (بازرگانی، صنعتی و آموزشی) دانشگاه شیراز. **فصلنامه پژوهش‌های برنامه‌درسی**. دوره ۳، شماره ۲، ۷۲-۵۳.
۱۵. ## ملکی، حسن (۱۳۹۴). **مقدمات برنامه‌ریزی درسی**. تهران: سمت.
۱۶. ## منجم‌زاده، سعید؛ رفیعی، سعیدحسین؛ تجریشی، محمدرضا (۱۳۸۸). **گزارش تحلیلی آسیب‌شناسی برنامه‌های توسعه در ایران**. کانون تفکر ایران.
۱۷. ## نوروززاده، رضا؛ فتحی‌واجارگاه، کوروش (۱۳۸۷). **درآمدی بر برنامه‌ریزی درسی دانشگاهی**. تهران: مؤسسه پژوهش و برنامه‌ریزی آموزش عالی.
۱۸. ## وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۹۲). **ادغام آموزش پزشکی و نظام ارائه خدمات بهداشتی - درمانی در جمهوری اسلامی ایران**. تهران: فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران.
۱۹. ## نادری، عزت‌الله؛ سیف‌نراقی، مریم (۱۳۹۵). **راهنمای عملی فراهم‌سازی تحقیق**. تهران: روان.
۲۰. ## یزدی فیض‌آبادی، وحید؛ مهرالحسنی، محمدحسین؛ امامی، مژگان؛ خسروی، سجاد (۱۳۹۶). مروری بر رویکردهای مفهوم‌سازی سلامت و تعیین‌کننده‌های آن: از رویکرد زیست‌پزشکی تا سلامت واحد. **مجله اپیدمیولوژی ایران**. ۱۴۵-۱۵۴.

21. ## Barnett, R.; Coate, K. (2005). **Engaging the Curriculum in Higher Education**. McGraw: Hill International.
22. ## Center for Disease Control and Prevention (2020). **10 Essential Public Health Services**. is available pdf: <https://phnci.org/uploads/resource-files/EPHS-English.pdf>
23. ## Dent, Johan A.; Hardan, Ronald M. (2013). **A Practical Guide for Medical Teachers**. London: Churchill Livingstone.
24. ## Miller K. I.; Monge, P. R. (1986). Participation, Satisfaction, and Productivity: A Meta-analytic Review. **Academy of Management Journal**. 29(4), 727-753.
25. ## WHO (1986). **The 1st International Conference on Health Promotion**. Ottawa 1986, is available: <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-globalconference>.