



« به نام خدا »

ارزیابی پاسخگویی اجتماعی کوریکولوم بهداشت باروری مقطع دکتری

شاخص های سلامت مادر و کودک از مهم ترین معیارهای قضاوت در مورد توسعه یافتگی کشورها است. این شاخص ها ارتباط نزدیکی با کیفیت خدمات و مراقبت های بهداشتی به خصوص توسط ماماها دارد. بهبود و اصلاح خدمات مامایی نیازمند توسعه و بالا بردن کیفیت آموزش مامایی است (۱). با توجه به نقش حساس و تعیین کننده وجود نیروهای آموزشی در مقطع دکترا در تربیت مقاطع کارشناسی و کارشناسی ارشد مامایی و با عنایت به تغییرات و گستردگی علوم در دنیا و نیاز به وجود افراد محقق در زمینه بهداشت باروری برای دستیابی به مرزهای دانش و تولید علم، وجود مقطع دکترا در این رشته، نقش عمده ای در بهبود کیفیت خدمات و دستیابی به دستاوردها و پیشرفت های علمی ایفا می نماید (۲).

ارتقای کیفیت و پویایی برنامه های آموزش عالی مستلزم ارزشیابی مستمر برنامه درسی است. دوره دکتری تخصصی بهداشت باروری در سال ۱۳۸۵ در ایران راه اندازی شد و توصیه شد تا برنامه درسی آن، با ارزیابی عملکرد دانش آموختگان در محیط کار، نظرسنجی دانشجویان، مدرسان و مدیران آموزشی، مورد ارزشیابی قرار گیرد (۳). دکترای تخصصی بهداشت باروری، شاخه ای از علوم پزشکی و بهداشتی است که در آن دانشجویان طی دوره آموزشی با ابعاد مختلف بهداشت باروری نظیر امور جمعیتی، تغذیه، حقوق، اپیدمیولوژی و تکنیک های پیشرفته در امر باروری و ناباروری آشنا شده و به امر برنامه ریزی، مدیریت، تحقیق و آموزش در امر بهداشت باروری می پردازند (۴).



مشخصات کلی برنامه آموزشی دوره دکتری تخصصی (Ph.D.) رشته بهداشت باروری

۱- نام و تعریف: رشته بهداشت باروری (Reproductive health) شاخه‌ای از علوم پزشکی و بهداشتی است که در آن دانشجویان طی دوره آموزشی با ابعاد مختلف بهداشت باروری نظیر امور جمعیتی، تغذیه، حقوق، اپیدمیولوژی و تکنیکهای پیشرفته در امر باروری و ناباروری آشنا شده و به امر برنامه‌ریزی، مدیریت، تحقیق و آموزش در امر بهداشت باروری می‌پردازند. دانش‌آموختگان این رشته در مراکز آموزشی، تحقیقاتی و برنامه‌ریزی به انجام وظیفه در امور بهداشت باروری همت خواهند گماشت.

۲- تاریخچه رشته: طبق مستندات موجود تاکنون رشته‌ای تحت این عنوان در ایران وجود نداشته و برای اولین بار در سال ۱۳۷۶ پیشنهاد تأسیس این رشته از طرف سیاستگذاران وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مطرح گردید و مسئولیت تدوین برنامه آموزشی آن به هیأت‌ممتحنه و ارزشیابی رشته مامایی واگذار شد. در دنیا این رشته برای اولین بار در سال ۱۹۶۷ در دانشگاه کارولینکا سوئد با گرایش‌های مختلف نظیر بهداشت باروری و بهداشت کودکان، بهداشت باروری و آندوکرینولوژی و ... در دپارتمان بهداشت زنان و کودکان تأسیس گردید که متعاقب آن در سایر دانشگاه‌های معتبر دنیا نظیر جان هاپکینز، هاروارد، کیلی، لن کاشیر، وارویک، موناخ و ادینبرگ نیز به تربیت دانشجو در این رشته پرداخته شد.

۳- رسالت رشته (Mission): رسالت رشته عبارت است از تربیت دانش‌آموختگان برای:

الف. تأمین و تکمیل کادر علمی دانشگاهها و مراکز آموزشی و تحقیقاتی کشور در رشته مامایی و بهداشت باروری.

ب. تأمین و تکمیل نیروهای متخصص و متعهد جهت برنامه‌ریزی، مدیریت و ارزشیابی در امر بهداشت باروری.

ج. انجام تحقیقات و دستیابی به آخرین دستاوردهای علمی در زمینه بهداشت باروری در سطح بین‌المللی.

۴- ارزشها و باورها (Values): حفظ و ارتقاء سلامت جامعه از مهمترین وظایف گروههای مختلف پزشکی و بهداشتی می‌باشد. که در دین مبین اسلام نیز مورد تأکید قرار گرفته است و از حقوق مسلم انسانها با عنایت به کرامت انسانی به شمار می‌رود که در این میان توجه به سلامت زنان و کودکان که گروه آسیب‌پذیر جامعه بشمار می‌روند و تعیین‌کننده سلامت جامعه می‌باشند از اهمیت خاصی برخوردار است. در رشته بهداشت باروری نیز زنان و کودکان عمده گروههای مورد توجه به شمار می‌روند. هرچند مردان نیز در ارتباط با موفقیت در امر رسیدن به اهداف بهداشت باروری از جایگاه خاصی برخوردارند.

۵- چشم‌انداز رشته (Vision): باتوجه به اهمیت و نقش سیاستگذاری و برنامه‌ریزی صحیح در بهداشت باروری و ارتقاء کیفیت خدمات و موفقیت در رسیدن به اهداف نظام بهداشتی و نیز نقش حساس و تعیین‌کننده وجود



نیروهای آموزشی در مراتب بالای علمی در تربیت مقاطع کارشناسی و کارشناسی ارشد و با توجه به تغییرات و گستردگی علوم در دنیا و نیاز به وجود افراد محقق در زمینه بهداشت باروری برای دستیابی به مرزهای دانش و تولید علم، وجود این رشته می‌تواند در سالیان آتی نقش عمده‌ای در بهبود کیفیت خدمات و دستیابی به دستاوردها و پیشرفتهای علمی ایفا نماید.

۶- نقش دانش آموختگان در نظام بهداشتی (Role definition): نقش دانش آموختگان این رشته شامل: نقش آموزشی، تحقیقاتی و برنامه ریزی در مراکز آموزشی، تحقیقاتی و ستادی می‌باشد.

۷- وظایف حرفه‌ای دانش آموختگان (Task analysis):

الف. نقش آموزشی: بر طرف نمودن نیازهای آموزشی در مراکز آموزش عالی کشور در سطوح مختلف و رفع نیازهای آموزشی مراکز بهداشتی کشور در زمینه مامایی و بهداشت باروری.

ب. نقش تحقیقاتی: انجام تحقیقات، احاطه و دستیابی به جدیدترین آثار علمی، نوآوری، تهیه متون موردنیاز، کمک به پیشرفت و گسترش علم مامایی و بهداشت باروری در سطح بین‌المللی.

ج. نقش برنامه ریزی: برنامه ریزی در زمینه بهداشت باروری و مامایی بویژه مسائل بهداشتی جوانان نوجوانان، مادران و کودکان، تنظیم خانواده.

۸- اهداف کلی (Aims):

الف. تربیت نیروی انسانی متبحر با توانایی انجام وظایف آموزشی در سطح مراکز آموزش مامایی و بهداشت باروری.

ب. تربیت نیروی انسانی متخصص و متبحر برای انجام پژوهشهای علمی- کاربردی جهت شناسایی و رفع نیازهای مراکز آموزشی، تحقیقاتی جامعه و رسیدن به استقلال علمی و گسترش مرزهای دانش، تولید علم و صدور آن به سایر کشورها.

ج. تربیت افراد متخصص و متعهد با توانایی انجام وظایف برنامه ریزی در زمینه بهداشت باروری جهت بهبود و ارتقاء کیفیت ارائه خدمات بهداشت باروری و مامایی.

۹- استراتژیهای کلی آموزش:

- استراتژیهای کلی آموزشی شامل سیستم حضوری با تلفیقی از استاد محوری (Teacher centered) و شاگرد محوری (Student centered) با ویژگی‌های ذیل می‌باشد:

- اجرای سمینار، پروژه و کنفرانسهای مرتبط



- اجرای کارگاه آموزشی

- تقویت و توسعه سیستم اطلاع رسانی

- سیستم غیر حضوری، آموزش از راه دور (Distance learning)

امکان ارائه این دوره با این روش نیز وجود دارد.

۱۰- رشته‌های مشابه در داخل کشور: وجود ندارد.

۱۱- رشته‌های مشابه در خارج از کشور: رشته‌های مشابه در خارج از کشور و دانشگاه‌های مربوطه به شرح ذیل می‌باشد:

- ۱- Reproductive Perinatal and women's health JOHNS HOPKINS UNINVERSITY
- ۲- Population and Reproductive Health JOHNS HOPKINS
- ۳- Maternal and child health HARVARD UNIVERSITY
- ۴- Reproductive and perinatal health KAROLINSKA INSTITUTET
- ۵- Reproductive Health EDINBURGH UNIVERSITY
- ۶- Reproductive Health Management Keele UNIVERSITY
- ۷- Reproductive Health CENTRAL LANCASHIR UNIVERSITY
- ۹- Community Gynecology and Reproductive Health care WARWICK UNIVERSITY

با توجه به اینکه بررسی برنامه های آموزشی در هر مقطع و رشته تحصیلی یکی از راهکارهای ارتقا و توسعه برنامه های آموزشی بوده و موجب افزایش کارایی و اثربخشی برنامه ها می گردد، بازنگری برنامه های درسی دوره دکتری بهداشت باروری نیز می تواند علاوه بر آشکارکردن چالش های احتمالی موجود به تبیین نیازهای جدیدی که قبلاً مورد شناسایی و یا توجه قرار نگرفته نیز کمک نماید و شناسایی نقاط قوت، ضعف و برنامه ریزی های، لازم به ارتقای دوره های بعدی منجر شود. در ادامه به تحلیل محتوایی آموزشی دروس توانمندسازی زنان و نقش آنان در توسعه و سیاستگذاری اصلاح و بهینه سازی سیستم ها و برنامه بهداشتی مادر و کودک براساس سرفصل تعیین شده از وزارت بهداشت و آموزش پزشکی برای این مقطع تحصیلی می پردازیم.



درس توانمند سازی زنان و نقش آنها در توسعه

هدف درس:

درک مباحث عمده در توسعه به ویژه توانمندسازی و ارتباط و نقش آن در توسعه و عوامل موثر در این امر و نقش مردم در برنامه های بهداشت باروری و ارتقاء آن

شرح درس:

در این درس دانشجو شناخت کافی در زمینه توسعه و ارتباط آن با سیاست، اقتصاد، جمعیت و بهداشت را در سطح داخلی و جهانی به دست آورده و تسلط کافی در زمینه سیاستگذاری های مناسب در این ارتباط را خواهد یافت.

رئوس مطالب

۱. مفهوم و تعریف توسعه و عوامل و راهکارهای توسعه
۲. ارتباط توسعه با سیاست، اقتصاد و بهداشت و مردم
۳. ارتباط توسعه با سیاستهای جمعیتی، امنیت، اخلاق و قانون حقوق بشر و جنسیت و سازمان های مردمی
۴. سیاستگذاریهای بین المللی در ارتباط با توسعه جمعیت و بهداشت
۵. مباحث عمده در مورد زنان، مردان و ارتباط آنها با توسعه سلامت و بهداشت جسمانی در کشورهای در حال توسعه و توسعه یافته
۶. ارتباط توسعه و سلامت زنان
۷. ارتباط سیستم های مراقبتهای بهداشتی با دیگر سیستم ها و راههای رسمی و غیر رسمی که دیگر بخشها نظیر قانون مذهب و فرهنگ از آن طریق بر وضعیت بهداشتی زنان و مردان تاثیر می گذارد
۸. دسترسی به مراقبتهای و نقش مراقبت کنندگان
۹. جلب مشارکت مردان در بهبود وضعیت اقتصادی و اجتماعی زنان
۱۰. نقش مردم و سازمانهای غیر دولتی در برنامه های بهداشت باروری و سلامت زنان و افزایش حقوق زنان در تصمیم گیری مربوط به خودشان و حقوق اجتماعی و بهداشتی زنان
۱۱. مباحثی شامل توسعه اقتصادی و اینکه زن و مرد چگونه در بهداشت خانواده و جوامع و اجتماع موثر است و نیز چگونه بهداشت عمومی و تناسلی و باروری ایشان تحت تاثیر قرار می گیرد.



شرح هر یک از موارد فوق:

۱. مفهوم و تعریف توسعه و عوامل و راهکارهای توسعه

توسعه یک روند خلاق و نوآوری برای ایجاد تغییرات زیر بنایی در سیستم اجتماعی است. توسعه فرایندی است که تولید از وضعیت سنتی به روش نوین با ابزارهای پیشرفته جدید متحول گردیده و انسان ها تخصص و مهارت لازم و فرهنگ مناسب با توسعه را کسب کرده باشند و روند انباشت به کار گیری سرمایه در جامعه همراه با مدیریتی کارا و با ثبات تحقق یافته باشد (۵). فرآیند توسعه فرایندی است که زمینه شکوفایی استعداد های گوناگون انسان را فراهم می سازد تا با استفاده بهینه از منابع مختلف با بستری مناسب برای رشد تولیدات ملی، هماهنگ با تامین خواسته های اصیل انسانی دیگر فراهم آید، در نتیجه افراد جامعه در این فرایند مسیر تکامل شایسته خود را می پیمایند (۶).

درآمد سرانه را می توان اصلی ترین شاخص برای سنجش عملکرد اقتصادی کشورها دانست اما این شاخص از دیرباز برای سنجش توسعه کشورها مورد انتقاد بوده است. شاخصی است که در سال ۱۹۹۰ توسط اقتصاد دان پاکستانی محبوب الحک و سر ریچارد جولی با کمک لرد مقداد داسایی ارائه شد. از آن زمان نیز توسط UNDP در گزارش سالانه توسعه انسانی استفاده می شود. میزان متوسط دستیابی یک کشور به سه بعد از ابعاد توسعه انسانی را یعنی زندگی سالم و طولانی، اطلاعات و استانداردها حداقل زندگی را اندازه می گیرد. این شاخص طریقه ای جدید از اندازه گیری توسعه است که ترکیبی از سه شاخص دیگر یعنی امید به حیات، دستیابی آموزشی و درآمد است. در HDI میزان حداقل و حداکثری برای هر بعد تعیین می شود که به آنها تیرک دروازه goalposts گفته می شود و نشان میدهد که هر کشوری در کجای این goalposts قرار گرفته است و عددی بین ۰ و ۱ محاسبه می شود (۷). HDI زیر ۰/۵ نشان دهنده کشورهای کمتر توسعه یافته است و همه کشورهایی که در این گروه قراردارند، در آفریقا هستند و HDI ۰/۸ و بیشتر نشان دهنده کشورهای بیشتر توسعه یافته هستند (۸). ایران با داشتن شاخص توسعه انسانی برابر ۸۹۸ صدم، رتبه ۶۰ م را در بین کشورهای جهان در سال ۲۰۱۸ کسب کرده است (۹).

اهداف توسعه هزاره بر تلاش های جامعه بشری برای رسیدن به معیارهای بهبود زندگی مردم متمرکز است. این اهداف معیارهایی را برای اندازه گیری نتایج، نه تنها برای کشورها در حال توسعه بلکه برای کشورهای توسعه یافته ارائه میدهد که در اجرا از یکدیگر حمایت کنند. هفت هدف اول دارای اثری متقابل بر یکدیگر هستند و مستقیماً بر کاهش فقر مؤثر هستند. اجرای این برنامه در مناطق مختلف جهان، خصوصاً کشورهای آفریقایی، کشورهای کمتر توسعه یافته و کشورهای در حال توسعه که دسترسی به آب های بین المللی ندارند (land lock countries) با یک سرعت پیش نرفت.



۲. ارتباط توسعه با سیاست، اقتصاد و بهداشت و مردم

ادراک جهانی نسبت به مفهوم توسعه ملل، بعد از کنفرانس بین المللی جمعیت و توسعه (ICPD) در قاهره، مصر در سال ۱۹۹۴ بیش از پیش ظاهر گشت. این کنفرانس تغییر پارادایمی را ارائه نمود مبنی بر اینکه تمرکزها از مسائل جمعیتی و برنامه های تنظیم خانواده به تأکید بر حقوق بشر و توسعه شیفت شود (۱۰). توسعه اقتصادی فرایندی است که طی آن یک ملت وضعیت رفاه اقتصادی، سیاسی و اجتماعی مردم خود را بهبود می بخشد. بهبود درآمد در کشورهای در حال توسعه که برخاسته از توسعه اقتصادی است، مدت هاست که به عنوان یک تعیین کننده مهم در بهداشت عمومی از جمله بهداشت باروری به شمار آمده است (۱۱). بین درآمد متوسط (یا ثروت) و شاخص های وضعیت سلامت جمعیت، رابطه مثبت قوی وجود دارد که در بین کشورها و درون کشورها مشهود است (۱۲). پیر شدن نیروی کار جامعه، باروری بالا و میزان بالای مرگ و میر کودکان و نیز کاهش تعداد و کیفیت نیروی کار (از جمله مرگ و میر و بازنشستگی پیش از موعد)، میزان وابستگی را افزایش می دهد، در نتیجه این امر درآمد سرانه کاهش خواهد یافت (۱۳).

در کشور ایران نیز بر مبنای مسائل روز جمعیتی و مسئله مهم کاهش روند فرزندآوری و خطر پیری جمعیت، سیاست گذاری ها در حوزه بهداشت باروری نیازمند تحول و تجدید نظر بود. در سال های اخیر با توجه به این مهم به سیاست های تشویقی در راستای افزایش فرزندآوری توجه ویژه ای معطوف گشته است. فارغ التحصیلان دکترای تخصصی بهداشت باروری، با تحلیل و بررسی وضعیت شاخص های بهداشتی، آمار و ارقام میزان باروری عمومی و کل، نرخ فرزندآوری و وضعیت شاخص های رشد جمعیتی را بررسی تحلیل نموده و در سیاست گذاری ها نقشی کلیدی ایفا خواهند نمود. همچنین پس از اعمال سیاست های مداخله ای برای اصلاح روند رشد جمعیت، این متخصصان به تحلیل پیامدهای جمعیتی، سیاسی، اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی ناشی از این مداخلات و سیاست ها می پردازند.



۳. ارتباط توسعه با سیاستهای جمعیتی، امنیت، اخلاق و قانون حقوق بشر و جنسیت و سازمان های مردمی

مفهوم جنسیت با این استراتژی مطرح شده که نشان دهد جایگاه نابرابر زنان در جهان امروز به دلیل خصوصیات بیولوژیکی آنان نبوده است. جنسیت نتیجه ی قواعد، سنتها و روابط اجتماعی در جوامع و فرهنگ ها است که همگی تعیین کننده ی رفتار زنانه و مردانه و سهم زنان و مردان از قدرت می باشد. جنسیت به ساختار اجتماعی زنانه و مردانه گفته می شود که در شرایط زمانی و مکانی گوناگون تغییر می نماید. به عبارت دیگر، جنسیت به تفاوت رفتار ذاتی و اکتسابی اطلاق می گردد. جنسیت دارای قابلیت تغییر می باشد چرا که تحت تاثیر عوامل تاریخی و اجتماعی شکل می گیرد. جنسیت یک سازه اجتماعی است که به توصیف مجموعه ای از ویژگی ها، نقش ها و الگوهای رفتاری می پردازد که باعث افتراق فرهنگی- اجتماعی زنان از مردان و توزیع قدرت بین آنان می گردد. جنسیت یک مفهوم پویاست و در طول زمان در یک جامعه مشخص و همچنین بین جوامع مختلف در حال تغییر است (۱۴).

علی رغم توافقات زیادی که جوامع در مورد حقوق بشر کرده اند، زنان هنوز بیشتر از مردان در فقر به سر می برند. آنها دسترسی کمتری به خدمات پزشکی، تملک و دارایی، سرمایه، آموزش و استخدام نسبت به مردان دارند. فعالیت سیاسی آنها کمتر است و بیشتر قربانی خشونت خانگی می شوند (۸). سلامت و رفاه زنان در نتیجه انجام کارهای طاقت فرسا و فقدان قدرت نفوذشان در معرض تهدید است، ۷۰ درصد از حدود یک و نیم میلیارد فقیر و یک میلیارد بیسواد جهان را زنان تشکیل می دهند. با اینکه بیش از دوسوم بار کار جهان بر دوش آنان است فقط ده درصد از کل درآمد و یک درصد از ثروت جهان نصیب آنان شده است.

توانمندسازی زنان در ایران: در ایران نیز مطالعات، نسبت بالایی از زنان زیر خط فقر به ویژه فقر شدید زنان سرپرست خانوار را نشان می دهند. نیمی از زنان توانمندی کلی پایین دارند، از نظر بعد اقتصادی در وضعیت بسیار نامناسبی بوده، از نظر عملکردی در بعد اجتماعی ضعیف هستند. همچنین ارزیابی های بین المللی از لحاظ شاخص میزان توانمندی زنان در ایران در سال ۱۳۸۶، رتبه ۸۷ از میان ۹۳ کشور محاسبه شده را نشان داد. این شاخص در بعد مشارکت اقتصادی به ارزیابی تعداد جایگاه هایی که در آن زنان در مقام قانون گزار و مدیران ارشد سازمان ها هستند، در بعد سیاسی به تعداد کرسی های اشغال شده زنان در پست های وزارتی و در بعد منابع اقتصادی به برآورد درآمد زنان نسبت به مردان می پردازد. همچنین ایران از نظر شاخص های توسعه زنان در بین ۱۷۷ کشور در رتبه ۸۴ قرار داشته و میزان درآمد مردان به طور متوسط دو و نیم برابر زنان است. همچنین میزان بیکاری زنان در این سال ۱۷۰ درصد مردان برآورد شده است (۸).



فارغ التحصیلان دکتری تخصصی بهداشت باروری با بهره مندی از دانش پایه برخاسته از علم امامی به شاخص های سلامت زنان واقف بوده و از سویی با گذراندن چنین واحد درسی، با دیدی تحلیلی به مشارکت زنان در فعالیت های اجتماعی اقتصادی می نگرند؛ با تحلیل وضعیت موجود، طرح های مداخلاتی در راستای ارتقای قدرت تصمیم گیری و توانمندسازی زنان را پایه گذاری می نمایند.



۴. سیاست‌گذاری‌های بین‌المللی در ارتباط با توسعه جمعیت و بهداشت

برنامه جهانی توسعه و جمعیت در زمینه بهداشت باروری بر سه پیامد مهم تمرکز دارد:

۱. اطمینان حاصل شود که هیچ زنی بارداری ناخواسته را تجربه نخواهد کرد.
- الف) سنجنش روش‌های جدید برای بهبود دسترسی به خدمات تنظیم خانواده.
- ب) ترویج سیاست‌هایی که دسترسی عادلانه به خدمات تنظیم خانواده با کیفیت را افزایش می‌دهد.
- ج) ایجاد همکاری بین دولت‌های ملی و خیرین عمومی و خصوصی.
- د) پاسخگو بودن دولت‌ها و ارائه‌دهندگان خدمات
- ه) ظرفیت‌سازی برای حمایت از سیاست‌های بهتر در حوزه تنظیم خانواده و بهداشت باروری و اجرای آن.
۲. اطمینان حاصل شود که هیچ زنی از سقط جنین ناایمن نمی‌میرد.
۳. تنظیم خانواده و سلامت باروری به عنوان بخشی جدایی‌ناپذیر از اهداف توسعه به شمار آورده شوند.
- الف) گسترش ظرفیت تحقیق برای رسیدگی به سوالات این حوزه
- ب) ایجاد ارتباط بین تنظیم خانواده و سلامت باروری با موضوعات روز که در اجتماع مورد توجه قرار گرفته‌اند (۱۵).



۵. مباحث عمده در مورد زنان، مردان و ارتباط آنها با توسعه سلامت و بهداشت جسمانی در کشورهای در حال توسعه و توسعه یافته

تلاش برای ایجاد نسل ها و کشورهای سلامت، پایه ای برای ایجاد جوامع سالم است. کلید دستیابی به این موضوع در بهبود سلامت باروری زنان و مردان است. گرچه هم سلامت مردان و هم سلامت زنان نیازمند توجه است، اما سلامت زنان به علت عدم تعادل جنسیتی در قدرت تصمیم گیری تقریباً در همه کشورهای در حال توسعه بسیار آسیب پذیرتر از مردان است. شکاف سلامت باروری بین کشورهای توسعه یافته و کشورهای در حال توسعه ناخوشایند است. استراتژی های فعلی برای بهبود سلامت باروری در کشورهای در حال توسعه بر توسعه اقتصادی و اجتماعی تمرکز دارد. در صورت عدم وجود خدمات اجتماعی مناسب مانند مراقبت های قبل از زایمان، برنامه ریزی بارداری ها و مشاوره تنظیم خانواده، احتمال ابتلا به بیماری های باروری در زنان افزایش خواهد یافت. تهدیدات بهداشت باروری زنان نه تنها به محدود کردن مشارکت زنان در تلاش برای توسعه می انجامد بلکه به تضعیف سلامت نسل های آینده نیز منجر می شود. تلاش های فعلی برای تسریع رشد اقتصادی در کشورهای در حال توسعه بعید است که بدون مشارکت زنان به دست آید (۱۱).

تحقق سلامت جنسی و باروری، باعث افزایش میزان تحصیلات می شود که منجر به افزایش نیروی کار مولد و سالم تر می شود. پیشگیری از بارداری و زایمان زودهنگام و ازدواج اجباری و اطمینان از دسترسی به خدمات پیشگیری از بارداری، دختران را قادر می سازد تا بیشتر در مدرسه حضور یابند و در مدرسه باقی بمانند، سن بارداری را به تاخیر می اندازد و اجازه می دهد تا قدرت چانه زنی بیشتری در روابط صمیمانه ایجاد شود. در کشورهای در حال توسعه حدوداً یک دختر از هر سه دختر در سن ۱۸ سالگی ازدواج می کنند. اگر روند فعلی ادامه یابد، تا سال ۲۰۲۰، ۱۴۲ میلیون دختر دیگر از قبل از ۱۸ سالگی ازدواج خواهند کرد. تقریباً ۱۶ میلیون دختر نوجوان در سن ۱۵ تا ۱۹ ساله هر ساله می میرند و تقریباً ۹۵ درصد از این آمار مربوط به کشورهای کم درآمد و با درآمد متوسط می باشد. دخترانی که سالم بمانند و ازدواج زود هنگام نداشته باشند، می توانند تحصیلات خود را در مدرسه ادامه دهند. هر سال تحصیل دختران، چشم انداز اشتغال دختران را بهبود می بخشد و پتانسیل درآمد آینده او را ۱۰ تا ۲۰ درصد افزایش می دهد (۱۶). از آنجا که فارغ التحصیلان دکترا بهداشت باروری از دانش پایه در مورد مباحث سلامت زنان، روند بارداری و زایمان و پیامدهای بارداری های پرخطر و بدون زمان بندی مناسب بهره مند هستند و از سویی بر نقش مهم توانمندی زنان در بهبود شرایط سلامت و اقتصاد جامعه آگاه اند، لذا می توانند در سیاست گذاری و قانون گذاری های این حیطة، به عنوان مثال در تدوین قانون حداقل سن برای ازدواج دختران، مرجع خوبی برای تصمیم گیری باشند. همچنین در تحلیل وضعیت موجود و طراحی مداخلات اثربخش آموزشی نقشی مفید ایفا نمایند.



۶. ارتباط توسعه و سلامت زنان

میزان ثروت ملی با شاخص‌های بهداشتی جامعه، ارتباطی جدی و قوی دارد. بسیاری از مرگ و میرها به راحتی و با داروهای نسبتاً ارزان و مداخلات ساده مانند دسترسی به آب آشامیدنی تمیز قابل پیشگیری هستند. بیش از یک هزار زن در هر روز بر اثر علل قابل پیشگیری در دوران بارداری و زایمان می‌میرند که ۹۹٪ از آنها در کشورهای در حال توسعه هستند. اکثریت قریب به اتفاق مرگ و میر مادران در کشورهای فقیر، عمدتاً در آسیا و کشورهای جنوب صحرای آفریقا رخ می‌دهد، که در آن مرگ و میر نوزادان و بیماری در مقایسه با کشورهای پیشرفته بسیار زیاد است. درک ارتباط بین سلامت مادران و نوزادان و فقر و / یا رشد اقتصادی ضروری است، تا افراد قادر به ارزیابی و بهبود وضعیت باشند (۱۲). بر این اساس متخصص بهداشت باروری باید در حوزه سلامت زنان و ارتباط آن با توسعه و اقتصاد کاملاً آگاه بوده و از دانش و آگاهی خوبی برخوردار باشند.



۷. ارتباط سیستم های مراقبتهای بهداشتی با دیگر سیستم ها و راه های رسمی و غیر رسمی که دیگر بخش ها نظیر قانون مذهب و فرهنگ از آن طریق بر وضعیت بهداشتی زنان و مردان تاثیر می گذارد.

در کنفرانس سال ۱۹۹۴ جمعیت و توسعه یک برنامه اقداماتی ۲۰ ساله توسط ۱۷۹ کشور امضا شد که بر تساوی جنسیتی و رفع خشونت علیه زنان و کنترل آنان بر رفتارهای باروری تاکید داشت. ۱۰ سال بعد UNFPA بررسی انجام داد تا تفاوت‌های ایجاد شده در این زمان را مورد بررسی قرار دهد؛ یکی از این بررسی ها اثر فرهنگ بر دستاوردهای اهداف این کنفرانس بود. مشارکت فرهنگ و اثر فرهنگ بر ۴ موضوع برابری و تساوی جنسیتی و توانمند سازی زنان و حقوق باروری و بهداشت باروری، بهداشت نوجوانان و ایدز مورد بررسی قرار گرفت. مذهب عامل کلیدی فرهنگی در همه مناطق در هر ۴ حیطه مورد سوال بود. عوامل فرهنگی که به عنوان مشارکت کننده در ایجاد برابری و تساوی توانمند سازی زنان اشاره شده است عبارت بودند از مادر سالاری، قوانین مرسوم و مذهب.

با توجه به بافت فرهنگی مذهبی کشور ایران، دانش آموختگان دکتری تخصصی بهداشت باروری می توانند مسائل مربوط به حقوق باروری همچون تساوی جنسیتی، توانمندسازی زنان، بهداشت نوجوان و حقوق جنسی آنان را به صورت مبتنی بر فرهنگ و مذهب تحلیل و بررسی نموده و به ارائه راهکارهای کاربردی در این زمینه بپردازد.



۸. دسترسی به مراقبتها و نقش مراقبت کنندگان

کاهش مرگ و میر مادران و کودکان از اهداف مهم اهداف توسعه هزاره و یک نگرانی عمده برای سیاست گذاران در بسیاری از کشورهای در حال توسعه است. تعدادی زیادی از مطالعات دسترسی به خدمات بهداشتی زایمان را به عنوان یک شاخص کلیدی برای کاهش مرگ و میر مادران در کشورهای در حال توسعه تعیین کرده اند و یکی از موانع مهم کاهش مرگ و میر مادران، استفاده کم از خدمات بهداشتی مادران است که توسط سیستم بهداشت عمومی عرضه می شود.

در مطالعات انجام شده بیش از ۵۰ نوع پیامد کوتاه مدت، میان مدت و بلند مدت شناسایی شده اند که می تواند با کمک بهره مندی از خدمات مامایی بهبود یابند؛ از جمله مهمترین این پیامدها می توان به کاهش مرگ و میر مادران، کاهش مرگ و میر نوزادان، کاهش زایمان زودرس، کاهش تعداد مداخلات غیر ضروری و بهبود نتایج روانی و اجتماعی و بهبود سلامت عمومی اشاره نمود. خدمات بارداری و زایمان و سایر خدمات حوزه بهداشت زنان، زمانی که توسط ماما و با استفاده مؤثر از منابع و بر مبنای تحصیلات آکادمیک، آموزش، مجوز و تنظیم شده ارائه می شود، با نتایج بسیار بهتری همراه است (۱۷).

فارغ التحصیلان دکتری تخصصی بهداشت باروری با حضور در مراکز آموزشی و بالینی و به روز رسانی علم مامایی و بهداشت باروری خویش، به تربیت نیروی انسانی ماهر در زمینه علم مامایی می پردازد. تا از این طریق به بهبود شاخص های بهداشتی کشور کمک شایانی نمایند.



۹. جلب مشارکت مردان در بهبود وضعیت اقتصادی و اجتماعی زنان

از زمان کنفرانس بین المللی جمعیت و توسعه (ICPD) در سال ۱۹۹۴، توجه فزاینده ای به مقوله مشارکت مردان در برنامه های سلامت باروری از سوی وزارت بهداشت کشورهای متعهد شده است. در بند ۴ از بخش ۲۷ گزارش این کنفرانس، تصریح شده است که ضروری است که تلاش های ویژه ای با تأکید بر مشارکت مسئولانه مردان در زمینه های والد بودن، رفتارهای باروری و جنسی مسئولانه در حوزه های تنظیم خانواده و پیشگیری از بارداری ناخواسته، سلامت بارداری و مادر و کودک، پیشگیری از بیماری های مقاربتی و ایدز، پیشگیری از خشونت خانگی، کنترل مشترک درآمد خانوار، مشارکت در امور آموزش، سلامت و تغذیه کودک و به رسمیت شناختن ارزش برابر برای فرزندان پسر و دختر انجام شود. مردان چه در نقش همسری و چه در نقش والدی بر سلامت فردی و اجتماعی زنان اثرگذارند. توفیق برنامه های سلامت باروری و جنسی می تواند تحت تاثیر نگرش و عملکرد مردان قرار گیرد. از سویی پدر نقش مهمی در مهارت ریاضی دخترش ایفا می کند. درک بهتر ریاضیات، به طور تئوریک از ویژگی های مردانه بیان شده است، بنابراین دختران بدون پدر، به علت عدم حضور فردی کمک کننده در این زمینه، علاقه کمتری به این موضوع دارند. دختران بدون پدر، به علت ترک تحصیل و بارداری در سنین نوجوانی، بیش تر از سایرین در معرض خطر فقر مالی قرار دارند (۱۳).

در مطالعات مختلف، مهمترین دلایل مبنی بر ضرورت مشارکت مردان را فرهنگ پدرسالارانه حاکم مردان، دانش کم مردان در زمینه بهداشت باروری، نقش تعیین کننده و کلیدی مردان در توسعه سلامت زنان و تحقق عدالت اجتماعی و جنسیتی ذکر شده است. عدم مشارکت فعال و مؤثر مردان در امور سلامت باروری و جنسی، تنظیم خانواده و پیشگیری از بارداری ناخواسته و بیماری های مقاربتی سلامت زنان را به مخاطره انداخته و می تواند آنان را از فعالیت اجتماعی اقتصادی بهینه باز دارد. متخصصین بهداشت باروری با آگاهی از این امر خطیر، به بررسی های وسیع در متون علمی موجود پرداخته و با شناسایی عوامل تسهیل کننده و بازدارنده مشارکت مردان دیدی وسیع را در این حوزه فراهم آوردند. از این مطالعات صورت گرفته برای طرح ریزی برنامه های مداخلاتی آموزشی نیز بهره گرفته می شود (۱۸).



۱۰. نقش مردم و سازمانهای غیر دولتی در برنامه های بهداشت باروری و سلامت زنان و افزایش حقوق زنان در تصمیم گیری مربوط به خودشان و حقوق اجتماعی و بهداشتی زنان

سازمان های غیر دولتی (NGO) در دهه های اخیر در زمینه توسعه بین المللی بسیار برجسته بوده اند. اصطلاح سازمان غیر دولتی شامل یک گروه گسترده ای از گروه ها و سازمان ها می شود. سازمان های غیردولتی (NGOs) بین المللی تحت عناوین مختلف از قبیل سازمان، انجمن، اتحادیه، آژانس، کمیسیون، گروه مشورتی، جمعیت، مرکز، مجمع و فدراسیون در توسعه سلامت ملی و بین المللی نقش مهمی ایفا می نمایند. تا این تاریخ، ۱۸۹ سازمان غیر دولتی بین المللی مرتبط با سلامت توسط سازمان جهانی بهداشت به رسمیت شناخته شده اند (۱۹).

در اقصی نقاط جهان سازمانهای غیر دولتی زنان نقش مهمی در رشد قابلیت رهبری زنان داشته اند و آنان در پی افزایش نقش و مشارکت زنان در فرآیندها و نهادهای رسمی سیاسی - اجتماعی می باشند. در حال حاضر شرایط محلی هر جامعه تعیین کننده ی میزان نقش زنان به عنوان عامل تغییر در ساختار سیاسی آن منطقه است. هم اکنون اهمیت و نیاز به نهادینه سازی استراتژیهای ترویج کننده ی برابری جنسیتی از مشروعیت بیشتری برخوردار گشته اند. در این شرایط، ایجاد شبکه های همکاری و ائتلاف میان زنان و سازمانهای آنان حائز اهمیت می باشد.

از نظر سازمان های جامعه مدنی، رهاسازی و توانمند سازی دارای نقش محوری در موضوع توسعه هستند. چالش کنونی ارائه ی مفهومی از قدرت و توانمند سازی است که بر پایه ی سلطه قرار نداشته باشد. اگرچه رهاسازی فرآیندی است که باید توسط خود زنان راهبری و کنترل گردد، تعهد و دخالت گروههای دیگر به ویژه آنان که صاحب قدرت هستند (مانند دولتها، سازمانها، جنبشها و حتی مردان در چارچوب خانواده) قطعاً در این رابطه دارای اهمیت است (۲۰).

بنابراین انتظار می رود که دانش آموختگان این مقطع تحصیلی با توجه اهمیت سازمان های غیردولتی در توانمندسازی زنان و تغییر ساختار سیاسی کشور در این زمینه، با عضویت در این سازمان ها و تشکیل جلساتی برای دستیابی به اهداف سلامتی، مشارکت در برنامه های بهداشت باروری و سلامت زنان و افزایش حقوق زنان در تصمیم گیری مربوط به خودشان و حقوق اجتماعی و بهداشتی شان تلاش نمایند.



۱۱. مباحثی شامل توسعه اقتصادی و اینکه زن و مرد چگونه در بهداشت خانواده و جوامع و اجتماع

مؤثر است و نیز چگونه بهداشت عمومی و تناسلی و باروری ایشان تحت تاثیر قرار می‌گیرد.

توسعه اقتصادی به افزایش تولید و بهبود رفاه اجتماعی و سیاسی مردم در داخل کشورها برمی‌گردد. بنابراین توسعه اقتصادی هم رشد اقتصادی و هم بهبود وضعیت رفاهی را در بر می‌گیرد. توسعه اقتصادی معمولاً با بهبود در شاخص‌ها گوناگونی همانند نرخ سواد، امید به زندگی و نرخ فقر همراه است (۱۰).

نقش زنان به عنوان مدیران خاموش خانواده برای ترویج فرهنگ اقتصاد خانواده، مهم و کلیدی است، تغییر شیوه زندگی خانواده‌ها از جمله راهکارهای مؤثر در تحقق اهداف اقتصاد خانواده است. وقتی زنان وارد میدان جهاد اقتصادی می‌شوند، نقش خانوار و زنان در اقتصاد جامعه آنگاه بیشتر روشن می‌شود که بدانیم نیروهای خلاق، مبتکر و مغزهای دگرگون‌کننده مسیر جامعه همه حاصل مدیریت مطلوب، قدرتمند و کارآمد خانواده و زن به عنوان مدیر دارایی‌های این نهاد است. همان‌گونه که خانواده به عنوان واحد کوچکی از اجتماع در پیشرفت و توسعه فرهنگی جامعه نقش اول را دارد، در توسعه و رشد اقتصادی جامعه نیز نقش اساسی را ایفا می‌کند و میزان، چگونگی و نوع حضور او در عملکرد و چرخه‌های اقتصاد کشور تأثیر گذار است (۲۱).

یکی از اساسی‌ترین اهداف تشکیل خانواده، بقای نسل و تربیت نیروی انسانی مورد نیاز جامعه است. توسعه و رشد اقتصادی در گرو نیروی کار فعال و تحصیل‌کرده است؛ بنابراین یکی از عوامل مؤثر در توسعه اقتصادی نیروی انسانی یا سرمایه‌های انسانی است.



بررسی حاضر از نوع تکنیک روش گروه اسمی بود که از آن برای تحلیل و نقد کوریکولوم دکتری بهداشت باروری ایران و راه حل های پیشنهادی استفاده گردید. واحدهای مورد پژوهش، شامل دانشجویان دکتری بهداشت باروری در سه ورودی ۹۵ تا ۹۷ (۸ نفر) از دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهداشتی و اعضای هیئت علمی دارای مدرک دکتری بهداشت باروری (۲ نفر) بودند که در سال ۱۳۹۸ به صورت تصادفی انتخاب شده و از آنها جهت مشارکت در مطالعه دعوت به عمل آمد. معیارهای ورود به مطالعه شامل اشتغال به تحصیل در مقطع دکتری بهداشت باروری و گذشتن حداقل ۶ ماه از شروع تحصیل برای دانشجویان دکتری بهداشت باروری و اشتغال در دانشگاه به عنوان عضو هیئت علمی برای دانش آموختگان دکتری بهداشت باروری بود. تصمیم واحدهای مورد پژوهش مبنی بر عدم همکاری، جزء معیارهای خروج از مطالعه در نظر گرفته شد.

روش گروه اسمی (NGT)^۱

روش گروه اسمی یک رویکرد ساختار یافته و چهره به چهره بوده که توسط Van de Ven و Delbecq در دهه ۱۹۶۰ توسعه یافت. این روش اغلب برای حل مشکلات، تولید ایده ها یا تعیین اولویت ها استفاده شده و فرصتی برای بحث فراهم می کند. هدف از انجام روش گروه اسمی، دستیابی به توافق کلی یا همگرایی نظرات متخصصین در مورد یک موضوع خاص می باشد (۲۲). در این روش از نظرات گروهی از متخصصین مختلف رشته های بهداشتی و بالینی (معمولاً ۱۲-۵ نفر) بهره مند شده و امکان تبادل نظر بین متخصصین فراهم می شود. این روش در تحقیقات سلامت زمانی مورد استفاده قرار می گیرد که امکانات مالی، انسانی و زمانی محدود بوده و امکان اجرای تمام اقدامات نباشد. لذا با انجام این روش مهمترین و کارسازترین راهکارها انتخاب میشوند (۲۳). NGT در زمینه های مختلف مراقبت های بهداشتی شامل توسعه راهنماهای بالینی و راهکارهای برنامه های مراقبتی، همچنین در اولویت های برنامه های ارتقاء سلامت به کار گرفته شده است (۲۴). از مزایای این روش دیدار چهره به چهره با متخصصین، به دست آوردن مقدار قابل توجهی از اطلاعات در یک زمان نسبتاً کوتاه (۱-۲ ساعته) بوده و عدم نیازمندی به آمادگی قبلی شرکت کنندگان می باشد (۲۲). از دیگر مزایای این روش مشارکت برابر اعضای گروه و برقراری تعادل بین نفوذ افراد در بحث و تصمیم گیری می باشد. همچنین با توجه به امکان انجام آن در یک جلسه ی چند ساعته و رسیدن به نتایج مورد نظر تنها در یک جلسه، این روش بویژه برای پژوهشگرانی مناسب است که نیاز به نتیجه گیری سریع دارند (۲۵). در نهایت، زمان تکمیل یک گروه اسمی متغیر است و بستگی به اندازه گروه، تعداد سوال ها و نوع شرکت کنندگان دارد.

^۱ Nominal Group Technique



تکنیک گروه‌اسمی طی ۶ مرحله زیر انجام می‌شود:

۱- **تولید ایده:** اولین گام شامل ارائه گزارشی کوتاه از مراحل انجام کار، استراتژی‌ها، نیازها و راهکارهای به دست آمده از تحقیق توسط تسهیل کننده و بیان هدف جلسه است. سپس از شرکت کنندگان خواسته می‌شود اگر ایده و نظری بغیر از راهکارهای ارائه شده دارند، آنها را یادداشت کنند.

۲- **ثابت و به اشتراک گذاشتن ایده (Round Robin):** در این مرحله از شرکت کنندگان درخواست می‌شود تا ایده خود را به شیوه راند را بین با دیگران به اشتراک گذارند. به این ترتیب که هر شرکت کننده ایده خود را بیان می‌کند، اما هیچ بحثی بین متخصصین در خصوص ایده های بیان شده صورت نمی‌گیرد و تنها تسهیل کننده ایده ها را ثبت می نماید. شرکت کنندگان می توانند در طول این فرایند ایده های جدیدی را در نظر بگیرند. این مرحله تا زمانیکه ایده های جدیدی بیان نشود ادامه خواهد داشت.

۳- **شفاف سازی و بحث گروهی:** پس از اتمام ثبت نظرات توسط تسهیل کننده، از شرکت کنندگان دعوت می‌شود تا به بحث در مورد ایده ها پرداخته و موارد مبهم شفاف سازی شود. این مرحله همچنین فرصتی برای طبقه بندی ایده های مشابه فراهم می‌کند، که این امر با هماهنگی همه‌ی شرکت کنندگان انجام می‌شود. در این مرحله ممکن است ایده ها حذف یا اضافه شده و یا تغییر کنند. همه ایده ها باید مورد بحث قرار گیرد تا یک توافق کلی بین متخصصین حاصل شود. این امر آنها را قادر می‌سازد تصمیمات آگاهانه ای بگیرند.

۴- **رتبه بندی:** در این مرحله از شرکت کنندگان دعوت می‌شود به طور خصوصی و با استفاده از یک یا چند معیار اعلام شده توسط تسهیل گر (اهمیت، ارتباط، سهولت اجرا، و هزینه، ...)، ایده ها را در یک مقیاس لیکرت پنج گزینه ای از ۱=کمترین تا ۵=بیشترین در ابزار ماتریس رتبه بندی نمایند.

۵- **انتخاب پنج مورد از مهم ترین اولویت ها:** هر شرکت کننده پنج مورد از مهم ترین اولویت های هر حیطه را که در مرحله قبل رتبه بندی کرده بود، انتخاب می‌کند و به این ۵ مورد به ترتیب بیشترین اولویت به کمترین اولویت مانند مرحله قبل امتیاز می‌دهد.

۶- **نتیجه گیری و بازخورد:** تسهیل کننده اولویت ها را در ورق ماتریس نوشته و هر اولویت که امتیاز بیشتری داشته باشد، شانس بیشتری برای اجرا دارد (۲۲، ۲۴)

در این جلسه گروه اسمی برای تحلیل و نقد کوریکولوم دوره دکتری تخصصی بهداشت باروری به روش فوق انجام شد. ۱۰ متخصص شامل ۲ نفر از اعضای هیات علمی گروه مامایی بهداشت باروری و ۸ دانشجوی دکتری بهداشت باروری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی با سابقه ی کار در کادر اجرایی در این جلسه دعوت بعمل آمد.



روش اجرا بدین صورت بود که ابتدا یک پرسشنامه فاقد ساختار، به صورت پرسش های باز در رابطه با چالش های فراروی کوریکولوم دکتری بهداشت باروری (نقاط ضعف و نقاط قوت) و راه حل های پیشنهادی در اختیار اعضای گروه متخصص که قبلاً انتخاب شده بودند، قرار گرفت که این کار به مشارکت کنندگان مطالعه، دامنه نسبتاً وسیعی جهت شرح بیشتر موضوع تحت بررسی داد.



فرم ارزیابی برنامه های پاسخگویی اجتماعی

| امتیاز کسب شده | حد اکثر امتیاز | امتیاز مربوطه | توصیف شاخص | توصیف شاخص | عنوان شاخص | سطح درگیری | | |
|----------------|----------------|---------------|--|--|--------------------------------------|--------------------------------|---|--|
| | ۲۰ | ۱۰ | <ul style="list-style-type: none"> بررسی بار مشکلات بررسی تقاضا بررسی انتظارات بررسی کمیت، توزیع و پوشش خدمات یا محصولات بررسی تناسب و کیفیت خدمات یا محصولات بررسی رضایت از محصولات یا خدمات بررسی جهت گیری سیاست ها و الزامات نهادهای بالا دستی | نیازسنجی مبتنی بر جامعه تحت پوشش | فرآیند نیازسنجی و اولویت بندی نیازها | مسئولین پذیری پاسخدهی پاسخگویی | | |
| | | | | | | | ۳ | استفاده از رویکرد علمی در نیازسنجی |
| | | | | | | | ۳ | وجود سیستم نیازسنجی و پایش محیطی مداوم |
| | | | | | | | ۴ | تعیین اولویت خدمات و برنامه ها براساس نیازسنجی |
| ۱۰ | ۱۰ | ۵ | تدوین اهداف شفاف عینی قابل اندازه گیری و قابل دستیابی | اهداف برنامه یا مداخله | | | | |
| | | ۵ | همرستایی اهداف با نیازهاش و اولویت های احصاء شده | | | | | |
| ۱۰ | ۱۰ | ۵ | برنامه ریزی مرتبط با جامعه | توصیف برنامه یا مداخله تدوین شده | | | | |
| | | ۵ | درگیر کردن جامعه در فرآیند برنامه ریزی | | | | | |
| ۱۵ | ۱۵ | ۵ | اجرای برنامه در بطن جامعه | مراحل اجرا/ مداخله | | | | |
| | | ۵ | درگیر کردن جامعه در اجرای برنامه | | | | | |
| | | ۵ | عملکرد ادغام یافته با سایر زیرسیستم های سلامت | | | | | |
| ۱۵ | ۱۵ | ۵ | تربیت نیروی انسانی پاسخگو (E) | تولید برون داد (محصولات و خدمات) مرتبط با جامعه با توجه به اهداف تعیین شده | برونداد | | | |
| | | ۵ | تولید دانش مرتبط با جامعه (R) | | | | | |
| | | ۵ | ارائه خدمت موثر به جامعه (S) | | | | | |
| | | ۵ | ارایه خدمات کیفی و مناسب (E) | تولید نتایج مرتبط | نتایج | | | |

Comment 1: سلام، خانم دکتر عزیز در مورد ازدهی این قسمت، ما هیچ نوع آموزش تخصصی ه ایم و با سرچ هم به نتیجه ای دست نیافتیم. سگداریم.



| | | | | | | | |
|-----|-----|--|--|-------------------------|--|--|--|
| ۱۵ | ۵ | انتشار، جذب و کاربست دانش کیفی و مرتبط (R) | با جامعه با توجه به اهداف تعیین شده | (Outcome) | | | |
| | ۵ | کاهش بار مشکلات سلامت جامعه (S) | | | | | |
| ۱۵ | ۵ | ارتقاء سطح سلامت جامعه | نیازهای رفع با جامعه سلامت اهداف به توجه تعیین شده | تاثیر بر جامعه (Impact) | | | |
| | ۵ | افزایش رضایت جامعه | | | | | |
| | ۵ | بهبود وضعیت عدالت در جامعه | | | | | |
| ۱۰۰ | ۱۰۰ | جمع امتیاز | | | | | |

نمره دهی موارد فوق بر اساس فایل راهنما لحاظ شده است (۲۶).



نقد واحد درسی مربوطه:

- به جای پرداختن به بدیهیات موجود، بیشتر به راهکارهای توانمندی سازی زنان براساس سرفصل دروس پرداخته شود.
- نحوه ارزشیابی دانشجویان بر مبنای توانمندی عملی آنان بوده و صرفاً محدود به توانمندی پژوهشی نباشد.
- تمرکز سرفصل این واحد درسی بیشتر بر مفهوم توسعه و به خصوص توسعه اقتصادی متکی است. این در حالی است که به نظر می رسد، الویت اصلی کسب دانش و آگاهی در زمینه مفهوم توانمندی سازی زنان، قدرت تصمیم گیری، مشارکت مردان و ... می باشد.

پیشنهادهای جهت بهبود درس مربوطه:

- افزوده شدن مبحث توانمندی سازی جنسی زنان و مردان و همچنین توانمندسازی نوجوانان به این واحد درسی
- افزوده شدن مبحث خوشایندسازی زایمان جهت توانمندی زنان در امر زایمان (البته قسمت اعظم این مبحث باید در بالین و به صورت عملی انجام شود).
- افزودن مبحث خودمراقبتی زنان به این واحد درسی
- حداقل نیمی از این واحد درسی به صورت عملی و در بالین باشد تا به آموزش جهت توانمندی سازی زنان در اقشار مختلف (زنان آسیب پذیر، زنان شاغل در ادارات مختلف، زنان خانه دار و...) پرداخته شود.



درس سیاستگذاری اصلاح و بهینه سازی سیستم ها و برنامه بهداشتی مادر و کودک

هدف درس:

- تشخیص سیاست های بهداشتی بین المللی و داخلی و عوامل موثر بر آنها
- توانایی سیاستگذاری به منظور اصلاح و بهینه سازی خدمات بهداشتی مادر و کودک و خانواده

شرح درس:

در این درس دانشجو با اقتصاد سیاسی و سیاست های بهداشتی در سطح بین المللی آشنا شده و در زمینه سیاست گذاری در برنامه های بهداشت باروری تبحر لازم را به دست خواهد آورد.

رئوس مطالب:

الف- اقتصاد سیاسی و سیاست های بهداشت بین الملل در بهداشت مادر و کودک و خانواده

- ارزیابی موضوعات بهداشت و توسعه در زمینه سیاست ها و اقتصاد بین الملل
- چگونگی اثر ارتباط بین کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه بر فرموله کردن و اجرای سیاست های بهداشتی به ویژه در مسائل بهداشت مادر و کودک و خانواده
- اثر توسعه سیاسی و اقتصادی بر بهداشت به ویژه بهداشت مادر و کودک و خانواده
- دو دیدگاه متقابل در بهداشت و توسعه: تئوری مدرن سازی و تئوری وابستگی با توجه به نقش ها، دولت ها، بازارها، سازمان ها و نهادهای بین المللی و داخلی

ب- اصلاح سیاستها و برنامه های بهداشتی: یک دیدگاه جهانی

- بررسی سیاست های بهداشتی در کشورهای در حال توسعه و روش های جاری و معاصر و تحلیل و اصلاح آنها و مقایسه با کشورهای توسعه یافته
- تعریف سیاست ها به منظور تصمیمات استراتژیک در بخش بهداشت
- تعریف حوزه های خاص عمل سیاسی (Policy action)
- ابزار تجزیه و تحلیل سیاست های در ارتباط با مسائل و موضوعات مالی، بسته های سودمندی (Benefit package)، سیاست ها، سازمان های مراقبت های بهداشتی و رفتار مصرف کننده و خانوار
- ارائه مقالات و مثال های موردی در زمینه شکست ها و موفقیت های سیاست های بهداشتی ویژه بهداشت مادر و کودک در کشورهای مختلف



ج- سیاستگذاری در برنامه های بهداشتی مادر و کودک

- اجزای برنامه های مراقبت های بهداشتی مادر و کودک در روند رشد و تکامل
- زمینه های تاریخی و قانونی
- بهداشت اجتماعی و روانی ذهنی
- سیاست های آموزشی
- برنامه های بهداشتی مناسب برای دوران بارداری، ابتدای دوره کودکی، انتهای دوره کودکی و نوجوانی و جوانی برای بهبود و ارتقاء وضعیت بهداشت جامعه و مقایسه ایران با دیگر کشورها به ویژه کشورهای پیشرفته
- عوامل موثر بر سیاست های بهداشتی در حال حاضر و در آینده در زمینه بهداشت مادر و کودک
- مادران و کودکان نیازمند مراقبت ها و خدمات خاص
- بهداشت مدارس، آزار کودکان و صدمات عمدی و غیرعمدی
- ارزیابی، اصلاح و تغییر سیاست ها در سیستم ها و برنامه های بهداشتی
- نحوه ارزیابی و اصلاح
- عوامل موثر در این امر
- نقش دولت و نقش مردم
- منابع مالی
- بهینه سازی سیستم ها، برنامه ها و خدمات و نتایج آن ها



شرح هر یک از موارد فوق:

الف- اقتصاد سیاسی و سیاست های بهداشت بین الملل در بهداشت مادر و کودک و خانواده

سیاستها بیانات کتبی‌اند، یعنی سندهایی هستند که اصول، الزامات و محدودیت‌ها را توضیح می‌دهند، راهنمایی برای اقدام، بیان نیت و تعهدات هستند. سیاستگذاری فرایندی است شامل مذاکرات، چانه زنی‌ها و سازگاری با نظرات، علایق و منافع گروه‌های مختلف می‌باشد. سیاستها برای رویارویی با مشکلات اجتماعی شکل می‌گیرند و اغلب در واکنش به مشکلات و چالش‌های ناشی از سیاستهایی که در گذشته اتخاذ شده‌اند تغییر می‌یابند. نظام سلامت از طریق طراحی و اجرای برنامه‌های مبتنی بر سیاستهای ارتقادهنده سلامت به مأموریت خود اقدام می‌کند. هر سیاست و برنامه‌ای در نظام سلامت چرخه رشدی دارد که ممکن است با بروز نیازهای یک جامعه ایجاد شود و با تغییر یا بروز نیازهای جدید آن جامعه، اصلاح یا حتی حذف شود (۲۷).

با استناد به اصل ۲۹ قانون اساسی و با توجه به ساختار اقتصاد سیاسی ایران، دولت کنشگر اصلی سیاست سلامت تلقی شده و این سیاست نظیر سیاست‌های اجتماعی دیگر، محصول عملکرد دولت محسوب می‌شود. بنابراین ما نیازمند درک این موضوع هستیم که چطور دولت نقش مهم خود را برای تأمین سلامت و بهداشت مادر و کودک و خانواده ایفا می‌کند. ضمن این‌که، رسیدگی و حل مشکلات سلامت، علاوه بر توجه به وضعیت اجتماعی و اقتصادی، نیازمند توجه به شرایط سیاسی نیز هست. در واقع سیاست سلامت به مجموعه سیاست‌ها و برنامه‌هایی که دولت برای گسترش سلامت همگانی و ارتقای توانمندی شهروندان با هدف کاهش نابرابری اجتماعی اتخاذ می‌کند، اطلاق می‌شود (۲۸).

متخصصین بهداشت باروری می‌توانند نقش مهمی در سیاستگذاری و برنامه‌ریزی صحیح در بهداشت باروری و ارتقاء کیفیت خدمات مادر و کودک و موفقیت در رسیدن به اهداف نظام بهداشتی ایفا نمایند. بنابراین فارغ التحصیلان این دوره با گذراندن این واحد درسی، از طریق برنامه‌ریزی و سیاستگذاری در زمینه سلامت زنان، مشارکت در تدوین، اجرا و ارزشیابی سیاست‌های کلان بهداشت و درمان، بکارگیری دانش روز در زمینه‌های سیاستگذاری بهداشتی و درمانی به منظور رفع نیازهای نظام سلامت، نقش کلیدی را در بهداشت مادر و کودک و خانواده ایفا می‌کنند.



ب- اصلاح سیاستها و برنامه های بهداشتی: یک دیدگاه جهانی

بهداشت و سلامتی مردم تمام نقاط دنیا به عملکرد نظام های بهداشتی و درمانی حاکم بر آنها بستگی دارد. هنوز تفاوت زیادی بین عملکرد این نظام ها حتی آنهایی که سطح درآمد و هزینه هایشان یکسان است وجود دارد و برای تصمیم گیرندگان بسیار مهم است که دلایل اساسی را که در این مورد دخیل هستند را درک کنند تا بتوانند بهداشت و سلامتی مردم را بهبود بخشند.

یک نظام بهداشتی خوب جهت رسیدن به سلامتی و سطح بهداشت قابل قبول، تلاش کرده و سلامتی و بهداشت را به طور جامع مورد بررسی قرار می دهد. بنابراین در درجه اول مشخص می نماید که بهداشت مناسب چگونه قابل دستیابی است. سازمان بهداشت جهانی (WHO)، شاخص هایی همانند امید به زندگی را برای نشان دادن و مقایسه این عوامل در بین کشورهای مختلف تبیین نموده است (۲۹).

در سال های ۱۹۵۰ و ۱۹۶۰، زمانی که تغییرات زیست شناختی، اقتصادی و سیاسی، روابط خارجی و سلامت عمومی را تحت تأثیر قرار داد. به این ترتیب سازمان بهداشت جهانی تأکید خود را از ریشه کنی مالاریا به منافع کلی تر در توسعه خدمات بهداشتی و ریشه کن کردن آبله منتقل کرد. در دهه ۱۹۷۰ و ۱۹۸۰، سازمان بهداشت جهانی مفهوم مراقبت بهداشتی اولیه را توسعه داد. در دهه ۱۹۹۰، سازمان بهداشت جهانی تلاش نمود تا با رهبری یک مفهوم جدید به نام "سلامت جهانی"، به استراتژی هایی برای بهبود بقا و تجدید نسل بپردازد. اصطلاح "بهداشت جهانی" Global health جایگزین اصطلاحات قدیمی "سلامت بین المللی" شده است.

"سلامت جهانی" به طور کلی، مستلزم توجه به نیازهای بهداشتی مردم کل سیاره به جای نگرانی صرف برای برخی ملل خاص است. اصطلاح "جهانی" نیز بر اهمیت رو به رشد عواملی فراتر از سازمان های دولتی یا بین دولتی و سازمان ها تأکید دارد؛ عواملی همچون رسانه ها، بنیادهای مؤثر بین المللی، سازمان های غیر دولتی و شرکت های فراملیتی و... .

دلایل شکست بسیاری از سیستم های بهداشتی بدین شرح می باشد: بیشتر وزارتخانه های بهداشت در دنیا بر روی بخش دولتی تمرکز می نمایند و اغلب در جهت توسعه بخش خصوصی خدمات بهداشتی و درمانی اقدام های تشویقی انجام نمی دهند. در بسیاری از کشورها پزشکان بطور همزمان در بخش خصوصی و دولتی کار می کنند و این بدین معناست که درآمد بخش دولتی به عنوان کمک هزینه برایشان محسوب می شود. بسیاری از کشورها برای جلوگیری از ایجاد بازار سیاه در بخش بهداشت و درمان با شکست مواجه می شوند.



بازار سیاه جایی است که رشوه خواری ، تباهی و فساد گسترش یافته و سایر فعالیتهای غیر قانونی و نامشروع نیز بطور واضح خودنمایی می کنند. بازار سیاه از عملکرد سوء خود نظام های بهداشتی ایجاد می شود و در واقع درآمد پایین کارکنان این سیستم ها، باعث تحلیل و تخریب نظام می گردد. اکثر وزارتخانه های مسئول در امر بهداشت و درمان در اجرای قوانین و مقرراتی که خود وضع نموده اند و مردم موظف به رعایت آنها هستند شکست می خورند (۳۰).



ج- سیاستگذاری در برنامه های بهداشتی مادر و کودک

از آنجایی که فرایند سیاستگذاری در سطح کلان منسجم نشده و کارها به صورت پراکنده انجام میگیرد، تعداد اندکی از مشکلات نظام سلامت در فرایند سیاستگذاری مبتنی بر شواهد مورد بحث و بررسی و اقدام نهایی قرار گرفتند. در مطالعه ای که به روش کیفی انجام شد، ۲۵ نفر از قانونگذاران، سیاستگذاران و مدیران و کارشناسان کشوری که حداقل به مدت دو تا چهار سال سابقه کار در جایگاه قانونگذاری و تصمیم گیری کلان سلامت داشتند و یا با ارایه مقالات تحلیلی و پژوهشی صاحب نظر در نظام سلامت بودند، برای مطالعه تعیین شدند. بر اساس اظهارات افراد مورد مطالعه در راستای چالشها و مشکلات موجود نظام سلامت ایران در حوزه سیاستگذاری میباید که در قالب شش موضوع تفکیک شده است:

۱. نگرشها
۲. سبک مدیریت و سیاستگذاری (تصمیم گیری)
۳. ساختار
۴. منابع
۵. فرآیندهای ناهماهنگ
۶. اطلاعات، پژوهش و شواهد

همه ما شاهد تلاشها و فعالیتهای چشمگیر بخش سلامت برای بهبود و ارتقای سلامت جامعه هستیم. نتایج بعضی از برنامه ها آنقدر موفقیت آمیز بوده که در موارد زیادی جایگاه ایران را بالاتر از کشورهای منطقه مدیترانه شرقی و در مواردی مثل پوشش واکسیناسیون کودکان، بالاتر از کشورهای آمریکا، فرانسه و انگلستان قرار داده است. این موفقیت ها که ریشه در سیاستگذاری درست، حمایت همه جانبه سازمانهای مرتبط و زحمات کارکنان خدوم نظام سلامت در اجرای برنامه ها دارد، پایداری خود را در سطح مطلوب حفظ نموده است.

موفقیت فوق الذکر و بسیاری از موارد دیگر باعث بهتر شدن دسترسی فیزیکی و مالی مردم به خدمات سلامت، افزایش امید زندگی، ارتقای شاخصهای بهداشتی، کنترل رشد جمعیت، کنترل بیماریهای مسری، تربیت نیروی انسانی و توسعه منابع فیزیکی مورد نیاز شده است. اما چند نمونه از مسائل نظام سلامت کشور که نیاز به سیاست گذاری جدید دارند و یا نیازمند به اصلاح سیاستگذاری های قبلی هستند.

میزان بالای مرگ و میر مادران در اکثر موارد به دلیل دسترسی نامناسب به مراقبت های بهداشتی به موقع و با کیفیت رخ می دهد. نگرش و رفتارهای ارائه دهنده مراقبت های بهداشتی مادران (MHCPs) بر سلامت



فرد و کیفیت مراقبت تأثیر می‌گذارد. ماهیت عوامل مؤثر بر نگرش و رفتار کارکنان بهداشتی نشان می‌دهد که تقویت سیستم‌های بهداشتی و توسعه نیروی کار، از جمله در مهارت‌های ارتباطی و مشاوره‌ای، مهم هستند. هم به خاطر سلامت زن و هم برای ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی، توجه بیشتر به نگرش‌ها و رفتارهای مراقبان سلامت مادر و کودک در تلاش برای بهبود سلامت مادران ضروری است (۳۱).

با توجه به چشم‌انداز روشن ترسیم شده برای کاهش مرگ و میر مادران و کودکان در کشور ایران توسط مسئولین، توجه به متغیرهای مهم مؤثر شناخته شده در ارائه این خدمات که در حال حاضر یا وجود ندارند یا نقش آن‌ها در سیستم خدمات کم‌رنگ هست، بسیار قابل توجه است. بنابراین فارغ‌التحصیلان دکتری بهداشت باروری از طریق سیاست‌گذاری صحیح در مورد خدمات سلامت مادر و کودک می‌توانند نقشی کلیدی را در راستای بهبود سلامت نسل آینده جامعه ایفا نمایند.



پژوهش حاضر از نوع تکنیک روش گروه اسمی بود که از آن برای تحلیل و نقد کوریکولوم دکتری بهداشت باروری ایران و راه حل های پیشنهادی استفاده گردید. واحدهای مورد پژوهش، شامل دانشجویان دکتری بهداشت باروری در سه ورودی ۹۵ تا ۹۷ (۸ نفر) دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهدشتی و اعضای هیئت علمی دارای مدرک دکتری بهداشت باروری (۲ نفر) بودند که در سال ۱۳۹۸ به صورت تصادفی انتخاب شده و از آنها جهت مشارکت در مطالعه دعوت به عمل آمد. معیارهای ورود به مطالعه شامل اشتغال به تحصیل در مقطع دکتری بهداشت باروری و گذشتن حداقل ۶ ماه از شروع تحصیل برای دانشجویان دکتری بهداشت باروری و اشتغال در دانشگاه به عنوان عضو هیئت علمی برای دانش آموختگان دکتری بهداشت باروری بود. تصمیم واحدهای مورد پژوهش مبنی بر عدم همکاری، جزء معیارهای خروج از مطالعه در نظر گرفته شد.

روش گروه اسمی (NGT)^۲

روش گروه اسمی یک رویکرد ساختار یافته و چهره به چهره بوده که توسط Van de Ven و Delbecq در دهه ۱۹۶۰ توسعه یافت. این روش اغلب برای حل مشکلات، تولید ایده ها یا تعیین اولویت ها استفاده شده و فرصتی برای بحث فراهم می کند. هدف از انجام روش گروه اسمی، دستیابی به توافق کلی یا همگرایی نظرات متخصصین در مورد یک موضوع خاص می باشد (۲۲). در این روش از نظرات گروهی از متخصصین مختلف رشته های بهداشتی و بالینی (معمولاً ۱۲-۵ نفر) بهره مند شده و امکان تبادل نظر بین متخصصین فراهم می شود. این روش در تحقیقات سلامت زمانی مورد استفاده قرار می گیرد که امکانات مالی، انسانی و زمانی محدود بوده و امکان اجرای تمام اقدامات نباشد. لذا با انجام این روش مهمترین و کارسازترین راهکارها انتخاب میشوند (۲۳). NGT در زمینه های مختلف مراقبت های بهداشتی شامل توسعه راهنماهای بالینی و راهکارهای برنامه های مراقبتی، همچنین در اولویت های برنامه های ارتقاء سلامت به کار گرفته شده است (۲۴). از مزایای این روش دیدار چهره به چهره با متخصصین، به دست آوردن مقدار قابل توجهی از اطلاعات در یک زمان نسبتاً کوتاه (۱-۲ ساعته) بوده و عدم نیازمندی به آمادگی قبلی شرکت کنندگان می باشد (۲۲). از دیگر مزایای این روش مشارکت برابر اعضای گروه و برقراری تعادل بین نفوذ افراد در بحث و تصمیم گیری می باشد. همچنین با توجه به امکان انجام آن در یک جلسه ی چند ساعته و رسیدن به نتایج مورد نظر تنها در یک جلسه، این روش بویژه برای پژوهشگرانی مناسب است که نیاز به نتیجه گیری سریع دارند (۲۵). در نهایت، زمان تکمیل یک گروه اسمی متغیر است و بستگی به اندازه گروه، تعداد سوال ها و نوع شرکت کنندگان دارد.

^۲ Nominal Group Technique



تکنیک گروه‌اسمی طی ۶ مرحله زیر انجام می‌شود:

- ۱- **تولید ایده:** اولین گام شامل ارائه گزارشی کوتاه از مراحل انجام کار، استراتژی‌ها، نیازها و راهکارهای به دست آمده از تحقیق توسط تسهیل کننده و بیان هدف جلسه است. سپس از شرکت کنندگان خواسته می‌شود اگر ایده و نظری بغیر از راهکارهای ارائه شده دارند، آنها را یادداشت کنند.
 - ۲- **ثبت و به اشتراک گذاشتن ایده (Round Robin):** در این مرحله از شرکت کنندگان درخواست می‌شود تا ایده خود را به شیوه راند را بین با دیگران به اشتراک گذارند. به این ترتیب که هر شرکت کننده ایده خود را بیان می‌کند، اما هیچ بحثی بین متخصصین در خصوص ایده‌های بیان شده صورت نمی‌گیرد و تنها تسهیل کننده ایده‌ها را ثبت می‌نماید. شرکت کنندگان می‌توانند در طول این فرایند ایده‌های جدیدی را در نظر بگیرند. این مرحله تا زمانیکه ایده‌های جدیدی بیان نشود ادامه خواهد داشت.
 - ۳- **شفاف سازی و بحث گروهی:** پس از اتمام ثبت نظرات توسط تسهیل کننده، از شرکت کنندگان دعوت می‌شود تا به بحث در مورد ایده‌ها پرداخته و موارد مبهم شفاف سازی شود. این مرحله همچنین فرصتی برای طبقه بندی ایده‌های مشابه فراهم می‌کند، که این امر با هماهنگی همه‌ی شرکت کنندگان انجام می‌شود. در این مرحله ممکن است ایده‌ها حذف یا اضافه شده و یا تغییر کنند. همه ایده‌ها باید مورد بحث قرار گیرد تا یک توافق کلی بین متخصصین حاصل شود. این امر آنها را قادر می‌سازد تصمیمات آگاهانه‌ای بگیرند.
 - ۴- **رتبه بندی:** در این مرحله از شرکت کنندگان دعوت می‌شود به طور خصوصی و با استفاده از یک یا چند معیار اعلام شده توسط تسهیل گر (اهمیت، ارتباط، سهولت اجرا، و هزینه، ...)، ایده‌ها را در یک مقیاس لیکرت پنج گزینه‌ای از ۱=کمترین تا ۵=بیشترین در ابزار ماتریس رتبه بندی نمایند.
 - ۵- **انتخاب پنج مورد از مهم ترین اولویت‌ها:** هر شرکت کننده پنج مورد از مهم ترین اولویت‌های هر حیطه را که در مرحله قبل رتبه بندی کرده بود، انتخاب می‌کند و به این ۵ مورد به ترتیب بیشترین اولویت به کمترین اولویت مانند مرحله قبل امتیاز می‌دهد.
 - ۶- **نتیجه گیری و بازخورد:** تسهیل کننده اولویت‌ها را در ورق ماتریس نوشته و هر اولویت که امتیاز بیشتری داشته باشد، شانس بیشتری برای اجرا دارد (۲۲، ۲۴)
- در این جلسه گروه اسمی برای تحلیل و نقد کوریکولوم دوره دکتری تخصصی بهداشت باروری به روش فوق انجام شد. ۸ متخصص شامل ۲ نفر از اعضای هیات علمی گروه مامایی بهداشت باروری و ۶ دانشجوی دکتری بهداشت باروری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی با سابقه‌ی کار در کادر اجرایی در این جلسه دعوت بعمل آمد.



روش اجرا بدین صورت بود که ابتدا یک پرسشنامه فاقد ساختار، به صورت پرسش های باز در رابطه با چالش های فراروی کوریکولوم دکتری بهداشت باروری (نقاط ضعف و نقاط قوت) و راه حل های پیشنهادی در اختیار اعضای گروه متخصص که قبلاً انتخاب شده بودند، قرار گرفت که این کار به مشارکت کنندگان مطالعه، دامنه نسبتاً وسیعی جهت شرح بیشتر موضوع تحت بررسی داد.



فرم ارزیابی برنامه های پاسخگویی اجتماعی

| امتیاز کسب شده | حدا کثر امتیاز | امتیاز مربوطه | توصیف شاخص | توصیف شاخص | عنوان شاخص | سطح درگیری |
|----------------|----------------|---------------|--|--|--------------------------------------|---------------|
| | ۲۰ | ۱۰ | <ul style="list-style-type: none"> • بررسی بار مشکلات • بررسی تقاضا • بررسی انتظارات • بررسی کمیت، توزیع و پوشش خدمات یا محصولات • بررسی تناسب و کیفیت خدمات یا محصولات • بررسی رضایت از محصولات یا خدمات • بررسی جهت گیری سیاست ها و الزامات نهادهای بالا دستی | نیاز سنجی مبتنی بر جامعه تحت پوشش | فرآیند نیازسنجی و اولویت بندی نیازها | مسئولین: پذیر |
| | | | ۳ | استفاده از رویکرد علمی در نیازسنجی | | |
| | | | ۳ | وجود سیستم نیازسنجی و پایش محیطی مداوم | | |
| | | | ۴ | تعیین اولویت خدمات و برنامه ها براساس نیازسنجی | | |
| | ۱۰ | ۵ | تدوین اهداف شفاف عینی قابل اندازه گیری و قابل دستیابی | اهداف برنامه یا مداخله | پاسخدهی | پاسخگویی |
| | | ۵ | همرستایی اهداف با نیازهاش و اولویت های احصاء شده | | | |
| | ۱۰ | ۵ | برنامه ریزی مرتبط با جامعه | توصیف برنامه یا مداخله تدوین شده | مراحل اجرا/ مداخله | پاسخگویی |
| | | ۵ | درگیر کردن جامعه در فرآیند برنامه ریزی | | | |
| | ۱۵ | ۵ | اجرای برنامه در بطن جامعه | تولید برون داد (محصولات و خدمات) مرتبط با جامعه با توجه به اهداف تعیین شده | برونداد | پاسخگویی |
| | | ۵ | درگیر کردن جامعه در اجرای برنامه | | | |
| | | ۵ | عملکرد ادغام یافته با سایر زیرسیستم های سلامت | | | |
| | ۱۵ | ۵ | تربیت نیروی انسانی پاسخگو (E) | تولید نتایج مرتبط | نتایج | پاسخگویی |
| | | ۵ | تولید دانش مرتبط با جامعه (R) | | | |
| | | ۵ | ارائه خدمت موثر به جامعه (S) | | | |
| | | ۵ | ارایه خدمات کیفی و مناسب (E) | | | |



| | | | | | | | |
|-----|-----|--|--|-------------------------|--|--|--|
| ۱۵ | ۵ | انتشار، جذب و کاربست دانش کیفی و مرتبط (R) | با جامعه با توجه به اهداف تعیین شده | (Outcome) | | | |
| | ۵ | کاهش بار مشکلات سلامت جامعه (S) | | | | | |
| ۱۵ | ۵ | ارتقاء سطح سلامت جامعه | نیازهای رفع با جامعه سلامت اهداف به توجه تعیین شده | تاثیر بر جامعه (Impact) | | | |
| | ۵ | افزایش رضایت جامعه | | | | | |
| | ۵ | بهبود وضعیت عدالت در جامعه | | | | | |
| ۱۰۰ | ۱۰۰ | جمع امتیاز | | | | | |

نمره دهی موارد فوق بر اساس فایل راهنما لحاظ شده است (۲۶).



نقد واحد درسی مربوطه:

- تمرکز صرف بر سیاستگذاری در زمینه مامایی و بهداشت باروری
- تمرکز صرف بر مباحث تئوری حیطه سیاستگذاری و عدم ایجاد انگیزه و توانمندی عملی در دانشجویان جهت مشارکت در تصمیم‌گیری‌ها و سیاست‌گذاری‌ها
- عدم وجود رفرنس مشخص برای مطالعه این واحد درسی

پیشنهادات جهت بهبود درس مربوطه:

- برگزاری جلسات با مسئولین وزارت بهداشت و سایر سیاست‌گذاران حوزه بهداشت و سلامت جهت آشنایی با سبک تفکر و تجارب آنان
- مشارکت دانشجویان در تصمیم‌گیری‌های مدیریتی دانشکده‌ها و سایر سطوح سیستم بهداشتی
- تخصیص حداقل نیم واحد درسی به صورت عملی



منابع:

۱. Sogukpinar N, Saydam BK, Bozkurt ÖD, Ozturk H, Pelik A. Past and present midwifery education in Turkey. *Midwifery*. ۲۰۰۷;۲۳(۴):۴۳۳-۴۲.
۲. AbdiShahshahani M, Ehsanpour S, Yamani N, Kohan S. The evaluation of reproductive health PhD program in Iran: The input indicators analysis. *Iranian journal of nursing and midwifery research*. ۲۰۱۴;۱۹(۶):۶۲۰.
۳. Kohan S, Bahrami M, Molaeinezhad M, Haghani F, Taleghani F, AbdiShahshahani M. Exploring challenges of the reproductive health PhD curriculum: A qualitative research. *The Journal of Medical Education and Development*. ۲۰۱۶;۱۱(۱):۲۷-۴۲.
۴. Introduction to Doctor of Philosophy degree in Reproductive Health ۲۰۰۴ [cited ۲۰۱۴ May ۱۹]. Available from: Available from: http://www.mums.ac.ir/nurse/en/Intro_PhD_rehealth.
۵. Bolshakov V, Yevseieva G, Savytskyi M. Conceptual ways to definition and development of scientific schools in the history of civil engineering education of PSACEA. *Bulletin of Prydniprov's ka State Academy of Civil Engineering and Architecture*. ۲۰۱۶(۱۰.۳۴-۱۲۵):۱۱-
۶. Mabogunje A. *The development process: A spatial perspective*: Routledge; ۲۰۱۵.
۷. Anand S, Sen A. *Human Development Index: Methodology and Measurement*. ۱۹۹۴.
۸. UNDP ۲۰۰۸. HDI and beyond]. Available from: <http://hdr.undp.org/en/statistics/indices/>.
۹. UNFPA. ۲۰۱۸.
۱۰. Adinma J, Adinma E. Impact of reproductive health on socio-economic development: a case study of Nigeria. *African journal of reproductive health*. ۲۰۱۱;۱۵(۱):
۱۱. Pillai VK, Maleku A. Reproductive health and social development in developing countries: Changes and interrelationships. *The British Journal of Social Work*. ۲۰۱۳;۴۵(۳):۸۴۲-۶۰.
۱۲. Lange S, Vollmer S. The effect of economic development on population health: a review of the empirical evidence. *British medical bulletin*. ۲۰۱۰;۴۷(۱):۱۲۱;۰۱۷
۱۳. Starrs AM, Ezech AC, Barker G, Basu A, Bertrand JT, Blum R, et al. Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher–Lancet Commission. *The Lancet*. ۲۰۱۸;۳۹۱(۱۰۱۴۰):۲۶۴۲-۹۲.
۱۴. Carbone M. *New pathways in international development: Gender and civil society in EU policy*: Routledge; ۲۰۱۷.
۱۵. FOUNDATION IWSRHSTWAFH. ۲۰۱۰.
۱۶. Sen G, Govender V. Sexual and reproductive health and rights in changing health systems. *Global public health*. ۲۰۱۵;۱۰.۴۲-۲۲۸:(۲)
۱۷. Bhatia M, Gorter A. Improving access to reproductive and child health services in developing countries: are competitive voucher schemes an option? *Journal of International Development: The Journal of the Development Studies Association*. ۲۰۰۸-۹۷۵:(۷)۱۹;۰۷
۱۸. Alimoradi Z SM. *Male Involvement in Reproductive and Sexual Health: A systematic Review of Iranian literature*. *Hakim Health Sys Res*. ۲۰۱۴;۱۷(۳):۲۰۹-۲۲.
۱۹. http://findarticlescom/p/articles/mi_m۱۳۰۹/is_۲_۴۲/ai_n۱۵۹۶۶۳۲۱/pg_۲.
۲۰. Benería L, Berik G, Floro M. *Gender, development and globalization: Economics as if all people mattered*: Routledge; ۲۰۱۵.



- ۲۱ Tilly LA, Scott JW. Women, work and family: Routledge; ۲۰۱۶.
- ۲۲ McMillan SS, King M, Tully MP. How to use the nominal group and Delphi techniques. International journal of clinical pharmacy. ۲۰۱۶;۳۸(۳):۶۵۵-۶۲.
- ۲۳ Harvey N, Holmes CA. Nominal group technique: an effective method for obtaining group consensus. International journal of nursing practice. ۲۰۱۲;۱۸(۲):۱۸۸-۹۴.
- ۲۴ Hutchings HA, Rapport FL, Wright S, Doel MA. Obtaining consensus from mixed groups: an adapted nominal group technique. Journal of Advances in Medicine and Medical Research. ۲۰۱۳:۴۹۱-۵۰۲.
- ۲۵ Varga-Atkins T, McIsaac J, Willis I. Focus Group meets Nominal Group Technique: an effective combination for student evaluation? Innovations in Education and Teaching International. ۲۰۱۷;۵۴(۴):۲۸۹-۳۰۰.
- ۲۶ راهنمای تدوین و نگارش فرآیند عملکردی با محورین پاسخگویی اجتماعی در نظام آموزش عالی سلامت ایران.
- ۲۷ Azim Mirzazadeh AJaSR. A Survey on the Present Status of the Course Plans at Tehran University of Medical Sciences: A Prelude to Future Decisions. Strides Dev Med Educ. In Press.
- ۲۸ احمدی ب، فرزندی ف، محمدیان مع. چالش های سیاستگذاری و اجرایی سلامت زنان و راهکارهای ارتقای آن: یک رویکرد کیفی بر اساس دیدگاه صاحب نظران. فصلنامه پایش. ۱۱(۱):۱۱۵-۱۲۵.
- ۲۹ Hospital خوشنودی م. بررسی نظام های بهداشتی و درمانی توسط سازمان بهداشت جهانی. ۲۰۰۴;۵(۵):۲۵-۸.
- ۳۰ Brown TM, Cueto M, Fee E. The World Health Organization and the Transition From "International" to "Global" Public Health. American Journal of Public Health. ۲۰۰۶;۹۶(۱):۶۲-۷۲.
- ۳۱ Mannava P, Durrant K, Fisher J, Chersich M, Luchters S. Attitudes and behaviours of maternal health care providers in interactions with clients: a systematic review. Globalization and Health. ۲۰۱۵;۱۱(۱):۳۶.