

روشنک وامقی*، سیدعلیرضا مرندی**، فیروزه ساجدی***، فرین سلیمانی****، سهیلا
شهبهانی پور*****، نیکتا حاتم‌زاده*****، ساحل همتی*****، نعیمه دانشمندان*****،
حسین کریمی*****، مجتبی عظیمیان*****

طرح مسأله: هدف مقاله حاضر دستیابی به تحلیل استراتژیک وضع کنونی کشور در خصوص فعالیت‌های مرتبط با تکامل طبیعی کودکان خردسال و ارائه راهبردها و فعالیت‌های پیشنهادی مبتنی بر این تحلیل است.
روش: در مراحل پنج‌گانه این مطالعه عمدتاً از دو روش دلفی و گفت‌و شنود متمرکز گروهی استفاده شد. جامعه مورد مطالعه، صاحب‌نظران، متخصصین و مسئولین اجرایی حوزه سلامت و تکامل کودکان در کشور بودند.
یافته‌ها: به منظور تحلیل وضعیت موجود، نقاط قوت، ضعف، فرصت‌ها و تهدیدهای این حوزه به روش تحلیل استراتژیک تعریف شده است.
نتایج: مسؤلان دستگاه‌های مربوطه در حوزه سلامت و تکامل کودکان در کشور، باید توجه ویژه‌ای به وضعیت موجود تکامل کودکان داشته باشند.

کلید واژه‌ها: آنالیز سوات، تحلیل استراتژیک، تحلیل وضعیت موجود، تکامل، کودکان

تاریخ پذیرش: ۱۹/۵/۸

تاریخ دریافت: ۱۹/۲/۱۵

* متخصص بیماری‌های کودکان و دوره عالی بهداشت (MPH)، مرکز تحقیقات توانبخشی اعصاب اطفال دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی <r_vameghi@yahoo.com>
** متخصص بیماری‌های کودکان، فوق تخصص نوزادان، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
*** متخصص بیماری‌های کودکان، مرکز تحقیقات توانبخشی اعصاب اطفال دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
**** متخصص بیماری‌های کودکان، مرکز تحقیقات توانبخشی اعصاب اطفال دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
***** متخصص بیماری‌های کودکان و دوره عالی بهداشت (MPH)، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
***** روان‌پزشک، مرکز تحقیقات توانبخشی اعصاب و روان، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
***** متخصص گوش و حلق و بینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
***** متخصص بیماری‌های کودکان، فوق تخصص اعصاب کودکان
***** نورولوژیست، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

مقدمه

کودکان مهم‌ترین سرمایه‌های ملی هر جامعه‌ای هستند. آینده هر ملتی در دست آنهاست و نحوه رشد آنها در دوران کودکی، یکی از مؤلفه‌های مهم سلامت در تمام طول زندگی آنها محسوب می‌شود. (Anderson LM, et al., 2003; Irwin LG, et al., 2007) قوانین مختلف ملی و بین‌المللی ضرورت توجه به حقوق و نیازهای کودکان را به رسمیت شناخته و بر آن تاکید کرده‌اند (مدنی، سعید، ۱۳۸۵؛ Vargan-Baron E, 2005; United Nations Declaration of the Rights of the Child, 2009; Declaration of the Rights of the Child, 2009; Convention of the Rights of the Child, 2009; WHO Commission on Social Determinants of Health, 2008).

امروزه اکثر متخصصان در مورد اهمیت رشد و تکامل انسان در دوران کودکی، اتفاق نظر دارند (Irwin LG et al., 2007; WHO Commission on Social Determinants of Health, 2008; Regaldo M et al., 2001). آنها همچنین بر ضرورت پرداختن به نیازهای تکاملی کودکان خردسال (لقاح تا ۸ سالگی) به صورت جامع و کل‌نگر (حرکتی، حسی، ذهنی، رفتاری، گفتار و زبان، عاطفی - هیجانی، اجتماعی و معنوی) به جای برخورد جداگانه با ابعاد مختلف رشد و تکامل تاکید می‌کنند. (Irwin LG et al., 2007; WHO Commission on Social Determinants of Health, 2008; Bukatko D et al., 2001; وامقی، روشنگر و همکاران، ۱۳۸۵).

علی‌رغم وجود شواهدی مبنی بر موثر بودن برنامه‌های مداخله بهنگام در ارتقاء سطح تکامل کودکان و مقرون به صرفه بودن این برنامه‌ها، عموماً در کشورهای در حال توسعه اطلاع دست‌اندرکاران و خانواده‌ها از این موضوع اندک و بالطبع سرمایه‌گذاری برای این امر ناکافی است (Engle P, et al., 2007). یکی از علل این بی‌توجهی عدم محاسبه منافع درازمدت و ارزش‌گذاری صرف برای منافع فوری و کوتاه مدت برنامه‌هاست (WHO Commission on Social Determinants of Health, 2008). حتی در برخی ایالت‌های آمریکا نیز هنوز میزان هزینه عمومی برای سنین قبل از ۵ سال، بسیار کمتر از

سنین بعد از ۵ سالگی است (Vargas-Baron E, 2005): این در حالی است که سریع‌ترین سرعت رشد مغز مربوط به ۲ سال اول زندگی است (Walker SP, et al., 2007). به این ترتیب عدم توجه و رسیدگی کافی به سال‌های اولیه زندگی، رشد و تکامل طبیعی بسیاری از کودکان را به تاخیر انداخته و به این ترتیب آن‌ها برای شروع مدرسه آمادگی کافی نخواهند داشت. تکرار پایه تحصیلی این کودکان به‌طور مداوم موجب افزایش چشمگیر هزینه‌های آموزشی جامعه شده و این خود باعث می‌شود که همواره بودجه کافی برای ارائه آموزش و خدمات به سنین پایین‌تر از سن مدرسه وجود نداشته باشد (Vargas-Baron E, 2005).

در ۸ سپتامبر ۲۰۰۰، ۱۸۹ کشور بیانیه هزاره سازمان ملل متحد را به رسمیت شناخته و خود را به اجرای آن متعهد دانستند. در این بیانیه تاکید شده است که کشورهای امضاکننده آن نسبت به همه مردم جهان به‌خصوص آسیب‌پذیرترین آن‌ها - به ویژه کودکان - که آینده از آن آن‌هاست، وظیفه دارند (WHO EMRO, 2004). موضوع «مراقبت‌های مادر و کودک» یکی از اولویت‌های اصلی بیانیه فوق‌الذکر است و به همین دلیل بسته‌های خدماتی مربوط به آن از اساسی‌ترین بسته‌هایی است که متعاقباً در زمینه این بیانیه، تهیه و تدوین شده‌اند. دفتر منطقه‌ای مدیریت شرقی سازمان بهداشت جهانی نیز در سال ۲۰۰۴ در پاسخ به نیازهای این بیانیه و به منظور حمایت از تلاش‌های ملی در کشورهای مختلف منطقه جهت دستیابی به اهداف کلان توسعه هزاره تا سال ۲۰۱۵، مجموعه‌ای فعالیت‌ها را در سطح کشورهای منطقه رهبری کرد که هدف آن تهیه «اسناد سیاست ملی در حوزه سلامت کودک» بود. یکی از نتایج این فعالیت‌ها، تدوین یک دستورالعمل برای تدوین «سند سیاست ملی سلامت کودک» توسط دفتر منطقه‌ای مدیریت شرقی به‌منظور استفاده کشورهای عضو و علاقه‌مند بود. مطابق این دستورالعمل «تحلیل وضعیت» به عنوان اولین گام در تدوین هر سند سیاست ملی تلقی می‌شود و خود دارای اصول روش‌شناسی مخصوص به خود است (WHO EMRO, 2004).

کشور ما در سال‌های اخیر به دستاوردهای قابل توجهی در زمینه سلامت کودکان

دست یافته است که برای مثال می‌توان به کاهش مرگ و میر، افزایش پوشش خدمات بهداشتی - درمانی مختلف از جمله شیر مادر و واکسیناسیون، به‌خصوص از طریق شبکه‌های بهداشتی - درمانی، و همچنین آموزش‌های پایه‌ای کودکان اشاره کرد. با این همه این نظام در رسیدگی کامل به نیازهای کودکان (نیازهای زیستی، روانی و اجتماعی)، به ویژه کودکان آسیب‌پذیر کشور، با چندین چالش جدی روبه‌روست.

یکی از مهم‌ترین چالش‌ها این است که تاکنون خدمات مربوط به رشد و تکامل کودکان خردسال در ایران به‌علت فقدان نگرش سیستمی و فرابخشی در برنامه‌ریزی‌های کلان کشور، عمدتاً به‌صورت پراکنده، غیرهماهنگ، مجزا، بخشی و بدون توجه کافی به ضرورت «تحلیل وضعیت» همه‌جانبه قبل از برنامه‌ریزی‌ها، طراحی و اجرا شده‌اند و هماهنگی‌ها و برنامه‌ریزی‌های مشترک بین سازمان‌های دولتی و غیردولتی، بخش‌های علمی - دانشگاهی و اجرایی مختلف و مرتبط در این مورد بسیار ناچیز و محدود بوده است. البته نمی‌توان از اقدامات متعددی که تاکنون در کشور صورت گرفته و به‌طور مستقیم و یا غیرمستقیم بر تکامل طبیعی کودکان ایرانی تاثیرگذار بوده، غافل بود. به عنوان مثال مطالعات اخیر حکایت از تاثیر قابل توجه تغذیه طولانی با شیر مادر بر تکامل شناختی، ضریب هوشی و موفقیت‌های تحصیلی کودکان دارند (Angelsen NK et al., 2001; Kramer MS et al., 2008; Horwood LJ et al., 1998). همچنین انجام غربالگری‌های پیشگیرانه، توسط سازمان بهزیستی و حمایت وزارت رفاه از جمله اجرای برنامه‌های غربالگری بینایی و شنوایی و آزمایش‌های ژنتیک یا غیر از آن، می‌تواند با مشخص کردن اختلالاتی که در صورت عدم درمان موجب اشکال در یادگیری می‌شوند، باعث بهبود تکامل کودک و افزایش موفقیت‌های تحصیلی او گردند (Anderson LM, et al., 2003). از سوی دیگر مشاهده شده که همراه کردن تغذیه مناسب با تحرکات شناختی، تاثیر مضاعفی بر تکامل همه‌جانبه (فیزیکی، اجتماعی، عاطفی، زبانی و شناختی) کودکان دارد. (WHO Commission on Social Determinants of Health, 2008) خوشبختانه در این سه حوزه، یعنی تغذیه با شیر مادر، تغذیه مناسب کودکان و

غربالگری‌های بینایی، شنوایی در دو دهه اخیر در کشور ما اقدامات موثر و گسترده‌ای صورت گرفته است. با این حال مهم‌ترین مشکل در کشور این است که به علت عدم هماهنگی‌های بین سازمانی و ضعف در رویکرد فرابخشی، مشکلات و نیازهای مختلف کودکان کشور به صورت مستقل و جدا از هم در سازمان‌های مختلف بررسی می‌شوند. سپس هر سازمان با توجه به بررسی‌های صورت گرفته به‌طور جداگانه و بدون ارتباط منطقی با سازمان‌های دیگر اقداماتی را در جهت بهبود وضع کودکان انجام می‌دهد. این در حالی است که تکامل طبیعی کودکان در هر جامعه مستلزم اقدام موثر، هماهنگ و وسیع بین بخش‌های مختلف است (WHO Commission on Social Determinants of Health, 2008). از سوی دیگر کمبود آگاهی اجتماعی و پراکندگی دانش متخصصین بر دشواری و پیچیدگی موضوع افزوده است.

چشم‌انداز طرح حاضر، در تبعیت از توصیه و دستورالعمل دفتر منطقه‌ای مدیریتانه شرقی سازمان ملل متحد مطالعاتی را در زمینه تدوین اسناد سیاست ملی سلامت کودک، دستیابی به یک تحلیل وضعیت همه جانبه از نظر فعالیت‌های مرتبط با تکامل کودکان خردسال در ایران، و نیز ارائه راهبردهای پیشنهادی مبتنی بر این تحلیل وضعیت بر پایه حداکثر توافق کارشناسی بین صاحب‌نظران و مسئولان دستگاه‌های اجرایی مرتبط، انجام داده است. در حقیقت نگارندگان امیدوارند که این گزارش به عنوان اولین گام برای تدوین سند ملی تکامل کودکان ایرانی قلمداد شده و مورد پذیرش اهل علم و عمل قرار گیرد.

۱) چارچوب نظری

تکامل (تحول یا نمو) کودک را می‌توان به عنوان فرآیندی تعریف کرد که در طی آن مغز و سیستم عصبی کودک در اثر پیچیدگی ساختاری و عملکردی، دچار تغییرات یکپارچه‌ای می‌شود که در پی آن کودک ظرفیت‌ها و مهارت‌های جدیدی را همراه با افزایش سازگاری کسب می‌کند و به بالندگی و بلوغ رفتار و عملکرد می‌رسد. تکامل دارای چند جزء یا حیطه است که هر حیطه با کسب مهارت‌های ویژه‌ای مشخص می‌شود و کودک باید

هرکدام از این مهارت‌ها را در سن مناسب و طبیعی خود به تدریج کسب کند. این حیطه‌ها عبارت‌اند از: (۱) فیزیکی - حرکتی (۲) ارتباطی یا گفتار و زبان (۳) شناختی (۴) هیجانی یا عاطفی (۵) اجتماعی (۶) اخلاقی یا معنوی (Myers KM, et al., 2007; Sadock BJ et al., 2007; Stewart KB, et al., 2002; Wint Lippincott Williams & Wilkins, 2007).

سال‌هاست که سال‌های اولیه زندگی، به‌عنوان مهم‌ترین مقطع برای دستیابی به حداکثر رشد و تکامل همه جانبه در هر فرد شناخته شده است (Vargas-Baron E, 2005; Irwin, 2007; LG, et al., 2007). در واقع بیشتر مسیرهای عصبی مغز که برای یادگیری و عملکرد متعادل فرد مورد نیاز است، در این دوره بسیار حساس زندگی، یعنی از زمان جنینی تا سه سالگی، ساخته و کامل می‌شوند (Vargas-Baron E, 2005; Regaldo M, et al., 2001; Feigelman S, 2007). و لذا تکامل طبیعی و سالم در سال‌های اولیه زندگی، زیربنای زندگی بالنده انسان در آینده را تشکیل می‌دهد (WHO Commission on Social Determinants of Health, 2008). به عبارت دیگر سه سال اول زندگی کودک را می‌توان به‌عنوان مهم‌ترین زمان رشد مغز و لذا فرصتی برای به حد مطلوب رساندن تکامل او در ابعاد مختلف تلقی کرد (Regaldo M, et al., 2001; Vargas-Baron E, 2005).

این فقط جسم کودکان نیست که رشد می‌کند و بزرگ‌تر می‌شود، بلکه ذهن آنان نیز متحول و متکامل شده و در درک افراد و اشیاء و رویارویی با چالش‌های محیط خود مهارت‌های بیشتری به دست آورده و پیچیده‌تر می‌گردد (Vargas-Baron E, 2005; Regaldo M, et al., 2001). در واقع تکامل کودک در ابعاد مختلفی اتفاق می‌افتد، از جمله تکامل حرکتی، حسی، گفتار و زبان، شناختی، هیجانی یا عاطفی، و اجتماعی. اخیراً بعد معنوی یا اخلاقی نیز برای تکامل کودک تعریف شده است و شواهد حکایت از ارتباط نزدیک آن با سلامت، به خصوص سلامت روانی کودک و نوجوان، دارد (Bukatko D, et al., 2001; Wong Y, et al., 2006; Rew L, et al., 2006; Good M, et al., 2006).

مطالعات نشان داده‌اند که تجربیات فیزیکی و روانی - اجتماعی قبل و بعد از تولد در کنار عوامل سرشتی (ارثی) مسئول ایجاد ارتباطات بین سلولی مغزی (سیناپس‌ها) - که

لازمه تکامل اند - هستند (Irwin LG, et al., 2007; Feigelman S, 2007; Nelson CA, et al., 2008; Richter SB, et al., 2008; Walker SP, et al., 2007; all, 2001) و رشد و تحول مغز بعد از تولد، آمادگی تحصیلی، موفقیت در مدرسه و سلامت و رفاه فرد عمدتاً تحت تاثیر محرک‌های محیطی صورت می‌گیرد (Anderson LM, et al., 2003). شواهد موجود دلالت بر آن دارند که تجربیات دوران کودکی، به‌خصوص در حیطه‌های شناختی و عاطفی - اجتماعی، به‌طور عمیق و درازمدت بر وضع سلامت، رفاه و موفقیت‌های آینده کودک تاثیرگذارند (Walker SP, et al., 2007; Hertzman C, et al., 1996). به‌عنوان مثال تجربه‌هایی چون کیفیت روابط و ارتباطات زبانی با اطرافیان، موجب شکل‌گیری مغز در حال رشد و تکامل کودک گردیده، اساس کل روند زندگی او در آینده را شکل خواهند داد (WHO Commission on Social Determinants of Health, 2008).

حتی مطالعات بر روی حیوانات هم نشان داده است که رشد و تکامل مغز تحت تاثیر کیفیت محیط قرار دارد. عواملی چون سوء تغذیه، کمبود آهن و ید، وجود سموم و استرس‌های محیطی، کمبود محرک‌های محیطی و کمبود تعامل‌های اجتماعی می‌توانند هم بر ساختمان مغز و هم بر عملکرد آن تاثیر سوء گذاشته و آثار دائمی مخربی بر هوش و عواطف داشته باشند (Walker SP, et al., 2007).

همچنین تجربیات سال‌های اول کودکی در ارتباط با محیط خانواده، کودکان و مدرسه تعیین‌کننده چگونگی رشد و تکامل مهارت‌های عاطفی - اجتماعی او، مانند کنترل هیجانات، ایجاد و مراقبت از دوستی‌های مثبت و کنار آمدن با مشکلات خواهد بود (Mishara BL, et al., 2006).

به علاوه در همین دوران رشد و تکامل سریع مغز، یعنی سال‌های اول بعد از تولد، مغز آماده تاثیرپذیری از عوامل منفی محیطی است. یعنی علاوه بر این‌که در این سال‌ها فرصتی برای رشد و تکامل و به حد مطلوب رساندن آن وجود دارد (Anderson LM, et al., 2003; WHO Commission on Social Determinants of Health, 2008; Regaldo M, et al., 2001)، احتمال آسیب‌پذیری از صدمات و آسیب‌های محیطی نیز بسیار بالاست

(Anderson LM, et al., 2003; Grantham-McGregor S, et al., 2007). در این حالت کودکان آسیب‌دیده در بزرگسالی مشکلات فردی - اجتماعی خود را به فرزندان خود منتقل کرده و بدین ترتیب چرخه انتقال بین نسلی مشکلات تداوم می‌یابد (WHO Commission on Social Determinants of Health, 2008; Walker SP, et al., 2007) و نهایتاً توسعه اجتماعی جامعه را دچار اختلال می‌کند (Walker SP, et al., 2007). ضمناً فقط در همین سال‌هاست که می‌توان از فرصت طلایی انجام اقدامات پیشگیرانه نوع اولیه یا ثانویه بهره برد و پس از سه سالگی، بهبود تاخیرهای تکاملی بسیار مشکل خواهد بود (Vargas-Baron E, 2005).

ولی علی‌رغم آسیب‌پذیری مغز، بخصوص در سال‌های اولیه زندگی، نسبت به عوامل خطر پیش گفته، در صورت بروز آسیب و اختلال، غالباً امکان بهبود و جبران اختلال به وسیله مداخلات مناسب و به موقع (در همان سال‌های اولیه کودکی) وجود دارد (Walker SP, et al., 2007) که این امکان به اصل ترمیم‌پذیری عصبی (نوروپلاستیسیته) مغز مربوط است (Glascoc FP, 2007; Ryugo DK, et al., 2000; Boniface S, et al., 2008). بعد از دهه ۹۰ پدیده نوروپلاستیسیته مغز در دنیا به اثبات رسید و برخلاف نظریات گذشته معلوم شد که سلول‌های مغزی بعد از تولد نیز تا چند سال به تکامل خود، به خصوص از طریق سیناپتوژنز، ادامه می‌دهند (Nelson CA, et al., 2001; Walker SP et al., 2007; Glascoc FP, 2007) و محرک اصلی این رشد و تکامل، سیگنال‌های عصبی هستند که بر اثر تحریکات محیطی به وجود می‌آیند (Glascoc FP, 2007; Nelson CA et al., 2001).

بر همین اساس، مطالعات در کشورهای پیشرفته بر اثرات و منافع درازمدت اجرای برنامه‌های مداخله زود هنگام در کودکان تاکید دارد (Anderson LM, et al., 2003; Vargas-Baron E, 2005; WHO Commission on Social Determinants of Health, 2008; Regaldo M, et al., 2001; Engle P, et al., 2007; Glascoc FP, 2000; Glascoc FP, 2007). برخی از این اثرات عبارت‌اند از: دستیابی به سطح بالاتری از هوش و شناخت

(Anderson LM, et al., 2003)، موفقیت‌های بیشتر در زمینه یادگیری زبان و ریاضیات، موفقیت‌های تحصیلی بیشتر (به صورت کاهش نیاز به تکرار پایه تحصیلی و اخذ درجات تحصیلی بالاتر) (Anderson LM, et al., 2003; Engle P, et al., 2007; Glascoe FP, 2007)، بهبود مهارت‌های اجتماعی مانند تعامل اجتماعی و رقابت‌پذیری (Anderson LM, et al., 2003)، کاهش میزان بیکاری (Glascoe FP, 2007)، بالاتر رفتن کیفیت مشاغل و سطح درآمد، بهبود وضع سلامت، کاهش رفتارهای پرخطر بهداشتی و اجتماعی (Anderson LM, et al., 2003; Engle P, et al., 2007)، کاهش مرگ و میر و معلولیت (Anderson LM, et al., 2003; WHO Commission on Social Determinants of Health, 2008)، وابستگی کمتر به نهادهای رفاهی و حمایتی (Engle P, et al., 2007)، کاهش میزان ارتکاب جرائم (Vargas-Baron E, 2005; Engle P, et al., 2007; Glascoe FP, 2007)، کاهش سوء مصرف مواد (Battistich V, et al., 2000) و در نهایت بهبود تولید اقتصادی در جامعه (Vargas-Baron E, 2005). برخی مطالعات طولی نشان داده‌اند که تأثیرات مثبت اعمال محرک‌های شناختی در سال‌های اولیه زندگی کودک حتی تا ۱۷ سالگی باقی مانده است (Walker SP, et al., 2007)

این مطالعات نشان داده‌اند که سرمایه‌گذاری در برنامه‌های تکامل طبیعی کودکان منجر به کاهش بار بیماری‌های مزمن و معلولیت‌ها و کاهش هزینه‌های سیستم‌های قضایی و زندان در جامعه می‌شود؛ همچنین این نوع سرمایه‌گذاری با تبدیل کودکان به بزرگسالان سالم و مولدی که می‌توانند نقش مهمی در بهبود شرایط اجتماعی و اقتصادی جامعه خود ایفا کنند، موجب جبران چند برابری هزینه‌ها در طول زمان شده (Irwin LG, et al., 2007; WHO Commission on Social Determinants of Health, 2008; Kershaw P, et al., 2009) و نسبت فایده به هزینه در این‌گونه مداخلات همواره از عدد ۱/۸ بالاتر بوده و حتی تا ۱۷ هم رسیده است (Engle P, et al., 2007).

۲) روش‌شناسی

۲-۱) جامعه آماری

متخصصین، صاحب‌نظران و مسئولان اجرایی حوزه سلامت و تکامل کودکان در کشور

۲-۱-۱) نمونه آماری

با توجه به این‌که روش مطالعه این موضوع کیفی است، لذا نمونه‌گیری به شیوه متداول کمی برای آن موضوعیت نداشته و نمونه‌ها متخصصین و مسئولین اجرایی مختلف و مرتبط بودند که مطابق اصول تحقیقات کیفی تلاش شد تا بهترین و آگاه‌ترین نمونه‌ها انتخاب شوند. نهایتاً ۸۸ نمونه انتخاب شدند که حداقل یکی از ویژگی‌های زیر را دارا بودند:

- تخصص در رشته‌های مرتبط با کودک یا رشته‌های مرتبط با علوم اعصاب و روان، علوم اجتماعی، علوم انسانی، یا توانبخشی (ترجیحاً با گرایش کودکان)؛
- تجربه حرفه‌ای در ارتباط با کودکان به مدت حداقل ۳ سال؛
- دارار بودن حداقل ۳ سال سابقه کار در امور مربوط به کودکان در بخش دولتی یا غیردولتی؛

- دارا بودن مقام یا جایگاه مرتبط با امور کودکان در بخش دولتی یا غیردولتی به هنگام انجام این مطالعه.

۲-۲) ابزار تحقیق

در این مطالعه تنها ابزار مورد استفاده، پرسش‌نامه مخصوص دلفی بود. این پرسش‌نامه کاملاً برگرفته از متن پیش‌نویس دوم «تحلیل استراتژیک وضعیت موجود» بود (به توضیحات ذیل رجوع شود) که در شکل خاصی تنظیم شد، تا اظهارنظرکنندگان دلفی بتوانند به جزئیات نظرات اصلاحی خود را درباره آن مکتوب کنند.

۱-۲-۲) روش تحقیق

در این مطالعه از تلفیق دو روش (۱) گفت‌و شنود گروهی متمرکز و (۲) دلفی استفاده شد. روش گفت‌و شنود گروهی متمرکز از روش‌های شایع تحقیقات کیفی است و روش دلفی نیز از روش‌های مناسب برای اجماع‌یابی تلقی می‌شود.

۲-۲-۲) مراحل انجام کار

مراحل انجام کار برای اجرای این تحقیق را می‌توان به ۵ مرحله تقسیم کرد:

الف) مرحله تدوین پیش نویس اول

ب) مرحله تدوین پیش نویس دوم

ج) مرحله تدوین ویرایش اول

د) مرحله تدوین ویرایش دوم

ه) مرحله تدوین ویرایش سوم و نهایی

الف) مرحله تدوین پیش نویس اول: در این مرحله ابتدا یک هسته کاری از همکاران اصلی تشکیل شد و سپس با توجه به منابع موجود، تحقیقات و برنامه‌ریزی‌های قبلی و تجربیات شخصی، محتویات پیش‌نویس اولیه تحلیل اسنراتژیک وضع موجود (شامل نقاط قوت و ضعف، فرصت‌ها و تهدیدها) و راهبردها و فعالیت‌های مبتنی بر این تحلیل تدوین شد.

ب) مرحله تدوین پیش نویس دوم: در این مرحله، از گروهی از صاحب‌نظران و متخصصین رشته‌های مرتبط و تعدادی از مسئولین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (دفتر سلامت جمعیت و خانواده و دفتر تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت) دعوت شد تا طی یک کارگاه مشورتی و جلسات گفت و شنود گروهی متمرکز به بررسی دقیق پیش‌نویس اول و اعمال نظرات اصلاحی خود در برنامه جامع بپردازند. بدین ترتیب پیش‌نویس دوم به دست آمد.

ج) مرحله تدوین ویرایش اول: در این مرحله، ابتدا با استفاده از روش دلفی، کل متن

پیش‌نویس دوم در شکلی خاصی تنظیم شد، به طوری که اظهار نظرکنندگان بتوانند جزئیات نظرات اصلاحی خود را درباره آن متن مکتوب نمایند. سپس طی مکاتباتی، با توضیحات و توجیحات کافی، پرسشنامه برای حدود ۵۰ نفر از متخصصین و صاحب‌نظران در حوزه سلامت کودک و تکامل طبیعی کودک و حدود ۵۰ نفر از مدیران ارشد یا میانی دستگاه‌های دولتی و غیردولتی مرتبط با همان حوزه، ارسال گردید. در این میان افراد با رشته‌های تحصیلی مرتبط از جمله پزشک کودکان، پزشک اعصاب کودکان، پزشک نوزادان، پزشک غدد کودکان، روانپزشک، روانپزشک کودکان، روانشناس، روانشناس کودکان، پزشک گوش و حلق و بینی، پزشک متخصص علوم پایه، جامعه شناس (علوم اجتماعی)، مددکار اجتماعی، پزشک اجتماعی، متخصص بهداشت (MPH)، متخصص علوم تربیتی، متخصص تغذیه، متخصص اپیدمیولوژی، کاردرمانگر، گفتاردرمانگر، فیزیوتراپ، پرستار، بینایی‌سنج، و... وجود داشتند. نظرات رسیده به صورت کور (blind)، یعنی بدون اطلاع از نام و سمت اظهار نظرکنندگان، توسط مجریان و همکاران تحقیق و بررسی شد و سپس به منظور بحث و تصمیم‌گیری در خصوص چگونگی اعمال نظرات مکتوب رسیده، به صورتی که انسجام کلی برنامه جامع حفظ گردد، جلساتی بین مجریان برگزار شد. بدین ترتیب ویرایش اول برنامه جامع به دست آمد.

د) مرحله تدوین ویرایش دوم: در این مرحله از کلیه متخصصین و مسئولین اجرایی که در مرحله قبل از ایشان نظرخواهی دلفی صورت گرفته بود، برای حضور در یک کارگاه مشورتی به روش گفت و شنود گروهی متمرکز (focus group discussion)، دعوت شد. قبل از برگزاری کارگاه، ویرایش اول برای شرکت‌کنندگان ارسال گردید. شرکت‌کنندگان در کارگاه به ۴ کارگروه تقسیم شده و هر کارگروه در مورد بخشی از آن به بحث و گفت‌وگو پرداختند. نتایج هر کارگروه نهایتاً در جلسه عمومی کارگاه مطرح شد و در مورد هر بند اصلاحی پیشنهادی، پس از استماع نظرات موافق و مخالف، رای‌گیری صورت گرفت. جمع‌بندی نهایی تغییرات و اعمال اصلاحات پیشنهادی در متن ویرایش اول، پس از کارگاه و توسط مجریان صورت گرفت. حاصل کار، ویرایش دوم بود.

ه) مرحله تدوین ویرایش سوم یا نهایی: در این مرحله، مجدداً ویرایش دوم برای کلیه صاحب‌نظران و متخصصین و مسئولین اجرایی که تا این مرحله از اجرای طرح به نحوی همکاری کرده بودند، ارسال و برای بار دوم به شیوه دلفی نظرخواهی صورت گرفت. با اعمال نظرات مربوط به این مرحله، ویرایش سوم یا نهایی برنامه جامع آماده شد.

۳) یافته‌ها

از میان ۸۸ نفری که در بررسی دلفی اول با آنها مکاتبه شد (شامل ۴۰ نفر حقیقی و ۴۸ نفر حقوقی) نهایتاً ۴۷ نفر (۵۳/۴ درصد) شامل ۲۶ نفر از اشخاص حقیقی (۵۵/۳ درصد) و ۲۱ نفر از اشخاص حقوقی (۴۴/۶ درصد) پاسخ دادند.

همچنین از میان کلیه افرادی که به جلسات بحث گروهی متمرکز (کارگاه دوم) دعوت شدند (۸۸ نفر شامل ۴۰ نفر حقیقی و ۴۸ نفر حقوقی)، نهایتاً ۴۲ نفر (۴۷/۷ درصد) شامل ۲۰ نفر از اشخاص حقیقی (۴۷/۶ درصد) و ۲۲ نفر از اشخاص حقوقی (۵۲/۴ درصد) شرکت کردند.

باید به این نکته توجه کرد افراد شرکت‌کننده در دلفی اول لزوماً در کارگاه دوم شرکت نکردند. لذا مجموعاً می‌توان گفت از کلیه افرادی که از ابتدا تا انتهای طرح (از مرحله اول تا پنجم) به نحوی از آنها درخواست همکاری و یا اظهارنظر صورت گرفت (۸۸ نفر شامل ۴۰ نفر حقیقی و ۴۸ نفر حقوقی)، نهایتاً ۶۰ نفر (۶۸/۲ درصد) شامل ۳۳ نفر اشخاص حقیقی (۵۵/۹ درصد) و ۲۷ نفر اشخاص حقوقی (۴۵ درصد)، حداقل در یکی از مراحل پنج‌گانه تدوین برنامه جامع همکاری کردند.

در بخش تحلیل وضع موجود، به روش تحلیل استراتژیک، نقاط قوت، ضعف، فرصت‌ها و تهدیدهای حوزه سلامت و تکامل کودکان کشور، از دیدگاه صاحب‌نظران و متخصصین و مسئولین اجرایی این حوزه، که در این مطالعه همکاری داشته‌اند، مشخص شد که در ذیل به تفکیک به آنها اشاره می‌کنیم:

الف) نقاط قوت

- ۱) وجود افراد صاحب نظر، علاقه‌مند و ماهر در حوزه تکامل کودکان، در کشور؛
- ۲) توجه رو به افزایش به اهمیت تکامل طبیعی کودک و ارتقاء آن در بخش بهداشت و درمان کشور؛
- ۳) توجه و باور رو به افزایش در وزارتخانه‌های ذی‌ربط در مورد امکان‌پذیر بودن ارتقاء سطح تکاملی کودکان سالم و همچنین تشخیص به‌موقع و مداخله بهنگام برای انواع اختلالات تکاملی؛
- ۴) اعلام آمادگی چند سازمان دولتی برای برنامه‌ریزی مشترک و هماهنگ در خصوص تکامل طبیعی کودکان و آغاز فعالیت چند مرکز مرتبط؛
- ۵) تلاش برای انتشار این دانش نوین نزد متخصصان رشته‌های مختلف و مرتبط و مسئولین ذی‌ربط از طریق سخنرانی در همایش‌ها، کارگاه‌ها و جلسات مختلف؛
- ۶) آموزش و تربیت نیروهای ماهر در این حوزه در برخی دانشگاه‌های کشور؛
- ۷) وجود قانون جامع تامین و رفاه اجتماعی و افزایش ضریب پوشش بیمه‌ای؛
- ۸) اجرای برنامه‌های متعدد معطوف به «سلامت» کودک و خانواده در سطح کشور.

ب) نقاط ضعف

- ۱) تاکید بیشتر بر سلامت جسمی تا ابعاد دیگر سلامت و کم توجهی به عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت؛
- ۲) کمبود هماهنگی و یکپارچگی در برخی تعاریف نظری و کاربردی در این حوزه؛
- ۳) کمبود شدید آموزش‌های مدون برای دانشجویان، پزشکان عمومی، متخصصین و کارشناسان رشته‌های مختلف و مرتبط در این زمینه؛
- ۴) وجود نگرش و رویکرد صرفاً طبی به موضوع تکامل کودک و محدود بودن تصمیمات و برنامه‌ها به حوزه بهداشت و درمان؛
- ۵) عدم توجه کافی به عوامل فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی در تکامل کودکان؛
- ۶) وجود نگرش و رویکرد کوتاه‌مدت و مقطعی در برنامه‌ریزی‌های مرتبط با تکامل طبیعی کودکان؛

- ۷) کمبود شدید تحقیقات بومی و آمار و ارقام ثبتی در زمینه تبیین دقیق وضع کنونی کشور از نظر تکامل کودکان؛
- ۸) نبود بانک اطلاعات کشوری تکامل کودکان؛
- ۹) نبود سایت معتبر و به روز به منظور اطلاع رسانی درباره اختلالات تکاملی در کودکان به خانواده‌ها؛
- ۱۰) کمبود جدی ابزارهای غربالگری و تشخیص به‌هنگام و مناسب بومی برای انواع اختلالات تکاملی؛
- ۱۱) کمبود جدی ابزارهای بومی یا بومی شده ارزیابی وضعیت تکاملی کودکان در حیطه‌های مختلف؛
- ۱۲) کمبود نیروی انسانی متخصص یا آموزش‌دیده جهت تشخیص به موقع انواع اختلالات تکاملی؛
- ۱۳) کمبود جدی نیروی انسانی متخصص یا آموزش‌دیده جهت مداخله به موقع در انواع اختلالات تکاملی؛
- ۱۴) کمبود خدمات تشخیص به موقع و مداخله به‌هنگام فعال در انواع اختلالات تکاملی؛
- ۱۵) نبود رویکرد تیمی در خدمات تشخیصی، درمانی و بازتوانی برای اختلالات تکاملی کودکان؛
- ۱۶) ناکافی بودن ارتباط مناسب و کار تیمی مطلوب میان اعضای تیم «تشخیصی - درمانی - توانبخشی»؛
- ۱۷) عادلانه نبودن توزیع خدمات تشخیصی، درمانی و بازتوانی برای اختلالات تکاملی کودکان در سطح کشور؛
- ۱۸) ناکافی بودن منابع (مالی، انسانی، علمی، فرهنگی - اجتماعی) برای برنامه‌ریزی‌های گسترده در سطح کشور به منظور کاهش اختلالات تکاملی و ارتقاء سطح تکاملی کودکان؛
- ۱۹) عدم باور و نگرش مثبت نزد متخصصین مختلف به ضرورت تکامل طبیعی

- کودکان، تشخیص بهنگام و مداخله به موقع؛
- (۲۰) نبود متولی و هماهنگ‌کننده مشخص بین بخشی برای موضوع تکامل کودکان؛
- (۲۱) کمبود رویکرد فرابخشی میان بخش‌های اصلی متولی امور سلامت و تکامل کودکان در کشور؛
- (۲۲) عدم هماهنگی بین سازمان‌ها و مراکزی که در زمینه موضوعات مشترک فعالیت می‌کنند (موازی کاری)؛
- (۲۳) کمبود شدید مراکز مراجعه کودکان نیازمند به خدمات تشخیص و مداخله به موقع؛
- (۲۴) ناقص بودن برنامه ادغام خدمات توان بخشی (مبتنی بر جامعه) در سیستم بهداشتی - درمانی کشور؛
- (۲۵) ناکافی بودن سیستم نظارتی مناسب برای فعالیت‌های بهداشتی - درمانی، و به ویژه توان بخشی، در بخش خصوصی؛
- (۲۶) نبود سیستم ارزشیابی مناسب جهت ارزیابی اقدامات انجام شده در حوزه سلامت و تکامل کودکان به منظور تعیین نقاط قوت و ضعف آنها؛
- (۲۷) نبود یک برنامه جامع و مدون ملی و شیوه‌نامه‌های اجرایی کشوری (همراه با پروژه‌های منطقه‌ای و بومی) برای ارتقاء سطح تکاملی کودکان سالم و تشخیص به موقع و مداخله بهنگام بسیاری از اختلالات تکامل کودکان؛
- (۲۸) استفاده ناکافی از ظرفیت‌های موجود در نهادهای مردمی و غیردولتی برای برنامه‌ریزی و اجرای برنامه‌ها؛
- (۲۹) فقدان برنامه مدون و کشوری جهت پیگیری مستمر نوزادان و کودکان در معرض خطر؛
- (۳۰) کمبود تخت کافی و قابل دسترس برای بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان و کودکان در کشور؛
- (۳۱) آشنایی ناکافی به‌ورزان و سیستم مراقبت‌های اولیه بهداشتی با موضوع رشد و

تکامل طبیعی کودکان و ارجاع مناسب جهت مداخله به موقع؛

۳۲) عدم شناخت کافی متخصصین حوزه سلامت از شرح وظایف یکدیگر، خصوصاً عدم شناخت عملکرد و کاربرد رشته‌های علوم توانبخشی از جمله کاردرمانی و گفتار درمانی؛

۳۳) عدم اجرای آموزش مهارت‌های زندگی در سطح وسیع و همگانی در تمامی مدارس ابتدایی؛

۳۴) ناکافی بودن امکانات جهت پیشگیری از تولد کودکان با اختلالات تکاملی در مواردی که علل آن ارثی و ژنتیکی است.

ج) فرصت‌ها

۱) کاهش رشد موالید؛

۲) توجه رو به افزایش والدین به اهمیت تکامل طبیعی کودکان و ارتقاء آن؛

۳) وجود برخی رسانه‌های عمومی سلامت‌محور در کشور مثل «رادپو سلامت» و استقبال نسبتاً خوب مادران از این رسانه‌ها؛

۴) پخش برخی برنامه‌ها از صدا و سیما در ارتباط با سلامت کودکان؛

۵) توجه رو به افزایش بخش غیردولتی کشور به اهمیت تکامل طبیعی کودک و ارتقاء

آن؛

۶) تشکیل و حضور موثر برخی سازمان‌های غیر دولتی مرتبط با کودکان در زمینه‌های مختلف سلامت جسمی، ژنتیکی، حرکتی، ذهنی، اجتماعی (حقوقی) و...؛

۷) شکل‌گیری تعدادی نهادهای مدنی و مردمی در خصوص کودکان؛

۸) اقبال عمومی در خصوص داشتن فرزندان سالم، بانشاط و باهوش؛

۹) شکل‌گیری باور و نگرش مثبت در گروهی از افراد جامعه و در برخی انجمن‌های

علمی و تخصصی داخل کشور، نسبت به تشخیص به‌موقع و مداخله به موقع؛

۱۰) توجه روز افزون و استقبال والدین از مهدکودک‌ها و مراکز پیش دبستانی؛

۱۱) شکل‌گیری نگرش مثبت در برخی مسئولان و گروه‌های جامعه به آموزش تلفیقی

در انواع اختلالات تکاملی؛

۱۲) امکان گنجاندن موضوع تکامل طبیعی کودکان و برنامه‌های مربوط به آن در قانون برنامه پنج ساله توسعه اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی کشور به منظور نهادینه‌سازی در نهادهای مختلف؛

۱۳) توجه روز افزون سازمان‌های بین‌المللی بزرگ به اهمیت تکامل طبیعی کودک و حمایت از فعالیت‌های مربوطه در کشورهای مختلف از جمله ایران؛

۱۴) وجود تجربه‌ها و منابع علمی قابل توجه در این زمینه در سطح بین‌المللی؛

۱۵) وجود رهنمودهای دینی فراوان و غنی در زمینه اهمیت دوران کودکی و سلامت و تکامل کودک.

د) تهدیدها

۱) آگاهی ناکافی خانواده‌ها، مربیان و مراقبان، جامعه و مسئولین از اهمیت تکامل طبیعی کودک، عوامل تاثیرگذار مثبت و منفی جسمی، روانی و اجتماعی و معنوی بر آن و روش‌های ارتقاء آن؛

۲) آگاهی ناکافی خانواده‌ها، مربیان و مراقبان، جامعه و مسئولین از ضرورت تشخیص و مداخله بهنگام برای کودکان؛

۳) کافی نبودن احساس نیاز و تقاضا از طرف جامعه برای گسترش خدمات تشخیص به‌موقع و مداخله بهنگام برای کودکان دچار اختلال و نیز ارتقاء سطح تکاملی برای کودکان سالم؛

۴) کمبود برنامه‌های اطلاع‌رسانی، آگاه‌سازی و آموزشی برای جامعه و خانواده‌ها در مورد اهمیت توجه به تکامل طبیعی کودکان؛

۵) توجه ناکافی رسانه‌های جمعی و پدیدآورندگان کتاب‌های کودک و سازندگان اسباب‌بازی، به این امر؛

۶) شیوع قابل توجه اختلالات تکاملی در کودکان ایرانی به علت عدم دانش و نگرش کافی خانواده‌ها، متخصصین و مسئولین مختلف؛

- ۷) افزایش روزافزون اختلالات تکاملی کودکان به علت کاهش مرگ‌ومیر و افزایش بقای نوزادان و کودکان در معرض خطر؛
- ۸) بی‌توجهی سیاست‌گذاران و مسئولین کشور به ضرورت ارتقاء سطح تکامل کودکان و تشخیص و مداخلهٔ بهنگام؛
- ۹) کمبود رویکرد فرابخشی میان بخش‌های مختلف و مرتبط در کشور؛
- ۱۰) طولانی بودن نسبی سیر مداخلات توان‌بخشی اختلالات تکاملی؛
- ۱۱) هزینه‌های بالای خدمات توان‌بخشی برای اختلالات تکاملی (بار مالی سنگین برای خانواده‌ها، جامعه و دولت)؛
- ۱۲) ناکافی بودن سیستم‌های حمایتی برای کودکان مبتلا به اختلالات تکاملی و خانواده‌های آنان؛
- ۱۳) کمبود سیستم‌های پیگیری برای کودکان در معرض خطر و مبتلا به اختلالات تکاملی؛
- ۱۴) نامناسب بودن ساختار شهری از نظر تسهیل تکامل و ارتقای سطح تکاملی کودکان در جهت فراهم ساختن محرک‌های محیطی مناسب؛
- ۱۵) مشکلات دسترسی به کودکان در معرض خطر (آسیب‌پذیر) به ویژه در روستاها و عشایر؛
- ۱۶) عدم ارجاع به‌موقع کودکان دارای اختلالات تکاملی به پزشک و از پزشک به تیم توان‌بخشی؛
- ۱۷) نگرش منفی و برخورد نامناسب جامعه به کودکان دارای اختلالات تکاملی؛
- ۱۸) گسترده و متنوع بودن شرایط اقلیمی و جغرافیایی کشور و تنوع فرهنگ‌ها و خرده‌فرهنگ‌ها؛
- ۱۹) توزیع نابرابر منابع در کشور و تمرکز امکانات در شهرهای بزرگ؛
- ۲۰) عدم برقراری کامل عدالت در حوزه سلامت در سطح کشور؛
- ۲۱) توسعه یافتگی ناموزون در سطح منطقه‌ای و ملی؛

- ۲۲) استمرار روند مهاجرت داخلی؛
- ۲۳) فقدان قانون جامع برای «سازمان‌ها و نهادهای غیردولتی»؛
- ۲۴) ضعف قوانین موجود در ارتباط با کودک و ضعف در اجرای قوانین موجود؛
- ۲۵) کمبود قوانین حمایتی در زمینه مداخلات بهنگام؛
- ۲۶) کمبود سازمان‌های غیردولتی برای حمایت از برنامه‌های مداخله بهنگام در اختلالات تکاملی؛
- ۲۷) آشنایی ناکافی نیکوکاران و خیرین با خدمات پیشگیری، تشخیص به موقع و مداخله به هنگام برای این کودکان با هدف مشارکت فعال ایشان در این زمینه؛
- ۲۸) گسترش حاشیه‌نشینی و استمرار آن در سطح کشور؛
- ۲۹) عبور از دوران گذار اجتماعی (تعارض در ارزش‌های اجتماعی)؛
- ۳۰) تناقض‌های تربیتی خانواده و جامعه؛
- ۳۱) ضعف باور و مهارت در کارهای تیمی در سطح فردی، اجتماعی و سازمانی؛
- ۳۲) مشکلات اقتصادی خانواده‌ها برای رسیدگی به مراقبت‌های دوران کودکی؛
- ۳۳) وجود آسیب‌های اجتماعی گسترده در جامعه؛
- ۳۴) آسیب‌پذیری کشور از نظر بلایای طبیعی و غیرطبیعی؛
- ۳۵) نبود سیستم چرخش اطلاعات جامع فرابخشی؛
- ۳۶) کمبود منابع و تخصیص ناکافی آن به امر تکامل طبیعی کودکان توسط نهادهای دولتی و غیردولتی.
- پس از مشخص شدن نقاط قوت، ضعف، تهدیدها و فرصت‌ها، به منظور دستیابی به راهبردهایی هدفمند، دو هدف کلی و پنج هدف اختصاصی مطرح شد؛ دو هدف کلی عبارت‌اند از: الف) کاهش اختلالات تکاملی در کودکان ایرانی، ب) ارتقاء سطح تکاملی کودکان ایرانی
- پنج هدف اختصاصی نیز شامل موارد زیر است:
- الف) کاهش بروز اختلالات تکاملی در کودکان ایرانی؛

- (ب) کاهش شیوع اختلالات تکاملی در کودکان ایرانی؛
- (ج) کاهش شیوع و شدت عوارض و معلولیت‌های ناشی از اختلالات تکاملی؛
- (د) بهبود و ارتقا سطح تکاملی در کودکان سالم؛
- (ه) کارآمد کردن و هماهنگ ساختن نظام پیشگیری و درمان اختلالات تکاملی.
- آنگاه راهبردهای نوزده‌گانه‌ای، از یک سو متناسب با تحلیل وضعیت کنونی، از نظر نقاط قوت، ضعف، فرصت‌ها و تهدیدهای موجود در کشور، و از سوی دیگر در جهت اهداف برنامه ارائه شد:
- (۱) اولویت داشتن پیشگیری (به ترتیب از پیشگیری ارتقایی تا پیشگیری اولیه و سپس پیشگیری ثانویه) در فعالیت‌ها و خدمات؛
 - (۲) آموزش (دانشگاهی و غیردانشگاهی)، آگاه‌سازی و ایجاد نگرش مثبت در مسئولین و دست‌اندرکاران امور کودکان در خصوص اهمیت تکامل طبیعی کودکان؛
 - (۳) تدوین برنامه‌های آموزشی کارآمد برای کودکان؛
 - (۴) آگاه‌سازی و اطلاع‌رسانی مداوم به جامعه؛
 - (۵) برنامه‌ریزی‌های مقرون به صرفه و مبتنی بر نیازسنجی، شواهد علمی - پژوهشی و تجربی بومی؛
 - (۶) ارزیابی مستمر وضعیت تکامل کودکان بر اساس شاخص‌های معین کمی؛
 - (۷) توسعه مراکز تحقیقات کارآمد در زمینه شناخت اختلالات تکاملی کودکان در سطح ملی؛
 - (۸) حمایت و توانمندسازی (مقتدرسازی) و جلب مشارکت جامعه و نهادهای مردمی در تدوین و اجرای برنامه‌ها (برنامه‌ریزی اجتماع محور)؛
 - (۹) جلب همکاری‌های بین بخشی و مشارکت سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان بخش‌های مختلف در خصوص تدوین برنامه‌های فرابخشی برای تکامل طبیعی کودکان؛
 - (۱۰) ایجاد هماهنگی و وحدت رویه در تدوین و اجرای برنامه‌ها میان نهادهای مسئول؛
 - (۱۱) برنامه‌ریزی‌های منطقه‌ای در تدوین پروژه‌ها و دستورالعمل‌های اجرایی برای

برنامه جامع؛

۱۲) اصلاح قوانین موجود، تدوین قوانین جدید و اجرای صحیح قوانین؛

۱۳) حمایت از حقوق کودکان؛

۱۴) رفع تبعیض (از جمله تبعیض جنسی) میان کودکان؛

۱۵) انگزدایی از کودکان در معرض خطر و دچار اختلالات تکاملی و خانواده‌های

آن‌ها؛

۱۶) حمایت و توانمندسازی خانواده‌ها، به‌خصوص خانواده‌ی کودکان آسیب‌پذیر و دچار

اختلال تکاملی؛

۱۷) تقویت همکاری‌های بین‌المللی؛

۱۸) توزیع عادلانه و برابر امکانات در سطح ملی؛

۱۹) نظارت و ارزشیابی مستمر فعالیت‌ها.

در نهایت، ۱۲ فعالیت اصلی به‌منظور دستیابی به اهداف پیش‌گفته و رفع ضعف‌ها و تهدیدها، و به‌صورت کاملاً منطبق بر راهبردهای برنامه، پیشنهاد شد:

۱) آموزش، ۲) آگاه‌سازی و اطلاع‌رسانی، ۳) گسترش پژوهش، ۴) گسترش خدمات ارتقایی، ۵) گسترش خدمات پیشگیری اولیه، ۶) گسترش خدمات تشخیص و مداخله به‌هنگام اختلالات تکاملی (پیشگیری ثانویه)، ۷) حمایت و توانمندسازی از کودکان در معرض خطر (آسیب‌پذیر) و دچار اختلالات تکاملی و خانواده‌های آن‌ها، ۸) تشویق و حمایت از مشارکت اجتماعی و فعالیت‌های اجتماع محور و یا محله محور، ۹) جلب و توسعه و انسجام بخشیدن به همکاری‌های بین‌بخشی، ۱۰) جلب و توسعه همکاری‌های بین‌المللی، ۱۱) توانمندسازی، تشویق و حمایت از نهادهای غیردولتی در ارائه خدمات مرتبط با تکامل کودک و ۱۲) نظارت و ارزشیابی سیستم.

لازم به ذکر است که در طول فرآیند اصلاح پیش‌نویس اولیه برنامه جامع، بر اساس پیشنهادهاى صاحب‌نظران، تغییرات مهمی در هر یک از بخش‌های تحلیل وضعیت - نقاط قوت، نقاط ضعف، فرصت‌ها و تهدیدها - و نیز متعاقباً در راهبردها و فعالیت‌های

پیشنهادی مبتنی بر تحلیل وضعیت، صورت گرفت.

۴) نتیجه گیری

همان‌طور که قبلاً ذکر شد، فقدان تحلیلی جامع و راهبردی (استراتژیک) از وضع کنونی حوزه سلامت و تکامل کودکان در کشور همواره یکی از چالش‌های مهم و جدی برای برنامه‌ریزان این حوزه است.

در مطالعه حاضر تلاش شد تا تحلیلی همه جانبه در این خصوص صورت گرفته و راهبردها و برنامه‌های پیشنهادی نیز بر اساس این تحلیل ارائه گردد. خوشبختانه همکاری موثر صاحب‌نظران و مسئولین اجرایی، بر دقت، صحت، علمی بودن، کاربردی بودن و قابلیت اجرایی این مطالعه افزوده است. در حقیقت تداوم همکاری گروه قابل توجهی از صاحب‌نظران و مسئولین اجرایی دست‌اندرکار امور کودکان در مراحل مختلف تدوین و ویرایش این تحلیل، نکته‌ای بسیار برجسته و حائز اهمیت بود.

اگرچه در طی سال‌های اخیر فعالیت‌های مهمی در زمینه بهداشت و سلامت جامعه، به‌ویژه کودکان، در کشور ما انجام شده است، همچنان که صاحب‌نظران و مسئولین اجرایی حوزه کودکان به اجماع رسیده‌اند، وضع کنونی جامعه ایرانی در ارتباط با تکامل طبیعی کودکان و فعالیت‌های مرتبط با آن، با چالش‌های زیادی روبه‌روست که تقریباً هیچ‌یک از این چالش‌ها، چه درون سیستمی (نقاط ضعف) و چه برون سیستمی (تهدیدها) از چشم تیزبین مشارکت‌کنندگان در این مطالعه به دور نمانده و سعی شده که برای رویارویی یا رفع آن‌ها، با پیش‌بینی راهبردها و برنامه‌های متناسب، چاره‌ای اندیشیده شود.

به عنوان مثال یکی از معضلات جدی کشورمان در حوزه تکامل طبیعی کودکان، که در نتایج تحلیل وضعیت در این مطالعه بر آن تاکید شده است، کمبود دوره‌های آموزشی رسمی و دانشگاهی برای افراد در این حوزه است. امروزه در دنیا در بسیاری از علوم مرتبط با سلامت، شاخه‌ها، گرایش‌ها و تخصص‌های مرتبط با کودکان وجود دارد. مثلاً در طب کودکان سال‌هاست که شاخه فوق تخصصی تحت عنوان «طب تکاملی کودکان» در

کشورهای غربی راه اندازی شده و به تربیت متخصص مشغول است. این در حالی است که در کشور ما، به علت تازگی موضوع و آشنا نبودن بسیاری از صاحب نظران و مسئولین دست اندرکار در امور کودکان، حتی دوره های آموزش غیر رسمی و غیردانشگاهی نیز به ندرت به امر تکامل طبیعی کودکان، اختصاص پیدا کرده است. بدیهی است که نیروی انسانی متبحر و آشنا به این شاخه از علم نیز کمتر تربیت شده است. به همین دلیل در حال حاضر مناسبانه کمتر پزشک متخصص کودکانی (و حتی دارای فوق تخصص در شاخه های مرتبط) را می توان در کشور یافت که تاخیر تکامل در کودکان را به درستی و به موقع تشخیص دهد، از آزمون های ارزیابی تکاملی کودکان به درستی استفاده کند، به والدین کودکان نرمال به منظور ارتقای تکامل کودکان شان مشاوره دهد و مداخلات مناسب و بهنگام برای جلوگیری از پیشرفت تاخیر تکاملی کودکان را بشناسد و اعمال کند. به طور مشابه، کمبود دانش، باور و مهارت در خصوص تکامل طبیعی کودکان را در اغلب فارغ التحصیلان سایر علوم مرتبط با کودکان، مانند روانپزشکان کودک، روانشناسان با گرایش کودکان، پرستاران با گرایش کودکان، کاردرمانگران با گرایش کودکان و... در کشور می توان مشاهده کرد. اما چالش بزرگ تر این است که بسیاری از رشته های تخصصی و دانشگاهی، توجهی به ایجاد گرایش های مرتبط با کودکان نداشته اند. مثلاً علی رغم نیاز وافر، دانشجویان رشته هایی چون پزشکی اجتماعی، گوش و حلق و بینی، چشم پزشکی، طب فیزیکی و توان بخشی، گفتاردرمانی، فیزیوتراپی، تغذیه، بهداشت خانواده، مددکاری اجتماعی و... نسبت به چگونگی برخورد با مسایل کودکان بسیار بیگانه اند.

برای رفع این نقیصه در این مجموعه بخشی از راهبرد دوم به آموزش های دانشگاهی و غیردانشگاهی اختصاص داده شده، و متعاقب آن برنامه های آموزشی، اعم از آموزش های دانشگاهی و غیردانشگاهی، برای مخاطبین مختلف و متنوع پیشنهاد شده است. در آموزش های دانشگاهی، هدف تربیت افرادی متخصص است که دانش، نگرش و مهارت کافی در امور مربوط به تکامل طبیعی کودکان (ارتقاء سطح تکامل کودکان طبیعی، راه های تشخیص و مداخله برای اختلالات تکاملی و عوامل بیولوژیک و اجتماعی مرتبط با آن

و...) را داشته باشند و در آموزش‌های غیردانشگاهی، هدف تربیت نیروی انسانی ماهر مورد نیاز در این حوزه است.

اما این فقط کارشناسان رشته‌های مختلف نیستند که از کمبود دانش، نگرش و مهارت در امور مربوط به تکامل کودکان رنج می‌برند. درحقیقت انعکاس و بازخورد کمبود دانش و نگرش کارشناسان، به صورت بی‌توجهی مسئولین امر و همچنین مردم، به این امر خطیر، متبلور شده است. این بی‌توجهی و فقدان احساس نیاز در نزد مردم موجب شده است که از یک سو عموم مردم در زمینه خدمات مربوط به ارتقای سطح تکامل کودکان طبیعی و تشخیص و مداخله بهنگام برای اختلالات تکاملی تقاضایی از مسئولان نداشته باشند و از سوی دیگر مسئولین نیز که تقاضایی از سوی مردم دریافت نکرده‌اند و کارشناسان و متخصصین امر نیز در این مورد آن‌ها را آگاه نکردند، لذا هرگز این مقوله را در اولویت کاری خود قرار ندادند.

به همین دلایل و به منظور هشیار ساختن مسئولین و خانواده‌ها، اولاً بخشی از راهبرد دوم به آگاه‌سازی و ایجاد نگرش مثبت در مسئولین و دست‌اندرکاران امور کودکان در خصوص اهمیت تکامل طبیعی کودکان و راهبرد چهارم به آگاه‌سازی و اطلاع‌رسانی مداوم جامعه اختصاص یافته و برای هر یک از این دو گروه مهم مخاطب برنامه‌های آگاه‌کننده ویژه‌ای پیشنهاد شده است.

در این مجموعه، به خود کودکان نیز به عنوان یکی از مخاطبین اصلی فعالیت‌های آموزش و آگاه‌سازی، توجه ویژه‌ای شده و علاوه بر این که راهبرد سوم به تدوین برنامه‌های آموزشی کارآمد برای کودکان اختصاص یافته است، برنامه‌های آموزشی مهم و گسترده‌ای در حوزه تکامل طبیعی برای آن‌ها، چه به صورت ادغام یافته در برنامه‌های آموزشی رسمی مهدهای کودک و مدارس و چه به صورت آموزش‌های غیررسمی در محیط خانواده یا از طریق رسانه‌های مختلف، پیشنهاد شده است.

یکی دیگر از چالش‌های جدی دست‌اندرکاران امور کودکان در کشور، کمبود شدید آمار و اطلاعات معتبر و مستدل درخصوص مسایل مربوط به تکامل کودکان ایرانی است.

این کمبود، اطلاعات و آمار مربوط به بروز و شیوع اختلالات تکاملی در کشور گرفته، اطلاعات مربوط به خدماتی که در حال حاضر برای ارتقاء تکامل کودکان یا تشخیص و درمان اختلالات در سطح کشور ارائه می‌شود و همچنین اطلاعات مربوط به نتایج ارزشیابی فعالیت‌های مختلف و پراکنده انجام شده در این حوزه را دربرمی‌گیرد. کمبود این اطلاعات و فقدان اطلاع‌رسانی‌های مناسب و به موقع خود مشکلات مهمی را برای افراد متخصص، مسئولین و خانواده‌ها به همراه دارد. به عنوان مثال بسیاری از خانواده‌ها و حتی متخصصین از وجود خدمات ارتقایی، پیشگیرانه، درمانی، بازتوانی و توان‌بخشی مناسب برای فرزندان سالم یا دچار اختلال خود، در شهرستان یا استان محل سکونت خود بی‌اطلاع بوده و بالطبع از آن بی‌بهره می‌مانند. از سوی دیگر کمبود اطلاعات، تلاش‌های متخصصین علاقه‌مند و دلسوز این حوزه را به منظور ارائه استدلال کافی به مسئولین امر برای راه‌اندازی برنامه‌ها و خدمات مورد نیاز کودکان در کشور، بی‌حاصل می‌سازد. همچنین عدم شناسایی کودکان در معرض خطر و دچار تاخیر تکاملی به علت فقدان نظام ثبت، از یک سو موجب عدم دستیابی به آمار دقیق تعداد افراد مبتلا به این بیماری شده و از سوی دیگر امکان پیگیری و اعمال مداخلات بهنگام را به صورت فعالانه در مورد آن‌ها غیرممکن می‌سازد.

در این تحقیق برای رویارویی با این چالش و خلاء جدی، راهبردهای پنجم و هفتم به ترتیب به برنامه‌ریزی‌های مبتنی بر نیازسنجی و شواهد علمی - پژوهشی و تجربی بومی، و توسعه مراکز تحقیقات کارآمد در زمینه شناخت اختلالات تکاملی کودکان در سطح ملی اختصاص یافته و برای عملی‌سازی این راهبردها دو اقدام پیشنهاد شده است: الف) برنامه‌های حمایت و تشویق از پژوهش‌های این حوزه و راه‌اندازی نظام ثبت و گزارش‌دهی و ب) تاسیس بانک اطلاعات متمرکز کشوری.

اما هیچ فعالیت آموزشی و آگاه‌سازی، بدون مهیا ساختن بستر مناسب برای اجرای آموخته‌ها، به نتیجه عملی و کاربردی نمی‌انجامد. در واقع، یکی از دلایل شایع عدم تبدیل آموخته‌ها به رفتار، فراهم نبودن شرایط محیطی و اجتماعی لازم برای آن است. به عنوان

مثال خانواده‌ای که از اهمیت بازی و استفاده از اسباب‌بازی‌های مناسب برای ارتقای سطح تکامل کودک خود در ابعاد مختلف از جمله تکامل حرکتی، حسی، شناختی، رفتاری، اجتماعی و غیره آگاه شده است ولی فضای مناسب بازی برای کودک را نه در محیط منزل خود می‌یابد و نه در محیط خارج از منزل، و دستیابی به اسباب‌بازی‌های مناسب نیز یا به علت عدم بضاعت اقتصادی و یا به علت در دسترس نبودن، برای او امکان‌پذیر نیست، لذا این آگاهی حاصلی به جز سردرگمی، سرخوردگی یا حساس گناه، برای او و کودکش ندارد. مشابه همین وضعیت برای استفاده کودک از آموزش‌های با کیفیت مناسب در مهدهای کودک، برای تامین تغذیه مناسب کودک، برای دریافت خدمات مشاوره‌ای، خدمات بهداشتی، خدمات توانمندسازی و حمایتی، خدمات غربالگری و تشخیص، خدمات مداخله و درمان، خدمات بیمه‌ای، خدمات اجتماعی و سایر موارد مشابه نیز وجود دارد.

به همین منظور اولین راهبرد این تحقیق «اولویت‌بندی پیشگیری (به ترتیب از پیشگیری ارتقایی تا پیشگیری اولیه تا پیشگیری ثانویه) در فعالیت‌ها و خدمات» در نظر گرفته شده که بر اساس آن ۵۵ برنامه مختلف در چهار دسته اصلی طبقه‌بندی شده‌اند: (۱) برنامه‌های گسترش خدمات ارتقایی؛ (۲) برنامه‌های گسترش خدمات پیشگیری اولیه؛ (۳) برنامه‌های گسترش خدمات تشخیص و مداخله به موقع اختلالات تکاملی و (۴) برنامه‌های حمایت و توانمندسازی کودکان در معرض خطر (آسیب‌پذیر) و دچار اختلالات تکاملی و خانواده‌های آن‌ها.

به عنوان مثال بخش مهمی از برنامه‌های «گسترش خدمات ارتقایی»، به گسترش کمی و ارتقای کیفی خدمات در مهدهای کودک، آموزش مربیان مهدکودک، نظارت بر کیفیت خدمات مهدهای کودک، تامین یارانه برای خانواده‌ها جهت شرکت کودکان‌شان در مهدکودک و حمایت شغلی از مربیان مهدکودک، پرداخته‌اند. همچنین برای دسترسی خانواده‌ها به خدمات تشخیص و مداخله بهنگام (پیشگیری ثانویه)، بخش مهمی از این برنامه‌ها، به پروژه‌هایی به منظور گسترش خدمات و امکانات لازم، پوشش بیمه‌ای و

حمایت از ارائه‌کنندگان این‌گونه خدمات، اختصاص یافته است. یکی از نکات قابل توجه در تدوین مجموعه حاضر، نقش جدی و گسترده نهادهای غیردولتی در تدوین آن، از ابتدا تا انتها، بود، که خود می‌تواند به عنوان الگویی موفق برای همکاری تنگاتنگ بخش‌های دولتی و غیردولتی در برنامه‌ریزی‌های ملی، در نظر گرفته شود. همچنین، به علت باور قلبی نگارندگان و نیز اهمیت و ضرورت آن، در جای جای فعالیت‌های مندرج در این مجموعه، به وظایف سازمان‌ها و نهادهای غیردولتی به عنوان دستگاه‌های همکار تاکید شده است، که این نیز از امتیازات منحصر به فرد این مجموعه بوده و شایسته است که در سایر برنامه‌ریزی‌های ملی نیز به عنوان الگو مورد استفاده قرار گیرد. اما واقعیت تلخ این است که در کشور ما، با توجه به اینکه نقش سازمان‌ها و نهادهای غیردولتی در ساختار کلی اجرایی کشور نهادینه و سازمان‌یافته نیست، محقق شدن نقش و وظیفه خطیر آن‌ها در فعالیت‌های پیشنهادی در این مجموعه و در هر برنامه کلان دیگری، منوط به توجه جدی در سطح ملی به این امر است. به همین منظور، یکی از راهبردهای این مجموعه به «حمایت و توانمندسازی (مقتدرسازی) و جلب مشارکت جامعه و نهادهای مردمی در تدوین و اجرای برنامه‌ها (برنامه‌ریزی اجتماع محور)» پرداخته و یک دسته از فعالیت‌های پیشنهاد شده نیز به‌طور ویژه و مستقل به موضوع «ظرفیت‌سازی، تشویق و حمایت از نهادهای غیردولتی در ارائه خدمات لازم» اختصاص یافته است. برای نیل به این هدف اقداماتی در نظر گرفته شده، از جمله: تسهیل، تشویق و حمایت از تشکیل، راه‌اندازی و فعالیت، و تسهیل قوانین جهت تشکیل و ثبت نهادهای غیردولتی، آموزش و مهارت‌آموزی به اعضای آن‌ها، کارسپاری به آن‌ها، نظارت بر فعالیت‌های آن‌ها و حتی حمایت از حضور نمایندگان این تشکلهای در سطوح سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی و قانون‌گذاری. اما نگارندگان مجموعه، به منظور حضور مردم و نهادهای مردمی در تدوین و اجرای برنامه‌های اجرایی مرتبط با تکامل کودکان، فقط به حضور نهادهای غیردولتی در صحنه اکتفا نکرده‌اند، بلکه یک دسته دیگر از برنامه‌های اصلی مجموعه حاضر را به امر «تشویق و حمایت از مشارکت اجتماعی و فعالیت‌های

اجتماع محور و یا محله محور» اختصاص داده‌اند. با توجه به تعریفی که در این تحقیق از سازمان‌های اجتماع محور ارائه شده است، یعنی تشکل‌های سازمان‌یافته و خودجوش مردمی که از اعضای یک محله، مدرسه، محیط کار و... تشکیل می‌شوند و بدون وابستگی به دولت یا بودجه دولتی و هدف انتفاعی فعالیت می‌کنند، پیش‌بینی فعالیت‌هایی برای تشویق و حمایت از آن‌ها، با هدف جلب مشارکت مستقیم مردم در حل مشکلات و مسایل مبتلابه خود، یکی دیگر از نکات برجسته و منحصر به فرد این تحقیق است.

با توجه به نتیجه مطالعات مختلف در کشورهای متعدد، موثرترین و موفق‌ترین مداخلات برای ارتقای سطح تکاملی کودکان آن‌هایی بوده‌اند، که طیف وسیعی از خدمات (شامل خدمات بهداشتی و طبی، تحریکات مناسب تکاملی، ارائه تغذیه مناسب، حمایت‌های اجتماعی کافی از کودک و خانواده، ایجاد تحولات ساختاری متناسب و...) را در بر گرفته‌اند. نگارندگان برای دستیابی به این امتیاز، یعنی جامع و کل‌نگر بودن مجموعه حاضر، ناگزیر از اتخاذ رویکرد «فرابخشی» بوده‌اند. به عبارت دیگر در پیشنهاد فعالیت‌های مندرج در این مجموعه، خود را محدود به چارچوب و محدودیت‌های سازمان یا دستگاهی خاص، نکرده‌اند و کلیه منابع و امکانات بالقوه و بالفعل ملی را ملحوظ داشته‌اند. از سوی دیگر برای تحقق چنین برنامه‌های متنوع و فرابخشی در شرایط اجرایی کنونی کشور که شامل مرزبندی‌های بخشی و سازمانی مختلف می‌باشد، اولاً راهبردی تحت عنوان «جلب همکاری‌های بین بخشی و مشارکت سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان بخش‌های مختلف» و متعاقب آن یک دسته از فعالیت‌های پیشنهادی در این مجموعه به‌طور ویژه و مستقل به «جلب و توسعه همکاری‌های بین بخشی» اختصاص یافته است. در ذیل این عنوان، به تشکیل زیرگروه یا کمیته تخصصی مرتبط با تکامل طبیعی کودکان، در شوراهای عالی مهم و مرتبط در کشور، یعنی شوراهای عالی «سلامت»، «رفاه و تامین اجتماعی»، «اجتماعی» و «اقتصادی» کشور، اشاره شده است. همچنین بر تعریف سازوکارهایی برای ارتباط و هماهنگی این چهار شورای عالی با یکدیگر و نیز تقسیم مشخص وظایف و مسئولیت‌ها بین دستگاه‌های عضو شورا نیز در این قسمت تاکید شده است.

یکی از اصول مهم در برنامه‌ریزی، پیش‌بینی ساز و کارهایی برای ارزشیابی هر برنامه از همان زمان تدوین برنامه است. ارزشیابی، لازمه ارتقای مستمر کیفیت در هر برنامه یا هر سیستم و نظام کاری است. بدون ارزشیابی، برنامه‌ریزان از موفقیت یا شکست برنامه خود بی‌اطلاع مانده و بالطبع راهکاری برای تداوم و ارتقای موفقیت‌ها یا جلوگیری از شکست‌ها و کاهش آثار و عوارض منفی آن نمی‌اندیشند. متأسفانه در کشور ما بسیاری از برنامه‌های اجرایی مرتبط با کودکان از این اصل مهم و زیربنایی برنامه‌ریزی غافل و بی‌بهره مانده‌اند. نهایتاً هم برنامه‌ریزان و هم مخاطبان از آثار مثبت و منفی برنامه‌های متعدد بهداشتی - درمانی، آموزشی، حمایتی و غیره که تاکنون در کشور ما در مورد کودکان اجرا شده است، بی‌خبرند و نمی‌دانند که برنامه‌ها به چه میزان به اهداف اولیه خود دست یافته‌اند. این نقیصه در بخش «تحلیل وضعیت کنونی - نقاط ضعف» برنامه جامع، مورد تاکید نگارندگان برنامه بوده است.

بر این اساس آخرین راهبرد در تدوین مجموعه حاضر به نظارت و ارزشیابی مستمر فعالیت‌ها داده شده است و از آنجایی که ویژگی مهم این مجموعه در فرابخشی بودن آن است، در تعریف سیستم نظارت و ارزشیابی نیز سعی شده است هم بخش‌های دولتی، هم غیردولتی و نیز بخش‌های علمی - دانشگاهی و اجرایی به‌صورت همزمان، به عنوان بازوهای نظارتی و ارزشیابی‌کننده مورد توجه قرار گیرند. البته این یک رویکرد نوین در امر نظارت و ارزشیابی است که به‌طور بدیهی برای پیاده‌سازی در بخش‌های اجرایی دولتی کنونی کشور نیازمند پیش‌بینی ساختارها و سازوکارهای مدیریتی لازم است.

مجریان و کلیه نگارندگان مجموعه پیشنهاد می‌کنند که چهار وزارتخانه اصلی و کلیدی در حوزه سلامت و تکامل کودکان در کشور، یعنی بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، رفاه و تامین اجتماعی، آموزش و پرورش، و علوم، تحقیقات و فناوری، با توجه به ماموریت و وظایف قانونی خود، هرچه زودتر جهت طرح عملیاتی و پیاده‌سازی این راهبردها و فعالیت‌ها در سطح ملی گام‌های جدی و مؤثر بردارند.

- Anderson L.M., Shinn C., Fullilove M.T., Scrimshaw S.C., Fielding J.E., et al. The effectiveness of early childhood development programs: A systematic review, *American Journal of Preventive Medicine* 2003, 24, 3(1): 32-46.
- Angelsen N.K., Vik T., Jacobsen G. & Bakketeig L.S. Breast feeding and cognitive development at age 1 and 5 years. *Archives of Disease in Childhood* 2001, 85: 183-188.
- Battistich V., Schaps E., Watson M., Solomon D. & Lewis C. Effects of the child development project on students' drug use and other problem behaviors. *The Journal of Primary Prevention* 2000, 21(1): 75-99.
- Boniface S. & Ziemann U. *Plasticity in the Human Nervous System: Investigations with transcranial magnetic stimulation* 2003, Cambridge University Press, Cambridge. 62-89.
- Bukatko D. & Dachler M.W. *Child Development: a thematic approach*, 2001, Houghton Mifflin Company, Boston, New York.
- Convention of the Rights of the Child, 1989, http://en.wikipedia.org/wiki/Convention_on_the_Rights_of_the_Child, accessed on Dec. 2, 2009.
- Declaration of the Rights of the Child, 1924, http://en.wikipedia.org/wiki/Declaration_of_the_Rights_of_the_Child, accessed on Dec. 2, 2009.
- Engle P., Black M.M., Behrman J.R., Cabral de Mello M., Gertler P.J., Kapiriri L., Martorell R., Eming Young M. & the International Child Development Steering Group. Strategies to avoid the loss of developmental potential in more than 200 million children in the developing world, *Lancet* 2007, 369: 229-42.
- Feigelman S. Overview and Assessment of Variability, In: Kliegman R.M., Behrman R.E., Janson H.B. & Stanton B.M., *Nelson Textbook of Pediatrics* 2007, WB Saunders Company, Philadelphia, 33-40.
- Glascoe F.P. Early detection of developmental and behavioural problems, *Pediatric Review* 2000, 21: 272-280.

References

- Glascoe F.P. Developmental screening and surveillance, In: Kliegman R.M., Behrman R.E., Jenson H.B., Stanton B.F. Nelson Textbook of Pediatrics 2007, WB Saunders Company, Philadelphia, 74-81.
- Good M.& Willoughby T. The role of spirituality versus religiosity in adolescent psychosocial adjustment, *Journal of Youth & Adolescence* 2006, 35(1): 41-55.
- Grantham-McGregor S., Cheung Y.B., Cueto S., Glewwe P., Richter L., Strupp B.& The International Child Development Steering Group. Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries, *Lancet* 2007, 369:60-70.
- Hertzman C. & Wiens M. Child development and long-term outcomes: A population health perspective and summary of successful interventions. *Social Science and Medicine* 1996, 43(7): 1083-1095.
- Horwood L.J. & Fergusson D.M. Breastfeeding and later cognitive and academic outcomes, *Pediatrics* 1998, 101(1): e9.
- Irwin L.G., Siddiqi A.& Hertzman C. Early Child Development: A Powerful Equalizer. Final report for the World Health Organization's commission on social determinants of health 2007.
- Kershaw P., Anderson L., Warburton B.& Hertzman C. 15 by 15: A comprehensive policy framework for early human capital investment in BC. Human Early Learning Partnership 2009, University of British Columbia .
- Kramer M.S., Aboud F., Mironova E., Vanilovich I., Platt R.W., Matush L. et al. Breastfeeding and child cognitive development, *Archives of General Psychiatry* 2008, 65(5): 578-584.
- Madani S. Child Abuse in Iran, Tehran: Ensan Publications, Chapter 7, 2006.
- Mishara B.L.& Ystgaard M. Effectiveness of a mental health promotion program to improve coping skills in young children: Zippy's Friends, *Early Childhood Research Quarterly* 2006, 21; 110-123.
- Myers K.M. & Collett B. Psychiatric Rating Scales, In: Cheng K. & Myers K.M. Child and Adolescent Psychiatry: The Essentials 2007, Lippincott

Williams & Wilkins, Baltimore, Maryland, 17-40.

- Nelson C.A. & Luciana M. Handbook of Developmental Cognitive Neuroscience 2001, The MIT press, Cambridge, Massachusetts, London, England, 175-190.
- Palmer F.B., Capute A.J. Streams of Development: The key to developmental assessment, In: McMillan J.A., Feigin R.D., DeAngelis C.D., Jones Jr M.D. Oski's Pediatrics: Principles and Practice 2008, Lippincott William & Wilkins, 601-60.
- Purves D., Augustine G.J., Fitzpatrick D., Katz L.C., Lamantia A.S. McNamara J.O. & Williams S.M. Neuroscience 2001, Sinauer Associates Inc., Sunderland, Massachusetts, 507-517.
- Regaldo M. & Halfon N. Primary care services promoting optimal child development from birth to age 3 years, Archives of Pediatric Adolescent Medicine 2001, 155: 1311-1322.
- Rew L. & Wong Y.J. A systematic review of associations among religiosity/spirituality and adolescent health attitudes and behaviors, Journal of Adolescent Health 2006, 38(4): 433-442.
- Richter S.B., Howard B.J., Stumer R. Normal Infant and Childhood Development, In: McMillan J.A., Feigin R.D., DeAngelis C.D., Jones Jr M.D. Oski's Pediatrics: Principles and Practice 2008, Lippincott William & Wilkins, 595-600.
- Ryugo D.K., Limb C.J. & Redd E.E. Brain Plasticity, In: Niparko J.K., Kirk K.I. & Mellon N.K. Cochlear Implants 2000, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 33-53.
- Sadock B.J. & Sadock V.A. Kaplan and Salock's Synopsis of Psychiatry 2007 Lippincott Williams & Wilkins, Baltimore, Maryland, 12-53.
- Sadock B.J. & Sadock V.A. Kaplan and Salock's Synopsis of Psychiatry 2007, Lippincott Williams & Wilkins. Baltimore, Maryland, 1127-1137.
- Stewart K.B. Occupational Therapy for Physical Dysfunction, In: Trombly C.A., Radomski M.V. Occupational Therapy for Children 2002, Mosby , 197.

References

منابع

- United Nations Declaration of the Rights of the Child, 1959. http://www.canadiancre.com/UN_CRC/UN_Declaration_on_the_Rights_of_the_Child...., accessed on Dec. 2, 2009.
- Vameghi R., Sajedi F., Shahshahanipour S., Hatamizadeh N. Screening, Diagnosis and an Introduction to Intervention in Child Developmental Disorders, Tehran, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences Publications, 2005.
- Vargas-Baron E. Planning policies for early childhood development: Guidelines for action, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO) 2005.
- Walker S.P., Wachs T.D., Gardner J. M., Lozoff B., Wasserman G.A., Pollitt E., Carter J.A. & the International Child Development Steering Group, Child development: risk factors for adverse outcomes in developing countries, Lancet 2007, 369: 145-57.
- WHO Commission on Social Determinants of Health. Equity from the Start. In: Closing the gap in a generation, WHO Press, Geneva 2008, 50-59.
- Wint Lippincott Williams & Wilkins, Baltimore, Maryland. 3-16.ers N.C. & Tsai J. Psychiatric assessment of children and adolescents. In: Cheng K. & Myers K.M. Child and Adolescent Psychiatry: The Essentials 2007.
- Wong Y., Rew L.& Slaikou K. A systematic review of recent research on adolescent religiosity/spirituality and mental health. Issues in Mental Health Nursing 2006, 27(2): 161-183.
- World Health Organization Eastern Mediterranean Regional Office. Development of National Child Health Policy Phase I: The situation analysis 2004. <http://www.emro.sho.int/cah/PDF/Development>, accessed on June 27, 2010.



دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

برگ درخواست اشتراک فصلنامه

نام:

نام خانوادگی:

شغل:

تاریخ شروع اشتراک:

نشانی:

کد پستی:

تلفن:

در صورت تمایل بدین برگه اشتراک فصلنامه علمی پژوهشی و فکری اشتراک
 این فصلنامه را به این آدرس ارسال کنید.
 آدرس: واحد اشتراک و سالیانه، کد پستی: ۱۹۱۶۳، بلوار دانشجو، خیابان کودکان، تهران
 کواشف: در صورت تمایل به اشتراک فصلنامه علمی پژوهشی و فکری اشتراک
 این فصلنامه، یک فقره چک به مبلغ ۱۰۰ هزار تومان به حساب شماره ۱۹۱۶۳، بانک ملت
 آدرس: مرکز بهزیستی و توانبخشی، تهران، ارسال کنید. شماره حساب: ۱۹۱۶۳
 نام: آقای و خانم دکتر ایرین ابراهیمیان، خیابان دانشجو، تهران، کد پستی: ۱۹۱۶۳
 کواشف: گروه پژوهشی و فکری اشتراک فصلنامه علمی پژوهشی و فکری اشتراک
 هزینه اشتراک برای یک سال: (یکمیلیون و دویست هزار تومان)

داخلی:

خارج:

آر و ب:

امریکا:

استدلال: به تنظیمه، آدرس: بلوار دانشجو، تهران، کد پستی: ۱۹۱۶۳، بلوار دانشجو، خیابان کودکان، تهران
 و کواشف: در صورت تمایل به اشتراک فصلنامه علمی پژوهشی و فکری اشتراک این فصلنامه، یک فقره چک به مبلغ
 یکمیلیون و دویست هزار تومان به حساب شماره ۱۹۱۶۳، بانک ملت، آدرس: مرکز بهزیستی و توانبخشی، تهران، کد پستی: ۱۹۱۶۳

مرکز فروش فصلنامه در تهران:

دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی / اوین، بلوار دانشجو، خیابان کودکان



شروېشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی