

فصل ۱

مقدمه

مقدمه

پس از وقوع انقلاب صنعتی و توسعه روزافزون شهرنشینی مشکلات سلامتی جدیدی دامنگیر جوامع شد. مداخله در سطح فردی پاسخگوی مشکلات جدید نبود و پزشکی اجتماعی برای مداخله در سطح جامعه به تدریج شکل گرفت و امروزه تحت عنوان *Public, Community medicine, Social medicine, health medicine, Socio-preventive medicine* و غیره در دانشگاه‌های مختلف دپارتمان‌هایی را به خود اختصاص داده است.

امروزه دیگر الگوی مناسب علم در پزشکی به علوم زیست پزشکی محدود نمی‌شود بلکه علوم اجتماعی و روان‌شناختی را نیز شامل است. (WFME, 1993) **Abraham Flexner** از سال ۱۹۱۲ پیش‌بینی کرده بود که "کار پزشک به سرعت به جانب اجتماعی و بهداشتی شدن می‌رود تا انفرادی و درمانی" و جامعه جهت تامین شرایط لازم برای سلامت جسمی و روانی‌اش بر شانه چنین پزشکانی تکیه می‌کند. (حمید بشیر ۱۹۹۸) و زمینه کار پزشکی را به دلیل برخورد با عوامل اقتصادی، فرهنگی، سیاسی، اداری و محیطی می‌توان زمینه‌ای اجتماعی دانست. (WFME, 1993)

در نظر بعضی از پزشکان، بیمار کسی است که بر او مهر بیمارستان خورده باشد، حال آنکه مطالعات گوناگون نشان داده‌اند که بخش بزرگی از بیماران را تنها در خارج از بیمارستان می‌توان یافت. معمولاً "کمتر از ده درصد بیماران به بیمارستان‌ها مراجعه کرده و حدود یک درصد آنها بستری می‌شوند". برای آنکه این پزشکان مهارت لازم را کسب نمایند لازم است که آموزش متعادلی در تمام سطوح خدمات پیشگیری اول، دوم و سوم دریافت دارند، و با فرهنگ، سنت‌ها و دیگر ملاحظات روان‌شناختی خانواده و جامعه‌ای که قرار است در آن به طبابت بپردازند آشنا شوند. (حمید بشیر ۱۹۹۸) این ملاحظات، صاحب‌نظران عالم پزشکی را به این نتیجه رسانده است که رسالت پزشکی را نباید تنها در درمان بیماری‌ها تصور کرد بلکه باید با اقداماتی همه‌جانبه و به صرفه سلامت را به عنوان یک کالای با ارزش در اختیار همه افراد جامعه قرار داد. (Mac Keown, 1997). این فلسفه و نگرش منجر به پیدایش نگرشی در عالم طب گردید که می‌توان آن را «**Community Oriented Medicine**» نامید. تحولات جهانی، نظریه فلکسنر و پیشینیان را اثبات نمود: کنفرانس جهانی سال ۱۹۷۸ آلماتای قزاقستان که در آن بهداشت برای همه تا سال ۲۰۰۰ پا گرفت و کنفرانس ۱۹۸۸ فدراسیون جهانی آموزش پزشکی که به تنظیم اعلامیه ادینبورگ منجر شد، مقدمه‌گردهمایی جهانی آموزش پزشکی در سال ۱۹۹۳ را تشکیل داد. این گردهمایی یک رویداد مهم بین‌المللی در رشته پزشکی بود. این گردهمایی دستورالعمل‌هایی را برای پیشرفت آموزش پزشکی به سوی بهداشت و سلامت بشر تعیین کرد و نگرش جدید جامعه‌نگری در آموزش پزشکی را تثبیت نمود. (WFME, 1993)

پزشکی اجتماعی معانی گوناگونی دارد. از نظر لغوی پزشکی اجتماعی عبارت است از مطالعه انسان به عنوان یک موجود اجتماعی در کلیت محیط زیست او، و توجه آن بر سلامت تمامی جامعه به عنوان یک واحد. پروفیسور کرو^۱ پزشکی اجتماعی را در دو بعد اصلی آن که پزشکی و جامعه شناسی باشد تعریف کرده است. (Mac Keown, 1997) ماک کنون^۲ می گوید:

"با کاربرد کنونی، پزشکی اجتماعی دو معنی دارد یک معنای گسترده و نامشخص و معنای دیگر محدود و دقیق. پزشکی اجتماعی به مفهوم گسترده عبارت است از بیان سنت بشردوستی در پزشکی، و مردم آن را بدون هرگونه تفسیر متناقض با آرزوها و علایق خود می خوانند و بنابراین می توان آن را مراقبت از بیماران، پیشگیری از بیماری، اداره کردن خدمات پزشکی - و در واقع تقریباً دارای هرگونه موضوع در زمینه گسترده سلامت و بهزیستی - شناخت. ولی مفهوم دقیق تر و محدودتر پزشکی اجتماعی متوجه انبوهی آگاهی های در بردارنده همه گیری شناسی و بررسی نیازهای پزشکی یا مراقبت پزشکی جامعه است."

خلاصه آن که پزشکی اجتماعی شاخه ای تازه ای از پزشکی نیست بلکه تنها نگرش نوین پزشکی به نیازهای در حال دگرگونی انسان و جامعه است و بر ارتباط قوی بین پزشکی و آمار و اپیدمیولوژی، علوم اجتماعی، علوم مدیریت تاکید می کند.

توجه به نقش عوامل اجتماعی بر سلامت افراد و جوامع و لزوم پژوهش در این زمینه، توجه به فرایندهای ارتقاء دهنده سلامت جوامع در قالب نظام سلامت، لزوم کنترل هزینه های سلامت با بکارگیری فناوری های هزینه اثر بخش، پیشگیری از افزایش شیوع بیماریهای غیرواگیر از جمله حوزه هایی است که لزوماً با پژوهش در حیطه بالینی جوابگویی به سوالات و نیازمندیهای آن مقدور نمی گردد و نیازمند همکاری و فعالیت بین رشته ای است. ایجاد این بستر پژوهشی در سامانه رشته پزشکی اجتماعی به خوبی قابل دستیابی است و با شناخت بهتر توانمندیهای این سامانه و همچنین نقاط ضعف موجود و برنامه ریزی برای برطرف نمودن آنها، توسعه فعالیتهای پژوهشی در این سامانه نتایج بسیار ارزنده ای برای نظام سلامت خواهد داشت چنانچه تا کنون نیز فعالیت متخصصین این رشته در جای جای نظام سلامت تاثیر مطلوبی در افزایش دستاوردهای پژوهشی و همچنین در ارتقاء شاخهای عملکردی داشته است.

طرح ممیزی توسعه علوم فرصت مناسبی است تا متخصصین این رشته با نگاهی دوباره به وضعیت و جایگاه این رشته، برنامه های درازمدت توسعه رشته پزشکی اجتماعی را بازنگری نموده و در راستای نیل به اهداف کلان نظام سلامت و چشم انداز متعالی جمهوری اسلامی ایران در ۱۴۰۴ راهکارهای موثری را طراحی نمایند. امید است مجموعه این تلاشها کمک نماید تا جامعه ایران اسلامی به جایگاه حقیقی خود در صحنه علم و فناوری دست یابد

^۱ Crew
^۲ Mc. Keown

فصل ۲

روش شناسی انجام ممیزی

۲-۱- نوع مطالعه :

این مطالعه یک پژوهش توصیفی میدانی است که به سفارش معاونت تحقیقات و فناوری ریاست جمهوری انجام می‌گیرد. به منظور یکسان سازی شیوه انجام مطالعه دستورالعملی بوسیله دبیرخانه ممیزی توسعه علوم در حوزه پزشکی ارائه گردید. با الگو قرار دادن دستورالعمل داده‌ها به شیوه توصیه شده اطلاعات گردآوری و تجزیه و تحلیل گردید.

۲-۲- کمیته راهبردی:

این اعضاء عبارتند از: رئیس گروه یا نماینده گروه پزشکی اجتماعی در دانشگاه‌های تربیت کننده دستیار تخصصی

اعضاء هیئت مدیره انجمن علمی پزشکی اجتماعی ایران

۲-۳- کمیته اجرایی:

ریاست کمیته اجرایی بر عهده رئیس انجمن علمی پزشکی اجتماعی می‌باشد مسئولیت انجام طرح بر عهده یکی از متخصصان و عضو افتخاری هیئت مدیره انجمن می‌باشد. سایر اعضاء هیئت مدیره انجمن به عنوان کمیته اجرای با شرکت در جلسات بارش افکار و تهیه مستندات لازم همکاری می‌نمایند. منشی انجمن مسئولیت انجام امور اداری و پیگیری مکاتبات را بر عهده دارند.

۲-۴- جمع آوری داده‌ها:

۲-۴-۱- داده‌های مرتبط با فعالیت انجمن :

مراکز تحقیقاتی را که در زمینه رشته فعالیت دارند با استفاده لیست مراکز تحقیقاتی ارائه شده بوسیله دبیرخانه ممیزی مشخص شد

برای دریافت سایر اطلاعات از سایتهای معرفی شده به شرح زیر استفاده شد

http://edc.behdasht.gov.ir/uploads/180_366_Asami_Gh_otbha.htm	قطب های تحقیقاتی
http://www.hbi.ir/page.php?slct_pg_id=266&sid=15&slc_lang=fa	شبکه های تحقیقاتی
http://www.hbi.ir/files/tec/pages/Docs/list_marakez/list_vezarat_behdasht.pdf	مراکز رشد
http://www.uspto.gov http://www.epo.org http://www.jpo.go.jp http://www.wipo.int	پتنت ها و اختراعات
http://khwarizmi.irost.org	جشنواره خوارزمی یا رازی

http://razi-festival.hbi.ir		
http://esi.isiknowledge.com/allmenus.cgi?option=A	پژوهشگران برتر	
http://www.nlai.ir	کتب تالیفی	
www.msre.ir	فهرست مجلات داخلی	
http://hbi.ir/find.php?item=17.396.237.fa&slct_pg_id=365&sid=17&slc_lang=fa	نمایه نامه های معتبر بین المللی	
http://hbi.ir/files/res_eval/pages/docs/arzeshyabi_univer/form_dastorolamal/rahnamaye_form/isi_web_of_science_journals_retrieval_guide.pdf	ISI نمایه	
http://hbi.ir/files/res_eval/pages/docs/arzeshyabi_marakez/form/impact_factor/if_2008_.pdf	Impact Factor	
http://hbi.ir/files/res_eval/pages/docs/arzeshyabi_marakez/news/hamayesh_internashnol.pdf	همایشهای بین المللی	
	دانشجویان	

۲-۴-۲- داده های مربوط به مراکز تحقیقاتی

ابتدا لیست مراکز تحقیقاتی مشخص و برای دبیرخانه ممیزی ارسال شد. از سوی دبیرخانه برای هر مرکز کد رمزی تعیین شد و اعلام گردید. همچنین دستورالعملی برای تکمیل چک لیستها از سوی دبیرخانه منتشر شد. ضمن تماس با روسای مراکز تحقیقاتی و ارسال نامه و تشریح برنامه ممیزی درخواست شد نسبت به تکمیل چک لیستها اقدام نمایند. از طریق تماسهای تلفنی بعدی و ایمیل تکمیل چک لیستها پیگیری شد.

۲-۴-۳- داده های مربوط به دانش آموختگان

با افراد در لیست معرفی شده از دبیرخانه ممیزی با ایمیل و تماس تلفنی هماهنگی شده و دستورالعمل تکمیل چک لیست مربوطه برای افراد ارسال شد. جهت پیگیری تکمیل چک لیستها در سایت دبیرخانه ممیزی ضمن تماس با مسئول مربوطه با افرادی که چک لیست را تکمیل ننموده بودند مجدداً از طریق ایمیل و تلفن تماس گرفته شد.

۲-۵- مقایسه وضعیت رشته در ایران با کشورهای منطقه چشم اندازی و سطح بین

المللی

برای بررسی وضعیت تولید علم کشور (شاخص تولید مقالات) در منطقه و مقایسه آن با کشورهای منطقه چشم اندازی (شامل آسیای میانه، قفقاز، خاورمیانه و کشورهای همسایه: آذربایجان، افغانستان، اردن، ارمنستان، ازبکستان، امارات متحده عربی، بحرین، پاکستان، تاجیکستان، ترکمنستان، ترکیه، سوریه، فلسطین، قرقیزستان، قزاقستان، قطر، کویت، گرجستان، عراق، عمان، عربستان سعودی، لبنان، مصر و یمن)^۳ مقالات منتشر شده در هر رشته را در بانکهای اطلاعاتی Scopus و Pubmed طبق مراحل زیر جستجو شد.

جستجو در Pubmed:

۱. واژه‌های کلیدی (MeSH terms) <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed> استخراج

شد. این کلمات عبارتند از:

Community medicine , social medicine , preventive medicine , Public Health
Medicine

۲. کلید MeSH Term های مربوطه را با OR به یکدیگر اضافه و با اضافه کردن [affiliation]

استراتژی جستجو برای مقالات مربوط به رشته تنظیم شد. توضیح اینکه با توجه به حیطه بسیار گسترده پزشکی اجتماعی عملاً جستجو با کلید واژه های موضوعی غیر ممکن خواهد بود. بدین دلیل از واژه های نشان دهنده عنوان رشته و تنظیم جستجو در [affiliation] استفاده شد. بدین ترتیب نتیجه جستجو نشان دهنده مقالات متخصصین این رشته خواهد بود.

۳. جستجو را با استفاده از استراتژی تنظیم شده در سال ۲۰۰۹ انجام و تعداد مقالات حاصل از این جستجو را با عنوان «تعداد کل مقالات مربوط به رشته در سال ۲۰۰۹» ثبت شد.

۴. به استراتژی تنظیم شده فوق [affiliation] AND Iran را اضافه و جستجو را تکرار شد تعداد مقالات حاصل از این جستجو را با عنوان «تعداد مقالات ایرانی مربوط به رشته در سال ۲۰۰۹» ثبت شد.

۵. به استراتژی تنظیم شده [affiliation] AND Turkey را اضافه و جستجو را تکرار شد تعداد مقالات حاصل از این جستجو را با عنوان «تعداد مقالات مربوط به رشته در ترکیه در سال ۲۰۰۹» ثبت شد.

³ Azerbaijan, Afghanistan, Jordan, Armenia, Uzbekistan, United Arab Emirates, Bahrain, Pakistan, Tajikistan, Turkmenistan, Turkey, Syria, Palestine, Kyrgyzstan, Kazakhstan, Qatar, Kuwait, Georgia, Iraq, Oman, Saudi Arabia, Lebanon, Egypt and Yemen.

AND (Azerbaijan OR Afghanistan OR Jordan OR Armenia OR Uzbekistan OR United Arab Emirates OR Bahrain OR Pakistan OR Tajikistan OR Turkmenistan OR Turkey OR Syria OR Palestine OR Kyrgyzstan OR Kazakhstan OR Qatar OR Kuwait OR Georgia OR Iraq OR Oman OR Saudi Arabia OR Lebanon OR Egypt OR Yemen)

را اضافه و جستجو را تکرار شد.. تعداد مقالات حاصل از این جستجو را با عنوان «تعداد مقالات

کشورهای منطقه چشم اندازی مربوط به رشته در سال ۲۰۰۹» ثبت شد.

۷. جستجوی فوق برای کشور کانادا انجام و نتیجه با عنوان (تعداد مقالات مربوط به رشته در

کشور کانادا در سال ۲۰۰۹) ثبت شد.

جستجو در Scopus:

مراحل ذکر شده در مورد جستجو در Pubmed را در بانک داده Scopus تکرار و نتایج آن ثبت شد.

۲-۶- تحلیل روندها

به منظور تحلیل روند از روش تحلیل روندها STEEP استفاده شد. کاربرگ روندها از سوی دبیرخانه ممیزی تهیه و برای استفاده انجمنها بر روی سایت قرار گرفته بود. بدین منظور کارگروهی متشکل از اعضای هیئت مدیره انجمن به عنوان کمیته اجرایی تشکیل گردید. در جلسات به روش بارش افکار نظرات گردآوری و تلخیص و اولویت بندی شد. مستند برای نظرخواهی به کمیته راهبری ارسال شد.

۲-۷- حیطه رشته ، دورنما ، اهداف کلی

با بارش افکار و پاسخ به سوالات مشخص و همچنین استناد به برنامه راهبردی و کوریکولوم آموزشی رشته موارد فوق تعیین شد. دو جلسه با حضور اعضای هیئت مدیره و اعضاء شورای راهبری طرح برای بررسی و اجماع نظرات تشکیل شد

۲-۸- تعیین نقاط ضعف و قوت ، تهدید و فرصت

به منظور تعیین نقاط ضعف و قوت در نحیط درونی و فرصت و تهدید در محیط بیرونی نزدیک از تحلیل SWOT استفاده شد. از نتایج تحلیل روندها برای پیش بینی تهدیدها و فرصتها در آینده استفاده گردید .

فصل ۳

تاریخچه و اهمیت رشته در آینده کشور

۳-۱- تاریخچه رشته پزشکی اجتماعی

دانش امروز ما درباره سلامت انسان و بیماری‌ها مجموعه‌ای از دانش رشته‌های متفاوت علوم پزشکی از قبیل تشریح^۴، میکروبی‌شناسی^۵، آسیب‌شناسی^۶، ایمنی‌شناسی^۷، طب داخلی، اطفال، پرتوشناسی^۸، و غیره می‌باشد که بیان همه آنها فهرستی طولانی خواهد شد. ولی می‌توان این رشته‌های مختلف را براساس روش‌ها و مفاهیمی که در هر کدام از آنها به کار گرفته می‌شود گروه‌بندی کرد. وقتی این کار را انجام دهیم سه طبقه بزرگ ظاهر می‌شود که شامل علوم پایه (مثل: شیمی حیاتی^۹، فیزیولوژی، آسیب‌شناسی)، علوم بالینی (مثل: طب بزرگسالان، طب نوزادان، جراحی و بیماری‌های زنان، مجاری ادرار^{۱۰} و غیره) و پزشکی اجتماعی است. برای بیان مفهوم پزشکی اجتماعی از واژه‌هایی مانند پزشکی پیشگیری و غیره^{۱۱} نیز استفاده می‌شود. پزشکی اجتماعی عبارت است از: مطالعه سلامت و بیماری در جوامع بشری. هدف پزشکی اجتماعی شناخت مشکلات بهداشتی و احتیاجات جامعه معین به صورت تام و همچنین ملاحظه مکانیسم‌هایی است که به وسیله آنها می‌توان با این مشکلات و احتیاجات مواجه شد.

نکات مورد توجه پزشکی اجتماعی کاملاً^{۱۲} با آنچه که در پزشکی بالینی مطرح است تفاوت دارد. پزشکی بالینی به طور عمده روی مراقبت پزشکی افراد متمرکز می‌شود و بیمار شخصاً^{۱۳} طلب کمک می‌کند و مورد معاینه و درمان قرار می‌گیرد. در سال‌های اخیر معاینه اشخاص به ظاهر سالم نیز مورد توجه قرار گرفته تا بیماری در مراحل اولیه کشف شود. در پزشکی اجتماعی، جامعه جایگزین فرد بیمار به عنوان کانون اصلی توجه می‌شود و مسئله در اینجا ارزشیابی و شناخت سلامت جامعه است که شامل افرادی نیز می‌باشد که در جستجوی مراقبت پزشکی نیستند ولی از آن برخوردار می‌شوند. این برخورد با پزشکی نیاز به روش‌ها و مهارت‌های خاصی علاوه بر آنچه که در پزشکی بالینی به کار گرفته می‌شود دارد. (Schemer, 2002)

پزشکی اجتماعی روابط متقابل و گسترده میان بهداشت، بیماری، سلامت، و نوع جامعه را مورد توجه قرار می‌دهد، و از طریق مطالعه و ارزشیابی سیاست‌ها و برنامه‌های بهداشتی درمانی درصدد است تا کیفیت خدمات بهداشتی درمانی را ارتقاء بخشد.

در عصر ما رشد سریع پزشکی پیشگیری و تاکید کمتر بر درمان (که اساساً^{۱۴} ناظر به رفع مشکل فرد است) کاربرد پزشکی اجتماعی را بیش از پیش، مطرح می‌سازد. واقعیت آن است که تحولات علمی، فنی، فرهنگی، اقتصادی، اجتماعی و سیاسی جهان معاصر کشورهای مختلف دنیا را اعم از رشد یافته و یا در حال توسعه با

-
- 2- Anatomy
 - 2- Microbiology
 - 3- Pathology
 - 4- Immunology
 - 5- Radiology
 - 6- Biochemistry
 - 7- Urology
 - 8- Population, Community, Social, Preventive, Medicine

مسائل و واقعیت‌های نوینی از نظر سلامت عمومی مواجه ساخته است، که البته حوزه‌های علوم پزشکی و بهداشتی و رشته‌های وابسته به این علوم هم از این تغییرات نمی‌تواند برکنار بماند. در حالی که در کشورهای صنعتی مسائلی مانند آلودگی محیط زیست، خودکشی، پسکونورزها، الکلیسم، مواد مخدر، و نیز تنوع برخی از بیماری‌ها، عوامل جهت‌دهنده به پزشکی اجتماعی است، در کشورهای در حال توسعه، ارائه خدمات بهداشتی درمانی در قالبی متناسب با شرایط اجتماعی-اقتصادی منطقه، که بتواند به نحوی موثر با مسائلی مانند بیماری‌های عفونی، آلودگی‌های محیط و سوء تغذیه مقابله نماید. زمینه‌های اصلی فعالیت در این رشته را تشکیل می‌دهد.

پزشکی اجتماعی بر مفهومی نوین از سلامت انسان متکی است، مفهومی چندبعدی، که پزشکی و بهداشت از یک سو با یکدیگر و از سوی دیگر با مسائل جامعه‌ای مشخص پیوند می‌یابد. می‌دانیم که مسائل بهداشتی درمانی همیشه با شرایط گروه‌های انسانی مرتبط بوده است، اما آنچه که جدید است شیوه نگرش به این مسائل و اقدام در جهت حل آن است. از سال ۱۸۴۸ یعنی زمانی که "گرن"^{۱۲} پزشک فرانسوی اصطلاح "پزشکی اجتماعی" را برای تشریح روابط میان پزشکی و جامعه وضع کرد، تا بحال این اصطلاح دگرگونی زیادی از نظر محتوی و روابط آن با رشته‌های جانبی پیدا کرده است.

تاریخ پزشکی اجتماعی در مقیاس وسیعی با تاریخ رشته‌های نظیر "سیاست اجتماعی" و "رفاه اجتماعی" آمیختگی دارد و به این ترتیب پزشکی اجتماعی رشته‌ای بیشتر عملی است. در اروپا پزشکی اجتماعی مفاهیمی مثل بهداشت اجتماعی عمومی و پزشکی پیشگیری را هم در بر می‌گیرد، و حال آنکه در آمریکا "پزشکی اجتماعی" بازگو کننده خدمات پزشکی تعمیم یافته است که بر این اساس سیاست پزشکی با پزشکی محض مخلوط می‌شود. روابط میان پزشکی و جامعه همیشه مطرح بوده است و به دلیل ویژگی‌های خاصی که چگونگی ارائه خدمات پزشکی داشته است مسائل گوناگونی را مطرح کرده است. تحول دنیای کنونی و سرعت زیاد تغییرات آن این مسائل را متعددتر و پیچیده‌تر کرد و سبب گردید که پزشکی اجتماعی موضوع روز شود، قلمرو خاصی پیدا نماید، و پزشکان آن را مورد توجه قرار دهند.

در یکی از بررسی‌های تاریخی مربوط به روابط متقابل میان علوم اجتماعی، پزشکی و بهداشت عمومی، "روزن"^{۱۳} سعی می‌کند پزشکی اجتماعی را با سیاست‌ها و فعالیت‌های بهداشت عمومی مرتبط سازد. او پزشکی اجتماعی را از جامعه‌شناسی پزشکی جدا می‌کند. به نظر او پزشکی اجتماعی اساساً "مربوط به فعالیت‌های پزشکی و بهداشتی در عمل است، و حال آنکه جامعه‌شناسی پزشکی حیطه نظر وسیع‌تری دارد و نقش عوامل اجتماعی را در بهداشت و مراقبت‌های پزشکی بررسی می‌کند." "روزن" در همین زمینه سرانجام سعی می‌کند که مفهوم جدیدتری را وارد کند و آن جامعه‌شناسی سلامت است. می‌توان به تعبیری این‌طور نتیجه گرفت که

Guerin ^{۱۲}Rosen ^{۱۳}

پزشکی اجتماعی جنبه عملی و به کار بسته مطالعات جامعه‌شناسی پزشکی است و در حقیقت مرتبط با "جامعه‌شناسی پزشکی عملی" است. جامعه‌شناس از دخالت در جنبه‌های عملی خودداری می‌کند، و حال آن‌که در پزشکی اجتماعی سروکار محقق یا مجری قبل از هر چیز با رشته‌ای است، که جنبه "هنجاری" دارد.

بررسی روابط میان پزشکی و جامعه سه زمینه اصلی را مطرح می‌کند: محیط و شرایط احاطه‌کننده امور پزشکی (علت‌شناسی پزشکی)، موقعیت پزشک در مقابل مسائلی که توسط جامعه مطرح شده است (تربیت پزشک و ساخت حرفه‌ای)، و روش‌ها و فرایندهای انجام خدمات پزشکی که توسط جامعه تعیین می‌شود و پزشک باید آن‌ها را بشناسد، بکار ببرد، و در خلق آنها نیز مشارکت داشته باشد. با توجه به این ملاحظات، پزشکی اجتماعی خصلتی میان رشته‌ای دارد و علاوه بر حوزه گسترده پزشکی که خاستگاه اصلی آن است با رشته‌هایی مانند اپیدمیولوژی، بهداشت عمومی، زیست‌شناسی، محیط‌شناسی، روانشناسی، اقتصاد، جامعه‌شناسی، آمار، تغذیه و جمعیت‌شناسی در رابطه است و این واقعیتی است که امروزه شواهد آن را در آموزش پزشکی اجتماعی مشاهده می‌کنیم. می‌توان نتیجه گرفت که پزشکی اجتماعی حداقل دارای چند رکن زیر است:

۱. متکی کردن برنامه و محتوای آموزش پزشکی بر اساس بنیادها، شرایط، و مسائل اجتماعی فرهنگی، و اقتصادی یک جامعه خاص.

۲. ارایه آموزش پزشکی بر پایه پژوهش و شناخت علمی نسبت به جامعه.

۳. شکل دادن خدمات پزشکی بر اساس نیازمندی‌های خاص گروه‌های آسیب‌پذیر در سطح منطقه.

۴. محلی کردن خدمات پزشکی در عین حفظ استانداردهای علمی در سطوح ملی و بین‌المللی. (Willams, 2002)

روند شکل‌گیری تخصص پزشکی اجتماعی (Community Medicine Specialty):

پزشکی اجتماعی علم و هنر پیشگیری از بیماری‌ها، طولانی کردن عمرها و ارتقاء سلامت از طریق ساماندهی نیروها و فعالیت‌ها در جامعه است و متخصصین این رشته افرادی هستند که سعی می‌کنند نیازهای سلامتی جمعیت هدفشان را، چه بیمار و چه سالم، اندازه بگیرند و برای برآوردن آنها خدماتی را برنامه‌ریزی و اجرا کنند و در این راه درگیر کار پژوهش و آموزش نیز می‌باشند. (Park, 2000)

پزشکی اجتماعی برای نخستین بار در اواخر قرن نوزدهم به عنوان یک تخصص در اروپا مطرح گردید. نیومان در سال ۱۸۴۷ و ویرشو در سال ۱۸۴۸ بذر آن را پاشیدند ولی مطرح شدن فرضیه میکروبی ایجاد بیماری و کشفیات میکروب‌شناسی تا حد زیادی از گسترش آرمان‌های آن جلوگیری کرد.

در سال ۱۹۱۱ مفهوم پزشکی اجتماعی توسط آلفرد گروتجان^{۱۴} آلمانی دوباره احیا شد. او بر اهمیت عوامل اجتماعی در سبب‌شناسی بیماری تأکید و آن را "آسیب‌شناسی اجتماعی"^{۱۵} نامید. دیگران آن را آسیب

شناسی جغرافیائی و آسیب شناسی جمعیتی نیز نامیدند. در سال ۱۹۱۲ رنه سند^{۱۶} انجمن پزشکی اجتماعی بلژیک را بنیان نهاد. پیشرفت هایی که در زمینه علوم اجتماعی بدست آمد مانند جامعه شناسی، روان شناسی و انسان شناسی بار دیگر نشان داد که انسان تنها یک جانور زیست شناختی نیست بلکه یک موجود اجتماعی است و بیماری ها معمولاً علل اجتماعی، پیامدهای اجتماعی و درمان اجتماعی دارد. به این ترتیب آرمان های پزشکی اجتماعی در دیگر کشورها نیز انتشار یافت. جان ریل^{۱۷} و گروه او در انگلستان تحت تأثیر این آرمان ها قرار گرفته و به پزشکی اجتماعی به عنوان تکامل پزشکی نگرستند و نظریه پزشکی اجتماعی را در آن کشور ترویج نمودند. یک کرسی پزشکی اجتماعی در سال ۱۹۴۲ در دانشگاه آکسفورد ایجاد شد و به دنبال آن دانشگاه های دیگر انگلستان هم کرسی های دیگری به آن اختصاص دادند. (Park, 2000)

در ایالات متحده امریکا ضرورت توجه به این تخصص و کاربردهای آن از بیش از ۵۰ سال پیش مورد توجه قرار گرفته است. پزشکی پیشگیری یکی از ۲۴ تخصص پزشکی است که توسط بورد آمریکایی متخصصین پزشکی به رسمیت شناخته شده است. در امریکا ۸۸ برنامه آموزشی دستیاری پزشکی اجتماعی مصوب در دانشکده های پزشکی، دپارتمانهای بهداشت ایالتی و محلی، قرارگاههای نظامی و دانشکده های بهداشت عمومی وجود دارد.

برنامه دستیاری پزشکی اجتماعی دانشگاه واشنگتن در سال ۱۹۶۱ در دپارتمان پزشکی اجتماعی دانشکده پزشکی به رسمیت شناخته شد. در سال ۱۹۷۰ این دپارتمان تبدیل به دانشکده جدید بهداشت عمومی و پزشکی اجتماعی شد در حال حاضر بیش از ۴۲۰۰ متخصص پزشکی اجتماعی و طب پیشگیری در امریکا مشغول به کار هستند و سالیانه بیش از ۲۵۰ دستیار در این رشته پذیرش می شوند. علت این امر، تغییرات عمیق در سیستم ارائه خدمات مربوط به سلامت و بوجود آمدن نیاز برای دستیابی به پزشکانی است که تمایل و توانایی لازم برای پذیرش مسئولیت مدیریت سازمان های مراقبت از سلامت را که دائم در حال تغییر و توسعه می باشند داشته باشند و در این زمینه آموزش دیده باشند. (ترابیان، ۱۳۸۵)

رشته تخصصی پزشکی اجتماعی در ایران برای اولین بار در دهه پنجاه در دانشگاه علوم پزشکی شیراز راه اندازی شد. ولی متأسفانه تا سال ۵۷ متوقف گردید. این رشته مجدداً پس از انقلاب اسلامی از سال ۱۳۶۳ با هدف تربیت و بکارگیری نیروی انسانی لازم به گونه ای که ضمن دارا بودن دانش، مهارت و توانمندی لازم در شناخت، برنامه ریزی و حل مشکلات بهداشتی و درمانی گروه های جمعیتی و نیز انجام خدمات درمانی و بهداشتی، قادر به انجام امور مربوط زیر باشند؛ راه اندازی شد:

۱- مدیریت و سرپرستی شبکه های عرضه خدمات درمانی، بهداشتی شهرستان و سطوح بالاتر

۲- خدمات کارشناسی بهداشت عمومی در سطح استان و بالاتر

^{۱۵} Social Pathology

^{۱۶} Rene Sand

^{۱۷} J.Ryle

۳ - عضویت در هیات علمی برای اجرای برنامه‌های آموزشی و پژوهشی بهداشتی در موسسات آموزشی و تحقیقاتی کشور

توجه به موارد زیر سبب شد تا برنامه ای برای بازنگری رشته طراحی گردد:

۱. گذر اپیدمیولوژیکی بیماری‌های واگیر و غیرواگیر
۲. تغییر اهداف توسعه جهانی در بخش سلامت و سایر بخش‌ها
۳. تحولات نظام عرضه خدمات سلامتی
۴. ضعف توانمندی‌های مدیریتی در نظام سلامت
۵. عرضه فن‌آوری‌های جدید در مدیریت نظام‌های ارائه خدمات سلامتی
۶. تحولات و پیشرفت‌های مداوم در روش‌های آموزش و یادگیری علوم
۷. ضعف برنامه آموزشی جاری در دستیابی به اهداف تدوین شده رشته تخصصی
۸. اعتراض دانش‌آموختگان و دستیاران نسبت به اجرای برنامه آموزشی
۹. جایگاه نامشخص متخصصان پزشکی اجتماعی در نظام سلامت کشور

حساسیت موضوع پزشکی اجتماعی، تفاوت عمده آن با سایر تخصص‌های پزشکی و نقش منحصر به فرد و جایگاه ویژه آن در نظام ارائه خدمات سلامتی باعث شد که برنامه‌ای ویژه برای بازنگری آن در نظر گرفته شود و مسئولیت مطالعات کارشناسی بازنگری این رشته تخصصی به دبیر خانه جامعه‌نگر مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی محول گردد. برای این منظور به سفارش وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دستور معاون محترم آموزشی و امور دانشجویی و حکم رییس محترم مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی، ابتدا تیمی متشکل از دانش‌آموختگان و دستیاران پزشکی اجتماعی دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران، شهیدبهشتی و ایران تشکیل شد و به منظور هماهنگی با گروه‌های پزشکی اجتماعی دانشگاه‌های اصفهان و شیراز، با مدیران گروه‌های آموزشی این دو دانشگاه نیز مکاتبه شد بدین ترتیب همه ۵ دانشگاه دارای دوره دستیاری پزشکی اجتماعی در این طرح مشارکت داده شدند. همچنین با هماهنگی معاون محترم آموزشی و امور دانشجویی و رئیس محترم مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی طرح کار بازنگری برنامه آموزشی تخصص پزشکی اجتماعی تدوین شد. برنامه آموزشی جدید رشته که ماحصل این طرح می باشد در خرداد ماه سال ۱۳۸۷ ابلاغ گردید.

۳-۲-رسالت ، اهداف و توانمندیهای تعریف شده برای رشته پزشکی اجتماعی

رسالت و اهداف تعریف شده برای رشته پزشکی اجتماعی و برخی از توانمندیهای تعریف شده برای متخصصین این رشته به شرح زیر می باشد (دبیرخانه شورای تخصصی، ۱۳۸۷):

تربیت نیروی انسانی توانمند و مسئولیت پذیر است که در تیم سلامت؛ با بهره گیری از دانش و فناوری روز ، سنجش مستمر سلامتی ، تحلیل شاخص های مربوط به آن در جامعه ، تولید علم در زمینه های مختلف سلامت و انجام مداخلات لازم در حیطه وظایف حرفه ای خود ؛ قادر به رهبری و مدیریت جریان سلامت به سمت ارتقاء باشند.

در کوریکولوم آموزشی اهداف آموزشی این رشته به صورت زیر تعریف شده است :

دانش آموختگان این رشته قادر خواهند بود:

- سطوح میانی و عالی نظام سلامت کشور را راهبری و مدیریت نمایند.
- در پاسخ به نیازها و مشکلات سلامتی جامعه، راهبرد های مناسب ارائه نمایند.
- راهبردهای تدوین شده را اجرا و ارزشیابی نمایند.
- در موسسات تحقیقاتی بخش های دولتی و غیردولتی در زمینه های پزشکی اجتماعی خدمات پژوهشی و مشاوره ای ارائه نمایند.
- ارائه خدمات پیشگیری از بیماری ها را در تمام سطوح به جمعیت ها برنامه ریزی و ارزشیابی نمایند.
- دربرنامه های آموزشی مربوط به سلامت در سطوح مختلف مشارکت نمایند.
- نظام سلامت را به شکل ساختارمند نقد نمایند.

نقش های اختصاصی دانش آموختگان این رشته در نظام سلامت عبارتند از:

۱. راهبری و مدیریت (Leadership & Management)
۲. ارائه دهنده خدمات تخصصی در امور مرتبط (Service Provider)
۳. سیاست سازی و میانجی دانش (Policy Maker & Broker)
۴. آموزش دهنده و مروج (Educator & Promoter)
۵. پژوهش گر (Researcher)
۶. مشاور (Consultant)
۷. دیده ور (Observer)

نقش های عمومی دانش آموختگان این رشته در نظام سلامت :

۱. همکار (Collaborator)

۲. برقرار کننده ارتباط (Communicator)

۳. خود توانمندساز

برخی از توانمندیهای متخصصین این رشته به شرح زیر می باشد:

حیطه سنجش وضعیت سلامت

- نقد و تحلیل سیاست ها ، برنامه ها و پروژه های سلامت
- کاربردی کردن نتایج پژوهش ها
- ارزیابی جامعه (Community Assessment)
- تحلیل وضعیت آینده سلامت جامعه
- تدوین و تحلیل شاخص های نظام سلامت

۲) حیطه تعیین و اجرای مداخلات بهبود وضعیت سلامت

- مدیریت در نظام سلامت
- تدوین برنامه راهبردی
- تحلیل اقتصادی مداخلات و برنامه ها به ویژه هزینه اثربخشی
- حمایت طلبی برای ارتقای سلامت (Advocacy)
- بازاریابی اجتماعی در سلامت و مدیریت بیماری در جامعه

۳-۳- اهمیت رشته در آینه چشم انداز جمهوری اسلامی ایران در ۱۴۰۴

در چشم انداز ۲۰ ساله، ایران کشوری است توسعه یافته با جایگاه اول اقتصادی، علمی و فناوری در سطح منطقه، با هویت اسلامی و انقلابی، الهام بخش در جهان اسلام و با تعامل سازنده و موثر در روابط بین الملل. یکی از ویژگیهای جامعه اسلامی ایران در ۱۴۰۴ برخورداری از سلامت، رفاه، امنیت غذایی، تامین اجتماعی، فرصت های برابر، توزیع مناسب درآمد، نهاد مستحکم خانواده، به دور از فقر، فساد، تبعیض و بهره مند از محیط زیست مطلوب می باشد (چشم انداز ۱۴۰۴)

جامعه ایران اسلامی در سال ۱۴۰۴ با برخورداری از دانش پیشرفته و اتکا بر سهم برتر منابع انسانی و سرمایه اجتماعی در تولید ملی از توانایی لازم برای تولید علم و فن آوری برخوردار است.

نقش رشته پزشکی اجتماعی در نیل به جامعه آرمانی ۱۴۰۴ با توجه به نقشها و مسئولیتهایی که برای متخصصین پزشکی اجتماعی در نظر گرفته شده است قابل توجه است که به ترتیب در زیر به آنها اشاره می گردد:

سلامت و رفاه و تامین اجتماعی: در دورنمای رشته پزشکی ارائه خدمات در عرصه های مختلف نظام سلامت بر اساس شواهد معتبر و حرکت در جهت ارتقای عملکرد نظام سلامت تاکید شده است و رسالت این رشته تربیت نیروی انسانی توانمند و مسئولیت پذیر است که در تیم سلامت با بهره گیری از دانش و فناوری روز، سنجش مستمر سلامت، تحلیل شاخصهای مربوط به آن در جامعه و تولید علم در زمینه های مختلف سلامت و انجام مداخلات لازم در حیطه وظایف حرفه ای خود قادر به رهبری و مدیریت جریان سلامت به سمت ارتقاء باشد. متخصصین پزشکی اجتماعی از طریق نقشهای اختصاصی خود در زمینه راهبری و مدیریت، ارائه مراقبتهای تخصصی در زمینه پیشگیری، سیاست سازی و میانجی گری دانش، آموزش و پژوهش، مشاور نظام سلامت در عرصه های مختلف و دیده بانی نظام سلامت نقش خود را در این زمینه ایفا می کنند

دانش پیشرفته: متخصصین این رشته در پژوهش و آموزش در زمینه الگوهای ارائه خدمات و ارزیابی عملکرد در عرصه های مختلف نظام سلامت فعالیت کرده و بر اساس دورنمای رشته در این زمینه دانشی پیشتاز خواهند بود همچنین مبحث گوناگونی در ارتقا سلامت جامعه از اولویتهای پژوهشی این رشته می باشد با توجه به تازه بودن برخی از این مباحث در سطح جهانی و لزوم تکمیل فرایندها و نظامها در زیر مجموعه نظام سلامت، رشته پزشکی اجتماعی از فرصت مناسبی برای تولید دانش پیشرفته با هدف ارتقای عملکرد نظام سلامت و در نهایت ارتقاء سلامت جامعه برخوردار است.

سرمایه اجتماعی: سرمایه اجتماعی در متون به صورت زیر تعریف شده است: مجموعه منابع حقیقی یا بالقوه مرتبط با مالکیت شبکه پایداری از روابط کم و بیش نهادینه شده بر اساس آشنایی و پذیرش متقابل (پدیا، ۲۰۱۰)

از آنجا که ارتباط بهره‌وری در حوزه‌های مختلف و از جمله سلامت با سرمایه اجتماعی از زمینه‌های مورد پژوهش می‌باشد با توجه به ماهیت بین رشته‌ای این موضوع، رشته پزشکی اجتماعی جایگاه مناسبی برای پژوهش در این زمینه و بویژه ارتباط آن با عملکرد نظام‌های سلامت و ارتقاء سلامت جامعه می‌باشد.

پاره‌ای از ارزشهایی که متخصصین پزشکی اجتماعی به عنوان باور و اعتقاد خود برگزیده‌اند و در جهت نیل به آن تلاش می‌نمایند شامل موارد زیر است: اعتقاد به ارتقای سلامت جامعه برای توسعه پایدار، تعهد به ارتقای عادلانه سلامت جامعه، دفاع از حق سالم بودن و سالم زیستن، پرداختن به اولویت‌های ملی، اعتقاد به تقدم پیشگیری، تعامل مستمر با جامعه و تصمیم‌گیرندگان برای توجه به سلامت جامعه، اعتقاد به نقش مشارکت جامعه در ارتقای سلامت. تلاش در جهت این ارزشها همسو با چشم‌انداز است و بویژه در زمینه ایجاد فرصتهای برابر و عدالت در سلامت و همچنین گسترش مشارکت مردمی و بهبود سرمایه اجتماعی می‌تواند هدایت‌گر مجموعه سلامت کشور در این مسیر باشد

۳-۴- جایگاه رشته پزشکی اجتماعی در نقشه جامع علمی سلامت

۳-۴-۱- جهت گیریهای نقشه علمی سلامت

در جهت گیریهای کلی نقشه جامع علمی سلامت اولویت اول در علم و فناوری سلامت، برنامه هایی است که نیاز جامعه را پاسخ می دهند (حتی اگر تقاضای بالایی برای آنها وجود نداشته باشد) به گونه ای که در افق چشم انداز جامعه ایرانی از بالاترین سطح سلامت و دارای عادلانه ترین و توسعه یافته ترین نظام سلامت در منطقه باشد. در کوریکولوم آموزشی رشته این مسئله در قالب ارزشها و باورها و در رسالت و دورنمای رشته به خوبی انعکاس یافته است. دانش آموختگان این رشته در پرتو نگاه جامع و کلان به نیازها و مشکلات سلامت افراد و جامعه معتقدند توسعه پایدار ملی بدون ارتقای سلامت جامعه و افراد آن ممکن نیست. حساسیت نسبت به تغییر شرایط سلامتی جامعه و ایجاد حساسیت در مسئولان و تصمیم گیران کشور نسبت به سلامت جامعه و افراد آن از دیگر ارزشهایی است که پاسخگویی به نیازهای سلامت جامعه را مد نظر قرار دارد. (نقشه علمی سلامت، ۱۳۹۰)

در جهت گیریهای کلی نقشه بر سرآمدی در علم و دانش و تربیت نیروی انسانی توانمند و همچنین استفاده از نتایج تحقیقات و ترجمان دانش تاکید شده است که نمود آنها را میتوان در ارزشهای رشته پزشکی اجتماعی جایی که بر استمرار رشد و تعالی دانش آموختگان، و استفاده از شواهد به عنوان محور اقدامات اجرایی تاکید می شود مشاهده کرد. تلاش برای تولید علم و کسب جایگاه برتر در منطقه و ارائه الگویی موفق از آموزش نیروی انسانی در بخش سلامت که در دورنمای رشته منعکس گردیده نشان دهنده نقش این رشته در حرکت مجموعه علمی نظام سلامت برای تحقق نقشه علمی در این حوزه دارد

۳-۴-۲- شاخصهای نقشه علمی سلامت

از جمله مهمترین شاخصهای نقشه علمی که رشته پزشکی اجتماعی مستقیم یا غیر مستقیم در دستیابی به آنها نقش دارد موارد زیر می باشد:

- تولید ۲۰۰۰۰ مقاله علوم پزشکی نمایه شده در سال
- ۲۰۰۰۰ پژوهشگر و پشتیبان پژوهش در مراکز پژوهشی، دانشگاه های علوم پزشکی و واحدهای تحقیق و توسعه نهادهای مرتبط با سلامت
- دست یابی به استانداردهای جهانی و گواهینامه های بین المللی در تمامی بیمارستان ها، شبکه های بهداشتی درمانی کشور، دانشکده ها و مراکز پژوهشی

- ارایه ۳ الگوی الهام بخش در مدیریت، سیاست گذاری و اقتصاد سلامت (نقشه علمی سلامت، ۱۳۹۰)

۳-۴-۳- اولویتهای نقشه علمی سلامت

نقشه جامع عملی، برنامه طولانی مدت علم، فناوری و نوآوری است. به همین جهت در بسیاری از موارد با عدم قطعیت روبرو می باشد. در تحلیل دلایل این عدم قطعیت به پیشرانها (یا عواملی (برخورد می کنیم که نقش تعیین کننده در عدم قطعیت ایفا می کنند. براساس ترکیب این پیشرانها با یکدیگر شرایط محتمل متعددی برای آینده علم و فناوری کشور می توان متصور بود. (نقشه) بر این اساس با توجه به دو سناریو بقا یا کمال و همچنین زیر ساختها حوزه های اولویت دار زیر مشخص شده اند

کمال	بقا	زیر ساختها
تولید دارو و تجهیزات پزشکی زیست فناوری پزشکی مولکولی و سلول های بنیادی طب سنتی و داروی گیاهی نانوفناوری	کنترل بیماری ها و معضلات بومی غذا و تغذیه محیط زیست تشخیص درمان و مراقبت بیماران درمان ،	مدیریت، سیاست گذاری و اقتصاد آموزش پزشکی مدیریت اطلاعات و دانش سلامت پیشگیری و ارتقای سلامت عدالت و تعیین کننده های اجتماعی ارتباط علوم پایه - کاربردی

اولویتهای زیر ساخت در هر دو سناریو باید در نظر گرفته شود و سپس متناسب با تحلیل پیشرانها باید به اولویتهای بقا یا کمال پرداخت ، اما حتی در غالب یودن هر یک از دو موقعیت بقا یا کمال نباید از اولویتهای موقعیت دیگر غافل بود. (نقشه علمی سلامت، ۱۳۹۰)

دو حوزه اولویت دار در زیر ساختها یعنی پیشگیری و ارتقای سلامت و عدالت و تعیین کننده های اجتماعی سلامت از حیثه های رشته علمی پزشکی اجتماعی بوده و در سایر حیثه ها متخصصین پزشکی اجتماعی بطور مستقیم یا غیر مستقیم بواسطه توانمندیهای کسب شده قادر به ارائه خدمات خواهند بود.

در سناریو بقا از آنجا که هدف تامین ، حفظ و ارتقا سلامت جامعه می باشد و این مسئله اساس و فلسفه رشته پزشکی اجتماعی می باشد متخصصین رشته پزشکی اجتماعی علاوه بر فعالیتهای آموزشی و پژوهشی در این راستا با ارائه خدمات زیر در این زمینه فعالیت خواهند نمود: ۱- مشاوره ، مدیریت و سیاستگذاری در حیثه پیشگیری و ارتقای سلامت برای سطوح مختلف شامل دانشگاه ، واحدهای ستادی (استانی و ملی) و جامعه ۲-

ارائه خدمات پیشگیری و ارتقا سلامت در سطوح سرپایی، بیمارستانی و جامعه به منظور کنترل بیماریها و معضلات بومی و بیماریهای تغذیه ای

۳-۵- جایگاه پزشکی اجتماعی در برنامه پنجم:

بخشی از سیاستهای کلی برنامه پنجم که مرتبط با سلامت می باشد عبارتند از:
افزایش سلامت روحی و جسمی دانش آموزان.

۱۹) تأکید بر رویکرد انسان سالم و سلامت همه جانبه با توجه به:
۱-۱۹) یکپارچگی در سیاستگذاری، برنامه ریزی، ارزشیابی، نظارت و تخصیص منابع عمومی.
۲-۱۹) ارتقاء شاخصهای سلامت هوا، امنیت غذا، محیط و بهداشت جسمی و روحی.
۳-۱۹) کاهش مخاطرات و آلودگیهای تهدیدکننده سلامت.
۴-۱۹) اصلاح الگوی تغذیه جامعه با بهبود ترکیب و سلامت مواد غذایی.
۵-۱۹) توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت و کاهش سهم مردم از هزینه‌های سلامت به ۳۰٪ تا پایان برنامه پنجم.

۱-۲۰) مبارزه همه جانبه با مواد مخدر و روانگردان و اهتمام به اجرای سیاستهای کلی مبارزه با مواد مخدر.

۴-۲۵) ایجاد بازار رقابتی برای ارائه خدمات بیمه درمانی.

۳۱) ارتقاء و هماهنگی میان اهداف توسعه‌ای: آموزش، بهداشت و اشتغال به طوری که در پایان برنامه پنجم، شاخص توسعه انسانی به سطح کشورهای با توسعه انسانی بالا برسد.

۵-۳۵) تأمین بیمه فراگیر و کارآمد و گسترش کمی و کیفی نظام تأمین اجتماعی و خدمات بیمه درمانی.

(سیاستهای کلی برنامه پنجم، ۱۳۸۸)

توجه به انسان سالم و سلامت همه جانبه، کاهش مخاطرات سلامت، بیمه سلامت، ارتقاء شاخص توسعه انسانی شالوده اصلی پنجمین برنامه توسعه در بخش سلامت را تشکیل می دهد. در تدوین گزارش حوزه سلامت و تنظیم احکام پیشنهادی این حوزه مشارکت متخصصین پزشکی اجتماعی و نقش آنها در پیشبرد مذاکرات بسیار بارز بود. با توجه به رسالت، اهداف و توانمندیهای تعریف شده برای متخصصین این رشته، متخصصین پزشکی اجتماعی با طراحی مداخلات موثر در زمینه کاهش مخاطرات سلامت، اجرا و ارزشیابی مداخلات نقش مهمی در ارتقاء شاخصهای سلامت در برنامه پنجم خواهند داشت. همچنین بخش عمده ای از برنامه ها نیازمند همکاری با سایر بخشها است که با توجه به ماهیت بین رشته ای این متخصصین، حضور آنها در برنامه در ایجاد ارتباط بین گروههای مختلف بسیار موثر است.

فصل ۴

شاخص های ارزیابی موضوع علمی

به منظور ارزیابی حوزه های مختلف علوم شاخصهای از سوی معاونت فناوری ریاست جمهوری معرفی شدند. با توجه به ویژگیهای هر حوزه برخی شاخصها از اهمیت بیشتری برخوردار هستند و لازم است حتما محاسبه شوند. اما در برخی موارد تعدادی از شاخصها قابل محاسبه نبوده و به ناچار در بخش بعدی حذف شده اند. شاخصهای معرفی شده در طرح ممیزی به شرح زیر می باشد:

الف - شاخص های عملکردی

ردیف	شاخص
۱.	تعداد مجلات ملی و سازمانی
۲.	نسبت مجلات نمایه شده در ISI به تعداد کل مجلات ملی و سازمانی
۳.	نسبت مجلات نمایه نشده در ISI که در سایر پایگاه های معتبر بین المللی نمایه می شوند به تعداد کل مجلات ملی و سازمانی
۴.	مجلات دارای impact factor
۵.	تعداد مقالات نمایه شده در پایگاههای بین المللی معتبر
۶.	تعداد مقالات منتشر شده در مجلات برتر
۷.	تعداد مقالات با همکاری نویسندگانی از بخش های مختلف یک سازمان
۸.	تعداد مقالات با همکاری نویسندگانی از دانشگاه و یا سازمان های مختلف
۹.	تعداد مقالات با همکاری نویسندگان خارج از کشور
۱۰.	تعداد مقالات مروری به تعداد کل مقالات
۱۱.	تعداد کتب علمی تخصصی تالیف شده و انتشار یافته توسط دانشگاهها، مراکز تحقیقاتی و ناشران معتبر علمی
۱۲.	تعداد کتب علمی تخصصی ترجمه شده و انتشار یافته توسط دانشگاهها، مراکز تحقیقاتی و ناشران معتبر
۱۳.	تعداد مقالات ارائه شده در کنگره های خارجی و بین المللی
۱۴.	تعداد مقالات ارائه شده در کنگره های داخلی
۱۵.	تعداد طرحهای تحقیقاتی مصوب شده به تفکیک بنیادی، کاربردی و توسعه ای
۱۶.	درصد طرحهای تحقیقاتی بنیادی مصوب شده از کل طرحهای تحقیقاتی مصوب شده
۱۷.	درصد طرحهای تحقیقاتی کاربردی و توسعه ای مصوب شده از کل طرحهای تحقیقاتی مصوب شده
۱۸.	تعداد گردهمائی های علمی - تخصصی برگزار شده
۱۹.	نسبت تعداد پتنتها به مقالات داخلی
۲۰.	نسبت تعداد پتنتها به مقالات خارجی
۲۱.	تعداد رتبه ها و افتخارات پژوهشی از جشنواره های علمی و پژوهشی ملی و بین المللی
۲۲.	میزان مقالات ایرانی در رشته مورد نظر نسبت به مقالات کشور ترکیه

نسبت مقالات ایرانی در رشته مورد نظر نسبت به کل مقالات کشورهای چشم اندازی	۲۳.
مقالات ایرانی در رشته مورد نظر نسبت به مقالات کشور مطلوب	۲۴.

ب- شاخص های ساختاری

شاخص	ردیف
تعداد مراکز تحقیقاتی فعال به تفکیک دولتی و غیردولتی در کل کشور	۱.
تعداد شبکه های علمی- پژوهشی	۲.
تعداد قطب های تحقیقاتی (کانونهای عالی تحقیقی نمونه)	۳.
تعداد مراکز رشد	۴.
تعداد دوره های مشترک با دانشگاه های معتبر دنیا	۵.
تعداد تفاهم نامه های مشاوره و پژوهش صنعت با مراکز تحقیقاتی	۶.
تعداد دفاتر همکاری های علمی مشترک با سایر کشورها و مجامع علمی بین المللی	۷.

ج - شاخص های نیروی انسانی

ردیف	شاخص
۱.	تعداد اعضای هیات علمی هر یک از مراکز تحقیقاتی حوزه مورد نظر به تفکیک جنس
۲.	تعداد پژوهشگران شاغل در هر یک از مراکز تحقیقاتی
۳.	نسبت پژوهشگران به اعضای هیات علمی در کل مراکز تحقیقاتی
۴.	نسبت اعضای هیات علمی مراکز تحقیقاتی به کل تعداد کل هیات علمی
۵.	نسبت هیات علمی مراکز تحقیقاتی به تعداد مراکز تحقیقاتی
۶.	تعداد اعضای هیات علمی مراکز تحقیقاتی به تفکیک رشته
۷.	تعداد اعضای هیات علمی مراکز تحقیقاتی به تفکیک آخرین مدرک تحصیلی
۸.	تعداد اعضای هیات علمی مراکز تحقیقاتی به تفکیک رتبه علمی
۹.	نسبت متخصصین عضو انجمن علمی به کل اعضای هیات علمی
۱۰.	تعداد دانشجویان کارشناسی ارشد، دکتری تخصصی، دستیاری و فوق تخصصی حوزه مورد نظر به تفکیک رشته
۱۱.	تعداد پژوهشگران حوزه مورد نظر که جزو پژوهشگران Highly Cited می باشند
۱۲.	میانگین درصد اختصاص زمان اعضای هیات علمی به فعالیت های آموزشی، پژوهش، ارائه خدمت و سایر فعالیت ها به تفکیک، در هر یک از رشته های علمی در حوزه مورد نظر
۱۳.	میانگین درصد اختصاص زمان اعضای هیات علمی و پژوهشگران مراکز تحقیقاتی به پژوهش و مدیریت پژوهش در حوزه مورد نظر
۱۴.	تعداد اعضای هیات علمی فعال در پژوهش سلامت (معادل تمام وقتی) به تفکیک رشته های موجود در حوزه مورد نظر (این شاخص از حاصلضرب میانگین درصد اختصاص زمان اعضای هیات علمی به فعالیت های پژوهشی در کل تعداد هیات علمی حوزه مورد نظر حاصل می گردد)

د- شاخصهای مالی و اقتصادی

ردیف	شاخص
۱.	میزان اعتبار تخصیص یافته به پروژه های حوزه مورد نظر به تفکیک طرح های بنیادی، کاربردی و توسعه ای
۲.	کل اعتبارات تحقیق و توسعه طرح های بنیادی حوزه مورد نظر در کل کشور به تفکیک دولتی و غیردولتی، غیرانتفاعی خیریه و خارج از کشور
۳.	کل اعتبارات تحقیق و توسعه طرح های کاربردی حوزه مورد نظر در کل کشور به تفکیک دولتی و غیردولتی، غیرانتفاعی خیریه و خارج از کشور
۴.	کل اعتبارات تحقیق و توسعه طرح های توسعه ای حوزه مورد نظر در کل کشور به تفکیک دولتی و غیردولتی، غیرانتفاعی خیریه و خارج از کشور
۵.	درصد هزینه های تحقیق و توسعه حوزه مورد نظر از کل هزینه تحقیق و توسعه سلامت
۶.	کل درآمدهای حاصل از فروش محصولات یا خدمات در حوزه مورد نظر
۷.	سرانه هزینه های تحقیق و توسعه حوزه مورد نظر
۸.	نسبت اعتبارات تحقیقاتی دولتی حوزه مورد نظر به تعداد مراکز تحقیقاتی فعال در آن حوزه
۹.	درصد هزینه های مربوط به خرید و انتقال فناوری حوزه مورد نظر از خارج از کشور

فصل ۵

جداول مقادیر شاخص ها

به منظور بررسی وضعیت پژوهش در حیطه پزشکی اجتماعی ، دو معیار برای انتخاب مراکز تحقیقاتی مد نظر قرار گرفت ۱- حیطه کار مرکز تحقیقات مرتبط با حیطه رشته باشد ۲- متخصصین پزشکی اجتماعی از اعضاء آن مرکز تحقیقات باشند .

در مرحله اول و با توجه به معیار اول ۴۳ مرکز تحقیقات از لیست منتشر شده بوسیله معاونت پژوهشی وزارت بهداشت انتخاب شد و در هیئت مدیره انجمن نظرات در یافت گردید .در مرحله بعد با مراجعه به سایت مراکز تحقیقاتی ، مراکز ی که متخصصین پزشکی اجتماعی از اعضاء آن بودند انتخاب شد.شاخصهای پژوهشی در بخش نیروی انسانی بر اساس داده های این مراکز محاسبه شد .
این مراکز عبارتند از :

مراکز تحقیقاتی
مرکز پیشگیری از آسیبهای روانی اجتماعی -ایلام
علوم رفتاری - اجتماعی - شاهرود
موسسه ملی تحقیقات سلامت-دپارتمان عوامل اجتماعی سلامت
پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی
مرکز تحقیقات علوم انسانی سلامت - اصفهان
مرکز مدیریت خدمات کشوری - تبریز
مرکز تحقیقات پژوهشهای مشارکتی مبتنی بر جامعه -تهران
مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت- علوم بهزیستی و توانبخشی

سایر مراکز تحقیقاتی که متخصصین پزشکی اجتماعی از اعضاء هیئت موسس آن بوده یا با آن همکاری می کنند عبارتند از :

مراکز تحقیقاتی
مرکز تحقیقات علوم سلولی پژوهشکده جهاد دانشگاهی
مرکز تحقیقات گوارش و کبد -بیمارستان فیروزگر
مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم -تهران
مرکز تحقیقات تروما و پژوهشهای جراحی سینا
مرکز تحقیقات سوختگی

مرکز تحقیقات بهداشت روان
مرکز تحقیقات طب کار
مرکز تحقیقات چشم
مرکز تحقیقات علوم اعصاب-شیراز
مرکز تحقیقات روانپزشکی-شیراز

شاخصهای محاسبه شده بر اساس اعلام دبیرخانه ممیزی علوم پزشکی به شرح زیر می باشند:

جدول ۵-۱: شاخصهای عملکرد پژوهشی رشته تخصصی پزشکی اجتماعی در سال ۱۳۸۸

اجتماعی پزشکی	شاخصهای عملکردی	
۵	تعداد مجلات ملی و سازمانی	۱.
۱	تعداد مجلات نمایه شده در ISI	۲.
۲۰.۰۰	درصد مجلات نمایه شده در ISI از کل مجلات ملی و سازمانی	۳.
۱.۷۵	تعداد مقاله به ازای هر فرد (هیات علمی و یا اعضای انجمن)	۴.
۰.۸۱	تعداد مقالات نمایه شده در ISI به ازای هر فرد	۵.
۰.۶۴	تعداد مقالات نمایه شده در Pubmed به ازای هر فرد	۶.
۰.۶۷	تعداد مقالات نمایه شده در scopus به ازای هر فرد	۷.
۴۶.۰۳	درصد مقالات نمایه شده در ISI از کل مقالات	۸.
۲۶.۹۸	درصد مقالات به زبان انگلیسی از کل مقالات	۹.
۵۸.۷۳	درصد مقالات با همکاری بین بخشی نویسندگان (از بخش های مختلف یک سازمان) از کل مقالات	۱۰.
۵۰.۷۹	درصد مقالات با همکاری بین سازمانی نویسندگان (از سازمان های مختلف) از کل مقالات	۱۱.

۳.۱۷۴۶۰۳۲	درصد مقالات با همکاری بین المللی نویسندگان (از سایر کشورها) از کل مقالات	.۱۲
۴.۷۶	درصد مقالات مروری از کل مقالات	.۱۳
۲۰	تعداد کتب علمی تخصصی تألیف شده	.۱۴
۴	تعداد کتب علمی تخصصی ترجمه شده	.۱۵

جدول ۵-۲: شاخصهای عملکرد پژوهشی رشته تخصصی پزشکی اجتماعی در سال ۱۳۸۸

شاخصهای عملکردی		
۰.۶۱	تعداد مقالات ارائه شده در کنگره های خارجی و بین المللی به ازای هر فرد	.۱۶
۰.۸۹	تعداد مقالات ارائه شده در کنگره های داخلی به ازای هر فرد	.۱۷
۳۷.۵۰	درصد ارائه مقالات در قالب سخنرانی از کل مقالات ارائه شده در کنگره ها	.۱۸
۵۵.۰۰	درصد مقالات ارائه شده در کنگره های خارجی و بین المللی از کل مقالات ارائه شده	.۱۹
۰.۰۰	تعداد طرحهای تحقیقاتی مصوب شده بنیادی به ازای هر فرد	.۲۰
۰.۱۷	تعداد طرحهای تحقیقاتی مصوب شده کاربردی به ازای هر فرد	.۲۱
۰.۰۰	تعداد طرحهای تحقیقاتی مصوب شده توسعه ای به ازای هر فرد	.۲۲
۰.۰۰	درصد طرحهای تحقیقاتی بنیادی مصوب شده از کل طرحهای تحقیقاتی مصوب	.۲۳
۵۰.۰۰	درصد طرحهای تحقیقاتی کاربردی مصوب شده از کل طرحهای تحقیقاتی مصوب	.۲۴
۰.۰۰	درصد طرحهای تحقیقاتی توسعه ای مصوب شده از کل طرحهای تحقیقاتی مصوب	.۲۵
۱۳	تعداد گردهمائی های علمی -تخصصی برگزار شده	.۲۶
۰	تعداد پتنتها و اختراعات ثبت شده	.۲۷
۰	تعداد رتبه ها و افتخارات پژوهشی از جشنواره های علمی و پژوهشی ملی و بین المللی	.۲۸

جدول ۵-۳: شاخصهای ساختاری رشته تخصصی پزشکی اجتماعی

پزشکی اجتماعی	شاخصهای ساختاری	
۷	تعداد مراکز تحقیقاتی فعال در کل کشور	۱.
۰	تعداد شبکه های علمی - پژوهشی	۲.
۱	تعداد قطب های تحقیقاتی (کانونهای عالی تحقیقی نمونه)	۳.
۰	تعداد مراکز رشد	۴.
۰	تعداد دفاتر همکاری های علمی مشترک با سایر کشورها و مجامع علمی بین المللی	۵.

جدول ۵-۴: شاخصهای نیروی انسانی در رشته تخصصی پزشکی اجتماعی در سال ۱۳۸۸

پزشکی اجتماعی	شاخصهای نیروی انسانی	
۱۲/۳۳	متوسط تعداد اعضای هیات علمی مراکز تحقیقاتی	۱.
۱/۳۳	متوسط تعداد اساتید مراکز تحقیقاتی	۲.
۲/۰۰	متوسط تعداد دانشیار مراکز تحقیقاتی	۳.
۷/۳۳	متوسط تعداد استادیار مراکز تحقیقاتی	۴.
۱/۶۷	متوسط تعداد مربی مراکز تحقیقاتی	۵.
۵/۶۷	متوسط تعداد پژوهشگران غیر هیات علمی شاغل در مراکز تحقیقاتی	۶.
۰/۴۶	نسبت پژوهشگران غیر هیات علمی به اعضای هیات علمی در کل مراکز تحقیقاتی	۷.
۰/۳۱	نسبت پژوهشگران غیر هیات علمی به کل پژوهشگران در کل مراکز تحقیقاتی	۸.
۰/۶۹	نسبت پژوهشگران هیات علمی به کل پژوهشگران در کل مراکز تحقیقاتی	۹.
۰/۴۲	نسبت اعضای هیات علمی مراکز تحقیقاتی به کل تعداد کل هیات علمی	۱۰.
۰/۰۲	نسبت پژوهشگران (هیات علمی و غیر هیات علمی) با مدرک دکترای حرفه ای به کل پژوهشگران مراکز تحقیقاتی	۱۱.
۰/۵۹	نسبت پژوهشگران (هیات علمی و غیر هیات علمی) با مدرک دکترای تخصصی به کل پژوهشگران مراکز تحقیقاتی	۱۲.
۰/۳۳	نسبت پژوهشگران (هیات علمی و غیر هیات علمی) با مدرک کارشناسی ارشد به کل پژوهشگران مراکز تحقیقاتی	۱۳.
۰/۰۶	نسبت پژوهشگران (هیات علمی و غیر هیات علمی) با مدرک کارشناسی به کل پژوهشگران مراکز تحقیقاتی	۱۴.
۰/۰۰	نسبت پژوهشگران با مدرک کاردانی به کل پژوهشگران مراکز تحقیقاتی	۱۵.

پزشکی اجتماعی	شاخصهای نیروی انسانی	
۱۵/۰۰	تعداد دانشجویان دستیاری	۱۶.
۰/۰۰	تعداد دانشجویان فلوشیپ	۱۷.
۰/۰۰	تعداد دانشجویان PHD	۱۸.
۰/۰۰	تعداد دانشجویان کارشناسی ارشد	۱۹.
۰/۰۰	تعداد دانشجویان کارشناسی	۲۰.
۴۱/۵۳	میانگین درصد اختصاص زمان اعضای هیات علمی به فعالیت های آموزشی	۲۱.
۲۹/۰۳	میانگین درصد اختصاص زمان اعضای هیات علمی به فعالیت های پژوهش	۲۲.
۱۸/۵۶	میانگین درصد اختصاص زمان اعضای هیات علمی به فعالیت های ارائه خدمت	۲۳.
۱۰/۸۹	میانگین درصد اختصاص زمان اعضای هیات علمی به سایر فعالیت ها	۲۴.
۲۷/۴۱	تعداد اعضای هیات علمی فعال در مراکز تحقیقاتی (معادل تمام وقتی)	۲۵.

جدول ۵-۵: شاخصهای مالی رشته تخصصی پزشکی اجتماعی در سال ۱۳۸۸

پزشکی اجتماعی	شاخصهای مالی	
۴۴/۴۳	درصد اعتبارات دولتی از کل بودجه اختصاص یافته به طرح های تحقیقاتی	۱.
۰/۰۰	درصد اعتبارات خارجی از کل بودجه اختصاص یافته به طرح های تحقیقاتی	۲.
ریال ۱۴۱۹۸۱۶۷	میزان اعتبار تخصیص یافته به ازای هر پروژه	۳.
	میزان اعتبار تخصیص یافته به ازای هر پروژه بنیادی	۴.
ریال ۲۸۳۹۶۳۳۳	میزان اعتبار تخصیص یافته به ازای هر پروژه کاربردی	۵.
	میزان اعتبار تخصیص یافته به ازای هر پروژه توسعه ای	۶.

فصل ۶

تجزیه و تحلیل داده ها

۶-۱: وضعیت مطلوب شاخص ها

میزان تحقق نقشه جامع علمی کشور در حوزه سلامت با دست یابی به سلامت مطلوب ارزیابی می شود که عبارتند از:

دستیابی به جایگاه اول سلامت منطقه در مجموع ابعاد شامل: برخورداری عادلانه آحاد مردم از سلامت، پاسخگویی نظام سلامت، عدالت در پاسخگویی، عادلانه بودن مشارکت مالی خانوارها در هزینه خدمات سلامت

این دست آوردها در نتیجه توسعه علم، فناوری و نوآوری در علوم سلامت محقق می شوند. این توسعه دارای نشانه های زیر خواهد بود:

- تولید ۲۰۰۰۰ مقاله علوم پزشکی نمایه شده در سال
- ثبت سالانه ۲۸۰ پتنت در حوزه سلامت
- پژوهشگر و پشتیبان پژوهش در مراکز پژوهشی، دانشگاه های علوم پزشکی و واحدهای تحقیق و توسعه نهادهای مرتبط با سلامت
- اشتغال سالیانه ۸۵۰ دانش آموخته پژوهشگر و یا پشتیبان پژوهش (کارشناس ارشد و بالاتر) علوم پزشکی در دانشگاه ها، مراکز پژوهشی دولتی و غیردولتی
- فعالیت ۷۰۰ مرکز پژوهشی، ۹۰ پژوهشگاه و مرکز رشد دولتی و غیردولتی در حوزه سلامت کشور
- فعالیت ۶۰ پژوهشگاه و مرکز رشد در حوزه های اولویت دار
- دست یابی به استانداردهای جهانی و گواهینامه های بین المللی در تمامی بیمارستان ها، شبکه های بهداشتی درمانی کشور، دانشکده ها و مراکز پژوهشی
- دست یابی به سهم ۲ درصد از بازار جهانی محصولات و خدمات در حوزه سلامت
- دست یابی به سهم ۸۵ درصد از بازار داخل محصولات حوزه سلامت
- ارائه ۳ الگوی الهام بخش در مدیریت، سیاست گذاری و اقتصاد سلامت

در نقشه جامع علمی کشور با مرور منابع، فرض شده است که تعداد مقاله مناسب به ازاء هر یک میلیون نفر جمعیت کشور بین ۴۰۰ تا ۸۰۰ مقاله در سال باشد

فرض شده است که مجموعه گروهای پژوهشی شامل پژوهشگران و پشتیبانان آنها به طور متوسط هر سال بیش از یک مقاله به ازای هر نفر در نمایه نامه های معتبر بین المللی چاپ کنند، بنابراین برای رسیدن به ۲۰۰۰۰ مقاله نمایه شده در زمینه پزشکی، به حدود ۲۰۰۰۰ نیروی انسانی پژوهشگر نیاز داریم.

با توجه به اینکه شاخص تعداد مقالات چاپ شده در نمایه بین المللی معتبر به ازاء هر یک نفر متخصص پزشکی اجتماعی کمتر از ۱ می باشد (۰/۸۱) لازم است به منظور نیل به هدف فوق اقداماتی در نظر گرفته شود. پاره ای از این اقدامات عبارتند از:

- افزایش فعالیتهای پژوهشی اعضای هیئت علمی و اعضاء مراکز تحقیقاتی و چاپ نتایج در نمایه نامه های

بین المللی

در حال حاضر ۳۰٪ از زمان اعضای هیئت علمی صرف امور پژوهشی می گردد. در بسیاری از موارد نتایج طرحهای پژوهشی به مقاله تبدیل نشده و یا از کیفیت بالایی برای چاپ در مجلات معتبر برخوردار نیست. برای ارتقا شاخصهای پژوهشی علاوه بر افزایش کمیت برون دادها لازم است کیفیت کار نیز به گونه ای در نظر گرفته شود که قابلیت چاپ در مجلات معتبر را دارا باشد.

- تربیت نیروی متخصص پژوهشگر

تعداد پژوهشگر در حوزه سلامت از فرمول خاصی محاسبه می گردد که به صورت زیر می باشد:

تعداد پژوهشگر تطبیق یافته = تعداد هیئت علمی پژوهشی + یک سوم تعداد هیئت علمی آموزشی + یک سوم تعداد دستیاران + تعداد پژوهشگران شاغل در مراکز پژوهشی

برآورد تعداد پژوهشگر تطبیق یافته به علت عدم دسترسی به رزومه کلیه متخصصین و همچنین عدم تمایز بین هیئت علمی پژوهشی و آموزشی در برخی رزومه ها به صورت تخمینی انجام گرفت

برای تخمین تعداد پژوهشگر متخصص پزشکی اجتماعی در کشور از سه روش استفاده شد.

براساس تعداد ۶۹ رزومه متخصصین تعداد ۴۴ نفر هیئت علمی آموزشی و ۷ نفر هیئت علمی پژوهشی در حال حاضر به فعالیت می باشند. در تخمین حداکثری با تعمیم این نسبتها به کل ۲۱۰ متخصص پزشکی اجتماعی، تعداد اعضا هیئت علمی آموزشی و پژوهشی محاسبه گردید.

در روش حداقلی تعداد اعلام شده اعضاء هیئت علمی آموزشی از سوی معاونت آموزشی وزارت بهداشت در سال ۱۳۸۸ ملاک قرار داده شده و با فرض حداقل تعداد ۷ هیئت علمی پژوهشی محاسبات انجام شد.

بر اساس برنامه راهبردی سال ۱۳۸۷، ۶۵٪ از متخصصین پزشکی اجتماعی هیئت علمی بوده و ۵٪ در مراکز تحقیقاتی مشغول به فعالیت می باشند. بر اساس این نسبتها در حال حاضر ۱۳۶ هیئت علمی آموزشی و ۱۱ نفر پژوهشگر در رشته پزشکی اجتماعی باید در حال فعالیت باشند به منظور محاسبه تعداد پژوهشگر تطبیق یافته این نسبتها نیز در نظر گرفته شد

جدول: برآورد حداقل و حداکثر تعداد پژوهشگران تطبیق یافته در مجموعه پزشکی اجتماعی

تعداد پژوهشگر تطبیق یافته بر اساس نسبتهای برنامه راهبردی ۱۳۸۷	تعداد پژوهشگر تطبیق یافته به روش حداقلی	تعداد پژوهشگر تطبیق یافته به روش حداکثری	
۱۳۶÷۳	۸۸÷۳	۱۵۴÷۳	هئیت علمی آموزشی ۳/
۱۱	۷	۲۵	هئیت علمی پژوهشی
۴۵÷۳	۴۵÷۳	۴۵÷۳	دستیار تخصصی ۳/
۷۱	۵۱	۹۱	جمع

بنابر این حداقل ۵۱ پژوهشگر (طبق تعریف) و حداکثر ۹۱ پژوهشگر در رشته پزشکی اجتماعی در حال فعالیت می باشند. که میانگین این دو رقم انتهایی تعداد ۷۱ نفر خواهد بود که با برآورد انجام شده بر اساس نسبتهای برنامه راهبردی برابر است.

بر اساس داده های معاونت پژوهشی وزارت بهداشت، در مان و آموزش پزشکی در حال حاضر تعداد ۱۲۰۰۰ پژوهشگر (تطبیق یافته) در حوزه سلامت فعالیت می کنند. اگر تعداد ۲۰۰۰۰ پژوهشگر در ۱۴۰۴ مد نظر قرار گیرد، و فرض کنیم نسبت فعلی تعداد پژوهشگران پزشکی اجتماعی به کل تعداد پژوهشگران حوزه سلامت نسبت مناسبی باشد، در سال ۱۴۰۴ به حدود ۱۲۰ پژوهشگر تمام وقت در حوزه سلامت نیاز خواهیم داشت. اگر نسبت پژوهشگر به کل متخصصین را ثابت فرض کنیم (۷۱ به ۲۱۰) برای داشتن ۱۲۰ پژوهشگر تمام وقت در رشته پزشکی اجتماعی، در سال ۱۴۰۴ به ۳۵۵ متخصص پزشکی اجتماعی نیازمندیم ..

از شاخصهای مهم ارزیابی وضعیت علم و فناوری تعداد موارد ثبت پتنت است. این شاخص از آن جا که نشاندهنده امکان بهره برداری از دانش است اهمیت می یابد. توجه این که در چند سال اخیر رشد تولید علم بیشتر با نشان دادن آمار تعداد مقالات نشان داده شده است. بدون شک هیچ یک از این دو شاخص و یا شاخص های نظیر آن ها کامل نیستند و نمی توانند به صورت جامع موید توسعه علمی کشور باشند، لیکن

کم بودن ثبت پتنت نسبت به تعداد مقاله و نیز تفاوت رشد آن ها حاکی از تولید علمی است که کمتر به کاربرد می رسد. بررسی آمار موجود نشان دهنده همبستگی بین تعداد پتنت و تعداد مقالات به عنوان ۱ تا ۲ درصد پتنت به ازای تعداد مقالات است (نقشه جامع علمی، ۱۳۸۸)

با در نظر گرفتن مطالب فوق ثبت حداقل ۵ پتنت در هر سال در حوزه تخصصی پزشکی اجتماعی لازم است. این امر نیازمند توجه به ایجاد زیر ساختهای لازم برای نیل به این هدف می باشد. یکی از زیرساختهای لازم، مراکز پژوهشی و وجود امکانات و تجهیزات لازم در این مراکز برای تحقیقات می باشد.

با فرض اینکه در سال ۱۴۰۴ حدود بیست هزار نفر پژوهشگر وجود خواهد داشت که یک سوم از این افراد عضو هیات علمی پژوهشی خواهند بود و هر ۱۰ نفر عضو هیات علمی پژوهشی، در یک مرکز تحقیقات به پژوهش می پردازند (نقشه جامع علمی کشور، ۱۳۸۹) اگر در مجموعه پزشکی اجتماعی در سال ۱۴۰۴ ۱۲۰ پژوهشگر داشته باشیم که یک سوم آنها هیات علمی پژوهشی باشند، یعنی نزدیک به ۴۰ نفر، در آن صورت تعداد ۴ مرکز تحقیقاتی پزشکی اجتماعی که هر یک حداقل ۱۰ نفر عضو هیات علمی پژوهشی داشته باشند مورد نیاز خواهد بود. در حال حاضر مراکز تحقیقاتی متعددی در حیطه سلامت همگانی مشغول فعالیت می باشند اما تعداد مراکزی که مستقیماً در زمینه پزشکی اجتماعی فعالیت می نمایند محدود است.

بدین ترتیب لزوم افزایش تعداد مراکز تحقیقاتی و بویژه ایجاد شبکه های تحقیقاتی در حیطه سلامت همگانی و پزشکی اجتماعی مهمترین زیر ساخت لازم برای افزایش کمیت و کیفیت تحقیقات انجام شده در این حوزه می باشد

همچنین لازم است به طور مشخص لزوم همکاری با سایر رشته ها در انجام تحقیقات بین رشته ای مشخص و تعریف گردد

فصل ۷

ارائه تصویری از وضعیت دو کشور منطقه‌ای و یک کشور توسعه یافته

۲-۱-ارائه تصویری از وضعیت دو کشور منطقه‌ای و یک کشور توسعه یافته

تاریخ جستجو: 1/30/2011 آخرین جستجو		
بانک داده مورد جستجو: scopus		
تعداد مقاله حاصل از جستجو	استراتژی جستجو (لطفاً Copy- Paste شود)	
90002	"Community Medicine" OR "Social Medicine" OR "Preventive Medicine" OR "Public Health Medicine" Limits Activated: Field: Affiliation	۱ مقالات متخصصین این رشته
8491	Community Medicine" OR "Social Medicine" OR "Preventive Medicine" OR "Public Health Medicine" Limits Activated: Publication Date from 2009/1/1 to 2009/12/30, Field: Affiliation	۲ مقالات متخصصین این رشته در سال ۲۰۰۹
196	(AFFIL("community medicine" OR "social medicine" OR "preventive medicine" OR "public health medicine")) AND AFFILCOUNTRY("Iran") AND PUBYEAR IS 2009	۳ مقالات متخصصین این رشته در سال ۲۰۰۹ در ایران
16	(AFFIL("community medicine" OR "social medicine" OR "preventive medicine" OR "public health medicine")) AND AFFILCOUNTRY("Turkey") AND PUBYEAR IS 2009	۴ مقالات متخصصین این رشته در سال ۲۰۰۹ در ترکیه
235	(AFFIL("community medicine" OR "social medicine" OR "preventive medicine" OR "public health medicine")) AND (AFFILCOUNTRY("Azerbaijan" OR "Afghanistan" OR "Jordan" OR "Armenia" OR "Uzbekistan" OR "United Arab Emirates" OR "Bahrain" OR "Pakistan" OR "Tajikistan" OR "Turkmenistan" OR "Turkey" OR "Syria" OR "Palestine" OR "Kyrgyzstan" OR "Kazakhstan" OR "Qatar" OR "Kuwait" OR "Georgia" OR "Iraq" OR "Oman" OR "Saudi Arabia" OR "Lebanon" OR "Egypt" OR "Yemen"))AND PUBYEAR IS 2009	۵ مقالات متخصصین این رشته در سال ۲۰۰۹ در کشورهای منطقه چشم انداز
596	(AFFIL("community medicine" OR "social medicine" OR "preventive medicine" OR "public health medicine")) AND	۶ مقالات متخصصین این رشته در سال ۲۰۰۹ در کانادا

AFFILCOUNTRY("Canada") AND PUBYEAR IS 2009			
تاریخ جستجو: 1/31/2011 آخرین جستجو بانک داده مورد جستجو: pubmed			
تعداد مقاله حاصل از جستجو	استراتژی جستجو (لطفا Copy- Paste شود)		
43296	"Community Medicine" OR "Social Medicine" OR "Preventive Medicine" OR "Public Health Medicine" Limits Activated: Field: Affiliation	مقالات متخصصین این رشته	۱
3072	Community Medicine" OR "Social Medicine" OR "Preventive Medicine" OR "Public Health Medicine" Limits Activated: Publication Date from 2009/1/1 to 2009/12/30, Field: Affiliation	مقالات متخصصین این رشته در سال ۲۰۰۹	۲
31	"(Community Medicine" OR "Social Medicine" OR "Preventive Medicine" OR "Public Health Medicine") AND Iran Limits Activated: Publication Date from 2009/1/1 to 2009/12/30, Field: Affiliation	مقالات متخصصین این رشته در سال ۲۰۰۹ در ایران	۳
0	"(Community Medicine" OR "Social Medicine" OR "Preventive Medicine" OR "Public Health Medicine") AND Turkey Limits Activated: Publication Date from 2009/1/1 to 2009/12/30, Field: Affiliation	مقالات متخصصین این رشته در سال ۲۰۰۹ در ترکیه	۴
61	("Community Medicine" OR "Social Medicine" OR "Preventive Medicine" OR "Public Health Medicine") AND ("Azerbaijan" OR "Afghanistan" OR "Jordan" OR "Armenia" OR "Uzbekistan" OR "United Arab Emirates" OR "Bahrain" OR "Pakistan" OR "Tajikistan" OR "Turkmenistan" OR "Turkey" OR "Syria" OR "Palestine" OR "Kyrgyzstan" OR "Kazakhstan" OR "Qatar" OR "Kuwait" OR "Georgia" OR "Iraq" OR "Oman" OR "Saudi Arabia" OR "Lebanon" OR "Egypt" OR "Yemen") Limits Activated: Publication Date from 2009/1/1 to 2009/12/30, Field: Affiliation	مقالات متخصصین این رشته در سال ۲۰۰۹ در کشورهای منطقه چشم انداز	۵
198	"(Community Medicine" OR "Social Medicine" OR "Preventive Medicine" OR "Public Health Medicine") AND (Canada OR Ca) Limits Activated: Publication Date from 2009/1/1 to 2009/12/30, Field: Affiliation	مقالات متخصصین این رشته در سال ۲۰۰۹ در کانادا	۶

تاریخ جستجو: 15/18/2011 آخرین جستجو			
بانک داده مورد جستجو: pubmed			
تعداد مقاله حاصل از جستجو	استراتژی جستجو (لطفا Copy- Paste شود)		
65518	"Community Medicine" OR "Social Medicine" OR "Preventive Medicine" OR "Public Health Medicine" OR ("public health" AND medicine) Limits Activated: Field: Affiliation	مقالات متخصصین این رشته	۱
5772	Community Medicine" OR "Social Medicine" OR "Preventive Medicine" OR "Public Health Medicine" OR ("public health" AND medicine) Limits Activated: Publication Date from 2009/1/1 to 2009/12/30, Field: Affiliation	مقالات متخصصین این رشته در سال ۲۰۰۹	۲
40	"(Community Medicine" OR "Social Medicine" OR "Preventive Medicine" OR "Public Health Medicine" OR ("public health" AND medicine)) AND Iran Limits Activated: Publication Date from 2009/1/1 to 2009/12/30, Field: Affiliation	مقالات متخصصین این رشته در سال ۲۰۰۹ در ایران	۳
24	"(Community Medicine" OR "Social Medicine" OR "Preventive Medicine" OR "Public Health Medicine" OR ("public health" AND medicine)) AND Turkey Limits Activated: Publication Date from 2009/1/1 to 2009/12/30, Field: Affiliation	مقالات متخصصین این رشته در سال ۲۰۰۹ در ترکیه	۴
248	"(Community Medicine" OR "Social Medicine" OR "Preventive Medicine" OR "Public Health Medicine" OR ("public health" AND medicine)) AND (Canada OR Ca) Limits Activated: Publication Date from 2009/1/1 to 2009/12/30, Field: Affiliation	مقالات متخصصین این رشته در سال ۲۰۰۹ در کانادا	۶

فصل ۸

ارائه دسته بندی ضعفها ، قوتها ، تهدیدها و فرصتها

۸-۱: تحلیل روندهای خارجی و تاثیر آن بر رشته پزشکی اجتماعی (فرصت و تهدیدها در افق آینده تحلیل STEEP)

پژوهش	آموزش	تهدیدها	پژوهش	آموزش	فرصتها	شرح روند	کد روند
	افزایش رشته های بالینی برای حل مشکلات سلامت	افزایش ارائه دهندگان خدمات، هموطنانی خدمات، افزایش هزینه ها کاهش کیفیت خدمات	فرصت انجام پژوهش در زمینه سبک زندگی و ارتباط آن با بار بیماری ها فراهم می شود.	ضرورت آموزش همگانی در سطح جامعه در مورد سبک صحیح زندگی احساس می شود و متخصصین این رشته می توانند از این فرصت برای مشارکت در آموزش جامعه شرکت نمایند. مطرح شدن موضوع پزشکی خانواده به عنوان فرصت ارتقا گروه	احساس نیاز به ارائه خدمات عمومی در مورد بهبود تغذیه، تحرک، استرس و سرمایه اجتماعی افزایش اهمیت سرمایه اجتماعی افزایش توجه به کیفیت زندگی و کاهش ناتوانی	۱. صنعتی شدن سبک زندگی ایرانیان در موضوعاتی از جمله عادات غذایی، کم تحرکی، افزایش استرس و کاهش روابط اجتماعی حقیقی نمود پیدا می کند. این امر با توجه به گذار جامعه ای ایرانی از فضای سنتی به فضای مدرن و تغییر در نظام ارزشی افراد، سبک زندگی ایرانیان را دستخوش تغییرات زیادی خواهد کرد. از سوی دیگر، کشور با روند افزایش میانگین سنی جمعیت روبه رو است. روند افزایش شاخص امید به زندگی در کنار کاهش نرخ باروری ادامه ای این کلان روند را تسهیل می کند. این دو کلان روند (صنعتی شدن و پیر شدن جمعیت) در کنار هم منجر به تغییر الگوی بار بیماری ها می شود که آثار و پیامدهای مهمی بر نظام سلامت کشور خواهد داشت. به علاوه، پیر شدن جمعیت منجر به افزایش شاخص نسبت سراری و کاهش نیروی کار فعال خواهد شد. به این ترتیب با کاهش نیروی کار فعال، آموزش و تولید منابع انسانی برای نظام سلامت نیز دستخوش تغییرات بسیار زیادی خواهد شد که این تغییرات در نوع آموزش، عناوین درسی و ... نمود پیدا می کنند.	SO1
	تسهیل دسترسی مردم به اطلاعات در صورت عدم نظارت بر محتوا و صحت آنها می تواند از سوی دیگر باعث تقاضای آلتی و افزایش هزینه های نظام سلامت شود.	تسهیل دسترسی مردم به اطلاعات در صورت عدم نظارت بر محتوا و صحت آنها می تواند عواقب بدی برای سلامتی مردم و جامعه داشته	وجود آمدن زمینه گسترش رشته در ارائه خدمات پیشگیری	درک نیاز به خدمات جامعه محور، پیشگیری و غربالگری از سوی مردم و بهبود جایگاه این خدمات در جامعه تسهیل اجرای مداخلات ارتقای سلامت	۲. افزایش سطح تحصیلات و سواد و آگاهی در جامعه یکی از روندهای مهم کشور در سال های آینده خواهد بود. این امر از یک سو به دلیل افزایش دسترسی به منابع اطلاعاتی و ارتباطات آسان فرامیزی مانند استفاده از اینترنت و ماهواره و از سوی دیگر، به دلیل افزایش اهمیت آموزش در میان خانواده ها اتفاق می افتد. این امر انتظارات افراد از نظام سلامت را تغییر خواهد داد. انتظارات و مطالبات افزایش یافته مردم خود را به شکل افزایش نرخ شکایات از نظام سلامت، تقاضا برای پاسخ گویی بیشتر این نظام به نیازهای سلامتی و غیر سلامتی گیرندگان	SO2	

کد روند	شرح روند	فروتنها			تهدیدها		
		خدمات	آموزش	پژوهش	آموزش	پژوهش	خدمات
	خدمات، خدمات با کیفیت و درخواست برای توزیع عادلانه‌ی خدمات نشان خواهد داد.						
S03	۳. افزایش ناهنجاری‌های اجتماعی مانند طلاق، بزهکاری در نوجوانان، خشونت، مصرف مواد مخدر و کاهش سن مصرف آن می‌شود. این روند بر اقدامات نظام سلامت درباره‌ی سلامت اجتماعی تأثیر در خور توجهی خواهد داشت.	تأمین خدمات سلامت اجتماعی	توسعه آموزش در زمینه خدمات سلامت اجتماعی	توسعه پژوهش در زمینه خدمات سلامت اجتماعی	تداخل بین رشته پزشکی اجتماعی و سایر رشته در ارائه خدمات سلامت اجتماعی کم بودن تأثیر مداخلات به دلیل چند عملی بودن معلولها در سلامت اجتماعی		
S04	۴. کاهش سرمایه‌ی اجتماعی در جامعه منجر به کاهش اعتماد و مشارکت در بخش‌های مختلف نظام سلامت کشور خواهد شد. این امر به جدا افتادن نظام سلامت از مردم می‌انجامد و فضای بدبینی و نارضایتی از خدمات را در میان افراد جامعه ایجاد خواهد کرد.	پر رنگ شدن اهمیت سرمایه اجتماعی و لزوم انجام مداخلات در این زمینه		گسترش زمینه تحقیق در رابطه با سرمایه اجتماعی	کاهش زمینه مشارکت مردمی در مداخلات ارتقای سلامت		

	<p>کاهش کیفیت آموزش به سبب عدم تناسب تعداد دستیاران با ظرفیت علمی دانشگاهها جذب نیروهای توانمند به سایر رشته ها به سبب بازار کار بهتر ایجاد رشته هایی که با هم همپوشانی دارند</p>	<p>افزایش بیکاری فارغ التحصیلان به دلیل عدم تناسب ظرفیت ها با بازار کار</p>	<p>امکان استفاده از متخصصان ایرانی خارج از کشور برای گسترش تبادل بین المللی در زمینه آموزش و پژوهش</p>	<p>امکان افزایش پذیرش دستیار پزشکی اجتماعی و ایجاد دوره های تکمیلی با گرایشهای ویژه امکان ورود افراد توانمند در صورت وجود رقابت سالم</p>	<p>ترویج شیوه های زندگی سالم و خدمات پیشگیری در قالب مدگرایی</p>	<p>S05 ۵. افزایش تقاضا برای تحصیلات تکمیلی در میان دانشجویان یکی از روندهای مهم در سالهای آینده خواهد بود. باید به این روند افزایشی در کنار ضعف های نظام آموزشی کشور در دو مقوله کیفیت آموزش و مدیریت و ظرفیت پذیرش نظام آموزش عالی نگریست. از یک سو ضعف در کیفیت آموزش و مدیریت این نظام موجب افزایش نرخ خروج نخبگان کشور می شود. که این امر موجب کاهش تعداد نیروهای متخصص و کاهش انگیزه ی متخصصان شاغل درون کشور می گردد. از سوی دیگر، ضعف در ظرفیت پذیرش موجب افزایش رقابت میان دانشجویان برای دستیابی به مدارج بالاتر علمی خواهد شد که این افزایش رقابت، زمینه ساز بروز تخلفات و تقلب در آزمون های پذیرش شده، سطح فساد در این زمینه را بالا می برد. به علاوه، سوء مدیریت این تقاضای بالا موجب کاهش امنیت شغلی و انگیزه ی آن دسته از دانشجویانی می شود که امکان ورود به سطح بالاتر را نیافته اند. البته نباید روی دیگر این روند را که نشان دهنده ی ظرفیت بالای دانشجویان برای کسب مهارت های بیشتر است از نظر دور داشت.</p>
		<p>تخصیص بودجه های نظام سلامت به خدمات و کالاهای لوکس و کمبود بودجه در بخش خدمات پیشگیری</p>			<p>S06 ۶. افزایش مصرف گرایی در میان اقشار مختلف جامعه خود را به شکل یک روند پیوسته نشان خواهد داد. مدگرایی نیز در کنار گرایش به استفاده از خدمات لوکس سلامتی مانند جراحی های زیبایی، لیزر درمانی و استفاده از رژیم های غذایی لاغری افزایش خواهد یافت. افزایش این موارد، موجب تغییر در نوع خدمات سلامت مورد نیاز گروه هایی از جامعه خواهد شد. از سوی دیگر، از آن جا که عمده ی این خدمات از طریق ارائه دهندگان خصوصی برای مردم فراهم می شود، نظارت اثربخش بر چگونگی و کیفیت این خدمات از اهمیت به سزایی برخوردار می شود.</p>	
			<p>زمینه انجام پژوهش های جامعه</p>		<p>لزوم توجه به عوامل اجتماعی و</p>	<p>S07 ۷. افزایش حاشیه بندی یکی از روندهای مهم در آینده ی کشور</p>

			محور در مناطق حاشیه شهرها		سایر تعیین کننده‌های سلامت احساس می‌شود.	به‌شمار می‌رود. این امر موجب کاهش خدمات‌رسانی دولتی به این نواحی خواهد شد. در این نواحی دسترسی به پایه‌ای‌ترین خدمات بهداشتی از جمله آب آشامیدنی سالم، بهداشت محیطی و امنیت در پایین‌ترین سطح خود قرار دارد. به‌علاوه، از آن‌جا که پیدایش این نواحی حاشیه‌ای، عمدتاً به شکل غیرقانونی صورت می‌پذیرد، امکان احداث مراکز بهداشتی درمانی در این نواحی بسیار کم است و با توجه به جمعیت نسبی و تنوع نژادی بالای این مناطق در کنار سطح بالای جرم و بزهکاری و سطح پایین سواد و آگاهی، نبود امکانات پایه‌ی بهداشتی و سلامت تأثیر بسیار جدی خواهد داشت.	Tel
		توجه به HTA و انجام این مطالعات بوسه متخصصین پزشکی اجتماعی				پیشرفت در استفاده از فناوری‌های نوین و پیشرفته (مانند ریزفناوری، فناوری زیستی، ژنومیکس، پرتئومیکس و ...) در عرصه‌های تشخیص و درمان یک روند فزاینده خواهد بود. ادامه‌ی این روند صحت تشخیص‌ها و درمان‌ها را افزایش می‌دهد و به افزایش کیفیت خدمات ارائه‌شده می‌انجامد. کیفیت بهتر خدمات ارائه‌شده از سوی نظام سلامت، رضایت‌مندی بیشتر مردم را در پی خواهد داشت. از سوی دیگر افزایش هزینه نظام سلامت ناشی از این روند را نیز باید مورد توجه قرار داد	Tel2
						۲. در سال‌های آینده خرید و انتقال دانش و فناوری از دیگر کشورها به جای تولید آن در داخل کشور تسهیل خواهد شد. این امر هزینه‌های تولید داخلی را کم خواهد کرد اما از سوی دیگر، ممکن است موجب افزایش وابستگی کشور به خارج شود.	
	توجه بیش از حد. روش‌های آنلاین کیفیت آموزشهای مخصوصاً مهارت‌ها را زیر سوال					۳. پیشرفت روش‌ها و فناوری‌های آموزشی و یادگیری در کشور نیز یکی از روندهای مهم در سال‌های آینده خواهد بود. این روند بر نظام آموزش سلامت نیز تأثیر به‌سزایی خواهد داشت.	Tel3

	می برد				آموزشی امکان بهره‌برداری از روش‌های نوین و مؤثرتر آموزشی جهت آموزش همگانی و ارتقای سلامت جامعه توسط متخصصین رشته		تسهیل نظارت بر ارائه خدمات	استفاده از روش‌ها و فناوری‌های نوین آموزشی، کیفیت آموزش نیروی انسانی در نظام سلامت کشور را ارتقا می‌دهد. این امر به نوبه خود کیفیت فرایندهای تصمیم‌گیری در بدنه نظام سلامت و کیفیت ارائه خدمات این نظام را بهبود خواهد بخشید.
		هزینه‌های بالای خدمات آنلاین شیفت منابع به سمت فناوریهای پیشرفته و نگهداری آنها	افزایش دقت آمارها و داده‌ها	افزایش دقت آمارها و داده‌ها			تسهیل نظارت بر ارائه خدمات	۴. گسترش روز افزون فناوری‌های ارتباطات و اطلاعات در نظام سلامت مانند پزشکی از راه دور، مراقب‌های هوشمند، استفاده از روبات‌ها در فرایندهای تولید و ارائه خدمات نیز از جمله روندهای تاثیرگذار فناوری در سال‌های آینده خواهد بود. این امر از یک سو دقت و کیفیت خدمات را بالا خواهد برد و از سوی دیگر، نوع تخصص‌های نیروی انسانی را تغییر خواهد داد. اگر در آینده برخی از فرایندهای تشخیصی با درمانی کشور از طریق ماشین به انجام رسد، نوع آموزش نیروی انسانی نیز بر این اساس تغییر خواهد کرد و افراد در آینده نیازمند توانایی‌های جدیدی برای ارائه خدمات سلامت خواهند بود.
								۵. پیشرفت دانش طراحی فناوری‌های ساخت سریع نمونه‌های اولیه (مانند نمونه‌سازی سریع، چاپ‌های سه‌بعدی و ...) منجر به توسعه هرچه بیشتر تجهیزات پزشکی و کوتاه شدن زمان و هزینه‌های تبدیل ایده به محصول خواهد شد.
			زمینه تحقیق در زمینه تدوین استانداردهای ملی و بومی	استانداردهای ملی و بومی			اهمیت آموزش مدیران و کارشناسان استقرار فناوریهای سلامت عمومی	۶. افزایش بهره‌وری با رعایت استانداردهای بین‌المللی و کاهش هزینه‌های استفاده از فناوری در کشور موجب کاهش هزینه‌های نظام سلامت خواهد شد.
			توسعه تحقیقات سلامت عمومی به منظور تولید شواهد معتبر علمی و بومی به خصوص در زمینه اقدامات پیشگیرانه و	توسعه تحقیقات سلامت عمومی به منظور تولید شواهد معتبر علمی و بومی به خصوص در زمینه اقدامات پیشگیرانه و			افزایش کیفیت خدمات سلامت عمومی و رضایتمندی مشتریان	۷. روند افزایش توجه به علوم مبتنی بر شواهد در حوزه سلامت موجب کاهش درصد خطاهای تشخیصی و درمانی در نظام سلامت خواهد شد. این امر کیفیت بیشتر خدمات و در نتیجه، رضایتمندی بیشتر مردم را در پی خواهد داشت.

توجه به محیط سلامت اجتماعی پژوهش در آموزش پزشکی	توجه به محیط سلامت اجتماعی	همپوشانی رشته بهداشت محیط گرایش پزشکی اجتماعی به دور شدن از حیطه سلامت محیط	غربالگری افزایش فعالیتهای بین رشته ای	افزایش فعالیتهای بین رشته ای	افزایش توجه سیاستگذاران و اقبال عمومی به حیطه سلامت محیط و ایمنی غذایی و امکان کنترل بیشتر بر صنایع غذایی گسرایش مردم به غذاهای ارگانیک	۱. افزایش پسماند های خطرناک، مصرف سموم آفات نباتی و مواد صنعتی در کنار آشکار شدن تدریجی آثار زیست محیطی فناوری های پیشرفته مانند ریز فناوری و فناوری زیستی موجب افزایش آلاینده های زیست محیطی در آب و هوا خواهد شد. این امر عوارضی مانند آسیب دیدن لایه اوزون، گرم شدن زمین، افزایش بیماری های ناشی از آلودگی ها و کاهش گونه ها و تنوع زیستی و ژنتیکی می شود. ادامه ی این روند ممکن است الگوی بار بیماری ها در کشور را تغییر دهد.	Env1
		تناخل با رشته طب اورژانس در حیطه مدیریت بلایا	لزوم تحقیقات و پژوهش در مورد اثر تغییرات آب و هوا بر جنبه های مختلف سلامت	رشد بیشتر مباحث مرتبط با اقتصاد سلامت (هزینه فایده، هزینه اثربخشی، هزینه مطلوبیت	افزایش توجه سیاستگذاران به مدیریت بلایا زمینه ای برای فعالیتهای حمایت طلبی جهت پایه سازی مداخلات لازم برای مقابله با تغییرات آب و هوا	۲. ادامه ی روند گرم شدن زمین که در درازمدت، موجب تغییرات بیولوژیک و افزایش بلایای طبیعی مانند سیل، خشک سالی، توفان و ... می شود. این تغییرات جهانی آب و هوا موجب کاهش شیوع بیماری های عفونی متداول و بروز بیماری های عفونی نوپدید و بازپدید در حوزه سلامت افراد جامعه می شود.	Env2
					افزایش توجه به حیطه بیماری های نوپدید و باز پدید	۳. ادامه ی بهبودی بی رویه از منابع طبیعی با توجه به محدود بودن این منابع موجب حرکت به سمت زوال این منابع می گردد. از سوی دیگر، این محدودیت منجر به افزایش اقبال به سمت توسعه ی منابع انرژی نو و تجدید پذیر خواهد شد. و منابع نظام سلامت نیز به این حوزه ها سوق پیدا خواهد کرد.	Env3
					افزایش گسرایش به سمت مدیریت سبز و دوستاندار محیط زیست	۴. افزایش توجه به فناوری های سبز و کاربرد مواد زیست محیطی تجزیه پذیر منجر به اخذ استانداردهای بین المللی زیست محیطی و در نتیجه افزایش اعتبار و بهبود رتبه ی نظام سلامت کشور در جهان خواهد شد. این امر موجب دستیابی نظام سلامت کشور به بازارهای جدید برای محصولات و خدمات خود خواهد شد.	Env4
		امکان اقت شاخصهای سلامت و عدم توجه به خدمات پیشگیری			توجه بیشتر به کاربرد رشته در اقتصاد سلامت و پوشش بیمه	۱. تحریم اقتصادی و توسعه ی خصوصی سازی و هدفمند کردن بازارها منجر به رشد اقتصادی غیر قابل پیش بینی، کاهش قدرت	Eco1

									خرید مردم، افزایش اختلاف درآمد دهک‌های بالا و پایین جامعه، افزایش تورم و افزایش هزینه‌های بهداشتی درمانی و افزایش هزینه‌های اجتناب‌ناپذیر می‌شود. درک خانواده‌ها از اقتصاد خانواده و سفره‌افزایش می‌یابد.	Eco2
									۲. در صورت عدم وجود تحریم اقتصادی؛ جهانی شدن سبب کاهش تعرفه‌های گمرکی و تاثیر بر صنعت داخلی، حمایت و حفاظت از حقوق مالکیت معنوی، سرمایه‌گذاری خارجی، توسعه صادرات و واردات، افزایش بازارهای غیررسمی و قاچاق و افزایش فاصله‌ی بین کشورهای غنی و فقیر و افزایش نرخ بیکاری می‌گردد.	Eco3
									۳. نگاه اقتصادی به تولید علم و فناوری سبب فرآگیر شدن فناوری‌های نوظهور در کشورها و توسعه صادرات و افزایش اعتبارات به تولید کنندگان و نگاه‌های اقتصادی کوچک و متوسط، شکست تدریجی انحصار فناوری پیشرفته می‌گردد و توجه هر چه بیشتر به مالکیت معنوی، تغییرات قانونی ثبت پتنت، افزایش سرعت تبدیل ایده به محصول قابل انتظار است.	Eco4
									۴. افزایش محدودیت‌های بودجه‌ای بخش سلامت ناشی از افزایش بار اقتصادی و بهداشتی بیماری‌های غیرواگیر و بیماری‌های نوظهور ناشی از تغییرات محیط زیست، افزایش گرایش به پوشش همگانی خدمات پایه‌ی نظام سلامت و افزایش پوشش جمعیتی بیمه پرداخت به ازای پیامدهای سلامت و عملکرد، افزایش تمایل جامعه به کنترل رفتار از راه‌کنندگان خدمت را تحت تاثیر قرار می‌دهد. همچنین تغییر نگرش جهانی به سلامت از هزینه‌ای به سرمایه‌ای، تجاری شدن طب و توسعه توریسم - درمانی می‌تواند مورد انتظار باشد	Eco5
									۵. افزایش رشد اقتصادی کشورهای در حال توسعه با افزایش مصرف انرژی در جهان همراه بوده که به افزایش توجه به بار اقتصادی تخریب محیط زیست (در سطح ملی و جهانی) و بهبود	
	همگانی								توجه بیشتر به اصلاح سبک زندگی و فرصت ارائه خدمت در این زمینه	
									توجه به پیشگیری	
									توجه به سیاستهای بین بخشی	
									کاهش فاصله کشورهای غنی و فقیر و گسترش خدمات برای همه	
									افزایش فرصت بروز خلاقیت در زمینه مدیریت خدمات سلامت	
									توسعه توریسم درمانی و مدیریت آن در کشور	
									اصلاح روند ارائه خدمات و افزایش پوشش همگانی HTA به	
									توجه بیشتر به	
									کاهش کیفیت و کمیت خدمات ارائه شده	
									از آنجا که خدمات اولیه سلامتی دارای بازخورد اقتصادی سریع نیستند (اگرچه در طول زمان کاملاً هزینه اثربخش هستند) ممکن است در زمان برنامه‌ریزی‌های کلان به رشد آنها و منابع مورد نیاز آنها بی توجهی شود.	
									گسترش چپ‌ساز آموزش و تحقیقات پزشکی اجتماعی در ارتباط	

شنیفت بودجه پژوهشی به تحقیق و نوآوری در علوم پایه و بالینی	بازنگری توانمندی های متخصصین باید در بازه زمانی کوتاهتری انجام شود	تسهیل سیاسی و سیاست زدگی وقت متخصصین این رشته را برای فرام کردن مستندات پشتیبان بیش از اندازه هدر خواهد داد تداخل بین این رشته با رشته‌هایی مانند سیاست گذاری سلامت در صورت عدم تعریف دقیق محدوده رشته‌ها	با محیط زیست و سلامت	گسترش مراکز تحقیقاتی سلامت عمومی و تحقیقات جمعیتی در سطح کشور امکان توسعه نوآرهای مدیریتی و برنامه ریزی در نظام سلامت	افزایش جایگاههای شغلی برای متخصصین پزشکی اجتماعی در حوزه مدیریت و سیاست گذاری حیطه کاری روشن تر محدود تر و اختصاصی تر می شود نیاز به هماهنگی بین بخشی افزایش می یابد	۱. ادامه‌ی توجه سیاسی به علم و در نتیجه دانش و فناوری سلامت که منجر به حمایت از نوآوری‌های درجه‌ی یک از سوی دولت می گردد. بر این اساس، برخی از هزینه‌های پژوهش و فناوری می تواند به شکل مستقیم از طرف دولت انجام شود و بودجه‌ی پژوهشی وزارت متبوع می تواند صرف حل مشکلات مردم و سلامت کشور گردد.	P01	سازوکارهای ارایه‌ی پارانه‌های مالی با هدف حفاظت منابع محیطی در جهان و تقویت حمایت از شکل گیری مکانیزم چیران خبرد ارزش‌های طبیعی ملی در جهان منجر می گردد.
امکان تبادلات علمی رشته با سایر کشورها محماد می شود		کاهش اولویت سلامت در دولت سبب نقصان منابع مالی لازم شده و در نتیجه توسعه رشته تهدید می شود	امکان فرضیه سازی و کار	افزایش تولید داخلی و فناوری های لازم نیاز به رشته را افزون خواهد کرد نیاز به مدیریت بهینه سیستم افزایش می یابد	۲. تدابیر درون گرایی سیاسی و ادامه یافتن تنش‌های سیاسی به همراه سیاست زدگی که می تواند تولید وزارت خانه‌های مرتبط با سلامت را به عدم همکاری با هم سوق دهد. در نتیجه مشکلات نظام سلامت فقط در حد اخبار و توان وزارت بهداشت قادر به پیگیری و حل شدن خواهد بود	P02	۳. ادامه‌ی رویکرد ایران‌سنجی قدرت‌های جهانی منجر به افزایش و گسترش تحریم‌های اقتصادی و فناورانه و تبادلات اجتماعی ایران می شود که در نتیجه‌ی آن، توجه مسوولان به موضوعات روز سوق پیدا می کند و موضوع سلامت از فهرست اولویت‌های آنان خارج می شود. به علاوه، نظام سلامت کشور در بلندمدت امکان بهره‌گیری از فناوری‌های پیشرفته و مناسب را بناست خواهد آورد.	
		نگاه پیشگیرانه محدود و نگاه درمان				۴. ادامه‌ی روند عدم وجود فلسفه و دیدگاه مناسب دربارهی	P04	

			گر گسترش می یابد مشکلات پیچیده تلاش و وقت بیشتری را برای حل به هدر می دهد	روزی بهانی سلامت برای اعضا هیئت علمی رشته فراهم می شود فرصت خلایقیت برای ابتکارات و ایده های نوآور برای حل معضلات سلامت افزایش می یابد	امکان رقابت بین متخصصین برای افزایش مهارت های خود در یافتن فرصت های کاری بهتر افزوده می شود	فرصت کار برای متخصصین در بخش غیر دولتی افزایش می دهد امکان حضور متخصصین برای توصیف و تحلیل معضلات و ارائه راهکارها فراهم می شود	۵. ادامه روند کوچک سازی دولت براساس قوانین مختلف و از جمله اصل ۴۴ که موجب می شود سیاست مداران توجه بیشتری را معطوف به داشته های خود مانند آموزش و سلامت داشته باشند که در نهایت منجر به مطرح شدن موضوع سلامت به عنوان دیالوگ برتر بین نهادهای سیاست گذار از جمله: مجمع، مجلس، دولت و دیگر بازیگران سیاسی ایران خواهد شد. این توجه منجر به شکل گیری تحقیقات در نظام سلامت، شکل گیری پائل های بررسی مشکل و رقابت بین نهادهای برای سیقت گرفتن در این زمینه خواهد شد. هم چنین می تواند حوزه های صنعتی و اقتصادی وزارت بهداشت را از حیطه مدیریت مستقیم این وزارت خانه خارج کرده و موجب دگرگونی مداوم در طول زمان پانزده ساله آینده نظام سلامت کشور شود.	Pos
--	--	--	---	--	---	---	--	-----

۲-۸: تحلیل نقاط ضعف و قوت ، تهدید و فرصت (SWOT)
 ۲-۸-۱: نقاط قوت

منابع (مالی ، تجهیزات) ،	اصول و ارزشها و باورها	نیروی انسانی	ساختار	برنامه ریزی ومدیریت	سیاست گذاری و قوانین	حیطه خدمات
عدم وابستگی رشته به تجهیزات پیشرفته و گران قیمت	نگرش صنفی مثبت	وجود اساتید پیشکسوت و مسئولیت پذیر برای هدایت برنامه های کلان پزشکی اجتماعی ظرفیتهای بالقوه در کل ۲۰۰ نفر متخصص متخصصین توانمند در وزارتخانه نزدیک به تصمیم گیرندگان	وجود انجمن علمی پزشکی اجتماعی	آشنایی متخصصین رشته با اصول برنامه ریزی و مدیریت که می تواند در برنامه ریزی برای رشته یک نقطه قوت باشد. حضور پزشکان اجتماعی در ساختار های برنامه ریزی سلامت کشور	حضور متخصصین رشته در جایگاه های مختلف که می توانند در زمینه تدوین قوانین اثرگذار باشند. افزایش اهمیت حیطه های جامعه محور سلامت در برنامه پنجم توسعه	
	افزایش گرایش و علاقمندی دانشجویان پزشکی به مباحث پزشکی اجتماعی	افزایش پذیرش تعداد دستیاران پزشکی اجتماعی ارتباط با دانشجویان پزشکی از سال اول تا سال آخر	وجود ۵ گروه آموزشی تربیت کننده دستیار وجود ۲۵ گروه آموزشی پزشکی اجتماعی برای آموزش دانشجویان پزشکی و سایر رشته های مرتبط تعمیل به افزایش نقش و کارکرد واحدهای توسعه آموزش در دانشگاه های علوم پزشکی کشور	استفاده از اعضای هیات علمی در جایگاه های مشورتی و مدیریتی دانشگاه ها	افزایش توجه به نقش پزشک خانواده در آموزش پزشکی آموزش پزشکی کوریکولوم مصوب پزشکی اجتماعی	

			توانایی فارغ‌التحصیلان رشته برای پژوهش در زمینه های پیچیده به دلیل آشنایی با مباحث مختلف از جنس های متفاوت مانند بالینی، مدیریت، آمار، متدولوژی پژوهش		پژوهش هایی که در حیطه رشته قرار می گیرند در برنامه ریزی های جدید پژوهشی در کشور دارای اولویت هستند.	افزایش گرایش به پژوهش های مرتبط با سیاست گذاری سلامت در دانشگاه ها افزایش گرایش مجلات علمی پزشکی به چاپ مقالات مرتبط با سیاست‌گذاری سلامت	پژوهش
--	--	--	---	--	---	--	--------------

۸-۲: نقاط ضعف

منابع (مالی، تجهیزات)،	اصول و ارزشها و باورها	نیروی انسانی	ساختار	برنامه ریزی و مدیریت	سیاست گذاری و قوانین	حیطه
عدم حمایت بیمه‌ها از خدمات ارائه شده مشخص نبودن تعرفه خدمات پزشکی اجتماعی	باور به اثربخشی خدمات این رشته کم است. جان‌فندان موضوع جامعه نگری	خود فارغ التحصیلان هم از محدوده ارایه خدمات رشته به خوبی آگاهی ندارند. روزرآمد نبودن بانک اطلاعاتی فارغ التحصیلان ضعیف بودن برنامه های آموزشی مداوم ویژه پزشکان اجتماعی ضعیف پزشکان اجتماعی در حوزه معاونت توسعه منابع وزارت بهداشت عدم تناسب ورودی رشته با نیاز ضعف مالی متخصصین پزشکی اجتماعی	نیود ساختار مشخص برای مدیریت خدمات جامعه محور سلامت ساختار مناسبی برای ارایه خدمات این رشته وجود ندارد (این رشته برای ساختار شبکه شهری طراحی شد که این ساختار تا کنون ایجاد نشده است).	شرح روشنی از خدمات این رشته همگانی رشته همگانی نشده است. مجماری ارتباطی ضعیف با مشتریان برون سامانه	شرح روشنی از خدمات این رشته همگانی نشده است. کار در این رشته به امتحان بورد وابستگی زیادی دارد که مشکلات آن در بخش بعدی ذکر شده است.	آموزش
عدم دسترسی به امکانات مناسب برای آموزش دستیاران و دانشجویان مانند سیستم های کامپیوتری برای	یکی دیگر از دلایل کم بودن انگیزه های دستیاران و دانشجویان، علم باور به اصول این رشته و ارزشمندی آن در نظام	دستیاران فاقد انگیزه کافی برای درگیری عملی با مسائل رشته و حضور پررنگ در فیلدها هستند که یکی از مهم ترین دلایل آن	علم وجود فیلدهای مناسب برای آموزش دستیاران و دانشجویان و با عدم استفاده مناسب از فیلدهای موجود	تغییرات سریع رفتارهای امتحان بورد بدون توجه به استفاده کاربردی از آنها آموزش ضعیف دوره دستیاری	نیود ساختار قانونی برای مدیریت سامانه پزشکی اجتماعی عدم تشکیل جلسات هئیت بورد	

<p>دستیاران و ..</p>	<p>سلامت است. گرایش به اتخاذ سیاستهای با پیامد سریع ارتباط ضعیف انجمن با گروههای پزشکی اجتماعی</p>	<p>کیفیت امتحان مورد است که آنها را مجبور به روی آوردن به محفوظات، صرفاً جهت امتحان چند گزینه‌ای کرده است و از شرکت در پروژه‌ها، حضور در مراکز تحقیقات و فیلدها باز داشته است. همانند سایر رشته‌ها علاقه فرد به حوزه علمی جهت ورود به رشته ملاک قرار نمی‌گیرد. یک دست نبودن و همگن نبودن تخصص‌های اعضای هیات علمی گروه‌ها و اشتغال پستهای پزشکی اجتماعی بوسیله سایر رشته‌ها کمبود وقت اعضای هیات علمی برای آموزش دستیاران</p>	<p>کم رنگ شدن نقش معاونتهای بهداشتی بدنبال ادغام دانشگاه‌ها متناسب نبودن ساختار گروهها با کوریکولوم ارتباط ناکافی و غیر نظام مند گروهها با ستادها و معاونتهای دانشگاه</p>	<p>ضعف ارتباط بین گروه‌های تربیت کننده دستیار و سایر گروه‌ها فقدان درسنامه کارآموزی و کارورزی</p>	<p>به صورت مداوم</p>	<p>پژوهش</p>
		<p>آشنایی متخصصین رشته با اصول پژوهش‌های اجتماعی که باید در این زمینه‌ها بهتر از بقیه باشند کمتر از میزبان آشنایی آنها با روش‌های پژوهش‌های بالینی است</p>	<p>مراکز تحقیقاتی مرتبط با رشته یا موجود نیستند و یا مورد استفاده قرار نمی‌گیرند.</p>	<p>اکثر فارغ التحصیلان به کمک به پژوهش‌های بالینی از لحاظ متدولوژی می‌پردازند و در مورد موضوعات خاص رشته پژوهش نمی‌کنند.</p>	<p>مبنای قرار دادن ISI بعنوان برنهاد کارهای پژوهشی</p>	

				که در آن زمینه‌ها رشته‌های دیگر مانند اپیدمیولوژی نقش پررنگ‌تری دارند. یعنی به مطلبی که می‌تواند مزیت نسبی باشد، بی‌توجه بوده‌ایم. ارتباط بین گروه‌های آموزشی با کمرنگ بودن ارتباط بین فارغ‌التحصیلان مشغول به پژوهش			
--	--	--	--	--	--	--	--

۸-۲-۳: نقاط فرصت

منابع (مالی ، تجهیزات) ،	اصول و ارزشها و باورها	نیروی انسانی	ساختار	برنامه ریزی ومدیریت	سیاست گذاری و قوانین	حیطه خدمات
	افزایش گرایش سیاستگاران به تعالی خدمات بالینی بهبود دید جامعه محور و پیشگیرانه به سلامت در نزد متخصصین دیگر سلامت		ایجاد ساختار حاکمیت بالینی در وزارت بهداشت افزایش نقش و اثرگذاری ساختارهای مرتبط با اقتصاد سلامت در وزارت بهداشت		موضوع پزشکی خانواده به عنوان فرصت ارتقا گروه	خدمات
	مباحث جامعه نگر در کوریکولوم های دیگر		وجود گروه اپیدمیولوژی و دانشکده بهداشت	برجسته بودن نقش پزشکی اجتماعی در برنامه جدید پزشکی عمومی	موضوع پزشکی خانواده به عنوان فرصت ارتقا گروه استناداردهای آموزش پزشکی اجرای طرح رفوم آموزش پزشکی در دانشگاه های علوم پزشکی کشور	آموزش
						پژوهش

۸-۲-۴: نقاط تهدید

منابع (مالی، تجهیزات)،	اصول و ارزشها و باورها	نیروی انسانی	ساختار	برنامه ریزی و مدیریت	سیاست گذاری و قوانین	حیطه
ضعف نظام مالی در بوردها و انجمن	تغییر الگوی زندگی عدم اعتقاد مدیریت دانشگاه به گروه پزشکی اجتماعی		تغییر رشته و یا انحلال آن	عدم بهره برداری مناسب از فلسفه و تفکر جامعه نگری	نظارت ضعیف وزارتخانه بر هیئت بوردها	آموزش
				عدم بهره برداری مناسب از فلسفه و تفکر جامعه نگری		پژوهش

۸-۳: ارزیابی محیط داخلی و خارجی

تحلیل نقاط قوت، ضعف، فرصت و تهدیدهای مجموعه پزشکی اجتماعی

نقاط قوت
۱) توانمندی متخصصین پزشکی در زمینه ارائه خدمات پیشگیری بالینی به گروه‌ها و جمعیت‌ها، مدیریت راهبردی، پژوهش و آموزش در حیطه‌های مختلف
۲) قابلیت تخصص پزشکی اجتماعی در کار میان رشته‌ای
۳) وجود هیئت‌بورد و کمیته راهبردی پزشکی اجتماعی
۴) وجود گروه‌های پزشکی اجتماعی در دانشکده‌های پزشکی
۵) وجود اساتید با تجربه و ظرفیتهای مناسب برای تحقق سند چشم‌انداز و نقشه جامع علمی کشور
۶) وجود برنامه راهبردی مصوب و کوریکولوم جدید مصوب پزشکی اجتماعی
۷) وجود انجمن فعال پزشکی اجتماعی و شاخه‌های استانی آن
۸) وجود جایگاه‌های شغلی برای متخصصین پزشکی اجتماعی در زمینه برنامه‌ریزی و مدیریت و خدمات مشاوره در سطح ملی و ستاد دانشگاهها
۹) نقش مهم گروه پزشکی اجتماعی در تربیت پزشکان عمومی
۱۰) توان تربیت پزشک خانواده
۱۱) توانمندی متخصصین در نهادینه‌سازی رویکرد مولفه‌های اجتماعی سلامت و عدالت در سلامت در کشور
۱۲) تجربه و تبحر متخصصین در انجام پژوهش‌های کاربردی نظام سلامت (سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی راهبردی، ارزیابی فناوری‌های سلامت، محاسبه بار بیماری‌ها و حوادث، ارزشیابی برنامه‌های سلامت و ...)
۱۳) حضور موثر اعضای هیئت علمی پزشکی اجتماعی در کمیته‌های مختلف استانی و کشوری
۱۴) حضور دانش‌آموختگان پزشکی اجتماعی در جایگاه‌های ستادی در دانشگاه‌های علوم پزشکی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان بهزیستی و ...

نقاط ضعف
۱) استاندارد نبودن آموزش، پژوهش و ارائه خدمات پیشگیری بالینی در گروه‌های پزشکی اجتماعی
۲) شفاف نبودن شرح خدمات رشته برای عموم و دانشجویان، دستیاران و دانش‌آموختگان
۳) همپوشانی جایگاه و نقش‌های کمیته راهبردی، هیئت‌بورد، گروه‌های آموزشی و انجمن پزشکی اجتماعی
۴) اجرای ضعیف کوریکولوم جدید آموزش دستیاری
۵) توجه ناکافی به مباحث جدید در نظام سلامت در آموزش دستیاران
۶) منابع مالی و امکانات ناکافی برای آموزش دستیاران و دانشجویان
۷) متناسب نبودن ساختار و تشکیلات گروه‌های آموزشی با ماموریت‌های برنامه آموزشی جدید
۸) ارتباط ضعیف با مشتریان برون سازمانی - ارتباط با ستاد دانشگاهها، ستاد وزارتخانه
۹) عدم تناسب ظرفیت کمی و کیفی دستیاران رشته با نیازهای نظام سلامت
۱۰) اشغال جایگاه‌های شغلی متخصصین پزشکی اجتماعی بوسیله سایر متخصصین
۱۱) نبود امکان مناسب برای ادامه تحصیل متخصصین

فرصتها
۱) گسترش دید جامعه محور و پیشگیری در سایر متخصصین برای سیاست گذاری و برنامه ریزی به طور عام
۲) وجود اهداف و برنامه های توسعه پیشگیری و ارتقای سلامت جمعیت ها در نظام سلامت ملی و بین المللی
۳) وجود نگرش و برنامه های موثر مدیریت تعیین کننده های اجتماعی سلامت در جامعه
۴) توجه به مباحث جدید و مرتبط با تخصص پزشکی اجتماعی مانند پزشك خانواده ، حاکمیت بالینی ، اقتصاد سلامت ، بیمه همگانی پایه سلامت ، استانداردهای آموزش پزشکی ، اصلاح آموزش پزشکی ، توریسم درمانی ، محیط زیست ، پژوهش های کاربردی
۵) افزایش توجه به کیفیت زندگی ، سرمایه اجتماعی ، خدمات سلامت اجتماعی و ضرورت پژوهش و آموزش و ارائه خدمات در این زمینه
۶) زمینه مناسب برای ایجاد گرایشهای تکمیلی رشته در قالب دوره های دکترای پژوهشی و زیر تخصصی
۷) تاثیر فناوری اطلاعات بر تسهیل ارتباطات، ارتباطات با دانش آموختگان خارج از کشور ، افزایش دقت داده ها، ارائه خدمات از راه دور
۸) توسعه تصمیم گیری مبتنی بر شواهد
۹) افزایش اهمیت فعالیتهای بین رشته ای و اهمیت یافتن سیاستهای بین بخشی
۱۰) نیاز روز افزون به مدیریت بهینه نظام سلامت
۱۱) نیاز روز افزون به خلاقیت و ابتکار در زمینه فرضیه سازی و حل معضلات پیچیده سلامت
۱۲) ایجاد فضای رقابتی و نیاز به ارتقاء مهارتها و توانمندیها
۱۳) سیاست ادغام آموزش ، پژوهش و خدمات سلامت و توسعه شبکه های بهداشتی درمانی آموزشی برای ایجاد آموزش پاسخگو
۱۴) سیاست گسترش شبکه های تحقیقاتی ماموریت محور در وزارت بهداشت
۱۵) تاکید بر رویکرد انسان سالم و سلامت همه جانبه در سیاست های کلی برنامه پنجم توسعه
۱۶) تاکید بر خدمات پیشگیری و ارتقاء سلامت، بیمه سلامت، سیاست گذاری و اقتصاد سلامت و توسعه علوم بین رشته ای در اسناد بالادستی (نقشه جامع علمی کشور ، نقشه حوزه سلامت سیاستهای کلی و قانون برنامه پنجم توسعه کشور و ...)

تهدیدها
۱) تمایل به گسترش رشته های بالینی و شیفت منابع (انسانی ، مالی ، تجهیزات) به سمت خدمات درمانی
۲) افزایش تقاضای غیر منطقی مردم برای خدمات تخصصی پیچیده سلامت
۳) گسترش تبلیغات رسانه ای خدمات تخصصی درمانی و تغییر فرهنگ مصرف خدمات در مردم
۴) تداخل نقش بین رشته پزشکی اجتماعی و سایر رشته های سلامت عمومی
۵) پیچیدگی و چند عاملی بودن مشکلات سلامت همگانی
۶) زمان بر بودن تاثیر مداخلات سلامت همگانی
۷) کاهش مشارکت اجتماعی و همکاری بین بخشی به سبب کاهش سرمایه اجتماعی تعاملی
۸) کمبود بودجه و سرمایه گذاری نامناسب در زمینه خدمات پیشگیری
۹) کاهش اولویت سلامت در صورت وجود بحرانهای بزرگ سیاسی ، اجتماعی ، اقتصادی
۱۰) محدودیت تبادلات علمی با سایر کشورها به سبب تنشهای سیاسی

فصل ۹

مباحث تحلیلی مرتبط و مقایسه وضعیت علمی کشور در موضوع
علمی با دو کشور پیشرفته منطقه و یک کشور توسعه یافته

جهت مقایسه وضعیت رشته پزشکی اجتماعی در ایران با کشورهای پیشرفته منطقه و یک کشور توسعه یافته ، کشور ترکیه و کشور کانادا به عنوان نمونه انتخاب شدند . با توجه به آنکه در مقایسه بین تعداد مقالات ، ایران به تنهایی ۳۰ تا ۵۰ درصد مقالات (بسته به بانک داده های مقالات) به خود اختصاص داده است لذا از بین کشورهای منطقه تنها ترکیه انتخاب شد . برای مقایسه از شاخصهای تعداد متخصصین و تعداد مقالات نمایه شده استفاده شد.

۹-۱: تخصص پزشکی اجتماعی در ایران

رشته تخصصی پزشکی اجتماعی به عنوان یکی از رشته های تخصصی پزشکی ، در ۶ دانشگاه در سراسر ایران آموزش داده می شود که به ترتیب عبارتند از : دانشگاه علوم پزشکی تهران ، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی ، دانشگاه علوم پزشکی شیراز ، دانشگاه علوم پزشکی تبریز ، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان ، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

پذیرش دستیار در این رشته از سال ۱۳۷۶ آغاز شده و در حال حاضر به طور متوسط هر سال تعداد ۱۵ نفر در آزمون دستیاری برای این رشته پذیرش می شوند . در حال حاضر نزدیک به ۲۱۰ نفر متخصص پزشکی اجتماعی در کشور مشغول فعالیت می باشند .

۹-۲: تخصص پزشکی اجتماعی در ترکیه

در ترکیه رشته تخصص سلامت همگانی معادل رشته تخصصی پزشکی اجتماعی است که عمدتاً در دیپارتمان سلامت همگانی در دانشکده پزشکی آموزش داده می شوند . دوره آموزشی این رشته ۴ سال است . انجمن ترکی متخصصین سلامت همگانی تنها انجمن فعال در این حوزه بوده و ۶۰ درصد متخصصین سلامت همگانی (۴۰۰ نفر) عضو آن می باشند . این انجمن در سال ۱۹۹۵ تاسیس شده است .

بر اساس آمار انجمن ترکی متخصصین سلامت همگانی تعداد ۷۵۰ نفر در قالب متخصص سلامت همگانی (یا دارای مدرک پی اچ دی در این زمینه) در این کشور فعالیت می کنند . انجمن معتقد است تعداد متخصصین سلامت همگانی کافی نیست ولی اشتغال همین تعداد نیز با مشکل مواجه است و آنها باید سهم بیشتری در مباحث مدیریت سلامت دارا باشند . در حال حاضر آموزش عمومی و تخصصی و مسئله اشتغال متخصصین دو چالش مهم انجمن می باشد .

۹-۳: تخصص پزشکی اجتماعی در کانادا

در کانادا رشته تخصصی پزشکی اجتماعی با دوره دستیار ۵ ساله وجود دارد. دانشگاه مک گیل، مک مستر و تورنتو از جمله دانشگاههایی می باشند که به تربیت دستیار در این رشته مشغولند و در کل ۱۳ برنامه برای تربیت دستیار وجود دارد. بر اساس مطالعه انجام شده در سال ۲۰۰۹ تعداد متخصصین پزشکی اجتماعی و سلامت همگانی در کانادا ۷۶۹ نفر بوده که ۱/۳ درصد از کل پزشکان این کشور را شامل می شوند (Russell, 2009). متخصصین پزشکی اجتماعی در کانادا جایگاههای متنوعی دارند شامل آژانسهای سلامت همگانی، دانشگاهها و مراکز تحقیقاتی، سازمانهای مردم نهاد، و طبابت بالینی انجمن ملی متخصصین پزشکی اجتماعی کانادا یکی از مهمترین مراکز در رابطه با متخصصین پزشکی اجتماعی می باشد که ۲۰۰ نفر عضو دارد. کلیه افراد پس از فارغ التحصیلی و بسته به نوع گواهی نامه ای که در یافت می کنند به عنوان عضو انجمن پذیرفته می شوند. هیئت مدیره انجمن شش نفر می باشد علاوه بر متخصصین پزشکی اجتماعی، متخصصین دیگر مانند طب پیشگیری و سلامت همگانی نیز در کانادا وجود داشته که در انجمنهایی متناسب مشغول به فعالیت می باشند.

۹-۴: مقایسه تعداد مقالات

به عنوان نمونه تعداد مقالات نمایه شده در بانک اطلاعاتی اسکپوس و پاب مد در سال ۲۰۰۹ مد نظر قرار گرفت و با استراتژی جستجو

Community Medicine” OR “Social Medicine” OR “Preventive Medicine” OR “Public Health
Medicine” Limits Activated: Field: Affiliation

تعداد و نسبت مقالات در سه کشور ایران، ترکیه و کانادا بررسی گردید نتایج در جدول زیر نشان داده شده است.

جدول ۹-۱: مقایسه تعداد مقالات متخصصین پزشکی اجتماعی و سلامت همگانی در ایران، ترکیه و کانادا در سال ۲۰۰۹

بانک اطلاعاتی	SCOPUS	PUBMED	درصد از کل مقالات SCOPUS	درصد از کل مقالات PUBMED
کل مقالات یافت شده در سال ۲۰۰۹	۸۴۹۱	۳۰۷۲		
ایران	۱۹۶	۳۱	۲/۳	۱
ترکیه	۱۶	۰	۰/۱۸۸	۰
کانادا	۵۹۶	۱۹۸	۷	۶/۴
کشورهای منطقه چشم انداز	۲۳۵	۶۱	۲/۷۶	۱/۹

همان گونه که ملاحظه می شود با استراتژی جستجوی فوق تعداد مقالات در کشور ترکیه بسیار کمتر از ایران و کشورهای منطقه می باشد.

در ترکیه آموزش دستیاران سلامت همگانی در دانشکده سلامت همگانی یا دپارتمان سلامت همگانی زیر مجموعه دانشگاه یا دانشکده پزشکی انجام می گیرد. بدین علت استراتژی جستجوی فوق با اضافه نمودن مورد زیر تکرار شد

"(Community Medicine" OR "Social Medicine" OR "Preventive Medicine" OR "Public Health Medicine" OR ("public health" AND medicine)) AND Turkey

Limits Activated: Publication Date from 2009/1/1 to 2009/12/30, Field: Affiliation

در این حالت تعداد مقالات در کشور ترکیه برای سال ۲۰۰۹ در نمایه پاب مد ، ۲۴ عدد می باشد. این تعداد مقالات ۰/۴۱ درصد کل مقالات در سال ۲۰۰۹ می باشد. در این جستجو سهم ایران از تعداد مقالات ۰/۷ و سهم کانادا ۴/۲ درصد می باشد.

بر اساس سایت انجمن سلامت همگانی ترکیه نزدیک به ۷۵۰ نفر متخصص سلامت عمومی عضو این انجمن می باشند و بر اساس آمار منتشر شده ترکیه نزدیک به ۲/۸ درصد از مقالات پزشکی دنیا را به خود اختصاص می دهد. پایین بودن تعداد مقالات متخصصین سلامت عمومی می تواند به سبب استفاده از AFFILIATION دیگری باشد که شاید در زیر مجموعه پزشکی اجتماعی و سلامت همگانی قرار نمی گیرد.

به طور کلی ترکیه در سال ۲۰۰۹ رشد ۴ برابری در تعداد مقالات ISI (در تمام رشته ها) نسبت به سال ۱۹۹۸ داشته و به تعداد بیش از ۲۵ هزار مقاله نمایه شده در سال رسیده است. (STI in Turkey, 2011)

در جستجوی مقالات در پایاب مد با affiliation tag و کلمات Turkey , Iran تعداد مقالات کشور ترکیه در سال ۲۰۰۹ برابر با ۱۱۸۷۶ مقاله و برای ایران ۵۱۵۹ مقاله می باشد .
در جدول زیر جستجو با affiliation tag و MeSh tag تکرار شده است

جدول ۹-۲: جستجوی مقالات ایران و ترکیه در سال ۲۰۰۹ در حوزه سلامت همگانی و پزشکی اجتماعی

ترکیه	ایران	
۱۱۸۷۶	۵۱۵۹	کل مقالات سال ۲۰۰۹ در پایاب مد
۶۵	۱۰۴	" public health"[AD]
۰	۲۰	"community medicine"[AD]
۰	۸	preventive [AD]
۰	۱۴	"social medicine"[AD]
۵۲۴۵	۲۴۰۷	" public health"[MeSh]

بدین ترتیب ملاحظه می شود با وجود برتری ترکیه در ارائه مقالاتی با موضوع سلامت همگانی ، این مقالات اصولاً از حوزه های دیگر به غیر از پزشکی اجتماعی و سلامت همگانی ارائه شده و مراکز آموزشی و پژوهشی سلامت همگانی نقش اندکی در این میان داشته اند .یکی از دلایل این میتواند اشتغال متخصصین سلامت همگانی در بخشهای مدیریتی و ارائه خدمات باشد .این موضوع لزوم بررسی بیشتر در این زمینه را نشان می دهد.

فصل ۱۰

ارائه پیشنهادها

مجموعه پزشکی اجتماعی عبارت است از:

- ✓ متخصصین پزشکی اجتماعی
- ✓ گروههای آموزشی پزشکی اجتماعی
- ✓ مراکز و شبکه های تحقیقاتی پزشکی اجتماعی
- ✓ انجمن علمی پزشکی اجتماعی
- ✓ بوردهای تخصصی پزشکی اجتماعی
- ✓ کمیته راهبردی پزشکی اجتماعی

رسالت این مجموعه تربیت نیروی انسانی توانمند و مسئولیت پذیر است که در تیم سلامت با بهره گیری از دانش و فناوری روز، سنجش مستمر سلامتی، تحلیل شاخصهای مربوط به آن در جامعه، تولید علم در زمینه های مختلف سلامت و انجام مداخلات لازم در حیطه وظایف حرفه ای خود قادر به رهبری و مدیریت جریان سلامت به سمت ارتقاء باشند. (کوریکولوم آموزشی)

ارزش های مجموعه پزشکی اجتماعی عبارتند از:

کار تیمی موثر، انتقاد موثر، رفتار مناسب با همکاران، رضایت و احترام مشتریان، پژوهش های در اولویت، مدیریت مشارکتی، اصل برنامه ریزی قبل از عمل، اعتقاد به ارتقای سلامت جامعه برای توسعه پایدار، تعهد به ارتقای عادلانه سلامت جامعه، دفاع از حق سالم بودن و سالم زیستن، پرداختن به اولویت های ملی، اعتقاد به تقدم پیشگیری، تعامل مستمر با جامعه و تصمیم گیرندگان برای توجه به سلامت جامعه، اعتقاد به نقش مشارکت جامعه در ارتقای سلامت، نقادی جامع و علمی موضوعات، خودآموزی و روز آمد بودن علمی، یادگیری گروهی، ارجحیت منافع جمعی به فردی، رعایت اخلاق پزشکی و حرفه ای

دورنمای رشته پزشکی اجتماعی در سال ۱۴۰۴ عبارتست از:

مرجعیت علمی در تدارک خدمات جامع پیشگیری و مدیریت راهبردی سلامت همگانی در سطح ملی و کشورهای منطقه چشم انداز

مجموعه پزشکی اجتماعی در سال ۱۴۰۴:

در حیطه ارائه خدمات، تدارک کننده کارا ترین خدمات پیشگیری و ارتقاء سلامت برای افراد، گروهها، جمعیتها و جامعه خواهد بود

در حیطه آموزش به برترین شاخص های مدیریت آموزشی دانشجویان و دستیاران در کشور دست یافته و بالاترین درجه اشتغال فارغ التحصیلان را در جایگاه های مورد نیاز این تخصص فراهم می آورد .
در حیطه پژوهش به دلیل اجرا و یا مشاوره پژوهش های در اولویت سلامت جمعیت ها و جامعه و کاربردی کردن آنها ، شبکه تحقیقاتی برتر دانشگاه های کشور می باشد

و با دستیابی به این موفقیت ها خواهد توانست ضمن تسهیل دستیابی نظام جمهوری اسلامی به چشم انداز ۲۰ ساله ، در سطح منطقه به عنوان بازوی مشورتی برای سازمان منطقه ای بهداشت جهانی باشد

به منظور تحقق این دورنما اهداف و راهکارهایی در قالب برنامه راهبردی تنظیم شده که اهم موارد آن عبارتند از :

۱۰-۱:اهداف راهبردی

۱۰-۱-۱:اهداف منطبق با برنامه پنجساله پنجم کشور ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۴

۱. افزایش تعداد متخصصین پزشکی اجتماعی مطابق نیاز کمی نظام سلامت کشور
۲. افزایش توانمندی دانش آموختگان موجود رشته پزشکی اجتماعی بر اساس کوریکولوم جدید
۳. افزایش انطباق آموزش دستیاری با کوریکولوم جدید در کلیه گروههای تربیت کننده دستیار
۴. افزایش مشارکت متخصصین پزشکی اجتماعی در تدوین، اجرا و ارزشیابی برنامه های سلامت در سطح ملی و دانشگاهی

۱۰-۱-۲:اهداف منطبق با برنامه پنجساله ششم کشور ۱۳۹۵ تا ۱۳۹۹

۱. کسب جایگاه مرجعیت علمی سلامت همگانی در کشور
۲. مرجع دیده بانی سلامت همگانی در سطح کشور
۳. راهبری آموزش سلامت همگانی کشور در سطوح پایه ، دانشگاهی عمومی و تخصصی
۴. افزایش همکاری با سازمانهای بین المللی

۱۰-۱-۳:اهداف منطبق با برنامه پنجساله هفتم کشور ۱۴۰۰ تا ۱۴۰۴

۱. مرجعیت علمی سلامت همگانی در سطح منطقه

۲. جذب و آموزش دستیار از کشورهای منطقه چشم انداز

۳. برگزاری دوره های مرتبط سلامت همگانی در سطح منطقه بر اساس نیازها

۴. دیده بانی سلامت همگانی در سطح منطقه

۱۰-۲: مهمترین موضوعات راهبردی سامانه رشته تخصصی پزشکی اجتماعی تا سه سال آینده

- تعریف قانونی جایگاه های پزشکی اجتماعی در سطوح ارائه خدمت و مدیریت نظام سلامت
- افزایش ظرفیت دستیاری رشته تخصصی پزشکی اجتماعی مطابق نیاز کمی نظام سلامت کشور
- افزایش توانمندی دانش آموختگان موجود رشته پزشکی اجتماعی بر اساس کوریکولوم جدید
- افزایش انطباق آموزش دستیاری با کوریکولوم جدید در کلیه گروههای تربیت کننده دستیار
- افزایش مشارکت متخصصین پزشکی اجتماعی در تدوین، اجرا و ارزشیابی برنامه های سلامت در سطح ملی

و استانی

- راهبری آموزش سلامت همگانی^{۱۸} کشور در سطوح پایه، دانشگاهی عمومی و تخصصی
- افزایش بودجه توسعه آموزش جامعه نگر و پاسخگو و مدیریت آن توسط گروه های پزشکی اجتماعی
- حمایت از تشکیل شبکه های تحقیقاتی پزشکی اجتماعی ماموریت محور برپایه مولفه های اجتماعی سلامت
- حمایت از تشکیل قطب های علمی پزشکی اجتماعی در کشور
- حمایت از توسعه همکاری با سازمانهای بین المللی مرتبط با سلامت
- حمایت از برگزاری دوره های مشترک آموزشی پزشکی اجتماعی با دانشگاه های معتبر بین المللی
- حمایت مالی از انجمن علمی پزشکی اجتماعی براساس جزئ ۴ بند الف ماده ۲۰ قانون پنجم توسعه
- تسهیل و حمایت از انتشار مجلات علمی پزشکی اجتماعی و طب پیشگیری
- تسهیل مشارکت انجمن علمی، نخبگان و دانشمندان پزشکی اجتماعی در همایشها، کنفرانسها و مجامع علمی

و پژوهشی بین المللی

- اعطاء حمایت های مالی و بورس تحصیلی از طریق وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و بنیاد ملی نخبگان به رتبه های اول دستیاری و اساتید و دانش آموختگان برجسته
- جذب و آموزش دستیار از کشورهای منطقه چشم انداز
- برگزاری دوره های مرتبط سلامت همگانی در سطح منطقه بر اساس نیازها
- راه اندازی نظام دیده بانی سلامت همگانی در سطح منطقه
- سازماندهی هدفمند متخصصان حوزه ستادی وزارت بهداشت به منظور تقویت تاثیر گذاری بر سیاست ها و برنامه های سلامت

^{۱۸} Public Health

- ارتباط وسیع و تاثیر گذار بر گروه های جمعیتی مردم در اتخاذ رفتارهای سالم و سازمانها در اتخاذ سیاست های سالم
- استقرار کدهای اخلاق حرفه ای متخصصان ، توسعه ارتباطات شبکه ای متخصصان با هدف توسعه کار تیمی و شناسایی فرصت های کاری و ایجاد رقابت بین متخصصان از طریق انتخاب و تشویق متخصصان نمونه به طور سالانه
- تعریف دوره های تکمیلی و فوق تخصصی پزشکی اجتماعی در حیطه های ارتقای سلامت جمعیت های ویژه و نظام سلامت

۱۰-۳: راهبردها

- تعریف قانونی جایگاه های شغلی پزشکی اجتماعی در نظام سلامت و توسعه آنها
- تعیین اولویت های تحقیقاتی
- انتشار مجله علمی پزشکی اجتماعی
- راه اندازی مراکز تحقیقاتی ، شبکه های تحقیقاتی ماموریت محور و قطب های علمی در حیطه پزشکی اجتماعی
- استقرار کاریکولوم جدید رشته
- آموزش مداوم فارغ التحصیلان
- ارتقاء فرایند انتخاب دستیار این رشته
- تقویت کمی و کیفی ظرفیت هیات علمی گروه های پزشکی اجتماعی برای اجرای کاریکولوم جدید
- توسعه شبکه های بهداشتی درمانی و آموزشی
- ادامه تحصیل فارغ التحصیلان
- اعتبار بخشی متخصصین
- نظارت و اعتبار بخشی عملکرد گروه های پزشکی اجتماعی
- شفاف سازی نقش متخصصین در سطح دوم و سوم مراقبت ها
- توسعه نقش مشاوره ای متخصصین در نظام سلامت
- تقویت نقش گروه های آموزشی پزشکی اجتماعی در دانشگاه های علوم پزشکی
- تعداد و توزیع متخصصین در ۱۰ سال آینده
- افزایش آگاهی و اصلاح نگرش ذینفعان از نقش پزشکی اجتماعی
- تبیین نقش عملی متخصصین در چالش های بزرگ نظام سلامت

۱۰-۴-۱: اهداف عملیاتی منطبق با برنامه پنجساله پنجم کشور ۱۳۹۴ تا ۱۳۹۰

۱. تعیین نیاز کمی نظام سلامت کشور به متخصصین پزشکی اجتماعی
(أ) تعیین کمیّت، ترکیب هیات علمی و ساختار مورد نیاز گروه های آموزشی پزشکی اجتماعی
(ب) تعیین و تصویب تعداد و توزیع متخصصین در ۱۵ سال آینده (ایران ۱۴۰۴)
۲. توانمند سازی فارغ التحصیلان رشته پزشکی اجتماعی بر اساس کوریکولوم جدید
(أ) استقرار کامل کاریکولوم جدید رشته در پنج دانشگاه تربیت کننده دستیار
(ب) اجرای دو دوره برنامه آموزش مدون ویژه دانش آموختگانی که قبل از سال ۱۳۸۸ فارغ التحصیل می شوند
(ج) تدوین و اجرای مشارکتی برنامه آموزشی ارتقای توانمندی های هیات علمی گروه ها
(د) تدوین نظام اعتبار بخشی حرفه ای- دوره ای متخصصین پزشکی اجتماعی
۳. آموزش دستیاران بر اساس آخرین پیشرفت های رشته پزشکی اجتماعی
أ. بازنگری کوریکولوم بر اساس تغییرات متون علمی مرجع و رفع ایرادات موجود
۴. مشارکت فعال در تدوین، اجرا و ارزشیابی برنامه های سلامت کشور
(أ) تعیین و تصویب نقش گروه های آموزشی پزشکی اجتماعی در دانشگاه های علوم پزشکی
(ب) تبیین نقش و جایگاه متخصصین پزشکی اجتماعی در سطح اول مراقبت های سلامتی و حمایت طلبی برای پیاده شدن آن
(ج) تبیین نقش و جایگاه متخصصین در سطح دوم و سوم مراقبت های سلامتی و حمایت طلبی برای پیاده شدن آن
(د) طراحی کلینیک های پزشکی اجتماعی و حمایت طلبی برای مصوب کردن آن
(ه) تعیین نقش مشاوره ای متخصصین در نظام سلامت شامل سازمان های ستادی و صف
(و) تدوین نظام مدیریت بودجه پزشکی جامع نگر در دانشگاه های علوم پزشکی و تصویب آن
(ز) مشارکت گروه های آموزشی و متخصصین در پیاده سازی بهینه نظام ارجاع و پزشک خانواده
(ح) مشارکت گروه های آموزشی و متخصصین در طراحی و اجرای برنامه های ملی پیشگیری
- ۵- توسعه بسترهای پژوهشی در حیطه پزشکی اجتماعی
(أ) تعیین اولویت های تحقیقاتی پزشکی اجتماعی
(ب) راه اندازی مجله علمی پزشکی اجتماعی
(ج) راه اندازی مرکز تحقیقات پزشکی اجتماعی
(د) مشارکت فعال در راه اندازی شبکه عوامل اجتماعی سلامت

۱۰-۴-۲: اهداف منطبق با برنامه پنجساله ششم کشور ۱۳۹۵ تا ۱۳۹۹

۱. مرجعیت علمی سلامت عمومی در سطح منطقه
a. تدوین نظام ارزیابی عملکرد گروه های آموزشی پزشکی اجتماعی (تربیت کننده دستیار و سایر دانشگاه ها)
b. تدوین و اجرای برنامه ارتقای آگاهی و نگرش گروه های علمی داخلی و خارجی از نقش و وظایف رشته پزشکی اجتماعی طراحی و تصویب فرایند جدید انتخاب دستیار پزشکی اجتماعی
۲. برگزاری دوره های مرتبط سلامت عمومی در سطح منطقه بر اساس نیازهای سلامت منطقه ای

a. تدوین و تصویب گرایش ها ، دوره های تکمیلی و فوق تخصصی لازم برای ادامه تحصیل دانش آموختگان رشته

۱۰-۵: الزامات

الزامات اساسی :

- هماهنگی با نهادهای سیاست گذار جهت برآورد صحیح تعداد متخصص مورد نیاز
- جلب حمایت مسئولین نظام سلامت
- برآورد و تامین اعتبار لازم برای برنامه های آموزشی دانش آموختگان
- ایجاد تصویری شفاف از نقشهای متخصصین پزشکی اجتماعی در عرصه سلامت همگانی
- اصلاح و توسعه قوانین و مقررات برای توسعه بسترهای پژوهشی و ارائه خدمات پیشگیری و مدیریت راهبردی پزشکی اجتماعی در نظام سلامت

اهداف استراتژیک	الزامات آموزشی	الزامات پژوهشی	الزامات نهادی	الزامات مالی	الزامات نیروی انسانی	الزامات همکاری
افزایش تعداد متخصصین پزشکی اجتماعی مطابق نیاز کمی نظام سلامت کشور		نیازسنجی		تامین اعتبار مالی		هماهنگی با مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی
افزایش توانمندی دانش آموختگان موجود رشته پزشکی اجتماعی بر اساس کوریکولوم جدید	ارتباط آموزشی با مراکز معتبر جهانی و توانمند سازی اساتید			تامین اعتبار لازم برای فرصتهای مطالعاتی و بورسهای تحصیلی	استفاده از اساتید سایر رشته ها مرتبط با سرفصل های کوریکولوم	همکاری بین رشته ای با سایر دانشگاهها
افزایش انطباق آموزش دستیار با کوریکولوم جدید در کلیه گروههای تربیت کننده دستیار					استفاده از اساتید سایر رشته ها مرتبط با سرفصل های کوریکولوم	همکاری بین رشته ای با سایر دانشگاهها

اهداف استراتژیک	الزامات آموزشی	الزامات پژوهشی	الزامات نهادی	الزامات مالی	الزامات نیروی انسانی	الزامات همکاری
افزایش مشارکت متخصصین پزشکی اجتماعی در تدوین، اجرا و ارزشیابی برنامه های سلامت در سطح ملی و دانشگاهی	آموزش کارشناسان ستادی					گسترش همکاری های بین بخشی
کسب جایگاه مرجعیت علمی سلامت همگانی در کشور		طرح ایجاد بسترهای پژوهشی پزشکی اجتماعی	تاسیس مرکز تحقیقات مرتبط	تامین اعتبار	تامین نیروی انسانی	
دیده بانی سلامت عمومی در سطح کشور	دوره های آموزشی	ارتقاء ظرفیت پژوهشی	تاسیس پایگاههای مطالعاتی مورد نیاز	تامین اعتبار	تامین نیروی انسانی پایگاههای تحقیقاتی	هماهنگی با معاونت های وزارت بهداشت
راهبری آموزش همگانی، عمومی و تخصصی سلامت عمومی در کشور	ارتقاء آموزشهای دستیاری و باز آموزی					هماهنگی با مدیریتهای نیروی انسانی در سطح ملی و استانی
افزایش همکاری با سازمانهای بین المللی و جذب و آموزش دستیاران بالینی از کشورهای منطقه چشم انداز	رعایت استانداردهای آموزشی در سطح بین المللی		ایجاد گروههای تربیت کننده دستیار در شعب بین المللی دانشگاهها	تامین اعتبار		

اولویت‌های آموزشی و پژوهشی رشته پزشکی اجتماعی

آموزشی

- روش‌های توصیف و تحلیل عملکردهای نظام سلامت در کارکردهای تولید، تدارک خدمات، تامین مالی، تولید منابع انسانی، اطلاعاتی، تسهیلات فیزیکی و فناوری‌های سلامت
- آینده‌شناسی سلامت
- سیاست‌گذاری آگاه از شواهد
- ارزیابی خطرات سلامتی در جمعیتها و جامعه
- ارزیابی خطرات سلامتی افراد با کمک تیم سلامت
- تدوین برنامه کاهش خطرات سلامتی و ارتقای سلامت
- مشاوره سلامت در زمینه تغییر شیوه زندگی و کاهش عوامل خطر
- دیده‌وری سلامت
- تدوین سند سیاست
- برنامه‌ریزی راهبردی سازمان
- بازاریابی اجتماعی مراقبتهای سلامت
- مهارتهای ارتباطی در سطح ملی و بین‌المللی
- مدیریت برنامه‌های سلامت
- ارزیابی فناوری‌های سلامت
- ارائه خدمات تخصصی پیشگیری و ارتقای سلامت

پژوهشی

- مدل برنامه‌ریزی دوره‌ای سلامت
- مدل سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی بین‌بخشی در سلامت
- طراحی مدل پیوست سلامت برنامه‌های کلان توسعه‌ای
- مداخلات محیطی در ارتقای سلامت اجتماعی
- تهیه بسته خدمات پیشگیری و ارتقای سلامت
- طراحی بسته خدمات ادغام یافته در شبکه بهداشتی حاشیه شهر
- مداخلات سلامت محور در حاشیه شهر
- مداخلات در جهت ارتقاء نشاط جامعه

- طراحی و استقرار برنامه جامع سلامت در استانها
- ارزیابی سواد سلامت و مداخلات لازم جهت ارتقاء سواد سلامت جامعه
- کلینیکهای پیشگیری و ارتقاء سلامت
- مدل استقرار رویکرد سلامت در همه سیاست ها

راهکارها و توصیه های سیاستی

- نظارت مستمر معاونت آموزشی وزارت بهداشت بر اجرای برنامه راهبردی و ایجاد ضمانت اجرایی برای این برنامه
- تدوین نظام مدیریت بودجه پزشکی جامعه نگر و پاسخگو در دانشگاه های علوم پزشکی و تصویب آن
- مشارکت گروه های آموزشی و متخصصین پزشکی اجتماعی در تربیت پزشکان خانواده و پیاده سازی بهینه نظام ارجاع و پزشک خانواده
- مشارکت گروه های آموزشی و متخصصین در طراحی و اجرای برنامه های ملی پیشگیری
- استقرار کلینیکهای پیشگیری و ارتقاء سلامت در راستای برنامه های پزشک خانواده
- تدوین نظام ارزیابی عملکرد گروه های آموزشی پزشکی اجتماعی (تربیت کننده دستیار و سایر دانشگاه ها)
- تدوین و اجرای برنامه ارتقای آگاهی و نگرش گروههای علمی داخلی و خارجی از نقش و وظایف رشته پزشکی اجتماعی
- تدوین و تصویب گرایش ها ، دوره های تکمیلی و زیر تخصصی لازم برای ادامه تحصیل دانش آموختگان رشته

1. WFME world summit on medical education the changing medical profession. Recommendations. Edinburgh.8-12 August 1993
2. حمد بشیر. مروری بر آموزش پزشکی جامعه نگر. آموزش پزشکی جامعه نگر چیست؟ ترجمه کامبیز فرقان پرست، حسین شجاعی
3. McKeown T. The modern rise in population. New York، Academic Press. 1997.
4. Schemer JM ،LE NH.Canbib LM،Stovall JG. Medical family therapy case book: The rietnam family medicine development:A cross cultural collaboration / reponse. Families ،systems & health fall 2002; 20 (.3):P 303-31
5. Williams RL.HenleyE.Prueksaranonds،Aramrattana A. family Practiece in Thailand : Will it work ? JABFP.jam-feb 2002،vol 5 ، No 2: P73-76
6. ترابیان سعادت - طرح بازنگری برنامه آموزشی رشته تخصصی پزشکی اجتماعی -مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی -وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی ۱۳۸۵.
7. دبیرخانه شورای تخصصی آموزش پزشکی - برنامه آموزشی و ضوابط تخصصی رشته پزشکی اجتماعی ۱۳۸۷.
8. چشم انداز جمهوری اسلامی ایران در ۱۴۰۴.سایت مجمع تشخیص مصلحت نظام
9. شورای سیاست گذاری وزارت بهداشت ،درمان و آموزش پزشکی.نقشه جامع علمی سلامت ، ۱۳۹۰
10. سیاستهای کلی برنامه پنجم توسعه اجتماعی ، اقتصادی فرهنگی جمهوری اسلامی ایران.

۱۱. کمیته راهبردی رشته تخصصی پزشکی اجتماعی - برنامه راهبردی رشته تخصصی پزشکی اجتماعی ، ۱۳۸۶

12. Russell M, McIntyre L. An Estimation of Canada's Public Health Physician Workforce. Can J Public Health 2009;100(3):199-203.

13. The Scientific and Technological Research Council of Turkey, Science, Technology and Innovation in Turkey, 2011.

۱۴. سایت انجمن سلامت همگانی ترکیه به آدرس: www.hasuder.org

۱۵. سایت انجمن پزشکی اجتماعی کانادا به آدرس: www.icpma.ir

۱۶. فرزندی و همکاران. جایگاه های شغلی متخصصین پزشکی اجتماعی. گزارش تحقیقاتی مرکز اسناد انجمن

علمی پزشکی اجتماعی

۱۷. دماری و همکاران. پزشکی اجتماعی. انتشارات طب و جامعه. ۱۳۹۰

پیوست ۱

اطلاعات متخصصان پزشکی اجتماعی ایران

تاریخ: ۹۰/۲/۲۲

هماهنگی و جمع آوری اطلاعات: انجمن پزشکی اجتماعی ایران

تحلیل داده ها: دکتر کامبیز عباچی زاده، عضو هیئت علمی گروه بهداشت و پزشکی اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

روش:

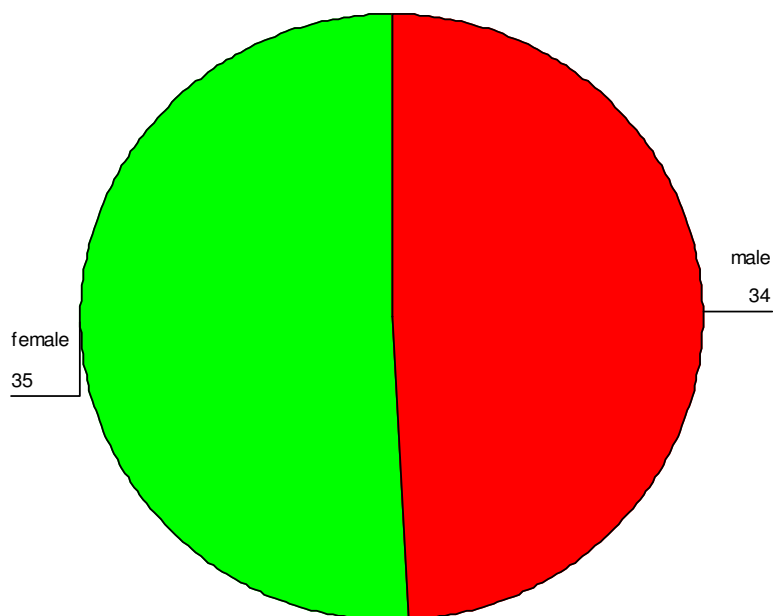
شناسه فردی متخصصان پزشکی اجتماعی ایران بدنبال فراخوان انجمن پزشکی اجتماعی ایران جمع آوری شد. از حدود ۲۱۰ نفر تعداد کل متخصصان پزشکی اجتماعی ایران، ۶۹ شناسه فردی جمع آوری شد.

برای ورود داده ها فرم اطلاعاتی به شکل زیر طراحی و استفاده شد.

عضویت در سمن ها			
تعداد پایان نامه های تحت سرپرستی			
تقدیر در جشنواره			
عضو اجرایی در سمینار یا کنگره یا جشنواره			
ارائه در سمینار یا کنگره			
تعداد کارگاه آموزشی			
ترجمه کتاب			
تالیف کتاب			
همکاری با سازمانهای بین المللی			
همکاری با سازمانهای داخلی			
عضو کمیته های پایین تراز سطح کشوری			
عضو کمیته های کشوری			
سمت مشاور			
سمت اجرایی			
همکار طرح			
مجری طرح			
تعداد مقاله فارسی			
تعداد مقاله انگلیسی			
موقعیت شغلی			
مدرک مورد			
محل کار			
سال فارغ التحصیلی			
سن			
جنسیت			
		۱	
		۲	
		۳	

نتایج

جنسیت شرکت کنندگان: از ۶۹ فرد بررسی شده ۴۹/۳ درصد مرد و ۵۰/۷ درصد زن بودند.



وضعیت سنی:

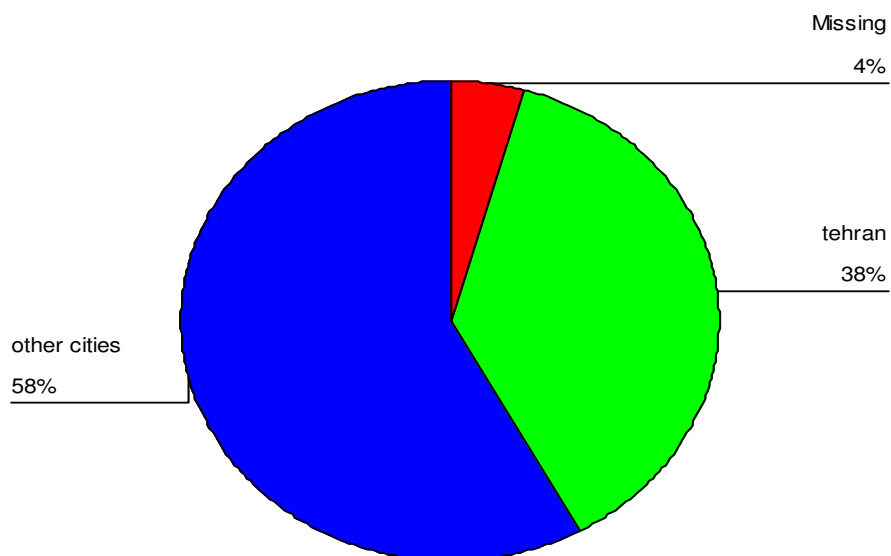
تعداد	مینیمم	ماکزیمم	میانگین	انحراف معیار
48	33.00	55.00	39.6	4.7

تعداد سالهای گذشته از فارغ التحصیلی:

تعداد	مینیمم	ماکزیمم	میانگین	انحراف معیار
57	1.00	29.00	7.9	5.6

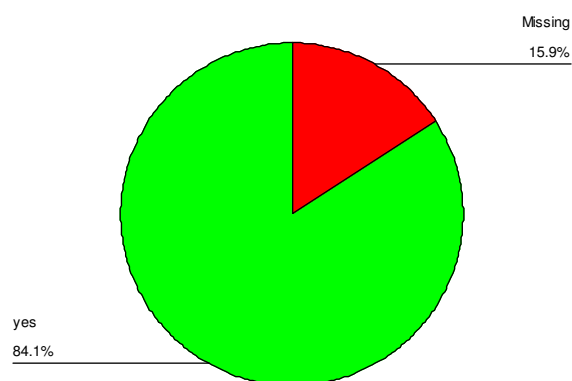
محل کار:

در حدود دوسوم در شهرستانها و یک سوم در تهران می باشند. منظور از missing عدم وجود اطلاعات در شناسه های فردی بوده است.



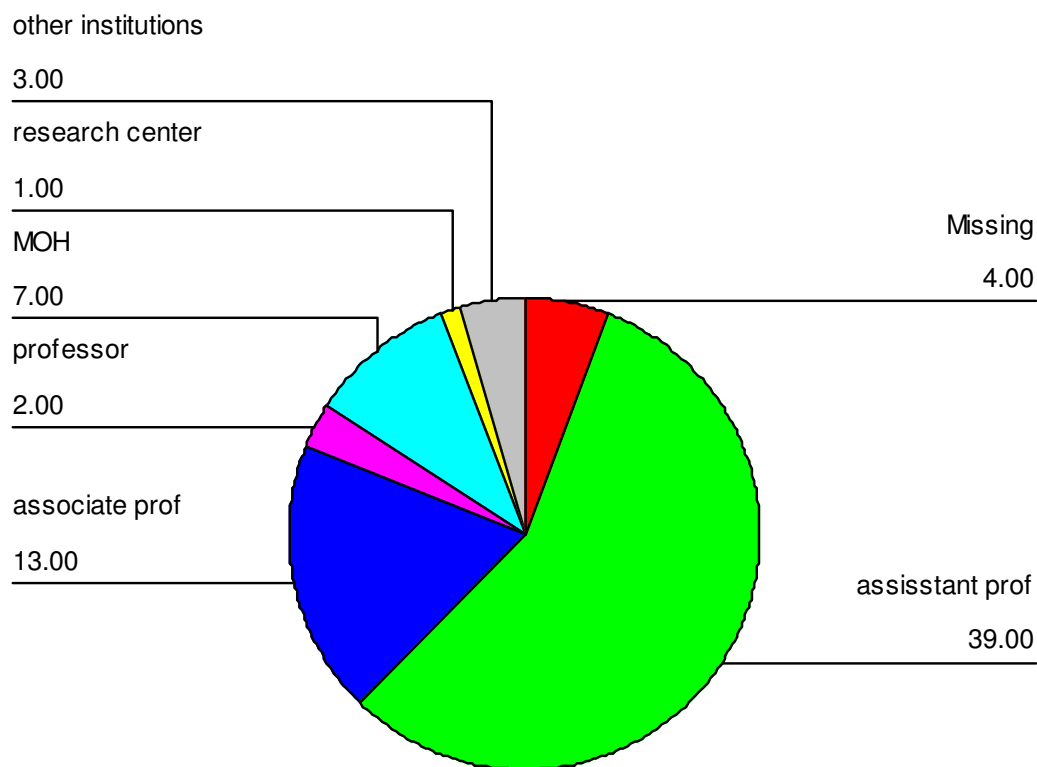
دارا بودن مدرک مورد:

حداقل ۸۴ درصد دارای مدرک مورد بودند.



موقعیت شغلی:

عمدتا هیئت علمی دانشگاه ها می باشند.



تعداد مقالات انگلیسی

انحراف معیار	میانگین	مجموع	ماکزیمم	مینیمم	تعداد	
9.11	7.43	424.00	46.00	.00	57	متوسط تعداد مقاله انگلیسی به ازای هر نفر در مجموع سالهای بعد فارغ التحصیلی

تعداد مقاله انگلیسی به ازای هر سال برای هر نفر

انحراف معیار	میانگین به ازای هر نفر در سال	مجموع	ماکزیمم	مینیمم	تعداد	
1.09	0.87	41.13	5.50	.00	47	متوسط تعداد مقاله انگلیسی به ازای هر نفر در سال

تعداد مقالات فارسی

انحراف معیار	میانگین	مجموع	ماکزیمم	مینیمم	تعداد	
10.49	9.63	588.00	55.00	.00	61	متوسط تعداد مقاله فارسی به ازای هر نفر در مجموع سالهای بعد فارغ التحصیلی

تعداد مقاله فارسی به ازای هر سال برای هر نفر

انحراف معیار	میانگین	مجموع	ماکزیمم	مینیمم	تعداد	
1.02	1.21	59.40	4.23	.00	49	متوسط تعداد مقاله فارسی به ازای هر نفر در سال

تعداد ارائه در سمینار، کنگره، همایش و ...

انحراف معیار	میانگین	مجموع	ماکزیمم	مینیمم	تعداد	
17.67	15.53	870.00	98.00	.00	56	متوسط تعداد ارائه در همایش، کنگره، سمینار به ازای هر نفر در مجموع سالهای بعد فارغ التحصیلی

تعداد ارائه در سمینار، همایش، کنگره به ازای هر نفر در سال

انحراف معیار	میانگین	مجموع	ماکزیمم	مینیمم	تعداد	
1.85	1.97	89.08	8.17	.00	45	متوسط تعداد ارائه در همایش، کنگره، سمینار به ازای هر نفر در مجموع سالهای بعد فارغ التحصیلی

تعداد طرح های مصوب (بعنوان مجری)

انحراف معیار	میانگین	مجموع	ماکزیمم	مینیمم	تعداد	
12.51	9.27	445.00	65.00	.00	48	تعداد طرح های مصوب بعنوان مجری

طرحهای مورد استفاده در سیاستگذاری های کشوری یا منطقه ای که متخصصین پزشکی اجتماعی مجری طرح بوده اند: ۹۰ طرح

تعداد کتاب (بعنوان مولف)

انحراف معیار	میانگین	مجموع	ماکزیمم	مینیمم	تعداد	
3.33	1.88	68.00	19.00	.00	36	تعداد کتاب تالیفی

تعداد کتاب بعنوان مترجم

انحراف معیار	میانگین	مجموع	ماکزیمم	مینیمم	تعداد	
1.27	0.79	27.00	5.00	.00	34	تعداد کتاب ترجمه

تعداد کارگاه آموزشی ???

انحراف معیار	میانگین	مجموع	ماکزیمم	مینیمم	تعداد	
10.42	10.03	291.00	47.00	.00	29	تعداد کارگاه آموزشی

تعداد تقدیر در جشنواره آموزشی یا پژوهشی

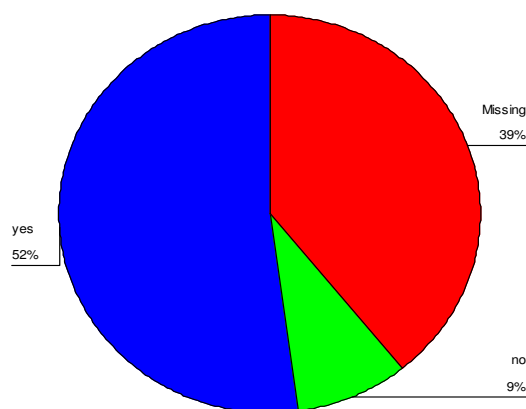
تعداد	مینیمم	ماگزیمم	مجموع	میانگین	انحراف معیار
30	.00	12.00	44.00	1.46	2.23

تعداد پایان نامه تحت سرپرستی بعنوان استاد راهنما

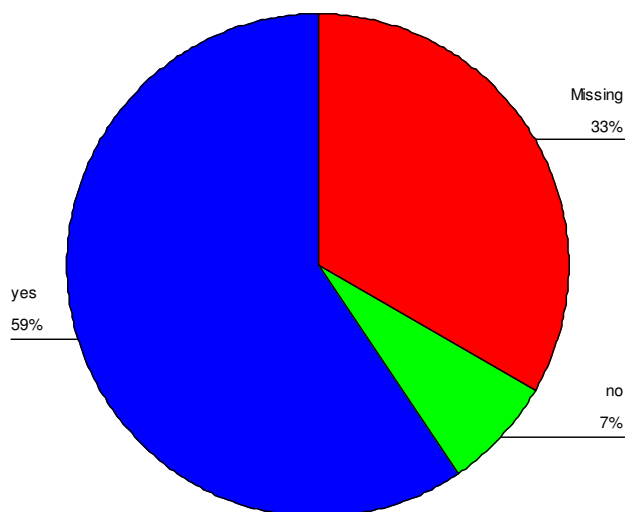
تعداد	مینیمم	ماگزیمم	مجموع	میانگین	انحراف معیار
34	.0	59.0	432.0	12.70	17.77

دارا بودن پست اجرایی

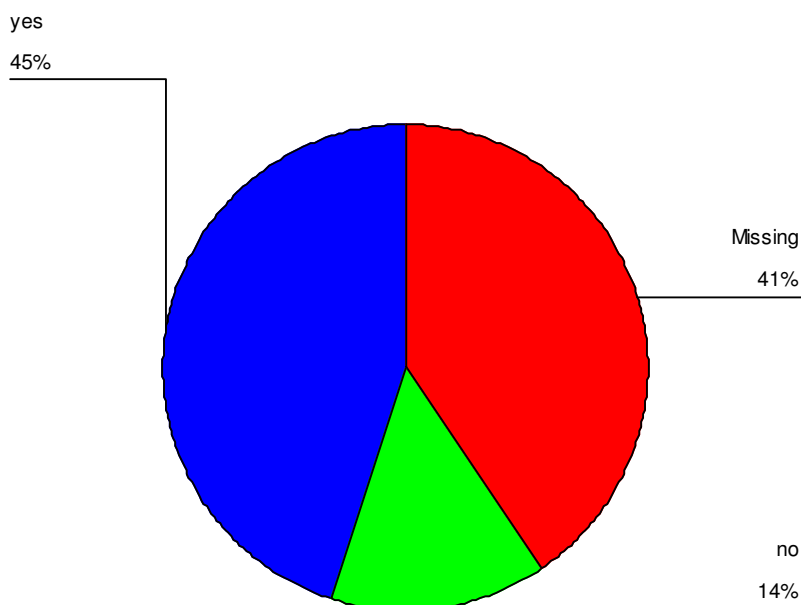
حداقل ۵۲ درصد دارای پست های اجرایی در (پست اجرایی داخل گروه های دانشگاهی پزشکی اجتماعی محسوب نشده است).



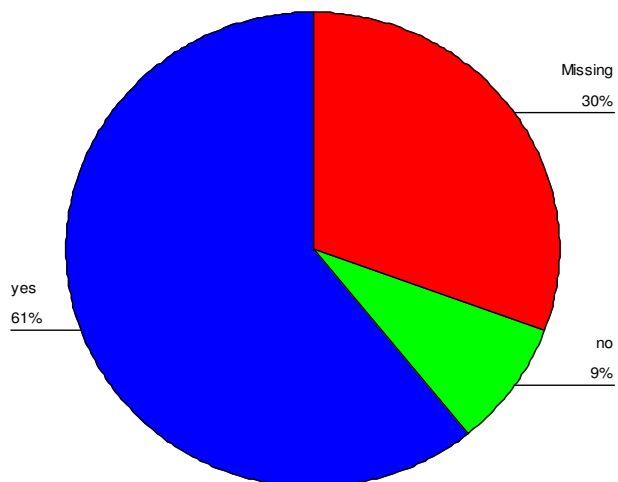
سمت مشاور برای سازمانهای دیگر



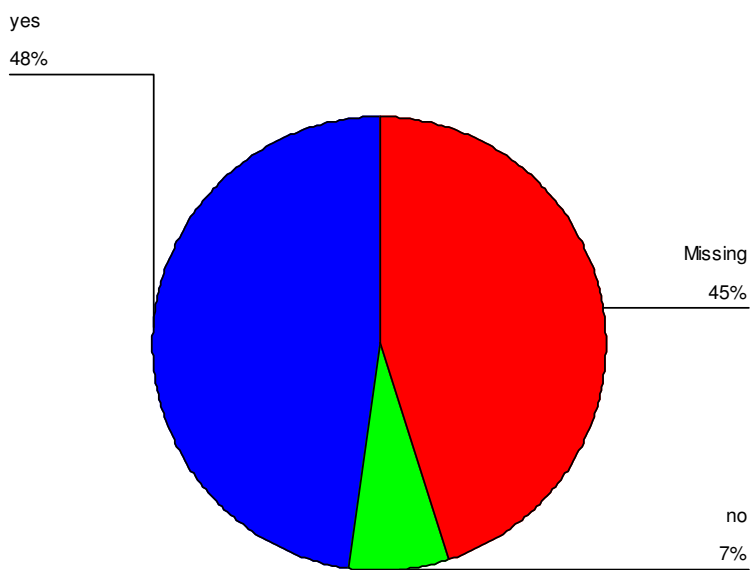
عضویت در کمیته های کشوری



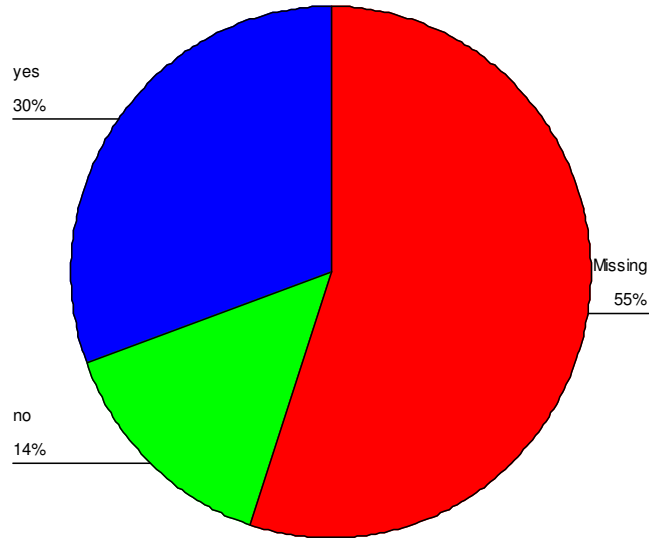
عضویت در کمیته های پایین تر از سطح کشوری (عضویت در کمیته های داخل گروه های دانشگاهی پزشکی اجتماعی محسوب نشده است).



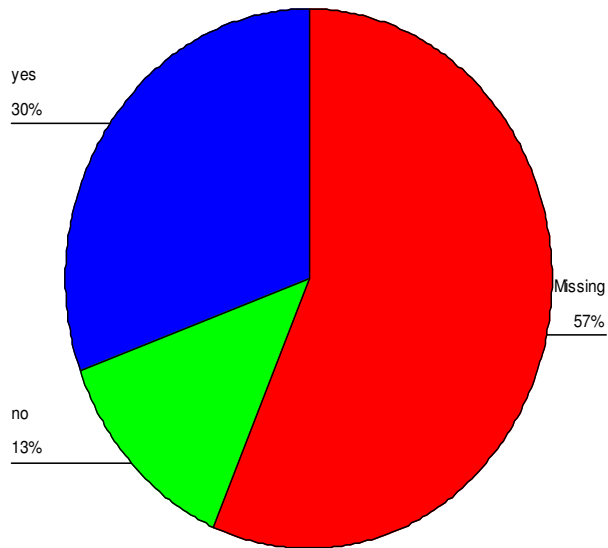
همکاری با سازمانهای داخلی (برای اعضای هیئت علمی همکاری با سازمانهای داخل دانشگاه محسوب نشده است)



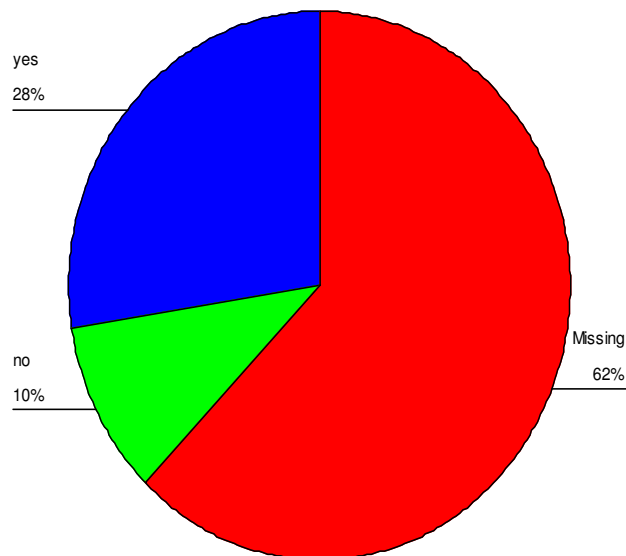
همکاری با سازمانهای بین المللی



عضویت در کمیته های اجرایی سمینار، کنگره یا همایش و ...



عضویت در سمن ها



جمع بندی

- تحلیل موجود بر پایه اطلاعات حدود یک سوم متخصصان پزشکی اجتماعی ایران است.
- تعداد افراد در دو جنس برابر بودند. با میانگین سنی ۴۰ سال و طول مدت حدود ۸ سال فراغت از تحصیل و عمدتاً هیئت علمی دانشگاه هستند.
- درصد قابل ملاحظه ای دارای سمت های اجرایی، مشاور، عضویت در کمیته های علمی و اجرایی می باشند.
- تعداد کل مقاله انگلیسی ۴۴۲، متوسط تعداد مقاله برای هر نفر ۷/۳۴ و تعداد مقاله انگلیسی به ازای هر نفر در سال ۰/۸۷ می باشد.
- تعداد کل مقاله فارسی ۵۸۸، متوسط تعداد مقاله برای هر نفر ۹/۶۳ و تعداد مقاله انگلیسی به ازای هر نفر در سال ۱/۲۱ می باشد.
- تعداد کل ارائه فارسی و انگلیسی در سمینار همایش و کنگره ۸۷۰، متوسط برای هر نفر ۱۵/۵۳ و متوسط تعداد به ازای هر نفر در سال ۱/۹۷ می باشد.
- تعداد کل کتب تالیفی ۶۸ و تعداد کل کتب ترجمه ۲۷ می باشد. تعداد کل پایان نامه های سرپرستی شده ۴۳۲ می باشد. تعداد کل طرح های مصوب ۴۴۵ می باشد. از این طرح ها تعداد ۸۳ طرح، طرح هایی بودند که بطور مستقیم در سیاستگذاری های ملی و منطقه ای استفاده شده است.
- مقایسه عملکرد مردان و زنان: در مورد شاخص های سرانه تعداد مقاله و تعداد ارائه در سمینار و کنگره تفاوت معنی دار بین جنس مرد و زن دیده نشد. شاخص عضویت در کمیته های کشوری و همکاری با سازمانهای داخلی در مردان بالاتر بود.

پیوست ۲:

طرح های مورد استفاده در سیاست گذاری های کشوری یا منطقه ای^۱

دکتر آذین

- «بررسی امکان برقراری نظام ثبت بیماری های عروقی قلب» جهت مرکز مدیریت بیماری های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- «بررسی وضعیت ایمنی و تدوین برنامه فوریت جهت معادن و صنایع معدنی کشور» به سفارش سازمان نوسازی و گسترش معادن و صنایع معدنی ایران

دکتر اسحاقی

- تهیه و تدوین برنامه استراتژیک دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

دکتر تریان

- Role- Definition for Community & Preventive Medicine Specialists in Iran
Center for Educational Research & Development- Ministry of Health (EDC/MOH)
- Curriculum Development of Community & Preventive Medicine Residency in Iran
Center for Educational Research & Development- Ministry of Health (EDC/MOH)

دکتر دانشور

- ارزیابی برنامه غربالگری PKU در نوزادان در ۶ دانشگاه علوم پزشکی کشور

دکتر دمازی

- «طراحی نظام دیده بانی سلامت جمهوری اسلامی ایران»، موسسه ملی تحقیقات سلامت، ۱۳۸۹ - در حال اجرا
- «طراحی مدل همکاری بین بخشی مبتنی بر تحقیقات مبتنی بر مشارکت مردم» به سفارش اداره کل سلامت شهرداری تهران، ۱۳۸۹ - در حال اجرا
- «نیازسنجی آموزشی، طراحی و اجرای دوره برای توانمندسازی مدیران شهرداری و سایر ذینفعان سلامت در منطقه ۹»، ۱۳۸۹، در اجرا
- «طراحی بسته خدمات سلامت اجتماعی منطقه ۹ شهرداری تهران» به سفارش اداره کل سلامت شهرداری تهران، ۱۳۸۹ - در حال اجرا
- «طراحی سامانه و بسته خدمتی مرکز مدیریت سلامت شهری و مرکز سلامت محله»، به سفارش معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۳۸۹، (در حال اجرا)
- «ارزشیابی مصوبات هیات های امنای دانشگاه های علوم پزشکی در طول برنامه های توسعه سوم و چهارم»، به سفارش حوزه مشاور وزیر در هیات های امنای، ۱۳۸۹
- «تحلیل وضعیت سلامت نوجوانان و جوانان کشور»، به سفارش دفتر سازمان جهانی بهداشت در ایران و موسسه ملی تحقیقات سلامت، ۱۳۸۹
- «تحلیل وضعیت بخش های اورژانس بیمارستان های کشور و پیشنهاد مداخلات»، ۱۳۸۹

^۱ این طرحها تنها از ۶۹ رزومه موجود استخراج شده اند

- « طراحی مدل ایفای همکاری بین بخشی وزارت خانه ها و سازمان های عضو شورای عالی سلامت و امنیت غذایی در ارتقای سلامت جامعه » ، ۱۳۸۸
- « ارزیابی عملکرد شوراهای سلامت و امنیت غذایی استان ها » ، شورای هماهنگی تحقیقات کاربردی وزارت بهداشت ، ۱۳۸۷
- مجری « تدوین مدل مفهومی و کارکردی سلامت اجتماعی » ، به سفارش دفتر سلامت روان و اجتماعی معاونت سلامت ، ۱۳۸۷
- « تدوین برنامه جامع سلامت استان قزوین » ، استانداری قزوین ، شورای سلامت و امنیت غذایی استان ، ۱۳۸۷ و ۱۳۸۸
- مشاور « طرح استقرار برنامه جامع سلامت استان قزوین » ، استانداری قزوین ، شورای سلامت و امنیت غذایی استان ، ۱۳۸۹
- « تدوین شاخص های نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران » ، معاونت هماهنگی وزارت بهداشت با مشارکت سازمان بهداشت جهانی (WHO) ، ۱۳۸۷
- « تدوین مدل مدیریت موثر انجمن های علمی تخصصی در نظام سلامت » ، به سفارش کمیسیون انجمن های علمی وزارت بهداشت ، ۱۳۸۷
- « طراحی داشبورد نظارتی معاونت هماهنگی و دبیر مجامع » ، ۱۳۸۷ (در دست اجرا)
- « طراحی نظام برنامه ریزی کلان وزارت بهداشت » ، ۱۳۸۷ (در دست اجرا)
- « تدوین سند سیاست تکامل دوران کودکی در دو بخش بازی و نظام تحقیقاتی » ، معاونت سلامت ، ۱۳۸۷
- « تحلیل قوانین کشوری از دیدگاه عدالت در سلامت » دبیرخانه تحقیقات کاربردی معاونت سلامت ، ۱۳۸۷
- م « طراحی مدل تحلیل امنیت غذایی استان » ، دبیرخانه تحقیقات کاربردی معاونت غذا و دارو ، ۱۳۸۷
- « طراحی واحد استانی دبیرخانه سیاست گذاری سلامت » ، برنامه مشترک سازمان جهانی بهداشت ، ۱۳۸۷
- « طراحی شبکه ذینفعان سیاست گذاری سلامت » ، برنامه مشترک سازمان جهانی بهداشت ، ۱۳۸۷
- « طراحی راهنمای بازاریابی اجتماعی برای کارشناسان سلامت » ، برنامه مشترک سازمان جهانی بهداشت ، ۱۳۸۷
- مجری طرح « طراحی و استقرار نظام مدیریت پروژه » در معاونت پیشگیری سازمان بهزیستی کشور ، ۱۳۸۷
- « تعیین اولویت های تحقیقاتی سازمان » های :
 ۱. اولویت های تحقیقاتی سیاست گذاری سلامت - ۱۳۸۷
 ۲. معاونت غذا دارو وزارت بهداشت ، ۱۳۸۶-۱۳۸۷
 ۳. معاونت سلامت وزارت بهداشت ، ۱۳۸۵-۱۳۸۶
 ۴. دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی ، ۱۳۸۶
 ۵. مرکز تحقیقات عفونی اطفال بیمارستان مفید ، ۱۳۸۴
 ۶. معاونت درمان سازمان تامین اجتماعی ، ۱۳۸۳
 ۷. معاونت پژوهشی سازمان انتقال خون ایران ، ۱۳۸۱
- « تدوین سند سیاست مدیریت منابع انسانی بخش سلامت » ، معاونت هماهنگی وزارت بهداشت با مشارکت بانک جهانی (World Bank) ، ۱۳۸۵ و ۱۳۸۶
- « بررسی نقش و عملکرد سازمان های غیر دولتی ایران در تامین ، حفظ و ارتقای سلامت ایران ، پیشنهاد مدل تعامل NGOs با بخش مجری سلامت در دولت » ، ۱۳۸۵ (پایان نامه تحصیلی دوره تخصصی)

- « طراحی و استقرار اتاق فکر سلامت » ، جهاد دانشگاهی علوم پزشکی شهید بهشتی ، ۱۳۸۵
- « طراحی برنامه استراتژیک » موسسه علمی کاربردی هلال ایران و سازمان امداد و نجات کشور ، ۱۳۸۵
- « مطالعه و تحلیل سازمانی مرکز تحقیقات بهداشت باروری و ناباروری و تدوین برنامه راهبردی » ، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی ، ۱۳۸۴
- « طراحی بسته خدمتی ارتقای سلامت در محل کار » ، واحد ارتباطات و آموزش سلامت ، معاونت سلامت وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی ، ۱۳۸۴
- « تدوین برنامه استراتژیک مرکز مدیریت حوادث و فوریت های پزشکی کشور » ، ۱۳۸۳
- « مهندسی مجدد ساختار ، فرایند ها ، روال ها و استانداردهای اجرایی معاونت پژوهشی سازمان انتقال خون ایران » ۱۳۸۳ ،
- « تعیین علل و عوامل فزونی خون جایگزین و راهکار های رفع آن در سه استان هرمزگان ، خوزستان و سیستان و بلوچستان » سازمان انتقال خون - ۱۳۸۳
- « بررسی نگرش ها و باورهای ممانعت کننده از اهدای خون داوطلبانه مردم سه استان جنوبی کشور » سازمان انتقال خون ایران ۱۳۸۳
- « ارزیابی مشکلات سلامتی جامعه مشکین شهر » ، انستیتو تحقیقات بهداشتی تهران ، ۱۳۸۳ (پایان نامه دوره MPH)
- « پایش و ارزیابی برنامه ریزی استراتژیک دانشگاه های علوم پزشکی » معاونت آموزشی وزارت بهداشت ، ۱۳۸۲
- « تدوین برنامه استراتژیک معاونت آموزشی و امور دانشگاهی » معاونت آموزشی و امور دانشگاهی ، ۱۳۸۱
- « تدوین نیازهای آموزشی تخصصی مدیران ارشد دانشگاه های علوم پزشکی ، شرایط و فرایند احراز پست ریاست دانشگاه » ۱۳۸۱
- « بازنگری فرآیند، روال و استانداردهای اجرایی جذب و استخدام اعضای هیات علمی دانشگاه های علوم پزشکی » ۱۳۸۱
- «مهندسی مجدد فرآیند، روال و استانداردهای اجرایی اهداء کنندگان خون » سازمان انتقال خون، ۱۳۸۱
- تعیین سهم و نقش وزارت خانه ها و سازمان ها برای دستیابی به چشم انداز سلامت ایران ۱۴۰۴
- برای ارتقای سلامت مردم در افق ایران ۱۴۰۴ بخش سلامت چه تحولاتی را باید در سیاست های همکاری بین بخشی و مشارکت مردم اتخاذ کند؟

دکتر رجبی

- "شناسایی عوامل و مدل های پیش بینی احتمال موفقیت یا شکست برنامه های کلان نظام سلامت، مطالعه مروری منظم" مصوب دانشگاه علوم پزشکی تهران، در حال اجرا.
- "ارزیابی فناوری سلامتی درمان با اکسیژن پر فشار Hyper Baric Oxygen Therapy" مصوب دانشگاه علوم پزشکی تهران به سفارش معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، اتمام یافته و دارای تقدیر نامه از معاونت محترم سلامت.
- "تهیه خلاصه های شواهد برای سیاست گذاران policy brief" مصوب دانشگاه علوم پزشکی تهران، در حال اجرا.
- "تهیه راهنمای تدوین و ارزیابی گزارش های ارزیابی فناوری سلامت"، مصوب دانشگاه علوم پزشکی تهران، در حال اجرا.

- "برنامه عملیاتی ۴ ساله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران"، مصوب دانشگاه علوم پزشکی تهران، اتمام یافته.

- تحلیل چالشها و روندهای نظام سلامت نقشه نظام سلامت ۱۴۰۴ -

دکتر رضا زاده

- مدیریت راند ۲ پروژه پیشگیری از ایدز صندوق جهانی در سازمان بهزیستی

دکتر رستمی

- بررسی فرهنگ سازمانی ستاد مرکزی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۷
- اصول و ارزشها و دورنمای نقشه نظام سلامت، ۱۳۸۹

دکتر سهرابی

- بررسی اثر بخشی و کارایی راهنمای بالینی بیمارستانهای دوستدار مادر، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- تعیین اولویتهای پژوهشی نظام سلامت معاونتهای دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

دکتر صادقی

- مسولیت ارتقاء برنامه ادغام خدمات سوء مصرف مواد در نظام PHC
- طرح پایش و ارزشیابی برنامه ادغام خدمات سوء مصرف مواد در نظام PHC

دکتر علیزاده

- نیازسنجی و تعیین اولویت های تحقیقاتی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

دکتر عباچی زاده

- "تدوین دستورالعمل تحلیل روند برای نظام مراقبت بیماری های غیر واگیر"، مرکز مدیریت بیماری ها، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۶.
- "طراحی ابزار معتبر و پایا برای سنجش سلامت اجتماعی ایرانیان" به سفارش وزارت بهداشت
- "طراحی مدل ارتقا مدیریت داده های مرگ و میر شهر تهران" به سفارش شهرداری تهران

دکتر عزیزی

- توانمند سازی و بسیج جمعیت تحت پوشش مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقاء سلامت در راستای رسالت مرکز (نیازسنجی مشکلات مربوط به سلامت و اولویت بندی مشکلات و طراحی طرح های مداخله ای مشارکتی توسط تیم های متشکل از اعضای هیئت علمی - نمایندگان مردمی - نمایندگان سالیار نهادهای دولتی (آموزش و پرورش - بهزیستی - نیروی انتظامی - تربیت بدنی و) و NGO های فعال در منطقه)

دکتر فرج زادگان

- ارزیابی مدیریت برنامه قلب سالم
- ارزیابی مدیریت برنامه قلب سالم اصفهان در حیطه غربالگری کودکان

دکتر فرید

- "نیازسنجی پیشگیری از HIV/AIDS و مصرف مواد در محیط های کار و تدوین راهنمای عمل". کارفرما: ستاد مبارزه با موادمخدر و دفتر مقابله با مواد و جرم سازمان ملل در ایران " UNODC" - ۱۳۸۸
- "طراحی مدلی برای بهبود مداخلات جامعه محور در حوزه سلامت اجتماعی" (در حوزه های اولویت دار اعتیاد، خودکشی و خشونت). کارفرما: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. ۱۳۸۸
- "بررسی مصوبات شورایعالی سلامت، از آغاز تا سال ۱۳۸۸" - کارفرما: معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران. ۱۳۸۸
- "نیازسنجی پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد در شرکت سایا" - ۱۳۸۷
- "تعیین اولویتهای پژوهشی سازمان بهزیستی کشور" ۱۳۸۶ تا ۱۳۸۷
- "تعیین سیاستهای کلان مراقبتهای سلامت ثالثیه"، کارفرما: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و نظارت بانک جهانی ۱۳۸۶ - ۱۳۸۵

دکتر کتیبه

- Organize a guideline for general physicians about primary eye care.

دکتر گنجی

- ارزیابی برنامه غربالگری تیروئید در استان

دکتر وثوق

- Situational analysis of key issues of Iran health system
- Designing health policy making system for the country vision 2025
- Health Policy and Planning Program, including 15 Projects
- Evidence and Information For Policy Program, including 10 Projects
- Designing Contract Models for Medical Service Providers Working directly with Social Security Organization of Iran
- Designing Social Marketing Program for Volunteer blood donors in Sistan & Baluchestan Province, Iran.

- مدل پیشنهادی برای سامانه سیاست گذاری در نظام سلامت در چشم انداز سال ۱۴۰۴
- تحلیل وضع موجود نظام سلامت بر پایه نقاط تمرکز نقشه تحول نظام سلامت ۱۴۰۴

ABSTRACT

Mission of community medicine is health promotion in society and community by constant assessment of public health indicators and designing and implementing knowledge based, efficient interventions.

Their value set includes: health promotion due to sustainable development, commitment for equitable society, health promotion, human right for health, priority of prevention, constant interaction with society and with decision makers and community participation. This set of values is aligned with I.R.I vision for 1404(2025). According to research indicators of science and technology health map that consider at least one article indexed in ISI journals per year per researchers, community specialists have reached to 0.81 in the year of 2009. In comparison to the other countries, the number of published articles by Iranian community medicine is the highest among visionay countries and observed gap with Canada as a developed country can be related to the number of specialists.

For fulfillment of 1404 vision, a road map for Iranian community medicine has been developed and some strategies designed as, increasing the quantity and quality of research centers, installing research network, complete implementation of new curriculum and promoting knowledge and attitudes about community medicine.

It is expected with providing necessary infrastructures, Iranian community medicine will achieve its best position in public health development in the visionary region and as a consultant for health organizations around the world.