



سند ملی

رشد و تکامل همه جانبه

دوران ابتدای کودکی

خرداد ماه ۱۳۹۲

حضرت علی(ع) می‌فرمایند: «أَمَّا قَلْبُ الْحَدِثِ كَالْأَرْضِ الْخَالِيَةِ مَا الْقَى فِيهَا مِنْ شَيْءٍ قَبْلَهُ».

دل نوحاسته همچون زمینی است که در آن چیزی کشت نشده است و هر بذری که در آن افشاندن شود، می‌پذیرد

بسمه تعالی

فهرست

۵	مقدمه
۶	اصول حاکم بر برنامه ریزی و سیاستگذاری اوان کودکی
۷	۱- هدف تدوین سند
۸	۲- اهمیت سالهای اولیه کودکی
۹	۳- روش کار
۱۰	۳-۱. مراحل انجام کار
۱۱	۳-۲. عملیات اجرایی تدوین سند
۱۳	۴- تبیین وضعیت موجود
۱۴	۴-۱. وضعیت موجود در حیطه های آموزش، مراقبت، سلامت
۱۴	۴-۱-۱. دسترسی و پوشش
۱۵	۴-۱-۲. کیفیت خدمات
۱۸	۴-۱-۳. سیاستها و قوانین مرتبط
۲۰	۴-۱-۴. اعتبارات و هزینه ها
۲۱	۴-۱-۵. شاخص های رشد و تکامل کودکان و مادران
۲۴	۴-۲. وضعیت موجود در حیطه های بازی، نیازهای ویژه، تحقیقات، فقر و رفاه کودک و مسائل اجتماعی
۲۴	۴-۲-۱. کودکان با نیازهای ویژه
۲۶	۴-۲-۲. کودک، بازی و اسباب بازی
۲۷	۴-۲-۳. فقر و رفاه کودک
۲۷	۴-۲-۴. تحقیقات در تکامل دوران ابتدای کودکی
۲۸	۴-۲-۵. جامعه
۲۹	۵- سیاستها
۳۰	۶- راهبردها

- ۷- اقدامات کلان ۳۱
- ۸- نظام اجرایی رشد و تکامل همه جانبه کودکان ۳۴
- ۸-۱. ساختار اجرایی (دبیرخانه کشوری) ۳۴
- ۸-۱-۱. ساختار ملی ۳۴
- ۸-۱-۲. ساختار در سطح استانی ۳۵
- ۸-۲. نظام برنامه ریزی ، اجرا و نظارت ۳۵
- ۸-۳. به روز رسانی سند رشد و تکامل همه جانبه کودکان ۳۷
- ۹- پایش و ارزشیابی ۳۷
۱۰. منابع: ۳۹

مقدمه

دوران کودکی خصوصاً سالهای اولیه زندگی، حیاتی ترین مرحله ی تکامل شخصیت و پرورش توانایی ها و استعداد های انسان است و نیازمند برنامه ریزی با رویکردی جامع می باشد. در رویکرد جامع مورد نظر خانواده اولین و اصلی ترین مسئول وضعیت زندگی کودک است. اما از آنجا که خانواده به تنهایی توانایی های لازم برای پشتیبانی از کودک و تامین کلیه نیازهای رشد و تکامل کودک را ندارد و نخواهد داشت، دولت ها موظفند نسبت به تدوین سیاستها و اجرای برنامه های لازم برای پشتیبانی و کمک به خانواده ها و مراقبان کودکان اقدامات ضروری را به عمل آورند تا با افزایش آگاهی و مهارت آنان و تامین منابع لازم، شرایط بهینه ی زندگی برای کودکان فراهم شود. در واقع این امر باید به گونه ای باشد که اطمینان از دسترسی خانواده ها و مراقبان کودکان خردسال به خدمات و تجهیزات مورد نیاز از اولویت برنامه ریزی دولت ها باشد.

سیاستها و برنامه های مرتبط با تکامل دوران اوان کودکی باید با هدف قرار دادن مولفه های اجتماعی سلامت به عنوان بستری برای بروز نابرابری در وضعیت تکاملی کودکان، سعی در ارائه ی الگوهایی جامع در جهت تاثیرگذاری بر این مولفه ها و متعاقب آن کاستن نابرابری های موجود بین طبقات مختلف جامعه نماید به نحوی که موجب ارتقای شرایط تکاملی کودکان شود. عواملی مانند وضعیت آموزشی خانواده ها، نوع شغل سرپرست خانواده، وضعیت تغذیه ای آن ها، وضعیت بهداشت و محیط زیست، نژاد و مذهب در زمره ی مولفه های اجتماعی به شمار می روند که علاوه بر تاثیرگذاری منفرد هر کدام از آنها به صورت جداگانه، برآیند بر هم کنشی آنها تاثیر زیادی بر وضعیت رشد و تکامل کودکان دارد. این تاثیر در آنجا تاسف برانگیز خواهد بود که بدانیم مولفه های مذکور موجبات شکاف و نابرابری هایی در جامعه می شوند. این شکاف علاوه بر اینکه پیامد حد واسط و اجتناب ناپذیری است، خود باعث نامطلوب تر شدن وضعیت رشد و تکامل کودکان شده و پیامدهای نامناسب آن دیر یا زود گریبانگر کشور خواهد شد.

امروزه بسیاری از کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه به اهمیت سرمایه گذاری در دوران ابتدایی زندگی وقوف کامل دارند. لذا تعدادی از کشورها طی چند دهه اخیر با بهره گیری از تجارب بین المللی، اقدام به برنامه ریزی و سیاستگذاری با توجه به ابعاد مختلف نیازهای دوران اولیه زندگی کودکان نموده اند. تشکیل واحدها و کمیسیونهای مطالعاتی - پژوهشی در بسیاری از این کشورها، مورد توجه قرار دادن قراردادان کودکان در سطوح اساسی و بنیادین برنامه ریزی های ملی، برگزاری همایش ها، نشست های تخصصی و صرف اعتبارات هنگفت توسط دولتها و سازمانهای جهانی مرتبط، همگی دال بر اهمیت کودکان در ساختن کشوری با سطح توسعه ی بالا و پیشرفته دارد. امروزه دیدگاه سیاستگذاران ملی و بین المللی به سیاستها و برنامه های خاص کودکان، نگاهی هزینه گرا و مبتنی بر صرف منابع و هزینه کردن و یا به عبارت دیگر هدر دادن منابع نیست، بلکه تمامی این اقدامات در زمره سرمایه گذاری برای پیشرفت در آینده ی نه چندان دور کشورها است. در واقع در کشورهای زیادی شاهد بسیج همه جانبه ی منابع توسط خانواده ها، جوامع مدنی، دولت ها، خیرین، کمک های بین المللی و بخش خصوصی در جهت انجام مداخلات ضروری برای تکامل همه جانبه ی کودکان هستیم. به عبارت دیگر برنامه ریزان و سیاستگذاران در این کشورها به این نتیجه رسیده اند که ریشه بسیاری از مسائل و چالشهای پیش روی آنها در دوران اولیه حیات است، چرا که لزوم داشتن جامعه ای پیشرو و توسعه یافته که تا حد امکان عاری از مشکلات اقتصادی، رفتاری، اجتماعی و اخلاقی باشد، وجود

انسان‌هایی بالغ و متکامل در جنبه‌های جسمی، روانی، اجتماعی و شناختی است. از سوی دیگر وجود چنین شهروندانی در جامعه وابسته به عواملی است که بسیار مرتبط با دوران ابتدایی زندگی آنهاست، مرحله‌ای که تا حد زیادی شکل‌گیری و ساخته شدن شخصیت شهروندان در آن اتفاق می‌افتد.

این بسیار مهم است که بدانیم قبل از همه این‌ها در شرع مقدس اسلام به مراحل رشد و تکامل انسان از کودکی تا پیری توجه خاصی شده است آن چنان‌که پیامبر اکرم (ص) در دوران زندگانی خود و به خصوص علیرغم سختی و مرارت‌ها و دشواریهایی که در صدر اسلام و دوران پایه ریزی تمدن عظیم اسلامی وجود داشت، ظرافت و دقت ویژه‌ای در برخورد با کودکان داشتند که خود الگویی برای پرورش آینده سازان جهان اسلام بود. عطف و مهربانی به کودکان بارها از طرف پیامبر اکرم (ص) توصیه شده است. آن حضرت کودکان را بسیار دوست می‌داشت و همواره توجه و احترام به شخصیت آن‌ها را توصیه کرده است و به ویژه رفتار و تربیت کودکان را هم شأن با سن و سال و مراحل رشد آن‌ها می‌دانست، بطوری که در حدیثی می‌فرماید «هر کس کودکی دارد باید مانند کودک با او رفتار کند». بنابراین رشد و تکامل کودکان به منظور پرورش نسل بهره‌ور و قابل اتکا برای توسعه و پیشرفت آتی یک کشور چه از بعد انسانی- اخلاقی و چه در بعد نظریات اسلامی و مذهبی که البته بر ابعاد دیگر نیز اشراف دارد، همواره مورد تاکید بوده است.

تکامل اوان کودکی اشاره به شکل‌گیری و توسعه‌ی قابلیت‌ها و ظرفیت‌های انسانی کودک در ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و شناختی دارد که شامل دوره‌ی جنینی تا سن هشت سالگی می‌باشد. در این دوران برابر رویکردهای جدید تکامل اوان کودکی سه مرحله‌ی پیش از تولد، دوران خردسالی و سالهای ابتدایی ورود به مدرسه و عرصه‌های آموزش نیز مورد نظر است.

اصول حاکم بر برنامه ریزی و سیاستگذاری اوان کودکی

بی‌شک به منظور تدوین و اجرای هر برنامه‌ای، اصول و قواعدی باید مد نظر قرار گیرند. به عبارت دیگر، این اصول و قواعد پایه و اساسی است که اجزای برنامه و سیاست بر آنها مبتنی می‌شوند. چارچوب برنامه‌ها و سیاست‌های ملی و بین‌المللی توسط اصولی تعریف و معین می‌شوند که نادیده گرفتن این اصول به معنای بی‌توجهی به ملاحظات مورد وفاق شهروندان و دولتمردان و سایر بخش‌های مرتبط با یک برنامه است که پیامد آن، شکست برنامه و در نتیجه عدم نیل به اهداف مورد نظر است.

گستره برنامه و سیاست تکامل اوان کودکی از دوره‌ی پیش از تولد تا زمان ۸ سالگی است، همچنین این برنامه به طور ویژه بر عوامل اجتماعی موثر بر سلامت و تکامل کودکان تاکید داشته و برنامه‌ای جامع و گسترده است که اجرای آن نیاز به پذیرش و مشارکت از سوی گروه‌های هدف و جوامع مدنی دارد، لذا چهار اصل حاکم بر برنامه تکامل این دوران به قرار زیر است:

✓ رویکرد مبتنی بر زمان (تاکید بر دوران خاصی از زندگی): در برنامه‌ها و سیاست‌های مرتبط با تکامل اوان

کودکی باید به تعریف اوان کودکی توجه ویژه نمود، زیرا همانطوری که پیشتر نیز بیان شد، اوان کودکی شامل مرحله پیش از تولد تا سن هشت سالگی است. بنابراین گروه هدف برنامه و سیاست‌های تکامل اوان کودکی از مرحله‌ی پیش از تولد تا سن هشت سالگی است و سند حاضر چالشهای مربوط به این دوران و راهبردهای غلبه بر آنها را در بر می‌گیرد.

✓ **عدالت:** پاره ای از مولفه های اجتماعی سلامت از قبیل وضعیت اقتصادی- اجتماعی، جنسیت، نژاد و قومیت موجب نابرابری هایی در وضعیت تغذیه، سلامتی، شناختی، روانی و رفتاری به ویژه در مورد کودکان می شود. در حاشیه بودن و محرومیت، دو پدیده ی شومی است که نابرابری هایی را در کودکان مناطق حاشیه ای و محروم به وجود می آورد. لذا به منظور تدوین و اجرای برنامه و سیاست مناسب و مطلوب برای اوان کودکی، باید توجه ویژه ای به این گونه کودکان داشت. هرگونه تبعیض و تفاوتی بین کودکان یک کشور نتیجه ای جز عدم اثربخشی و کفایت برنامه های ارتقای رشد و تکامل دوران ابتدای کودکی را نخواهد داشت.

✓ **همکاری بین بخشی:** مسئولیت اولیه ی تکامل کودکان بر عهده ی خانواده هاست. اما نکته ی بارز در اینجا این است که به دلیل اثر و برهم کنش عوامل مختلفی مانند محیط اطراف کودک، قوانین و مقررات آموزشی و ... خانواده به تنهایی از عهده ی ارتقای جامع و کامل رشد و تکامل کودکان بر نمی آید. چنین عاملی سبب ورود دولتها به برنامه ها و سیاست های تکاملی کودکان است. از طرف دیگر معمولاً دولتها دارای حوزه های متفاوت اجرایی می باشند که هر کدام به نوعی بر فرآیند تکاملی کودکان تاثیرگذار می باشند. به عنوان مثال وزارتخانه های بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، آموزش و پرورش، تعاون، کار و رفاه اجتماعی، سازمان بهزیستی، علوم، تحقیقات و فناوری، وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی و نیز از بازوهای اجرایی دولت ما در زمینه اجرای برنامه های تکاملی کودکان به شمار می آیند. علاوه بر این، سازمان های دیگر مانند صدا و سیما، قوه ی قضائیه، نهادهای غیردولتی و خیریه نیز وجود دارند که همگی به نوعی درگیر با امور و مسائل مربوط به کودکان هستند. وجود این چنین پراکندگی هایی نشان دهنده ی اهمیت مشارکت و مداخله ی هماهنگ شده این سازمانها و نهادها است به نحوی که مجموع فعالیت های آنها منجر به هم افزایی در جهت نیل به هدف ارتقا و بهبود تکامل کودکان باشد. از طرف دیگر عدم همکاری همه ی بخش های موثر سبب پس رفت و یا عدم پیشرفت کشور در این زمینه خواهد شد.

✓ **مشارکت جامعه هدف:** این اصل دلالت بر درگیر نمودن کسانی دارد که برنامه و سیاستها برای خود آنها تدوین و اجرا می شود. حضور خانواده ها، مراقبان و از همه مهم تر کودکان و یا نمایندگان آنها در تمامی مراحل تدوین، عرضه و ارزیابی اقدامات و خدمات مربوط به آنها سبب پذیرش ساده تر برنامه و مشارکت و همکاری بیشتر آنها در برنامه ها می شود.

۱- هدف تدوین سند

هدف کلی این سند، فراهم نمودن فرصتهای برابر پرورش و تکامل تمامی ظرفیت های دوران ابتدای کودکی است و در این زمینه اهداف اختصاصی زیر را دنبال می کند:

۱. تعیین چارچوب مفهومی رشد، مراقبت و تکامل ابتدای کودکی با نگاه ویژه به تکامل صفر تا ۸ سالگی و شاخص های مرتبط به آن

۲. توصیف و تحلیل وضعیت رشد، مراقبت و تکامل کودکان بر اساس شاخص های موجود و تدوین راهکارهای ایجاد فرصت های عادلانه در زمینه ارتقای رشد، مراقبت و تکامل کودکان با تاکید ویژه بر کودکان محروم
۳. تحلیل عملکرد سیاست های موجود رشد، مراقبت و تکامل کودکان
۴. تعیین مداخلات برای مشکلات رشد، مراقبت و تکامل کودکان و توانمندسازی خانواده و جامعه
۵. تقویت سیستم های مراقبت سلامتی، آموزشی و پرورشی بر مبنای نیازهای تکاملی کودکان، با توجه ویژه به آموزه های دینی و فرهنگ ملی و همچنین حمایت و آموزش مراقبین کودکان
۶. جلب حمایت جامعه و سیاست گذاران برای مراقبت و تکامل ابتدای کودکی و نیز ترویج توسعه جامعه بر اساس توجه به کودک
۷. بسیج منابع و استفاده از ظرفیت های ملی در جهت اجرایی نمودن برنامه
۸. ایجاد ساختار اجرایی کارآمد ملی به منظور بهره گیری از حداکثر توان دستگاههای اجرایی و عملیاتی نمودن برنامه ها و فعالیتهای مبتنی بر ارتقای سلامت و تکامل همه جانبه کودکان

۲- اهمیت سالهای اولیه کودکی

مهمترین دوره زندگی افراد در طول عمر آنان، دوره بین انعقاد نطفه و هشت سالگی است؛ زیرا رشد و پرورش کودک در این دوره، شالوده رشد او در آینده را پی ریزی میکند. در سه سال اول زندگی، رشد انسان بسیار سریع است. در این دوره، حساسیت نسبت به تأثیرات محیطی نیز از همه دوره های دیگر بیشتر است.

در سالهای اول، رشد مغز در بحرانی ترین وضعیت بوده و نسبت به تأثیرات خارجی (چه مثبت و چه منفی) بیشترین حساسیت را دارد. مغز در این زمان توانمندی بالفعل کم و بالقوه بسیار بالایی دارد. مراقبت محبت آمیز و آموزش هایی که کودک در سالهای اول دریافت میکند یا فقدان این تجربیات اساسی تأثیرات بلند مدتی بر ذهن کودک باقی میگذارد. هرچند که یادگیری در تمام طول زندگی ادامه مییابد اما در سالهای نخستین، مغز انسان با سرعتی که هرگز تکرار نخواهد شد، در حال شکل گیری است. پیش از تولد، سلولهای مغزی با سرعتی شگفت آور تکثیر میشوند. در زمان تولد، نوزاد حدود ۱۰۰ میلیارد سلول مغزی دارد که اغلب آنها به هم متصل نیستند. این سلولها نمی توانند به تنهایی کار کنند بلکه باید در شبکه های سازمان دهی شوند که لازم است بین آنها تریلونها رابط یا سیناپس وجود داشته باشد. هر سلول عصبی به طور بالقوه می تواند با ۱۵۰۰۰ سلول دیگر ارتباط برقرار کند این رابطها، آنچه را ما میتوانیم انجام دهیم، آنچه مایلیم انجام دهیم، نحوه تفکر ما و در واقع آنچه را که هستیم تعیین می کنند. هرچه تعداد این ارتباطها بیشتر باشد، مغز توانمند تر و کودک از آینده و عملکرد بهتری برخوردار خواهد بود.

دوره ای که رابطهای مغز با سرعتی انفجاری تکثیر میشوند با سالهای اول کودکی همزمان است، یعنی با دوره ای که کودک عملاً در هر لحظه از بیداری، چیزهای تازه ای را برای اولین بار کشف میکند. نقش تجربه در همین زمان ایفا میشود. هنگامی که در سالهای اول، رابطی

مکرراً مورد استفاده قرار میگیرد، جنبهٔ همیشگی پیدا میکند. رابطها (سیناپسها)ئی که در نتیجهٔ تکرار تجربیات اولیه به دفعات فعال میشوند، به دائمی شدن متمایل میشوند و سیناپسهای که به کلی یا به دفعات کافی فعال نشده‌اند، به حذف شدن متمایل میشوند؛ بدین ترتیب، رشد مغزی یک فرایند "استفاده کن یا از دست بده" است.

بنابراین، بسیار مهم است که کودک فرصتهای کافی برای مواجهه، تقلید و درگیر شدن با تنوع گسترده‌ای از فعالیتهای برانگیزندهٔ واکنشی داشته باشد و بدین وسیله بتواند یاد بگیرد که از توانهای مغزی خود استفاده کند. کودکانی که از این گونه شرایط محروم میشوند احتمال دارد که دچار مشکلات شخصیتی، اختلالات روانی، نارسایی‌های ادراکی و مشکلات یادگیری شوند.

خانه و ساکنان آن، همراه با هم، اولین محیط کودک و شالودهٔ تعامل او با محیط را تشکیل میدهند. کودک باید آزاد بوده و احساس امنیت کند تا بتواند از امکاناتی که محیط برای او فراهم میکند، برخوردار شود.

اهمیت محیط خانوادگی و فضای شاد، محبت و تفاهم، جنبه‌هایی از مراقبت کودکان هستند که به طور سنتی شناخته شده‌اند. برخی از محیطهای خانوادگی امن هستند و در آنها کودکان از امنیت و محیطی برخوردارند که برای بزرگ شدن و تعامل با والدین به آن نیاز دارند. در برخی خانواده‌های دیگر نیز اگر چه تضاد و درگیری وجود ندارد اما تعامل در درون خانواده به اندازهٔ گروه اول نیست. دستهٔ سوم از محیط خانوادگی نیز وجود دارد که مشخصهٔ آن تضاد و درگیری دائم در خانواده و محرومیت کامل کودکان از بزرگ شدن با والدین و فرصتهای پرورش کامل و هماهنگ است.

بنابراین، لازم است که برنامه‌های سالهای اول کودکی همواره مداخلاتی را طراحی کنند که بر خردسال‌ترین کودکان متمرکز باشند، زیرا بیشترین تفاوتها در این دوره ایجاد میشوند.

۳- روش کار

ابتدا طی سال ۱۳۸۷ با توجه به ضرورت توجه به جایگاه کودکان و کاستی‌های موجود در کشور، توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی پیشنهاد اولیه برای نگارش سند حاضر مطرح شد. در این راه مبادرت به برنامه‌ریزی و جلب همکاری نهادهایی از جمله وزارت آموزش و پرورش و سازمان بهزیستی کشور شد. تیم پروژه اولیه متشکل از کارشناسان زبده این ۳ حوزه و تعدادی از متخصصین و صاحب‌نظران بنام کشور تشکیل شد. این تیم با مروری بر مستندات موجود در این حیطه، جامعه‌ی هدف را کودکان صفر تا هشت ساله کشور تعیین نمود. البته با توجه به نقش دوران جنینی در رشد، تکامل و سلامت کودکان، زنان باردار نیز به عنوان بخش دیگری از گروه هدف مورد توجه قرار گرفتند. دامنه‌ی پژوهش شامل کلیه‌ی حوزه‌های مرتبط با رشد و تکامل کودکان شامل: حوزه‌های جسمی، روانی، اجتماعی و شناختی تعیین شد. نهایتاً در شهریورماه ۸۸ تدوین پیش نویس اولیه سند به مرکز تحقیقات رشد و تکامل کودکان دانشگاه علوم پزشکی تهران سپرده شد.

۳-۱. مراحل انجام کار

۱. تشکیل تیم پروژه متشکل از کارشناسان متبحر در زمینه سیاستگذاری و برنامه ریزی رشد، مراقبت و تکامل ابتدای کودکی
۲. تحلیل ذینفعان و تعیین اعضای کمیته راهبری با مشارکت ذینفعان، که منجر به شناسایی ۳۷ سازمان دولتی و مردم نهاد، وزارت خانه، نهاد و سازمان بین المللی ذینفع در رشد، مراقبت و تکامل کودکان شد. با نظر خواهی از کارشناسان و صاحب نظران از حیطه های گوناگون، فهرست زیر از بین ذینفعان شناسایی شده به عنوان ساختارهایی که در حیطه تکامل دوران ابتدای کودکی بیشترین نقش را دارند و در آینده می توانند کمیته ملی راهبری را تشکیل دهند، تعیین گردیدند:
۱. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۲. وزارت آموزش و پرورش
۳. وزارت تعاون کار و رفاه اجتماعی (سازمان بهزیستی کشور)^۱
۴. کانون پرورش فکری کودکان و نوجوانان
۵. صدا و سیما جمهوری اسلامی
۶. وزارت ورزش و جوانان
۷. وزارت کشور
۸. وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی
۹. مجلس شورای اسلامی (۲ نفر از نمایندگان کمیسیونهای آموزش و بهداشت به عنوان ناظر)
۱۰. حوزه های علمیه (۲ نفر به انتخاب حوزه علمیه قم)
۱۱. انجمن های علمی و مراکز تحقیقاتی مرتبط (حداکثر ۲ نماینده)^۲
۱۲. سازمانهای مردم نهاد (حداکثر ۲ نماینده)^۳
۳. بررسی متون برای تعیین چارچوب نظری، شاخص های تحلیل برنامه های گذشته و مداخلات موثر در این حیطه
۴. نهایی کردن روش تدوین سیاست و چارچوب نظری و شاخص های آن در تیم پروژه
۵. تعیین کارگروه های مرتبط
۶. جمع آوری اطلاعات شاخص ها و تحلیل آن ها و تدوین گزارش کارگروه ها در هر یک از حیطه های تعیین شده
۷. تدوین پیش نویس اولیه سند بر مبنای تحلیل های مذکور
۸. اعمال نظرات ذینفعان برای تدوین سند سیاست درون و برون بخشی
۹. نظر خواهی از ذینفعان درون و برون بخشی از طرق مختلف برای گروه های ذینفع مختلف

^۱ تشکیل وزارت تعاون کار و رفاه اجتماعی بر اساس مصوبه مجلس شورای اسلامی از ۱۳۹۰/۴/۱۸، ابلاغ گردید.

^۲ از بین انجمن های علمی و مراکز تحقیقاتی مرتبط که توسط دبیرخانه شناسایی می شوند در اولین جلسه، ۲ انجمن/مرکز با اکثریت نسبی آرای اعضای کمیته راهبری تعیین خواهند گردید.

^۳ نحوه عضویت سازمانهای مردم نهاد بر اساس آیین نامه ای خواهد بود که توسط دبیرخانه حداکثر تا ۳ ماه پس از تصویب سند تدوین شده و به تصویب کمیته راهبری خواهد رسید.

۱۰. نهایی کردن پیش نویس تهیه شده با استفاده از نظرات کمیته علمی برای تصویب در مرجع ذیصلاح ملی
۱۱. تدوین گزارش نهایی در سه بخش: ثبت در مرکز اسناد وزارتخانه ها و دستگاه های مرتبط جهت عملیاتی نمودن و مستندات حمایت طلبی (شامل کلیه مستندات، گزارش کارگروه ها، پیش نویس اولیه)، پیش نویس نهایی برای تصویب در مرجع ذیصلاح و گزارشی برای اطلاع رسانی عمومی

۲-۳. عملیات اجرایی تدوین سند

تیم پروژه با استفاده از متون علمی و تجربیات جهانی و پس از بحث و بررسی در جلسات متعدد، چارچوب مدل نظری (مدل مفهومی) رشد، مراقبت و تکامل خردسالی را به شرح زیر تدوین نمود.

در این مدل ۵ سطح وجود دارد:

- سطح اول:** کودک و مولفه های بسیار نزدیک مرتبط با وی (جنس، نژاد، ژنتیک، بیولوژی و سایکولوژی) مطرح می باشند.
- سطح دوم:** سطح خرد (خانواده و محیط زندگی نزدیک کودک: شیوه زندگی، قومیت- مدرسه- مکان های مذهبی- مراکز مراقبت از کودک- محل بازی و فراغت کودک- گروه هم سالان- محله)^۴
- سطح سوم:** سطح میانی (جامعه و محیط زندگی دورتر کودک: اشتغال- مسکن- تسهیلات رفاهی- نظام حمایت اجتماعی- آموزش و پرورش- توسعه زنان- خدمات سلامت- تفریحات- کشاورزی)
- سطح چهارم:** سطح کلان (سیاست های ملی و اولویتهای کشور: شرایط اقتصادی، اجتماعی، سیاسی، اعتقادی- مذهبی و فرهنگی کشور)
- سطح پنجم:** سطح جهانی (مولفه های بین المللی موثر بر رشد و تکامل کودکان: شاخص های توسعه انسانی، سلامت، اجتماعی- اقتصادی- رفاهی- روانی، معنوی و آموزشی)

^۴ کلیه سطوح این مدل مرتبط باهم و ارتباطی درهم تنیده دارند، اما نکته مهم این است که ارتباط کودک با خانواده وضعیت ویژه ای دارد و در این مدل خانواده تنها سطحی است که کلیه شئون سطح قبلی را در خود جای داده است. و اساسا ماهیت وجودی کودک وابسته به خانواده دیده شده است.

چارچوب نظری برنامه رشد، مراقبت و تکامل دوران خردسالی



در راستای اجرایی نمودن بند ۴ از مراحل کار و با توجه به گستردگی حوزه، پس از نظر خواهی از کارشناسان و صاحب نظران از حیطه های گوناگون، ۹ کارگروه مختلف به شرح زیر انتخاب و تشکیل شدند.

- ✓ خدمات سلامت و حوادث
- ✓ آموزش
- ✓ بازی کودکان
- ✓ جامعه، خانواده و کودک
- ✓ حقوق کودک و قوانین

✓ کودکان با نیازهای ویژه

✓ رسانه (رادیو تلویزیون، روزنامه، نشریات و اینترنت)

✓ پژوهش و آمار

✓ فقر، رفاه و تکامل کودک

۴- تبیین وضعیت موجود

وضعیت موجود مبتنی بر گزارش کارگروههای ۹ گانه و آخرین اطلاعات بعدی قابل دستیابی (با توجه به فاصله زمانی گزارش کارگروهها تا تنظیم پیش نویس حاضر) ارزیابی و تنظیم گردیده است. نکته مهم اینکه با توجه به نقش محوری و در هم تنیده بودن حیطه های سلامت، مراقبت و آموزش وضعیت موجود این ۳ بخش تا حد امکان به صورت ادغام یافته و در مفاهیم دسترسی، پوشش، کیفیت خدمات (نیروی انسانی، فضای فیزیکی ارائه خدمت، برنامه ها و محتوی آموزش)، سیاستها و قوانین مرتبط و نهایتا اعتبارات و هزینه ها، بررسی شده است و در بخش بعدی به طور اجمال به سایر حیطه ها (بازی، نیازهای ویژه، تحقیقات، فقر و رفاه کودک و مسائل اجتماعی) پرداخته شده است.

۴-۱. وضعیت موجود در حیطه های آموزش، مراقبت، سلامت

خدمات ارتقای تکاملی کودکان زیر ۸ سال که عمدتاً توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وزارت آموزش و پرورش و سازمان بهزیستی کشور ارائه میشود، عبارتند از:

- خدمات بهداشتی
- خدمات مراقبتی
- خدمات آموزشی
- خدمات توانبخشی - حمایتی

با توجه به بین بخشی بودن سند و لزوم تعیین اولویت ها، شناسایی وضعیت موجود بر اساس ساختار ادغام یافته زیر با محوریت دسترسی و پوشش، کیفیت خدمات، سیاستها و قوانین مرتبط، اعتبارات و هزینه ها و در نهایت وضعیت کنونی رشد و تکامل کودکان و نیز وضعیت مادران ارائه می گردد:

۴-۱-۱. دسترسی و پوشش

با توجه به استانداردهای تعریف شده برای ارائه خدمات بهداشتی و با وجود ۲۳۹۹۰ مرکز بهداشتی^۵ (اعم از مراکز بهداشتی - درمانی شهری و روستایی، خانه ها و پایگاههای بهداشتی) نزدیک به ۱۰۰ درصد کودکان ۰ تا ۸ سال کشور به خدمات بهداشتی دسترسی دارند که بر اساس برآوردها از این نزدیک به ۷۰٪ کودکان تحت پوشش خدمات اساسی بهداشتی - درمانی قرار دارند. لازم به ذکر است پوشش خدمات بهداشتی بخش دولتی در روستاها بیش از شهرها و نزدیک به ۱۰۰٪ می باشد. با توجه به در حال اجرا و توسعه بودن نسخه ۰۲ پزشک خانواده (اجرای پزشک خانواده در شهر)، دسترسی در شهرها ماه به ماه در حال افزایش است و پیش بینی می شود با اجرای کامل نسخه ۰۲ پزشک خانواده تا انتهای سال ۱۳۹۱، دسترسی به خدمات بهداشتی - درمانی در شهرها نیز تا حد بسیار مطلوبی ارتقا یابد.

با تاکید براینکه کلیه افراد جامعه حتی از دورترین نقاط به محیطی ترین واحد بهداشتی دسترسی داشته باشند. به نحوی که حداکثر فاصله افراد از واحدهای بهداشتی به میزان یک ساعت پیاده روی باشد و از طرفی محل استقرار واحدهای بهداشتی تا حد امکان در مسیر حرکت طبیعی مردم باشد. مراکز بهداشتی درمانی، خانه های بهداشت و مراکز روستایی در کلیه مناطق کشور استقرار یافته و در مناطقی که خانواده ها بصورت عشایر و کوچ نشین زندگی می کنند از طریق تیم های سیاری مراقبت های اولیه را دریافت می کنند

از آنجایی که براساس مستندات علمی، مراقبت از کودکان ۰ تا ۳ سال عمدتاً باید در سطح خانواده صورت گیرد و رویه اتخاذ شده توسط خانواده هایی که واجد مادران شاغل نیستند نیز همین است، با این حال برنامه های مدون به منظور ارتقای مهارتهای والدین در زمینه مراقبت همه جانبه از کودک چندان در دسترس نمی باشد؛ البته شایان ذکر است که در حال حاضر تعداد ۵۰۷۶۷ کودک ۰ تا ۳ سال از

^۵ سال ۱۳۹۰

خدمات مراقبتی و آموزشی مهدهای کودک بهره مند می گردند. این در حالی است که ۳۳۵۴۲۶ کودک ۳ تا ۶ سال به خدمات مراقبتی و آموزشی حدود ۱۴۰۵۰ مهد کودک سود می برند.

به دلیل رسمی نبودن دوره مراقبتی و آموزشی برای کودکان تا ۶ سال و همچنین عدم استقبال همه خانواده ها از این خدمات به دلایل مختلف، تسهیلات خدمت رسانی در مهدهای کودک و مراکز پیش دبستانی کودکان زیر ۶ سال به طور کامل مورد استفاده قرار نمی گیرند. با توجه به رسمی بودن آموزش دوره ابتدایی و وجود ۵۷۶۱۹ آموزشگاه ابتدایی دسترسی ۱۰۰ درصد کودکان به آموزشهای دوره ابتدایی وجود دارد با این وجود بر اساس آمار موجود پوشش واقعی در دوره ی ابتدایی ۹۸/۴٪ و در پایه اول (۷ ساله) ۹۷/۶٪ می باشد.

۴-۱-۲. کیفیت خدمات

کیفیت خدمات بهداشتی، مراقبتی و آموزشی از جنبه های نیروی انسانی، فضاها و تجهیزات، برنامه ها و محتوای آموزشی، از جمله مواردی است که در این بخش مورد توجه قرار گرفته است:

❖ نیروی انسانی

✓ برای هر ۵۰۰ تا ۱۰۰۰ نفر جمعیت روستایی (هر ۵۰ تا ۱۰۰ کودک زیر ۷ سال) یک بهورز در نظر گرفته می شود. ۱۱۴۱۳ بهورز مرد و ۱۹۵۰۷ بهورز زن (در انتهای سال ۱۳۹۰) مشغول به کار هستند. به طور متوسط هر بهورز ۸۰ کودک زیر ۸ سال روستایی را تحت پوشش دارد. بهورزان در آموزشگاه های بهورزی با برنامه آموزشی استاندارد مبتنی بر بسته های خدمت کشوری آموزش می بینند.

✓ این بسته ها به طور عمده عبارت از مراقبتهای ادغام یافته کودکان سالم، مراقبتهای ادغام یافته ناخوشی های اطفال، برنامه کشوری ترویج تغذیه با شیر مادر و نظام مراقبت مرگ کودکان می باشند. با توجه به ادغام برنامه های سلامت کودکان در کوریکولوم آموزشی پزشکان عمومی و متخصصین کودکان، کارکنان موظفند دوره های کودک سالم (۴ روز)، مراقبتهای ادغام یافته ناخوشی های اطفال (۵ روز)، شیرمادر (۳۶ ساعت برای پزشکان و ۲۰ ساعت برای غیر پزشکان) و نظام مراقبت مرگ کودکان (۱ روز) را گذرانده و هر ۲ سال در بازآموزی های هریک از دوره های مربوطه شرکت نمایند.

✓ بر اساس نسخه ۰۲ پزشک خانواده برای هر ۲۵۰۰ نفر جمعیت شهری یک پزشک و یک غیر پزشک در نظر گرفته شده است (حدود ۲۰۰ کودک زیر ۸ سال به ازای تیم ارائه دهنده خدمت).

✓ بر اساس استاندارد موجود، در مهدهای کودک یک مربی و یک کمک مربی به ازای ۱۰ کودک شیرخوار و یک مربی و یک کمک مربی به ازای ۱۵ کودک نوپا و یک مربی و یک کمک مربی به ازای ۱۵ کودک نوباوه در نظر گرفته شده است. با توجه به اینکه تعداد کل مربیان و کمک مربیان ۴۸۶۶۹ و تعداد کل کودکان ۰ تا ۶ سال ۶۰۲۳۲۷ نفر در مهدهای کودک می باشد به

طور متوسط به ازای هر ۱۲ کودک به طور میانگین یک مربی و یک کمک مربی مشغول به کارند که همه مربیان حداقل در یک دوره مقدماتی ۱۰۴ ساعته و دوره تکمیلی ۹۲ ساعته آموزش تخصصی و کاربردی می بینند.

✓ مطابق آخرین دستورالعمل مرتبط، در مراکز پیش دبستانی با توجه به شهری و روستایی بودن مرکز، برای هر ۲۰ نوآموز در شهرها و هر ۱۵ نفر در روستاها یک مربی در نظر گرفته شده است که در صورت افزایش سقف مذکور و نرسیدن به حد تشکیل کلاس، از کمک مربی استفاده می گردد.

✓ یکی از شرایط لازم جهت حضور مربیان و آموزگاران در کلاس های مراکز آموزشی، طی دوره های آموزشی بدو و حین خدمت است که به تناسب مدرک و رشته ی تحصیلی افراد و دوره ی تحصیلی که در آن مشغول به فعالیت باشند در سطوح کشوری، استانی و منطقه ای برگزار می گردند.

✓ در دوره ابتدایی میانگین تراکم دانش آموز در هر کلاس درس ۲۱/۹۷ است که این تراکم در پایه اول (۷ساله ها) ۲۵/۹۴ و در پایه دوم (۸ساله ها) ۲۶/۴۳ بوده است. تعداد ۹۱۳۸۰ معلم در پایه های اول و دوم ابتدایی مشغول به کارند.

✓ از لحاظ امنیت شغلی نیروی انسانی کلیه بهورزان و کاردانهای ارائه دهنده خدمت در سطح اول نظام ارائه خدمات و معلمان دوره ی ابتدایی به لحاظ استخدام رسمی/پیمانی و برخوردار از بیمه، حقوق و مزایا می باشند و نسبت به مربیان مهدهای کودک و پیش دبستانی و نیز پزشکان تیم سلامت (پزشک خانواده) دارای امنیت شغلی مطلوب تری هستند.

❖ فضای فیزیکی

✓ ساخت و راه اندازی مراکز و خانه های بهداشت بر اساس استاندارد از پیش تعیین شده و براساس نقشه های تپ می باشد، لیکن فضای فیزیکی تعدادی از مراکز و خانه های بهداشت نیاز به بهسازی، بازسازی و یا تجدید بنا دارند.

✓ در مراقبت و آموزش پیش دبستانی مرتبط با مهدهای کودک نیز فضای سرانه استاندارد برای شیرخوار ۳ متر و برای کودک نوپا ۲ متر و برای کودکان نوباوه یک متر می باشد و در بخش ایمنی تجهیزات در مهدهای کودک رعایت شماره استاندارد ۴۰۷۵، ۴۲۷۹، ۴۲۷۸ موسسه استاندارد و تحقیقات مربوط به چرخ و فلک، سرسره و تاب و همچنین رعایت کلیه شاخص های ایمنی دستورالعمل ارزشیابی و ارتقای کیفیت مهدهای کودک الزامی می باشد. هر چند در تعدادی از کلاس های پیش دبستانی، مهدهای کودک و روستامهدها رعایت فضای سرانه و استانداردهای فوق رعایت نمی شود. همچنین ساخت و تجهیز کلیه مراکز آموزشی و مدارس ابتدایی دولتی بر اساس نقشه تپ و استانداردهای سازمان توسعه و تجهیز مدارس می باشد و فضاهای تخصیص یافته به آموزش توسط بخش خصوصی (غیر دولتی) نیز بایستی حداقل استانداردهای لازم را دارا باشند. در این مورد نیز بویژه در بخش غیر دولتی این استانداردها در مواردی رعایت نمی شوند و در موارد دیگری نیاز به بهسازی و یا بازسازی این فضاها وجود دارد.

❖ برنامه ها و محتوای آموزشی

- ✓ به منظور حداکثر بهره مندی آحاد جامعه، برنامه ساعت کاری خانه های بهداشت با توجه به گوناگونی اقلیمی و نیز تفاوت های فرهنگی مناطق مختلف کشور و براساس تصمیم هر دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تعیین میشود. در مراکز شهری فعلا این زمان از ساعت ۸ تا ۱۴:۳۰ می باشد که با توجه به اجرای برنامه پزشک خانواده تغییراتی در جهت ازدیاد ساعات ارائه خدمت به متقاضیان بوجود خواهد آمد.
- ✓ برنامه هفتگی و سالانه براساس واحدهای یادگیری در مهدهای کودک مختلف از جمله پیش نیازهای خواندن، نوشتن، ریاضی، علوم و همچنین آشنایی با مفاهیم دینی و وجود کلاسهای فوق برنامه در قالب فعالیتهای شعر، قصه، بازی، کاردستی، نقاشی، نمایش خلاق و..... براساس رویکرد رشد محور و نیاز و علاقه کودک و به صورت آموزش غیر مستقیم طراحی و اجرا می شود.
- ✓ زمان کلاس های پیش دبستانی روزانه ۳/۵ ساعت در نوبت صبح یا بعداز ظهر می باشد. کلاس های برخی مناطق روستایی و عشایری به دلایلی (عمدتا نرسیدن به حدنصاب) به صورت روزانه ۱/۵ ساعت (۵ روز در هفته) یا روزانه ۲ ساعت (۳ روز در هفته) در طول سال تحصیلی انجام می شود. برنامه ی آموزش در این دوره نیز بر اساس راهنمای برنامه درسی در محور های شعر، قصه، بازی، نمایش خلاق، نقاشی، کاردستی و فعالیت علمی با رویکرد انس با قرآن کریم و تاکید بر بومی بودن محتوا، توسط کمیته های استانی تولید می شود.
- ✓ برنامه هفتگی مدارس ابتدایی به میزان حداقل ۸۰۰ جلسه در طول سال تحصیلی با رعایت جدول مواد درسی مصوب شورای عالی آموزش و پرورش (اول و دوم) شامل قرآن/تعلیمات دینی/انشاء فارسی/املا فارسی/قرائت فارسی/ ریاضیات/علوم تجربی و بهداشت/ هنر و ورزش تنظیم و اجرا می شود. برنامه آموزشی و تربیتی هفتگی مدرسه در قالب ۲۵ جلسه آموزشی برای کلیه پایه های تحصیلی منحصر در ۵ روز اول هفته سازماندهی و اجرا می شود. زمان هر جلسه برای پایه های اول و دوم ۴۵ دقیقه می باشد. برای پایه های اول و دوم بعد از هر جلسه آموزشی ۲۰ دقیقه زمان استراحت در نظر گرفته می شود.

۴-۳. سیاستها و قوانین مرتبط

بخش بهداشت و سلامت (وزارت بهداشت)

با توجه به نقش سلامت در توسعه و پیشرفت کشور و نهادینه شدن شعار "انسان سالم؛ محور توسعه پایدار"، در تدوین و تصویب قوانین، به موضوع سلامت اهمیت ویژه داده شده است. در اصول ۳، ۲۱، ۲۹، ۳۰ و ۴۳ قانون اساسی بر موضوع سلامت و آموزش تأکید شده است. قانون تشکیل وزارت بهداشت^۶، سند چشم انداز و برنامه های توسعه اجتماعی و اقتصادی از جمله مواردی هستند که در تدوین سند حاضر به آنها توجه گردیده است. گسترش برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع از وظایف دولت بوده بطوریکه در برنامه پنجم توسعه اجرای این برنامه از تکالیف مهم در بخش سلامت است. این در حالی است که همچنان بخشی از خدمات بهداشت و درمان توسط بخش خصوصی ارائه خواهد شد.

بخش آموزش (آموزش و پرورش)

- ✓ اصل سی ام قانون اساسی: دولت موظف است وسایل آموزش و پرورش رایگان را برای همه ملت تا پایان دوره متوسطه فراهم سازد و وسایل تحصیلات عالی را تا سرحد خود کفایی کشور به طور رایگان گسترش دهد.
- ✓ سند تحول بنیادین نظام تعلیم و تربیت رسمی عمومی جمهوری اسلامی ایران
- ✓ تصویب نخستین آیین نامه ویژه کودکان با عنوان "دوره ی آمادگی" با اولویت مناطق دو زبانه در سال ۱۳۵۳ توسط شورای عالی معارف.
- ✓ ایجاد اداره مستقل کودکان در وزارت فرهنگ در سال ۱۳۴۴.
- ✓ تأسیس واحد های مستقل یا ضمیمه ی دبستان با عنوان "دوره ی آمادگی" با اولویت مناطق دو زبانه در سال ۱۳۵۳ توسط دفتر برنامه ریزی آموزش کودکان.
- ✓ تأسیس دفتر پیش دبستان در حوزه ی ستادی وزارت آموزش و پرورش در سال ۱۳۸۸.
- ✓ بخشنامه وزارتی مبنی بر ممنوعیت فعالیت کلیه ی مراکز پیش دبستان فاقد مجوز شورای نظارت آموزش و پرورش استان در سال ۱۳۸۸.
- ✓ انعقاد تفاهم نامه بین سازمان بهزیستی کشور و وزارت آموزش و پرورش، با عنایت به ماده ۷ و تبصره ماده ۹ قانون تأسیس و اداره مدارس و مراکز آموزشی و مراکز پرورشی غیردولتی مصوب ۱۳۸۷ مجلس شورای اسلامی مبنی بر صدور هرگونه مجوز فعالیت مراکز پیش دبستانی جهت کودکان ۴ و ۵ سال برای وزارت آموزش و پرورش در سال ۱۳۸۹.
- ✓ ماده ۱۹ قانون برنامه پنجم توسعه، مصوبات شورای عالی انقلاب فرهنگی، نقشه ی جامع علمی کشور، سند راهبردی معاونت آموزش ابتدایی، گسترش برنامه ی آموزش کودکان در چارچوب برنامه آموزش برای همه نیز از جمله موارد سیاستها و قوانین بالا دستی دیگری است که مورد توجه است.

^۶ بخشی از ماده ۱: به منظور استفاده مطلوب و هماهنگ از امکانات پزشکی کشور در جهت تأمین و تعمیم بهداشت و درمان و بهزیستی و آموزش و پژوهش پزشکی و تحقق بندهای ۴ و ۱۲ و ۱۳ اصل سوم و آن قسمت از اهداف اصل ۲۹ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران که مربوط به خدمات بهداشت و درمان و بهزیستی می باشد.....

در حال حاضر دفتر پیش دبستان زیر نظر سازمان مدارس غیر دولتی و توسعه مشارکت های مردمی و خانواده وزارت آموزش و پرورش، کلیه امور اجرایی مربوط به صدور مجوز، اداره مراکز و به کارگیری نیروی انسانی را بر عهده دارد. سیاستگذاری، برنامه ریزی و نظارت بر اجرای برنامه ها و محتوای مربوطه در حوزه ی تحت نظر معاونت آموزش ابتدایی قرار گرفته است. همچنین بر مبنای پیشینه و مستندات قانونی موجود؛ در مناطق کمتر توسعه یافته حاشیه ی شهرها، روستاها و عشایر، کماکان آموزش پیش دبستان از اعتبارات دولتی در معاونت آموزش ابتدایی برخوردار بوده و کلاسهای ویژه ی دوزبانه ها به صورت رایگان برگزار می شود.

بخش مراقبت (سازمان بهزیستی):

- ✓ اصول ۲۱ و ۲۹ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران و وفق ماده واحده لایحه قانونی راجع به تشکیل سازمان بهزیستی کشور مصوب سال ۱۳۵۹ شورای انقلاب و قانون اصلاح لایحه قانونی مزبور مصوب سال ۱۳۷۵ مجلس شورای اسلامی عبارت است از برنامه ریزی، هماهنگی، نظارت و ارزشیابی و تهیه هنجارها و استانداردهای خدماتی و توسعه دامنه اجرای برنامه های بهزیستی در زمینه حمایت از خانواده های بی سرپرست و نیازمند ارائه خدمات مختلف به کودکان و... حمایت و نگهداری از کودکان و اطفال بی سرپرست معلولین غیر قابل توانبخشی و ماموریت های سازمان بهزیستی را معین می کند.
- ✓ شورای عالی انقلاب فرهنگی در هشتادمین مصوبه خود در تاریخ ۱۳۶۵/۵/۲۱ صدور مجوز تاسیس و نظارت بر اداره مهدهای کودک خصوصی و غیر انتفاعی و واحدهای مشابه آن را بر عهده سازمان بهزیستی کشور قرار داده است.
- ✓ ماده (۲۶) قانون دائمی تنظیم برخی از مقررات مالی دولت مصوب ۱۳۸۰/۱۱/۲۷ صدور پروانه فعالیت مهدهای کودک را با اخذ هزینه ی صدور به سازمان بهزیستی کشور محول نمود.
- ✓ ماده (۱) آیین نامه هشتادمین مصوبه شورای عالی انقلاب فرهنگی (۱۳۶۵/۵/۲۱) دامنه سنی کودکان مهدهای کودک را از ۳ ماهگی تا پایان ۵ سالگی مقرر کرد.^۷

تعهدات بین المللی

در سده اخیر جمهوری اسلامی ایران، همگام با جامعه جهانی در تدوین بسیاری از اسناد بین المللی مرتبط با کودکان مشارکت نموده و نسبت به اجرای آنها متعهد گردیده است از جمله مهمترین این تعهدات عبارتند از:

^۷ با توجه به قوانین موجود در صورتی که فضای واحدی، هم زمان جهت مرکز پیش دبستان و مهد کودک استفاده شود، بارعایت کلیه شرایط و استانداردها، اخذ مجوز از هر دو مرجع صاحب صلاحیت الزامی است.

- اهداف توسعه هزاره (MDG-2015)
- آموزش برای همه (Education for All)
- بهداشت برای همه (بیانیه آلماتا)
- کنوانسیون حقوق کودک^۸

۴-۱-۴. اعتبارات و هزینه ها

- ✓ در ماده ۴۲ برنامه پنجم توسعه موضوع تأمین عدالت اقتصادی در سلامت مورد توجه قرار گرفته و به صراحت بیان گردیده است که به منظور توسعه کمی و کیفی بیمه های سلامت، دستیابی به پوشش فراگیر و عادلانه خدمات سلامت و کاهش سهم مردم از هزینه های سلامت به سی (۳۰) درصد از طرق مختلف مانند اصلاح ساختار صندوق ها، مدیریت منابع، کاهش تعرفه ها، استفاده از منابع داخلی صندوق ها و در صورت لزوم از محل کمک دولت و منابع صندوق توسعه ملی اقدامات ۶ گانه ای انجام خواهد شد.
- ✓ خدمات بهداشتی ارائه شده در مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی و خانه های بهداشت کاملاً رایگان می باشد.
- ✓ از آنجا که ارائه خدمات در خانه های بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی به صورت ادغام یافته بوده و اعتبار مربوط به مراقبت از کودکان خردسال قابل استحصال از کل ردیف های سلامت شهری و سلامت روستایی و یا ردیف های اعتباری مربوط به تأسیس، تجهیز و نگهداری و یا حقوق مزایای پرسنل بخش بهداشت و درمان نمی باشد، رقم خالص ودقیق صرف شده برای حفظ و ارتقای سلامت کودکان قابل استحصال نیست.
- ✓ اعتبارات سالانه^۹ تحقق یافته دولتی مربوط به سیاستگذاری در سطح ستادی و کمک به اجرای برنامه های سلامت کودکان (۶۲۶۶ میلیون ریال)، شیر مادر (۱۸۰۰ میلیون ریال) و سلامت نوزادان (۱۰۵۰۰ میلیون ریال) می باشد.
- ✓ اعتبارات دولتی (بهزیستی) مربوط به سیاستگذاری و اجرای برنامه های رفاهی و مراقبت از کودکان زیر ۸ سال (۶۲۰۰۰۰ میلیون ریال)
- ✓ در سال ۹۰-۹۱ در مجموع ۶۰۹۸۰ میلیون ریال به برنامه های تعیین شده از سوی دفتر دبستان در حوزه ی معاونت آموزش ابتدایی اختصاص یافته است، که در مجموع مبلغ ۳۳۶۹۱ میلیون ریال آن به دو سال اول ابتدایی اختصاص داشته است.
- ✓ خدمات آموزشی ارائه شده در کلاس های پیش دبستان شهری و روستایی یک ساله بر اساس سیاست ها و قوانین موجود با رویکرد غیردولتی و پرداخت شهریه تعیین شده از سوی شورای نظارت استان می باشد.
- ✓ دوره های آموزشی ۱۰۰ ساعته در روستاها، حاشیه ی شهرها و مناطق کمتر توسعه یافته، تحت عنوان مناطق دوزبانه؛ ویژه کودکانی که در کلاس های یک ساله شرکت نکرده اند با اعتبارات دولتی و رایگان تشکیل می شود.

^۸ - در مصوبه مجلس شورای اسلامی برای پیوستن به این کنوانسیون، ذکر گردیده که پیوستن به این کنوانسیون مشروط به رعایت تحفظات جمهوری اسلامی ایران است.
در سال ۱۳۸۹ مرجع ملی کنوانسیون حقوق کودک با تصویب هیئت وزیران در وزارت دادگستری ایجاد گردید.

^۹ سال ۱۳۹۰

۴-۱-۵. شاخص های رشد و تکامل کودکان و مادران

هدف نهایی همه برنامه های بهداشتی، مراقبتی، آموزشی برای کودکان خردسال تامین سلامت و تکامل بهینه آنهاست. از این رو پس از ارزیابی وضعیت موجود تمامی مولفه های مرتبط از سطح سیاست گذاری تا سطح اجرای برنامه ها، ضروری است وضعیت رشد و تکامل کودکان نیز به عنوان نتیجه این برنامه ها و سیاستها مورد ارزیابی قرار گیرد.

با توجه به در دسترس نبودن نمایه واحد و ادغام یافته وضعیت رشد و تکامل کودکان خردسال در ایران به ناچار وضعیت رشد و تکاملی کودکان با استفاده از متغیرهای مجزای مرتبط با رشد فیزیکی (میزان مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال، شاخص های تن سنجی، شاخص های تغذیه ای، شاخص های تغذیه با شیرمادر، شاخص های ایمن سازی و شاخص های مرتبط با سلامت مادران) متغیرهای غیر مستقیم مرتبط با آموزش (میزان خام ورود کودکان لازم التعلیم به مدرسه) و مراقبتهای قبل از دوره پیش دبستانی (نرخ ثبت نام در مهدهای کودک) مورد ارزیابی قرار گرفته است. البته در این زمینه شاخصی بین المللی نیز بنام **شاخص توسعه کودکان** یا (CDI^{۱۰}) وجود دارد. این شاخص حاصل عملیاتی بر روی ۳ شاخص اصلی مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال، سوء تغذیه (کم وزنی) کودکان همین گروه سنی و درصد ورود به مدرسه کودکان است. نکته مهم در مورد این شاخص این است که پس از محاسبه هرچه مقدار آن کمتر باشد، کشور وضع بهتری خواهد داشت. به لحاظ عددی در کشورهای مختلف این شاخص در بازه ی نزدیک به صفر تا ۳۵۰ قرار دارد.

براساس بررسی ملی سلامت و جمعیت سال ۱۳۸۹ میزان های ۳ شاخص اخیر به ترتیب برای مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال (۲۲/۰۷) به ازای هر ۱۰۰۰ تولد زنده، کم وزنی کودکان (۴/۰۸ درصد) و میزان ورود به مدرسه^{۱۱} (۹۳/۲۴) می باشد. بر این اساس شاخص توسعه کودکان ۱۰/۹۷ است. چنانکه برای محاسبه این شاخص میزان ثبت نام خالص کودکان ایرانی را در نظر بگیریم، عدد شاخص به ۹/۵۲ تقلیل خواهد یافت^{۱۲}.

• وضعیت شاخص های اصلی آموزش

- ✓ سن ورود به دوره ی اول پیش دبستان ۴ سال تمام و دوره ی دوم پیش دبستان ۵ سال تمام است. گذراندن دوره پیش دبستان الزامی نیست.
- ✓ میزان ثبت نام در دوره ی پیش دبستان: در بسته ی اجرایی برنامه ی ۵ ساله ی معاونت آموزش ابتدایی تا سال ۱۳۹۴ حداقل ۹۰ درصد از کل کودکان ۵ سال تمام کشور پیش بینی شده است.
- ✓ سن ورود به سال اول دبستان: شش سال تمام
- ✓ میزان ثبت نام خالص: ۹۷/۶
- ✓ درصد کودکانی که به سال پنجم ابتدایی می رسند (نرخ ماندگاری): ۹۴/۳

Child Development Index^{۱۰}

^{۱۰} برای کودکان ساکن در گستره مرزهای جمهوری اسلامی ایران اعم از ایرانی و غیر ایرانی

^{۱۲} این در حالی است که در گزارش سال ۲۰۱۲ صندوق حفاظت کودکان (Save the children) عدد شاخص جمهوری اسلامی ایران ۷/۹۳ با رتبه ۶۰ در بین کشورهای دنیا گزارش شده است.

• وضعیت شاخص‌های اصلی سلامت کودکان

- ✓ میزان مرگ نوزاد (MIDHS89): ۱۵/۷۴ به ازای هر ۱۰۰۰ تولد زنده
- ✓ میزان مرگ کودکان زیر ۱ سال (برآورد ۱۳۹۰ معاونت بهداشتی): ۱۸ به ازای هر ۱۰۰۰ تولد زنده
- ✓ میزان مرگ کودکان زیر ۵ سال (برآورد ۱۳۹۰ معاونت بهداشتی): ۲۰ به ازای هر ۱۰۰۰ تولد زنده
- ✓ نرخ بیماری‌های اصلی (MIDHS89): ۱۳/۵٪ کودکان دارای اسهال و ۱۶/۲٪ کودکان دارای پنومونی می‌باشند. (کودکان زیر ۵ سالی که طی ۲ هفته گذشته به اسهال و یا پنومونی مبتلا بوده اند)
- ✓ پوشش برنامه ایمن‌سازی- در کودکان زیر ۲ سال (MIDHS89): ۹۹٪ کودکان، تحت پوشش برنامه ایمن سازی ملی با واکسن‌ها قرار گرفته‌اند. همچنین برنامه غربالگری هیپوتیروئیدی و PKU در حیطه پیشگیری و مبارزه با بیماریها به برنامه ملی سلامت کودکان کشور افزوده شده است.
- ✓ شیر مادر: بر اساس بررسی ملی سال ۱۳۸۹ سلامت و جمعیت (DHS) ۵۳/۱ درصد کودکان ۶ ماهه تغذیه انحصاری با شیر مادر دارند که در مقایسه با IMES سال ۱۳۸۴ (۲۳/۱) افزایش چشمگیری داشته است.. همچنین احتمال تداوم شیردهی تا ۲۳-۲۰ ماهگی ۵۱/۱٪ می‌باشد.
- ✓ کم وزنی هنگام تولد: شیوع وزن کم تولد (MIDHS89): ۷/۷٪ درصد نوزادان متولد شده، با وزن کم متولد میشوند.
- ✓ سوانح و حوادث: براساس برنامه نظام مراقبت مرگ کودکان ۵۹-۱ ماهه، سوانح و حوادث دومین علت مرگ و میر کودکان ۵۹-۱ ماهه در سال ۸۹ در کشور (۱۹/۸٪) می‌باشد. که از این میان به ترتیب حوادث ترافیکی، انسداد راه تنفسی و غرق شدن با ۴۵٪، ۱۳٪ و ۱۲٪ بیشترین علل هستند.
- ✓ وضعیت رشد جسمانی کودکان خردسال با استفاده از متغیرهای تن سنجی (MIDHS89):
- ✓ کوتاه قدی تغذیه‌ای: بازتاب غفلت‌های گذشته و فرصت‌های از دست رفته بوده و معرف سوءتغذیه مزمن در نتیجه محرومیت مستمر از دسترسی به غذای کافی یا مناسب در نتیجه فقر و ناآگاهی و یا ابتلا به عفونت‌ها و بیماریهای مکرر می‌باشد. بر اساس بررسی ملی سال ۱۳۸۹ سلامت و جمعیت (MIDHS)، ۶/۸۳٪ کودکان دارای کوتاه قدی متوسط و شدید بوده و ۱/۹۲٪ کودکان دارای کوتاه قدی شدید می‌باشند؛ که در مقایسه با بررسی ANIS سال ۷۷ به میزان ۳/۸٪ کاهش داشته است.
- ✓ کم‌وزنی: بازتابی از سوءتغذیه مزمن و حاد یا هردو می‌باشد. که بر اساس MIDHS سال ۱۳۸۹، ۴/۰۸٪ کودکان دارای کم‌وزنی شدید و متوسط بوده و ۰/۸۲٪ کودکان دارای کم‌وزنی شدید می‌باشند که شاخص کم‌وزنی شدید درمقایسه با بررسی ANIS سال ۷۷ به میزان ۱/۵٪ کاهش داشته است.
- ✓ لاغری: دلالت بر ابتلا به بیماریهای حاد مثل اسهال شدید یا عفونت تنفسی فوقانی و بحران کمبود غذا دارد. بر اساس همان آمار، ۴٪ کودکان لاغر متوسط و شدید بوده و ۱/۳۹٪ دارای لاغری شدید می‌باشند که متأسفانه شاخص کودکان دارای لاغری شدید در مقایسه با بررسی ANIS سال ۷۷ به میزان ۳/۸٪ کاهش داشته است.

وضعیت کمبود ریز مغذی‌ها در میان کودکان خردسال (پورا ۱۳۸۰):

✓ آهن: از نظر رتبه کم خونی در کشور کودکان ۲۳-۱۵ ماهه در رتبه اول قرار دارند. (مکمل آهن در مراکز بهداشتی درمانی رایگان در اختیار کودکان ۲۴-۶ ماهه قرار می‌گیرد و به خانواده‌ها نیز آموزش داده میشود). ۱۴٪ کودکان ۲۳-۱۵ ماهه و ۳/۹٪ کودکان ۶ ساله دارای کم‌خونی فقر آهن می‌باشند.

✓ ویتامین A: ۲٪ کودکان ۲۳-۱۵ ماهه دچار کمبود خفیف و شدید ویتامین A می‌باشند.

✓ ویتامین D: ۳/۷٪ کودکان ۲۳-۱۵ ماهه دچار کمبود خفیف و کمبود شدید ویتامین D3 می‌باشند.

• وضعیت شاخصهای اصلی مادران/ زنان

✓ میزان مرگ و میر زنان باردار (۱۳۸۹ برآورد معاونت بهداشتی): ۲۱/۰۷ در ۱۰۰ هزار تولد زنده می‌باشد.

✓ درصد شیوع آنمی فقر آهن در میان زنان در سنین باروری (۴۹-۱۵ ساله): بررسی کشوری سال ۷۴ نشان میدهد که حدود ۵۰٪ زنان به درجات خفیف تا شدید کمبود آهن دچارند و همین امر شیوع و شدت کم‌خونی را در زنان باردار افزایش می‌دهد. کم‌خونی بزرگترین علت مرگ نیم میلیون مادری است که در سراسر جهان در سال جان خود را بعلت عوارض هنگام زایمان و بعد از زایمان از دست می‌دهند. ۳/۳۴٪ مادران دچار کمبود شدید، ۹/۹٪ مادران دچار کمبود متوسط و ۵/۸٪ مادران دچار کمبود خفیف آهن می‌باشند (پورا: ۱۳۸۰) نیز ۸/۱۳ درصد میانسالان و ۴۳ درصد زنان باردار کمبود آهن دارند که در اقلیم جنوب شیوع بیشتری دارد.

✓ درصد شیوع سوء تغذیه در میان زنان در سنین باروری (MIDHS 89): ۴۸/۹۹٪ زنان دارای اضافه وزن ($BMI \geq 25$) و ۲۰/۴۶٪ زنان چاق هستند ($BMI \geq 30$)

✓ مراقبت توسط مراقب بهداشتی ماهر (MIDHS 89): ۹۶/۹۹ درصد زنان باردار توسط مراقب بهداشتی ماهر مراقبت شده‌اند.

✓ درصد زایمان‌های انجام شده با حضور تکنسین آموزش دیده (MIDHS89): ۹۵/۸٪ توسط مراقب بهداشتی ماهر انجام شده است.

درصد زنان باردار واکسینه شده علیه کزاز (در برابر کزاز نوزادان محافظت شده‌اند): در مطالعه MIDHS 89 ۳۲/۷۰ زنان و در مطالعه DHS 79 ۷۹/۶٪ زنان علیه کزاز واکسینه شده‌اند. این اختلاف آماری به دلیل واکسیناسیون کامل دختران کشور در سنین ۱۴ تا ۱۶ سالگی است و خانم‌های باردار یا با فاصله ۱۰ سال از واکسیناسیون این سن و یا با فاصله کمتر از ۱۰ سال از واکسیناسیون بارداری قبلی واکسینه شده‌اند و بنابراین نیازی به واکسیناسیون ایشان در بارداری اخیر نبوده است. نکته بسیار مهم در تایید این مطلب اینکه از سال ۱۳۷۴ به بعد هیچ مورد کزاز نوزادی در نوزادان متولد از خانم‌های ایرانی دیده نشده‌است.

۴-۲. وضعیت موجود در حیطه های بازی، نیازهای ویژه، تحقیقات، فقر و رفاه کودک و مسائل اجتماعی

۴-۲-۱. کودکان با نیازهای ویژه

دوران خردسالی دوران حساس رشد و تکامل مغز است. سلولهای مغزی در سالهای ابتدای زندگی رشد کرده و تکامل می یابند (به طور ویژه تا ۸ سالگی: اما بیشترین رشد در سال اول و پس از آن تا ۳ سال و بعد از آن تا ۵ و ۸ سالگی است) و ارتباط میان سلولهای مغز در این سنین شکل می گیرد. بدیهی است آموزش، پرورش و توانبخشی کودکان دارای نیازهای ویژه، در این دوران طلایی دارای اهمیتی حیاتی است. بالطبع توجه به کودکانی که دارای نیازهای متفاوتی نسبت به سایر کودکان کشور میباشند، در این سند ضروری می نماید.

بر اساس تعهدات بین المللی دولت جمهوری اسلامی ایران مبنی بر دستیابی به اهداف اجلاسهای جهانی آموزش برای همه تا سال ۲۰۱۵ میلادی (جامتین ۱۹۹۰ و داکار ۲۰۰۰) و همچنین پیمان نامه حقوق کودک، افزایش و گسترش مراقبت و آموزش جامع و کیفی در دوران اولیه کودکی، به نحو قابل دسترس برای تمامی کودکان، به ویژه آسیب پذیرترین و محرومترین کودکان کشورهای عضو یک تعهد است.

در حال حاضر ۱۱۰۰۰۰ کودک در کشور رسماً تحت پوشش آموزش و پرورش استثنایی هستند. اگر چه سازمان آموزش و پرورش استثنایی، امکاناتی را برای آموزش پیش دبستانی فراهم می سازد اما در وهله اول به نیازهای گروه سنی ۱۸-۷ سال توجه دارد. در این زمینه سازمان بهزیستی به نیازها و آموزش پیش دبستانی می پردازد. سازمان بهزیستی نیز مسوولیت ارائه خدمات رفاهی، بهداشتی، مراقبتی و توانبخشی به ۵۴۶۸۲ کودک با نیازهای ویژه را به عهده دارد. همچنین ۴۰۲۳ کودک بد سرپرست یا بی سرپرست و ۱۴۰۶۱ کودکان کار و خیابان، در معرض آسیب و آسیب دیده اجتماعی تحت پوشش این سازمان قرار دارد.^{۱۴}

علاوه بر دو سازمان مذکور، تعدادی از انجمن ها و تشکیلات غیر دولتی نیز در خصوص ارائه خدمات به کودکان با نیازهای ویژه در سنین قبل از دبستان و والدین ایشان در سطح کشور فعالیت می نمایند که آمار دقیقی از کودکان تحت پوشش و نحوه خدمات رسانی به آنان و والدینشان در دست نمی باشد. این امر مانع دسترسی پژوهشگران، مسوولان و برنامه ریزان به آمار و اطلاعات صحیح و قابل اعتماد در این زمینه می باشد اما آنچه مسلم و بدیهی می باشد که تعداد زیادی از کودکان با نیازهای ویژه در دوران اولیه کودکی تحت پوشش آموزش و پرورش و مراقبت های ضروری قرار ندارد.

از سویی دیگر کیفیت خدمات مراقبتی، توانبخشی، آموزشی و پرورشی که در حال حاضر به کودکان تحت پوشش ارائه می گردد نیز مطابق با استانداردها و شاخصهای بین المللی نمی باشد. در چنین شرایطی ضروری است برای توسعه کمی و کیفی مراقبت، توانبخشی و آموزش و پرورش برای کودکان ویژه زیر ۸ سال برنامه ریزی و اقدام شود.

^{۱۴} اعداد مربوط به کودکان زیر ۸ سال است.

آنچه که احتمالاً می‌تواند یکی از موانع اصلی توجه سیاستگذاران به آموزش و مراقبت این کودکان باشد، عدم اطمینان از برگشت و بازده سرمایه‌گذاری بر آموزش و مراقبت این دسته از کودکان است. باید توجه داشت که سرمایه‌گذاری بر روی این کودکان در دراز مدت یکی از پر بازده‌ترین‌ها است، علاوه بر این سرمایه‌گذاری بر روی این گروه می‌تواند سبب افزایش نشاط اجتماعی شده و از معضلات خانواده چنین کودکانی بکاهد. ارائه راهکارهایی مبنی بر تقویت و ظرفیت‌سازی در زمینه رویکرد مبتنی بر حق این کودکان در سیاستگذاری‌ها و برنامه‌ریزی‌ها از اهمیت بسزایی برخوردار است.

به طور کلی می‌توان گفت، میزان پوشش برنامه‌های آموزشی کودکان ویژه در کشور بسیار محدود بوده و بخش زیادی از این کودکان تحت پوشش برنامه‌های مذکور قرار ندارند. وضعیت آموزشی و مراقبتی کودکان ویژه‌ی کشور نشان‌دهنده نیاز به توجهی بیش از پیش و برنامه‌ریزی جامع در این بخش است.

با عنایت به فقدان تعاریف، طبقه‌بندی و آمار دقیق در کشور مسئولیت و رسالت سنگینی بر عهده متخصصان است که به ارائه تعریف و طبقه‌بندی و تهیه ابزارهای شناسایی و ارزیابی و بررسی میزان شیوع در حیطه‌های مختلف استثنایی بپردازند و زمینه را برای شناسایی به هنگام این کودکان و ارائه خدمات ویژه بر آنان فراهم آورند همچنین بر عهده مسولان و سیاست‌گذاران است تا با تصویب قوانین در این زمینه و اختصاص بودجه لازم شرایط را برای انجام این امر فراهم آورند و از کلیه کودکان با نیازهای ویژه و خانواده‌های آنان حمایت کنند.

۴-۲-۲. کودک، بازی و اسباب بازی

با توجه به نقش محوری بازی در یادگیری و تکامل دوران کودکی و فراوانی شواهد علمی تاثیر بازی در سلامت کودک لازم است تصمیم گیران و برنامه ریزان جامعه در یک اقدام جمعی و همکاری بین بخشی مشکلات این حوزه را شناسایی کنند و پس از ریشه یابی، هدف گذاری و تعریف راهبردها و پروژه ها اقدام عاجلی برای آن انجام دهند. گرچه آمار رسمی و دقیقی از وضعیت بکارگیری اسباب بازی ها و بازی کودکان در دسترس نیست ولی با استناد به میزان هزینه سرانه سالانه برای بازی / اسباب بازی می توان نتیجه گرفت که این آمار برای کودکان ایرانی (۵ دلار در سال) در مقایسه با میانگین جهانی (۳۴ دلار) در وضعیت مطلوبی نیست. البته واردات رسمی اسباب بازی از ۵۰۰۰۰ دلار در سال ۱۳۸۱ به ۲۵۰۰۰۰۰ دلار در سال ۱۳۸۹ رسیده است که خود حاکی از افزایش مصرف این اقلام در میان کودکان دارد. این در حالی است که حجم وسیعی از اسباب بازیها به شکل غیر رسمی وارد می شوند که آماری از آنها در دسترس نیست.

با توجه به کمتر بودن قیمت اسباب بازیهای وارداتی، اسباب بازیهای تولید داخل کمتر استفاده می شوند، از سوی دیگر سواد متوسط یا کم مردم و متولیان در خصوص بازی های کودکان همواره این حیطه را مورد غفلت قرار داده است. به طوریکه بنظر می رسد که حق کودکان برای بازی کردن از جمله حقوق کودک نه تنها توسط خانواده ها بلکه توسط مسئولین نیز جدی گرفته نمی شود. کمبود فضاهای دوستدار کودک و تسهیلات مناسب برای بازی کودک در سطح کشوری و با شدت بیشتر در مناطق دچار نابرابری ها، کمبود آیین نامه های اجرایی و نظارتی بر تولیدات و واردات اسباب بازی و عدم اجرای کامل آیین نامه های اجرایی و نظارتی بر تولیدات و واردات این مشکل را تشدید می کند. این عوامل همگی مانع انگیزش عاطفی، اجتماعی، شناختی، انگیزه کار گروهی و شادابی بهینه کودکان شده است. انتظارات خانواده ها از رفتار بالغانه در سنین خردسالی مانع تکامل بهینه اعتماد به نفس کودک و پاسخ به نیاز های نشأت گرفته او از کنجکاوی و اکتشاف می گردد.

بنظر می رسد در چنین شرایطی ارتقای سطح دانش والدین و متولیان، تهیه و تصویب سیاستها و استانداردهای ملی بر تولید و واردات اسباب بازی، پیش گرفتن رویکرد بازی برای ارتقای تکامل کودکان، افزایش تسهیلات عمومی بازی کودکان با توزیع و دسترسی تعریف شده برای دسترسی مناسب کلیه خانواده ها و تجهیز مراکز مراقبت از کودکان و مدارس با توجه خاص به مناطق دچار نابرابری، باید از جمله اولویتهای سیاستگذاران باشند.

از طرف دیگر در کشور ما که از تنوع اقلیمی، قومی و نژادی ویژه ای برخوردار است، انواع بازی و سرگرمی های بومی و سنتی از دیرباز رواج داشته است. از نوشته ها، کتیبه ها و نقوش غارها و دیوارها چنین استنباط می شود که اینگونه بازیها درحقیقت نوعی سخن گفتن، انتقال اطلاعات و معلومات، ایجاد و حفظ آمادگی جسمانی برای نبردها، ایجاد سرور و نشاط، شکر گذاری به درگاه خداوند و ... بوده است. امروزه به ویژه در کلان شهرهای کشور کمتر کودکی است که در این گونه بازیها مشارکت کند و یا حتی از آن ها اطلاع داشته باشد. این درحالی است که بازی های حاصل از اسباب بازی های غربی و یا چنانکه در سالهای اخیر مرسوم شده بازیهای رایانه ای عموماً مسبب ترویج نوع زندگی و ظرافات فرهنگ غربی خواهد بود. به همین سبب لازم است متولیان و والدین توجه ویژه ای به این امر مهم داشته و

شرایطی را فراهم کنند تا کودکان کشور با مشارکت در اینگونه بازیها علاوه بر افزایش توان ذهنی و فیزیکی از پیشینه غنی فرهنگی کشورمان غافل نمانند.

۴-۲-۳. فقر و رفاه کودک

کودکان در مقابل فقر و نابرابری بسیار آسیب پذیرتر از سایر افراد و گروههای جامعه می باشند. این در حالی است که مطالعات و پژوهشهای مربوط در این زمینه، در سطح کشوری معمولاً در قالب مدل و رویکردهای مادی و درآمدی به فقر صورت گرفته است و فقر کودکان نیز مساوی فقر کلی لحاظ شده و فقر کودکان به صورت خاص و مستقل، مورد توجه قرار نگرفته است. چنین روندی خود باعث بی توجهی به ابعاد وسیع تر فقر و نابرابری کودکان شده است. اما با نگاهی به شاخص های هفتگانه جهت ارزیابی وضعیت فقر و رفاه کودکان بنظر می رسد در حوزه سلامت کاهش چشمگیری در میزان مرگ و میر کودکان و مادران رخ داده است، امید به زندگی از بدو تولد افزایش داشته است، میزان زایمانهای ایمن افزایش یافته، اما میزان آسیب و مرگ و میر کودکان در اثر حوادث افزایش داشته است. درحوزه آموزش، میزان مهدهای کودک و مراکز پیش دبستانی نیاز به توسعه ی بیشتری دارند، کیفیت و محتوای برنامه های آموزش مدارس باید بهبود یابد، هنوز تعدادی از کودکان به ویژه در مناطق دورافتاده و کمتر توسعه یافته از نعمت تحصیل محروم هستند. در حوزه ی اطلاعات پیشرفت چشمگیری در توسعه ی رادیو و تلویزیون و کتب و شمارگان مجلات کسب شده است. در حوزه ی بهداشت محیط نیز دسترسی به آب آشامیدنی سالم و توالی بهداشتی افزایش یافته ولی هنوز نیاز به توجه بیشتر دارد. در خصوص مسکن مناسب و فضای اختصاص داده شده در محل سکونت نیز وضعیت کشور از لحاظ تعداد اتاق و کیفیت ساختمان ها مناسب بوده ولی باید استانداردها را بیشتر رعایت نمود. به طور کلی علیرغم بهبود قابل ملاحظه در بسیاری از ابعاد مرتبط با فقر باید بیان داشت که مسئله ی نابرابری ها هنوز در کشور وجود دارد و باید مورد توجه جدی قرار گیرد. سیاستهای فقرزدایی دولت باید در قالب بسته های حمایتی مناسب باشد و بیشترین پوشش را برای افراد فقیرتر به وجود آورند.

۴-۲-۴. تحقیقات در تکامل دوران ابتدای کودکی

تکامل دوران ابتدای کودکی یکی از عوامل اجتماعی موثر بر سلامت است. با توجه به جدید بودن این مفهوم در جمهوری اسلامی ایران و با توجه به اینکه در کشور ما این مسئله اغلب به صورت بیماری و مرگ کودکان و یا فقط جنبه های روانشناختی و سلامت موضوع مورد توجه واقع شده است و بندرت به صورت جامع در زمینه تکامل دوران ابتدای کودکی تحقیقاتی انجام گرفته است، تعیین اولویت های تحقیقاتی و انجام تحقیقات عملیاتی برای طراحی و اجرای برنامه های مستند ضروری بنظر می رسد. هرچند که در بسیاری از حیطه ها نیازهای تحقیقاتی هم اکنون نیز بوضوح مشخص است که از جمله مهم ترین این موارد، عدم وجود نظام جامع مراقبت و تکامل کودکان و منجمله نظام پایشی آن، تعیین استانداردهای مراقبتی، آموزشی، سلامت، محیط فیزیکی و .. تکامل دوران ابتدای کودکی، بررسی هایی در مورد کودکان ویژه و کودکان کار و خیابان و می باشد.

۴-۲-۵ جامعه

روند رو به گسترش شهرنشینی، کوچک شدن بعد خانوار به عنوان هسته اصلی جامعه، تشدید اختلاف طبقاتی در ابعاد اقتصادی و اجتماعی، و افزایش میزان طلاق، متارکه و سستی بنیان خانواده ها، میزان بزهکاری، اعتیاد، کودک آزاری، کودکان خیابانی و کار کودکان از جمله موارد اجتماعی هستند که بر سلامت و تکامل کودکان خردسال تاثیر گذار خواهند بود. در چنین شرایطی علیرغم توجه به زیر ساختها و توسعه ی آنها هنوز شاهد کمبودها و مهمتر از آن نابرابری هایی در سطح کشور هستیم. توجه به مباحث زیر بنایی و تخصیص بودجه و منابع لازم برای توسعه ی این موارد، راهگشای بسیاری از مشکلات اجتماعی و فرهنگی دوران ابتدایی حیات کودکان کشور خواهد شد. سیاست های جمعیتی جدید کشور و لزوم پشت سر گذاردن بحران تک فرزندی، بارداری های در سنین بالا و... بیش از پیش اهمیت توجه به این مباحث را گوشزد می کند.

۵- سیاستها

۱-۵

خدمات ارتقای سلامت و تکامل کودکان در جمهوری اسلامی ایران مبتنی بر اصول و مبانی دین مبین اسلام و با بهره گیری از فرهنگ غنی و گرانقدر ملی بوده و به گونه ای برنامه ریزی می گردد که با رعایت اصل اقتدار ملی و یکپارچگی کشور به مبانی فرهنگی اقوام گوناگون گستره کشور و عدالت اجتماعی نیز توجه گردد.

۲-۵

خدمات و مراقبتهای دوران ابتدای کودکی باید شامل برنامه ها و خدمات برای خانواده ها و کودکان از قبل از تولد تا سن ۸ سالگی باشد. این محدوده سنی شامل ۳ زیر گروه سنی است:

الف. از قبل از تولد تا ۳ سال تمام: خدمات ارتقای سلامت کودک و خانواده، برنامه های آموزش غیر

رسمی، آموزش های فرزند پروری (مراقبت صحیح از کودکان) خانه محور، آموزش از طریق رسانه ها و

خدمات جامعه محور سلامت و مراقبت مبتنی بر مراکز ارائه دهنده خدمات

ب. از ۴ سالگی تا ۵ سال: ایجاد فرصتهایی برای مراقبت و آموزش و پرورش کودک در کلیه محیط های

رسمی و غیر رسمی مراقبت کودکان؛ ادامه خدمات سلامتی

ج. از ۶ سالگی تا ۸ سال: مداخلات آموزشی مدرسه محور (پیش دبستانی و دبستان) به منظور آمادگی و

ورود به دوره رسمی آموزش و جلوگیری از افت تحصیلی؛ ادامه خدمات سلامتی؛ ادامه خدمات مراقبتی

عمده ترین سیاستهای هر ۳ محدوده سنی عبارتند از:

۱-۲-۵ تقویت و ایجاد زیر ساختهای قانونی، فرهنگی، اقتصادی، اجتماعی، سیاسی، علمی و فناوری در ارائه خدمات

رشد و تکامل همه جانبه کودکان با مبنا قرار دادن الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت

۲-۲-۵ حرکت در جهت تربیت کودکان با اصل قرار دادن تربیت دینی مبتنی بر الگوی ایرانی اسلامی و با مد نظر قرار

دادن سند چشم انداز

۳-۲-۵ تامین حق کودکان در بهره مندی عادلانه از خدمات ارتقایی رشد و تکامل همه جانبه

۴-۲-۵ توسعه کمی، کیفی و هدفمند خدمات ارتقایی رشد و تکامل کودکان

۵-۲-۵ تحول راهبردی پژوهش با رویکرد های نو آورانه در حیطه رشد و تکامل همه جانبه کودکان

۳-۵

برنامه ملی مراقبت و تکامل دوران ابتدای کودکی به عنوان یک برنامه ملی چند بخشی اما در هم تنیده شناخته می شود.

متولیان اصلی این برنامه وزارتخانه های بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - تعاون، کار و رفاه اجتماعی - آموزش و

پرورش - کشور - فرهنگ و ارشاد اسلامی - ورزش و جوانان می باشند.

۴-۵

به منظور سیاست گذاری همگرایانه و تا حد امکان واحد و ایجاد حداکثر ظرفیت تعامل بین بخشی، کمیته راهبری ملی

از کلیه ساختارهای موثر بر سلامت و تکامل کودکان شامل متولیان اصلی و سایر نهادها و سازمانهای ذیربط تشکیل

می گردد. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به عنوان دبیر این کمیته تعیین می گردد.

۵-۵. به منظور تعامل کلیه نهادهای موثر در حیطه رشد و تکامل کودکان، دبیرخانه ملی رشد و تکامل همه جانبه کودکان تشکیل خواهد شد. ساختار و شرح وظایف دبیرخانه توسط کمیته راهبری ملی تعیین می‌گردد.

۵-۵-۱ در سطح استان و شهرستان کمیته‌های بین بخشی با عضویت کلیه نهادهای موثر و با ریاست استاندار و به دبیری رئیس دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی، به منظور تدوین و اجرای برنامه‌های بین بخشی، ایجاد هماهنگی بین کلیه ذینفعان و نیز پایش و ارزشیابی با ملحوظ داشتن وظایف ذاتی کلیه ارگانها تشکیل خواهد شد.

۵-۵-۲ در سطوح ارائه خدمت ساختار جدیدی تاسیس نخواهد شد. کلیه واحدهای ارائه خدمت اعم از خانه‌ها و مراکز بهداشتی درمانی، مهدهای کودک، پیش دبستانی‌ها و دبستان‌ها و سایر مراکز رسمی و غیر رسمی ارائه کننده خدمات به کودکان زیر ۸ سال بر اساس شرح وظایف ذاتی و نیز اهداف این سند، دارای بسته خدمتی خواهند بود که علاوه بر اجرای شرح وظایف ذاتی، کلیت رشد و تکامل کودک را با رویکرد هم افزایی بین بخشی مورد توجه قرار می‌دهد.

۶- راهبردها

- ۶-۱. اتخاذ رویکرد عدالت محور در برنامه ریزی خدمات ارتقای سلامت و تکامل کودکان مبتنی بر فرهنگ غنی و گرانقدر ملی و با اصل قرار دادن اصول و مبانی دین مبین اسلام و رعایت اصل اقتدار ملی و یکپارچگی کشور.
- ۶-۲. توجه به تربیت دینی و معنوی کودک از بدو تولد
- ۶-۳. بسیج اجتماعی با تاکید بر مسئولیت اجتماعی برای مشارکت مؤثر و حمایت از برنامه رشد و تکامل همه جانبه کودکان خردسال و شمول همه کودکان
- ۶-۴. ظرفیت سازی و توانمند کردن مراقبین و خانواده‌ها از طریق آموزش و به روز کردن دانش و مهارتها.
- ۶-۵. فراهم ساختن ساختار تشکیلاتی مناسب در سطوح ملی، استانی و شهرستانی برای تسهیل انسجام و گسترش برنامه رشد و تکامل همه جانبه دوران ابتدای کودکی
- ۶-۶. گسترش خدمات ارتقایی و توسعه فضاهای دوستدار کودک
- ۶-۷. جلب و توسعه همکاریهای بین بخشی و اقدامات شبکه ای در بین کلیه ارگانهای مسئول و ذینفع به منظور اجرا و تداوم فعالیتهای رشد و تکامل همه جانبه کودکان.
- ۶-۸. تشکیل کمیته راهبری ملی برنامه رشد و تکامل دوران ابتدای کودکی از کلیه ساختارهای موثر بر سلامت و تکامل کودکان.
- ۶-۹. ظرفیت سازی و شبکه سازی بین تشکلهای مردمی و سازمانهای مردم نهاد به منظور اجرا و تداوم فعالیتهای رشد و تکامل همه جانبه کودکان.
- ۶-۱۰. حمایت از حقوق خانواده و کودک
- ۶-۱۱. برنامه ریزی های مبتنی بر نیاز سنجی و شواهد علمی- پژوهشی و تجربی بومی و مقرون به صرفه

- ۱۲-۶. توسعه خدمات غربالگری، تشخیص و مداخله به هنگام اختلالات رشد و تکامل
- ۱۳-۶. ایجاد سازوکارهای نظارت و ارزیابی مستمر (پایش و ارزشیابی) جهت تضمین پیگیری مناسب، کارایی و پایداری برنامه

۷- اقدامات کلان^{۱۵}

- ۱-۷. آموزش های غیر دانشگاهی لازم برای تربیت نیروی انسانی آگاه و دوره دیده، متناسب با نیازهای گروه هدف (کارکنان قبل و حین خدمت، مراقبین کودک) و آموزش والدین:

- ✓ آموزش (برنامه های آموزش، سلامت و تکامل کودکان) ارائه دهندگان خدمت قبل از شروع به کار یا حداکثر در ۳ ماه اول کار
- ✓ آموزش نحوه ارتباط با کودکان در کلیه مراجع مرتبط با کودک
- ✓ تدوین منابع و محتوای آموزشی مناسب (بومی شده) برای آموزش کودکان، مربیان و والدین آنها مبتنی بر استانداردهای شاخص آموزش و مراقبت
- ✓ آموزش در مورد رشد و تکامل همه جانبه کودکان به خانواده ها و کودکان

۲-۷. تبلیغات رسانه ای:

- ✓ تشویق، سفارش و حمایت از تولید و انتشار خبرنامه ها، بروشورها، پمفلت ها، کتابچه ها و کتاب های آموزشی
- ✓ حساس سازی اقشار مختلف جامعه بویژه مسئولین در مورد اهمیت توجه به تکامل یکپارچه کودکان
- ✓ حمایت از تولید رسانه های دیجیتال، دیداری، شنیداری و نوشتاری ویژه کودک با رویکرد ارتقای سلامت و تکامل کودکان

۳-۷. استاندارد سازی خدمات:

- ✓ تدوین استانداردهای مرتبط با ارائه خدمت به کودکان از قبیل استانداردهای فضای فیزیکی، تجهیزات، پرسنل ارائه دهنده خدمت.
- ✓ تعیین شاخص های کیفیت آموزش، مراقبت و خدمات در مهد های کودک و مراکز پیش دبستانی و مراکز بهداشتی درمانی.
- ✓ بررسی دوره ای به منظور تعیین مقدار نیل به استانداردهای هر بخش (سلامت، آموزش و مراقبت)

۴-۷. گسترش مهدها و مراکز پیش دبستانی در مناطق کم برخوردار

^{۱۵} علاوه بر موارد مندرج در این سند، لازم است اقدامات دیگری در آینده با مدنظر داشتن سیاستها و راهبردهای سند، توسط کمیته راهبری در جهت ارتقای رشد و تکامل کودکان کشور اتخاذ گردد.

- ✓ پرداخت وام های کم بهره و بلاعوض به منظور گسترش مهدهای کودک و مراکز پیش دبستانی کم برخوردار
- ✓ تامین یارانه شرکت در مهد کودک و مراکز پیش دبستانی برای کودکان اقشار آسیب پذیر و کم درآمد به ویژه در حاشیه شهرها
- ۵-۷. گسترش برنامه های توانمند سازی و حمایت اجتماعی (به ویژه جهت خانواده های دهک های کم درآمد) برای دریافت انواع خدمات توانمندسازی اجتماعی، پیشگیری، غربالگری، درمانی و توانبخشی
- ✓ تعریف و تعیین خدمات و استانداردهای غربالگری در زمینه اختلالات تکاملی کودکان به منظور پوشش بیمه ای مناسب
- ✓ پوشش بیمه ای و سایر حمایتهای اقتصادی - اجتماعی برای خانواده های کودکان در معرض خطر و آسیب پذیر
- ✓ توسعه و اجرای کشوری شناسنامه سلامت کودکان از بدو تولد
- ✓ تدوین روش ها و ابزار مناسب برای شناسایی، ارزیابی و تشخیص معلولیت ها و خدمات درمانی توانبخشی در دوران اولیه کودکی (در پایین ترین سن ممکن)
- ✓ توسعه و ارتقاء اجرای برنامه مراقبت های ادغام یافته کودک سالم در کلیه مراکز بهداشتی و درمانی کشور
- ✓ گسترش واحدهای مشاوره شیر دهی به صورت سطح بندی شده در کل کشور
- ✓ ارتقاء کیفیت اجرای ده اقدام تغذیه موفق با شیر مادر (افزایش تعداد و ارتقاء کیفیت بیمارستانهای دوستدار کودک)
- ✓ فرهنگ سازی بازی
- ✓ احیاء بازیها و اسباب بازهای سنتی و بومی مناسب و ترویج آن
- ۶-۷. پایش سالانه اجرای استانداردهای موجود برای احداث فضاهای شهری و روستایی، مسکن، مدرسه و توسعه و گسترش فضاها و امکانات ورزشی - تفریحی
- ✓ احصاء استانداردها از مراکز ذیربط و یا سفارش تدوین استانداردها بر حسب اولویت
- ✓ اطلاع رسانی عمومی در خصوص استانداردهای اجباری و اختیاری در حوزه سالهای ابتدایی دوران کودکی
- ✓ بررسی دوره ای و جمع بندی گزارش سازمانهای مرتبط و ارائه گزارش دوره ای
- ۷-۷. ادغام برنامه جامع خدمات تکاملی کودکان در شبکه های بهداشتی - درمانی کشور، مراکز پیش دبستانی و مهدهای کودک
- ✓ تدوین برنامه جامع خدمات تکاملی
- ✓ اجرای آزمایشی برنامه
- ✓ ادغام در برنامه در سطوح ارائه خدمت
- ۸-۷. جلب همکاری و مشارکت سازمانی (/اجتماعی / اقتصادی) در جهت ارتقای رشد و تکامل کودکان
- ✓ جلب سرمایه گذاری خیرین و کمکهای مالی مردمی برای فعالیتهای معطوف به تکامل طبیعی کودکان
- ✓ جلب مشارکت اقتصادی - اجتماعی بخش غیر دولتی در رابطه با گسترش خدمات رشد و تکامل کودک

✓ تعیین جایگاه سازمانی و تامین منابع دبیرخانه کشوری رشد و تکامل همه جانبه کودکان

۷-۹. گنجانیدن عناوین برنامه های رشد و تکامل همه جانبه دوران ابتدای کودکی در برنامه های آموزشی در کلیه، رشته های دانشگاهی

✓ تدوین پروپوزال: محتوای پیشنهادی، کتابهای مرجع، شیوه آموزشی، ساعت آموزشی

۷-۱۰. نظارت بر اجرای قوانین و دستورالعملهای مرتبط در حوزه کودکان.

✓ احصاء قوانین و حقوق حوزه کودک و اعلام عمومی

✓ پایش اجرای صحیح قوانین و حقوق کودک

✓ پایش احکام قضایی حوزه کودکان

۷-۱۱. تشویق، سفارش و حمایت از تولید و انتشار منابع علمی، فصلنامه های علمی- پژوهشی

✓ تدوین استاندارد و دستور عمل حمایت از منابع علمی حوزه ابتدای کودکی و اجرا

۷-۱۲. ایجاد سامانه ای هوشمند و یکپارچه مابین وزارت آموزش و پرورش، ثبت احوال، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی و وزارت

بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای جمع آوری آمار و اطلاعات دقیق کودکان و مراکز ارائه خدمت دولتی و غیر دولتی و شناسایی و

پیگیری کودکان غیر برخوردار از خدمات برنامه

✓ طراحی، پایلوت و اجرای کشوری سامانه

✓ ارائه گزارش کشوری سالانه از اطلاعات روتین مراقبتی، سلامتی و آموزشی

۷-۱۳. انجام تحقیقات کاربردی

✓ شناسایی مراکز تحقیقاتی مرتبط با برنامه های رشد و تکامل دوران ابتدای کودکی

✓ تدوین استانداردها و شرح وظایف مراکز تحقیقاتی حوزه رشد و تکامل دوران ابتدای کودکی

✓ سفارش و یا فراخوان طرح های تحقیقاتی؛ از جمله مهمترین اولویتها می توان به موارد زیر اشاره کرد:

- بررسی و بازتعریف نظام جامع مراقبت های کودکان تا سن ۶ و ۸ سالگی به منظور هماهنگی دستگاه ها در

اجرای مراقبت ها

- نظام پایش از شاخص های تکامل دوران ابتدای کودکی

- مطالعه آگاهی، نگرش و مهارت والدین مربیان و متولیان در باره تکامل دوران ابتدای کودکی

- تعیین هزینه اثربخش ترین ابزار انتقال پیام های آموزشی تکامل دوران ابتدای کودکی

- بررسی و بازنگری استانداردهای تکامل دوران ابتدای کودکی در اماکن بیمارستانی، منزل، محل بازی، مهد

کودک ها و سایر فضاها

- نیازسنجی و تدوین برنامه آموزشی مراقبان و مربیان کودکان زیر ۶ سال

- بررسی دوره ای کودک آزاری، کودکان کار و خیابان و تدوین سند سیاست در این زمینه با مشارکت ذینفعان
- بررسی میزان استقرار مفاد پیمان نامه حقوق کودکان در کشور با مشارکت انجمن های علمی و سازمان های مردم نهاد مرتبط و تعیین راهکارهای ارتقای آن
- بررسی نابرابری ها در دسترسی کودکان اقشار آسیب پذیر به خدمات بهداشتی، مراقبتی و آموزشی

۸- نظام اجرایی رشد و تکامل همه جانبه کودکان

۸-۱. ساختار اجرایی (دبیرخانه کشوری)

با توجه به طبیعت بین بخشی رشد و تکامل کودکان خردسال و اهمیت پدیده هم افزایی در برنامه های مرتبط با کودکان خردسال، تنها با مشارکت حداکثری کلیه ارگانها و سازمانهای دست اندرکار، دستیابی بهینه به اهداف ارتقایی رشد و تکامل کودکان امکان پذیر می باشد. بر این اساس طراحی ساختار اجرایی این سند با محوریت ارگانهای متولی اصلی و نیز سایر ارگانهای ذیربط در سطوح ملی، استانی و شهرستانی به قرار زیر است:

۸-۱-۱. ساختار ملی

همگام با سیاست های کشوری موجود در سند چشم انداز ۲۰ ساله، برنامه های پنج ساله ی توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی و تعهدات بین المللی کشور (اهداف توسعه هزاره، تعهد کشور به عنوان عضو سازمان جهانی بهداشت، الحاق کشور به کنوانسیون حقوق کودک، امضای سند جهانی آموزش برای همه و...)؛ دبیرخانه کشوری رشد و تکامل همه جانبه کودکان، با استفاده از ظرفیت های موجود در کلیه نهادهای موثر در کشور تاسیس می گردد.

از جمله مسئولیت های این دبیرخانه: بررسی، تدوین، ارائه سیاست و راهکارهای کلان بین بخشی، نظارت، پایش و ارزشیابی اجرای سیاست های ابلاغی در راستای اهداف مورد نظر، حصول اطمینان از هماهنگی و انسجام میان بخشی، به روز رسانی برنامه های بین بخشی، تهیه و نشر گزارش پیشرفت اجرای سند و نحوه عملکرد دبیرخانه به صورت ادواری به مجاری ذیربط می باشد.

حداکثر تا ۳ ماه پس از تصویب این سند، ساختار دبیرخانه با عضویت کلیه نهادهای موثر در حیطه رشد و تکامل کودکان و آیین نامه اجرایی آن باید به تصویب کمیته راهبری ملی برسد.

مسئولیت اصلی نهادینه سازی و اجرای سند ملی رشد و تکامل همه جانبه کودکان (طراحی و تدوین برنامه های اجرایی سلامت، آموزش و مراقبت کودکان)، بر عهده ی کمیته راهبری ملی است. این کمیته حداکثر تا ۶ ماه پس از تصویب این سند، موظف به ارائه ی برنامه جامع و برنامه عملیاتی بین بخشی منطبق با اهداف، سیاستها، راهکارها و اقدامات کلان پیشنهادی مندرج در سند می باشند.

متولیان اصلی و سایر نهادها و سازمانهای ذیربط عضو کمیته راهبری ملی بایستی با آموزش و ساماندهی مناسب در بکارگیری نیروهای توانمند، جلب مشارکت و استفاده ی حداکثری از امکانات و منابع درون و برون سازمانی، تدوین برنامه های اجرایی کوتاه و میان مدت در سطوح مختلف (صف تا ستاد)، اقدامات لازم جهت تحقق مفاد سند را معمول دارند.

کلیه ی دستگاه ها، ارگان ها و نهادها، به ویژه رسانه ی ملی، موظف به همکاری لازم در راستای تحقق اهداف این سند می باشند. چگونگی همکاری و نیز گزارش فعالیتهای انجام شده تمامی دستگاه ها به صورت "ادواری" به دبیرخانه ی ملی ارائه شده و پس از جمع بندی، گزارش "سالانه" به دفتر مقام معظم رهبری، روسای ۳ قوه و شورای عالی انقلاب فرهنگی ارائه خواهد گردید.

۸-۲ ساختار در سطح استانی

با هدایت دبیرخانه ملی کلیه استانها حداکثر تا ۶ ماه پس از تصویب سند موظف به فعال سازی کمیته های استانی رشد و تکامل همه جانبه کودکان می باشند.

از جمله مسئولیت های این کمیته ها تدوین برنامه های بین بخشی استانی در راستای اجرای برنامه جامع رشد و تکامل همه جانبه کودکان، نظارت بر اجرای برنامه، حصول اطمینان از هم افزایی برنامه ها، تهیه و نشر گزارش های پیشرفت استانی و عملکرد کمیته به صورت ادواری به دبیرخانه کشوری می باشد.

تا ۲ سال پس از تصویب سند و پس از ظرفیت سازی لازم، کلیه شهرستانهای کشور باید دارای کمیته شهرستانی رشد و تکامل همه جانبه کودکان باشند. طی این مدت کمیته های استانی بر اساس نیاز استان و ظرفیتهای موجود شهرستانی برای اولویت تشکیل کمیته های شهرستانی به شکل موردی تصمیم گیری می نمایند. آیین نامه اجرایی و شرح وظایف کمیته های استانی و شهرستانی حداکثر تا ۶ ماه پس از تصویب این سند با پیشنهاد کمیته راهبری ملی به تصویب هیات دولت خواهد رسید.

کلیه ی این موارد با رعایت اصل عدم دخالت در وظایف ذاتی وزارتخانه ها و سازمانهای ذیربط خواهد بود. در شرایطی که برای اجرای بهینه برنامه ملی رشد و تکامل همه جانبه کودکان نیاز به تغییراتی در این وظایف باشد، دبیرخانه این موارد را با تصویب کمیته راهبری ملی به ارگانهای مذکور و یا مجاری بالاتر از قبیل شوراهای عالی و یا هیات دولت پیشنهاد می دهد. در صورت نیاز به قوانین در این زمینه پیشنهاد مذکور از طریق دولت به شورای عالی انقلاب فرهنگی / مجلس شورای اسلامی ارسال می گردد.

۸-۲. نظام برنامه ریزی، اجرا و نظارت

پس از تصویب برنامه جامع رشد و تکامل همه جانبه کودکان توسط مجاری ذیربط، برنامه به همراه دستورالعمل اجرایی، چارچوب پایش و ارزشیابی و دستورالعمل اجرایی تدوین گزارش های ادواری به کمیته های استانی و ارگانهای متولی اصلی ابلاغ می گردد.

نظارت بر اجرای برنامه ها در سطح ملی و استانی توسط دبیرخانه ملی و کمیته استانی رشد و تکامل همه جانبه دوران ابتدای کودکی انجام می گیرد.

۸-۳. به روز رسانی سند رشد و تکامل همه جانبه کودکان

سند ملی رشد و تکامل همه جانبه دوران ابتدای کودکی، همواره مورد پایش و ارزشیابی قرار خواهد گرفت. بدیهی است پایش در مورد پروژه ها/برنامه های ذیل سند و توسط مدیر پروژه/مدیر برنامه به صورت ماهانه/فصلی انجام خواهد شد. ارزشیابی نیز به صورت درونی و توسط مدیر پروژه/مدیر برنامه به صورت فصلی/۶ ماهه انجام خواهد شد. ارزشیابی به ۲ صورت سالانه (ارزشیابی درونی) توسط مدیر برنامه و ۵ ساله (ارزشیابی خارجی) انجام خواهد شد.

در بازه های زمانی ۵ ساله و بر اساس گزارش ارزشیابی خارجی، کمیته راهبری ملی نسبت به بازنگری در سند اقدام خواهد نمود. پیش نویس تهیه شده توسط کمیته راهبری ملی باید به تصویب شورای عالی سلامت/هیات دولت برسد.

در صورتی که در بازه زمانی کمتر از ۵ سال بدلیل تغییرات قوانین مصوب مجلس شورای اسلامی، مصوبات شورای عالی انقلاب فرهنگی و یا هیات دولت نیاز به تغییر در محتوی سند بود، این نیاز می بایست به تصویب ۷۰٪ اعضا رسیده و سپس نسبت به، به روز رسانی سند اقدام شود. بدیهی است در این مورد نیز پیش نویس تهیه شده باید به مراجع ذیربط برسد.

۹- پایش و ارزشیابی

توجه به چرخه برنامه ریزی و اجرای برنامه های خاص برای ارتقای وضعیت کودکان در کشور نیازمند این است که در طی اجرای برنامه همواره سنجشی از وضعیت موجود برنامه و تحلیل آن در اختیار مدیران و برنامه ریزان قرار گیرد تا چنانچه اشکالی در اجرای برنامه وجود دارد یا برنامه در دست یابی به اهداف اولیه خود دچار مشکل شده است، اقدام مناسب به منظور بهبود وضعیت صورت گیرد. همچنین چنانچه نیاز اولیه برای وجود برنامه ای تغییر کرده است، نسبت به سیاست گذاری در مورد تداوم برنامه یا تغییر اساسی در آن (حتی حذف آن) اقدام مناسب انجام پذیرد. اقداماتی که بدین منظور باید در هر سازمان (و برای هر برنامه در حال اجرا) وجود داشته و با کفایت تمام اجرا گردد، عبارتند از فعالیت های مرتبط با پایش و ارزشیابی.

اجرای یک برنامه پایش و ارزشیابی موثر نیازمند تعیین دقیق حیطه ها و شاخص های مربوط به هر حیطه است. بدیهی است به منظور اجرای بهینه این سند اصول فوق مورد توجه خواهد بود و به منظور پایش و ارزشیابی موثر کلیه شاخص های مربوط به ساختار، درونداد، فرایند، برونداد و محصول مورد توجه خواهند بود که به طور اجمال به آن اشاره می شود:

۹-۱. شاخص های ساختاری و حاکمیتی^{۱۶}

شامل کمیته راهبری ملی رشد و تکامل همه جانبه دوران ابتدای کودکی، دبیر خانه رشد و تکامل همه جانبه دوران ابتدای کودکی، کمیته های علمی، و کلیه سازمانها و یا نهاد های هماهنگ و اجرا کننده سیاستها و برنامه ها می باشد.

۹-۲. شاخص های منابع ورودی^{۱۷} به بخش رشد و تکامل همه جانبه دوران ابتدای کودکی

شامل نیروی انسانی، سرمایه گذاری های کلان برای منابع فیزیکی (مانند مراکز خدمات رسانی، لوازم و تجهیزات)، اقلام مصرفی، هزینه های جاری و توسعه ای و نیز سایر منابعی است که برای ارائه خدمات و فعالیتهای مرتبط با آنها مورد نیازی باشد. همچنین منابع مذکور می تواند شامل حمایت های غیر مالی از جمله خدمات داوطلبی، مراکز ارائه دهنده خدمت، اقلام و تجهیزات و یا سایر منابع باشند.

۹-۳. شاخص های فرایندی^{۱۸} در بخش رشد و تکامل همه جانبه دوران ابتدای کودکی

شامل اقداماتی می شوند که با استفاده از منابع در اختیار، خدمات رشد و تکامل همه جانبه دوران ابتدای کودکی را ارائه می دهند تا نیازهای ذینفعان را پاسخ داده و به اهداف خدمت رسانی برنامه نائل شوند. این فرایند ها شامل: خدمات ارتقایی، ثبت نام کودکان و یا والدین در برنامه های مرتبط، غربالگری و ارزیابی های کودکان، برنامه ریزی برای فعالیتهای، طرحهای بازدید از محل سکونت (مراقبت در منزل)، فعالیتهای گروهی، مشاوره، ارجاع، انتقال و گزارش دهی می باشند.

۹-۴. شاخص های مرتبط با محصولات^{۱۹} رشد و تکامل همه جانبه دوران ابتدای کودکی

محصولات در واقع واحدهای اندازه گیری خدمات ارائه شده در بخش رشد و تکامل همه جانبه دوران ابتدای کودکی می باشند. تعداد کودکان (بر اساس گروههای سنی، جنس و کودکان با نیازهای خاص)، تعداد فعالیتهایی که هر فرد در آن شرکت می کند، تعداد کتابها یا منابع دیگری که تهیه و تولید شده و در اختیار ذینفعان قرار می گیرند و سایر اندازه گیری های مرتبط با خدمات از این قبیل هستند. محصولات، تاثیرات نهایی مانند میزان تغییرات مطلوب و یا نتایجی را که ذینفعان در نتیجه استفاده از خدمات بدست می آورند را شامل نمی شوند.

۹-۵. شاخصهای تاثیر نهایی^{۲۰}

تاثیرات مطلوبی در ذینفعان اصلی در نتیجه استفاده از خدمات ارائه شده و بهره مندی از منابع، فعالیتهای، فرایند ها و محصولات آنها، ایجاد خواهند شد. آگاهی، نگرش، مهارتها و توانایی ها، رفتارها، رشد فیزیکی و شرایط مطلوبی که در ذینفعان ایجاد می شوند از این موارد هستند.

شاخص های این بخش شامل نتایج قابل اندازه گیری تاثیرات نهایی محقق شده بوده و شامل فهرستی است که نشان دهنده پیشرفت و تکامل گروه مشخصی از ذینفعان در راستای تحقق تاثیرات نهایی است. این شاخصها معمولاً به شکل درصد و یا میزان بیان می شوند.

^{۱۷} Input
^{۱۸} Process
^{۱۹} Output
^{۲۰} Outcome

۱۰. منابع:

۱. گزارش سیاست ملی رشد و تکامل خردسالان - پیش نویس اول
۲. گزارش کارگروه آموزش برنامه مراقبت و تکامل اوان کودکی
۳. گزارش کارگروه سلامت برنامه مراقبت و تکامل اوان کودکی
۴. گزارش کارگروه تحقیقات برنامه مراقبت و تکامل اوان کودکی
۵. گزارش کارگروه فقر و رفاه برنامه مراقبت و تکامل اوان کودکی
۶. گزارش کارگروه حقوق کودک و قوانین برنامه مراقبت و تکامل اوان کودکی
۷. گزارش کارگروه کودکان با نیازهای ویژه برنامه مراقبت و تکامل اوان کودکی
۸. گزارش کارگروه بازی برنامه مراقبت و تکامل اوان کودکی
۹. گزارش کارگروه جامعه برنامه مراقبت و تکامل اوان کودکی
۱۰. IRAN MIDHS1389
۱۱. مراقبت و تکامل دوران ابتدای کودکی - آغازی عادلانه برای تضمین آتیه کودکان - معاونت سلامت وزارت بهداشت ۱۳۸۹
۱۲. سلامت و عوامل اجتماعی تعیین کننده آن، راهکار اصلی گسترش عدالت در سلامت و ایجاد فرصتی منصفانه برای همه - معاونت سلامت وزارت بهداشت ۱۳۸۷
۱۳. Early Child Development: A Powerful Equalizer- Final Report for the World Health Organization's Commission on the Social Determinants of Health 2007
۱۴. The Review of Policy and Planning Indicators in Early Childhood (UNESCO 2012: Emily Vargas-Barón and Julia Schipper)
Early Child Development; A Powerfull Equalizer(clyde Hertzmnzn 2007)