# تعادل

WWW.TAADOLNEWSPAPER.IR | یکشنبه ۲۶ بهمن ۱۴۰۴ | ۲۶ شعبان ۱۴۴۷ | سال دوازدهم | شماره ۳۲۵۸ | Sun. Feb 15. 2026

صاحب امتیاز: موسسه رسانه نگاران خوب اندیش
مدیر مسوول: حجت طهماسبی
سردبیر: حجت طهماسبی
نشانی: خیابان ستارخان - خیابان کوثر دوم - بن بست مینو
تلفن: ۶۶۴۲۰۷۶۹ - نمابر: ۶۶۴۲۰۴۱۷
چاپ: همشهری ۲ - توزیع: نشر گستر امروز - تلفن: ۶۱۹۳۳۰۰۰
سازمان شهرستان ها: ۶۶۱۲۶۰۸۸
اذان ظهر: ۱۲:۱۸ | اذان مغرب: ۱۸:۰۴ | اذان صبح فردا: ۰۵:۲۶

info@taadolnewspaper.ir
مرامنامه اخلاقی روزنامه تعادل در وبسایت رسمی روزنامه در دسترس است


خبر روز

## خشکی تالاب هامون و افزایش مهاجرت‌های اجباری

رییس سازمان حفاظت محیط زیست با اشاره به پیگیری اجرای توافق سال ۱۳۵۱ درباره حقابه هامون گفت: تامین نیاز آبی تالاب‌های کشور که در برنامه هفتم بیش از ۱۱ میلیارد مترمکعب تعیین شده، با جدیت در دستور کار قرار دارد. شینا انصاری افزود: بر اساس قرارداد سال ۱۳۵۱ میان ایران و افغانستان، باید حداقل نیاز آبی این تالاب تامین شود و در حال حاضر تلاش می کنیم این توافق پایدار بماند و به‌صورت ساختارمند اجرا شود. او گفت: اگرچه در مقاطعی سیلاب وارد کشور شده، اما لازم است این روند در چارچوب‌های قانونی تثبیت شود. انصاری تصریح کرد: کاهش ورودی آب طی دو دهه گذشته، این تالاب را با خشکی گسترده مواجه کرده و پیامدهایی همچون افزایش توفان‌های گردوغبار، آسیب به کشاورزی و دامداری و مهاجرت ساکنان منطقه را در پی داشته است.

### بررسی بن بست پزشک خانواده از دریچه اقتصاد سلامت

# پزشک خانواده بدون جذابیت مالی دوام نمی آورد

## نظام ارجاع قربانی کمبود منابع پایدار و ضمانت اجرایی است

گزارش

**گلی ماندگار |** طرح پزشک خانواده از همان روزی که مطرح شد، قرار بود ستون فقرات اصلاحات در نظام درمان باشد؛ مدلی که با استقرار نظام ارجاع، مدیریت تقاضا، پیشگیری از خدمات غیرضروری و شکل گیری پرونده سلامت برای هر فرد، هزینه‌ها را کنترل و کیفیت را ارتقا دهد. با این حال، سال‌ها پس از آغاز اجرا، بسیاری از اهداف اولیه هنوز محقق نشده و حتی در برخی مناطق، طرح به حداقل کارکرد خود تقلیل یافته است. همزمان، بحث افزایش تعرفه‌های پزشکی نیز به یکی از چالش‌های اصلی سیاستگذاران تبدیل شده؛ موضوعی که موافقان و مخالفان جدی دارد. برای واکاوی این وضعیت، با یک پزشک فعال در سطح اول درمان و یک کارشناس اقتصاد سلامت گفت‌وگو کرده‌ایم. هر دو معتقدند بدون بازنگری جدی در شیوه تامین مالی و تعریف نقش‌ها، نه پزشک خانواده احیا می‌شود و نه بحران تعرفه‌ها فروکش خواهد کرد.

### پزشک خانواده؛ ماموریتی بزرگ با ابزارهای محدود

الگوی پزشک خانواده بر تجربه کشورهایی مانند انگلستان و کانادا استوار است؛ جایی که پزشک عمومی قدرت تصمیم‌گیری، اختیار ارجاع و پشتوانه مالی مشخص دارد. اما به گفته پزشکان ایرانی، آنچه در عمل اتفاق افتاده فاصله زیادی با این الگو دارد. علی ایزدی، پزشک عمومی در این باره به «تعادل» می گوید: در تئوری، ما باید مدیر سلامت جمعیت تحت پوشش باشیم، اما در عمل بیشتر به یک مُهر برای ارجاع تبدیل شده‌ایم. اختیار کافی برای مدیریت درمان نداریم و بیمار هم الزامی به تبعیت از مسیر ارجاع احساس نمی کند. او با اشاره به فشار کاری بالا ادامه می‌دهد: برای هر ویزیت باید زمان کافی گذاشت؛ آموزش داد، پیشگیری کرد، پیگیری انجام داد. ولی سرانه‌ای که تعیین می‌شود متناسب با این حجم کار نیست. وقتی منابع محدود باشد، طبیعی است که کیفیت قربانی می‌شود. این پزشک عمومی خاطرنشان می کند: بسیاری از همکارانش به دلیل تاخیرهای طولانی در پرداخت‌ها از طرح خارج شده‌اند. گاهی چند ماه پولی دریافت نمی کنیم. در این مدت باید اجاره مطب، حقوق منشی، هزینه آب و برق و تجهیزات را بدهیم. چطور می‌شود دوام آورد؟ ایزدی ادامه می‌دهد: ادامه این وضعیت باعث شده پزشک خانواده به گزینه‌ای موقت برای برخی پزشکان جوان تبدیل شود، نه یک مسیر حرفه‌ای پایدار.

### چرا بیماران اعتماد نمی کنند؟

این پزشک عمومی یکی از مهم‌ترین چالش‌ها را بی‌اعتمادی بخشی از جامعه می‌داند و تاکید می کند: سال‌ها تبلیغ شده که متخصص بهتر است. در حالی که بیشتر مشکلات در همان سطح عمومی قابل حل است. اما وقتی بیمار می‌بیند می‌تواند مستقیم به متخصص مراجعه کند، چرا باید از فیلتر پزشک خانواده عبور کند؟ او ادامه می‌دهد: اگر نظام ارجاع ضمانت اجرایی داشته باشد، هم ازدحام در مطب متخصصان کمتر می‌شود و هم هزینه‌ها کاهش می‌یابد.

### زیرساختی که نیمه کاره ماند

دکتر ایزدی خاطرنشان می کند: پرونده الکترونیک اگر به‌درستی عمل کند، می‌تواند تحولی بزرگ ایجاد کند «ولی وقتی سیستم‌ها به هم وصل نیستند یا مدام قطع می‌شوند، عملا مجبوریم دوباره همان روش‌های سنتی را ادامه دهیم.»

### تعرفه‌ها از نگاه پزشکان؛ مساله بقا

او در بخش دیگری از صحبت‌هایش به موضوع تعرفه‌ها می‌پردازد و می گوید: بعضی‌ها فکر می کنند افزایش تعرفه یعنی درآمد بیشتر پزشک، در حالی که بخش زیادی از آن صرف هزینه‌های جاری می‌شود. قیمت تجهیزات، مواد مصرفی و حتی مالیات بالا رفته است. اگر تعرفه واقعی نشود، ادامه فعالیت صرفه اقتصادی ندارد. به باور او، پایین نگهداشتن مصنوعی تعرفه‌ها فقط به کاهش کیفیت یا خروج نیروها از سیستم منجر می‌شود. دکتر ایزدی در پایان هشدار می‌دهد: از یک طرف بیماران از رشد هزینه‌ها می‌ترسند و از طرف دیگر، کاهش کیفیت یا کمبود پزشک هم تهدیدی جدی است. به هر حال اگر پزشک در سیستم نماند، اولین آسیب به مردم می‌رسد. بنابراین باید تعادلی ایجاد شود که هم بیمار توان پرداخت داشته باشد و هم ارایه‌دهنده بتواند ادامه دهد.

### اقتصاد سلامت چه می گوید؟

مبینا طلوعی، کارشناس اقتصاد سلامت نیز در این باره به «تعادل» می گوید: شکست پزشک خانواده پیش از هر چیز ناشی از ناهماهنگی میان منابع و تعهدات است. وقتی بسته خدمتی وسیع تعریف می کنیم اما بودجه متناسب نمی گذاریم، نتیجه همین می‌شود که طرح نیمه‌جان باقی بماند. او می‌افزاید: پرداخت سرانه‌ای که با تورم سالانه تنظیم نشود، خیلی زود کارایی خود را از دست می‌دهد.

### سرکوب تعرفه؛ راه‌حل یا پاک کردن صورت مساله؟

این کارشناس اقتصاد سلامت ادامه می‌دهد: سیاست مهار تعرفه‌ها در ظاهر به نفع مردم است، اما در عمل پیامدهای پیچیده‌ای دارد. وقتی قیمت واقعی نباشد، ارایه‌دهنده خدمت تلاش می کند از مسیرهای دیگر هزینه را جبران کند؛ افزایش آزمایش‌ها، تصویربرداری یا خدماتی که شاید همیشه ضروری نباشند. او اضافه می کند: بنابراین بهتر است به جای سرکوب عدد تعرفه، نظام خرید راهبردی خدمت را تقویت کنیم؛ یعنی بیمه بداند چه خدمتی را، از چه کسی و با چه کیفیتی می‌خرد.

### پزشک خانواده بدون جذابیت مالی دوام نمی آورد

این کارشناس سلامت هشدار می‌دهد: شکاف درآمدی میان سطوح مختلف پزشکی، انگیزه حضور در خط مقدم را از بین می‌برد. اگر پزشک عمومی احساس کند با چند سال کار در طرح آینده روشنی ندارد، طبیعی است که به فکر مهاجرت یا تغییر حوزه بیفتد.

### بیمه‌ها؛ حلقه‌ای که باید تقویت شود

مبیناطلوعی در این باره به نقش بیمه‌ها اشاره کرده و اظهار می‌دارد: هرگونه افزایش تعرفه باید همزمان با اصلاح منابع بیمه‌ها باشد. در غیر این صورت بدهی‌ها بیشتر می‌شود و دوباره پرداخت‌ها عقب می‌افتد؛ چرخه‌ای که همه از آن ناراضی‌اند.

### زنجیره‌ای از تصمیمات که شرایط را بهبود می‌بخشد

او تاکید می کند: در نهایت اجرای دقیق نظام ارجاع مجموعه‌ای از اقدامات ضروری مانند واقعی‌سازی تدریجی تعرفه‌ها، حمایت هدفمند از اقشار آسیب‌پذیر، اجرای کامل نظام ارجاع و ایجاد قراردادهای مبتنی بر عملکرد است. بدون این اصلاحات، هر سال همین بحث‌ها تکرار می‌شود و تغییری رخ نمی‌دهد.

### پزشک خانواده قربانی کمبود منابع پایدار و ضمانت اجرایی است

آنچه از گفته‌های پزشک و کارشناس برمی‌آید، این است که پزشک خانواده بیش از هر چیز قربانی کمبود منابع پایدار و نبود ضمانت اجرایی شده است. در چنین شرایطی، بحث تعرفه‌ها نیز به گرهی پیچیده تبدیل می‌شود؛ گرهی که باز کردن آن نیازمند تصمیم‌های همزمان در حوزه مالی، مدیریتی و فرهنگی است. تا زمانی که این مجموعه اصلاحات کنار هم قرار نگیرد، نه می‌توان انتظار داشت پزشکان با انگیزه در سطح اول باقی بمانند و نه بیماران از خدماتی منسجم و با کیفیت بهره‌مند شوند.

### الزامات برنامه پزشک خانواده در شرایط اقتصادی فعلی

از سوی دیگر رییس انجمن پزشکان عمومی، دکتر احمد ولی پور در این باره به ایسنا گفت: برنامه پزشکی خانواده که در سایر کشورها پیاده‌شده، دو هدف اصلی دارد؛ نخست، کنترل هزینه‌های حوزه درمان از طریق اجرای نظام ارجاع و سپس، پیشگیری و کنترل شیوع بیماری‌های واگیر و غیرواگیر که شامل مباحث مراقبتی می‌شود و از طریق مراقبت‌ها و پیشگیری‌هایی که مراکز بهداشت انجام می‌دهند، دنبال می‌شود.

### اجرای برنامه پزشکی خانواده به زیرساخت نیاز دارد

او با بیان اینکه برنامه پزشکی خانواده روی کاغذ طرح خوبی است، افزود: اجرای این برنامه به زیرساخت‌ها و منابع مالی کافی نیاز دارد. براساس شرایط اقتصادی کشور و با توجه به اینکه مطالبات درمان طی یک سال گذشته پرداخت نشده، بعید به نظر می‌رسد که دولت بتواند از عهده اجرای کامل این طرح بربیاید. در نهایت، این احتمال وجود دارد که بخش اول این برنامه یعنی «نظام ارجاع» اجرایی شود که آن هم به احتمال زیاد با نارضایتی گسترده مردم مواجه می‌شود؛ چرا که این فرهنگ غلط در جامعه ما نهادینه شده که مردم همیشه به‌طور مستقیم به‌فوق تخصص‌ها مراجعه می‌کنند.

### ضرورت فرهنگ‌سازی برای اجرای برنامه

رییس انجمن پزشکان عمومی ادامه داد: نظام ارجاع می‌گوید هر بیمار ابتدا باید به پزشک عمومی مراجعه کند، چرا که بیش از ۹۰ درصد مراجعان در سطح یک توسط پزشک عمومی درمان می‌شود. اگر به مردم گفته شود که نمی‌توانند به‌طور مستقیم به پزشک فوق تخصص مراجعه کنند، قاعدتا نارضایتی ایجاد می‌شود و این موضوع نیازمند فرهنگ‌سازی است. از سوی دیگر، منابع مالی پایداری برای این طرح وجود ندارد و در بودجه سال آینده نیز دیده نشده است.

### ذخیره‌سازی منابع با اجرای برنامه

ولی پور با اشاره به اجرای آزمایشی این طرح در پنج شهرستان گفت: وزارت بهداشت این طرح را به صورت آزمایشی آغاز کرده تا موارد ضعف و نواقص آن برطرف شود، اما بعید می‌دانم در شرایط فعلی کشور امکان اجرای کامل آن وجود داشته باشد؛ هر چند اجرای نظام ارجاع و پزشکی خانواده می‌تواند سبب ذخیره منابع و صرفه‌جویی شود، چرا که در حال حاضر درخواست‌های بدون مورد زیادی از سوی مردم برای انجام چکاپ‌ها، آزمایش‌ها و تصویربرداری‌هایی وجود دارد که نیاز نیست؛ درخواست‌هایی که هزینه‌های زیادی را به نظام سلامت تحمیل می‌کند.

### نقش پزشکان عمومی در اجرای پزشکی خانواده

او درباره نقش پزشکان عمومی در اجرای این برنامه تصریح کرد: در حوزه پزشکی عمومی، پزشکان عمومی ستون طرح پزشک خانواده در سطح یک هستند. پزشک عمومی رهبری تیم سلامت را بر عهده دارد که شامل ماما، بهورز، مراقب سلامت، پرستار و داروساز است. به‌طور قطع باید توجه ویژه‌ای به پزشکان عمومی چه در حوزه آموزش و چه در حوزه تامین حقوق مکفی که پزشک خانواده نیاز دارد، صورت بگیرد.

روی خط خبر

## سهم ۱۰ درصدی موتورسیکلت‌ها در آلودگی هوای تهران

معاون اجتماعی و فرهنگی پلیس راهور تهران بزرگ گفت: موتورسیکلت‌ها در آلودگی هوای تهران سهم ۱۰ درصدی دارند بنابراین باید فکر اساسی به حال این وسیله نقلیه بنزینی کرد. سرهنگ فیروز کشیر با بیان اینکه بیش از ۴ میلیون و ۷۰۰ خودرو و بیش از ۴ میلیون و ۳۰۰ موتورسیکلت در شهر تهران پلاک شده و تردد دارند که هر کدام در آلودگی هوا نقش موثری دارند، افزود: از ابتدای امسال بیش از ۴۵ هزار وسیله نقلیه دودزا اعمال جریمه شده‌اند. همچنین بیش از ۶۸۱ هزار وسیله نقلیه به خاطر نداشتن معاینه فنی اعمال قانون شده‌اند. وی اظهار کرد: علاوه بر این، بر اساس قانون از ابتدای امسال تاکنون بیش از ۴۱۳ هزار فقره اعمال جریمه برای طرح زوج و فرد از درب منزل ثبت شده است. کشیر با اشاره به اینکه اگر وسیله نقلیه‌ای معاینه فنی داشته باشد اما خودرو یا موتور دارای نقصی باشد، پلیس با آنها برخورد می کند، گفت: همکارانم در سطح شهر با دیدن وسایل نقلیه‌ای که هر گونه نقصی داشته باشند، حتی اگر گواهی معاینه فنی نیز داشته باشند با آنها برخورد کرده و در واقع گواهی را ابطال می کنند تا راننده به دنبال رفع نقص و دریافت مجدد گواهی معاینه فنی برود که در سال جاری بیش از ۵۳۰۰ ابطال معاینه فنی صورت گرفته است. وی افزود: خودروهای نو بنزینی تا ۴ سال و خودروهای گازوییل سوخت تا ۲ سال پس از تولید نیاز به گواهی معاینه فنی ندارند اما پس از آن مالکان باید نسبت به دریافت این گواهی اقدام کنند. کشیر درباره جمع‌آوری خودروها و موتورسیکلت‌های رها شده گفت: از مهرماه امسال بیش از ۴۰۰۰ خودروی رها شده و بیش از ۱۶ هزار موتورسیکلت رها شده در معابر مختلف توسط پلیس راهور جمع‌آوری و به پارکینگ منتقل شده است.

## آغاز صدور غیرحضوری مجوز داروخانه‌ها توسط سازمان غذا و دارو

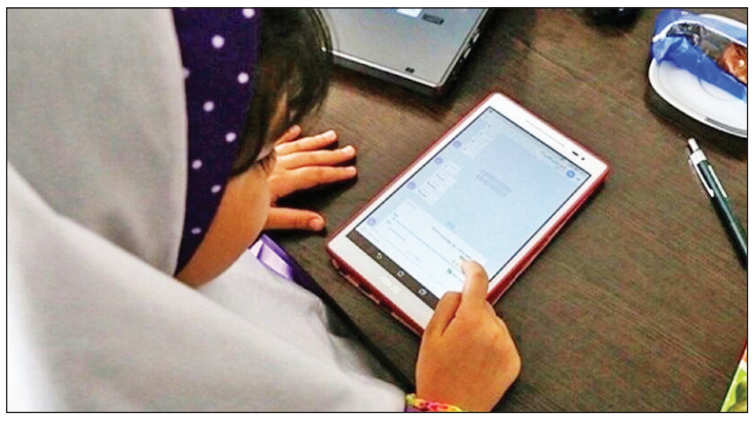
مدیر کل دفتر فناوری اطلاعات سازمان غذا و دارو از راه‌اندازی سامانه جدید مدیریت امور داروخانه‌ها خبر داد و گفت: از این پس تمامی فرآیندهای مرتبط با داروخانه‌ها به صورت یکپارچه و غیرحضوری انجام می‌شود. مهندس سعید کاظمی با اشاره به اطلاع‌رسانی این موضوع به معاونین غذا و داروی دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور گفت: صدور مجوز، تمدید، اعمال تغییرات و سایر امور اداری داروخانه‌ها در بستر سامانه my.fda.gov.ir انجام خواهد شد و بررسی درخواست‌های جدید در سامانه‌های قبلی تا اطلاع ثانوی متوقف می‌شود. وی افزود: مسوولان فنی، موسسین داروخانه‌ها و متقاضیان جدید باید نسبت به ثبت‌نام، تکمیل و به‌روزرسانی اطلاعات خود در این سامانه اقدام کنند. امکان رهگیری برخط درخواست‌ها، کاهش خطاهای انسانی و تسریع در فرآیند بررسی مدارک از مزیت‌های سامانه جدید است. بنابر اعلام سازمان غذا و دارو، کاظمی تاکید کرد: استقرار این سامانه در راستای هوشمندسازی خدمات، کاهش مراجعات حضوری، افزایش شفافیت و استانداردسازی فرآیندهای اداری انجام شده و زمینه نظارت دقیق‌تر و مدیریت متمرکز امور داروخانه‌ها در سطح کشور را فراهم می‌کند. وی در پایان خاطرنشان کرد: توسعه خدمات غیرحضوری و یکپارچه‌سازی سامانه‌های تخصصی از اولویت‌های راهبردی سازمان غذا و دارو است و در مراحل بعدی، سایر فرآیندهای حوزه دارو نیز به بسترهای هوشمند منتقل خواهد شد.

## ترک خدمت ۲۱۵۰ پرستار طی سه سال گذشته

معاون پرستاری وزارت بهداشت با تاکید بر نقش بی‌بدیل پرستاران در تاب‌آوری نظام سلامت، کمبود نیروی انسانی و ماندگاری پرستاران را مهم‌ترین چالش پیش‌روی این حوزه دانست و گفت: تقویت جایگاه پرستاری در حکمرانی سلامت، یک ضرورت راهبردی برای امنیت سلامت کشور است. عباس عبادی در هشتاد و ششمین اجلاس مدیران پرستاری کشور با گرامیداشت یاد و خاطره شهدای انقلاب اسلامی، دفاع مقدس، مدافعان سلامت و شهدای وطن اظهار داشت: نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران یکی از آماده‌ترین نظام‌ها در عرصه حکمرانی کشور است و چه در شرایط عادی و چه در بحران‌ها، با اتکا به تاب‌آوری ساختاری خود، همواره به عنوان سرباز وطن حافظ سلامت مردم بوده است. وی حوزه پرستاری را «قلب تپنده نظام سلامت» توصیف کرد و افزود: پرستاران به عنوان یکی از ارکان اصلی مراقبت، نقش هماهنگ‌کننده، مدیریتی و اثرگذار در تداوم خدمات سلامت ایفا می‌کنند. در حال حاضر پرستاران با جمعیتی بالغ بر ۲۲۰ هزار نفر، نزدیک به یک‌سوم نیروی انسانی نظام سلامت و بیش از ۶۰ درصد کارکنان بیمارستانی در بخش درمان را تشکیل می‌دهند. معاون پرستاری وزارت بهداشت با اشاره به نقش پرستاران در سطوح پیشگیری، درمان، بازتوانی و مراقبت‌های تسکینی تصریح کرد: پرستاری صرفا یک گروه خدمت‌رسان نیست، بلکه می‌تواند در تصمیم‌سازی، تصمیم‌گیری و اجرای سیاست‌های سلامت نقش جدی ایفا کند. هرگاه سخن از کیفیت درمان و ایمنی بیمار به میان می‌آید، نادیده گرفتن پرستاری به معنای نادیده گرفتن زنجیره درمان است. وی با اشاره به تجربه بحران‌های اخیر از جمله جنگ تحمیلی ۱۲ روزه و بلایای طبیعی گفت: عملکرد پرستاران در این حوادث نشان داد که این گروه یکی از ارکان اصلی تاب‌آوری نظام سلامت در شرایط بحران است. عبادی با مرور دستاوردهای حوزه آموزش پس از انقلاب اسلامی خاطرنشان کرد: پذیرش سالانه دانشجوی پرستاری از حدود هزار نفر در ابتدای انقلاب به حدود ۱۸ هزار نفر در سال رسیده که از این میزان، ۱۳ هزار نفر مربوط به مقطع کارشناسی پرستاری و مابقی در رشته‌های اتاق عمل، هوشبری و فوریت‌های پزشکی است. وی افزود: بیش از ۲۲۰ مرکز آموزش عالی دولتی و آزاد در حوزه پرستاری فعال هستند و طی دو دهه گذشته با راه‌اندازی ۱۴ رشته کارشناسی ارشد و توسعه دوره‌های دکتری، شاهد رشد قابل توجهی در تخصصی‌سازی و ارتقای مهارت‌ها بوده‌ایم. همچنین برنامه‌های توانمندسازی، بازآموزی و تقویت صلاحیت حرفه‌ای در سال‌های اخیر تقویت شده است. عبادی با تاکید بر لزوم حرکت به سمت پرداخت مبتنی بر عملکرد اظهار کرد: این رویکرد در تعرفه‌گذاری خدمات پرستاری آغاز شده و می‌تواند به ارتقای کیفیت خدمات و عدالت در پرداخت‌ها کمک کند. وی با ترسیم افق آینده پرستاری کشور گفت: هدف ما دستیابی به مرجعیت حرفه‌ای در منطقه در حوزه آموزش، پژوهش و ارایه خدمات است. کیفیت نیروی انسانی پرستاری ایران در سطح بین‌المللی اثبات شده و حضور موفق پرستاران ایرانی در سایر کشورها نشان‌دهنده این ظرفیت است. معاون پرستاری وزارت بهداشت در پایان با تاکید بر ضرورت تقویت تاب‌آوری نیروی انسانی در برابر فشارهای ناشی از بحران‌ها تصریح کرد: توجه به پرستاری، توجه به سلامت جامعه است و سرمایه‌گذاری در این حوزه، سرمایه‌گذاری راهبردی برای امنیت سلامت کشور به شمار می‌رود.

رویداد

## سوغات آموزش آنلاین برای دانش‌آموزان؛ افت تحصیلی، افسردگی و اضطراب



مدارس شهر تهران در سال تحصیلی گذشته، ۳۵ روز تعطیل و به‌صورت غیرحضوری اداره شده‌اند؛ آلودگی هوا و برودت هوا از جمله دلایل این تعطیلی‌ها بوده است. در سال جاری نیز بار دیگر به‌دلیل آلودگی، سرما و ناترازی انرژی شاهد تعطیلی و مجازی شدن مدارس بوده‌ایم. این آمار به‌روشنی نشان می‌دهد دانش‌آموزان به‌جای حضور در فضای مدرسه و بهره‌مندی از آموزش حضوری، روزهای زیادی در بستر آنلاین مشغول تحصیل شده‌اند. همین شرایط، یک پرسش جدی را پیش روی نظام آموزشی قرار می‌دهد: آیا آموزش آنلاین می‌تواند نسخه‌ای باشد که تعطیلی مدارس را به‌طور کامل پوشش دهد؟ بر اساس نظر روانشناسان و کارشناسان علوم تربیتی، آموزش حضوری ویژگی‌هایی دارد که هیچ‌ابزار دیجیتالی نمی‌تواند جایگزین کامل آن شود.

### ارتباط چهره به چهره معلم و دانش آموز

آرزو معصومیان، روانشناس حوزه بالینی در این باره می‌گوید: یکی از مزیت‌های آموزش حضوری این است که معلم به‌صورت مستقیم متوجه می‌شود دانش‌آموزان مطالب مطرح‌شده را یاد گرفته‌اند یا خیر؛ این موضوع از طریق واکنش‌ها، حالات چهره و تعاملات دانش‌آموزان در کلاس قابل درک است. اشاره دکتر معصومیان به این نکته اساسی است؛ غیرحضوری شدن مدارس می‌تواند تاثیر قابل توجهی در افت تحصیلی دانش‌آموزان داشته باشد؛ موضوعی که آمارها نیز آن را تایید می‌کنند. از سال ۱۳۹۸ و همزمان با شیوع کرونا و انتقال آموزش به بستر آنلاین، روند افت تحصیلی به‌وضوح قابل مشاهده است. بررسی نمرات نهایی دانش‌آموزان سال دوازدهم این فرضیه را تقویت می‌کند. میانگین نمرات نهایی دانش‌آموزان رشته علوم تجربی در سال ۱۳۹۸، ۱۳،۷۷ بوده که این عدد در سال ۱۴۰۳ به ۱۲ کاهش یافته است. در رشته ریاضی نیز میانگین نمرات از ۱۳،۲۸ در سال ۱۳۹۸ به ۱۱،۸۲ در سال ۱۴۰۳ رسیده است. همچنین در رشته علوم انسانی، میانگین نمرات از ۱۰،۷۶ در سال ۱۳۹۸ به ۹،۱۳ در سال ۱۴۰۳ کاهش یافته است.

### آموزش مجازی چه ایراداتی دارد؟

اینکه چرا آموزش مجازی نمی‌تواند ابزار کاملا مناسبی برای یادگیری باشد، پرسشی است که کارشناسان علوم تربیتی به آن پاسخ داده‌اند. در این زمینه، وحیده آدینه‌محمدی، کارشناس آموزشی و علوم تربیتی می‌گوید: سازگار شدن با سبک‌های جدید یادگیری برای برخی دانش‌آموزان دشوار است. بسیاری عادت به یادگیری حضوری دارند و نمی‌توانند به سرعت خود را با محیط‌های دیجیتال و شیوه‌های غیرحضوری وفق دهند. این مساله می‌تواند منجر به کاهش کیفیت یادگیری، خستگی ذهنی و حتی ترک تحصیل شود.

وی یکی دیگر از جنبه‌های منفی آموزش آنلاین را «فضای مزاحم» می‌داند و توضیح می‌دهد: حضور در خانه باعث می‌شود دانش‌آموز در معرض عوامل حواس‌پرتی مانند تلویزیون، تلفن همراه، بازی‌های ویدیویی و حتی مسوولیت‌های خانگی قرار گیرد؛ عواملی که تمرکز را کاهش داده و یادگیری موثر را مختل می‌کنند.

### استرس ناشی از آموزش مجازی

افت تحصیلی تنها پیامد آموزش آنلاین نیست. موضوع استرس ناشی از آموزش مجازی نیز در پژوهش‌های جهانی مورد توجه قرار گرفته است. گزارش گروه آموزشی IDRA در امریکا نشان داده بیش از ۷۱ درصد دانش‌آموزان، آموزش از راه دور را نسبت به آموزش حضوری استرس‌زاتر می‌دانند. همچنین پژوهشی در دانشگاه کالیفرنیای دیویس نشان داده نوجوانانی که به‌طور تمام‌وقت آنلاین تحصیل کرده‌اند، نسبت به همکلاسی‌های حضوری خود احساس ارتباط اجتماعی کمتری داشته و مشکلات بیشتری در حوزه سلامت روان گزارش کرده‌اند. در کنار افت تحصیلی، آسیب‌های اجتماعی وارد شده به دانش‌آموزان، به‌ویژه در دوره ابتدایی، موضوعی است که باید هم‌وزن مسائل آموزشی به آن توجه شود.

### جنبه‌های منفی آموزش مجازی از نگاه روانشناسی

سحر قناعتی، روانشناس با تاکید بر نقش بی‌بدیل آموزش حضوری در رشد همه‌جانبه کودکان می‌گوید: حضور دانش‌آموزان در محیط مدرسه، به‌ویژه در سال‌های ابتدایی، یکی از ارکان اصلی رشد اجتماعی، هیجانی و شخصیتی آنان است و بخش مهمی از فرآیند اجتماعی شدن از طریق تعامل مستقیم با همسالان و معلمان شکل می‌گیرد. به گفته وی، کاهش حضور فیزیکی کودکان در مدرسه، فرصت تجربه تعاملات واقعی، شکل‌گیری حس تعلق به گروه همسالان و یادگیری مهارت‌های اجتماعی را محدود می‌کند؛ مهارت‌هایی که از طریق آموزش آنلاین و ارتباطات مبتنی بر صفحه‌های دیجیتال به‌طور کامل قابل جایگزینی نیستند. قناعتی مدرسه را «فضایی امن برای تمرین هیجانات» می‌داند؛ جایی که کودک می‌تواند ترس، استرس، رقابت و حتی ناکامی را تجربه کند و شیوه مدیریت آنها را بیاموزد. از نگاه وی، همین مواجهه‌های روزمره، تاب‌آوری روانی را تقویت کرده و کیفیت تحصیلی را ارتقا می‌دهد. دانش‌آموزانی که در بستر تعاملات اجتماعی رشد می‌کنند، هنگام افت درسی در مواجهه با چالش‌ها، اضطراب کمتری را تجربه کرده و توان بیشتری برای مدیریت احساسات خود دارند. این روانشناس همچنین بر نقش «حس تنها نبودن» در جمع همسالان تاکید می‌کند؛ احساسی که می‌تواند اضطراب را کاهش داده و اعتمادبه‌نفس را افزایش دهد. مفاهیمی مانند استقلال، هدفمندی، ابراز نظر، کار تیمی و رقابت سالم تحصیلی و ورزشی، عمدتا در بستر تعاملات حضوری شکل می‌گیرد، نه پشت یک صفحه نمایش.

وی با اشاره به نظریه‌های نوین یادگیری یادآور می‌شود آموزش امروز بیش از آنکه مبتنی بر شنیدن باشد، بر مشاهده و یادگیری اجتماعی استوار است. دانش‌آموزان بیش از آنچه می‌شنوند، از آنچه می‌بینند می‌آموزند و الگوگیری از معلمان در فضای واقعی مدرسه نقشی کلیدی در این فرآیند دارد؛ نقشی که با کمرنگ شدن آموزش حضوری دچار اختلال می‌شود. قناعتی در ادامه نسبت به افزایش حضور دانش‌آموزان در فضای مجازی هشدار می‌دهد و می‌گوید: کودکی دوره تحرک، تجربه طبیعت و تعامل چهره‌به‌چهره است و وابستگی به آموزش آنلاین در این دوره می‌تواند پیامدهایی مانند بروز مشکلات حسی، کاهش کنترل هیجانات و افت توان تحلیل منطقی را در پی داشته باشد.