

برنامه های ارتقای سلامت اجتماع محوری ساله اخیر در ایران: نوع شناسی مداخلات

نسترن کشاورز محمدی: استادیار، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران - نویسنده رابط : n_keshavars@yahoo.com

فرح بحرینی: کارشناس، معاونت پژوهش، وزارت بهداشت

صفورا دژپسند: کارشناس ارشد، کارمند بازنشسته وزارت بهداشت

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۸/۱۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۱۲/۴

چکیده:

زمینه و هدف: برنامه ارتقای سلامت اجتماع به معنای انجام اقداماتی است که هدفش توانمند سازی افراد، سازمان ها و جوامع برای ارتقای رفتارها و ایجاد محیط سالم ترمی باشد. در مورد ارتقای سلامت اجتماع و نیز ارتقای سلامت اجتماع محور در ایران تجارب بسیاری وجود دارد که البته بصورت پراکنده و ناقص ثبت شده اند.

روش کار: این مقاله به گزارش بخشی از یافته های وضعیت سنجی مداخلات ارتقای سلامت اجتماع محور در ایران می پردازد. این مقاله به توصیف کمی و کیفی و به عبارتی نوع شناسی مداخلات اجتماع محور ارتقای سلامت و تحلیل چالش ها، تهدیدها و فرصت های برای بهبود وضعیت مداخلات اجتماع محور ارتقای سلامت در ایران می پردازد. جامعه مورد مطالعه شامل کلیه گزارشات، اسناد و اطلاعات و مقالات قابل دسترسی مربوط به مداخلات ارتقای سلامت اجتماع محور در ایران بود.

نتایج: اکثر مداخلات ارتقای سلامت بدون احتساب برنامه کشوری رابطین و بهورزان و فلج اطفال در سه گروه بزرگ به شرح زیر طبقه بندی شدند: ۱- ابتکارات اجتماع محور ۲- تحقیقات مشارکتی اجتماع محور ۳- پیشگیری از اعتیاد اجتماع محور. اکثر این برنامه های به معنای واقعی اجتماع محور نبوده اند.

نتیجه گیری: بررسی مداخلات اجتماع محور در ایران نشان می دهد که بر خلاف بسیاری از کشورها، اکثر مداخلات اجتماع محور ارتقای سلامت در ایران در سطح کشوری پیشنهاد و انجام می شوند و با حمایت سازمانی زیادی مواجه هستند. گرچه بستر انجام این برنامه ها در ایران مهیاست اما به نظر می رسد استفاده کافی از این فرصت ها به عمل نیامده است.

واژگان کلیدی: ارتقای سلامت، اجتماع محور، ارتقای سلامت اجتماع

مقدمه

مداخلات ارتقای سلامت اجتماع محور این است که کل جامعه را مورد هدف قرار می دهد، مستلزم اقدام در بسیاری از سطوح است، اجزای آموزشی بسیاری دارد و هدفش مشارکت عمومی موثر می باشد. در ایران گاهی واژه ارتقای سلامت جامعه محور نیز مترادف اجتماع محور بکار می رود.

مداخلات ارتقای سلامت اجتماع محور شامل مراحل مختلفی است که از دید بسیاری از متخصصان مراحل زیر

برنامه ارتقای سلامت اجتماع به معنای انجام اقداماتی است که هدفش توانمند سازی افراد، سازمان ها و جوامع برای ارتقای رفتارها و ایجاد محیط سالم ترمی باشد (Laverack 2007). ارتقای سلامت اجتماع محور رویکرد جامع، منظم و هماهنگ به تاثیرگذاری طولانی مدت بر سطح سلامت است که هدفش اثر گذاشتن بر هنجارهای جامعه از طریق آموزش و سازماندهی جامعه می باشد (Laverack 2007). ویژگی

روش کار

این مقاله به گزارش بخشی از یافته‌های یک وضعیت سنجی مداخلات ارتقای سلامت اجتماع محور در ایران می‌پردازد که در سال ۱۳۸۸ انجام گردید. این مقاله به توصیف کمی و کیفی و به عبارتی نوع شناسی مداخلات اجتماع محور ارتقای سلامت در ایران و تحلیل چالش‌ها، تهدیدها و فرصت‌های مداخلات برای بهبود وضعیت مداخلات اجتماع محور ارتقای سلامت در ایران می‌پردازد. جامعه مورد مطالعه شامل کلیه گزارش‌ها، اسناد و اطلاعات و مقالات قابل دسترسی مربوط به مداخلات ارتقای سلامت اجتماع محور در ایران بود. گرچه بسیاری از مداخلاتی که غیر مستقیم باعث ارتقای سلامت جامعه می‌شوند شناسایی شدند اما با توجه به هدف مطالعه، این مطالعه عمدتاً بر مداخلاتی که مستقیماً با هدف ارتقای سلامت جامعه طراحی و اجرا شده بودند متمرکز گردید. در ابتدا گروه جمع‌آوری اطلاعات متشکل از اعضای از معاونت بهداشتی و نیز معاونت تحقیقات وزارت بهداشت تشکیل شد و اهداف، راهبردها و زمان اجرای طرح و انتظارات متقابل مورد بحث، اصلاح و موافقت قرار گرفت. سپس روش‌های مختلف زیر جهت جمع‌آوری اطلاعات استفاده شد:

- استفاده از موتورهای جستجو شامل گوگل و اسکولار گوگل
- جستجو در مجلات و بانک‌های اطلاعاتی داخلی
- جستجو در بانک‌های اطلاعاتی انگلیسی زبان از قبیل Pub Med
- مراجعه به سازمان‌های مرتبط و پرسش از کارشناسان مرتبط در واحدهای مختلف وزارت بهداشت
- جستجوی تارنمای سازمان‌های مرتبط

را شامل می‌شود: ارزیابی اجتماعی، ارزیابی نیازهای سلامت، سازماندهی اجتماعی و پژوهش مشارکتی می‌باشد (Luttre et al. 2009; Laverack 2007). ارتقای سلامت اجتماع محور از راهبردهای مختلفی به شرح زیر می‌تواند سود ببرد:

- مداخلات آموزشی فردی، گروهی و در سطح جامعه
- ایجاد فرصت برای مردم جهت انتخاب‌های بهداشتی و انجام رفتارهای سالم
- تشویق، تسهیل و حمایت جامعه از انتخاب‌های بهداشتی
- آرایه‌ی مشوق‌های اقتصادی و سایر مشوق‌ها
- وضع قوانین لازم‌حیاتی
- مشارکت دادن مردم در مراحل تصمیم‌گیری و طراحی راهبردهای لازم و مناسب

در مورد ارتقای سلامت اجتماع و نیز ارتقای سلامت اجتماع محور در ایران تجارب بسیاری وجود دارد که به مهم‌ترین آنها در این مقاله اشاره خواهیم نمود. علیرغم اطلاع از انجام مطالعات متعدد ارتقای سلامت اجتماع در ایران، تصویر جامع یا اطلاع دقیقی از کمیت و کیفیت و محور این مطالعات در دسترس نیست و دسترسی به گزارش یافته‌های این مطالعات و تجارب کسب شده امری سخت است. لذا برای پر کردن این خلا اطلاعاتی و با توجه به سیاست سازمان جهانی بهداشت و نیز وزارت بهداشت ایران مبنی بر توسعه رویکردهای اجتماع محور ارتقای سلامت، در سال ۱۳۸۸ دفتر سازمان جهانی بهداشت در ایران با همکاری دفتر آموزش بهداشت و ارتقای سلامت وزارت بهداشت سفارش انجام طرح تحقیقاتی "وضعیت سنجی مداخلات ارتقای سلامت اجتماع-محور در ایران" را به نویسنده اول این مقاله داد. آنچه در این مقاله مطرح می‌شود بخشی از نتایج این مطالعه کشوری است که به توصیف برخی از مهم‌ترین مداخلات ارتقای سلامت اجتماع محور در ایران در سه دهه گذشته می‌پردازد.

طبقه بندی انواع مداخلات: جدول ۱ نوع شناسی این مداخلات را به اختصار نشان می‌دهد. اکثر مداخلات ارتقای سلامت بدون احتساب برنامه کشوری رابطن و بهورزان و فلج اطفال در سه گروه بزرگ به شرح زیر قرار می‌گیرند:

- ۱- ابتکارات اجتماع محور (WHO/EMRO 2008; Asadi-Laria et al. 2005; Gaffari et al. 2009)
- ۱- تحقیقات مشارکتی اجتماع محور (Bahreini et al. 2008; Majdzadeh et al. 2009)
- ۲- پیشگیری از اعتیاد اجتماع محور (State report of anti drug activities 2008; Congereh 60 1993; National welfare organization 2009; National committee of drug prevention program 2008, 2002)

گروه دیگر مهم مداخلات اجتماع محور مربوط به طرح‌های قلب سالم است که در استان‌هایی چون اصفهان، قزوین و نیز بوشهر که بصورت پایلوت یک پروژه سازمان جهانی بهداشت شروع شدند و بعد در اصفهان و بوشهر در قالب مرکز تحقیقاتی گسترش یافتند (Persian Gulf heart research center 1995; Abadi pour et al. 2009; Isfahan Heart research center 1999; Sarraf-Zadegan et al. 2002; Sarrafzadegan et al. 2006). البته برخی از پایگاه‌های تحقیقات جمعیت نیز در این مورد مداخلات اجتماع محوری را انجام دادند. از قالب‌های دیگر مداخلات می‌توان به مراقبت اجتماع محور (Salamati et al. 2009; Masudi et al. 2003; Kian et al. 2006) تغذیه اجتماع محور (Malekafzali et al. 2009; Minaee 2009) بخشی اجتماع محور (National welfare organization 2009; Salamati et al. 2009) توانمند سازی (Moheggeg 2005) و بصورت بسیار محدود امنیت اجتماعی اشاره نمود (Mohseni 2004). شاید بتوان گفت نادرترین مداخلات اجتماع محور شناسایی شده در این مطالعه که توسط افراد جامعه و خارج از طرح-

- جستجوی تارنمای سازمان‌های بین المللی از قبیل یونیسف، سازمان جهانی بهداشت و دیگر سازمان‌های اقماری سازمان ملل در ایران
- مصاحبه با افراد مطلع کلیدی
- بررسی کتب خلاصه مقالات کنفرانس‌ها
در مراحل جستجو از کلید واژه‌هایی چون اجتماع محور، جامعه محور، محله محور و ارتقای سلامت استفاده گردید.
برنامه‌هایی که یا در عنوان آنها اجتماع یا جامعه محور ذکر شده بود و یا در جامعه به عنوان اجتماع محور شناخته می‌شدند و نیز پایان یافته بود و اطلاعات آنها قابل دسترسی بود وارد این مطالعه شدند. اطلاعات جمع‌آوری شده در راستای اهداف اختصاصی مطالعه، توسط محقق مورد تجزیه و تحلیل گرفت.

نتایج

فراوانی مداخلات ارتقای سلامت اجتماع محور: این مطالعه موفق به شناسایی صدها مداخله ارتقای سلامت در ایران شد که در سه دهه گذشته به خصوص در ده سال اخیر در ایران انجام شده است (Keshavarzmohammadi et al. 2009). بسیاری از مداخلات ارتقای سلامت تحت عناوینی که الزاما عنوان ارتقای سلامت را صراحتا شامل نمی‌باشند انجام شده است و در موارد بسیاری در سازمان‌های خارج از بخش سلامت انجام شده که همیشه توأم با همکاری موثر و یا اطلاع بخش بهداشت نبوده است.

از قدیمی ترین مداخلات ارتقای سلامت اجتماع محور در ایران که به علت موفقیت آنها، اکنون به صورت بخشی از عملکرد رایج نظام بهداشتی در سراسر ایران و در همه شبکه بهداشت استان‌ها و شهرها انجام می‌شود، طرح بهورزان و رابطن بهداشتی و بسیج فلج اطفال (Tavassoli 2008; Ansarifard 2009; Aasae 2009; UNICEF 1998) است.

اجرا مشارکت داشتند. بررسی مداخلات ارتقای سلامت اجتماع محور در ایران نشان می‌دهد که در عمل این برنامه‌ها به درجات مختلف اجتماع را درگیر می‌نمایند که شامل یک یا چند نوع از انواع زیر می‌باشد:

- ارتقای سلامت اجتماعی با محوریت متخصصان و مسئولان (متخصص محور یا "بر" اجتماع)
- ارتقای سلامت اجتماعی بامشارکت متخصصان و مسئولان و اعضای اجتماع (مشارکتی یا "با" اجتماع)
- ارتقای سلامت اجتماعی با محوریت اجتماع (اجتماع-محور یا "بوسیله" اجتماع)

در بسیاری موارد این سه سطح یا سه شکل از مداخلات به اشتباه یکسان تعریف شده‌اند. این طرح‌ها گاه با حمایت مالی و فنی وزارتخانه‌ها و سازمان‌ها و گاه با حمایت سازمان‌های بین‌المللی و در موارد بسیار محدود بصورت خود جوش با منابع مردمی اجراء شده‌اند. بطور کلی می‌توان گفت مداخلات بررسی شده به درجات مختلفی اجتماع محور بوده‌اند. به نظر می‌رسد در بسیاری از موارد، مداخلات موسسه محور بوده‌اند و نه اجتماع محور. این مداخلات با اتخاذ روشهای مختلف موفق به جلب مشارکت مردم به درجات متفاوت و نیز پاسخگویی به بخشی از نیازهای جامعه بوده‌اند. شاید بتوان گفت از اجتماع محور ترین مداخلات، برنامه کنگره ۶۰ بوده است که از مرحله شکل‌گیری ایده طرح و انگیزه تا تامین هزینه، اجرا و ارزشیابی مردمی بوده است هرچند در طول زمان توانسته است برخی حمایت‌های سازمانی را نیز دریافت کند.

موفقیت‌ها و مشکلات گزارش شده: بررسی مداخلات نشان داد که تقریباً همه مطالعات گزارش کرده‌اند که در دستیابی به اهداف خود موفقیت چشمگیری داشته‌اند گرچه مشکلات و چالش‌هایی را نیز تجربه کرده‌اند.

های تعریف شده توسط سازمانها و مراکز تحقیقاتی انجام شده و می‌شود، کنگره ۶۰ است که اکنون در بیش از ۱۹ اجتماع اجراء می‌شود (Congereh60 2003). جدول ۱ به اختصار به انواع مهمترین مداخلات مرتبط با توسعه سلامت اجتماع محور در ایران اشاره می‌نماید:

محور مداخلات ارتقای سلامت و ذینفعان: بررسی اسناد و گزارشات موجود مداخلات ارتقای سلامت نشان می‌دهد که طیف متنوعی از مشکلات سلامتی در ابعاد فردی، زیست محیطی و اجتماعی، محور این مداخلات را تشکیل می‌دهند که در جدول ۱ به آنها اشاره شده است. هدف همه این مداخلات ارتقای سلامت جامعه و کیفیت زندگی چه در بعد محلی، سازمانی و یا استانی با استفاده از مشارکت مردمی و همکاری بین بخشی است که باعث ایجاد درجات مختلفی توانمندی در جامعه و سازمان-های ذیربط می‌گردد. به نظر می‌رسد محیط زیست و پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی رایج ترین موضوع مورد مطالعه بوده‌اند. طیف وسیعی از اعضای جامعه، ذی‌نفعان و ذی‌ربطان این مداخلات را تشکیل داده‌اند از جمله زنان خانه‌دار، دانش‌آموزان، رهبران محلی، اعضای محله شوراهای روستایی و شهری، مدیران دولتی و بخش خصوصی، معلمین، کارگران، و روحانیون. شاید بتوان گفت هیچ یک از این مداخلات با مخالفت و مقاومت‌های محلی یا ملی مواجه نشده‌اند.

کمیت و کیفیت اجتماع محوری مداخلات: از آنجا که دسترسی به اطلاعات دقیق در مورد فرآیند و روش‌های اجرای مداخلات در بسیاری از موارد در حال حاضر ممکن نیست، تجزیه تحلیل دقیق کمی و یا کیفی از روش مداخله و میزان نقش اجتماع در مداخلات با کمی ابهام مواجه است. اما با توجه به اطلاعات موجود می‌توان گفت در این مداخلات، افراد و یا گروه‌ها به درجات مختلف در بخشی یا بخش‌هایی از مداخلات به عنوان همکار، مشاور، مجری، و تامین‌کننده منابع مالی نقش داشته‌اند. در برخی مداخلات مانند مداخلات پایگاه‌های تحقیقات جمعیت، جامعه از مرحله انتخاب مشکل جهت مداخله تا مرحله ارزشیابی نقش داشتند اما در برخی دیگر مثل تغذیه اجتماع محور فقط در

بحث

علت ماهیت دولتی اکثر آنها، وسعت اکثر برنامه‌ها در سطح ملی است و نه تجربه ای در یک مکان جغرافیایی محدود و لذا کمیت و کیفیت تجربیات حاصله بسیار غنی و ارزشمند است اما در عین حال هزینه اثر بخشی آنها به قدر کافی بررسی نشده و لذا مورد سوال است. نکته سوم این است که به غیر از سازمان‌های مجری این برنامه‌ها، در طی سالها مردم نیز تقریباً در سراسر کشور تجربه مشارکت در کنترل عوامل موثر بر سلامت خود را کسب نموده‌اند. در یک جمله، آنچه کاملاً عیان است وجود بستر آماده مداخلات اجتماع محور در ایران است.

البته این بدان معنی نیست که مدیران بخش سلامت، پژوهشگران محققان و متخصصان حوزه‌های مختلف به خصوص بخش بهداشت توانسته‌اند از فرصت‌های ارزشمندی که وجود این حمایت ملی از برنامه‌های ارتقای سلامت اجتماعی فراهم نموده است بهره کافی و یا حد اکثری را ببرند. به نظر می‌رسد متأسفانه به دلایلی که در مقاله دیگری به آن پرداخته شده است (Keshavarz et al. 2013)، در استفاده از این فرصت‌ها کاستی‌های مهمی داشته‌ایم. اما توصیف و تحلیل مداخلات اجتماع محور ارتقای سلامت ناگزیر محدود به اطلاعات قابل دسترسی است و الزاماً تصویر کاملی از کمیت و کیفیت صدها مداخله را ارائه نمی‌دهد. از جمله مهم‌ترین نقاط ضعف مهم یافت شده، عدم وجود اطلاعات دقیق و جزئی در مورد فرایند این مداخلات و دلایل موفقیت و یا مشکلات و موانع موجود بر سر راه این برنامه‌ها در کشور بود. این ضعف نه تنها منجر به محدودیت اشتراک درس‌های آموخته شده می‌شود بلکه نقد دقیق را غیر ممکن می‌کند. تعداد انتشارات از تجارب این تجارب ارزشمند بسیار محدود است در حالیکه اشتراک تجارب در سطح ملی و بین‌المللی بسیار مهم است و بطور جدی به آن پرداخته می‌شود (Rosato et al. 2008). به علاوه ضعف مهم دیگر این است که

مطالعات معتبری موفقیت استفاده از روش‌های اجتماع محور را در حل مشکلات بهداشتی جامعه نشان داده‌اند (۳۵-۳۳). مرور مختصر بر مهمترین و وسیعترین مداخلات ارتقای سلامت اجتماعی در ایران واضح نشان می‌دهد که دانش تجربی ارزشمندی در کشور در طی چند دهه اخیر در مورد روش‌های جلب مشارکت مردمی و توانمند سازی ایشان برای تاثیر گزاری بر سلامت خود اندوخته شده است. وجود فضای مناسب اجتماعی برای مداخلات اجتماع محور، باعث افزایش روز افزون تعداد مداخلات مشابه و جدید در بسیاری از شهرها و محلات ایران توسط سازمان‌های مختلف شده است. بررسی مداخلات اجتماع محور در ایران نشان می‌دهد که بر خلاف بسیاری از کشورها، اکثر مداخلات اجتماع محور ارتقای سلامت در ایران در سطح کشوری پیشنهاد و انجام می‌شوند و با حمایت سازمانی زیادی مواجه هستند. تقریباً همه استان‌ها دارای تجارب مداخلات اجتماع محور در یک یا چند زمینه هستند. ساختارهای جدیدی در قالب این برنامه‌ها ایجاد و یا تسهیل شده است. برای مثال، مکان‌هایی چون خانه‌های بهداشت، پایگاه‌های تحقیقات جمعیت، پایگاه‌های سلامت اجتماعی از جمله ساختارهای ایجاد شده ای هستند که می‌توانند با بهره‌برداری موثر توسط مدیران و محققین بخش سلامت، محل سازمان دهی بسیاری از مداخلات در محله‌های شهری و روستایی باشند. همچنین بهورزان، رابطین، همیاران سلامت و همیاران پلیس از نیروهای مردمی هستند که در قالب این برنامه‌ها تربیت شده‌اند که می‌توانند در مداخلات ارتقای سلامت آتی نقش فعال و موثرتری را ایفا نمایند. اینکه در طی این سه دهه بسیاری از این برنامه‌های توانمند ساز از بدنه دولت و سازمان‌های مهم دولتی آغاز شده، تامین اعتبار شده و مورد حمایت قرار گرفته است از چند منظر بسیار مهم و پدیده‌ای کم نظیر در جهان است. اول اینکه استقبال از رویکردهای اجتماعی در ارتقای سلامت بطور مستمر و فزاینده هر چند با فراز و نشیب‌هایی ادامه یافته است. دوم آنکه به

نتیجه گیری

انجام این بررسی منجر به ترسیم و توصیف مهمترین مداخلات اجتماعی ارتقای سلامت در ایران و تحلیل کلی نقاط قوت و ضعف وضعیت موجود گردید. وجود تجربه طولانی مدت مداخلات اجتماع محور ارتقای سلامت در سراسر ایران و نیز کسب موفقیت در جلب مشارکت سازمان‌های مختلف در این مداخلات و حتی طراحی و اجرای مداخلات توسط آنها و نیز وجود حمایت سیاسی، فرصت‌های بسیار ارزشمندی را برای مدیران و پژوهشگران بخش سلامت جهت ارتقای کمی و کیفی مداخلات ارتقای سلامت در ایران فراهم کرده است که نباید از دست برود و یا بهره ناکافی از آن برده شود. پیشنهاد می‌شود آرشویی جامع جهت ثبت این مداخلات و تسهیل دسترسی به آنها توسط پژوهشگران و اشتراک گذاری تجارب راه اندازی گردد. دفتر ابتکارات اجتماع محور وزارت بهداشت می‌تواند میزبان خوبی برای این آرشو باشد و پیشنهاد می‌شود مداخلات اجتماع محور آینده از تجارب و ساختارها و منابع ایجاد شده در داخل و نیز علم و تجارب موجود جهانی حداکثر استفاده را بنمایند. از مهمترین نکاتی که در مداخلات مشابه در آینده باید به آن توجه شود، تقویت مبنای علمی و تئوری مداخلات، توجه به چگونگی مشارکت دادن موثرتر اعضای اجتماع از اولین مراحل تعریف مشکل و اولویت، و تامین منابع پایدار و شفاف است. آشنایی بیشتر پژوهشگران با بسترها و فرصت‌های موجود موجبات تشویق پژوهشگران به انجام پژوهش‌های مشارکتی و اجتماع محور می‌شود و این امر خود به تقویت دقت و صحت روش‌های انجام مداخلات و لذا موفقیت آنها کمک می‌کند.

تشکر و قدردانی

این مطالعه با استفاده از پژوهانه‌ی دفتر سازمان جهانی بهداشت در ایران انجام شده است.

مطالعات اجتماع محور در زمینه سلامت در ایران دچار ضعف روش‌شناسی و علمی و یا حداقل دارای ابهام در روش کار بوده‌اند. البته ضعف روش‌شناسی در سایر مطالعات مروری بر مداخلات اجتماع محور به استثنای مداخلات اجتماع محور مربوط به اچ ای وی نیز گزارش شده است (Merzel and D'afflitti 2003; Atienza and King 2002; Keshavarzmohammadi et al. 2013).

مسئله مهم دیگر این است که به نظر می‌رسد مدیران و پژوهشگران سلامت ما در کشور دارای بستری بوده و هستند که ارزش آن را به قدر کافی درک نکرده‌اند. این در حالی است که پژوهشگران معتقدند برای ایجاد بستر و ظرفیت لازم جهت انجام مداخلات اجتماع محور باید تلاش نمود (Lavarack and KeshavarzMohammadi 2011; Bahraminejad et al. 2014). تقویت بهره‌بری از این بستر نیازمند نگرش و مهارت‌های لازم برای کار با اجتماع است. نیاز به توانمندسازی مردم و پژوهشگران برای بهره‌بردن از بسترهای موجود در مطالعه دیگری که در مورد تحقیقات مشارکتی اجتماع محور در ایران انجام شده است (Labonte and Laverack 2001) و نیز گزارش Rifkin از مشارکت اجتماعی در ایران نیز مطرح شده است (Rifkin 2005). سازمان جهانی بهداشت راهنماهای آموزشی مفیدی برای تقویت توانمندی مجریان و پژوهشگران در انجام هر چه بهتر این مداخلات تهیه کرده است (WHO/EMRO 2006) که متأسفانه ردپای آنها در مداخلات اجتماع محور ایران چندان به چشم نمی‌خورد. در ضمن به علت محدودیت دسترسی به اطلاعات دقیق و فقدان بخش ارزشیابی در اکثریت این مداخلات (مشابه اکثر مداخلات خارجی) نمی‌توان به دقت نقد نمود که تا چه اندازه این مداخلات به یکی از مهمترین اهداف خود یعنی ایجاد توانمندسازی اجتماع (Laverack and Wallerstein 2001) رسیده‌اند.

جدول ۱- نوع شناسی مهم ترین مداخلات اجتماع محور در سی سال اخیر ایران

نام برنامه	سال شروع	وسعت	سازمان های مجری / حامی	پایگاه طرح در جامعه مداخلات	محور مداخلات
۱- بهروز	۱۳۵۴ و ۱۳۶۴	کشوری	وزارت بهداشت	خانه های بهداشتی روستا	کلیه مراقبت های اولیه بهداشتی
۲- رابطن	۱۳۶۹	کشوری (۴۱ دانشگاه علوم پزشکی- ۳۲۱ شهرستان)	وزارت بهداشت / یونیسف	مراکز بهداشتی درمانی	کلیه مراقبت های اولیه بهداشتی
۳- بسیج فلج اطفال	۱۳۷۴	کشوری	وزارت بهداشت / بسیج سپاه- آموزش و پرورش	مراکز بهداشتی - مدارس - مساجد-سازمان ها	فلج اطفال
۴- ابتکارات اجتماع محور (۶۷ طرح مرتبط با سلامت): شهر سالم	۱۳۷۰	کشوری (در ۱۶ استان و ۲۲ شهر)	وزارت بهداشت/WHO- وزارت خانه ها - سازمان های غیر دولتی - سازمان بهزیستی	بسته به نوع موضوع	بهداشت خانواده- محیط زیست - بهداشت روان - بهداشت مدارس- حوادث
روستاهای سالم توسعه نیازهای اساسی جنسیت در برنامه های توسعه و سلامت	۱۳۷۸ و ۱۳۷۹	۴۷ روستا			
۵- پایگاه های تحقیقات جمعیتی (بیش از ۱۰۰ طرح)	۱۳۸۰	کشوری (در ۲۹ دانشگاه علوم پزشکی کشور)	معاونت تحقیقات وزارت بهداشت- /دانشگاه های علوم پزشکی	مراکز بهداشتی درمانی	طیف وسیعی از موضوعات مورد نیاز جامعه
۶- پیشگیری اجتماع محور محله اعتیاد (بیش از ۲۰ طرح)	۱۳۷۵	کشوری (بیش از ۱۹ استان)	سازمان بهزیستی /ستاد مبارزه با مواد مخدر و تا حدودی دانشگاه های علوم پزشکی	عمدتا پایگاه های سلامت اجتماعی	اعتیاد
۷- برنامه های جامعه محور قلب سالم پایلوت WHO	۱۳۷۹	ابتدا پایلوت کشوری در ۲ استان قزوین-اصفهان و اکنون در بوشهر	وزارت بهداشت و دانشگاه های علوم پزشکی /WHO	مراکز تحقیقاتی دانشگاه	کاهش ریسک فاکتورهای قلبی (چاقی-سیگار-کم تحرکی)
قلب سالم اصفهان	۱۳۸۲				افزایش رفتارهای سالم تغذیه فعالیت بدنی سیگار
۸- برنامه ملی توانمندسازی اجتماع محور	۱۳۸۴		وزارت رفاه و تامین اجتماعی /شورای عالی رفاه	طرح ادامه نیافت	
۹- پایگاه های سلامت اجتماعی (همیاران سلامت روان)	۱۳۸۷	کشوری	سازمان بهزیستی	پایگاه های سلامت اجتماعی	-ارتقای سطح سلامت اجتماعی و روانی -پیشگیری از آسیبهای اجتماعی
۱۰- تغذیه اجتماع محور برنامه مشارکتی-حمایتی بهبود وضعیت تغذیه کودکان	۱۳۷۵	کشوری- همه ۲۴۴ شهرستان	یونیسف/وزارت بهداشت	مرکز بهداشت روستا	تغذیه و رشد و تکامل کودک و بزرگسالان
ارائه غذای گرم روستا مهد	۱۳۸۶	ابتدا پایلوت در ۴ شهرستان			
۱۱- کنگره ۶۰	۱۳۷۸	۱۳ شعبه	مردمی	دفاتر کنگره ۶۰	اعتیاد
۱۲- توان بخشی اجتماع محور	۱۳۸۶	کشوری (۳۰ استان و ۱۱۰ شهرستان)	سازمان بهزیستی-سازمان جهانی بهداشت	مرکز بهداشت- خانه بهداشت- مجتمع مسکونی	معلولیت

جدول ۲- موفقیت ها و مشکلات برنامه های ارتقای سلامت اجتماع محور سی ساله اخیر در ایران

مشکلات	موفقیت ها
<ul style="list-style-type: none"> • کمبود منابع مالی و نیروی انسانی • وجود و یا ایجاد انتظارات غیر واقعی/غیر منطقی و یا برآورده نشده انتظارات مردمی • جلب موافقت همگانی • ناپایداری نتایج و برنامه ها 	<ul style="list-style-type: none"> • ارتقای سلامت افراد ، گروهها و جامعه • جلب مشارکت و حمایت جامعه • فراهم نمودن شرایط و فرصت تجربه همکاری بین بخشی • بسیج جامعه جهت حل مشکلات • ایجاد اعتماد به نفس و مهارت های لازم کنترل عوامل موثر بر سلامت • جذب حمایت سیاسی

References

- Asaee, E., 2009. Primary health care in Iran. Available from [http:// www. unicef. org/iran/fa/media_4429.html](http://www.unicef.org/iran/fa/media_4429.html)
- Abadipour, F., Abadipour, M., Abadi, H., Ayatinejad, Kh., Ehteshami, F. and Nabipour, I., 2009. Impact of a community based heart health program on physical activity: A randomized community based participatory research. *Tebe Jonoob Quarterly*, **9**(2), pp. 190-199 [In Persian].
- Asadi-Laria, A., Farshadb, S., Assaeib, M., Vaez MahdaviM., A., Amerie, Z., Salimi, B. and Graya, D., 2005. Applying a basic development needs approach for sustainable and integrated community development in less-developed areas: report of ongoing Iranian experience. *Public Health*, **119**(6), pp. 474-482.
- Atienza, A.A. and King, A.C., 2002. Community-based health intervention trials: An overview of methodological issues. *Epidemiologic Reviews*; **24**(1), pp. 72-79.
- Ansarifard, M., 2009. National report of volunteers program in Iran several years. Arista publishing company, Deputy of health, Shiraz University of Medical sciences [In Persian].
- Bahraminejad, N., Ibrahim, F., Riji, H.M., Majdzadeh, R., Hamzah, A. and Mohammadi, N.K., 2014. Partner's engagement in community-based health promotion programs: a case study of professional partner's experiences and perspectives in Iran. *Health promotion international*, dau043.
- Bahreini, F., Jamshidikhandan, A., Shogli, A., Frouzan, C. and Mohammadrezaee, N., 2009. Community based participatory research: a review of an experience in Iran. Deputy of research, Ministry of health [In Persian].
- Congreh 60., 2003. Movement of human rebirth. Available from <http://www.congress60.org>
- Gaffari, M., Shoolaye, B. and Salimi, M., 2009. Programs and achievements of CBI in Iran. The office of Workplace and environment health, Ministry of Health, Tehran [In Persian].
- Isfahan heart health research center., 1999. Isfahan heat health program. <http://ihhp.mui.ac.ir/ihhp/display.aspx?id=1573&language=Farsi> [In Persian].
- Keshavarz mohammadi, N., Bahraini, F. and Degpasand, S., 2009. Situation assessment of community based health promotion programs in Iran. WHO/ EMRO/Tehran.
- Keshavarz Mohammadi, N., Bahreini, F. and Degpasand, S., 2013. Challneges of community based health promotion programs in Iran in last 30 years: The way forward. *Journal of Isfahan Medical School*, **31**(261) [In Persian].
- Labonte, R. and Laverack, G., 2001. Capacity building in health promotion, Part 1: For

- whom? And for what purpose?. *Critical Public Health*, **11**(2), pp. 111-127.
- Laverack, G., 2007. Health promotion practice: building empowered communities, Open University Press, England
- Lavarack, G. and Keshavarz Mohammadi, N., 2011. What remains for the future: strengthening community actions to become an integral part of health promotion practice. *Health Promotion International*. **26**(S2).
- Laverack, G. and Wallerstein, N., 2001. Measuring community empowerment: a fresh look at organizational domains *Health promotion international*. **16**(2), 2001 - Oxford Univ Press.
- Kian, N., Ali, A., Bagher, M., Eysa, M. and Gholamreza B., 2006. Development of a Community- based Care System Model for Senior Citizens in Tehran . *The Internet Journal of Advanced Nursing Practice*; **8**(1) [In Persian].
- Luttre, C., QuirozScrutton, C. and Bird, K., 2009. Understanding and Operationalisation of empowerment overseas development institute.UK
- Majdzadeh, R., Forouzan, AS., Pourmalek, F. and Malekafzali, H., 2009. Community-based participatory research: an approach to deal with social determinants of health. *Iranian Journal of Public Health*. **38**(1), pp. 50-53.
- Malekafzali, H., Abdollahi, Z., Mafi, A. and Naghavi M., 2009. Community-based nutritional intervention for reducing malnutrition among children under 5 years of age in the Islamic Republic of Iran. *Eastern Mediterranean Health Journal*. **6**(2-3), pp. 238-245.
- MasudiAlavi, N., Gofranipour, F., Larijani, B., Ahmadi, F., Rajab, A. and Babae, G., 2003. Exmining the impact of implementing community based care on controle of patients with Dibetes in Tehran. *Lipid and Diabetes Journal*, **3**(2), pp. 175-183 [In Persian].
- Merzel, C. and D'afflitti, J., 2003. Reconsidering community-based health promotion: promise, performance, and potential. *American journal of public health*, **93**(4), pp. 557-574.
- Minaee, M., 2009. Ministry of Health actions on poverty food poverty in disavdvantged families. Unpublished report. The office of Nutrition, Iran Ministry of Health, Tehran [In Persian].
- Moheggeg Moeen, M., 2005. National program of community based empowerment: Forth development program. Avilable from: www.moein.net [In Persian].
- Mohseni, SR., 2004. Community based security and its theoretical foundations. The journal of Pegah Houzeh. Available on <http://www.hawzah.net/Per/Magazine/PE/141/PE14101.asp> [In Persian].
- National committee of drug prevention program., 2002. Drug prevention available from [http:// www. dchq.ir/html/ index.php? module=htmlpages&func=display&pid=31](http://www.dchq.ir/html/index.php?module=htmlpages&func=display&pid=31) [In Persian].
- National committee of drug prevention program., 2008. Establishing 160 social health centers available from <http://www.dchq.ir/html/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=8777&mode=thread&order=0&thold=0>[In Persian].
- National welfare organization., 2009. Community based rehabilitation. Available from [http://www.behzisti.ir/ News/ Show. Aspx?id=535](http://www.behzisti.ir/News/Show.aspx?id=535)[In Persian]
- National welfare organization., 2009. National guideline for implementing social health centers. Available from [http:// behzisty.ir/Documents/Show.aspx?id=248](http://behzisty.ir/Documents/Show.aspx?id=248) [In Persian].
- Persian Gulf heart health research center., 1995. Community based heart health programs in Bushehr. Available from <http://www.bpums.ac.ir/pgrc/pages/home.htm>[In Persian]

- Rifkin, S.B., 2005. Community participation in Iran. An assignment report for WHO/EMRO
- Rosato, M., Laverack, G., Grabman, L.H., Tripathy, P., NairMwansambo, N., Azad, K., Bhutta Morrison, J., Rifkin Perry, H. and Costello, A., 2008. Community participation: lessons for maternal, newborn, and child health. *The Lancet*, **372** (9642), pp. 962 – 971.
- Salamati, P., Abolhassani, F., Shariati, B., Kamali, M. and Alehossein, SM., 2009. Home based training: Main strategy of community based rehabilitation, *Pak j Med Sci*, **25**(3), pp. 462-467.
- Sarrafadegan, N., Baghaei, A., Sadri, G., Kelishadi, R., Malekafzali, H., Boshtam, M., Amani, A., Rabie, K., Moatari, A. and Rezaeiashtiani, A., 2006. Isfahan healthy heart program: Isfahan healthy heart program: Evaluation of comprehensive, community-based interventions for non-communicable disease prevention. *J prevention and control*, **2**, pp. 73-84.
- State reports of antidrug program., 2008. Iran Pak Magazine. pp. 1-20 [In Persian].
- Tavassoli, M., 2008. Iranian health houses open the door to primary care. An interview with DrPilehroudi. *Bulletin of World Health Organisaion*, **86**(8).
- UNICEF., 1998. Health Volunteers in Iran. Tehran [In Persian].
- WHO/EMRO., 2008. Community based initiative in Iran available from http://www.whoiran.org/CBI_activities_Farsi.htm.
- WHO/EMRO., 2006. Training manual for Community-based Initiatives. Available from: www.emro.who.int/dsaf/dsa736.pdf

Community-based health promotion programs over the last 30 years in Iran: typology of interventions

Keshavarz Mohammadi, N., Ph.D. Assistant professor, School of public health, Sahaid Beheshti University of Medical sciences, Tehran, Iran- Corresponding author: n_keshavars@yahoo.com

Bahreini, F., BSc. Research officer, Deputy of research, Iran Ministry of health, Tehran, Iran

Degpasand, S., MSc. Master of health Education, Retired officer, Iran Ministry of health, Tehran, Iran

Received: Feb 23, 2013

Accepted: Nov 2, 2015

ABSTRACT

Background and Aim: Community-based health promotion program encompasses actions aiming at enabling individuals, organizations and communities for enhancing behaviors and creating a healthier environment. Considerable experiences regarding community health promotion and community-based health promotion exists in Iran, but they have not been documented adequately.

Materials and Methods: This paper reports some of the findings of a situation assessment project of community-based health promotion programs in Iran, including typology of community-based health promotion programs and critical analysis of challenges and threats, discussing potential opportunities to improve community-based health interventions. All the available reports, official documents, information and published papers related to community-based health promotion programs implemented in Iran were examined.

Results: The majority of health-related interventions excluding three national programs, namely, the volunteers, community health workers (Behvarzes) and polio eradication programs, were categorized in three large groups — community-based initiatives, community-based participatory research, and community-based addiction prevention. Many of these programs were not community-based in the true sense of the word.

Conclusion: The findings indicate that in Iran, unlike many other countries, the majority of the interventions are initiated and implemented at the national level with good organizational support. Although implementation of such programs is generally considered feasible in Iran, it seems that the available opportunities have not been adequately exploited for their implementation.

Key words: Health Promotion, Community-based, Community health promotion