

بررسی نقاط ضعف و چالش‌های برنامه‌های ارتقای سلامت اجتماع محور در سه دهه‌ی اخیر: راهکارهایی برای آینده

دکتر نسترن کشاورز محمدی^۱، فرح‌السادات بحرینی^۲، صفورا دژپسند^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: ابتکارات اجتماع محور شامل مداخلات ارتقای سلامت اجتماع محور، در ایران بیش از سه دهه سابقه دارند. هر چند به دلیل انتشار ناکافی گزارش‌ها، اطلاعات محدودی از تجزیه و تحلیل این مداخلات در دسترس محققین و تصمیم‌گیران در سطح ملی و بین‌المللی قرار دارد. این مقاله به گزارش بخشی از یافته‌های یک مطالعه وضعیت‌سنجی بر روی مداخلات ارتقای سلامت اجتماع محور در ایران می‌پردازد که به سفارش دفتر سازمان جهانی بهداشت در ایران انجام گردید.

روش‌ها: روش‌های متفاوتی برای جمع‌آوری داده‌ها مانند استفاده از گزارش‌ها، کتب، منابع الکترونیک و تارنمای رسمی سازمان‌ها به کار گرفته شد. داده‌ها با روش‌های کیفی، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت تا نقاط ضعف، قوت، تهدیدها و فرصت‌های موجود شناسایی شود.

یافته‌ها: صدها نوع برنامه‌ی ارتقای سلامت اجتماع محور شناسایی شد که در ۱۰ طبقه‌ی بزرگ گروه‌بندی گردیدند. انتشار ناچیز اطلاعات مرتبط با تجارب این مداخلات، ارتباط ضعیف بین دانشگاه و سازمان‌های مجری این برنامه‌ها، فقدان ارزشیابی کافی این مداخلات، ایجاد توقعات غیر واقعی در اجتماع و محدودیت منابع، از جمله ضعف‌ها و تهدیدهای شناسایی شده بودند. حمایت سازمانی و سیاسی قوی و ایجاد ساختارهای فیزیکی، از جمله نقاط قوت و فرصت‌های این برنامه‌ها بودند.

نتیجه‌گیری: مداخلات ارتقای سلامت اجتماع محور در آینده باید مبنای علمی قوی‌تری داشته باشد و از مشارکت مؤثرتر اعضای اجتماع سود ببرند. همچنین باید به اشتراک گذاشتن تجارب موجود مورد توجه جدی قرار گیرد.

واژگان کلیدی: ارتقای سلامت، اجتماع محور، مداخلات

ارجاع: کشاورز محمدی نسترن، بحرینی فرح‌السادات، دژپسند صفورا. بررسی نقاط ضعف و چالش‌های برنامه‌های ارتقای سلامت اجتماع

محور در سه دهه‌ی اخیر: راهکارهایی برای آینده. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۳۹۲؛ ۳۱ (۲۶۱): ۱۸۵۵-۱۸۶۴

مقدمه

جدید بودن این رویکرد به سلامت، که به نوعی یک تخصص جدید در علوم بهداشتی است، کمتر معنای علمی واژه مد نظر بوده است. بسیاری از افراد، واژه‌ی ارتقای سلامت را به معنای سنتی «بهبود سلامت» در نظر گرفته‌اند. به طور مشابهی مشاهده می‌شود که

در سال‌های اخیر، شاهد استفاده‌ی روزافزون از واژه‌ی «ارتقای سلامت» به تنهایی یا به صورت ترکیبی مثل ارتقای سلامت اجتماع در ایران هستیم؛ اما با توجه به جدید بودن این مفهوم، به عبارت بهتر

۱- استادیار، گروه بهداشت عمومی، دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۲- کارشناس ارشد، مرکز توسعه، هماهنگی و ارزیابی تحقیقات، معاونت تحقیقات و فناوری، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران

۳- کارشناس ارشد، بازنشته وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران

نویسنده‌ی مسؤؤل: دکتر نسترن کشاورز محمدی

اجتماع محور ارتقای سلامت، در سال ۱۳۸۸ دفتر سازمان جهانی بهداشت در ایران با همکاری دفتر آموزش بهداشت و ارتقای سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، انجام طرح تحقیقاتی «وضعیت‌سنجی مداخلات ارتقای سلامت اجتماع محور در ایران» را به نویسنده‌ی اول این مقاله سفارش داد (۲).

آن چه در این مقاله مطرح می‌شود، بخشی از نتایج این مطالعه‌ی کشوری است که به بررسی نقاط ضعف، تهدیدها و چالش‌های این مداخلات در سه دهه‌ی گذشته می‌پردازد و در نهایت، راهکارهایی برای ارتقای کیفیت این مداخلات ارائه می‌نماید. در مقاله‌ی دیگری به توصیف این مطالعات، نوع‌شناسی آن‌ها، تحلیل ذینفعان، نقاط قوت و تجارب آموخته شده، فرصت‌ها و منابعی که انجام این برنامه‌ها برای مداخلات ارتقای سلامت اجتماع محور در آینده فراهم نموده است، اشاره خواهد شد.

روش‌ها

مطالعه‌ای که در این جا گزارش می‌شود، یک وضعیت‌سنجی به روش کیفی بود. اهداف مطالعه شامل توصیف کمی، کیفی و نوع‌شناسی مداخلات جامعه محور ارتقای سلامت در ایران، تحلیل ذینفعان، تحلیل نقاط ضعف و قوت مداخلات جامعه محور ارتقای سلامت در ایران، تحلیل چالش‌ها، تهدیدها و فرصت‌های مداخلات اجتماع محور ارتقای سلامت در ایران و در نهایت ارائه‌ی راهکارهای کاربردی برای بهبود وضعیت مداخلات اجتماع محور ارتقای سلامت در ایران بود.

جامعه‌ی مورد مطالعه شامل کلیه‌ی گزارش‌ها،

برنامه‌ها و مداخلاتی با عناوین «اجتماع محور» و یا «جامعه محور» مطرح و اجرا می‌شود، بدون آن که معنای واقعی این مفاهیم مورد نظر درک شده باشد.

ارتقای سلامت اجتماع به معنای انجام اقداماتی است که هدفش توانمندسازی افراد، سازمان‌ها و جوامع برای ارتقای رفتارها و ایجاد محیط سالم‌تر می‌باشد (۱). ارتقای سلامت اجتماع رویکرد جامع، سیستمیک و هماهنگ با تأثیرگذاری طولانی مدت بر سطح سلامت است که هدفش اثر گذاشتن بر هنجارهای اجتماع از طریق آموزش و سازمان‌دهی جامعه است (۱)، کل جامعه را مورد هدف قرار می‌دهد، مستلزم اقدام در بسیاری از سطوح است و هدف آن، مشارکت عمومی مؤثر است. فراوان دیده می‌شود که واژه‌ی ارتقای سلامت اجتماع مترادف ارتقای سلامت اجتماعی و یا ارتقای سلامت اجتماع محور به کار می‌رود با این که معانی متفاوتی دارند. توصیف تفاوت‌های این واژه‌ها خارج از هدف این مقاله می‌باشد. در این مقاله تمرکز بر برنامه‌های ارتقای سلامت اجتماع محور (جامعه محور) است که با مشارکت اعضای یک اجتماع صورت گرفته است.

در ایران، تجارب بسیاری در مورد ارتقای سلامت اجتماع محور در سه دهه اخیر وجود دارد. با وجود انجام مطالعات متعدد در این خصوص، 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 بسیار سخت و گاه غیر ممکن است. از این رو برای پر کردن این خلأ اطلاعاتی و با توجه به سیاست سازمان جهانی بهداشت و نیز وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مبنی بر توسعه‌ی رویکردهای

محور، اجتماع محور، محله محور و ارتقای سلامت استفاده گردید. اطلاعات جمع‌آوری شده در راستای اهداف اختصاصی مطالعه، توسط محقق مورد تجزیه و تحلیل کیفی قرار گرفت.

یافته‌ها

سختی دسترسی به اطلاعات و تجارب کسب شده‌ی داخلی

مرور مختصر بر مهم‌ترین و وسیع‌ترین مداخلات ارتقای سلامت اجتماعی در ایران نشان می‌دهد که دانش تجربی ارزشمندی در کشور در طی چند دهه‌ی اخیر در مورد روش‌های جلب مشارکت مردمی و توانمندسازی آنان اندوخته شده است؛ اما متأسفانه فرایند مستندسازی و اشتراک تجارب بسیار ضعیف بوده است.

یکی از مشکلات مهم در دسترسی و استفاده از تجارب موجود، سختی دسترسی به اطلاعات دقیق، مشروح و مستند در مورد مداخلات ارتقای سلامت اجتماع محور در ایران بود. تعدد و تنوع مداخلات و نیز سازمان‌های مجری یا تأمین‌کننده‌ی اعتبار این برنامه‌ها و فقدان آرشیو یا بانک اطلاعاتی در مورد این مداخلات، دسترسی به اطلاعات و تجارب این برنامه‌ها را با مشکلات بیشتر و وقت‌گیرتری توأم می‌نماید. متأسفانه در بسیاری از موارد، گزارش‌ها و اطلاعات هر چند محدود موجود در بخش‌های مرتبط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و یا سایر سازمان‌های مجری در نزد کارشناسان مربوط نگهداری می‌شدند. از این رو تنها در صورت ملاقات حضوری و گاهی وجود برخی شرایط انگیزشی امکان دسترسی محقق به اطلاعات فراهم می‌شد.

اسناد و اطلاعات و مقالات قابل دسترسی مربوط به مداخلات ارتقای سلامت اجتماع محور در ایران بود. اگر چه بسیاری از مداخلاتی که مستقیم و یا غیر مستقیم باعث ارتقای سلامت جامعه می‌شوند، شناسایی شدند؛ اما با توجه به هدف مطالعه، بیشتر بر مداخلاتی که به طور مستقیم با هدف ارتقای سلامت جامعه طراحی و اجرا شده بودند، تمرکز گردید.

در ابتدا، تیم جمع‌آوری اطلاعات متشکل از اعضای از معاونت بهداشتی و نیز معاونت تحقیقات و فن‌آوری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تشکیل شد و اهداف پروژه، استراتژی‌ها و زمان پروژه و انتظارات متقابل، مورد بحث، اصلاح و موافقت قرار گرفت. سپس روش‌های مختلف زیر جهت جمع‌آوری اطلاعات مورد استفاده قرار گرفت:

- مراجعه به سازمان‌های مرتبط و پرسش از کارشناسان مرتبط در واحدهای مختلف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

- جستجوی وب سایت سازمان‌های مرتبط
- جستجوی سایت سازمان‌های بین‌المللی از قبیل یونیسف، سازمان جهانی بهداشت و دیگر سازمان‌های اقماری سازمان ملل در ایران

- مصاحبه با مطلعین کلیدی
- جستجو در مجلات و بانک‌های اطلاعاتی داخلی

- جستجو در بانک‌های اطلاعاتی انگلیسی زبان از قبیل Pubmed

- بررسی کتب خلاصه‌ی مقالات کنفرانس‌ها
- استفاده از موتورهای جستجو مانند گوگل، اسکولار گوگل.

در مراحل جستجو از کلید واژه‌هایی چون جامعه

اطلاع‌رسانی این طرح، ارتباط چندانی با وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و حتی دفتر ابتکارات اجتماع محور این وزارت ندارد. احتمال می‌رود این سازمان‌ها نیز اطلاع چندانی در مورد سایر مداخلات ارتقای سلامت انجام شده توسط بخش بهداشت (حتی در منطقه‌ی جغرافیایی خود) ندارند.

از طرف دیگر، برخی فعالیت‌ها که حتی روی یک موضوع مشترک کار می‌کنند، به صورت مستقل و یا موازی انجام می‌شود. برای مثال در زمینه‌ی اعتیاد پایگاه‌های سلامت اجتماعی، مراکز تحقیقات جمعیت و نیز برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد محله محور و اجتماع با کمترین ارتباط دو جانبه و حتی گاهی در یک محله فعالیت می‌نمایند. همچنین به ندرت این مداخلات به استثنای تحقیقات مشارکتی پایگاه‌های تحقیقات جمعیت (۱۱)، با ارتباط با دانشگاه‌ها صورت گرفته بود. همچنین به نظر می‌رسد ارتباط علمی محکمی بین محققین دانشگاه با جامعه و سایر سازمان‌های مجری مداخلات ارتقای سلامت اجتماع محور وجود ندارد.

گاهی این ارتباط در سطح مدیریت اتفاق می‌افتد، اما در عمل امکان استفاده از تخصص‌های افراد دانش‌آموخته کمتر دیده می‌شود. ضمن این که محققین رشته‌های مختلف نیز ارتباط مناسبی جهت همکاری مشترک در طرح‌های اجتماع محور ندارند. این ارتباطات ضعیف بین بخشی، باعث دوباره کاری و نیز رقابت در درخواست مشارکت جامعه از سوی سازمان‌های مختلف در طرح‌های متفاوت در مدت زمان کوتاه شده است که می‌تواند اثرات منفی در آن اجتماع ایجاد نماید.

چارچوب ضعیف مفهومی و علمی مداخلات

بررسی اطلاعات بسیار محدودی که در مورد فرایند

در موارد محدودی مثل طرح‌های پیشگیری از اعتیاد، اطلاعات به صورت الکترونیکی در وب سایت سازمان‌های مربوط قابل دسترسی بود. در بسیاری از موارد، گزارش جامع کشوری و یا استانی موجود نبود و یا در صورت وجود، اطلاعاتی از آن‌ها در اختیار نبود، برای مثال از ۷۰ طرح تحقیقاتی پایگاه‌های تحقیقات جمعیت، فقط گزارش نه چندان کامل ۴۰ طرح در اختیار معاونت پژوهشی وزارت خانه بود. همچنین از بسیاری از طرح‌های CBI (Community based initiative) حتی در دبیرخانه‌ی این برنامه در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، گزارشی موجود نبود. حتی در مورد طرح‌های تحقیقاتی نیز دسترسی به گزارش کامل بسیار مشکل بود؛ در حالی که تعداد مقالات چاپ شده از صدها مداخله‌ی اجتماع محور در ایران بسیار محدود بود. چاپ تعداد مقالات بسیار محدود از طرح‌های تحقیقاتی متأسفانه باعث شده است که یافته‌های بسیاری از این طرح‌ها به سختی قابل شناسایی و یا دسترسی باشند.

ارتباطات بین بخشی ضعیف

مطالعه پیش‌گفته، موفق به شناسایی صدها مداخله‌ی ارتقای سلامت در ایران شد که در سه دهه‌ی گذشته به خصوص در ده سال اخیر در ایران انجام شده بودند (۲۸-۲). بسیاری از مداخلات ارتقای سلامت در سازمان‌های خارج از بخش سلامت انجام شده بود که همیشه توأم با همکاری مؤثر و یا اطلاع بخش بهداشت نبوده است. به عنوان مثال، در بیش از ۱۹ استان طرح پیشگیری از اعتیاد اجتماع محور انجام می‌شود که سازمان بهزیستی و اداره‌ی مبارزه با مواد مخدر مجریان آن هستند (۱۴-۱۲) و سیستم

جهانی بهداشت بوده است که اغلب با آموزش‌های موردی به مجریان کشوری همراه بوده است و این آموزش‌ها همیشه به درستی یا کفایت به سایرین منتقل نشده است. در نتیجه‌ی این ضعف علمی، تولید مقاله و نیز تحقیقات بعدی نیز با ضعف همراه بوده است. البته باید اذعان نمود که توانمندی علمی موجود در زمینه‌ی ارتقای سلامت در ایران محدود اما رو به افزایش است. بنابراین شاید بتوان گفت که یک علت مهم دیگر، ضعف علمی موجود در مورد ارتقای سلامت در ایران است.

ارزشیابی مداخلات

از نقاط ضعف دیگر مشاهده شده در بسیاری از مداخلات مورد مطالعه، وجود ابهام در نحوه‌ی ارزشیابی، در دسترس نبودن نتایج ارزشیابی و یا عدم ارزشیابی مداخلات انجام شده بود. از این رو، نقد جامع آن‌ها ممکن نبود. در برخی موارد مانند CBI، ارزشیابی کشوری به روش علمی انجام شده و نتایج آن هر چند غیر جامع اما قابل دسترسی آسان بود. طرح قلب سالم اصفهان از جمله برنامه‌های معدود ارزشیابی شده بود. البته لازم به ذکر است که ارزشیابی مداخلات سلامت اجتماع محور، امری سخت و زمان‌بر می‌باشد و شاخص‌های محدودی جهت مقایسه و ارزشیابی مداخلات ارتقای سلامت اجتماع محور وجود دارد؛ اما ویژگی‌هایی چون میزان مالکیت و مشارکت جامعه، توجه به نیاز جامعه و موفقیت در رفع آن‌ها و توانمندسازی جامعه از ملاک‌های بسیار مهم محسوب می‌شود.

همچنین گاهی ارزشیابی انجام شده بود؛ اما شواهد چندانی که نشان دهد نتایج این ارزشیابی در اصلاح برنامه یا روش کار به کار رفته و باعث ایجاد

طراحی و اجرای مداخلات قابل دسترسی است، نشان می‌دهد که اساس علمی و نظری بیشتر این مداخلات، به نسبت ضعیف و یا حداقل مبهم است. با وجود تأکید روزافزون به اهمیت کاربرد شواهد علمی در طراحی، اجرا و ارزشیابی مداخلات ارتقای سلامت و امکان دسترسی آسان به منابع علمی، به نظر می‌رسد که از این دیدگاه، بسیاری از مطالعات دارای ضعف هستند. حتی در بسیاری از موارد، شواهدی مبنی بر این که قبل از طراحی برنامه، مروری بر متون علمی مرتبط و تجارب موجود انجام شده است، دیده نمی‌شود. این ضعف‌ها به طور حتم بر کمیت و کیفیت مداخلات، تأثیر و پایداری آن‌ها، اثرات منفی خواهد گذاشت. برای مثال در مداخلاتی که ارتقای سلامت اجتماعی به عنوان هدف صریح مطالعه ذکر شده بود، شواهد ناچیزی از اطلاع و اشراف طراحان مداخله از مفاهیم، الگوها و تئوری‌های ارتقای سلامت اجتماعی قابل مشاهده بود. همچنین در سایر مداخلات اجتماع محور در زمینه‌ی اعتیاد، شواهدی حاکی از استفاده‌ی بهینه از دانش و تجارب موجود در تغییر رفتار فردی و جمعی در زمینه‌ی اعتیاد مشاهده نشد.

به نظر می‌رسد از علل مهم ضعف علمی طراحی و اجرای این برنامه‌ها، عدم به کارگیری کافی و یا مؤثر متخصصین دانشگاهی به خصوص در زمینه‌ی ارتقای سلامت یا عدم تمایل متخصصین به همکاری در بسیاری از این طرح‌ها است. ارتباط ضعیف مراکز علمی با مراکز اجرایی این طرح‌ها، یک ضعف مهم در ایران می‌باشد. بسیاری از طرح‌های ارتقای سلامت که در ایران پیاده شده است، بر اساس برنامه‌های طراحی شده و یا خواسته شده از سوی سازمان

و نیز قوت و ضعف وضعیت موجود گردید؛ اما 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، از محدودیت‌های تحمیل شده بر این مطالعه محسوب می‌شود. بنابراین نتایج را باید در سایه‌ی این محدودیت تعمیم داد.

نامناسب بودن سیستم گزارش‌دهی و گزارش‌گیری و انتشار نتایج باعث می‌شود که با وجود صرف هزینه، وقت و نیروی انسانی متخصص و تعداد کثیری از مردم در مداخلات اجتماع محور، اطلاعات بسیار کم و حتی مبهمی از این تجارب ارزشمند قابل دسترسی برای محققین باشد. این امر، نه تنها باعث به هدر رفتن منابع ملی و نیز از دست رفتن فرصت‌های بسیار ارزشمند اطلاع‌رسانی و به اشتراک گذاشتن نتایج و درس‌های آموخته شده در سطح محلی، ملی و بین‌المللی و نیز امکان ارزشیابی دقیق می‌شود، بلکه در سطح محلی و ملی باعث دوباره کاری و تکرار احتمالی اشتباهات تجربه شده می‌گردد.

وجود فضای مناسب اجتماعی برای مداخلات اجتماع محور، باعث افزایش روزافزون کمی مداخلات مشابه و جدید در بسیاری از شهرها و محلات ایران توسط سازمان‌های مختلف و نیز شتاب‌زدگی در طراحی و اجرای مداخلات شده است. این امر، می‌تواند باعث سطحی‌نگری در تعیین مشکل و شناخت جامعه‌ی مورد مداخله گردد. اما اگر این تجارب در دراز مدت نتوانند موفقیت و تأثیرات پایدار خود را نشان دهند، نه تنها منابع مالی عظیمی به هدر می‌رود، بلکه فرصت‌ها و امیدهای آینده نیز از دست می‌رود. از همه مهم‌تر، سرخوردگی و دلسردی

تغییر شده است، دیده نمی‌شود. فقدان ارزشیابی، نقد برنامه و نتیجه‌گیری و استخراج درس‌های آموخته شده و نیز بررسی دلایل شکست و یا موفقیت را محدود می‌کند. این دو نقیصه، کاربرد صحیح تجارب کسب شده در برنامه‌های آینده‌ی همان سازمان یا تحقیقات سایر محققین را بسیار محدود می‌کند و باعث اتلاف سرمایه‌ی انسانی و غیر انسانی در کشور می‌شود.

توقعات تأمین نشده‌ی اجتماع از مشارکت اجتماعی

تجارب داخلی و نیز خارجی نشان می‌دهد که میزان مشارکت اجتماعی در برنامه‌های ارتقای سلامت اجتماعی، تحت تأثیر عواملی که پیش از این به برخی از آن‌ها اشاره شد، متفاوت و نیز در طی زمان متغیر است. یکی از چالش‌های مهمی که در گزارش‌ها و ارزشیابی برخی مداخلات ارتقای سلامت اجتماعی در ایران از جمله رابطین اشاره شده است، مسأله‌ی توقعات ایجاد شده در مشارکت کنندگان است. به طور طبیعی، افراد منفعی یا انتظاراتی (درست یا غلط) از شرکت داوطلبانه در برنامه‌های اجتماع محور دارند که عدم برآورده شدن آن‌ها، می‌تواند تأثیر منفی در ادامه‌ی همکاری آن‌ها داشته باشد. البته گاهی این انتظارات می‌تواند غیر منطقی باشد. به نظر می‌رسد مدیریت این انتظارات، چالش مهمی در برنامه‌های ارتقای سلامت اجتماعی در ایران است. شفاف بودن منافع مشارکت، صداقت و بیان انتظارات در مراحل اولیه‌ی برنامه از اقدامات مهمی است که می‌تواند از ایجاد مشکلات و چالش‌های بعدی پیشگیری کند.

بحث

اگر چه انجام این بررسی منجر به ترسیم و توصیف هم‌ترین مداخلات اجتماعی ارتقای سلامت در ایران

مردم از همکاری و مشارکت در این مداخلات، تأثیرات مخرب جبران ناپذیری را بر جای می‌گذارد. این امر، نشان می‌دهد که توجه بسیار به عوامل مؤثر در شکست و موفقیت این مداخلات، امری ضروری است. از طرف دیگر، برخی فعالیت‌ها به صورت مستقل و موازی انجام می‌شود که با تلفیق آن‌ها می‌توان به صرفه‌جویی اقتصادی و افزایش کارایی مداخلات کمک نمود. به عنوان مثال، پایگاه‌های سلامت اجتماعی هم‌پوشانی زیادی با پایگاه‌های تحقیقات جمعیت دارند که شاید ادغام و یا هماهنگی بیشتر این دو ساختار، باید مورد توجه جدی قرار گیرد.

بررسی مداخلات اجتماع محور در ایران نشان می‌دهد که به ندرت مداخلات اجتماع محوری دیده می‌شوند که محققین دانشگاه آن‌ها را طراحی و اجرا کرده باشند و یا با آن‌ها مشورت شده باشد. این امر، می‌تواند نشان دهنده‌ی اطلاع و مهارت محدود افراد دانش‌آموخته در مورد مداخلات ارتقای سلامت اجتماع محور باشد. از خلأهای دیگر، می‌توان به نبود منابع آموزشی معتبر، قابل درک و قابل دسترس در زمینه‌ی مداخلات اجتماع محور برای مدیران و محققین مانند کتب و راهنماهای فارسی و یا منابع الکترونیک سهل‌الوصول اشاره نمود. جالب است که بررسی منابع و گزارش‌های موجود نشان داد که به ندرت، نبود دانش تخصصی در مورد ارتقای سلامت فرد و جامعه، نبود مهارت‌های ایجاد تغییر رفتار یا تغییر در جامعه و عدم اشراف یا دسترسی به روش‌های جلب مشارکت مردمی به عنوان چالش ذکر شده است. این مسأله نشان از عدم اطلاع و یا اعتقاد مجریان نسبت به لزوم کسب دانش مربوط می‌باشد و

پیرو آن، از جستجوی روش‌ها و منابع لازم برای کسب این مهارت‌ها ممانعت می‌گردد. خوشبختانه با شروع تربیت دانشجویان در رشته‌ی ارتقای سلامت در مقطع دکتری از سال ۱۳۸۹ (۲۹) گام ارزشمندی در زمینه‌ی پر کردن خلأ علمی در زمینه‌ی مفاهیم و استراتژی‌های ارتقای سلامت کمبود نیروی انسانی متخصص ارتقای سلامت برداشته شده است. در این مقطع برای اولین بار در ایران، درس ارتقای سلامت اجتماع محور به عنوان یکی از دروس تخصصی تدریس می‌شود که امید است به ارتقای کیفیت مداخلات ارتقای سلامت آینده در ایران کمک کند.

مداخلات اجتماع محور آینده، باید بتوانند از تجارب و ساختارها و منابع ایجاد شده در داخل و نیز علم و تجارب موجود جهانی بیشترین استفاده را بنمایند. تجارب جهانی نشان می‌دهد که در مداخلات ارتقای سلامت اجتماعی محور در آینده، باید به چگونگی مشارکت دادن مؤثرتر اعضای اجتماع از اولین مراحل تعریف مشکل و اولویت، ایجاد بسترها و ظرفیت‌های اجتماعی، تأمین منابع پایدار و شفاف و ایجاد یا تکرار تجارب موفق محلی توجه نمود (۳۰).

پیشنهادها

با توجه به یافته‌های این مطالعه، راهکارهایی جهت ارتقای کیفیت مداخلات ارتقای سلامت اجتماع محور در ایران به شرح زیر ارائه می‌شود. این پیشنهادها می‌توانند موضوع مطالعه‌ی دانشجویان و محققین و یا محور اقدامات سازمان‌های درگیر در ارتقای سلامت اجتماعی باشند:

۱- طراحی مکانیسم‌هایی الزام‌آور و حمایتی برای ثبت و مستندسازی مناسب از فرایند، نتایج کوتاه مدت

۴- برقراری ارتباطات مؤثرتر بین بدنه‌ی علمی و اجرایی کشور در زمینه‌ی مداخلات ارتقای سلامت اجتماع محور

۵- آموزش مجریان و محققین در مورد دانش، تئوری‌ها و مدل‌های ارتقای سلامت اجتماع محور (تدوین منابع، برگزاری دوره‌های آموزشی)

و بلند مدت مداخلات اجتماع محور ارتقای سلامت

۲- طراحی مکانیسم‌های قانونی و حمایتی برای انجام ارزشیابی از مداخلات ارتقای سلامت اجتماع محور

۳- طراحی روش‌هایی برای تسهیل، تشویق و تسریع به اشتراک گذاشتن بهتر تجارب کسب شده از مداخلات ارتقای سلامت اجتماع محور شامل موفقیت‌ها و شکست‌ها (شامل انتشار مقاله و گزارش، وب سایت‌های سازمان‌ها، بانک اطلاعات، شبکه‌های مجازی، همایش‌های تخصصی)

تشکر و قدردانی

این مطالعه با بودجه‌ی دفتر سازمان جهانی بهداشت در ایران انجام شده است.

References

- Laverack G. Health Promotion Practice: Building Empowered Communities: Building Empowered Communities. New York, NY: McGraw-Hill International; 2007.
- Keshavarz Mohammadi N, Bahraini F, Degpasand S. Situation assessment of community based health promotion programs in Iran. Tehran, Iran: WHO/EMRO; 2009.
- Iranian health houses open the door to primary care. Bull World Health Organ 2008; 86(8): 585-6.
- Ansarifar M. Several years report of qualified volunteers. Shiraz, Iran: Arista Publishing Co; 2009.
- Asaei E. Iran's excellent primary health care in Iran [Online]. [cited 2009]; Available from: http://www.unicef.org/iran/media_4427.html/ [In Persian].
- Hoodfar H (1998). Volunteer health workers in Iran as social activists: Can "governmental non-governmental organizations be agents of democratisation? [Online]. [cited 1998]; Available from: URL: http://www.worldvolunteerweb.org/fileadmin/docdb/pdf/2006/1998_wluml.pdf/
- Ghaffari M, Sholayeh B, Salimi Z. Programs and achievements of community based initiatives in Iran. Tehran, Iran: Nour Danesh Publication; 2009.
- WHO. Community Based Initiatives & Health for Sustainable Development [Online]. [cited 2008]; Available from: URL: http://whoiran.com/CBI_activities_Farsi.htm/
- Asadi-Lari M, Farshad AA, Assaei SE, Vaez Mahdavi MR, Akbari ME, Ameri A, et al. Applying a basic development needs approach for sustainable and integrated community development in less-developed areas: report of ongoing Iranian experience. Public Health 2005; 119(6): 474-82.
- Majdzadeh R, Setareh Forouzan A, Pourmalek F, Malekafzal H. Community-Based Participatory Research; an approach to Deal with Social Determinants of Health. Iranian J Publ Health 2009; 38(1): 50-3.
- Bahreini F, Jamshidi E, Shahandeh K. Participatory community based research: the review of an experience in Iran. Tehran, Iran: Ministry of Health and Medical Education, Deputy of Research Publications; 2008. [In Persian].
- United Nations Information Centre. Establishment of Drug abuse prevention NGOs [Online]. [cited 2010 Jan 12]; Available from: URL: <http://www.unicef.org/pr/farsi/142011.html/>.
- Congress 60. A Revolution in drug treatment and recovery [Online]. [cited 2003]; Available from: <http://www.congress60.org/EnUS/>
- Drug Prevention Committee. Drug abuse prevention [Online]. [cited 2002]; Available from: URL: <http://www.dchq.ir/>
- The General Bureau Welfare of Iran. Guidelines for establishment of social health centers [Online]. [cited 2008]; Available from: URL: <http://www.behzisti-fars.ir/portal/show.aspx?page=17449/>
- Drug Prevention Committee. Establishment of

- 160 social health centers [Online]. [cited 2009]; Available from: URL:
<http://www.dchq.ir/html/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=8777&mode=thread&order=0&thold=0/>
17. Amiri M, Emami S, Nabipour I, Nosraty A, Iranpour D, Soltanian A, et al. Risk factors of cardiovascular diseases in Bushehr Port on the basis of The WHO MONICA Project The Persian Gulf Healthy Heart Project. *Iran South Med J* 2004; 6(2): 151-61. [In Persian].
 18. Abadipour F, Abadipour M, Abadi H, Ayatinejad Kh, Ehteshmi F, Isfahani Sh, et al. Effects of a community-based healthy heart program on increasing healthy women's physical activity: a randomized controlled trial guided by Community-based Participatory Research (CBPR). *Iran South Med J* 2006; 9(2): 190-9. [In Persian].
 19. Isfahan Heart Research Center. Isfahan healthy heart program [Online]. [cited 1999]; Available from: URL:
<http://ihhp.mui.ac.ir/ihhp/display.aspx?id=1573&language=Farsi/> [In Persian].
 20. Sarraf-Zadegan N, Sadri G, Malek AH, Baghaei M, Mohammadi FN, Shahrokhi S, et al. Isfahan Healthy Heart Programme: a comprehensive integrated community-based programme for cardiovascular disease prevention and control. Design, methods and initial experience. *Acta Cardiol* 2003; 58(4): 309-20.
 21. Sarrafzadegan N, Baghaei A, Sadri G, Kelishadi R, Malekafzali H, Boshtam M, et al. Isfahan healthy heart program: Evaluation of comprehensive, community-based interventions for non-communicable disease prevention. *Prevention and Control* 2006; 2(2): 73-84.
 22. Salamati P, Abolhassani F, Shariati B, Kamali M, Alehossein SM. Home based training: main strategy of community based rehabilitation in Iran. *Pak J Med Sci* 2009; 25(3): 462-7.
 23. Masoudi Alavi N, Ghofranipour F, Larijani B, Ahmadi F, Rajab A, Babaei Gh. Evaluation of effectiveness of community based interventions on controlling diabetes mellitus in Tehran, 2003. *Iran J Diabetes Lipid Disord* 2004; 3(2): 185-93. [In Persian].
 24. Norouzi K, Abedi HA, Maddah Sadat SB, Mohammadi E, Babae Gh. Development of a Community-based Care System Model for Senior Citizens in Tehran. *Internet Journal of Advanced Nursing Practice* 2006; 8(1): 2.
 25. Minaee M. Measures of Ministry of Health for reduction of nutritional poverty in disadvantaged families [Report]. Tehran, Iran: Department of Health Office of Community Nutrition, Ministry of Health and Medical Education; 2009.
 26. Malekafzali H, Abdollahi Z, Mafi A, Naghavi M. Community-based nutritional intervention for reducing malnutrition among children under 5 years of age in the Islamic Republic of Iran. *East Mediterr Health J* 2000; 6(2-3): 238-45.
 27. National Welfare Organization. Community based rehabilitation [Online]. [cited 2009]; Available from: URL:
<http://blog.behzistitehran.org.ir/>
 28. Mohaggeg Moeen MH. Community based empowerment [Online]. [cited 2005]; Available from: URL:
<http://www.moein.net/viewblog.asp?bid=174>
 29. Vice Chancellor for Education. Curriculum for PhD degree of Health education and promotion [Online]. [cited 2010]; Available from: URL:
<http://education-old.tums.ac.ir/content/?contentID=131/> [In Persian].
 30. Laverack G, Keshavarz MN. What remains for the future: strengthening community actions to become an integral part of health promotion practice. *Health Promot Int* 2011; 26(Suppl 2): ii258-ii262.

Exploring Challenges and Weaknesses of Community-Based Health Promotion Programs in Past Three Decades in Iran: The Way Forward

Nastaran Keshavarz-Mohammadi PhD¹, Farah-Sadat Bahraini MSc²,
Safoora Degpasand MSc³

Original Article

Abstract

Background: Community-based initiatives including community-based health promotion (CBHP) programs have more than three decades of history in Iran. However, due to inadequate dissemination of the reports of such interventions, there is limited information or analysis of them accessible easily for health researchers and decision-makers at national or international level. This study, partially reported here, aimed to perform a situation analysis of community-based health promotion programs and interventions in Iran commissioned by WHO office in Tehran.

Methods: Different data collection strategies were utilized to collect the relevant published and unpublished data such as the reports, papers, books and also electronic data available on the website of the funding organizations. Data were analyzed using qualitative analysis techniques such as thematic analysis to provide answer for research questions. A SWOT (strengths, weaknesses, opportunities, and threats) analysis conducted to identify the overall situation of community-based health promotion programs in Iran.

Findings: There were hundreds of different types of community-based health promotion programs in different communities across the country which the researcher categorized them in 10 major groups. Little dissemination of the information regarding the process and the outcome of the programs, weak link between academia and the programs, and the lack of adequate evaluation of the majority of the programs, and also limited resources and creation of unrealistic expectation of country participants were among the identified weaknesses and threats of community-based health promotion programs in Iran; while the strong organizational and political supports and developed structures due to these programs were identified to be among strengths and opportunities.

Conclusion: Future community-based health promotion programs in Iran should benefit from a stronger scientific base and more effective participation of community members. Sharing the existing experiences should be paid attention.

Keywords: Community-based, Health promotion, Interventions

Citation: Keshavarz-Mohammadi N, Bahraini FS, Degpasand S. **Exploring Challenges and Weaknesses of Community-Based Health Promotion Programs in Past Three Decades in Iran: The Way Forward.** J Isfahan Med Sch 2014; 31(261): 1855-64

1- Assistant Professor, Department of Public Health, School of Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2- Center of Research Development, Coordination and Evaluation, Office of Undersecretary for Research and Technology, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran
3- Retired, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran
Corresponding Author: Nastaran Keshavarz-Mohammadi PhD, Email: n_keshavars@yahoo.com