

مزدک؛ ابتکار اجتماع محور تکامل همه جانبه دوران کودکی در ایران

حسین ملک افضلی اردکانی^۱، پیام روشنفکر^۲، لیلا محمدی نیا^{۳،۴}

^۱ استاد، گروه آمار حیاتی و اپیدمیولوژی، رئیس مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، واحد علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

^۲ دانشجوی دکتری پژوهش محور عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

^۳ دانشجوی دکتری سلامت در بلايا و فوریتها، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران

^۴ مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و منابع انسانی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

چکیده

سابقه و هدف: مزدک (محیط زیست دوستدار کودک) برنامه‌ای با رویکرد اجتماع محور در زمینه تکامل همه جانبه کودکان است که به صورت پایلوت در یکی از محلات شهر تهران (ایوانک غرب) در حال اجراست.

روش بررسی: این پژوهش مشارکتی مبتنی بر جامعه (CBPR) از نوع تحقیقات نظام سلامت (HSR) است که در آن کلیه خانوارهای ساکن در محدوده مورد بررسی، یعنی غرب محله ایوانک، به عنوان جامعه هدف طرح در نظر گرفته شدند.

یافته‌ها: این طرح مداخلاتی در زمینه پایش تکامل کودک، مراقبت و ایمنی طراحی شده است که از طریق سازماندهی جامعه محلی و مشارکت والدین به اجرا درمی‌آید. برای تسهیل مشارکت والدین، گروهی از خانم‌های داوطلب ساکن محل با عنوان رضاکار که رابط این طرح با والدین باشند سازماندهی شدند. در حال حاضر، ۳۰۰ نفر از کودکان ساکن اجتماع تحت پوشش طرح قرار گرفته‌اند و مداخلات برای پایش تکامل و پایش ایمنی خانه با مشارکت والدین و از طریق رضاکاران به اجرا درآمده است.

نتیجه‌گیری: ضرورت اقدامات بین بخشی و مشارکت والدین در برنامه‌های تکامل همه جانبه کودکان باعث می‌شود تا برنامه‌هایی با رویکرد اجتماع محور مزیت‌های ویژه‌ای داشته باشند. اما این طرح‌ها با چالش‌هایی در مراحل جلب مشارکت و بسیج جامعه و پایداری سازماندهی‌های محلی مواجه هستند. تولید شواهد مختلف از ابتکاراتی که در حین اجرای این طرح‌ها از طریق خرد جمعی برای مواجهه با این چالش‌ها ایجاد می‌شود، می‌تواند راهنمای اقدامات مشابه باشد.

واژگان کلیدی: تکامل همه جانبه کودک، پژوهش مبتنی بر جامعه، مزدک، رضاکار، کودک، سلامت.

مقدمه

مشارکت و توانمندسازی جامعه در تصمیم‌گیری سلامت تاکید کرده و تلاش‌های خود را در چهارچوب حقوق بشری با رویکرد جامع سلامت اعم از اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و محیطی قرار می‌دهند. در دهه ۱۹۷۰، آگاهی از اینکه رویکردهای متکی به تکنولوژی مراقبتهای سلامتی برای بهبود وضعیت سلامت مردم در بسیاری از کشورهای در حال توسعه با شکست مواجه شده بود، در حالی که در برخی محیط‌های بسیار فقیر به واسطه برنامه‌های جامعه - محور به نتیجه رسیده، افزایش یافت (۱). در سال ۱۹۷۵، سازمان بهداشت

در طول دهه ۱۹۶۰ و اوایل دهه ۷۰ کارکنان بهداشت و دیگر سازمانهای جامعه در تعدادی از کشورها در برنامه‌های سلامت اجتماع محور (Community-based health: CBHP) پیش قدم شدند. چنین راهکارهایی بر

آدرس نویسنده مسئول: تهران، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، پیام روشنفکر (email: roshanfekr.payam@gmail.com)

تاریخ دریافت مقاله: ۹۵/۶/۸

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۵/۹/۷

درسال ۱۳۸۹ و ۱۶ در سال ۱۳۹۲ رسیده است که پایین تر از شاخص ۱۷/۳ به عنوان هدفگذاری توسعه هزاره است (۶). عمده این دستاوردها در زمینه رشد کودکان درحیطه‌های فیزیولوژیک بوده است. در سال ۱۳۷۴، حدود ۱۹٪ کودکان کشور روستایی کم وزن بودند؛ این شاخص در سال ۱۳۷۷ به ۱۳٪ و در سال ۱۳۸۹ به ۵٪ رسیده است. به همین نسبت در شهرها نیز کاهش حدود ۱۰ درصدی در کم وزنی و کاهش حدود ۷ درصدی در کوتاه قدی را داشته‌ایم (۷).

درسال‌های اخیر توجه به تکامل همه جانبه کودکی در دستور کار قرار گرفته است. اما تحقق این موضوع ورای ظرفیت نظام سلامت بوده و نیاز به اقدام بین بخشی و به ویژه پتانسیل جامعه جهت تحقق این اقدام مهم می باشد، به ویژه با توجه به اینکه براساس داده‌های طرح (Iran) IrMDHS (multidimensional demographic and health survey) شاخص‌های تکامل در وضعیت مطلوبی نیست (جدول ۱) (۸).

جدول ۱. درصد شاخص‌های رشد و تکامل ایران در سال ۱۳۸۹

تکامل در حوزه	تکامل - جسمی اجتماعی -	شمارش عاطفی
شاخص در کل کشور	۶۹	۷۱
کودکان دچار مشکل احتمالی	۳۱	۲۹
	۲۴	۷۷

درواقع، جنبه‌هایی از تکامل کودکان در سیستم بهداشتی ایران پوشش داده شده است، ولی همه جانبه نیست و دامنه پوشش گروه‌های سنی آن هم کامل نیست.

مواد و روشها

این پژوهش یک مداخله اجتماع محور است [یا یک تحقیق در عمل (action research) یا تحقیق مشارکتی اجتماع محور (CBPR) از نوع health system research] که از طریق بسیج و سازمان‌دهی نیروها و سازمانهای محلی سعی در درگیر کردن اجتماع در ایجاد محیطی مناسب برای رشد و تکامل همه جانبه کودکان دارد.

تغییر ایجاد شده در اجتماع به نسبت وضعیت پایه شامل عبور از وضعیت عدم وجود برنامه ی تکامل همه جانبه ی کودکان، عدم وجود سازمانهای داوطلب و عدم وجود خدمات مرتبط در جهت ایجاد این ظرفیت‌ها بوده است.

جهانی و یونیسف، گزارش مشترکی را منتشر کردند که بیانگر نقایص برنامه های عمودی در حوزه ی سلامت بود که مالکیت جامعه را نادیده می گرفتند. در گزارش تاکید شده بود که عوامل اجتماعی مثل فقر، مسکن نامناسب و فقدان آموزش ریشه‌های واقعی علل شیوع بیماری در کشورهای درحال توسعه هستند (۲).

در حال حاضر این برنامه‌ها در بسیاری از کشورهای عضو منطقه مدیترانه شرقی سازمان جهانی بهداشت در حال اجرا است و هر کدام مراحل مختلفی از پیشرفت را می‌گذرانند. گزارش پیشهای منظم و بررسی ارزیابی‌های سریع برنامه های در حال اجرا، پیشرفت عظیمی را در کیفیت شاخص‌های مرتبط با انواع وسیعی از جنبه‌های مختلف زندگی از جمله سلامت، تغذیه، بخش های اجتماعی و نیز توسعه اقتصادی را نشان می‌دهد. هدف از ابتکارات جامعه محور، دستیابی به کیفیت بهتر زندگی از طریق توسعه اقتصادی اجتماعی منسجم و توجه به تمام تعیین کننده‌های سلامت از راه توانمند نمودن جامعه، به منظور تغییر در شیوه‌های زندگی اجتماعی و تقویت توسعه انسانی است (۳).

ایران از کشورهای پیشگام در برنامه های اجتماع محور بوده و تاکنون طرح‌ها و برنامه‌های متعددی با این رویکرد در حوزه سلامت به اجرا درآمده است (۴). در زمینه "رشد و تکامل همه جانبه کودکی" ابتکارات اجتماع محور با مشارکت مردم اقدام جدیدی است که طرح مزدک به عنوان یکی از اولین نمونه‌ها با رویکرد جامعه محور و مبتنی بر مشارکت مردم در حال انجام است. این مقاله به معرفی طرح مزدک و فرایند بسیج جامعه برای اجرایی شدن پروژه های آن می پردازد. در مقالات بعدی نتایج پروژه هاگزارش خواهد شد.

ضرورت و زمینه موضوع

نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران با ایجاد و توسعه شبکه بهداشت و اجرای برنامه‌های متعدد سلامت کودکان، دارای دستاوردهای قابل توجهی در زمینه سلامت کودکان است (۵)، به نحوی که مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال از ۱۴۰ مرگ در هزار تولد زنده در انتهای دهه ۵۰ به تدریج به ۶۸ درسال ۱۳۶۹، ۲۰ درسال ۱۳۸۹ و ۱۸ کودک در سال ۱۳۹۲ رسیده است که هدف گذاری جهانی برای این شاخص مطابق اهداف توسعه هزاره (۲۲/۶) مرگ در هزار تولد زنده) را پشت سر گذاشته است. در زمینه مرگ و میر کودکان زیر یک سال هم این روند طی شده است و از ۱۱۰ مرگ در هزار تولد زنده در انتهای دهه ۵۰، به تدریج به ۵۲ درسال ۱۳۶۹، ۱۸

مدل مزدک

صندوق کودکان سازمان ملل متحد و بانک جهانی حیطه‌های مختلف مداخله برای تاثیرگذاری بر تکامل همه جانبه کودکی را شامل: مراقبت‌های سلامت، تغذیه، آموزش، ایمنی و امنیت، محافظت و فقرزدایی دانسته‌اند (۹). براین اساس در طراحی مزدک تلاش شده تا مداخلات متنوعی برای پوشش ابعاد مختلف موضوع مدنظر قرارگیرد و با تلفیق برخی جنبه‌ها در حال حاضر طرح مزدک مداخلات ذیل را -در فاز نخست- برای ارتقاء سلامت مادران باردار، شیرخواران، کودکان و نوجوانان تا سن ۱۸ سالگی در دستور کار قرار داده است:

۱. پایش رشد و تکامل کودک از جنبه‌های جسمی، روانی، اجتماعی، معنوی و عاطفی

۲. رصد سلامت و ایمنی محیط زیست کودک در خانه، مدرسه و معابر

۳. مراقبت بهداشتی درمانی در صورت نیاز

۴. آموزش سبک زندگی سالم با تاکید بر تغذیه ی سالم، فعالیت بدنی و احتراز از مصرف دخانیات و مواد مخدر و دیگر رفتارهای پرخطر

۵. آموزش احترام به حقوق دیگران و محیط زیست و شهروند مفید بودن

فازهای بعدی پس از ارایه این مداخلات و براساس نیازها و ظرفیتهای ایجاد شده طراحی خواهد شد.

از آنجا که موفقیت طرح مزدک مشارکت فعالانه و داوطلبانه ساکنین اجتماع بویژه پدران و مادران و بچه‌ها را می طلبد تلاش شد تا برنامه‌ها از طریق مشارکت و درگیر کردن مردم و سازمانهای اجتماع عملیاتی شود. به این منظور چهار گام زیر جهت بسیج و سازماندهی اجتماع طی شد که تفصیل آن در ذیل آمده است.

گام نخست: بسیج جامعه

در حمایت‌گیری اولیه صورت گرفته پلی کلینیک قدس وابسته به دانشگاه آزاد اسلامی (واحد علوم پزشکی) و مرکز بهداشت قدس وابسته به معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی ایران طی برنامه ی مشترکی متعهد شدند تا علاوه بر ارائه خدمات بهداشتی از قبیل واکسیناسیون، مراقبت از کودکان، مراقبت زنان باردار، خدمات درمانی عمومی و تخصصی، دندانپزشکی، آزمایشگاه و اورژانس. با همکاری والدین و داوطلبان محلی، کارکنان شهرداری ناحیه ۷ منطقه ۲ و سرای محله، طرح مزدک (محیط زیست دوست دار کودک) را به منظور ارتقاء سلامت جامعه به اجرا در آورند.

(۱) انتخاب جامعه هدف تعریف شده

کلید خانوارهای ساکن در محدوده ی غرب محله ایوانک
(حداصل اتوبان نیایش از شرق؛ مسیل پارک نهج البلاغه از غرب، اتوبان همت از جنوب و امتداد بلوارادمان از شمال) از منطقه ۲ شهر تهران به عنوان جامعه هدف طرح درنظر گرفته شدند.

(۲) دعوت از گروه‌های ذینفع و معتمدین محلی

در مورخ ۹۳/۱۲/۱۴ جلسه ای به دعوت تیم تحقیقاتی و با حضور ۱۴ نفر از معتمدین محلی از جمله اعضای شورایی، هیات امنای محله در کلینیک قدس برگزار شد. در این جلسه کلیات اقداماتی که توسط مرکز تحقیقات برای ارتقاء سلامت مردم محل در نظر گرفته شده بود در قالب کلی طرح مزدک و پروژه‌های مرتبط با آن معرفی شد و در این زمینه با معتمدین محلی تبادل نظر صورت گرفت.

گام دوم: سازمان‌دهی نیروهای محلی

(۳) فراخوان جلب داوطلبان محلی و تشکیل گروه اولیه

از داوطلبین

برای سازمان‌دهی یک گروه از داوطلبان محلی که واسط بین مردم و تیم تحقیق باشند از تلفیق چند مدل رابطین بهداشت (۱۰) و سلامت یاران شهرداری (۱۱) استفاده شد. این تجارب مبتنی بر ظرفیت مشارکتهای داوطلبانه زنان در مطالعات گذشته است. مطالعه ی گوتیرزدر سال ۲۰۰۵ نشان داده که نقش زنان در تشکلهای جمعیتی قابل توجه بوده و اصولاً زنان به انجام کارهای داوطلبانه راغبتر از مردان هستند (۱۲).

در اسفند ماه سال ۱۳۹۳ دو جلسه با حضور اعضا تیم تحقیق و بانوان فعال سرای محله از جمله مدیر خانه سلامت و خانه تسنیم و تعدادی از رابطین بهداشت در کلینیک قدس و سرای محله ایوانک (۹۳/۱۲/۲۴) برگزار شد و پس از معرفی طرحهای در دست اقدام کلیاتی در خصوص همکاری خانمهای محل به شکل " رضاکار " در طرح مورد گفتگو قرار گرفته و از ایشان برای پیوستن به طرح دعوت به عمل آمد.

همچنین از طریق حمایتگیری از دانشگاه مقرر شد از ظرفیت گروه های مختلف دانشجویان پزشکی و پرستاری برای تسهیل ارتباط با مردم و گسترش خدمات استفاده شود.

گام سوم: انجام تحلیل وضعیت توسط نیروهای داوطلب

(۴) انجام سرشماری خانه به خانه توسط داوطلبان

از ابتدای سال ۱۳۹۴ گفتگوها و مقدمات انجام یک سرشماری محلی از محدوده ی طرح آغاز شد و در اردیبهشت ۱۳۹۴ « سرشماری توسط ۱۰ نفر از خانمهای رضاکار انجام شد که بر

پژوهشگران و مشارکت اداره کل سلامت شهرداری منطقه و دانشگاه های علوم پزشکی ایران و آزاد اسلامی واحد علوم پزشکی تهران مراسمی با حضور خانواده های تحت پوشش و مسئولین و دستاندرکاران اجتماع برگزار شد.

۷) عملیاتی شدن دو پروژه ی نخست طرح مزدک با ابزارهایی که تسهیل کننده ی مشارکت مردم(والدین و به ویژه مادران) باشد

در روال مرسوم اقدامات اجتماع محور مشارکتی توصیه می شود گام برنامه ریزی ، عملیاتی و نهایتا پایش و ارزشیابی طرح ها توسط مردم انجام شود. هرچند دلیل ماهیت تخصصی پروژه های سلامت یکی از چالشهای این فرایند در بخش طراحی و اجرای برنامه ها عبور از انحصار متخصصان بر فرایند طراحی و اجراست. این امر نیاز به طراحی ابزارهایی دارد که تسهیل کننده ی فرایند مشارکت مردم در برنامه ریزی و اجرای طرح های سلامت باشند.

در طرح مزدک محققان در جستجوی ابزاری برای تسهیل کردن فرایند مشارکت والدین(به ویژه مادران) در پایش تکامل کودکان پرسشنامه ی ASQ را انتخاب کردند. نسخه فارسی آزمون فوق توسط محققین مرکز تحقیقات توانبخشی اعصاب اطفال دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهیه و روایی و پایایی آن مورد تایید قرار گرفته است (۱۳). برای زیر طرح دوم که به ایمنی کودکان در منزل اختصاص دارد چک لیست توسط محققین ساخته شده است که روایی و پایایی آن طبق نظر متخصصان و انجام پایلوت سنجیده شده است که واجد همان ویژگیهای سادگی و خود آموزی توسط والدین است. چک لیستی ایمنی منزل برای کودکان در طرح مزدک در پنج حیطه، اعم از ۱- شرایط فیزیکی منزل (برق، روشنایی، گرما) / (قفسه، نرده، تخت کودک، نرده ها، پلها)، ۲- آشپزخانه و مواد خطرناک، ۳- حمام و دستشویی، ۴- اسباب بازی و ۵- کمکهای اولیه و تلفنهای ضروری است.

طبق نظر مادران چک لیست ایمنی حاوی نکاتی است که مادران را نسبت به مساله ایجاد محیط ایمن در منزل برای حفاظت و عدم آسیب کودکان حساس نموده و اطلاعات مفیدی را با پر کردن چک لیست کسب می کنند. فاز اول هر دو پروژه تکمیل شده است و نتایج آن در حال گردآوری و انتشار است.

بحث

استفاده از ظرفیت های جامعه برای ارتقاء سلامت کودکان امری است که امروزه بیش از گذشته مد نظر سیاست گزاران و تصمیم سازان جوامع است.

اساس آن تعداد خانوارهای محدود ی طرح ۳۵۲ خانوار به شرح ذیل بود.

جدول ۲. توزیع خانوارهای تحت پوشش برنامه جامعه محور مزدک برحسب اندازه خانوار درفاز ۶ شهرک غرب تهران در سال ۱۳۹۴

اندازه خانوار	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی
۱	۱۹	۵/۴٪
۲	۷۹	۲۲/۴٪
۳	۱۱۷	۳۳/۲٪
۴	۸۹	۲۵/۶٪
۵	۳۹	۱۱/۱٪
۶	۸	۲/۳٪
۷	۱	۰/۳٪
جمع	۳۵۲	۱۰۰٪

۵) آمارگیری از پرونده های تحت پوشش مرکز بهداشت قدس و تماس با خانوارها

پس از انتقال پرونده های مرکز بهداشت قدس به کلینیک قدس آمارگیری از پرونده های تحت پوشش هردو مرکز باکمک رضاکاران و زیر نظر پرسنل بهداشتی آغاز شد و فهرستی از خانوارهای واجد شرایط ورود به طرح تهیه شد که با تماس با آنها تمایل و امکان سنجی مشارکت والدین در طرح مورد بررسی قرار گرفته و توزیع نمونه براساس سن کودکان در محدوده ی مورد بررسی مشخص شد.

گام چهارم: عملیاتی کردن (برنامه ریزی و اجرای مشارکت)

پس از امکان سنجی اولیه در خصوص تمایل والدین به شرکت در طرح، نمونه ۳۰۰ نفری از والدین بر اساس توزیع در گروه های مختلف به شرح ذیل انتخاب شد. رضاکاران با مادران تماس گرفته و جهت شرکت در جلسات توجیهی آشنایی با طرح ایشان را دعوت کردند. با بهره گیری از امکانات ارتباطی تلفنهای همراه، شبکه های اجتماعی از مادران و رضاکاران در تلگرام ایجاد شد که اطلاع رسانی و تبادل نظرها در آن صورت می گیرد.

۶) برگزاری مراسم به مناسبت روز جهانی کودک توسط داوطلبان و سازمانهای اجتماع

پس از آماده سازی اولیه، سازماندهی نیروهای داوطلب محلی و تشکیل پرونده های کودکان تحت پوشش، مناسبت روز جهانی کودک برای معرفی طرح به ساکنین و مسئولین محلی در نظر گرفته شد و با برنامه ریزی مشترک رضاکاران و

از سویی مباحث سلامتی و بهداشتی به دلیل تخصصی بودن باید به گونه ای برای جامعه و نیروهای داوطلب مطرح گردد تا احساس استقلال نموده و به راحتی آنها را در جوامع خود کاربردی کنند و از سوی دیگر باید ارتباط این ابتکارات با برنامه های ملی و تخصصی نظام سلامت را مدنظر قرار داده و پیش بینی و طراحی لازم را برای آن انجام داد.

برای درگیر کردن اجتماع در کنار بسیج و سازماندهی افراد داوطلب و سازمانهای موجود در اجتماع و توانمندسازی افراد داوطلب از طریق آموزش های نظری و عملی ساده از ابزارهایی استفاده شد که تسهیل کننده مشارکت مردم در فرایند ارتقاء سلامت باشد از جمله پرسشنامه ASQ که امکان این را می دهد تا تکامل کودکان در پنج حیطه توسط مادران پایش و ارزیابی شود و در کنار آن تدوین چک لیستی در پنج حیطه توسط محققین برای ارزیابی وضعیت ایمنی منزل توسط والدین. کلیه مراحل اجرای طرح توسط رضاکاران (داوطلبان محلی) و مشارکت خود والدین صورت گرفت و محققین نقش تسهیل گری را برعهده داشتند.

در مجموع تا این مرحله از کار مدل مزدک توانسته است مشارکت اجتماع در برنامه پایش تکامل کودکان را تا حدود زیادی جلب کند، اما اعتمادسازی و جلب مشارکت مردم فرایندی زمان بر است و این طرح در ابتدای این راه است چالش اصلی پایداری و تداوم این مشارکتها است. نتایج مطالعه ای نشان داد که عدم پایداری و تداوم برنامه در ابعاد مختلف مانند همکاری ذینفعان، توانمندی جامعه، منابع و امکانات در اختیار، از موانع اصلی در اجرای برنامه های اجتماع محور در شهرهای آمریکا بوده است (۱۴).

تونی وایتهد نیز براساس تجربه ی خود طی سی سال برنامه ریزی، اجرا و ارزیابی کارهای اجتماع محور موارد زیر را به عنوان عناصر لازم برای بیشترین موفقیت یک برنامه شناسایی کرده است:

۱. قدرت مفهومی و جامعیت طراحی

۲. دیسپلین شدید در اجرا
۳. پتانسیل اثرگذاری اجتماعی-فرهنگی (socio-cultural effectiveness) (مفهومی کلی که برای آن چه میان کارکنان حرفه ای مداخلات اجتماع مبنا به عنوان رابطه، مناسب بودن، یا صلاحیت، حساسیت فرهنگی و ظرفیت عناصر برنامه برای ادغام شدن در زمینه های اجتماعی فرهنگی روتین، فرایندها، و نظام های معنایی اجتماع هدف برای تضمین پایداری و انتشار، خواننده می شود) و فرایند محوری در اجرا و ارزیابی (۱۵).

در حال حاضر برای ارتقای سلامت جامعه و تداوم ارتباط با جامعه در کنار پروژه های مذکور دوره های آموزشی که از نیازسنجی های به عمل آمده از مادران بدست آمده است در زمینه های فرزندپروری، تغذیه ی کودکان، ایمنی کودکان، سلامت دهان و دندان کودک و بازی ها برنامه ریزی و در حال اجراست که در برخی از دوره ها با تربیت مربی از بین مادران تحت پوشش بازآموزی و تکرار برای والدین ساکن در محدوده طرح انجام می شود.

تشکر و قدردانی

محققین از مردم ساکن در محله ایوانک غرب، داوطلبان رضاکار طرح، دفتر سلامت خانواده، جمعیت و مدارس و دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم پزشکی تهران، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی ایران، مدیران و پرسنل پلی کلینیک و مرکز بهداشت قدس، انجمن ترویج تغذیه با شیرمادر، و همچنین مدیریت و پرسنل سرای محله ایوانک و شهرداری منطقه و ناحیه به سبب حمایت و همکاری با طرح کمال تشکر را دارند.

REFERENCE

1. Irwin A, Scali E. Action on the social determinants of health: learning from previous experiences. Social Determinants of Health Discussion Paper 1 (Debates) Available from: http://www.who.int/social_determinants/corner/SDHDP1.pdf.
2. Djukanovic V, Mach EP, eds. Alternative approaches to meeting basic health needs of populations in developing countries, a Joint UNICEF/WHO Study. Geneva: WHO; 1975
3. Moore T, McDonald M, McHugh-Dillon H. Early childhood development and the social determinants of health inequities: a review of the evidence. Parkville, Victoria: Centre for Community Child Health at the Murdoch Childrens Research Institute and the Royal Children's Hospital; 2014.
4. Baradaran Eftekhari M, Mirabzadeh A, Setareh Forouzan A, Dejman M, Malek Afzali H, et al. A qualitative study of community-based health programs in Iran: an experience of participation in I.R. Iran Int J Prev Med 2014; 86-5:679.

5. Asadi-Lari M, Sayyari AA, Akbari ME. Public health improvement in Iran— lessons from the last 20 years. *Public Health* 2004;118:395–402.
6. The State of the World's Children. Reimagine the future: innovation for every child digital report. Available from: https://www.unicef.org/publications/index_77998.html.
7. Sheikholeslam R. Current status and the 10 years trend in the malnutrition indexes of children under 5 years in Iran. *IRJE* 2008; 4:21-28
8. Rashidian A, Khosravi A, Khabiri R, Khodayari-Moez E, Elahi E, Arab M, et al. Islamic Republic of Iran's Multiple Indicator Demographic and Health Survey (IrMIDHS) 0202. Tehran: Ministry of Health and Medical Education, 2000
9. UNICEF webpage. Available from: http://www.unicef.org/earlychildhood/index_40748.html.
10. Alami A, Nedjat S, Majdzadeh R, Foroushani AR, Hoseini SJ, Malekafzali H. Factors influencing women's willingness to volunteer in the healthcare system: evidence from the Islamic Republic of Iran/Facteurs influençant l'intention des femmes à devenir volontaires dans le système de soins de santé: données provenant de la République islamique d'Iran. *East Med Health J* 2013;19:348-52.
11. Damari B, Riazi-Isfahani S. Achievements and future path of Tehran municipality in urban health domain: an Iranian experience. *Medical Journal of The Islamic Republic of Iran (MJIRI)*. 2016;30:93-104.
12. Namazi B, ed. Volunteer's community organizations in Iran. 1st Edition. Tehran: Municipalities Organization; 2002. [In Persian]
13. Vameghi R, Sajedi F, Kraskian Mojembari A, Habiollahi A, Lornezhad HR, Delavar B. Cross-cultural adaptation, validation and standardization of ages and stages questionnaire (ASQ) in Iranian children. *Iran J Pub health* 2013;42:522-28.
14. Sousa A, Wagner D, Rappley M. Michigan State University College of Human Medicine. *Academic Med* 2010;85:S287-91.
15. Whitehead T. Community based interventions, definitions and types. The cultural ecology of health and change (CEHC). Maryland: University of Maryland; 2002.

Archive of SID