برنامه‌های اجتماع‌محور مشارکتی مرتبط با سلامت در جمهوری اسلامی ایران
- نقاط قوت، چالش‌ها و درس‌های آموخته شده-

معصومه دژمان[۱]، آمنه‌ستاره فروزان[۱]، منیر برادران‌افتخاری[۲*]، حسین ملک‌افضلی[۳]، شیرین جلالی‌نیا[۴]، نیلوفر پیکری[۴]، کتایون فلاحت[۵]، مروئه وامقی[۱]، آرش میراب‌زاده[۶]

۱- گروه رفاه اجتماعی، مرکز تحقیقات تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی ۲- مرکز تحقیقات تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی؛ معاونت تحقیقات و فن‌آوری وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۳- گروه بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران ۴- مرکز تحقیقات بیماری‌های غدد و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران؛ معاونت تحقیقات و فن‌آوری وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۵- معاونت تحقیقات و فن‌آوری وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۶- گروه تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت، مرکز تحقیقات تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

* نویسنده مسؤول: تهران، خیابان آزادی، روبروی پارک اوستا، معاونت تحقیقات و فن‌آوری. تلفن: ۶۴۸۹۲۶۰۷ نمابر: ۶۶۵۸۲۵۴۰

پست الکترونیک: eftekharimonir@yahoo.com

دریافت: ۹۰/۵/۹ پذیرش: ۹۱/۵/۱

چکیده

مقدمه: *امروزه توسعه رویکردهای مشارکتی با تأکید بر توانمندسازی جامعه به عنوان یک ابزار مهم در ارتقای سلامت شناخته شده است. هدف این مطالعه، بررسی نقاط قوت، ضعف، چالش‌ها و درس‌های آموخته شده از برنامه‌های اجتماع‌محور مشارکتی در ایران می‌باشد.*

روش کار: *در این مطالعه کیفی، ۱۳ برنامه اجتماع‌محور مشارکتی در سه محور حاکمیت و رهبری، مشارکت مردم/ ذی‌نفعان و توانمندسازی جامعه مورد بررسی قرار گرفتند.*

یافته‌ها: *بر طبق مطالعه انجام شده، بیشترین نقاط قوت در محور حاکمیت و رهبری، وجود روحیه همدلی و انگیزه بالای داوطلبین در ارایه خدمات و جلب کمک‌های مردمی بود و مهم‌ترین نقطه ضعف در این محور شامل عدم مشارکت فعال مردم در فرآیند تصمیم‌گیری در سطح کلان، عدم وجود برنامه منسجم ارزشیابی و نظارت، و کمبود حمایت‌های لازم از سوی سیاست‌گذاران بود. در محور مشارکت، وجود زنان داوطلب و استفاده از پتانسیل بالای آنان، نقطه قوت، و عدم مشارکت مردان و ضعف کار تیمی به عنوان نقاط ضعف مطرح گردید. وجود برنامه توانمندسازی جامعه از بزرگ‌ترین نقاط قوت این برنامه‌ها و عدم به روز رسانی مناسب آن از چالش‌های مطرح شده توسط پاسخ‌دهندگان بود.*

نتیجه‌گیری: *توانمندسازی مردم، سازمان‌های غیردولتی و سیاست‌گذاران در زمینه اصول و مکانیسم‌های جلب همکاری‌های مشارکتی، تقویت کار تیمی و تأمین منابع لازم، نقش بسزایی در پیشبرد برنامه‌های مشارکتی اجتماع‌محور ایفا می‌نماید.*

گل‌واژگان: *برنامه اجتماع‌محور مشارکتی، حاکمیت و رهبری، توانمندسازی*

مقدمه

امروزه توسعه رویکردهای مشارکتی با تأکید بر توانمندسازی جامعه به عنوان یک ابزار مهم در ارتقای سلامت شناخته شده است (۱). در این شیوه، مداخلات جامعه‌محور، نه تنها کل جامعه را مورد هدف قرار می‌دهند بلکه با استفاده از ابزار آموزشی مناسب از طریق ارتقای توانمندی جامعه، منجر به ارائه بهتر خدمات بهداشتی می‌گردند؛ البته این امر مستلزم اقدام در همه سطوح جامعه می‌باشد و تنها از طریق مشارکت مؤثر عمومی امکان‌پذیر می‌باشد. در واقع برنامه‌های اجتماع‌محور مشارکتی تلاش می‌کنند تا با مشارکت مردم، به آن‌ها کمک کنند تا مشکلات خود را مشخص نمایند و بدین طریق آن‌ها را متعهد می‌کنند تا فعالانه در جهت حل مشکلات گام بردارند. این خود، منجر به کاهش رفتارهای نامناسب بهداشتی در جامعه

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-11-28]

می‌گردد (۲). بدیهی است شناسایی دقیق ارکان اصلی این برنامه‌ها و موانع و چالش‌های موجود در فرآیند آن می‌تواند گام مؤثری در ارتقای کمی و کیفی آن برداشته و درس‌های آموختنی برای راه‌اندازی برنامه‌های مشابه باشد. به این منظور، مطالعات متعددی در کشورهای مختلف صورت گرفته است. در سال ۲۰۰۳ میلادی، مطالعه‌ای توسط دانشگاه میشیگان جهت بررسی برنامه‌های اجتماع‌محور مشارکتی در مراکز تحقیقات شهری امریکا صورت گرفت. نتایج این مطالعه نشان داد که عدم پایداری و تداوم برنامه در ابعاد مختلف مانند همکاری ذی‌نفعان، توانمندی جامعه، و منابع و امکانات در اختیار، از موانع اصلی در اجرای این برنامه‌ها بوده است (۳). همین طور در مطالعه انجام شده در سال ۲۰۰۷ در کشورکانادا مشخص گردید عدم دستیابی به سطوح مناسب مشارکت جامعه از چالش‌های موجود این قبیل برنامه‌ها در آن کشور بوده است (۴).

در ایران نیز، با وجود قدمت و تعدد برنامه‌های اجتماع‌محور مشارکتی در بخش‌های دولتی و غیردولتی، متأسفانه مطالعات گسترده‌ای در خصوص ارزیابی جامع این برنامه‌ها یا صورت نگرفته و یا منتشر نشده است. در سال ۲۰۰۹، مرکز مدیریت سلامت تبریز به بررسی ارتباط آموزش روش‌های مشارکتی به رابطین بهداشتی زن و نقش آن در شناسایی نیازهای سلامت توسط جامعه و انجام مطالبات بیشتر توسط آنان پرداخت (۵). همچنین در سال ۱۳۸۹، مرکز ملی تحقیقات سلامت ایران از طریق یک روش جامعه‌نگر و با جلب مشارکت مردمی به بررسی نیازها و تعیین اولویت‌های یکی از مناطق محروم کشور پرداخت؛ این فرآیند شامل هشت مرحله مجزا بود و به تدوین برنامه عملیاتی منتج گردید (۶). با توجه به پراکندگی مطالعات و محدود بودن آن، ما بر آن شدیم تا به بررسی جامع چالش‌ها و درس‌های آموخته شده در برنامه‌های اجتماع محور سلامت در ایران بپردازیم. با این امید که نتایج این مطالعه، چالش‌ها و شکاف‌های اطلاعاتی را برای سیاست‌گذاران و مدیران مربوطه پر کند و پایه و اساسی علمی برای مداخلات و تصمیم‌گیری آتی فراهم سازد.

روش کار

این مطالعه به روش کیفی و با رویکرد تحلیل محتوا طراحی و اجرا گردید. در این مطالعه بر اساس نمونه‌گیری مبتنی بر هدف از بین نوزده برنامه اجتماع‌محور مشارکتی دولتی و غیردولتی، تعداد سیزده برنامه که در پنج سال گذشته (۱۳۸۹ –۱۳۸۵) فعال بودند انتخاب شدند. زمان جمع‌آوری داده‌ها از مهر تا اسفندماه ۱۳۸۹ بود. در این مطالعه از بحث‌های گروهی متمرکز با داوطلبین اجرای برنامه (رابطین برنامه که از بین مردم انتخاب شده و به صورت داوطلبانه فعالیت می‌کنند) و گیرندگان خدمت و مصاحبه‌های عمیق فردی با بنیانگذاران و مدیران اجرایی فعلی برنامه استفاده شد؛ علت انتخاب آن، توانایی ایده‌آل این روش در کشف عقاید، نگرش و تجربیات افراد در مورد موضوعات خاص بود (۷). مصاحبه‌ها از نوع نیمه‌ساختاریافته بود. مدت زمان اجرای بحث‌های گروهی متمرکز به طور متوسط یک ساعت و نیم و در مورد مصاحبه‌های عمیق فردی حدود یک ساعت بود. معیارهای ورود به مطالعه در مورد داوطلبین، وجود حداقل یک سال سابقه فعالیت داوطلبانه با برنامه، و در مورد گیرندگان خدمت، وجود پرونده خانوار فرد در مرکز بهداشتی درمانی تحت پوشش بود. مصاحبه‌ها بر حسب مکان اجرای برنامه در تهران، قزوین و ساوه انجام شد. جهت اجرای مصاحبه‌ها از پرسشنامه‌های راهنمای بحث گروهی متمرکز و مصاحبه‌های عمیق فردی استفاده شد. این راهنماها بر اساس نظرات تیم تحقیق وکارشناسان آشنا با برنامه‌های اجتماع‌محور مشارکتی و همچنین مرور منابع موجود و با توجه به اهداف مطالعه طراحی گردید. مفاهیم مورد بررسی در این پرسشنامه‌های راهنما شامل بررسی مزایا، معایب و چالش‌های برنامه‌های اجتماع‌محور مشارکتی در محورهای حاکمیت و رهبری، مشارکت مردم و سایر ذی‌نفعان و توانمندسازی بود.

روایی پرسشنامه‌های راهنما از طریق انجام مطالعه پایلوت، جهت یک برنامه دولتی و یک برنامه غیردولتی توسط تیم تحقیق بررسی شدند و اصلاحات لازم در محتوا، توالی و زمان‌بندی سؤالات صورت پذیرفت. جهت اجرای طرح، نمایندگان مطلع از هر برنامه طی یک جلسه، با اهداف طرح آشنا شدند و مسؤولیت هماهنگی و برنامه‌ریزی جهت انجام دو مصاحبه عمیق فردی و دو بحث گروهی را به عهده گرفتند و در مجموع تعداد ۲۰ بحث گروهی و ۲۳ مصاحبه عمیق فردی صورت گرفت. علت عدم انجام کامل مصاحبه‌ها وجود ناهماهنگی در برخی برنامه‌ها و عدم همکاری برخی مدیران با طرح بود. مدت انجام مصاحبه‌های عمیق فردی و بحث‌های گروهی تا رسیدن به اشباع داده‌ها ادامه یافت. در هر مصاحبه، یک تسهیل‌گر، یک ناظر حضور داشتند. اعضای تیم مصاحبه (۶ نفر) کاملاً به انجام روش‌های مطالعه کیفی آشنا بودند و طی یک جلسه آموزشی با سؤالات و اهداف مطالعه آشنا شدند. هر مصاحبه با اجازه شرکت‌کنندگان ضبط می‌گردید و در پایان هر جلسه یادداشت‌ها با نوارهای ضبط شده تکمیل می‌شد.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-11-28]

روش تجزیه و تحلیل: تحلیل داده‌ها بر اساس روش تجزیه و تحلیل محتوا به صورت القایی- استقرایی با توجه به اهداف تحقیق و به صورت دستی انجام شد. ابتدا مصاحبه‌ها از روی نوارهای ضبط شده به متن تبدیل گردید. سپس هر متن مکرراً مورد بازخوانی قرار گرفت. در هر متن، کدگذاری انجام شد. در مرحله بعد، کدهایی که به لحاظ مفهومی با هم مشابه بودند دسته‌بندی شدند و سپس طبقه‌بندی مفهومی بر اساس سه آیتم اصلی حاکمیت و رهبری، مشارکت مردم و سایر ذی‌نفعان، و توانمندسازی صورت گرفت. سپس مفاهیم استخراج شده در برنامه‌ها، بر اساس وابستگی اجرای برنامه به سازمان‌های دولتی (وابسته به وزارت بهداشت- غیر وابسته به وزارت بهداشت) و غیردولتی تقسیم‌بندی شدند. به منظور افزایش پایایی داده‌ها، تمامی کدها و گروه‌ها توسط تیم تحقیق، چک متقابل شد و نتایج با هم مقایسه گردید. جهت اطمینان از اعتبار داده‌ها از روش سه گوشه‌سازی از طریق استفاده توأم مصاحبه فردی و گروهی و نیز مصاحبه با افراد مختلف شامل مردم، و مدیر اجرایی انجام گرفت. پس از پایان هر مصاحبه، خلاصه آن به مصاحبه‌شوندگان ارایه و تأیید گردید. خلاصه‌ای از مصاحبه برای تأیید به مدیران ارسال شد (چک اعضاء). جهت عینیت‌پذیری داده‌ها از کدگذاری همزمان توسط دو محقق استفاده شد و کدها و طبقات با هم مقایسه شدند. به منظور قابلیت انتقال داده‌ها، محقق در زمان کافی در محیط تحقیق حضور داشت و جزییات روش مطالعه توسط ناظر مورد ارزیابی و مقایسه قرار گرفت.

ملاحظات اخلاقی: کلیه ملاحظات اخلاقی شامل کسب رضایت آگاهانه جهت شرکت‌کنندگان، حفظ بی‌نامی، محرمانه ماندن اطلاعات و برخورداری از حق کناره‌گیری از مطالعه در نظر گرفته شد. در ضمن نتایج حاصل از طرح در اختیار کلیه ذی‌نفعان قرار گرفت.

نتایج

در این مطالعه با همکاری مدیران اجرایی، بنیانگذاران برنامه، داوطلبین مردمی و گیرندگان خدمت در سیزده برنامه اجتماع‌محور مشارکتی با نام‌های شهر سالم، روستای سالم، توانبخشی مبتنی بر جامعه، جمعیت آفتاب، داوطلبین دانش‌آموزی، خانه‌های بهداشت کارگری، رابطین، ریشه‌کنی فلج اطفال، خانه‌های سلامت شهرداری، جامعه ایمن، پایگاه تحقیقات جمعیتی، بهورزی و برنامه توانمندسازی معلولین (توانا) اطلاعات جمع‌آوری شدند. برنامه‌های جمعیت آفتاب و توانمندسازی معلولین، غیردولتی بودند و سایر برنامه‌ها وابسته به دولت بودند. موانع، چالش‌ها و نقاط قوت سه مفهوم حاکمیت و رهبری، مشارکت مردم و سایر ذی‌نفعان، و توانمندسازی جامعه که از اصول برنامه‌های اجتماع‌محور مشارکتی می‌باشند (۸) از داده‌ها استخراج گردید و نیز مفهوم درس‌های آموخته شده در ارتباط با برنامه‌ها بررسی شد. در ذیل سه مفهوم اصلی، زیرطبقه‌هایی استخراج گردید که به شرح زیر ارایه می‌گردد:

الف) حاکمیت و رهبری: این مفهوم شامل فرآیند تصمیم‌گیری، تأمین منابع مالی، حمایت و تعهد مسؤولان نسبت به برنامه و پایش و ارزشیابی می‌باشد. نقاط قوت و چالش‌های این مفهوم به شرح زیر طبقه‌بندی گردید:

نقاط قوت: وجود روحیه همدلی و کار برای مردم به عنوان یکی از مهم‌ترین نقاط قوت در بیشتر برنامه‌ها به خصوص در شروع برنامه مطرح بوده است. به عقیده بعضی از شرکت‌کنندگان در برنامه‌های شهر و روستای سالم، فرآیند تصمیم‌گیری برنامه‌ها با توجه به نیازهای مردم از سطح پایین به بالا انجام می‌گیرد. علاوه بر این در برخی برنامه‌ها مانند شبکه مراقبت‌های اولیه و برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه، وجود ساختار اولیه در سیستم و امکان استفاده از ساختار موجود برای پیشبرد برنامه از نقاط قوت برنامه محسوب شده است (بنیانگذار برنامه دولتی). جلب کمک‌های مردمی، روحیه بالای بخشش و کمک‌های انسان دوستانه توسط خیرین و به نوعی مستقل بودن برنامه‌های اجتماع‌محور غیردولتی از لحاظ مالی و پشتکار و خیراندیشی مدیریت و دست‌اندرکاران برنامه‌های غیردولتی نیز از نقاط قوتی بود که بیشتر توسط خدمت گیرندگان برنامه‌های غیردولتی مطرح شد.

موانع و چالش‌ها: به طور کلی عدم مستندسازی فرآیند برنامه‌های مشارکتی به عنوان یکی از چالش‌ها در تمامی برنامه‌ها مطرح شد. علاوه بر این چالش‌های بخش حاکمیت و رهبری در چهار زیرطبقه فرآیند تصمیم‌گیری، تأمین منابع مالی، حمایت و تعهد مسؤولین از برنامه، پایش و ارزشیابی به شرح زیر دسته‌بندی گردید:

تصمیم‌گیری: عدم مشارکت مردم در فرآیند تصمیم‌گیری در سطوح بالا به عقیده بیشتر داوطلبین و گیرندگان خدمت در برنامه‌های اجتماع‌محور دولتی از موانع و چالش‌های مهم تلقی می‌شد. در بیشتر برنامه‌ها، بکارگیری مردم تنها در سطوح اجرایی مورد انتقاد آنان بود. در ضمن در یکی از برنامه‌ها نیز از برخورد نامناسب با مردم که گاه منجر به انصراف از دریافت خدمت توسط آنان گردیده، اشاره شده است (گیرندگان خدمت در یک برنامه دولتی). همین طور بیشتر گیرندگان خدمت این برنامه‌ها معتقد بودند که اطلاع‌رسانی به مردم در مورد اهداف و برنامه‌ها کافی نمی‌باشد و خدمات تخصصی در قالب این برنامه‌ها تحت پوشش قرار نداشته و در بسیاری از موارد گران می‌باشد.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-11-28]

تأمین منابع مالی: در خصوص بسیج منابع و امکانات در بخش دولتی، چالش مطرح شده توسط کلیه شرکت‌کنندگان، وابستگی برنامه به بودجه دولتی و استفاده کمتر از منابع سایر نهادهای غیردولتی و یا خیرین بوده است. بعضی از داوطلبین در برخی از برنامه‌های دولتی، تلاش در جهت جلب حمایت مالی از خیرین را معمولاً به دلیل مشغله‌های زیاد مسؤولین، محدود می‌دانستند. عدم راه‌اندازی کارگاه‌های اقتصادی سودزا توسط برنامه‌های دولتی یکی از چالش‌های مطرح شده توسط برخی از داوطلبین این برنامه‌ها بوده است. فقدان حمایت‌های مادی و غیرمادی از داوطلبین در اکثریت قریب به اتفاق برنامه‌های دولتی توسط داوطلبین و بعضاً مدیران برنامه‌ها مطرح گردید: "کسی قدر کار ما رو نمی‌دونه" (داوطلب زن برنامه دولتی).

کمبود امکانات رفاهی مجموعه‌های وابسته به سازمان‌های غیردولتی به عنوان یک نقطه ضعف توسط داوطلبین و گیرندگان خدمات و عدم وجود برخی قوانین و مصوبات جهت تسهیل فرآیند برنامه‌های مشارکتی از دیگر موانع برنامه‌های اجتماع‌محور قلمداد شد (برخی مدیران و بنیانگذاران دولتی).

حمایت و تعهد مسؤولین از برنامه: از دیدگاه بیشتر داوطلبین برنامه‌های اجتماع‌محور دولتی، مسؤولین ستادی، برنامه‌ها را جدی نگرفته بودندو در بسیاری از موارد به آن توجه کافی نداشتند. این در حالی است که بنیانگذاران و مدیران اجرایی برنامه، تغییر سریع سیاست‌گذاران و مدیران و عدم نهادینه شدن برنامه در نظام سلامت را علت اصلی کمبود حمایت‌های لازم در تداوم برنامه می‌دانستند: "موفقیت برنامه تا حد زیادی به علایق مدیر برنامه بستگی دارد. اگه علاقمند باشه برنامه پیش می‌ره اگه نباشه توجهی بهش نمی‌شه و کسی هم از این لحاظ بازخواستش نمی‌کنه" (بنیانگذار برنامه اجتماع‌محور دولتی).

عدم باور سیاست‌گذاران از ظرفیت بالای مردم و پتانسیل عظیم آنان در حل بسیاری از مشکلات از جمله چالش‌هایی بود که توسط بیشتر بنیانگذاران برنامه‌ها مطرح گردید. در واقع ضعف نگرش بسیاری از مدیران در مورد برنامه‌های اجتماع‌محور همواره مطرح می‌باشد. عدم حمایت مسؤولین از برنامه‌های اجتماع‌محور غیردولتی توسط بیشتر مدیران این برنامه‌ها مطرح گردید. عدم باور واقعی از NGOها و نبود تعریف صحیح از آن‌ها نیز توسط برخی مدیران و داوطلبین این برنامه به عنوان یک چالش بزرگ مطرح گردید.

پایش و ارزشیابی: عدم وجود برنامه ارزشیابی و پایش برنامه توسط کلیه شرکت‌کنندگان اعم از بخش دولتی و غیردولتی به عنوان یک چالش در تمامی برنامه‌ها مطرح بوده است. هر چند در برخی موارد، چک‌لیست‌های ارزیابی پراکنده‌ای وجود داشته است؛ یا به درستی و با دقت انجام نشده و یا نتایج آن به ذی‌نفعان بازخورد نداشته است.

ب) مشارکت مردم و سایر ذی‌نفعان: این مفهوم شامل مشارکت‌های مردمی (سطوح مشارکت و شیوه‌های جلب مشارکت) و همکاری‌های بین‌بخشی می‌باشد.

نقاط قوت: روحیه و انگیزه بالای داوطلبین مردمی در ارایه خدمات اجتماع‌محور مشارکتی از مهم‌ترین نقاط قوت این بخش بوده است. وجود زنان داوطلب به عقیده بسیاری از بنیانگذاران و مدیران اجرایی از نقاط قوت برنامه‌ها به خصوص در برنامه‌های دولتی بوده است: "استفاده از فرصت‌های تلف شده خانم‌ها به خصوص خانم‌های خونه‌دار و مدیریت صحیح آن در راستای برنامه از مهم‌ترین نقاط قوت برنامه‌ها بوده است" (بنیانگذار یکی از برنامه‌های جامعه‌محور دولتی).

به عقیده بیشتر داوطلبین، ایجاد وجهه اجتماعی و مطرح شدن زنان در جامعه و افزایش اعتماد بنفس آنان یکی از مهم‌ترین نقاط قوت برنامه خصوصاً در برنامه رابطین بهداشت بوده است. استفاده از نیروهای بومی به خصوص در روستاها از دیگر نقاط قوت مهم برنامه می‌باشد که توسط بیشتر شرکت‌کنندگان برنامه‌های دولتی مطرح شده است. جلب اعتماد مراجعین بدون نگرانی از احساس قضاوت در مورد ایشان و حفظ عزت نفس و استقلال مراجعین از نقاط قوتی بود که توسط شرکت‌کنندگان در برنامه‌های اجتماع‌محور غیردولتی مطرح گردید.

موانع و چالش‌ها: عدم مشارکت فعال مردان در برنامه‌های مشارکتی از نقاط ضعف مطرح شده توسط بیشتر شرکت‌کنندگان بوده است. عدم وجود تبلیغات مناسب در خصوص فواید برنامه‌های مشارکتی توسط اکثریت مدیران غیردولتی بیان گردید. به عقیده بسیاری از شرکت‌کنندگان برنامه‌های دولتی، ضعف مهارت‌های کار تیمی و عدم وجود امنیت شغلی از موارد کاهش مشارکت مردمی بوده است. اما در مورد برنامه‌های غیردولتی این مشکل دیده نشده است. از دیگر چالش‌های مطروحه، حجم زیاد مسؤولیت‌های محوله به داوطلبین در بیشتر برنامه‌های دولتی بوده است. عدم مشارکت فعال مردم در انتخاب داوطلبین به عقیده برخی از گیرندگان خدمت به عنوان یکی از موانع مشارکت مطرح شده است: "چون اکثر داوطلبین را خودشون انتخاب می‌کردند، ما هم دخالتی نمی‌کردیم" (گیرنده خدمت برنامه دولتی، زن).

عدم هماهنگی بین‌بخشی به عنوان یک چالش اصلی توسط تمامی شرکت‌کنندگان اعم از دولتی و غیردولتی مطرح شده

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-11-28]

است. عدم وجود ساختار مناسب برای مدیریت تشکل‌های مردمی در سطح وزارت بهداشت و برخی دیگر از نهادها نیز به عنوان یک معضل مهم در ساماندهی مشارکت‌های مردمی توسط تمامی مدیران و بنیانگذاران برنامه مطرح گردیده است. عدم اطلاع‌رسانی مناسب به ذی‌نفعان و توجیه نبودن آنان در بیشتر موارد به عنوان یکی از مهم‌ترین موانع مشارکت بین‌بخشی توسط اکثر مدیران مطرح شده است.

ج) توانمندسازی:

نقاط قوت: به عقیده تمامی شرکت‌کنندگان، توانمندسازی جامعه به عنوان مهم‌ترین نقطه قوت تمامی برنامه‌های مشارکتی به خصوص در شروع آن مطرح می‌باشد. به عقیده بیشتر مدیران و بنیانگذاران برنامه‌های اجتماع‌محور دولتی، یکی از راه‌های دستیابی به اهداف نظام سلامت از طریق توانمندسازی جامعه و به دنبال آن، مشارکت بیشتر مردم در حل مشکلاتشان می‌باشد. در واقع افزایش آگاهی و سواد سلامتی در سطح جامعه به خصوص در بین زنان توسط تمامی شرکت‌کنندگان به عنوان عامل مؤثر در پیشبرد برنامه‌های مشارکتی اجتماع‌محور مطرح گردیده است. توانمندسازی از دیدگاه داوطلبین به آنان وجهه و اعتبار اجتماعی بخشیده است و به عقیده گیرندگان خدمت سبب افزایش اطلاعات و آگاهی‌های آنان گردیده است. تغییر نگرش و اصلاح رفتار به دنبال افزایش آگاهی در برخی از برنامه‌ها نیز توسط مدیران بخش دولتی مطرح گردید. به عقیده اکثر گیرندگان خدمت در برنامه‌های اجتماع‌محور مشارکتی غیردولتی، برنامه‌های توانمندسازی بیشتر بر اساس نیازهای آنان طراحی گردیده و به روز می‌باشد.

موانع وچالش‌ها: به عقیده اکثر مدیران و بنیانگذاران بخش دولتی، برنامه‌های توانمندسازی بیشتر بر اساس نیازهای نظام سلامت در سطح مدیران و تصمیم‌گیران طراحی شده و کمتر بر اساس نیازهای جامعه بوده است. به عقیده بیشتر داوطلبین و گیرندگان خدمت در برنامه‌های وابسته به دولت، آموزش‌ها به روز نمی‌باشد. از نظر تمامی شرکت‌کنندگان برنامه‌های اجتماع‌محور دولتی، با گذشت زمان آموزش‌ها کم‌رنگ گردیده و در برخی موارد به تدریج از بین رفته است. کمبود بودجه و بالا بودن هزینه‌ها و عدم امکان تأمین منابع از منابع دولتی توسط برخی از مدیران از موانع برگزاری آموزش‌ها مطرح گردیده است. عدم بکارگیری روش‌های نوین ارایه آموزش‌ها به عقیده تمامی شرکت‌کنندگان از نقاط ضعف کلیه برنامه‌ها بوده است. به عقیده آنان، آموزش‌ها بیشتر در جهت افزایش آگاهی بوده است نه تغییر نگرش و کسب مهارت:"بیشتر کلاس‌ها به شکل سخنرانی بود نه کارگاهی" (داوطلب زن برنامه دولتی). عدم وجود دوره‌های بازآموزی برای داوطلبین به عقیده برخی از آنان جزو نقاط ضعف این بخش بوده است. به عقیده تمامی شرکت‌کنندگان به خصوص در برنامه‌های دولتی، انتقال اطلاعات و توانمندسازی مردم در اکثر موارد فقط شامل زنان می‌شود و مردان تقریباً در برنامه‌ها شرکت نمی‌کنند؛ این در حالی است که در برنامه‌های غیردولتی به عقیده اکثر شرکت‌کنندگان این نقیصه واضح نمی‌باشد.

د) درس‌های آموخته شده:

– به عقیده اکثریت مدیران و بنیانگذاران برنامه، تعهد سیاسی دولت برای اجرای موفق برنامه‌ها و توجیه مردم و کلیه ذی‌نفعان در پیشبرد مؤثر و تداوم برنامه دارای اهمیت بوده است. همین طور استفاده از نیروهای بومی در استمرار برنامه بسیار تأثیرگذار می‌باشد؛ – به عقیده برخی مدیران، موفقیت هر برنامه نیازمند تشکیل کمیته مشترک از سازمان‌های درگیر برنامه می‌باشد. ایجاد دفتر مشارکت‌های مردمی در نهادهای مختلف به خصوص وزارت بهداشت در ساماندهی مشارکت‌های مردمی و استفاده از پتانسیل بالای آنان بسیار مؤثر شناخته شده است؛ – به عقیده مدیران برنامه‌های غیردولتی، سپردن مسؤولیت‌های اجرایی و مدیریتی به ذی‌نفعان اصلی برنامه (خدمت گیرندگان) یکی از عناصر کلیدی در موفقیت برنامه بوده است و در این خصوص رابطین زن در پیشبرد برنامه‌ها به عقیده اکثر مدیران نقش مهمی داشته‌اند؛ – به عقیده اکثر داوطلبین و مدیران کلیه برنامه‌ها، تداوم برنامه‌های توانمندسازی و به روز بودن آن سبب ارتقای دانش و تغییر نگرش مردم خواهد شد.

بحث

در این مطالعه سه مفهوم اساسی در برنامه‌های اجتماع‌محور مشارکتی شامل حاکمیت و رهبری، مشارکت مردم و سایر ذی‌نفعان، و توانمندسازی مورد بررسی قرار گرفتند. طبق نتایج به دست آمده، بیشترین نقاط قوت در برنامه‌های اجتماع‌محور مشارکتی در کلیه محورهای مورد بررسی، وجود روحیه همدلی و انگیزه بالای داوطلبین در ارایه خدمات و توانمندسازی جامعه بوده است. در این میان حضور زنان و همکاری و مشارکت آنان نقشی کلیدی در پیشبرد کلیه برنامه‌ها داشته است. طبق اهداف توسعه هزاره ملل متحد، توانمندسازی زنان در ارتقای عدالت جنسیتی بسیار مؤثر بوده است و یکی از استراتژی‌های کلیدی در امر توسعه می‌باشد (۸). از طرفی توانمندسازی زنان در حیطه‌های مختلف سلامت، دارای نقشی کلیدی در ارتقای سواد بهداشتی در سطح جامعه ایفا می‌نماید (۹). گوتیرز[1] نیز در

[1] Gutierrez

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-11-28]

مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۵ انجام داد، دریافت که نقش زنان در تشکل‌های جمعیتی قابل توجه بوده و اصولاً زنان به انجام کارهای داوطلبانه راغب‌تر از مردان می‌باشند (۱۰).

از مهم‌ترین نقاط ضعف برنامه‌ها می‌توان به عدم مشارکت مردم در فرآیند تصمیم‌گیری در سطح کلان اشاره کرد که این مهم در مطالعه سازمان جهانی بهداشت در کشورهای مختلف جهان نیز نمود داشته است؛ به نحوی که سبب گردید کمیسیون تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت که زیر نظر آن سازمان فعالیت می‌نماید، بیانیه‌ای را در زمینه جلب مشارکت کلیه ذی‌نفعان در فرآیند تصمیم‌گیری به تمامی کشورها ابلاغ نماید (۱۱). عدم وجود برنامه منسجم ارزشیابی و نظارت نیز از چالش‌های مطرح شده در تمامی برنامه‌های مورد مطالعه می‌باشد که همواره به عنوان یکی از عملکردهای مهم در حاکمیت و رهبری نظام تحقیقات سلامت توسط سازمان جهانی بهداشت مطرح می‌باشد (۱۲) که متأسفانه در این برنامه‌ها جدی گرفته نشده است. عدم نهادینه شدن اکثر برنامه‌ها در نظام سلامت و عدم توجه به تطابق اجرای برنامه با اهداف، مانع به روز رسانی برنامه‌ها گردیده است واجازه اصلاح چالش و رفع موانع را نیز از میان برده است. این امر به مرور زمان، برخی از برنامه‌ها را از مسیر اصلی خود خارج نموده است.

در این مطالعه عدم وجود حمایت‌های مالی مناسب و با ثبات، یکی دیگر از موانع برنامه‌های مشارکتی خصوصاً در سازمان‌های غیردولتی بود که توانسته است سبب ناپایداری و عدم استمرار برخی برنامه‌ها و موجبات دلسردی داوطلبین را فراهم آورد. از طرفی وابستگی مالی برنامه‌های وابسته به دولت به بودجه‌های دولتی نیز سبب افزایش وابستگی برنامه‌ها به سیاست‌های کلان کشوری شده و کاهش انگیزه را به دنبال خواهد داشت. در حالی که از عوامل مؤثر در موفقیت بعضی کشورها در برنامه‌های اجتماع‌محور مشارکتی منجمله برزیل حمایت‌های مناسب مالی و مشارکت مردم در بودجه‌بندی بوده است (۱۱).

نتیجه‌گیری

توانمند سازی مردم، سازمان های غیردولتی و سیاست‌گذاران در زمینه اصول و مکانیسم‌های جلب همکاری‌های مشارکتی، تقویت کار تیمی و تأمین منابع لازم نقش بسزایی در پیشبرد برنامه‌های مشارکتی اجتماع محور ایفا می‌نماید.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل قسمتی از طرح تحقیقاتی مشترک با سازمان جهانی بهداشت با عنوان "بررسی برنامه‌های اجتماع‌محور مشارکتی سلامت در جمهوری اسلامی ایران" می‌باشد. همین طور جوانب مختلف این مطالعه در پایان نامه دکتری تخصصی پژوهشی مورد بررسی قرار گرفته است که لازم است از کلیه بنیانگذاران، مدیران، داوطلبین و گیرندگان خدمت در برنامه‌های اجتماع‌محور مشارکتی، هماهنگ کنندگان جلسات و بحث‌های گروهی، نماینده محترم سازمان جهانی بهداشت و کارشناسان مجرب آن سازمان تشکر و قدردانی به عمل آید.

References

1- Minkler ME, Wallerstein NE. Community based participatory research for health, 2nd ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2003:115-20.
2- Hohmann AA, Shear MK. Community-based intervention research: coping with the" noise" of real life in study design. Am J Psychiatry 2002; 159(2): 201.
3- Sousa A, Wagner D, Rappley M. Michigan State University College of Human Medicine- academic medicine. J Assoc Am Med Coll 2010; 85(9): S287.
4- Flicker S, Savan B, Kolenda B, Mildenberger M. A snapshot of community-based research in Canada: Who? What? Why? How? Health Educ Res 2008; 23(1): 106.
5- Behdjat H, Rifkin SB, Tarin E, Sheikh M. A new role for women health volunteers in urban Islamic republic of Iran. East Mediterr Health J 2009; 15(5): 1165.
6- Mohammadi Y, Javaheri M, Mounesan L, Rahmani K. Need assessment and priority setting in Chahestan district (Bandar abbas) by community participation. Journal of Public Health and Health Research institute 2010 8(1): 21-30. (in Persian)
7- Barbour RS, Kitzinger JE. Developing focus group research: Politics, theory and practice. Sage Publications Ltd; 1999.
8- Clemens MA, Kenny CJ, Moss TJ. The trouble with the MDGs: confronting expectations of aid and development success. World Development 2007; 35(5): 735-751.
9- Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. The Lancet 2008; 72 (9650): 1661-1669.
10- Gutierrez LM, Lewis EA. Education, Participation, and Capacity Building in Community Organizing. Community organizing and community building for healthl; 2005: 240.
11- Barten F, Mitlin D, Mulholland C, Hardoy A. Healthy governance/participatory governance, towards an integrated approach of social determinants of health for reducing health inequity.(Thematic paper for KNUS second meeting). Abridged version: Integrated approaches to address the social determinants of health for reducing health inequity. Journal of Urban Health 2007; 84(3): 35-40.
12. Pang T, Sadana R, Hanney S, Zulfiqar A, Adnan A, Jonathon S. Knowledge for better health: a conceptual framework and foundation for health research systems. Bulletin of the World Health Organization 2003; 11(81): 815-820.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-11-28]

Community-based Participatory Programs related to Health in Islamic Republic of Iran: Strengths, Challenges and Lessons learnt

Dejman M[1] (MD, PhD), Forouzan A[1] (MD, PhD), Baradaran Eftekhari M[2*] (MD, MPH), Malek Afzali H[3] (MD, PhD), Djalalinia S[4] (MSc), Paikari N[4] (MSc), Falahat K[5] (MSc), Vameghi M[1] (MD), Mirabzadeh A[6] (MD, PhD)

[1] *Department of Social Welfare, Social Determinants of Health Research Center, Welfare and Rehabilitation University of Medical Sciences, Tehran, Iran*
[2] *Undersecretary for Research and Technology, Ministry of Health and Medical Education, Social Determinants of Health Research Center, Welfare and Rehabilitation University of Medical Sciences, Tehran, Iran*
[3] *Department of Public Health, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran*
[4] *Undersecretary for Research and Technology, Ministry of Health and Medical Education; Metabolism and Endocrinology Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran*
[5] *Undersecretary for Research and Technology, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran*
[6] *Department of Social Determinants of Health, Social Determinants of Health Research Center, Welfare and Rehabilitation University of Medical Sciences, Tehran, Iran*

Received: 31 Jul 2011, Accepted: 22 Jul 2012

Abstract

Introduction: Nowadays, the development of participatory approaches with emphasis on community empowerment is recognized as an important tool in health promotion. The present study was conducted to assess the strengths, weaknesses, challenges and lessons learned from participatory community-based programs in the Islamic Republic of Iran.

Methods: In this qualitative study, thirteen community-based participatory programs related to health have been assessed in leadership, community participation/other stakeholders and capacity building themes.

Results: In this study, the main strength of leadership was volunteers` motivation in service delivery and community resource mobilization. The weak points were lack of community participation in decision-making process in national level, lack of regular monitoring and evaluation programs, and lack of appropriate policymakers` supports. In participation axes, the partnership of women was as the strength and lack of male participation and weakness of team working were as the challenges of the programs. Moreover, the participatory process of community empowerment was important as well as the other strengths in many programs and lack of appropriate update was the weak point.

Conclusion: Capacity building of community, NGOs and policymakers are important in cooperation mechanisms, partnership, team working and resource mobilization fields in development of participatory community-based programs.

Key words: empowerment, participatory community-based programs, leadership

Please cite this article as follows:

Dejman M, Forouzan A, Baradaran Eftekhari M, Malek Afzali H, Djalalinia S, et al. Community-based Participatory Programs related to Health in Islamic Republic of Iran: Strengths, Challenges and Lessons learnt. Hakim Research Journal 2012; 15(3): 185- 191.

*Corresponding Author: Azadi Avenue, opposite to Avesta Park, Undersecretary for Research and Technology. Tel: +98- 21- 64892607, Fax: +98- 21- 66582540, E-mail: eftekharimonir@yahoo.com

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-11-28]