

تحقیقات مشارکتی جامعه محور، الگویی برای ارتقای سلامت

بهروز یزدان پناه: دکترای علوم آزمایشگاهی، گروه علوم آزمایشگاهی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، یاسوج، ایران

میترا صفری: استادیار، گروه مامائی، دانشکده پرستاری و مامائی، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، یاسوج، ایران-نویسنده رابط:

mitrasafari39@gmail.com

فرح السادات بحرینی: کارشناس ارشد، مرکز توسعه، هماهنگی و ارزیابی تحقیقات، معاونت تحقیقات و فن آوری، وزارت بهداشت، درمان و آموزش

پزشکی، تهران، ایران

فرزاد وفايي: دستیار بیماری‌های کودکان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

محسن سالاری: دانشجوی دوره دکتری پرستاری کودکان، دانشکده پرستاری و مامائی، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، یاسوج، ایران

مهران یوسفی: کارشناس ارشد، سازمان مدیریت و برنامه ریزی یاسوج، یاسوج، ایران

مسعود رضایی: کارشناس ارشد، سازمان فرهنگ و ارشاد اسلامی یاسوج، یاسوج، ایران

علی حسینی: کارشناس ارشد، آموزش و پرورش، یاسوج، یاسوج، ایران

محمد حبیبیان: کارشناس ارشد، سازمان بهزیستی، یاسوج، یاسوج، ایران

دکتر فرید مرادیان: دستیار جراحی عمومی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

بهزاد یزدان پناه: دانشجوی دوره پزشکی عمومی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

عبدالخالق خرسندیان: کارشناس ارشد، آموزش و پرورش، یاسوج، یاسوج، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۱۰/۱۷ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۱/۲۱

چکیده

زمینه و هدف: تحقیقات سنتی برای حل مشکلات سلامت مردم به دلیل مشارکت محدود جامعه دچار چالش شده است. پروژه همیاران سلامت با هدف تعیین الگوی مؤثر مشارکت جامعه در حل مشکلات سلامت در شهرستان بویر احمد و دنا طراحی و اجرا شد. روش کار: این مطالعه از نوع مداخله‌ای- مشارکتی مبتنی بر جامعه است که طی سال‌های ۱۳۸۸-۱۳۸۴ به اجرا درآمد. جامعه پژوهش کلیه خانوارهای روستایی و شهری شهرستان بویراحمد و دنا بودند. کمیته راهبردی پروژه از پژوهشگران دانشگاهی، مدیران بخش سلامت و نمایندگان سایر بخش‌های مرتبط با سلامت تشکیل و شش منطقه برای انجام پروژه انتخاب شد. در هر منطقه گروه همیار سلامت با حضور نمایندگان اқشار مختلف مردم، پژوهشگران و نمایندگان سازمان‌ها و بخش سلامت تشکیل شد. توانمندسازی اعضای گروه‌ها در زمینه نیازسنجی و تعیین اولویت‌ها و روش‌های پژوهش انجام و مشکلات سلامت هر منطقه شناسایی و موضوع پژوهشی و برنامه مداخله‌ای متناسب با مشکل طراحی و اجرا شد.

نتایج: مهم‌ترین دستاورد این پروژه فرآیند طی شده جهت رسیدن به اهداف بود. اجرای شش طرح مداخله‌ای-مشارکتی جهت حل مشکلات و نیازهای دارای اولویت سلامت دستاورد دیگر این پروژه است. بعد از اجرای مداخلات، فراوانی و میانگین مشکلات و عوامل مستعدکننده آن در جامعه تحت مطالعه کاهش یافت.

نتیجه‌گیری: فعالیت گروه‌های همیار سلامت الگویی از فرآیند رویکرد برنامه‌ریزی شده به سلامت جامعه بود که به جامعه کمک می‌کند تا گروه ارتقای سلامت را تشکیل، اطلاعات را جمع‌آوری و با توجه به اولویت‌های سلامت مداخلات را طراحی و ارزشیابی کند.

واژگان کلیدی: همیاران سلامت، تحقیقات مشارکتی مبتنی بر جامعه، نیازسنجی، اولویت بندی

مقدمه

(2006). شکاف بین محققان دانشگاهی، اعضای جامعه و سازمان‌های متولی سلامت منجر به عدم استفاده از نتایج پژوهش در عمل شده است (Shoultz et al. 2006). از کل سرمایه‌های پژوهشی دنیا تنها ده درصد برای نود درصد

در دهه‌های اخیر روش‌های تحقیق سنتی متداول برای حل مشکلات سلامت مردم به دلیل مشارکت محدود جامعه دچار چالش شده است (MalekAfzali et al.)

عنوان بستری مناسب جهت توانمند شدن جامعه و انتقال مدیریت پژوهش به جامعه، تغییر دیدگاه پژوهشگران و توانمندسازی مدیران برای مشارکت در پژوهش و استفاده از نتایج تحقیقات، پیشنهاد گردید و در این زمینه تجربه‌ای سه ساله در عمل به دست آمد (MalekAfzali et al. 2006). از مدل‌های مختلفی برای فرآیند سازمان دهی و ظرفیت‌سازی جامعه استفاده شده است. یکی از مدل‌هایی که برای این کار مورد توجه قرار گرفته، «رویکرد برنامه‌ریزی شده به سلامت جامعه» است. هدف از این رویکرد، افزایش ظرفیت جوامع برای برنامه‌ریزی، اجرا و ارزشیابی فعالیت‌های ارتقاء دهنده سلامتی جهت حل مشکلات دارای اولویت است.

همیاران سلامت مدلی حاصل از خرد جمعی برخی پژوهشگران، گروه‌های تخصصی، سازمان‌ها و نمایندگان مردمی شرکت کننده در پروژه «تعیین اولویت‌های پژوهشی عرصه سلامت از طریق نیازسنجی در استان کهگیلویه و بویراحمد بود (Yazdanpanah et al. 2003). هدف آن، پیشنهاد راهکارهای جامعه محور متکی بر دانش و تئوری‌های جامع نگر سلامت جامعه است. فرآیند تشکیل و فعالیت گروه‌های همیار سلامت الگویی از مراحل فرآیند رویکرد برنامه‌ریزی شده به سلامت جامعه و شامل پنج مرحله است: ۱- بسیج کردن جامعه ۲- جمع‌آوری اطلاعات ۳- انتخاب اولویت‌های بهداشتی ۴- طراحی یک راه کار مداخله‌ای ۵- ارزشیابی (US 2010) می‌باشد.

فرآیند تعیین اولویت‌های پژوهشی حوزه سلامت در استان کهگیلویه و بویراحمد در سال ۱۳۸۲ با اجرای نیازسنجی در حیطه‌های سلامت و استخراج لیست نیازهای دارای اولویت و در ابعاد مختلف سلامت در جامعه شهری و روستایی استان انجام شد (Yazdanpanah et al. 2003). با توجه به اینکه پژوهش باید مبتنی بر مساله باشد و پردازش مسائل سلامت باعث دستیابی به حیطه‌های قابل پژوهش می‌شود، در این راستا پروژه همیاران سلامت با هدف تعیین و ارائه راه کارهای مشارکتی جهت حل مشکلات سلامت توسط گروه‌های همیار سلامت در استان

مردم دنیا به کار گرفته می‌شود. در کشورهای در حال توسعه این مشکل شدیدتر است و حتی همان پژوهش‌های اندکی که در این کشورها انجام می‌شود، جهت برطرف کردن مشکلات بهداشتی و کاهش بار بیماری‌های عمده آن کشورها نیست (Javidrozi et al. 2004). نتیجه یک مطالعه مروری نشان داده است که فقط ۰/۴ درصد از تحقیقات دانشگاهی مربوط به پژوهش‌های مداخله‌ای در حیطه سلامت است (Cameron et al. 2009). هدف از انجام تحقیقات در دانشگاه‌ها و مراکز تحقیقاتی، گسترش مرزهای دانش و انتشار مقالات در مجلات پژوهشی است. اما تحقیقات مشارکتی مبتنی بر جامعه نه تنها به گسترش دانش در دسترس می‌افزاید بلکه با درگیر ساختن افراد جامعه در فرآیند پژوهش، منجر به افزایش ظرفیت و توانایی‌های جامعه می‌شود (Nyden 2003).

تحقیقات مشارکتی مبتنی بر جامعه با ایجاد پل ارتباطی بین مردم، سازمان‌ها و دانشگاه‌ها امکان ایجاد دیدگاهی متفاوت درباره مسائل پیچیده اجتماعی و سلامت را فراهم کرده است. این رویکرد روش‌های پژوهش را با راهبردهای ظرفیت‌سازی جامعه ترکیب می‌کند. دهه‌های گذشته تحقیقات مشارکتی مبتنی بر جامعه بسیاری در حوزه‌های اجتماعی، آموزشی و خدمات سلامت و بهداشت صورت گرفته است (Shoultz et al. 2006) و شاهد افزایش سریع پروژه‌های تحقیقاتی با رویکرد مشارکتی بوده است. این رویکرد به تحقیق با تشویق مشارکت فعال اعضای جامعه با پژوهشگران دانشگاهی، روش جایگزینی را در عملکرد تحقیقات سنتی ارائه می‌دهد (O'Fallon and Dearry 2002). پژوهشگران از این رویکرد به تحقیق برای مطالعات مرتبط با گروه‌های آسیب پذیر جامعه استفاده کرده اند (Fredland 2010).

سال ۱۳۸۰ در ایران پژوهش‌های مشارکتی مبتنی بر جامعه به عنوان راهکاری جهت حل مشکلات و کاربردی کردن نتایج تحقیقات با ایجاد پایگاه تحقیقات جمعیتی به

رسانی جهت اهداف، روش و فواید پروژه به مردم این مناطق به صورت حضوری و سخنرانی در مساجد، مراکز بهداشتی و درمانی و مدارس صورت گرفت و بعد از جلب مشارکت آنان در اجرای پروژه، آنان خواسته شد که برای تشکیل گروه همیار سلامت در هر منطقه نمایندگانی از اقشار مختلف معرفی نمایند. گروه های همیار سلامت با حضور نمایندگان اقشار مردم، پژوهشگران و نمایندگان سازمان ها و سایر بخش های متولی سلامت در گروه های ۱۵ تا ۲۰ نفره در شهرستان های بویراحمد و دنا، تشکیل شد.

قابل ذکر است که جهت افزایش همکاری و نیز انجام هماهنگی لازم با مسئولان منطقه، طرح در شورای بهداشت شهرستان بویراحمد و شورای فرهنگ عمومی شهرستان دنا مطرح و مورد حمایت مسئولان قرار گرفت.

به منظور توانمندسازی اعضای گروه های همیار سلامت مناطق مختلف جهت انجام نیازسنجی بر اساس روش های کمی و کیفی و تهیه اولویت های پژوهشی منطقه براساس فهرست نیازها و بر پایه ضوابط تعیین شده، کارگاه آشنایی با اصول نیازسنجی و تعیین اولویت های پژوهشی با حضور اعضای گروه های همیار سلامت برگزار شد. مدرسان کارگاه ها غالباً از پژوهشگران عضو کمیته راهبردی همیاران سلامت بودند. بعد از گذراندن دوره ها اعضای گروه های همیار سلامت اقدام به اجرای نیازسنجی و تعیین مشکلات در منطقه خود نمودند. از روش های مختلف جمع آوری اطلاعات از جمله مصاحبه با مردم، استفاده از فرم های نظرخواهی، مصاحبه و مشورت با افراد کلیدی و ذی نفوذ و کارشناسان هر منطقه، بحث متمرکز گروهی (Focus Group Discussion)، مراجعه به آمار و اطلاعات نظام سلامت در هر منطقه، تحقیقات و مطالعات انجام شده مرتبط با سلامت در هر منطقه و اطلاعات به دست آمده از پروژه تعیین اولویت های پژوهشی حوزه سلامت از طریق نیازسنجی در استان کهگیلویه و بویراحمد استفاده گردید (Yadanpanah et al. 2003).

جهت آشنایی گروه های همیار سلامت با اصول و مبانی روش تحقیق، توصیف و تحلیل ساده داده ها با استفاده از

کهگیلویه و بویراحمد در شهرستان بویراحمد و دنا طراحی و اجرا گردید.

روش کار

مطالعه حاضر، مطالعه ای مداخله ای- مشارکتی مبتنی بر جامعه است که طی سال های ۱۳۸۸-۱۳۸۴ به اجرا درآمد. جامعه پژوهش کلیه خانوارهای روستایی و شهری شهرستان بویراحمد و دنا بودند.

با توجه به اصول و مبانی پژوهش های مشارکتی مبتنی بر جامعه به منظور توجیه برنامه با سیاست گذاران، دانشگاهیان، مدیران بخش سلامت، پژوهشگران رشته های مختلف دانشگاهی، افراد با نفوذ محلی و نمایندگان مردم در شورای شهر و شورای فرهنگ عمومی، نمایندگان سایر بخش های مرتبط با سلامت و سایر ذی نفعان شهرستان- های بویراحمد و دنا گفتگو و مشاوره به عمل آمد و مشارکت و همکاری آنان در اجرای پروژه جلب شد. سپس کمیته راهبردی با حضور نمایندگان این گروه ها تشکیل شد.

برای انتخاب مناطق مورد نظر شهری و روستایی از معیارهایی مانند (امکان دسترسی آسان، بعد مسافت، داشتن سابقه فعالیت های اجتماعی مشارکتی داوطلبانه، وضعیت اقتصادی- اجتماعی متوسط به پایین، پایین بودن میزان مهاجرت دهی و مهاجرت پذیری در منطقه (MalekAfzali et al. 2006)، توجه به تقسیمات کشوری دو شهرستان بویراحمد و دنا) جهت اجرای پروژه استفاده گردید.

در شهرستان بویراحمد: منطقه شهری غرب یاسوج، از بخش سررود روستای وزگ، از بخش کاکان روستاهای حاجی علی خانی و منصور خانی کاکان انتخاب شدند.

در شهرستان دنا: از بخش مرکزی دنا روستای بیاره، از بخش کبگیان روستای چیتاب و از بخش پاتاوه و سادات محمودی روستای بنستان انتخاب شدند.

اطلاعات جمعیتی و اطلاعات لازم جهت شناسایی منابع موجود در این مناطق جمع آوری شد و اطلاع

تحقیقاتی، ده مشکل عمده سلامت هر منطقه در جلسات کمیته راهنمای همیار سلامت هر منطقه شناسایی شد. با در نظر گرفتن معیارهای اولویت بندی با توافق گروه معیارهای اجرایی شامل وسعت مشکل، شدت مشکل، امکان حل مشکل و هزینه حل مشکل انتخاب و با دادن وزن به هر معیار، مشکلات با احتساب امتیاز کسب شده اولویت بندی گردیدند. سپس در کمیته راهبردی همیاران سلامت مشکلات اولویت دار همه مناطق مورد بحث و بررسی و تبادل نظر قرار گرفتند و بر اساس اینکه برای حل مشکل اولویت دار علم و راه کار وجود دارد یا خیر، برنامه اجرایی و یا موضوع پژوهشی مطرح گردید و سرانجام با توجه به اولویت بندی موضوعات، جهت هر منطقه موضوع اولویت- دار پژوهشی تعیین و اعلام گردید.

نتایج

مهمترین دستاورد این پروژه فرآیند طی شده و روش انجام شده در جهت رسیدن به اهداف می باشد. اجرای شش طرح مداخله‌ای-مشارکتی جهت حل مشکلات و نیازهای دارای اولویت سلامت، دستاورد دیگر این پروژه می باشد. از نتایج مهم این پژوهش، مشارکت نسبتاً بالای مردم در مراحل مختلف پروژه در مناطق مورد نظر است و حدود سه چهارم جمعیت هدف در مراحل مختلف مشارکت داشته‌اند. در این مطالعه در منطقه غرب یاسوج ۸۴/۸ درصد خانوارها در اجرای پروژه مشارکت داشتند. در روستاهای کاکان، ۸۶ درصد خانوارها شرکت داشتند که ۳۴ درصد (۱۶۶ نفر) این افراد در جلسات و کارگاه‌ها شرکت نمودند، ۵۵/۷ درصد (۲۶۹ نفر) نیز توسط اعضای گروه همیار سلامت با برنامه اجرایی آشنا شدند و ۰/۲ درصد (۱ نفر) از طریق جزوه آموزشی، در روستای وزگ، میزان شرکت در برنامه‌های مختلف آموزشی ۸۶/۵ درصد بود. که ۶۵ نفر (۱۴/۸ درصد) آنها مشارکت فعال از طریق شرکت در کارگاه‌ها و جلسات آموزشی و ۳۱۶ نفر (۷۲ درصد) بوسیله اعضای همیار سلامت روستا و ۵۲ نفر (۱۱/۸ درصد) از طریق جزوات توزیع شده از مفاد برنامه‌های آموزشی آگاه شده بودند. در

ابزارهای مناسب، مشارکت جهت تدوین برنامه مداخله برای ارائه راه کارهای حل مشکلات سلامت و اجرا و ارزشیابی مداخلات، کارگاه آشنایی با اصول روش تحقیق با حضور اعضای گروه‌های همیار سلامت مناطق شش گانه در محل سالن‌های جمعیت هلال احمر استان و دانشکده پرستاری و مامایی در یاسوج برگزار شد.

این طرح علاوه بر کمیته راهبردی و هماهنگ کننده- های محلی دارای گروه‌های کاری، گروه جامعه، و کمیته راهنما بود. هرگروه جامعه شامل ۲۰ تا ۴۰ نفر بودند که ترکیب و ساختار جامعه را منعکس می نمودند و اعضای آن دارای مهارت‌ها و خصوصیات لازم برای انجام برنامه بودند. تعداد اعضای کمیته راهنما ۱۰ تا ۱۵ نفر بودند که وظیفه کمک به هماهنگ کننده محلی، انتخاب گروه‌های کاری برای وظایف خاص، کمک به شناسایی منابع، تسهیل ارتباط بین گروه‌های کاری و جامعه را به عهده داشتند اعضای این گروه‌ها عمدتاً از گروه جامعه انتخاب می شدند و به کمیته راهبردی و راهنما نیز کمک می کردند. هماهنگ کنندگان نیز، یک تا دو نفر از اعضای کمیته راهبردی که با منطقه آشنایی داشته و توانایی‌های لازم را دارا بودند انتخاب گردیدند. جهت انجام نیازسنجی در هر منطقه و تعیین اولویت‌ها فرم‌هایی جهت نظرخواهی از مردم برای مشخص کردن ده مشکل عمده بهداشتی درمانی منطقه خود، توسط اعضای کمیته راهنما طراحی و با کمک مراکز بهداشتی درمانی و خانه‌های بهداشت و اعضا گروه جامعه در این مناطق توزیع گردید. بعد از جمع‌آوری این فرم‌ها و جمع بندی آن‌ها در هر منطقه و با در نظر گرفتن اطلاعات گردآوری شده از طرق مختلف از قبیل مشکلات مطرح شده در جلسات بحث‌های متمرکز گروهی برگزار شده توسط مجری و همکاران با اعضا کمیته راهبردی و راهنما و اقشار مختلف مردم، اطلاعات جمع‌آوری شده توسط نمایندگان مردمی عضو گروه همیار سلامت هر منطقه در طی تماس‌ها و برخوردهای روزمره با مردم، داده‌ها و آمارهای موجود در مراکز بهداشتی و درمانی و تحقیقات و تجربیات و سوابق

کردن زمینه حضور فعال، مستمر و همه جانبه ذی‌نفعان در تمام مراحل پژوهش، احترام نسبت به کلیه شرکت کنندگان و تلاش جهت مشارکت گروه‌های پرخطر و پر نیاز، انتقال مدیریت و رهبری تحقیق به جامعه از طریق مشارکت دادن کلیه ذی‌نفعان در فرآیند پژوهش و ایجاد احساس مالکیت در آن و برقراری ارتباط و همکاری با مراکز و سازمان‌های دیگر که این زمینه فعالیت می‌کنند، طراحی و اجرا شده است. (Jamshidi et al. 2004).

از دست آوردهای مهم این فرآیند، ایجاد نظام اطلاعاتی پایدار نیازها و منابع، مشارکت همه جانبه افراد جامعه، دسترسی به مجموعه‌ای از اولویت‌ها و برنامه‌های عملیاتی برای پاسخ دادن به نیازهای جامعه، دسترسی به برنامه‌ای برای پایش و ارزشیابی نظام تن درستی می‌باشد (Zamani et al. 2005).

یافته‌های مربوط به اثر بخشی مداخلات مشارکتی انجام شده در مناطق ششگانه در خصوص مشکلات اولویت‌دار با مطالعات متعدد مشارکتی و جامعه محور در کشورها و جوامع دیگر مبنی بر موثر بودن چنین مداخلاتی همسواست (Daniel et al. 1999; Marcus et al. 2004; Patrick and Lawrence 1995; Noha et al. 2010; Nacapoy et al. 2008; Zlotnick et al. 2010).

یافته‌های پژوهش در مورد میزان مشارکت مردم در مراحل مختلف پروژه در مناطق مورد نظر حاکی از مشارکت نسبتاً بالای آنان است و حدود سه چهارم جمعیت هدف در مراحل مختلف مشارکت داشته‌اند. که این از نقاط قوت مطالعه حاضر به شمار می‌آید زیرا جلب مشارکت مردم از اصول بنیادی رویکرد مشارکتی مبتنی بر جامعه است. جلب مشارکت جامعه در برنامه‌ریزی‌های مداخله‌ای به توانمندسازی جامعه بستگی دارد. این توانمندسازی زمانی حاصل می‌شود که جامعه درک کند مشکلی وجود دارد و دانش و مهارت مردم برای تعیین مشکل به کار گرفته شود (Jamshidi et al. 2004). مطالعات اشاره شده فوق و مطالعات مختلف جامعه محور در زمینه‌های دیگر با استفاده از روش‌های مشابه مطالعه حاضر در جلب مشارکت مردم

روستای بیاره ۱۴۷ نفر (۹۲ درصد) جمعیت هدف در بررسی اولیه شرکت کردند. شرکت ساکنین روستا نیز در برنامه‌های آموزشی فعالانه بود و در هر جلسه حدود ۲۰۰-۱۵۰ نفر از اهالی روستا شرکت داشتند. در روستای چیتاب ۴۲۴ نفر (۷۰/۶ درصد) در مراحل اولیه و ۲۸۲ نفر (۶۶/۷ درصد) در مراحل بعدی مشارکت داشتند. در روستای بنستان، یافته‌های پژوهش نشان داد که در طی کارگاه‌ها و برنامه‌های مختلف آموزشی بنا به مستندات موجود میزان مشارکت افراد مورد مطالعه ۷۰/۵ درصد بود. در این مطالعه در هر منطقه ده حیطه سلامت دارای اولویت توسط گروه‌های همیار سلامت تعیین شد. (جدول ۱) سپس برای اولویت اول هر منطقه عنوان پژوهش مداخله‌ای برای حل آن مشکل استخراج گردید. (جدول ۲)

بحث

فرآیند تشکیل و فعالیت گروه‌های همیار سلامت فرآیندی علمی و جامعه محور بوده و بر دانش و تئوری‌های آموزش بهداشت و ارتقای سلامت استوار است (U.S 2010). این فرآیند به جامعه کمک می‌کند تا تیم ارتقای سلامت تشکیل داده، اطلاعات را جمع‌آوری کرده و با توجه به اولویت موضوع بهداشتی، مداخلات را طراحی و سپس ارزشیابی کند. تشکیل گروه‌های همیار سلامت در مناطق مورد نظر با ویژگی‌هایی و فرآیند طی شده و مشارکت قابل قبول جمعیت هدف در هر منطقه و اثربخشی این مداخلات در رابطه با اهداف مورد نظر، موید این است که پروژه تحقیقات مشارکتی مبتنی بر جامعه حاضر، مطابق الگوی انتخاب شده انجام شده و اصول پایه در پژوهش مشارکتی مبتنی بر جامعه شامل: سازماندهی مردم به منظور استفاده بهینه از منابع موجود در جامعه، مشارکت کلیه ذی‌نفعان در همه مراحل فرآیند پژوهش، توانمندسازی جامعه برای مدیریت پروژه‌های تحقیقاتی، انجام پژوهش در راستای اولویت‌ها، طراحی مداخلات بر اساس آداب، رسوم و فرهنگ جامعه، فراهم

میدارند." زمانی می‌توان پروژه‌های مشارکتی جامعه محور را پایان یافته تلقی نمود که موجودیت آن را فراتر از حد منابع و سرمایه اختصاص داده شده تضمین نمود. این مهم از طریق جستجو و جلب منابع و سرمایه‌گذاری یا تربیت افرادی از جامعه برای تضمین آینده چنین پروژه‌هایی امکان پذیر است. اوفالون و دیری (Ofallon and Dearr 2002) اصول نایل شدن به منافع تحقیقات مشارکتی را چنین بر می‌شمارند، اعتمادسازی بین پژوهشگران و جامعه، افزایش ارتباط سوال تحقیق با نیازهای جامعه و دغدغه‌های پژوهشگران، افزایش کمیت و کیفیت داده‌های به دست آمده، افزایش استفاده و کاربرد داده‌ها، افزایش توزیع و انتشار داده‌ها، انتقال نتایج تحقیق برای تصمیم‌سازی و سیاست‌گذاری، ایجاد سوالات پژوهشی جدید و گسترش مداخلات در مشکلات گوناگون جامعه، ساختن شالوده و تداوم این تغییرات با تربیت نیروهای ماهر و رهبری‌کننده از افراد جامعه.

نتیجه‌گیری

از آنجا که در اکثر موارد در مناطق مورد نظر اثر بخشی مداخلات تایید گردید، میتوان چنین استنتاج نمود که همیاران سلامت می‌توانند به عنوان الگویی برای ارتقای سلامت جامعه با ایجاد مشارکت اجتماعی، توانمند سازی جامعه و عزم و اراده در بین ذی‌نفعان سلامت به منظور ارائه راه کار جامعه محور حل مشکلات سلامت در جامعه ما مورد استفاده قرار گیرد.

فرآیند طی شده برای تشکیل گروه‌های همیار سلامت در مناطق مختلف به نظر می‌آید بزرگترین دستاورد این پروژه باشد زیرا مبتنی بر اصول پژوهش مشارکتی بوده و با این رویکرد دستیابی به اهداف مورد نظر امکان پذیر بوده است. این پروژه توانسته است گامی اساسی در بیان نیاز مشارکت ذی‌نفعان سلامت در عرصه تعیین مشکلات اولویت‌دار و برنامه‌ریزی برای ارائه راه کار حل مشکل و نیز تلاش جمعی برای اجرای برنامه‌های عرصه سلامت بردارد. همچنین در تلفیق دانش و آگاهی و اراده و مشارکت جمعی

جهت حل معضلات سلامت با میزان مشارکت کم و بیش مشابه در جوامع مختلف همراه بوده است که رکن اصلی چنین مطالعاتی است (Holkup et al. 2004; Mary Manandhar et al. 2009; Teufel-Shone et al. 2006; Hazel and Michael 2010).

به رغم دست آوردها این پروژه با چالش‌ها و محدودیت‌هایی نیز در اجرا مواجه بوده است. گستردگی کار و ابعاد مختلف شکل دهی مشارکت اقشار مختلف مردم و همکاری ذی‌نفعان با توجه به اختلاف سطح فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی و سلاقی آنها صبر و حوصله و پشتکار و انعطاف پذیری زیادی از جانب پژوهشگران و حمایت‌کنندگان چنین پژوهش‌هایی را می‌طلبد. علیرغم تلاش دست‌اندرکاران پروژه در این زمینه گاهی با پدیده عدم اعتماد به یکدیگر و نتایج تحقیق در بخش‌های مختلف درگیر در مطالعه و مشارکت‌کنندگان و پژوهشگران و عامه مردم مشاهده می‌شد. پژوهشگران دانشگاهی نسبت به توان علمی نمایندگان اقشار مختلف جامعه و از سوی دیگر مردم نیز به سرانجام مشارکت در چنین فعالیت‌هایی بی‌اعتماد بودند. اثر بخشی برخی از مداخلات به زمان بیشتری برای ملموس بودن تغییرات نیاز داشت که بنابه دلایل وجود محدودیت‌هایی در زمینه اجرایی و منابع و پیش‌بینی مشکلات ایجادشده در اثر گذشت زمان باعث می‌شد که زمان مناسب را برای مشاهده چنین تغییراتی اختصاص داده نشود.

به علت تغییر در مدیریت‌ها و اختلاف دیدگاه‌ها، نگرش و سلاقی مدیران، حمایت سازمان‌های درگیر و به ویژه دانشگاهیان در طول اجرای پروژه دچار خدشه می‌شد و باتوجه به اینکه همکاری بین بخشی از اصول مهم اجرای چنین پروژه‌هایی است می‌توانست در پیشبرد مراحل مختلف پروژه اختلال ایجاد کند.

تجربیات مطالعاتی از این نوع در داخل کشور (MalekAfzali et al. 2006) و مطالعات خارجی با چالش‌هایی مشابه روبرو بوده‌اند. Holdkup و همکاران (Holdkup et al. 2003) در این زمینه چنین اظهار

ارشاد و فرهنگ اسلامی استان، سازمان بهزیستی شهرستان بویر احمد، فرمانداری شهرستان بویر احمد، شورای شهر یاسوج، شورای بهداشت شهرستان بویراحمد، شبکه بهداشت و درمان شهرستان دنا، شورای فرهنگ عمومی شهرستان دنا و ناظرین و مشاورین محترم طرح اعضای گروه همیار سلامت مناطق و همکاران پروژه- و خانوارهای محترم مناطق مختلف که بدون همکاری صمیمانه و پر تلاش آن ها اجرای این پروژه امکان پذیر نبود.

توانسته است مبانی قوی را در سطح جامعه موردنظر مطرح نماید.

تشکر و قدردانی

از شورای فن آوری استان کهگیلویه و بویراحمد که حمایت مالی این طرح را به عهده داشت و دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، اداره تربیت بدنی شهرستان بویر احمد، اداره آموزش و پرورش شهرستان بویر احمد، سازمان هلال احمر استان کهگیلویه و بویراحمد، اداره

جدول ۱- فهرست حیطه های سلامت دارای اولویت برحسب منطقه و روستاهای استان کهگیلویه و بویراحمد ۸۸-۱۳۸۴

منطقه اولویت	منطقه غرب شهر یاسوج	روستای کاکان	روستای وزگ	روستای بیاره	روستای چیتاب	روستای بنستان
۱	بیماری دیابت	بیماری های گوارشی	سوء مصرف مواد مخدر	کمردرد و پا درد	بیماری های قلبی و عروقی	پایین بودن مهارت- های زندگی در خانوارها
۲	بیماری هپاتیت	مشکلات بهسازی محیط، مسکن و محیط زیست	ناهنجاری های اجتماعی	بالا بودن فشار خون	بروز خودکشی و حوادث و سوانح	عدم آگاهی در خصوص تغذیه صحیح و سوء تغذیه
۳	بیماری های قلبی و عروقی	مشکلات اجتماعی و اقتصادی	عدم دسترسی مناسب به آب آشامیدنی سالم	بیماری های گوارشی	مناسب نبودن روش- های طبخ و نگهداری مواد غذایی	افسردگی روحی و روانی
۴	بیماری های گوارشی	مشکلات عادات زیستی و تغذیه ای	بالا بودن میزان سرطان ها	نامناسب بودن دفع زباله	رواج بالای خود درمانی	وجود ناراحتی های عصبی بین کودکان و نوجوانان
۵	بالا بودن حوادث و سوانح ترافیکی	بیماری های عفونی و بیماری های زنان	بالا بودن میزان حوادث جاده ای	بالا بودن چربی خون و قند خون	اختلالات روانی	رواج ازدواج های فامیلی
۶	پایین بودن رعایت بهداشت فردی، همگانی و محیطی	مشکلات اجتماعی- فرهنگی ازدواج	شیوع استرس و مشکلات روانی	بیماری های قلبی	بالا بودن نازایی و دیگر بیماری های زنان	کاهش نسل به نسل قد و وزن افراد روستا
۷	مشکلات تغذیه ای	کمبود امکانات بهداشتی- درمانی	دفع غیر بهداشتی فاضلاب	نامناسب بودن بهسازی روستا	پایین بودن مشارکت مردان در برنامه های تنظیم خانواده	عدم تمایل جوانان به ادامه تحصیل
۸	کمردرد و پا درد	اعتیاد	دفع غیر بهداشتی زباله	بیماری های انگلی	رایج نبودن الگوهای مناسب تغذیه ای و شیوه های زندگی	بالا بودن بیکاری، فقر، بیسوادی و مشکلات رفاهی در روستا
۹	بالا بودن اعتیاد در منطقه	رواج خود درمانی و استفاده نابجا از گیاهان دارویی	بالا بودن میزان بیماری های کلیوی	نبودن پزشک در روستا	ناسالم بودن آب آشامیدنی	عدم رعایت بهداشت فردی و همگانی
۱۰	بیماری های روحی و روانی	مشکلات آب آشامیدنی سالم	افسردگی	بیماری های دهان و دندان	دفع غیر بهداشتی زباله و فاضلاب	رشد بی رویه جمعیت

جدول ۲- عناوین پژوهشی استخراج شده از مشکلات اولویت دار هر منطقه و روستاهای استان کهگیلویه و بویراحمد ۸۸-۱۳۸۴

منطقه	مشکل دارای اولویت	طرح مداخله ای اجراشده
منطقه غرب شهر یاسوج	بیماری دیابت	اثر مراقبت های جامعه محور بر کنترل دیابت و عوامل خطر آن در منطقه غرب شهر یاسوج سال
روستای کاکان	بیماری های گوارشی	اثر آموزش برنامه جامعه محور اصلاح عادات زیستی و الگوهای مناسب تغذیه ای بر سوء هاضمه در روستاهای حاجی علی خانی و منصورخانی کاکان
روستای وزگ	سوء مصرف مواد مخدر	اثر آموزش برنامه پیشگیری جامعه محور سوء مصرف مواد مخدر بر کاهش رفتارهای پرخطر در روستای وزگ
روستای بیاره	کمردرد و پا درد	تأثیر اجرای برنامه های جامعه محور ورزش های کششی و رعایت مکانیک مناسب بدن بر کمردرد در جمعیت ۳۰ تا ۶۵ سال روستای بیاره
روستای چیتاب	بیماری های قلبی و عروقی	اثر ترویج الگوهای سالم زندگی بر کاهش عوامل خطر ساز بیماری های قلبی - عروقی در جمعیت ۳۰ تا ۶۵ سال روستای چیتاب
روستای بنستان	پایین بودن مهارت های زندگی در خانوارها	اثر آموزش مهارت های زندگی بر بهبود عملکرد مهارتی مردم روستای بنستان

References

- Cameron, R., Riley, BL., Campbell, HS., Manske, S. and Lamers-Bellio, K., 2009. The imperative of strategic alignment across organizations: The experience of the Canadian Cancer Society's Centre for Behavioral Research and Program Evaluation. *Canadian Journal of Public Health*. **100**(1), pp.127-130.
- Daniel, M., Green, LW., Marison, SA., Gambel, D., Herbert, C., Hertzman, CP. And Sheps, S., 1999. Effectiveness of community directed diabetes prevention and control in a rural Aboriginal population in British Columbia, CANADA. *SocSci Med*, **48**(6), pp. 815-32.
- Fredland, NM., 2010. Nurturing Healthy Relationships through a Community-based Interactive Theater Program. *Journal of Community Health Nursing*. **27**(2), pp.107-118.
- Hazel, T. and Michael, D., 2010. The science of primary health-care improvement: potential and use of community-based participatory research by practice-based research networks for translation of research into practice. *ExpBiol Med*. **235**(3), pp. 290-299.
- Holkup, PA., Tripp-Reimer, T., Salois, EM. and Weinert, C., 2004. Community-based participatory research: an approach to intervention research with a Native American community. *ANSAdvNurs Sci*; **27**(3), pp.162-75.
- Jamshidi, A., Majdzadeh, R., Azizi, M., Bakhtari, A., Zebardast, J. and Tavooosi, A., 2004. Review of population research station. 1st ed. Office of Undersecretary for Research and Technology of Tehran University. Tehran, pp. 3-19. [In Persian]
- Javidrozi, M., Bagherinegad, S. and Hossienpour, AR., 2004. Essential national health research and priority setting. 1st ed. Andishmand Publisher, Tehran: pp. 10.
- MalekAfzali, H., Bahraini, F., Setareh Foruzan, A., Jamshidi, A., Shahandeh, KH., Shoghli, A. and Mohammad Rezaee, N., 2006. Community based participatory research. 1st ed, Ministry of Health and Medical Education, Office of Undersecretary for Research and Technology, Tehran: pp.7-8 [In Persian]
- Marcus, T., Walker, TS., Swint, MJ., Smith, PB., Brown, C., Busen, N., Edward, T., Liher, P., Taylor, WC., Williams, D. and Stenberg, KV., 2004. Community-based participatory research to prevent substance abuse and HIV/AIDS in African-American Community-based participatory research to prevent substance abuse and HIV/AIDS in African-American adolescents. *Journal of Interprofessional Care*; **18**(4), pp. 347-359.
- Mary Manandhar, M., Maimbolwa, M., Muulu, E., Mwange Mulenga, M. and O'Donovan, D., 2009. Intersectoral debate on social research strengthens alliances, Advocacy and action for maternal survival in Zambia. *Health Promotion International*; **24**(1), pp. 58-67.
- Nacapoy, AH., Kaholokula, JK., West, MR., Dillard, AY., Leake, A., Kekauoha, BP. and Palakiko, DM., 2008. Partnerships to address obesity disparities in Hawai'i: the PILI 'Ohana Project. *Hawaii Med J*. **67**(9), pp. 237-41.
- Noha, H., William, EM., David, MT., Cee, EK., Kathryn, A. and June, EE., 2010. Evaluation of a community-based participatory physical activity promotion project: effect on cardiovascular disease risk profiles of school employees. *BMC Public Health*. **10**(2), pp. 313.
- O'Fallon, LR. and Dearry, A., 2002. Community based participatory research as a tool to advance environmental health sciences. *Environmental Health*. **110**(2), pp. 155-9.
- Patrick, M. and Lawrence, WG., 1995. Arthritis Self-management in Native Populations of British Columbia: An Application of Health Promotion and Participatory Research Principles in Chronic Disease Control. *Canadian Journal on Aging*; **14**(1), pp. 1-7.

- Nyden, P., 2003. Academic incentives for faculty participation in community-based participatory research. *J Gen Intern Med.* **18**(7), pp. 576–585.
- Shoultz, J., Oneha, MF., Magnussen, L., Hla, MM., Brees-Saunders, Z., Cruz, MD. and Douglas, M., 2006. Finding solutions to challenges faced in community-based participatory research between academic and community organizations. *J Interprof Care.* **20**(2), pp.133-44.
- Teufel-Shone, NI., Siyuja, T., Watahomigie, HJ. and Irwin, S., 2006. Community-based participatory research: conducting a formative assessment of factors that influence youth wellness in the Hualapai community. *Am J Public Health;* **96**(9), pp. 1623-1628.
- US., 2010. Department of Health and Human Services. Planned Approach to Community Health: Guide for the Local Coordinator. Available at [http:// www.cdc.gov/nccdphp/patch/](http://www.cdc.gov/nccdphp/patch/).
- Yazdanpanah, B., Pourdanesh, F., Safari, M. Rezayee, M., Ostovar, R., Afshoon, E. and Moradian, F., 2003. Health research priority setting by need assessment in Kohgiluyeh and Boyer-Ahmad province. University of Medical Sciences *Armaghan-danesh journal of Yasuj.* **8**(31), pp. 1-18 [In Persian].
- Zamani, Gh. and HolakooiNaini, K., 2005. Evaluation of Health Needs. In: Malekafzali H, Majdzadeh R, Fotohi A, Tavakoli S (editors). *Methodology of applied research.* 1st ed. Tehran University of Medical Sciences, pp. 92-103.
- Zlotnick, C., Wright, M., Sanchez, RM., Kusnir, RM. and Te'o-Bennett, I., 2010. Adaptation of a community-based participatory research model to gain community input on identifying indicators of successful parenting. *Child Welfare;* **89**(4), pp. 9-27.

Community Based Participatory Research, a model for health promotion

Yazdanpanah, B., Medical Laboratory Doctor, Department of Laboratory Sciences, Faculty of Para medicine, Yasuj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran

Safari, M., Ph.D. Assistant Professor, Department of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Yasuj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran- Corresponding Author. mitrasafari39@gmail.com

Bahraini, F., MSc. Center of Research Development, Coordination and Evaluation, Office of Undersecretary for Research and Technology, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran

Vafae, F., Resident of Pediatrics, Department of Pediatrics, Faculty of Medicine. Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

Salari, M., PhD. Student, Department of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Yasuj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran

Yosefi, M., MSc. Office of Planning and Management, Yasuj, Iran

Rezayee, M., MS., Office of Culture and Islamic Guidance, Yasuj, Iran

Hosseni, A., BSc. Office of Education and Training, Yasuj, Iran

Habibian, M., MSc. Office of Welfare, Yasuj, Iran

Moradian, F., Resident of Surgery, Department of Surgery, Faculty of Medicine, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

Yazdanpanah, B., MD. Student, of Medicine, Faculty of Medicine, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

Khorsandian, A., BSc. Office of Education and Training, Yasuj, Iran

Received: Jan 7, 2012

Accepted: Apr 10, 2012

ABSTRACT

Background and Aim: Current traditional research methods for solving social problems were challenged due to limited participation of community. The health companion project was carried out with the aim of determining effective model of community participation for solving health problems in Boyerahmad and Dena township.

Materials and Methods: This study is a community based participatory research performed in Kohgiluyeh and Boyer-Ahmad province 2005-2009. The study population was the entire rural and urban households of Boyer-Ahmad and Dena county. The strategic committee of project including academic researchers, managers of health and health related sectors was formed and this committee selected six regions for research activities. In each region local directing group; "health companion" was established with participation of stakeholders: academic researchers, local leaders, health providers and public representatives to guide all aspects of project. The members of the group empowered and enabled by attending training workshops for need assessment, priority setting, research methodology that through these activities the health problem priorities of the regions were recognized, the research area determined and intervention programs were designed and implemented according to these research area.

Results: The most important achievement of this project is the methods of activities to reaching goals. Implementation of six participatory interventional proposal for solving health problems and needs are the other achievement. The frequency and means of health problems and their risk factors significantly reduced after the completion of intervention program in each region.

Conclusion: Establishing and activities of health companion groups followed model of Planned Approach to Community Health (PATCH) that help community to form health promotion team, collecting and organizing of data, choosing health priorities, developing a comprehensive intervention plan and evaluation.

Key words: Health companion, Community based participatory research, Need assessment, Priority setting