Archive of SID

چهارچوب نظری پایگاه تحقیقات جمعیت: بستری برای اجرای برنامه‌های ارتقای سلامت

دکترسیدرضامجدزاده:* دانشیار، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
انسیه جمشیدی: کارشناس، پایگاه تحقیقات جمعیت، معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر صدف قاجاریه سپانلو: کارشناس، پایگاه تحقیقات جمعیت، معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران
مهندس عباس وفایی زنوز: معاون طرح و هماهنگی، شهرداری منطقه ۱۷ تهران
خندان شاهنده: کارشناس، پایگاه تحقیقات جمعیت، معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر سید حمید کمالی: پزشک، مرکز بهداشت جنوب، معاونت سلامت دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر محمد جواد محسنی: پزشک، مرکز بهداشت جنوب، معاونت سلامت دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر محمدرضا عفت پناه: دستیار روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران
دکتر علیرضا زرین آرا: کارشناس، اداره پژوهش، معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر باقر لاریجانی: استاد، گروه غدد درون ریز و متابولیسم، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

فصلنامه پایش
سال چهارم شماره دوم بهار ۱۳۸۴ صص ۸۹-۸۱
تاریخ پذیرش مقاله:۱۳۸۳/۹/۳

چکیده

اکنون چندین سال از تأسیس و فعالیت پایگاه‌های تحقیقات جمعیت در سراسر کشور می‌گذرد و طی این مدت، پایگاه‌ها در حیطه عمل به موفقیت‌هایی دست یافته‌اند. با این حال پیش زمینه نظری این فعالیت‌ها به بحث و بررسی بیشتری نیاز دارد. همچنین، چهارچوب نظری که پایگاه‌های هریک از دانشگاه‌های علوم پزشکی برای فعالیت‌های خود اتخاذ کرده‌اند، به دقت تبیین نشده و یا به دیگران به درستی انتقال پیدا نکرده است. رسالت این پایگاه‌ها « ارتقای مهارت‌های مردم، دانشگاه و سایر نهادهای مدنی در جهت توسعه انسانی از طریق مشارکت همه جانبه در ارتقای سلامت» است. لذا به‌نظر می‌رسد مناسب است شیوه‌های عملی درگیر شدن این پایگاه‌ها در برنامه‌های ارتقای سلامت در چهارچوب منظمی ارایه گردد. پایگاه تحقیقات جمعیت دانشگاه علوم پزشکی تهران نیز همگام با پایگاه‌های سایر دانشگاه‌های علوم پزشکی، ضرورت وجود یک چهارچوب نظری را برای جهت دادن به فعالیت‌ها و دستاوردهای پایگاه و در نتیجه مستحکم کردن موقعیت آن بیش از پیش درک کرده است. این پایگاه، رویکرد برنامه ریزی شده به سلامت جامعه (Planned Approach to Community Health-PATCH) را به عنوان چهارچوبی مناسب برای شکل دادن به فعالیت‌های خود در جهت دستیابی به اهداف کلی و اختصاصی پایگاه در منطقه ۱۷ شهرداری تهران انتخاب کرده است و سعی دارد نتایج عملی و دستاوردهای خود را در این رابطه به سایر پایگاه‌ها انتقال دهد.

رویکرد برنامه ریزی شده به سلامت جامعه از ۵ مرحله اجرایی تشکیل شده است: ۱) بسیج جامعه، ۲) ساماندهی اطلاعات و نیازسنجی، ۳) اولویت بندی مشکلات، ۴) طراحی برنامه جامع مداخله و ۵) ارزشیابی. در این گفتار، اجزا و مراحل رویکرد برنامه ریزی شده به سلامت به تفصیل توضیح داده شده و نمونه‌ای عملی از نحوه اجرای این فرآیند در قالب یکی از طرح‌های تصویب شده در پایگاه تحقیقات جمعیت در دانشگاه علوم پزشکی تهران ارایه شده است. این طرح با عنوان « ارزیابی مداخله آموزشی با مشارکت مردم در ارتقای وضعیت بهداشتی عرضه مواد غذایی در پایگاه تحقیقات جمعیت ـ منطقه ۱۷» مثالی از طرح‌های این پایگاه است که بر مبنای PATCH طراحی و اجرا شده است.

کلیدواژه‌ها: چهارچوب نظری، پایگاه تحقیقات جمعیتی، ارتقای سلامت

* نویسنده پاسخگو: دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی
تلفن: ۸۸۹۶۶۹۵۸ نمابر: ۸۸۹۶۶۹۵۸
E-mail: rezamajd@tums.ac.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-11-03]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1384.4.2.1.6]

www.SID.ir

Archive of SID

مقدمه

تحقیقات علوم تندرستی در سال‌های اخیر ارتباط مواجهه عوامل خطر با بیماری‌ها و تلاش در جهت کاستن بار آنها را به شدت مورد توجه قرار داده‌اند. ولی این رویکرد در عمل نقش قابل قبولی را در ارتقای سلامتی مردم در حیطه بیماری‌های مهم (که بار قابل توجهی برای سلامتی دارند) همچون بیماری‌های قلبی ـ عروقی، سوانح و حوادث و ... ایفا نکرده‌است[۱]. عوامل متعددی باعث می‌شوند تا نتیجه پژوهش‌ها به راهبردهای اجرایی بهداشت و درمان منجر نشوند که بخشی از آنها عبارتند از:

مداخله‌های لازم برای ارتقای سلامتی جامعه باید به صورت جامع تعریف شوند[۲].

موضوع‌های پژوهشی در بسیاری از موارد بر مبنای نیازهای عینی جامعه انتخاب نمی‌شوند. دخیل نبودن ذی‌نفعان برنامه‌های سلامتی (مردم به عنوان مشتری اصلی، ارایه‌کنندگان خدمات بهداشتی ـ درمانی و سایر بخش‌های درگیر در توسعه اقتصادی ـ اجتماعی) از یک سو باعث می‌شود تا امکان انتخاب با اهمیت‌ترین موضوع‌های پژوهشی کاهش یابد و از سویی دیگر تضمینی به استفاده از نتیجه پژوهش‌های صورت گرفته وجود نداشته باشد[۳].

ریشه حل بسیاری از مشکلات تندرستی در گرو خرد، همت، مشارکت و تعهد گروهی است. طراحی مداخله برای ارتقای سلامتی (مانند کاهش استعمال دخانیات، استرس، ارتقای فعالیت بدنی و ...) بدون مشارکت و تعهد نهادهای مختلف توسعه از جمله آموزش و پرورش، شهرداری، تربیت بدنی و به ویژه خود مردم از پیش شکست خورده است.

یکی از پاسخ‌هایی که نه تنها در ایران بلکه در بسیاری از کشورهای جهان مورد توجه قرار گرفته، انجام پژوهش در جمعیت‌های تعریف شده و به ویژه انجام پژوهش‌های مشارکتی (Participatory Research) است[۴].

پژوهش مشارکتی به مفهوم برخورد منظم تحقیقاتی در جهت یافتن پاسخ مناسب برای معضلات اصلی جامعه با مشارکت افراد ذینفع، آموزش و ارایه مداخله‌های مؤثر اجتماعی است. پس می‌توان خصوصیات این نوع تحقیق را به صورت زیر فهرست نمود: ۱- پژوهش مشارکتی است و لذا تحقیق « با جامعه » و نه « برروی جامعه » انجام می‌گیرد. ۲- ذینفعان مختلف در فرآیند پژوهش همکار یکدیگر هستند. ۳- در حین این پژوهش، افراد از همدیگر آموزش می‌بینند. ۴- باعث توسعه نظام‌های جاری و ظرفیت‌سازی منطقه‌ای می‌شود. ۵- توانمندسازی افراد از دستاوردهای مهم می‌باشد. ۶- در نهایت به تعادل بین پژوهش و عمل گرایی منجر می‌گردد[۵].

ایده تأسیس « پایگاه‌های تحقیقات جمعیت » (Population Research Centers) در سال ۱۳۷۹ شکل گرفت و یک سال بعد، یعنی در اواسط سال ۱۳۸۰ به مرحله عمل درآمد. در حال حاضر بیش از ۲۵ پایگاه تحقیقات جمعیت در ۲۵ دانشگاه علوم پزشکی در سراسر کشور در راستای دستیابی به نیازهای مردم و جلب مشارکت مردم و دانشگاه برای حل مشکلات، توسعه همه جانبه به طور کلی و ارتقای سلامت به طور اختصاصی فعالیت دارند. هدف کلی از تشکیل پایگاه‌ها را می‌توان در یک جمله خلاصه کرد: « ارتقای مهارت‌های مردم، دانشگاه و سازمان‌های دولتی در جهت توسعه انسانی از طریق مشارکت همه جانبه در ارتقای سلامت ». برای شروع شاید بهتر آن باشد که از مفاهیم و تعاریف آغاز کنیم.

ارتقای سلامت تعاریف متعددی دارد. سازمان بهداشت جهانی ارتقای سلامت را این گونه تعریف می‌کند: « فرآیندی برای تقویت مردم تا بر سلامت خود کنترل بیشتری داشته باشند و در بهبود سلامت خود بکوشند » [۶]. طبق تعریف دیگر « ارتقای سلامت علم و هنر کمک به مردم است تا با تغییر سبک زندگی خود به سلامت مطلوب دست یابند » و سلامت مطلوب یعنی تعادل میان سلامت جسمانی، عاطفی، اجتماعی، روحی و فکری. تغییر سبک زندگی با مجموعه فعالیت‌های زیر تحقق می‌یابد:

۱) بالابردن سطح آگاهی، ۲) تغییر رفتار و ۳) فراهم کردن محیطی برای تقویت رفتارهای صحیح بهداشتی[۷].

فرآیند ارتقای سلامت به هر ترتیب که تعریف شود، به چهارچوب و مدلی نیاز دارد تا فعالیت‌ها مطابق با آن جهت‌گیری شود. یکی از مدل‌های ارتقای سلامت، مدلی است که در دپارتمان ارتقای سلامت در وزارت بهداشت کانادا پیشنهاد شده است[۷]. دراین مدل ارتقای کیفیت (Practice Health Promotion-PHP) سه سؤال اساسی مطرح می‌شود:

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-11-03]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1384.4.2.1.6]
www.SID.ir

Archive of SID

۱- ارتقای سلامت در چه زمینه‌ای انجام می‌شود؟

ابعاد سلامت عبارتند از: وضعیت اقتصادی ـ اجتماعی، شبکه تأمین اجتماعی، خدمات بهداشتی – درمانی، بهداشت محیط زندگی، بهداشت کار، بهداشت و مهارت‌های فردی، بیولوژی و ژنتیک

۲- ارتقای سلامت برای چه کسانی انجام می‌شود؟

سطوح عملکرد عبارتند از: فرد، خانواده، جمعیت و جامعه

۳- ارتقای سلامت چگونه انجام می‌شود؟

استراتژی‌های ممکن برای ارتقای سلامت عبارتند از: بازبینی سیستم ارایه خدمات بهداشتی – درمانی، تقویت مهارت‌های فردی، فراهم کردن محیط مناسب، سیاست‌گزاری‌های مناسب برای بهداشت عمومی و تقویت عملکرد مردم

در مدل PHP بر این مهم نیز تأکید شده است که استراتژی‌های ارتقای سلامت باید مبتنی بر شواهد باشد و مهم‌ترین این شواهد خواسته‌های مردم و نیازهای آنان است که باید به طور عملی در سیاست‌های بهداشتی انعکاس یابد. در بیانیه اتاوا نیز که در سال ۱۹۸۶ صادر شده است، علاوه بر اهمیت « عدالت » در سلامت و بهداشت، بر لزوم تقویت مهارت‌های فردی و اجتماعی و توانمندسازی مردم برای کنترل و بهبود سلامت خود نیز تأکید بسیار شده است. به طور خلاصه، برای آن که استراتژی‌های اتخاذ شده برای ارتقای سلامت به موفقیت برسند، باید نگرشی جامعه محور داشته باشند و با تقویت عملکرد مردم، امکان جلب مشارکت آنها را در اتخاذ استراتژی‌های ارتقای سلامت فراهم کنند. همزمان با طراحی و ارایه PHP در کانادا، رویکرد برنامه ریزی شده به سلامت جامعه (Planned Approach To Community Health -PATCH) نیز در اوسط دهه ۱۹۸۰در ایالات متحده طراحی و معرفی شد[۸]. PATCH یک مدل جامعه محور است که توانمندسازی جامعه را برای تغییر رفتارهای بهداشتی در جوامع محروم از حقوق اجتماعی، مبدأ کار خود قرار داده است. مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها (Center for Disease Control and Prevention -CDC) با همکاری دپارتمان بهداشت محلی و ایالتی و گروه‌های جامعه این مدل را ابداع و معرفی کرد که اساس آن بر همکاری و مشارکت داوطلبانه مردم در فرآیند ارتقای سلامت استوار است. رویکرد برنامه ریزی شده به سلامت جامعه، فرآیندی است در جهت توسعه همه جانبه، ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری که با استفاده از آن می‌توان ظرفیت جوامع را برای جهت گیری و اجرای فعالیت‌ها در این رابطه و ارزشیابی نتایج فعالیت‌ها افزایش داد. از این مدل جهت مشارکت دادن افراد برای حل مشکلات یکی از مناطق تهران (منطقه ۱۷ تهران) بهره گرفته شد. این مدل از۵ اصل اساسی تشکیل شده است: ۱- جلب مشارکت مردم، ۲- برنامه‌ریزی بر مبنای اطلاعات جمع‌آوری شده، ۳- طراحی و اجرای یک استراتژی جامع برای ارتقای سلامت، ۴- ارزشیابی همراه با بازخورد و بهبود برنامه و در نهایت ۵- افزایش ظرفیت جامعه برای ارتقای سلامت. این اصول با اهداف کلی و جزئی پایگاه‌های تحقیقات جمعیت هماهنگی کامل دارند و در نتیجه، چهارچوبی ایده‌آل برای عملکرد پایگاه محسوب می‌شوند. اصول پنج گانه فوق الذکر باید در تمامی مراحل اجرایی PATCH انعکاس یابند و به درستی رعایت شوند.

فرآیند PATCH در عمل از ۵ مرحله اجرایی تشکیل شده است: بسیج جامعه (Community Mobilization)، نیازسنجی (Needs Assessment)، تعیین اولویت‌های بهداشتی (Priority Setting)، طراحی یک برنامه مداخله جامع (Intervention) و ارزشیابی (Evaluation).

در پایگاه تحقیقات جمعیت در دانشگاه علوم پزشکی تهران، برای پیشبرد هریک از مراحل PATCH طرح‌های پژوهشی یا مداخله‌ای طراحی و اجرا شده است. طرح « ارزیابی مداخله آموزشی با مشارکت مردم در ارتقای وضعیت بهداشتی عرضه مواد غذایی در پایگاه تحقیقات جمعیت ـ منطقه ۱۷» در آذرماه سال ۱۳۸۱ به تصویب رسیده و از تاریخ ۸۱/۱۲/۲۰ آغاز شده است. مراحل اجرایی و متدولوژی این طرح (و سایر طرح‌های به ثبت رسیده در پایگاه) نیز برمبنای « رویکرد برنامه‌ریزی شده به سلامت جامعه » پایه‌ریزی شده است.

مرحله ۱- بسیج جامعه

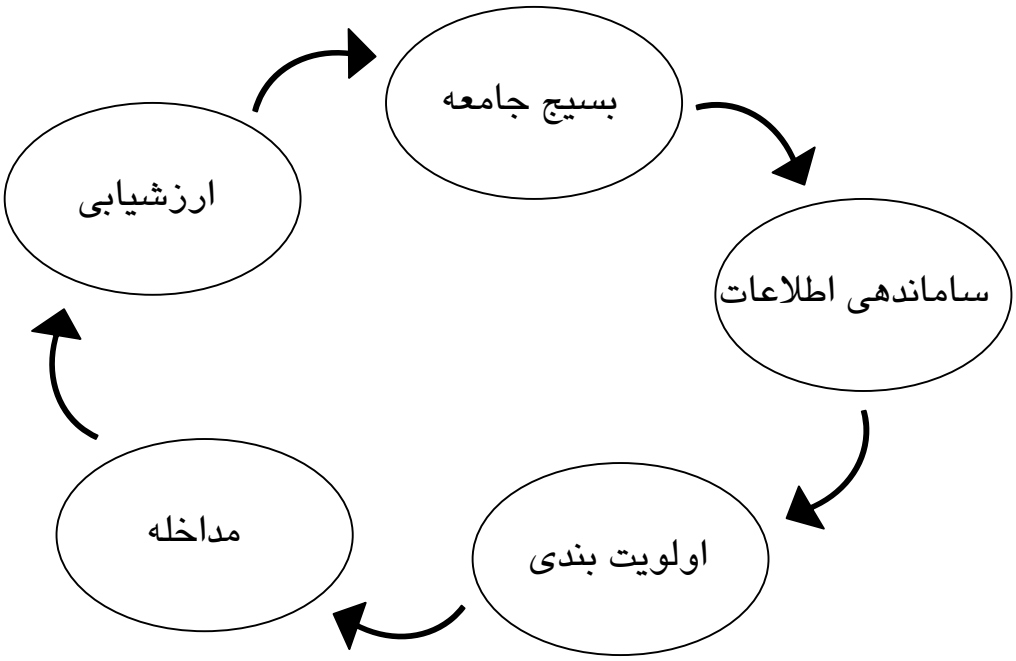
در این مرحله جامعه تعریف می‌شود، مشارکت کنندگان از بطن جامعه انتخاب می‌شوند، همکاری‌ها شکل می‌گیرد و

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-11-03]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1384.4.2.1.6]
www.SID.ir

Archive of SID

نمودار دموگرافیک جامعه تکمیل می‌شود. به این ترتیب، شرکت‌کنندگان از ساختار جامعه‌ای که مداخلات برای آن برنامه‌ریزی خواهد شد مطلع می‌شوند. بسیج جامعه، تشکیل زیرساخت‌ها و اخذ حمایت‌ها و تعهدهای لازم از طریق برگزاری همایش‌ها و نشست‌ها با مردم، نمایندگان سازمان‌های دولتی و غیر دولتی صورت می‌گیرد و پروفایل جامعه تکمیل، و گروه‌های کاری(Working Group) تشکیل می‌شوند. در صورتی که هریک از موضوعات بهداشتی در اولویت قرار داشته باشند،گروه‌های کاری می‌توانند با صرف نظر کردن از مرحله اولویت بندی از ابتدا بر روی همان موضوع تمرکز کرده، فعالیت را در آن زمینه آغاز کنند. از ابتدای سال ۱۳۸۱ عملیات راه‌اندازی و ایجاد یک شبکه تحقیقات مناسب و منطبق با نیازهای جامعه تحت عنوان « پایگاه تحقیقات جمعیت » در دانشگاه علوم پزشکی تهران به طور جدی مورد پی‌گیری قرار گرفت. در خردادماه سال ۱۳۸۱ پس از مقدمات لازم و طی یک همایش یک روزه اهداف پایگاه تبیین شد. در این همایش کلیه سازمان‌های دولتی، نمایندگان مردم منطقه ۱۷ شهرداری تهران، اعضای هیأت علمی دانشگاه و مسئولین بهداشت و درمان منطقه شرکت داشتند. به این ترتیب گروه‌های کاری در چهار زمینه تغذیه، استرس، ورزش و دخانیات تشکیل شد. این گروه‌ها از سازمان‌های علاقمند و مردم منطقه و اعضای دانشگاه عضوگیری کردند و در خصوص اهداف، مشکلات و راهکارهای اجرایی به بحث و تبادل نظر پرداختند و پس از تبیین اهداف، فعالیت خود را با جمع‌آوری و ساماندهی اطلاعات و نیازسنجی ادامه دادند.

عوامل اجرایی فرایند PATCH



[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-11-03]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1384.4.2.1.6]
www.SID.ir

Archive of SID

نکته قابل توجه این که، هر چند مجریان اعتقاد داشته و دارند که مناسب‌ترین شیوه، انجام نیازسنجی اولیه در جامعه و شکل گیری اولویت‌ها بر اساس آن بوده است ولی با این وجود برای آغاز کار و رسیدن به محورهای فعالیت، ناگزیر بر اساس ملاک‌های زیر، چهار محور مورد اشاره (تغذیه، استرس، ورزش و دخانیات) را انتخاب کردند:

الف) اهمیتی که همکاری بین بخشی و مشارکت مردمی در تصحیح رفتارهای تغذیه‌ای، عوامل استرس‌زا، افزایش فعالیت فیزیکی و کاهش استعمال دخانیات دارند. به عبارت دیگر فصل مشترک همکاری، وجود این عوامل خطر برای بسیاری از سازمان‌ها و نهادها همچون آموزش و پرورش، تربیت بدنی و شهرداری است. ب) بار قابل توجه بیماری‌هایی که به واسطه عوامل خطر مرتبط با این محورها در جامعه ایجاد می‌شود که اهمیت کشوری و بین‌المللی دارند. پ) سابقه انجام برنامه‌های ارتقای سلامت موفق در سایر کشورها بر روی این محورها. ت) دانش فنی و امکانات گروه مجری برای پرداختن به این موضوعات. آنچه که به عنوان مصداق هر یک از مراحل چهارچوب نظری از این پس ارایه خواهد شد، نمونه‌ای از فعالیت‌های اجرایی است که در ارتباط با تغذیه صورت گرفته است. بدیهی است هر یک از محورهای کاری دیگر نیز برنامه مشابهی را در دست داشته و کم و زیاد آن را پی گرفته‌اند. در عین حال چون هدف مقاله معرفی چارچوب نظری است و برای اجتناب از زیاده نویسی به عنوان مثال به محور تغذیه پرداخته شده است.

مرحله ۲- جمع‌آوری و سازمان دهی اطلاعات و نیازسنجی

مرحله ۲ زمانی آغاز می‌شود که داده‌های مربوط به مرگ و میر و ابتلا و نیز داده‌های مربوط به نظرات و رفتارهای افراد جامعه جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل می‌شود. این اطلاعات از منابع مختلفی به دست می‌آید و ممکن است به صورت داده‌های کمی (آمارهای حیاتی و ...) و یا داده‌های کیفی (نظرات رهبران جامعه و ...) باشد. داده‌های کیفی با استفاده از روش‌های مختلف نظیر بحث‌های گروهی متمرکز، مرور گزارشات اجرایی و تکمیل پرسشنامه های خودایفایی به دست می‌آیند. اعضای جامعه نیز منابع مهم از نظر خود را مشخص کرده، داده‌ها را تجزیه و تحلیل نموده و مشکلات بهداشتی را در جامعه تعیین میکنند. به مجموعه فعالیت‌هایی که برای تعیین و دسته‌بندی مشکلات سلامت انجام می‌گیرد « نیازسنجی » گفته می‌شود.

در این میان، گروه کاری تغذیه برای دستیابی به معضلات منطقه در زمینه تغذیه، اقدام به برگزاری جلسات گروهی نمود و فعالیت‌های زیر به منظور نیازسنجی در این زمینه صورت گرفت:

۱- بحث‌های گروهی متمرکز با: پزشکان بخش خصوصی، کارکنان بیمارستان ضیائیان، کارکنان مرکز بهداشتی ـ درمانی ابوذر و پایگاه‌های منطقه، مراجعین به مراکز ارایه خدمات و رابطین بهداشتی

۲- مرور گزارش‌ها شامل: ارزیابی جامعه توسط دانشجویان MPH سال ۱۳۸۱ و نیز مدیران بخش بهداشت و درمان

۳- تکمیل پرسشنامه‌های خودایفایی توسط: داروخانه‌های بخش خصوصی، شهرداری، آموزش و پرورش، کمیته امداد امام خمینی (ره)، بهزیستی، نیروی انتظامی، بسیج و روحانیت منطقه

۴- نمونه گیری از مواد غذایی شامل: شیرینی‌های تر و خشک، زولبیا و بامیه، نان، نمک، بستنی و آبمیوه، کباب کوبیده و جگر، فلافل و همبرگر دستی و سوسیس بندری.

به این ترتیب فهرستی از مشکلات بهداشتی در زمینه تغذیه به دست آمد.

مرحله ۳- اولویت بندی

در این مرحله، گروه‌های کاری به تمامی داده‌ها و فهرست و جزئیات مشکلات سلامت دست می‌یابند. این گروه‌ها عوامل اجتماعی، اقتصادی و سیاسی مؤثر بر رفتارها را که خطر بیماری، ناتوانی، آسیب و مرگ را افزایش می‌دهند مورد تجزیه و تحلیل قرار داده و اولویت‌های بهداشتی را مشخص می‌کنند. به این ترتیب اهداف جامعه با در نظر گرفتن اولویت‌ها پایه‌گذاری می‌شود.

در این مرحله گروه کار در خصوص شیوه اولویت بندی مشکلات به بحث و تبادل نظر پرداخت و با توجه به زمان‌بندی اعلام شده از سوی معاونت تحقیقات و فناوری، موارد زیر به

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-11-03]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1384.4.2.1.6]
www.SID.ir

Archive of SID

عنوان ملاک (با وزن واحد) برای اولویت بندی مشکلات انتخاب شدند:

تنوع، شدت، وسعت، مقبولیت سیاسی و فرهنگی حل مشکل، مرتبط بودن با رسالت دانشگاه، احتمال حل مشکل و مدت ارزیابی، هزینه و سهولت مداخله.

بر این اساس، ۶۱ مشکل شناسایی شده در منطقه اولویت‌بندی شدند که موارد زیر با توجه به ملاک‌های ذکر شده، ۱۰ اولویت نخست می‌باشند:

۱- عرضه غیربهداشتی مواد غذایی شامل: نان‌های پخته شده در نانوایی‌ها، آلودگی میکروبی شیرینی‌های تر و تقلب در تولید ماست و سایر فرآورده‌های لبنی

۲- بهداشت محیط مدارس

۳- عدم رضایت مراجعه کننده از برخورد پرسنل

۴- عدم حضور ناظرین فنی در داروخانه‌ها و یا عدم رعایت نظارت توسط آنها

۵- بهداشت استخرها

۶- بهداشت محیط منطقه

۷- سوء تغذیه

۸- عدم پی‌گیری مشکلات پزشکی دانش آموزان

۹- اعتیاد

۱۰- توزیع نامناسب دارو

در نهایت، پس از بررسی موارد مهم گروه به نتایج زیر دست یافت:

۱- لازم است یک گروه کاری تحت عنوان بهداشت مواد غذایی به چهار گروه قبلی اضافه شده و با عضو گیری فعال شروع به فعالیت نماید.

۲- با توجه به اهمیت موضوع در زمینه ارزیابی وضعیت موجود در زمینه بهداشت مواد غذایی، مداخله‌های لازم در قالب یک پروژه تحقیقاتی تدوین و به اجرا درآید.

مرحله ۴- طراحی یک برنامه مداخله جامع

با استفاده از اطلاعات جمع‌آوری شده طی مراحل ۲ و ۳، گروه‌های جامعه تشکیل می‌شوند تا مداخلات را طراحی و اجرا کنند. در این مرحله برای اجتناب از دوباره‌کاری و استفاده کامل از خدمات موجود، گروه جامعه منابع را تعیین و آن‌ها را بررسی می‌کنند. این گروه‌ها یک راهکار برای ارتقای سلامت جامعه در نظر گرفته، اهداف مداخله را بنیان نهاده و برنامه مداخله را طراحی می‌کنند. این برنامه شامل راهکارها، جدول زمانی، برنامه کاری برای تکمیل وظایفی نظیر به‌کارگیری و آموزش داوطلبان، عمومیت بخشیدن به فعالیت‌ها، اجرا و ارزشیابی فعالیت‌ها و آگاه ساختن جامعه در مورد نتایج است. در همه مراحل، اعضای گروه‌های هدف باید به منظور برنامه‌ریزی و طراحی مداخلات در فرآیند، مشارکت داشته باشند.

در این مرحله برای دستیابی به یک برنامه مداخله جامع، گروه جامعه با شرکت افراد ذینفع به شرح زیر تشکیل شد:

رئیس اتحادیه اغذیه فروشان مواد غذایی، رئیس اتحادیه صنف بستنی و آبمیوه، کارشناس مسئول بهداشت محیط حوزه معاونت بهداشتی دانشگاه، مسئول امور مشارکتهای مردمی فرهنگسرای اقوام، رئیس آزمایشگاه‌های حوزه معاونت درمان و داروی وزارت متبوع، رئیس محترم اتحادیه لبنیات تهران، مدیر دارو از حوزه معاونت درمان و داروی دانشگاه، معاون درمان از حوزه معاونت درمان و داروی دانشگاه، شهرداری منطقه ۴، رئیس اتحادیه صنف رستوران و سلف سرویس، نماینده مجمع امور صنفی توزیعی خدماتی تهران، معاون امور بهداشتی دانشگاه، رئیس مرکز بهداشت جنوب تهران، معاون اتحادیه قنادان تهران، اداره کل آزمایشگاههای کنترل غذا و دارو، مدیر پژوهش دانشگاه، سرپرست بهداشت محیط و حرفه‌ای مرکز بهداشت جنوب، کارشناس و دبیر اتحادیه قنادان و شیرینی فروشی‌های تهران، رئیس بیمارستان ضیائیان، امام جماعت محترم مسجد جامع ابوذر و مدیر حوزه علمیه مروی، رئیس آزمایشگاه مواد غذایی و آزمایشگاه‌های کنترل غذا و دارو، رئیس اتحادیه صنف خواربار فروشان تهران و رئیس اتحادیه تالارهای پذیرایی و ظروف کرایه تهران بزرگ.

گروه جامعه با استفاده از یک بحث متمرکز به فهرستی از راهکارها برای دستیابی به یک برنامه مداخله جامع دست پیدا نمود. پیشنهادات ارایه شده برای حل مشکلات به شرح زیر به‌دست آمد:

اهدای لوح تقدیر به عرضه کنندگانی که اصول بهداشتی را در ارایه مواد غذایی رعایت می‌کنند/ تلاش در جهت دریافت مجوز بهسازی در شرایطی که شهرداری یا مالک موافق نیست/

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-11-03]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1384.4.2.1.6]
www.SID.ir

Archive of SID

آموزش اصناف/ آموزش عمومی از طریق صدا و سیما، دانش آموزان، مساجد و تشکل‌های مردمی/ مشارکت مردم در شناسایی اصناف نمونه/ مکاتبه با اتحادیه و مجمع قبل از آن که با دادگاه مکاتبه شود/ در نظر گرفتن کد ویژه بهای برق برای اصنافی که با مواد غذایی مرتبط هستند و استانداردسازی شیوه‌های نمونه‌گیری.

در ادامه، گروه به ارزیابی نقاط ضعف و قوت در اجرای هریک از پیشنهادات اقدام نمود. ملاک‌های در نظر گرفته شده برای برگزیدن پیشنهادات ارایه شده عبارت بودند از: تهیه برنامه آموزش عمومی و اختصاصی (صدا و سیما، دانش‌آموزان، مساجد، تشکل‌های مردمی و اصناف)، تشویق اصناف (لوح تقدیر) و کوشش در راه کاهش هزینه‌های بهداشتی اصناف.

به این ترتیب طرحی به منظور اعمال مداخلات لازم با اهداف زیر به تصویب رسید:

عنوان: ارزیابی مداخله آموزشی با مشارکت مردم در ارتقای وضعیت بهداشتی عرضه مواد غذایی در پایگاه تحقیقات جمعیت ـ منطقه ۱۷، اهداف کلی: ارتقای سطح بهداشت مواد غذایی و نیز دست یافتن به راهکار مناسبی برای کاهش عرضه غیر بهداشتی مواد غذایی در سطح پایگاه تحقیقات جمعیتی، اهداف کاربردی: اصلاح و بهبود الگوهای رفتارها و باورهای بهداشتی مربوط به مواد غذایی در منطقه، کاهش نمونه‌های غیر قابل مصرف مواد غذایی در محدوده پایگاه جمعیتی، افزایش شاخص بهداشت فردی، ساختمانی، لوازم و تجهیزات مورد استفاده و انبار مواد غذایی در مراکز تهیه و توزیع تحت پوشش پایگاه تحقیقات جمعیتی، روش مداخله: با توجه به دو طیف مشخص شده برای مخاطبان منطقه تحت پوشش پایگاه تحقیقات جمعیت، آموزش مخاطبان به بخش‌های زیر تقسیم شد: ۱- اصناف و ارایه دهندگان خدمات به طور کلی که شامل کلیه اصناف مربوطه در منطقه می‌شود. ۲- مردم و گیرندگان خدمت در دو لایه سنی نوجوانان و بزرگسالان که متناسب بودن آموزش‌ها و همچنین نحوه دسترسی و سطح اطلاعاتی که به آنها ارایه می‌شود از اهمیت خاصی برخوردار است. همچنین تشویق مناسب در شرایطی انجام شود که استانداردهای مربوط به شاخص بهداشت فردی، ساختمانی، لوازم و تجهیزات مورد استفاده و انبار مواد غذایی رعایت گردد.

روش انجام مداخله بر پایه مراحل زیر تدوین شد:

۱- ابتدا به‌وسیله پیش آزمون (Pretest) و با استفاده از چک‌لیست‌های موجود که اغلب استاندارد نیز می‌باشند، آگاهی و عملکرد اصناف مختلف در زمینه بهداشت مواد غذایی سنجیده شد. در این مرحله سعی شد نقاط ضعف چک‌لیست‌ها رفع گردد. همچنین در مواردی که استاندارد لازم وجود نداشت، چک‌لیست مربوطه از ابتدا تدوین شد.

همزمان با این پیش آزمون بر روی ۱۰۰ واحد صنفی به صورت همزمان الگوی مصرف خانوارها در زمان مشخص با مشارکت مردمی سنجیده شد. در واقع در یک ساعت زمانی خاص (۱۹تا۲۰) تعداد مراجعه مردم به واحدهای مزبور تعیین و برحسب وضعیت بهداشتی واحدها تعیین شد.

۲- با استفاده از راهنمایی اصناف در قالب گروه‌های کاری و بحث‌های متمرکز گروهی و همچنین اطلاعات به‌دست آمده از پیش آزمون، موارد مبهم و محتوای آموزشی برای مخاطب مورد نظر مشخص شده و با استفاده از بسته‌های آموزشی موجود، با ترکیب و تدوین محتوای چند بسته آموزشی، برنامه مورد نظر برای مخاطب هدف تدوین و آماده شد. یادآوری می‌شود که آموزش‌های در نظر گرفته شده عمدتاً به‌وسیله خود مردم به آموزش‌گیرندگان ارایه شد و گروه تحقیق و دانشگاهیان فقط برای آموزش‌دهندگان سطح اول، موارد لازم را ارایه دادند. یعنی محتوای آموزشی این بسته‌ها به‌گونه‌ای تدوین شد که در مرحله اول، گروه‌های کاری متشکل از مخاطبان مورد آموزش در سطح مناسب و مطلوب قرار گرفتند. محتوای این آموزش به گونه‌ای بود که افراد این گروه‌های کاری، اطلاعات لازم و کافی را به دست آوردند و توانستند به‌عنوان آموزش‌دهنده اقشار رده بعدی که در تماس مستقیم با سطوح اولیه قرار دارند عمل کنند.

۳- به عنوان فعالیت مداخله‌ای ابتدا آموزش به وسیله دانشگاهیان به گروه‌های کاری و داوطلب و اصناف و از طریق ایشان به مردم مخاطب ارایه شد.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-11-03]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1384.4.2.1.6]
www.SID.ir

Archive of SID

مرحله ۵- ارزشیابی

ارزشیابی، بخش اساسی PATCH و فرآیندی مداوم و هدفمند است. هدف از ارزشیابی، پایش و بررسی پیشرفت در هر یک از مراحل و بررسی و پایش فعالیت‌های مربوط به مداخله است. جامعه معیارهایی را برای ارزیابی موفقیت تعیین و اطلاعاتی را که باید جمع‌آوری شود مشخص می‌کند. همچنین بازخورد باید هم به مردم و هم به برنامه‌ریزان منتقل شود تا مشارکت آینده مردم بیشتر گردد و برنامه‌ریزان نیز در بهبود برنامه سهیم باشند.

۱- پس از گذشت مدت زمان لازم و تکرار آموزش‌های مورد نظر طی چند مرحله (حداقل ۲ مرحله در بین اصناف یا اقشار مختلف) به وسیله چک‌لیست‌های قبلی، آگاهی و عملکرد گروه‌های کاری داوطلب (آموزش‌گیرندگان سطح اول) و مردم (آموزش‌گیرندگان سطح دوم) اندازه گیری و درصد پیشرفت آن سنجیده شد.

نکته مهم در این مرحله استفاده از ارزشیابی مردم برای انجام این مرحله است. در این گام، با استفاده از افراد داوطلب منطقه، ارزشیابی از اصناف به‌گونه‌ای انجام شد که در نهایت با استفاده از آرای مردمی وسایل تشویق و گواهی تأیید بهداشتی به وسیله مسئولان منطقه برای مدت محدودی در اختیار برگزیدگان قرار گیرد تا جنبه‌های مشارکت مردمی در پایش و ارزشیابی حفظ شود.

۲- با توجه به درصد پیشرفت (یا پسرفت) سطح آگاهی و عملکرد مردم نسبت به محتوای آموزشی به‌کار رفته در دو سطح آموزشی و یا نسبت به گروه‌های کاری داوطلب، محتوای آموزشی مورد تجدید نظر و اصلاح قرار گرفت.

۳- در انتها برای ارزشیابی موفقیت کل برنامه، مجدداً ۱۰۰ واحد صنفی از نظر شاخص‌های بهداشتی و الگوی مصرف خانوارها مورد ارزیابی قرار گرفت.

شاخص‌های مورد استفاده برای پایش برنامه:

تشکیل منظم جلسات تدوین محتوای آموزشی، پیش‌آزمون محتوای آموزشی روی گروهی از افراد مخاطب، تعداد افراد شرکت کننده در کلاس‌های آموزشی، نمره یا درصد پاسخ صحیح برای چک‌لیست‌ها و برگزاری کلاس‌های آموزشی مطابق برنامه قبلی

شاخص‌های مورد استفاده برای ارزشیابی برنامه:

درصد تغییر عملکرد اصناف نسبت به رعایت بهداشت مواد غذایی و عرضه صحیح آن، درصد تغییر بهره مندی مردم از خدمات اصناف مختلف و تعداد گواهی‌های تشویقی که بر اساس توصیه مردم برای هر صنف صادر شده است.

با تکمیل برنامه مداخله و ارزیابی تأثیر عملی آن بر عملکرد اصناف و میزان بهره‌مندی مردم از خدمات آنها، برنامه ارتقای وضعیت بهداشتی عرضه مواد غذایی تکمیل شد. سیکل PATCH با شناخت مشکلات جدید در ارزشیابی برنامه جامع مداخله و یا با سرفصل قرار دادن مشکلاتی که در اولویت‌های بعدی قرار دارند، ادامه می‌یابد.

به این ترتیب، رویکرد برنامه‌ریزی شده به سلامت جامعه چهارچوبی عملی برای جهت دادن به فعالیت‌های ارتقای سلامت و جلب مشارکت مردم در مراحل مختلف نیازسنجی، اولویت‌بندی، طراحی و اجرای برنامه جامع مداخله و حتی ارزشیابی این برنامه فراهم می‌کند و باعث می‌شود که مردم خود را در سیاست‌گزاری‌های ارتقای سلامت دخیل و سهیم بدانند. استراتژی‌هایی که بر این اساس اتخاذ می‌شود نیز بی شک منطبق با نیازها و اولویت‌های جامعه هدف خواهند بود.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-11-03]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1384.4.2.1.6]
www.SID.ir

Archive of SID

منابع

1- Hanney SR, Gonzalez-Block MA, Buxton MJ, Kogan M. The utilization of health research in policy-making: concepts, examples and methods of assessment. Health Research and Policy System 2003; 1: 2

2- Leung MW, Yen IH, Minkler M. Community-based participatory research: a promising approach for increasing epidemiology's relevance in 21st century. Internal Journal of Epidemiology 2004; 33: 499- 506

3- Calna M. Commentary: the people know best. Internal Journal of Epidemiology 2004; 33: 506-7

۴- مجـدزاده رضـا، لاریجانی باقر، دیابت و لیپید ایران، ۱۳۸۲، ویژه نامه ۱، ۴-۱

5- Israel B, Schultz AJ, Parker EA, Becker AB. Review of community based research: assessing partnership approaches to improve public health. Annual of Review Pubic Health 1998; 19: 173-202

6- O'Donnell, Michael. Definition of Health Promotion: Part III: Expanding the Definition. American Journal of Health Promotion 1989; 3: 5

7- Health Promotion Development Division. Population health promotion: an integrated model of population health and health promotion, 2002 http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/phdd/php/php.htm

8- Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Planned Approach To Community Health: Guide for the Local Coordinator, 2002 http://www.cdc.gov/nccdphp/PATCH

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-11-03]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1384.4.2.1.6]
www.SID.ir