

گزارش طرح

(داوطلبان سلامت)

بهداشتی

برنامه ملی رابطان

طرح ارزشیابی

همکاری علمی داخل و خارج کشور

بانک اطلاعات ملی سلامت داده ها شواهد تولید شده

دیدگاه بانی سلامت و علوم مرتبط ملی و منطقه ای

بکارگیری شواهد علمی حمایت طلبی و ترویج بکارگیری در سیاست ها

تولید شواهد ملی مورد نیاز سیاستگذاران و برنامه ریزان

توانمندسازی محققان و سیاستگذاران

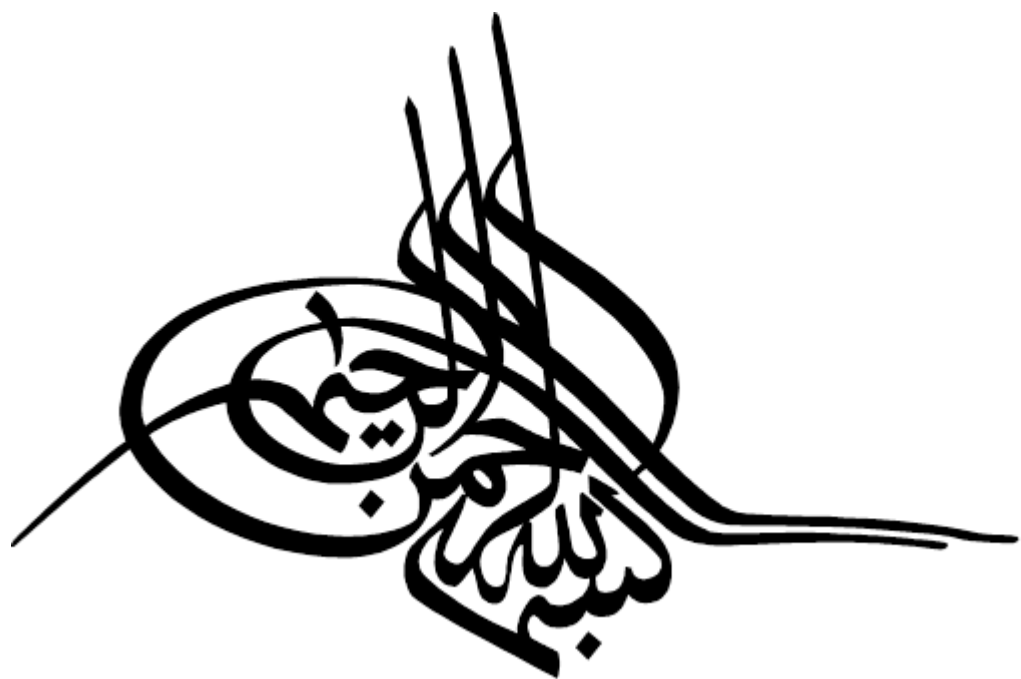
کارکردهای اصلی

موسسه ملی تحقیقات سلامت

جمهوری اسلامی ایران

گزارش‌های منتشر شده در سال ۱۳۹۴

۱. ارائه مدل مناسب مداخلات اجتماع محور سلامت روان
۲. بررسی چالش‌های رشته مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی
۳. طراحی الگوی رسانه سلامت محور
۴. تعیین اولویت‌های پژوهشی مدیریت، اقتصاد و سیاست گذاری سلامت
۵. سنجش سواد سلامت بزرگسالان ایرانی ساکن شهرها
۶. هزینه، مطلوبیت عمل جراحی کراتو رفرکتیو از دیدگاه بیماران
۷. مرور جامع روشهای اندازه گیری پرداخت غیررسمی خدمات سلامت



گزارش نهایی طرح تحقیقاتی

طرح ارزشیابی برنامه ملی رابطان بهداشتی (داوطلبان سلامت)

مجریان طرح

دکتر بهزاد دمازی

دکتر سهند ریاضی

موسسه ملی تحقیقات سلامت

فهرست مطالب

شماره صفحه	عنوان
۳	گزارش خلاصه طرح
۷	فصل اول - مقدمه
۱۱	فصل دوم - زمینه‌های نظری پژوهش و مروری بر مطالعات انجام شده
۱۱	الف-مروری بر مطالعات داخلی
۱۴	ب-مروری بر مطالعات خارجی
۱۵	فصل سوم - روش پژوهش
۱۷	فصل چهارم - یافته‌های پژوهش
۱۷	بخش اول: خلاصه بررسی متون شامل تحقیقات قبلی و توصیف برنامه
۲۰	بخش دوم: دستاوردها
۲۲	بخش سوم: فرصت‌های بهبود
۲۳	ساختار
۲۴	شیوه مدیریت
۲۵	سیستم فرایندی
۲۷	منابع
۲۸	بخش چهارم: راهکارها
۳۱	فصل پنجم - بحث و تحلیل یافته‌ها، نتیجه‌گیری، پیشنهادات
۳۴	تشکر و قدردانی
۳۵	منابع
۳۷	پیوست‌ها

گزارش خلاصه طرح

برنامه کشوری رابطین بهداشتی با قدمتی بیش از ۲۵ سال یکی از افتخارات نظام سلامت می باشد. در حال حاضر با توجه به انتظارات سیستم بهداشتی، به عنوان یک برنامه کشوری نیازمند بازنگری و ایجاد تغییرات اساسی می باشد. تا کنون مطالعاتی مقطعی جهت ارزشیابی این برنامه صورت گرفته اما فقدان یک ارزشیابی جامع، کشوری و همه جانبه حاوی توصیه هایی سیاستی جهت بهبود این برنامه به چشم می خورد. لذا هدف از طرح پیش رو ارزشیابی برنامه کشوری رابطین بهداشتی بر اساس متد ارزشیابی برنامه های سلامت می باشد. این مطالعه به روش ارزیابی سریع (Rapid Assessment) با رویکردی کیفی انجام گرفت. برای ارزشیابی برنامه سه مرحله زیر طی شد: ۱) تعریف برنامه و استخراج سوالات و شاخص ها و تحلیل ذینفعان، ۲) جمع آوری اطلاعات و داده ها برای پاسخ به سوالات ارزشیابی، ۳) قضاوت و نتیجه گیری برای بازنگری سیاست. برنامه در پنج حیطه شامل مشخصات کلی برنامه، اهداف، دستاوردها، فرصت های بهبود، و راهکارها مورد بررسی قرار گرفت. داده های لازم برای ارزشیابی برنامه در مجموع از سه منبع مرور متون، تکمیل پرسشنامه و بحث گروهی به دست آمده است.

دستاوردها

بر اساس اطلاعات جمع آوری و تحلیل شده دستاوردهای این برنامه عبارت است از:

۱- مشارکت مردم:

به عقیده خبرگان مهمترین دستاورد برنامه رابطین سلامت مشارکت فعال مردم (در نظام سلامت) به عنوان یک هدف (و نه یک وسیله) می باشد که منجر به افزایش سرمایه اجتماعی شده است. همچنین این مشارکت با استفاده از ظرفیت های محلی باعث ایجاد اعتماد به نفس، خوداتکایی در مردم شده که در نهایت آنان با نیازسنجی، اولویت بندی و ارائه راه حل مناسب جهت حل مسائل مرتبط با سلامت باعث ارتقاء تندرستی جامعه شده اند.

"همین که گروهی از مردم هر چند وقت یک بار به بهانه آموزش و... دور هم جمع شده و با هم مسایلی را مطرح میکنند، دستاورد بزرگی است که می تواند به افزایش سرمایه اجتماعی کمک کند"

از مصادیق مهم مشارکت مردم می توان به موارد زیر اشاره نمود:

استفاده از توان بالقوه زنان در فعالیتهای اجتماعی: وجود زنان در برنامه های اجتماعی و مشارکتی به عنوان یکی از اصول توسعه در نظر گرفته می شود با توجه به مشارکت زنان داوطلب سلامت به عنوان شالوده اصلی برنامه داوطلبان سلامت و همچنین نقش ارتباطی زنان در خانواده و جامعه، یک نقطه قوت در برنامه محسوب می گردد.

توسعه ظرفیت های محلی: استفاده از افراد بومی هر منطقه منجر به ارتباط بهتر و موثرتر و درک بهتری از مردم و مشکلات منطقه تحت پوشش داوطلب شده است

امکان شناسایی خیرین و جذب منابع مالی در جهت پیشبرد اهداف بهداشتی:

کمک به حل برخی از مشکلات خانواده های بی بضاعت، کمک به درمان و ترک اعتیاد افراد معتاد، تهیه جهیزیه و یا سیسمونی و...

۲- افزایش سواد سلامت

برنامه جلب مشارکت مردمی (داوطلبان سلامت) به صورت شبکه ای از سطح وزارتخانه، دانشگاه، ستاد شهرستان، مراکز بهداشتی و داوطلبان سلامت و ارتباط مستقیم داوطلبان سلامت با مردم منطقه خود، ظرفیت بالایی برای انتقال پیامهای بهداشتی دارد و از سوی دیگر فرصت مناسبی برای آگاهی مدیران و سیاستگذاران نسبت به مشکلات مرتبط با سلامتی و انتظارات مردم را ایجاد می کند.

۳- افزایش پوشش و استفاده از خدمات سلامت:

پیگیری مراقبتهای بهداشتی خانوار: (مادران باردار، کودکان، زنان واجد شرایط دریافت روشهای پیشگیری از بارداری،...) که باعث ارتقا پوشش مراقبتهای فعال کردن خدمات بهداشتی شده است.

۴- افزایش همکاری های بین بخشی

- افزایش همکاری بین بخشی با سایر دستگاه ها با ایجاد برنامه داوطلب متخصص. داوطلب متخصص پرسنل اداری هستند که توسط پرسنل مجرب، آموزش مسائل بهداشتی (در قالب شیوه زندگی سالم و مهارت آموزی) را کسب نموده و بعنوان نمایندگان ادارات مختلف اطلاعات بهداشتی کسب شده را به پرسنل زیرمجموعه خود ارائه می دهند.
- مشارکت داوطلبان سلامت در رفع مشکلات بهداشتی منطقه (شرکت در شورای بهداشتی محلات)
- وجود داوطلبان سلامت باعث شده است ارتباط مسئولین و کارشناسان بهداشتی با سطوح محیطی با سهولت بیشتری امکان پذیر شود.
- افزایش جذب و هدایت منابع و کمک های خیرین، واقفین و موسسات خیریه در توسعه بخش بهداشت کشور

افزایش مشارکت سازمان های دولتی و غیردولتی به همکاری موثر و مطلوب بین بخشی در راستای توانمندسازی جامعه در توسعه شیوه زندگی سالم با جلب مشارکت داوطلبان متخصص، افراد حقیقی و بخش های توسعه

فرصت های بهبود:

این برنامه بر اساس تحلیل داده های گردآوری شده علی رغم دستاوردهای آن فرصت های بهبود فراوانی دارد

۱- مشکلات قانونی سیاستی

- ضعف یک سیاست و نقشه راه منسجم برای برنامه داوطلبان سلامت
- ضعف تصور درست و اعتقاد واقعی به مشارکت مردم از سوی سیاستگذاران
- ضعف یک سیستم پایش و ارزشیابی مستمر

- منابع مالی و حمایت نامناسب از برنامه
- ۲- مشکلات ساختاری
 - جدی گرفته نشدن برنامه در محیط
 - چند پیشگی کارشناسان جلب مشارکت مردمی استان ها و شهرستان ها و در اولویت قرارنگرفتن این برنامه
 - فقدان برنامه نرم افزاری و بانک اطلاعاتی معتبر برای داشتن اطلاعات داوطلبان سلامت
- ۳- مشکلات محیطی - رفتاری
 - عدم اطلاع رسانی مناسب در خصوص برنامه
 - مشکلات انتقال پیامهای بهداشتی به مخاطبین
 - عدم استقبال از شرکت در برنامه داوطلبان سلامت

راهکارهای بهبود برنامه:

- ۱- تغییرات سیاستی
 - مشخص نمودن یک سیاست معین برای برنامه
 - اختصاص بودجه ایی مستقل جهت پیشبرد اهداف برنامه
 - پایش و ارزشیابی مستمر و مدون برنامه و سیاستگذاری مبتنی بر شواهد
 - استفاده از ظرفیت ها و مشارکت دادن مردم در فرایند تصمیم گیری و سیاست گذاری
 - ۲- تغییرات ساختاری
 - اختصاص یک واحد مستقل در ستادهای استانی و شهرستانی
 - همکاری درون و بین بخشی بیشتر
 - ۳- تغییرات محیطی - رفتاری
 - بازطراحی معرفی برنامه داوطلبان سلامت
 - بازطراحی شیوه آموزش
 - در نظر گرفتن تسهیلات مناسب برای داوطلبان سلامت و ایجاد انگیزه بیشتر در آنها
 - تدوین شیوه مدونی برای ثبت اطلاعات داوطلبان سلامت
- در واقع مشارکت را می توان فرایندی برای آموزش مردم به شرکت در اتخاذ تصمیمات گروهی و در عین حال سهیم شدن در مسئولیتهای دانست و از دیدگاه توسعه اجتماعی شامل مشارکت در برنامه ریزی، اجرا و پایش و ارزشیابی برنامه تعریف می شود، این در حالی است که در برنامه داوطلبان سلامت به عنوان رکن اصلی برنامه جلب مشارکت مردمی وزارت بهداشت این فرایند از پله اول و نهایت دوم مشارکت فراتر نرفته است. و عملاً مردم در فرایند تصمیم گیری نقشی بسیار کم رنگ دارند. همچنین به نظر می رسد مهمترین ضعف این برنامه مثل خیلی دیگر از برنامه های وزارت بهداشت، نداشتن یک برنامه و هدف استراتژیک مشخص، و قائم به فرد بودن آن است به گونه ای که اگر مسئول آن عوض شود مسئول بعدی خود را مکلف به ادامه آن نمی داند. از طرف دیگر برای رابطین سلامت در

سطح ملی برنامه خاصی وجود ندارد و اصلاً مشخص نیست که حوزه معاونت بهداشت می خواهد این برنامه را به چه صورت ادامه دهد؟ در سطح استان ها و شهرستان نیز به دلیل آن که برای برنامه اعتبار مشخصی در نظر گرفته نشده تامین مخارج برنامه با توجه به اولویت ها و محدودیت های موجود خیلی مشکل است.

یکی از مسایل مهمی که برای بهبود برنامه رابطین بهداشتی باید به آن توجه کرد این است که باید موضوع این برنامه از سیاست و سیاست زدگی به دور باشد تا با آمدن و رفتن دولت ها آسیب نبیند. این موضوع می تواند با « شبه NGO » اعلام کردن و (نه یک NGO مستقل) رابطین محقق شود که در این صورت خود گروه می تواند به ارتقای خود کمک کند. به بیان دیگر این برنامه بهتر است توسط خود رابطان اداره شود و مشوق های لازم نیز توسط خودشان فراهم شود تا به دستگاه های دولتی نیاز نداشته باشند. اما این کار هم مستلزم آن است وزارت بهداشت بر روی این شبه NGO نظارت داشته باشد به این صورت که انتظارات از طرف وزارت بهداشت به این افراد اعلام شود و آن ها براساس پروتکل های وزارتی اقدام به مداخله نمایند.

بالاخره آنکه راهکارهای موثر برای نهادینه سازی الگوی مشارکت مردم در نظام مراقبت های اولیه سلامت شامل موارد زیر می باشد:

- یکی از پیش زمینه های مهم مشارکت افزایش آگاهی است و مشارکت مناسب و پایدار مشارکتی است که آگاهانه باشد و افراد خود را متعهد به مشارکت می دانند برای آگاهی دادن باید از همه ظرفیت ها استفاده شود.
- دید سیاستگذاران باید واقعاً نسبت به مردم به عنوان شریک و همکار باشد و نه دید از بالا به پایین، باید نقش و سهم مردم در کار کاملاً مشخص باشد و به این نقش و سهم احترام گذاشته شود.
- باید این دید در مردم ایجاد شود که خودشان برای حل مشکلات دست بکار شوند و منتظر امداد از سوی دولت نباشند. اما در عین حال نباید این تلقی ایجاد شود که سازمانها اجرای وظایف و ماموریتهای سازمانی خود را بر دوش مردم انداخته اند.

فصل اول – مقدمه

مفهوم ارتقای سلامت؛ متکی بر اصول مختلفی است که یکی از مهمترین آنها مشارکت است. بدین معنی که از مردم خواسته می شود در توسعه، اجرا، و ارزیابی برنامه های ارتقاء سلامت، که به طور مستقیم زندگی و شرایط کار آنها را تحت تأثیر قرار می دهد شرکت کنند. مشارکت حق تصمیم گیری مشترک در امور است به این معنا که مردم بتوانند تصمیم بگیرند که کدام یک از برنامه های ارتقاء سلامت در محیط اجتماعی فرهنگی و زیستی آنان اجرا شود. مشارکت فرایندی است که در آن مردم می توانند با هم برای ایجاد تغییر در زندگی خود کار کنند و در تصمیم گیری در رابطه با مسائل پیرامون زندگی خود نقش فعال داشته باشند. معنای مشارکت در ارتقاء سلامت این است که در آن اعضای یک جامعه نیازهای سلامت شان را تعیین نموده و توجه نمایند که چگونه می توانند با این نیازها روبرو شوند، به طور گروهی در مورد اولویت های شان تصمیم بگیرند و با هم برای نیل به اهداف طراحی شده بر اساس حمایت مقتضی کار کنند. مشارکت موثر جامعه، نیازمند درگیری همه بخش های داخل یک جامعه و نه تنها قدرتمندترین آنها یا آنهایی که به راحتی در دسترسند، می باشد.

در سال ۱۳۶۹ وزارت بهداشت با انگیزه حل مشکلات بهداشتی، اقدام به طراحی و اجرای برنامه داوطلبان سلامت تحت عنوان «رابطان بهداشت» نمود. رابطین بهداشتی افرادی هستند که ساکن منطقه جغرافیای تحت پوشش خانه بهداشت یا مراکز بهداشتی درمانی هستند که با فرهنگ و آداب و رسوم مردم آن منطقه آشنایی دارند و به دلیل علاقه ای که جهت خدمت به مردم در مسایل بهداشتی دارند با خانه های بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی همکاری می کنند. آنها به صورت کاملاً اختیاری و افتخاری که بدلیل علاقه آنان به امر بهداشت می باشد، فعالیت می نمایند و هیچ گونه حقوق و مزایا از طرف دولت یا هر ارگان دیگر دریافت نمی نمایند.

رابطین بهداشت، زنان داوطلب محله می باشند که از میان منطقه محل سکونت خود با داشتن سواد و برخورداری از مقبولیت اجتماعی مناسب، برخوردار از وقت کافی، داشتن انگیزه و علاقه برای ایجاد فعالیتهای اجتماعی، انتخاب و دعوت به همکاری می شوند. هر رابط سلامت بایستی بطور متوسط ۲۰ خانوار را که در همسایگی محل سکونت خود زندگی می کنند تحت پوشش قرار دهد.

این افراد همچون حلقه محکمی ارتباط مسئولین بهداشتی را با سطوح محیطی جامعه برقرار می کنند و با شرکت در کلاسهای هفتگی و یا ماهانه در مراکز بهداشتی درمانی آموخته های خود را به خانوارها و افراد تحت پوشش خود منتقل می نمایند و برای حفظ سلامتی خود و خانوارهای تحت پوشش تلاش می کنند.

اهم فعالیت های بهداشتی که توسط رابطین صورت می گیرد شامل موارد زیر می باشد.

۱. همکاری جهت سرشماری جمعیت سالیانه توسط خانه بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی
۲. شناسایی بیماران غیر واگیر مثل فشار خونی، دیابتی، تالاسمی، هیپوتیروئید و سرطان
۳. پیگیری مرتب و ماهیانه افرادی که بیماریهای فوق را دارند
۴. آموزش بهداشت محیط در زمینه دفع بهداشتی و فاضلاب و فضولات حیوانی

۵. آموزش بهداشت مواد غذایی مثل نحوه صحیح استفاده از سبزیجات، مواد لبنی، مواد کنسرو شده و...
۶. آموزش بهداشت خانواده
۷. آموزش سالمندان درباره مواد غذایی و حرکات و فعالیت های مناسب بدنی و بازتوانی مجدد ناتوانی
۸. آموزش بهداشت کشاورزان در زمینه نحوه سمپاشی، زمان آن و انجام فعالیت و...
۹. الگوسازی برای رسیدن به زندگی سالم و مولد
۱۰. حساس کردن سازمانها نسبت به مشکلات سلامت
۱۱. افزایش میزان بهره وری از امکانات و نیروهای تخصصی در جهت رفع مشکلات سلامت
۱۲. استفاده از حمایت‌های سیاسی و مالی دستگاهها جهت رفع مشکلات سلامت
۱۳. توزیع مواد آموزشی از قبیل پمفلت، و کتابچه در جمعیت تحت پوشش خود

برنامه رابطان بهداشت به تغییر نگرش و عملکرد مردم نسبت به توانایی بالقوه خود در جهت تغییر و بهبود شرایط زندگی کمک کرده است و اعتماد به نفس و اتکا به خود را در آنان و خانوارهای تحت پوشش افزایش داده است (۲۰۱). همچنین این داوطلب سلامت زمینه های لازم را برای مشارکت فعالانه تر افراد در توسعه اقتصادی، اجتماعی کشور فراهم نموده است و در برخی از گروههای رابطان بهداشت حیطه فعالیت آنها متناسب با نیازهای جامعه توسعه یافته و در امور اجتماعی و خانوادگی به کمک مردم شتافته اند.

داوطلبان برای کسب آگاهی ها و مهارت های بهداشتی در جلسات هفتگی در مرکز بهداشتی درمانی نزدیک به محل زندگی خود شرکت می کنند. محتوای آموزشی داوطلبان در خصوص سلامت کودکان، سلامت مادران، سلامت خانواده، سلامت جامعه و آشنایی با بیماری های شایع می باشد. داوطلبان در کلاسهای آموزشی خود علاوه بر یادگیری مفاهیم علمی و مهارتهای عملی، برای انتقال آن به خانوارهای تحت پوشش خود نزد مربی خود تمرین خواهند نمود تا آموخته های بهداشتی را بتوانند بطور صحیح به مردم منتقل کنند.

در حال حاضر بیش از ۱۴۰,۰۰۰ داوطلب سلامت در سراسر کشور مشغول به فعالیت هستند و برای اعتلای سلامت جامعه و توانمند سازی خود و خانوارهای تحت پوشش تلاش می کنند. آنان همچون بازوان توانمندی برای برقراری ارتباط مسئولین محیطی بهداشت با جامعه عمل می نمایند. با تلاش بی وقفه خود از بروز بیماری ها و معلولیت های فراوانی در محیط شهر و روستا پیشگیری می کنند و با تأمین و ارتقاء سلامت جامعه زمینه بروز استعدادهای خداداد بخش عظیمی از جمعیت کشور فراهم گردیده است.

از آنجا که رابطان زنان بزرگسالی هستند که داوطلبانه آمادگی کسب آموزش های بهداشتی و انتقال آن را به مردم دارند، بنابراین روش آموزش آن ها نمونه ای است از آموزش مشارکتی بزرگسالان بوده و اساس این آموزش بر پایه رابطه عاطفی و اجتماعی بین مربی و آموزش گیرنده استوار است. احساس

صمیمیت موجب ابراز افکار، مسائل و نگرانی‌ها می‌شود و در نتیجه آموزش همراه با رضایت و لذت فراهم می‌گردد. در آموزش مشارکتی کلید موفقیت مربی، احترام به عقاید آموزش‌گیرندگان است و در تسهیل یادگیری آنان موثر می‌باشد. در این روش خود رابطان برای پاسخگویی به سؤالات تلاش می‌کنند، فکر می‌کنند، مطالعه می‌کنند و تمرین می‌کنند. مربی فقط یک راهنماست، محتوای بحث از ذهن رابطان تراوش می‌کند مربی فقط طراح مسئله و مسئول جمع‌بندی نتایج است. در آموزش مشارکتی، مربی ممکن است پاسخ همه سؤالات را نداند، او از ذهن افراد با تجربه کلاس بهره می‌گیرد. استعدادهای آنها را کشف می‌کند و رشد می‌دهد. همچنین این کار عملی گروهی به خودآموزی رابطان کمک می‌کند.

ساختار آموزشی رابطان: آموزش رابطان شامل دو دوره است، دوره مقدماتی نقش کلیدی در تحکیم روابط بهداشت و رابطان دارد. این دوره زمینه‌ساز فعالیت‌های بعدی و جذب رابطان است. یکی از مهمترین قسمتهای دوره مقدماتی، شناسایی و اولویت‌بندی مسائل بهداشتی محله است که پایه یادگیری آنهاست. طی جلسات بحث، رابطان نیازهای بهداشتی محله و مردم را شناسایی و با کمک مربیان فهرستی از اولویت‌مسائل تهیه می‌کنند. دوره تکمیلی پس از شروع به کار رابطان تشکیل می‌شود و شامل جلسات و کلاسهای متنوعی است که در مراکز خدمات بهداشتی و درمانی برگزار می‌گردد. رابطان محله و مربی، طول دوره را تعیین می‌کنند و زمان آموزش هر موضوع بستگی به نیاز آنها و شرایط محله دارد پس از شروع به کار نیز دوره آموزش آنها خاتمه نمی‌یابد بلکه طی جلسات و کلاسهایی که در مرکز بهداشتی - درمانی مربوط برای افزایش و به روز کردن آگاهی‌های آنان تشکیل می‌شود، ادامه می‌یابد. دوره یادگیری محدودیت موضوعی نیز ندارد. بر اساس خواست و نیاز رابطان موضوعات آموزشی تعیین می‌شود. در برنامه آموزشی رابطان تنها از یک فن ساده استفاده نمی‌شود. روش‌ها و فنون مختلفی وجود دارد که هر فن برای تدریس نوع خاصی از مطالب آموزشی مناسب‌تر است مربی در آموزش خود از شیوه‌هایی استفاده می‌کند که در آن مهارت بیشتری دارد رابطان بهداشت در جلسات، تجارب خود را برای یکدیگر بازگو می‌کنند. تاکنون چندین عنوان کتاب به عنوان محتوای آموزشی برای تالیف شده است. همچنین به منظور همگام شدن با پیشرفت علوم و فناوری اطلاعات، پنج نشریه مجازی داوطلبان سلامت در پنج قطب دانشگاهی کشور فعال گردید.

اما به نظر می‌رسد که در حال حاضر با توجه به انتظارات سیستم بهداشتی، به عنوان یک برنامه کشوری نیازمند بازنگری و ایجاد تغییرات اساسی می‌باشد. تاکنون مطالعاتی مقطعی جهت ارزشیابی این برنامه صورت گرفته اما فقدان یک ارزشیابی جامع، کشوری و همه‌جانبه حاوی توصیه‌هایی سیاستی جهت بهبود این برنامه به چشم می‌خورد. لذا هدف از طرح پیش‌رو ارزشیابی برنامه کشوری رابطین بهداشتی بر اساس متد ارزشیابی برنامه‌های سلامت می‌باشد. امید است با اجرای این طرح در برنامه کشوری رابطین بهداشتی بازنگری صورت گیرد به این صورت که نقاط قوت این برنامه تقویت شده و نقاط ضعف آن اصلاح گردد.

فصل دوم - زمینه‌های نظری پژوهش و مروری بر مطالعات انجام شده

الف- مروری بر مطالعات داخلی

بررسی‌های انجام شده در سالهای ابتدایی اجرای این برنامه نشان داده که رابطین بهداشتی در افزایش آگاهی مردم نقش دارند و می‌توانند باعث بالا رفتن سطح آگاهی خانواده‌ها شوند و در افزایش سطح بهداشت جامعه و احتمالاً تغییر رفتار بهداشتی موثر باشند از جمله این مطالعات می‌توان به موارد ذیل اشاره نمود:

(۱) الماسی و همکاران مطالعه‌ای تحت عنوان "تاثیر رابطین بهداشتی در میزان آگاهی مادران جامعه تحت پوشش عرصه آموزش پزشکی جامعه نگر کرمانشاه" در سال ۱۳۸۷ به روش هم گروهی اجرا کردند. بر اساس نتایج این مطالعه مادرانی که تحت پوشش رابطین بهداشت بودند در زمینه‌های مختلف از جمله: بهداشت مادر و کودک، تنظیم خانواده، تغذیه صحیح، واکسیناسیون به موقع، پیشگیری از بیماری‌های واگیر و غیرواگیر و بهداشت محیط آگاهی بیشتری نسبت به دیگر مادران داشتند. این پژوهشگران در پایان چنین نتیجه گرفته‌اند که رابطین بهداشتی در افزایش آگاهی مردم نقش دارند و می‌توانند باعث بالا رفتن سطح آگاهی خانواده‌ها شوند و در افزایش سطح بهداشت جامعه و احتمالاً تغییر رفتار بهداشتی موثر باشند (۱).

(۲) باقری یزدی و همکاران در مطالعه دیگری تحت عنوان "ارزیابی عملکرد بهورزان و رابطین داوطلب بهداشتی در ارائه خدمات بهداشت روان در شبکه مراقبت‌های بهداشتی اولیه شهرستان بروجن - استان چهارمهرال و بختیاری" در سال ۱۳۸۰ اقدام به ارزیابی عملکرد بهورزان و رابطین بهداشتی در ارائه خدمات بهداشت روان به روش هم گروهی نمودند. بر اساس نتایج این مطالعه رابطین بهداشتی در زمینه افزایش آگاهی و بهبود نگرش جامعه تحت پوشش خود عملکرد در برنامه سلامت روان موفق عمل کرده‌اند و در مینه عملکرد آنها (بیماریابی) نیاز به زمان بیشتر جهت معرفی آنها به جامعه و استفاده از شیوه‌های متفاوت بیماریابی وجود دارد (۲).

(۳) رئیسی و همکاران مطالعه دیگری تحت عنوان "تاثیر رابطین بهداشتی بر تغییر آگاهی و عملکرد خانوارهای شهری" در سال ۱۳۷۷ در شهرهای تهران و سنندج به شکل هم گروهی انجام دادند. نتایج این مطالعه نشان داد در اثر اجرای برنامه میزان آگاهی گروه آزمایش نسبت به گروه گواه در منطقه جنوب تهران افزایش چشمگیری داشته است به طوری که از ۱۰ مورد شاخص تعیین شده برای آگاهی ۹ مورد آن افزایش معنی داری نشان داد در شهرهای سنندج و شهرکرد تغییرات دیده شده بیشتر نسبت به پیش از اجرای برنامه رابطین بهداشت بود، ولی نسبت به گروه گواه تغییرات معنی داری نداشت. یافته‌های پژوهش نشان داد که در زمینه عملکرد مادران دارای کودک ۴-۱ ساله در هر سه شهر مورد بررسی، فعالیت رابطین بهداشت باعث گردید که مادران بیشتر از مراکز نزدیک برای انجام مراقبت کودک خود بهره گیرند ولی در زمینه مراقبت مرتب کودکان خود تنها در منطقه جنوب تهران در اثر فعالیت رابطین بهداشت نسبت به گروه گواه تغییرات مثبتی دیده شد و در شهر سنندج و شهرکرد این تغییرات در گروه آزمایش و گواه معنی دار نبود (۳).

از سوی دیگر برنامه رابطین بهداشتی در داخل کشور همواره با نتایج مثبت همراه نبوده و با پاره‌ای از مشکلات مانند قطع رابطه رابطین و عدم همکاری آنها دست به گریبان بوده است. به عنوان مثال: (۴) جمشیدی و همکاران در مطالعه‌ای با عنوان "بررسی علل قطع همکاری داوطلبین بهداشتی با مراکز بهداشتی- درمانی شهری استان اصفهان" به این نتیجه رسیده‌اند که داوطلبین بنابر دلایل مختلفی مانند دلایل خانوادگی، مشکلات اقتصادی، مهاجرت، مشکلات آموزشی و عدم آشنایی با شرح وظیفه رابطه خود را با مراکز بهداشتی و درمانی شهری قطع می‌کنند (۴).

نتایج برخی مطالعات داخلی نشان داده که دادن آگاهی به رابطین به تنهایی نمی‌تواند رفتار آموزشی در آنها ایجاد کند، بلکه باید با آموزش موثر و فراهم کردن نگرش به عمل و عوامل قادرکننده برای کارکنان بهداشتی و به تبع آنها رابطین، رابطین بهداشتی را برای آموزش به جامعه توانمندتر ساخت. برخی از این مطالعات عبارتند از:

(۵) موسوی و همکاران در مطالعه‌ای که تحت عنوان "بررسی تاثیر فعالیتهای رابطین بهداشتی زن در ارتقای خدمات بهداشتی و درمانی در جمعیت‌های تحت پوشش مراکز بهداشتی و درمانی شهر یاسوج" انجام داده‌اند به این نتیجه رسیده‌اند که برنامه رابطین بهداشتی در حال حاضر، اثرگذاری خود را با توجه به انتظارات سیستم بهداشتی در شهر یاسوج از دست داده است و در این خصوص به نوعی دچار رکود شده است. نتایج حاصل به روشنی بیانگر رکود فعالیتهای رابطین و اثرگذاری آنها بر شاخص‌های کمی بهداشت خانواده می‌باشد و این مسئله می‌تواند بیانگر بی‌اثری یا کم اثری رابطین بهداشت بر کیفیت شاخص‌های بهداشتی مورد نظر نیز باشد (۵).

(۶) حشمتی و همکاران در مطالعه‌ای که تحت عنوان "بررسی عوامل مرتبط با رفتارهای آموزشی رابطین بهداشت از بیماری سالک بر اساس مدل بزنف در شهر یزد" اجرا کرده‌اند به این نتیجه رسیده‌اند که دادن آگاهی به رابطین به تنهایی نمی‌تواند رفتار آموزشی در آنها ایجاد کند، بلکه باید با آموزش موثر و فراهم کردن نگرش به عمل و عوامل قادرکننده برای کارکنان بهداشتی و به تبع آنها رابطین، رابطین بهداشتی را برای آموزش به جامعه توانمندتر ساخت (۶).

(۷) محسن امینی زاده و همکاران نیز در مطالعه دیگری با عنوان "ارتباط عوامل انگیزشی و رضایتمندی نیروهای داوطلب بهداشتی و درمانی استان کرمان در حوادث غیر مترقبه" به این نتیجه رسیده‌اند که جذب بیشتر داوطلبان در بخش بهداشتی و درمانی می‌بایست به عوامل انگیزشی هدفمند بیشتر تاکید گردد. با ارتقای هر کدام از عوامل انگیزشی می‌توان امید داشت که میزان تعهد، رضایت و ماندگاری داوطلبان بهبود یابد (۷).

مطالعات جامع کشوری: تا کنون دو مطالعه جامع کشوری برای ارزشیابی برنامه رابطین سلامت انجام شده است.

(۸) مطالعه اول در سال ۱۳۷۴ توسط دکتر محسن نقوی انجام گرفت. این مطالعه که با روش کمی به صورت نمونه گیری کشوری انجام گرفت، با استفاده از پرسشنامه به بررسی میزان آگاهی زنان در مورد مسائل بهداشتی و رابطه آن با مداخلات رابطین بهداشتی پرداخت. در این مطالعه جمعیت تحت پوشش

مراکز بهداشت دارای رابط سلامت با جمعیت تحت پوشش مراکز فاقد رابط با هم مقایسه شدند. نتایج این مطالعه نشان داد که در مواردی که میزان جامعه سطح دانش و عملکرد مناسبی داشته، وجود رابطین سلامت افزایش معناداری در میزان آگاهی افراد نداشته اما در مواردی مانند آگاهی های جامعه در زمینه وزن و کنترل رشد کودک، آگاهی های جامعه در زمینه مراقبت و درمان کودک مبتلا به عفونت دستگاه تنفسی فوقانی یا اسهال و عملکرد مادران در زمینه انجام به موقع و مرتب کودکان ۱ تا ۴ ساله و زیر یکسال مداخلات رابطین بهداشتی توانسته تغییر و تفاوت چشمگیری را سبب شوند (۱۳).

مطالعه دوم نیز در سال ۱۳۸۳ توسط دکتر نقوی و همکار صورت گرفت. این مطالعه هم با روش کمی به صورت نمونه گیری کشوری انجام گرفت، با استفاده از شش پرسشنامه به بررسی تاثیر برنامه رابطین بهداشتی بر زندگی فردی و خانوادگی رابطان، کارکنان مراکز بهداشتی درمانی شهری، عموم مردم و مسئولین سازمانهای توسعه اجتماعی شهرستان پرداخت. نتایج این مطالعه نشان داد که ۶۳/۴ درصد واحدهای مورد پژوهش با ۸-۱۱ سال طول مدت فعالیت برنامه رابطان در آنها توانسته اند ۲۵-۴۹ درصد فعالیت ها را توسط برنامه رابطان پوشش دهند. ۹۸/۵ درصد مراکز مورد پژوهش با ۷-۴ سال طول مدت فعالیت برنامه رابطان توانسته اند پرونده کاملی برای هر رابط تشکیل دهند با مشاهده درصدهای بالاتر تقریباً می توان گفت برای همه رابطان در سطح کشور پرونده کاملی وجود دارد. ۷۸/۹ درصد در همه پروندههای بررسی شده و ۲۱/۱ درصد در برخی پروندههای بررسی یا مورد پژوهش با ۸-۱۱ سال طول مدت فعالیت برنامه رابطان در آنها، نشان از میانگین پوشش در ارتباط با موجود بودن لیست خانوارهای تحت پوشش در پرونده رابط پیگیری موارد تاخیر و موجود بودن فهرست وقایع حیاتی و مهاجرت خانوارهای تحت پوششی و استخراج تاخیرها توسط پرسنل بهداشتی و ارسالی دعوتنامه توسط رابط می باشد. در ۸۱/۸ درصد واحدهای مورد پژوهش با ۸-۱۱ سابقه فعالیت برنامه رابطان در آنها، مربی رابطان در کارگاه آموزشی مشارکتی (براساس گفته مربی) شرکت کرده است. ۹۵/۵ درصد پرسنل مراکز در واحدهای فوق در برنامه آموزشی رابطان شرکت دارند که بطور متوسط یعنی ۷۴-۵۰ درصد رابطان در کلاس آموزشی شرکت دارند (۵۴/۵ درصد واحدها) ۸۶/۴ درصد واحدهای مورد پژوهشی با ۸-۱۱ سال سابقه فعالیت برنامه رابطان در آنها نشان می دهد که رابطان خانوارهای تحت پوشش و گروههای آسیب پذیر آنها را می شناسند و این مورد از درصد بالایی در کلیه واحدهای مورد پژوهشی برخوردار است و نشان می دهد که مطلب فوق یعنی شناخت گروههای آسیب پذیر تقریباً به طور کامل برای رابطان جافتاده و شناخته شده است. چگونگی انتقال پیامهای بهداشتی به خانوارهایی تحت پوشش توسط رابطان (بطور کامل) میانگین ۱۵٪ بوده که لازم است به این مهم بیشتر پرداخته شود. در نهایت محققین اینطور نتیجه گرفتند که کلیه فعالیتهایی که داخل مراکز یا پایگاه در ارتباط با برنامه رابطین بهداشتی انجام می گیرد اعم از تشکیل کلاس و ترکیب شرکت کنندگان و... بسیار عالی و با انسجام کامل طبق روتین و براساس چارچوب برنامههای آموزشی رابطان بهداشت انجام میگیرد تنها نکته ای که به چشم می خورد این است که تنها ۱۵٪ از پیامها (بطور کامل) به مردم انتقال داده شده است. یعنی فعالیت یا عملیاتی که مربوط به بیرون از محیط مرکز یا پایگاه و در میان خانوارهای تحت پوشش رابط

بهداشت و یا به عبارتی دیگر در سطح جامعه تحت پوشش برای بالا بردن سطح بهداشت انجام گرفته است. و به نظر می رسد در انجام این مهم توسط رابط نیاز به علت یابی و رفع آن و همینطور نیاز به فعالیت و تمرین بیشتر در کلاس و در میان خانوارهای تحت پوشش با حضور مربی می باشند که بایستی بیشتر به آن پرداخته شود، تمامی عوامل و امکانات در جهت رسیدن به یک هدف واحد در سطح کشور توسط این برنامه عظیم مردمی می باشد و آن ارتقاء سطح سلامت در میان اقشار محروم جامعه می باشد. (۱۴)

ب- مروری بر مطالعات خارجی

Glenton و همکاران در سال ۲۰۰۹ مطالعه‌ای با عنوان "برنامه رابطین بهداشتی زن در نپال: ادراکات تصمیم‌گیرندگان در خصوص رابط بهداشتی بودن، پرداخت‌های مالی و دیگر انگیزه‌ها" به روش کیفی انجام دادند. در این مطالعه پژوهشگران با ۱۹ نفر از ذینفعان برنامه از جمله سیاستگذاران و مدیران برنامه و چهار نفر از رابطین بهداشتی مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته انجام دادند. بر اساس نتایج این مطالعه انگیزه اولیه رابطین بهداشتی در وهله اول، منزلت اجتماعی و احساس وظیفه دینی و اخلاقی است. بر اساس نتایج این مطالعه، عوامل مادی و پرداخت‌های منظم نه تنها انگیزه‌ای برای رابطین در کشور نپال محسوب نمی‌شوند، بلکه به عنوان ضد انگیزه‌ای محسوب می‌شود که به زعم شرکت‌کنندگان باعث کاهش شان و منزلت آنها می‌گردد. پژوهشگران در این مطالعه چنین نتیجه گرفته‌اند که امکان ارائه یک الگوی کلی در خصوص عوامل ایجاد انگیزه در رابطین بهداشتی وجود ندارد و در زمان ارائه الگو باید به شرایط جامعه و محیط و انتظارات سیاستگذاران در راستای عملکرد و ماندگاری رابطین توجه نمود (۸).

Takasugi و همکاران مطالعه‌ای کیفی با عنوان "چرا کارکنان جامعه محور رابط بهداشتی می‌شوند؟ مطالعه کیفی در کنیا" انجام دادند و اقدام به بررسی عوامل انگیزشی رابطین بهداشتی نمودند. بر اساس نتایج این مطالعه طیف متنوعی از عوامل از جمله عوامل مادی و غیرمادی مانند توسعه فردی، وضعیت محیط و شناخت فردی از جمله عوامل انگیزاننده رابطین بهداشتی محسوب می‌شوند. این پژوهشگران چنین نتیجه گرفته‌اند که سئوالات بی پاسخ متعددی در مورد تداوم برنامه‌های رابطین بهداشتی وجود دارد و مطالعه آنها توانسته تا حدی اهمیت برخی انگیزاننده‌ها اعم از مادی و غیرمادی را در جذب و نگهداشت رابطین بهداشتی آشکار سازد (۹).

Alam و همکاران مطالعه‌ای تحت عنوان "نگهداشت رابطین بهداشتی جامعه در داکا: مطالعه مورد-شاهدی" مطالعه‌ای با روش مختلط کمی-کیفی انجام دادند تا عوامل تاثیرگذار بر نگهداشت رابطین بهداشتی در بنگلادش را شناسایی نمایند. بر اساس نتایج این مطالعه عوامل مادی یکی از انگیزه‌های اصلی رابطین بهداشتی محسوب می‌شود. رابطینی که در دهک‌های درآمدی پایین تری قرار داشتند، احتمال ماندگاری آنها در برنامه بیشتر بود. علاوه بر این، در این مطالعه پرستیژ اجتماعی، تایید جامعه و مسئولیت‌های خانوادگی به عنوان سایر انگیزاننده‌ها شناسایی شدند. تغییر ساختار و توسعه انگیزاننده‌های مادی از جمله استراتژی‌های پیشنهادی این مطالعه به منظور افزایش ماندگاری رابطین بهداشتی ذکر گردید (۱۰).

فصل سوم – روش پژوهش

این مطالعه به روش ارزیابی سریع (Rapid Assessment) انجام گرفت در این روش سه مرحله طی می شود:

۱. تعریف برنامه و استخراج سوالات و شاخص ها و تحلیل ذینفعان

۲. جمع آوری اطلاعات و داده ها برای پاسخ به سوالات ارزشیابی

۳. قضاوت و نتیجه گیری برای بازنگری سیاست

پس از تشکیل تیم ارزشیابی، سوالات اصلی ارزشیابی برنامه به شکل جعبه شماره ۱ استخراج شد.

جعبه شماره ۱: سوالات اصلی ارزشیابی برنامه داوطلبان سلامت

الف) مشخصات کلی برنامه

۱) نام برنامه و سازمان مسئول و پاسخگوی آن در ابتدا چه بود و الان در چه مرحله ای است؟

۲) داوطلبان سلامت و گروه هدف آنان چه کسانی هستند؟

۳) نیاز اصلی در شروع این برنامه چه بود؟

ب) اهداف

۱) آیا دستورالعمل مکتوب جهت این برنامه وجود دارد؟

۲) آیا اهداف دراز مدت جهت این برنامه تعیین شده است؟

۳) آیا اهداف عینی کوتاه مدت جهت این برنامه تعیین شده است؟

۴) آیا تا کنون ارزیابی برنامه جهت این برنامه انجام شده؟ نتایج و کاربری این ارزشیابی ها چه بوده؟

ج) دستاوردها

د) فرصت های بهبود (در پنج حیطه اهداف، ساختاری، مدیریت، فرایند و منابع)

ه) راهکارها (در سه حیطه سیاستی، ساختاری، و محیطی – رفتاری)

سپس تحلیل ذینفعان انجام گردید. تحلیل ذینفعان برنامه بر اساس چهار گروه مدیران، ارایه کنندگان خدمات، محققان و مردم بر اساس ماتریس میزان تعهد و تاثیر انجام شد و در مجموع برای مشارکت ذینفعان دو گروه به شرح زیر تعیین شدند:

۱. گروه های محیطی شامل پنج نفر از معاونین بهداشتی دانشگاه های علوم پزشکی کشور با سابقه بیش از ۱۰ سال ۵- کارشناسان استانی برنامه جلب مشارکت مردم در دانشگاه های علوم پزشکی کشور

۲. گروه ستادی شامل: پایه گذار و موسس این برنامه، ۲- مسئول فعلی این برنامه در معاونت بهداشت وزارت بهداشت، ۳- مسئول واحد مشارکت مردم در معاونت جدید التاسیس اجتماعی در وزارت بهداشت

داده های لازم برای ارزشیابی برنامه (پاسخ دادن به سوالات مندرج در جعبه شماره ۱) در مجموع از سه منبع مرور متون، تکمیل پرسشنامه و بحث گروهی به دست آمده است:

منبع اول) مرور تحقیقات منتشر شده در زمینه برنامه کشوری رابطین بهداشتی و مرور مستندات استانی و ملی در زمینه برنامه کشوری رابطین بهداشتی:

جهت بررسی متون موجود با استفاده از کلید واژه های مناسب، یک جستجو در موتور های جستجو گر scholar.google.com و google.com و پایگاه های داده ای داده www.eric.ed.gov و www.who.int و www.cochrane.org و magiran.com و medlib.ir و www.irandoc.ac.ir و sciencedirect.com و pubmed.org و sid.ir و iranmedex.com و مقالات مربوطه استخراج شدند. مقالات جمع آوری شده ابتدا از نظر نظر ارتباط (Relevancy) با موضوع بررسی شده و مقالات بی ارتباط کنار گذاشته (Exclude) شدند. این مقالات سپس بر اساس محل انجام مطالعات (ایران و خارج از ایران) به دو گروه تقسیم شدند. مقالات هر دو گروه به طور کامل مورد بررسی قرار می گیرند و اطلاعات آنها جمع آوری گردید.

منبع دوم) تکمیل پرسشنامه محقق ساخت توسط ذینفعان محیطی:

شامل ۱- معاونین بهداشتی دانشگاه های علوم پزشکی کشور با سابقه بیش از ۱۰ سال ۲- کارشناسان استانی برنامه جلب مشارکت مردم در دانشگاه های علوم پزشکی کشور (پیوست ۲ و ۳)

همانطور که ذکر گردید، برای جمع آوری نظرات این گروه از ذینفعان از پرسشنامه استفاده شد. روش انجام کار به این صورت بود که پس از تماس با صاحب نظران، فایل پرسشنامه به همراه خلاصه ای از اهداف طرح برای آنان توسط ایمیل فرستاده شد. در نهایت ۵۴ پرسشنامه تکمیل شده به دست تیم پروژه رسیدند (به شرح پیوست ۱ و ۲). پاسخها به روش تحلیل درون مایه ای (Thematic Analysis) مورد تحلیل قرار گرفتند؛ بدین صورت که تم ها یا درونمایه ها به عنوان کوچک ترین واحدهای معنی دار استخراج، کد بندی و طبقه بندی گردید.

منبع سوم) بحث گروهی متمرکز با ذینفعان گروه ستادی

شامل: - پایه گذار و موسس این برنامه ۲- مسئول فعلی این برنامه در معاونت بهداشت وزارت بهداشت ۳- مسئول واحد مشارکت مردم در معاونت جدید التاسیس اجتماعی در وزارت بهداشت

اطلاعات حاصل از تحلیل داده ها در یک جلسه بحث گروهی متمرکز در کمیته راهبری فنی پروژه جمع بندی شدند.

کمیته راهبری فنی به عنوان گروه قضاوت کننده در زمینه نتایج برنامه تعیین شد

فصل چهارم - یافته‌های پژوهش

بخش اول: خلاصه بررسی متون شامل تحقیقات قبلی و توصیف برنامه

بر اساس بررسی متون و منابع به روش پیشگفت، در مجموع منابع مندرج در جدول شماره یک نتیجه گیری و استخراج شد.

جدول ۱: خلاصه مقالات بدست آمده در جستجو به همراه خلاصه مهمترین نکات آنها

ردیف	نام محققان	نام مقاله	خلاصه مهمترین نکات مقاله
۱	الماسی و همکاران	تاثیر رابطین بهداشتی در میزان آگاهی مادران جامعه تحت پوشش عرصه آموزش پزشکی جامعه نگر کرمانشاه	رابطین بهداشتی در افزایش آگاهی مردم نقش دارند و می توانند باعث بالا رفتن سطح آگاهی خانواده‌ها شوند و در افزایش سطح بهداشت جامعه و احتمالاً تغییر رفتار بهداشتی موثر باشند
۲	باقری یزدی و همکاران	ارزیابی عملکرد بهروزان و رابطین داوطلب بهداشتی در ارائه خدمات بهداشت روان در شبکه مراقبت های بهداشتی اولیه شهرستان بروجن- استان چهارمحال و بختیاری	رابطین بهداشتی در زمینه افزایش آگاهی و بهبود نگرش جامعه تحت پوشش خود عملکرد در برنامه سلامت روان موفق عمل کرده اند و در مینه عملکرد آنها (بیماریابی) نیاز به زمان بیشتر جهت معرفی آنها به جامعه و استفاده از شیوه های متفاوت بیماریابی وجود دارد.
۳	رئیزی و همکاران	تاثیر رابطین بهداشتی بر تغییر آگاهی و عملکرد خانوارهای شهری	فعالیت رابطین بهداشت باعث گردید که مادران بیشتر از مراکز نزدیک برای انجام مراقبت کودک خود بهره گیرند. در زمینه مراقبت مرتب کودکان تغییرات در گروه آزمایش و گواه معنی دار نبود
۴	جمشیدی و همکاران	بررسی علل قطع همکاری داوطلبین بهداشتی با مراکز بهداشتی- درمانی شهری استان اصفهان	که داوطلبین بنابر دلایل مختلفی مانند دلایل خانوادگی، مشکلات اقتصادی، مهاجرت، مشکلات آموزشی و عدم آشنایی با شرح وظیفه رابطه خود را با مراکز بهداشتی و درمانی شهری قطع می کنند
۵	موسوی و همکاران	بررسی تاثیر فعالیت های رابطین بهداشتی زن در ارتقای خدمات بهداشتی و درمانی در جمعیت های تحت پوشش مراکز بهداشتی و درمانی شهر یاسوج	رکود فعالیت های رابطین و در واقع بی اثری یا کم اثری رابطین بهداشت بر کیفیت شاخص- های بهداشتی
۶	حشمتی و همکاران	بررسی عوامل مرتبط با رفتارهای آموزشی رابطین بهداشت از بیماری سالک بر اساس مدل بزنف در شهر	دادن آگاهی به رابطین به تنهایی نمی تواند رفتار آموزشی در آنها ایجاد کند

ردیف	نام محققان	نام مقاله	خلاصه مهمترین نکات مقاله
		یزد	
۷	امینی زاده و همکاران	ارتباط عوامل انگیزشی و رضایت-مندی نیروهای داوطلب بهداشتی و درمانی استان کرمان در حوادث غیر مترقبه	برای جذب بیشتر داوطلبان در بخش بهداشتی و درمانی می‌بایست به عوامل انگیزشی هدفمند بیشتر تاکید گردد
۸	Glenton و همکاران	برنامه رابطین بهداشتی زن در نپال: ادراکات تصمیم‌گیرندگان در خصوص رابط بهداشتی بودن، پرداخت‌های مالی و دیگر انگیزه‌ها	امکان ارائه یک الگوی کلی در خصوص عوامل ایجاد انگیزه در رابطین بهداشتی وجود ندارد و در زمان ارائه الگو باید به شرایط جامعه و محیط و انتظارات سیاستگذاران در راستای عملکرد و ماندگاری رابطین توجه نمود
۹	Takasugi و همکاران	چرا کارکنان جامعه محور رابط بهداشتی می‌شوند؟ مطالعه کیفی در کنیا	سئوالات بی پاسخ متعددی در مورد تداوم برنامه های رابطین بهداشتی وجود دارد و این مطالعه توانسته تا حدی اهمیت برخی انگیزاننده‌ها اعم از مادی و غیرمادی را در جذب و نگهداشت رابطین بهداشتی آشکار سازد
۱۰	Alam و همکاران	نگهداشت رابطین بهداشتی جامعه در داکا: مطالعه مورد-شاهدی	تغییر ساختار و توسعه انگیزاننده‌های مادی از جمله استراتژی‌های پیشنهادی این مطالعه به منظور افزایش ماندگاری رابطین بهداشتی ذکر گردیده

با توجه به نتایج به دست آمده از بررسی متون و سوال از ذینفعان توصیف برنامه به شرح زیر است:

الف) مشخصات کلی برنامه

۱) نام برنامه و سازمان مسئول و پاسخگوی آن در ابتدا چه بود و الان در چه مرحله ای است؟ این برنامه در سال ۱۳۶۹ با هدف افزایش توانمندسازی و مشارکت مردم در امر سلامت، در معاونت بهداشت وزارت بهداشت، تحت عنوان «رابطان بهداشت» طراحی و اجرا شد. در حال حاضر تحت عنوان «داوطلبان سلامت» به فعالیت خود ادامه می دهد. هم اکنون حدود ۱۴۰ هزار نفر داوطلب بهداشتی در کشور وجود دارند که هر رابط به طور متوسط ۵ تا ۴۰ خانوار را تحت پوشش دارد.

۲) داوطلبان سلامت و گروه هدف آنان چه کسانی هستند؟ رابطین بهداشت، زنان داوطلب محله می باشند که از میان منطقه محل سکونت خود با داشتن سواد و برخورداری از مقبولیت اجتماعی مناسب، برخوردار از وقت کافی، داشتن انگیزه و علاقه برای ایجاد فعالیتهای اجتماعی، انتخاب و دعوت به همکاری می شوند. از آنجایی که رابطین بهداشتی افرادی هستند که ساکن منطقه جغرافیای هستند که با فرهنگ و آداب و رسوم مردم آن منطقه آشنایی دارند و به دلیل علاقه ای که جهت خدمت به مردم

در مسایل بهداشتی دارند با خانه های بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی همکاری می کنند. آنها به صورت کاملاً اختیاری و افتخاری که بدلیل علاقه آنان به امر بهداشت می باشد، فعالیت می نمایند و هیچ گونه حقوق و مزایا از طرف دولت یا هر ارگان دیگر دریافت نمی نمایند. گروه هدف این برنامه خانوارهای تحت پوشش خانه بهداشت یا مراکز بهداشتی درمانی هستند. هر رابط سلامت به طور متوسط ۲۰ خانوار را که در همسایگی محل سکونت خود زندگی می کنند تحت پوشش قرار می دهد.

۳) نیاز اصلی در شروع این برنامه چه بود؟ نیاز اصلی در شروع این برنامه افزایش مشارکت مردم در امر سلامت بود. هدف اصلی این برنامه توانمند سازی مردم و مشارکت فعال آنان به عنوان یک هدف و تنها نه یک وسیله به منظور ارتقای سلامت بود که منجر به افزایش سرمایه اجتماعی خواهد شد. همچنین این مشارکت با استفاده از ظرفیت های محلی باعث ایجاد اعتماد به نفس، خودتکایی در مردم شده که در نهایت آنان با نیازسنجی، اولویت بندی و ارائه راه حل مناسب جهت حل مسائل مرتبط با سلامت باعث ارتقاء تندرستی جامعه خواهند شد.

ب) اهداف

۱) آیا دستورالعمل مکتوب جهت این برنامه وجود دارد؟ بله؛ فرم ها، پرونده برنامه ها و دستورالعمل مربوط داوطلبان سلامت در وزارت بهداشت تدوین شده است.

۲) آیا اهداف دراز مدت جهت این برنامه تعیین شده است؟ خبرگان و ذینفعان معتقد هستند در حال حاضر به نظر می رسد که یک سیاست و نقشه راه منسجم برای برنامه داوطلبان سلامت وجود ندارد. در واقع هنوز وزارت بهداشت دقیقاً نمی داند که مثلاً در ۵ سال آینده قرار است این برنامه به کجا برسد. در ادامه به تفصیل در این مورد توضیح داده شده است.

۳) آیا اهداف عینی کوتاه مدت جهت این برنامه تعیین شده است؟ هر کدام از دانشگاه های علوم پزشکی کشور برنامه های عملیاتی مخصوص به خود را تدوین نموده اند. با این حال مشخص نیست که این برنامه های عملیاتی چگونه و با چه مکانیزمی نوشته شده اند و همچنین تاکنون گزارش ارزیابی از این برنامه های عملیاتی منتشر نشده است و روشن نیست که تا چه اندازه به اهداف عملیاتی دست یافته شده است.

۴) آیا تا کنون ارزیابی برنامه جهت این برنامه انجام شده؟ بله؛ تا کنون دو مطالعه جامع کشوری برای ارزشیابی برنامه رابطین سلامت توسط دکتر محسن نقوی انجام شده است:

مطالعه اول در سال ۱۳۷۴ انجام گرفت. این مطالعه که با روش کمی به صورت نمونه گیری کشوری انجام گرفت، با استفاده از پرسشنامه به بررسی میزان آگاهی زنان در مورد مسائل بهداشتی و رابطه آن با مداخلات رابطین بهداشتی پرداخت. در این مطالعه جمعیت تحت پوشش مراکز بهداشت دارای رابط سلامت با جمعیت تحت پوشش مراکز فاقد رابط با هم مقایسه شدند. نتایج این مطالعه نشان داد که در مواردی که میزان جامعه سطح دانش و عملکرد مناسبی داشته، وجود رابطین سلامت افزایش معناداری در میزان آگاهی افراد نداشته اما در مواردی مانند آگاهی های جامعه در زمینه وزن و کنترل رشد کودک،

آگاهی های جامعه در زمینه مراقبت و درمان کودک مبتلا به عفونت دستگاه تنفسی فوقانی یا اسهال و عملکرد مادران در زمینه انجام به موقع و مرتب کودکان ۱ تا ۴ ساله و زیر یکسال مداخلات رابطین بهداشتی توانسته تغییر و تفاوت چشمگیری را سبب شوند (۱۳). مطالعه دوم نیز در سال ۱۳۸۳ انجام گرفت. این مطالعه هم با روش کمی به صورت نمونه گیری کشوری انجام گرفت، با استفاده از شش پرسشنامه به بررسی تاثیر برنامه رابطین بهداشتی بر زندگی فردی و خانوادگی رابطان، کارکنان مراکز بهداشتی درمانی شهری، عموم مردم و مسئولین سازمانهای توسعه اجتماعی شهرستان پرداخت. نتایج این مطالعه نشان داد تقریباً برای همه رابطان در سطح کشور پرونده کاملی وجود دارد و کلیه فعالیتهایی که داخل مراکز یا پایگاه در ارتباط با برنامه رابطین بهداشتی انجام می گیرد اعم از تشکیل کلاس و ترکیب شرکت کنندگان و... بسیار عالی و با انسجام کامل طبق روتین و براساس چارچوب برنامه های آموزشی رابطان بهداشت انجام میگردد اما تنها ۱۵٪ از پیامها (بطور کامل) به مردم انتقال داده شده است. یعنی فعالیت یا عملیاتی که مربوط به بیرون از محیط مرکز یا پایگاه و در میان خانوارهای تحت پوشش رابط بهداشت و یا به عبارتی دیگر در سطح جامعه تحت پوشش برای بالا بردن سطح بهداشت انجام گرفته است تنها ۱۵٪ موفقیت داشته اند (۱۴).

با این حال مشخص نیست که چقدر از نتایج این دو ارزیابی در اصلاح و بازبینی برنامه استفاده شده و این مستندات به سیاست تبدیل شده است

بخش دوم: دستاوردها

بر اساس اطلاعات جمع آوری و تحلیل شده دستاوردهای این برنامه عبارت است از:

۱- مشارکت مردم

به عقیده خبرگان مهمترین دستاورد برنامه رابطین سلامت **مشارکت فعال مردم (در نظام سلامت)** به عنوان یک هدف (و نه یک وسیله) می باشد که منجر به **افزایش سرمایه اجتماعی** شده است. همچنین این مشارکت با استفاده از ظرفیت های محلی باعث ایجاد اعتماد به نفس، خوداتکایی در مردم شده که در نهایت آنان با نیازسنجی، اولویت بندی و ارائه راه حل مناسب جهت حل مسائل مرتبط با سلامت باعث ارتقاء تندرستی جامعه شده اند.

"همین که گروهی از مردم هر چند وقت یک بار به بهانه آموزش و... دور هم جمع شده و با هم مسایلی را مطرح میکنند، دستاورد بزرگی است که می تواند به افزایش سرمایه اجتماعی کمک کند" از مصادیق مهم مشارکت مردم می توان به موارد زیر اشاره نمود:

استفاده از توان بالقوه زنان در فعالیتهای اجتماعی: وجود زنان در برنامه های اجتماعی و مشارکتی به عنوان یکی از اصول توسعه در نظر گرفته می شود با توجه به مشارکت زنان داوطلب سلامت به عنوان شالوده اصلی برنامه داوطلبان سلامت و همچنین نقش ارتباطی زنان در خانواده و جامعه، یک نقطه قوت در برنامه محسوب می گردد.

توسعه ظرفیت های محلی: استفاده از افراد بومی هر منطقه منجر به ارتباط بهتر و موثرتر و درک بهتری از مردم و مشکلات منطقه تحت پوشش داوطلب شده است

امکان شناسایی خیرین و جذب منابع مالی در جهت پیشبرد اهداف بهداشتی:

کمک به حل برخی از مشکلات خانواده های بی بضاعت، کمک به درمان و ترک اعتیاد افراد معتاد، تهیه جهیزیه و یا سیسمونی و...

سایر دستاوردهای برنامه رابطین سلامت که همگی ناشی از مشارکت فعال مردم می باشند، به اعتقاد مصاحبه شوندگان و ذینفعان به شرح زیر بودند:

۲- افزایش سواد سلامت

برنامه جلب مشارکت مردمی (داوطلبان سلامت) به صورت شبکه ای از سطح وزارتخانه، دانشگاه، ستاد شهرستان، مراکز بهداشتی و داوطلبان سلامت و ارتباط مستقیم داوطلبان سلامت با مردم منطقه خود، ظرفیت بالایی برای انتقال پیامهای بهداشتی دارد و از سوی دیگر فرصت مناسبی برای آگاهی مدیران و سیاستگذاران نسبت به مشکلات مرتبط با سلامتی و انتظارات مردم را ایجاد می کند.

"اجرای این برنامه باعث شده که هم سواد سلامت خود رابطین بهداشتی و به طبع آن سواد سلامت جامعه افزایش یابد"

"شاید بتوان گفت مهمترین دستاورد این برنامه افزایش آگاهی عموم مرد و به ویژه مادران نسبت به مسائل عمومی و بهداشتی است"

"این برنامه افزایش آگاهی خانوارها به ریسک فاکتور ها و همچنین علائم هشدار دهنده بیماری ها شده است"

"حضور مستمر در کلاسهای آموزشی که برای داوطلبان سلامت در سطح مراکز بهداشتی و درمانی برگزار می شود و انتقال این پیامها به خانوارهای تحت پوشش خود که باعث افزایش آگاهی خانواده ها و تا حدودی باعث ایجاد توانمندسازی و تغییر شیوه و بهبود زندگی در خانواده ها شده."

"این برنامه در کمک به خود مراقبتی و ایجاد توانمند سازی در خانواده ها نقش مهمی داشته"

۳- افزایش پوشش و استفاده از خدمات سلامت

پیگیری مراقبتهای بهداشتی خانوار: (مادران باردار، کودکان، زنان واجد شرایط دریافت روشهای پیشگیری از بارداری،...) که باعث ارتقا پوشش مراقبتها و فعال کردن خدمات بهداشتی شده است.

"دسترسی خدمات سلامت برای مکان های کم دسترس یا سخت دسترس مانند مناطق حاشیه شهر از دستاورد های مهم این برنامه است"

"بدون شک این برنامه باعث افزایش پوشش خدمات سلامت از قبیل واکسیناسیون مراقبت اطفال مراقبت زنان باردار و همچنین غربالگری بیماران فشارخون و دیابت شده است."

۴ - افزایش همکاری های بین بخشی

- افزایش همکاری بین بخشی با سایر دستگاه ها با ایجاد برنامه داوطلب متخصص. داوطلب متخصص پرسنل اداری هستند که توسط پرسنل مجرب، آموزش مسائل بهداشتی (در قالب شیوه زندگی سالم و مهارت آموزی) را کسب نموده و بعنوان نمایندگان ادارات مختلف اطلاعات بهداشتی کسب شده را به پرسنل زیرمجموعه خود ارائه می دهند.
- مشارکت داوطلبان سلامت در رفع مشکلات بهداشتی منطقه (شرکت در شورای بهداشتی محلات)
- وجود داوطلبان سلامت باعث شده است ارتباط مسئولین و کارشناسان بهداشتی با سطوح محیطی با سهولت بیشتری امکان پذیر شود.
- افزایش جذب و هدایت منابع و کمک های خیرین، واقفین و موسسات خیریه در توسعه بخش بهداشت کشور
- افزایش مشارکت سازمان های دولتی و غیردولتی به همکاری موثر و مطلوب بین بخشی در راستای توانمندسازی جامعه در توسعه شیوه زندگی سالم با جلب مشارکت داوطلبان متخصص، افراد حقیقی و بخش های توسعه

بخش سوم: فرصت های بهبود

این برنامه بر اساس تحلیل داده های گردآوری شده علی رغم دستاوردهای آن فرصت های بهبود فراوانی دارد که در پنج حیطه اهداف، ساختاری، مدیریت، فرایند و منابع در ادامه آمده است و خلاصه آن در جدول شماره چهار درج شده است (بخش اهداف در همان ابتدای نتایج آمده است)

جدول ۴ - فرصت های بهبود برنامه اوطلبان سلامت در حیطه های پنجگانه به طور خلاصه

حیطه	وضعیت	توضیحات
۱ اهداف و برنامه	☹	به نظر می رسد یک سیاست و نقشه راه منسجم برای این برنامه وجود ندارد
۲ ساختار	☺	جدی گرفته نشدن برنامه در صف چند پیشگی کارشناسان جلب مشارکت مردمی استان ها و شهرستان ها فقدان برنامه نرم افزاری و بانک اطلاعاتی معتبر برای داشتن اطلاعات داوطلبان سلامت
۳ شیوه مدیریت	☹	ضعف یک سیاست و نقشه راه منسجم برای برنامه داوطلبان سلامت ضعف تصور درست و اعتقاد واقعی به مشارکت مردم از سوی سیاستگذاران
۴ سیستم فرایندی	☹	ضعف یک سیستم پایش و ارزشیابی مستمر عدم اطلاع رسانی مناسب در خصوص برنامه مشکلات انتقال پیامهای بهداشتی به مخاطبین
۵ منابع مالی	☹	درست است که داوطلبان سلامت نیاز به دریافت حق الزحمه ندارند اما برای

توضیحات	وضعیت	حیطه
پشتیبانی از این برنامه عظیم به منابع مالی مطمئن نیاز است. نداشتن ردیف بودجه مشخص برای این برنامه تا حد زیاد ارتقای آنرا با مشکل مواجه ساخته است.		
تاکنون بیش از ۴۰ عنوان کتاب به عنوان محتوای آموزشی برای تالیف شده است. همچنین به منظور همگام شدن با پیشرفت علوم و فناوری اطلاعات، پنج نشریه مجازی داوطلبان سلامت در پنج قطب دانشگاهی کشور فعال گردید. گروههای تلگرامی برای سریع و موثر اخبار و اطلاعات ایجاد شده اند	😊	منابع اطلاعاتی
وجود حدود ۱۴۰ هزار داوطلب فعال در کشور نشانگر سرمایه انسانی مناسب برای این برنامه می باشد	😊	نیروی انسانی
برنامه های آموزشی فراوانی برای داوطلبان سلامت و مربیان آنان بر گزار می شود با این حال به نظر میرسد که هنوز نیاز های آموزشی داوطلبان سلامت و شاخص های ارزیابی توانمندیهای مورد نیاز آنان به درستی تعیین نشده باشند.	😊	نظام آموزشی

ساختار

به عقیده خبرگان و ذینفعان این برنامه با مشکلات ساختاری مختلفی دست به گریبان است که مهمترین موارد آن به شرح زیر می باشد:

(۱) جدی گرفته نشدن برنامه در صف

"به فراموشی سپردن نقش و جایگاه داوطلبان سلامت در جلسات روسا و سرپرست های برخی از شبکه های بهداشتی شهرستان ها"

[برنامه داوطلبان سلامت] به عنوان یک کار سبک در استان ها و شهرستان ها تلقی شده و معمولاً کارشناس های از کارافتاده و رو به بازنشستگی برای آن انتخاب میشوند.

"عدم تغییر در تشکیلات برنامه با توجه به قدمت بیش از ۲۰ سال و گسترش تعدد فعالیت ها و انتظارات اداره های مختلف وزارت متبوع و ضعف تشکیلات سازمانی مدیریت برنامه مشارکت مردمی در سطح ملی"

"برنامه جلب مشارکت مردمی از سطح وزارتخانه تا مراکز بهداشتی در سطح یک واحد و گاه در حد یک کارشناس خلاصه می شود و سایر واحدهای زیر مجموعه (اعم از مدیران و کارشناسان) که می توانند به طور اساسی در گسترش مشارکت مردم در حوزه سلامت موثر باشند با برنامه جلب مشارکت مردمی (داوطلبان سلامت) آشنایی کافی ندارند و یا مداخله نمی کنند."

۲) چند پیشگی کارشناسان جلب مشارکت مردمی استان ها و شهرستان ها و در اولویت قرار نگرفتن این برنامه:

"کارشناسان برنامه جلب مشارکت مردمی در سطوح دانشگاه و شبکه بهداشت شهرستان و همچنین مربیان داوطلبان سلامت در سطح مراکز بهداشتی و درمانی چند پیشه بوده و برنامه داوطلبان سلامت به عنوان یک برنامه اصلی تعریف نشده است."

"نداشتن واحد مستقل تحت عنوان مشارکت مردمی با توجه به حجم کار این برنامه و برنامه های جدید تحول نظام سلامت از جمله سفیران سلامت"

"با توجه به اهمیت و گستردگی برنامه مشارکت مردم از بابت ارتباطات برون بخشی و درون بخشی همچنین امور جاری، در بعد پرسنلی با کمبود شدید مواجه بوده و این در حالی است که در برخی دانشکده ها نیروی کار مشارکت مردمی علاوه بر مشارکت مردمی در واحدهای دیگر چون آموزش سلامت نیز همکاری مینمایند."

۳) فقدان برنامه نرم افزاری و بانک اطلاعاتی معتبر برای داشتن اطلاعات داوطلبان سلامت:

"درست است که در هر ستاد شهرستان اطلاعات داوطلبان سلامت به نحوی ذخیره می شود اما هنوز یک سیستم جامع بانک اطلاعاتی در این زمینه نداریم"

"برنامه ریزی بدون داشتن اطلاعات دقیق و به روز مشکل است"

"هنوز حتی مشخص نیست که [برای ارزیابی عملکرد یک داوطلب سلامت] باید چه شاخصهایی را مد نظر قرار داد"

شیوه مدیریت

مشکلات مدیریتی این برنامه از دیدگاه صاحب نظران شامل موارد زیر بودند:

۱) ضعف یک سیاست و نقشه راه منسجم برای برنامه داوطلبان سلامت:

"متأسفانه تصمیم گیری ها و سیاست های این برنامه مانند برخی دیگر از برنامه های مبتنی بر متولی وزارتی مانند بسیاری از فرایندهای غیر نهادینه شده می باشد"

"مانند بسیاری از برنامه ها فقط سالی یکبار در روز مربوطه بنری زده میشود و می رود تا سال بعد"

"شل و سفت شدن برنامه های مربوط به داوطلبان سلامت در طول دوران به وضوح دیده می شود"

"ضمانت اجرایی پایین برنامه ها از مشکلات مهم برنامه داوطلبان سلامت است"

"قائم به فرد بودن این برنامه محسوس تر از سایر برنامه های وزارتخانه بود به طوریکه با رفتن دکتر ملک افضلی از وزارت بهداشت این برنامه انسجام و قدرت اولیه خود را تا حد زیادی از دست داد"

"تغییر جایگاه مدیریتی برنامه در طی چندسال گذشته در وزارت متبوع (دوبار با واحد آموزش سلامت ادغام گردید) نشانه نوعی سردرگمی وزارتخانه در برخورد با این برنامه است"

۲) ضعف تصور درست و اعتقاد واقعی به مشارکت مردم از سوی سیاستگذاران

"الان شیوه کار به صورتی است که پیام از بالا به پایین (از کارشناسان بهداشتی به داوطلب سلامت) و از داوطلب به مردم (خانوارهای تحت پوشش داوطلب) منتقل می شود و داوطلبان سلامت در اتخاذ تصمیمات و برنامه ریزی در مسئولیتهای بهداشتی منطقه خود نقش چندانی ندارند."

"متأسفانه همکاران شاغل در این سیستم توجیه درستی از مشارکت مردم ندارند و این مشکل از سطوح بالا تا پایین ترین سطوح دیده می شود. وقتی اعتقادی به دخالت مردم در برنامه ها نباشد پس برنامه نیز به صورت درست اجرایی نخواهد شد."

"بعضی از برنامه های ارسالی از سوی وزارت بهداشت جهت اجرا توسط داوطلبان سلامت (مانند برنامه کنترل سل با مشارکت داوطلبان سلامت)، داوطلب سلامت را موظف می کند تا همانند یک کارمند به صورت ماهانه گزارش عملکرد بدهد و این موارد یک شیوه دستوری است که با ماهیت برنامه های مشارکتی مغایرت داشته و موجب نارضایتی داوطلبان سلامت می شود."

"افزایش انتظارات ادارات کل وزارتخانه از داوطلبان سلامت جهت دستیابی به اهداف خود (برنامه سبا و سما، سل، سفیر سلامت، یائسگی، سرطان پستان، ایدز، تغذیه، بلایا و...) نشان می دهد که تصور درستی از داوطلبان سلامت در ذهن سیاستگذاران شکل نگرفته و به نوعی دارند وظایف سازمانی خود را بر دوش آنان می گذارند"

سیستم فرایندی

مشکلات در سیستم فرایندی این برنامه شامل موارد زیر بودند:

۱) ضعف یک سیستم پایش و ارزشیابی مستمر:

ضعف در تحقیق و پژوهش درخصوص تاثیر برنامه در بهبود و ارتقاء شاخص ها و اهداف برنامه به عقیده خبرگان و ذینفعان یکی از نقاط ضعف مهم آن به شمار می رود.

"تاکنون برنامه مدون و مستمری پایش و ارزشیابی این برنامه وجود نداشته است تنها دو بررسی مقطعی برای این برنامه صورت گرفته و بررسی دقیقی برای تعیین میزان تاثیر گذاری برنامه داوطلبان سلامت در ارتقا شاخص های مرتبط با سلامت در جامعه برای مدیران و کارشناسان موجود نیست."

"تاکنون حتی شاخص های اختصاصی برای بیان عملکرد داوطلبان نیز استخراج نشده است"

"یک سیاستگذاری مبتنی بر شواهد (evidence based policymaking) برای این برنامه وجود ندارد، با اینکه ارزشیابی برنامه تاکنون در دو سال سال ۷۴ و تابستان ۸۱ انجام گرفته اما در نهایت از این دو ارزشیابی یک پیشنهاد سیاستی مشخص برای سیاستگذاران استخراج نشده"

۲) عدم اطلاع رسانی مناسب در خصوص برنامه

"در حال حاضر علاوه بر شناخت ناکافی مردم از داوطلبین سلامت وعدم همکاری آنها متاسفانه پرسنل پایگاه ها نیز با برنامه فوق همکاری ناکافی دارند"

"در حالی که انتظار می رود با گذشت بیش از دو دهه از اجرا این برنامه شناخت عمومی در جامعه رخ داده باشد و مردم کاملاً داوطلبانه جذب این برنامه شوند، متاسفانه هنوز این امر اتفاق نیفتاده است"

"عدم آگاهی مردم به خصوص در شهرهای کوچک و مناطق روستایی نسبت به حقوق خود و عدم اطلاع از مسئولیت خودشان در تامین سلامتی خانواده و جامعه خود باعث عدم مشارکت در برنامه های بهداشتی و برنامه داوطلبان سلامت می شود."

"ضعف تبلیغات و اطلاع رسانی کافی در خصوص برنامه داوطلبان سلامت باعث شده است که جذب داوطلب سلامت به سختی انجام شده و به صورت انتخابی و با دعوت کارشناسان بهداشتی صورت پذیرد و گاه گاهی در بعضی از مناطق که کارشناسان بهداشتی ناتوان در جذب داوطلب میشوند با اقداماتی از جمله ایجاد انتظارات خاص، دادن امتیازهای غیر متعارف و... سعی در جذب داوطلب سلامت می کنند که این امر به مرور زمان با تحقق نیافتن خواسته های داوطلبان باعث قطع ارتباط داوطلب با سیستم بهداشتی می شود."

"هنوز شاهد همکاری کم خانوارها در دادن اطلاعات و همکاری و ماندگاری کم و ریزش داوطلبان هستیم"

"بد اجرا شدن و دادن وعده های نابجا از قبیل استخدام شدن و... در برخی مناطق باعث ایجاد توقع کاذب در رابطین شده که مشکلات زیادی را در پی داشته"

۳) مشکلات انتقال پیامهای بهداشتی به مخاطبین

در برنامه داوطلبان سلامت شیوه آموزش فقط در جهت افزایش آگاهی بوده است و عدم بکارگیری شیوه های نوین آموزشی، مهارت آموزی و تغییر رفتار را در بین گروه مخاطب بوجود نمی آورد.

"به درستی بررسی نشده است که آیا پیام بهداشتی به طور کامل و صحیح به مردم منتقل می شود؟"

با توجه به اینکه خود داوطلبین سلامت گیرنده پیام از طریق کلاسهای آموزشی بوده اند و مهارت آموزی در اغلب موارد صورت نمی گیرد به نظر می رسد گاهها پیام ها به طور کامل به جامعه تحت پوشش منتقل نمی شود و توانمندسازی مردم صورت نمیگیرد.

۴) کمرنگ بودن نقش مردان در برنامه

اگر چه وجود زنان داوطلب سلامت به عنوان نقطه قوت در برنامه منظوری گردد مشارکت ضعیف مردان و در اکثر مناطق عدم مشارکت مردان یک نقطه ضعف محسوب می شود.

با توجه به اینکه اکثر داوطلبان سلامت زنان تشکیل میدهند این پیام اغلب فقط در همان گروه جنسی (از زنان داوطلب به زنان محله) منقل می شود و مردان گیرنده پیام نیستند.

سایر علل عدم استقبال از شرکت در برنامه داوطلبان سلامت:

- عدم امنیت کافی در مناطق بالاخص حاشیه شهر در خصوص مراجعه درب منزل توسط داوطلبین
- با توجه به اینکه تشکل ها، نهادها و سازمانهای مردم نهاد، نقش مهمی در جلب اعتماد و مشارکت مردم دارند تعداد کم اینگونه نهادها در جامعه ما در کاهش مشارکت مردم نقش داشته است.
- تغییر بافت زندگی اجتماعی افراد و عدم استقبال مردم از عضویت در برنامه به خاطر شاغل بودن

منابع

(۱) منابع مالی

مشکلات منابع مالی برنامه به قرار زیر هستند:

ضعف ردیف بودجه معین و منبع مشخص تامین مالی برنامه

"کمرنگ شدن تدریجی حمایت‌های مادی و غیر مادی از برنامه داوطلبان سلامت در طی سالهای اخیر به وضوح مشاهده می شود"

"تخصیص کم اعتبارات و یا شفاف نبودن میزان اعتبارات در نظر گرفته شده از وزارت متبوع به منظور حفظ و نگهداشت داوطلب سلامت

(۲) منابع اطلاعاتی

تاکنون چندین عنوان کتاب به عنوان محتوای آموزشی برای تالیف شده است. همچنین به منظور همگام شدن با پیشرفت علوم و فناوری اطلاعات، پنج نشریه مجازی داوطلبان سلامت در پنج قطب دانشگاهی کشور فعال گردید.

(۳) نیروی انسانی

به نظر می رسد که وجود حدود ۱۴۰ هزار داوطلب فعال در کشور نشانگر یک سرمایه انسانی مناسب برای این برنامه می باشد

(۴) نظام آموزشی

برنامه های آموزشی فراوانی برای داوطلبان سلامت و مربیان آنان بر گزار می شود با این حال به نظر میرسد که هنوز نیاز های آموزشی داوطلبان سلامت و شاخص های ارزیابی توانمندیهای مورد نیاز آنان به درستی تعیین نشده باشند.

بخش چهارم: راهکارها

کمیته راهبری فنی بر اساس نتایج گردآوری شده و پیشنهادات ذینفعان محیطی در مجموع برای بهبود برنامه راهکارهای زیر جمع بندی شده است. این راهکارهای بهبود بر اساس تحلیل مثلی در سه گروه سیاستی، ساختاری، و محیطی - رفتاری دسته بندی شدند. مواد داخل گیومه عینا نقل قولهای بیان شده از طرف ذینفعان هستند.

۱- تغییرات سیاستی

مشخص نمودن یک سیاست معین برای برنامه

"در حال حاضر لازم است وزارتخانه یک سیاست مشخص برای این برنامه تدوین نماید" وزارت بهداشت باید تکلیف خوش را با این برنامه روشن کند که چه انتظاری از آن دارد؟ قرار است این برنامه در آینده به چه اهدافی دست پیدا کند؟

اختصاص بودجه ایی مستقل جهت پیشبرد اهداف برنامه

"وقتی هنوز برنامه ردیف بودجه مستقل ندارد نمی توان انتظار پیشرفت آنرا داشت" "احیا و یا اختصاص دادن و یا شفاف نمودن ردیف های اعتباری به منظور جذب و حفظ و نگهداشت داوطلبان سلامت و قانونمند کردن سرانه اختصاصی برای هر داوطلب اقدامی مناسب به نظر می رسد"

پایش و ارزشیابی مستمر و مدون برنامه و سیاستگذاری مبتنی بر شواهد

با توجه به اینکه بیش از ۱۰ سال از آخرین ارزشیابی از برنامه مذکور می گذرد لزوم تحقیق و پژوهش به منظور ارزشیابی برنامه و میزان عملکرد برنامه احساس می شود.

استفاده از ظرفیت ها و مشارکت دادن مردم در فرایند تصمیم گیری و سیاست گذاری

با مشارکت دادن داوطلبان سلامت در مراحل اجرا برنامه های بهداشتی (اعم از تصمیم گیری، اجرا، پایش، و...) حس موثر بودن و رضایتمندی در داوطلبان سلامت ایجاد می گردد و نقش مشارکت مردم پر رنگ تر می گردد.

۲- تغییرات ساختاری

اختصاص یک واحد مستقل در ستادهای استانی و شهرستانی

"با توجه به اهمیت برنامه توصیه می شود در تمامی سطوح زیر مجموعه وزارت بهداشت (در سطح دانشگاه - شهرستان - مراکز بهداشتی) کارشناس ویژه جلب مشارکتهای مردمی تعریف شود که تمرکز بر برنامه داشته باشد."

همکاری درون و بین بخشی بیشتر

"ایجاد کمیته های بین بخشی و درگیر کردن و مداخله سایر سازمانها و ارگانها در برنامه جلب مشارکت مردمی در حوزه سلامت به طوری که سازمانها و داوطلبان سلامت ومسئولین بهداشت و درمان خود را موظف به هماهنگی و ارتباط با یکدیگر بدانند."

"با وجود مجمع خیرین سلامت در دانشگاه ها پیشنهاد می شود مسئول جلب مشارکت مردمی نیز عضو شورای خیرین سلامت باشد."

"لازم دستورالعمل هایی مشخص برای گسترش اهداف برنامه در سایر سازمان ها و نهادها تدوین شود"

۳- تغییرات محیطی - رفتاری

بازطراحی معرفی برنامه داوطلبان سلامت

استفاده بیشتر از تبلیغات وسیع به منظور شناخت مردم از وجود داوطلبان سلامت در محلات از طریق صدا و سیما و....

با توجه به تغییر بافت جامعه و نقش جوانان و نوجوانان، دانشجویان، دانش آموزان و... و همچنین گسترش وسایل ارتباطات جمعی، به نظر می رسد رویکرد برنامه جلب مشارکت مردمی از حالت سنتی باید تغییر کند و سطح خود را از جذب زنان خانه دار محله به عنوان داوطلب سلامت به همه گروه های فعال اجتماعی موجود در جامعه ارتقا دهد.

ایجاد تبلیغات لازم برای گسترش جلب مشارکت مردم و ایجاد راهکارهای علمی در جلب نظرات و مشارکت مردم تا داوطلبان سلامت کاملا داوطلبانه جذب برنامه شوند.

لزوم تکرار اهمیت برنامه در جلسات معاونین بهداشتی و روسای شبکه های بهداشتی در شهرستان ها تعریف داوطلب سلامت برای اقشار خاص مثل داوطلب سلامت دانشجویی و دانش آموزی برای استفاده و انتقال پیامهای سلامت در اماکن دسته جمعی مانند خوابگاهها و یا پانسیون های دانشجویی و حمایت بهداشتی دانشجویان و یا دانش آموزان خوابگاه های شبانه روزی از این طریق

بازطراحی شیوه آموزش

تغییر رویکرد آموزش از انتقال مطالب آموزشی به سمت مهارت آموزی و توانمند سازی استفاده از تکنولوژی های روز به شکل طراحی و تدوین مطالب آموزشی با ورژن های دیجیتال (کامپیوتر و موبایل) که البته در سالهای اخیر فعالیتهای زیادی در حال انجام است نقش داوطلبان سلامت در جامعه باید از انتقال پیام به نقش کاملا مشارکتی تغییر کند به طوری که داوطلبان سلامت بتواند در جریان برنامه های مرتبط با سلامتی منطقه خود قرارگیرد.

در نظر گرفتن تسهیلات مناسب برای داوطلبان سلامت و ایجاد انگیزه بیشتر در آنها

از جمله مشوقهایی که برای بالا بردن انگیزه کاری در مریبان و داوطلبان سلامت پیشنهاد شده می توان به موارد زیر اشاره کرد:

- اردوهای زیارتی و سیاحتی
- اهداء جوایز سالیانه به داوطلبین
- بیمه کردن داوطلبان
- بازدیدهای شهرستانی و استانی و حتی کشوری بیشتر به منظور تبادل تجربیات.
- اختصاص امتیازی برای افرادی که حداقل به مدت ۵ سال داوطلب سلامت دارای کارت فعال بوده اند در آزمون های استخدامی و یا آموزشی
- برقراری سختی کار برای کارشناسان جلب مشارکت مردمی مانند کارشناسان گسترش شبکه
- ارائه رایگان خدمات درمانی به داوطلبان سلامت

اما از سوی دیگر برخی دیگر از خبرگان معتقد بودند که باید از مادی نمودن کار پرهیز نمود و اینکه اجازه دهیم افراد برای دلشان کار کنند نه اینکه با تطمیع و اغوا کردنشان بخواهیم آنها را وادار به کار کنیم.

تدوین شیوه ای مدون برای ثبت اطلاعات داوطلبان سلامت

تدوین دستور العمل و فرم آماری اختصاصی استاندارد به صورت کشوری برای جذب کلیه داوطلبان متخصص

ایجاد سایت کشوری و یا استانی به منظور ثبت نام داوطلب سلامت محلات و متخصص و ثبت تواناییها و ایده های آنها

فصل پنجم – بحث و تحلیل یافته‌ها، نتیجه گیری، پیشنهادات

این طرح با هدف ارزشیابی برنامه کشوری داوطلبان سلامت انجام گرفته خلاصه نتایج ارزشیابی در جدول شماره چهار نشان داده شده است.

جدول ۴- خلاصه نتایج ارزشیابی در سه حیطه دستاوردها، نقاط ضعف (فرصتهای بهبود) و راهکارهای بهبود:

راهکارهای بهبود	نقاط ضعف (فرصتهای بهبود)	دستاوردها
<p>۱- تغییرات سیاستی</p> <p>۱. مشخص نمودن یک سیاست معین برای برنامه</p> <p>۲. اختصاص بودجه ایی مستقل جهت پیشبرد اهداف برنامه</p> <p>۳. پایش و ارزشیابی مستمر و مدون برنامه و سیاستگذاری مبتنی بر شواهد</p> <p>۴. استفاده از ظرفیت ها و مشارکت دادن مردم در فرایند تصمیم گیری و سیاست گذاری</p> <p>۲- تغییرات ساختاری</p> <p>۱. اختصاص یک واحد مستقل در ستادهای استانی و شهرستانی</p> <p>۲. همکاری درون و بین بخشی بیشتر</p> <p>۳- تغییرات محیطی - رفتاری</p> <p>۱. بازطراحی معرفی برنامه داوطلبان سلامت</p> <p>۲. بازطراحی شیوه آموزش</p> <p>۳. در نظر گرفتن تسهیلات مناسب برای داوطلبان سلامت و ایجاد انگیزه بیشتر در آنها</p> <p>۴. تدوین شیوه مدونی برای ثبت اطلاعات داوطلبان سلامت</p>	<p>۱- مشکلات قانونی سیاستی</p> <p>۱. ضعف یک سیاست و نقشه راه منسجم برای برنامه داوطلبان سلامت</p> <p>۲. ضعف تصور درست و اعتقاد واقعی به مشارکت مردم از سوی سیاستگذاران</p> <p>۳. ضعف یک سیستم پایش و ارزشیابی مستمر</p> <p>۴. منابع مالی و حمایت نامناسب از برنامه</p> <p>۲- مشکلات ساختاری</p> <p>۱. جدی گرفته نشدن برنامه در محیط</p> <p>۲. چند پیشگی کارشناسان جلب مشارکت مردمی استان ها و شهرستان ها و در اولویت قرارنگرفتن این برنامه</p> <p>۳. فقدان برنامه نرم افزاری و بانک اطلاعاتی معتبر برای داشتن اطلاعات داوطلبان سلامت</p> <p>۳- مشکلات محیطی - رفتاری</p> <p>۱. عدم اطلاع رسانی مناسب در خصوص برنامه</p> <p>۲. مشکلات انتقال پیامهای بهداشتی به مخاطبین</p> <p>۳. عدم استقبال از شرکت در برنامه داوطلبان سلامت</p>	<p>۱- مشارکت مردم</p> <p>۲- افزایش سواد سلامت</p> <p>۳- افزایش پوشش و استفاده از خدمات سلامت</p> <p>۴- افزایش همکاری های بین بخشی</p>

مقصود اصلی از برنامه داوطلبان سلامت افزایش میزان مشارکت مردم در نظام سلامت است. نشان داده شده که مشارکت مردم اثرات زیر را در سلامت به همراه دارد:

- مشارکت توانمندی مردم را افزایش می‌دهد که این موضوع اثر خود را در سایر بخش‌های توسعه نیز نشان می‌دهد.
- افزایش مشارکت مردم دسترسی و پوشش خدمات برای اقشار آسیب‌پذیر افزایش می‌یابد.
- مشارکت، نیازهای واقعی سلامت مردم را به نیازهای درک شده متخصصان نزدیک می‌کند و دسترسی به منابع را افزایش می‌دهد
- مشارکت مردم به عنوان یکی از راهبردهای نظام سلامت کمک در شکل‌گیری سیاست‌ها و برنامه‌ها، از طریق مشارکت در اجرا و نظارت به پایداری آنها کمک می‌کند.

در واقع مشارکت را می‌توان فرایندی برای آموزش مردم به شرکت در اتخاذ تصمیمات گروهی و در عین حال سهیم شدن در مسئولیتها دانست و از دیدگاه توسعه اجتماعی شامل مشارکت در برنامه ریزی، اجرا و پایش و ارزشیابی برنامه تعریف می‌شود، این در حالی است که در برنامه داوطلبان سلامت به عنوان رکن اصلی برنامه جلب مشارکت مردمی وزارت بهداشت این فرایند از پله اول و نهایت دوم مشارکت فراتر نرفته است. و عملاً مردم در فرایند تصمیم‌گیری نقشی بسیار کم‌رنگ دارند.

همچنین به نظر می‌رسد مهمترین ضعف این برنامه مثل خیلی دیگر از برنامه‌های وزارت بهداشت، نداشتن یک برنامه و هدف استراتژیک مشخص، و قائم به فرد بودن آن است به گونه‌ای که اگر مسئول آن عوض شود مسئول بعدی خود را مکلف به ادامه آن نمی‌داند. از طرف دیگر برای رابطن سلامت در سطح ملی برنامه خاصی وجود ندارد و اصلاً مشخص نیست که حوزه معاونت بهداشت می‌خواهد این برنامه را به چه صورت ادامه دهد؟ در سطح استان‌ها و شهرستان‌ها نیز به دلیل آن که برای برنامه اعتبار مشخصی در نظر گرفته نشده تامین مخارج برنامه با توجه به اولویت‌ها و محدودیت‌های موجود خیلی مشکل است.

همچنین انجام موازی کاری و طرح برنامه‌های جدید توسط واحدهای اداره کل وزارتخانه نظیر برنامه سفیران سلامت (توسط اداره کل آموزش سلامت) که عملاً عملکرد برنامه‌ای مستقل با قدمت ۲۵ ساله را تحت الشعاع قرار داده است و ممکن است در دراز مدت عنوان داوطلب سلامت که یک عنوان شناخته شده برای همه‌ی مردم می‌باشد و ارتباط تنگاتنگ با مردم دارد را از اذهان‌ها دور سازد.

در حال حاضر به نظر می‌رسد مهمترین سوالی که باید پاسخ داده شود این است که آیا اصلاً لازم است برنامه داوطلبان سلامت ادامه پیدا کند یا نه؟ با توجه به دستاوردهای مهم این برنامه به نظر می‌رسد که توقف آن به صلاح نیست و همچنین اگر دیدگاه عوامل اجتماعی موثر بر سلامت (SDH) نیز به مقوله سلامت داشته باشیم این برنامه مورد نیاز خواهد بود. به خصوص این که امروزه بحث اهداف توسعه پایدار (SDG) نیز مطرح است و استفاده از برنامه رابطن سلامت می‌تواند پتانسیل خوبی ایجاد نماید. یکی از مسایل مهمی که برای بهبود برنامه رابطن بهداشتی باید به آن توجه کرد این است که باید موضوع این برنامه از سیاست و سیاست‌زدگی به دور باشد تا با آمدن و رفتن دولت‌ها آسیب نبیند. این

موضوع می تواند با « شبه NGO » اعلام کردن و (نه یک NGO مستقل) رابطین محقق شود که در این صورت خود گروه می تواند به ارتقای خود کمک کند. به بیان دیگر این برنامه بهتر است توسط خود رابطان اداره شود و مشوق های لازم نیز توسط خودشان فراهم شود تا به دستگاه های دولتی نیاز نداشته باشند. اما این کار هم مستلزم آن است وزارت بهداشت بر روی این شبه NGO نظارت داشته باشد به این صورت که انتظارات از طرف وزارت بهداشت به این افراد اعلام شود و آن ها براساس پروتکل های وزارتی اقدام به مداخله نمایند. تجربیات موفق فراوانی در دنیا در این زمینه وجود دارد. به عنوان مثال مدل برنامه HIV/AIDS در مالزی است که به صورت کاملاً مردمی اداره می شود. این موضوع همچنین می تواند بحث تامین منابع را نیز تا حدود زیادی برطرف نماید. بر اساس نتایج مطالعه حال حاضر، راهکارهای موثر برای نهادینه سازی الگوی مشارکت مردم در نظام مراقبت های اولیه سلامت شامل موارد زیر می باشد:

- یکی از پیش زمینه های مهم مشارکت افزایش آگاهی است و مشارکت مناسب و پایدار مشارکتی است که آگاهانه باشد و افراد خود را متعهد به مشارکت می دانند برای آگاهی دادن باید از همه ظرفیت ها استفاده شود.
 - دید سیاستگذاران باید واقعاً نسبت به مردم به عنوان شریک و همکار باشد و نه دید از بالا به پایین، باید نقش و سهم مردم در کار کاملاً مشخص باشد و به این نقش و سهم احترام گذاشته شود.
 - باید این دید در مردم ایجاد شود که خودشان برای حل مشکلات دست بکار شوند و منتظر امداد از سوی دولت نباشند. اما در عین حال نباید این تلقی ایجاد شود که سازمانها اجرای وظایف و ماموریتهای سازمانی خود را بر دوش مردم انداخته اند.
- ویژگی مهم مطالعه حال حاضر در مقایسه با ارزشیابی های قبلی استفاده از متد کیفی (در مقایسه با متد کمی) و استفاده از نظرات ذینفعان مهم ستادی و محیطی این برنامه است. که باعث شده تا یک دید جامع و همه جانبه از این برنامه به دست آید. همچنین پیشنهاد راهکارهای مناسب جهت بهبود وضعیت این برنامه نیز از ویژگی ها و نقاط قوت مطالعه حال حاضر می باشد.
- از محدودیت های این مطالعه عدم مشارکت خود رابطان، و نمایندگان مردم به عنوان دریافت کننده اصلی خدمات است، که سعی شده تا از دیدگاه های آنان با استفاده از داده های ثانوی منتشر شده در مقالات استفاده شود. همچنین به دلیل نبودن ردیف بودجه مشخص برای برنامه رابطین بهداشتی و شناور بودن ساختار این برنامه، ارزیابی هزینه-اثربخشی آن امکان پذیر نشد.

برای کاربست نتایج به دست آمده از مطالعه حال حاضر موارد زیر پیشنهاد می گردند:

- ۱) انتشار در قالب مقاله
 - ۲) انتشار در قالب خلاصه سیاستی برای ارائه به:
- شورای معاونین وزارت بهداشت

- معاونت برنامه ریزی وزارت بهداشت
- معاونت امور اجتماعی وزارت بهداشت
- معاونت بهداشت وزارت بهداشت
- دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی
- (۳) انتشار در قالب گزاره برگ برای ارائه به:
- رابطان بهداشتی و کارشناسان مسئول جلب مشارکت های مردمی در ستاد و محیط
- عموم مردم

تشکر و قدردانی

در خاتمه تیم تحقیق بر خود واجب می داند تا از زحمات فراوان همه عزیزانی که با راهنمایی های ارزنده، حوصله علمی و دقت خاص خویش در قالب پرکردن پرسشنامه و جلسات کمیته راهبری فنی، پژوهش حاضر را پربار ساختند قدردانی نماید.

منابع

- ۱) الماسی علی، هاشمیان امیرحسین، شکر نژاد محمد. تاثیر رابطین بهداشتی در میزان آگاهی مادران جامعه تحت پوشش عرصه آموزش پزشکی جامعه نگر کرمانشاه (سال ۱۳۷۸). مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه (بهیود). پاییز ۱۳۸۰؛ ۵(۲) (پیاپی ۱۰): ۳۰-۳۵.
- ۲) باقری یزدی سیدعباس، ملک افضلی حسین، شاه محمدی داوود، نقوی محسن، حکمت سیمین. ارزیابی عملکرد بهورزان و رابطین داوطلب بهداشتی در ارائه خدمات بهداشت روان در شبکه مراقبت های بهداشتی اولیه شهرستان بروجن - استان چهارمحال و بختیاری. حکیم. تابستان ۱۳۸۰؛ ۴(۲): ۱۰۰-۱۰۹.
- ۳) رئیسی پوران. اردشیر خسروی. تاثیر رابطین بهداشتی بر تغییر آگاهی و عملکرد خانوارهای شهری (تهران سندج و شهرکرد). فصلنامه اندیشه و رفتار ۱۳۷۷. ۴(۳): ۴۸-۶۱.
- ۴) بررسی علل قطع همکاری داوطلبین بهداشتی با مراکز بهداشتی - درمانی شهری استان اصفهان. مجله دانشگاه علوم پزشکی اصفهان. ۱۳۷۷؛ ۷(۲): ۲۳-۱.
- ۵) موسوی عبدمحمد، استوار رحیم. بررسی تاثیر فعالیتهای رابطین بهداشتی زن در ارتقای خدمات بهداشتی درمانی در جمعیت های تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهری یاسوج. ارمان دانش. ۱۳۸۲؛ ۸(۳۱): ۵۱-۵۸.
- ۶) حشمتی هاشم، رهائی زهره، هزاوه ای سید محمد مهدی، دهنادی آنیته، حسن زاده اکبر. بررسی عوامل مرتبط با رفتارهای آموزشی رابطین بهداشت از بیماری سالک بر اساس مدل بزنف در شهر یزد. سلامت و بهداشت. ۱۳۸۹؛ ۱(۳): ۴۸-۵۶.
- ۷) امینی زاده محسن، محمودزاده امیر، صابری نیا امین، امینی زاده عباس. ارتباط عوامل انگیزشی و رضایت مندی نیروهای داوطلب بهداشتی و درمانی استان کرمان در حوادث غیر مترقبه. ۱۳۹۳؛ ۲(۱): ۶۵-۵۷.
- ۸) Glenton C, Scheel IB, Pradhan S, Lewin S, Hodgins S, Shrestha V. The female community health volunteer programme in Nepal: decision makers' perceptions of volunteerism, payment and other incentives. *Social science & medicine*. ۲۰۱۰؛ ۷۰(۱۲): ۱۹۲۰-۷.
- ۹) Takasugi T, Lee A. Why do community health workers volunteer? A qualitative study in Kenya. *Public health*. ۲۰۱۲؛ ۱۲۶(۱۰): ۸۳۹-۴۵
- ۱۰) Alam K, Tasneem S, Oliveras E. Retention of female volunteer community health workers in Dhaka urban slums: a case-control study. *Health Policy Plan*. ۲۰۱۲ Sep؛ ۲۷(۶): ۴۷۷-۸۶.
- ۱۱) Tashakkori A, Teddlie C. Handbook of mixed methods ;in social & behavioral research. Thousand Oaks, Calif.London: SAGE Publications; ۲۰۰۳.
- ۱۲) Holloway I, Wheeler S. Qualitative research in nursing and ,healthcare. ۳rd ed. Chichester, West Sussex, U.K. ; Ames.Iowa: Wiley-Blackwell; ۲۰۱۰

- ۱۳) نقوی محسن. گزارش طرح ارزشیابی عملکرد رابطین بهداشتی. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشتی. زمستان ۱۳۷۴.
- ۱۴) نقوی محسن، تیمن شمسی. گزارش ارزشیابی اثر بخشی برنامه رابطان بهداشت. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، معاونت سلامت. تابستان ۱۳۸۳.

پیوست‌ها

پیوست ۱: لیست ذینفعانی که از نظرات آنان در این طرح استفاده شده است

ردیف	نام	سمت
۱	دکتر حسین ملک افضلی	عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران
۲	سرکار خانم میترا توحیدی	مسئول جلب مشارکت مردمی مرکز مدیریت شبکه وزارت بهداشت
۳	دکتر مصطفی جمالی	مدیرکل سازمانهای مردم نهاد وزارت بهداشت
۴	دکتر محمدرضا هنرور	عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی گلستان
۵	دکتر جعفر جندقی	عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی سمنان
۶	دکتر بابک عشرتی	عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی اراک
۷	دکتر عبدالمحمد خواجه ثیان	عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی بوشهر
۸	دکتر نوذر نخعی	عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی کرمان
۹	دکتر عباس وثوق مقدم	عضو هیات علمی وزارت بهداشت، دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی
۱۰	دکتر بهزاد دماری	عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران
۱۱	مسئولین برنامه داوطلبان سلامت در دانشگاه های علوم پزشکی کشور	۴۴ نفر
	جمع کل	۵۴ نفر

پیوست ۲: مسئولین برنامه جلب مشارکت های مردمی در دانشگاههای علوم پزشکی کشور که از نظرات آنان در این طرح استفاده شده است

ردیف	نام دانشگاه علوم پزشکی	نام مسئول
۱	سمنان	سرکار خانم سراجی
۲	کردستان	سرکار خانم بدریه میری
۳	فسا	سرکار خانم رازقی
۴	سبزوار	سرکار خانم رقیه استاجی
۵	شاهرود	سرکار خانم ناجیه سعدی
۶	تربت جام	سرکار خانم محمدیاری
۷	اردبیل	سرکار خانم اکرم صحرایی
۸	اراک	سرکار خانم فاطمه قنبری
۹	قم	سرکار خانم مهشید شادی پور
۱۰	کاشان	سرکار خانم مریم امیدی
۱۱	همدان	سرکار خانم ناهید جلالیان
۱۲	کرمانشاه	سرکار خانم توکلی
۱۳	ایرانشهر	سرکار خانم ساره بیماری
۱۴	مازندران	سرکار خانم خدیجه کیایی
۱۵	تربت حیدریه	سرکار خانم منیره محمدی
۱۶	آذربایجان شرقی	سرکار خانم رقیه جوادی
۱۷	ساوه	سرکار خانم فاطمه قسمتی
۱۸	هرمزگان	سرکار خانم بابایی
۱۹	اهواز	سرکار خانم مینا شاولی
۲۰	چهرم	جناب آقای اکبر پورمقدم
۲۱	شیراز	سرکار خانم شیدا علینژاد
۲۲	شهرک بهشتی	سرکار خانم منیژه یونسی
۲۳	جیرفت	سرکار خانم بدرود
۲۴	دزفول	سرکار خانم پوران پورخطیبی
۲۵	مراغه	سرکار خانم لیلا ایمانی
۲۶	زاهدان	سرکار خانم طاهره مختاری
۲۷	رفسنجان	سرکار خانم غلامحسینی
۲۸	ایلام	جناب آقای پیرانی
۲۹	ارومیه	سرکار خانم رقیه جعفری
۳۰	تهران	سرکار خانم مژگان اسماعیلی
۳۱	گناباد	سرکار خانم علیشاهی
۳۲	یاسوج	سرکار خانم نسرين خوبانی
۳۳	بوشهر	سرکار خانم فرزانه سرخوش

نام مسئول	نام دانشگاه علوم پزشکی	ردیف
سرکار خانم قطنی	بیرجند	۳۴
خانم زهرا کشاورز قاسمی	قزوین	۳۵
سرکار خانم فاطمه رحمانی	مشهد	۳۶
سرکار خانم مژده بلبل نژاد	بهبهان	۳۷
سرکار خانم فغانی	البرز	۳۸
سرکار خانم مهسا شیری	ایران	۳۹
سرکار خانم رضانژاد	لرستان	۴۰
سرکار خانم حاجی ابراهیمی	گلستان	۴۱
سرکار خانم الهام فروزنده	اصفهان	۴۲
سرکار خانم شیوا دهقان خلیلی	گراش	۴۳
سرکار خانم ربابه عرب پور	کرمان	۴۴

پیوست ۳: پرسشنامه ارسالی جهت نظر خواهی از معاونان بهداشتی

همکاران گرامی آقایان
معاونان محترم بهداشتی دانشگاه های علوم پزشکی

سلام و عرض ادب

همانطور که مستحضر هستید برنامه رابطان بهداشتی یکی از نمادهای مشارکت مردم در نظام سلامت است و به عنوان یک الگو قابل تعمیم و توسعه است. ارزشیابی این برنامه به سیاست گذار کمک می کند تا در راستای بهبود راهبرد مشارکت مردم در نظام مراقبت های اولیه گام مبتنی بر شواهدی را بردارد لذا با توجه به تخصص و تجربیات جنابعالی خواهشمند است در ارزشیابی این برنامه شخصا با موسسه ملی تحقیقات سلامت همکاری فرمائید:

۱) این طرح جزء اولویت های تحقیقاتی در فراخوان کشوری موسسه ملی تحقیقات اعلان شده بود.

۲) روش کار از نوع ارزشیابی سریع بوده و کلیه گزارش ها و مقالات منتشر شده دو دهه گذشته مرور شده و ذینفعان در گستره ستاد تا خود رابطان بر اساس روش های نمونه گیری در این ارزشیابی درگیر هستند. شما به عنوان صاحب نظران در گروه معاونان بهداشت انتخاب شده اید.

۳) مالکیت معنوی شما در گزارش نهایی طرح محفوظ است و نسخه نهایی گزارش برای شما ارسال خواهد شد.

۴) به پاس زحمات جنابعالی در صرف وقت برای این تحقیق حق الزحمه تقدیم خواهد شد. امیدوارم با توجه به گرفتاری های پایان سال حداکثر تا ۶ اسفند ماه پاسخ پرسش های ذیل را در جواب همین ایمیل به بنده ارسال فرمائید. نظر به اینکه از کارشناسان مسئول رابطان در معاونت ها نیز نظرخواهی در حال انجام است خواهشمند است پرسش ها را شخصا پاسخ دهید.

با تشکر از همکاری شما
مجری طرح

سوالات

- (۱) از دیدگاه جنابعالی دستاوردهای طرح رابطان بهداشتی در کشور چه بوده است؟ اگر شواهدی نیز برای آن دارید ذکر نمائید.
 - (۲) از دیدگاه جنابعالی نقاط ضعف این برنامه در کل کشور (ستاد وزارت بهداشت، استان ها و شهرستان ها) چیست؟ اگر شواهدی نیز برای آن دارید ذکر نمائید.
 - (۳) از دیدگاه جنابعالی راهکارهای بهبود و توسعه این برنامه چیست؟ اگر شواهدی نیز برای آن دارید ذکر نمائید.
 - (۴) سایر پیشنهادات را بفرمائید
- توضیح: بیان شواهد اختیاری است و تحلیل نظرات شما در مجموع به عنوان شواهد خواهد بود

پیوست ۴: پرسشنامه ارسالی جهت نظر خواهی از مسئولین برنامه جلب مشارکت های مردمی در دانشگاههای علوم پزشکی کشور

همکاران گرامی

سلام و عرض ادب

همانطور که مستحضر هستید برنامه رابطان بهداشتی یکی از نمادهای مشارکت مردم در نظام سلامت است و به عنوان یک الگو قابل تعمیم و توسعه است. ارزشیابی این برنامه به سیاست گذار کمک می کند تا در راستای بهبود راهبرد مشارکت مردم در نظام مراقبت های اولیه گام مبتنی بر شواهدی را بردارد.

در این راستا تحقیقی با عنوان «ارزشیابی برنامه کشوری رابطن بهداشتی» در موسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران (گروه تحقیقاتی مولفه های اجتماعی سلامت) در حال انجام است. هدف از طرح پیش رو ارزشیابی برنامه کشوری رابطن بهداشتی بر اساس متد ارزشیابی برنامه های سلامت می باشد. این طرح جزء اولویت های تحقیقاتی در فراخوان کشوری موسسه ملی تحقیقات اعلان شده بود. لذا با توجه به تجربیات جنابعالی خواهشمند است با صرف ۱۵ دقیقه از وقت ارزشمند خود، پرسشنامه پیوست را حداکثر تا تاریخ ۱۰ اردیبهشت تکمیل فرموده و ما را از نظرات خود بهره مند سازید. بدیهی است که حقوق معنوی شما در پروژه رعایت می شود و در گزارش پروژه از شما به عنوان مشارکت کننده یاد خواهد شد و یک نسخه از گزارش نهایی این پروژه جهت ملاحظه شما ارسال می گردد.

سوالات

- ۱) از دیدگاه شما دستاوردهای طرح رابطان بهداشتی در کشور چه بوده است؟
- ۲) از دیدگاه جنابعالی نقاط ضعف این برنامه به ویژه در استان ها و شهرستان ها چیست؟ اگر شواهدی نیز برای آن دارید ذکر نمائید.
- ۳) از دیدگاه شما راهکارهای بهبود و توسعه این برنامه چیست؟ اگر شواهدی نیز برای آن دارید ذکر نمائید.
- ۴) سایر پیشنهادات را بفرمائید

پیوست ۵: خلاصه برگ ارائه شده به ذینفعان ستادی در جلسه بحث گروهی

طرح ارزشیابی برنامه ملی رابطان بهداشتی (داوطلبان سلامت)

مجری: موسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران، دپارتمان مولفه های اجتماعی سلامت

به سفارش: معاونت بهداشت وزارت بهداشت

روش مطالعه: ارزیابی سریع (Rapid assessment)

منابع داده‌ها: (۱) بررسی متون و (۲) جمع آوری نظرات خبرگان و ذینفعان

تا کنون دو مطالعه جامع کشوری برای ارزشیابی برنامه رابطین سلامت توسط دکتر محسن نقوی انجام شده است.

مطالعه اول در سال ۱۳۷۴ انجام گرفت. این مطالعه که با روش کمی به صورت نمونه گیری کشوری انجام گرفت، با استفاده از پرسشنامه به بررسی میزان آگاهی زنان در مورد مسائل بهداشتی و رابطه آن با مداخلات رابطین بهداشتی پرداخت. در این مطالعه جمعیت تحت پوشش مراکز بهداشت دارای رابط سلامت با جمعیت تحت پوشش مراکز فاقد رابط با هم مقایسه شدند. نتایج این مطالعه نشان داد که در مواردی که میزان جامعه سطح دانش و عملکرد مناسبی داشته، وجود رابطین سلامت افزایش معناداری در میزان آگاهی افراد نداشته اما در مواردی مانند آگاهی های جامعه در زمینه وزن و کنترل رشد کودک، آگاهی های جامعه در زمینه مراقبت و درمان کودک مبتلا به عفونت دستگاه تنفسی فوقانی یا اسهال و عملکرد مادران در زمینه انجام به موقع و مرتب کودکان ۱ تا ۴ ساله و زیر یکسال مداخلات رابطین بهداشتی توانسته تغییر و تفاوت چشمگیری را سبب شوند.

مطالعه دوم نیز در سال ۱۳۸۳ انجام گرفت. این مطالعه هم با روش کمی به صورت نمونه گیری کشوری انجام گرفت، با استفاده از شش پرسشنامه به بررسی تاثیر برنامه رابطین بهداشتی بر زندگی فردی و خانوادگی رابطان، کارکنان مراکز بهداشتی درمانی شهری، عموم مردم و مسئولین سازمانهای توسعه اجتماعی شهرستان پرداخت. نتایج این مطالعه نشان داد تقریباً برای همه رابطان در سطح کشور پرونده کاملی وجود دارد و کلیه فعالیتهایی که داخل مراکز یا پایگاه در ارتباط با برنامه رابطین بهداشتی انجام می گیرد اعم از تشکیل کلاس و ترکیب شرکت کنندگان و ... بسیار عالی و با انسجام کامل طبق روتین و براساس چارچوب برنامههای آموزشی رابطان بهداشت انجام میگردد اما تنها ۱۵٪ از پیامها (بطور کامل) به مردم انتقال داده شده است. یعنی فعالیت یا عملیاتی که مربوط به بیرون از محیط مرکز یا پایگاه و در میان خانوارهای تحت پوشش رابط بهداشت و یا به عبارتی دیگر در سطح جامعه تحت پوشش برای بالا بردن سطح بهداشت انجام گرفته است تنها ۱۵٪ موفقیت داشته اند.

خلاصه نظرات خبرگان و ذینفعان در سه حیطه دستاوردها، نقاط ضعف (فرصتهای بهبود) و راهکارهای بهبود به شرح زیر جمع بندی شدند

دستاوردها	نقاط ضعف (فرصتهای بهبود)	راهکارهای بهبود
<p>۱- مشارکت مردم</p> <p>۲- افزایش سواد سلامت</p> <p>۳- افزایش پوشش و استفاده از خدمات سلامت</p> <p>۴- افزایش همکاری های بین بخشی</p>	<p>۱- مشکلات قانونی سیاستی</p> <p>۱. عدم وجود یک سیاست و نقشه راه منسجم برای برنامه داوطلبان سلامت</p> <p>۲. عدم وجود تصور درست و اعتقاد واقعی به مشارکت مردم از سوی سیاستگذاران</p> <p>۳. عدم وجود یک سیستم پایش و ارزشیابی مستمر</p> <p>۴. منابع مالی و حمایت نامناسب از برنامه</p> <p>۲- مشکلات ساختاری</p> <p>۱. جدی گرفته نشدن برنامه در محیط</p> <p>۲. چند پیشگی کارشناسان جلب مشارکت مردمی استان ها و شهرستان ها و در اولویت قرارنگرفتن این برنامه</p> <p>۳. فقدان برنامه نرم افزاری و بانک اطلاعاتی معتبر برای داشتن اطلاعات داوطلبان سلامت</p> <p>۳- مشکلات محیطی - رفتاری</p> <p>۱. عدم اطلاع رسانی مناسب در خصوص برنامه</p> <p>۲. مشکلات انتقال پیامهای بهداشتی به مخاطبین</p> <p>۳. سایر علل عدم استقبال از شرکت در برنامه داوطلبان سلامت</p>	<p>۱- تغییرات سیاستی</p> <p>۱. مشخص نمودن یک سیاست معین برای برنامه</p> <p>۲. اختصاص بودجه ایی مستقل جهت پیشبرد اهداف برنامه</p> <p>۳. پایش و ارزشیابی مستمر و مدون برنامه و سیاستگذاری مبتنی بر شواهد</p> <p>۴. استفاده از ظرفیت ها و مشارکت دادن مردم در فرایند تصمیم گیری و سیاست گذاری</p> <p>۲- تغییرات ساختاری</p> <p>۱. اختصاص یک واحد مستقل در ستادهای استانی و شهرستانی</p> <p>۲. همکاری درون و بین بخشی بیشتر</p> <p>۳- تغییرات محیطی - رفتاری</p> <p>۱. بازطراحی معرفی برنامه داوطلبان سلامت</p> <p>۲. بازطراحی شیوه آموزش</p> <p>۳. در نظر گرفتن تسهیلات مناسب برای داوطلبان سلامت و ایجاد انگیزه بیشتر در آنها</p> <p>۴. تدوین شیوه مدونی برای ثبت اطلاعات داوطلبان سلامت</p>