

ارزشیابی طرح ارتقاء برنامه پیشگیری اجتماع محور از اعتیاد به روش مرشدگری (سرتسهیلگری)

مقدمه: طرح پیشگیری اجتماع محور از اعتیاد، یکی از مهم ترین اقدامات سازمان بهزیستی کشور است که بیش از یک دهه از شروع آن می گذرد. نتایج نظارتهای انجام شده در سالهای اخیر، نیاز به ارتقاء کیفیت دانش و عملکرد تسهیگران تیمهای اجتماع محور را نشان می داد؛ به همین دلیل مداخله ای به منظور ارتقاء کیفیت برنامه های اجتماع محور پیشگیری از اعتیاد از طریق روش سرتسهیلگری در هفت استان کشور صورت گرفت. هدف از این مطالعه ارزیابی اجرای آزمایشی این طرح است.

روش: این مطالعه از نوع مداخله ای آینده نگر بود. در مجموع ۳۱۱ تیم به عنوان مداخله و ۵۷ تیم به عنوان شاهد از ۷ استان انتخاب شدند. مداخله شامل انتخاب تسهیگران باتجربه به عنوان سرتسهیلگر و حضور آنان در کارگاه آموزشی سرتسهیلگران و سپس حضور در کنار تسهیگر کم تجربه تر با هدف انجام فعالیتهای آموزشی، ایجاد انگیزه، رفع مشکلات برنامه حین اجرا و فعالیت تیمهای اجتماع محور در مدت شش ماه بود. به منظور ارزیابی مراحل انجام مداخله اجتماع محور یک فرم جمع آوری اطلاعات تهیه و از طریق مصاحبه اطلاعات مورد نیاز ثبت شد. داده ها در ابتدا و پایان مداخله جمع آوری و برای تجزیه و تحلیل و مقایسه آنها در ابتدا و پایان مداخله بین گروههای مورد و شاهد، از آزمون t زوجی، آزمون t و آزمون مربع خی استفاده شد.

یافته ها: نتایج مطالعه بیانگر تغییر معنی دار در تعداد جلسات برگزار شده تیمها در هر ماه، ارزیابی داراییهای جامعه، استفاده از جامعه به جای متخصصان به عنوان منبع اطلاعات برای ارزیابی نیاز، سهم بیشتر جامعه محلی در تأمین بودجه، تدوین پیشنهادنامه مداخله اجتماع محور و پایش ارزشیابی مداخله های اجتماع محور بود.

بحث: نتایج این مطالعه نشان داد که مداخله به روش سرتسهیلگری در ارتقا برنامه اجتماع محور پیشگیری از اعتیاد در ایران مؤثر است.

واژه های کلیدی: ارزیابی، برنامه اجتماع محور، پیشگیری از اعتیاد، سرتسهیلگری

۱. زهرا اصفهانی

کارشناسی ارشد روانشناسی،
سازمان بهزیستی کشور، تهران،
ایران

۲. رکسانا میرکازمی

دکترای تخصصی علوم سلامت،
موسسه توسعه دانش و فناوری
فرزانگان نیک اندیش، تهران، ایران،
(نویسنده مسئول)
<r.mirkazemi@gmail.com>

۳. فرید براتی سده

روانپزشک، سازمان بهزیستی کشور،
تهران، ایران،

۴. محسن روشن پژوه

روانپزشک، دانشگاه علوم پزشکی
ایران، تهران، ایران،

۵. ابوالفضل وطن پرست

پزشک عمومی، موسسه توسعه
کیانا، تهران، ایران،

۶. کمال الدین مؤدب

پزشک عمومی، اداره کل بهزیستی
استان کرمان، کرمان، ایران،

۷. محبوبه شجاع الدین

روانشناس، اداره کل بهزیستی استان
بوشهر، بوشهر، ایران،

۸. شیدرخ قائمی مود

کارشناسی ارشد سلامت همگانی،
مؤسسه توسعه دانش و فناوری
فرزانگان نیک اندیش، تهران، ایران،

۹. حسن رفیعی

روانپزشک، دانشگاه علوم بهزیستی
و توانبخشی، تهران، ایران،

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۹/۲۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۹/۲۰

Evaluation of Mentorship Approach to Improve the Quality of Community-Based Interventions (CBI) for Drug Abuse Prevention in Iran

1- Zahra Esfahani

M.A. in Psychology, State Welfare Organization, Tehran, Iran,

2- Roksana Mirkazemi

Ph.D. in Health Sciences, Farzanegan Nik Andish Institute for Development of Knowledge and Technology, Tehran, Iran, (corresponding author)

<r.mirkazemi@gmail.com>

3- Farideh Barati-sedeh

Psychiatrics, State Welfare Organization, Tehran, Iran,

4- Mohsen Roshan pajouh

Psychiatrics, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran,

5- Abolfazl Vatanparast

M.D., Director of Kiana Development Institute, Tehran, Iran,

6- Kamaloddin Moaddeb

M.D., Kerman Welfare Organization, Kerman, Iran,

7- Mahboobe Shojaoddin

Psychologist, Boushehr Welfare Organization, Boushehr, Iran,

8- Shidrokh Ghaemi-Mood

Master of Public Health, Farzanegan Nik Andish Institute for Development of Knowledge and Technology, Tehran, Iran,

9- Hassan Rafiey

Psychiatrics, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran,

Abstract

Introduction: Introduction: Community based participatory interventions (CBPIs) could results in reducing health inequity and empowering people at the local level. CBPI for drug abuse prevention was one of the prominent initiatives of the State Welfare Organization in Iran.

Method: The research design of the study was prospective interventional trial, and it was conducted from July 2017 to May 2018 in seven different provinces of Iran namely Tehran, West Azerbaijan, Booshehr, Kerman, Sistan and Balouchestan, Hormozgan and Ilam provinces. Fifteen CBPIs teams were selected in each province (105 teams) as intervention groups and equal number of teams was selected as control groups (105 teams).

Findings: Totally 113 teams as intervention group and 75 teams as control group participated in the study. 178 teams were from urban areas and 47 teams were from rural areas. The result of the study showed that there was no significant difference in any of the baseline data related to CBPIs work experience, number of training coursed passed by the facilitator, facilitator being resident of the local community, and the time span from the formation of the team between the case and the control groups ($P>0.05$).

Discussion: The results of this study showed that the mentorship program was effective in promoting the quality of CBPI activities in Iran.

Keywords:

Community based intervention, drug use prevention, evaluation, mentorship.

Received: 2018/12/11

Accepted: 2019/12/11

Extended Abstract

Introduction: Community based participatory interventions (CBPIs) have shown evidences of effectiveness in many studies conducted around the world. Also, it could result in reducing health inequity and empowering people at the local level. CBPI for drug abuse prevention was one of the prominent initiatives of the State Welfare Organization in Iran, which was established more than one decade ago. However, there have been concerns as regards optimal function of CBPIs in Iran. Therefore, a new intervention was developed to promote the quality of CBPIs activities in Iran through mentorship method. In this method a group of experienced facilitators who were able to pass the application requirements including a knowledge-skilled based exam of a guideline prepared for the training purposal, were invited to participate in a two-day workshop and training course. These facilitators were considered as mentors who were responsible to transfer their acquired knowledge and skills to other facilitators in an applied and accompaniment method during six months by two visits to each team under their supervision for at least twice a month. This project was piloted in seven provinces of Iran. The objective of the present study was to evaluate this pilot project in different provinces in Iran.

Method: the research design of the study was prospective interventional trial. The study was conducted from July 2017 to May 2018 in seven different provinces of Iran namely Tehran, West Azerbaijan, Booshehr, Kerman, Sistan and Balouchestan, Hormozgan and Ilam provinces, from different parts of the country.

Fifteen CBPIs teams were selected from each province (105 teams) as intervention groups and equal numbers of teams were selected as control groups (105 teams). The facilitator educational level, neighborhood socioeconomic status, and the work experience of the control and intervention groups were similar between the intervention and control groups.

The intervention groups included self-study of a community base participatory intervention guideline, participating in a test from the content of the self-study book, and for those who passed the test, a three-day training of trainers (mentors) workshop. Then each mentor transferred this knowledge to three intervention CBPI teams at the providence of residence of the mentor thorough accompaniment and applied training during six months.

Data collection tool was designed based on the seven stages of a community based participatory intervention, as described in the self-study CBPI guideline namely assessment of the community before entering the community, communicating with the key individuals in the community, forming the team, participatory need assessment and prioritizing the needs, participatory project planning, implementation, and evaluation of the planned project. Process of entering a community, establishing relationship with the stakeholders in the community, forming team, participatory need assessment, setting priority, planning a project, implementation of the project, monitoring and evaluation of the project, and documentation of the whole process were the main variables enlisted in the data collection form. The data collection tools were data collection forms having been combined with qualitative questions, closed questions, observing the teams' documents, and evaluating and grading them by an expert throughout the study before and after the intervention. The data were collected at the baseline and end of intervention. Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) software version 19 was used to analyze the data. Paired t test, t test and chi square test were used to compare variables at the baseline and end of the intervention between and within case and control groups.

Findings: Totally 113 teams as intervention group and 75 teams as control group participated in the study. 178 teams were from urban areas, and 47 teams were from rural areas. The reason for not having equal intervention and control team was that in some provinces, CBPIs was initiated for the first time and there was no control group to compare. The result of the study showed that there was no significant difference in any of the baseline data related to CBPIs work experience, number of training courses passed by the facilitator, facilitator being resident of the local community, and the time span from formation of team between the case and the control groups ($P>0.05$). There was significant improvement ($p<0.05$) in the mean number of meetings of the teams per month (1.42 meetings per month vs. 2.05 meetings per month), number of teams that assessed the assets of community (79 teams, vs. 85 teams), using experts view as the source of information for need assessment (18 vs. 4) and using community gathering as a method for need assessment (27community gathering vs. 53community gathering), developing community-based project proposal (35 proposal vs. 70 proposal), not using

experts for planning and implementing the project (10 projects vs. 4 projects), having a checklist for monitoring and evaluation of the community-based projects (22 projects vs. 48 projects) and documentation of evaluation (7 documentations vs. 22 documentations) in the intervention group comparing after intervention with the preintervention situation.

Discussion: CBPI program has been established more than a decade in Iran; however, the performance of this program was not satisfactory, and mostly was directed towards educational and training events at the community level. Therefore, a project (mentorship program) was developed to improve the quality of the CBPI program, as described in the intervention section of the methodology of this study. This study describes the evaluation result of this pilot project.

The results of this study showed that the mentorship program was effective in promoting the quality of CBPI activities in Iran. CBPI are among one of the proposed interventions that could result in community progress and social harm reduction, and it is supported by strong evidences from international organizations and national organizations. Many studies have shown that community based participatory interventions could have a positive impact on reducing high risk behaviors among the local communities. Besides, CBPI can increase social capital, social support, social cohesion, trust, awareness, and participation of the local community that even are not a member of CBPI teams. The level of the empowerment of the local communities with CBPI programs is also higher, and it can sensitize the local community regarding their problems and challenges.

Ethical Considerations

Authors' Contributions: Zahra Esfahani contributed in designing the methodology, supervising the research and data collection.

Roksana Mirkazemi, Conducted the evaluation and wrote the manuscript

Dr. Farideh Barati, contributed in designing the methodology, supervising the research and data collection.

Dr. Mohsen Roshan-Pajoh, contributed in designing the methodology, supervising the research and data collection.

Dr. Hasan Rafiee, contributed in designing the methodology, reviewing the report and the manuscript

Dr. Abolfazl Vatanparast, contributed in designing the methodology

Dr. Kamaladdin-Moaddab, contributed in designing the methodology

Mahbobe Shoja_Eddin, contributed in designing the methodology

Shidrokh Ghaemi, contributed in data collection, report and manuscript wrting

Funding: State Welfare Organization funded this study

Conflict of Interest: Except for Roksana Mirkazemi and Shidrokh Ghaemi that were the external evaluators, other authors were affiliated with Welfare Organization, although did not interfere in evaluation.

Ethic Approval: NA

مقدمه

در طول زمان رویکردهای متفاوتی برای پیشگیری از اعتیاد در نقاط مختلف دنیا تجربه شده است. از سال ۱۹۸۴ که موضوع اقتدارافزایی^۱ اجتماعی در محور ارتقا سلامت در کنفرانس اتاوا^۲ (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۴)^۳ مطرح شد طرحهای مختلف در مناطق متفاوت دنیا به اسم رویکرد اجتماع محور انجام شده است که هرکدام میزان اثربخشی خاص خود را داشت و یادگیریهایی را با خود به همراه آورد. محور رویکردهای اجتماع محور توانمندسازی مردم در اجتماع موردنظر است. در این رویکرد تلاش می شود مردم از نیازها و خواسته های خود آگاه شده و برای برطرف کردن آن تلاش کنند. هدف اصلی در این رویکرد فعال کردن مردم یک اجتماع به منظور ارتقاء ابعاد گوناگون و حل مشکلات آن اجتماع است. ماهیت رویکردهای اجتماع محور مشارکتی است و به همین دلیل ظرفیت سازی و توانمندسازی اهمیت پیدا می کند. سرمایه اجتماعی در رویکرد اجتماع محور، مفهومی کلیدی است. زیرا با افزایش سرمایه اجتماعی، اعتماد افراد به یکدیگر ازدیاد می یابد و در نتیجه مشارکت افراد به صورت فعال، آگاهانه، داوطلبانه و متعهدانه در اجتماع و با یکدیگر افزایش یابد (استعلاجی و همکاران، ۲۰۱۷). به علاوه سرمایه اجتماعی تأثیر مستقیم بر قدرت نهادهای مردمی و پیشگیری از جرم در اجتماع دارد (پیرسرائی و همکاران، ۲۰۱۸). رویکرد اجتماع محور رویکردی است که به نظر می رسد با توجه به پیچیدگی آسیب اعتیاد و نقش عوامل مختلف محیطی، اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی، همچنین مهم تر از همه نقش خود فرد در مقابله با اعتیاد مواد رویکردی مناسب برای فعال شدن افراد در کنار سیاست گذاران و نهادها باشد (وطن دوست و آرمند، ۲۰۱۸؛ احدی و محمدی ۲۰۱۶).

در ایران در سال ۱۳۸۲ اولین برنامه پیشگیری اجتماع محور از اعتیاد در ۴ روستا از توابع

1. empowerment

2. OTTAWA conferences

3 World Health Organization, 2004

یزد و یک روستا از توابع تفت آغاز شد (جهان‌شاهی، ۲۰۰۴). با وجود فراز و نشیبهای گوناگونی که طرحهای اجتماع‌محور از آن زمان تاکنون با آن روبرو بوده‌اند، هم‌اکنون ۵۰۱۴ تیم اجتماع‌محور در سامانه سازمان بهزیستی کشور ثبت شده‌اند و نیروهای داوطلب مردمی در حوزه پیشگیری اجتماع‌محور از اعتیاد در آنها فعال هستند. بازدیدهای استانی و ارزیابیهای متعدد در سالهای متوالی نشان‌دهنده وجود مشکلاتی در فرایند و روش اجرای برنامه‌های اجتماع‌محور بود که احتیاج به تغییر داشت. ازجمله این مشکلات تمرکز گروهها تنها بر امر آموزش و عدم تمرکز بر کار اجتماع‌محور بود (وطن‌پرست و همکاران، ۲۰۱۶). این امر سبب می‌شد تا اقدامات و مداخلاتی که صورت می‌گرفت، در جامعه و نه مبتنی بر مشارکت جامعه انجام گیرد. همچنین اغلب گروهها توانایی نگارش پیشنهادنامه و پایش و ارزشیابی پروژه‌های خود را نداشتند؛ و این یکی از دلایلی بود که نمی‌توانستند منابع مالی موردنیاز را برای انجام پروژه‌های خود تأمین کنند. به‌منظور ایجاد تغییرات لازم در این فرایند و کاهش مشکلات ذکر شده، در سال ۱۳۹۵-۱۳۹۶ طرح آزمایشی ارتقاء برنامه اجتماع‌محور پیشگیری از اعتیاد با هدف ارتقاء کیفی برنامه اجتماع‌محور پیشگیری از اعتیاد در محله‌های شهری و روستایی بر اساس نظر سازمان بهزیستی کشور در ۷ استان شامل تهران، بوشهر (عسلویه و کنگان)، آذربایجان غربی، کرمان، ایلام، سیستان و بلوچستان و هرمزگان اجرا شد. در این طرح، تأکید بر روش سرتسهیلگری برای انتقال دانش و رویکرد اجتماع‌محور به‌صورت عملیاتی، ارتقاء کیفی عملکرد تسهیلگران تیمها و تشکیل کانونهای تسهیلگری بود. آموزشهای ارائه‌شده در این طرح بر اساس هفت گام مشخص‌شده در کتاب «رویکرد اجتماع‌محور» صورت گرفت. این کتاب که به معرفی رویکرد اجتماع‌محور در محله‌ها می‌پردازد با توجه به مفهوم رفاه اجتماعی که امروزه با احساس رضایت‌مندی مردم گره خورده است تدوین شده است. احساس رضایت نیز از طریق مشارکت مردم در قدرت و اختیارات، نظارت و کنترل سرنوشت خود و دستیابی به فرصتهای پیشرفت برای

همگان به ویژه اقشار آسیب پذیر جامعه ایجاد می شود. مشارکت مردم سبب افزایش اعتماد اجتماعی و سرمایه اجتماعی می شود که لازمه هر پیشرفتی است. رویکرد اجتماع محور مبتنی بر مشارکت عموم مردم محله در فرآیندهای تصمیم گیری در مورد موضوعاتی که بر زندگی ایشان مؤثر است، یافتن راهکار، اجرای راهکار و ارزیابی راهکارها و نظارت بر آن است. در این رویکرد مردم آزادانه و با آگاهی تصمیم می گیرند و سازمانها و نهادها به مردم اعتماد داشته و حق تصمیم گیری و انتخاب در مورد مسائل محله را به ایشان می دهند. گامهای تعیین شده در کتاب جهت انجام برنامه اجتماع محور شامل ورود به اجتماع محلی، جلب مشارکت، تیم سازی و کار تیمی، نیازسنجی و دارایی سنجی، تدوین طرح مداخله برای رفع نیازهای اجتماع محلی، ارزشیابی طرح اجتماع محور و خروج از اجتماع بود (وطن پرست و همکاران، ۲۰۱۶ الف).

انتظار می رفت که پس از انجام این طرح سه هدف توانمندسازی کارگزاران محلی و اعضا تیمهای اجتماع محور، تشکیل کانونهای آموزش و تسهیلگری پیشگیری اجتماع محور از اعتیاد و گسترش کمی و کیفی دانش و رویکرد اجتماع محور در هفت استان منتخب محقق شود.

روش

روش اجرای طرح ارتقاء برنامه پیشگیری اجتماع محور از اعتیاد طرح ارتقاء برنامه پیشگیری اجتماع محور از اعتیاد شامل تدوین راهنما و آموزش تسهیلگران از استانهای تعیین شده بر اساس راهنما است تا هر یک به عنوان سرتسهیلگر به سه گروه اجتماع محور در استانهای مربوطه آموزش دهند و در راستای اجرا و عملیاتی شدن گامهای تعیین شده در راهنما گروههای اجتماع محور را همراهی کنند. پس از طراحی مدل ارتقاء برنامه پیشگیری اجتماع محور از اعتیاد در محله های شهری و روستایی، گروه

تحقیق مرکب از کارشناسان ستادی سازمان بهزیستی کشور، سازمان مجری برنامه پیشگیری اجتماع‌محور از اعتیاد، کارشناسان استانی برنامه مزبور، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی و محقق مستقل متناسب با اهداف سازمان مجری از برنامه و طرح، متغیرها، شاخصهای مناسب برای سنجش آنها و واریسی‌نامه (چک‌لیست) مربوط را تدوین کردند. پس از آن آزمون الکترونیکی با عنوان «مبانی پیشگیری اجتماع‌محور از اعتیاد با رویکرد محله‌ای» ویژه تسهیلگران مؤسسات و تیمهای اجتماع‌محور در کل کشور برگزار و بر اساس نتایج آزمون و ویژگیهای اعلام‌شده به بهزیستی هفت استان منتخب، پنج نفر از تسهیلگران هر استان انتخاب و به بهزیستی کشور معرفی شدند. پنج تسهیلگر انتخاب‌شده از هر استان در کارگاه تکمیلی بر اساس راهنمای تدوین‌شده (وطن‌پرست و همکاران، ۲۰۱۶) که برای آنها و با هدف بازآموزی، آشنایی با طرح و آموزش روشهای سرتسهیلگری برگزار شده بود شرکت کردند. در طی این طرح، بهزیستی استان موظف بود که پس از برگزاری کارگاه تکمیلی، سه تیم اجتماع‌محور را که حداقل یک سال از تشکیل آن گذشته باشد به‌صورت تصادفی انتخاب و به تسهیلگران و معاونت پیشگیری و درمان اعتیاد بهزیستی کشور معرفی کند. همچنین هریک از پنج نفر تسهیلگر معرفی‌شده از استان که کارگاه تکمیلی سرتسهیلگری را گذرانده بودند باید تسهیلگران سه تیم را (غیر از تیمهایی که قبلاً تسهیلگرشان بوده‌اند) به مدت حداقل شش ماه و در هر ماه با دو جلسه چهار ساعته تحت پوشش قرار می‌دادند. گروههای مداخله شامل کلیه گروههایی بودند که تسهیلگران آنها تحت آموزش قرار گرفتند و گروههای شاهد شامل کلیه گروههایی بودند که تسهیلگران آنها آموزش ندیدند اما این گروهها در توانمندی تسهیلگران، تجربه کار اجتماع‌محور و شرایط اجتماعی-اقتصادی محله مشابه گروههای مداخله بودند، این گروهها به تشخیص مسئول کارشناس بهزیستی به‌عنوان گروههای شاهد در این مطالعه در نظر گرفته شدند.

روش ارزیابی طرح ارتقاء برنامه پیشگیری اجتماع محور از اعتیاد

نظارت و ارزیابی طرح آزمایشی ارتقاء برنامه اجتماع محور پیشگیری از اعتیاد در محله‌های شهری و روستایی، در دو مرحله صورت گرفت. در مرحله اول اطلاعات مربوط به پیش از انجام طرح و در مرحله دوم اطلاعات مربوط به اقدامات انجام شده بعد از طرح برای همان تیمها جمع‌آوری شد. مرحله اول مطالعه، از تاریخ ۱ مردادماه ۱۳۹۶ تا ۳۱ مردادماه ۱۳۹۶ و مرحله دوم مطالعه از تاریخ ۱۵ اسفندماه ۱۳۹۶ تا ۴ اردیبهشت‌ماه ۱۳۹۷ انجام شد. در مجموع اطلاعات از ۱۷۸ تیم اجتماع محور از ۴۷ منطقه شهری و روستایی جمع‌آوری شد.

ابزار مطالعه

برای انجام این طرح دو واری نامه (ارزیابی قبل از انجام طرح و ارزیابی^۱ بعد از انجام طرح) جهت مصاحبه با تسهیلگران تیمهای استانی تدوین شد. سؤالات این دو چکلیست تقریباً یکسان بود و تنها سؤالات مربوط به خود تسهیلگر (شامل دوره‌های آموزشی گذرانده شده، تجربه کار اجتماع محور و وابستگی به سازمان غیردولتی) فقط در چکلیست مربوط به قبل از مداخله آمده بود.

واری نامه ارزیابی بر اساس هفت گام مشخص شده در محتوای آموزشی که بر اساس کتاب «رویکرد اجتماع محور» تألیف شده بود، تهیه شد. بدین صورت که متناسب با هر گام مطرح شده در جزوه، سؤالاتی در واری نامه مطرح شده بود که در مصاحبه فردی از تسهیلگران پرسیده می‌شد. موارد مطرح شده در هر گام در جدول (۱) آمده است.

نمره‌دهی برای مستندات کلیه استانها و برای هر دو مرحله را یک نفر ارزیاب از افراد کمیته فنی انجام داد تا بدین وسیله تا جای ممکن از بروز سوگیری در قضاوت در حین نمره‌دهی جلوگیری شود.

1. appraisal

جدول (۱) گامهای فرایند اجتماع محور و موارد مورد ارزیابی برای هر گام

گامهای فرایند اجتماع محور	موارد مورد ارزیابی برای هر گام فرایند اجتماع محور
گام اول: ورود به جامعه محلی	سکونت تسهیلگر در محل تشکیل تیم توسط تسهیلگر یا الحاق به آن انجام ارزیابی اولیه وجود مستندات ارزیابی اولیه کیفیت مستندات ارزیابی اولیه تنظیم برنامه اولیه چگونگی انجام هماهنگیهای اولیه وجود مستندات هماهنگیهای اولیه
گام دوم: جلب مشارکت	شناسایی ذی نفوذان، شرکای فعال، مخالفان نحوه ارتباط با ذی نفوذان، شرکای فعال، مخالفان
گام سوم: تیم سازی و کار تیمی	تعداد جلسات برگزار شده در سال میانگین تعداد اعضا (تیم) شرکت کننده در کل جلسات در سال تعداد افرادی که به طور ثابت در حداقل پنجاه درصد جلسات شرکت داشتند میزان فعالیت و مشارکت افراد در گفتگوها در جلسات
گام چهارم: نیازسنجی و دارایی سنجی	گروههایی که در مورد نیازها و مشکلات محل مورد سؤال قرار گرفته بودند روشهایی که برای ارزیابی نیازها مورد استفاده قرار می گرفت وجود مستندات ارزیابی نیازها کیفیت مستندات ارزیابی نیازها تهیه فهرست مشکلات و نیازها اولویت بندی مشکلات و نیازها وجود مستندات اولویت بندی مشکلات و نیازها کیفیت مستندات اولویت بندی مشکلات و نیازها ارزیابی داراییهای جامعه وجود مستندات ارزیابی داراییها

گامهای فرایند اجتماع محور	موارد مورد ارزیابی برای هر گام فرایند اجتماع محور
گام پنجم: تدوین طرح برای رفع نیازهای جامعه محلی	انجام یا در دست انجام بودن پروژه نوشتن طرح پروژه (پیشنهادنامه) وجود مستندات برای پروژه نوشته شده کیفیت هر قسمت از پروژه افرادی که در تدوین پروژه فعالیت داشتند میزان تأمین بودجه مورد نیاز برای اجرای پروژه توسط نهادهای مختلف مراحل اجرایی پروژه
گام ششم: ارزشیابی طرحهای اجتماع محور	تدوین و ارسنامه برای پایش و ارزشیابی وجود مستندات و ارسنامه برای پایش و ارزشیابی کیفیت مستندات و ارسنامه برای پایش و ارزشیابی انجام پایش وجود مستندات پایش کیفیت مستندات پایش انجام ارزشیابی وجود مستندات ارزشیابی کیفیت مستندات ارزشیابی
گام هفتم: خروج از اجتماع*	

* ارزشیابی گام آخر در این مطالعه صورت نگرفت. زیرا مدت زمان یکسال برای خروج افراد از محل نمی توانست قطعی باشد و این گام بسته به نیاز جامعه و فعالیت تسهیلگر در زمان مناسب باید صورت گیرد.

روشهای آماری

تجزیه و تحلیل داده ها با نرم افزار SPSS ورژن ۱۹ انجام شد. پس از ورود داده ها و پیرایش داده ها^۱ با استفاده از مربع خی و آزمون تی t-test گروههای مداخله و شاهد قبل از انجام مداخله و پس از آن با یکدیگر مقایسه شدند.

1 data cleaning

یافته‌ها

درمجموع ۱۱۳ تیم به‌عنوان مداخله و ۷۵ تیم به‌عنوان شاهد از هفت استان آذربایجان غربی، ایلام، بوشهر، تهران، سیستان و بلوچستان، کرمان و هرمزگان مورد ارزیابی قرار گرفتند. نتایج حاصل از مقایسه گروه مداخله و شاهد قبل از انجام مداخله نشان داد که در هیچ کدام از متغیرهای مورد بررسی (شامل وضعیت وابستگی سازمانی تسهیلگران، تجربه فعالیت سازمان غیردولتی همکار در برنامه اجتماع‌محور، دوره‌هایی آموزشی گذرانده شده توسط تسهیلگر، زمان تشکیل تیمها و محل سکونت تسهیلگر) تفاوت آماری معنی‌داری بین گروه مداخله و شاهد در قبل از مداخله وجود نداشت (جدول ۲).

جدول (۲) مقایسه ویژگیهای گروه مداخله و شاهد قبل از انجام مداخله

شاهد		مداخله		مقایسه ویژگیهای گروه مداخله و شاهد در قبل از مداخله
%	f	%	F	
وضعیت وابستگی سازمانی تسهیلگران				
۷/۷۴	۵۶	۰/۷۷	۸۷	وابسته به سازمان
۰/۲۰	۱۵	۴/۲۰	۲۳	غیر وابسته به سازمان
۳/۵	۴	۷/۲	۳	عدم پاسخ
$X^2=۰/۰۰۱, p=۰/۹۷۲$				عدد آزمون و سطح معنی داری (مقایسه مداخله و شاهد)
تجربه فعالیت سازمان غیردولتی همکار در برنامه اجتماع محور				
۰/۶۴	۴۸	۴/۵۸	۶۶	بلی
۳/۹	۷	۰/۱۵	۱۷	خیر
۷/۱۸	۱۴	۴/۲۰	۲۳	غیر مرتبط
۰/۸	۶	۲/۶	۷	عدم پاسخ
$X^2=۱/۵۳۸, p=۰/۲۳۹$				عدد آزمون و سطح معنی داری (مقایسه مداخله و شاهد)

زمان تشکیل تیمها				
۷/۶۲	۴۷	۵/۵۷	۶۵	قبل از شروع طرح
۰/۳۶	۲۷	۲/۳۷	۴۲	بعد از شروع طرح
$X^2=۰/۹۲۹, p=۰/۶۶۰$				عدد آزمون و سطح معنی داری (مقایسه مداخله و شاهد)
محل سکونت تسهیلگر				
۷/۳۴	۲۶	۱/۳۸	۴۳	ساکن در محله
۷/۵۸	۴۴	۳/۵۹	۶۷	ساکن خارج از محله
۳/۵	۴	۷/۲	۳	عدم پاسخ
۳/۱	۱	-	-	غیر مرتبط
$X^2=۰/۱۲۸, p=۰/۹۷۳$				عدد آزمون و سطح معنی داری (مقایسه مداخله و شاهد)

با انجام مداخله میانگین تعداد جلسات برگزار شده توسط تیمهای مداخله افزایش معناداری یافت و از ۱.۴۲ جلسه (قبل از انجام مداخله) به ۲.۰۵ جلسه (پس از انجام مداخله) رسید ($t=۳/۱۰۵, p=۰/۰۰۳$).

همچنین تعداد گردهماییهای گروهی به منظور ارزیابی نیازهای جامعه به طور معناداری از ۲۷ گردهمایی قبل از انجام مداخله به ۵۳ گردهمایی پس از انجام مداخله رسید که بیانگر دو برابر شدن تعداد این گردهماییها بود ($X^2=۱۴/۷۸۴, p< ۰/۰۰۱$).

جدول (۳) تعداد جلسات برگزار شده توسط تسهیلگر

تعداد جلسات برگزار شده توسط تسهیلگر		قبل		بعد	
		مداخله (SD) M	شاهد (SD) M	مداخله (SD) M	شاهد (SD) M
تعداد جلسات برگزار شده		(۱/۴)۱/۴۲	(۱/۴)۱/۴۹	(۲/۴)۲/۰۵	(۱/۵)۱/۴۸
عدد آزمون و سطح معنی داری (مقایسه مداخله و شاهد)		$t=-۱/۳۹۶, p=۰/۷۶۲$		$t=۱/۱۹۲, p=۰/۱۲۳$	
گروه		مداخله		شاهد	
عدد آزمون و سطح معنی داری (مقایسه قبل و بعد)		$t=۳/۱۰۵, p=۰/۰۰۳$		$t=۰/۲۳۲, p=۰/۸۱۷$	

پرسش از متخصصان محله در ارتباط با مشکلات و نیازهای محل توسط تیمهای مداخله به صورت معنی داری کمتر از قبل از انجام مداخله بود ($X^2=۹/۷۲۷, p=۰/۰۰۲$). اما پرسش از سایر افراد محله تفاوتی با قبل پیدا نکرد (جدول ۴).

علاوه بر این انجام طرح، منجر به افزایش معنی دار در ارزیابی داراییهای جامعه محلی توسط تیمهای مداخله شد. بدین معنی که تعداد گروههایی که داراییهای جامعه محلی را ارزیابی کرده بودند از ۷۹ مورد قبل از انجام مداخله به ۸۵ مورد افزایش پیدا کرد ($X^2=۴/۷۲۰, p=۰/۰۳۰$) (جدول ۴).

جدول (۴) اطلاعات مربوط به ارزیابی دارایی‌ها و نیازهای جامعه محلی

قبل		بعد		ارزیابی داراییهای جامعه محلی
مداخله f (%)	شاهد f (%)	مداخله f (%)	شاهد f (%)	
۷۹ (۷۰/۵)	۴۵ (۶۰/۰)	۸۵ (۷۴/۶)	۴۵ (۶۰/۰)	بلی
۷ (۶/۳)	۱۱ (۱۴/۷)	۱ (۰/۹)	۷ (۹/۳)	خیر
۸ (۷/۱)	۱۳ (۱۷/۳)	۹ (۷/۹)	۵ (۶/۷)	عدم فهم
۹ (۸/۰)	۴ (۵/۳)	۷ (۶/۱)	۲ (۲/۷)	غیر مرتبط
۹ (۸/۰)	۲ (۲/۷)	۱۵ (۱۰/۵)	۱۶ (۲۱/۳)	عدم پاسخ
$X^2=4/054, p=0/044$		$X^2=8/976, p=0/003$		عدد آزمون و سطح معنی داری (مقایسه مداخله و شاهد)
مداخله		شاهد		گروه
$X^2=4/720, p=0/030$		$X^2=0/742, p=0/389$		عدد آزمون و سطح معنی داری (مقایسه قبل و بعد)
قبل		بعد		روش ارزیابی نیازها
مداخله f (%)	شاهد f (%)	مداخله f (%)	شاهد f (%)	
۲۷ (۲۴/۱)	۲۲ (۲۹/۳)	۵۳ (۴۶/۵)	۳۶ (۴۸/۰)	گردهمایی گروهی
$X^2=0/297, p=0/586$		$X^2=1/358, p=0/244$		عدد آزمون و سطح معنی داری (مقایسه مداخله و شاهد)
مداخله		شاهد		گروه
$X^2=14.784, p<0/001$		$X^2=13/520, p<0/001$		عدد آزمون و سطح معنی داری (مقایسه قبل و بعد)

قبل		گروههایی که در مورد نیازها و مشکلات محله مورد سؤال قرار گرفتند	
مداخله	شاهد	مداخله	شاهد
f (%)	f (%)	f (%)	f (%)
۱۸ (۱۶/۱)	۱۱ (۱۴/۷)	۴ (۳/۵)	۴ (۳/۵)
$X^2=0/201, p=0/654$		$X^2=0/628, p=0/428$	
عدد آزمون و سطح معنی داری (مقایسه مداخله و شاهد)		عدد آزمون و سطح معنی داری (مقایسه قبل و بعد)	
مداخله		شاهد	
گروه		گروه	
$X^2=9/727, p=0/002$		$X^2=2/179, p=0/140$	

افزایش ۳۰/۱ درصدی تدوین طرح پروژه (پیشنهادنامه) برای انجام طرح ($X^2=7/178$)، افزایش ۲۲/۵ درصدی تدوین واریسی نامه برای پایش و ارزشیابی^۱ پروژه ($p=0/007$)، افزایش ۶/۹۱۰ ($X^2=6/910, p=0/009$) و افزایش ۱۳/۰ درصدی ارائه مستندات گزارش ارزشیابی پروژه اتمام یافته ($X^2=3/807, p=0/037$) در تیمهای مداخله همگی تغییرات معنی داری بودند که پس از انجام طرح سرتسهیلگری به وجود آمد (جدول ۵).

جدول (۵) اطلاعات مربوط به انجام پروژه

قبل		تدوین طرح پروژه (پیشنهاد نامه) برای اجرا پروژه	
مداخله	شاهد	مداخله	شاهد
f (%)	f (%)	f (%)	f (%)
۳۵ (۳۱/۳)	۲۶ (۳۴/۷)	۷۰ (۶۱/۴)	۴۳ (۵۷/۳)
۲۷ (۲۴/۱)	۱۶ (۲۱/۳)	۲۱ (۱۸/۴)	۵ (۶/۷)
—	—	۱ (۰/۹)	—
۵۰ (۴۴/۶)	۳۳ (۴۴/۰)	۱۶ (۱۴/۰)	۲۶ (۳۴/۷)
—	—	۶ (۵/۳)	۱ (۱/۳)

$X^2=3/312, p= 0/069$		$X^2=0/307, p= 0/580$		عدد آزمون و سطح معنی داری (مقایسه مداخله و شاهد)
شاهد		مداخله		گروه
$X^2=9/593, p= 0/002$		$X^2=7/178, p= 0/007$		عدد آزمون و سطح معنی داری (مقایسه قبل و بعد)
بعد		قبل		کسانی که در تدوین و اجرای پروژه فعالیت داشتند
شاهد f (%)	مداخله f (%)	شاهد f (%)	مداخله f (%)	
-(-)	۴(۳/۵)	۵(۶/۷)	۱۰(۸/۹)	متخصصین مربوطه
$X^2=2/537, p= 0/811$		$X^2=0/330, p= 0/566$		عدد آزمون و سطح معنی داری (مقایسه مداخله و شاهد)
شاهد		مداخله		گروه
$X^2=7/436, p= 0/011$		$X^2=5/093, p= 0/024$		عدد آزمون و سطح معنی داری (مقایسه قبل و بعد)
بعد		قبل		تدوین و ارسای نامه برای پایش و ارزیابی پروژه
شاهد f (%)	مداخله f (%)	شاهد f (%)	مداخله f (%)	
۲۶(۳۴/۷)	۴۸(۴۲/۱)	۱۲(۱۶/۰)	۲۲(۱۹/۶)	بلی
۲۳(۳۰/۷)	۲۹(۲۵/۴)	۲۴(۳۲/۰)	۳۴(۳۰/۴)	خیر
-(-)	-(-)	۲(۲/۷)	۴(۳/۶)	عدم فهم
۲۵(۳۳/۳)	۳۴(۲۹/۸)	۳۶(۴۸/۰)	۵۰(۴۴/۶)	غیر مرتبط
۱(۱/۳)	۳(۲/۶)	۱(۱/۳)	۲(۱/۸)	عدم پاسخ
$X^2=1/063, p= 0/303$		$X^2=0/333, p= 0/564$		عدد آزمون و سطح معنی داری
شاهد		مداخله		گروه
$X^2=3/267, p= 0/071$		$X^2=7/910, p= 0/009$		عدد آزمون و سطح معنی داری (مقایسه قبل و بعد)

بعد		قبل		مستندات ارزشیابی پروژه اتمام یافته
شاهد	مداخله	شاهد	مداخله	
تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
(۱۶/۰)۱۲	(۱۹/۳) ۲۲	(۱/۳) ۱	(۶/۳) ۷	موجود است
(۸/۰)۶	(۹/۶) ۱۱	(۱۲/۰) ۹	(۱۰/۷) ۱۲	موجود نیست
(۷۳/۳)۵۵	(۶۸/۴) ۷۸	(۸۶/۷) ۶۵	(۸۳/۰) ۹۳	غیر مرتبط
(۲/۷)۲	(۲/۶) ۳	(-)-	(-)-	عدم پاسخ
$X^2=۰/۳۸۶, p= ۱/۰۰۰$		$X^2=۴/۶۰۳, p= ۰/۱۲۴$		عدد آزمون و سطح معنی داری
شاهد		مداخله		گروه
$X^2=۱۴/۳۹۵, p= ۰/۰۰۴$		$X^2=۳/۸۰۷, p= ۰/۰۳۷$		عدد آزمون و سطح معنی داری (مقایسه قبل و بعد)

انجام طرح سر تسهیلگری، منجر به تفاوت معنی دار در گروه مداخله در تدوین پیشنهاد نامه و اجرای پروژه توسط متخصصان مربوطه شد؛ به طوری که پس از انجام مداخله در گروه مداخله به صورت معنی داری میزان تدوین پیشنهادنامه و اجرای پروژه توسط متخصصان کمتر از قبل از مداخله شده بود ($X^2=۵/۰۹۳, p=۰/۰۲۴$) و سهم تیم اجتماع محور در این موضوع افزایش یافته بود (جدول ۵).

به جز ایلام و هرمزگان، تأمین بودجه توسط سازمان بهزیستی برای اجرای پروژه اجتماعی کاهش پیدا کرد. اما این کاهش در هیچ یک از استانها معنی دار نبود. تأمین بودجه توسط داراییهای محلی نیز به جز استان تهران و آذربایجان غربی، در سایر استانها افزایش پیدا کرد، هر چند که این افزایش نیز معنی دار نبود.

بحث

یافته‌های این مطالعه نشان داد که تعداد جلسات برگزار شده توسط تیمهای اجتماع محور پس از انجام مداخله افزایش یافته است. این مسئله می‌تواند نشان‌دهنده ایجاد انگیزه بیشتر اعضای تیمهای اجتماع محور برای برگزاری و مشارکت در جلسات تیم اجتماع محور باشد که در نهایت می‌تواند یکی از شاخصهای پیشرفت اقدامات اجتماع محور محسوب شود. دو برابر شدن تعداد گردهماییهای گروهی برگزار شده به منظور ارزیابی نیازهای جامعه بیانگر افزایش استفاده از نظرات و حضور مردم و افزایش مشارکت آنها در محل است. این امر نشان می‌دهد که مشارکت نه تنها در تیمهای اجتماع محور که حتی خارج از تیمهای اجتماع محور و در سطح مردم محله نیز بالاتر رفته بود.

سایر مطالعات نیز نشان داده است که وجود گروههای اجتماع محور در یک جامعه می‌تواند سبب افزایش مشارکت و انسجام بین ساکنان محله حتی افراد خارج از آن گروه شود. در همین راستا مطالعه بریمانی و همکاران (۲۰۱۷) تحت عنوان الگوی تحلیلی اثربخشی سازمانهای محلی اجتماع محور بر سرمایه اجتماعی نواحی روستایی بخش بندپی شرقی شهرستان بابل نشان داد که وجود سازمانها و انجمنهای اجتماع محور باعث افزایش حمایت، مشارکت، انسجام و اعتماد و آگاهی در بین ساکنان مناطق مذکور می‌شود.

همچنین مطالعه فتایی و همکاران (۲۰۱۴) در ارتباط با تأثیر برنامه‌های توانمندسازی با رویکرد اجتماع محور بر افزایش سرمایه اجتماعی ساکنین شهر خرم‌آباد نشان داد که برنامه‌های اجتماع محور موجب توانمندسازی افراد و مشارکت هرچه بیشتر آنها در اجتماع می‌شود.

کاهش میزان واگذاری تدوین پروژه و اجرای آن به متخصصان و انجام این امور توسط خود تیمهای اجتماع محور نشان از ازدیاد اعتماد به نفس، خودتکائی و توانمندسازی ساکنان محلی دارد و همچنین سبب خودکفایی جامعه محلی و تقلیل وابستگی آن به متخصصان است.

از دیگر تغییراتی که بر اثر انجام این طرح صورت گرفت، افزایش ۳۰/۱ درصدی تدوین طرح پروژه (پیشنهادنامه) برای انجام طرح، افزایش ۲۲/۵ درصدی تدوین واریسی‌نامه برای پایش و ارزشیابی پروژه و افزایش ۱۳/۰ درصدی ارائه مستندات گزارش ارزشیابی پروژه اتمام یافته در تیمهای مداخله بود. مطالعه دژمان و همکاران (۲۰۱۲) که به بررسی نقاط قوت، ضعف، چالشها و درسهای آموخته‌شده از برنامه‌های اجتماع‌محور مشارکتی در ایران پرداخته بودند نشان داده بود که برنامه دقیقی برای ارزشیابی و نظارت بر این طرحها در کشور وجود ندارد. مطالعه کشاورز محمدی و همکاران (۲۰۱۳) که به بررسی برنامه‌های ارتقاء سلامت در سه دهه اخیر در ایران پرداخته است نیز از جمله چالشهای موجود این برنامه‌ها در سه دهه اخیر در ایران را عدم وجود ارزشیابی علمی، مناسب و دقیق از طرحها و مداخلات انجام شده، عدم وجود گزارشها و نقد برنامه‌ها و عدم ایجاد تغییر حاصل از گزارشها بیان می‌کند. اما نتایج مطالعه حاضر حاکی از افزایش میزان توجه به ارزشیابی، پایش و تدوین پیشنهادنامه است که می‌تواند قدم مهمی در رفع مشکلات ذکرشده در مطالعه دژمان و همکاران (۲۰۱۲) باشد.

ملاحظات اخلاقی

مشارکت نویسندگان:

خانم زهرا اصفهانی در طراحی روش تحقیق، نظارت بر تحقیقات و جمع‌آوری داده مشارکت کردند.

دکتر رکسانا میرکاظمی در طراحی روش تحقیق مشارکت داشتند و مسئول انجام ارزیابی و نوشتن گزارش و متن مقاله بودند.

دکتر فریده براتی‌سده در طراحی روش تحقیق، نظارت بر تحقیقات و جمع‌آوری داده مشارکت کردند.

دکتر محسن روشن پژوه در طراحی روش تحقیق، نظارت بر تحقیقات و جمع‌آوری داده مشارکت کردند.

دکتر حسن رفیعی در طراحی روش تحقیق، مرور گزارش و نوشتن متن طرح مشارکت کردند.

دکتر ابوالفضل وطن‌پرست در طراحی روش تحقیق مشارکت کردند.

دکتر کمال‌الدین مؤدب در طراحی روش تحقیق مشارکت کردند.

خانم محبوبه شجاع‌الدین در طراحی روش تحقیق مشارکت کردند.

خانم شیدرخ قائمی مود در جمع‌آوری داده، نوشتن گزارش و متن طرح مشارکت کردند.

منابع مالی

سازمان بهزیستی کشور بودجه این تحقیق را تأمین کردند.

تعارض منافع

به‌جز دکتر رکسانا میرکاظمی و خانم شیدرخ قائمی مود که ارزیابی خارجی طرح را انجام دادند، سایر نویسندگان وابسته به سازمان بهزیستی بودند ولی در فرآیند ارزیابی دخالت نداشتند.

پیروی از اصول اخلاق

تمامی اطلاعات تحقیق با رضایت شفاهی مشارکت‌کنندگان و حفظ محرمانگی اطلاعات جمع‌آوری شده است.

- Mohammadi, Sh. (2017). Factors Affecting in Addiction and Drug Abuse Through Proactive Approach With an Emphasis Community-based Approach. *Sh-addiction*, 3(12), 103-150. URL: <http://sh-addiction.ir/article-1-273-fa.html>
- Barimani, F., Jalalian, H., Riahi, V., & Mehrali Tabar Firouzjaei, M. (2018). Analyzing the pattern of the effectiveness of local community-based organizations on the social capital of the rural areas of eastern Bandpey, Babol. *Journal of Geography and Regional Development*, 15(29), 71-94. URL <http://jgrd.um.ac.ir/index.php/geography/article/view/57959>.
- Dejman, M. et al. (2012). Community-based Participatory Programs related to Health in Islamic Republic of Iran: Strengths, Challenges and Lessons learnt. *Hakim Health Systems research journal*, 15(3), 185-191.
- Estelaji, A., Hajalizadeh, A., & Heydarvand, M. (2017). Increasing of Bridging Social Capital for Establishment of Community- Based Management in Arid Regions. *Journal of Range and Watershed management*, 70(3), 569-580. DOI: 10.22059/jrwm.2017.234384.1134
- Fataee, M., Seyyedi, F., Fataee, P., & Kiani Harchegani, E. (2014). Effects of Empowerment Programs Based on the Community-Based Approach on Increasing Social Capital Among Khorramabad Residents. *Socialworkmag*, 3(2), 3-11 URL: <http://socialworkmag.ir/article-1-25-fa.html>.
- Jahan Shahi, S. (2005). Five lessons from Five Experiences: From a community - Based Addiction Prevention Program In Neighborhood Areas in the City of Yazd. *Social Welfare*, 4(15), 139-168. URL: <http://refahj.uswr.ac.ir/article-1-1908-fa.html>.
- Keshavarz Mohammadi, N., Bahraini, F., & Degpasand, S. (2014). Exploring Challenges and Weaknesses of Community-Based Health Promotion Programs in Past Three Decades in Iran: The Way Forward. *Journal Of Isfahan Medical School*, 261(31), 1855-1864.
- Pirsaraee, N., Shiri, A., & Moazenzadegan, H. (2018). The Relationship between Social Capital and Prevention of Crime (Case: Malard County). *Social Capital Management*, 5(1), 25-42.
- Vatandoost, H., & Armand, M. (2018). The Community-based Approach in Preventing Adolescent and Youth Addiction: The Facilitating Role of Local Mental Health Center. *Social Health and Addiction*, 5(18), 75-104.

- Vatanparast, A., Esfahani, Z., & Khazaeliparsa, F (2017a). *Community Based Approach: Guideline for community based intervention special for facilitators*. Welfare Organization Publication, Tehran, Iran.
- Vatanparast, A., Esfahani, Z., & Roshanpajouh, M (2017b). *Community Based Intervention Guideline: Special for community actors*. Welfare Organization Publication, Tehran, Iran.
- World Health Organization (2004). *International statistical classification of diseases and related health problems*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2004), *International statistical classification of diseases and related health problems*, World Health Organization.