



مستند
نگاری

گزارش مستندنگاری
کانون‌های اجتماع محور سلامت

کانون پدیدار از دیوار



معاونت امور اجتماعی و فرهنگی

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

انتشار این مجموعه به صورت کاغذی در شمارگان محدود بوده است.
می‌توانید فایل این گزارش و دیگر گزارش‌های مجموعه فرهنگ شهر را، در پایگاه اینترنتی زیر دریافت نمایید.

farhangi.tehran.ir/report

گزارش مستندنگاری کانون‌های اجتماع محور سلامت (مطالعه موردی: کانون پیشگیری از دیابت)

■ ناظر علمی و اجرایی

● زینب نصیری مدیر کل سلامت شهرداری تهران

● شکوفه اکبری معاون پژوهشی دفتر مطالعات اجتماعی و فرهنگی شهرداری تهران

■ این گزارش برگرفته از طرح پژوهشی با عنوان مستند نگاری کانون پیشگیری از دیابت است که در سال ۱۴۰۰ در دفتر مطالعات اجتماعی و فرهنگی شهرداری تهران توسط حمید آوزمانی و حمیده صفائی نبات

اجرا شده است.

■ همکاران اجرایی: عباسعلی عباسی، مهدی امیری، شکوفه اکبری، محیا شعبی و سید نوید موسوی

■ با تشکر از

● آقای محمدرضا جوادی یگانه معاون امور اجتماعی و فرهنگی شهرداری تهران

● آقای محمد مهدی گلمکانی مدیر کل اسبق اداره کل سلامت شهرداری تهران

● خانم مریم رجب متخصص تغذیه و عضو انجمن ملی دیابت ایران

● داود عباسی پزشک دیابتولوژیست و عضو انجمن ملی دیابت ایران

● فاطمه حسینی دبیر کل کانون های دیابت تهران

● شهربانو میوه چی دبیر دیابت منطقه ۳ تهران

● بهارک یوسفی دبیر دیابت منطقه ۴ تهران

● مسعود مغربی دبیر دیابت منطقه ۵ تهران

● طاهره لاله دبیر دیابت منطقه ۹ تهران

● زهرا مرآتی دبیر دیابت منطقه ۱۳ تهران

● فاطمه شاطری دبیر دیابت منطقه ۱۴ تهران

● شراره کاکاوند دبیر دیابت منطقه ۱۷ تهران

● گیتا ابراهیمی عضو کانون دیابت منطقه ۲

● مریم ابراهیمی مقدم عضو کانون دیابت منطقه ۳

● مهرناز ناصر خان تهرانی عضو کانون دیابت منطقه ۴

● ناهید عارف نیا عضو کانون دیابت منطقه ۱۳

● افسانه سربندی فراهانی عضو کانون دیابت منطقه ۱۴

گزارش مستندنگاری
کانون‌های اجتماع محور سلامت
(مطالعه موردی: کانون پیشگیری از دیابت)



کانون پیشگیری از دیابت



معاونت امور اجتماعی و فرهنگی شهرداری تهران

۱. مقدمه.....	۶
۲. تاریخچه شکل‌گیری قانون دیابت	۸
۱-۲- مرور زمینه اجتماعی وضعیت سلامت شهروندان قبل از تشکیل قانون	۸
۲-۲- تاریخچه تشکیل قانون‌های اجتماع محور سلامت (با تاکید بر تشکیل قانون دیابت)	۱۰
۳-۲- منطق اجتماعی تشکیل قانون‌های اجتماع محور سلامت (با تاکید بر قانون پیشگیری از دیابت).....	۱۵
۴-۲- نقد روایت مسلط منطق تشکیل قانون‌های اجتماع محور سلامت.....	۱۷
۳. هستی‌شناسی قانون‌های اجتماع محور (با تاکید بر قانون پیشگیری از دیابت)	۲۱
۳-۱- جمعیت تحت پوشش قانون پیشگیری از دیابت به تفکیک منطقه.....	۲۴
۳-۲- ویژگی اعضا و مخاطبان قانون پیشگیری از دیابت	۲۶
۳-۳- ویژگی‌های فضایی و مکانی جهت تشکیل قانون پیشگیری از دیابت	۲۸
۳-۴- جایگاه قانون دیابت نسبت به سایر قانون‌های اجتماع محور سلامت	۲۸
۳-۵- جایگاه قانون‌های اجتماع محور سلامت در منظومه فعالیت‌های اداره کل سلامت	۳۰
۳-۶- تعاملات درونی و بیرونی قانون‌های اجتماع محور (قانون دیابت)	۳۱
۳-۶-۱- تعاملات قانون‌های اجتماع محور (دیابت) با اعضای قانون.....	۳۱
۳-۶-۲- تعاملات قانون‌های اجتماع محور (دیابت) با اداره کل سلامت و زیرمجموعه‌های آن.....	۳۳
۳-۶-۳- تعامل قانون‌های اجتماع محور (دیابت) با سازمان‌های مردم نهاد دیگر.....	۳۴
۳-۶-۴- تعاملات قانون‌های اجتماع محور (دیابت) با شرکت‌های تجاری	۳۸
۳-۶-۵- تعاملات قانون‌های اجتماع محور (دیابت) با سازمان‌های دولتی.....	۴۱

۴۳	۳-۷- نقد وجوه هستی شناسی قانون پیشگیری از دیابت
۴۴	۴. ارزیابی وضعیت قانون های اجتماع محور
۴۴	۴-۱- مهمترین اقدامات انجام گرفته در راستای اهداف قانون پیشگیری از دیابت
۴۴	۴-۱-۱- اقدامات اداره کل سلامت برای بهبود عملکرد قانون دیابت
۴۵	۴-۱-۲- اقدامات دبیران و اعضای فعال قانون دیابت در تعامل با ساختار
۵۸	۴-۱-۳- اقدامات و برنامه تفریحی، آموزشی و گردشگری
۵۹	۴-۱-۴- اقدامات دیابتیک برای محلات محروم شهری
۶۱	۴-۴۵-۲- تجربیات عاملان انسانی از رهگذر فعالیت در قانون های پیشگیری از دیابت
۶۶	۴-۶- شناسایی نیاز در قانون های پیشگیری از دیابت
۶۷	۴-۷- دورنمای مورد انتظار از قانون های پیشگیری از دیابت
۶۷	۱. قانون پیشگیری از دیابت در میان جمعیت هدف در سطح محله شناخته شده باشد.
۶۷	۲. از اتکا به ظرفیت ها و توانایی های فردی به سمت فعالیت های اجتماع محور حرکت نمایند.
۶۷	۳. حرکت به سمت تبدیل قانون ها به یک قانون مردم نهاد و مستقل.
۶۷	۴-۸- نقدی پیرامون وضعیت قانون های پیشگیری از دیابت
۶۸	وجود بسترهای بازاریابی درمانی در قانون های پیشگیری از دیابت
۷۰	۵. چالش ها و مشکلات قانون های پیشگیری از دیابت
۷۱	منابع

۱. مقدمه

سلامت یکی از بنیادی‌ترین نیازهای اجتماعی انسان، یک مساله چند وجهی است. مکتوبات اندیشمندان و محققان علوم اجتماعی نشان می‌دهند که همواره در طول تاریخ این حوزه تا چه حد از الهیات و ایدئولوژی‌های خُرد و کلان متأثر شده‌اند. الهیاتی با مفروضات زیستی و فردی، گفتمان پزشکی و مانند آن که غالباً به ایجاد نظامی مداخله جویانه، سلطه‌طلبانه و سلسله‌مراتبی منجر شده است، ایدئولوژی‌هایی که از یک‌سو موجب تبعیض و نابرابری در حق برخورداری عموم مردم از سلامت و از سوی دیگر منجر به پزشکی شدن جامعه گردیده است.

در حالی که اکنون به واسطه کوشش این محققان می‌توان سویه‌های به مراتب با اهمیت‌تری از گفتمان غالب پزشکی^۱ را در حوزه سلامت نشان داد؛ سویه‌های زیست محیطی، اقتصاد سیاسی، سیاستگذاری اجتماعی، مسائل فرهنگی (اعم از سبک زندگی، رفتارها، عادت‌ها و غیره) که پای طیف وسیعی از کنشگران موثر نهادهای بین‌المللی، دولت، نهادهای اجتماعی و حتی خود افراد جامعه را نیز به میان می‌کشد. از این منظر سلامت فقط شامل رویکردهای درمانی نیست بلکه یک امر فرابخشی و محصول روابطی پویا و پیچیده‌ی بین نیروهای خرد و کلان، کانون‌های قدرت، اجتماعات، گروه‌ها و افراد جامعه در بستر تاریخی و زمینه‌های اجتماعی است.

از جمله نهادهای عمومی و دست‌اندرکار حوزه سلامت در شهر، نهاد مدیریت شهری است که اکنون بیش از یک دهه است که با ایجاد تشکیلاتی با عنوان اداره کل سلامت به عنوان هسته اصلی و سپس زیرساخت‌های دیگری همچون خانه‌های سلامت، پردیس‌های سلامت، کانون‌های اجتماع محور سلامت و به کنشگری در حوزه سلامت روی آورده و در همین راستا اقدامات بسیاری را در بستر مناطق شهری و محلات شهر تهران به انجام رسانیده است. از میان این اقدامات، تشکیل کانون‌های اجتماع محور سلامت (دست کم بنا به باور دست‌اندرکاران) به دبیلی که در ادامه بدان اشاره می‌گردد، اقدامی منحصر به فرد است، این دلایل در یک مرور کلی عبارتند از:

بی‌نظیر یا کم‌نظیر بودن اقدام در سطح جهانی، ورود یک نهاد عمومی به غیر از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به امر سلامت و بویژه جنبه‌های غالباً مغفول و طرد شده حوزه سلامت از منظر نهاد متولی، اجتماع محوری و گشودن فضای مشارکت مشارکت شهروندان در حوزه سلامت و در نهایت توجه به برنامه ریزی‌های از پایین به بالا در حوزه سلامت شهری در مقیاس محلی.

با توجه به اهمیت موارد پیش گفته، ضروری است تا روند شکل‌گیری و تحولات این اقدام مورد تدقیق قرار گیرد و برای شناخت و درک صحیح از این تجربه، به بحث و بررسی بیشتر در قالب مستندنگاری پرداخته شود.

این پژوهش با هدف نشان دادن مراحل مختلف شکل‌گیری کانون دیابت از ایده پردازی تا تشکیل کانون در تمامی محلات شهر تهران، سعی در مستند نگاری این بخش از فعالیت‌های اجتماعی اداره کل سلامت شهرداری تهران دارد. با این توصیف این پژوهش در تلاش است تا پاسخی را برای پرسش‌های زیر ارائه دهد:

- ۱- کانون دیابت در چه بستر و زمینه ای، چگونه و با چه هدفی شکل گرفت؟ به عبارتی چه ایده، تجربه یا علتی موجب شکل‌گیری کانون شد؟
 - ۲- کانون دیابت چه تغییر و تحولاتی در طی زمان تجربه کرده است؟
- داده‌های این پژوهش از طریق اسناد و مدارک و همچنین از طریق مصاحبه گردآوری گردیده است. در بخش مصاحبه، در مجموع با ۲۰ تن از مطلعین مصاحبه به عمل آمد، که لیست آن در ادامه آمده است.

جدول مشخصات مصاحبه‌شوندگان کانون دیابت

ردیف	نام	مسئولیت
۱	زینب نصیری ماهینی	مدیر کل (فعلی) سلامت شهرداری تهران
۲	مهدی امیری	معاون آموزش و همکاری‌های بین بخشی اداره کل سلامت
۳	عباسعلی عباسی	معاون ارتقای سلامت روانی و اجتماعی اداره کل سلامت
۴	محمد مهدی گلمکانی	مدیر کل (اسبق) سلامت شهرداری تهران
۵	مریم رجب	متخصص تغذیه و عضو انجمن ملی دیابت ایران
۶	داود عباسی	پژشک دیابتولوژیست و عضو انجمن ملی دیابت ایران
۷	محیا شعبی	رئیس اداره سلامت اجتماعی اداره کل سلامت
۸	فاطمه حسینی	دبیر کل کانون‌های دیابت تهران
۹	زهرا مرآتی	پرستار- دبیر دیابت منطقه ۱۳ تهران
۱۰	شهربانو میوه‌چی	دبیر دیابت منطقه ۳ تهران
۱۱	بهارک یوسفی	متخصص تغذیه- دبیر دیابت منطقه ۴ تهران
۱۲	شراره کاکاوند	دبیر دیابت منطقه ۱۷ تهران
۱۳	طاهره لاله	دبیر دیابت منطقه ۹ تهران
۱۴	فاطمه شاطری	دبیر دیابت منطقه ۱۴ تهران
۱۵	مسعود مغربی	دبیر دیابت منطقه ۵ تهران
۱۶	ناهید عارف نیا	عضو کانون دیابت منطقه ۱۳
۱۷	افسانه سربندی فراهانی	عضو کانون دیابت منطقه ۱۴
۱۸	گیتا ابراهیمی	عضو کانون دیابت منطقه ۲
۱۹	مریم ابراهیمی مقدم	عضو کانون دیابت منطقه ۳
۲۰	مهرناز ناصرخان تهرانی	عضو کانون دیابت منطقه ۴

۲. تاریخچه شکل‌گیری کانون دیابت

۲-۱- مرور زمینه اجتماعی وضعیت سلامت شهروندان قبل از تشکیل کانون

زمینه‌های اجتماعی چیزی معادل با عوامل موثر مستقیم در ایجاد یک رویداد نیستند بلکه آنها شرایطی هستند زیربنایی با توان محدود یا مشروط‌کنندگی که باعث نحوه تعامل بین نیروها و عوامل، شکل‌گیری کانون‌های قدرت، ظهور و بروز ذینفعان و ایجاد ایده‌هایی جهت تغییر یک موقعیت عمل می‌کنند. در مورد کانون‌ها و شرایط ایجاد آنها نیز چنین امری مصداق دارد، از این منظر می‌توان چنین پرسش نمود که چرا تنها و تنها در این زمینه و شرایط خاص بود که موجبات بروز و ظهور چنین شکل‌بندی از کانون‌های اجتماع محور سلامت فراهم شد و چرا این امر پیشتر رخ نداد یا در موقعیت مکانی دیگری ایجاد نشد؟ تا جایی که اطلاعات و داده‌های در دسترس حکایت می‌کند چنین کانون‌هایی با زمینه اجتماعی تنها در تهران و در دهه ۸۰ شمسی بروز و ظهور یافتند، البته یقیناً و همچنان که در ادامه اشاره خواهد شد، بعد از درک تجربه این کانون‌ها در سایر موقعیت‌ها ایده‌ی کانون‌های اجتماع محور سلامت به موارد دیگری نیز تسری یافت ولی با این وجود وقتی که از زمینه‌های اجتماعی و تاریخی بحث می‌شود مراد شرایط و بسترهایی است که باعث عینیت یافتن و درک ذهنی یک مساله خاص در یک برهه زمانی خاص، نحوه کمیت و کیفیت تعامل و کشاکش نیروهای پیشران، شکل‌گیری ذینفعان مختلف و ... است.

پیش از تشکیل کانون‌های اجتماع محور سلامت، وضعیت ساختاری نهاد مدیریت شهری از یک‌سو و نگرش به مساله سلامت در نزد نخبگان و عموم جامعه در مقایسه با نگرش و تلقی کنونی متفاوت بود. البته ابداً مقصود این نیست که اکنون به لحاظ عینی وضعیت سلامت آحاد مردم شهر تهران بهبود یافته است بلکه مقصود آن است که در آن زمان، اولاً نهاد مدیریت شهری به تناسب وضعیت اجتماعی و تاریخی خود، مجبور به تغییر رویکردی در اهداف، مأموریت و ساختار خود شد که بنا به تصدیق روایت‌های مسلط و رسمی از سازمانی صرفاً خدماتی به نهادی اجتماعی گذار نمود و ثانیاً مسائل جدیدی در حوزه سلامت مانند: افزایش بیماری‌های غیرواگیردار، هزینه‌های سنگین بخش بهداشت و درمان، ناکارآمدی واحدهای بهداشت و درمان شهری و غیره که اغلب بواسطه بی‌مهری‌های دولت‌ها در سیاستگذاری بخش سلامت ایجاد شده بود، سرباز نمود. مرور برنامه‌های اول (۱۳۷۲-۱۳۶۸) دوم (۱۳۷۸-۱۳۷۴) توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور نشان می‌دهد که هیچ‌عنوانی در این برنامه‌ها به‌طور مشخص برای سلامت یا بهداشت و درمان وجود ندارد و صرفاً بندهایی کلی در مورد تأمین تغذیه مناسب، تأمین مراقبت‌های بهداشتی اولیه در مناطق محروم و روستایی، حفظ محیط زیست، تربیت نیروی انسانی متخصص در بخش بهداشت و درمان اقامه شده است. در همان سال‌ها بواسطه توصیه‌های نهادهای مالی بین‌المللی همچون صندوق بین‌المللی پول و بانک جهانی و نیز تجربیات کشورهای چینی و ترکیه اوزال (با شعار ابتدا اقتصاد و بعد دموکراسی) برنامه بازسازی و تعدیل ساختاری در رأس برنامه‌های دولت راست مدرن قرار گرفت که اساس آن کنترل بیشتر بر نرخ مبادلات و سیاست آزادسازی پولی قرار داشت (ابوذری لطف، ۱۳۹۳: ۱۵۱).

مرور مصوبه‌های شورای بهداشت و درمان سازمان برنامه و بودجه نشان می‌دهد که دولت مستقر واگذاری طرح خودگردانی بیمارستان‌ها در تأمین خدمات سلامت را دنبال نموده است (قاراخانی، ۱۳۹۲: ۲۲۸) و از سوی دیگر احداث و تأسیس و تجهیز مراکز بیمارستانی، درمانگاهی و... را بواسطه جلب و جذب سرمایه‌گذاران بخش خصوصی در اولویت برنامه‌های سلامت خود قرار داده است (صفری شالی، ۱۳۹۵: ۹۹). در قانون برنامه سوم توسعه (۱۳۸۳-۱۳۷۹) وضعیت نگرش به سلامت و بخش بهداشت و درمان نسبت به برنامه‌های پیشین بهبود یافت و به لحاظ اجرا نیز اغلب اهداف کمی برنامه توفیق زیادی داشت اما در زمینه اهداف کیفی مانند: برقراری نظام ارجاع، تکمیل شبکه بهداشت و درمان شهری، پوشش بیمه‌ای، ساماندهی بیماران خاص، نظام آموزش و مراقبت، کیفیت داروها و نظام پرداخت توفیق زیادی حاصل نشد.

در قانون برنامه چهارم (۱۳۸۸-۱۳۸۴) توسعه نیز اگرچه حوزه سلامت بخش مستقلی از برنامه مذکور را به خود اختصاص داد ولیکن همچنان در حوزه اجرایی مهمترین اهداف آن یعنی: تکمیل واحدهای بهداشتی درمانی شهری، بیمه همگانی، نظام ارجاع، عدم اعمال نظام تعرفه‌گذاری در بخش سلامت بر پایه هزینه‌ها، کنترل هزینه‌های درمانی از جیب مردم و تأمین تغذیه مناسب، محقق نشد. در قانون برنامه پنجم توسعه نیز با وجود هدف‌گذاری بسیار خوب در حوزه سلامت اما نارسایی فراوان در اجرا و حمایت از بخش بهداشت و درمان، انباشتگی مشکلات حوزه سلامت افزایش یافت.

به تبع این نارسایی‌ها و همچنین تغییر سبک زندگی ناشی از الزامات شهرنشینی است که در دهه ۸۰ شمسی، روند روبه رشد بیماری‌های غیرواگیردار و مسائل مترتب بر سلامت بیش از پیش مشهود می‌شود و گزارشات فراوانی در سطح مطبوعات و رسانه‌های گروهی نسبت به این مسائل ارائه می‌شوند، مثلاً گزارش گروه اجتماعی روزنامه همشهری در تاریخ ۱۴ آذر ۱۳۸۵ با عنوان: «رشد سرطان و بیماری قلبی-عروقی در کشور» ضمن ارائه افزایش آمارهای ابتلا به بیماری‌های غیرواگیر از قول رئیس سومین کنگره کشوری پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر، به لزوم ارتقای سطح آگاهی عمومی بلند مدت برای پیشگیری و کنترل این بیماری‌ها تاکید می‌کند.

در تاریخ ۲۲ آبان ۱۳۸۶ دکتر علیرضا استقامتی (عضو کمیته کشوری کنترل دیابت و عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران) اعلام کرد که در ۲۱ دسامبر سال ۲۰۰۶ مجمع عمومی سازمان ملل دیابت را بعد از ایدز یک معضل جهانی سلامت دانسته که برای آن قطعنامه صادر نموده است. این بیماری یک بیماری پر هزینه است که چیزی در حدود یک تریلیون تومان برای آن در کشور هزینه می‌شود.

در گزارش دیگری که توسط همشهری در تاریخ ۶ اردیبهشت ۱۳۸۷ منتشر شده است از قول حسن رضوانیان، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به هزینه‌های کمرشکن و پرداخت مستقیم از جیب مردم ایران (بیش از ۷۰ درصد) برای درمان (برخلاف کل دنیا) اشاره می‌شود و به حجم زیاد مبتلایان و خیلی عظیمی از افراد در حال ابتلای به دیابت به عنوان یک بیماری غیر واگیردار و گران تاکید شده است.

در ۱۳ بهمن همین سال از قول قائم مقام سازمان نظام پزشکی مطلبی با مضمون فرسودگی سیستم نظام سلامت کشور و نیاز به بازسازی آن اظهار شده است.

در ۱۵ دی ماه ۱۳۸۸ نیز دکتر حسنی متخصص بیماری غدد، هشدار می‌بختی بر اینکه سن ابتلا به دیابت در ایران ۱۵ سال پایین‌تر از میانگین جهانی است و هر سال یک درصد به این آمار اضافه می‌شود، داده است. حجم زیاد گزارشات از این دست در آن دهه نشان می‌دهد که حوزه سلامت با معضل جدی و مهمی دست به گریبان است که از یک‌سو، شیوع بیماری‌های غیرواگیر در حال افزایش است و از سوی دیگر بواسطه هزینه‌های سنگینی که بر بدنه جامعه و نظام سلامت کشور تحمیل می‌کند عملاً فرایند کنترل آن را بسیار سخت و طاقت‌فرسا نموده است. تقریباً در تمام این گزارشات به آگاهی بخشی، آموزش خود مراقبتی به شهروندان جهت پیشگیری از شیوع رو به رشد این بیماری توجه شده است.

مصاحبه‌های صورت گرفته با متخصصان گوناگون حوزه سلامت هم موید این ناکارآمدی سیستم بهداشت و درمان کشور در مقایسه با سایر کشورها است. در کشورهایی که یک نظام جامع و دیرپای سلامت برقرار است و بویژه کشورهایی که از منطق سوسیالیستی و دولت رفاه پیروی می‌کنند، علاوه بر توانمندی حوزه درمان، خدمات بسیار خوبی در حوزه مراقبت و پیشگیری ارائه می‌شود. فی‌المثل در کشوری مثل نروژ و یا سایر کشورهای حوزه اسکاندیناوی، دولت امکانات رفاهی زیادی به مردم ارائه می‌دهد. در این جوامع سیستم درمان، مبتنی بر پزشک خانواده است که کاملاً رایگان خدمت ارائه می‌دهند و اگر بیماری مجبور به مصرف دارو باشد، هزینه آن نیز کاملاً رایگان است. در اینجا بحث مراقبت و پیشگیری اهمیت زیادی دارد و نظام سلامت اجتماعی برای سالمندان و بیماران، پرستار مراقب به منزل آنها می‌فرستند تا ضمن مراقبت و پیگیری درمان به ارائه آموزش‌های لازم نیز بپردازند. علاوه بر اینکه در این جوامع، به دلیل فهم اجتماعی از سلامت، آموزش‌های پیشگیرانه و سبک زندگی از دوران مدرسه شروع می‌شود و تغذیه سالم، تحرک بدنی صحیح، مهارت‌های ارتباطات اجتماعی و بسیاری از الزامات زیستی از عنفوان کودکی در فرد نهادینه می‌شود، از همین رو، سالمندان، کهن سالان، بیماران و معلولان نیز همچون افراد عادی به فعالیت‌های زندگی روزمره می‌پردازند. اما در جامعه ما، سیستم بهداشت و درمان اساساً سلامت محور نیست بلکه بیماری محور است. در این سیستم اصلاً کاری برای مراقبت، آموزش و پیشگیری عموم مردم انجام نمی‌شود و نظام سلامت اساساً در بیماری و کمک به رفع بیماری خلاصه شده است.^۱

در چنین زمینه‌ای اجتماعی است که نهاد مدیریت شهری در دهه ۸۰ و اوایل دهه ۹۰ شمسی به راه اندازی کانون‌های سلامت در مناطق و محلات شهر مبادرت نمود.

۲-۲- تاریخچه تشکیل کانون‌های اجتماع محور سلامت (با تاکید بر تشکیل کانون دیابت)^۲

پیش از پرداختن به نحوه شکل‌گیری کانون‌های اجتماع محور سلامت، نخست این ایده «کانون» است که محل پرسش قرار می‌گیرد. اینکه اساساً ایده کانون از کجا آمد؟ سال‌ها پیش از تشکیل کانون‌های اجتماع محور سلامت در محلات و مناطق شهری، کانون‌های مختلفی تحت عنوان کانون ادبی، کانون شعر و موسیقی، کانون‌های هنری

۱. این بخش بواسطه مصاحبه با دکتر داود عباسی (پزشک دیابتولوژیست) تنظیم و تدوین شده است.

۲. این بخش بواسطه مصاحبه با آقای مهدی امیری (معاونت اداره کل سلامت) تهیه و تنظیم شده است. ایشان از جمله افرادی هستند که در بنیان گذاشتن سنگ بنای امور سلامت شهری (اداره کل سلامت، کانون‌های اجتماع محور و غیره) حضور و فعالیت موثر داشته‌اند.

و مانند آن، که اغلب ماهیت فرهنگی- هنری یا مذهبی داشتند و حاصل مشارکت و گردهمایی اعضای فعال در آن حوزه بودند در فرهنگسراهای تحت نظارت سازمان فرهنگی هنری شهرداری تهران شکل گرفته بودند. در آن هنگام فرهنگسراها غالباً مشی هویتی داشتند و فرهنگسراهایی با عناوینی مانند فرهنگسرای سالمند، بانوان، کودک و ... ایجاد و از یکدیگر متمایز شده بودند^۱.

در کنار کانون‌هایی با ماهیت صرفاً هنری و مذهبی، تشکیل کانون دیگری با عنوان کانون سالمندی در زیر مجموعه فرهنگسرای سالمند^۲ که در سال ۱۳۸۰ موظف شده بود که به طور اختصاصی به فعالیت‌های حوزه سالمندی توجه نماید، نخستین جرقه‌ی تشکیل کانون‌هایی با ماهیتی متفاوت را در نزد مسئولین وقت فرهنگسرای سلامت^۳ (پس از تشکیل آن در آذرماه سال ۱۳۸۲) بوجود آورد، در این فرهنگسرا نیز از بدو تشکیل، کانون سالمندی شکل گرفت و به پایه‌ای برای تسری ایده کانون با محوریت سلامت که بعدها در مناطق و محلات شهر تهران به منصف ظهور رسید بدل گشت.

شکل‌گیری فرهنگسرای سلامت نیز با ایده دکتر عباس استاد تقی‌زاده و در زمان تصدی اسفندیار رحیم مشایی بر سازمان فرهنگی هنری شهرداری و معاونت امور اجتماعی و فرهنگی صورت گرفت. دکتر عباس استاد تقی‌زاده، پیشتر مشاور سلامت رحیم مشایی در رادیو پیام بود که همراه با ایشان به شهرداری آمد. پس از ارائه طرح فرهنگسرای سلامت توسط دکتر تقی‌زاده، فضایی که پیشتر خانه فرهنگ پارک نوفل لوشاتو بود برای این منظور آماده شد و در آذرماه سال ۸۲ با عنوان فرهنگسرای سلامت شروع به فعالیت نمود.

اما اگرچه ایده کانون یک ایده فرهنگسرای بود اما نحوه تکوین آن در حوزه سلامت در این بستر رخ نداد. بلکه پایه عینی و اصلی شکل‌گیری آن مربوط به ستادی با عنوان «ستاد شهر سالم» بود. پروژه شهر سالم زیر نظر معاونت اجتماعی- فرهنگی شهرداری^۴ به صورت پایلوت در شهرستان ری، در اسفند سال ۱۳۷۰ شروع به کار کرد. شهرداری تهران در این سال با برگزاری سمپوزیوم شهر سالم (Healthy City) در دانشگاه تهران به مبحث سلامت روی آورد. در بین محله‌های شهر ری، کوی ۱۳ آبان با توجه به معضلات و مشکلات اجتماعی و فرهنگی خاص خود، از محروم‌ترین محله‌ها در آن موقع بود که جهت اجرای این پروژه انتخاب گردید. در پروژه شهر سالم به سه اصل توجه خاصی مبذول شد ۱. هماهنگی و همکاری بین بخشی ۲. جلب مشارکت مردمی ۳. توانمندسازی شهروندان. در این پروژه برای اولین بار تجربه آموزش چهره به چهره در ایران به نمایش گذاشته شد و موفقیت‌هایی بدست آمد. در قالب طرح مذکور، علاوه بر آموزش زنان خانه‌دار، کودکان در مدارس نیز بواسطه مدرسه سالم با مفاهیم سلامت فردی و اجتماعی آشنا شدند. در این پروژه تلاش شده بود که از عموم مردم یک نیروی محرک، فعال،

۱. اکنون این فرهنگسراها دارای عناوین دیگری هستند.

۲. هم اکنون این فرهنگسرا با عنوان فرهنگسرای امید در منطقه ۳۱ به فعالیت خود ادامه می‌دهد.

۳. این فرهنگسرا نیز اکنون به فرهنگسرای هنگام تغییر عنوان داده است.

۴. شهرداری تهران در زمینه فرهنگی و اجتماعی دارای دو بخش اصلی است یکی معاونت اجتماعی و فرهنگی و دیگری سازمان فرهنگی هنری شهرداری تهران که تقریباً سازمانی مستقل است و هیأت امناء دارد. فرهنگسراها زیر مجموعه سازمان فرهنگی هنری شهرداری هستند و سرای محلات جز معاونت اجتماعی. تا قبل از دوره ریاست محمدباقر قالیباف بر شهرداری تهران، این دو اداره یک رئیس داشتند و بعد از این دوران روسای مجزا پیدا کردند.

خلاق و پویا ایجاد شود و با افزایش سطح آگاهی‌های مردم و جلب مشارکت آنان در زمینه مسائل بهداشتی، زیست‌محیطی، فرهنگی و اجتماعی در راستای فعالیت‌های توسعه شهری تلاش مضاعفی صورت پذیرد^۱.

پس از اجرای این پروژه در سال ۱۳۷۶، در اجلاس سالانه شهرهای سالم در پکن، این پروژه به عنوان یکی از هفت پروژه موفق شهرهای سالم جهان معرفی گردید. پس از این برهه، پروژه ستاد شهر سالم به فعالیت‌های محدودی در همان منطقه می‌پردازد تا اینکه در حدود سال ۸۳-۸۲، مدیر فرهنگسرای سلامت (دکتر عباس استاد تقی‌زاده) همزمان با حفظ سمت سرپرست ستاد شهر سالم شهرداری تهران می‌شود. ستاد شهر سالم مدتی در حدود یک الی دو سال به منوال قبل به فعالیت ادامه داد تا اینکه دکتر تقی‌زاده و تیم ایشان به این نتیجه می‌رسند که این ستاد را به ساختاری بزرگتر بسط دهند. بنا بر همین ایده و با توجه به تجربه اجرای بیش از یک دهه از اجرای پروژه شهر سالم، برای اولین بار سند راهبردی پنج ساله سلامت شهر سالم با همکاری گروهی از اساتید دانشگاه تدوین شد و سپس در ابتدای سال ۱۳۸۵ اداره کل سلامت زیر نظر معاونت امور اجتماعی و فرهنگی تشکیل شد و این ساختار به تمام مناطق بیست و دوگانه شهرداری تهران نیز تسری یافت. پس از تشکیل اداره کل سلامت و ادارات سلامت مناطق، با توجه به امکانات و اعتبارات بهتری که حاصل شد، زمینه برای توسعه برنامه سلامت از منطقه به ناحیه و از ناحیه به محلات تهران فراهم شد. از این منظر با توجه به موفقیت محلی پروژه شهر سالم و تجربه خوبی که در فرهنگسرای سلامت و استقبالی که توسط سالمندان از تشکیل کانون سالمندان در آن فرهنگسرا به وجود آمد، فضا و الگویی برای اجرای طرح‌های سلامت با محوریت کانون‌های اجتماعات محلی فراهم شد. اندکی بعد هم، طرح خانه‌های سلامت برای هر محله از دل همین سند احصاء شد. خانه‌های سلامت در واقع به عنوان ستاد اجرایی پروژه شهر سالم در محله‌های شهر تهران پدیدار شدند. البته ایجاد خانه‌های سلامت در محله به سرعت و به سهولت رخ نداد. بلکه با چالش‌های زیادی مواجه شد.

خانه‌های سلامت ابتدا در مدت یکسال در سطح مناطق ۲۲ گانه شکل گرفتند و بلافاصله در این بستر، ۲۲ کانون منطقه‌ای سالمندان راه اندازی شد. سپس برای نفوذ در سطح ناحیه‌های هر منطقه (۱۲۳ ناحیه)، ابتدا تصمیم برای این شده بود که یک نفر به عنوان کارشناس سلامت در هر ناحیه مستقر شود و طبعاً چون هنوز امکان جذب نیرو و توسعه سریع ساختار در ناحیه و محله وجود نداشت، از رویکرد شهر سالم و مشارکت مردمی بهره گرفته شد. به عبارتی در ابتدا نیروهای خانه سلامت، ارتباط استخدامی با شهرداری نداشتند و به صورت پروژه‌ای و حق‌الزحمه‌ای با شهرداری کار می‌کردند. از سوی دیگر برای استقرار کارشناسان خانه‌های سلامت به فضا نیاز بود. این فضا با تهیه دستورالعمل‌ها و چانه‌زنی با شهرداران مناطق و در فرایندی دشوار تامین شد. فضاهایی که به عنوان اولین خانه‌های سلامت از سوی شهرداران مناطق تحویل شد اغلب بسیار نامناسب بودند، به عنوان مثال یک انبار که محلی برای نگهداری کود برای درختان و ملزومات چمن‌زنی در بوستان‌ها^۲ بود به عنوان فضای خانه سلامت در نظر گرفته

۱. مطالب تکمیلی این بخش از گزارشی تحت عنوان آشنایی با اداره کل سلامت که در تاریخ ۲۶ تیرماه ۱۳۹۰ در روزنامه همشهری به چاپ رسید آورده شده است. کد خبر: ۱۴۰۵۰۱.

۲. با توجه به موقعیت خوب بوستان‌های شهر و رفت و آمد عموم مردم به آنجا، اولویت برای تامین فضای خانه‌های سلامت بوستان‌های محلی بوده است.

می‌شد.^۱ مدت زمان ایجاد خانه‌های سلامت در ناحیه، دو سال به طول انجامید و پس از این مرحله، کار بر روی تاسیس خانه‌های سلامت در محلات شهر تهران آغاز شد (۳۷۴ محله در آن زمان).^۲ در این زمان شورایی‌ها شکل گرفته بودند و آنها شتابدهنده‌ای شدند برای سرعت گرفتن ایجاد خانه‌های سلامت در محلات.^۳ بعد از راه‌اندازی کانون سالمندان، خانه‌های اسباب‌بازی^۴ شکل گرفتند و مخاطب این خانه‌ها مادران و کودکان شدند بنابراین کانون مادر و کودک در این فضا شکل گرفت.

نکته بسیار مهم در مورد تشکیل این کانون‌ها آن است که کانون‌ها، به تدریج و پس از تکمیل خانه‌های سلامت در هر منطقه، ناحیه و محله بسته به توان شهرداری منطقه و طی یک تفاهم‌نامه‌ای که بعدتر تبدیل به شیوه‌نامه شد راه‌اندازی گردیدند و این‌گونه نبود که پس از اتمام کامل خانه‌های سلامت منطقه، ناحیه و سپس محله ایجاد شوند. کل این فرایند از زمان تشکیل اداره کل سلامت (اوایل ۱۳۸۵) تا تشکیل کامل کانون‌ها در بستر خانه‌های سلامت در محلات تهران، در حدود ۵ سال به طول انجامید.

پس از تجربه‌ی اولیه کانون سالمندان و کانون مادر و کودک که در زمان مدیریت دکتر استاد تقی‌زاده انجام شده بود و به نوعی دوره ابتدایی حوزه سلامت و کانون‌های اجتماع محور سلامت بود، از سال ۱۳۸۸ با مدیریت دکتر گلمکانی دوره شکوفایی و توسعه کانون‌ها رقم خورد. در این دوره کانون‌های زیادی تشکیل و به بهره‌برداری رسیدند، در این دوره ابتدا تعداد کانون‌ها به ده کانون رسید: (کانون سالمندان، کانون مادر و کودک، کانون پیشگیری از دیابت، کانون خادمین سلامت مساجد، کانون داوطلبین اهدای خون محلی، کانون معلولان، کانون جوانان، کانون پیشگیری از دخانیات و کانون پیشگیری از چاقی).

کانون دیابت در سال ۱۳۹۰ و در زمان آقای «دکتر محمد مهدی گلمکانی» شکل گرفت. در آن زمان بواسطه شیوع بیماری دیابت و ماهیت اجتماعی این بیماری که افراد بواسطه سبک زندگی و عدم آگاهی جهت مراقبت‌های رفتاری به این بیماری مبتلا شده بودند تصمیم بر این شد که این کانون شکل بگیرد. افزایش میزان شیوع دیابت که به طور تقریبی چیزی در حدود ۱۰ تا ۱۳ درصد برآورد شده بود نیاز به اقدام فوری برای آگاهی بخشی و آموزش را ایجاد می‌کرد، با توجه به اینکه دکتر گلمکانی پزشک و از بدنه وزارت بهداشت به شهرداری آمده بودند ارتباطات مناسبی بین شهرداری و وزارت بهداشت و سایر سازمان‌های دست‌اندرکار ایجاد شد و علاوه بر اینکه برنامه‌های خوبی در زمینه دیابت با همکاری سایر سازمان‌ها انجام شد، تلاش‌های زیادی در قالب برنامه، همایش، بازدیدهای بین‌المللی و ملی برای توسعه و شناساندن ظرفیت کانون‌ها صورت گرفت. یکی از اقداماتی که در راستای تکوین کانون‌های سلامت محور محلی شروع شد و البته بعدها به نوعی وزارت بهداشت از همین الگو در حریم تهران و

۱. بنا به اظهارات آقای امیری گویا در زمان راه‌اندازی پایگاه‌های بهداشت در سال‌های ۵۶ و ۵۷ که توسط دکتر ملک افشلی راه‌اندازی شده بود چنین معضلی وجود داشته است: «اولین خانه بهداشت که در استان آذربایجان به راه افتاد، یک اصطبل اسب بوده است».

۲. در آن زمان تعداد محلات شهر تهران ۳۷۴ محله بود که اکنون تعداد آنها مشتمل بر ۳۵۴ مورد است.

۳. در آن زمان سرای محلات هنوز شکل نگرفته بودند، بنا به باور آقای امیری، تشکیل خانه‌های سلامت الگویی شد برای شکل‌گیری سرای محلات. حتی به عقیده ایشان در بسیاری از محلات از جمله یوسف آباد تابلوی خانه‌ی سلامتی پایین آورده شد و تابلوی سرای محله برای آن نصب شد و در سرای محله یک اتاق برای خانه سلامت در نظر گرفته شد.

۴. به دستور آقای قالیباف در زمانی که مهدکودک‌ها روزانه یا پارت تایم پذیرش نداشتند برای حضور بیشتر مادران در پارک‌ها و خانه‌های سلامت ایجاد شد.

شهرهای بزرگ استفاده کرد، طرح ایجاد یک مرکز جامع مدیریت سلامت شهری^۱ در منطقه ۹ تهران بود که با همکاری وزارت بهداشت ایجاد شد. در این طرح یک مرکز در میدان آزادی و در کنار مرکز انتقال خون ایجاد شد که با کمک افراد موثری همچون مرحوم شادپور و روش شبکه‌سازی، حدود ۱۲ هزار نفر از افراد منطقه تحت پوشش قرار گرفتند، از این طرح استقبال فراوانی شد و تورهای فراوانی برای بازدید از این طرح در سطح شهرداری، وزارت بهداشت و حتی سازمان بهداشت جهانی تدارک دیده شد.^۲

برنامه‌ی دیگری که در این زمان با همکاری خود کانون‌های اجتماع محور سلامت انجام شد که نتیجه آن برای شناخت بهتر سیمای سلامت محله مورد استفاده زیادی واقع شد طرحی بود به نام (Urban Heart^۳) یا ابزارهای سنجش و پاسخگویی در سلامت شهری که به همراه سازمان بهداشت جهانی در شهر کوبه^۴ ژاپن و مشارکت پنج شهر دنیا که تهران هم جزء آن بود، برگزار شد. این طرح در قالب روش پیمایشی (با ۶۵ شاخص در مورد سلامت و عوامل اجتماعی سلامت) دو مرتبه در شهر تهران اجرایی شد، یکبار با کمک مرکز ایسپا در کلیه مناطق تهران که مداخلاتش بیشتر در سطح مدیریتی بود و بار دوم با کمک سلامتیاران کانون‌های اجتماع محور سلامت در ۳۷۳ محله، عملیاتی شد و در بحث Responsibility هم نتایج آن در قالب طرح‌های همایشی برای مردم در هر محله و منطقه توسط خود سلامتیاران به اجرا درآمد، مثلاً در مورد کانون دیابت، حدود ۴۰ محله پرچالش انتخاب شدند و نتایج طرح در قالب برنامه‌های مختلفی در اختیار مردم قرار گرفت. یا بیش از صد محله که چالش چاقی داشتند شناسایی شد و نتایج طرح در اختیار آنها یعنی مردم همان محل قرار گرفت. در قالب این طرح، سیمای فقر، انواع مشکلات سلامت محله، چاقی و عوامل ابتلا شناسایی شد و براساس آموزش‌های کارشناسان، آگاهی و توانمندی مردم در حوزه سلامت و مشکلات محیطی افزایش یافت.^۵

در همین زمان بزرگترین حلقه انسانی دیابت در دور بوستان ولایت به طول ۵ کیلومتر زده شد (تصویر شماره ۱). یا بزرگترین سفره دیابتی در دوره دکتر قاضی زاده هاشمی (وزیر بهداشت وقت) ایجاد شد که از کارهای نمادین آن دوره به شمار می‌آید و هنوز هم این سنت تداوم یافته است.

تصویر شماره ۱) بزرگترین حلقه انسانی دیابت به طول ۵ کیلومتر

ایده کانون‌ها بنا به اظهارات دکتر گلمکانی در پانزدهمین جلسه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی (آذر ۱۳۹۶) به تصویب ریاست جمهوری (ریاست شورای عالی سلامت و امنیت غذایی) رسید و در حکم قانون درآمده است (تصویر شماره ۲)، در این معنا همه محلات در سطح کشور با توجه به ساختار وزارت کشور باید دارای یک کانون سلامت باشند که داوطلبان محلی می‌توانند در ذیل آن یک کانون، بنا به نیاز خود، کانون‌های مختلف سلامت محور را به وجود بیاورند. در حال حاضر کم و بیش این کانون‌ها در بسیاری از محلات شهرهای دیگر کشور مانند:

۱. این طرح در زمان مدیریت دکتر گلمکانی بر اداره کل سلامت اجرایی شد.

۲. بنا به اظهارات آقای دکتر گلمکانی.

۳. (TRAHEH) sloot ytilibisnopse dna ytiue htlaeh .3

۴. ششمین شهر بزرگ ژاپن و مرکز استان هیوگو

۵. بنا به اظهارات آقای دکتر گلمکانی

کرمانشاه، اراک و ... اجرایی شده است. در گزارش دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی در تیرماه سال ۱۳۹۷ به صراحت به کانون‌های سلامت محور اشاره شده است (تصویر شماره ۳).

تصویر شماره ۳) گزارش دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی در تیرماه ۱۳۹۷

۲-۳- منطق اجتماعی تشکیل کانون‌های اجتماع محور سلامت (با تاکید بر کانون پیشگیری از دیابت)^۱

بر مبنای نظرات مدیران و کارشناسان حوزه سلامت شهری، منطق اجتماعی تشکیل کانون‌های اجتماع محور سلامت مبتنی بر منطق کارکرد اجتماعی نهاد مدیریت شهری و منطق مساله‌بودگی اجتماعی سلامت (بویژه در شهر) است. تا جایی که به شهر تهران مربوط می‌شود، نهاد مدیریت شهری، تقریباً از اواسط دهه ۸۰ شمسی از سازمانی صرفاً خدماتی به نهادی اجتماعی تغییر رویکرد داد و سعی نمود به گفتگویی مبتنی بر مشارکت مردم، استفاده از ظرفیت آنها در اداره شهر، حقوق و فرهنگ شهروندی و ... روی آورد. همچنان که در گزارش فعالیت کانون‌های اجتماع محور سلامت که توسط اداره کل سلامت در سال ۱۳۹۶ هم منتشر شده است، کانون‌های اجتماع محور^۲ (CBO) به عنوان تمرین مشارکت مدنی در سطح محله معرفی شده‌اند، موضعی که با بهره‌گیری از توانایی نیروهای مردمی، فرایند مشارکت، مداخله و کنترل [در امور محلی و منطقه‌ای] تسهیل شده و زمینه را برای اتصال بدنه مدیریت شهری به شهروندان فراهم می‌آورد. این کانون‌ها، موسسات غیردولتی، غیرتجاری، غیرسیاسی و غیر انتفاعی هستند که به استناد بند (ج) ماده ۱۱۱ برنامه پنجساله دوم شهرداری تهران در حوزه سلامت تشکیل شده‌اند (گزارش فعالیت کانون‌های اجتماع محور، ۱۳۹۶: ۶).

در ذیل این تغییر رویکرد، سلامت اجتماعی و مساله‌بودگی اجتماعی سلامت در شهر تهران مطرح می‌شود. سلامت بر طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی صرفاً به معنای فقدان بیماری نیست بلکه شامل تندرستی جسمانی، روانی و اجتماعی است که درجات مختلفی دارد. در واقع سلامت ارزش اجتماعی، حقی انسانی و یک هدف کلان اجتماعی است که از دیدگاه جامعه‌شناختی، مولفه‌ای از کیفیت زندگی تلقی می‌شود (مشونیس، ۱۳۹۵: ۲). بر مبنای این تعریف، موضوع سلامت در ذیل اهداف و ماموریت‌های نهاد مدیریت شهری قرار گرفت و از آنجایی که سیستم وزارت بهداشت و درمان به عنوان متولی اصلی سلامت، از سه محور پیشگیری، درمان و مراقبت، تنها روی عنصر درمان متمرکز و دو بُعد کاملاً اجتماعی آن یعنی ابعاد (پیشگیری و مراقبت)، بدلیل عدم مدیریت یکپارچه در کشور به حاشیه رانده شده بود، ضرورت تشکیل کانون‌های محلی برای مرتفع کردن این خلاء کاملاً محسوس شد، بنابراین تشکیل کانون‌های اجتماع محور سلامت از یک سو باعث افزایش استفاده از ظرفیت مردمی جهت پیشگیری و مراقبت از افراد محلی می‌شود و از سوی دیگر باعث ارتقاء مسئولیت اجتماعی نهاد مدیریت شهری و تحقق معیارهای توسعه‌ای می‌شود، همچنان که تجربه شهرهای موفق جهان (مثل استکهلم، کپنهاگ و غیره) هم نشان می‌دهد همبستگی مشخصی میان مشارکت شهروندان، میزان سلامت و سایر شاخص‌های توسعه‌یافتگی وجود دارد.

۱. محتوای این بخش بواسطه مصاحبه با آقایان محمد مهدی گلمکانی، داود عباسی و سرکار خانم زینب نصیری حاصل شده است.
2. Community Based Organization (CBO)

اما در راستای این منطق اجتماعی، مطالعاتی هم در مورد مدل‌ها و تجربیات موفق خارجی و داخلی صورت می‌گیرد و نتایج آن منجر به شکل‌گیری ساختار کانون‌های اجتماع محور سلامت می‌شود، بنا به اظهارات دکتر گلمکانی یکی از کشورهایی که در این زمینه بسیار موفق بوده است کشور تایلند است که با تشکیل یک‌سری مجامع ملی- محلی سلامت توانسته‌اند، ایده شهر سالم را تحقق ببخشند، یا کشورهای اسکاندیناوی که در بحث سلامت اجتماعی پیش‌تاز هستند. در جامعه ایران هم کم و بیش نمونه‌های موفقی دیده می‌شود، مثلاً هیات مذهبی به صورت غیر رسمی نمونه یک سازمان اجتماع محور محلی است که البته آسیب‌هایی هم داشته است یا در حوزه سلامت، تجربه روستا، رویکرد تقریباً موفقی بوده است، در روستا بواسطه خانه‌های بهداشت و مشارکت مردم با رابطان سلامت و بهورزان بحث پیشگیری از بیماری‌ها، توانمندسازی بیماران و مراقبت‌های پس از بیماری پیشرفت بسیار محسوسی داشته و چیزی در حدود ۷۰ تا ۸۰ درصد موفقیت حاصل نموده است، دقیقاً بواسطه ساخت خانه‌های بهداشت در روستا و همین سیستم رابطان سلامت و بهورزان به صورت معناداری مرگ و میر مادران و کودکان زیر ۵ سال کاهش معناداری داشته است. اما با اینکه این مدل در روستا خیلی موفق بود در شهر هیچ‌گاه این موفقیت حاصل نشد، در روستا اگر کسی واکسن‌اش فراموش شود با او تماس گرفته می‌شود و اطلاع‌سانی می‌شود یا اگر فردی دارویش را به موقع مصرف نمی‌کند رابطان و مراقبان به او هشدار می‌دهند، یا اگر موعد آزمایش فردی است با او هماهنگی می‌شود ولی در شهر این موضوع نافرجام است.

بر مبنای این مدل‌های موفق، الگوهای خانه‌های سلامت و کانون‌های اجتماع محور سلامت در بستر محلات شهری، رشد کردند، خانه‌های سلامت دستورالعمل‌های لازم برای پیمان بستن با مردم برای حل مسائل سلامتی و همکاری و مشارکت با آنها در محله را فراهم ساخت. خانه‌های سلامت همچون سخت‌افزار و ساختار فیزیکی و کانون‌های اجتماع محور همچون نرم‌افزار و ساختار اجتماعی آن تلقی می‌شوند.

در کانون دیابت، منطق پیشگیری و مراقبت بسیار حائز اهمیت است و آموزش و آگاهی‌بخشی هم محوری‌ترین امر برای تحقق آن تلقی می‌گردد. در مورد بیماری دیابت، اولین توصیه اجرایی به تغییر شیوه زندگی مرتبط است و تغییر شیوه زندگی ملازم با آگاهی یافتن فرد است. اساساً کنترل و درمان دیابت یک فرایند تیمی است و فرد اصلی تیم، فرد مبتلا به دیابت است، به هر میزان که این فرد آگاه، مطلع و ماهر و با انگیزه باشد، پروسه درمان تیمی بهتر و با هزینه کمتری انجام می‌پذیرد. هدف از تشکیل کانون دیابت هم همین است. بنابراین جهت نیل به این مقصود، کار فرهنگی صورت می‌گیرد و کار فرهنگی هم آموزش شهروندان، به منظور پیشگیری از این بیماری مزمن و برای مراقبت از خود بیماران مبتلاست. در اغلب موارد (بویژه در مورد دیابت نوع دو و دیابت بارداری)، این بیماری قابل پیشگیری است و حتی اگر فرد به این بیماری مبتلا است از عواقب مخاطره‌آمیز بعدی آن که می‌تواند سکت، بیماری قلبی عروقی، بیماری کلیوی یا قطعی عضو یا حتی مرگ باشد پیشگیری کرد و آنچه که در کانون‌های دیابت بسیار مورد تاکید قرار دارد نه بحث درمان، بلکه بیشتر بحث آموزش، آگاهی بخشی در راستای پیشگیری و مراقبت از این بیماری است.

البته در این راستا، فقط آموزش منحصر به کارگاه و سخنرانی نیست بلکه بحث نشاط اجتماعی، ورزش و تحرک

بدنی، تغذیه سالم، ارتباطات اجتماعی، و روش‌های کاهش فشار، استرس و اضطراب هم به صورت گردهمایی اعضا در مناسبت‌ها و Event های عمومی نیز هست.

- براساس آنچه که تاکنون گفته شد می‌توان دیاگرام زیر را برای درک بهتر شکل‌گیری ایده کانون دیابت (از مجموعه کانون‌های اجتماع محور سلامت) ترسیم کرد.

تصویر شماره ۴) دیاگرام شکل‌گیری کانون دیابت در بستر زمینه اجتماعی و تاریخی و کنش نیروهای اجتماعی



۲-۴- نقد روایت مسلط منطق تشکیل کانون‌های اجتماع محور سلامت

همچنان که در بحث از زمینه‌های اجتماعی عنوان شد، نهاد مدیریت شهری از نیمه دوم دهه ۸۰ به سمت اجتماع محوری گذار نمود و به ادبیات سیاست فرهنگی جدیدی روی آورد. مفاهیمی مانند مشارکت، شهروندی، هویت، سرمایه اجتماعی، سلامت اجتماعی و مانند آن که بر نقش عاملیت، سوژه و اراده انسانی تأکید فراوانی داشت، اما

درست در همین هنگام که از اراده شهروندان (به عنوان سوژه)، عاملیت و نقش آن در توسعه و تغییر موقعیت‌های شهری و منطقه‌ای سخن می‌راند، بیشترین وجوه محدود کننده را بر اراده شهروندان تحمیل کرد. از اواسط نیمه دهه هشتاد به بعد، نهاد مدیریت شهری بی‌مهابا اقدام به ایجاد پروژه‌های بزرگ عمرانی، مگامال‌ها، برج‌ها و سازه‌های بلند مرتبه نمود^۱. به تعبیر «دیوید هاروی» این فرایند باعث شد که زیست‌پذیری شهر و تاب‌آوری محلی کم شود و شهر هر چه بیشتر به جایی برای سرمایه‌گذاری و نه جایی برای زندگی کردن تبدیل شود (هاروی، ۲۰۱۶). اکنون مساحت زمین‌های تصرف شده‌ی محلی در شهری مانند تهران به قدری زیاد است که دیگر فضای چندانی به عنوان فضای عمومی برای شهر باقی نمانده است. این در حالی است که نتایج نظرسنجی‌هایی که توسط خود نهاد مدیریت شهری در آن دوران (طی سال‌های ۱۳۸۹ تا ۱۳۹۶) به انجام رسیده است نشان می‌دهد که کمبود فضاهای عمومی مانند بوستان‌ها برای مردم مناطق شهری یک نیاز مبرم است و همواره یکی از خواسته‌های اصلی مردم به شمار آمده است.

به موازات این محلیت‌زدایی و فرو کاستن طبیعت، نهاد مدیریت شهری در همین دوران گفتمان محله و محله محوری را آغاز کرد؛ مداخلاتی که تحت عنوان اقدامات اجتماع محور در بستر محله صورت گرفته است ناشی از همین رویکرد دوگانه است. محله‌ای که در نگرش تکنوکراتیک به بت‌واره‌ای تاریخ زدوده تبدیل شد و توسط جریان‌های سرمایه و قدرت، فرایند بیگانگی و کاهش احساس تعلق هویتی را به منتهی‌الیه خود رسانید، اقدام به مداخلات زیادی در همان محلیتی نمود که خود به صورت واقعی اقدام به تخریب آن نموده بود. البته مسئله تخریب اجتماعات محلی و ورود افسارگسیخته‌ی عناصر قدرت و سرمایه به شهر تهران فقط منوط به این دوران نبوده و قدمتی به درازای بیش از نیم قرن دارد. اما تنها در این دوران بود که علاوه بر حجم بیشتر اقدامات تکنوکراتیک و فضایی برای جولان سرمایه، اقداماتی با گفتمان اجتماعی در جهت تغییرات شتابان در محله رخ داد. حال چگونه باید این دوگانه را تفسیر کرد که گفتمان یک نهاد از شهروندی و اراده آن صحبت کند ولی اقدامات آن دقیقاً مغایر آن باشد. آیا شهروندی چیزی به غیر از حس تعلق به شهر، اعتماد، وقوف به حقوق فرد و در یک کلام خودآیینی سوژه است؟

همین نگرش را در حوزه سلامت هم می‌توان به عینه نشان داد، مدیریت شهری در همان سال‌هایی که به اصطلاح مبحث سلامت شهری را از منظر گفتمانی و نه به معنای واقعی دنبال می‌کرد بیشترین مسائل واقعی را برای سلامت شهروندان ایجاد کرد. یکی از مهمترین مسائلی که بواسطه فروش تراکم بی‌حد و حصر به صورت واقعی برای سلامت افراد ایجاد شد، آلودگی محیطی اعم از آلودگی هوا و آلودگی صوتی است. اکنون حجم زیادی از تحقیقات در رشته‌های مختلف علمی حکایت از آن دارد که ساختمان‌های بلند مرتبه بر پراکنش ذرات معلق و آلودگی هوا چه اثراتی داشته و دارد^۲. مساله دیگر تغییر کاربری بسیاری از باغات و از بین رفتن بسیاری از فضاهای تنفسی در شهر

۱. نوشتاری از عباس کاظمی جامعه‌شناس با عنوان: مالی شدن شهر؛ از بقالی‌ها تا مگامال‌ها. در تاریخ اول مهر ۱۳۹۴ / خبرگزاری مهر.

۲. از اظهارات سیاسی پیرامون این موضوع اگر بگذریم مقالات علمی متعددی در این زمینه کار شده است از جمله مقاله خداکرمی و همکاران که اخیراً در دانشگاه تربیت مدرس با عنوان تاثیر فرم هندسی ساختمان‌های بلند مرتبه بر پراکنش ذرات معلق و آلودگی هوا در محیط پیرامون آنهاست.

تهران است، شهری که همواره از بیست سال قبل به این سو از آلودگی هوا رنج فراوانی برده است. اما مساله بسیار عمیق‌تر است. مساله بر سر شهری است که به مدد جریان سرمایه و قدرت [که در آن برهه با تمام قوا پیش رفت]، قلمروی کار سخت، زحمت یا تقلا را وسعت زیادی بخشید، چنانکه اکنون بواسطه افزایش هزینه‌های زیستی برای عموم مردم اندک مجالی برای ورود به قلمروی خودشکوفایی فردی و کنش جمعی هم باقی نمانده است.^۱ حجم زیاد استرس و فشارهای ناشی از افزایش قلمروی کار سخت، منجر به فرسایش جسمی و روانی افراد این شهر شده است. اینجاست که تفاوتی محسوس بین افراد هشتاد و اندی ساله بسیار با نشاط در یک شهر از شهرهای کشورهای اسکاندیناوی با سیستم قوی سوسیالیستی که به راحتی در فضاهای عمومی شهر به تحرک می‌پردازند با افراد پنجاه ساله شهر تهران که به دلیل درگیری با انواعی از بیماری‌ها زمین‌گیر شده است، مشهود است.^۲

با تقلیل عاملیت انسان به بُعد زحمت و تقلا برای رفع نیازهای قلمروی ضرورت، از انسان، حیوانی ساخته می‌شود که تنها به اشغال حوزه عمومی پرداخته و تا زمانی که این اشغال ادامه یابد ممکن نیست حوزه عمومی راستینی در کار باشد بلکه آنچه هست یا فعالیت‌های خصوصی است که در انظار عمومی به نمایش گذاشته می‌شود و یا امور مداخلاتی و فرمایشی تعریف شده. تغییر این وضعیت، تنها با تکیه بر کنش و احیای حیات فعال انسانی که با آزادی پیوند خورده و اقدام برای حضور در عرصه عمومی، ابتکار و تجربه عمل آزاد است که ممکن و میسر است. هدف نهایی قلمروی Action، کشف و احیای هویت عامل و رسیدن به تعالی است که پاسخی است برای دغدغه اصلی بشر یعنی جاودانگی.

مساله اساسی در اینجا، فهم امر اجتماعی است، امر اجتماعی برخلاف نگاه مسئولین و متولیان نهاد مدیریت شهری، جمع شدن افراد اتمیزه شده و تاریخ زدوده شده در بستر یک فضای از پیش تعریف شده به نام کانون نیست، و حتی مبحث سلامت اجتماعی هم ترکیب چند عامل روبنایی مثل: نحوه تعامل افراد و کنار آمدن با فشارهای زندگی در یک کامیونیتی نیست، بلکه مفهومی است که ریشه‌های عمیق و واقعی دارد، سلامت اجتماعی از آن دست مفاهیمی است که مانند بسیاری دیگر از مفاهیم علوم اجتماعی مصادره به مطلوب شده است و اغلب به مولفه‌های سطحی و غیردیالکتیکی تقلیل یافته است، در حالی که این مفهوم هرگز بدون یک فرایند دیالکتیکی با مولفه‌های زیربنایی‌اش قابل فهم نیست. سلامت اجتماعی چگونه بدون ارتباط با سطح مادی آن قابل تعریف است؟ بیماری دیابت رابطه‌ی مستقیمی با تغذیه‌ی نامناسب، استرس و فشارهای روانی و کمبود تحرک دارد، چگونه در شهری که هزینه تهیه مسکن، معیشت، آموزش، درمان، ورزش و غیره با کار سخت هم برای بخش زیادی از مردم ممکن نیست، تغذیه مناسب، سلامت روان و فراغت یا حتی فضایی مناسب برای تحرک فراهم است. تنها به صرف صحبت و آموزش در مورد این مسائل، بهبودی واقعی در این زمینه حاصل نمی‌شود. این فرایند بسیار پیچیده‌تر از

۱. تفکیک نظری قلمروی کار به سه قلمرو (۱) زحمت یا کار سخت (۲) کار خلاق (krow) (۳) قلمروی کنش (noticA) در کار هانا آرنه.
۲. این موردی بود که دکتر داود عباسی- که در یکی از کشورهای اسکاندیناوی بودند- در مصاحبه به آن اشاره کردند. منتها به عقیده ایشان، این مشکل ناشی از عدم آموزش و آگاهی است ولی همچنان که می‌توان دلایل و مستندات زیادی برای آن اقامه کرد ناشی از وضعیت واقعی ناشی از اقتصاد سیاسی است.

تقلیل به سطح گفتمان است چرا که اساسا امور اجتماعی فراتر از امور انتزاعی است. اینجاست که اقداماتی از این دست بیشتر منطق جبرانی را به ذهن متبادر می‌کند.

البته مقصود این عبارات هرگز این نبوده و نیست که نباید اقدامی صورت داد، بلکه مقصود آن است که باید برای سلامت مردم پراکتیکی واقعی در سطح واقعی و عملی و با فرم‌اسیونی قابل تغییر و انعطاف انجام داد. یکی از مهمترین اقداماتی که باید در این زمینه انجام داد عبور از تقسیم کاری است که مساله سلامت را به مانند خود انسان شرحه شرحه کرده است. مبحث سلامت باید در روح برنامه‌های شورای شهر و شهرداری حاکم باشد و اداره کل سلامت باید بتواند در زمینه رفع معضلات واقعی سلامت مثل کاهش آلودگی هوای شهر، افزایش سرانه فضای سبز، افزایش سرانه محیط ورزشی، رفع سوء تغذیه و کلا هر اقدامی که برای کاهش قلمروی Labour که استرس و فشارهای ناشی از آن مستقیم و غیرمستقیم به صورت واقعی سلامت افراد را تهدید می‌کند گام بردارد و اگر هم این امکان نیست باید حداقل کمیته‌ای دائم، ساختارمند و منظم با عنوان کمیته سلامت شهر با حضور مقامات هر حوزه تشکیل شود تا در آنجا بتوان نتایج پژوهشی و گزارشاتی که سویه‌های مختلف سلامت را (به صورت کاملاً غیر محافظه کارانه و رادیکال) در شهر مورد بررسی قرار داده‌اند نشان داد تا بتوان آن را در قالب برنامه‌ای منظم تدوین و اجرایی نمود.

۳. هستی‌شناسی کانون‌های اجتماع محور (با تاکید بر کانون پیشگیری از دیابت)^۱

بنا به تعریف مندرج در شیوه نامه سال ۱۳۹۹ اداره کل سلامت، کانون‌های اجتماع محور سلامت، اجتماعات داوطلبانه و علاقمند سلامت محور محلی هستند که مبتنی بر دغدغه‌ها، نیازها و اهداف مشترک شکل گرفته و از طریق مشارکت اجتماعی و با بهره‌گیری فردی و ظرفیت موجود در یک یا چند حوزه سلامت محور فعالیت می‌کنند. ساختار^۲ کانون پیشگیری از دیابت مبتنی بر چند ویژگی^۳ است که عبارتند از: (جدول یک).

جدول (۱) ویژگی ساختاری کانون پیشگیری از دیابت

ردیف	ویژگی
۱	محله محوری
۲	ساخت یافتگی در بستر خانه‌های سلامت محله
۳	اطلاع‌رسانی بومی و از طریق روش‌های مختلف (کلامی، تهیه بروشور و غیره) برای جذب عضو
۴	عضویت داوطلبانه از میان افراد مبتلا به دیابت یک محله یا یکی از اعضای خانواده فرد مبتلا به دیابت
۵	مبتنی بر کاهش دغدغه یا مساله مشترک در مورد بیماری دیابت
۶	دارای سیستم‌گزینش انتخاباتی برای انتخاب دبیر محله‌ای، دبیر منطقه‌ای و دبیر کل کانون از میان اعضای فعال و بر اساس رای و نظر مستقل اعضای کانون دیابت
۷	جمعیت متکثر از اعضای محلی به لحاظ سنی و جنسی
۸	فعالیت در قالب شیوه‌نامه‌ی سالیانه اداره کل سلامت
۹	حلقه واسط بین عموم مردم محلی و اداره سلامت منطقه و تعامل با اداره کل سلامت
۱۰	عدم دریافت بودجه از هیچ یک از دستگاه‌های دولتی و شهرداری
۱۱	انعطاف‌پذیری به معنای مشارکت در ارائه برنامه و برگزاری کارگاه‌های آموزشی متناسب با نیاز مردم محلی
۱۲	دارای ماهیت غیر سیاسی، غیر تجاری و غیر انتفاعی
۱۳	دارای یک مرام‌نامه اخلاقی (با محوریت: ارجحیت منافع جمع بر فرد، رازداری، مسئولیت‌پذیری و...) ^۱
۱۴	خلق شبکه سفیران سلامت در حوزه دیابت
۱۵	شکل‌گیری و انحلال آسان ^۲

۱. این بخش حاصل همکاری و مساعدت خانم‌ها زینب نصیری، محیا شعبی و آقایان دکتر عباسعلی عباسی و دکتر محمد مهدی گلمکانی است.

۲. ساختار در جامعه‌شناسی عبارت است از شبکه‌ای از مناسبات و روابط اجتماعی با دوام و دارای الگو که از اجزایی تشکیل شده و هدف خاصی را دنبال می‌کند و کارکرد، پیامدها و وظایفی است که این ساختار در پی دستیابی به آن است.

۳. برخی از آنها در مورد سایر کانون‌های دیگر نیز مصداق دارد

کانون‌های اجتماع محور از نظر کارکردی مانند سمن‌ها می‌باشند اما به لحاظ ساختاری در یک فضای محلی فعالیت می‌کنند و این وجه تمایز اساسی آنها نسبت به سمن‌ها است. البته در جامعه‌ی ایران یک مساله‌ی اساسی این است که سمن‌ها با خیریه ادغام شده‌اند و چون برای گرفتن NGO نیاز به گرفتن مجوز از وزارت کشور است، خیریه‌ها نیز در قالب سمن‌ها مجوز می‌گیرند، در صورتی که خیریه بنا به تعریف یک جامعه‌ی هدف را مد نظر قرار می‌دهد ولی سمن‌ها یک مساله را هدف می‌گیرند. با این تعریف می‌توان مدعی شد که سمن‌ها در جامعه‌ی ما بسیار کمتر مساله محور هستند و غالباً به شکل هدف محور فعالیت می‌کنند. اما در مقایسه یک کانون اجتماع محور هم می‌تواند به مانند سمن مساله‌ی خاصی را هدف قرار دهد و به صورت مشارکتی با همکاری عده‌ای از افراد فعال به فعالیت در آن مساله بپردازد منتها در یک بستر مشخص محلی که می‌تواند از منظر جغرافیایی از یک منطقه کوچک تا یک گستره‌ی بین‌المللی را شامل شود.^۱ اما تا جایی که این کانون‌ها در گستره نهاد مدیریت شهری تعریف شده‌اند، حیطه فعالیت جغرافیایی آن محله و منطقه تعریف شده شهری است چرا که در ایران هنوز، کانون‌های اجتماع محور، به صورت قانونی در هیچ نهادی ثبت نمی‌شوند^۲ ولی در حیطه اختیارات نهاد مدیریت شهری، آنها می‌توانند بنا به داشتن شرایط در حیطه محلی و منطقه‌ای و براساس شیوه‌نامه مصوب اداره کل سلامت فعالیت نمایند.

علاوه بر ویژگی‌های ساختاری، بر طبق موارد مندرج در شیوه‌نامه، هر کانون دارای ارکان مشخصی است که این ارکان عبارتند از: اعضای کانون، دبیران محله‌ای، دبیران منطقه‌ای و دبیر کل که براساس یک فرایند انتخاباتی رسمیت می‌یابند.

بدین منظور پس از اطلاع‌رسانی محلی، تشکیل کانون‌ها و عضوگیری با در نظر گرفتن شرایط عمومی و اختصاصی (تصویر شماره ۵)، انتخابات با مشارکت اعضای کانون در سطح محله‌ای، منطقه‌ای و دبیر کلبر گزار می‌گردد.

تصویر شماره ۵) فراخوان عضوگیری برای کانون پیشگیری از دیابت (منطقه ۱۳)



۱. بنا به اظهارات سرکار خانم نصیری

۲. بنا به اظهارات سرکار خانم شعبی

تصویر شماره ۶) نمودار ارکان اصلی کانون‌های اجتماع محور سلامت



انتخاب دبیران محله با نظارت مسئول خانه سلامت هر دو سال یکبار برگزار می‌گردد و هیچ محدودیتی برای انتخاب یک نفر به عنوان دبیر طی چند دوره نمی‌باشد، اما دبیر کانون حداقل باید دارای مدرک دیپلم باشد^۱. در مورد انتخاب دبیران منطقه‌ای، انتخابات با حضور مدیر اداره کل سلامت صورت می‌گیرد و در مورد انتخاب دبیر کل کانون نیز، فرایند انتخابات با بیش از نصف دبیران منطقه‌ای و با حضور نمایندگان اداره کل سلامت ممکن می‌گردد. در حال حاضر در مورد کانون دیابت، دبیر کلی کانون، از بدو فعالیت تاکنون برعهده خانم فاطمه حسینی است که همزمان دبیر کانون دیابت منطقه دو و محله ایوانک نیز می‌باشند.

از منظر کارکردی نیز، مهمترین کارکردهای کانون پیشگیری از دیابت عبارتند از: (جدول دو)

جدول ۲) کارکردهای کانون پیشگیری از دیابت

ردیف	ویژگی
۱	اقدامات پیشگیرانه از ابتلا به دیابت در میان جمعیت محلی، بویژه در میان افراد مستعد.
۲	اقدامات پیشگیرانه از عواقب مخاطره آمیز بعدی مانند قطع عضو، سکت و غیره در میان اعضای مبتلا به دیابت
۳	حلقه واسط بین مردم با مراکز درمانی و بهداشتی محلی مانند پایگاه بهداشت، کلینیک‌ها، بیمارستان‌ها و غیره
۴	مراقبت از بیماران مبتلا به دیابت در راستای دوره‌هایی که در کارگاه‌های آموزشی دیده‌اند.
۵	آموزش به اعضای خانواده یک فرد مبتلا به دیابت برای نحوه تعامل با فرد مبتلا به دیابت در مواقع معمولی و بحرانی
۶	آموزش همسانان؛ ارائه آموزش یک نفر فرد مبتلا به فرد دیگر به زبان ساده
۷	حلقه تعاملی بین مردم با اداره کل سلامت
۸	کمک به دانشکده‌های علوم پزشکی برای اجرای طرح‌های تحقیقاتی در محله، منطقه یا پهنه تحت پوشش
۹	کمک به اجرای برنامه‌های مناسبی مرتبط با دیابت و حتی غیر مبتلا به دیابت
۱۰	حضور در اجتماع محلی و افزایش سطح تعاملات و ارتباطات اجتماعی
۱۱	کسب سایر مهارت‌های زندگی

۱. در مورد کانون پیشگیری از دیابت و بسیاری از کانون‌ها این شرط مصداق دارد ولی در مورد کانون پزشکان و کانون کسری شرایط دیگری وجود دارد.

۳-۱- جمعیت تحت پوشش کانون پیشگیری از دیابت به تفکیک منطقه

شاخص جمعیت و تعداد اعضای هر کانون یکی از مهمترین ویژگی‌های ساختاری آنها به شمار می‌آیند که از بدو تشکیل این کانون‌ها، سیر مختلفی را تا به این مرحله سپری نموده‌اند. بر طبق آخرین گزارش رسمی که در سال ۱۳۹۹ اداره کل سلامت تهیه شده است، تعداد اعضای تحت پوشش کانون دیابت به تفکیک هر منطقه چنین اعلام شده است (جدول ۳):

جدول ۳) جمعیت تحت پوشش کانون پیشگیری از دیابت به تفکیک منطقه

منطقه	تعداد کانون‌ها در منطقه	تعداد اعضا
۱	۲۲	۶۰
۲	۹	۱۴۵
۳	۱۲	۴۲۴
۴	۲۰	۴۶۴
۵	۲۹	۱۸۶
۶	۱۴	۳۲۳
۷	۱۴	۵۵۶
۸	۱۲	۶۷۶
۹	۷	۱۰۸
۱۰	۱۰	۱۸۶
۱۱	۱۵	۲۵۰
۱۲	۱۳	۲۶۱
۱۳	۱۲	۴۶۳
۱۴	۱۶	۸۰۰
۱۵	۲۰	۶۰۹
۱۶	۹	۴۶۸
۱۷	۱۳	۱۸۶
۱۸	۱۴	۳۵۵
۱۹	۱۳	۳۲۲
۲۰	۱۴	۱۳۶
۲۱	۱۳	۵۴۲
۲۲	۱۰	۶۱۸
جمع کل	۳۱۱	۸۱۳۸

یکی از مسائلی که در راستای تعداد اعضا و جمعیت کانون‌ها مطرح است، جمعیت واقعی تعداد اعضای کانون است. آماری که در جدول ۳ بیان شده با آماری که در گزارش سال ۱۳۹۶ با عنوان گزارش فعالیت کانون‌های اجتماعی سلامت محور منتشر شده است اختلاف بسیار فاحشی دارد، در این گزارش تعداد جمعیت کانون پیشگیری از دیابت ۲۶۳۸۹ نفر برآورد شده است یعنی چیزی در حدود سه برابر بیشتر از آمار جدید. اینجا این پرسش مطرح می‌شود که این اختلاف ناشی از چیست؟

بر طبق روایات مدیران اداره کل سلامت، کانون‌ها تا کنون دو مرحله را پشت سر گذاشته‌اند و اکنون در مرحله سوم قرار دارند: مرحله اول، مرحله کمیت بود که در آن بحث جذب جمعیت و تعداد اعضای کانون مطرح بود، مرحله دوم کیفیت بود که محور کیفیت آموزش‌ها و نحوه فعالیت‌ها در آن برجسته بود و دوره سوم که توانمندسازی و واقعی شدن کانون‌ها در آن مدنظر است.^۱

از جمله دلایل مهم این کمیت‌گرایی در کانون‌ها و افزایش آمارهای بی‌پایه و اساس در سال‌های ابتدایی تشکیل کانون‌ها عبارتند از: سیاست‌هایی که در دوران ابتدایی حکمفرما بود و این باور که جمعیت زیاد کانون‌ها، مهمترین مولفه کارآمدی است، چنانچه در همان زمان هم با انجام بازرسی‌هایی از سوی اداره سلامت، حجم زیاد و غیرواقعی اعضای این کانون‌ها عیان شده بود. دلیل دیگر این امر، نظام ارزشیابی سالیانه از کانون‌ها بود که براساس آن مسئولین خانه‌های سلامت بر مبنای این انگاره که چنانچه کانونی در بستر خانه سلامتی که آنها متولی آن بودند، غیرفعال یا کم عضو بشود نشانه ناکارآمدی آنها تلقی خواهد شد و خطر تعدیل نیرو آنها را تهدید می‌کرد اقدام به ارائه آمارهای غیرواقعی از اعضا و جمعیت کانون‌ها می‌نمودند. دلیل سوم هم به خود مردم محلی دلالت داشت بدین معنا که بسیاری از افراد بومی و محلی در همان سال‌ها با تصور اینکه با عضویت در این کانون‌ها پس از مدتی دارای اشتغال یا امتیاز خاصی می‌شوند اقدام به عضویت در این کانون‌ها می‌کردند و پس از مدتی از این دلسرد شده و از کانون خارج شدند.^۲

روندی که بنا به اظهارات مدیرکل سلامت از سه سال گذشته دنبال شده و در مقابل، توجه به خود کانون معطوف شده است، چرا که به زعم وی، آنچه اغلب از آن به عنوان کانون یاد می‌شود، تناسبی با کانون به معنای حقیقی آن ندارد، بلکه یک فرد فعال محلی است که در حوزه دیابت یا هر حوزه‌ی دیگری مشغول به فعالیت است و در واقع همه امورات براساس ظرفیت فردی و ارتباطی این فرد فعال شکل گرفته است و در راستای فعالیت این فرد ارتباطات محدودی با سایر افراد در محله برقرار و خدماتی ارائه شده است، در حالیکه بین کسانی که قرار است برنامه‌ریزی یا فعالیت کنند با کسانی که دریافت‌کننده خدمات هستند تفاوت وجود دارد و البته مساله مهم‌تر این است که چگونه باید، افرادی را که دریافت‌کننده خدمات هستند را به اعضای فعالی که خدمات‌رسان هم باشند تبدیل کرد. در این راستا تلاش‌های زیادی صورت گرفته است از جمله برگزاری کارگاه‌های آموزشی برای دبیران کانون‌ها، آموزش‌های عمومی با محوریت مشارکت‌پذیری اجتماعی، کار داوطلبانه و غیره که در سطح محله برپا شده است. مشارکت در

۱. مصاحبه با دکتر عباسعلی عباسی

۲. استناد به مصاحبه با دکتر عباسعلی عباسی و همچنین دبیر کانون دیابت منطقه پنج آقای مسعود مغربی.

اجرای برنامه‌های تخصصی که از سوی انجمن ملی دیابت ایران و انجمن گابریک برپا شده همزمان با طرح همگام با سلامت که در حال حاضر جهت شبکه‌سازی و پایدارسازی کانون‌ها در حال اجراست و از این طریق آموزش‌های لازم با همکاری متخصصان ارائه می‌شود، نتیجه این فرایند بوده است.

نتیجه این تغییر رویکرد این است که در حال حاضر در حوزه سالمندان و معلولان در سطح شهر هیچ اقدامی بدون اینکه ایده و اجرای طرح‌ها با نظر مستقیم دبیران و اعضای کانون‌های مربوطه انجام شود صورت نمی‌گیرد، البته این هدف هنوز در مورد کانون دیابت محقق نشده است ولی فرایندی است که آغاز شده است و اقداماتی برای رسیدن به این مطلوب در دستور کار است.^۱

۲-۳- ویژگی اعضا و مخاطبان کانون پیشگیری از دیابت

مخاطبین اصلی کانون پیشگیری از دیابت همچنان که از عنوان آن پیداست و در بخش شرایط اختصاصی شیوه نامه نهایی سال ۱۳۹۹ هم اشاره شده است، افراد مبتلا به دیابتیا اعضای خانواده افراد مبتلا به دیابت هستند^۲، اما بنا به ماهیت این بیماری که به نوعی به صورت بالقوه در کمین تمام افرادی است که بواسطه زندگی شهری و ماشینی از فعالیت‌های بدنی کمتری برخوردارند، بواسطه فشارهای زندگی، متحمل حجم زیادی از استرس و اضطراب می‌شوند، به تغذیه سالم دسترسی ندارند و یا به هر دلیلی نمی‌توانند آن را رعایت کنند و یا به دلایل بسیاری در معرض بیماری هستند، به نوعی مخاطب عام کانون دیابت به شمار می‌آیند. از این‌رو بنا به اظهارات دبیرکل کانون‌های دیابت شهر تهران این کانون‌ها علاوه بر افراد مبتلا به دیابت، به نوعی عموم مردم را نیز در مناسبت‌های مختلف مورد پوشش قرار می‌دهند. بدین صورت که معمولاً اعضای مجرب و آموزش دیده کانون به همراه اعضای خانه سلامت، پزشکان و پیراپزشکان داوطلب در مناسبت‌های خاص به ادارات مختلف محله یا منطقه، میادین میوه و تره‌بار، پارک‌ها، بوستان‌های عمومی، مساجد، مدارس و سایر اماکن رفته و به ارائه آموزش‌های پیشگیرانه و سایر خدمات می‌پردازند (تصویر شماره ۷). فی‌المثل در یکی از بازدیدهای انجام شده از یکی از دانشگاه‌ها که توسط ایشان و تیم همراه صورت گرفته بود، تعداد زیادی از دانشجویان غربالگری شده و آموزش‌های پیشگیرانه لازم به آنها معرفی شده بود.^۳

۱. مصاحبه با سرکار خانم نصیری

۲. بنا به تصریح شیوه نامه برای عضویت در کانون دیابت علاوه بر افراد مبتلا به دیابت و اعضای خانواده آنها، افراد متخصص در این حوزه هم می‌توانند عضو باشند.

۳. مصاحبه با سرکار خانم فاطمه حسینی دبیر کل کانون دیابت تهران

تصویر شماره ۷) نمونه‌ای از خدمات کانون پیشگیری از دیابت در میدان میوه و تره‌بار



اما از منظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، جمعیت کانون در کلیت، به لحاظ توزیع سنی اغلب شامل افراد میانسال و بالای ۴۵ سال و از منظر توزیع جنسی، بیشتر اعضا را بانوان تشکیل می‌دهند. سهم عضویت افراد جوان در این کانون‌ها بسیار اندک است ولی به لحاظ جنسیتی با اینکه جمعیت غالب بانوان هستند اما مردان نیز استقبال زیادی از این کانون‌ها داشته‌اند.^۱

با این حال توزیع سنی و جنسی در میان همه مناطق کاملاً از این کلیت تبعیت نمی‌کند، به عنوان مثال در منطقه ۱۷ بنا به اظهارات دبیر کانون دیابت منطقه ۱۷، توزیع سنی اعضا بیشتر سالمند و توزیع جنسی بیشتر به نفع مردان است. در این منطقه مراجعه بانوان به کانون دیابت بسیار اندک است و معمولاً زمانی مراجعه صورت می‌گیرد که یا دچار دیابت بارداری می‌شوند و یا بواسطه حضور فرزندانشان در مدرسه و تست‌ها و اطلاع‌رسانی‌هایی که در آنجا رخ می‌دهد، به عنوان یک فرد مشکوک به دیابت شناسایی می‌شوند.^۲ در منطقه ۹ نیز، توزیع سنی متمایل به میانسالان ولی به لحاظ توزیع جنسی، هیچ تفاوت معناداری در میان اعضا وجود نداشته است.^۳

۱. اظهارات خانم حسینی دبیرکل کانون دیابت

۲. استناد به مصاحبه با سرکار خانم شراره کاکاوند دبیر کانون دیابت منطقه ۱۷

۳. استناد به مصاحبه با سرکار خانم طاهره لاله دبیر کانون دیابت منطقه ۹

۳-۳- ویژگی‌های فضایی و مکانی جهت تشکیل کانون پیشگیری از دیابت

هر کانون محلی در ذیل خانه سلامت و هر خانه سلامت در بستر سرای محله فعالیت می‌کنند. در درون خانه‌های سلامت محله، یک اتاق به کلیه کانون‌های اجتماع محور سلامت اختصاص یافته است که با هماهنگی می‌توانند از آن استفاده نمایند. اما در هنگامی که کانون جهت اجرای برنامه‌های آموزشی، کارگاه یا همایش در سطح محله نیازمند فضا و مکان باشند با هماهنگی، مدیریت سرای محله یک اتاق یا سالن به صورت رایگان در اختیار کانون‌ها قرار می‌گیرد.^۱

اما علاوه بر این فضا، در سطح منطقه نیز یک دبیرخانه کانون وجود دارد که از سال ۱۳۹۸ در مناطق ۲۲ گانه ایجاد شده است. این دبیرخانه فضایی دارای ساختار فیزیکی با امکانات نرم‌افزاری و سخت‌افزاری مناسب (حدافل با مترائ ۲۰ متر مربع، خط تلفن، سیستم رایانه) دارد که در سطح منطقه به منظور حضور و هم‌افزایی فعالیت‌های دبیران کانون ایجاد شده و دبیران منطقه‌ای می‌توانند برای برگزاری جلسات با دبیران محله‌ای، کارشناسان و نمایندگان سازمان دولتی و غیردولتی یا انجام فعالیت‌های کانون در آن حضور یابند. دبیرخانه کانون فضایی صرفاً متعلق به دبیران منطقه‌ای برای برگزاری جلسات هم‌اندیشی و همفکری با حضور ذینفعان است.^۲

تصویر شماره ۸) نمونه‌ای از دبیرخانه کانون‌های اجتماع محور سلامت (منطقه ۱۴)



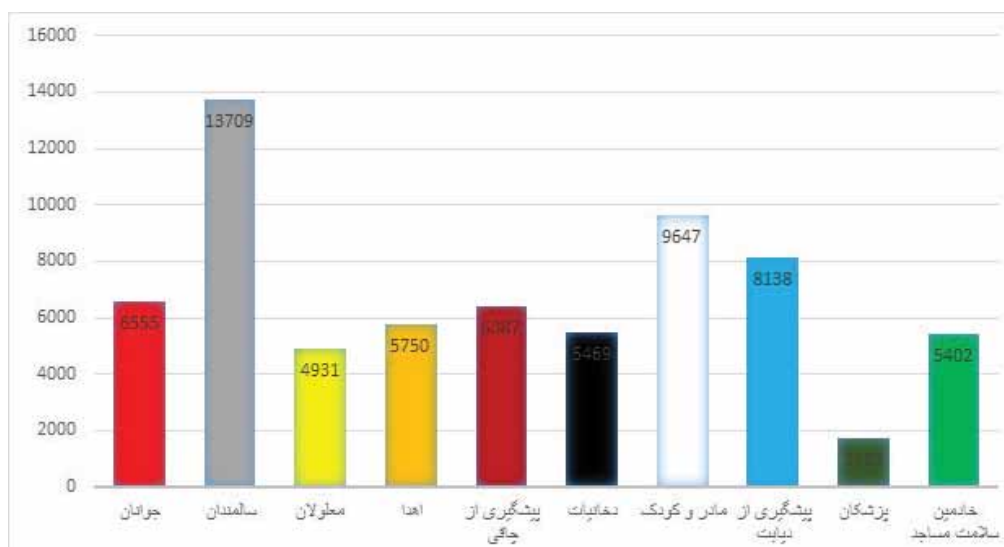
۳-۴- جایگاه کانون دیابت نسبت به سایر کانون‌های اجتماع محور سلامت

جایگاه کانون دیابت نسبت به سایر کانون‌های اجتماع محور سلامت که زیر نظر اداره کل سلامت فعالیت می‌کنند براساس دو معیار کمیت آنها و تراکم فعالیت‌هایی که مدیران و مسئولان مربوطه نسبت به آنها انجام داده‌اند مشخص می‌شود. از منظر کمی، میزان جمعیتی که کلیه کانون‌ها در سال ۱۳۹۹ داشته‌اند در تصویر ۹ آورده شده است.

۱. استناد به مصاحبه سرکار خانم فاطمه حسینی دبیرکل کانون دیابت

۲. استناد به شیوه نامه نهایی سال ۱۳۹۹ اداره کل سلامت

تصویر شماره ۹) نمودار جمعیتی کانون‌های اجتماع محور سلامت در سال ۱۳۹۹



نگاهی به نمودار بالا حاکی از این است که کانون دیابت به لحاظ تعداد اعضای پس از کانون‌های سالمندان و مادر و کودک جایگاه سوم را دارد. این آمارها تا حد زیادی به دلیل قدمت تشکیل و شناخته‌شدگی بیشتر این دو کانون نسبت به کانون‌های دیگر قابل انتظار هم هست.

اما از منظر تراکم فعالیت و کیفیت اقداماتی که از منظر مدیران برای کانون‌ها انجام شده است هم بین جایگاه این کانون‌ها تفاوت وجود دارد. بنا به اظهارات خانم نصیری مدیر کل سلامت شهرداری تهران:

"در بعضی کانون‌ها موفق‌تر بودیم علتش این هست که خودمان سرمایه‌گذاری بیشتری کردیم، یعنی موضوع دسترس‌پذیری برای شهروندان اولویت ما بوده، زمان و منابع مالی ما محدود است، لذا مجبوریم یک سری مسائل را به نسبت بقیه کارها اولویت بندی کنیم. در کانون‌ها ظرف دو سال گذشته اولویت ما کانون سالمندان و معلولین بوده است. در حوزه‌های دیگر هم قطعاً فعالیت‌ها و اقدامات گسترده‌ای صورت گرفته است اما تمرکز و نقطه قوتی که در این دو کانون داشتیم در بقیه اجرا نشده است علتش هم محدودیت زمان و سرمایه مالی و انسانی است که با آن روبه رو بودیم، مثلاً در کانون دیابت، این کانون‌ها در هفته دیابت بیشتر فعال شدند، چون منابع زمانی و مکانی ما محدود است و مناسبت‌های سلامت محور فرصت خوبی برای این کار در اختیار ما قرار می‌دهد. اما بطور کلی نگاه این است و ما همه تلاشمان را برای تحققش انجام می‌دهیم."

این نگرش در میان دبیران کانون دیابت هم به نوعی رواج داشته، چنانچه یکی از دبیران کانون دیابت از قول سایر دبیران کانون دیابت چنین بیان می‌کند:

"دبیران معتقدند، شهرداری دو تا کانون را بیشتر مورد توجه قرار می‌دهد: کانون جهان‌دیدگان [سالمندان] و کانون معلولین و کانون‌های دیگر به آن نسبت مورد توجه قرار نمی‌گیرند، البته من فکر می‌کنم بعد از

این دو تا کانون دیابت مد نظرشان باشد چون، روز جهانی دیابت داریم، یک روز خاص داریم و یک مقداری مشخص‌تر است، با این حال از نظر شخص من مشکلی در این زمینه نیست، چون در مورد سالمندان و معلولین، مساله تکریم مطرح است^۱."

بنابراین می‌توان این‌گونه نتیجه گرفت که کانون دیابت با توجه به ظرفیت و پتانسیل خاصی که دارد نسبت به سایر کانون‌ها از جایگاه بهتری برخوردار است اما یقیناً در رده اول اهمیت نیست.

۵-۳- جایگاه کانون‌های اجتماع محور سلامت در منظومه فعالیت‌های اداره کل سلامت^۲

اداره کل سلامت به عنوان متولی اجرای برنامه‌های مختلف مرتبط با سلامت در شهر تهران، هر ساله برنامه‌های مختلفی در محلات، مناطق و پهنه‌های تهران طرح‌ریزی و برگزار می‌کند. این برنامه‌ها از ایجاد زیرساخت‌های فیزیکی همچون ایجاد پردیس‌های سلامت، مرکز کنترل خشم گرفته تا آموزش‌ها و پژوهش‌های سلامت تا فعالیت‌های مناسبی و غیره را دربر می‌گیرد. یک پرسش مهم در اینجا، پرسش از جایگاه کانون‌های اجتماع محور سلامت و تشکیل شبکه‌های اجتماع مردمی سلامت نسبت به سایر برنامه‌ها می‌باشد؟

اگر یک دسته‌بندی مشخصی از کلیه برنامه‌های اداره کل انجام شود می‌توان سه گونه ذینفع اصلی را شناسایی کرد: شهروندان، کانون‌های اجتماع محور سلامت و سمن‌ها. بر مبنای این ذینفعان، سیاستگذاری صورت می‌گیرد. به عبارتی در سیاستگذاری‌ها و اجرای برنامه‌ها هم باید عموم شهروندان و هم به صورت ویژه کانون‌ها و در وهله بعد NGO ها لحاظ شوند. از سوی دیگر تجربه خوب کانون‌ها باعث شد که بسیاری از برنامه‌ها بر مبنای این تجربه صورت‌بندی شود، به عنوان مثال برنامه مناسب‌سازی اماکن شهری که در دستور کار اداره کل سلامت هم هست با استفاده از تجربیات و ایده‌های کانون معلولان حاصل شد. البته این بدان معنا نیست که در سیاستگذاری و اجرای برنامه‌ها تنها ذینفع اصلی، کانون‌های اجتماع محور سلامت هستند بلکه مقصود آن است که هم به لحاظ ذینفعان اصلی و هم از منظر مبنای تجربه برنامه‌ریزی، کانون‌ها نقش بسیار مهمی دارند. از سوی دیگر اگر از جانب شورای شهر برای اداره کل سلامت نسبت به توجه به گروهی خاص از اقشار جامعه مانند سالمندان، افراد دارای معلولیت یا افراد دارای بیماری‌های زمینه‌ای همچون دیابت تکلیفی معین شود، اداره کل سلامت اولین جایی که بدان توجه می‌کند در راستای اجرای برنامه، کانون خاص آن گروه اجتماعی است. بنابراین کانون‌های اجتماع محور علاوه بر اینکه یک برنامه و سیاست خاص را می‌طلبند، برای تدوین و اجرای سایر برنامه‌ها و سیاستگذاری‌ها هم پیشرو و الگو هستند.

برای تشریح بیشتر مطلب می‌توان مثال‌های متعددی را عنوان کرد: مثلاً در هنگام برنامه‌ریزی و اجرای پویش‌های شهری، یکی از مهمترین بنیان‌های اصلی برای ایده‌پردازی و اجرای برنامه، یازده کانون اجتماع محور هستند، برای افراد دخیانیاتی یک چالشی در نظر گرفته شده بود به عنوان «دود بی‌دود»، یا برای جوانان پویش «هیجان‌شو» در

۱. استناد به مصاحبه سرکار خانم مرآتی، دبیر دیابت منطقه ۱۳.

۲. مستندات این بخش بواسطه اظهارات آقای دکتر عباسعلی عباسی تهیه شده است.

نظر گرفته شد، برای افراد مبتلا به دیابت شهر تهران چالش «قند و پند» انتخاب شد. در هنگام برگزاری کارگاه‌های آموزشی که معمولاً در سراهای محله، بوستان‌ها، مساجد و مدارس برگزار می‌شود از جمله گروه‌های مهمی که همواره حاضر هستند، اعضای کانون‌ها هستند. همچنین زمانی که ادارات یا انجمن‌های دیگری مثل انجمن ملی دیابت برنامه‌ی خاصی در حوزه دیابت برای عموم مردم برگزار نمایند، اولین جایی که اطلاع می‌یابند اعضای کانون دیابت هستند. درواقع کانون‌ها به عنوان شبکه‌های مردمی، نسبت به عموم مردم یک گام به اداره کل سلامت نزدیک‌تر هستند و در تمامی برنامه‌های اداره کل سلامت حضور دارند. بنابراین جایگاه کانون‌های اجتماع محور سلامت به نسبت سایر برنامه‌های اداره کل، جایگاه برجسته و بارزی است.

۳-۶- تعاملات درونی و بیرونی کانون‌های اجتماع محور (کانون دیابت)

۳-۶-۱- تعاملات کانون‌های اجتماع محور (دیابت) با اعضای کانون

در شرایط عادی (پیش از شیوع بیماری کرونا)، دبیر محلی دیابت با همکاری و همراهی چند عضو فعال که هسته اصلی کانون را تشکیل می‌دهند^۱، به طور تقریبی هر یک ماه حداقل یکبار، بسته به میزان درخواست و همکاری اعضای محله تشکیل جلسه می‌دهند، البته ممکن است در طول این مدت، یک برنامه فوق‌العاده با حضور یکی از پزشکان یا متخصصان مطرح در زمینه دیابت، تغذیه، سلامت روان، سلامت اجتماعی و غیره برگزار شود که با توجه به ابزارهای اطلاع‌رسانی و حضور مداوم اعضای کانون‌ها در سراهای محلی، کم و کیف برنامه اعلام می‌شود (تصویر شماره ۸).

طبق اظهارات دبیران محلات و مناطق کانون‌های پیشگیری از دیابت در شرایط عادی، ارتباط با اعضا به صورت مستمر وجود داشته و اگر عضوی در چند نوبت به خانه‌ی سلامت و محل استقرار کانون مراجعه نکند در مورد او پرس و جو می‌شود یا با او تماس گرفته می‌شود. چرا که در بسیاری از کانون‌های اجتماع محور، رابطه بین اعضا به تدریج از یک رابطه صرفاً رسمی بدل به یک رابطه دوستانه و همکارانه شده است.

۱. در اغلب کانون‌ها، هنوز به طور کامل این هسته اصلی شکل نگرفته است و این سطح از تعاملات بنا به همت دبیران محله صورت می‌گیرد.

تصویر شماره ۱۰) نمونه‌ای از فعالیتهای فوق برنامه کانون دیابت با همت دبیر کانون دیابت در ایجاد تعامل درونی بین اعضا، نقش دبیر کانون و سپس مسئولین خانه‌های سلامت و حتی مدیران سرای محلات بسیار حائز اهمیت است. در همین راستا دبیر کانون دیابت منطقه سه معتقد است: اگر یک کانونی غیرفعال هست یقیناً دبیر کانون غیر فعال بوده است. دبیران می‌توانند با روش‌های موثری افراد را جذب کانون نمایند، به عنوان مثال در ابتدای فعالیت کانون دیابت در محلات منطقه سه، اقدامات موثری برای جذب افراد انجام شد. یکی از این روش‌ها، برگزاری جشنواره‌های غذا و تشویق افراد برای تهیه غذاهای سالم و مغذی بود که باعث جذب مخاطبان بسیاری در این محلات شد^۱.

یکی دیگر از راهکارهای مورد استفاده دبیران دیابت این است که از ظرفیت سایر کانون‌ها برای جذب مخاطب و رسالت آگاهی‌بخشی به افراد استفاده نمایند، به عنوان مثال بنا به اظهارات دبیر کانون دیابت منطقه ۱۷ تهران: از آنجا که چاقی یکی از عوامل مهم دیابت می‌تواند قلمداد شود، یک اقدام موثر که از جانب کانون دیابت محله صورت گرفته است آن است که آمار اعضای کانون پیشگیری از چاقی با همکاری با دبیر این کانون مهیا شد و در هر زمانی که قرار بود تست دیابت گرفته شود از آنها هم دعوت می‌شد و همکاری‌های بسیار خوبی هم در این زمینه صورت می‌گرفت^۲.

۱. بنا به اظهارات سرکار خانم شهریانو میوه‌چی دبیر کانون منطقه ۳.

۲. برگرفته از توضیحات سرکار خانم شراره کاکاوند دبیر کانون دیابت منطقه ۱۷

۲-۶-۳- تعاملات کانون‌های اجتماع محور (دیابت) با اداره کل سلامت و زیرمجموعه‌های آن

کانون‌های اجتماع محور سلامت با اداره کل سلامت، اداره سلامت منطقه و خانه‌های سلامت مرتبط هستند^۱. نحوه ارتباط کانون‌ها با اداره کل سلامت هم از طریق شیوه‌نامه و هم از طریق ارتباط مستقیم دبیران دیابت مناطق با نماینده اداره کل سلامت تعریف شده است.

اداره کل سلامت هر ساله جهت اجرای راهبردهای کلان، سیاست‌ها و همچنین تنظیم روابط بین ارکان اجرایی خود در سطح مناطق، ناحیه و محلات، اقدام به تدوین و ابلاغ شیوه نامه می‌نماید. در این شیوه‌نامه به نحوه فعالیت اداره سلامت مناطق و خانه‌های سلامت اشاره شده است. در ذیل این شیوه‌نامه در بخش مبحث سلامت اجتماعی دستورالعمل‌هایی برای فعالیت یکساله کانون‌های اجتماع محور سلامت نیز مندرج شده است. علاوه بر این دستورالعمل‌ها، مناسبت‌هایی هم وجود دارد که برای آن اقدامات خاصی پیش‌بینی و انجام می‌شود.

اداره کل سلامت از نظر نظم سلسله مراتبی از طریق ادارات سلامت مناطق و دستورالعمل‌ها با خانه‌های سلامت تعامل دارد، از آنجایی که کانون‌های اجتماع محور سلامت هم ارتباط بسیار تنگاتنگی با خانه سلامت محله دارند و اساساً در بستر آن شکل می‌گیرند، نحوه خط‌مشی فعالیت آنها نیز با همین رویکرد مشخص می‌شود.

علاوه بر این و برخلاف رویه خانه‌های سلامت، دبیران کانون‌های اجتماع محور سلامت ارتباط مستقیمی هم با اداره کل سلامت دارند. به طور معمول هر فصل یک جلسه با دبیران مناطق در هر یک از مناطق شهری برگزار می‌شود که این جلسه با حضور مدیرکل، معاون و رئیس اداره سلامت مناطق و نماینده اداره کل سلامت تشکیل می‌شود. در این جلسات معمولاً گزارش از فعالیت‌ها، بحث و تبادل نظر و ارائه برنامه‌های پیشنهادی صورت می‌گیرد و بعد از اتمام جلسه هم مصوبات به مناطق مختلف اعلام می‌شود.

وجه بسیار مهم دیگر، ارتباط کانون‌های اجتماع محور سلامت با خانه‌های سلامت است که شاید به لحاظ اجرایی حتی مهم‌تر از ارتباط با خود اداره کل سلامت باشد، چرا که هماهنگی یا تعارض بین این دو، عامل بسیار مهمی در تحقق یا عدم تحقق اهداف اداره کل سلامت است. در این زمینه بررسی تجربه دبیران کانون‌های سلامت بسیار حائز اهمیت است:

اغلب دبیران به همکاری و تعامل مفید با خانه‌های سلامت برای پیشبرد اهدافی مانند پیشگیری از دیابت و مراقبت از اعضای مبتلا به دیابت تاکید دارند. یکی از دلایل همکاری خوب خانه‌های سلامت با کانون دیابت، بحث منبع درآمدی بود که ت از طریق انجام تست قند خون برای خانه‌های سلامت ایجاد می‌نمود، البته دبیران کانون دیابت، از اینکه چرا این تست برای مردم و حداقل برای اعضای کانون دیابت رایگان انجام نمی‌شود شکوه داشتند. بنابراین اگرچه سطح فعالیت کانون به دبیر کانون وابستگی زیادی دارد ولی به همان نسبت هم به مسئولین خانه‌های سلامت و مدیر محله وابسته است، یعنی اینکه آنها همکاری نکنند، بودجه در اختیار بگذارند، اجازه اجرای برنامه بدهند یا نه، چون در نهایت برنامه‌های دیابت بسیار آموزش محور است و برای آموزش هم مربی لازم است، بسیاری از مدیران محله ممکن است با اختصاص بودجه به مربیان برای آموزش موافق نباشند و با توجه به اینکه

۱. از نظر سلسله‌مراتبی، خانه‌های سلامت زیرمجموعه اداره سلامت منطقه و اداره سلامت منطقه زیرمجموعه اداره کل سلامت فعالیت می‌کنند.

مربیان برای آموزش معمولاً رایگان آموزش نمی‌دهند، برگزاری برنامه مشکل می‌شود. حتی الان دبیران دیابت برای انتخاب مربیان آموزشی هم دستشان باز نیست و این مربیان اغلب توسط خود خانه‌های سلامت و مدیران محله انتخاب و معرفی می‌شوند. هر مدیر یا مسئولی شخصی را به عنوان متخصص که پروانه کاری هم دارد معرفی می‌کند و او به عنوان متخصص تغذیه و روانشناسی کلاس‌ها را در دست می‌گیرند.

تجربه دیگر منحصر به انجام طرحی به نام گفت و گو در شهر مربوط می‌شود، این طرح دو سال پیاپی ۹۷-۹۸ در تابستان در یکی از بوستان‌های مرکزی منطقه انجام شد که در این طرح سطح همکاری خانه‌های سلامت و حتی سایر دستگاه‌های منطقه مانند ستاد مدیریت بحران، مدارس، ورزشگاه‌ها و غیره نیز به بالاترین سطح ارتقا یافته بود. اعضای خانه‌های سلامت بخشی از بوستان را به شکل آمفی تئاتر درآورده بودند و اعضای کانون با آمادگی قبلی برای گفت و گو با عموم مردم و ارائه مطالب به آنها حضور پیدا می‌کردند. این همکاری خوب منجر به این شد که هر روز جمعیت بیشتری به کانون ملحق می‌شدند، بنابراین وقتی سناریو و طرح خوبی موجود باشد و وحدتی بین اعضای کانون و مسئولین خانه‌های سلامت حاکم باشد، یقیناً استقبال و مشارکت مردمی هم افزایش خواهد یافت.^۱ این طرح با شیوع ویروس کرونا و محدودیت حضور افراد در محیط‌های عمومی متوقف گردید.

مبحث دیگر، به مشغله زیاد خانه‌های سلامت در سطح محله و فرورفتن آنها در بحث برنامه‌های مناسبی دلالت دارد. درگیری در وظایف مناسبی و مشغله‌های زیاد خانه‌های سلامت، باعث می‌شود که با وجود تلاش مسئولین خانه‌های سلامت آن‌گونه که باید همکاری با دبیران و اعضای کانون ممکن و میسر نشده است، به عنوان مثال از سوی دبیر و اعضای فعال و با دانش کانون یک سلسله مباحث مشخص برای آموزش به عموم مردم و اعضای کانون طراحی می‌شود ولی باید چند ماه بگذرد تا تکلیف یکی از آن پیشنهادات برای عملی شدن یا نشدن مشخص شود با توجه به مباحث مطرح شده، به نظر می‌رسد که مساله بین کانون‌های اجتماع محور سلامت و خانه‌های سلامت در سطح اجرا بیش از حد تصور پیچیده باشد و صرفاً با ارائه یک شیوه نامه چندان قابل تنظیم نباشد، چرا که گاه بسیاری از برنامه‌های موفق به دلیل مشکلاتی که در روابط بین این دو بازوی اجرایی رخ می‌دهد معطل مانده و گاه آن را تبدیل به یک برنامه شکست خورده می‌نماید.

۳-۶-۳- تعامل کانون‌های اجتماع محور (دیابت) با سازمان‌های مردم نهاد دیگر^۲

ارتباط کانون‌های پیشگیری از دیابت با سازمان‌های مردم نهاد مانند انجمن ملی دیابت و سایر مراکز دیگر، یکی از راهبردی ترین تعاملات کانون است، البته در اینجا نیز مسائل و مشکلاتی مطرح است ولی در مجموع این سطح از ارتباطات بسیار موثر و تنگاتنگ بوده است، چنانچه هم از سوی دبیران و اعضای کانون‌ها و هم از سوی اعضای انجمن ملی دیابت به این همکاری متقابل و تنگاتنگ اشاره شده است.

انجمن ملی دیابت ایران یک انجمن آموزشی پژوهشی غیرانتفاعی و مردمی است که با کمک‌های مردمی و

۱. استناد به مصاحبه با سرکار خانم فاطمه شاطری دبیر دیابت منطقه ۱۴

۲. مستندات این بخش توسط سرکار خانم مریم رجب متخصص تغذیه و از اعضای اصلی انجمن دیابت ایران و همچنین اظهارات دبیران دیابت مناطق تهیه شده است.

همچنین حق عضویت‌هایی که از افراد مبتلا به دیابت که مایل به یادگیری مباحث پیشرفته در زمینه دیابت هستند اداره می‌شود. این انجمن شامل جمعی از متخصصان داوطلب اعم از پزشکان، متخصصان تغذیه و ... هستند که هدف آنها افزایش سطح آگاهی جامعه نسبت به این بیماری و کمک به بیماران مبتلا به دیابت از طریق آموزش است. این انجمن از یک‌سو با دانشگاه‌ها و موسسات معتبر در زمینه پژوهشی همکاری می‌کند و با سایر سازمان‌ها و تشکلهای نیز در قالب تفاهم نامه آموزشی به مشارکت می‌پردازد. پس از تشکیل کانون‌های دیابت یکی از مهمترین بسترهای همکاری با مجموعه نهاد مدیریت شهری فراهم شد. برگزاری غرفه‌های آموزشی و اطلاع‌رسانی در مناسبت‌ها، تهیه بروشورها و کتابچه‌های آموزشی که توسط انتشارات انجمن ملی دیابت به چاپ رسیده بود و نشر دانش و اطلاعات لازم در کارگاه‌هایی که توسط دبیران کانون محلات و مناطق برگزار شده بود از جمله مهمترین محورهای همکاری انجمن ملی دیابت با کانون‌های پیشگیری از دیابت به شمار می‌آیند.

انجمن دیابت با همه کانون‌های پیشگیری از دیابت در سطح محلات تهران تعامل داشته است ولی سطح این تعامل در برخی از مناطق بنا به درخواست مسئولین خانه‌های سلامت و دبیران کانون بیشتر بوده است. از بدو تشکیل کانون‌ها، میزان تعامل و همکاری با محلات مناطق دو، سه، پنج و شانزده بسیار زیاد بوده است ولی اکنون محلات مناطق نوزده و بیست و دو سطح تعاملات خود را با انجمن دیابت بیشتر نموده اند. یکی از ویژگی‌های برنامه‌های اجرا شده توسط انجمن ملی دیابت در سطح محلات که با همکاری کانون‌های پیشگیری از دیابت انجام گرفته است استفاده از فرم‌ها و قالب‌های فرهنگی و هنری براساس ویژگی‌های مخاطبان محله است. خانم مهندس مریم رجب از اعضای اصلی انجمن ملی دیابت در این باره چنین توضیح می‌دهند:

"رویکرد انتقال مفاهیم انجمن ملی دیابت براساس بافت مخاطبان محله و منطقه متفاوت است، مثلاً در یکی از محلات تهران که زبان غالب افراد محلی آذری بود، سعی شد تا انتقال مفاهیم و پرسش و پاسخ با زبان آذری صورت گیرد یا وقتی که انجمن جهت اجرای برنامه به مدارس دبستانی مراجعه می‌کند، انتقال آموزه‌ها با نمایش عروسکی صورت گرفت"^۱.

اما بیشترین تعامل بین انجمن دیابت با کانون‌های پیشگیری از دیابت معمولاً در زمان هفته دیابت (۱۴ نوامبر) که به مناسبت یادبود کاشف انسولین برگزار می‌شود رخ داده است. کشور ایران از اعضای فدراسیون جهانی دیابت هست و انجمن ملی دیابت هم به عنوان یک انجمن مردم‌نهاد گزارش اقدامات صورت گرفته در ایران را به فدراسیون مربوطه منتقل می‌کند. یکی از اقدامات مرسوم در دنیا، نورپردازی آبی^۲ نمادهای ملی یا شهری است و یا تشکیل حلقه آبی در پارک ملت است که در ایران نیز این اقدام در چندین نوبت صورت گرفته است (تصویر ۱۱).

۱. استناد به مصاحبه با سرکار خانم مریم رجب.

۲. نماد دیابت رنگ آبی است که در لوگوی کانون دیابت هم ترسیم شده است.

تصویر ۱۱) برگزاری حلقه آبی توسط کانون دیابت در پارک ملت



علاوه بر مناسبت‌ها نیز نوع ویژه‌ای از همکاری انجمن ملی دیابت با کانون‌های دیابت مراجعه به اماکن عمومی، ادارات، دانشگاه‌ها، مدارس، میادین میوه و تره بار، ایستگاه‌های مترو و سایر اماکن برای آموزش عمومی به مردم است (تصویر ۱۲). در برخی از این مراجعات، انجمن دیابت با شرکت‌های خاصی که دست اندرکار تولید و فروش دستگاه‌های تست قند خون یا سایر ملزومات هستند نیز هماهنگی به عمل آورده و در یک مکان عمومی به امر آموزش و اطلاع‌رسانی پرداخته‌اند.^۱

تصویر ۱۲) همکاری انجمن ملی دیابت ایران با کانون‌های دیابت در اماکن عمومی شهری



۱. بحث اسپانسرپ شدن یا همکاری با شرکت‌های خصوصی که هدف منفعت مالی خودشان را دنبال می‌کنند خالی از سویه‌های آسیب‌زا نیست.

در حال حاضر نیز به سبب شیوع بیماری کرونا، نوع همکاری به حالت آنلاین و مجازی تغییر یافته است و کارگاه‌ها در Live Instagram برگزار می‌شود. علاوه بر اینکه وبینارهای تخصصی بیشتری توسط انجمن برگزار می‌شود و اقدامات زیادی در زمینه تولید محتوا برای تاثیرگذاری در سطوح مختلف تهیه و ارائه شده است. یکی دیگر از انجمن‌های دست اندرکار آموزش و پژوهش در زمینه دیابت، «انجمن اطلاع‌رسانی گابریک» است که کلاس‌های آموزشی برای اطلاع‌رسانی و آگاهی‌بخشی در حوزه بیماری دیابت برگزار می‌نماید. دبیران دیابت محلی و منطقه‌ای از کلاس‌های آموزشی این موسسه استفاده و بهره‌برداری می‌نمایند. این موسسه نیز جهت ارائه آموزش‌های تخصصی حق عضویت از اعضا دریافت می‌دارد.

اما تجربه دبیران مناطق نسبت به سطح تعاملی این دو موسسه مردم نهاد نشان می‌دهد که به‌طور کلی سطح رضایت از آموزش‌های ارائه شده بویژه آموزش‌های تخصصی که برای دبیران مناطق ترتیب داده شده بود بسیار بالا بوده و آنها توانسته‌اند از آموزش‌های این کارگاه‌های تخصصی بهره برده و خود این آموزش‌ها را در قالب کارگاه‌ها به عموم مردم محلی هم انتقال دهند.

از دیگر انجمن‌های فعال و دارای همکاری مشترک در زمینه دیابت با اداره کل سلامت شهرداری تهران " بنیاد بیماری‌های خاص است". از سال ۱۳۹۷ تفاهم نامه همکاری مشترکی بین این بنیاد با اداره کل سلامت تحت عنوان تبدیل تهران به "پایتخت تغییر دیابت" به امضا رسیده است که نتیجه آن مجموعه فعالیت‌های ترویجی همچون اطلاع رسانی و آگاه‌سازی در خصوص پیشگیری از دیابت، ایجاد ۱۰۰ مطب دیابتی، آموزش دبیران کانون دیابت محلات و ایجاد اپلیکیشن دیابتو با مشارکت کانون دیابت شهر تهران بوده است. لازم به ذکر است تداوم اجرای فعالیت‌های ذیل تفاهم‌نامه مذکور به دلیل شیوع ویروس کرونا و محدودیت‌های پس از آن از سال ۱۳۹۸ متوقف شده است.

۴-۶-۳- تعاملات کانون‌های اجتماع محور (دیابت) با شرکت‌های تجاری

معمولاً برخی از شرکت‌های تجاری در راستای مسئولیت اجتماعی، اقدامات مختلفی با همکاری سازمان‌ها و نهادهای مردم نهاد انجام می‌دهند. یکی از شرکت‌های بزرگ بین‌المللی که مستقیماً در حوزه دیابت (ساخت انسولین) مشغول به فعالیت است و مسئولیت‌های اجتماعی خاصی هم در راستای برنامه‌های فرهنگی، آموزشی و پیشگیرانه انجام می‌دهد شرکت دانمارکی نوونوردیسک^۱ پارس است که در بسیاری از کشورها از جمله ایران نمایندگی دارد و به عنوان شریک اجتماعی و غیر تجاری با اداره کل سلامت، انجمن دیابت، گابریک و کانون‌های پیشگیری از دیابت همکاری دارد.

این شرکت در تعامل با شهرداری تهران تا کنون اقدامات زیادی به انجام رسانده است که مورد بهره‌برداری کانون‌های پیشگیری از دیابت هم واقع شده است. یکی از این اقدامات تفاهم نامه مشارکت در راهبری اتوبوس دیابت در سال ۱۳۹۴ است که این شرکت با شهرداری منطقه ۷ به امضا رسانید و در آن شرکت متعهد شد که

1. Novo nordisk

در تجهیز، حفظ، نگهداری، تعمیر و پشتیبانی از اتوبوسی با عنوان اتوبوس دیابت جهت افزایش آگاهی عمومی در خصوص دیابت همکاری نماید (تصاویر ۱۳ و ۱۴).

تصویر ۱۳) نمایی از اتوبوس دیابت



تصویر ۱۴) تفاهم نامه مشارکت در راهبری اتوبوس دیابت با شرکت نوونوردیسک

تاریخ:
شماره:
پیوست:



بسمه تعالی

« تفاهم نامه مشارکت در راهبری اتوبوس دیابت »

این تفاهم‌نامه بین شهرداری منطقه ۷، به نشانی تهران: پایین‌تر از پل سید خندان، میدان پالیزی، شهرداری منطقه ۷، به نمایندگی آقایان رضا نگهبان، شهردار منطقه ۷ شهر تهران و محمود منیعی، معاون امور اجتماعی و فرهنگی شهرداری منطقه ۷ که از این پس "شهرداری" نامیده می‌شود و شرکت نوو نوردیسک پارس به نمایندگی آقای جم اوزنج به شماره ثبت ۲۴۷۷۲۵، به نشانی تهران: خیابان ولیعصر، جنب خیابان ناصری، برج کیان، شماره ۲۵۵۱، طبقه ۱۴، به شماره تلفن: ۸۸۶۴۵۲۲۱، که از این پس "شرکت" نامیده می‌شود، منعقد می‌گردد.

ماده ۱. موضوع تفاهم نامه

طرفین موافقت می‌کنند که در راهبری یک دستگاه اتوبوس به نام "اتوبوس دیابت" با هدف افزایش آگاهی عمومی در خصوص دیابت و ارائه اطلاعات در باره چگونگی و شیوه پیشگیری از آن همکاری و مشارکت نمایند.

تبصره: یک دستگاه اتوبوس طی تفاهم‌نامه به شماره ۱۸۱۶۶۸/۱۸۱۶۶۸ مورخ ۱۳۹۴/۲/۱۹ بین شهرداری منطقه ۷ و شرکت واحد اتوبوسرانی تهران و حومه نیز به این موضوع اختصاص یافته است (تفاهم نامه به پیوست است).

ماده ۲. مدت تفاهم‌نامه

این تفاهم نامه به مدت دو سال از زمان امضای تفاهم نامه معتبر خواهد بود و این مدت با توافق کتبی طرفین تفاهم نامه قابل تمدید است.

ماده ۳. مبلغ تفاهم‌نامه

با توجه به ماهیت مشارکتی تفاهم‌نامه، هیچ مبلغی بین طرفین مبادله نمی‌شود.

ماده ۴. تعهدات شرکت

۴-۱ شرکت متعهد می‌شود که تجهیزات، اموال و وسایل نصب شده در اتوبوس دیابت را مطابق لیست و طرح پیوست این تفاهم نامه (در پیوست A) حفظ، نگهداری، تعمیر و پشتیبانی نماید به طوری که اتوبوس دیابت همواره در راستای اهداف این تفاهم نامه قابل استفاده و بهره‌برداری باشد.



کروم سید سهرورد

علاوه بر این، شرکت مذکور در هفته‌ی جهانی دیابت (سال ۱۳۹۸) به منظور راه اندازی طرح دهکده دیابت در شهر تهران، اسپانسر شد. در این طرح غرفه‌هایی در بوستان‌های تهران ایجاد و برنامه‌های مختلفی از جمله مشاوره، آموزش، تغذیه، تست قند خون و غیره اجرا شد (تصویر ۱۶).

تصویر ۱۶) اجرای طرح دهکده دیابت با همکاری شرکت نوونوردیسک



علاوه بر این موارد شرکت نوونوردیسک در بسیاری از طرح‌ها و برنامه‌ها، همایش‌ها و تامین اساتید و سایر امور هم با اداره کل سلامت و مجموعه‌های آن همکاری داشته است (تصویر ۱۷).

تصویر ۱۷) اجرای همایش علمی دیابت و زندگی سالم با مشارکت شرکت نوونوردیسک



۵-۶-۳- تعاملات کانون‌های اجتماع محور (دیابت) با سازمان‌های دولتی

با توجه به اینکه متولی اصلی سلامت در کشور، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌باشد^۱، به تبع یکی از ارکان اصلی تعامل جهت هرگونه اقدام در حوزه سلامت، وزارت بهداشت و سازمان‌های ذیربط (شامل: سازمان بیماری‌های غیر واگیردار، دانشگاه‌های علوم پزشکی و غیره) است.

رابطه کانون‌های اجتماع محور سلامت با وزارت بهداشت و سازمان‌های ذیربط از بدو تشکیل آنها، در زمان آقای دکتر گلمکانی، یک رابطه تنگاتنگ بوده است، از آنجایی که ایشان پیش از مدیریت اداره کل سلامت شهرداری، در بدنه وزارت بهداشت مشغول به فعالیت بودند، این ارتباط را پس از ورود به اداره کل سلامت، تداوم و گسترش بخشیده بودند. اما در حال حاضر این رویکرد با تشکیل اداره همکاری‌های بین بخشی^۲، ساختار خاصی یافته است. یکی از مهمترین وظایف این اداره ارتباط با سازمان‌های دولتی و غیردولتی است که تنظیم کننده روابط اداره کل سلامت با سایر سازمان‌ها است و بنا به اظهارات خانم نصیری مدیر کل سلامت، این موضوع در شیوه نامه سال‌های اخیر هم نمود داشته است چنانکه طی این سال‌ها، اداره کل سلامت توانسته است برای بسیاری از سازمان‌های بیرونی و فعال در حوزه سلامت وظایفی تعیین و مشارکت آن‌ها را جلب کند^۳.

یکی از تعاملات اصلی اداره کل سلامت با وزارت بهداشت از طریق دانشگاه‌های علوم پزشکی و نحوه فعالیت در پهنه شهری است. براساس تقسیم‌بندی شهرداری تهران، پنج پهنه در نظر گرفته شده است، پهنه شمال شامل مناطق (۱، ۲، ۳ و ۵)، پهنه غرب شامل مناطق (۹، ۱۰، ۲۱ و ۲۲)، پهنه مرکز شامل مناطق (۶، ۷، ۱۱ و ۱۲)، پهنه شرق شامل مناطق (۴، ۸، ۱۳، ۱۴ و ۱۵) و پهنه جنوب هم شامل مناطق (۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹ و ۲۰) است^۴. این پهنه‌های شهری در محدوده و حوزه سه دانشگاه بزرگ علوم پزشکی شهر تهران هستند. دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی پهنه شرق را به طور کامل و برخی از مناطق پهنه شمال و مرکز را پوشش می‌دهند این مناطق شامل (۱، ۳، ۴، ۷، ۸، ۱۲، ۱۳، ۱۴ و بخش‌هایی از منطقه ۱۵) است. دانشگاه علوم پزشکی ایران پهنه غرب را به طور کامل و برخی از مناطق شمالی را هم پوشش می‌دهد این مناطق شامل (۲، ۵، ۹، ۱۰، ۲۱ و ۲۲) را در قالب دو مرکز بهداشت غرب و شمال غرب تحت پوشش دارد. دانشگاه علوم پزشکی تهران نیز پهنه جنوب را پوشش می‌دهد این مناطق عبارتند از (۱۱، ۱۶، ۱۷، ۱۹، ۲۰ و بخش‌هایی از مناطق ۱۰ و ۱۵). بنابراین کانون‌های دیابت هم برای اجرای برنامه‌ها خود باید با دانشگاه علوم پزشکی پوشش‌دهنده منطقه تعامل حاصل نمایند و این در برنامه‌های مشترک کانون با دانشگاه‌های علوم پزشکی هم مشهود است.

البته در مواردی هم دبیران کانون دیابت با یک دانشگاه‌های علوم پزشکی، فارغ از این پهنه‌بندی ارتباط برقرار

۱. تولید نظام سلامت در سیاست‌های کلی سلامت به تاریخ ۱۳۹۳/۲/۱۵ از جانب رهبری به وزارت بهداشت تفویض شده است.

۲. اداره کل سلامت بر طبق ساختار جدیدش شامل: اداره آموزش، اداره همکاری‌های بین بخشی، اداره ارتقا سلامت روان و سلامت اجتماعی است علاوه بر اینکه دو اداره مالی و منابع انسانی هم در زیرمجموعه آن فعالیت دارند. البته این ساختار هنوز مصوب نشده ولی عملاً براساس آن اداره می‌شود.

۳. طبق اظهارات سرکار خانم نصیری مدیر اداره کل سلامت، اکنون اداره کل سلامت می‌تواند به دلیل ارتباطات سازمانی حتی برای وزارت بهداشت در شیوه نامه وظایفی تعیین نماید در حالی که وزارت بهداشت نهاد بالاسری محسوب می‌شود.

۴. بنا به اظهارات آقای مهدی امیری.

نموده و توانسته‌اند یک پروژه مشترک را در محلات منطقه خود پیاده‌سازی نمایند. مثلاً دبیر کانون دیابت منطقه ۱۳ در مورد ارتباطی که با دانشگاه علوم پزشکی دانشگاه تهران برقرار نموده و توانسته یک طرح وسیعی را در مورد دیابت در منطقه خود به اجرا درآورد چنین اظهار می‌دارد: طرح هم‌تا برای دانشگاه علوم پزشکی دانشگاه تهران بود که بودجه مصوب داشت. اساس این طرح درباره آموزش خود افراد مبتلا به دیابت به خودشان بود (آموزش هم‌سانان). دانشگاه علوم پزشکی دانشگاه تهران از ما درخواست کرد که تعدادی از افراد مبتلا به دیابت را به مرکز تحقیقات علوم غدد بفرستیم تا به این افراد آموزش‌های لازم ارائه شود و آنها نیز به چند نفر فرد مبتلا به دیابت که در زیرمجموعه‌ی خود داشتند تماس حاصل کنند و آموزش و کنترل‌های مراقبتی را به عمل آورند. سطح آموزش‌ها بسیار خوب بود و در حدود یکسال هم به طول انجامید، دانشگاه علوم پزشکی هم برای افراد داوطلبی که در قالب طرح مشارکت کرده بودند امکانات رایگانی مانند آزمایش‌های رایگان را پیش‌بینی و اجرا کرده بود^۱.

علاوه بر این، اداره کل سلامت ممکن است به صورت پایلوت قصد اجرای برنامه‌ای خاص در هر یک از پهنه‌ها را داشته باشد که در اینجا از میان این پهنه‌ها یک منطقه را انتخاب نموده و در آنجا اقدام مداخله‌ای لازم را انجام می‌دهد^۲. با وجود این به نظر می‌رسد که سطح تعاملات با نهادهای دولتی هنوز محدود و ابتدایی است. تا آنجایی که به بحث دیابت و شیوع سریع آن بازمی‌گردد باید دولت نقش بسیار مهم‌تری ایفا کند و با نهاد مدیریت شهری همکاری بیشتری تعریف نماید. وزارت تعاون، کار و رفاه، وزارت آموزش و پرورش، وزارت ورزش و جوانان، سازمان هلال احمر، سازمان غذا و دارو، سازمان بیمه تامین اجتماعی، سازمان بهزیستی، سازمان محیط زیست، سازمان تربیت بدنی، سازمان بیمه خدمات درمانی، سازمان صدا و سیما، کانون پرورش فکری کودکان و نوجوانان و بسیاری از ارگان‌های دیگر با وجود نقش بسیار زیاد، کمترین اثری در این برنامه‌ها ندارند.

مثلاً در مورد وزارت آموزش و پرورش که متولی بحث آموزش از دوران کودکی است، نه تنها خود برنامه‌ی مفیدی در حوزه سلامت ارائه نکرده است، بلکه در سطح عمل هم از اجرای بسیاری از برنامه‌های پیشگیرانه هم جلوگیری به عمل آورده است. مثلاً برخی از دبیران در این مورد مشکلات اساسی برای اجرای برنامه‌های آموزشی در سطح مدارس بویژه در سالهای اخیر داشته‌اند. از خلال روایات آنها می‌توان دریافت که برخی از مدارس اصلاً مشارکت با شهرداری را قبول ندارند و با بهانه‌های بسیار از پذیرفتن نیروهای کانون دیابت و حتی متخصصان همراه سرباز می‌زنند. یا روایت دیگری حکایت از آن دارد که چند سال قبل در یک نقطه از کشور خبر شیوع بیماری ایدز مطرح شده بود، در همان زمان قرار بود اعضای کانون به مدارس محله و منطقه بروند، ناگهان مدارس رویکردشان تغییر کرد و همکاران را نپذیرفته بودند.

یا سازمان تامین اجتماعی به عنوان یکی از ذینفعان، اصلاً همکاری مناسبی ندارد. یک بیمار مبتلا به دیابت باید هزینه زیادی برای درمان بپردازد و در نهایت بعد از اینکه با مشکلات زیادی روبه رو شد و هزینه درمان آن سر به فلک زد، تامین اجتماعی وارد حوزه حمایتی شود. در صورتی که تامین اجتماعی باید از ابتدا وارد میدان سلامت شود^۳.

۱. بنا به اظهارات سرکار خانم زهرا مرآتی دبیر دیابت منطقه ۱۳.

۲. مطالب این بخش با مساعدت آقای مهدی امیری حاصل شده است.

۳. استناد به مصاحبه دکتر داود عباسی

۷-۳- نقد وجوه هستی‌شناسی کانون پیشگیری از دیابت

مرور تجربه تاریخی اجتماعات بشری نشان می‌دهد که رژیم‌های عقلانی، اغلب غیرعقلانی‌ترین چیزها را رقم می‌زنند و در پس ظاهر کاملاً معقولشان، وجوه عمیقی از سازوکارهای خُردکننده و تاریک جریان دارد. عقلانیت پزشکی، تمام وجوه انسانی از قبیل عواطف، تجربه، وجوه شناختی و اجتماعی بیمار را به وجوه بیولوژیک تقلیل داده و براساس یک نظام طبقه‌بندی،^۱ برچسب زنی و تعریف یک رژیم مرضی، اقدامات مداخله جویانه‌ای را آغاز می‌کند که گاه شکنندگی و آسیب‌پذیری بیمار را در سطوح عاطفی، تجربی و اجتماعی تشدید می‌کند.

در مورد عقلانیت‌های بوروکراتیک نیز چنین سازوکارهای تاریکی براساس خودویژگی نظام اداری صادق است. این عقلانیت، با نادیده گرفتن شرایط این بیماری و قرار دادن آن هم ردیف با سایر تشکلهای کانونی، به صورت شیوه‌نامه با آن مواجه می‌شود، بوروکراسی هرگز نمی‌تواند درک کند که بیماری مزمن، در وهله نخست نوعی گسست بین خود، بدن و جامعه ایجاد می‌کند. عقلانیت بوروکراتیک با چینش قواعد هنجاری، درصدد بازسازی زندگی فرد مبتلا به بیماری است، اما هرگز نمی‌تواند معنای واقعی زندگی از نگاه یک فرد مبتلا به بیماری را دریابد و صرفاً درصدد مکانیزم عادی‌سازی یا هنجاری کردن این نوع از بیماری است.

تا جایی که به واقعیت اجتماعی بیماری دیابت می‌توان ارجاع داد، این بیماری، یک بیماری پیش‌رونده، تهدید کننده نسلی و فرانسلی، با عوارض بسیار سوء، موجد ترس، شکنندگی و آینده‌ای مه‌آلود برای افراد مبتلا، با هزینه‌های سنگین تحمیلی برای فرد^۲ محسوب می‌شود. ارجاع به این واقعیت اجتماعی نشان می‌دهد که نگاه به این بیماری، نمی‌تواند هم ردیف با سایر تشکلهای کانونی باشد. نمی‌تواند مبتنی بر یک شیوه‌نامه یکسان‌ساز باشد، نمی‌تواند در ذیل ساختار بسته و محدود خانه‌های سلامت (با کلی شرح وظایف و چندین تشکل کانونی دیگر، با اعمال نظر شدید مسئولین خانه سلامت و مدیران سرای محلات، مدیران ادارات سلامت) با اولویت برنامه‌های مناسبی، با برنامه‌های از بالا به پایین همراه باشد.

اساساً از ابتدا قرار بر این بوده است که خانه‌های سلامت در اختیار خود مردم محلی باشد تا آنها بتوانند در مورد مسائل مختلف سلامت خود در محله تصمیم بگیرند، گروه‌های مختلف تشکیل دهند و برنامه‌های مختلفی در زمینه‌های سلامت در آن اجرا کنند. چنانکه این مورد را دکتر گلمکانی نیز به صراحت در مصاحبه خویش عنوان نمودند.

اما اکنون چنان شرایطی برای کانون‌های پیشگیری از دیابت ایجاد شده است که با وجود تلاش‌های بی‌وقفه، ایثارگرانه و انسانی دبیران این کانون‌ها در سطح محله و منطقه، توان عمل‌چندانی برای فعالیت داوطلبی باقی نمانده است. به عبارتی کانون‌های پیشگیری از دیابت، کانونی «برای خود» نیستند بلکه کانونی «در خود» هستند. کانون‌های دیابت با وجود پتانسیل بسیار خوبی که در جمعیت آن و به ویژه دبیران فعال آن دارد زمانی می‌تواند تحولات مفیدی در بستر یک محله از خودبیگانه بگذارد که از کانونی در خود به کانونی برای خود تبدیل شود و این مستلزم آن است که بستر ساختاری آن از ذیل نگاه شیوه‌نامه‌ای، برنامه‌های صرفاً مناسبی و از بالا به پایین جدا شود و به ساختاری منعطف و با ساختاری تقریباً مستقل تبدیل شوند.

۱. مانند دیابت نوع ۱، دیابت نوع ۲.

۲. در جایی که دولت از تمام مسئولیت‌های اجتماعی خود در حال عقب‌نشینی است و سهم پرداخت از جیب در سلامت بیش از ۷۰ درصد است.

۴. ارزیابی وضعیت کانون‌های اجتماع محور

در این بخش، وضعیت کانون‌ها به لحاظ مهمترین اقدامات، کم و کیف برنامه‌ها، محورهای آموزشی، گروه‌های مرجع، تجربیات افراد، پیوندهای اجتماعی صورت گرفته در کانون و دورنمای کانون از خلال مصاحبه‌ها و متون موجود توصیف و تحلیل می‌شوند.

۱-۴- مهمترین اقدامات انجام گرفته در راستای اهداف کانون پیشگیری از دیابت

۱-۴-۱- اقدامات اداره کل سلامت برای بهبود عملکرد کانون دیابت

اداره کل سلامت در راستای پایدارسازی کانون‌ها برای دبیران مناطق بیست و دوگانه دیابت، آموزش تسهیل‌گری و طرحی به نام طرح همگام با سلامت را اجرایی نموده است. طرح همگام با سلامت در حدود یکسال است که در بحبوحه شیوع کرونا اجرایی شده است (از ابتدای سال ۱۳۹۹ تاکنون). محور اساسی این طرح «آموزش تسهیلگری و کار مشارکتی» است. به عبارتی این طرح روش‌های کار مشارکتی را به افراد آموزش می‌دهد تا بتوانند با گروه‌ها، سمن‌ها و سایر نهادهای مختلف ارتباط برقرار نمایند. این آموزش‌ها در حال حاضر به صورت آنلاین و در گروه‌های مجازی تشکیل شده است.

نظر دبیران و مخاطبان طرح در مورد این آموزش‌ها نشان دهنده موفقیت نسبی این طرح نسبت به گذشته است. یکی از دبیران معتقد است که در گذشته هم چندین جلسه در راستای آموزش تسهیل‌گری برای دبیران کانون دیابت برگزار شد ولی آن برنامه‌ها چندان کاربردی نبود و بسیار نظری بود، روش‌های درختی و تیغ ماهی آموزش داده شد ولی کمتر کسی توانست از آن بهره‌برد، اما آموزش‌هایی که در این دوره جدید برگزار می‌شود بسیار کاربردی‌تر هست و کاملاً عملیاتی نشان می‌دهد که چگونه می‌توان افراد را جذب کنیم یا تعامل بیشتری با محیط داشته باشیم.

یکی دیگر از مخاطبان طرح سطح برگزاری کلاس را بسیار عالی توصیف می‌کند و امتیاز بالایی به آن می‌دهد چرا که به زعم وی، هم به لحاظ دبیران و هم به لحاظ آموزش‌ها، مطالب کامل و کاربردی است. البته وی معتقد است اگر میدان بیشتری در سطح عملیاتی به دبیران داده شود آنها در عمل می‌توانند از این آموزش‌ها استفاده نمایند، در حال حاضر این جایگاه برای یک دبیر دیابت در سطح محله و به سبب مشغله مسئولین خانه‌های سلامت چندان میسر نیست.

مخاطب دیگری که از دبیران فعال کانون دیابت است در مورد سطح این آموزش‌ها معتقد است که سال گذشته برای دبیران کلاس تسهیلگری برگزار شد و سطح کلاس خوب بود ولی از آنجا که بلافاصله همزمان شد با شیوع ویروس کرونا، برنامه‌های پیش‌بینی شده در سطح محلات چندان عملیاتی و کاربردی نشد. یکی از مهمترین مطالب این کلاس که کاربرد بسیار زیادی هم دارد آن است که کانون‌های ده‌گانه از نظر فعالیت می‌توانند زنجیروار

به یکدیگر متصل شوند. مثلاً اعضای کانون دیابت برای برگزاری یک برنامه می‌توانند از نیروهای کانون جوانان بهره‌برد یا اینکه اعضای کانون دیابت می‌توانند به کانون‌های پیشگیری از چاقی و سالمندان با توجه به رواج بیشتر سطح ابتلا دیابت در این دو گروه، خدمات ارائه نمایند.

علاوه بر آموزش‌هایی که جهت شبکه‌سازی به دبیران داده می‌شود، اداره کل سلامت برنامه‌های دیگری از جمله آموزش‌های تخصصی دیابت نیز برای دبیران کانون دیابت طی سالیان گذشته برپا نموده است و در راستای تشویق کارهای داوطلبانه نیز گاهی در مناسبت‌ها و مراسم‌های مختلف نیز از دبیران دیابت تقدیر به عمل آورده است^۱ (تصویر ۱۸).

تصویر ۱۸) تقدیر از دبیران و افراد داوطلب حوزه پیشگیری از دیابت



۲-۴- اقدامات دبیران و اعضای فعال کانون دیابت در تعامل با ساختار

مهمترین اقدامات دبیران و اعضای فعال کانون دیابت در سطح محلات عبارتند از (۱) اطلاع‌رسانی به مردم محلی و جذب اعضای جدید (۱) برگزاری کارگاه‌های آموزشی (۲) برگزاری همایش دیابتی (۳) اجرای برنامه‌های مرتبط با دیابت در سطح اماکن عمومی (۴) برگزاری تورهای آموزشی تفریحی و گردشگری (۵) همکاری با دانشکده‌های علوم پزشکی و مراکز بهداشتی در راستای اقدامات پیشگیرانه و مراقبتی.

در ابتدا اطلاع‌رسانی‌هایی به صورت کلامی و مکتوب در قالب‌های مختلفی اعم از بروشور، بنر، آنلاین و غیره در سطح محله صورت می‌گیرد، سپس برخی از اعضای محله که شرایط عضویت دارند برای نام‌نویسی به سرای محله و خانه‌های سلامت مراجعه می‌کنند. در این مرحله، به عضو جدید فرمی اعطا می‌شود تا اطلاعات مربوط به خود را در آن درج نماید (تصویر ۱۹) و اطلاعات آنها در پایگاه اعضا ثبت می‌شود، سپس بروشوری به وی داده می‌شود تا با فعالیت‌های کانون دیابت یک آشنایی اولیه صورت پذیرد. سپس از طریق سلامتیارها، مربیان حاضر یا حتی

۱. بنا به اظهارات دست‌اندرکاران، سطح این دست از تقدیرها در سال‌های اخیر نسبت به سالیان گذشته کاهش یافته است.

خود دبیران دوره دیده، توضیحات مقدماتی در مورد تغذیه به افراد داده می‌شود و به وی اعلام می‌شود که در یک تاریخ معین، در سرای محله، یک تست ابتدایی گرفته می‌شود اما برای تست‌های دقیق‌تر، باید یک تست وریدی در آزمایشگاه انجام دهد، اگر تست فرد نرمال بود، آزمایش دیگری از وی به عمل نخواهد آمد و صرفاً به وی آموزش‌های پیشگیرانه در تاریخ‌های معینی که اعلام خواهد شد ارائه می‌شود ولی اگر که دیابت فرد محرز شود به نزدیک‌ترین پایگاه بهداشت محله و سایر کلینیک‌های تخصصی ارجاع داده می‌شود و کانون دیابت هم به امر آموزش‌های لازم در زمینه مراقبت‌ها و پیشگیری از عوارض بیماری می‌پردازد. پس از عضویت فرد وی نیز می‌تواند از تمام اردو، برنامه‌های تفریحی-آموزشی، همایش‌ها، مناسبت‌ها و سایر برنامه‌ها استفاده نماید.^۱

اما مهمترین اقدام کانون‌های دیابت، برگزاری کارگاه‌های آموزشی و همایشی است. دکتر داود عباسی از اعضای انجمن دیابت در زمینه آموزش‌های دیابتی چنین توضیح می‌دهد:

اساساً آموزش دیابت برای افراد مختلف، یکسان نیست و نباید هم باشد، اما به طور کلی می‌توان آموزش‌های دیابتی را به سه دسته تقسیم کرد:

(۱) بحث آموزش در سطح سیاست‌گذاری و رسانه : در این سطح باید از یک‌سو آموزش‌هایی برای سیاست‌گذاران ارائه نمود تا آنها مطلع شوند که سیاست‌گذاری چگونه باید باشد و وظیفه هر بخش برای کمک به این بیماری مزمن و پیش‌رونده چیست. مسائلی از این قبیل که بودجه چگونه باید تخصیص داده شود، وزارت بهداشت و سازمان‌های تابعه وظایفشان در این حوزه چیست، تامین اجتماعی و سایر سازمان‌های بیمه‌گذار چگونه باید اقدامات بیمه‌ای را به عمل آورند. در این سطح باید بررسی نمود که چند درصد از افراد دیالیزی مبتلا به دیابت هستند. در حال حاضر برای بحث دیالیز هزینه زیادی می‌شود تا دستگاه‌های بیشتری وارد شود و تلاش بر آن بوده که دیالیز رایگان شود، در حالی که اغلب افرادی که دیالیز می‌شوند افراد مبتلا به دیابت هستند که با بحث پیشگیری و مراقبت می‌توانست بیماری آنها قابل کنترل باشد و این کار هزینه به مراتب کمتری دربرداشت. در صورتی که متأسفانه اکنون این آگاهی در مورد بیماری‌های مزمن در سیاست‌گذاران کلان کشور دیده نمی‌شود و سیاست‌های نابسندگی در این حوزه تعریف می‌شود. حتی این سیاست‌های اشتباه در بسیاری از موارد از سمت خود وزارتخانه متولی مطرح می‌شود، چرا که اساساً بحث بهداشت و درمان ما سلامت محور نیست، بلکه بیمار محور است. از سوی دیگر و به موازات این باید یک آموزشی هم در سطح رسانه تعریف شود که بتواند هم با سیاست‌گذار و هم با عموم مردم ارتباط برقرار نماید. اگر برنامه‌های مربوط به دیابت در صدا و سیما رصد شود در خواهیم یافت که سیستم بهداشت و درمان کشور، آموزش دهنده دیابت ندارد، بهترین اساتید از معتبرترین دانشگاه‌ها نمی‌توانند مطالب را به صورت ساده و عامه فهم برای مردم توضیح دهند و این باعث می‌شود که استقبال زیادی برای مشاهده این برنامه‌ها صورت نگیرد.

(۲) آموزش‌هایی برای عموم مردم جهت امر پیشگیری: مسلماً برخی از این آموزش‌ها باید پیشتر از این

۱. برطبق اظهارات سرکار خانم فاطمه حسینی دبیرکل کانون و سرکار خانم شراره کاکاوند دبیر منطقه ۱۷.

و از سطح مدرسه شروع شود، شهروندان سالمی که در معرض خطر هستند به دلیل اینکه اکنون سبک زندگی بسیار تغییر کرده است به گونه‌ای که نسل‌های جدید تحرک زیادی ندارند و از غذاهایی آماده و فست فودی استفاده می‌کنند، بنابراین اگر در نسل‌های پیشین بیماری دیابت در سن هفتاد سالگی عارض می‌شد اکنون این بیماری در سن ۳۰-۴۰ سالگی عارض می‌شود یعنی درست در زمانی که قرار است فرد ثمره تلاش‌هایش را مشاهده نماید. رفتار بسیاری از مردم از سلامت فاصله گرفته است، اگر اکنون به خیابان‌های تهران مراجعه شود و رستوران‌های عرضه کننده فست فود بررسی گردند، مشاهده می‌شود که خیل زیادی از جمعیت تا پاسی از نیمه شب برای مصرف مواد غذایی ناسالم در صف هستند. این افراد با چنین رفتاری یقیناً جزء آن دسته از افراد هستند که احتمال ابتلا به بیماری در آنها به صورت بالقوه بالاست. پس این آموزش عمومی هم لازم است.

۳) دسته سوم از آموزش‌ها برای افراد مبتلا به دیابت است: افرادی که پیشتر به دیابت مبتلا شده‌اند و باید آموزش ببینند که در حال حاضر چکار باید بکنند که مبتلا به عوارض بیماری نشوند، داروها را بشناسند، نحوه درمان و کنترل بیماری را بشناسند، نحوه تزریق انسولین را بیاموزند، یاد بگیرند چگونه تست قند بگیرند، مواجهه با شرایط خاص را بشناسند، بیاموزند که اگر قندشان بالا رفت چه اقدامی باید انجام دهد اگر پایین آمد چه‌طور، اگر دچار عارضه شدند چکار کنند و کی به پزشک مراجعه کنند^۱.

البته واضح و مبرهن است که کانون‌های پیشگیری از دیابت، دسته دوم و سوم آموزش‌های پیشگیری از دیابت را برعهده دارند و نوع اول آموزش‌ها که باید برای سیاستگذاران و حوزه رسانه برگزار شود در حیطه فعالیت آنها نیست^۲.

آموزش‌های پیشگیرانه کانون دیابت برای عموم مردم معمولاً در مناسبت‌ها رخ می‌دهد که مهمترین آنها هفته دیابت (۱۴ نوامبر یعنی ۲۳ آبان) است. حضور اعضای فعال کانون دیابت در بوستان‌ها و اماکن عمومی در مناسبت‌ها بخشی از این آموزش‌های عمومی را محقق می‌کند. علاوه بر این، حضور دبیران دوره دیده و فعال کانون‌های دیابت در برخی از اماکن خاص هم در راستای ارتقای سطح آگاهی عمومی موثر بوده است.

دبیر کانون دیابت منطقه ۱۴ در این باره چنین توضیح می‌دهد: در منطقه ما پادگان، اماکن نظامی و خانه‌های سازمانی نظامی زیادی وجود دارد که ورود به آنجا قاعداً مشکل است ولی با تلاشی که کانون دیابت منطقه ما انجام داد این امر میسر شد و سه سال کار مستمر در راستای آموزش عمومی پیشگیرانه در آنجا صورت گرفت. خانواده‌های کارکنان مراکز نظامی از این آموزش‌ها بسیار استقبال نمودند و یکی از پر مشارکت‌ترین برنامه‌ها در آنجا صورت گرفت، در پادگان قصر فیروزه و سکونتگاه زینبیه نتایج بسیار خوبی حاصل شد، علاوه بر این هر چهارشنبه در شامگاه بسیج برنامه عمومی پیشگیری از دیابت توسط کانون دیابت برگزار شد یا در ماه رمضان هر شب برنامه

۱. استناد به مصاحبه با دکتر داود عباسی عضو انجمن دیابت ایران.

۲. حتی برترین متخصصان این حوزه دیابت هم نمی‌توانند برای عرصه سیاستگذاران آموزشی برگزار نمایند چرا که سیاستگذاران این حوزه خود را بی‌نیاز از هرگونه آموزش می‌پندارند بنابراین همواره شکافی پرشدنی بین عموم مردم و بدنه حاکمیتی وجود دارد و مسائل لاینحل باقی می‌ماند.

آموزش پیشگیری از دیابت با محوریت تغذیه در ماه رمضان و دیابت در مساجد محل صورت می‌گرفت.^۱ سطح دیگری از این آموزش‌ها در قالب همکاری با مهدکودک‌ها و مدارس است، چرا که اعتقاد براین است که آموزش‌های سلامت و سبک زندگی باید از دوران کودکی شروع شود. اداره کل سلامت، کانون‌های دیابت و انجمن دیابت بنا به اظهارات دکتر عباسی و مهندس مریم رجب چندین سال قبل یک برنامه آموزشی را برای مهدکودک‌ها عملیاتی کردند که بسیار نتایج رضایت بخشی داشت چرا که از فرم مناسب برای انتقال مفاهیم به کودکان استفاده شد. فرم‌هایی نظیر نمایش عروسکی^۲.

در مورد آموزش مدارس هم با توجه به دشواری بیشتر برای ورود به مدارس در بسیاری از مناطق، ابتکاران دبیران دیابت شروع از جلسات اولیا و مربیان بوده است. در این باره دبیر دیابت منطقه ۱۴ توضیح می‌دهد که: برای ورود به مدارس از طریق جلسات اولیا و مربیان اقدام شد مکانی که به غیر از معلمان و مدیران مدرسه، اولیای دانش‌آموزان هم حضور داشتند، بعد از این جلسات مدیران، شماره بنده (به عنوان دبیر دیابت محله و منطقه) را می‌گرفتند و بعد از آن آموزش‌ها در سطح دانش‌آموزان شروع می‌شد. مهمترین کاری که معمولاً در سطح آموزش دانش‌آموزان مدارس اجرایی شد، استفاده از طرح سفیر دیابت دانش‌آموزی بود که در آن دانش‌آموزان مستعد شناسایی می‌شدند به آنها آموزش‌های کامل ارائه می‌شد و سپس آنها نیز این آموزش‌ها را به سایر دانش‌آموزان و حتی اولیای خود منتقل می‌نمودند^۳.

تصویر ۱۹) نمونه‌ای از کارگاه‌های آموزشی پیشگیرانه در مدارس به همت کانون دیابت - محله زمزم



از جمله دیگر آموزش‌های عمومی، آموزش‌هایی است که با هدف پیشگیری در کلاس‌های سلامت برای اعضای محله ترتیب داده می‌شود. این کلاس‌ها معمولاً از پیش تعیین شده است و در آن نسبت به یکی از محورهای آموزشی همچون: سبک زندگی سالم، تغذیه، مقابله با استرس، مهارت‌های اجتماعی، نحوه ایجاد بیماری دیابت علائم و راهکارها

۱. بنا به اظهارات سرکار خانم شاطری دبیر کانون دیابت منطقه ۱۴.

۲. استناد به مصاحبه دکتر داود عباسی، سرکارخانم رجب و تایید دبیران دیابت از جمله سرکار خانم زهرا مرآتی دبیر دیابت منطقه ۱۳.

۳. استناد به مصاحبه با سرکار خانم فاطمه شاطری دبیر کانون دیابت منطقه ۱۴

بحث‌های مقدماتی با حضور پزشکان یا کارشناسان مربوطه ارائه می‌شود بویژه زمانی که یکی از اساتید و متخصصان برجسته حوزه دیابت مانند دکتر رجب، دکتر عباسی، دکتر اتریشی و دیگران قرار باشد که آموزشی ارائه دهند.^۱

تصویر ۲۰) نمونه‌ای از آموزش‌های دیابتی - سرای محله فاطمی



اما به تعبیر دبیر دیابت منطقه ۱۴ پرسش‌ها و پیام‌های هوشمندانه در جذب عموم مردم تاثیر بسیاری دارند. وی در مورد تجربه خود در این زمینه اظهار می‌دارد که در منطقه ۱۴، ۲۲ خانه سلامت با بنده همکاری دارند که از آنها درخواست شده بود که پرسشی مبنی بر اینکه «آیا قندخون (A1C) را می‌شناسید؟» را در قالب یک پلاکارد نوشته و در محل عبور و مرور مردم نصب کنید. این اقدام موجب شد که حجم زیادی از مردم برای انجام آزمایش خون و کنترل قند خون سه ماهه ترغیب شوند و زمینه را برای آموزش دادن و جذب مخاطب آماده نمود.^۲

یکی دیگر از راه‌های جلب مردم برای بهره‌گیری از برنامه‌های آموزشی استفاده از گروه‌های مرجع و افراد تاثیرگذار است، در این مورد اقداماتی توسط دبیران کانون‌های دیابت انجام شده است:

بنا به اظهارات دبیر کل کانون‌های دیابت^۳، استفاده از هنرمندان به عنوان سفیران دیابت راهکار موثری برای استفاده عموم مردم از آموزش‌ها و برنامه‌های دیابت بوده است (تصویر ۲۱).

دبیر کانون پیشگیری از دیابت منطقه ۱۳^۴، در مورد تجربه‌ی خود چنین اظهار نموده است: معمولاً هنرمندان بیش از سایر گروه‌ها مورد استقبال جامعه ما هستند. همسر آقای «عنایت بخشی» هنرپیشه پیشکسوت که نویسنده هم هستند به عنوان سفیر دیابت در بسیاری از برنامه‌ها شرکت می‌کنند، یا در یک برنامه از خانم «سحر دولتشاهی» استفاده شد که سطح استقبال مردم منطقه از آن برنامه‌ها بسیار افزایش یافت ولی در ارتباط با سایر گروه‌ها مثل اساتید دانشگاه یا روحانیون ارتباط مناسبی برقرار نشد.

۱. استناد به مصاحبه با سرکار خانم شراره کاکاوند دبیر کانون دیابت منطقه ۱۷.

۲. استناد به مصاحبه با سرکار خانم فاطمه شاطری دبیر کانون دیابت منطقه ۱۴

۳. سرکار خانم فاطمه حسینی دبیرکل کانون دیابت

۴. سرکار خانم زهرا مرآتی دبیر کانون دیابت منطقه ۱۳.

تصویر ۲۱) ارتباط با هنرمندان به عنوان سفیران دیابتی در راستای جلب مردم برای استفاده از آموزش‌های همگانی



تجربه دیگر در این زمینه مربوط به دبیر دیابت منطقه ۴ است^۱، به زعم ایشان: دو سال قبل در راستای ترویج آموزش‌های پیشگیرانه در سطح عموم، از هنرپیشه‌های سفیر سلامت در منطقه استفاده شد، بواسطه همین کار استقبال به از برنامه‌ها به شکل بی سابقه ای افزایش یافت. آن برنامه‌ها هم به لحاظ علمی و هم به لحاظ سطح پوشش در عالی‌ترین سطح برگزار شد. اما از سایر گروه‌های مرجع مانند معلمین، ورزشکاران، اساتید دانشگاه یا روحانیون استفاده نشده است.

دبیر پیشگیری از دیابت منطقه ۱۴ هم به استفاده از هنرمندان در آموزش‌های پیشگیری از دیابت بسیار معتقد است. از نظر ایشان مردم بیشتر از گروه‌های دیگر از هنرمندان و بازیگران استقبال می‌کنند. در همین راستا از آقای «سام درخشانی» که سفیر دیابت هم هستند دعوت شد و به دلیل پرانرژی بودن ایشان سطح استقبال از برنامه بسیار افزایش یافت. البته خود آقای درخشانی مبتلا به دیابت نیستند ولی از آنجایی که یکی از دوستان نزدیک ایشان مبتلا به دیابت است ایشان به عنوان سفیر حضور پیدا کرده‌اند^۲.

اما در بحث آموزش‌های خاص به اعضای مبتلا به دیابت، دو فرم آموزشی بسیار رایج است: یکی آموزش همسانان و دیگری آموزش‌های تخصصی توسط پزشکان و متخصصان حوزه‌های مرتبط با دیابت. اساساً یکی از اهداف تشکیل کانون دیابت، استفاده از ظرفیت مردم محلی برای آموزش به یکدیگر است که تحت عنوان آموزش همسانان معروف شده است. دکتر عباسعلی عباسی در این خصوص چنین بیان داشته است:

"بنده به عنوان یک پزشک به آموزش همسانان خیلی اعتقاد دارم. هنگامی که شخصی مبتلا به دیابت می‌شود خیلی زمان می‌برد تا توسط پزشک متقاعد شود که از انسولین استفاده کند، چون استفاده از آن را همچون اعتیاد می‌بیند، برای کنار آمدن با این وضعیت حداقل یک یا دو سال زمان می‌برد و متأسفانه در این

۱. سرکار خانم بهارک یوسفی دبیر دیابت منطقه ۴.

۲. استناد به مصاحبه با سرکار خانم فاطمه شاطری دبیر دیابت منطقه ۱۴.

مدت هم به عوارض بعدی بیماری دچار می‌شود، کلیه آسیب می‌بیند، آنژیو می‌شود یا سکته می‌کند ولی تجربه نشان داده است که به‌واسط حضور در کانون و استفاده از نظرات همسانان، این پذیرش به سرعت اتفاق می‌افتد. در زمانی که آقای حسن قاضی‌زاده هاشمی وزیر بهداشت بود، برای بازدید از کانون‌ها که آمده بودند، خانم حسینی که دبیر کل کانون دیابت هستند از ایشان پرسیدند که آقای وزیر من از شما سوال می‌پرسم که شما چقدر در تلویزیون برای دیابت برنامه می‌گذارید؟ من می‌خواهم بگویم که صحبت من و همسایه‌ام از صحبت‌های یک فوق تخصص شما موثرتر است. به عبارتی ایشان به آموزش همسانان و این واقعیت که این آموزش‌ها که با زبان ساده بیان می‌شوند چقدر موثر هستند، اشاره داشت^۱.

دبیر کل کانون دیابت در این زمینه چنین اظهار می‌دارد که: یکی از برنامه‌های ما در کانون پیشگیری از دیابت، استفاده از تجربیات و پرسش و پاسخ‌هایی است که خود اعضا با یکدیگر دارند^۲.

البته این آموزش‌های همسانان نیز گاهاً فارغ از ایراد نبوده است. دبیر کانون دیابت منطقه ۴ که خود جزء متخصصان تغذیه نیز هستند از آموزش‌های بدون مرجعی که گاه‌ها در بین اعضا جریان دارد گله‌مند است. تجربه‌ای که ایشان بدان اشاره می‌کند حاکی از نوعی اظهار نظر بی‌پایه و اساس است که در گروه مجازی کانون دیابتی محله توسط برخی از اعضا وجود داشته، وی اشاره می‌نماید که در بحث تغذیه، برخی از اعضا، آموزه‌های خرافی را با استناد به طب اسلامی نشر می‌دهند مثلاً به افراد اعلام کرده بودند که بر طبق آموزه‌های دینی استفاده از شیر حیواناتی همچون گاو کراحت دارد و باید به جای آن بروید در آفتاب بنشینید و روزی یک عدد دانه بادام یا دو عدد مویز بخورید. این اطلاعات غلط و خرافی بسیار گمراه کننده است و سعی بر آن است که متخصصین تغذیه در کانون با آن برخورد نمایند ولی از این دست موارد بسیار زیاد است و یک یا دو مورد نیست، بدن انسان در طول روز هزار میلی گرم کلسیم نیاز دارد و این میزان با خوردن یک بادام یا دو مویز هرگز تامین نمی‌شود، علاوه بر اینکه استفاده از آفتاب شرایط دارد، آفتابی مفید است که در هوای آلوده نباشد، غیر مستقیم بتابد نه از طریق حفاظ و زمانی که ویتامین D نسبتش با کلسیم یکی باشد^۳.

عباسعلی عباسی هم که خود پیشتر در منطقه ۲ مشغول به خدمت بوده و کم و بیش با چنین مسائلی مواجه شده، در مورد این مساله چنین توضیح می‌دهد:

"متأسفانه در برخی از موارد چنین مسائلی دیده می‌شود، مثلاً چند سال قبل، نماینده یک شرکت تولید دمنوش به اداره سلامت منطقه ۲ مراجعه کرده بود و از خاصیت درمانی آن برای بیماری دیابت توضیح می‌داد که اداره مجبور به برخورد و عدم همکاری با آنها شدند. دیابت یک بیماری مزمن است که هنوز راهکار درمانی آن یافت نشده و فقط قابل کنترل با انسولین است. اداره کل سلامت تلاش زیادی برای محتوای صحیح و انتقال آن به عموم مردم در زمینه دیابت نموده است و برای این قضیه یک کارگروه از مربیان آموزشی ایجاد کرده است ولی با این حال ممکن است مانند هر جای دیگری برخلاف دستورالعمل‌ها، عملکردهایی صورت پذیرد^۴."

۱. استناد به مصاحبه با آقای دکتر عباسعلی عباسی.

۲. استناد به مصاحبه با سرکار خانم فاطمه حسینی دبیر کل کانون دیابت.

۳. استناد به مصاحبه با سرکار خانم بهارک یوسفی دبیر کانون دیابت منطقه ۴.

۴. استناد به مصاحبه با دکتر عباسعلی عباسی.

اما فرم دیگر آموزش به اعضای مبتلا به دیابت، استفاده از کارگاه‌ها، کلاس‌ها و آموزش‌ها توسط متخصصین در زمینه‌های مختلف بوده است. دبیرکل کانون دیابت در مورد این شق از آموزش‌ها اظهار می‌دارد که معمولاً پزشکان غدد در مورد ماهیت، انواع، علائم، نحوه کنترل و داروهای بیماری دیابت توضیح می‌دهند. اگر تعداد اعضا کمتر از ۴۰ نفر باشد کارگاه تشکیل می‌شود و اگر بیشتر باشند تبدیل به همایش می‌شود. یک فرد مبتلا به دیابت باید بداند که این بیماری ترس ندارد و قابل کنترل است و می‌تواند از همه غذاها به شرط اینکه در واحد غذایی مربوط به خودش باشد استفاده نماید.^۱

دبیر کانون دیابت منطقه ۹ هم اظهار می‌دارد که مهمترین بخش آموزش‌ها برای اعضای مبتلا به دیابت، آموزش‌های خودمراقبتی است، آموزش‌هایی که روی تغذیه، روی ورزش و فعالیت بدنی و روی ابعاد کنترل استرس و اضطراب تاکید می‌کند.^۲

دبیر کانون دیابت منطقه ۱۴ که دارای مدرک پراتیک از دانشگاه شهید بهشتی است و مدت ۱۳ سال است که دوره آموزشی مستمر در زمینه دیابت برگزار می‌کند، در مورد آموزش به اعضای مبتلا به دیابت بیش از هر چیز بر روی روش‌های آرامش‌بخش و کنترل استرس تأکید می‌کند. در این کلاس‌ها، هر دوره از بحث روش‌های دوست داشتن خود و شکرگذاری آغاز می‌شود و از جلسه پنجم به بعد به مبحث تغذیه و تقسیم‌بندی واحدهای غذایی می‌پردازد. اعضای کلاس به قدری مشتاق ادامه دوره می‌شوند که پس از هر بار، جمعیت کلاس افزایش می‌یابد. علاوه بر این که در مورد سایر بحث‌های دارویی و درمانی از متخصصان غدد دعوت می‌شود تا از جنبه‌های مختلف به توضیح نیازهای بیماران مبتلا به دیابت بپردازند. اما به‌طور کلی این دسته از آموزش‌ها کاملاً مبتنی بر سرفصل‌های ده‌گانه‌ای است که از سوی اداره سلامت به خانه‌های سلامت و کانون‌ها ارائه می‌شود.^۳

تصویر ۲۲) چرخه مراقبت از دیابت برای افراد مبتلا به دیابت (نمونه‌ای از آموزش‌های کانون دیابت)^۴



۱. استناد به مصاحبه با سرکار خانم فاطمه حسینی دبیرکل کانون دیابت.
۲. استناد به مصاحبه با سرکار خانم طاهره لاله دبیر کانون دیابت منطقه ۹.
۳. استناد به مصاحبه با سرکار خانم فاطمه شاطری دبیر دیابت منطقه ۱۴.
۴. تصویر توسط سرکار خانم فاطمه حسینی دبیر کل کانون‌های دیابت تهیه و ارسال شده است.

تصویر ۲۳) نمونه‌ای از کارگاه‌های تخصصی آموزش تغذیه برای افراد مبتلا به دیابت محله باغ خزانه



تصویر ۲۴) نمونه‌ای از کارگاه‌های تخصصی آموزش برای افراد مبتلا به دیابت محله ایوانک



تصویر ۲۵) یک همایش دیابتی - منطقه ۳



تصویر ۲۶) یک همایش دیابتی



جمع‌بندی کلی از محتوای آموزشی کانون‌های دیابت اعم از آموزش‌های عمومی و آموزش‌های مخصوص اعضای مبتلا به دیابت در جدول ۴ آمده است.

جدول ۴) محتوای کلی آموزش‌های کانون‌های دیابت^۱

ردیف	دسته	محتوای آموزش
۱	عمومی	پیشگیری از دیابت بوسیله طب سنتی، آشنایی با دیابت، دیابت و مدرسه، ارتباط دیابت و فشارهای روانی، نقش ورزش و تحرک بدنی در کنترل و پیشگیری از دیابت، اشتباهات رایج درباره دیابت، دیابت بیماری غیر واگیر، دیابت در سالمندی، دیابت و مردم، ارتباط تغذیه مناسب در کنترل دیابت، ارتباط چاقی در دیابت نوع ۲، دیابت و بیماری‌های وابسته به آن، دیابت و پیشگیری از آن، کم تحرکی و دیابت، مدیریت مقابله با استرس، نقش تغذیه سالم در پیشگیری از دیابت، اصول تغذیه سالم، افسردگی و دیابت، تغذیه مناسب در افراد مبتلا به دیابت، آشنایی با انواع دیابت، طب سنتی و دیابت، باید‌ها و نباید‌های تغذیه در پیشگیری از دیابت، استرس و بروز دیابت در کودکان، دیابت چیست، عوامل خطر دیابت، علائم و نشانه‌های بیماری دیابت، آشنایی و پیشگیری از انواع بیماری‌ها با موضوع پیشگیری از دیابت، آموزش غلبه بر دیابت، آموزش تغذیه و دیابت، آموزش شناخت دیابت، دیابت و عوارض آن، آشنایی و پیشگیری از بیماری‌ها با موضوع آشنایی کودکان با بیماری دیابت، آشنایی با عوامل اصلی خطر بیماری‌ها، گیاهان دارویی و کنترل بیماری دیابت، فشار خون و دیابت.
۲	تخصصی	عوارض دیابت در افراد سالمند، راه‌های کنترل دیابت، نقش گیاهان دارویی در کاهش و کنترل دیابت نوع ۲، پیشگیری از عوارض دیابت، خود مراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت، دیابت و بی‌حسی پا، دیابت و اختلالات عصبی، دیابت و بیماری‌های عفونی، داروهای گیاهی و درمان بیماری دیابت، آشنایی با داروهای بیماران دیابتی، کنترل دیابت با تغذیه صحیح، دیابت و پیشگیری از ضعف بینایی و ...

اما پیگیری آموزش‌ها در دوران شیوع بیماری کرونا و نحوه فعالیت کانون‌ها با چالش‌هایی مواجه شده است. بنا

۱. استناد به گزارش عملکرد اداره کل سلامت در سال ۱۳۹۵

به اظهارات دبیران، اعضای فعال و دست‌اندرکاران، اکنون این آموزش‌ها در قالب فضای مجازی دنبال می‌شود. دبیر کانون دیابت منطقه ۱۳ اظهار می‌دارد که در حال حاضر به سبب شیوع بیماری کرونا فعالیت بسیار سخت‌تر شده است برای کلیه دبیران، چون باید تولید محتوا کرد و بسیاری از دبیران این امکان را ندارند مگر اینکه صرفاً قرار باشد تولید محتوای دیگران را منتقل کنند که در آن هم مساله اعتبار محتوا مطرح می‌شود. با این وجود دبیران از هیچ کوششی برای انتقال مفاهیم و آموزه‌ها فرو گذار نمی‌کنند، این امر در کانون دیابت منطقه ۱۳، با مباحث یکشنبه‌های شیرین و تولید محتوا در قالب کلیپ، متن و سایر محتوای مفید مبتلا به دیابت دنبال می‌شود، علاوه بر اینکه در گروه مجازی به پرسش‌های اعضا نیز پاسخ داده می‌شود. یکی دیگر از اقدامات هم استفاده از کانال سرای محل بوده است که در آن سعی شد محله‌ی آشتیانی پایلوت دیابت شود. با این وجود مساله استقبال مردم از مطالب در فضای مجازی، همچنان وجود دارد.^۱

دبیر کانون دیابت منطقه ۱۴ نیز درباره نحوه فعالیت و انتقال آموزه‌ها در دوران کرونا به عنوان یک فرصت می‌نگرد، به زعم وی در این دوره یک فرصتی فراهم شد که اعضا کمی از روزمرگی فاصله بگیرند و در مورد اینکه در این دوران چه اقدامات یا فعالیت‌هایی باید انجام دهند، بیشتر تأمل کنند. در حال حاضر این فعالیت‌ها در بستر فضای مجازی صورت می‌گیرد و علاوه بر اینکه همه دبیران با یکدیگر تشریک مساعی می‌کنند می‌توان افراد بیشتری را تحت تاثیر قرار داد که برخی از آنها خیرینی هستند که در کارهای مختلف کمک‌رسان هستند.^۲ در تصاویر ۲۷ تا ۲۹ نمونه‌ای از فعالیت‌های مختلف کانون دیابت در گروه‌های مجازی نمایش داده شده‌اند.

تصویر ۲۷) نمونه‌ای از تولید محتوای دیابتی در دوران کرونا



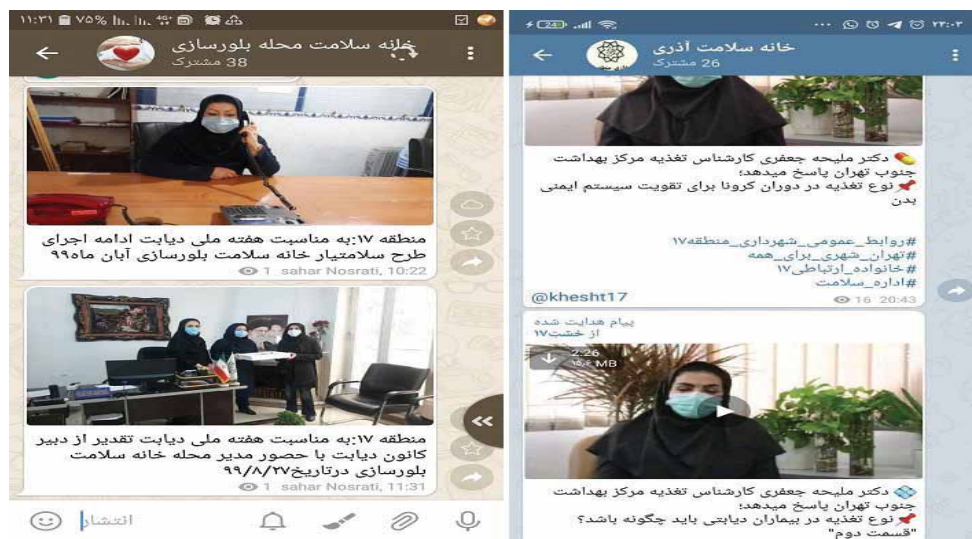
۱. اظهارات سرکار خانم زهرا مرآنی دبیر کانون دیابت منطقه ۱۳.

۲. استناد به مصاحبه با سرکار خانم فاطمه شاطری دبیر دیابت منطقه ۱۴

تصویر ۲۸) ارائه آموزش‌های مبتلا به دیابت از سوی دبیران محلات کانون دیابت در دوران کرونا



تصویر ۲۹) ارائه آموزش‌های مبتلا به دیابت از سوی دبیران محلات کانون دیابت در دوران کرونا



در کنار بحث نوع و نحوه آموزش‌ها، کیفیت آموزش نیز بسیار مهم است. در این بخش با توجه به اظهارات دبیران، کاستی‌های فراوانی وجود داشته و دارد. دبیر کانون دیابت منطقه ۴ اظهار می‌دارد: مردم همیشه جذب می‌شوند و استقبال آنها از برنامه‌ها خوب است ولی پرسش اینجاست، مجموعه چه چیزی برای عرضه دارد. الان مجموعه آموزش‌ها در سطح محلات به لحاظ سطح، کیفیت، انسجام و میزان علمی بودن آموزش‌ها یکسان نیست و در بسیاری از موارد آموزش‌های کم اهمیت‌تر و پراکنده ارائه می‌شود، آن هم در زمانی که هنوز هم باورهای غلط بین مردم رواج دارد، بنابراین انتظار این است که در کانون‌ها برنامه‌ریزی منسجم با همکاری کامل ادارات سلامت انجام پذیرد، هنوز در این جامعه فقر علمی وجود دارد، افرادی مشاهده می‌شوند که انسولین یک کودک مبتلا به دیابت

را سرخود قطع کرده و به جای آن به وی بامیه و گزنه برای درمان می‌دهند، ما تا به این حد در جامعه دچار فقر علمی هستیم، رسالت کانون‌ها و متخصصین این است که با کیفیت آموزش جلوی اشتباهات را بگیرند ولی کیفیت آموزش بالا نیست و مطالب سلسله‌وار دنبال نمی‌شود، تکراری است و به سطوح اولیه پسندیده شده است.^۱

دبیر کانون دیابت منطقه ۱۳ نیز در مورد کیفیت آموزش معتقد است که: متأسفانه کیفیت آموزش‌ها خوب نیست، آموزش‌ها به صورت مقطعی ارائه می‌شود و تمام و این اثربخشی لازم را ندارد در صورتی که باید برای اثربخشی مطالب آموزشی پیوستگی، انسجام، کیفیت و تداوم وجود داشته باشد. رویه تاکنون بدین صورت بوده است که یک متخصصی می‌آید قراردادی می‌بندد و مثلاً طب سنتی درس می‌دهد، فرد دیگری می‌آید و تمام. شخص دیگری می‌آید یک جلسه یا دو جلسه در مورد مطلب دیگر و دیگر تداومی مشاهده نمی‌شود و این کارها بیش از آنکه واقعی باشند نمادین هستند و آموزش‌های اساسی، مداوم و با کیفیت حجمش بسیار اندک بوده است.^۲ یکی از اعضای کانون دیابت در محله‌ای از منطقه ۱۴، کیفیت کلاس‌های آموزشی را پایین می‌داند و معتقد است که آموزش‌هایی که محتوای مناسبی دارند مقطعی و مناسبتی هستند و آموزش‌هایی که در مناطق برگزار می‌شوند تداوم بیشتری دارند ولی باید در مورد محتوا بیشتر کار نمایند. چون یک فرد مبتلا به دیابت بعد از یک مدتی خسته می‌شود و یا آموزش‌ها را فراموش می‌کند.^۳

نکته دیگر در مورد آموزش‌ها فرم آموزش‌ها است. براساس آنچه که در شیوه نامه هم اشاره شده است یکی از مهمترین راه‌های انتقال آموزه‌ها و مفاهیم استفاده از فرم‌های فرهنگی هنری مثل تئاتر، سینما سلامت، موسیقی، داستان، ادبیات نمایشی و غیره است. اما با بررسی میدانی مشخص شد که این کار به صورت بسیار محدود و در سطح یک یا دو منطقه اجرایی شده است. دبیر کانون دیابت منطقه ۳ به نقش موسیقی و گروه‌های گر در جلب مخاطب و انتقال آموزه‌ها اذعان نموده و خود به صورت کاملاً فعالانه بدین کار طی چندین سال مبادرت ورزیده است.^۴ (تصویر ۳۰).

دبیر دیابت منطقه ۱۴ نیز از همکاری با گروهی از اعضای کانون معلولین که در کار ادبیات نمایشی بودند برای انتقال مفاهیم و آموزه‌ها بهره برده است، وی اذعان می‌کند که با آقای مالکی که دبیر کانون معلولین هستند و در کار تئاتر و ادبیات نمایشی هم فعال هستند یک نمایش تئاتری برای انتقال دادن مفاهیم و آموزه‌های دیابتی و عوارض ناشی از آن، در سالن همایش منطقه ۱۴ اجرا شد، سطح استقبال از این برنامه بسیار بالا بود و چون این گروه، از افراد ویلچرنشین هستند، عواقب بیماری قند به خوبی نمایش داده شد.^۵ اما به طور کلی جای اینگونه برنامه‌ها در راستای انتقال آموزه‌ها بسیار خالی است و باید تدبیری برای این موضوع اندیشیده شود.

۱. استناد به مصاحبه با سرکار خانم بهارک یوسفی دبیر دیابت منطقه ۴.

۲. اظهارات سرکار خانم زهرا مرآنی دبیر دیابت منطقه ۱۳.

۳. استناد به مصاحبه با اعضای کانون دیابت منطقه ۱۴.

۴. بنا به اظهارات سرکار خانم شهریانو میوه‌چی دبیر کانون دیابت منطقه ۳.

۵. اظهارات سرکار خانم فاطمه شاطری دبیر دیابت منطقه ۱۴.

تصویر ۳۰) تمرین گروه کُر دبیر دیابت منطقه ۳- سرکار خانم شهربانو میوه چی



۳-۱-۴- اقدامات و برنامه تفریحی، آموزشی و گردشگری

از جمله مهمترین اقداماتی که باعث جذب افراد محله به سمت کانون‌ها گردیده است، برگزاری تورهای گردشگری و آموزشی کانون‌های اجتماع محور سلامت و از جمله کانون پیشگیری از دیابت است. دبیر کل کانون دیابت معتقد است که در سال‌های پیشین، یکی از فعالیت‌هایی که هر از چندگاهی در برنامه‌های کانون‌های دیابت انجام می‌شد و اقدام بسیار پر اقبالی بود، برگزاری تورهای تفریحی، آموزشی و گردشگری بود. یکی از مسائل مبتلا به افراد مبتلا به دیابت استرس و فشارهای روانی است، برنامه‌های تفریحی و گردشگری برای کنترل این فشارها نقش بسیار مهمی دارد، نکات آموزشی برای یک فرد مبتلا به دیابت تنها با مراجعه به دکتر و پیگیری آموزش در کلاس نیست بلکه این آموزش‌ها زمانی اثربخش است که همراه با تنوع و تفریح باشد. برنامه‌های گردشگری در گذشته و بویژه در زمان مدیریت آقای گل‌مکانی بسیار پر رونق بود و در کاهش استرس و تقویت روحیه اعضای کانون بسیار تاثیر داشت ولی متأسفانه اکنون از حجم این نوع برنامه‌ها بسیار کم شده است، هرچند که اکنون پذیرفتن مسئولیت این کار بسیار دشوار شده است.^۱

دبیر کانون دیابت منطقه ۹ نیز به نقش مفید برنامه‌های تفریحی و زیارتی که در گذشته برگزار شده بود و افزایش روحیه و تقویت توان روانی مقابله با فشارهای ناشی از بیماری به سبب این تورهای گردشگری اذعان می‌کند.^۲ گویا این اقدامات مفید در سال‌های اخیر به دلایلی همچون کمبود بودجه، تغییر رویکرد مدیریتی و شیوع بیماری کرونا در حال حاضر بسیار محدود و کم‌رنگ شده است.

۱. اظهار نظر سرکار خانم فاطمه حسینی دبیرکل کانون دیابت.

۲. اظهارات سرکار خانم طاهره لاله دبیر دیابت منطقه ۹.

تصویر ۳۱) تور زیارتی اعضای کانون دیابت در سال ۱۳۹۵



تصویر ۳۲) تور سیاحتی اعضای کانون دیابت در سال ۱۳۹۵



۴-۱-۴ اقدامات دیابتیک برای محلات محروم شهری

تهران به عنوان کلانشهری که مهمترین مرکز گردش و انباشت سرمایه محسوب می‌شود، دارای بیشترین نابرابری در سطوح مختلف نیز هست. یکی از این دست از نابرابری‌ها نابرابری فضایی است که براساس آن توزیع جغرافیایی امکانات به درستی صورت نگرفته است. در این سطح علاوه بر اینکه در میان مناطق شهری نابرابری و محرومیت نسبی وجود دارد، در درون مناطق نیز برخی از محلات از نابرابری بیشتری رنج می‌برند و به عنوان محلات محروم شناخته شده‌اند. جدول ۵ محلات محروم در هر منطقه از شهر را به شرح زیر نشان می‌دهد.

جدول ۵) محلات محروم به تفکیک هر محله^۱

منطقه	محلات محروم	منطقه	محلات محروم
۱	امامزاده- دارآباد	۱۲	هرندی
۲	فرحزاد- شریف- طرشت	۱۳	صفا- شهید اسدی- سرخه حصار
۳	درب دوم- ده ونک- حسن آباد زرگنده	۱۴	جوادیه- دلگشا- دولاب- شیوا- سرآسیاب- پایین گذر
۴	شمیران نو- خاک سفید (گلشن)	۱۵	اتابک- رضویه- شوش
۵	کن- حصارک- مرادآباد	۱۶	باغ آذری- بعثت- علی آباد جنوبی
۶	کارگر شمالی- نصرت- فرصت شیرازی	۱۷	زمزم- ذهتابی
۷		۱۸	نوروز آباد- گلدسته- سعید آباد
۸	مدائن- زرکش- وحیدیه- مجیدیه	۱۹	شهید کاظمی- نعمت آباد- دولت خواه جنوبی
۹	امامزاده عبدا...	۲۰	نفر آباد- بهشتی
۱۰	بریانک- هفت چنار	۲۱	چیتگر شمالی- چیتگر جنوبی
۱۱	انبار نفت- عباسی- راه آهن	۲۲	سرو آزاد

عباسعلی عباسی معاون اداره کل سلامت در مورد اقدامات در محلات محروم چنین بیان داشته است: به لحاظ بودجه، بودجه خاصی به این مناطق اختصاص نیافته است ولی از منظر استفاده از ظرفیت‌های موجود، در این محلات بویژه در مناسبت‌ها غربالگری رایگان صورت می‌گیرد.^۲ داود عباسی عضو انجمن دیابت که سال‌ها با تمام کانون‌های محلات همکاری مستمر داشته است، معتقد است که افراد محلات محروم به لحاظ توجه و رعایت نکات خودمراقبتی بسیار قویتر از سایرین هستند، ولی کاری که به شخصه بنده به عنوان پزشک انجام دادم این بوده که کل منطقه ۱۸ را به عنوان پایلوت در نظر گرفتم و به صورت مستمر و پیوسته با آنها برنامه‌ی آموزشی تعریف می‌کنیم.^۳

مهندس مریم رجب از اعضای اصلی انجمن دیابت در این باره می‌گوید: کاری که انجمن برای محلات محروم انجام داده است ارجاع بیماران این محلات بوده است. داروهای دیابت که کاملاً تحت پوشش بیمه هستند ولی اغلب مشکل آنها تهیه نوارهای تست قندخون است که برای رفع این مشکل هم با شرکت‌هایی که توان حمایت دارند مذاکره شده است.^۴

دبیر دیابت منطقه ۱۴ که منطقه‌ای با بیشترین محله محروم هم هست در مورد کارویژه خود در محلات محروم منطقه چنین بیان می‌دارد: در این منطقه سه سال تدریس داشتم و در پارک جهان پناه در طول این سه سال، بیش

۱. اطلاعات محلات محروم را دبیر محترم کانون دیابت سرکار خانم فاطمه حسینی در اختیار پژوهشگر قرار دادند.

۲. استناد به مصاحبه با دکتر عباسعلی عباسی

۳. اظهارات دکتر داود عباسی

۴. مصاحبه با سرکار خانم مهندس مریم رجب.

از ده مرتبه کلینیک سلامت رایگان برگزار شد. کلینیک‌های سلامت واقعی با تیمی مجرب از پزشکان و متخصصان که از ۸ صبح تا ۴ بعدازظهر به مدت سه روز ویزیت داشتند. این طرح چند سال پیش برگزار شد و بودجه طرح را خانه سلامت تقبل کرد ولی بعد از مشکلات بودجه، این بودجه با همکاری مدیر محله تامین می‌شد و در مواقعی هم از پزشکان درخواست می‌شد که به صورت رایگان کاری برای مردم این مناطق صورت دهند^۱.

۲-۴۵-۴- تجربیات عاملان انسانی از رهگذر فعالیت در کانون‌های پیشگیری از دیابت

تجربیات افراد، اعضا و مشارکت کنندگان در کانون‌های پیشگیری از دیابت، بسیار مهم و در نوع خود بی‌نظیر است، که می‌تواند قدرت و اراده سوژه‌های انسانی را به رغم تمام کاستی‌ها و نارسائی‌های ساختاری و در بستری بیگانه به تصویر بکشد.

- عباسعلی عباسی (معاون ارتقای سلامت روانی و اجتماعی اداره کل سلامت): "یک تجربه خوب در ارتباط با کانون‌های اجتماع محور سلامت، تابوشکنی در حوزه سلامت روان و مشاوره بوده است. تا پیش از این یقیناً مسائل و مشکلاتی در ارتباط با مراجعه افراد با متخصصان سلامت روان وجود داشت، اما اینک، افراد به دلیل حضور در این کانون‌ها از نزدیک با این برنامه‌ها آشنا می‌شوند و حتی کسانی هم که عضو این کانون‌ها نیستند با یکبار مراجعه به سرای محلات از این خدمات اطلاع یافته و بهره می‌برند. تجربه خوب دیگر در زمینه کانون دیابت، آموزش همسانان بوده است، به این صورت که آموزش یک فرد مبتلا به دیابت از آموزش من پزشک بیشتر تاثیر دارد"^۲.

- داود عباسی (پزشک فعال و عضو انجمن دیابت ایران) از تجربه خود چنین می‌گوید: "من پس از سال‌ها کار مستمر و مداوم احساس می‌کنم که هر جایی که یک فرد دلسوز، مدیریت می‌کند، اقدامات خیلی موثرتری رخ می‌دهد و این در کشوری مانند کشور ما که متأسفانه فرد محور است و نه سیستم محور بیشتر خود را نشان می‌دهد. در جایی مثل این شهرهای اسکاندیناوی که کارها سیستم محور پیش می‌رود، تفاوتی ندارد که چه کسی مسئول است چرا که هرکسی همان اقدامات را انجام می‌دهد و اگر هم کسی آگاه‌تر باشد می‌تواند با تهیه یک برنامه ساختاری به مجلس قانونگذاری برود و در آنجا کارها را اصلاح کند و تغییرات لازم را ایجاد نماید. ولی در کشور ما که سیستم محوری جای چندانی ندارد و با تغییر مدیران، کل ساختار و برنامه‌ها متغیر می‌شوند نمی‌توان صرفاً به سیستم اتکا کرد. بنابراین تجربه بنده نشان می‌دهد که همه چیز فرد محور است و اگر فردی پیگیر باشد و قدرت تعامل و انگیزه هم داشته باشد، اقدامات خوبی صورت می‌گیرد. در مورد کانون دیابت و اساساً کلیت اداره سلامت این قضیه به وضوح مشهود است. کانون‌های پیشگیری از دیابت اقدامی است که خیلی مفید بوده و جواب هم گرفته است، می‌توان از این طریق به بیماران کرونیک مثل بیماران دیابتی و فشارخونی کمک کرد. البته دنیا هم به این قضیه رسیده است"^۳.

- خانم فاطمه حسینی (دبیر کل کانون دیابت و دبیر دیابت منطقه ۲): "ما تجربیات زیادی در این کانون‌ها

۱. استناد به مصاحبه با سرکار خانم فاطمه شاطری دبیر کانون دیابت منطقه ۱۴.

۲. استناد به مصاحبه با دکتر عباسعلی عباسی

۳. استناد به مصاحبه با دکتر داود عباسی

بدست می‌آوریم. بنده مادرم دیابتی بود و البته خیلی آگاهی هم در مورد این بیماری نداشتیم، ایشان به دلیل همین کمبود آگاهی دچار مرگ زودرس شد. این موضوع انگیزه‌ای شد تا در کانون دیابت جذب شوم، چون بنده خودم هم دیابتیک هستم و این بیماری بر اثر استرس زیاد بر من عارض شد، نتیجه این فعالیت‌ها این بود که سبک زندگی بنده با مادرم خیلی تفاوت کرده است. من آگاهم که در چه واحد غذایی می‌توانم مصرف داشته باشم، چه موقع باید نزد پزشک بروم، چه زمانی باید چکاپ بدهم و غیره و نکته مهمتر اینکه همین موارد را فرزندان بنده یاد گرفته و رعایت می‌کنند. من می‌دانم که یک بیماری دیابتی هیچگاه به طور کامل خوب نمی‌شود ولی می‌تواند با ورزش، با تغذیه و با کاهش استرس طول عمر زیادی داشته باشد. اما فقط این نیست؛ مهمترین تجربه‌ی من در واقع کمک به دیگران بوده است. بنده در مراکز بیمارستانی دوره‌های زیادی دیدم و مراقبت از بیماران زیادی برعهده بنده بود و کمک به اینها لذت زیادی برای بنده داشت. به خاطر دارم که یک روز یکی از این بیماران قند خونش به شدت افت کرده بود و هم خودش و هم همسرش ترسیده بودند. من بلافاصله تماس گرفتم به ایشان آرامش دادم، با همسر بیمار صحبت کردم گفتم قندش را بگیر و اعلام کن، چیزی در حدود ۶۰ بود، بنده گفتم یک سیب یا چیزی این چنین که بیمار دوست دارد به ایشان بدهید بعد از یک ساعت که همچنان گوشی تلفن در دست بنده بود و بیمار را رصد می‌کردم گفتم الان قند بیمار را دوباره چک کنید، این بار چیزی در حدود ۹۹/۹ بود در این موقع دیگر به همسر بیمار گفتم که دیگر جای نگرانی نیست و الان می‌تواند یک یک میان وعده هم بخورد. بعد از این حادثه بیمار، نجات یافت و بنده هم خیلی خوشحال شدم^۱.

- خانم زهرا مرآتی (پرستار و دبیر کانون دیابت منطقه ۱۳): "برای بنده بسیار تجربه خوبی بوده است. چرا که هم باعث شد تجربیات خودم را در قالب مشاوره در اختیار دیگران بگذارم علاوه بر اینکه این تلاش منجر به ارتباطات نزدیک بنده با مردم محله شد. بنده برکت این تلاش‌ها را در زندگی دیده‌ام چراکه دعاها و خیری که افراد برای بنده داشتند بسیار زیاد بوده است، به خصوص آن زمانی که صبح‌ها قند خون می‌گرفتیم. در آن زمان با خیل جمعیت مردمی مواجه بودیم که از صبح زود در کنار درب خانه سلامت تجمع می‌کردند و منتظر بودند که قندخونشان را کنترل کنیم، از ما سوالات زیادی می‌شود و بنده و همکاران هم تلاش زیادی برای در اختیار گذاشتن تجربیات خود به ایشان داشتیم و به افراد بیمار هم نشانی پزشکان معتمد را ارائه می‌دادیم^۲."

- سرکار خانم شهربانو میوه‌چی (دبیر کانون دیابت منطقه ۳): "فعالیت در این کانون تجربیات زیادی برای شخص بنده به همراه داشته است. به واسطه این کانون، دوستان و آشنایان بسیار زیادی یافتیم که اقدامات بسیار ارزشمندی با آنها صورت گرفت که یک نمونه از آنها تشکیل گروه گری بود که در فرهنگسرای ارسباران، تالار وحدت و غیره برنامه‌های موفق و ارزشمندی اجرا کرد. با مسئولان زیادی در شهرداری آشنا شدم که پیش از این آنها را نمی‌شناختم. بواسطه این آشنایی، دهکده دیابت در پارک ملت با دستور آقای دکتر سلیمی سرپرست وقت شهرداری صورت گرفت که بسیار طرح موفقی بود. از طرف دیگر در همین کانون پیوندهای خانوادگی زیادی بین

۱. استناد به مصاحبه با سرکار خانم فاطمه حسینی

۲. استناد به مصاحبه با سرکار خانم زهرا مرآتی

افراد رخ داد، بسیاری از خانواده‌ها با یکدیگر آشنا شده و وصلت کردند که به خودی خود اتفاق بسیار مبارکی بود. علاوه بر اینکه موجب کمک‌رسانی متقابل بین اعضا شد، به عنوان نمونه، چند سال پیش یک آقای از آمریکا به ایران برگشته بودند، اتفاقی به سرای محله و خانه سلامت آمدند و قند ایشان را که بررسی کردیم در حدود ۴۵۰ بود. به ایشان کمک‌های زیادی شد تا اینکه قندشان از ۴۵۰ به ۱۵۰ تقلیل و ثابت شد بعد ایشان به جبران این زحمت، نذر فرهنگی کردند و برای بانوان محله کلاس زبان دایر نمودند^۱.

- سرکار خانم بهارک یوسفی (متخصص تغذیه و دبیر کانون دیابت منطقه ۴): "شرکت در کانون دیابت باعث شده است که غصه‌هایم زیاد شود، وقتی می‌بینم که آمار بیماری‌هایی مثل پوکی استخوان، دیابت و غیره چقدر در جامعه افزایش پیدا کرده است. در سال ۱۳۷۹ یک پژوهشی انجام شد که نشان می‌داد پوکی استخوان در قشر اغلب سالمندان وجود دارد ولی الان در پژوهش‌های جدید پوکی استخوان بیداد می‌کند. آمار پوکی استخوان در سن جوانی بسیار زیاد است یا پیشتر از این پوکی استخوان در آقایان به ندرت دیده می‌شد در حالی که الان اغلب آقایان پوکی استخوان دارند. پوکی استخوان بیماری است که وابسته به هورمون و تغذیه است و با مصرف لبنیات ارتباط نزدیکی دارد. از سوی دیگر باورهای غیر علمی و غلطی که بسیار در سطح جامعه ما رواج دارد و متأسفانه تلاش زیادی هم برای رفع این مسائل صورت نمی‌گیرد. این باورهای غلط به علم، اعتقادات دینی و خود جامعه ما ضربات زیادی زده و خواهد زد"^۲.

- خانم شراره کاکاوند (دبیر کانون دیابت منطقه ۱۷): "مهمترین تجربه بنده کار در طرح HPH بود که زیر نظر خانم دکتر الهی در بیمارستان ضیائی‌ان صورت گرفت، است. در این طرح بیماران دیابتی که ساکن منطقه ما بودند شناسایی و اقدامات لازم برای ارائه خدمات مراقبتی فراهم آمد. افرادی که تازه از بیماری خود اطلاع یافته بودند، جامعه هدف طرح بودند. ابتدا از این افراد اطلاعاتی در قالب گفتگو اخذ می‌شد، سپس بعد از ترخیص از بیمارستان، این فرد مورد کنترل و مراقبت ما قرار می‌گرفت، بدین صورت که سه روز بعد از ترخیص با او تماس حاصل می‌شد و پیگیر احوال و وضعیت سلامتی او می‌شدیم و سؤالاتی پیرامون مصرف به موقع داروها، رعایت اصول تغذیه وی می‌شدیم، بعد وی را به کانون دعوت می‌کردیم و از آنجایی که معمولاً خانم مهندس رجب هر یک ماه یا دو ماه به منطقه ما می‌آمدند برای مشاوره، زمینه برای حضور بیماران فراهم می‌شد تا اطلاعات لازم تغذیه‌ی دیابتی برای آنها صورت پذیرد. در زمان‌هایی هم که نوبت انجام تست قند خون پنهان (A1C) افراد می‌شد وظیفه ما پیگیری این افراد بود و با همکاری خانم دکتر الهی، مراکز آزمایشگاهی خاصی هماهنگ شده بود که این افراد برای انجام تست قند خون پنهان خود در نوبت‌های متوالی مراجعه نمایند و وظیفه بنده هم کنترل کامل این پروسه مراقبتی بود. علاوه بر این طرح، حضور و فعالیت بنده در کانون باعث شد که از ابتلای به همسر، فرزندم و خودم به بیماری دیابت جلوگیری کنم و این اطلاعات را به سایر افراد هم محلی خود هم منتقل نمایم که به دلیل این حضور، ارتباطات زیادی بین اعضای کانون شکل گرفت و منجر به مرادوات خارج از کانون نیز شد"^۳.

۱. استناد به مصاحبه با سرکار خانم شهربانو میوه‌چی

۲. استناد به مصاحبه با خانم بهارک یوسفی

۳. استناد به مصاحبه با خانم شراره کاکاوند

- سرکار خانم طاهره لاله (دبیر دیابت منطقه ۹): اول اینکه این عضویت باعث گستره ارتباطات بین بنده با هم محله‌ای شده است و این مورد نه تنها در مورد شخص بنده، بلکه در مورد همه اعضای کانون هم رخ داده است. دوم اینکه این حضور منجر به افزایش آگاهی اعضای دیابتیک و خانواده‌های آنها شده است که بسیار کمک کننده برای آنها بوده است، سوم اینکه حضور و فعالیت در این کانون باعث شده است که خدمتی برای دیگران انجام دهیم، خود بنده با همکاری با مسئول خانه سلامت محله، کارتی برای اعضای دیابتی طراحی کردیم که اعضا بتوانند با این کارت تست قند خون رایگان در برخی از آزمایشگاه‌های معروف محله انجام دهند یا اینکه با پزشکان معتمد محلی صحبتی صورت گرفت که آنها هفته‌ای یکبار در سرای محله مهرآباد جنوبی (کوکب) برای عموم مردم صحبت نمایند. البته تمام هماهنگی‌های این بخش برعهده بنده بود. علاوه بر این منجر به انجام کارهای داوطلبانه فرامنطقه‌ای شد و بنده با همکاری تیم از پرستاران داوطلب به منطقه فرحزاد مراجعه کردیم و به کودکان افغانستانی که رها شده بودند واکسن فلج اطفال زدیم^۱.

- سرکار خانم شاطری (فوق لیسانس مدیریت، دارای مدرک پراتیک از علوم پزشکی شهید بهشتی و دبیر کانون دیابت منطقه ۱۴): "تعامل بسیار زیاد با اعضا و جذب شهروندان با انتقال پیام صحیح، کمک به بهبود ۱۵۰۰ تا ۱۷۰۰ بیمار دیابتی بواسطه کار مستمر، کار در مراکز نظامی و خانواده‌های ایشان که به دلیل ساختار سازمانی آنجا بسیار دشوار است، استفاده از ظرفیت کانون معلولین و اعضای هنرمند این کانون برای ترویج آموزش‌های عمومی دیابت در سطح محله و منطقه، کمک به محلات محروم منطقه از طریق همکاری با اداره سلامت برای ایجاد کلینیک سیار سلامت بیش از ده بار به‌طور واقعی. اما به غیر از این موارد، یک تجربه که بوسیله اقدام بنده میسر شد این بود که بواسطه مراجعه بنده به کلینیک زخم پای دیابت (وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی) با کادر آنجا ارتباطی برقرار شد که این ارتباط منجر به دسترسی بنده به بروشورهایی شد که در مورد زخم پای دیابت بود و بواسطه پخش این بروشورها، همایش‌های هفتگی با حضور بهترین پزشکان حوزه دیابت از جمله: دکتر ابطحی، ابراهیمی و غیره برگزار شد که استقبال بی‌نظیری توسط مردم محله برای شرکت در این همایش‌های هفتگی صورت می‌گرفت. یا یک تجربه دیگر که به امسال (یعنی به دوره شیوع بیماری کرونا) مربوط می‌شود نحوه فعالیت در میادین میوه و تره‌بار است. خب ما هر سال برای بررسی تست قند و آموزش‌های لازم حداقل یکبار به میادین میوه و تره‌بار مراجعه می‌کردیم ولی امسال این امر میسر نشد، بنده پیشنهادی دادم که براساس آن قرار شد یک بنر بزنیم در میادین میوه و تره‌بار با این مضمون که «من دوست شما هستم، ممکن است مرا امروز در سبد خانوار قرار بدهی» و بعد یک سبد طراحی کرده بودیم از سیب، سبزیجات، و کلیه واحدهای غذایی برحسب واحدهای پیشگیری از دیابت. نتیجه این اقدام آن بود که بنا به اعلام خود مراکز میوه و تره‌بار میانگین اقلامی همچون کرفس، کدو، هویج و هرچیز که مبتنی بر واحدهای پیشگیری از دیابت بود افزایش معناداری نسبت به سایر هفته‌ها داشت. این قضیه نشان داد که مردم ما بسیار هوشمند عمل می‌کنند."

- آقای مسعود مغربی (کارشناس روانشناسی و دبیر کانون دیابت منطقه ۵): بیشتر تجربه خوب من به استقبال از

۱. استناد به مصاحبه با سرکار خانم طاهره لاله

کلاس‌های روان‌شناسی که برگزار می‌کردم و خدمتی که به مردم محله داشتم برمی‌گردد و طرح جامع جمع‌آوری آمارها و اطلاعات در مناطق بیست و دوگانه".

- خانم ناهید عارف‌نیا (عضو فعال کانون دیابت منطقه ۱۳): درک این نکته که یک دیابتی توی هیچ چیزی محرومیت ندارد بلکه محدودیت دارد، مراقبت از فرزندانم که آنها مثل بنده به دیابت مبتلا نشوند و افزایش توانمندی در حوزه دیابت، چون بسیاری از دوره‌های دیابت را گذرانده‌ام و حتی توانستم چند نفر را در زیرمجموعه خودم حمایت مستمر کنم، یعنی به مدت یکسال من اطلاعات را از این افراد می‌گرفتم و به سوپروایزر خودمان انتقال می‌دادم، در آن مدت خیلی چیزها آموختم".

- خانم مهرناز تهرانی (از اعضای فعال کانون دیابت منطقه ۴): "درک بیماری، اینکه این بیماری را چگونه کنترل کنیم، چه غذاهایی بخوریم، چه مراکزی برای کنترل دیابت وجود دارند، چه پزشکانی می‌توانند به ما کمک کنند، چه ورزش و تحرکی برای ما مفید است، چه قدر تحرک لازم است و در کنار این، دوستان زیادی که پیدا کردم".

- خانم افسانه سربندی (از اعضای فعال کانون دیابت منطقه ۱۴): "افزایش ارتباطات و تقویت روحیه، بواسطه فعالیت در کانون از حالت کسالت و یکنواختی خارج شدم و با افراد زیادی ارتباط گرفتم و توانستیم برای سایر امور زندگی هم از یکدیگر کمک بگیریم"^۱.

- سرکار خانم گیتا ابراهیمی (از اعضای فعال کانون دیابت منطقه ۲): "آموزش در مورد کنترل قند خون، زمان‌های انجام تست، زمان‌های مراجعه به پزشک. اکنون بواسطه این آزمایشات بنده به خواهران خودم راهنمایی میدهم، چه اقداماتی انجام دهند که بیماری آنها بدتر نشود یا به دوستان خودم آموزش میدهم برای پیشگیری از بروز بیماری. علاوه بر اینکه اینجا خیلی از خانم‌های همسن و سال خودم را یافته‌ام که با هم دوست شدیم، سن ما رفته بالا و نمی‌توانیم با جوان‌ترها دوست شویم، ولی با گروه همسالان مراودات زیادی داریم که یک مورد هم منجر به ازدواج شد و الحمدا... زندگی خوبی هم دارند"^۲.

- خانم مریم ابراهیمی مقدم (از اعضای فعال کانون دیابت منطقه ۳): "این کلاسها عالی بودن. بنده نت برداری می‌کردم. اطرافیانم را راهنمایی می‌کردم. غذا خوردنم اصلاح شد. متوجه شدم تغذیه باید چگونه و چه ساعتی باشد. استاد ما با همین برنامه‌ریزی قند ۴۰۰ را آورده بود روی ۸۰. که حتی دیگه بیمار قرص مصرف نمی‌کرد. دوستانی داشتم که همه موفق شده بودند قندشان را بیاورند پایین. آن هم بدون دارو فقط با اصلاح برنامه غذایی. از طرف دیگر بواسطه این کلاسها ارتباطات ما زیاد شد آن هم در شرایطی مثل الان که مردم همه سرشان در لاک خودشان هست و کمتر تمایل به ارتباط با دیگران دارند. ولی اینجا باعث افزایش ارتباط شد دوستانی پیدا کردیم که باهم به پیاده‌روی می‌رویم. علاوه بر این گروه کر بانوان را تشکیل دادیم. همایش‌های سگته مغزی که برای سالمندان برگزار شد باعث شد خیلی چیزها بیاموزیم و نگرش‌مان نسبت به سالمندی تغییر کند"^۳.

۱. استناد به مصاحبه با سرکار خانم افسانه سربندی

۲. استناد به مصاحبه با سرکار خانم گیتا ابراهیمی

۳. استناد به مصاحبه با سرکار خانم مریم ابراهیمی مقدم.

۶-۴- شناسایی نیاز در کانون‌های پیشگیری از دیابت

یکی از اهداف مُصرح تشکیل کانون‌های دیابت، همچنان که در شیوه‌نامه های ابلاغی نیز آمده است، شناسایی نیاز است که در کنار اطلاع‌رسانی و آموزش، سه رکن اصلی اهداف این کانون‌ها قلمداد می‌شوند. در مورد اطلاع‌رسانی و آموزش به تفصیل بحث شد، اما اقدام شناسایی نیاز افراد مبتلا به دیابت نیازمند توضیح و واکاوی است. یکی از پرسش‌های این مستندنگاری از مسئولین اداره کل سلامت به این موضوع اختصاص داشت که دکتر عباسعلی عباسی در این مورد توضیحاتی ارائه نمودند:

به عقیده ایشان این نیاز به معنای نیاز آموزشی است و نباید با برآوردن نیاز غیرآموزشی اشتباه شود. به عبارتی باید دید که یک فرد مبتلا به دیابت چه نیازهایی دارد. این نیازهای آموزشی عرصه گسترده‌ای را شامل می‌شود، یعنی ممکن است کسی که مبتلا به دیابت باشد و به دلیل قطع عضو نتواند در کلاس‌های کانون شرکت کند و یکی از اعضای خانواده‌اش شرکت کرده باشند بنابراین نیاز آموزشی این فرد با اعضای دیگر متفاوت است. اما به غیر از این بحث، اداره کل سلامت بواسطه اینکه زیرساختی دارد و یک تعداد شرکایی در حوزه سلامت دارد می‌تواند به صورت غیر سیستماتیک کمک‌هایی را به افراد نسبت به رفع برخی از نیازهای آن داشته باشد. مثلاً خیرینی که در یک محله هستند و با سرای محله ارتباط دارند، آنها از طریق همکاری با سرای محله و مبتنی بر نیاز به عنوان مثال افراد مبتلا به دیابت نیازمند پک‌های بهداشتی، گاهی تجهیزات یا دارو تهیه نموده‌اند. البته این رفع نیاز به هیچ وجه سیستماتیک نبوده است. یا به عنوان مثال یکی از کارهایی که امسال و در این شرایط کرونا انجام گرفت، این بود که براساس نیاز سه گروه (افراد مبتلا به دیابت، افراد دارای معلولیت یا سالمندان)، که به پزشک متخصص نیاز داشتند و در این شرایط هم برقراری ارتباط با آنها دشوار بود، از جانب زیرمجموعه اداره سلامت هماهنگی‌هایی صورت گرفت و لیست پزشکان آماده به خدمت با ساعت‌هایی که می‌توانند خدمات بدهند آماده شد و توسط خانه‌های سلامت به همه اعضای این کانون‌ها اعلام شد. گاهی اوقات هم ممکن است یک نیاز شناسایی شود و اداره نتواند آن را جامه عمل بپوشاند ولی به آن افراد آگاهی داده می‌شود که برای رفع مشکل خود کجا مراجعه نمایند^۱.

۷-۴- دورنمای مورد انتظار از کانون‌های پیشگیری از دیابت^۲

از کانون های پیشگیری از دیابت انتظار می رود که:

۱. کانون پیشگیری از دیابت در میان جمعیت هدف در سطح محله شناخته شده باشد.

اینکه هر کانونی بتواند اعضای بالقوه را در هر محله بشناسد. بدین معنا که وقتی از کانون دیابت محله الف صحبت می‌شود، باید نسبت قابل قبولی از افرادی که دچار دیابت هستند یا دغدغه دیابت دارند را شناسایی کرده باشد و مردم هر محله اطلاع داشته باشند که کانون دیابت در محله‌شان وجود دارد. حال اگر عضو نشد آن مرحله بعد است

۱. استناد به مصاحبه با دکتر عباسعلی عباسی.

۲. این بخش مبتنی بر نظرات خانم زینب نصیری مدیر کل سلامت تدوین شده است

ولی هدف این است که حتما باید اطلاع داشته باشند. پس یکی از مهمترین کارها اطلاع‌رسانی جامع در مورد وجود کانون‌هاست که باید برای تحقق این هدف تلاش گردد.

۲. از اتکا به ظرفیت‌ها و توانایی‌های فردی به سمت فعالیت‌های اجتماع محور حرکت نمایند.

در حال حاضر بسیاری از کانون‌های اجتماع محور، فرد محور هستند. انتظار این است که این کانون از فرد به یک کانون تبدیل شوند، یعنی بین ۵ تا ۷ نفری که دغدغه دیابت دارند و کاملاً قادرند که کار تیمی انجام دهند، به عبارتی افرادی که مصادیق کار تیمی و سمن‌ها را می‌شناسند، مسائل محله را می‌شناسند و قادر هستند با اداره کل چانه‌زنی کنند و بودجه برای کارشان بگیرند این چشم‌انداز اداره کل در مورد کانون‌هاست که در طرح همگام با سلامت هم همین هدف دنبال می‌شود.

۳. حرکت به سمت تبدیل کانون‌ها به یک کانون مردم نهاد و مستقل.

از آنجا که ساختار کانون، یک ساختار دموکراتیک محله‌ای منطقه‌ای و دبیر کلی است باید این ساختار را تقویت کنیم، البته در بین همکاران افرادی وجود دارند که مخالف تبدیل CBO به NGO هستند، چرا که فکر ایشان آن است که اگر این اتفاق رخ دهد کانون‌ها دیگر نیروی اداره نیستند. ولی نگاه فعلی اداره کل سلامت این است که اینها اصلاً قرار نیست که نیروی شهرداری باشند، نهاد مدیریت شهری تهران قرار بود کمک کند در حوزه‌هایی که ما CBO محلی نداریم این تشکل، شکل بگیرد. رویکرد فعلی اداره کل این است که به کانون‌ها کمک شود تا تبدیل به سمن‌هایی مستقل بشوند تا قادر باشند نه فقط از اداره کل سلامت شهرداری تهران بلکه از همه سازمان‌ها مطالبه بکنند^۱.

۸-۴- نقدی پیرامون وضعیت کانون‌های پیشگیری از دیابت

نقد وضعیت و عملکرد کانون‌های پیشگیری از دیابت، ابتداً نقدی نیست که ناظر بر عملکرد دبیران یا اعضای اجتماع محلی باشد، چرا که این شهروندان با تلاش مستمر و بدون چشمداشت و در درون نارسایی‌های ساختاری تلاش‌های گسترده‌ای برای کمک به سایر آحاد جامعه داشته‌اند که یقیناً زنده بودن این کانون‌ها منوط به تلاش آنهاست، بلکه این نقد مربوط به پیامدهای ساختاری است که در کنار جنبه‌های مفیدی که برای اعضا داشته است سویه‌های مخربی را نیز دربردارد.

وجود بسترهای بازاریابی درمانی در کانون‌های پیشگیری از دیابت

یکی از مهمترین پیامدهای آسیب‌زای این ساختار، شکل گرفتن سازوکارهای اردوگاهی منفعت‌طلبانه کلینیک‌های پزشکی است که اعضای کانون‌های دیابت را به مثابه یک منبع مالی مطمئن و همیشگی برای تداوم درآمدهای خود می‌بینند و برای بازاریابی به این کانون‌ها مراجعه می‌کنند. استراتژی این کلینیک‌ها آن است که معمولاً با ظاهری انسان دوستانه وارد کانون می‌شوند و به صورت رایگان یک جلسه برای اعضا می‌گذارند و افراد زیادی را جذب دانش خود می‌نمایند، سپس برای ادامه مباحث و یا درمان‌های تکمیلی آنها را به کلینیک خود راهنمایی می‌کنند، وقتی که اعضای کانون‌ها به این کلینیک‌ها مراجعه می‌کنند، رویه بوروکراتیک آنها افراد را مجبور می‌کند که تن به حجم

۱. به استناد مصاحبه با سرکار خانم زینب نصیری.

زیادی از آزمایش‌ها، تست‌ها، چکاپ‌ها، ویزیت‌ها و غیره دهند و از آنجایی که معمولاً این کلینیک‌ها به مثابه یک مگامال، انواع زیادی از تخصص‌های پزشکی را درون خود جمع کرده است، برای همه اعضای بیمار یک مرجع تعیین می‌کند. با توجه به ماهیت بیماری دیابت که علاوه بر پزشک غدد باید به چشم پزشک، پزشک قلب و عروق، کلیه و مجاری ادراری، متخصص تغذیه، متخصص روانشناس یا روانپزشک و غیره مراجعه کند و مسلماً در هر بخشی هم آزمایش و چکاپ و غیره پیش روی دارد، این بیماران منبع مالی بسیار خوب برای بنگاه اقتصادی درمانی به شمار می‌آیند. به نظر می‌رسد در بسیاری از مواقع مکانیزم پزشک رایگان اغلب کلینیک‌ها برای آموزش و یا چک کردن وضعیت بیماران مبتلا به دیابت در کانون‌های پیشگیری از دیابت، به قصد گردش مالی است که متعاقب آن صورت می‌گیرد و متأسفانه خواسته یا ناخواسته بسیاری از مدیران سرای محلات، مسئولین خانه‌های سلامت و سایرین نیز با آنها همکاری می‌کنند. یکی از مهمترین گلایه‌مندی اعضا در مراوداتی که با یکدیگر داشتند و سخن برخی از دبیران معطوف به این ساز و کارهای بنگاهداری و اردوگاهی بوده است. به زعم این افراد، اغلب پزشکان و کلینیک‌ها برای کار داوطلبانه یا خیر اقدامی صورت نمی‌دهند بلکه اگر کوچکترین قدمی برمی‌دارند توقعی در پس آن دارند. این مورد در مورد بررسی کف پای بیماران مبتلا به دیابت و سایر قسمت‌های دارویی و درمانی هم مصداق دارد. شرکت‌های دارویی که نه به قصد انجام مسئولیت اجتماعی بلکه صرفاً برای تداوم سازوکار بنگاهداری وارد همکاری با کانون‌ها می‌شوند.

مساله دیگر نگرش اسپانسر یافتن خانه‌های سلامت، سرای محلات است. سازوکار اسپانسرینگ تنها در راستای مسئولیت اجتماعی آن شرکت معنا دارد، به عبارتی شرکتی که در طول سال سود سرشاری را از راه‌های گوناگون به دست می‌آورد و حتی در بسیاری از مواقع هم برای شهروندان مسئله ایجاد می‌کند باید برای حفظ و مراقبت از جامعه‌ای که در آن فعالیت می‌کنند هزینه کند حتی اگر گاهی منجر به محدود کردن حیطه فعالیت خود باشد (حیطه مسئولیت اجتماعی صرفاً هزینه کرد مالی نیست) ولی در اینجا نگاه به اسپانسرها، در تداوم آن چیزی است که به صورت واقعی، برای شهروندان مسئله ایجاد می‌کند. مثلاً نمونه‌هایی در دهه گذشته وجود دارد که یک شرکت ساخت دستگاه قند خون یا فشار خون، در یک مناسبت خاص با اعضای کانون دیابت وارد همکاری می‌شود تا به اصطلاح خدمتی به مردم انجام داده باشد در حالی که در اصل فرایند بازاریابی خود را تکمیل می‌کند و با پرداختن وجهی به زیرمجموعه‌های نهاد مدیریت شهری، از مردم منتفع می‌شود و جالب اینکه بسیاری از مسئولین هم البته از این کار استقبال می‌کنند و آن را نشانه حرکتی مفید تلقی می‌کنند، چون همواره نگاه یک مدیر شهری این است که باید درآمدزایی کند و فعالیت‌های سودآوری را دنبال کند تا به عنوان یک مدیر موفق شناخته شود. تفکیک دقیق شرکت‌های مسئولیت پذیر در حوزه پیشگیری از دیابت از شرکت‌هایی که به اسم مسئولیت پذیری اجتماعی یا اسپانسرینگ در پی کسب سود و منفعت خود هستند موضوع بسیار حائز اهمیتی است که اگرچه به نظر می‌رسد توسط اداره کل سلامت قابل تمییز و تشخیص است اما وقتی در سطح مناطق و محله‌های شهر تهران گسترش می‌یابد مسئله‌ای پیچیده و نیازمند مذاقه است.

پیامد دیگر این ساختار، تولید سوژه خودمراقب است. «فوکو» این مفهوم را در ذیل نظریه «حکومت‌مندی» بسیار

خوب توضیح می‌دهد، حکومت‌مندی به معنای هنر حکومت است، هنر حکومت بدین معناست که چگونه رفتار مردم به طور غیرمستقیم در راستای ذهنیت خاصی هدایت شود، تحت عقلانیت‌های خاصی ضابطه‌مند شود و به صورت کنش‌های محاسبه‌پذیر در آید. نقطه‌ی آشکار تحلیل در نگاه با لنز حکومت‌مندی این نیست که چه چیزی اتفاق افتاد و چرا؟ بلکه سوال اینجاست که در ارتباط با مسئله‌ای خاص (فی المثل بیماری دیابت) چه سازمان‌ها یا تشکل‌هایی، برای نیل به چه اهدافی و از طریق چه استراتژی‌ها و تکنیک‌هایی به وجود آمده‌اند؟

در جامعه‌ای مانند ایران که سیاست‌های سلامت تنها به بخشی کوچکی از آن (یعنی فقط درمان^۱) می‌پردازند و بی‌توجهی درازمدتی گریبانگیر مساله سلامت بوده است و اندک اقداماتی هم که انجام شده است دچار شکست نسبی شده‌اند^۲، باید سوژه‌های خود مراقب تولید شوند. مساله سوژه خود مراقب بیش از هر چیز در دوران حاکمیت نئومحافظه‌کاران کارآمدی داشته و دارد، در ارتباط با این نوع از حاکمیت باید سوژه به خود خودمراقب، خود تنظیم‌گری تبدیل شود که به صورت یک امر فراگیر مسئولیت زندگی خود را بپذیرد و در همان مسیری حرکت کند که وجه عقلانیت حکومت‌مندی طالب آن است. در حاکمیت نئومحافظه‌کارانه، دولت یک به یک از وظایف خود عقب‌نشینی می‌کند و امور اساسی زندگی همچون سلامت تحت عنوان سازمان‌های مردم‌نهاد به خود مردم واگذار می‌شوند و همچنان که اشاره شد بنگاه‌های اقتصاد برنده بزرگ این میدان خواهند شد.

۱. و آن هم نه به درستی
۲. مانند طرح تحول نظام سلامت

۵. چالش‌ها و مشکلات کانون‌های پیشگیری از دیابت

مهمترین چالش‌ها و مشکلات کانون اجتماع محور پیشگیری از دیابت بنا به روایت دست‌اندرکاران و اعضای کانون پیشگیری از دیابت عبارتند از:

- عدم وجود نگاه و رویکرد نهادینه شده کار داوطلبانه در جامعه
- وجود نگاه درآمد زایی و منفعت طلبی به فعالیت های اجتماع محور
- توجه به فعالیت های مناسبی در برابر فعالیت های زیربنایی و مستمر در کانون ها: دیابت کار مداوم و مستمر می طلبد
- محدودیت در انجام اقدامات ترویجی، تبلیغ و اطلاع رسانی
- تضاد منافع بین مدیران محلات، مسئولین خانه های سلامت و دبیران کانون های دیابت
- ضرورت هویت بخشی به دبیران و اعضای کانون های دیابت
- کمبود امکانات آموزشی و مالی برای حمایت و توسعه برنامه های مرتبط
- فقدان استراتژی و راهبرد منسجم و مستمر بین سازمان های دولتی و غیر دولتی مرتبط با حوزه دیابت

• فقدان ماتریس همکاری مشترک بین سازمان های دولتی و غیر دولتی مرتبط با حوزه دیابت
همچنین برآیند پژوهش حاضر چالش های دیگری را نیز پیش روی کانون های پیشگیر از دیابت می داند که بدان اشاره می گردد.

• بستر کار محلی در فضایی که از خودبیگانه است. فضای از خودبیگانه ای که در آن اعضای یک اجتماع احساس تعلق و امنیت ندارند بستر مناسبی برای درگیری در یک مساله مهم نیست .

• برخورد شیوه نامه ای با کانون دیابت و ساخت یافتن آن در بستر خانه سلامت که مسئولین آن، با محدود کردن دامنه اقدامات دبیران، زمینه را برای کوچک تر کردن آن فعالیت های لازم فراهم می آورند.
• تولید سوژه ای از خود مراقب، در جایی که دولت از تمام حوزه های مسئولیتی خود و بویژه مسئولیت در قبال سلامت، عقب نشینی کرده است.

• ایجاد یک سازوکار اردوگاهی برای ورود عنصر سرمایه و منفعت رسانی به بنگاه های اقتصادی درمانی با همکاری مستقیم یا غیر مستقیم مدیران محلات.

• کمبود همکاری بین بخشی برای ورود به حوزه سلامت با توجه به چند بُعدی بودن مساله سلامت.
• مساله عدم توازن بین نیروها در جایی مثل محله و وجود ذینفعان متعدد با تضاد منافع عمیق و آشکار.

• تمرکز زدایی از قدرت از بالا به پایین و سوء استفاده از نیروهای انسانی کانون براساس خواست مدیران و مسئولان نهاد مدیریت شهری و یا سایر نهادهای قدرت.

منابع

۱. ابوذری لطف. مرضیه (۱۳۹۳)، تحلیل توصیفی گفتمان‌های دولت‌های پس از انقلاب اسلامی: در حوزه توسعه اقتصادی (۹۲-۱۳۵۷)، فصلنامه مطالعات سیاسی، سال هفتم، شماره ۲۶.
۲. سعیدی. علی اصغر (۱۳۹۰)، بررسی عوامل تاثیر گذار بر میزان گرایش شهروندان تهرانی به مشارکت در ورزش همگانی، طرح درون سازمانی. دفتر مطالعات اجتماعی و فرهنگی شهرداری تهران.
۳. صفری شالی. رضا (۱۳۹۵)، گفتمان عدالت دولت‌های پس از انقلاب دو حوزه سلامت، فصلنامه مطالعات راهبردی، سال ۱۹، شماره ۴.
۴. قاراخانی. معصومه (۱۳۹۲)، دولت و سیاست سلامت در ایران (سال ۱۳۶۰ تا ۱۳۸۸ ش)، فصلنامه علوم اجتماعی، شماره ۶۱.
۵. گزارش فعالیت کانون‌های اجتماعی سلامت محور (۱۳۹۶)، معاونت امور اجتماعی و فرهنگی اداره کل سلامت.
۶. هاروی. دیوید (۲۰۱۶)، چالش رشد در آمریکای ترامپ - در گفتگو با دیوید هاروی، ترجمه حمید قیصری، مجله اینترنتی آبسکورا (جستارهایی در علوم اجتماعی انتقادی) به نشانی: <http://obscura.ir/?p=257>

کانون‌های اجتماع محور سلامت گامی است در راستای گشودن فضای مشارکت شهروندان در حوزه سلامت و توجه به برنامه‌ریزی‌های از پایین به بالا در حوزه سلامت شهری در مقیاس محلی.

کانون‌های سلامت با هدف ارتقاء سطح سلامت، آگاهی و مشارکت اجتماعی شهروندان، افزایش مشارکت‌های داوطلبانه و ساماندهی آن در محله‌های شهر تهران، واگذاری مسئولیتها و افزایش اثربخشی فعالیت‌های شهروندان در حوزه سلامت با حمایت اداره کل سلامت در شهر تهران تشکیل گردیده است.

یکی از نخستین کانون‌های اجتماع محور سلامت در شهر تهران **کانون دیابت** است.

این مستندنگاری بر آن است تا ضمن ارائه تاریخچه‌ای از روند شکل‌گیری و فراز و فرود کانون‌های دیابت در سطح شهر تهران، گزارشی از عملکرد آن به دست دهد و بر اساس اطلاعات ارائه شده به طرح چالش‌های پیش روی این طرح و پیشنهاداتی برای مواجهه با این چالش‌ها بپردازد.



معاونت امور اجتماعی و فرهنگی