

مدیریت یک برنامه‌ی مداخلاتی مبتنی بر جامعه بر اساس اطلاعات حاصل از ارزشیابی فرایند: برنامه‌ی قلب سالم اصفهان*

نضال صراف زادگان^۱، موسی علوی^۲، کتایون ربیعی^۳، حیدرعلی عابدی^۴، احمد باهنر^۵، سونیا زرفشانی^۶

چکیده

مقدمه: ارزشیابی برنامه‌های مداخلاتی مبتنی بر جامعه، گامی اساسی و زیربنایی در راستای اصلاح و هدایت برنامه‌ها به سمت اهداف نظام سلامت است. مطالعه‌ی حاضر، راهنمایی مدیریت برنامه و تصمیم‌گیری جهت اصلاح مسیر از طریق ارزشیابی کیفی فرایند (Process evaluation) یک برنامه‌ی مداخلاتی/آموزشی مبتنی بر جامعه تحت عنوان برنامه‌ی قلب سالم اصفهان (IHHP) یا Isfahan Healthy Heart Program (IHHHP) را گزارش کرده است. این برنامه با هدف پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیر واگیر شکل گرفته است. ارزشیابی این برنامه هدف کسب بینش نسبت به اجرای مداخلات را دنبال می‌کند.

روش بررسی: مطالعه‌ی حاضر یک مطالعه‌ی کیفی است. جامعه‌ی مورد مطالعه شامل سیاست‌گذاران، مدیران، معریان و همکاران اصلی پروژه و نیز ذی‌نفعان برنامه‌ی قلب سالم اصفهان بودند. مکان انجام مطالعه، مشابه با محل‌های اجرای پروژه‌های مداخلاتی برنامه در شهرستان اصفهان، زمان آغاز مطالعه سال ۱۳۸۴ و زمان پایان تحلیل سال ۱۳۸۷ بود. اطلاعات از طریق انجام مصاحبه با نمونه‌ای هدفمند از ۶۰ نفر به دست آمده، با بهره‌گیری از روش تحلیل محتوای کیفی مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: حاصل تحلیل داده‌های کیفی در قالب چندین دسته طبقه‌بندی شدند که چهار مورد از مهم‌ترین آن‌ها شامل تجارب از منابع، نگرش به مداخلات، عوامل انگیزشی و مشارکت پایدار گزارش گردید.

نتیجه‌گیری: این مطالعه برخی از عوامل زیربنایی مؤثر بر اجرای مداخلات آموزشی مرتبط با مدیریت سلامت را آشکار ساخت که مهم‌ترین بخش آن را می‌توان به عوامل انسانی در سطح عاملین اجرایی تعبیر کرد. نتایج مطالعه با تأکید بر نقش حیاتی منابع در پیشبرد مداخلات آموزشی نشان داد که کیفیت‌های انسانی مانند نوع نگرش و میل به حرکت به سمت تغییر، تأثیر عمده‌ای بر پذیرش منابع مصرف شده و مداخلات آموزشی، به ویژه از جانب مدیران و عاملین اجرایی داشت. پیشنهاد می‌گردد که پذیرش این برنامه‌ی آموزشی مبتنی بر جامعه و برنامه‌های مشابه، از جانب مخاطبان و به ویژه عاملین اجرایی به عنوان عاملی تعیین‌کننده در نحوه‌ی مدیریت و در نتیجه موفقیت برنامه مورد توجه قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: ارزیابی نتایج و فرایند؛ آموزش بهداشت؛ مدیریت.

نوع مقاله: تحقیقی

پذیرش مقاله: ۱۳۸۷/۱۰/۲۸

اصلاح نهایی: ۱۳۸۷/۱۰/۱۳

دریافت مقاله: ۱۳۸۷/۲/۹

ارجاع: صراف زادگان نضال، علوی موسی، ربیعی کتایون، عابدی حیدرعلی، باهنر احمد، زرفشانی سونیا. **میزان مدیریت یک برنامه‌ی مداخلاتی مبتنی بر جامعه بر اساس اطلاعات حاصل از ارزشیابی فرایند: برنامه‌ی قلب سالم اصفهان.** مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۸۹؛ ۷(۳): ۲۹۳-۳۰۳.

مقدمه

ارتقای سلامت در جامعه به طور معمول با مدیریت مناسب این سیستم صورت می‌گیرد. تعیین اهداف مرتبط با ارتقای سلامت و اولویت‌های آن، روش دستیابی به این اهداف، بودجه‌ی لازم جهت دستیابی به اهداف، کارمندان مورد نیاز برای انجام فعالیت‌ها و در نهایت برنامه‌ریزی جهت پایدار ماندن فعالیت‌ها از اهم وظایف سیستم‌های مدیریت سلامت است (۱). امروزه

* این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی شماره ۸۴۱۲۳ می‌باشد که توسط مرکز تحقیقات قلب و عروق دانشگاه علوم پزشکی اصفهان حمایت شده است.
۱. استاد، کاردیولوژی، رئیس مرکز تحقیقات قلب و عروق دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
۲. دانشجوی دکتری تخصصی، پرستاری، مرکز مراقبت‌های پرستاری و مامایی و مرکز تحقیقات آموزش علوم پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
۳. دکترای حرفه‌ای، پزشکی، مرکز تحقیقات قلب و عروق دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. (نویسنده‌ی مسؤول)
E-mail: kt.rabiei@gmail.com
۴. دانشیار، پرستاری، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان، اصفهان، ایران.
۵. دکترای حرفه‌ای، پزشکی، مرکز تحقیقات قلب و عروق دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
۶. کارشناس، زیست‌شناسی، مرکز تحقیقات قلب و عروق دانشگاه علوم

به این که IHHP بر اساس نیازهای جامعه و در راستای اصلاح شیوه‌ی زندگی از طریق اجرای مداخلات کم هزینه، قابل اندازه‌گیری و قابل ادغام در جامعه طراحی شد، جمع‌آوری اطلاعات مربوط به مداخلات از اصول اساسی مدیریت این برنامه بود. به همین دلیل در راستای کسب بینش نسبت به نحوه و صحت اجرای فاز مداخلاتی برنامه، دریافت بازخورد از فرایند کار و استفاده از آن برای ارتقای پروژه‌های مداخلاتی، هم‌زمان با اجرای مداخلات، جهت طراحی و اجرای برنامه‌ی ارزشیابی فرایند اقدام شد. این برنامه‌ی ارزشیابی در قالب دو بخش کمی (شامل طراحی و اجرای پرسش‌نامه‌های متعدد) و کیفی به اجرا درآمد.

مطالعات مختلفی به سودمندی ارزشیابی فرایند در برنامه‌های مختلف مبتنی بر جامعه (Community-based) به منظور راهنمایی برنامه‌ریزان در کسب بینش جهت تصمیم‌گیری برای تخصیص منابع و اصلاح فرایند کار اشاره کرده‌اند (۹-۱۲). به طور معمول بخشی از ارزشیابی فرایند به صورت کیفی بوده و از رویکردهای کیفی در اجرای آنها بهره‌گیری شده است (۱۳، ۱۴). جمع‌آوری اطلاعات به دست آمده از ارزشیابی فرایند می‌تواند مدیریت برنامه را در طراحی مداخلات موفق، قابل ادغام و کم‌هزینه یاری دهد.

مطالعه‌ی ارزشیابی حاضر، با هدف کسب بینش نسبت به اجرای مداخلات آموزشی، راهنمایی مدیریت برنامه و تصمیم‌گیری جهت اصلاح مسیر برنامه به انجام رسید که در این گزارش، نتایج بخش کیفی ارزشیابی فرایند ارائه می‌گردد. نتایج این مطالعه ضمن ایجاد بینش نسبت به برخی از جنبه‌های اجرایی این برنامه، می‌تواند راهنمایی برای مدیریت برنامه‌های آموزشی مبتنی بر جامعه در محیط‌ها و موقعیت‌های مشابه باشد.

روش بررسی

پژوهش حاضر با بهره‌گیری از رویکرد تحلیل محتوای کیفی (Qualitative Content Analysis) انجام شد. مکان انجام پژوهش شهرستان اصفهان، زمان آغاز مطالعه سال

پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیر واگیر به خصوص بیماری‌های قلبی عروقی، یکی از اولویت‌های ارتقای سلامت در جهان است. آموزش برای پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیر واگیر به ویژه بیماری‌های قلبی عروقی یکی از استراتژی‌های کلیدی و مقبول در راستای پیشبرد اهداف نظام سلامت است. شیوع بالای این بیماری‌ها (۲)، مرگ و میر (۴)، و هزینه‌های انسانی و اقتصادی ناشی از آن (۵)، بیش از پیش بر اهمیت به کارگیری برنامه‌های جامع آموزشی مبتنی بر جامعه و با مشارکت نزدیک مخاطبان این خدمات تأکید دارد (۶). بدین ترتیب در سال ۸۰-۱۳۷۹ برنامه‌ی قلب سالم اصفهان (IHHP) به عنوان برنامه‌ی مداخلتی/آموزشی با دورنمای شش ساله در راستای پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیر واگیر طراحی و آغاز شد. این برنامه در شهرهای اصفهان، نجف‌آباد (به عنوان شهرهای مداخله) و اراک (به عنوان شاهد) به اجرا درآمد (۷). فاز اول یا فاز مقدماتی، وضعیت موجود را در شهرهای مذکور مورد بررسی قرار داده، فاز دوم و سوم برنامه نیز به ترتیب طراحی/اجرای مداخلات (فاز اجرایی یا مداخلاتی) و بررسی برآیندهای حاصل از اجرای برنامه (فاز ارزشیابی/برآورد نتایج نهایی) را شامل می‌شد (۸). فاز اجرایی برنامه متشکل از ده پروژه‌ی مداخلاتی با گروه‌های هدف مختلف و با محوریت تعدیل و کنترل مهم‌ترین عوامل خطرزای بیماری‌های غیر واگیر به ویژه بیماری‌های قلبی عروقی از طریق افزایش فعالیت بدنی، تغذیه‌ی صحیح، کنترل دخانیات و تنش‌های عصبی و به طور کلی اصلاح شیوه‌ی زندگی بود. پروژه‌های مداخلاتی به طور عمده شامل اجرای برنامه‌های جامع آموزشی در سطوح مختلف فردی، گروهی و عمومی، همراه با مجموعه‌ای از تغییرات محیطی و سیاست‌گذاری به منظور دستیابی به اهداف برنامه و متناسب با گروه‌های هدف یا محور تمرکز مداخلات بودند.

طراحی چنین برنامه‌های مداخلاتی جامعی نیاز به یک سیستم مدیریت کارآمد دارد. تعیین اهداف، نحوه‌ی اجرا، دستیابی به اهداف کوتاه مدت و دراز مدت و امکان پایداری چنین مداخلاتی از نگاه مدیریت حایز اهمیت هستند. با توجه

اطلاعات به آن‌ها اطمینان داده شد. هر مصاحبه از ۴۵ تا ۶۰ دقیقه به طول انجامید. جهت تحلیل اطلاعات از روش تحلیل محتوای کیفی استفاده و به ترتیب گام‌های زیر دنبال گردید. ابتدا محتوای مصاحبه‌ها به دقت گوش داده شده و کلمه به کلمه بر روی فرمت انتقال داده شد. در مراحل بعد به ترتیب تم‌ها به عنوان واحدهای تحلیل (Unit of analysis) انتخاب و متون مصاحبه در قالب عبارات و جملات معنی‌دار استخراج شدند. در ادامه دسته‌ها (Categories) و طرح‌های کدبندی (Coding scheme) به صورت استقرایی از داده‌ها مشتق شدند و در این مسیر از روش مقایسه‌ی مداوم (Constant comparison method) بهره‌گیری شد. در ادامه، قواعد کدبندی (Coding rules) تا حصول دسته‌بندی نهایی و بازسازی معانی (Reconstructions of meanings) برای تحلیل تمام متون مصاحبه‌ها به کار گرفته شد (۱۵).

جهت اطمینان از صحت و دقت (Rigor) یافته‌های مطالعه از روش‌های پیشنهاد شده توسط Guba و Lincoln استفاده شد (۱۶). باور پذیری (Credibility) از طریق چک کردن صحت یافته‌ها با تجارب شرکت کنندگان حاصل شد؛ به طوری که تناقضی بین کدها و تم‌های استخراج شده با محتوای مصاحبه‌ها وجود نداشته باشد. جهت حصول قابلیت اطمینان (Dependability) از ترکیب روش‌های جمع‌آوری اطلاعات (Triangulation of methods) استفاده شد؛ به طوری که علاوه بر مصاحبه‌ی حضوری با شرکت کنندگان، مستندات مکتوب، در صورت موجود بودن، بررسی می‌شد. به عنوان مثال هنگام مصاحبه با مدیر یک پروژه‌ی مداخلاتی، پس از ارایه‌ی تجارب در زمینه‌ی موانع و محدودیت‌های اجرای مداخله به منظور تأیید تجارب، مستندات مربوط (مانند دستورالعمل‌ها، قراردادهای، آمار و ارقام، درخواست‌ها و ...) تقاضا مورد بررسی اجمالی قرار می‌گرفت. همچنین متون کدبندی شده با نمونه‌های مشابه تحلیل شده توسط فرد دیگر از نظر مطابقت کدهای وارد شده (Inter-coder agreement) چک گردیده، ویرایش‌های لازم به عمل می‌آمد که جهت

۱۳۸۴ و زمان پایان تحلیل سال ۱۳۸۷ بود. جامعه‌ی مورد مطالعه متشکل از مدیران برنامه‌ی قلب سالم اصفهان و ذی‌نفعان برنامه شامل دست اندرکاران اجرایی پروژه‌های مداخلاتی (از جمله اعضای همکار پروژه‌ها و کارکنان در نهادها و سازمان‌های ذی‌نفع) بودند. شرکت کنندگان با روش مبتنی بر هدف به پژوهش وارد شدند. به طوری که بتوانند سؤال پژوهش را کاوش کرده و منعکس نمایند (۱۵). معیار ورود به مطالعه شامل دارا بودن تجربه‌ی همکاری در اجرای مداخلات (برای دست اندرکاران اجرایی) و نیز متأثر شدن از اجرای مداخلات (برای افراد ذی‌نفع) بود؛ به طوری که این افراد از مکان‌های مداخله انتخاب شدند. نمونه‌گیری در هر یک از پروژه‌های مداخلاتی تا حصول اشباع نسبی اطلاعات ادامه یافت. در هر پروژه ۶ نفر مورد مصاحبه قرار گرفتند و مجموع افراد شرکت کننده در مطالعه به ۶۰ نفر رسید که مجریان و رابطین پروژه‌های مداخلاتی و افراد ذی‌نفع را شامل می‌شد. معیار کفایت تعداد شرکت کنندگان در مطالعه، به اشباع رسیدن اطلاعات (Data saturation) بود. جهت جمع‌آوری اطلاعات از روش مصاحبه‌ی بدون ساختار استفاده شد. سؤال محوری از دست‌اندرکاران اجرایی عبارت بود از این که «چه تجاربی از اجرای مداخله در آن محیط دارند و چه عوامل و شرایطی در مسیر دستیابی به دستاوردهای منتخب پروژه بر آن‌ها را تأثیر داشته است؟» و از افراد ذی‌نفع نیز در مورد این که «اجرای مداخله چه تجارب و دستاوردهایی را برای آن‌ها به همراه داشته است و چگونه با آن مواجه شده‌اند؟» سؤال شد. این سؤالات محوری منطبق با مداخله‌ی مربوط و در روند انجام مصاحبه با افراد مختلف بنا به ضرورت، تعدیل و یا تشریح می‌شد. افراد مصاحبه کننده ۵ نفر از اعضای نظام سلامت با حداقل سطح کارشناسی بودند که پس از دریافت آموزش‌های لازم و اطمینان از صلاحیت به کار گرفته شدند. در آغاز هر مصاحبه ضمن ارایه‌ی توضیحاتی در زمینه‌ی اهداف ارزشیابی و چگونگی انجام آن، رضایت آن‌ها به منظور شرکت در پژوهش جلب گردید. قبل از شروع مصاحبه با کسب اجازه از شرکت کنندگان جهت ضبط مصاحبه‌ها، در مورد محرمانه ماندن

اجرای طرح از بین داوطلبین مخاطبان برنامه تأمین گردد. به عنوان نمونه، بسیاری از مواد آموزشی که در پروژه‌های کارکنان بهداشتی و یا پروژه‌ی بیماران تهیه شده بود، توسط پرستاران به منظور آموزش سایر پرستاران به کار گرفته می‌شد. به عنوان نمونه شرکت کننده‌ی شماره‌ی ۶ (پروژه‌ی بیماران) بیان داشت:

«ما (همکاران پروژه) power point‌هایش را آماده می‌کنیم، پمفلت‌ش را در واقع ما می‌دهیم به پرستاران که مشکلی نداشته باشند؛ ولی آموزش دهنده پرستارها هستند»

از سوی دیگر واگذار کردن ارایه‌ی آموزش‌ها به کارکنان مراقبتی درمانی با مشکلات و محدودیت‌های ثانوی مواجه بود، که کمبود وقت و فشار کاری کارکنان از آن جمله می‌باشند و شرکت کنندگان آن را با کمبود نیروی انسانی مرتبط دانسته‌اند. نمونه‌هایی از گویه‌های شرکت کنندگان برای حمایت از این یافته آورده شده است:

«مشکل عمده‌ای که وجود دارد این است که متأسفانه پرسنل پرستاری بیمارستان‌ها تعدادشان خیلی کم است ...» (شرکت کننده‌ی شماره‌ی ۶ پروژه‌ی بیماران و افراد در معرض خطر)

«ما امکان این کار (پیگیری اجرای مداخلات آموزشی) را نداریم، بیمارستان ما یک پرسنل محدود دارد و یک بار کاری فوق‌العاده زیاد» (شرکت کننده‌ی شماره‌ی ۷، پروژه‌ی بیماران و افراد در معرض خطر)

اهمیت تجهیزات و مواد آموزشی نیز پس از منابع انسانی به عنوان یکی از اجزای جدایی ناپذیر مداخلات آموزشی به گونه‌های مختلف مورد تأکید واقع شد. نکته‌ی قابل توجه این است که این دسته از منابع به صورت متمرکز توسط مدیریت اجرایی برنامه‌ی قلب سالم تهیه نشده و در واقع به صورت خود- ایفا توسط ذی‌نفعان برنامه‌ها (متشکل از سازمان‌ها، مؤسسات و ...) تأمین شده است؛ که این امر را می‌توان نمادی از تلاش برای نهادینه کردن فرهنگ مشارکت در یک برنامه‌ی آموزشی مبتنی بر جامعه قلمداد کرد. مصداق این اقدام در نمونه‌ی تجربی یکی از شرکت کنندگان منعکس شده است:

اطمینان از وضوح و استحکام (Clarity and consistency) طبقه‌ها پیشنهاد شده است (۱۵).

در نهایت نتایج به دست آمده از این ارزشیابی کیفی به همراه نتایج حاصل از سایر مطالعات کمی، به مجریان پروژه‌ها و نیز شورای عالی IHHP، که بالاترین مرجع تصمیم‌گیری این برنامه بود (۱۷)، جهت اصلاح، ادامه و یا توقف مداخلات ارایه می‌شد. به طور معمول مجریان در جلسات بین پروژه‌ای و نیز جلسات شورای عالی، بر اساس اطلاعات به دست آمده، ادامه‌ی اجرای مداخلات را طراحی می‌کردند.

یافته‌ها

یافته‌های حاصل از مطالعه‌ی کیفی ارزشیابی فرایند برنامه‌ی آموزشی/مداخلاتی قلب سالم اصفهان در قالب ساختار مفهومی وسیعی ارایه شد که در ادامه برخی از مهم‌ترین دسته‌های (Category) منتخب ارایه می‌شوند:

تجارب از منابع: معنای «منابع» در این مطالعه شامل تمام عوامل تسهیل کننده‌ای است که در جهت پیشبرد اهداف پروژه‌های آموزشی/مداخلاتی به کار گرفته شده است. تجربیات نشان داده‌اند که دسترسی به منابع، یکی از مهم‌ترین چالش‌های پیش روی اجرای مداخلات آموزشی بوده است. به همین دلیل یکی از مهم‌ترین و پرچالش‌ترین مسؤولیت‌های شورای عالی برنامه‌ی قلب سالم، مدیریت منابع بود. در موقعیت‌هایی که منابع متناسب، کافی و بهنگام در دسترس عاملین اجرایی قرار می‌گرفت، روند پیشرفت مداخلات آموزشی رضایت‌بخش و منطبق با اهداف برنامه بود و در شرایطی که خللی بر این امر وارد می‌شد (همانند کمبود امکانات، محدودیت منابع انسانی و پیرو آن کمبود نیروی در دسترس، افزایش بار کاری کارکنان، انتقال یا تغییر و تحول پست‌های مدیران و عاملین اجرایی و ...)، قسمتی از یک پروژه‌ی اجرایی به طور موقت به حالت تعلیق درآمده یا با اشکال مواجه می‌گشت. در بین منابع لازم، منابع انسانی در تمام پروژه‌ها در راستای اجرای مداخلات از اهمیت ویژه‌ای برخوردار بود و تلاش می‌شد نیروی انسانی

کارکنان به وجود خواهد آورد» (شرکت کننده‌ی شماره‌ی ۲، پروژه‌ی محیط کار).

از این رو می‌توان وجود نگرش منفی از سوی مخاطبان را به عنوان یکی از موانع و خطرات اجرای پروژه‌های آموزشی/مداخلاتی IHHP در نظر گرفت. عوامل انگیزشی:

انجام برخی فعالیت‌ها و مواجهه با برخی شرایط، به عنوان محرک‌هایی قوی توانسته‌اند در ایجاد اشتیاق و تمایل بیشتر در جهت پذیرش مداخلات آموزشی از طرف شرکت کنندگان و فعال کردن آنان تأثیرگذار باشند؛ یکی از شرایط مذکور تقویت مثبت است که در مطالعه‌ی حاضر از طرق زیر حاصل گشته است:

الف. آموزش اثربخش: این مفهوم گویای شرایطی است که طی آن فراگیران از دریافت آموزش رضایت داشته، آن را کاربردی و منطبق بر موقعیت‌های تجربه شده در محیط کار دانسته‌اند، به عنوان نمونه یکی از پرسنل پرستاری شاغل در بخش قلب از دریافت مطالب کاربردی ضمن آموزش ابراز رضایت کرده و از برخی مباحث حاشیه‌ای و غیر کاربردی که مبتنی بر نیازهای بیماران نیست، انتقاد می‌نماید:

«مبحثی که در مورد (کنترل) سیگار بود خیلی به درد من خورد...» (شرکت کننده‌ی شماره‌ی ۶، پروژه‌ی پرسنل بهداشتی).

«مریض یک چیز کلی می‌خواهد، می‌پرسد کی من می‌توانم رانندگی کنم ... برخی از این‌ها که در کلاس مطرح شد آن جوابی که مریض‌ها از ما می‌خواهند را نداشت» (شرکت کننده‌ی شماره‌ی ۶، پروژه‌ی بیماران و افراد در معرض خطر).

ب. تقویت مثبت: مجریان و دست‌اندرکاران برنامه توانسته‌اند به دنبال آرایه‌ی بازخورد مطلوب به رفتارهای بهداشتی و صحیح مخاطبان، در آنان انگیزه‌ی بیشتری جهت پذیرش و ادامه‌ی رفتارهای مطلوب ایجاد نموده و الگوهای مثبت را تقویت نمایند، به عنوان نمونه در «پروژه‌ی مداخلاتی محیط کار» جهت تشویق کارکنان به ترک سیگار از روش‌های تشویقی استفاده شده است:

«تمام وسایل و امکانات را خود بیمارستان تهیه کرده، کسی کمکی نکرده ...» (شرکت کننده‌ی شماره‌ی ۵، پروژه‌ی بیماران و افراد در معرض خطر).

در این مطالعه معنای «نگرش» شامل عقاید و احساسات مثبت و منفی کلیه‌ی مجریان، ذی‌نفعان و سایر مخاطبین برنامه‌ی قلب سالم نسبت به مداخلات آموزشی اجرا شده، عاملین اجرایی و یا اهداف برنامه است. یافته‌ها تأکید کردند که نگرش مثبت به ویژه در عاملین اجرایی برنامه، یکی از شاه‌راه‌های اجرای کامل و مؤثر پروژه‌های آموزشی/مداخلاتی بوده، پذیرش بیشتر برنامه‌های آموزشی از جانب مخاطبین را به همراه داشته است. به عنوان نمونه تجربه‌ای از یک شرکت کننده (شماره‌ی ۶ از پروژه‌ی بیماران و افراد در معرض خطر) آورده شده است:

«سوپروایزرهای آموزشی (بیمارستان‌ها) خیلی علاقمند شدند ... یک فولدر هم چاپ کردیم که بیماران را آموزش بدهیم... به نظر می‌رسد که کار به نسبت موفق است. یک سری از پزشکان درخواست دادند که برای مطب‌هایشان آماده کنیم ...»

یکی از ابعاد این مفهوم، «نگرش به اثربخشی برنامه» است. یافته‌ها نشان دادند که از جمله دلایل مقاومت برخی اعضای کادر درمانی و مسؤولین در مقابل برنامه‌ها، عدم وقوف کامل به اهداف برنامه و نگرش منفی آنان نسبت به اثربخش بودن برنامه‌ها می‌باشد. وجود چنین نگرش‌هایی از طرف مخاطبین و ذینفع‌ها، مجریان برنامه را بر آن داشته است تا بخش قابل توجهی از وقت و انرژی خود را در این مسأله صرف نمایند:

«در ابتدای کار، تاحدی از طرف آشپز، کارگر و پرسنل مقاومت می‌شد ... بله مقاومت‌ها جدی بود» (شرکت کننده‌ی شماره‌ی ۵، پروژه‌ی محیط کار).

«از جمله موانع، عدم همکاری بعضی از کارفرمایان بود ... چون برنامه‌ای که ما می‌خواهیم (در مورد ورزش کارکنان) اجرا کنیم، تغییراتی هر چند اندک در ساعات (کاری) کارخانجات و

شود، نمی‌شود ... شناسایی نمی‌شوند، (برخورد با) آن (کسی) که کار می‌کند و آن‌که بد کار می‌کند یکسان است ...» (شرکت کننده‌ی شماره‌ی ۴، پروژه‌ی پرسنل بهداشتی)

۵. حساس سازی: حساس‌سازی به معنای ایجاد جوی پذیرنده و آماده جهت استقبال از برنامه‌ها و مفاهیم آموزشی برنامه‌ی قلب سالم است. نمونه‌ای از تجارب شرکت کنندگان این مفهوم را حمایت می‌کند:

«... (حاضر) در آن سمینارها فهمیدند که چه قدر این پیشگیری ثانویه، آموزش بازتوانی برای بیماران مهم بوده ...» (شرکت کننده‌ی شماره‌ی ۲).

هم‌چنین یافته‌ها نشان داد که مخاطبین به دنبال کسب آگاهی از اثرات مثبت سبک زندگی سالم هستند و نیز با اطلاع از عواقب الگوهای غیر بهداشتی رفتار، به رفتارهای مثبت اهمیت بیشتری داده و در تحقق آن‌ها تلاش بیشتری می‌نمایند:

«الان طوری شده که اگر در طول هفته یک یا دو بار سبزی یا لبنیات ندهند، خود پرسنل به بهداشت رستوران معترض می‌شوند ...» (شرکت کننده‌ی شماره‌ی ۳، پروژه‌ی محیط کار) مشارکت پایدار:

یافته‌ها تأکید کردند که اجرای مداخلات وسیع آموزشی بدون جلب حمایت، مشارکت فعال و همیاری سایر مؤسسات مرتبط، امکان‌پذیر نبوده و به عبارتی تداوم اجرای مداخلات آموزشی متضمن تداوم روابط بین مؤسسات ذی‌نفع بوده است. این مشارکت در خلال مجموعه‌ای از روابط (رسمی و غیر رسمی) به صورت درون/ بین سازمانی صورت پذیرفته است. به عنوان نمونه:

«یک سری کلیاتی را در نظر گرفتیم و به کلیه رستوران‌ها، قنادی‌ها، اغذیه‌فروشی‌ها در ارتباط با این که (مصرف) روغن یا شکر را کمتر کنند، (تذکر دادیم) و این موارد را به کلیه‌ی آن‌ها ابلاغ و آن‌ها را ملزم به اجرای آن کردیم ...» (شرکت کننده‌ی شماره‌ی ۳، پروژه‌ی تغذیه).
«با آن‌ها (مسئولین بیمارستان‌ها) تفاهم‌نامه امضا کردیم

«برنامه‌هایی که ما الان داریم که ترک کن و جایزه بگیر... برنامه ریزی شده» (شرکت کننده‌ی شماره‌ی ۱).

«مسابقاتی در مورد مبارزه با مواد مخدر و ترک سیگار بین همکاران، فرزندان و خانواده‌هایشان گذاشتیم که حتی آن‌ها را هم دخالت بدهیم ... مثل کاریکاتور» (شرکت کننده‌ی شماره‌ی ۳).

از دیگر نمونه روش‌های انگیزی به کار گرفته شده در پروژه‌های مداخلتی می‌توان تهیه‌ی پمفلت‌های آموزشی با تصاویر هشدار دهنده و جذاب، تهیه‌ی نشریه با موضوعات مرتبط با قلب سالم، تدارک برنامه‌های ورزش دسته جمعی برای کارکنان و برنامه‌های پایش برای تغییر رفتار را نام برد.

ج. فعالیت‌های خلاق: به تجربه‌ی شرکت کنندگان، به دنبال تدارک برخی فعالیت‌ها و خلق برخی موقعیت‌ها، می‌توان با افزایش انگیزه در راستای توجه به اهمیت پیشگیری، درمان و بازتوانی قلبی، همکاری بیشتر ذی‌نفعان را جهت تحقق اهداف آموزشی برنامه جلب کرد. به عنوان نمونه یکی از مجریان (شرکت کننده‌ی شماره‌ی ۱) پروژه‌ی بیماران و افراد در معرض خطر در توصیف اقدامات صورت گرفته جهت جلب مشارکت پرسنل، بیماران و خانواده‌های آنان گفت:

«... پایگاه درست کردیم، کلیه‌ی پمفلت‌ها و پوسترهایی را که از مرکز تحقیقات در اختیارمان قرار گرفت (نصب کردیم) ... در واقع (این) اطلاعیه‌های آموزشی موجب جلب توجه بیماران می‌شد»

د. شناسایی و قردانی: این زیر دسته (Sub-category) به یکی از چالش‌های اجرای مداخلات اشاره دارد که به ویژه در بیمارستان‌ها جاری است. به این معنا که رفتارهای معطوف به اهداف مداخلات و برنامه، تنها در پی قردانی و شناسایی به سمت نهاده‌ی شدن پیش رفته‌اند:

«الان آموزش بها پیدا کرده است؛ به طوری که در ارتقای شغلی و همه‌ی ارزشیابی‌هایشان تأثیر دارد، (به این دلیل است) که از این طرف خودشان به دنبال آموزش می‌آیند.» (شرکت کننده‌ی شماره‌ی ۱، پروژه‌ی پرسنل بهداشتی)
«پرسنل انگیزه ندارند. چون ارزشی که باید به پرستار داده

آن است که سیاست‌گذاران برنامه‌ی قلب سالم به منظور ارتقای پذیرش و اجرای مداخلات آموزشی، به جای اتخاذ موضع متمرکز، درصدد به حداقل رساندن فاصله‌ی بین برنامه‌ریزی و اجرای مداخلات بودند. در این راستا، مجریان و همکاران پروژه‌ها از جامعه‌ی هدف (شامل ذی‌نفعان و مخاطبین و افراد جامعه) انتخاب شده، به طور مستقیم در امور مربوط به سیاست‌گذاری و اجرای برنامه‌ها دخالت داده شدند. به همین دلیل، اجرای مداخلات با احساس مسؤلیت و مشارکت مضاعف جامعه‌ی هدف (از جمله مؤسسات و سازمان‌های مختلف)، منجر به پایداری مشارکت آنان در اجرای مداخلات برنامه‌ی قلب سالم شد.

بحث

یافته‌های این مطالعه با معرفی برخی از مهم‌ترین مسایل تجربه شده در زمینه‌ی اجرای یک برنامه‌ی وسیع آموزشی/مداخلاتی مبتنی بر جامعه، سعی دارد تا ضمن ایجاد بینش نسبت به فرایند اجرا، راهنمایی مناسب جهت طراحی و مدیریت سایر برنامه‌های آموزشی در محیط‌ها و موقعیت‌های مشابه را فراهم آورد. نتایج ارزشیابی کیفی در وهله‌ی اول بر اهمیت منابع در شروع و تداوم اجرای برنامه‌های آموزشی IHHP تأکید داشت. برنامه‌ی قلب سالم اصفهان قصد داشت ضمن نهادینه کردن فرهنگ آموزش و مشارکت عمومی در بین اقشار مختلف ذی‌نفعان و مخاطبین، حرکتی داوطلبانه و خود-ایفا را به سمت پذیرش سبک زندگی سالم خلق نماید؛ از این رو نتایج مطالعه بیانگر ضرورت دسترسی بیشتر و بهنگام به منابع برای تداوم حرکت به سوی این امر مهم بود. این یافته هم‌راستا با نتایج سایر مطالعات و مستندات موجود، ضمن تأکید بر نقش سرنوشت ساز منابع انسانی، اقتصادی و تکنولوژیکی (۲۱-۱۸)، بار دیگر صحت عبارت کلیشه‌ای «کارمند بیشتر، تعلیم و مهارت بیشتر، مصادف است با نظام سلامت قوی‌تر» (۲۲) را تصریح نمود.

نتایج مطالعه نشان داد که ایجاد و یا استفاده از بستر مناسب و محیطی که پذیرای برنامه‌ها و تغییرات جدید باشد،

که بتوانیم از طریق آن‌ها آموزش‌ها را انجام بدهیم» (شرکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۶، پروژه‌ی پرسنل بهداشتی).

«مانع خاصی به نظر نیامد چون کسانی که با ایشان ارتباط برقرار کردیم، کسانی بودند که به یک نحوی با مرکز رابطه (مساعد و مثبت) داشتند و بیشتر از این روابط استفاده کردیم» (شرکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۲، پروژه‌ی پرسنل بهداشتی).

بنا به تجارب می‌توان مدعی بود که کیفیت این روابط، پیش‌بینی کننده‌ی کیفیت نتایج مطلوب بوده است؛ به عنوان نمونه یکی از همکاران پروژه در صنایع فولاد مبارکه می‌گوید:

«خوشبختانه به خاطر این که این‌جا (صنایع فولاد مبارکه‌ی استان اصفهان) مدیر خدمات عمومی فوق‌العاده بر این کار اصرار داشتند و دوست داشتند این کار (مداخلات مربوط به برنامه‌ی قلب سالم) در مجتمع انجام شود، هیچ مشکلی نبود، یعنی من هر درخواستی داشتم، از طریق نامه و یا تلفن پیگیری می‌کردم و سریع آن کار برای ما انجام می‌شد» (شرکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۵، پروژه‌ی محیط کار).

از سویی یافته‌ها ضمن تأکید بر اهمیت پایدار بودن روابط مشارکتی، گسستگی این روابط را به عنوان یکی مهم‌ترین چالش‌های موجود در جاری ساختن مداخلات و برنامه‌های آموزشی معرفی کردند:

«... در کل ما نتوانستیم با مرکز قلب و عروق همکاری داشته باشیم؛ چرا که همکاری‌ها خیلی مقطعی و خیلی ضربتی بود...» (شرکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۳، پروژه‌ی تغذیه)

«در (پروژه‌های) درون‌بخشی آدم‌ها ثابت‌تر هستند، معضلی که در ادارات داشتیم این بود که رابطه‌ها ۴ یا ۵ بار عوض می‌شدند که دوباره باید روی آن‌ها کار می‌کردیم» (شرکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۱، پروژه‌ی ادارات).

«این برنامه‌ها با موفقیت خیلی خوبی پیش رفت، با توجه به آن تعیین اهداف و برنامه‌ها روند برنامه خیلی خوب بود ولی با تغییر مدیریت آموزش سلامت و بازنشستگی (مسئول مربوطه) ... یک مقدار وقفه افتاد...» (شرکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۱، پروژه‌ی محیط کار).

مستندات مختلف از جمله یادداشت‌های در عرصه، حاکی از

(۲۴). این تأکید بر مشارکت به ویژه در حیطه‌ی بین بخشی، هم‌راستا با تلاش‌هایی است که بسیاری از کشورها در ترغیب رویکردهای مشارکتی برای آرایه‌ی خدمات مرتبط با ارتقای سلامتی دارند (۲۵).

نتیجه‌گیری

هر چند نتایج طرح‌های کیفی قابلیت تعمیم وسیع را ندارند؛ اما با در اختیار گذاشتن داده‌های کیفی ملموس و فراهم آوردن بینشی عمیق نسبت به پدیده‌ی مورد مطالعه، می‌تواند راهنمای پژوهشگران در موقعیت‌های مشابه باشند. نتایج این مطالعه ضمن معرفی برخی عوامل زیربنایی مؤثر بر اجرای موفق یا ناموفق مداخلات آموزشی، سودمندی ارزشیابی فرایند در این برنامه را مورد تأکید قرار داد. اطلاعات به دست آمده از این مطالعه برای مدیریت بهتر برنامه‌ی قلب سالم اصفهان مورد استفاده قرار گرفت. به عنوان مثال انتخاب محتوای برنامه‌های آموزشی کارکنان نظام سلامت بر اساس بازخوردهای حاصل از اجرای برنامه‌های اولیه صورت گرفت و در هر مرحله نیز تصمیم برای برقراری روابط و نوع آنها (رسمی یا غیر رسمی) با مدیران سازمان‌ها و بخش‌های ذی‌نفع بر اساس نتایج حاصل از ارزشیابی اجرای سیاست‌های سابق انجام می‌شد. همچنین مدیران و همکاران اجرایی مداخلات تلاش نمودند تا بیشترین توان و وقت خود را روی اجرای برنامه‌های تقویت مثبت و انگیزشی مؤثرتر و رضایت‌بخش‌تر صرف نموده و از این طریق به صرفه‌جویی در منابع کمک نمایند. انعکاس کامل این اطلاعات به شورای عالی IHHP سبب شد تا این شورا بتواند عوامل موفقیت و یا عدم موفقیت مداخلات را شناخته، روش اجرای آن‌ها را مورد بررسی قرار داده، راه‌های کوتاه‌تر رسیدن به اهداف از طریق مداخلات را بیابد. علاوه بر این بتواند راهکارهای مناسبی جهت برطرف کردن عوامل عدم موفقیت و یا اصلاح مداخلات طراحی نماید. با توجه به این‌که ارزشیابی کمی نیز از ارکان مهم ارزشیابی فرایند این برنامه بوده است، مدیریت این برنامه‌ی سلامت محور توانست مداخلات موفق را

از عوامل زیربنایی و پیش‌نیاز اجرای موفقیت‌آمیز مداخلات آموزشی در این برنامه است. نگرش مثبت مجریان، ذی‌نفع‌ها و مخاطبین نسبت به ماهیت و اجرای برنامه، از طرفی کاهش محدودیت‌های مربوط به منابع و از طرف دیگر افزایش تأمین نیازهای مربوط به اجرای پروژه‌ها از طریق تغییرات محیطی و سیاست‌های اتخاذ شده را به دنبال داشت.

بنابراین لازم است که جهت ارتقای اثربخشی این گونه برنامه‌های آموزشی مبتنی بر جامعه، قبل از صرف منابع، ضمن بررسی نگرش افراد تأثیرگذار (۲۳)، بستر لازم جهت پذیرش برنامه به ویژه از جانب مدیران اجرایی سازمان‌ها و سایر ذی‌نفع‌ها به منظور جلب همکاری آنان فراهم گردد. Carignani مدعی است که نگرش و ارزش‌های افراد، عامل اصلی در پایه‌ریزی یک فرهنگ سازمانی (Organizational culture) جدید است که می‌تواند با تسهیل پذیرش تغییرات، فرصت‌ها را با موفقیت همراه سازد (۲۴).

نتایج مطالعه بر ضرورت جلب مشارکت همه جانبه‌ی سازمان‌ها، مؤسسات و سایر ذی‌نفعان برنامه‌ی قلب سالم تأکید داشت. تجارب شرکت کنندگان نیز تأکید داشت که این جو موافق و پذیرنده، متعاقب ایجاد انگیزه‌ی کافی در مخاطبان برنامه حاصل شده است؛ که بخشی از آن منوط به دریافت بازخوردهای مثبت از اثربخشی راهکارهای انگیزشی است. به همین دلیل، این بخش از نتایج، اهمیت اتخاذ رویکردهای خلاقانه و متنوع در ارتقای پذیرش برنامه‌های مداخلاتی مشابه را تصریح می‌کند. با وجود تأکید بر اهمیت افزایش انگیزه و برانگیختن منابع انسانی برای پذیرش تغییرات، به ویژه از طریق راهکار اعطای پاداش (Reward system)، به نظر نمی‌رسد این راهکار از نظر پایداری (Sustainability) به تنهایی مؤثر باشد (۲۴).

هم‌راستا با نتایج سایر مطالعات (۲۷-۲۵)، تحلیل تجارب نشان داد که همکاری درون/ بین بخشی از عوامل مهم و تعیین کننده‌ی تداوم حرکت به سمت اهداف مطلوب این برنامه است. در حمایت از این یافته، هماهنگی سرویس‌های درون/ بین سازمان‌ها به عنوان یک اولویت معرفی شده است

مداخلات مؤثری مانند ارتقای نگرش و انگیزش، اجرای این فرایند از طریق جاری ساختن قوانین و نظارت دقیق حمایت گردد. در نهایت انجام پژوهش‌های آتی در زمینه تأثیر عوامل معرفی شده بر اثربخشی برنامه‌های آموزشی مبتنی بر جامعه، جهت مدیریت بهتر این برنامه‌ها در راستای ارتقای سلامت پیشنهاد می‌گردد.

شناسایی و روش‌های پایایی آن‌ها را در جامعه طراحی نماید.

پیشنهادها

با توجه به نتایج مطالعه می‌توان پیشنهاد نمود که در اجرای برنامه‌ی قلب سالم اصفهان و برنامه‌هایی با زمینه‌ها و محیط‌های مشابه، راهکارهای مشارکت درون‌ابین بخشی به دقت مورد بررسی و بازنگری قرار گیرد و ضمن بهره‌گیری از

References

1. Campbell B, Adjei S, Heywood A. From Data to Decision Making in Health: The Evolution of a Health Management Information System. Amsterdam: Royal Tropical Institute; 1996.
2. Sarrafzadegan N, Sayed - tabatabaei FA, Bashardoost N, Maleki A, Totonchi M, Habibi HR. The prevalence of coronary artery disease in an urban population in Isfahan, Iran. *Acta cardiol* 1999; 54(5): 257-63.
3. Emslie C. Women, men and coronary heart disease: a review of the qualitative literature. *J Adv Nurs* 2005; 51(4): 382-95.
4. Sarraf-Zadegan N, Boshtam M, Shahrokhi S, Naderi GA, Asgary S, Shahparian M, et al. Tobacco use among Iranian men, women and adolescents. *Eur J Public Health* 2004; 14(1): 76-8.
5. Tod AM, Lacey EA, McNeill F. I'm still waiting: barriers to accessing cardiac rehabilitation services. *J Adv Nurs* 2002; 40(4): 421-31.
6. Twinn S. The evaluation of the effectiveness of health education interventions in clinical practice: a continuing methodological challenge. *J Adv Nurs* 2001; 34(2): 230-7.
7. Sarraf-Zadegan N, Sadri G, Malek AH, Baghaei M, Mohammadi FN, Shahrokhi S, et al. Isfahan Healthy Heart Programme: a comprehensive integrated community-based programme for cardiovascular disease prevention and control. Design, methods and initial experience. *Acta cardiol* 2003; 58(4): 309-20.
8. Sarraf-zadegan N, Baghaei A, Sadri GH, Kelishadi R, Malekafzali H, Boshtam M, et al. Isfahan Healthy Heart Program: Evaluation of comprehensive, community-based interventions for non-communicable disease prevention. *Prevention and Control J* 2006; 2(2): 73-84.
9. Norman SA, Greenberg R, Marconi K, Novelli W, Felix M, Schechter C, et al. A process evaluation of a two-year community cardiovascular risk reduction program: what was done and who knew about it? *Health Education Research* 1990; 5(1): 87-97.
10. Blake SM, Jeffery RW, Finnegan JR, Crow RS, Pirie PL, Ringhofer KR, et al. Process evaluation of a community-based physical activity campaign: the Minnesota Heart Health Program experience. *Health Education Research* 1987; 2(2): 115-21.
11. Butterfoss FD. Process evaluation for community participation. *Annu Rev Public Health* 2006; 27: 323-40.
12. Rosecrans AM, Gittelsohn J, Ho LS, Harris SB, Naqshbandi M, Sharma S. Process evaluation of a multi-institutional community-based program for diabetes prevention among First Nations. *Health Educ Res* 2008; 23(2): 272-86.
13. Gance-Cleveland B. Qualitative evaluation of a school-based support group for adolescents with an addicted parent. *Nurs Res* 2004; 53(6): 379-86.
14. Rakotonanahary A, Rafransoa Z, Bensaid K. Qualitative evaluation of HIV/AIDS IEC activities in Madagascar. *Evaluation and Program Planning* 2002; 25(4): 341-5.
15. Johnson R, Waterfield J. Making words count: the value of qualitative research. *Physiother Res Int* 2004; 9(3): 121-31.
16. Speziale HS, Carpenter DR. Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.

17. Sarraf-Zadegan N, Sadri G, Malek AH, Baghaei M, Mohammadi FN, Shahrokhi S, et al. Isfahan Healthy Heart Programme: a comprehensive integrated community-based programme for cardiovascular disease prevention and control. Design, methods and initial experience. *Acta cardiol* 2003; 58(4): 309-20.
18. Ryan M. Human resource management and the politics of knowledge: linking the essential knowledge base of the organization to strategic decision making. *Leadership Organ Dev J* 1995; 16(5): 3-10.
19. Batljan I, Lagergren M. Inpatient/outpatient health care costs and remaining years of life--effect of decreasing mortality on future acute health care demand. *Soc Sci Med* 2004; 59(12): 2459-66.
20. Walt G, Antonius R, Dokoui S, Gray H, Haqq E, Hadley M, et al. The historical development of human resources policies in the health sector of four Caribbean territories: imitated or created? *Health Policy* 2002; 62(1): 85-101.
21. Eriksson S, Kaati G, Bygren LO. Personal resources, motives and patient education leading to changes in cardiovascular risk factors. *Patient Educ Couns* 1998; 34(2): 159-68.
22. Berer M. Human resources: an impersonal term for the people providing health care. *Reprod Health Matters* 2006; 14(27): 6-11.
23. Goodwin N. Leadership and the UK health service. *Health Policy* 2000; 51(1): 49-60.
24. Carignani V. Management of change in health care organisations and human resource role. *Eur J Radiol* 2000; 33(1): 8-13.
25. Sicotte C, D'Amour D, Moreault MP. Interdisciplinary collaboration within Quebec Community Health Care Centres. *Soc Sci Med* 2002; 55(6): 991-1003.
26. Jehn K. A multi-method examination of the benefits and determinants of intra group conflict. *Administrative Science Quarterly* 1995; 40(2): 245-82.
27. Hynes P, Kisson N, Hamielec CM, Greene AM, Simone C. Dealing with aggressive behavior within the health care team: a leadership challenge. *J Crit Care* 2006; 21(2): 224-7.



Management of an Interventional Community-Based Program Based on Information Resulted from Process Evaluation: Isfahan Healthy Heart Program*

Nizal Sarrafzadegan, PhD¹; Mousa Alavi², Katayoun Rabiei³; Heidar Ali Abedi⁴; Ahmad Bahonar⁵; Sonia Zarfeshani⁶

Abstract

Introduction: Evaluation of interventional community-based initiatives is a basic issue for improvement and management of programs toward the goals of the health system. This paper presents the qualitative part of the process evaluation (PE) of a community-based educational program entitled Isfahan Healthy Heart Program (IHHP) conducted for prevention and control of non-communicable diseases. PE of IHHP aimed to shed insight about implementing interventions, guiding program management and corrective decision makings have been done respectively.

Methods: This study is a qualitative one. The study population consisted of policy-makers, managers, principal practitioners and their coworkers as well as stakeholders of IHHP. The study was directed in the same place as practicing interventional projects located in Isfahan province. It was begun in 1384 and data analysis phase was completed in 1387.

The data were collected through conducting interview with a purposive sample of 60 participants and were analyzed using qualitative content analysis method.

Results: qualitative data categorized in several headings. The present paper reports four of most important them namely experiences of resources, attitude towards interventions, motivating factors and consistent partnership.

Conclusion: Emphasizing on usefulness of qualitative data in process evaluation of IHHP, findings of the present study disclosed some of the effective underpinning factors that the most important of them have been described as “executive level human factors”. The study findings emphasized on the vital role of the resources, nevertheless “accepting” the used resources as well interventions specifically on behalf of managers and executive agents were primarily affected by their humanistic qualities such as attitude and willingness to moving towards aimed change. Accepting the program in behalf of users and specifically executive agents must be considered in such a vast community-based educational program.

Keywords: Outcome and Process Assessment (Health Care); Health Education; Management.

Type of article: Original Article

Received: 29 Apr, 2009

Accepted: 18 Jan, 2010

Citation: Sarrafzadegan N, Alavi M, Rabiei K, Abedi H, Bahonar A, Zarfeshani S. **Management of an Interventional Community-Based Program Based on Information Resulted from Process Evaluation: Isfahan Healthy Heart Program.** Health Information Management 2010; 7(3): 303.

* This article resulted from research project No. 84123 funded by Isfahan Cardiovascular Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

1. Professor, Cardiologist, Isfahan Cardiovascular Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

2. PhD Student, Nursing, Nursing and Midwifery Care Research Center, Medical Education Research Center (MERC), Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

3. MD, MPH, Medicine, Isfahan Cardiovascular Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. (Corresponding Author) Email: kt.rabiei@gmail.com

4. Associate Professor, Nursing, Khorasgan Branch, Isfahan Azad University, Isfahan, Iran.

5. MD, MPH, Medicine, Isfahan Cardiovascular Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

6. BSc, Biology, Isfahan Cardiovascular Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.