

دستورالعمل های اجرایی مدل اجتماع محور ارتقای سلامت اجتماعی

تهیه و تنظیم:

دکتر حبیب اله مسعودی فرید

سهیلا امیدنیا

عبدالرضا اسدی

مهرو محمدصادقی

۱۳۹۱

صفحه

فهرست مطالب

۲	مقدمه
۳	➤ چارچوب دستورالعمل :
۴	- اهداف
۴	- تعریف مفاهیم
۷	- مرحله الف استقرار مدل (آماده سازی)
۱۵	- مرحله ب استقرار مدل (شناخت)
۱۷	- مرحله پ استقرار مدل (اجرا و ارزشیابی)
۲۰	➤ دستورالعمل شماره ۱_ تشکیل کمیته محلی
۳۴	➤ دستورالعمل شماره ۲_ نیازسنجی
۴۳	➤ دستورالعمل شماره ۳_ تدوین سند ارتقاء سلامت اجتماعی
۴۵	➤ دستورالعمل شماره ۴_ پروژه نویسی

مقدمه:

حال که به یاری خداوند دومین دوره اجرای برنامه مدل مداخلات سلامت اجتماعی را در 10 دانشگاه علوم پزشکی آغاز می کنیم، امیدواریم که بتوانیم از درس هایی که در مرحله اول این برنامه و با همکاری دوستان عزیز خود در دانشگاه های علوم پزشکی سمنان و هرمزگان آموخته ایم، زمینه را برای مشارکت مردم و دست اندرکاران نظام سلامت و سایر مسئولین محلی در کاهش مشکلات اجتماعی محله ها و ارتقاء سلامت اجتماعی به کار گیریم.

این مدل که برآیند مدل های موجود مشارکتی بود و در یک راهکار دوطرفه، به جلب مشارکت مردم محلی و مسئولین منطقه ای می پردازد در بهترین شرایط می تواند به عنوان یک الگوی مشارکت مردم و مسئولین نهاده شده و ضمن برداشت بار مسئولیت سنگین از دوش مسئولین منطقه و با جلب همکاری و مشارکت ساکنین محلات در پیشرفت رشد اجتماعی منطقه و در نهایت توسعه پایدار جامعه کمک نماید.

کوشش حاضر نیز که جمع آوری دستورالعمل ها و راهنمای اجرای مراحل مختلف این طرح می باشد به همت جناب آقای دکتر مسعودی فرید و همکاران این برنامه سرکار خانم محمد صادقی و جناب آقای اسدی انجام شده است. امید است که این مجموعه بتواند در جهت اجرای بهتر این برنامه در محلات مؤثر واقع شود.

اداره سلامت اجتماعی

دی ماه ۱۳۹۱

چارچوب دستورالعمل

در ابتدا بیان می گردد که این متن یک کتابچه راهنما است ، نه یک متن توصیفی یا آموزشی . از طرف دیگر، در گیرکردن تمامی ذی نفعان در پروژه های محلی بسیار حایز اهمیت می باشد. به علاوه امروزه رویکردهای اجتماع محور مورد توجه زیادی قرار گرفته است و نقش مشارکت مردم در برنامه های سلامت بسیار مورد توجه است .

اجرای این مدل شامل چهار مرحله اصلی می باشد که عبارتند از:

۱-مرحله آماده سازی: اقدامات اصلی در این مرحله ، هماهنگی های بین بخشی ، توجیه مسئولان و افراد محلی، و جمع آوری داده های موجود در خصوص آسیب های اجتماعی و سلامت اجتماعی در منطقه مورد بررسی بود.

۲-مرحله شناخت: در این مرحله به تحلیل وضعیت منطقه مورد بررسی پرداختیم. مهمترین اقدامات این مرحله شامل نیازسنجی و تنظیم سند ارتقای سلامت اجتماعی می باشد.

۳-مرحله اجرا و ارزشیابی: در این مرحله به اجرای یک پروژه در هر منطقه ، که بر اساس نیازسنجی انجام شده تعیین شده است پرداخته می شود . این اقدام برای بررسی مدل پیشنهادی و تعیین نقاط قوت و ضعف آن در اجرای پروژه می باشد . در واقع ما می خواهیم اثربخشی این مدل را نه تنها در انجام نیازسنجی و تعیین اولویت محلی، بلکه در مرحله اجرای پروژه ها و نیز ارزشیابی آنها مورد بررسی قرار دهیم.

نکته مهم: نظارت و ارزشیابی مستمر و دوره ای بسیار مهم می باشد و مجریان طرح باید با برگزاری جلسات مداوم به مرور و ارزشیابی طرح با مشارکت همکاران اصلی پروژه، و سایر همکاران محلی بپردازند.

در ادامه به بیان اهداف اصلی و اختصاصی اجرای مدل فوق می پردازیم.

اهداف اصلی مدل

ارتقای سلامت اجتماعی مردم محله
پیشگیری از آسیب های اجتماعی محله

اهداف کاربردی مدل

- ۱ - افزایش مشارکت مردم در برنامه های سلامت
- ۲ - بهبود ارتباط مسئولین با مردم جهت انجام پروژه های مشترک مربوط به حوزه سلامت
- ۳ - افزایش استفاده از منابع وداشته های محلی برای ارتقای سلامت مردم
- ۴ - تخصیص بهینه منابع

تعریف مفاهیم

نیاز سنجی: عبارت است از کاربرد فنونی که بتوان به کمک آنها اطلاعات مناسب را درباره نیازها گردآوری کرد و به الگوی نیازها و خواسته های فرد، گروه و جامعه دست یافت.

مشکل و آسیب اجتماعی: پدیده اجتماعی نامطلوبی است که اثر منفی بر کیفیت زندگی و مهمترین ارزشها و هنجارهای مورد توافق جامعه می گذارد، و با توجه به علل یا پیامدهای سوء اجتماعی آن، مداخله اجتماعی برای کاهش و کنترل آن الزامی است. از جمله آسیب ها و مشکلات اجتماعی عبارت اند از فقر و نابرابری، طلاق، خشونت، و...

کیفیت زندگی: ارزشیابی ذهنی فرد از موقعیت و وضعیت خود براساس عوامل تعیین کننده سلامت و شادمانی (مثل محیط مادی راحت و شغل رضایت بخش)، آموزش، ارضای اجتماعی و عقلی، آزادی عمل، عدالت، و آزادی از ستم است.

رفاه اجتماعی: مجموعه شرایط و کیفیت هایی که نیازهای فردی (جسمی و روانی) و اجتماعی آحاد جامعه را در حد مطلوب تامین کرده و همه مردم از زندگی در آن شرایط احساس امنیت زیستی، اجتماعی، اقتصادی و سیاسی داشته باشند.

ارتقای کیفیت زندگی و رفاه اجتماعی: فرایند مقتدر سازی مردم جهت افزایش کنترل بر کیفیت زندگی و رفاه خود و جامعه و بهبود آن است. ارتقای کیفیت زندگی و رفاه اجتماعی یک فرایند همه جانبه اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و فرهنگی بوده و تنها شامل تقویت مهارت ها و توانایی های افراد نیست، بلکه

بهبود شرایط اجتماعی، اقتصادی، و محیطی را نیز در برمی‌گیرد. این مفهوم با سلامت جسم و روان، استقلال، روابط اجتماعی، باورهای شخصی، و ارتباط فرد با عوامل محیطی در آمیخته است.

سلامت اجتماعی: «وضعیت اجتماعی مطلوب» است که بسته به اوضاع فعلی هر جامعه یا اجتماع

معنای عینی متفاوتی به خود می‌گیرد. مثلاً «ائتلاف اجتماعی‌های سالم اونتاریو» این ویژگی‌ها را برای اجتماع سالم بر شمرده است: محیط زیست پاک و امن؛ صلح، انصاف، و عدالت اجتماعی؛ دسترسی کافی همگان به غذا، آب، سرپناه، درآمد، امنیت، کار، و تفریح؛ دسترسی کافی به خدمات سلامت؛ وجود فرصت‌هایی برای یادگیری و توسعه مهارت‌ها؛ روابط و شبکه‌های قوی و حامی یکدیگر؛ محیط‌های کار حامی آسایش فرد و خانواده؛ مشارکت وسیع ساکنان در تصمیم‌گیری؛ میراث فرهنگی غنی در محل؛ اقتصاد متنوع و زنده؛ حفاظت از محیط زیست طبیعی؛ و مصرف مسئولانه منابع به نحوی که پایداری دراز مدت آنها تضمین شود.

سرمایه اجتماعی: شبکه‌ها، نهادها، ارتباطات و هنجارهایی است که کیفیت و کمیت تعاملات

اجتماعی را تشکیل می‌دهند و سبب سهولت همکاری و همکاری و هماهنگی در جامعه گردیده و برای هر دو طرف تعامل، مفید هستند. اعتماد اجتماعی، عنصر اساسی در سرمایه اجتماعی است.

سلامت روان: فقط نبود بیماری روان نیست، بلکه آسایش هیجانی و (رفاه) اجتماعی، دستیابی به

ظرفیت بالقوه خود، توان مدارا با فشارهای روزمره زندگی، مثمر‌تر و مولد بودن، ایفای نقش برای اجتماع خود، تعامل باهم و با محیط به نحو عادلانه، پذیرا، افزایش آسایش ذهنی، و بهینه‌کننده فرصت‌های رشد، و بهره‌گیری از توانایی‌های روانی خود را نیز شامل می‌شود.

سازمان اجتماع محور (سام [CBO] Community-Based Organization): نوع خاصی

از سازمان مردم نهاد (سمن، NGO) است که از اعضای یک اجتماع کوچک (مثل محله، مدرسه، یامحیط کار) تشکیل شده است. سازمان اجتماع محور فعالیت غیرانتفاعی و ماهیت حقوقی مستقل از دولت دارد و به انتخاب مردم اجتماع و با تلاش گروهی از آنها جهت تحقق اهداف مشخص محلی با استفاده از منابع دولتی و غیردولتی موجود در اجتماع تشکیل می‌شود.

مهارت‌های زندگی: توانایی انجام رفتارهای سازگارانه و مثبتی است که افراد بتوانند به واسطه آنها

به طور مؤثر با نیازها و چالش‌های زندگی روزمره برخورد نمایند و کمتر آسیب ببینند. مهارت‌های زندگی شامل مهارت‌های فردی (شناختی و جسمانی و...)، بین فردی، و مهارت‌های اجتماعی می‌شوند.

تاب آوری: عبارت است از وضعیتی که در آن، فرد یا اجتماع در معرض عوامل خطر قرار می‌گیرد

ولی علی رغم این دچار عوارض ناشی از عوامل خطر نمی‌شود و حتی در برابر آن، عوامل قدرت بیشتری از کسی که با آنها هرگز مواجه نبوده، نیز پیدا می‌کند.

با توجه به افزایش روز افزون مشکلات و آسیب های اجتماعی از یک سو و نیز نقش سازمان های مردم نهاد ، تشکل های محله ای و رویکرد های اجتماع محور در کنترل و پیشگیری از آسیب های اجتماعی، ارتقای سلامت اجتماعی و سرمایه اجتماعی از سوی دیگر ، نیاز مبرم به طراحی و استقرار یک مدل اجتماع محور را بیش از پیش مطرح می نماید. در بسیاری از کشورها استفاده از رویکردهای اجتماع محور تأثیرات مناسبی داشته است و توسعه این مدل ها می تواند به مشارکت بیشتر مردم و سازمان های غیر دولتی در برنامه ریزیهای سلامت و نیز توسعه همکاری بین بخشی بین بخش غیر دولتی و دولتی منجر گردد و در نهایت به هم افزایی اقدامات حوزه سلامت منجر گردد. مدل پیشنهادی این پروژه بر اساس انواع مدل های برنامه ریزی در حوزه سلامت عمومی و همچنین روش های برنامه ریزی و ارزشیابی اجتماع محور ، طراحی شده است. با اجرای این مدل می توان با تعامل مناسب بین دولتی ها و غیر دولتی ها ؛ به تخصیص بهینه منابع ، مبتنی بر نیاز و مبتنی بر شواهد عمل نمودن برنامه ها ، استفاده از داشته های موجود و گسیل منابع محلی ، به ارتقای سلامت مردم از جمله سلامت اجتماعی آنها کمک نمود. مطالعات متنوعی در مورد مشکلات اجتماعی از قبیل اعتیاد ، خودکشی ، خشونت و سایر موارد انجام شده است. در این بخش ضمن معرفی مراحل استقرار مدل ، در هر قسمت به بیان پیش نیازها ، اهداف و جنبه های مورد توجه در هر قسمت می پردازیم.

مرحله الف (آماده سازی)

ردیف	عنوان	مسئول	زمان	ملاحظات
۱	جلسه با کارشناسان و معاون بهداشتی استان	مجری طرح-وزارت بهداشت	یک هفته	توضیح پروژه و مراحل انجام کار
۲	کارگاه آموزشی	مجری طرح-وزارت بهداشت	یک هفته	برگزاری دوره های آموزشی برای همکاران استانی
۳	حضور در استان-ملاقات با رئیس دانشگاه، مدیر کل اجتماعی استانداری و ...	مجری طرح-همکاران طرح در استان	دو هفته	توجیه طرح
۴	مذاکره با شهردار، فرماندار و تعیین محله	مجری طرح-همکاران استانی	یک هفته	توجیه طرح، برنامه های اجتماع محور، بیان تجارب موفق
۵	بازدید محله و تشکیل تیم محله	مجری طرح-همکاران استانی	دو هفته	توجیه تیم محلی، برگزاری دوره های آموزش برای تیم محلی
۶	آماده سازی مردم و آگاهسازی	مجری طرح-همکاران طرح در استان	دو هفته	توجیه مردم، افزایش سواد سلامت مردم به طور دایم، پروژه روی ساختارهای موجود سوار شود، تهیه بروشور، پوستر
۷	تشکیل تیم راهبری	همکاران طرح در استان	یک هفته	توجه به نیازهای پایه ای مردم، متشکل از مسئولین مرتبط شهری و نمایندگان تیم محلی
۸	جلسه توجیهی با تیم راهبری	مجریان طرح-همکاران طرح در استان	دو هفته	لابی تک به تک، معرفی برنامه های اجتماع محور، حضور نمایندگان دستگاه ها در جلسات آموزشی
۹	جمع آوری داده های ثانویه	همکاران استانی طرح، کمیته محلی	۱ ماه	آموزش نیازسنجی و تعیین اولویت
۱۰	جلسه ارزشیابی مرحله الف	تیم راهبری	یک هفته	
۱۱	ارایه گزارش مرحله الف	مجری پروژه	یک ماه	

در استقرار این مدل، آماده سازی مهمترین قسمت آن می باشد. آماده سازی یعنی کلیه اقدامات هماهنگی، توجیهی، اطلاع رسانی و سایر فعالیت ها که در نهایت منجر به تشکیل کمیته محلی و تیم راهبری می گردد. همان گونه که در جدول شماره یک ملاحظه می فرمایید، مرحله آماده سازی از ۱۱ بخش تشکیل یافته است که در ادامه بحث به توضیح آنها می پردازیم.

اقدامات لازم برای مرحله آماده سازی

۱- جلسه با معاون بهداشتی و کارشناسان استانی: در تمامی پروژه ها به ویژه پروژه های اجتماع محور، داشتن ادبیات مشترک و توجیه کامل دست اندر کاران بسیار مهم می باشد. این اقدام منجر به افزایش سرمایه اجتماعی در تیم پروژه می شود. در این قسمت باید به بیان ضرورت طرح، مفهوم سلامت اجتماعی، تجارب موفق، و اساس فعالیت های اجتماع محور پرداخت.

۲- کارگاه آموزشی: در پایلوت این پروژه که در استان های هرمزگان و سمنان انجام شد ، اهمیت آموزش و برگزاری کارگاه های آموزشی به عنوان یکی از اصلی ترین گام های مرحله آماده سازی مورد تأیید قرار گرفت. بسیاری از مشکلات در راه پایلوت پروژه به علت کمبود آموزش های لازم و یکدست نبودن دانش و مهارت همکاران پروژه هم در سطح استان ، هم در کمیته محلی و نیز تیم راهبری بود. به دلیل آن که، در تداوم این برنامه قرار است که در هر استان ، شهرستان ها و محلات متعددی تحت پوشش این برنامه قرار بگیرند ، لذا در فازهای بعدی توسعه ، تمامی جلسات توجیهی و اقدامات استانی باید با مدیریت و نظارت دانشگاه علوم پزشکی استان انجام شود و لذا می بایست ظرفیت های لازم برای انجام این کار ایجاد شود.

مباحث مطرح شده در کارگاه آموزشی ، در این مرحله شامل موارد زیر می باشد:

-مبانی و اصول برنامه های اجتماع محور

-مفاهیم مرتبط با سلامت اجتماعی

-رهیافت های مشارکتی و کار در محله

-حمایت طلبی و تکنیکهای آن

-نیازسنجی و تعیین اولویت نیازهای مربوط به سلامت اجتماعی

-تسهیلگری

البته علاوه بر مباحث فوق ، در طی اجرای پروژه نیز، مباحث دیگری به همکاران استانی پروژه آموزش داده می شود.

نکته:کتابچه های تمامی موضوع های فوق و سایر مباحث فوق در حال تدوین و چاپ می باشد.

۳- حضور در استان: در این بخش ، معاون محترم بهداشتی طی جلسات جداگانه با رییس دانشگاه علوم پزشکی استان، مدیر کل امور اجتماعی استانداری، و افراد مورد نیاز دیگر مانند فرمانده نیروی انتظامی استان، مدیر کل بهزیستی استان و ... به توضیح و توجیه طرح می پردازد . در صورت نیاز ، این مرحله می تواند با همکاری مجری اصلی طرح یا همکاران وزارت بهداشت انجام شود.

۴- مذاکره با شهردار و فرماندار و تعیین محله

در این قسمت معاون بهداشتی با شهردار و فرماندار به طور جداگانه جلسه برگزار می کند و در آن به توجیه طرح، توضیح رویکرد های اجتماع محور ، و بیان برخی تجارب موفق می پردازد. در این قسمت با هم فکری فرماندار و شهردار و نیز سایر افراد مطلع و براساس آمار موجود ، محله مورد نظر انتخاب می گردد. این محله باید دارای شرایط زیر باشد:

الف - آسیب خیز باشد

ب- جابجایی جمعیتی در آن زیاد نباشد. یعنی جایی نباشد که میزان مهاجرت به داخل یا به خارج آن زیاد باشد. زیرا در این مکان ها افراد احساس تعلق چندانی به محله خود ندارند و لذا اقدامات محله ای توسط مردم این مناطق مورد حمایت قرار نگرفته، ظرفیت مشارکت اجتماعی پایین است و با نتایج اثربخش همراه نیست.

پ- سابقه اقدامات مشابه قبلی در این محلات که باشکست روبرو شده باشد ، اقدامات جدید را با مقاومت و مشارکت پایین مردم روبرو می سازد لذا ترجیحاً محله هایی انتخاب شوند که چنین سابقه ای نداشته باشند.

۵- بازدید محله و تشکیل تیم محلی:

بازدید محله از بخش های بسیار مهم می باشد. این بازدید می تواند یک دید اجمالی در زمینه وضعیت اجتماعی اقتصادی محله، منابع محلی از قبیل پارک، مرکز بهداشت، پایگاه خدمات اجتماعی، مدرسه ، و مناطق آسیب خیز محله به مجریان طرح بدهد.

یکی از مهمترین بخش های مرحله آمادگی ، تشکیل کمیته محلی می باشد. تعداد اعضای این کمیته بین ۸ تا ۱۲ نفر می تواند باشد . اعضای کمیته محلی باید از بین افراد معتمد و مورد وثوق مردم و همچنین افرادی که آشنا به مشکلات محله بوده و در آن محل سکونت دارند انتخاب گردند. البته نحوه عملکرد کمیته محلی باید به گونه ای باشد که تمامی افراد محله امکان مشارکت در امور محله را داشته باشند . برای این امر میتوان از اقدامات زیر استفاده کرد:

۱-تشکیل زیر کمیته های محلی: از قبیل جوانان، زنان، آموزش، ورزش وغیره

۲-برگزاری نشست های محلی و یا نشست های مناسبتی و کسب نظرات مردم

۳-انجام طرح نظرسنجی و جلب مشارکت مردم

شرح وظایف کمیته محلی:

۱-اطلاع رسانی و آگاهسازی مردم محله در مورد این پروژه

۲-همکاری در انجام نیازسنجی محلی

۳-همکاری در شناسایی آسیب های اجتماعی محله

۴-تشکیل جلسات کمیته محلی به طور مستمر

۵-راه اندازی زیرکمیته های مختلف در محله جهت جذب سایر اهالی و استفاده توانمندی های محلی در راستای ارتقای سلامت اجتماعی

۶-شرکت نمایندگان کمیته محلی در جلسات کمیته راهبری

- ۷- پی گیری انجام وظایفی که بر اساس مصوبات کمیته راهبری بر عهده کمیته محلی می باشد
- ۸- همکاری در اجرای پروژه های عملیاتی که بر اساس نیازسنجی محلی و تأیید کمیته راهبری مشخص شده است.
- ۹- همکاری در ارزشیابی پروژه های اجرایی

۶- آماده سازی مردم و آگاهسازی

- همان طور که در بخش قبلی بیان گردید یکی از وظایف کمیته محلی ، آگاهسازی می باشد. تعداد زیادی از برنامه های اجتماع محور محلی به دلیل عدم توجه به آماده سازی مردم ، با شکست روبرو می گردند . آماده سازی مردم محله منجر به پذیرش بیشتر آنها ، مشارکت بیشتر ، و بهره مندی بیشتر آنها از اقدامات انجام شده محلی می گردد. جهت آماده سازی مردم می توان از روش های زیر استفاده کرد.
- استفاده از شورای محل
 - شرکت در مراسم مذهبی ، مساجد و حسینیه ها جهت اطلاع رسانی
 - از طریق انجمن اولیاء و مربیان مدارس محله
 - بسیج محله
 - سایر سازمان های مردم نهاد و تشکل های محلی موجود ، فعال و مورد اطمینان مردم محله
 - مرکز بهداشت و رابطین بهداشتی
 - پایگاه خدمات اجتماعی (وابسته به سازمان بهزیستی)
- در این اطلاع رسانی باید درباره اهداف طرح و اهمیت موضوع ، نقش مهم مردم، تجارب سایر استان ها و نحوه انجام کار به آگاهسازی پرداخت.

۷- تشکیل کمیته راهبری Steering Committee

- کمیته راهبری در واقع ، حلقه اتصالی بین کمیته محلی و مسئولین می باشد. کمیته راهبری ، گامی است مهم و ارزشمند در نهادینه سازی ، ساختارمند نمودن و هدفمند نمودن نحوه ارتباط بین کمیته محلی و مسئولین . کمیته راهبری متشکل از نمایندگان کمیته محلی (۴ نفر) و مسئولین مرتبط با سلامت اجتماعی و آسیب های اجتماعی در سطح شهرستان می باشد.
- وظایف کمیته راهبری
- تصویب نهایی نتایج نیازسنجی و اولویت بندی نیاز های به دست آمده در سطح محله

-تعیین پروژه های مورد نظر برای اجرا

-تعیین و تقسیم وظایف برای اجرای پروژه بن دستگاه های مختلف ،سازمان های مردم نهاد ، و کمیته محلی

-تعیین سیاستهای کلان در حوزه سلامت اجتماعی و آسیب های اجتماعی در محله

-ایجاد زیر کمیته های تخصصی ذیل کمیته راهبری، برای اجرای پروژه های نیازسنجی شده و دعوت از افراد مرتبط با آن. برای مثال اگر یکی از نیاز های مردم محله موضوع اوقات فراغت است، در زیرکمیته اوقات فراغت ، باید از دستگاه هایی دعوت شود که با اوقات فراغت ارتباط دارند.

۸- جلسه توجیهی با کمیته راهبری:

توجیه اعضای این کمیته به ویژه مسئولین محترم عضو کمیته ، بسیار مهم می باشد و موفقیت و پایداری برنامه به میزان قابل توجهی به این قسمت بستگی دارد. نکات مهمی که باید در این جلسه راجع به آن صحبت شود شامل موارد زیر می گردد:

-ارایه مدل اجتماع محور ارتقای سلامت اجتماعی ، شامل اهداف ،روش اجرا و دستاوردهای ناشی از اجرای مدل

- رویکرد اجتماع محور،سابقه آن ، تجارب موفق داخلی و خارجی، و فواید آن

- کمیته محلی ، شرح وظایف آن و معرفی نمایندگان کمیته محلی عضو کمیته راهبری

- اهداف ، جایگاه و وظایف کمیته راهبری

یک پیشنهاد: توصیه می گردد قبل از جلسه توجیهی عمومی با کمیته راهبری، جلسات مجزای خصوصی با برخی از اعضای کمیته راهبری که نقش کلیدی تری دارند برگزار نمایید تا ایشان را کاملاً توجیه کنید و از طرفی حمایت ایشان را از کلیت کار جلب نمایید. در پایان جلسه نیز زمان مناسبی برای پرسش و پاسخ بگذارید.

تبصره: فرماندار محترم شهرستان به عنوان رییس کمیته راهبری و نماینده معاونت امور بهداشتی دانشگاه به عنوان دبیر کمیته می باشند.

۹- جمع آوری داده های ثانویه:

داده های ثانویه، داده هایی هستند که پیشاپیش موجود بوده و ما می توانیم با مراجعه به آمار، کتاب ها، نشریات و اسناد مختلف به آنها دسترسی پیدا کنیم. این داده ها معمولاً قادر هستند تا بخش وسیعی از

اطلاعات مورد نیاز ما را (برای پاسخ به سوالات تحلیل وضعیت) فراهم کنند و لذا با وجود آنها ما نیازی به صرف وقت و اتلاف هزینه و انرژی پژوهشی (به گونه‌ای که در پژوهش‌های اولیه مورد نیاز است) نداریم. لذا، در اولین گام از جمع‌آوری اطلاعات، مراجعه به این داده‌ها مقرون به صرفه می‌باشد. البته لازم به ذکر است که اطلاعات این داده‌ها ممکن است دقیقاً به روز و منطبق بر تاریخ انجام پروژه نباشند و به علاوه ممکن است اطلاعات آن دقیقاً مرتبط با موضوعات مورد نظر ما نباشد، لذا مستلزم تحلیل‌ها و نتیجه‌گیری‌هایی براساس مجموعه‌ای از داده‌های ثانویه بدست آمده می‌باشد.

روش‌های دستیابی و تحلیل داده‌های ثانویه:

چنانچه گفته شد داده‌های ثانویه، داده‌هایی هستند که موجود می‌باشند. یعنی توسط سایر مراکز آماری، اجرایی، و پژوهشی جمع‌آوری شده‌اند و در قالب نشریات، کتاب‌ها، پژوهش‌های منتشر نشده، یا آمارنامه‌ها و ... در دسترس می‌باشند و جمع‌آوری آنها، نیازی به انجام پژوهش‌های میدانی ندارد. لذا می‌توان با مراجعه به بانک‌های اطلاعاتی مختلف به آنها دسترسی پیدا کرده و داده‌های مورد نیاز را از میان آنها پیدا کرد.

لذا جمع‌آوری و تحلیل این داده‌ها، معمولاً یکی از اولین قدم‌های ضروری در پژوهش‌های مربوط به تحلیل وضعیت هستند است. در این روش، در واقع برای اینکه بتوانیم زمینه کلی کار را بشناسیم، خلاءهای موجود در اطلاعات را مشخص کنیم و فرضیاتی را برای هدایت مراحل بعدی پژوهش بسازیم، به بررسی داده‌های ثانویه می‌پردازیم. به علاوه جمع‌آوری و تحلیل عمیق داده‌های ثانویه از این جهت کلی اهمیت دارد که آنها می‌توانند بینشی مفید درباره موضوع مورد نظر و نتایج مرتبط با آن فراهم نماید.

برای یافتن داده‌های ثانویه، مهمترین کاری که باید انجام دهیم، این است که سازمان‌ها، نهادها، مؤسسات و کلاً همه مراکز دولتی یا غیردولتی مرتبط با داده‌های مورد نیاز خود را (در رابطه با موضوع مورد نظر - مشکل) شناسایی کنیم. همه مراکزی که احتمال می‌دهیم، اسناد یا مدارک یا آماری مرتبط با موضوع‌های مورد نظر را، داشته باشند شناسایی کرده و برای کسب اطلاعات از آنها، معرفی‌نامه‌ها و مجوزهای لازم را فراهم نماییم.

این داده‌ها می‌تواند به اشکال زیر در دسترس باشند:

● **آمارهای رسمی** – که توسط مرکز آمار (بطور عمومی) و یا سایر نهادها و سازمان‌های دولتی (مرتبط با موضوعات خاص) تهیه شده است و احتمالاً می‌توانند اطلاعاتی را درباره جزئیات موضوع مورد نظر در بر داشته باشند مثل آمارهای جمعیتی و بهداشتی

● **گزارش‌های سازمان‌های غیردولتی** – این گزارش‌ها معمولاً توصیفی از فعالیت‌ها و برنامه‌های متنوع این سازمان‌ها به دست می‌دهند که می‌تواند شامل طیفی از آموزش‌های بهداشتی به گروه‌های مختلف تا برنامه‌های ارائه خدمات و درمان را تشکیل بدهد. که می‌توانند اطلاعات مفیدی را چنانچه موضوعات مشابه موضوع مورد نظر در آن وجود داشته باشد، فراهم نمایند.

● **گزارش‌های تحقیقات** – این گزارشات شامل مقاله‌های منتشر شده و یا منتشر نشده‌ای (Papers) هستند که در رابطه با موضوعات مورد نظر ما نوشته شده‌اند و معمولاً در نشریات و یا نزد خود محققان و در مؤسسات تحقیقاتی و یا دانشگاه‌ها یافت می‌شوند.

● **رکوردها** – رکوردهای ثبت شده بهداشتی و یا موجود در سازمان‌های خاصی که در رابطه با مشکل مورد نظر به ارائه خدمات می‌پردازند، مثل بهزیستی، نیروی انتظامی، فرمانداری، و زندان‌ها در رابطه با اعتیاد. این اطلاعات اغلب شامل ویژگی‌های این افراد در رابطه با مشکل مورد نظر می‌باشد و لذا می‌تواند اطلاعات مفیدی در رابطه با مخاطبان و ویژگی‌های آنها، در اختیار ما قرار دهند.

● **گزارش‌های رسانه‌ای** – این گزارش‌ها، اغلب اطلاعات باارزش و سریعی درباره موضوعات مورد نظر فراهم می‌کنند. محتوای این گزارش‌ها ممکن است شامل برخی نظر سنجی‌ها، برخی سیاست‌های مرتبط با موضوع و واکنش‌های افراد در رابطه با آنها و نیز گزارش‌هایی از پایلوت برخی از برنامه‌های مداخله‌ای و یا نظرسنجی‌هایی از برخی از نتایج آنها باشند. که البته لازم است با توجه به سایر منابع دوباره چک شوند (Cross-check).

به علاوه خوب است که به برخی از دیدگاه‌های انتقادی در رابطه با برخی از سیاست‌های مطرح شده در منابع نیز توجه کنیم و از آنها بعنوان فرضیاتی که ممکن است در مراحل بعدی کمک کننده باشند، استفاده نماییم.

تحلیل داده‌های ثانویه:

پیش از اینکه به تحلیل این داده‌ها بپردازیم، ابتدا باید از صحت، روایی (Validity) و پایایی (Reliability) آنها اطمینان حاصل کنیم. لذا لازم است یک‌بار همه این داده‌ها را در کنار هم قرار داده و با توجه با اطلاعات مشابه در منابع مختلف آنها را چک کرده تا از درستی آنها مطمئن شویم.

تحلیل داده‌های ثانویه جمع‌آوری شده، در مدل استاندارد و علمی "مروری بر ادبیات موضوع" (Review of Literature) صورت می‌گیرد که شامل بازخوانی انتقادی متون، تحلیل ساده مجموعه داده‌ها، ترکیب مجموعه داده‌ها در اشکال گرافیکی و غیره می‌باشد که همگی به فراهم آوردن درکی کلی در رابطه با گرایش‌های مختلف و الگوهای عمده رفتاری و نظایر آن (در رابطه با موضوع مورد نظر) کمک می‌کنند. بنابر این در این قسمت، با جمع‌آوری داده‌های ثانویه، در واقع زیربنای کاری برای انجام مطالعه نیازسنجی و جمع‌آوری داده‌های اولیه Primary Data (مرحله دوم یا مرحله شناخت) فراهم می‌گردد. در این قسمت باید اطلاعات جمعیت شناختی، آمار و مطالعات انجام شده در زمینه آسیب‌های اجتماعی در محله را جمع‌آوری نمود.

۱۰- ارزشیابی مرحله الف

در این مرحله، هم در سطح محله و هم کمیته راهبری، قسمت‌های انجام شده در مرحله الف مورد بررسی و ارزشیابی قرار می‌گیرد (با استفاده از ابزار ارزشیابی).

۱۱- مستند سازی و ارایه گزارش مرحله الف

گزارش جلسات کمیته محلی و راهبری لازم است ثبت شود. در گزارشات بیشتر مصوبات آن و موضوع‌های مهم راثبت کنید. گزارش این مرحله شامل موارد زیر می‌گردد:

-وضعیت جغرافیایی، اجتماعی-اقتصادی و جمعیتی محله

-نحوه تشکیل کمیته محلی و اعضای آن

-نحوه تشکیل کمیته راهبری و اعضای آن

-گزارش داده‌های ثانویه جمع‌آوری شده

-چالش‌های موجود در این مرحله و راه‌حل‌های به کار رفته احتمالی برای رفع آن

مرحله ب: (شناخت)

ردیف	عنوان	مسئول	زمان	ملاحظات
۱	تهیه ابزار جمع آوری داده های اولیه	مجریان طرح		
۲	اجرای نیازسنجی، داشته سنجی و تحلیل وضعیت	مجریان طرح-تیم محلی		
۳	تنظیم سند ارتقای سلامت اجتماعی	تیم محلی-مجری طرح- همکاران استانی		
۴	تصویب سند ارتقای سلامت اجتماعی	کمیته راهبری		
۵	تدوین سند نهایی ارتقای سلامت اجتماعی	مجریان طرح		

۱-تهیه ابزارهای جمع آوری داده های اولیه

داده‌های اولیه:

بعد از اینکه بر اساس سوالات موجود، داده‌های ثانویه تا حد امکان جمع‌آوری شدند، خلاءهای اطلاعاتی ما مشخص می‌شوند و اطلاعات مربوط آنها را باید از طریق پژوهش‌های اولیه و در قالب داده‌های اولیه جمع‌آوری نماییم. این مرحله شامل جمع‌آوری داده‌های اولیه از جمعیت‌های هدف متنوع و از طریق روش‌های متعددی می‌باشد. این جمعیت‌ها گاهی می‌توانند شامل جمعیت‌های بسیار وسیعی باشند که ما ناچاریم از میان آنها نمونه‌گیری نماییم.

به هر حال انواع داده‌های اولیه‌ای که باید جمع‌آوری شوند و انواع روش‌های جمع‌آوری آنها در مجموع در دو مقوله کمی و کیفی جای می‌گیرند. باید توجه داشته باشیم چیزی که مهم است اینکه در پژوهش‌های مربوط به تحلیل وضعیت همیشه از ترکیب این دو روش و ترکیب داده‌های کمی و کیفی استفاده می‌شود و هیچ یک صرفاً و به تنهایی مورد استفاده قرار نخواهد گرفت (جزئیات بیشتر راجع به روش های جمع آوری داده ها و نیازسنجی در کارگاه نیازسنجی و محتوای آموزشی ارائه می گردد).

در این قسمت باید ابزارهای جمع آوری داده ها ، مثل پرسشنامه نیاز سنجی ، راهنمای بحث گروهی متمرکز ، پرسشنامه داشته سنجی ، و نرم افزارهای لازم جهت ورود و تحلیل داده ها ؛ طراحی یا تهیه گردد..

۲- انجام نیازسنجی و داشته سنجی Needs Assessment & Asset Assessment

در این بخش با استفاده از روش ها و ابزار جمع آوری داده مثل پرسشنامه و بحث گروهی متمرکز ، اطلاعات مورد نیاز را به دست آورده و مورد تحلیل قرار می دهیم. این قسمت توسط همکاران استانی و مشارکت تیم محلی انجام می گیرد . نحوه انجام و جزییات روشهای نیاز سنجی ،داشته سنجی و تحلیل وضعیت ؛ در کارگاه آموزشی نیازسنجی و متن آموزشی مربوطه مورد بحث قرار می گیرد.

۳- تنظیم سند ارتقای سلامت اجتماعی

با توجه به نتایج نیازسنجی و تحلیل وضعیت ، سند ارتقای سلامت اجتماعی تهیه می گردد. این سند شامل ۹ بخش می باشد .

- ۱ - مشخصات جغرافیایی و دموگرافیک محله
- ۲ - تعریف مفاهیم
- ۳ - اسناد بالادستی و پیشینه مداخلات قبلی در محله
- ۴ - اهداف سند(اهداف کلی و اختصاصی)
- ۵ - روش اجرای کار (نقشه راه)
- ۶ - نتایج نیازسنجی انجام شده در خصوص مشکلات محله
- ۷ - اولویت بندی نیازها
- ۸ - تعیین و تعریف پروژه هایی (نیازهایی) که قرار است به آنها پرداخته شود.
- ۹ - جدول تقسیم کار بین سازمان های دولتی، غیر دولتی، تیم محلی و مردم ؛ در خصوص پروژه هایی که قرار است به آنها پرداخته شود.

در طراحی سند ارتقای سلامت اجتماعی باید به موارد زیر توجه نمود:

۱- مشارکت مردم و تیم محلی در تمامی بخش های طرح : شامل نیاز سنجی ، تعیین اولویت، تعریف پروژه های اجرایی، اجرا، پایش و ارزشیابی

۲- مشارکت تمامی ذی نفعان کلیدی طرح در تدوین پروژه های اجرایی

۳- سند سلامت اجتماعی به تأیید سازمان های کلیدی مرتبط و تیم محلی برسد.

۴- تصویب سند ارتقای سلامت اجتماعی

پیش نویس تهیه شده سند باید در کمیته راهبری مورد بررسی قرار گرفته و در صورت نیاز اصلاحات لازم انجام گیرد . سند فوق باید به تصویب نهایی کمیته راهبری برسد.

۵- تدوین سند نهایی ارتقای سلامت اجتماعی

خروجی نهایی این مرحله ، سند ارتقای سلامت اجتماعی می باشد که باید طبق چارچوب بیان شده در بند ۳ این مرحله صورت پذیرد.

مرحله پ: (اجرا و ارزشیابی)

ردیف	عنوان	مسئول	زمان	ملاحظات
۱	انتخاب برنامه های اولویت دار برای اجرا در منطقه	مجریان طرح - کمیته راهبری	یک هفته	
۲	تدوین پروژه های اجرایی	تیم محلی + تسهیلگر	یک هفته	آموزش پروژه نویسی، ارزشیابی مشارکتی
۳	آموزش نیرو های اجرایی در منطقه برای اجرای پروژه	مجریان طرح	یک هفته	
۴	عملیات اجرایی در منطقه	تیم محلی + کمیته راهبری	۲ ماه	پایش توسط تیم محلی
۵	پایش و ارزشیابی مدل	گروه پایش و ارزشیابی	۴ ماه	
۶	ارایه گزارش نهایی	همکاران استانی، کمیته محلی، کمیته راهبری	دو هفته	

۱- انتخاب برنامه های اولویت دار برای اجرا در منطقه

در این قسمت با توجه به نتایج نیازسنجی و اولویت بندی ، کمیته راهبری از بین اولویت های تعیین شده یک یا دو اولویت را برای اجرا انتخاب می نماید. بعد از انتخاب اولویت ها، سازمان ها و دستگاه هایی که بیشترین ارتباط را با هر اولویت دارند مشخص می شوند و سپس از نمایندگان تام الاختیار هر دستگاه در سطح شهرستان دعوت می شود تا برای تدوین پروژه اجرایی ، تعیین نقش و سهم هر سازمان در جلسات کمیته های تخصصی شرکت نمایند. قطعاً در این کمیته ها، نمایندگان کمیته محلی و نیز سازمان های مردم نهاد فعال در شهر یا محله هم حضور دارند.

۲- تدوین پروژه های اجرایی

کمیته تخصصی که در قسمت قبل عنوان شد می بایست برنامه عملیاتی بر اساس تقسیم کار بین سازمانی را تدوین نماید. در واقع خروجی این قسمت شامل وظایف هر یک از اعضای کمیته تخصصی و منابع لازم برای اجرای آن و جدول زمانبندی اجرایی می باشد. همچنین در این بخش می بایست مسئول اصلی هر فعالیت و همکاران آن مشخص شوند. جزییات تدوین پروژه های اجرایی ، در کارگاه آموزشی پروژه نویسی و کتاب مربوط به آن ،ارایه می گردد.

۳- آموزش نیرو های اجرایی در منطقه برای اجرای پروژه

بر حسب نوع پروژه و با توجه به نقش مهم کمیته محلی و مردم محله ، می بایست آموزش ها و جلسات توجیهی لازم انجام شود.

۴- عملیات اجرایی در محله

در این قسمت با توجه به برنامه اجرایی ، فعالیت های پیش بینی شده در پروژه انجام می شود.

۵- پایش و ارزشیابی نحوه اجرای مدل

با توجه به چک لیست پایش و شاخص های ارزشیابی باید روند انجام و استقرار مدل و نیز پروژه اجرایی مورد بررسی قرار گیرد.

۶- ارایه گزارش نهایی اجرای پروژه ، پایش و ارزشیابی آن

آخرین قسمت ، تدوین گزارش نهایی اجرای مدل و پروژه می باشد .این گزارش باید شامل بخش های زیر باشد:

۱-وضعیت جغرافیایی،جمعیت و آسیب های اجتماعی محله

۲-روش و روند اجرای کار، تشکیل کمیته محلی، تشکیل کمیته راهبری، نحوه جلب مشارکت و اطلاع رسانی به مردم

۳-نتایج نیازسنجی و اولویت بندی نیازهای محله

۴-جدول تقسیم کار مربوط به پروژه های اجرا شده

۵-نتایج پایش و ارزشیابی اجرای مدل و پروژه ها

۶-چالش ها و مشکلات حین اجرای پروژه و نحوه برخورد مجریان پروژه با آن

۷- درس های آموخته شده

۸-بحث و نتیجه گیری و پیشنهادات

نکته: در روند اجرای کار و تدوین این گزارش ، مستندسازی نقش مهمی دارد ، لذا می بایست در زمان های لازم اقدام به ثبت وقایع مهم به روش های گوناگون ازجمله یادداشت برداری،ضبط صدا، تصویر برداری، فیلم برداری قبل و بعداز مداخله پرداخت. در آینده نزدیک با برگزاری جشنواره کشوری مستندسازی پروژه های اجرایی با مدل فوق، به آثار برتر جوایز نفیسی اعطا خواهد گردید.

➤ دستورالعمل شماره ۱: راهنمای عمل تشکیل تیم محلی

کار گروهی و تیمی :

مجموعه ای از افراد در محیط های کاری ، خانوادگی و اجتماعی و ... که دارای یک سری ویژگی های روبنائی و زیربنائی از جمله روابط درون گروهی - هنجارها - توافقات - نقشها - اهداف و وظایف ... بوده و می تواند به عنوان یک گروه منسجم و مؤثر عمل کنند.

ویژگی های تیم :

شاید بتوان از طریق آموزش، روشها و مهارت های مربوط به رهیافت های مشارکتی را میان پرسنل ستادی و میدانی اشاعه داد، اما چند نکته را باید مد نظر داشت:

- تمرین، تمرین، تمرین، و باز هم تمرین
- دانش و مهارت کار کردن با رهیافت های مشارکتی را می توان اکتساب نمود ولی تغییر در نگرش و رفتار تحولی است که در خود فرد صورت می گیرد و آن هم نه یک شبه.
- واضح است که تغییر نگرش ها خیلی دشوارتر از کسب دانش و مهارت است و از اینجاست که همواره باید رفتار و نگرش خودمان را مورد ارزیابی قرار دهیم.
- با فرض اینکه توانستیم به تدریج تغییر فردی و حرفه ای در خودمان و کارمان به وجود بیاوریم، نباید فراموش کرد که اگر فرایند نتواند منجر به تغییرات ساختاری و نهادی شود - یعنی نتوانیم اصل اشتراک و تسهیل را در مجموعه ی کار و زندگی مان جا بیندازیم - در واقع فرایند ابتر و پایداری آن در خطر است.
- صرف تجمع مجموعه ای از افراد در محیط کاری، خانوادگی و اجتماعی به این مفهوم نیست که آنها یک "تیم" هستند و یا می توانند مانند یک گروه منسجم و مؤثر عمل کنند. گروه و تیم بودن مستلزم دارا بودن ابعاد و ویژگی های اساسی است:



- اهداف مشترک و توافق شده^۱
- هنجارهای توافق شده^۲ (ارزشها، قوانین، ...)
- نقشهای توافق شده^۳
- ساختار توافق شده^۴
- تعامل، ارتباطات، هماهنگی^۵
- احساس "ما" بودن^۶ - احساس تعلق^۷

این نکته حایز اهمیت است که نقطه ی مشترک ویژگی های

¹ agreed common goals

² agreed norms

³ agreed roles

⁴ agreed structure

⁵ interaction, communication, coordination

⁶ "we feeling"

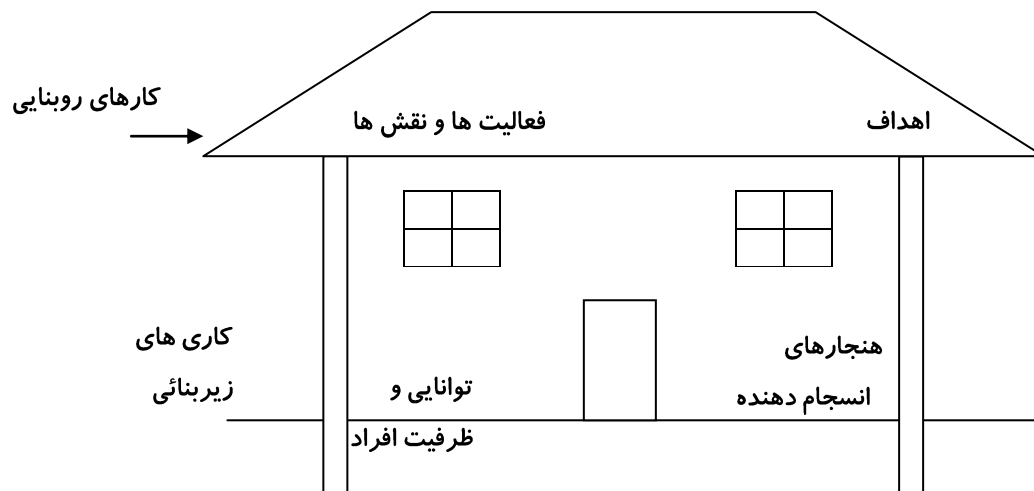
⁷ sense of belonging

فوق، "توافق شده" بودن آنها است. در واقع، اگر قرار باشد یک گروه نسبت به اهداف، ضوابط، هنجارها و نقشها بتواند تعهد عملی بدهند و پایبند بمانند، لازم است که اعضای آن گروه در شکل گیری و تعیین آنها مشارکت فعال داشته باشند. البته، این ویژگی ها به تدریج قوت پیدا می کنند اما به شرط آنکه به عمد به دنبال تقویتشان باشیم. متأسفانه اغلب، افرادی را دور هم جمع می کنیم به این امید که بالاخره تیم خواهند شد در صورتی که اگر همه ی اعضا روی تیم شدن وقت و انرژی صرف نکنند، احتمال تیم شدنشان بسیار ضعیف خواهد بود.

تمرین: ارزیابی تیم های واقعی

										ویژگی های تیم
		@		#						اهداف توافق شده و مشترک
		@		#						نقش های توافق شده
		@		#						ساختارهای توافق شده
		@		#						هنجارهای توافق شده (قوانین ، ارزشها، مقررات و ...)
		#							@	احساس "ما" بودن
		#		@						ارتباط ، هماهنگی

زیربنا و روبنای تشکل تیم محلی:



رابطه فشر یک تشکل (بزرگ یا کوچک) را به یک ساختمان تمثیل کرده است. زیربنای این ساختمان – پی، شناژ، تیر، اتصالات، ستونها – در واقع متشکل است از هدف مشترک، ارزش ها و هنجارها، انسجام روابط و اعتماد متقابل، احساس عدالت و رضایت، و غیره. روبنا عبارت است از ساختار و وظایف، تعاملات بیرونی، تبلیغات، و ... ملات این ساختمان را توانایی و ظرفیت افراد تشکیل می دهد.

استدلال فشر این است که یک تشکل اول باید از زیربنای محکمی برخوردار باشد و بعد به دنبال روبنا باشد. اتفاقاً روبنا می تواند متناسب با شرایط و فعالیت ها متفاوت بوده و تغییر کند. متأسفانه اکثر تشکلهای، از زیربنای ضعیف و سستی برخوردارند، که از درون به زودی می پوسند و ریزش می کنند و اکثر سرمایه گذاری ها روبنایی است. در تاسیس آن ساختاری عمل می شود و در زمان ترمیم از لحاظ روبنایی اصلاح می شود و به روابط درونی، عدالت و رضایت توجه نمی شود.

تازه پس از شکل گیری روبنای ساختمان نیز باید به فکر نگهداری ساختمان باشیم که باز باید بیشتر توجهمان معطوف جنبه های زیربنایی آن باشد. استحکام و پایداری ساختمان بیش از هر چیز در گروهی زیربنای آن است، به ویژه در شرایط سخت محیطی. اگر زیر بنای یک شکل قوی باشد، در تاثیر پذیری کمتر دچار آسیبی شویم. بطور مثال در امور مالی در یک تیم اگر انسجام درونی نباشد پولی که داده می شود می تواند طوفانی بپا کند و جمع را متلاشی می کند.

سیر تکاملی یک تیم/عمر تیم / فرآیند شکل گیری تیم

انتظار اینکه یک عده ای مردم دور هم جمع شوند (با وجود باورها، ارزشها و نگرش های خاص خود) و بتوانند به کار خود همانطور ادامه دهند و همزیستی مطلوب داشته باشند و گروهی رشد کنند، نامعقول نیست ولی شکل گیری این فرایند به زمان کافی نیاز دارد.

بدیهی است که رشد گروه یا تیم یک فرایند تدریجی است، که تجمع افراد فقط آغاز این حرکت است. تاکنن (۱۹۶۶۵) چهار مرحله برای رشد و بلوغ گروه و تیم قائل بوده - تجمع، طوفان، تشکیل و عمل. اعتقاد او بر این است که بدون طی کردن این عمر، یک گروه یا تیم به ثبات و پایداری نمی رسد. البته یک مرحله پنجم نیز وجود دارد و آن متلاشی شدن مصالحت آمیز گروه است که می تواند بدلیل انجام ماموریت و به هدف مورد نظر باشد. هر کدام از مراحل عمر تیم را می توان از طریق یک سری شاخص تمیز داد لازم به ذکر است که مراحل مختلف قطعاً با یکدیگر همپوشی دارند. در ثانی، قرار بر این نیست که یک تیم فقط یک مرتبه این فرآیند را بپیماید و چون به مرحله عمل رسید دیگر با هیچ مشکلی مواجه نباشد، بلکه این فرایند دائماً بر می گردد و خود را اصلاح می کند، به ویژه زمان شروع کردن کارهای جدید و وارد شدن به محیط های متفاوت، که خود این حالت رشد - گردشی از ابعاد ضروری سیر تکامل تیم است.

(۱) **مرحله تجمع اولیه :** گروه هنوز تیم نشده و گفتگوهای مشترک صورت نگرفته است. تعارف، رو در بایستی و نگرانی از ابراز وجود و نظر خود در افراد دیگر دیده می شود. به خاطر اینکه دیگران دچار رنجش نشوند، از مخالفت پرهیز می شود. جو حاکم بر گروه رسمی است و افراد تلاش می کنند ظاهر را حفظ کنند. ر ظاهر آرامش حاکم است و به خاطر رعایت اصول ارتباط اولیه همه امور به طور سطحی می گذرد. در اینجا اشتباه است که این آرامش را پایدار پنداریم و گمان کنیم که تیم شده ایم، در حالی که در آغاز حرکت هستیم.

(۲) **مرحله طوفان :** گروه بالاخره به طوفان (شوک) می رسد: کلافگی، اصطکاک، تضاد و گروهک بازی، پیچ و پچ ، جبهه گیری (کسی حرف کسی را نمی شنود) و تمایل به شنیدن نظرات دیگران کمتر وجود دارد. آنهایی که فکر می کنند در مرحله تجمع تیم شده اند، در مقابل تلاطم مرحله طوفان آسیب پذیر هستند. در این مرحله است که بیشترین ریزش را داریم. افرادی به توافق نمی رسند و تیم نمی شوند. ولی طوفان ادامه دارد، و جمع هایی که بتوانند از طوفان رد شوند به مرحله تشکیل می رسند.

(۳) **مرحله تشکیل:** تفاوت ها به رسمیت شناخته می شود، به توانایی ها پی برده می شود، با گوش دادن به یکدیگر فضای گفتگو فراهم می شود و درک متقابل تفاهم ایجاد می شود، مشترکات پیدا می شود، شفافیت، و احساس امنیت از ابزار عقیده و نظر ، توان شنیدن انتقاد در افراد دیده میشود.

				
تجمع	طوفان	تشکیل	عمل	خاتمه ی خوب
<p>تعارف و رودربایستی</p> <p>پرهیز از مخالفت و مطرح نمودن موضوعات بحث</p> <p>برانگیز</p> <p>کنار هم هستند ولی ارتباط ندارند</p> <p>هدف برای همه مشخص و مشترک نشده</p> <p>دور هم جمع هستند ولی نمی دانند چرا</p>	<p>ارتباط بد</p> <p>انتظارات مختلف و متضاد</p> <p>جمع ملتهب است</p> <p>منتظرند کسی از بیرون مشکل را حل کند</p> <p>بروز اختلاف نظر و سلیقه</p> <p>تمایل به مخالفت علنی</p> <p>تضاد، اصطکاک</p> <p>کلافگی</p> <p>عدم تمایل به گوش کردن</p> <p>اخلالگری و سلطه گری</p> <p>تنش</p> <p>گروهک بازی</p> <p>بدگویی، غیبت</p> <p>منیت</p>	<p>گفتگو</p> <p>گوش کردن</p> <p>احترام به نظرات یکدیگر</p> <p>اصول کاری یکسان/توافق شده</p> <p>آرامش نسبی</p> <p>نقش های مشخص و پذیرفته شده</p> <p>حد و مرزها شفاف شده است</p> <p>درک متقابل</p> <p>پی بردن به توانایی ها</p> <p>پیدا شدن مشترکات</p> <p>به رسمیت شناخته شدن تفاوت ها</p> <p>تفاهم، توافق</p> <p>اشتراک در تصمیم گیری</p> <p>شفافیت</p>	<p>هماهنگی نسبی</p> <p>رضایت ذینفعان از کاروجهه مطلوب نزد گروه های دیگر</p> <p>اطمینان کاری</p> <p>تقسیم کار عادلانه بر اساس توانایی ها و توافق</p> <p>مکمل هم بودن</p> <p>بازنگری و بازخورد</p>	 

روز اول کارگاه را به خاطر بیاورید :

روز آشنائی - سلام و رعایت آداب به طور سطحی - افراد آشناتر و احساس نزدیکی بیشتر - متأثر از فضای کارگاه بخودمان اجازه صحبت دادیم، و بعد مرحله عمل ...

۴) مرحله عمل: گروه درباره نقش ها و تقسیم کار به توافق می رسند، و اینکه چگونه مکمل هم باشیم، آثار تکمیل شده نیز دیده می شود.

آنهایی که دوست دارند تسهیل گری کنند می توانند زمینه ای به وجود آورند تا در مجموعه قبل از رسیدن به طوفان جزیره ای از گفتگو ایجاد شود، بالایی ها و پایینی ها به هم نزدیک شوند، موانع ارتباطی برداشته شوند و میانجی گری برای حفظ ارتباط نمایند.

افرادی که در مرحله تجمع ازدواج می کنند، کمتر در زندگی مشترک موفق هستند، در تیم های فوتبال گاهی اسماً تیم هستند و تنها یک تجمع می باشند.

زمانی می رسد که مجموعه به هیچ فردی وابسته نمی باشد و مستقل می شود، در اینجا است که تسهیل گر احساس می کند مجموعه به او نیازی ندارد، به عبارت دیگر او توانمندی گروه را در رو به استقلال حرکت کردن مشاهده می کند.

تعریف مشارکت: Participation

مفهوم مشارکت در فرایندهای اجتماعی و انسانی

طی دهه های گذشته، این واقعیت به تدریج پذیرفته شده است که اگر قرار باشد فایده ی برنامه های توسعه اجتماعی و انسانی به مردم برسد، خود این مردم باید نقشی در فرایند داشته باشند، و به این شکل بوده که مفهوم مشارکت در ادبیات توسعه اجتماعی / انسانی جایگاه اساسی تری یافته است. البته نوع و میزان و عمق مشارکت، یا نقش مردم، تحولاتی را در خود شاهد بوده است، چرا که هر مقدار که بیرونی ها^۸ جرئت کرده اند مسائل را واگذار کنند، مردم نیز ظرفیت و توان بیشتری برای ایفای نقش مهم و اصلی تری از خود نشان داده اند، و می توان گفت باورهای سنتی کارشناسان بیرونی را در هم ریخته اند. متعاقباً تعریف مشارکت نیز یک سیر تکاملی را طی کرده است، که مرور زمان و تنوع شرایط و نگرشها بر گستردگی طیف این تعاریف افزوده است.

مشارکت	
<p>مردم محلی اطلاعات می دهند و در حد خیلی محدودی مورد مشورت قرار می گیرند. تصمیم گیری توسط بیرونی ها صورت می گیرد.</p>	<p>کار "برای" مردم (working for the people)</p> 
<p>مردم محلی کار یدی و منابع خود را در اختیار برنامه های بیرونی ها می گذارند. امکان دارد مورد مشورت قرار گیرند و اطلاعاتی نیز به بیرونی ها بدهند. کنترل در دست بیرونی هاست ولی عمل در سطح محلی است.</p>	<p>کار "با" مردم (working with the people)</p> 
<p>تحلیل و عمل در محل صورت می گیرد. فرایند حاوی گفتگوی همه سویه و برنامه ریزی مشترک است و بیرونی ها بیشتر نقش تسهیلگری^۹ فرایند را دارند.</p>	<p>کار "توسط" مردم (working by the people)</p> 

^۸ منظور از "بیرونی ها"، افرادی است که حرفه شان با زندگی مردم ارتباط دارد ولی زندگی و معیشت خودشان در محیط آن مردم تأمین نمی شود، مثل معلم ها، مددکارها، پطشکان، ...

^۹ facilitation

طیف مفهوم مشارکت^{۱۰}

افراد متعددی در جهت مشخص نمودن تفاوت تعاریف و تعبیر مختلف از مشارکت تلاش کرده اند، از جمله جولز پرتی^{۱۱} در سال ۱۹۹۵، که بر اساس تجارب گوناگون در نقاط مختلف دنیا طیف ذیل را به نظم در آورده است. اگر ما واقعاً در حال حرکت باشیم، قاعدتاً باید به جایی برسیم که دیگر چند مورد اول طیف ذیل را اصلاً مشارکت ندانیم.

به مردم گفته می شود که قرار است اتفاقی بیفتد یا افتاده است و این غالباً از طریق یک اعلام همگانی از جانب یک مقام مسئول پروژه صورت می گیرد، بدون آنکه اظهارات مردم شنیده شود
مردم در قبال غذا، پول یا دیگر انگیزه های مادی، منابع خود را در اختیار پروژه می گذارند. یک نمونه از این نوع مشارکت، تحقیق مزرعه ای است که در آن کشاورزان زمینهایشان را در اختیار تحقیق می گذارند ولی خود در فرایند آزمایش و یادگیری دخیل نیستند. بعد از اتمام پروژه و قطع شدن انگیزه های مادی، معمولاً مردم منفعتی در ادامه فعالیت ها نمی بینند.
مردم به سؤالات مطرح شده توسط محققین در قالب پرسشنامه پاسخ می دهند. آنها فرصت تأثیرگذاری بر روند را ندارند، چرا که یافته ها با آنان در میان گذاشته نمی شوند، حتی برای تصحیح.
با مردم مشورت می شود و بیرونی ها به نظرات آنها گوش می دهند. تعریف مسئله و راه حل به عهده حرفه ای های بیرونی است، که ممکن است با توجه به عکس العمل های مردم تعدیلاتی را اعمال کنند. چنین فرایند مشورتی، سهمی در تصمیم گیری برای مردم متضمن نمی شود و بیرونی ها ملزم به لحاظ کردن نظرات مردم نیستند.
مردم برای تحقق اهداف از پیش تعیین شده مربوط به یک پروژه، تشکیل گروه می دهند. این می تواند شامل توسعه یا ارتقای یک روند سازماندهی اجتماعی باشد که از بیرون ابداع شده است. اینگونه ورود مردم معمولاً در مراحل آغازین پروژه یا برنامه ریزی نیست، بلکه اغلب پس از آنکه تصمیمات اصلی اتخاذ شدند صورت می گیرد. نهادهای تشکیل شده غالباً به آغازگر و تسهیلگران بیرونی وابسته هستند ولی ممکن است در آینده خود اتکا شوند.
مردم در تحلیل مشترک مشارکت می کنند که منجر به برنامه های عملی و تشکیل نهادهای محلی جدید یا تقویت نهادهای موجود می شود. گروه های جدید یا تقویت شده تصمیمات محلی را به عهده می گیرند، لذا مردم در تداوم بخشیدن و نگهداری ساختارها و فعالیت ها ذینفع هستند.
مردم، مستقل از نهادهای بیرونی، برای تغییر نظام ها و ساختارها وارد عمل می شوند. آنها برای دسترسی به منابع و مشاوره های مورد نیاز، با نهادهای بیرونی ارتباط برقرار می کنند، ولی کنترل منابع در دست خودشان است. چنین بسیج و عمل خودجوش ممکن است حتی توزیع های ناعادلانه ی ثروت و قدرت را به چالش بطلبد.

¹⁰ participation spectrum

¹¹ Jules Pretty

- به اتحاد رسیدن نسبت به تعریف مفهوم مشارکت محال است، که البته این می تواند نشان از غنای مفهوم باشد. مهم این است که برداشتی که از این مفهوم داریم، یا هر مفهوم دیگری داریم، برای خودمان و دیگران شفاف باشد.
- مهمتر از اینکه ما در کجای طیف قرار داریم این است که به کدام سمت طیف حرکت می کنیم. سؤالی که همواره باید از خودمان بپرسیم این است که آیا نقش و محوریت مردم در حال پررنگ تر شدن و متعاقباً نقش بیرونی ها در حال کمرنگ تر شدن هست یا خیر.
- با استفاده از عنوان کتاب رابرت چمبرز باید پرسید: "واقعیت چه کسانی به حساب می آید؟"^{۱۲} واقعیت، دغدغه و اولویت های چه کسانی محوریت دارد و محتوا و مسیر فرایند را تعیین می کند؟ آیا این ما هستیم که با ذهنیت و ارزشهایمان خط مشی روند توسعه اجتماعی و انسانی را مشخص می کنیم و انتظار داریم مردم در پروژه های ما مشارکت کنند؟ یا آیا واقعاً توانسته ایم از جایگاه و قدرت خودمان و دیگر بیرونی ها کاسته و نقش و جایگاه مردم را پررنگتر کنیم؟

تعریف Community (اجتماع – جماعت):

جامعه: گروه بندی بزرگی از انسانها در نظام بسیار ساختاریافته ای از سازمانهای بشری در قلمرو جغرافیایی واحد و تحت سیطره سیاسی واحد و فرهنگ واحد که مولد الگوهای فرهنگی و نهادهاست و حمایت، امنیت، تداوم، و هویت ملی به اعضای خود می بخشد.

گروه بندی بزرگی از انسانها در قلمرو جغرافیایی واحد، تحت سیطره سیاسی واحد، و دارای فرهنگ واحد
اجتماع / جماعت: گروه کوچکی از افراد دارای روابط نزدیک و چهره به چهره و منافع مشترک ملموس
رویکردی اجتماع محور رویکردی است با هدف مقتدر کردن افراد و گروهها با مهارتهای لازم برای (۱) حمایتگیری، (۲) بهبود زندگی، (۳) و دسترسی یافتن به منابع

فرایند ایجاد سرمایه اجتماعی است؛ فرایندی با تأکید بر کار دسته جمعی مردم برای رسیدن به اهدافی که خود تعیین می کنند، با منابعی که خود بسیج می کنند، و با طراحی نقشه های عمل برای پرداختن به مشکلاتی که خود شناسایی کرده اند.

برخی ویژگی های یک گروه یا تیم محلی:

۱. گروه های محلی که روابط چهره به چهره دارند (مثل کارهای اجتماعی در جامعه محلی)؛
۲. منافع مشترک (مثل جامعه پژوهشی، جامعه کسبه) ؛ و ویژگی (جامعه قومی یا قبیله ای)؛
۳. چگونگی روابط - سهیم بودن در اهداف ، ارزش ها و هویت مشترک ؛ تصمیم گیری مشارکتی و تولید نمادین؛ و در ارتباط با اینها - سرمایه گزاری های عاطفی و اخلاقی.

تعریف سلامت Health :

سلامت حالتی از تندرستی جسمی، روانی، اجتماعی و نه صرفاً نبودن بیماری یا ناتوانی می باشد (سازمان جهانی بهداشت ۱۹۴۸).

¹² Whose Reality Counts

این تعریف در تاریخ ۱۹۸۷ میلادی توسط WHO در منشور اوتاوا، برای ارتقای سلامت به روز شده است، که می گوید سلامت: " یک منبع برای زندگی روزانه، نه هدف زندگی " و سلامت : " یک مفهوم مثبت است که منابع شخصی و اجتماعی و ظرفیت های جسمی " را تاکید می کند.

در گزارش Lalonde آمده است که چهار تعیین کننده سلامت وجود دارد که شامل: بیولوژی انسان، محیط، سبک زندگی و خدمات مرافبت های سلامتی می باشد. بنابراین ، سلامت نه تنها از بکار گیری و پیش برد خدمات سلامتی ایجاد میشود، بلکه با تلاش برای انتخاب سبک های زندگی هوشمندانه فرد و جامعه او نیز بدست می آید و ارتقاء می یابد. مثلاً یک عامل محیطی ، "کیفیت آب " به ویژه برای سلامت کودکان در کشورهای در حال توسعه است.

تعریف ارتقای سلامت Health Promotion :

ارتقاء سلامت: فرایند قادر کردن افراد به کنترل بر سلامت خود

تعریف ارتقای سلامت روان

ارتقا سلامت روان مستلزم فعالیت هایی است که شرایط زندگی و محیطی را به گونه ای ایجاد کند که از سلامت روان حمایت گردد و به مردم اجازه دهد سبک زندگی سالمی را برگزیده و آنرا حفظ نمایند. این موارد شامل طیفی از فعالیت هایی است که فرصت تجربه کردن سلامت روان بهتر را توسط افراد بیشتری فراهم کند.

* گام های تشکیل تیم محلی

گام اول: تشکیل تیم کارشناسی

- برگزاری جلسه توجیهی با معاون بهداشت و جلب نظر و حمایت ایشان و کارشناسان حوزه
- تشکیل تیم کاری با مسوولیت معاون بهداشت، و با حضور کارشناس مسول ، و مشاورانی که می توانند به اجرای بهتر طرح کمک کنند.

گام دوم: معیارهای انتخاب محله

- نیازسنجی، یعنی شناخت دقیق، درست و کافی از نیازهای افراد محله
 - بومی بودن افراد، اعضای محله همگون باشند
 - وجود افراد با نفوذ در محله، از قبیل ریش سفیدها، معتمدین محلی و...
 - آسیب خیز بودن محله (یا در حاشیه واقع شدن محله)
 - وجود فرهنگسراها، مراکز آموزشی، کتابخانه ها و مراکز مشاوره در محله
 - وجود افراد قدیمی و دارای کسوت کار مشارکتی در محله برای کمک به شناخت دقیق تر محله
 - همکاری و مشارکت مثبت و بالای افراد ساکن در محله
- تبصره: نیافتن هریک از موارد فوق در محله نشانگر تشکیل نشدن گروه نیست.

گام سوم: شناسایی و جذب مشارکت معتمدین محله

- از طریق مساجد ، هیات امنا
- شورای شهر و روستا
- کسبه محله و مغازه داران

- از طریق مدیر ساختمان و مجتمع هایی که خانواده ها زندگی می کنند
- مدارس، مرکز بهداشت و سایر منابع محلی ممکن
- مراکز مشاوره، مراکز آموزشی و سایر مراکز کار جمعی در محله
- مصاحبه به صورت تصادفی که می تواند با برنامه ریزی به وسیله فرم های از قبل طراحی شده و مشخص باشد.

گام چهارم: برگزاری جلسات مشورتی و توجیهی با معتمدین محله

- افراد پیش از ورود توسط کارشناس از طریق مصاحبه یا تست مورد ارزیابی قرار می گیرد.
- برنامه ریزی دقیق پیش از اجرای هرگونه طرحی. این گونه که امکانات آن را سنجیده و سپس به آن پرداخته شود.

گام پنجم: انتخاب روز داوطلب و دعوت مردم محله در یک مکان

- جذب نیروی داوطلب در یک محله با روش های مختلفی امکان پذیر است که در ذیل به برخی از آنها اشاره می شود:
- جذب نیروی داوطلب با هدف افزایش مشارکت و آگاهسازی مردم محله از طریق اماکن ورزشی، دانشگاه ها، تبلیغات، پایگاه ها، کافی نت ها و ...
- از طریق داوطلبان قدیمی تر، با تجربه و سابقه
- سالن های ورزشی محله
- تبلیغات در محله
- معتمدین و امام جماعت مساجد
- مراکز بهداشت محله

گام ششم: شرایط پذیرش و ثبت نام از افراد داوطلب

گام هفتم: ویژگی های افراد داوطلب برای تشکیل تیم محلی

- فن بیان قوی با ظاهر و برخوردی مناسب
- فعال در زمینه مشارکت جویی
- همدلی در سطح بالا و قوی
- انتقال چوب آموزش و ترویج فرهنگ یادگیری
- انتقاد پذیر، منتقد و دارای تفکر نقادانه
- دارای ویژگی اعتماد و خوشنامی
- مشاهده گر و شنونده ی خوب
- وقت شناس، منظم و رازدار
- مسوولیت پذیر و دارای روحیه کار گروهی و تیمی
- تحلیل درجا و آنی و متناسب با شرایط و موقعیت محله
- پرهیز و ممانعت از سلطه گری و اخلاص گری در تیم محلی

گام هشتم: هدف از تشکیل جلسات توسط تیم محلی:

- افزایش آگاهی
- توانمندشدن
- شناسایی ظرفیت های محلی و توسعه ی آن

- یادگیری مهارت های لازم
 - یادگیری رویکردها و فرآیندهای مشارکتی
 - طرح مشکلات و مسایل در جلسه و ارایه راه حل گروهی از طریق تسهیلگری کارشناس یا مشاور گروه
 - هم اندیشی و برنامه ریزی در زمینه فعالیت های گروهی، اجتماعی، فرهنگی، تفریحی و ...
 - تعیین مساله و ارائه ی راه حل جمعی
 - ترویج شفافیت در تیم محلی و با سایر افراد محله
 - ترویج احترام به تنوع و تفاوت های فردی
- تبصره:** ریزش افراد در گروه در فرآیند کار طبیعی است و شاید به عنوان یکی از ویژگی های گروه های باز بتوان از آن یاد کرد.

گام نهم: تبلیغات از طریق صداوسیما ، به صورت دعوت از کارشناس ، زیرنویس و اس ام اس

گام دهم: شناسایی بهره مندان

- مراجعه به بهزیستی و سازمانهایی که فعالیتهای داوطلبانه دارند مانند هلال احمر، کمیته امداد و ...
- تمام افرادی که به برنامه و نتایج آن اهمیت می دهند و می خواهند بدانند با نتایج حاصله چه می توانند بکنند
- آنهایی که از برنامه تأثیر می گیرند یا خدمت گرفته اند
- اعضای خانواده، موسسات و نهادهای آموزشی، گروههای رایزنی
- اعضای جامعه، حامیان مالی، مشارکت کنندگان، بودجه گذاران،
- آنهایی که در اجرای برنامه درگیر هستند
- افراد قدیمی، با تجربه و سابقه
- جمع های دوستانه و نشست های خانوادگی
- پایگاه های سلامت اجتماعی
- دانشگاه ها و مدارس
- اتوبوس رانی، از طریق تبلیغ روی اتوبوس های شهری
- برگزاری جشنواره های فصلی و به مناسبت های مختلف
- برگزاری نمایشگاه در محل های مختلف یا پارک ها و ارائه تولیدات گروهی مانند شیرینی، کارهای دستی و هنری، ترشی و ...
- بیمارستان و درمانگاهها
- پخش هدایای تبلیغاتی با آرم تیم محلی داوطلب

گام یازدهم: ارزشیابی مشارکتی (بر اساس راهنمای عمل ارزشیابی مشارکتی)

گام دوازدهم: توجیه برنامه مداخله اجتماع محور ارتقای سلامت توسط کارشناس و همچنین توسط افراد با تجربه در جلسات مختلف یا در روزی تحت عنوان روز داوطلب

فعالیت های تیم محلی:

*** جمع آوری اطلاعات محله ای**

- تهیه پرسشنامه
- مصاحبه با افراد مطلع جامعه

- مشاهده در محله

* آموزش، آگاهسازی و اطلاع رسانی

- تهیه بروشور، پمفلت، پوستر و جزوه
- گردهمایی های محلی
- برگزاری نمایشگاه - همایش
- تهیه و تدوین نشریات و خبرنامه
- ایجاد ارتباط و فن آوری الکترونیکی (ایجاد و توسعه فضاهای مجازی)

* کارگروهی/تیمی

- تشکیل گروه در فضای مناسب محله (پارک، مساجد و...)
- شناسایی گروه ها و شکل های محلی به منظور همکاری
- تقسیم وظایف در بین گروه
- برگزاری جلسات
- احترام به تفاوت ها و تنوع ها
- تشویق گروه های موفق به مناسبت های مختلف
- انتخاب روز داوطلب در هفته سلامت

* هماهنگی های بین بخشی

- شناسایی سازمانها و نهادهای مرتبط
- مذاکره حضوری جهت توجیه طرح برای مسوولان سازمانها و نهادهای مختلف محلی
- برگزاری جلسات توجیهی برای سایر سازمانها و نهادها
- مکاتبات اداری با سازمانهای دولتی و غیردولتی
- برگزاری نمایشگاهها، همایش های مشترک با سایر نهادهای دولتی و غیردولتی
- اجرای پروژه های مشترک و مشخص با سایر نهادها
- پیشگامی و استقبال در برقرار کردن ارتباط با سایر نهادها
- برقراری ارتباط با مراکز تخصصی خدمات اجتماعی

* حمایت گیری جهت ترویج تیم های محلی

- تعریف برنامه ها و پروژه های مشترک با سایر نهادهای دولتی و غیردولتی
- امضای تفاهم نامه با نهادهای مختلف جهت جلب مشارکت آنها
- جلب حمایت های مردمی
- تشکیل بانک اطلاعاتی سایر نهادهای مرتبط جهت ارجاع

* شناسایی منابع مالی و غیر مالی

- برگزاری دوره های آموزشی و هنری
- دعوت از مسوولین نهادهای مختلف جهت مشارکت و کمک های مالی
- برقراری ارتباط موثر با سازمانهای دولتی و غیردولتی و سایر افراد علاقمند به منظور جلب حمایت مالی و سایر خدمات اجتماعی و آموزشی
- مسوولیت دادن به افراد مدعو از نهادهای مختلف و تقدیر و تشکر از آنها با امضای بالاترین مقام سازمان

* دستیابی به نیازها و اولویت ها

- جمع آوری اطلاعات محله ای
- نیازسنجی محله ای (پرسشنامه - مصاحبه و...)
- تحقیقات کاربردی
- در اختیار داشتن اطلاعات محلی درخصوص گروه های آسیب دیده و در معرض خطر (تهیه بانک اطلاعاتی محلی)
- نشست ها و جلسات گروهی با اعضای محله

* افزایش جذب نیروهای داوطلب مردمی (محلی)

- تشکیل گروهی (کمیته ای) برای جذب نیروی داوطلب
- تدوین برنامه (اساسنامه) برای جذب نیروی داوطلب
- برگزاری جلسات سخنرانی و توجیهی برای اعضای محله
- تهیه فراخوان محلی
- اردوها - مسابقات - نمایشگاه ها
- توزیع بروشور - پمفلت و پوستر
- دعوت از افراد داوطلب قدیمی و با تجربه
- تشکیل جلسات مذهبی در محل
- شرکت در فعالیت های خیریه ای (جهیزیه و...)
- شرکت در جلسات اولیاء و مربیان مدارس
- شرکت در مراسم های عزاداری، عروسی و ارسال پیام های تبریک و تسلیت
- تشکیل کتابخانه محلی از طریق جمع آوری کتب اهدائی اضافی در منازل محلی
- شرکت در جلسات NGO های مرتبط

* شروع حرکت پایدار

- حفظ ساختار مردمی و غیردولتی تیم های محلی
- مشارکت در مدیریت تیم های محلی
- شناسایی و مشخص کردن منابع مالی مستقل (صندوق - نشریه - چاپ کتاب)
- ایجاد کیوسک های فروش محصولات تیم های محلی به مناسبت های مختلف
- انتقال اطلاعات جدید به تیم های محلی جدید

* فرهنگ سازی

- انجام تبلیغات با استفاده از وسایل ارتباط جمعی مانند رادیو - تلویزیون - مطبوعات و وسایل حمل و نقل مسافر (اتوبوس - مترو و...)
- برپایی نمایشگاه عملکرد تیم محلی
- برگزاری سخنرانی ها به مناسبت های مختلف
- انجام فعالیت های ورزشی - تفریحی و زیارتی

➤ دستورالعمل شماره ۲: دستورالعمل انجام نیازسنجی

مقدمه:

با توجه به اینکه در مورد نیازسنجی یک کتاب مطالعه و یک کتاب راهنمای آموزش نیز تدوین شده است، در این قسمت صرفاً به بیان مراحل انجام نیازسنجی و اقداماتی که در هر مرحله باید انجام شود می پردازیم. یک پروژه نیازسنجی شامل مراحل زیر می گردد:

۱. تعیین اهداف و سؤالات نیازسنجی
۲. جمع آوری داده های موجود راجع به سؤالات نیازسنجی (داده های ثانویه)
۳. تعیین روش های جمع آوری داده های اولیه
۴. تعیین تعداد نمونه و روش نمونه گیری
۵. طراحی پرسشنامه زمینه یابی (Survey)
۶. تحلیل داده ها
۷. اولویت بندی نیازها

۱- تعیین اهداف و سؤالات نیازسنجی

در این قسمت باید مشخص کنیم که هدف ما از نیازسنجی چیست و به دنبال چه چیزی هستیم؟ برای مثال اگر هدف ما، تعیین اولویت های نیازسنجی برای پیشگیری از آسیب های اجتماعی است، باید سؤالات مناسب مربوط به نیازسنجی را مشخص نماییم، مانند سؤالات زیر:

- عوامل خطر فردی مؤثر در بروز آسیب های اجتماعی کدام است؟
- عوامل خطر خانوادگی مؤثر در بروز آسیب های اجتماعی کدام است؟
- عوامل خطر محلی/Community/(محیط آموزشی، محله، محیط کار) مؤثر در بروز آسیب های اجتماعی کدام است؟
- عوامل خطر اجتماعی مؤثر در بروز آسیب های اجتماعی کدام است؟
- عوامل محافظتی فردی مؤثر در بروز آسیب های اجتماعی کدام است؟
- عوامل محافظتی خانوادگی مؤثر در بروز آسیب های اجتماعی کدام است؟
- عوامل محافظتی محلی/Community/(محیط آموزشی، محله، محیط کار) مؤثر در بروز آسیب های اجتماعی کدام است؟
- عوامل محافظتی اجتماعی مؤثر در بروز آسیب های اجتماعی کدام است؟

۲- جمع آوری داده های موجود راجع به سؤالات نیازسنجی (داده های ثانویه)

در این بخش باید راجع به سؤالات نیازسنجی ببینیم آیا اطلاعات مشخصی وجود دارد. این اطلاعات می تواند از بررسی های قبلی (پایان نامه ها، گزارش ها و ...) به دست بیاید. پس از بررسی داده های ثانویه، در صورتی که نیاز به داده های دیگری باشد، باید به جمع آوری داده های جدید (داده های اولیه) پردازیم.

۳- تعیین روش های جمع آوری داده های اولیه

برای جمع آوری داده های اولیه می توان از مصاحبه فردی، بحث گروهی متمرکز، و مطالعه پیمایشی استفاده کرد. مصاحبه فردی را با افراد کلیدی و صاحب نظران موضوع نیاز سنجی انجام می دهیم. برای مثال با فرمانده نیروی انتظامی، شهردار، فرماندار، پزشک مرکز بهداشت، روحانی محله، افراد معتمد محله و سایر افراد مشابه. در بحث گروهی متمرکز باید یک راهنمای انجام بحث گروهی داشته باشیم و بر اساس آن جلسه بحث گروهی را جلو ببریم. تعداد افراد شرکت کننده بین ۸ تا ۱۲ نفر و حداکثر ۱۵ نفر باید باشد. یک نفر به عنوان تسهیلگر و یک نفر به عنوان یادداشت بردار عمل می کند. یک نمونه از راهنمای انجام بحث گروهی در زیر آمده است.

به نام خدا

تحلیل وضعیت، نیازسنجی، و تعیین اولویتهای پیشگیری و کنترل سوءمصرف مواد در کارکنان شرکت.....

مصاحبه نامه بحث گروهی متمرکز

۱) معرفی جلسه (تقریباً پنج دقیقه)

ما می خواهیم برای کارکنان شرکت برنامه پیشگیری و کنترل سوءمصرف مواد را اجرا کنیم. پیش نیاز اجرای چنین برنامه ای داشتن اطلاعات لازم در باره وضعیت اعتیاد در این شرکت است. ما شما را به اینجا دعوت کرده ایم تا در باره تجارب شما در این شرکت و همچنین نظرات شما برای اجرای بهتر این برنامه استفاده کنیم، به گونه ای که تا آنجا که ممکن است بتوانیم برنامه مؤثر و مفیدی را اجرا کنیم. تنها با کمک شماست که می توانیم این خدمات را ارتقاء دهیم. در گفته های شما پاسخ صحیح یا غلط وجود ندارد و هر چه که شما می گوئید برای ما مهم است. پیشنهاد می کنم که برای استفاده بهتر از گفته های همکاران صبر کنیم تا حرف یک نفر تمام شود و سپس نظرات خودمان را مطرح کنیم. رازداری بخش اساسی این مطالعه است، و اگر ما صدای شما را ضبط می کنیم فقط برای نوشتن کامل گزارش این گروه است و لاغیر. در این گزارش به نام یا سمت هیچکس اشاره نخواهد شد.

(در اینجا تسهیلگر به معرفی خود و همکاری می پردازد.)

۲) معرفی شرکت کنندگان (تقریباً یک دقیقه برای هر نفر)

۳) سوال مقدمه یا «دست گرمی» (تقریباً ۲۰ دقیقه)

❖ نظر شما در باره وضعیت اعتیاد در این شرکت چیست؟

در صورت لزوم، مشخص تر بپرسید : آیا مشکل اعتیاد جدی است؟ تاثیر اعتیاد بر این شرکت؟ آسیبهای اعتیاد بر این شرکت؟

۴) سوال های بیشتر (چهل دقیقه)

۱) به نظر شما در اینجا چه کسانی بیشتر در معرض ابتلا به اعتیادند؟

فروکاوای ها:

▪ سن /جنس/ تحصیلات نوع کار/ شیفت کار/ وضعیت استخدامی (رسمی، قراردادی، و ...)/
وضعیت تاهل/ طبقه اجتماعی

۲) به نظر شما در این شرکت چه عواملی افراد را به اعتیاد سوق می دهد؟

فروکاوای ها:

▪ فردی/ خانوادگی/ محیط کار

۳) به نظر شما معتادان اینجا بیشتر از چه موادی استفاده می کنند؟ با چه روشی؟

۴) آیا در این شرکت مکان مصرف مواد وجود دارد؟ در چه مکانهایی، و در چه زمانهایی؟

۵) چرا معتادان این کارخانه برای بهبودی اقدام نمی کنند؟

۶) به نظر شما عوامل موثر بر تداوم اعتیاد در اینجا چیست؟

۷) آیا معتاد بهبود یافته هم در این شرکت می شناسید؟ به نظر شما چگونه برای بهبودی اقدام کرده است؟

۵) سوال نهایی (تقریباً ۱۵ دقیقه) [بعد از اینکه محتوای گروه توسط تسهیلگر خلاصه شد.]

۱) به نظر شما برای بهبودی از اعتیاد در بین کارکنان اینجا چه فعالیتهایی بایستی انجام داد؟

۲) به نظر شما برای درمان اعتیاد در اینجا چه کسانی و چه بخشهایی از شرکت باید دخیل شوند؟

❖ آیا چیز دیگری بود که می بایست در باره اش صحبت می کردیم، اما صحبت نشد؟

از شرکت کنندگان تشکر کنید.

بعد از انجام بحث گروهی متمرکز، به تحلیل آن می پردازیم. از بحث گروهی متمرکز در نیاز سنجی، هم می توان به عنوان روشی برای بررسی کلی نگرش ها و باورهای عده ای از افراد ان جامعه استفاده کرد و هم به عنوان کمک برای تدوین پرسشنامه نهایی مطالعه زمینه یابی از آن بهره جست. در مورد مطالعه زمینه یابی ابتدا پرسشنامه مقدماتی را آماده می کنیم، سپس پرسشنامه را با استفاده از بحث های گروهی متمرکز و پایلوت پرسشنامه (حدود ۱۵ الی ۲۰ پرسشنامه کفایت می کند)، نسخه نهایی پرسشنامه را آماده می کنیم.

۴- تعیین تعداد نمونه و روش نمونه گیری

تعداد نمونه در مطالعه زمینه یابی، بر اساس تعداد جمعیت جامعه هدف، دقت نمونه گیری و حدود اطمینان مورد نظر، از روی جداول یا فرمول تعیین تعداد نمونه قابل انجام است. در صورتی که فکر می کنیم جامعه هدف از گروه های متفاوت از نظر موضوع مورد بررسی تشکیل شده است، بهتر است از همه طبقات نمونه گرفته شود. به این نوع نمونه گیری همان طور که در کتاب مطالعه گفته ایم، نمونه گیری احتمالی طبقه ای می گوئیم. بعد از تعیین تعداد نمونه و افرادی که باید پرسشنامه در مورد آنها تکمیل گردد، توسط پرسشگران که احتمالاً آموزش

مختصری راجع به پرسشنامه دیده اند به محل زندگی یا کار آنها مراجعه و پرسشنامه توسط ایشان یا پرسشگران تکمیل می گردد.

۵- روش طراحی پرسشنامه

یک پرسشنامه باید پاسخ دهنده را ترغیب نماید تا در تحقیق به طور فعال درگیر گردد و در نتیجه پاسخهای مناسب و دقیق را به همراه داشته باشد لذا پرسشنامه بخش مهمی در طراحی تحقیق می باشد. به طور کلی پرسشنامه یک روش ساختار یافته برای جمع آوری داده ها به صورت کلامی یا نوشتاری از پاسخ دهندگان می باشد اما پرسشنامه تنها یکی از ابزارهای جمع آوری داده است. هر پرسشنامه دارای یک سری اهداف اختصاصی می باشد.

اهداف پرسشنامه

هر پرسشنامه دارای ۳ هدف اختصاصی می باشد.

۱ - ترجمه اطلاعات مورد نیاز به مجموعه ای از پرسشهای اختصاصی که پاسخ دهنده بتواند به آن جواب

دهد

۲ - تشویق و ترغیب پاسخ دهنده به منظور درگیر شدن عملی در مصاحبه به منظور همکاری و تکمیل

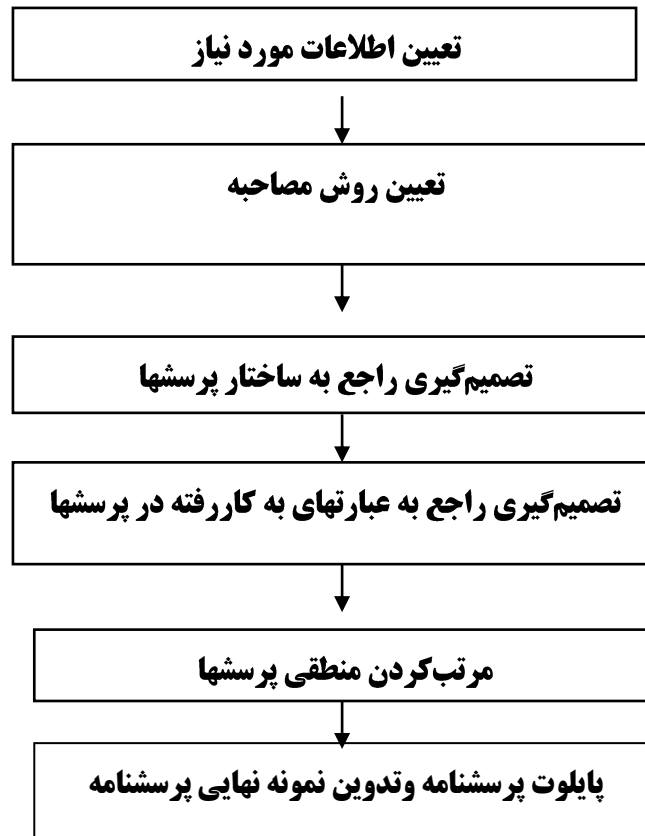
پرسشنامه

۳ - به حداقل رساندن خطای پاسخدهی که در اثر جوابهای غیر دقیق توسط پاسخ دهنده، ثبت ناقص یا

اشتباه داده ها یا تحلیل اشتباه داده ها به وجود می آید. پرسشنامه می تواند منبع مهمی در خطای پاسخ دهی باشد.

فرآیند طراحی پرسشنامه

برای طراحی پرسشنامه، یک تئوری استاندارد شده وجود ندارد. اما به طور کلی طراحی پرسشنامه شامل مراحل زیر می‌باشد.



تعیین اطلاعات مورد نیاز

برای اطمینان بیشتر از اینکه اطلاعات بدست آمده به تمام جنبه‌های مشکل می‌پردازد، معمولاً از یک سری جداول توخالی استفاده می‌کنیم. برای هر گروه هدف باید از پرسشنامه خاص آن گروه استفاده کنیم.

انواع روش‌های مصاحبه

۱- پرسشنامه پستی: توسط فرد تکمیل می‌شود. لذا پرسشها باید ساده بوده و نحوه تکمیل کردن پرسشنامه دقیقاً توضیح داده شده باشد. از این مدل پرسشها می‌توان در مطالعات پیمایشی از طریق اینترنت نیز استفاده نمود.

۲- مصاحبه تلفنی: پاسخ دهنده در تعامل با مصاحبه‌گر است اما بدلیل آنکه پرسشنامه را نمی‌بیند، باید از سوالات ساده و کوتاه استفاده نمود.

۳- مصاحبه‌های فردی: پاسخ دهنده‌ها پرسشنامه را می‌بینند و در تعامل چهره به چهره با مصاحبه‌گر هستند. لذا می‌توان پرسش‌های طولانی، پیچیده و زیادی را مطرح کرد.

محتوای پرسش‌ها

وجود هر سوال در پرسشنامه باید جهت تولید اطلاعات مورد نیاز بوده و هدفمند باشد. بهتر است در ابتدا چند سوال خنثی پرسید و سپس به دیگر سوالات پرداخت به ویژه وقتی موضوع پرسشنامه حساسیت‌زا بوده یا مورد بحث باشد. گاهی اوقات لازم است به منظور بررسی روایی و پایایی پاسخ‌ها، برخی پرسش‌ها را دوباره و به صورت‌های مختلف مطرح نماییم.

مصاحبه شونده

پژوهش‌گر نباید تصور کند که پاسخ دهندگان می‌توانند به تمامی پرسش‌ها پاسخ‌های دقیق و مدلل بدهند. برخی مسایل باعث محدودیت توانایی پاسخ دهنده در ارائه اطلاعات مطلوب می‌گردد. پاسخ دهنده ممکن است راجع به موضوع پرسش‌نامه آگاهی کافی نداشته باشد، چیزی به خاطر نیاورد و یا راجع به برخی از پرسش‌ها نتواند جواب واقعی خود را بیان نماید.

آیا مصاحبه شونده از موضوع مورد پرسش آگاهی دارد

گاهی اوقات از مصاحبه شونده سوالاتی پرسیده می‌شود که راجع به آن موضوع اطلاعاتی ندارد و ممکن است پاسخ نادرست بدهد. توجه به این موضوع در طراحی پرسشنامه بسیار اساسی می‌باشد لذا توصیه می‌گردد که در ابتدای پرسشنامه تعدادی سوالات فیلتر کننده گنجانده شود تا فقط با افرادی که راجع به موضوع آگاهی دارند مصاحبه شود.

آیا مصاحبه شونده به خاطر می‌آورد

بسیاری از موضوع‌هایی که ما در پرسشنامه‌ها از افراد می‌پرسیم، شاید آنها تنها قسمت کمی از موضوع را به خاطر بیاورند. عدم توانایی به یاد آوردن منجر به خطاهایی مانند حذف، متمرکز کردن و تخیل می‌شود. حذف عبارت است از عدم توانایی به خاطر آوردن یک واقعه، در حالی که واقعاً رخ داده است. متمرکز کردن، یک پدیده روانشناختی می‌باشد که یک فرد فکر می‌کند که یک رویداد خیلی تازه‌تر از آنچه واقعاً اتفاق افتاده است به وقوع پیوسته است. مثلاً اگر از فردی بپرسید که طی یک ماه گذشته چند بار سیگار کشیده است ممکن است بگوید ۴ بار، در حالی که ممکن است یکی از این موارد مربوط به ۴۰ روز قبل باشد.

تخیل زمانی اتفاق می‌افتد که مصاحبه شونده واقعه‌ای را بازگو می‌کند که هیچگاه اتفاق نیفتاده است.

با افرادی که تمایل به پاسخدهی ندارند چگونه رفتار کنیم

گاهی اوقات مصاحبه شونده تمایل به پاسخ دادن ندارد که این عدم تمایل ممکن است ناشی از موقعیت زمانی و مکانی مصاحبه، محتوای پرسشنامه، واضح نبودن اهداف پژوهش برای مصاحبه شونده، و مشخص نبودن نوع اطلاعات خواسته شده باشد. بهتر است پرسشنامه طوری طراحی شود که برای پاسخ به آن، مصاحبه شونده نیاز به انجام کوشش زیاد نداشته باشد. مثلاً لازم نباشد که یک سری محاسبات ریاضی انجام دهد و یا اگر می‌خواهیم سبد غذایی یک خانوار را در طی یک هفته اخیر بررسی کنیم به جای آنکه بپرسیم در طی یک هفته گذشته چه مواد غذایی مصرف کرده‌اید بهتر است یک فهرست از مواد موجود در تمامی گروه‌های غذایی در پرسشنامه بیاوریم و از او بپرسیم که از کدام یک و به چه میزان مصرف کرده‌است. هنگامی که درباره درآمد یا شغل یا سرگرمی‌های فرد می‌پرسیم، ابتدا باید هدف از این پرسش‌ها را برای او بازگو نماییم تا فرد بتواند با تمایل بیشتری به پرسش‌ها پاسخ دهد. همچنین پرسش مورد مسایل حساسیت‌زا ممکن است با پاسخ مناسب همراه نباشد مثلاً راجع به زندگی

خانوادگی، خشونت در منزل، رفتار جنسی، اعتقادات سیاسی و مذهبی، جرم، رعایت هنجارها و از این قبیل. لذا ایجاد اعتماد و جوی صادقانه از گام‌های اساسی و اولیه برای ورود در حیطه‌های فوق می‌باشد. برای ترغیب مصاحبه شوندگان را به پاسخگویی، اقدامات زیر پیشنهاد می‌گردد.

۱ - شروع کردن مصاحبه با سوالات خنثی

۲ - ایجاد جوی حاکی از اعتماد و اطمینان

۳ - قراردادن موضوع‌های حساسیت‌زا در انتهای پرسشنامه

۴ - مشخص نمودن اهداف پژوهش به صورت شفاف و کاربردی

انتخاب ساختار پرسشنامه

یک پرسش‌نامه می‌تواند بی‌ساختار یا ساختار یافته باشد

پرسشنامه بی‌ساختار

پرسشها از نوع باز بوده و مصاحبه شونده با جملات دلخواه خود به آنها پاسخ می‌دهد. در پرسشنامه‌های باز، مصاحبه شونده می‌تواند هر نظری را که دارد بیاورد لذا محقق به اطلاعات زیادی دسترسی پیدا می‌کند. این نوع سوالات در پژوهشهای اکتشافی Exploratory Research بسیار مفید می‌باشد. از طرفی می‌توان از یک پرسشنامه بی‌ساختار به عنوان مقدمه جهت تدوین پرسشنامه ساختار یافته استفاده نمود. البته باید خاطر نشان ساخت که کد گذاری و تحلیل پاسخ‌ها در پرسشنامه‌های بی‌ساختار، پرهزینه و وقت گیر می‌باشد.

پرسشنامه ساختار یافته

پرسشها از نوع بسته بوده و مصاحبه شونده می‌بایست از بین پاسخ‌های موجود، انتخاب نماید. پرسشهای بسته، انواع مختلف دارند که رایج‌ترین آنها، پرسشهای چند گزینه‌ای، پرسشهای دو وجهی (بله - خیر) و پرسشهای رتبه‌ای می‌باشد.

در پرسشهای چند گزینه‌ای که مصاحبه شوند، می‌بایست یکی را بر حسب اولویت انتخاب کند، «خطای نوبت» (Order Bias) پیش می‌آید. یعنی احتمال اینکه مصاحبه شونده اولین یا آخرین گزینه را انتخاب کند بیشتر از بقیه گزینه‌ها می‌باشد.

انتخاب عبارتها در پرسشنامه

انتخاب کلمات و عبارتهای به کاررفته در پرسشها بسیار مهم است.

انتخاب کلمات مناسب عبارت است از ترجمه محتوای و ساختاری پرسش مورد نظر در قالب کلماتی که توسط مصاحبه شوندگان به راحتی و به وضوح قابل درک باشد. شاید انتخاب کلمات در پرسشها، مشکل‌ترین مرحله در طراحی پرسشنامه باشد. اگر از کلمات نامناسبی در پرسشنامه استفاده شود. پاسخ دهندگان ممکن است به آن جواب نداده یا جواب نادرست دهند. برای جلوگیری از وقوع چنین حالتی، موارد زیر پیشنهاد می‌گردد.

- کلمات به کار رفته باید متناسب با سطح سواد مخاطبین باشد.

- از کلمات مبهم استفاده نشود.

- از کلماتی که چندین معنی دارند استفاده نشود.

در انتخاب کلمات کلیدی در پرسشنامه، پژوهشگر باید در مورد آن کلمه پاسخ‌های سؤالات زیر را بداند.

۱- آیا این کلمه منظور ما را می‌رساند؟

۲- آیا این کلمه، معانی دیگری هم دارد؟

۳- اگر اینچنین است، آیا عنوان پرسشنامه، معنی مورد نظر ما را واضح و شفاف می‌نماید؟

۴- آیا این کلمه بیش از یک نوع تلفظ دارد؟

۵- آیا کلمات دیگری با تلفظ مشابه کلمه مورد نظر ما وجود دارند که ممکن است با این کلمه اشتباه شوند؟

۶- آیا کلمه یا عبارت ساده‌تری می‌توان پیشنهاد کرد؟

تعیین ترتیب پرسش‌ها

اولین پرسشهایی که مطرح می‌گردد برای جلب اعتماد و همکاری مصاحبه شوندگان بسیار ضروری می‌باشد. این گونه سؤالات باید ساده بوده و حساسیت‌زا نباشند. سؤالاتی که نقطه نظرات مصاحبه شونده را جویا می‌شوند شروع خوبی برای پرسشنامه هستند زیرا اکثر مردم علاقه دارند که نظرات خود را بیان کنند. داده‌های بدست آمده از پرسشنامه را می‌توان به صورت زیر طبقه‌بندی کرد.

۱- داده‌های اساسی

۲- داده‌های طبقه‌بندی کننده

۳- داده‌های هویتی

داده‌های اساسی مستقیماً با موضوع تحقیق ارتباط دارند و اطلاعاتی راجع به موضوع تحقیق، مثلاً سبک زندگی جوانان به ما می‌دهند. داده‌های طبقه‌بندی کننده، شامل مشخصات اجتماعی اقتصادی و جمعیت‌شناسی می‌باشد. داده‌های هویتی شامل نام، آدرس، شماره تلفن، پست الکترونیک و از این قبیل می‌گردد. فرم و طرح کلی پرسشنامه

فرمت، فاصله بین پرسشها و بخش‌های مختلف پرسشنامه، و چگونگی چیدمان پرسشها تأثیر مهمی بر روی نتایج تحقیق دارند. تایپ فشرده پرسشها موجب خستگی و سردرگمی پاسخ دهنده می‌شود و به ویژه در پرسشنامه‌های باز، ندیدن جای کافی برای پاسخ دادن موجب می‌گردد که برخی از پاسخ دهندگان نظرات خود را به همان میزان فضای اختصاص داده شده محدود نمایند.

تقسیم‌بندی پرسشنامه به بخش‌های مختلف و نامگذاری آنها و شماره‌گذاری پرسشهای هر بخش می‌تواند به دقت پرسشنامه کمک نماید. همچنین کاغذ به کار رفته برای پرسشنامه باید از کیفیت خوبی برخوردار بوده و ظاهر زیبایی داشته باشد.

پیش‌آزمون

ابتدا باید پرسشنامه را در نمونه کوچکی مورد آزمایش قرار داد تا مشکلات احتمالی را تشخیص داده و رفع نماییم. به عنوان یک قانون کلی، قبل از انجام پیش‌آزمون نباید از پرسشنامه در پیمایش‌های میدانی استفاده کرد. در پیش‌آزمون باید تمامی وجوه پرسشنامه مورد بررسی قرار گیرد از نظر محتوا، عبارتها و کلمات، مترادف پرسشها، فرم و طرح کلی، و حتی دستورالعمل‌های ارایه شده جهت تکمیل کردن پرسشنامه.

پاسخ دهندگان پیش‌آزمون باید مشابه گروه هدفی باشند که در پژوهش اصلی مورد بررسی قرار می‌گیرند. در نهایت، پس از انجام پیش‌آزمون و اقدامات اصلاحی مورد نیاز، پرسشنامه نهایی تهیه می‌گردد.

۶- تحلیل داده‌ها

بعد از جمع آوری داده ها ، از طریق مصاحبه ، بحث گروهی و پیمایش ؛ به تحلیل آنها به صورت تحلیل محتوا و یا در پیمایش ها با استفاده از نرم افزارهای موجود مثل SPSS استفاده می کنیم. قسمت تحلیل داده ها را حتماً به فردی بسپارید که با روش های تحلیل و نیز با دانش آمار آشنا باشد.

۷- اولویت بندی نیازها

پس از تحلیل داده ها ، با استفاده از روش های مختلف مثل روش گروه اسمی، روش رأی گیری متعدد ، یا ماتریس چند متغیره اولویت بندی ، به تعیین اولویت ها بپردازید . در اولویت بندی نهایی ، باید هم به نظرات مردم ، هم متخصصین و هم افراد کلیدی دیگر و مسئولین توجه نمود. برای آشنایی بیشتر با روش های اولویت بندی و مثال های آن به کتاب مطالعه نیازسنجی مراجعه نمایید.

➤ دستورالعمل شماره ۳: تدوین سند ارتقای سلامت اجتماعی

آخرین قسمت در فاز "ب" طرح، تدوین سند ارتقای سلامت اجتماعی می باشد.
این سند شامل ۸ بخش می باشد .

- ۱ - مشخصات جغرافیایی و دموگرافیک محله
 - ۲ - تعریف مفاهیم
 - ۳ - اسناد بالادستی و پیشینه مداخلات قبلی در محله
 - ۴ - اهداف سند(اهداف کلی و اختصاصی)
 - ۵ - روش اجرای کار (نقشه راه)
 - ۶ - نتایج نیازسنجی و اولویت بندی انجام شده در خصوص مشکلات محله
 - ۷ - تعیین و تعریف پروژه هایی (نیازهایی) که قرار است به آنها پرداخته شود.
 - ۸ - جدول تقسیم کار بین سازمان های دولتی، غیر دولتی، تیم محلی و مردم ؛ در خصوص پروژه هایی که قرار است به آنها پرداخته شود.
- سند سلامت اجتماعی شامل بخش های مختلفی می باشد. دستورالعمل تدوین و اجرای برخی از بخش هایی که در سند سلامت اجتماعی می آید ، به طور مجزا تهیه شده و در اختیار قرار داده شده است .
- ۱ - مشخصات جغرافیایی و دموگرافیک محله : در این بخش باید محل جغرافیایی محله، تعداد جمعیت محله و توزیع سنی و جنسی و احتمالاً قومیتی آن را بنویسیم. یک توضیح مختصر هم راجع به وضعیت اجتماعی اقتصادی محله می دهیم.
 - ۲ - تعریف مفاهیم: در این قسمت مهمترین مفاهیم به کار رفته در طرح را می نویسیم.
 - ۳ - اسناد بالادستی و پیشینه مداخلات قبلی در محله: در برخی از محلات ، قبلاً بررسی ها یا مطالعاتی توسط استانداری، وزارت راه و شهرسازی ، دانشگاه ها(برای پایان نامه ها)، وزارت بهداشت، بهزیستی یا سایر مراجع انجام شده است که اطلاعات آن می تواند مورد استفاده قرار گیرد. خلاصه این گونه مطالعات باید در این سند بیاید. از طرفی در برخی از استان ها یا شهرها سندهایی مرتبط با سلامت اجتماعی و یا آسیب های اجتماعی در سطوح مختلف استانی یا شهرستانی تدوین شده است که می توان از نتایج آن استفاده نمود و خلاصه آن در سند باید آورده شود.
 - ۴ - اهداف سند(اهداف کلی و اختصاصی): اهداف سند ، به نوعی همان اهداف طرح می باشد . البته ما می خواهیم که سند تهیه شده ، مروری گذرا بر تمامی مراحل طرح از ابتدا تا تعیین اولویت ها و تقسیم کار محله ای داشته باشد.

- ۵ - روش اجرای کار (نقشه راه) : در این بخش خلاصه ای از روش انجام کار به ویژه از نظر عملی آورده می شود . مثلاً جلسات محلی تشکیل شده ، نحوه تعیین و تشکیل کمیته محلی و کمیته راهبری و اعضای آن و نیز اقدامات انجام شده به دنبال جلسات فوق ، بیان می شود.
- ۶ - نتایج نیازسنجی و اولویت بندی انجام شده در خصوص مشکلات محله: در این قسمت باید خلاصه ای از نیازسنجی انجام شده شامل روش جمع آوری داده ها ، داشته های محلی و عمده ترین نتایج نیازسنجی و مواردی که به عنوان اولویت مشخص شده اند آورده شود.
- ۷ - تعیین و تعریف پروژه هایی (نیازهایی) که قرار است به آنها پرداخته شود: پروژه هایی که قرار است انجام شود سازمان ها و گروه های مختلفی در انجام آن نقش خواهند داشت. البته ممکن است یک سازمان بیشترین نقش را در انجام یک پروژه داشته باشد، اما قبل از اینکه مشخص کنیم چه سازمان هایی در هر پروژه نقش دارند باید تعیین کنیم چه کارهایی در آن پروژه لازم است انجام شود ، یعنی باید پروژه را تعریف کنیم . برای مثال اگر یکی از اولویت های محله ، خشونت بین فردی می باشد ، برای پیشگیری و کنترل آن می توان افراد محله را آموزش داد، از مربیان بهداشت و معلمان مدارس برای انتقال مفاهیم آموزشی استفاده کرد، از همکاری نیروی انتظامی بهره جست ، اوقات فراغت نوجوانان و جوانان را مورد توجه قرار داد و اقدامات متنوع دیگر. پس ملاحظه می گردد که برای این پروژه بخش های مختلفی براساس تعریفی که از پروژه می کنیم می توانند مشارکت نمایند . نکته مهم در این پروژه و سایر پروژه های اجتماع محور ، توجه فراوان و دادن نقش به مردم محله ، کمیته محلی و سازمان های مردم نهاد محلی می باشد.
- قطعاً می بایست تمامی پروژه هایی که در اولویت قرار می گیرند مانند مثال فوق ، تعریف شده و در مرحله بعد، جدول تقسیم کار محلی در مورد آنها نیز تدوین گردد.
- ۸ - جدول تقسیم کار بین سازمان های دولتی، غیر دولتی، تیم محلی و مردم ؛ در خصوص پروژه هایی که قرار است به آنها پرداخته شود: در آخرین بخش سند باید مسئولیت هر یک از سازمان ها و گروه هایی که در پروژه نقش دارند مشخص گردد. ماحصل سند ارتقای سلامت اجتماعی ، پروژه هایی است که در جدول تقسیم کار بین بخشی، وظیفه هر سازمان یا گروه مشخص شده است. این سند یکی از مهمترین مستندات مربوط به طرح ارتقای سلامت اجتماعی می باشد.

➤ دستورالعمل شماره ۴: دستورالعمل پروژه نویسی

مقدمه:

کمیته راهبری با توجه به نتایج نیازسنجی و اولویت بندی آنها، یک یا دو اولویت را به منظور اجرا انتخاب می نماید. سپس سازمانها و دستگاه هایی که بیشترین ارتباط را با هر اولویت دارند مشخص می شوند و از نمایندگان تام الاختیار هر دستگاه در سطح شهرستان دعوت می شود تا برای تدوین پروژه اجرایی، تعیین نقش و سهم هر سازمان در جلسات کمیته های تخصصی شرکت نمایند. قطعاً در این کمیته ها، نمایندگان کمیته محلی و نیز سازمانهای مردم نهاد فعال در شهر یا محله حضور دارند.

کمیته تخصصی که در قسمت قبل عنوان شد می بایست برنامه عملیاتی بر اساس تقسیم کار بین سازمانی را تدوین نماید. در واقع خروجی این قسمت شامل وظایف هر یک از اعضای کمیته تخصصی و منابع لازم برای اجرای آن و جدول زمانبندی اجرایی می باشد. همچنین در این بخش می بایست مسئول اصلی هر فعالیت و همکاران آن مشخص شوند.

تدوین پروژه های اجرایی:

یک پروژه چیست؟

یک برنامه عملیاتی نظام مند، هدف گرا و دارای زمان مشخصی برای اجرا است تا بتواند یک محصول و یا خدمت خاص را ارائه دهد. منظور از خاص این است که محصول یا خدمتی که نتیجه پروژه است باید با نتایج موجود قبلی متفاوت باشد.

پروژه یک روش مفید برای معرفی نوآوری و پرداختن به چالش های جدید و برای یافتن راه حل هایی است که مانند روش و روال موجود نیست.

مدیریت پروژه عبارت است:

از مهارت ایجاد تعادل موفقیت آمیز بین منابع، زمان و کیفیت برای ایجاد یک محصول و یا تغییر ویژه.

مراحل انجام پروژه شامل:

مرحله ۱: تعریف پروژه

مرحله ۲: برنامه ریزی پروژه

مرحله ۳: اجرای پروژه

مرحله ۴: پایش و ارزیابی پروژه

۱. تعریف پروژه

تدوین شناسنامه پروژه:

پروژه ها برای تغییر و یا رفع نیاز حال و آینده متولد می شوند. برای بحث و تصویب چنین ضرورتی لازم است پیش نویسی برای مذاکره با ذینفعان آماده شود که نام آن شناسنامه پروژه است.

اجزای اصلی این شناسنامه شامل:

- بیان ضرورت

مرحل بیان ضرورت اولین و مهمترین گام یک پروژه است چرا که با تحلیل پله ای مسئله و مشکل درون آن می توانید به مجهولات برسید و برای این مجهولات اهداف پروژه را طراحی کنید. چارچوب منطقی و جامع برای بیان مسأله به ترتیب اجزای زیر را شامل می شود:

- _ توصیف مسأله: سابقه، ماهیت و مشکلات اصلی مسأله
- _ توصیف مشکل: ابعاد، اهمیت (بر اساس نیاز سنجی و اولویت بندی انجام شده)
- _ توصیف علل و مشکل: علل و عوامل مؤثر
- _ توصیفات مداخلات رفع مشکل: مداخلات کنونی و راه حل های بالقوه
- _ اجرای موفقیت آمیز مداخلات رفع مشکل
- _ توصیف فواید پروژه: اهداف و کاربردها

• محصول و کیفیت مورد انتظار

محصول پروژه همان برون ده است، برون ده یا محصول شامل خدمت یا کالای ملموسی است که از فعالیت های پروژه حاصل می شود.

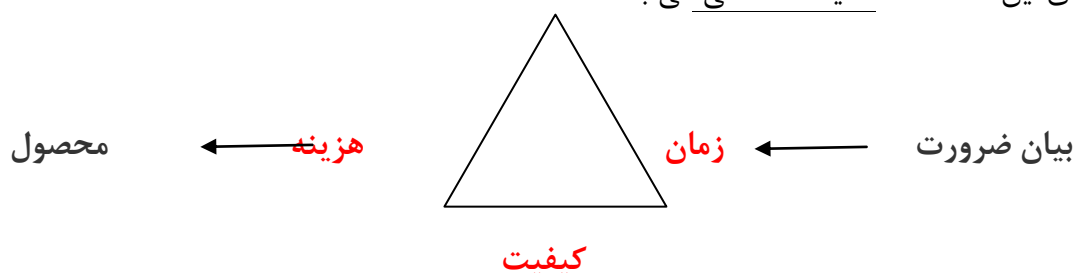
منظور از کیفیت محصول، استانداردهای قابل قبول برای محصول پروژه است.

• هزینه و زمان

هر دو جزء در شناسنامه پروژه تخمینی است به همین دلیل بهتر است برای هر دو محدوده هایی در نظر گرفته شود

• مشارکت کنندگان

مسئولیت یک کار یا پروژه ی معین را نمیتوان به دو یا چند نفر واگذار کرد بلکه هر پروژه فقط یک نفر مسئول و پاسخ گو دارد و باقی افراد، ذینفعان یا همکاران طرح محسوب می شوند که مشارکت کنندگان پروژه نیز می باشند. تدوین کننده ی این شناسنامه کمیتة تخصیصی می باشد



در این مرحله جزئیات زمانبندی، هزینه ها، فعالیتها و امور لازم برای تولید محصول نهایی تعیین می شود. هدف مرحله برنامه ریزی شفاف سازی شناسنامه پروژه و شروع بلافاصله آن است و محصول آن داشبورد (جزئیات) پروژه است.

عنوان پروژه: اشتغال زایی جوانان محله

ضرورت دستاورد و اثر نهایی Outcomes-Impact: رفاه اجتماعی جوانان محله...

محصول پروژه:

ایجاد یک مرکز فنی حرفه ای شهرستان
ایجاد مراکز خصوصی مهارت موزی
تشکیل تعاونی های مشارکتی توسط مردم محله

ذینفعان پروژه: مردم محله، نیروی انتظامی، سازمان بهزیستی، وزارت بهداشت، آموزش و پرورش و...

روش پایش: جلسات گروهی

مراحل	فعالیت های اصلی پروژه	مسئول	زمانبندی (هفته، ماه، فصل)	محصول	بودجه
۱					
۲					

۳.۱ اجرای پروژه

بهترین نشانه برای شروع پروژه برگزاری اولین جلسه اجرای پروژه است.

دستور اولین جلسه مرحله اجرای پروژه چهار قسمت اصلی دارد:

۱. مرور برنامه پروژه و نقد آن برای آخرین بار توسط اعضا: همه اعضای تیم باید در پایان این دستور تصویر

روشن و یکسانی از فرایند و محصول پروژه پیدا کرده باشند

۲. توافق در مورد مرام نامه کار تیمی: هر تیمی که برای انجام کار و رسیدن به هدفی دور هم جمع می

شوند، لازم است بر سر اصول و معیارهای کار گروهی توافق کنند تا کم ترین تنش و بیشترین بهره وری را

از کنار هم بودن داشته باشند. مرامنامه مجموعه ی انتظارات ارزش ها و یا باید و نبایدهایی است که برای

کار گروهی توافق می شود و بهترین حالت این است که این مستند را با کسب نظرات اعضا در اولین

جلسه ی اجرای پروژه تدوین و توافق کرد. برخی از اجزای مرام نامه عبارت است از:

- قبول انجام کارهایی که توانایی انجام آن ها را داریم

- رعایت اصول شرکت مؤثر در جلسات پروژه
 - رعایت رفتارهای هنجار: گذشت و چشم پوشی از مسائل، نقد مؤثر، رقابت سالم، کمک به همکار در موارد لازم، عدم تشکیل زیر گروه، غیبت نکردن، اطلاع رسانی به سایر اعضا، حفظ اسرار شخصی و عدم سرزنش موقع بروز اشتباه
 - تسهیم دست آوردهای جانبی پروژه با اعضا
 - انصاف در تحلیل دست آوردهای پروژه
- فراموش نکنیم که دست آوردهای مشارکت در یک پروژه برای اعضا به غیر از مزایای مالی موارد غیر پولی هم است که گاهی ارزش آن بیشتر از مبلغ حق الزحمه تعیین شده است:
- ۱- افزایش تجربه در کار گروهی
 - ۲- افزایش شناخته شدن برای تیم و ذی نفعان
 - ۳- کسب اطلاعات علمی در زمینه تخصصی پروژه
 - ۴- دریافت فرصت هایی برای گرفتن کار یا شرکت در پروژه های دیگر
۳. توافق بر شیوه ارزشیابی اعضای پروژه و ارائه پاداش (که در این برنامه روش مشارکتی است)
۴. تقسیم فعالیت ها میان اعضا

واگذاری فعالیت ها به اعضا و انعقاد تفاهم نامه کتبی بین مدیر و اعضا طبق جدول زیر :

عناصر اصلی قرارداد	محتوی
محصول و کیفیت	چه محصولاتی باید تحویل داده شود؟ کیفیت و استانداردهای محصولات تحویلی چه باید باشد؟ سایر وظایف مانند شرکت در جلسات، گزارش پایش مکتوب دوره ای و
هزینه	کل حق الزحمه، نحوه پرداخت، پاداش کار و معیارهای مربوطه، حسن انجام کار
زمان بندی	مهلت زمانی تحویل هر محصول و انجام وظایف مربوطه

۴. پایش

پایش عبارت است از :

(بازبینی امور در یک دوره ی زمانی معین)

به عبارتی دگر پایش مراقبت از برنامه از پیش تعیین شده است تا انحرافات احتمالی شناسایی و باز بینی شود.

متغیر های اصلی برای پایش عبارتند از:

کمیت محصولات: آیا محصولات مقرر تا این زمان به دست آمده؟ اگر نه چرا؟

کیفیت محصولات: آیا کیفیت محصولات طبق استاندارد مقرر است؟ اگر نه چرا؟

زمان : آیا پروژه طبق برنامه ی زمانی تعیین شده پیش رفته؟ اگر نه چرا؟ کدام فعالیت ها در مهلت های مقرر به انجام نرسیده و تکلیف آنها چیست؟

هزینه: آیا مدیریت بودجه ی پروژه را طبق برنامه زمانی دریافت و هزینه کرده است؟ اگر نه، چرا؟
 با مرور هر یک از متغیر های فوق به یک سری عدم مغایرت ها برخورد می کنید که لازم است به این موارد به عنوان مشکل نگاه کرده و فرایند حل مشکل را برای هر یک طی کنید.

مراحل فرایند حل مشکل عبارت است از:

۱. تعریف دقیق مشکل
 ۲. بررسی علل و عوامل به وجود آورنده مشکل:
- در ساده ترین صورت منبع مشکلات پیش آمده از هفت علت و منشأ خارج نیست که با حرف اول لاتین هر علت مجموعاً هفت M را تشکیل می دهند:

منبع مشکلات پروژه	علل اصلی هر منبع
نیروی انسانی (Man)	کمی مهارت، انتخاب نامناسب، اشتباهات سهوی، ضعف رعایت مرام نامه گروهی
پول (Money)	ناکافی بودن، تخصیص ناعادلانه، دریافت دیر و یا بی موقع
مدیریت (Management)	برنامه ریزی، سازمان دهی، رهبری ضعیف پروژه
روش (Method)	روش انجام کار نادرست بوده است
مواد اولیه (Material)	کم بوده و یا کیفیت نامرغوب داشته است
بازاریابی (Marketing)	اطلاع رسانی در مورد پروژه ضعیف بوده و یا فعالیتهای جلب حمایت مخالفان ضعیف بوده است
ماشین (Machine)	تجهیزات به کار گرفته نامرغوب و ناکافی بوده است

۳. تعیین فهرست راه حل ها
 ۴. انتخاب راه حل یا راه های ترکیبی
 ۵. اجرای راه حل
 ۶. ارزیابی نتایج رفع مشکل
- پایش به اشکال مختلف قابل انجام است و مدیر پروژه می تواند بر حسب موردی از این روش ها استفاده کند:
 گزارش کتبی، جلسه گروهی با اعضا تیم، بازدید از محل و گفتگو در موقعیت های غیر رسمی.
 توصیه شده است که ترکیبی از روش های فوق در طول پروژه استفاده شود، ضمن اینکه روش جلسه گروهی با نظو و تناوب ویژه جزء ثابت باشد، تناوب این جلسات در جدول زیر آمده است:

طول مدت پروژه	تناوب جلسات پایش
کمتر از ۶ ماه	هر یک تا دو هفته
بین ۶ ماه تا یکسال	هر دو هفته یکبار
بیشتر از یکسال	هر دو تا چهار هفته یک بار

چارچوب گزارش پیشرفت پروژه

✓ کیفیت محصولات بدست آمده، زمان و هزینه کارهای انجام شده در مقایسه با برنامه پروژه
✓ مشکلات این مرحله، دلایل و راه حل های پیشنهادی کدام است؟
✓ فعالیت های مرحله بعد کدام است؟
✓ درصد پیشرفت پروژه چقدر است؟
✓ درخواست از اعضای تیم تخصصی چیست؟

اجزای پایان پروژه

✓ تشکیل آخرین جلسه پروژه (جلسه پایان دوره)
۱. ارزیابی نهایی پروژه (توسط اعضای تیم)
۲. ارزیابی اعضای پروژه
۳. ارزیابی مدیر پروژه
✓ نوشتن گزارش نهایی
✓ جشن پایانی پروژه و تشکر از اعضای پروژه

✓ در ارزیابی نهایی پروژه به سؤالات زیر پاسخ داده می شود و در فرم صورت جلسه ثبت می شود:

۱. آیا محصول پروژه با کیفیت از پیش تعیین شده به دست آمده است؟ چرا؟
۲. آیا هزینه های صرف شده طبق برنامه پروژه بوده است؟ چرا؟
۳. آیا فعالیت ها در دوره زمانی که برای هر یک تعیین شده بود به اتمام رسیده اند؟ چرا؟
۴. تجربیات قابل استفاده در آینده چیست؟
۵. نظرات مشارکت کنندگان در پروژه نسبت به محصول پروژه چیست؟
۶. چه کسانی از پروژه نفع بردند؟ نفع آنان چه بوده است؟
۷. نتایج پروژه را چگونه به اطلاع عموم برسانیم؟