



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد



بسم الله الرحمن الرحيم

دستورالعمل اجرایی مدل اجتماع محور ارتقای سلامت

اجتماعی

گروه هدف:

کارشناسان سلامت روانی اجتماعی شاغل در مراکز سلامت جامعه

تهیه و تنظیم:

دکتر حبیب اله مسعودی فرید

سهیلا امیدنیا

مهرو محمدصادقی

شهلا حقیقت

ویرایش دوم: زمستان ۱۳۹۵

دستورالعمل اجرایی مدل اجتماع محور ارتقای سلامت اجتماعی

صفحه	فهرست مطالب
۲	- مقدمه
۲	- چارچوب دستور العمل
۴	- اهداف
۴	-تعریف مفاهیم
۸	- مرحله <u>الف</u> استقرار مدل (آماده سازی)
۱۸	- مرحله <u>ب</u> استقرار مدل (شناخت)
۲۱	- مرحله <u>پ</u> استقرار مدل (اجرا و ارزشیابی)
۲۵	- سئوالات رایج

مقدمه

ما بسیار خرسندیم و خداوند را شکرگزاریم که توانستیم "راهنمای استقرار مدل اجتماع محور سلامت اجتماعی" را در سطح محلی تدوین نماییم. از سال ۱۳۹۱ تاکنون اجرای بخش آزمایشی (پایلوت) این برنامه در ۲۲ دانشگاه علوم پزشکی و ۲۶ محله محروم و حاشیه ای کشور جذابیت ، هیجان و نیز چالش های بسیاری داشت که خوشبختانه با تلاش های مستمر همکاران برنامه و با توجه به جلسات مکرر بازبینی و ارزشیابی ، مدل نهایی طراحی و در برنامه عملیاتی کل دانشگاهها در سال ۱۳۹۶ ادغام گردید. امیدواریم استقرار، توسعه همه جانبه ، و فراگیر شدن این مدل موجب ارتقای سلامت اجتماعی مردم عزیز کشورمان و پایداری این گونه اقدامات شود.

یکی از چالش های بسیار بزرگ در طرح های ملی ، ایجاد تعادل بین "آن چه که باید انجام شود" و "چگونگی انجام آن" در شرایط مختلف جغرافیایی ، فرهنگی و بومی می باشد. برای این کار، مجریان محلی برنامه باید از توانایی های لازم برای انعطاف پذیر نمودن مدل ، جهت اجرای محلی آن برخوردار باشند که وظیفه ایجاد این توانایی ها بر عهده مجریان برنامه در سطح وزارت بهداشت و دانشگاه علوم پزشکی می باشد.

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 یا تولید داده های جدید در خصوص وضعیت سلامت اجتماعی و آسیب های اجتماعی منطقه مورد بررسی است.

۲-مرحله شناخت: در این مرحله وضعیت منطقه با توجه به داده های اولیه یا ثانویه مورد بررسی و تحلیل قرار می گیرد. مهمترین اقدامات این مرحله شامل نیازسنجی و تنظیم سند ارتقای سلامت اجتماعی می باشد.

۳-مرحله اجرا و ارزشیابی: در این مرحله اولین پروژه اولویت دار در هر منطقه اجرا می گردد. این اقدام بر اساس نیاز مطرح شده در جلسات کمیته محلی، طرح موضوع در کمیته راهبری، اتخاذ و پیگیری مصوبات لازم برای حل مشکل صورت می گیرد.

نکته مهم: نظارت و ارزشیابی مستمر برنامه بسیار مهم است و مجریان دانشگاهی بایستی با با همکاری ذینفعان برنامه (تسهیلگران محلی، فعالان اجتماعی و داوطلبین،مسئولین محلی، پرسنل بهداشتی و....) به مرور و ارزشیابی مشارکتی فرآیند اجرای برنامه بپردازند.

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

اهداف اصلی مدل

ارتقای شاخص های سلامت اجتماعی 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 فونوی 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 آسیبها و مشکلات اجتماعی عبارتند 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 کیفیت‌هایی 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 مهارت‌ها و توانایی‌های 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، سرپنامه، 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 بهینه کننده 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 علی‌رغم 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 آسیب‌های اجتماعی از یک سو و نیز نقش سازمان‌های

مردم نهاد، تشکل‌های محله‌ای و رویکرد‌های اجتماع محور در کنترل و پیشگیری از آسیب‌های 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 می‌نماید. در بسیاری از کشورها استفاده از رویکردهای اجتماع محور تأثیرات مناسبی داشته است و توسعه این مدل‌ها می‌تواند به مشارکت بیشتر مردم و سازمان‌های غیردولتی در برنامه‌ریزی‌های سلامت و نیز توسعه همکاری بین بخشی بین بخش غیردولتی و دولتی منجر گردد و در نهایت به هم‌افزایی اقدامات حوزه سلامت منجر گردد. مدل پیشنهادی این پروژه بر اساس انواع مدل‌های برنامه‌ریزی در حوزه سلامت عمومی و همچنین روش‌های برنامه‌ریزی و ارزشیابی اجتماع محور، طراحی شده است. با اجرای این مدل می‌توان با تعامل مناسب بین دولتی‌ها و غیردولتی‌ها؛ به تخصیص بهینه منابع، مبتنی بر نیاز و مبتنی بر شواهد عمل نمودن برنامه‌ها،

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 رییس 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 دائم ، پروژه روی ساختارهای موجود سوار شود، تهیه پرشور، 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	۱ماه	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

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 و غیره

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 زیر کمیته 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(۴نفر) 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:

داده‌های ثانویه، داده‌هایی هستند که پیشاپیش موجود بوده و ما می‌توانیم با مراجعه به آمار، کتاب‌ها، نشریات و اسناد مختلف به آنها دسترسی پیدا کنیم. این داده‌ها 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 (به‌گونه‌ای 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 نماید.

• **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 جمع آوری داده های ثانویه ، در واقع زیربنای کاری برای انجام مطالعه نیازسنجی و جمع آوری داده های اولیه Primary Data (مرحله دوم یا مرحله شناخت) فراهم می گردد. در این قسمت باید اطلاعات جمعیت شناختی ، آمار و مطالعات انجام شده در زمینه آسیب های اجتماعی در محله را جمع آوری نمود.

۱۰- ارزشیابی مرحله الف

در این مرحله ، هم در سطح محله و هم کمیته راهبری، قسمت های انجام شده در مرحله الف مورد بررسی و ارزشیابی قرار می گیرد(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 موضوع های مهم راثبت کنید. گزارش این مرحله شامل موارد زیر می گردد:

-وضعیت جغرافیایی، اجتماعی-اقتصادی و جمعیتی محله

-نحوه تشکیل کمیته محلی و اعضای آن

نحوه تشکیل کمیته راهبری و اعضای آن

-گزارش داده های ثانویه جمع آوری شده

-چالش های موجود در این مرحله و راه حل های 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		

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 هیچ‌یک صرفاً و به تنهایی مورد استفاده قرار نخواهد گرفت (جزئیات بیشتر راجع به روش‌های جمع‌آوری داده‌ها و نیازسنجی در کارگاه نیازسنجی و محتوای آموزشی ارائه می‌گردد).

در این قسمت باید ابزارهای جمع‌آوری داده‌ها، مثل پرسشنامه نیازسنجی، راهنمای بحث گروهی متمرکز، پرسشنامه داشته‌سنجی، و نرم‌افزارهای لازم جهت ورود و تحلیل داده‌ها؛ طراحی یا تهیه گردد..

۲- انجام نیازسنجی و داشته‌سنجی Needs Assessment & Asset Assessment

در این بخش با استفاده از روش‌ها و ابزار جمع‌آوری داده‌ها مثل پرسشنامه و بحث گروهی متمرکز، اطلاعات مورد نیاز را به دست آورده و مورد تحلیل فرار می‌دهیم. این قسمت توسط همکاران استانی و مشارکت تیم محلی انجام می‌گیرد. نحوه انجام و جزئیات روشهای نیازسنجی، داشته‌سنجی و تحلیل وضعیت؛ در کارگاه آموزشی نیازسنجی و متن آموزشی مربوطه مورد بحث قرار می‌گیرد.

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 نیازسنجی ، 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 + تسهیلاتگر	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 از جمله 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.

۱. سوالاتی که برای مردم محله در حین اجرای طرح ممکن است پیش آید:

➤ مردم چگونه می توانند در این طرح شرکت کنند؟

همه مردم می توانند در این طرح شرکت کنند به شرط این که آموزش های لازم را در زمینه های حمایت یابی ، مشارکت جویی ، تسهیل گری ، کار های مشارکتی ، کار تیمی ، آسیب شناسی اجتماعی ، مهارت های زندگی و ... ببینند و در این امر توانمند شوند.

➤ چگونه این طرح در محله پیاده می شود و چگونه مردم توانمند می شوند؟

ابتدا باید نمایندگان از مردم تحت عنوان کمیته محلی انتخاب شوند که این کمیته شامل نمایندگان از اقشار مختلف مردم هستند که در آن محله جزء معتمدین می باشند . این افراد تحت آموزش قرار می گیرند تا خود توانمند شوند و بتوانند دیگران را نیز توانمند سازند . این گروه باید رابطه ی نزدیک با مردم داشته باشند و نیاز های مردم را با نظر خود آنان الویت بندی نمایند تا بتوانند مشکلات اصلی منطقه را بیابند و با مطرح کردن آن در کمیته راهبری به کمک مسئولین و خود مردم راهکارهایی برای حل مشکلات بیابند . در این طرح بیشترین نقش را خود مردم دارند که با فراگیری مهارت های حمایت طلبی می توانند خواسته های خود را از مسئولین طلب نمایند.

➤ آیا توانمند سازی مردم تاثیری در کاهش آسیب های اجتماعی دارد؟

بله توانمند سازی مردم بهترین شیوه ی کاهش آسیب های روانی - اجتماعی است چون خود مردم بهترین نقش را در کاهش مشکلات دارند . تاریخ نیز نشان داده است هر جا که مردم وارد عمل شده اند در آن بخش یا موضوع نتیجه مطلوب حاصل شده است . زیرا مشکل منطقه را مشکل خودشان می دانند و در رفع آن تلاش خواهند نمود.

➤ مردم چگونه می توانند مسئولین را مجاب کنند که به خواسته های آنان رسیدگی کنند؟

با توانمند سازی و یادگیری مهارت‌های حمایت طلبی ، مشارکت جویی و ارتباط موثر از طریق شرکت در کارگاه‌های آموزشی

۲. سوالاتی که برای اعضای کمیته راهبری در حین اجرای طرح ممکن است پیش آید:

➤ هدف از تشکیل کمیته راهبری چیست؟

هدف این است که مردم با مسئولین آشنا شوند و در این کمیته نیازها و مشکلات مردم توسط کمیته محلی به گوش مسئولین برسد تا با تعامل و همکاری یکدیگر راهکارهایی برای پیشبرد اهداف که همان ارتقاء سلامت اجتماعی شهر است یافت شود . همچنین جهت تعیین و تدوین و توافق بر راهکارهای اجرایی بهینه مربوط به سیاستگذاری ، اولویت بندی و تعریف پروژه های نشأت گرفته از نیاز های مردم با اهداف کوتاه مدت و بلند مدت اقداماتی صورت گیرد .

➤ چگونه کمیته راهبردی می تواند در این طرح موفق تر عمل نماید ؟

ابتدا باید شناخت درستی از نیاز ها و مشکلات محله داشته باشند و بعد اعضای کمیته راهبری با همدلی و همکاری هر چه بیشتر راه کارهایی را برای رفع مشکل پیدا کنند و چه بهتر که در هر جلسه کمیته نمایندگان از ارگانهای شرکت کننده مرتبط با طرح و موضوع اصلی حضور داشته باشند. در حین اجرای طرح نیز از آنان تقدیر به عمل آید.

➤ چرا بعضی از مسئولین با این طرح به درستی رابطه برقرار نمی کنند ؟

در بعضی جلسات می بینیم که صحبت به درازا کشیده می شود و نتیجه مطلوب نیز حاصل نخواهد شد ، زیرا ممکن است بعضی از مسئولین به درستی از روند اجرا و هدف از طرح آشنا نباشند و به درستی توجیه نشده اند و یا اینکه به اهمیت موضوع سلامت اجتماعی واقف نیستند.

در اینگونه موارد برگزاری کارگاههای آموزشی و توجیهی بسیار مفید خواهد بود.

۳. سوالاتی که برای اعضای کمیته محلی در حین اجرای طرح ممکن است مطرح شود :

➤ سلامت اجتماعی یعنی چه ؟

مجموعه رفتارهای اجتماعی فردی که اثرات شناخته شده و مثبتی بر سلامت جسمی و روانی افراد دارد و موجبات ارتقای سازگاری اجتماعی فرد با محیط پیرامون و در نهایت ایفای نقش موثر در رفاه جامعه می شود .

➤ چه جامعه ای دارای سلامت اجتماعی می باشد؟

جامعه ای دارای سلامت اجتماعی است که در آن امنیت روانی ، فرهنگ غنی ، حمایت اجتماعی و رفاه اقتصادی و اجتماعی باشد . مردم آن جامعه توانمند باشند و دارای روابط دوستانه و در محیطی سالم همراه با کار سالم زندگی نمایند . در این اجتماع آموزش های مداوم طراحی شود و به افرادی خاص مانند زنان ، کودکان و سالمندان توجه ویژه شود . سلامت اجتماعی در واقع یک نوع حمایت اجتماعی است.

➤ هدف از طرح مدل مداخلات سلامت اجتماعی چیست؟

هدف این طرح این است که مردم در امور اجتماعی مداخله نمایند و توانمند شوند تا از داشته های خود و شهر خود برای ساختن شهری عاری از مشکلات اجتماعی تلاش کنند تا اجتماعی با سلامت کامل داشته باشند .

➤ در این طرح کدامیک از اقشار جامعه می توانند همکاری نمایند؟

همه اقشار مردم در این طرح مد نظر هستند چه بهتر که در این طرح به اقشار آسیب پذیر مانند بانوان ، کودکان ، سالمندان و نوجوانان توجه بیشتری شود و راهکارهایی برای این که این اقشار بتوانند بیشتر احساس مسئولیت کنند و نقش خود را در اجتماع پر رنگ تر کنند و سهمی در

سرنوشت خود داشته باشند بیابیم. مثلاً برای توانمند کردن بانوان باید راهکاری پیدا کنیم زیرا شادابی زنان مساوی با شادکامی خانواده و نشاط اجتماعی است.

سوالاتی که برای تسهیل گران در حین اجرای طرح ممکن است مطرح شود :

➤ تسهیل گر کیست؟

کسی که گروه را هدایت و رهبری می کند. از واژه سهل می آید به معنای آسان کردن.

➤ نقش من به عنوان تسهیل گر چیست؟

تسهیلگری به فرآیندی اطلاق می شود که گروه با کمک و هدایت فرد تسهیلگر به انجام وظایف خود می پردازد. کار تسهیلگر این است که گروه را به نحوی مدیریت کند که اعضای گروه نتیجه بگیرند که کار گروهی را خودشان انجام داده اند.

➤ تعریف مهارتهای حمایت طلبی چیست؟

حمایت طلبی مداخله‌ای است در برگیرنده مجموعه فعالیت‌های فرد یا گروه حمایت طلب برای تغییر آگاهی، نگرش و رفتار افراد ویژه‌ای، تا از نفوذ و قدرت این افراد برای تصویب سیاست و برنامه‌های خاص یا تغییر منابع و موقعیت‌ها به نفع کاربران نهایی استفاده شود. حمایت طلبی راهبرد و یا مداخله‌ای در مسیر حل مشکل است؛ بی آن که مخل استفاده از راهبردها یا مداخلات دیگر باشد.

➤ منظور از مهارتهای اجتماعی چیست؟

مهارت های اجتماعی، رفتارهایی است اکتسابی که از طریق مشاهده، مدل سازی، تمرین و بازخورد آموخته می شود و دارای ویژگی هایی مانند رفتار های کلامی و غیرکلامی است و پاسخ های مناسب و موثر را در بردارند، بیشتر جنبه تعاملی داشته، تقویت های اجتماعی را به حداکثر می رسانند و براساس ویژگی ها و محیطی که فرد در آن واقع شده است، توسعه می یابند و از طریق آموزش رشد می کنند.

➤ من به عنوان تسهیلگر تا چه زمانی باید در جلسات کمیته های محلی و

راهبری تسهیلگری نمایم؟

تا زمانی که خود مردم بتوانند مهارت لازم را کسب کنند تا در مقابل مسئولین خواسته ها و نیازهایشان را مطرح ، مشکلات را پیگیری و حل نمایند.

خواهشمند است پیشنهادات خود را در مورد راهنمای فوق به آدرس الکترونیکی زیر ارسال فرمایید:

Omidnia@health.gov.ir

زمستان ۱۳۹۵