

جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد
اداره سلامت اجتماعی

برنامه مداخلات سلامت اجتماعی

شیوه نامه اجرایی

نام سند	بسته خدمتی تحول سلامت (سلامت اجتماعی)
نگارش	دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد وزارت - اداره سلامت اجتماعی
تاریخ صدور	۱۳۹۴
نام کامل فایل	شیوه نامه اجرایی برنامه مداخلات اجتماع محور
شرح سند	راجع به مداخلات سلامت توسط مردم با همکاریهای بخشهای ذیربط
نویسنده/مترجم	دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد وزارت - اداره سلامت اجتماعی



فهرست:

۳	 خلاصه اجرای برنامه
۸	 اهداف
۱۱	 وضعیت موجود
۱۵	 تعاریف
۲۰	 راهنمای اجرای کار
۳۱	 منابع



خلاصه اجرای برنامه

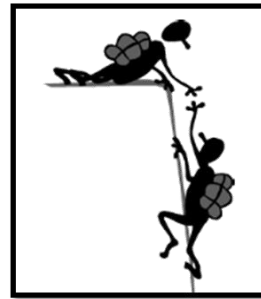
طی دهه‌های گذشته، این واقعیت به تدریج پذیرفته شده است که اگر قرار باشد مردم از برنامه‌های توسعه اجتماعی و انسانی بهره‌مند شوند خود آنها بایستی نقشی در این فرآیند داشته باشند.



الگوهای جلب مشارکت مردم در تصمیم‌گیری‌های محلی

۱. کار برای مردم (working for the people)

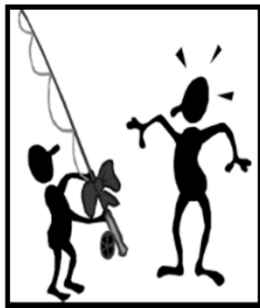
مردم محلی اطلاعات می‌دهند و در حد خیلی محدودی مورد مشورت قرار می‌گیرند. تصمیم‌گیری توسط مسئولین صورت می‌گیرد.



۲. کار با مردم (working with the people)

مردم محلی منابع خود را در و اطلاعاتی نیز به مسئولین بدهند. مدیریت و کنترل در دست مسئولین است و عملیات و اجرا در سطح محلی

مردم محلی منابع خود را در و اطلاعاتی نیز به مسئولین بدهند. مدیریت و کنترل در دست مسئولین است و عملیات و اجرا در سطح محلی



۳. کار توسط مردم (working by the people)

در این مدل تحلیل و اجرا در محل صورت می‌گیرد. فرایند حاوی گفتگوی همه سویه و برنامه ریزی مشترک میان مسئولین و محلی‌هاست. مسئولین بیشتر نقش تسهیلگری فرایند را دارند. این الگو تحت عنوان توانمندسازی محلی نیز مطرح می‌شود.

گفته می‌شود که توانمندسازی مردم بهترین شیوه‌ی جلب مشارکت عمومی در کاهش مشکلات اجتماعی است. به این دلیل که:

۱. مردم مشکلات و راهکارهای محله خود را بهتر از دیگران می‌شناسند.

۲. نسبت به موضوع و محله خود احساس مالکیت داشته و برای انجام کار احساس تعهد بیشتری دارند.

۳. میزان پایداری برنامه از طریق جلب مشارکت مردم محلی بیشتر خواهد بود.

۴. نقش مردم از مشاهده‌گر غیر فعال به فعال محله‌ای کوشا تبدیل می‌شود.

نحوه اجرای برنامه

روش اصلی اجرای مدل مداخلات سلامت اجتماعی **توانمندسازی مردم محلی** است. به همین علت این برنامه می‌تواند در بلند مدت پایداری بیشتری داشته باشد.



شکل ۱. مدل پیشنهادی برای مداخلات سلامت اجتماعی

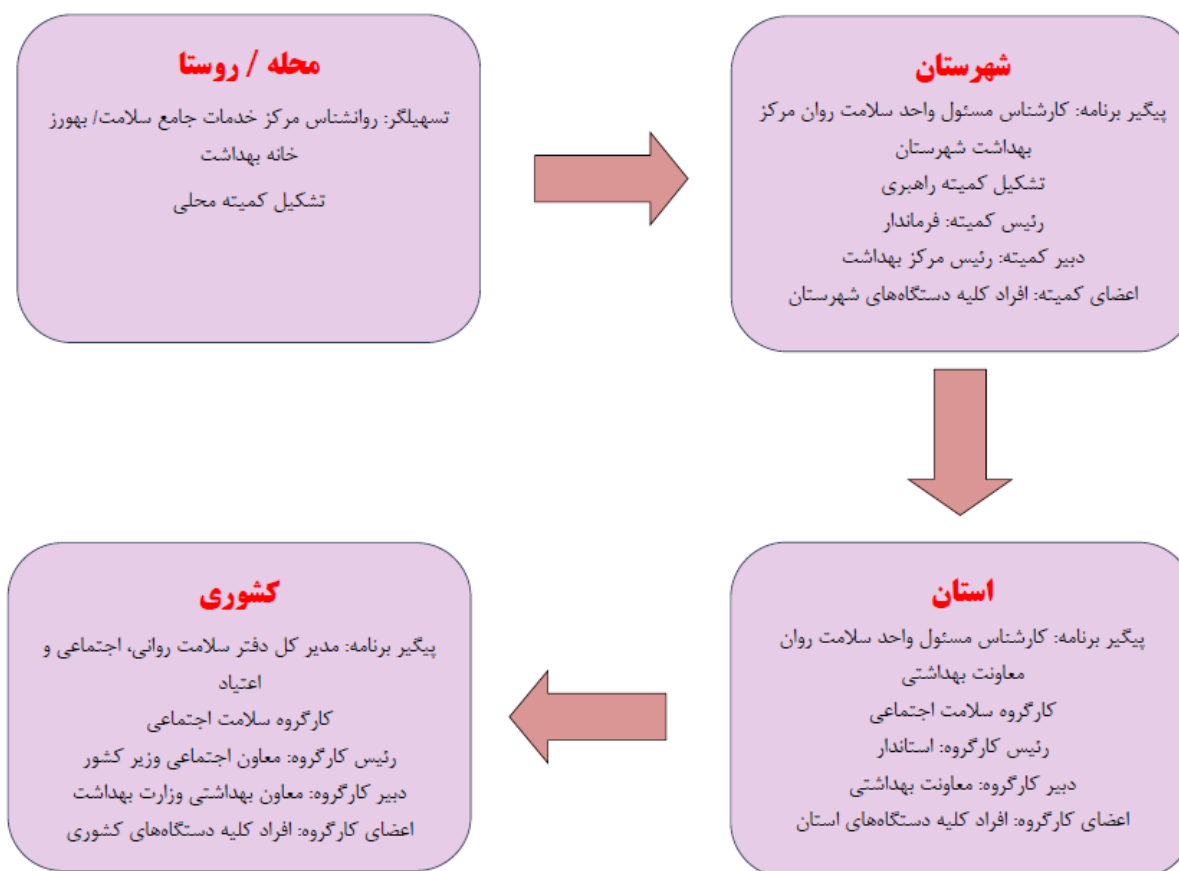
اجرای این مدل شامل چهار مرحله اصلی می باشد که عبارتند از:

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 است.

۲- مرحله شناخت: در این مرحله به تحلیل وضعیت منطقه مورد بررسی پرداخته **شود**. 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.

۴- **گزارش نهایی:** در این مرحله با استفاده از تجزیه و تحلیل داده‌ها، تهیه چارت و نمودارها، تهیه گزارش پایش و بازدیدها، تهیه عکس و فیلم مستند، و مقاله نویسی گزارش حاصل از برنامه مداخلات سلامت اجتماعی نگارش و به سطوح بالاتر جهت ارزشیابی مشارکتی ارسال می گردد.



شکل ۲. تصویر اجمالی و مختصر از مجریان برنامه در سطوح مختلف





اهداف

مقدمه:

با وجود آن که در تعریف اولیه سلامت توسط سازمان جهانی بهداشت به جنبه اجتماعی سلامت نیز اشاره شده است، اما توجه قابل توجهی به آن نشده است. از طرف دیگر در بیانیه آلماتی (قزاقستان) در سال ۱۹۷۸ به مشارکت به عنوان یکی از وجوه خدمات بهداشتی اولیه (PHC) اشاره شده است، اما جای مشارکت مردم در برنامه های سلامت بسیار خالی می باشد و حتی برای سازمان های مردم نهاد (سمن ها) و سازمان های اجتماع محور محلی (سام ها) نقشی تعریف نشده است. در برنامه های سلامت، جلب مشارکت مردم و حمایت از ایجاد تشکل های محلی و تسهیل جهت ورود و ایفای نقش در تصمیم گیری های محلی می تواند منجر به افزایش سرمایه اجتماعی، مسئولیت اجتماعی و ارتباط بهتر بین مردم، تشکل های محلی و مسئولین محلی و منطقه ای شود. ما در این پروژه که در حقیقت فاز ۳ پروژه بزرگ "ارتقای سلامت اجتماعی و پیشگیری از آسیب های اجتماعی با رویکرد اجتماع محور" می باشد، به توسعه و نهادینه سازی مدل اجتماع محور ارتقای سلامت اجتماعی پرداختیم. استقرار این مدل علاوه بر موارد پیش گفت، می تواند به تخصیص بهینه منابع، شناسایی و استفاده از ظرفیت های محلی، و افزایش بهره وری منجر گردد. در این مدل، از مرحله نیازسنجی تا تعیین اولویت ها و پروژه های اجرایی، اجرا و ارزشیابی برنامه ها؛ با مشارکت کمیته محلی که متشکل از افراد معتمد و مطلع محلی می باشد صورت می پذیرد. امیدواریم که با توسعه و نهادینه سازی این رویکرد و نحوه عمل بتوانیم گام های اساسی در ارتقای سلامت مردم عزیز کشورمان برداریم.

هدف کلی:

هدف کلی این برنامه ارتقاء سطح سلامت اجتماعی افراد جامعه است

اهداف اختصاصی

- امکان سنجی مدل پیشنهادی
- تعیین نقاط مدل قوت وضعف پیشنهادی

اهداف راهبردی

- جلب حمایت و تعهد سیاستگذاران به اهداف برنامه
- جلب حمایت و تقویت همکاریهای درون و برون بخشی در راستای اهداف برنامه
- توانمند سازی و ارتقاء سطح توانایی های کارشناسان مرتبط با برنامه، پرسنل، تشکلات مدنی و مردم
- استقرار سیاستها در سطح کشور و ایجاد نظام پایش و ارزشیابی

- تامین منابع بمنظور اقدام در خصوص اهداف برنامه
- ترویج تحقیقات در زمینه‌های اولویت‌دار با رویکرد مشارکتی
- افزایش مشارکت مردم در برنامه های سلامت
- بهبود ارتباط مسئولین با مردم جهت انجام پروژه های مشترک مربوط به حوزه سلامت
- افزایش استفاده از منابع وداشته های محلی برای ارتقای سلامت مردم
- تخصیص بهینه منابع

اهداف استراتژیک:

- سیاست گذاریهای کلان و در سطح میانی و خرد
- آموزش و بسیج همگانی
- مشارکت اجتماعی
- خدمات و حمایت های اجتماعی
- همکاری بین بخشی
- آموزش سلامت
- رسانه
- حمایت طلبی

اهداف کاربردی:

- افزایش مشارکت مردم
- افزایش سرمایه اجتماعی
- تخصیص بهینه منابع
- استفاده مؤثر ازداشته های محلی در جهت ارتقای سلامت مردم



وضعیت موجود

مداخلات اجتماع محور سلامت اجتماعی به صورت پایلوت به صورت زیر اجرا گردید. مدل مداخلات سلامت اجتماعی در سال ۱۳۹۰ در دو استان سمنان (درجزین) و هرمزگان (چاهستانی‌ها) اجرا گردید، در سال ۱۳۹۱ در ۹ محله از دانشگاه‌های علوم پزشکی مرکزی، دزفول، خراسان رضوی (گناباد)، قزوین، کرمان، کرمان (رفسنجان)، فارس (فسا) گسترش یافت و پس از آن در سال ۱۳۹۲ علاوه بر محلات قبلی ۱۳ دانشگاه اردبیل، البرز، شهید بهشتی، اصفهان، مشهد، لرستان، کاشان، شهرکرد، سبزوار، زابل، کردستان، زاهدان اجرا گردید.

کلیه مستندات انجام فاز آزمایشی (پایلوت) برنامه شامل:

اهداف برنامه مورد پایلوت قرار گرفته: افزایش مشارکت مردم، افزایش سرمایه اجتماعی، تخصیص بهینه منابع، استفاده مؤثر از داشته‌های محلی در جهت ارتقای سلامت مردم

استراتژی‌های برنامه مورد پایلوت قرار گرفته:

تحلیل مداخلات در حوزه سلامت اجتماعی در سه حوزه اولویت دار اعتیاد، خودکشی و خشونت

تدوین مدل مداخلات سلامت اجتماعی

اجرای مدل به صورت پایلوت در دو دانشگاه علوم پزشکی

ارزیابی و پایش مدل و تدوین مدل نهایی مداخله اجتماع محور

تهیه گایدلاین وبسته اجرایی مدل مداخلاتی اجتماع محور

اجرای مدل مقدماتی در ۱۰ دانشگاه علوم پزشکی کشور

اجرای مدل در سطح کشور

زمان اجرا: (زمان آغاز پایلوت و مدت زمان اجرای آن): ۱۳۹۰-۱۳۹۶

محل اجرای پایلوت: مدل مداخلات سلامت اجتماعی در سال ۱۳۹۰ در دو استان سمنان (درجزین) و هرمزگان (چاهستانی‌ها) و در سال ۱۳۹۱ در ۹ محله از دانشگاه‌های علوم پزشکی مرکزی، دزفول، خراسان رضوی (گناباد)، قزوین، کرمان، کرمان (رفسنجان)، فارس (فسا) گسترش یافت و پس از آن در سال ۱۳۹۲ علاوه بر محلات قبلی ۱۳ دانشگاه اردبیل، البرز، شهید بهشتی، اصفهان، مشهد، لرستان، کاشان، شهرکرد، سبزوار، زابل، کردستان، زاهدان اجرا گردید.

هزینه اثربخشی برنامه:

در مورد اهمیت و تاثیر مداخلات اجتماع محور می‌توان به طرح ارزشیابی مدل مداخلات سلامت اجتماعی در پی‌گیری از خشونت خانگی که به صورت پایلوت که توسط دکتر رفیعی و همکاران (۱۳۸۸) در دزفول انجام شده بود پرداختند. در این ارزشیابی اثربخشی و هزینه اثربخشی رویکرد اجتماع محور و رویکرد آموزش روانی بر سطح همسرآزاری، اقتدار/ توانمندی،

مشارکت اجتماعی، امیدواری فردی، خانوادگی و اجتماعی مورد بررسی قرار گرفته است. قبل از مداخله در سه گروه مطالعه (رویکرد اجتماع محور، رویکرد آموزش روانی، و گروه کنترل) از لحاظ هر سه مولفه خشونت (سبک، سنگین و عاطفی) بین سه گروه مورد مطالعه تفاوت معناداری وجود نداشت. پس از مداخله دو رویکرد رویکرد اجتماع محور و رویکرد آموزش روانی خشونت عاطفی و خشونت کل را کاهش داده بودند و رویکرد اجتماع محور از این حیث بر رویکرد دیگر برتری داشت ولی خشونت جسمی سبک و سنگین با هیچ یک از دو رویکرد تغییری نکرده است. نمره آگاهی از حقوق خود در مرحله پس از آزمون بین سه گروه مورد مطالعه تفاوت معناداری وجود ندارد. هر دو رویکرد توانسته‌اند سطح اقتدار / توانمندی روانی و جنسیتی زنان و نیز سطح کلی اقتدار آنها را افزایش دهند و ثانیاً رویکرد اجتماع محور از حیث افزایش اقتدار روانی و اقتدار کل بر رویکرد دیگر برتری دارد، ولی هیچ یک از دو رویکرد تأثیری بر سطح اقتدار در فرزندآوری و اقتدار اجتماعی نداشته‌اند. هر دو رویکرد توانسته بودند سطح مشارکت مدنی، محلی، و کل را افزایش دهند و رویکرد اجتماع محور از این حیث بر رویکرد آموزش روانی برتری دارد. از لحاظ مولفه امیدواری فردی و خانوادگی و نمره کل بین سه گروه مورد بررسی تفاوت آماری معنادار وجود ندارد. در واقع این ارزشیابی نشان داد مداخلاتی که در بستر اجتماعی انجام شده است در کاهش میزان خشونت هزینه اثربخشی بیشتری نسبت به مداخلات دیگر دارد (رفیعی و همکاران، ۱۳۸۸).

نتایج ارزشیابی پایلوت:

ارزشیابی فرآیند و پیامدهای برنامه مداخلات سلامت اجتماعی در محله نقاشان ورامین (دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی) در سال ۹۳ در سه بخش تحلیل وضعیت و تحلیل ذینفعان، استفاده از مدل پیمانه‌ای و مصاحبه با تعدادی از ذینفعان به شرح زیر می‌باشد.

قبل از اجرای برنامه مداخلات سلامت اجتماعی در محله نقاشان ورامین

شرایط موجود: روند رو به افزایش آسیب‌های اجتماعی

وضعیت مداخلات: فعالیت پایگاه سلامت اجتماعی، بهزیستی و خیرین مردمی به صورت پراکنده

الزامات طراحی مدل مداخلات: مردم محوری، همکاری بین بخشی و زنجیره نتایج و نظام ارزشیابی و پایش و نظام مداخلات چندسطحی در برنامه ارتقاء سلامت اجتماعی محله محور وجود دارد.

نمره شاخص سلامت اجتماعی محله با استخراج بیانگرها از مقالات و با بحث گروهی متمرکز چهار نفر از خبرگان (معاون فنی معاونت بهداشتی رئیس گروه بهداشت روان و سلامت اجتماعی معاونت بهداشتی سرپرست مرکز بهداشت ورامین و سرپرست واحد بهداشت روان و سلامت اجتماعی مرکز بهداشت ورامین) ۱۰۰/۲۵، محاسبه گردید و نشان دهنده وضعیت نامناسب سلامت اجتماعی محله است.

براساس نظرسنجی (پرسشنامه اداره سلامت اجتماعی وزارت بهداشت) از ۲۰۰ نفر ساکنان محله، ۹۵/۵ درصد درآمد زیر یک میلیون تومان و ۴/۵ درصد زیر دو میلیون تومان داشتند. ۷۲ درصد دارای دو فرزند و بیشتر بودند. ۵۴ درصد خانوارها چهار تا

پنج نفره بودند. از نظر مردم کمبود فضاهای تفریحی اولین و مهمترین مشکل دیده می شود و به ترتیب اعتیاد دومین مشکل مهم، کمبود فضاهای آموزشی را سومین و بیکاری را چهارمین مشکل، فقر را پنجمین مشکل، اراذل و اوباش را ششمین و دعوا و خشونت خیابانی را هفتمین مشکل مهم محله می دانستند. مهمترین سازمان های کمک کننده در پیگیری از آسیبهای اجتماعی از نظر اهالی به ترتیب نیروی انتظامی، شهرداری، کمیته امداد، مرکز بهداشت، آموزش و پرورش، شورای محل، فرمانداری، تربیت بدنی، هیات های مذهبی و سازمان های غیردولتی هستند. موثرترین راهکارهای پیشنهادی جهت پیشگیری و کنترل آسیبهای اجتماعی باتوجه به نظر مردم به ترتیب شامل تاسیس اماکن تفریحی ورزشی، توسعه فضای سبز، اشتغالزایی و کارآفرینی، ساخت مکان های فرهنگی هنری، برنامه ریزی اوقات فراغت، آموزش جوانان و نوجوانان، آموزش والدین، جلب مشارکت عموم مردم، آموزش نیروی انتظامی و راه اندازی خط تلفن رایگان برای افراد نیازمند کمک بود.

شاخص های پایش							
فعال محله ای	عضو کمیته محلی	انجام حداقل یک فعالیت برجسته	همکاری در اجرای پرسشنامه نیازسنجی محلی	عضو محلی کمیته راهبری	شرکت در جلسات کمیته راهبری	اطلاع رسانی و آگاه سازی مردم محله در مورد اجرای طرح	پیگیری مصوبات کمیته راهبردی
کمیته محلی	تعداد جلسات و نظم برگزاری جلسات	تعداد اعضای ثابت و مکان برگزاری	ترکیب مناسب سنی (سالمدان، نوجوانان) و ترکیب مناسب جنسیتی (مردان و زنان)	شرکت اعضای ثابت در کمیته راهبری	مستندسازی	تعداد پروژه ها () مصوب شده، اجرا شده)	تهیه بسته های محلی (بروشور، پمفلت، نشریه و ...)
تسهیلگر برنامه	حضور منظم در محله	تسلط به دستورالعمل ها و اجرای برنامه	شرکت در کارگاه های آموزشی	فرایند نیاز سنجی محلی	جلب مشارکت مردم	خلاقیت، نوآوری در جلب مشارکت های عمومی	برگزاری کارگاه های آموزشی در محل
کارشناس مسئول برنامه	جلب مشارکت مسئولین	شرکت در کارگاه های ستادی	تهیه ابلاغ کمیته راهبری و محلی	شرکت در جلسات کمیته محلی و راهبردی	اجرای طرح بر اساس زمان بندی	تهیه و تدوین گزارش سلامت اجتماعی	تشویق دست اندرکاران برنامه
کمیته راهبری	تعداد برگزاری جلسات	ابلاغ اعضای کمیته راهبری	پیگیری و اجرای مصوبات	شرکت منظم اعضا در کمیته	میزان حمایت سایر دستگاه ها از اجرای برنامه	بازدید حضوری کمیته راهبری در محله	توسعه محله ای



تعاریف

تعریف مفاهیم

سلامت :

سازمان جهانی بهداشت در ماده ۲ اساسنامه ی خود مصوب ۱۹۴۸ میلادی سلامت را اینگونه تعریف می کند " سلامت عبارت است از حالت آسایش کامل جسمی، روانی، اجتماعی و نه فقط نبودن بیماری و ناتوانی" طبق این تعریف علاوه بر نبودن بیماری و ناتوانی باید انسان از یک حالت رفاه و آسایش در جنبه های جسمی، روانی و اجتماعی بهره مند باشد تا بتوان گفت از سلامت برخوردار است.

در بیان جدید سازمان جهانی بهداشت سلامت نه تنها به معنای عادی بودن انسان از امراض گوناگون بلکه شامل رفاه احساسی، روانی و اجتماعی نیز می باشد. بر این اساس، عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت به شرایط اجتماعی که انسان ها در طول چرخه حیاتشان در آن زندگی و کار می کنند توجه دارد. شواهد دلالت از آن دارد که اکثر بار بیماریها و نابرابریها بهداشت و سلامت ناشی از عوامل اجتماعی است.(WHO) .

سلامت روانی:

طبق تعریف وزارت سلامت و خدمات انسانی آمریکا(۱۹۹۹ به نقل از کییز، ۲۰۰۴). سلامت روانی عبارت است از حالتی از عملکرد موفق فرآیندهای ذهنی، فعالیت های کارآمد، روابط مؤثر و پربار با افراد، توانایی سازگاری با تغییرات و منطبق شدن با شرایط مطلوب.

کمیته محلی:

کمیته محلی متشکل از ۸ الی ۱۲ نفر از افراد محله است که آشنا به مشکلات محله بوده و ساکن این منطقه بودند برای تشکیل این کمیته سعی بر این بوده تا از اقشار و سنین مختلف از جمله پیر، جوان، زن، مرد، تحصیلکرده و بیسواد استفاده شود. این افراد با همکاری بهورزان منطقه شناسایی شده و پس از توجیه و اعلام همکاری از سوی آنها برای آنها از طرف دانشگاه ابلاغ صادر شد .

کمیته راهبری (Steering committee): اعضای کمیته راهبری متشکل از نمایندگان از اداره های فرمانداری، شهرداری، آموزش و پرورش، بهزیستی، فنی و حرفه ای، ورزش و جوانان، جهاد کشاورزی، کمیته امداد و اداره کار و امور اجتماعی میباشند که در واقع حلقه ی اتصال بین کمیته ی محلی و مسئولین بودند.

تسهیل گر: کسی که گروه را هدایت و رهبری می کند.

تسهیل گری چیست؟

تسهیل گری راهی است برای رهبری بدون این که زمام امور به دست گرفته شود. وظیفه ی تسهیل گر، آماده کردن دیگران برای به عهده گرفتن مسوولیت و رهبری است.

سلامت اجتماعی:

بعد اجتماعی سلامت پیچیده ترین و در عین حال، بحث انگیزترین جنبه از سلامت است. سازمان جهانی سلامت (۱۹۴۸) سلامت اجتماعی را یکی از مؤلفه های کلیدی سلامت معرفی کرده است. اما به دلیل فقدان ابزارهای معتبر، این مفهوم همچنان موضوع بحث های سیاسی و اجتماعی است. مطالعات سلامت با استفاده از نمونه های زیستی؛ بیشتر بر وجه خصوصی سلامت تأکید دارند، ولی افراد در درون ساختارها و روابط اجتماعی قرار دارند (کییز، ۲۰۰۴).

راسل (۱۹۷۳) جامعه ای را سالم می داند که در آن فرصت دسترسی برابر به خدمات و کالاهای اساسی برای همه وجود داشته باشد تا افراد جامعه در مقام شهروند عملکرد کاملی داشته باشند. تبیین کننده های سلامت جامعه ممکن است شامل عمل به قانون، برابری در ثروت، دسترسی به مشارکت در فرایند تصمیم گیری و سطح سرمایه اجتماعی باشد.

آسیب اجتماعی:

آسیب اجتماعی هر نوع رفتاری است که با ارزشهای شناخته شده جامعه در تعارض باشد و باعث اختلال در کارکرد فرد، خانواده یا جامعه بشود.

مهارتهای اجتماعی:

مهارت‌های اجتماعی شامل قابلیت بیان افکار در تبادلات اجتماعی، دانش نسبت به نقش‌ها و ارزش‌های اجتماعی، مهارت درک شرایط مختلف اجتماعی، مهارت‌های حل مسئله و مهارت‌های ایفای نقش‌های اجتماعی است.

مهارت‌های زندگی:

سازمان جهانی بهداشت، مهارت‌های زندگی را چنین تعریف نموده است: "توانایی‌هایی است برای رفتار مثبت و سازگارانه که افراد را قادر می‌سازد که با نیازها و چالش‌های زندگی روزمره به طور مؤثر برخورد کنند." (WHO, 1994)

نیاز سنجی: عبارت است از کاربرد فنونی که بتوان به کمک آنها اطلاعات مناسب را درباره نیازها گردآوری کرد و به الگوی نیازها و خواسته‌های 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 می‌گذارد، 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 عبارت‌اند 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 رضایت‌بخش)، 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: فرآیند 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 برمی گیرد. این مفهوم با سلامت جسم و روان، استقلال، روابط اجتماعی، باورهای شخصی، و ارتباط فرد با عوامل محیطی در آمیخته است.

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.

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

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.



راهنمای اجرای کار

یکی از چالش‌های بسیار بزرگ در طرح‌های 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 طرح باید از توانایی‌های لازم برای انعطاف پذیر نمودن مدل، جهت اجرای محلی آن برخوردار باشند که وظیفه ایجاد این توانایی‌ها بر عهده مجریان طرح در سطح وزارت بهداشت و دانشگاه علوم پزشکی استان 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 در خصوص آسیب های اجتماعی و سلامت اجتماعی در منطقه مورد بررسی است.

۲- **مرحله شناخت:** در این مرحله به تحلیل وضعیت منطقه مورد بررسی پرداخته **شود**. 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.

۴- **گزارش نهایی:** در این مرحله با استفاده از تجزیه و تحلیل داده‌ها، تهیه چارت و نمودارها، تهیه گزارش پایش و بازدیدها، تهیه عکس و فیلم مستند، و مقاله نویسی گزارش حاصل از برنامه مداخلات سلامت اجتماعی نگارش و به سطوح بالاتر جهت ارزشیابی مشارکتی ارسال می گردد.

آماده سازی

مدت زمان تا ز ابلاغ برنامه
به مدت حداکثر ۳ ماه

۱ ملاقات با معاون بهداشتی یا رییس دانشگاه ، مدیر کل اجتماعی استانداری، فرماندار یا معاون سیاسی انتظامی فرمانداری و ... جهت
توجیه طرح (حمایت طلبی) رجوع شود به بروشور حمایت طلبی

۲ مذاکره با شهردار و فرماندار جهت تعیین محله بر اساس ملاکهای عنوان شده در دستورالعمل

۳ روش های مستندسازی مقدماتی رجوع شود به بروشور

۴ رهیافت های مشارکتی مقدماتی رجوع شود به بروشور رهیافت های مشارکتی مقدماتی

۵ بازدید و تأیید محله و تشکیل تیم محلی (توجیه تیم محلی، برگزاری دوره های آموزش برای تیم محلی) رجوع شود به بروشور کمیته محلی

۶ آماده سازی مردم و آگاه سازی رجوع شود به مجموعه آموزش های همگانی مداخلات سلامت اجتماعی

۷ تشکیل کمیته راهبری و توجیه اعضای کمیته رجوع شود به بروشورهای راهنمای حمایت یابی کمیته راهبری، کمیته راهبری و مجموعه
آموزش مدیریتی مداخلات سلامت اجتماعی

شناخت

مدت زمان : از پایان
مرحله آماده سازی به
مدت ۳ ماه

۱ جمع آوری داده های ثانویه در صورت وجود این داده ها رجوع شود به بروشور راهنمای جمع آوری داده های ثانویه

۲ رهیافت های مشارکتی نیمه پیشرفته.....رجوع شود به بروشور رهیافتهای مشارکتی نیمه پیشرفته

۳ تهیه ابزار جمع آوری داده های اولیه رجوع شود به بروشور راهنمای جمع آوری داده های اولیه

۴ روش های مستندسازی پیشرفته رجوع شود به بروشور

۵ اجرای نیازسنجی، داشته سنجی و تحلیل وضعیت رجوع شود به کتابچه راهنمای انجام نیاز سنجی

۶ تنظیم سند ارتقای سلامت اجتماعی و تصویب در کمیته راهبری رجوع شود به کتابچه راهنمای تنظیم سند ارتقاء سلامت اجتماعی محله

۷ تدوین سند نهایی ارتقای سلامت اجتماعی رجوع شود به منبع بالا

اجرا و ارزشیابی

مدت زمان : از پایان
مرحله شناخت به مدت
۶ ماه

۱ انتخاب برنامه های اولویت دار برای اجرا در منطقه رجوع شود به بروشور مهارتهای اولویت سنجی

۲ تدوین پروژه های اجرایی رجوع شد به بروشور روشهای پروژه نویسی

۳ آموزش نیرو های اجرایی در منطقه برای اجرای پروژه ه رجوع شود به بروشور مهارتهای مدیریت پروژه

۴ آموزش نیرو های اجرایی در منطقه برای اجرای پروژه ه رجوع شود به بروشور مهارتهای مدیریت پروژه

۵ عملیات اجرایی در منطقه رجوع شود به بروشور تهیه چک لیست اجرای برنامه

۶ پایش و ارزشیابی برنامه رجوع شود به کتابچه روشهای پایش و ارزشیابی مشارکتی

گزارش نهایی

۱ تهیه چارتهای نمودارها

۲ تهیه گزارش های پایش و بازدهیها

۳ تهیه عکس و فیلم مستند

۴ تجزیه و تحلیل داده های خام

۵ روش های جدید ثبت و اطلاع رسانی

۶ مقاله نویسی

اقدامات لازم برای مرحله آماده سازی

۱- جلسه با معاون بهداشتی یا رئیس دانشگاه، مدیر کل امور اجتماعی استانداری، فرمانداری

یا معاون سیاسی و امنیتی شهرستان جهت توجیه و حمایت طلبی اولیه طرح:

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 اجرای پروژه می شود. در این قسمت باید به بیان ضرورت طرح، مفهوم سلامت اجتماعی، تجارب موفق، و اساس فعالیت های اجتماع محور پرداخت.

۲- مذاکره با شهردار و فرماندار جهت تعیین محله بر اساس ملاک های عنوان شده در

دستورالعمل

در این قسمت معاون بهداشتی یا شهردار و فرماندار به طور جداگانه جلسه برگزار می کند و در آن به توجیه طرح، توضیح رویکردهای 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.

۳- روش های مستندسازی مقدماتی

۴- روش های مستندسازی مقدماتی

۵- بازدید و تایید محله و تشکیل تیم محلی (توجیه تیم محلی، برگزاری دوره های آموزش

برای 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. پیشنهاد می گردد تسهیلگر ابتدا جلسات حمایت طلبی با مسئولین محلی جهت شناختی و آشنایی با افراد کلیدی محل برگزار کنند، این جلسات می تواند با مدیران مدرسه، رئیس کلانتری محل، مسئول بسیج، امام جماعت های مساجد و ... باشد، چرا که می توان مشارکت افراد نفوذدار و قابل اعتماد را جلب نمود. برای این امر می توان 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 مناسبی و کسب نظرات مردم
- ۳- انجام طرح نظرسنجی و جلب مشارکت مردم

شرح وظایف کمیته محلی:

- ۱- اطلاع رسانی و آگاه سازی 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 آگاه سازی

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 سازمان‌های مردم نهاد و تشکل‌های محلی موجود، فعال و مورد اطمینان مردم محله
-مرکز بهداشت و رابطین بهداشتی
-پایگاه خدمات اجتماعی (وابسته به سازمان بهزیستی)
در این اطلاع‌رسانی باید درباره اهداف طرح و اهمیت موضوع، نقش مهم مردم، تجارب سایر استان‌ها و نحوه انجام کار به آگاهسازی پرداخت.

۷- تشکیل کمیته راهبری و توجیه اعضای کمیته

کمیته راهبری در واقع، حلقه اتصالی بین کمیته محلی و مسئولین می‌باشد. کمیته راهبری، گامی است مهم و ارزشمند در نهادینه‌سازی، ساختارمند نمودن و هدفمند نمودن نحوه ارتباط بین کمیته محلی و مسئولین. برگزاری جلسات کمیته راهبری بر مبنای اولویتهای تعیین شده کمیته محلی صورت گرفته و مصوبات این کمیته توسط اعضای کمیته محلی تا حصول به نتیجه پی‌گیری می‌شود.
بنابراین کمیته راهبری حلقه اتصالی بین کمیته محلی و مسئولین است. این کمیته متشکل از نمایندگان کمیته محلی (۲ نفر) و مسئولین مرتبط با سلامت اجتماعی و آسیب‌های اجتماعی در سطح شهرستان می‌باشد.

یکی از اهداف این برنامه این است که اعضای کمیته محلی نیازها و مشکلات مردم را به گوش مسئولین برسانند. همچنین تعامل و همکاری مستمری میان مردم و مسئولین برای ارتقاء سلامت اجتماعی محله شکل گیرد..

وظایف کمیته راهبری

- تعیین و تقسیم وظایف برای اجرای پروژه‌های بین بخشی توسط دستگاه‌های مختلف دولتی، سازمان‌های مردم نهاد، و کمیته‌های محلی
- جمع آوری، ارایه و حفظ داده‌های اولیه و ثانویه در راستای برنامه‌های اجرایی
- ایجاد زیر کمیته‌های تخصصی ذیل کمیته اصلی و دعوت از افراد و صاحب‌نظران مرتبط با موضوع. برای مثال اگر یکی از نیازهای مردم محله موضوع جوانان و نوجوانان است، در زیرکمیته جوانان و نوجوانان، باید از دستگاه‌هایی دعوت شود که با جوانان و نوجوانان ارتباط دارند.

اعضای پیشنهادی جهت تصمیم‌گیری کمیته راهبری در سطح شهرستان:

اعضای اصلی (فرماندار رئیس کمیته راهبری، معاون بهداشتی (رئیس مرکز بهداشت شهرستان) دبیر کمیته راهبری، شهردار منطقه، اداره ورزش و جوانان، بهزیستی و اورژانس اجتماعی، معاون اجتماعی و پیشگیری از وقوع جرم دادگستری، نیروی انتظامی، آموزش و پرورش، کمیته امداد امام خمینی (ره)، اداره فنی و حرفه ای، اداره کار و رفاه اجتماعی، نمایندگان کمیته محلی (۲ نفر) و سایر ادارات بر حسب ضرورت می‌توانند حضور یابند.

• فرماندار محترم شهرستان به عنوان رییس کمیته راهبری و نماینده معاونت بهداشتی دانشگاه (مرکز

- بهداشت) به عنوان دبیر کمیته می باشند. ابلاغ اعضای کمیته راهبری توسط فرماندار و ابلاغ اعضای کمیته محلی توسط معاون بهداشتی صادر می گردد.
- زمان بندی تشکیل و ترکیب جلسات کمیته راهبری براساس نیازهای مطرح شده توسط کمیته محلی و با هماهنگی تسهیلگر محلی صورت می گیرد.
 - تشکیل جلسات کمیته راهبری در محل فرمانداری شهرستان و در پاره‌ای موارد به منظور آشنایی نزدیک مسئولین با نیازها و مشکلات مردم در محله صورت می گردد.

اقدامات لازم برای مرحله شناخت

۱. جمع آوری داده‌های ثانویه در صورت وجود این داده‌ها

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 آماري، 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 نمایند.

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 با ارزش 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.

۲. رهیافت‌های مشارکتی نیمه پیشرفته

۳. تهیه ابزار جمع‌آوری 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 روش‌های جمع‌آوری داده‌ها و نیازسنجی در کارگاه نیازسنجی و محتوای آموزشی آرایه می‌گردد).

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

۴. روش‌های مستندسازی پیشرفته

۵. اجرای نیازسنجی، داشته‌سنجی و تحلیل وضعیت

با استفاده از روش‌ها و ابزار جمع‌آوری داده مثل پرسشنامه و بحث گروهی متمرکز، اطلاعات مورد نیاز را به دست آورده و مورد تحلیل قرار 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.

۶. تنظیم سند ارتقای سلامت اجتماعی و تصویب در کمیته راهبری

با توجه به نتایج نیازسنجی و تحلیل وضعیت، سند ارتقای سلامت اجتماعی تهیه می‌گردد.

این سند شامل ۹ بخش می باشد.

- مشخصات جغرافیایی و دموگرافیک محله
 - تعریف مفاهیم
 - اسناد بالادستی و پیشینه مداخلات قبلی در محله
 - اهداف سند(اهداف کلی و اختصاصی)
 - روش اجرای کار (نقشه راه)
 - نتایج نیازسنجی انجام شده در خصوص مشکلات محله
 - اولویت بندی نیازها
 - تعیین و تعریف پروژه هایی (نیازهایی) که قرار است به آنها پرداخته شود.
 - 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:
- مشارکت مردم و تیم محلی در تمامی بخش های طرح : شامل نیاز سنجی ، تعیین اولویت، تعریف پروژه های اجرایی، اجرا، پایش و ارزشیابی
- مشارکت تمامی ذی نفعان کلیدی طرح در تدوین پروژه های اجرایی
- سند سلامت اجتماعی به تأیید سازمان های کلیدی مرتبط و تیم محلی برسد.

۷. تدوین سند نهایی 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.

اقدامات لازم برای مرحله اجرا و ارزشیابی

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 راهبری 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 منطقه

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

۵. پایش و ارزشیابی برنامه

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

- مطلق، محمداسماعیل؛ اولیایی منش، علیرضا و بهشتیان، مریم. سلامت و عوامل اجتماعی تعیین کننده آن. دبیرخانه عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت و ترویج عدالت در سلامت. ۱۳۸۷.
- متولیان، سید عباس؛ علی، سید ذوالفقار و حسینی، عابد. گزارش ارزشیابی ابتکارات جامعه محور در جمهوری اسلامی ایران. ۱۳۸۵.
- غفاری، مصطفی؛ شولایه، باقر؛ سلیمی، زهرا و دانش دوست، زهرا. برنامه و دستاوردهای ابتکارات جامعه محور (CBI) در جمهوری اسلامی ایران. انتشارات نور دانش. ۱۳۸۷.
- مسعودی فرید، حبیب اله؛ امیدنیا، سهیلا؛ احترامی، مهرداد؛ عباچی زاده، کامییز و دماري، بهزاد. طراحی مدلی برای بهبود مداخلات جامعه محور در حوزه سلامت اجتماعی (در حوزه های اولویت دار خودکشی، خشونت و اعتیاد). ۱۳۸۸.
- کتاب تسهیل گری (ابزاری برای توانمندسازی منابع انسانی)، نوشته داود مددی و محمد حسن امامی.
- احمدی، حبیب، ۱۳۸۴، جامعه شناسی انحرافات، تهران: انتشارات سمت.
- آقابخشی، حبیب اله و همکاران (۱۳۸۲) حاشیه نشینی و اسکان غیررسمی، مجموعه مقالات، تهران: انتشارات دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، جلد اول و دوم
- اطلاعات طرح ساماندهی اسکان غیررسمی، ۱۳۸۸، اداره کل امور آسیب های اجتماعی
- آمار و اطلاعات سازمان بهزیستی کشور، ۱۳۹۰، دفتر امور آسیب دیدگان اجتماعی
- امیرخانی و دیگران، ۱۳۸۷، راهنمای توانمندسازی شهروندان و محلات شهر برای ارتقای سلامت، نشر مهرآش، تهران، چاپ اول
- انجمن جامعه شناسی ایران، ۱۳۷۹، دومین همایش ملی طرح مسائل اجتماعی ایران، تهران، انجمن جامعه شناسی ایران
- بخارایی، احمد، ۱۳۸۶، جامعه شناسی انحرافات اجتماعی در ایران، نشر پژوهشگاه جامعه
- رحمانی، نرگس، ۱۳۸۸، حاشیه نشینی در کلان شهر تهران، اداره کل امور آسیب های اجتماعی شهرداری تهران.
- رضا زاده، مرضیه، ۱۳۸۱، بحران ادراکی رفتاری در فضای شهری، مجله شهرداری ها، ویژه نامه طراحی شهری، شماره ۲۳.
- ستوده، هدایت ا...، ۱۳۷۸، آسیب شناسی اجتماعی، تهران: نشر آوای نور
- سهراب زاده، مهرا، ۱۳۸۸، نقش مدیریت شهری در پیشگیری و کنترل پدیده اعتیاد و ارایه راهکارها، دفتر مطالعات فرهنگی و اجتماعی شهرداری تهران.

- سند جامع پیشگیری اولیه از اعتیاد، ۱۳۹۰، ستاد مبارزه با مواد مخدر کشور، انتشارات فرهنگی هنری طراحان ایماژ، تهران.
- سند چشم انداز جمهوری اسلامی ایران در افق ۱۴۰۴
- گزارش صندوق جمعیت سازمان ملل متحد مرکز اطلاعات سازمان ملل متحد، ۱۳۸۰
- قانون برنامه پنج ساله اول تا پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران
- محمودی جانکی، فیروز و مجید قورچی بیگی، ۱۳۸۸، نقش طراحی محیطی در پیشگیری از جرم، فصلنامه حقوق، شماره ۲.
- محمدی، سید نجم الدین، ۱۳۸۷، چالش های مدیریت شهری در حوزه آسیب های اجتماعی، مجموعه مقالات همایش تبیین جایگاه مدیریت شهری در آسیب های اجتماعی.
- محمدی، بیوک، ۱۳۸۰، طرح شناسایی مسائل اجتماعی ایران. تهران، پژوهشگاه علوم انسانی.
- Atta, adoja (2007). The social causes of homelessness. (M.A. Thesis). American University Washington, D.C.
- Allen, A.& You, N.2002, *Sustainable Urbanisation: Bridging the Green and Brown Agendas*, The Development Planning Unit, University College London, London
- Early, Dirk W. (2005). *An empirical investigation of the determinants of street homelessness. Journal of Housing Economics: 14 27-47.* PEOPLE LIVING IN INFORMAL SETTLEMENTS, WHO 1999 Environmental health indicators: framework and methodologies
- *Informal settlements, 2007 Environment and Spatial Planning (MESP), Association of Mu-) MESP (municipalities of Kosovo (AMK), MuSPP/UN-HABITAT*
- Lee, B. A., Price-Spratlen, T., & Kanan, J. W. (2003). *Determinants of homelessness in metropolitan areas. Journal of Urban Affairs, 25, 335-355.*
- O'shell, Karen S. (2004). *The path to homelessness: the perceptions of homeless individuals. (M.A Thesis) California State University, Long Bach.*
- *UN Settlements Programme (UN-Habitat)*
- Keyes.c.m.&shapiro,a.(2004)social well-being in the u.s.:a descriptive epidemiology in orvill brim.
- World Health Organization(2000),Needs Assessment
- StenArdal,John Butler(2006)TheHealth Planners Toolkit ,Module2:Assessing Need,Ministy of Health, Ontario