

اصول و فنون

مردم

مشارکت در سلامت

بهزاد دمازی

(چاپ دوم)



بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ

اصول و فنون مشارکت مردم در سلامت

مؤلف:

دکتر بهزاد دماری

متخصص پزشکی اجتماعی

عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران

مؤسسه ملی تحقیقات سلامت، دپارتمان مؤلفه‌های اجتماعی سلامت

ویراستار:

دکتر کامل شادپور

و با همکاری:

فاطمه حاج نقی زاده، کارشناس ارشد رفاه اجتماعی

زمستان ۱۳۹۵

(چاپ دوم)

سرشناسه: دسری، بهزاد، ۱۳۵۲ -

عنوان و نام پدیدآور: اصول و فنون مشارکت مردم در سلامت / مؤلف بهزاد دمازی؛ ویراستار کامل شادپور؛ با همکاری فاطمه حاج‌نقی‌زاده.

مشخصات نشر: تهران: انتشارات طب و جامعه، ۱۳۹۱.

مشخصات ظاهری: ۱۳۲ ص. - مصوره جلدول.

شابک: ۵۰۰۰۰ ریال ۷-۴-۹۱۲۸۱-۹۷۸-۶۰۰-۹۷۸:

وضعیت فهرست نویسی: فیا

یادداشت: کتابنامه.

موضوع: سلامت پروری -- ایران -- مشارکت شهروندان

موضوع: بهداشت همگانی -- ایران -- مشارکت شهروندان

شناسه افزوده: شادپور، کامل، ۱۳۱۶ -، ویراستار

شناسه افزوده: حاج‌نقی‌زاده، فاطمه

رده بندی کنگره: ۴۲۷۸/۱۳۹۱۸/۶ الف-د/۸

رده بندی دیویی: ۶۱۳

شماره کتابشناسی ملی: ۲۸۷۵۳۷۸

اصول و فنون مشارکت مردم در سلامت

مؤلف: دکتر بهزاد دمازی

ویراستار: دکتر کامل شادپور

ناشر: انتشارات طب و جامعه

تیراژ: ۳۰۰۰ جلد

چاپ دوم: زمستان ۱۳۹۵

چاپ اول: تابستان ۱۳۹۱

قیمت: ۱۱۰۰۰ تومان

شابک: ۹۶۴-۶۰۰-۹۱۲۸۱-۷-۴

ISBN: 978-600-91281-7-4

تقدیم به

همه فعالان حوزه سلامت جامعه

که

به نقش مردم در توسعه و پیشرفت ایران

باور دارند



فهرست عناوین

- بخش اول: اصول و مبانی مشارکت مردم در سلامت
- ۱۳
 - ۱۴ • تاریخچه، تعریف و ضرورت مشارکت مردم
 - ۲۱ • باورهای نگران‌کننده در زمینه مشارکت مردم
 - ۲۴ • در راهبرد مشارکت مردم، عموم مردم چه کسانی هستند؟
 - ۲۵ • شروط موفقیت مشارکت مردم
 - ۲۷ • موانع مشارکت مردم و بسترهای لازم
 - ۳۲ • تردیدان مشارکت مردم و نکته‌گاه آن
 - ۳۴ • مشارکت مردم در تحقیقات و مراکز ارایه خدمات سلامتی
 - ۳۵ • مؤثر بودن مشارکت مردم را با چه شاخص‌هایی می‌توان متوجه کرد؟
 - ۴۱ • خلاصه بخش اول
- بخش دوم: فنون مشارکت مردم در سلامت
- ۴۵
 - ۴۶ • الگوی مفهومی مشارکت مردم
 - ۴۷ • مرحله ۱) مشارکت مردم برای رفع کدام نیاز است؟
 - ۵۰ • مرحله ۲) مشارکت‌شوندگان چه کسانی هستند؟
 - ۵۳ • مرحله ۳) تحلیل بستر مشارکت
 - ۵۴ • مرحله ۴) تعیین راهبرد مشارکت
 - ۵۶ • روش‌ها و ابزارهای مشارکت
 - ۵۹ • برنامه عملیاتی
 - ۶۱ • اجرا
 - ۶۲ • ارزشیابی و نهادینه کردن برنامه
 - ۶۸ • خلاصه بخش دوم
- بخش سوم: مروری بر تجربیات مشارکت مردم در ایران
- ۷۱
 - ۷۲ • مشارکت مردم در استاد بالادستی

- ۷۱ • تجربه رابطین بهداشتی جمهوری اسلامی ایران
- ۷۸ • طرح بسیج بیسازي محیط روستاها
- ۸۰ • تجربه بپورز و خانه‌های بهداشت
- ۸۳ • تجربه سازمان بهزیستی کشور در برنامه پیش‌گیری از اعتیاد در محل کار، مدارس و محلات
- ۸۵ • تجربیات شهرداری تهران در مشارکت مردم
- ۹۲ • مرکز پژوهش‌های سلامت مبتنی بر مشارکت جامعه
- ۹۵ • سازمان‌های مردم‌نهاد ایران
- ۹۸ • موسسه همیاران غیردولتی ایران (غدا)
- ۱۰۰ • سایر تجربیات مشارکت مردم در کشور
- ۱۰۲ • خانه مشارکت مردم در سلامت، تجربه استان قزوین
- ۱۰۵ • تحلیلی بر راهبرد مشارکت مردم در سلامت کشور
- ۱۰۶ • اهداف راهبردی و مداخلات مندرج در نقشه تحول نظام سلامت
- ۱۰۸ • مداخلات اساسی برای دستیابی به اهداف راهبردی «مشارکت مردم و سواد سلامت در افق ۱۴۰۴»
- ۱۱۳ • خلاصه بخش سوم
- ۱۱۶ منابع
- ۱۲۰ منابعی برای مطالعه بیشتر
- ۱۲۳ پیوست ۱) فرم یکپارچه برنامه‌ریزی مشارکت مردم در سلامت
- ۱۲۴ پیوست ۲) تمرین
- ۱۲۶ نظرخواهی از خوانندگان
- واژه‌یاب
- ۱۲۷ خلاصه انگلیسی

مقدمه

امروزه نمی‌توان نقش مردم در توسعه جوامع را انکار کرد، این موضوع در حوزه سلامت هم صدق می‌کند. اگر انسان سالم محور توسعه پایدار باشد، پذیرفتن این حقیقت که انسان باید در ارتقای سلامت خود سهم داشته باشد، دور از ذهن نخواهد بود.

مبانی نظری مشارکت مردم و جامعه قدمتی بیش از صد سال دارد اما در هیچ دوره‌ای به اندازه سه دهه اخیر مشارکت مردم مورد توجه سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان کشورهای مختلف نبوده است، می‌توان ادعا کرد که یکی از مهارت‌ها و صلاحیت‌های ضروری هر مدیر و کارشناس ارشد نظام سلامت کار با مردم است.

اگر بخواهیم در شاخص‌های سلامت مردم تغییری ایجاد کنیم و این تغییر پایدار باشد لازم است نقش مردم را در این تغییرات پررنگ کنیم. مروری بر دستاوردهای بهداشتی کشور در سه دهه گذشته نشان می‌دهد که شاخص‌های بهداشت مادر و کودک در بستر شبکه بهداشتی و درمانی که مبتنی بر مشارکت بهورزان بوده است بهبود یافت. اگر این موفقیت را در کنار دیگر تجربیات مشارکت مردم قرار دهیم این امیدواری برای کارگزاران بخش سلامت ایجاد می‌شود که می‌توانند با برنامه‌های مدون در زمینه ارتقای وضعیت مشارکت مردم جهشی در ارتقای عادلانه شاخص‌های سلامت ایجاد کنند. هر چند که در برخی از حوزه‌ها مشارکت مردم با دشواری‌هایی روبرو است، اما تعریف مشارکت، حس تعلق و هویت اجتماعی را افزایش می‌دهد و در طول زمان به پیشرفت و تعالی کشور کمک خواهد نمود.

کتاب اصول و فنون مشارکت مردم در نظام سلامت راهنمایی است برای مدیران، کارشناسان ارشد و کلیه فعالان حوزه سلامت جامعه از سازمان‌های مردم‌نهاد تا

نمایندگان مجلس شورای اسلامی و شوراهای اسلامی شهر و روستا. هدف از نگارش این راهنما عبارتست از:

۱. آشنایی مخاطبان با اصول و مبانی مشارکت مردم
 ۲. مهارت یافتن مخاطبان برای طراحی و اجرای برنامه مشارکت مردم مشروط به کاربست ابزار معرفی شده در این کتاب
 ۳. آشنایی مخاطبان با برخی از تجربیات مشارکت مردم در عرصه سلامت و همچنین برنامه ملی توانمندسازی و ارتقای مشارکت مردم
- کتاب حاوی سه بخش است:

۱. اصول و مبانی مشارکت مردم در سلامت
 ۲. فنون مشارکت مردم در سلامت
 ۳. مروری بر تجربیات کشور و معرفی برنامه تحول نظام سلامت
- در حال حاضر منابع علمی متعدد به زبان لاتین در زمینه مشارکت جامعه وجود دارد. در نگارش بخش اول کتاب این منابع مرور شده و مهمترین نکات آنها انتخاب شده است. در فصل فنون علاوه بر مرور و استفاده از منابع معتبر، از تجربیات مؤلف در کار با محلات شهرداری تهران، تجربه راه‌اندازی خانه مشارکت مردم استان قزوین و تجربه کار با سازمان‌های مردم‌نهاد نیز استفاده شده است، در بخش پیوست کتاب کاربرگی برای برنامه‌ریزی، اجرا و ارزشیابی برنامه‌های مشارکت مردم پیشنهاد شده است که می‌توان آن را در عمل به کار گرفت. الگوی مفهومی ترسیم شده در پشت جلد کتاب خواننده را در نهم بخش دوم یاری می‌دهد.

بخش سوم مروری بر تجربیات مشارکت مردم است که ادعای کامل بودن آن در میان نیست چراکه به طور قطع موارد بیشتری از اقدامات و ابتکارات در دیگر بخش‌های توسعه از جمله کشاورزی، صنعت، محیط زیست، اقتصاد و ... وجود دارد که فرصت جمع‌آوری اطلاعات آن برای مؤلف وجود نداشت و می‌توان به عنوان تحقیقی جداگانه به آن پرداخت، اما همین موارد نیز این امیدواری را در خواننده ایجاد می‌کند که موضوع مشارکت مردم در اقصی نقاط کشور و بخش‌های مختلف توسعه آزمایش شده و دستاوردهای مهمی نیز داشته است.

در پایان کتاب منابعی برای مطالعه بیشتر معرفی شده است، که مرور آنها دانش و نگرش خواننده را در اجرای برنامه‌های مشارکت مردم افزایش می‌دهد.

اگر هدف پی بردن به پیام اصلی کتاب در کوتاهترین زمان باشد، مطالعه خلاصه‌های آخر هر بخش برای افراد پرمشغله توصیه می‌شود.

در پایان بر خود واجب می‌دانم از اساتید خوبم دکتر کامل شادپور، دکتر حسین ملک افضلی، دکتر سید علیرضا مرتدی، دکتر سید رضا مجدزاده، دکتر عباس وثوق مقدم و آقای مهندس نصرالهی (رییس خانه مشارکت مردم در استان قزوین) که بنده را برای تدوین این راهنما تشویق نمودند، تشکر و قدردانی کنم و همچنین سرکار خانم دکتر رجایی (معاون پژوهشی مرکز پژوهش‌های مبتنی بر مشارکت مردم)، دکتر استاد تقی‌زاده (مدیرکل سابق اداره سلامت شهرداری تهران)، دکتر مهدی گل‌مکانی (مدیرکل اداره سلامت شهرداری تهران) و سرکار خانم اولیا (کارشناس سازمان بهزیستی کشور) برای جمع‌آوری تجربیات فصل سوم و سرکار خانم‌ها مرضیه خونتایی و فاطمه خلیل ارجمندی که در صفحه آرایی و طراحی جلد این کتاب همراهی کردند تشکر و قدردانی نمایم.

با این که در نگارش این مجموعه از منابع علمی جدید، تجربیات داخل کشور و همچنین تجربیات محدود نویسنده استفاده شده است، جای نقد خوانندگان برای ارتقای آن همواره احساس می‌شود و امیدوارم با ارسال نظرات سازنده خود در چارچوب پایانی کتاب به bdamari@gmail.com در تکمیل این مجموعه مشارکت نمایید.

مؤلف

تهران - پائیز ۱۳۹۱

بخش اول

اصول و مبانی مشارکت مردم در سلامت

هدف از نگارش این بخش آن است که بتوانید:

- تاریخچه تکوین، تعریف و ضرورت راغبرد مشارکت مردم را شرح دهید.
- کارکردها و اهداف مشارکت مردم در سلامت را توصیف کنید.
- باورهای نادرست در زمینه مشارکت مردم را شرح دهید.
- شروط موفقیت راغبرد مشارکت مردم را نام ببرید.
- مزایع و پیش نیازهای مشارکت مردم را فهرست کنید.
- ردبان مشارکت مردم و تکیه گاه آن ترسیم کنید.
- شاخص های ارزشیابی نتایج مشارکت مردم را شرح دهید.



تاریخچه، تعریف و ضرورت مشارکت مردم



از سال ۱۹۷۰ «مشارکت مردم» یک اصل در سیاست‌گذاری‌ها برای توسعه پایدار محسوب می‌شود. اصل عملیاتی و بنیادی توسعه «مشارکت مردم» است به طوری که در منابع علمی از مردم به عنوان «منبع پنهان و فراموش شده» ارتقای سلامت یاد شده است.

مشارکت مردم اصل زیربنایی بیانیه آلمان‌آتا (۱۹۷۸) بوده است، سایر اصول عبارت بودند از: همکاری‌های بین‌بخشی، توزیع عادلانه مراقبت‌های سلامت، توسعه نیروی انسانی بخش سلامت، به کارگیری مناسب فن‌آوری‌های سلامت. کنفرانس اوتارا (۱۹۸۶) برای تحقق «ارتقای سلامت» چند اقدام عمده را اعلام داشته است:

- برقراری سیاست‌های سالم برای سلامت همگانی
- ایجاد محیط پشتیبانی‌کننده برای سلامت
- تقویت اقدام‌هایی که در جامعه و با مردم صورت می‌گیرد
- تقویت مهارت‌های فردی ارتقای سلامت
- تغییر جهت از خدمات صرف بالینی به شناخت نیازهای جامعه و پاسخگویی به

آنها

- حرکت به سوی آینده همراه با دلسوزی، جامع‌نگری و رعایت اکولوژی
- در سه دهه گذشته به اسم مشارکت جامعه کارهای زیادی انجام شده است و امروزه در ضرورت آن شکی نیست و محققان به دنبال روش‌های مؤثر جلب مشارکت هستند.

گزارش سازمان جهانی بهداشت با عنوان رفع بی‌عدالتی در طی یک نسل در سال

فندق شکن مسائل عدالت در سلامت

سیاست‌گذار



مشارکت مردم

۲۰۰۸، مشارکت مردم را به عنوان یکی از بازوهای فندق شکن برای کاهش بی‌عدالتی در سلامت اعلام کرده است. نتیجه نهایی مشارکت مردم «توانمندسازی» و «خوداتکایی» آنها است. این توانمندسازی اثر خود را نه تنها در بخش سلامت بلکه در سایر

بخش‌ها هم جا می‌گذارد. در بررسی متون و منابع علمی مشارکت مردم با واژگان و اصطلاحات متعددی توصیف شده است ولی نکته مهم روند تکوینی نگرش‌ها نسبت به مقوله مشارکت مردم است به طوری که در دو دهه گذشته از مردم و جامعه به جای «مشتری» به عنوان «شریک» یاد می‌شود.

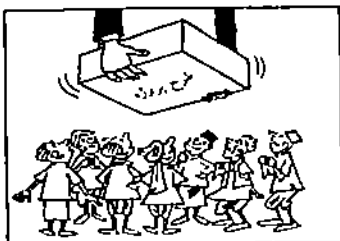
واژگان رایج:

- Community Participation
- Community Involvement
- Community Organizing
- Consumer Participation
- Community Development
- Community Engagement
- Public Participation
- Social Participation
- Citizen Participation

Community as a client



Community as a partner



این تغییر نگاه سهم مردم در طراحی، اجرا و ارزشیابی برنامه‌های سلامت را افزایش داده است به طوری که در تعاریف جدیدتر این سهم آشکارتر است:

«درگیر شدن جامعه در توسعه سلامت

فرایندی است که به وسیله آن بین دولت و جوامع محلی در زمینه برنامه‌ریزی، اجرا و کاربرد فعالیت‌های سلامتی شراکت به وجود می‌آید تا موجبات افزایش خود اتکالی و کنترل اجتماعی را فراهم آورد.»

بانک جهانی مشارکت را فرایندی می‌داند که از رهگذر آن افراد ذی‌ربط بر ابتکارهای توسعه، تصمیم‌ها و منابعی که نقش تعیین‌کننده در سرنوشت آنها دارند تأثیر می‌گذارند. این درگیر ساختن در تصمیم‌گیری‌های مربوط به موارد زیر است:

«مراقبت از سلامت فردی، برنامه‌ریزی خدمات سلامت، سیاست‌سازی و اولویت‌گذاری.»

در تعریف پائولو فریر^۱ مشارکت مردم در یک کلمه خلاصه می‌شود: «توانمند سازی». در تعریف دیگر توسط براگر و اسپچ^۲ مشارکت فرایندی معرفی شده که در آن اعضای هر جامعه تعیین نیاز می‌کنند، راه برآوردن این نیازها را معلوم می‌دارند، به طور گروهی در مورد اولویت‌هایشان تصمیم می‌گیرند و با هم برای نیل به اهداف طراحی شده بر اساس حمایت مقتضی کار می‌کنند.

^۱ Paulo Freire

^۲ Brager & Specht

در مرور منابع علمی دو تفسیر از مشارکت وجود دارد:

- مشارکت به عنوان وسیله، ابزاری برای پشتیبانی پروژه‌ها و برنامه‌ها
- مشارکت به عنوان هدف، توانمندسازی مردم برای به عهده گرفتن مسؤولیت بیشتر

به نظر می‌رسد هدف نهایی هر دو تفسیر چیزی جز «توانمندسازی مردم» نیست. پیامدهای قابل سنجشی ناشی از مشارکت مردم در بخش سلامت مورد انتظار است «رضایت مردم، مشارکت آنان که در حاشیه‌اند، توانندی مردم، افزایش سواد بهداشتی، بهبود کیفیت، ارتقای پوشش و ایمنی خدمات و هزینه اثربخشی منابع، پروژه‌ها و برنامه‌ها». در نهایت مزایای چنین مشارکتی عبارت است از:

- تداوم و پایداری برنامه‌ها (مالکیت)
 - تسریع نهادینه شدن و بومی شدن برنامه‌ها (مقبولیت)
 - رساندن منفعت به فقیرترین اقشار (عدالت)
 - دل بستگی به حاکمیت ملی و محلی و متعاقباً کاهش مهاجرت‌ها (رضایت)
- مشارکت برای خود فرد مشارکت‌کننده نیز فوایدی دارد و در نتیجه آن:
- سواد سلامت و توانمندی وی زیاد می‌شود چراکه دسترسی وی به منابع مختلف علمی و مهارتی افزایش می‌یابد، حداقل مهارت‌های ارتباطی، کار تیمی، مهارت‌های زندگی، برنامه‌ریزی، حضور مؤثر در جلسات، فن حمایت‌طلبی و... افزایش می‌یابد.
 - مشارکت داوطلبانه به عنوان رفتار اجتماعی سالم، افزایش رضایت را به دنبال دارد و این رضایت سطح سلامت فردی را افزایش می‌دهد.

- مشارکت از طریق افزایش ارتباطات اجتماعی فردی، حمایت اجتماعی بیشتری را برای فرد فراهم می‌کند، حمایت اجتماعی از راه‌های مختلف به ویژه در مواقع بحرانی کمک‌کننده بوده و سطح سلامت فرد را افزایش می‌دهد.
 - همیاری، کمک به هم‌نوعان و خیر رساندن به عنوان رفتار معنوی توصیه شده‌ی همه ادیان است.
- الگوهای متفاوتی برای مشارکت مردم وجود دارد اما در مشارکت وسیع و همگانی استفاده از نمایندگی مردم برجسته شده و مشارکت مردم از این طریق تسریع می‌شود، «رهبران و بزرگان جامعه هدف، نمایندگان رسمی و قانونی مردم، سازمان‌های مردم‌نهاد، گروه‌های خودیار، افراد داوطلب، افراد محبوب جامعه، گروه‌های ویژه» از این قبیل هستند.
- نمایندگی مردم یا مشارکت میانجیان به دلایل زیر مؤثر است:
- نماینده‌ها منتخب هستند، پس انتقال انتظارات و صدای مردم تسهیل می‌شود.
 - نماینده با میانجی، دسترسی سریع‌تری به شبکه مردمی دارد، شبکه به عنوان یکی از منابع تغییر در جامعه است.
 - میانجیان این قابلیت را دارند که الگوی تغییر رفتار باشند و مقاومت نسبت به آنها کمتر است، در نتیجه انتقال پیام‌ها تسهیل می‌شود.
 - تقسیم کار بین میانجیان، توانمندسازی شبکه‌ای مردم را در پی دارد که سال‌های سال استمرار دارد.
 - آگاهی میانجیان از منابع و ظرفیت‌های مشارکت مردمی دقیق‌تر است.
 - میانجیان مختلف (هنرمندان، روحانیون، افراد شاخص و...) خلاقیت در آرایه خدمات و پیام‌ها را افزایش می‌دهند.
 - میانجیان پوشش و دسترسی به گروه‌های مردمی را افزایش می‌دهند.

مشارکت مردم به عنوان یکی از راهبردهای نظام سلامت ضمن کمک در شکل‌گیری سیاست‌ها و برنامه‌ها، از طریق مشارکت در اجرا و نظارت به پایداری آنها کمک می‌کند. لذا این راهبرد جزء جدایی‌ناپذیر تولید نظام سلامت است و در سطوح زیر تکرین می‌یابد:

- سطح ملی
- سطح استانی
- سطح شهرستان
- سطح منطقه و محله شهری
- سطح دهستان و روستا

محدودیت منابع مالی سلامت در کشورهای در حال توسعه یکی از دلایل اصلی به کارگیری این راهبرد است. البته این دلیل به اندازه سایر ضرورت‌های مشارکت مردم در اولویت نیست ولی رشد هزینه‌های سلامت در کل بودجه کشورها موجب شده است که این راهبرد در منابع علمی مورد تأکید واقع شود. در اصل، مشارکت مردمی راهبردی پیش‌گیرانه است و با ارتقای توانایی‌های مردمی و سواد سلامت آنها پیش‌گیری سطح اول را توسعه داده و هزینه مداخلات پیش‌گیرانه سطح دوم و سوم را کم می‌کند، هر چند که مردم در مدیریت هزینه‌های این دو سطح هم از طیف مختلف نقش ایفا می‌کنند.

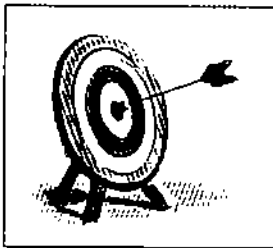
در نتیجه مشارکت، مردم می‌توانند تغییر حاصل از درگیری آنها در برنامه‌ها را ببینند و فایده آن را احساس کنند، مردم آگاه خواهند شد که چرا چنین تصمیماتی اتخاذ شده و چرا چنین اولویت‌هایی تعیین گردیده، بنابراین مشارکت بیشتری در جامعه‌شان خواهند داشت.

مشارکت مردم سبب خواهد شد که ارتباطات بهتری بین گروه‌های جامعه ایجاد شود، جوامع در رویارویی با نیازهای محلی و تأثیرگذاری بر تصمیمات، احساس قدرت بیشتری خواهند داشت، منابعشان را در اختیار برنامه می‌گذارند و مردم بیشتری را درگیر می‌سازند.

سازمان‌ها نیز درباره آنچه که می‌تواند یا نمی‌تواند انجام دهند، صادق‌تر می‌شوند، شفافیت آنها درباره اولویت‌های سازمانی‌شان افزایش می‌یابد و تصمیمات کوتاه مدت آنها کمتر خواهد شد.

در جمع‌بندی، مهم‌ترین دلایل ضرورت مشارکت مردم در سلامت عبارت است از:

۱. مشارکت فرد در جامعه به دلیل ایجاد منبع حمایت اجتماعی به خودی خود سطح سلامت وی را زیاد می‌کند.
۲. مشارکت مردم افزایش مالکیت، مقبولیت و بومی شدن برنامه‌های سلامتی را به همراه دارد که خود موجبات تسریع نهادینه شدن و پایداری برنامه‌ها را فراهم می‌آورد.



۳. مشارکت، توانمندی مردم را افزایش می‌دهد که این اثر خود را در سایر بخش‌های توسعه نیز نشان می‌دهد.
۴. مشارکت مردم، دسترسی و پوشش خدمات را برای اقشار آسیب‌پذیر افزایش می‌دهد.
۵. مشارکت، نیازهای واقعی سلامت مردم را به نیازهای درک شده متخصصان نزدیک می‌کند و دسترسی به منابع را افزایش می‌دهد.

باورهای نگران‌کننده در زمینه مشارکت مردم

□ مشارکت یار بیشتری بر گروه فقیران است و سبب می‌شود دولت دست از

مسئولیت خود بردارد!

با برنامه‌ریزی و اجرای صحیح مشارکت مردم، شناسایی افراد آسیب‌پذیر و یا نمایندگان آنها سرعت می‌گیرد، احتمال شنیده شدن صدای آنها بیشتر می‌شود و در موارد مؤثرتر نیازهای آنها را جواب می‌دهد. چه بسا با مشارکت مردم اولویت‌های دولت تغییر کرده و به نیازهای واقعی مردم نزدیک می‌شود.

□ ضمانتی برای اثربخشی مشارکت وجود ندارد!

بر پایه تجربیات بسیاری از کشورها اصول مشارکت مؤثر تجربه شده و انتشار یافته است. برای اثربخشی مشارکت شرط‌های جدی وجود دارد که از تعهد سیاسی صاحبان قدرت شروع شده و تغییرات عملیاتی و ظرفیت‌سازی‌ها را شامل می‌شود. اولین تضمین برای اثر بخشی مشارکت، ایجاد اعتماد در مردم است.

□ مشارکت ویژه طرح‌های با مقیاس کوچک است!

مشارکت مردم در سطوح مختلف قابل انجام است؛ در تصمیم‌گیری‌ها و نظارت‌های کلان از طریق میانجیان مردمی منتخب و در طرح‌های کوچک محله محور یا محل کار و تحصیل، مشارکت خائوارها و افراد خانواده.

□ مشارکت زمان‌بر و هزینه‌بر است و باعث به تاخیر افتادن پروژه‌ها می‌شود!

قسمت اول عبارت درست است اما زمان و منابع صرف شده در مردم «توانمندی» ایجاد می‌کند که سبب افزایش اثرات برنامه‌ها و پروژه‌های آتی و پایداری آنها می‌شود، در چنین شرایطی اجرای برنامه‌ها و پروژه‌ها در زمان کمتر و با منابع کمتر

(به دلیل استفاده از نیروی داوطلب) اتفاق می‌افتد. اساساً مقصر اصلی در طولانی شدن زمان اجرای پروژه‌ها دیوان‌سالاری است نه مشارکت مردم. به جای این که بگوییم وقت برای مشارکت نداریم، می‌توانیم روال‌های خود را برای مدیریت زمان پروژه اصلاح کنیم و توانایی جلب مشارکت مردم را ارتقا دهیم.

□ مشارکت همه آن چیزی است که برای ارتقای سلامت لازم است!

واقعیت آن است که راهبردهای مختلفی برای ارتقای سلامت در سه حوزه تسهیل، اجبار و ترویج تجربه شده است، از جمله می‌توان به استفاده از اجبار و الزام قانونی، آموزش‌های عمومی، مهندسی سلامت، همکاری بخش‌ها و بازاریابی اجتماعی اشاره کرد. نکته مهم در موفقیت برنامه‌های ارتقای سلامت، استفاده همزمان و چند سطحی از همه راهبردهای فوق است.

□ مشارکت کاری تشریفاتی است!

ممکن است در برخی از تجربه‌ها، مشارکت مردم صرفاً یک شعار بوده باشد و در عمل اراده مردم، تأثیر چندانی در توسعه و پیشرفت جامعه نیابد اما این به معنی تشریفاتی بودن نفس مشارکت مردم نیست چراکه همزمان نمونه‌های فراوانی در جوامع وجود دارند که مردم، محور اصلی مدیریت جامعه بوده‌اند.

□ امکان مشارکت همه وجود ندارد! در هر پروژه‌ای مشارکت در سطح بالا لازم

است!

مردم در سطوح و مراحل مختلفی می‌توانند مشارکت کنند، سهم مشارکت مردم هم متفاوت است. به طور کلی برنامه‌ها باید امکان مشارکت تک تک اعضای

جامعه را فراهم آورد و در موارد دشوار این امکان از طریق میانجیان فراهم شود. این باور غلط ناشی از نقص در مهارت‌های ارتباطی مشارکت دهندگان است.

□ برای مشارکت لازم است حتماً نمونه‌گیری شود!

ممکن است برای جمع‌آوری نظرات مردم مجبور شویم از روش‌های نمونه‌گیری کیفی و کمی استفاده کنیم اما به دلیل اهداف عالی راهبرد مشارکت مردم ضروری است به مشارکت تک تک اعضا در برنامه‌ها فکر شود و حداقل نمایندگی افراد جامعه لحاظ شود.

□ بسیاری از پژوهشگران فکر می‌کنند مشارکت جامعه یعنی گوش دادن به مردم!

مشارکت حداقل سه پله دارد: گوش دادن، مشاوره گرفتن و شریک شدن. بنابراین بسیاری از اوقات این مردم هستند که با مشورت‌های خود راه صحیح را به پژوهشگران نشان می‌دهند.

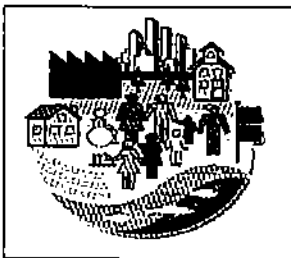
□ برای مشارکت مردم نباید پول هزینه کرد!

سؤال این است که آیا بابت مشارکت مردم باید پول هزینه کرد؟ جواب این سؤال بستگی به شرایط دارد. سازمان مشارکت‌دهنده و شروع‌کننده مشارکت به طور قطع برای ایجاد بسترهای مشارکت از جمله ایجاد سیستم، آموزش، برقراری ارتباط، تشویق‌ها و نهادینه‌سازی‌ها باید هزینه کند، اما پرداخت مستقیم به مشارکت‌کنندگان مردمی نباید صورت پذیرد چراکه در اصل مشارکت کردن کاری داوطلبانه است، مگر این که افراد مشارکت‌کننده برای انجام وظایف معینی به استخدام رسمی سازمان مربوطه در بیایند و در قرارداد یا تفاهم‌نامه آنها انجام کار داوطلبانه منظور نباشد.

در راهبرد مشارکت مردم، عموم مردم چه کسانی هستند؟

در مشارکت مردم، «جامعه» شامل عموم مردم (هر کسی که درون منطقه جغرافیایی معین زندگی می‌کند)، شهروندان (ساکنان یک شهر یا محله)، جمعیتی که از سلسله‌ای از خدمات بهره می‌برند (مثل افرادی با مشکلات روان‌شناختی یا مصرف‌کنندگان خدمات مشاوره‌ای) و یا مردمی با علایق، تجارب یا هویت مشترک (نظیر اقلیت‌های فرهنگی جامعه یا افراد بی‌خانمان) است.

در مقوله مشارکت مردم باید گروه یا جامعه محروم را شناسایی کرد. از این گروه‌ها در تعاریف اجتماعی به عنوان «صدای خاموش» یاد می‌شود. افرادی که دسترسی به آنها سخت‌تر است و نیازهای متفاوتی دارند. این گروه عموماً صدای چندانی در بین نمایندگان مردم ندارند و لازم است تسهیل‌گران مشارکت مردم، حساب جداگانه‌ای برای شناسایی و مشارکت این گروه از افراد باز کنند. این افراد در چهار دسته عمده طردشدگان اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و فرهنگی تقسیم می‌شوند. نمونه‌های زیر از جمله‌ی بیشترین صداهای خاموشند:



«سالمندان، زنان، بیماران روانی و معلولین جسمی و ذهنی، بیماران، بیماران بستری در بیمارستان‌ها، کارتن خواب‌ها و حاشیه‌نشین‌ها، اقشار کم درآمد، ساکنین روستاهای دور افتاده، فقرا، افرادی که دسترسی آنها به شبکه‌های حمل

و نقل عمومی کافی نیست، زندانیان، ساکنان خانه‌های مراقبت، اقلیت‌های قومی و مذهبی، جوانان، افرادی که عضویت در گروه یا انجمنی ندارند و معتادان»

شروط موفقیت مشارکت مردم

حداقل نه شرط برای موفقیت و مشارکت مؤثر مردم وجود دارد:

۱. مسیر حرکت شفاف، نتیجه‌ی مورد انتظار واضح و فواید مشارکت به ویژه تأثیر فردی و عمومی آن روشن شده باشد؛
۲. نتیجه فرآیند مشارکت، مانع از تغییر ناخواسته شود؛ مردم مطمئن باشند که فرآیند مشارکت واقعی است و نیز نتایج کار از قبل تعیین شده و ثابت نمی‌باشد؛ (اعتماد کامل)
۳. همه متولیان و مشارکت‌کنندگان در تغییر، به روشی منسجم و هدفمند گرد هم آیند و در استمرار مشارکت، مسؤلیت‌پذیر باشند.
۴. با توضیحاتی شفاف و زیبایی مؤثر، مردم به خوبی آگاه شده باشند؛ خطوط راهنمایی برای شفاف‌سازی و پاسخ به پرسش‌ها موجود باشد؛
۵. حقوق اصلی مردم به ویژه آنهایی را که دسترسی به آنها دشوار است برآورده سازد؛
۶. فضای گفت‌وگو فراهم باشد و صدای مردم شنیده شود؛ خود مردم در طراحی فرآیند مشارکت درگیر شوند؛
۷. هر فردی از جامعه هدف، احساس مشارکت کند و در گروه‌های کوچک درگیر شود. فرآیند مشارکت کمک کند که هر کس صدایی داشته باشد و نه این که فقط در جمع حضور یابد؛
۸. برنامه‌ریزی، جداول زمانی شفاف و مستلزمات جدی گرفته شود.
۹. بازخورندهای صحیح و تشویق‌ها در کوتاه‌مدت زمان ارابه شود؛

این نه شرط در سه عبارت «اعتمادسازی، برنامه‌ریزی حمایت شده و بازخورد بموقع» خلاصه می‌شود؛ نتیجه بلائصل اجرایی شدن این شروط «توانمند شدن» مردم است.

حال اگر شروط فوق به هر دلیلی محقق نگردد و:

- متولیان و آغازگران مشارکت مسؤلیت و وظایف خود را فراموش کنند و یا زود خسته شوند،
 - موفقیت‌ها را ارزشیابی نکنند و بازخورد داده نشود،
 - نتایج مشارکت به اطلاع عموم نرسد،
 - پرسش‌های مردم بدون پاسخ بماند،
 - برنامه مشارکت از قبل نوشته شده باشد،
 - مشارکت در گروه‌های بزرگ رخ دهد و مردم احساس کنند که بیشتر باید بشنوند تا شنیده شوند،
 - زبان مورد استفاده، عمومی نباشد،
 - مشارکت دچار تورش باشد به نوعی که افراد و گروه‌های خاص و با صدای بلند انتخاب شوند،
 - پس از مشارکت، اتفاق ملموسی رخ ندهد،
 - سابقه‌ای از بی‌اعتمادی موجود باشد،
- مشارکت مردم محقق نخواهد شد و چه بسا تجربه تلخی برای طرفین ایجاد شود که مشارکت‌های آتی را غیر ممکن یا دشوار سازد.

موانع مشارکت مردم و بسترهای لازم

۱) عدم آگاهی مردم نسبت به حقوق و مسؤولیت‌های خود

مشارکت در سلامت، هم جزو حقوق اولیه و هم در زمره تکالیف مردم جامعه محسوب



می‌شود. داشتن زندگی مولد، پرنشاط و

سلامت، حق طبیعی افراد جامعه است.

بنابراین مردم حق دارند که در

سیاست‌ها و فعالیت‌های مرتبط با

سلامت خودشان از نزدیک مشارکت و

دخالت داشته باشند. از سوی دیگر

کنترل و مدیریت بسیاری از عوامل تعیین‌کننده سلامت، به ویژه آنهایی که در ارتباط با

شیوه زندگی مردم ارتباط دارند، در حیطه اختیارات افراد جامعه بوده و می‌بایست

مسؤولیت خود را در این بخش از سلامت بپذیرند و با سازمان‌های سلامت همکاری

کنند. متأسفانه وجود دیدگاه «بیماری‌نگر» و «تخصص محور» به مقوله سلامت،

باعث شده مردم از حق مشارکت خود و دستاوردهای مفید آن محروم شوند.

۲) عدم آگاهی و شناخت مردم از سلامت

سلامت مفهومی گسترده است و ابعادی وسیع دارد که اغلب در جامعه و در بین مردم

فقط بعد جسمی آن به عنوان سلامت شناخته می‌شود. از آنجایی که مردم جدایی از

اقدامات پیش‌گیری، اغلب فعالیت‌های مرتبط با سلامت جسمی را کاملاً تخصصی

می‌پندارند، لذا برای مشارکت در امر سلامت، نقشی برای خود متصور نیستند. مطالعات

سازمان جهانی بهداشت دو روش را برای توسعه مشارکت مردم در سلامت خودشان

پیشنهاد می‌نماید:

■ آگاهی و شناخت مردم از سلامت و مشکلات آن

■ دستیابی آنها به اطلاعاتی درباره برنامه‌ها و پروژه‌های خدمات سلامت

مشارکت متخصصان در افزایش آگاهی‌های بهداشتی مردم به منظور ارتقای سلامتی آنها لازم و ضروری بوده و در جلب مشارکت آنان مؤثر می‌باشد.

باید توجه داشت که یکی از عوامل بسیار مهم برای بسیج مردم در جهت ارتقای سلامت، خود مردم‌اند. برای مثال وقتی دانش‌آموزی درباره خود مراقبتی و مشارکت جامعه، تحت آموزش قرار می‌گیرد، سعی خواهد کرد این اطلاعات را به خانواده، بستگان و نزدیکانش منتقل کند و در نتیجه این حالت منجر به مداخله و مشارکت سایر افراد می‌گردد علاوه بر آن هر فرد آگاه و توانمند در خانواده، می‌تواند مراقب خوبی برای سلامت سایر اعضای خانواده باشد.

۳) نبود زبان مشترک بین متخصصین و مردم

اختلاف فاحش بین نگرش، دانش و آگاهی ارباب‌کنندگان و گیرندگان خدمات سلامت مانع بزرگی بر سر راه مشارکت جامعه در سلامت است. متأسفانه شاهد اقدامات بسیار اندکی از سوی متخصصان برای کاهش این فاصله هستیم. انتخاب زبان محاوره‌ای و نوع گفتگوی مناسب با مردم می‌تواند در جلب مشارکت آنان مؤثر باشد. به عنوان نمونه در مطالعه موردی که بر روی مردم محروم لیورپول در خصوص مشکلات بهداشتی و سلامتی انجام گردید، نشان داد که اکثر مردم معتقدند نگرش‌ها، زبان و استفاده از کلمات حرفه‌ای باعث می‌شود که مردم دور از سیستم سلامت قرار گیرند. در سال ۱۹۹۸ گزارش اولویت‌های بهداشتی ملی در انگلستان نشان داد که موانع گویشی باعث

کاهش دسترسی مردم به خدمات دیابت، آموزش، روش‌های خود مراقبتی بیماری‌ها و حمایت‌های اجتماعی می‌شود، در نتیجه این بررسی و به منظور کاهش این نقائص اقداماتی شروع شد از جمله ترجمه اطلاعات دیابت به هشت زبان رایج در جامعه، بهبود ارتباطات در مواقع ارجاع بیمار از طریق استفاده از مترجم، وارد کردن گروه‌های خاص فرهنگی در برنامه و تهیه فهرست خدمات دیابت و مشاوره با جوامع متفاوت از لحاظ فرهنگی و اطمینان یافتن از رفع نیازهای آنها توسط خدمات.

گروه مشارکت دهنده باید خود را برای مشارکت مؤثر مردم توانمند کند. حداقل نیازهای آموزشی برای گروه‌های تسهیل‌گر عبارت است از: توانایی شبکه‌سازی، مدیریت تغییر، مهارت مدیریت پروژه، مذاکره و کار تیمی، برنامه‌ریزی عملیاتی، آگاهی کافی از اصول مشارکت و تعالی آن در پلکان مشارکت و همچنین تجربیات مشارکت مردم در گذشته و دیگر کشورها.

یکی از محوری‌ترین ابزارهای مشارکت مردم «پروژه» است. به این معنی که مشارکت مردم در قالب پروژه عملی می‌شود. به همین منظور لازم است در هر پروژه‌ای تحلیل ذینفعان صورت گیرد و رد پای مشارکت مردم مشخص باشد. بهتر آن است که تفویض کامل پروژه یا بها دادن به ایده‌های مردمی در قالب پروژه‌ها اتفاق افتد.

۴) تعهد مدیران ارشد

متخصصانی که در فرایند مشارکت جامعه فعالیت می‌نمایند باید از لحاظ سازمانی، سیاسی و شخصی تعهد کافی داشته باشند. تعهد مدیران ارشد و سیاست‌مداران به منظور پیش‌گیری از انحراف جامعه لازم است و بدون آن فرایند مشارکت، اشتیاق و انگیزه کافی بر نمی‌انگیزد و در ایجاد توانایی و خلاقیت اجتماعی ناتوان خواهد بود. پیش‌نیاز

رسیدن به تعهد، «شناخت» است. اگر مدیران ارشد و سیاست‌مداران شناخت کافی در مورد فواید مشارکت جامعه نداشته باشند و ندانند که درگیر کردن جامعه چیست و چگونه تسهیل می‌شود، تأثیر فرایند محدود خواهد بود. رسیدن به شناخت در وهله اول نیازمند ایجاد ارتباط، اعتماد و اطمینان است و صرف انرژی، شکیبایی و وقت کافی برای تشویق مردم به مشارکت و گوش دادن به دیدگاه‌های آنها تکمیل کننده خواهد بود.

اساساً هرگاه نیاز به مشارکت مردم در میان باشد، ابتدا می‌بایست قضا و دیدگاه مشارکتی ایجاد شود تا نیازها، خواسته‌ها، و عقاید مردم اعتبار و ارزش پیدا کند و مدیران، از جانب مردم تصمیم نگیرند که آنان به چه خدماتی نیاز دارند و چگونه باید این خدمات به آنان ارائه کرد.

گاهی در سازمان‌ها، دیدگاه مشارکتی با دیدگاه مشاوره‌ای افتراق داده نمی‌شود و صرفاً به دلیل داشتن روابط عمومی فعال و سیستم‌های نظرسنجی و یا کمیته‌های مشورتی، فرایند مشارکت را در سازمان خود، جاری شده تلقی می‌کنند. اما باید توجه داشت که مشاوره فرایند نسبتاً منفعلی است که در آن قدرت و اولویت در دست افراد طلب‌کننده مشاوره است، ولی مشارکت روشی بسیار فعال و دموکراتیک است که مالکیت جامعه را مورد حمایت قرار می‌دهد.

از نشانه‌های تعهد واقعی و عملی مدیران ارشد به «تغییرات سازمانی و عملیاتی» و جلب مشارکت سازمان یافته مردم موارد زیر است:

- تربیت تسهیل‌گران مشارکت مردم و استفاده از نظرات متخصصان مرتبط
- ایجاد سامانه اطلاع‌رسانی برای افزایش کمیت و کیفیت مشارکت از جمله خط

- تلفن مشاوره، تارگه اطلاع‌رسانی و کیوسک‌ها و دیگر مجاری اطلاع‌رسانی
- حمایت‌های مالی و فیزیکی اولیه از جمله مکانی برای تعامل مردم و مشارکت و پادار ساختن ردیف‌های بودجه‌ای برای ارتقای بسترهای مشارکت
- مقررات و آیین‌نامه‌های تسهیل مشارکت مردم در مراتب بالای پلکان مشارکت
- دادن بازخوردهای مکرر از نتایج مثبت و تجربیات مشارکت به ذینفعان و مردم
- ایجاد زمینه برای انتخاب نماینده‌های واقعی مردم
- آموزش مردم و ذینفعان در منافع مشارکت
- ایجاد نظامی برای پاسخگویی اجتماعی سازمان به ویژه دربارۀ گردش مالی

برای توسعه مشارکت مردم لازم است در هر دو طرف تغییرات نگرشی و رفتاری ایجاد شود. مشارکت کردن به عنوان رفتار اجتماعی سالم باید در میان مردم ترویج شود و از طرف دیگر احساس ضرورت یا الزام به مشارکت دادن مردم در کلیه برنامه‌ها و پروژه‌ها نهادینه شود.

واقعیت دیگری هم در به ثمر نشستن مفهوم مشارکت مردم وجود دارد از جمله این که توسعه مشارکت مردمی فرایندی زمان بر است و نیازمند برنامه‌ریزی، رایزنی، آموزش، مذاکره با مخالفان، ایجاد سامانه‌های مربوط و نهادینه‌سازی است. به این ترتیب استقرار مشارکت مردم تغییری در سیستم محسوب می‌شود که لازم است فرایند علمی آن به طور کامل طی شود. از طرفی نهادینه‌سازی مشارکت مردم خود مقدمه تغییرات دیگر در فرایند توسعه است بنابراین سازمان متولی و بسترساز مشارکت، باید خود را برای این موارد آماده کند. فراموش نکنیم که در فرایند تغییر، مردم در تمام گروه‌ها هم مقاومت

می‌کنند و هم می‌پذیرند لذا مقاومت در ابتدای فرایند تغییر امری طبیعی است و باید راهبردهای تشویق و حمایت آغاز شود و تداوم یابد.

نردبان مشارکت مردم و تکیه‌گاه آن

مراتب مختلفی برای مشارکت مردم وجود دارد، آرنشٹاین (۱۹۶۹) نردبان مشارکت را در هشت مرحله ابداع کرد که بعدها برنز (۱۹۹۴) با استفاده از این الگو نردبان توانمندسازی شهروندان را دوازده مرحله توصیف کرد و ویلکاکس (۱۹۹۹) نیز آن را در پنج پله خلاصه کرد. در یک جمع‌بندی و برای سهولت برنامه‌ریزی در حوزه مشارکت مردم از دیدگاه مؤلف می‌توان مراتب مشارکت مردم را در سه پله توصیف کرد:



■ پله اول اطلاع‌رسانی و گوش دادن است، در این مرتبه مردم صرفاً در مورد اخبار، اطلاعات سلامت و توصیه‌های مفید مطلع می‌شوند و یا در نظرسنجی‌ها و طرح‌های آماری شرکت کرده،

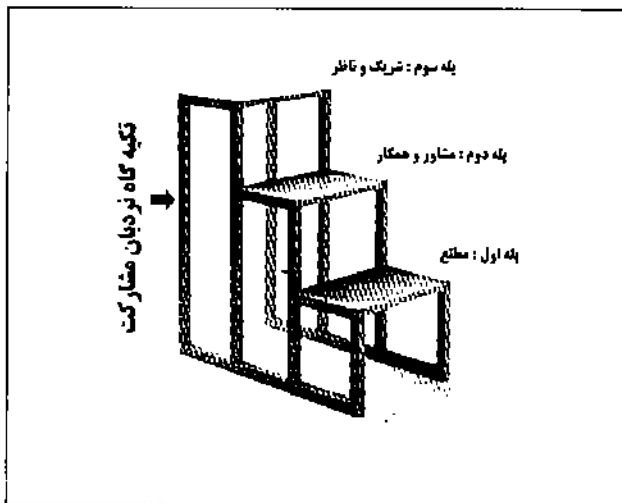
نظرات و اطلاعات خود را برای تصمیم‌گیری‌های سیاستی در اختیار قرار می‌دهند.

■ پله دوم مشاوره گرفتن و همکاری کردن است، در این مرتبه از مردم به شیوه‌های مختلف مشورت گرفته می‌شود، این مرتبه حائز طیفی است که یک سر آن بهره‌گیری نظام‌مند از مشورت‌ها است و سر دیگر آن صرفاً اقدام نمادین است.

■ پله سوم شراکت و نظارت مردم است، رتبه عالی در مشارکت محسوب شده و خود مردم از طریق نمایندگی در منابع و مضار تصمیم‌ها شریک هستند و عملاً سیاست‌ها و تصمیم‌ها در یک فرایند دموکراتیک توسط نمایندگان مردم وضع و نظارت می‌شوند.

براساس شرحی که در مورد موانع مشارکت بیان شد، سه پله نردبان مشارکت مردم پیش نیازهای زیر را به عنوان پایه و تکیه‌گاه لازم دارد:

- تعهد سیاسی و قانونی مشارکت‌دهندگان در کلیه سطوح سیاسی و مدیریتی
- تغییرات سازمانی و عملیاتی در سامانه‌های سلامتی
- ظرفیت‌سازی شامل خود مدیریتی مردم و آموزش مشارکت‌دهندگان در سه سطح سیاست‌گذار، متخصصان و کارکنان سلامت



مشارکت مردم در تحقیقات و مراکز آرایه خدمات سلامتی

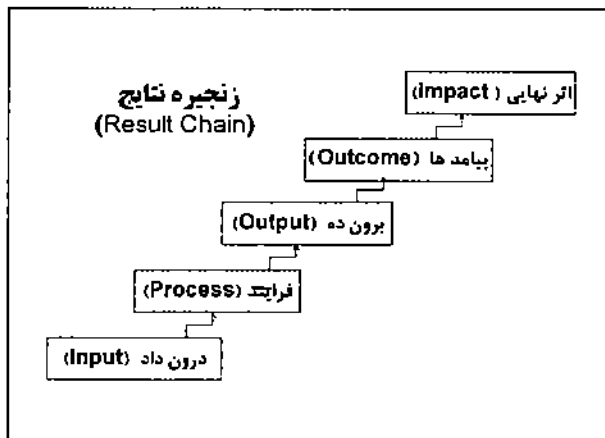
مردم در کنار سیاست‌گذاران و محققان سومین ذینفع در تعیین و استقرار اولویت‌های تحقیقات ملی و محلی محسوب می‌شوند. ارتباط محققان و مردم فواید دو طرفه فراوانی دارد. منابع صرف شده بهینه شده و دسترسی به داده‌ها تسهیل می‌شود و در یک کلمه توانمندی در مردم ایجاد می‌شود. مردم به شکل‌های مختلفی می‌توانند در تحقیقات مشارکت کنند:

- پاسخ به سؤالات؛ دادن نمونه و حمایت از محققان در عرصه به صورت کمک‌های مالی و پشتیبانی
 - مشاوره به محققان با آرایه نقطه نظرات به ویژه در مراحل ابتدایی تحقیق
 - مشارکت کامل در طراحی و اجرای تحقیق به ویژه در جمع‌آوری داده‌ها
 - یادگیری دانش و مهارت‌های مرتبط به موضوع تحقیق
- طراحی و استقرار برنامه‌های مشارکت‌گیرندگان خدمات در مراکز آرایه خدمات سلامتی از جمله بیمارستان‌ها، کلینیک‌ها و حتی مطب‌های خصوصی حداقل فواید زیر را دارد:
- مراقبت از خود تسهیل می‌شود؛
 - برنامه‌ریزی خدمات سلامت با دقت و اطلاعات بیشتری انجام می‌شود؛
 - مقبولیت خدمات به سرعت قابل اندازه‌گیری است.
 - گفتگو درباره خدمات جدید با مردم و استقرار آن تسریع می‌شود؛
 - اولویت‌ها و نیازهای جامعه تعیین می‌شود؛
 - مشارکت خدمت‌گیرندگان با تفاوت‌های فرهنگی تسهیل می‌شود؛
 - خطرات و مشکلات در بیمارستان و کلینیک شناسایی می‌شود.

و در نهایت ضمن فراهم آوردن خدمات قابل دسترس و مؤثر، پاسخگویی به نیازهای گروه‌های مختلف را افزایش داده و به شفا یافتن بیماران سرعت می‌دهد. تشکیل گروه‌های خودیار توسط بیماران دارای بیماری‌های مزمن و صعب‌العلاج در مطب‌ها راهبردی است که در رضایت بیماران، بهبود پیامد و اثربخشی طبابت پزشکان و آرایه‌کنندگان خدمات سلامت تأثیرات شناخته شده‌ای دارد.

مؤثر بودن مشارکت مردم را با چه شاخص‌هایی می‌توان سنجید؟

موفقیت راهبرد مشارکت مردم را در سطوح مختلفی می‌توان سنجید. اگر جمعیت فرضی در سطح کشور، استان، شهرستان و یا یک شهر یا روستا یا حاشیه شهر مد نظر باشد و شاخص‌های قابل سنجش را در زنجیره نتایج^۱ توزیع کنیم به فهرستی شبیه به نمونه شاخص‌های زیر می‌رسیم:



^۱ Result Chain

الف) شاخص‌های نمونه در سطح درون‌داد

- وجود ابزارهای نظرخواهی و بازخورد مردم به نظام سلامت
- وجود ساختارها و دفاتر مشارکت مردمی در سطوح مختلف (ستادی، استانی و شهرستان)
- رشد سیاست و راهبردهای مشخص دولت و از جمله بخش سلامت برای استقرار و نهادینه ساختن مشارکت مردم
- رشد برنامه‌های سلامت بخش سلامت که الزام مشارکت مردم در آن گنجانیده شده است.
- رشد برنامه‌های توانمندسازی مردم و سیاست‌گذاران برای نهادینه شدن مشارکت مردم
- وجود نظام دیده‌بانی شاخص‌های مشارکت مردم
- وجود آیین‌نامه‌ها، برنامه‌های ترویجی- آموزشی و مقررات انگیزشی برای مشارکت مردم
- میزان رشد بودجه‌های کمک‌کننده به ارتقای مشارکت مردم
- شاخص‌های این سطح به خودی خود ارزش دارد و نشان‌دهنده عزم سیاست‌گذاران و صاحبان قدرت برای استقرار راهبرد مشارکت مردم در سطح جامعه است.

ب) شاخص‌های نمونه در سطح فرایند

- نسبت «شوراهای سلامت مردمی» فعال در سطح ستاد، استان‌ها، شهرستان‌ها، مناطق شهری (شورایاری)، محله‌ها و دهستان‌ها
- نسبت مصوبات سلامت محور شوراهای مردمی

- تعداد خانوارهای مشارکت کننده در شوراهای مختلف سلامت محور
- تعداد تفاهم نامه های منعقد شده با میانجیان مشارکت مردمی (از جمله شوراهای اسلامی شهر و روستا، سازمان های مردم نهاد و...) در ارتباط با مشکلات سلامت
- وجود شبکه ها و کانون های مشارکت مردمی در سلامت در گروه های سنی نوجوانان، جوانان، میانسالان، سالمندان
- تعداد شوراییاری ها یا تشکلهای فعال در سلامت محله
- میزان رشد طرح های تحقیقاتی با مشارکت مردم
- تعداد سازمان های حاکمیتی که مشارکت مردم را در برنامه های خود نهادینه کرده اند.

ج) شاخص های نمونه در سطح برون ده

- میزان رضایت مردم از مشارکت
- میزان رشد برنامه ها و سیاست های سلامتی که مؤلفه مشارکت مردم در آنها اجرا شده است.
- میزان رشد جذب بودجه سازمان های مردم نهاد از سازمان های متولی و حاکمیتی
- — مرتبط به سلامت
- میزان رشد پروژه های مشترک سازمان های متولی و حاکمیت سلامت با میانجیان مردم
- میزان رشد عضویت نمایندگان و میانجیان مشارکت مردمی در شوراهای عالی و میانی سلامت

- سهم نمایندگان مردم در اعضای شوراهای تصمیم‌گیر
- میزان رشد رابطین و داوطلبان سلامت و میزان پوشش محله‌های شهری توسط آنها
- میزان رشد خیرین سلامت و صرف بودجه‌های آنان در امور پیش‌گیری
- میزان رشد گروه‌های مردمی توانمند شده برای مشارکت در طراحی، اجرا و ارزشیابی برنامه‌های سلامت در جمعیت مشخص
- میزان رشد سمن‌های فعال در حوزه‌ی مشکلات سلامتی اولویت‌دار و نسبت آنها به کل سمن‌ها
- تعداد سیاست‌های سلامتی که از نمایندگان و میانجیان مردمی نظرخواهی شده است.
- تعداد طرح‌های جامعه‌محور اجرا شده (مبتنی بر تحقیق مشارکتی با مردم)
- سهمی از خدمات سلامت که توسط گروه‌های داوطلب فراهم می‌شود (واحدهای غیرانتفاعی خدمات سلامت، داوطلبین سلامت و...).
- کارشناسان و مدیران توانمندشده برای استقرار برنامه‌های مشارکت مردمی
- نسبت مصوبات شوراهای مردمی که به نتیجه رسیده است.
- تعداد جشن‌ها و قدردانی‌ها از گروه‌های مردمی موفق در مشارکت سلامت
- رشد واگذاری‌های دولتی به بخش غیردولتی در واحدی از زمان
- رشد جمعیت تحت پوشش خدمات سلامت توسط بخش غیردولتی
- سمن‌های توانمند شده برای کار در حوزه سلامت

د) نمونه شاخص‌های سطح پیامد

- بهبود عوامل خطر بیماری به ویژه تغذیه نامناسب، مصرف سیگار، سوء مصرف مواد، کم تحرکی و... ناشی از مشارکت مردم در مناطق تعیین شده
- بهبود رفتارهای اجتماعی سالم و مهارت‌های معنوی افراد ناشی از مشارکت مردم در مناطق تعیین شده
- میزان کاهش مشکلات سلامتی محیطی از طریق مشارکت مردم
- بهبود پوشش، دسترسی، بهره‌مندی، ایمنی و کیفیت ارائه خدمات سلامت
- افزایش سواد سلامت مردم
- میزان رشد مشارکت حاشیه‌نشین‌ها و فقرا (که به خودی خود حمایت اجتماعی ایجاد می‌کند و بهره‌مندی از خدمات افزایش می‌دهد).
- پایداری و تسریع نهادینه شدن برنامه‌ها
- تعداد خانوارهای توانمند شده برای مشارکت در جامعه، این شاخص را در سطح برون نیز می‌توان تلقی کرد اما توانمند شدن خانواده‌ها و افراد جامعه، خود یک هدف نهایی است چراکه اثرات این توانمندی نه تنها برای سلامت خانواده مهم است بلکه این توانایی در طول زمان اثرات خود را در دیگر حوزه‌های زندگی و ابعاد توسعه جامعه نیز آشکار می‌کند. —

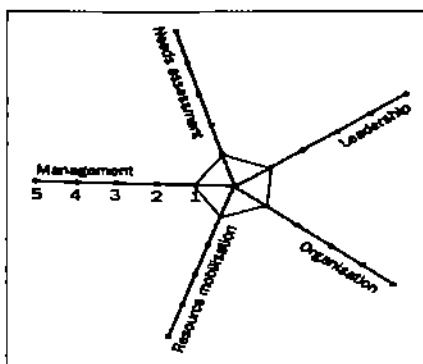
ه) نمونه شاخص‌های سطح اثر نهایی

- امید به زندگی و امید به زندگی سالم، کاهش مرگ، بیماری‌ها و آسیب‌ها از جمله شاخص بار بیماری‌ها و شاخص‌های عدالت در سلامت
- بهبود سرمایه اجتماعی و کاهش آسیب‌های اجتماعی

- افزایش کیفیت زندگی و شاخص نشاط
- بهبود اخلاقیات در جامعه
- رشد اقتصادی
- رشد شاخص‌های محیط زیست

با این که ابزارهای مختلفی برای ارزشیابی و مقایسه برنامه‌های مشارکت مردم وجود دارد و در بخش منابع این کتاب به آدرس تعدادی از آنها اشاره شده، اما ابزار معرفی شده توسط آقای لمن (۱۹۹۹) وضعیت برنامه مشارکت مردم را در پنج مؤلفه ارزشیابی،

مقایسه و رتبه‌بندی می‌کند:



۱. رهبری
۲. سازمان
۳. نیازسنجی
۴. مدیریت
۵. بسیج منابع

هر مؤلفه بر اساس طیفی امتیاز یک تا پنج می‌گیرد، محوریت

امتیازدهی در این ابزار حضور (وابستگی) یا عدم حضور (مستقل بودن) برنامه‌ریز یا کارشناس خارجی (از خارج جامعه) است، به عبارت دیگر هر قدر مؤلفه‌های پنج‌گانه یک برنامه مشارکت مردم، مستقل از کارشناس و برنامه‌ریز خارجی انجام شود امتیاز بالاتری گرفته و موفق‌تر است.

خلاصه بخش اول

- «مشارکت مردم» یک اصل انکارناپذیر و پیش نیاز توسعه پایدار جوامع محسوب می‌شود.
- مشارکت مردم فرایندی است که ساکتین جامعه مشخص در طراحی، اجرا و ارزشیابی برنامه‌های سلامت مشارکت می‌کنند تا با توانمندی حاصل از این مشارکت، پایداری برنامه‌ها و ارتقای پاسخگویی، بهبود شاخص‌های عدالت در سلامت و توسعه پایدار را تسهیل کنند.
- جامعه منبع مهم دانش است و بهره‌گیری از این فرصت با اجرای برنامه‌های مشارکت مردم فراهم می‌شود.
- دیدگاه مردم در مورد نیازها، مشکلات و راه‌حل‌ها عموماً متفاوت از ایده‌های برنامه‌ریزان و تصمیم‌گیرندگان است لذا مشارکت مردم این دو را به هم نزدیک می‌کند.
- فواید مشارکت جامعه عبارت است از بهتر شدن وضع تصمیم‌گیری، تدارک خدمات، حمایت‌ها، منابع و نهایتاً توانمندی جامعه.
- امروزه ضرورت مشارکت مردم پذیرفته شده است و محققان به دنبال روش‌های افزایش تأثیر مشارکت مردم هستند. —
- الگوهای متفاوتی برای مشارکت مردم وجود دارد اما در مشارکت وسیع و همگانی استفاده از نمایندگی مردم نقشی برجسته‌تر دارد و مشارکت مردم از این طریق تسریع می‌شود.

- در مشارکت مردم شناسایی طرف‌شدگان اجتماعی، سیاسی، اقتصادی و فرهنگی به عنوان گروه‌های خاموش باید مد نظر تسهیل‌گران و برنامه‌ریزان قرار گیرد.
- به طور کلی برنامه‌های مشارکت مردم باید امکان مشارکت تک تک اعضای جامعه را فراهم آورد و در موارد دشوار این امکان از طریق میانجیان فراهم شود.
- نقش‌های مختلف مردم در فرایند مشارکت عبارت است از: نفع برنده، تصمیم‌گیر، ارایه‌کننده خدمت، مشاور و همکار در مدیریت.
- «اعتمادسازی، برنامه‌ریزی حمایت‌شده و بازخورد به موقع» سه شرط اصلی موفقیت برنامه‌های مشارکت مردم است، نتیجه بلافاصله اجرایی شدن این شروط «توانمند شدن» مردم است.
- نردبان مشارکت مردم حداقل سه پله دارد که از مطلع شدن شروع شده و در پله دوم مشاوره داده و همکاری می‌کنند و در نهایت به عنوان نقش متعالی در پله سوم شریک شده و نقش نظارتی ایفا می‌کنند.
- مشارکت مردم نیازمند سه پیش‌نیاز یا پایه است: تعهد سیاسی صاحبان قدرت، تغییرات سازمانی و ظرفیت‌سازی (در مردم، متخصصان و سیاست‌گذاران).
- توسعه مشارکت مردمی فرایندی زمان‌بر است و نیازمند برنامه‌ریزی، رایزنی، آموزش، مذاکره با مخالفان، ایجاد سامانه‌های مربوط و نهادینه‌سازی است به عبارت دیگر استقرار مشارکت مردم تغییری در سیستم محسوب می‌شود که لازم است فرایند علمی آن به طور کامل طی شود.
- اولین تضمین برای اثر بخشی مشارکت، ایجاد اعتماد در مردم است.

- طراحی و استقرار برنامه‌های مشارکت گیرندگان خدمات در مراکز آرایه خدمات سلامتی از جمله بیمارستان‌ها، کلینیک‌ها و حتی مطب‌های خصوصی ضمن فراهم آوردن خدمات قابل دسترس و مؤثر، پاسخگویی به نیازهای گروه‌های مختلف را افزایش داده و به شفا یافتن بیماران سرعت می‌دهد.
- تشکیل گروه‌های خودیار توسط بیماران دارای بیماری‌های مزمن و صعب‌العلاج در مطب‌ها راهبردی است که در رضایت بیماران، بهبود پیامد و اثربخشی طبابت پزشکان و آرایه‌کنندگان خدمات سلامت تأثیرات شناخته شده‌ای دارد.
- رفتاری به نام «مشارکت اجتماعی» ضمن افزایش سلامت شهروندان مخاطب، خود به عنوان رفتار اجتماعی سالم قادر است با ایجاد حمایت اجتماعی برای فرد مشارکت‌کننده، سطح سلامت وی را نیز افزایش دهد.
- مردم در کنار سیاست‌گذاران و محققان سومین ذینفع در تعیین و استقرار اولویت‌های تحقیقات ملی و محلی محسوب می‌شوند.
- شاخص‌های مختلفی برای سنجش موفقیت برنامه‌های مشارکت مردم وجود دارند که در پنج سطح از زنجیره نتایج کارها دسته‌بندی می‌شوند: درون‌داد، فرایند، برون‌ده، پیامد و اثر نهایی؛ شاخص‌های درون‌داد نشان دهنده عزم سیاست‌گذاران و صاحبان قدرت برای استقرار راهبرد مشارکت مردم در سطح جامعه است.

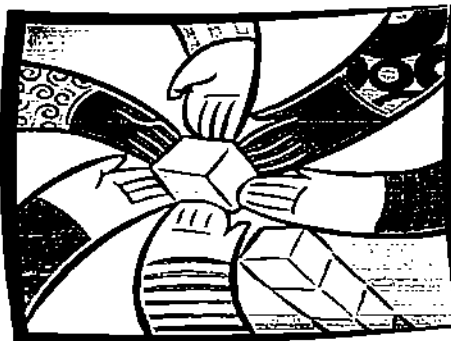


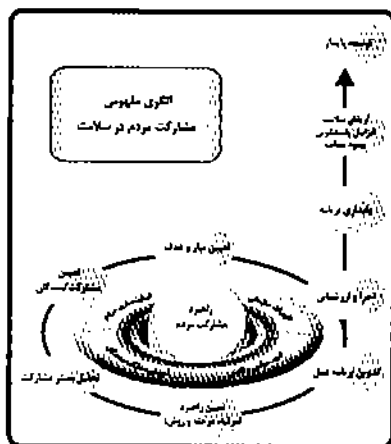
بخش دوم

فنون مشارکت مردم در سلامت

هدف از نگارش این بخش آن است که بتوانید:

- مهمترین مؤلفه‌های ارزشیابی و نهادینه‌سازی یک برنامه مشارکت مردم را نام ببرید.
- برنامه عملیاتی مشارکت مردم را طراحی کنید.
- مدل مفهومی مشارکت مردم در سلامت را شرح دهید.
- نیاز، هدف و گروه‌های مردمی مخاطب را در برنامه مشارکت مردم تعیین کنید.
- بستر مشارکت مردم را در زمان طراحی برنامه مشارکت مردم تحلیل نمایید.
- ماتریس تعیین راهبرد مشارکت مردم را به کار بگیرید.
- سه اصل مهم در اجرای موفقیت آمیز برنامه مشارکت مردم را شرح دهید.





الگوی مفهومی مشارکت مردم

با این که روش‌ها و الگوهای مختلفی در منابع علمی برای مشارکت مردم وجود دارد در مجموع اغلب آنها بر وجود مراحل زیر تأکید دارند:

۱. برنامه‌ریزی

۲. اجرا

۳. ارزشیابی و بازخورد

۴. نهادینه‌سازی

مهمترین مرحله در جلب مشارکت مردم، برنامه‌ریزی است. برای طراحی نقشه مؤثر مشارکت مردم مراحل پنج‌گانه زیر باید طی شود:

۱. تعیین هدف: مشارکت برای رفع کدام نیاز؟

۲. تعیین مشارکت‌شوندگان: با چه کسانی و برای چه کسانی؟

۳. تحلیل بستر مشارکت: باور، تعهد و توانایی مشارکت دهندگان؟

۴. تعیین راهبرد مشارکت: کدام مرتبه، مرحله و روش؟

۵. تدوین برنامه عمل

مراحل فوق در قالب کاربرد یکپارچه برنامه‌ریزی مشارکت مردم در بیوست اول انتهای کتاب آمده است، مرور این کاربرد و الگوی مفهومی پشت جلد کتاب در به کارگیری عملی مطالب این بخش به شما کمک خواهد نمود.



مرحله ۱) مشارکت مردم برای رفع کدام نیاز است؟

اولین مرحله در تدوین برنامه مشارکت مردم پاسخ به دو سؤال است:

۱. نیاز کدام است؟

۲. دستاوردهای قابل منجش چیست؟

در حقیقت این مرحله اهداف مشارکت مردم را مشخص می‌کند.

نیازها انواعی دارند که برنامه‌ریزان باید با آنها آشنا باشند:

۱. نیازهایی که با رفتار مردم بیان شده یا مطالبه می‌شود.^۱

۲. نیازهای اعلام شده از نظر متخصصین برای مردم.^۲

۳. نیازهایی که توسط گروه هدف احساس شده یا ترجیح داده می‌شود.^۳

۴. نیازهایی که از مقایسه بین گروهی به دست می‌آید.^۴

در فرایند مشارکت مردم، جمع‌آوری برداشت‌ها و انتظارات مردم برای واقعی شدن نظرات متخصصان واجب است. به طور کلی در مشارکت مردم سه دسته هدف قابل برنامه‌ریزی است:

دسته اول) اهداف سطح اثر: شامل کاهش مرگ‌های زودرس، بیماری‌ها، آسیب‌ها، بهبود وضعیت اجتماعی و معنوی جامعه.

دسته دوم) اهداف سطح پیامد: که خود شامل اهداف رفتاری و محیطی است. کاهش

¹ Expressed

² Normative

³ felt

⁴ Comparative

هریک از عوامل خطر بیماری با افزایش عوامل حفاظتی و تغییر در سطح سواد سلامت از جمله اهداف رفتاری محسوب می‌شود. هر گونه تغییر نرم‌افزاری و سخت‌افزاری در محیط از اهداف محیطی است. تغییرات نرم‌افزاری مانند این که نتیجه مشارکت مردم منجر به ارتقای کیفیت و پوشش خدمات سلامتی شده باشد، تغییرات سخت‌افزاری مانند خلق خدمات جدید یا امکانات و تسهیلات فیزیکی قابل استفاده توسط مردم.

دسته سوم) اهداف بسترساز: میزان جذب منابع مالی، تربیت نیروی انسانی مورد نیاز برای مشارکت مردم، وجود تسهیلات برای جمع‌آوری مستمر نظرات مردم و بازخورد به آنها، رشد مشارکت گروه‌های مختلف مردمی، برگزاری همایش‌ها و جلسات، انتشار بیانیه‌های حمایت‌طلبی و لابی‌ها، فعالیت‌های رسانه‌ای نمایندگان مردمی و... همگی به عنوان اهداف بسترساز یا مقدماتی است. اگر این اهداف برآورده شوند می‌توان به تحقق اهداف پیامد و اثر امیدوار شد.

نکته مهم آن است که در برنامه‌های مشارکت مردمی بسته به مدت زمان تداوم آنها می‌توان اهداف سه گانه فوق را انتخاب کرد، به عبارت دیگر برنامه مشارکت مردمی که هدفش صرفاً مشارکت در یک تحقیق است و با جمع‌آوری اطلاعات از جمعیت پایان می‌پذیرد فقط در سطح اهداف بسترساز قابل برنامه‌ریزی است.

نکته دیگر آن است که اهداف سطح اثر عموماً تحت تأثیر عوامل دیگری هستند که در کنترل گروه‌های مردمی قرار ندارند و دستیابی به آنها نیازمند برنامه‌ریزی و استقرار مداخلات موازی توسط همه بخش‌های حاکمیت است.

شاخص رضایت مردم موردی است که در هر سه سطح هدف‌گذاری می‌شود، به عنوان مثال سنجش رضایت مردم در پایان یک برنامه تحقیقاتی یا یک همایش محلی و در

مقایسه با قبل ممکن است، سنجش رضایت مردم در ابعاد مختلف در پایان یک برنامه پنج ساله و مقایسه آن با قبل در سطح پیامد؛ به عنوان یک هدف رفتاری؛ و یا اثر نهایی؛ به عنوان یک نتیجه اجتماعی که تبعات مثبت خود را برای حاکمیت دارد؛ صورت می‌گیرد.

در این مرحله توجه به درونی بودن مشکل و نیاز اهمیت دارد. به عبارت دیگر باید دید آیا نیاز و مشکل از درون جامعه آمده است یا یافته‌ای بوده که توسط متخصصان و حاکمیت بیان شده است، اگر خارج از جامعه پیشنهاد شده باشد یک مرحله درونی‌سازی لازم است به عنوان مثال مصاحبه با رهبران برای توجیه آنها، در چنین مواقعی برنامه‌ریز مشارکت باید سه وضعیت را شناسایی کرده و در حقیقت بستر مشارکت را به دقت تحلیل نمایند (به مرحله سوم مراجعه کنید):

۱. اوضاع سیاسی جامعه چگونه است؟
 ۲. منابع قدرت و فرایند اعمال آن چیست؟
 ۳. حساسیت‌های موجود (باورها و نگرش‌های مرتبط به موضوع) کدام است؟
- سایر سؤالات لازم:

۱. واکنش مقامات محلی و ملی به ترویج مشارکت چیست؟
۲. عوامل اجتماعی، سیاسی و فرهنگی مؤثر حوا افزایش مشارکت کدام است؟
۳. آیا سازمان‌های سنتی موجود برای پیشبرد مشارکت موجودند؟
۴. واکنش احتمالی افراد محلی نسبت به پروژه چیست؟
۵. پروژه برای افزایش مشارکت از کدام منابع، مهارت‌ها و وقت بهره‌مند می‌شود؟ در چنین شرایطی نقش برنامه‌ریز از حالت رهبر باید به تسهیل‌گر تبدیل شود.

اشتباه رایج این مرحله این است که نظرات چند نفر به حساب همه مردم گذاشته می‌شود، این که نیاز را چه کسانی اعلام کرده‌اند و آیا فرایند استخراج مشکلات دموکراتیک بوده است و گروه‌های حاشیه‌ای آن جمعیت، در بیان نیازها مشارکت داشته‌اند مهم است.

حالت بهینه و استاندارد آن است که مرحله تعیین نیاز و هدف‌گذاری توسط خود مردم و نمایندگان آنها انجام شود به عبارت دیگر بهتر است با مردم برنامه‌ریزی صورت پذیرد. دسترسی به اطلاعات، مشارکت و بسیج اجتماعی را آغاز کرده و مشارکت فعالانه مردم را سرعت می‌بخشد. برای در میان گذاشتن اطلاعات با مردم باید هدف، ایجاد حساسیت برای مشارکت باشد نه ایجاد فضای نگرانی و تشویش. در چنین شرایطی بیان راهکارها و تجربیات سایر جوامع برای رویارویی با نیازها و مشکلات در گروه مشارکت‌کننده امیدواری ایجاد می‌کند.

مرحله ۲) مشارکت‌کنندگان چه کسانی هستند؟

می‌خواهیم با کمک مردم نیاز مشخصی را رفع کنیم، به همین منظور باید مشخص کنیم که چه کسانی در این کار می‌توانند مشارکت کنند:



- رهبران و بزرگان جامعه هدف
- نمایندگان رسمی و قانونی مردم
- سازمان‌های مردم‌نهاد
- گروه‌های خودیار
- گروه‌های داوطلب
- افراد محبوب جامعه
- گروه‌های ویژه

مفهوم شبکه و شبکه‌سازی در مرحله تعیین مشارکت کنندگان کمک می‌کند. با این که در علوم مختلف تعاریف متنوعی برای شبکه وجود دارد اما تعریف زیر مرتبط به موضوع مشارکت مردم است:

« شبکه، زمینه‌ای است برای تبادل امکانات، اطلاعات و فرصت‌ها میان مجموعه‌ای از سازمان‌ها و گروه‌هایی با اهداف مشترک که می‌تواند موجب همکاری و فعالیت‌های مشترک شود و مشکلات را مرتفع سازد و آنها را در منافع با یکدیگر مهیم سازد.»

در حقیقت شبکه‌سازی دسترسی به افراد را بیشتر کرده و از منابع غیرمتمرکز در یک قالب واحد بهره می‌برد این مورد امکان کاهش هزینه تعاملات را فراهم می‌آورد. شبکه فارغ از نوع فعالیتی که انجام می‌دهد به طور کلی سه جزء دارد: مدیریت شبکه، گره‌های شبکه و تعاملات موجود در شبکه. گره عبارت است از سازمان، نهاد، مرکز، ارگان، شرکت و کلیه اشخاص حقیقی و حقوقی که به عنوان همکار در شبکه به فعالیت می‌پردازند.

با توجه به این تعاریف در شبکه مشارکت مردم نیز علاوه بر تعاملات موجود سه سطح مشخص می‌شود:

۱. شورای مرکزی (مدیریت شبکه)

۲. اعضای واسط (گره‌ها) —

۳. خانوارها یا مخاطبان نهایی (گره‌ها)

در جغرافیا و جمعیت محدود لزومی به تعیین اعضای واسط نیست و تعامل از طریق اعضای شورای مرکزی میسر است. در مواردی ممکن است شورای مرکزی از قبل در جامعه وجود داشته باشد و به اتکای آنها کار مشارکت انجام شود. در کشور ما می‌توان بر شوراهای اسلامی شهرها و روستاها به عنوان شوراهای نمایندگان مردم اتکا کرد. اما

عضویت ترکیبی از فهرست بیان شده در ابتدای این صفحه در شورای مرکزی مهم و ضروری است به همین دلیل لازم است تسهیل‌گر و برنامه‌ریز هسته‌های مردمی جامعه هدف را شناسایی کند. نکته مهم در این مرحله این است که نماینده واقعی مردم چه برای عضویت در شورای مرکزی و چه برای فعالیت به عنوان فرد واسطه کیست؟ در تمام شرایط، نمایندگی نسبی است. به طور عموم موانعی برای مشارکت مؤثر میانجیان مردم وجود دارد:

- ممکن است نماینده واقعی نباشند.
- ممکن است توانایی لازم را نداشته باشند.
- گاهی نمایندگی مربوط به بخش غیررسمی و مافیا بوده و اهداف خیرخواهانه‌ای ندارند.
- برخی توصیه‌ها از دولت بیشتر از بخش خصوصی و غیردولتی پذیرفته می‌شود.
- پوشش و دسترسی به دلیل تعریف نشدن ابزار ارتباطی محدود است، به عبارت دیگر پیام‌ها به عمق مردم نفوذ نمی‌کنند چراکه نظام مشخصی بر سه جز اصلی شبکه شورای مرکزی، اعضای واسطه و مخاطبان نهایی حاکم نیست.
- چالش تأمین منابع مالی برای بروز خلاقیت‌های مشارکت مردمی یک مانع عمده است.

با توجه به این موانع می‌بایست برنامه‌ریزی، توانمندسازی شورای مرکزی و واسطان در مدیریت شبکه، انتقال مؤثر پیام، دریافت صدای مردم و ایجاد صندوقی برای حمایت از خلاقیت‌های مردمی توسط تسهیل‌گران و برنامه‌ریزان مد نظر داشته باشد، بررسی تخمینی میزان نفوذپذیری نماینده مردمی در شبکه مربوطه کمک‌کننده است. برخی از معیارها در

جدول زیر آمده است.

شماره	معیارها	انتیاز
۱	روش انتخاب نماینده و واسط	
۲	چند دوره نماینده برده	
۳	وجود اسامنامه در سیستم واسط	
۴	سوابق عملی نماینده	
۵	وجود دبیرخانه فعال شبکه	
۶	ابزار ارتباط مستمر مانند سایت، خبرنامه و ...	
۷	تحصیلات و تخصص	
	جمع	

مرحله ۳) تحلیل بستر مشارکت

مرحله سوم از تدوین برنامه مشارکت مردم تحلیل وضعیت بستر مشارکت است در این تحلیل حداقل وضعیت سه مؤلفه شفاف شده و متناسب با تحلیل ارایه شده در تیم پروژه فعالیت‌هایی تعریف می‌شود:

۱) وضعیت تعهد سیاسی و قانونی برنامه‌ریزان و سیاست‌گذاران مرتبط: اولین نکته در تحلیل بستر مشارکت بررسی میزان اعتقاد، نگرش و تعهد رهبران و مدیران سازمان‌های مخاطب و همچنین کارشناسان آنها برای امر مشارکت مردم است. بررسی این که در گذشته تجربه منفی یا مثبتی از مشارکت مردم وجود داشته است یا نه، در این تحلیل باید لحاظ شود. در بررسی میزان تعهد مشارکت‌دهندگان صرف وقت، انرژی و منابع از طرف آنان باید بررسی شود. در شرایطی که میزان نگرش و تعهد رهبران و مدیران ضعیف است، حمایت‌طلبی به عنوان یک مداخله توصیه می‌شود.

۲) فرصت‌های سازمانی و عملیاتی برای مشارکت: این که چه منابع و سرمایه‌های انسانی در سازمان‌های مخاطب وجود دارد تا از آنها برای تقویت نظام مشارکت مردم استفاده کرد. بررسی این فرصت‌ها توسط کارشناسان برنامه و تسهیل‌گران قبل از استقرار برنامه اهمیت دارد، تشکیل کمیته راهبری برای استقرار برنامه مشارکت مردم در سازمان مذکور و عضویت حوزه مالی و بودجه سازمان می‌تواند راهکارهای درخشانی را پیش روی تسهیل‌گران قرار دهد.

۳) وضعیت توانایی‌های مردم و مشارکت‌دهندگان در سه سطح سیاست‌گذاران، متخصصان و کارکنان سلامت جامعه: باید بررسی شود که برای مشارکت، توانایی گروه‌های مردمی و مشارکت‌دهندگان در سطوح مختلف به چه میزان است، شاید نیاز باشد که از طرق مختلف از جمله تشکیل کارگاه‌های توجیهی و آموزشی یا همایش‌هایی با شرکت مسئولان و کارشناسان، ضرورت و شیوه کار مرور شده و حتی تجربیات گذشته تحلیل شود.

مرحله ۴) تعیین راهبرد مشارکت

همان‌طور که در فصل اصول و مبانی آمد مشارکت سه مرتبه دارد. در برنامه مشارکت مردم باید مشخص شود که مردم در کدام مرتبه و کدام مرحله از برنامه‌های سلامت یا توسعه درگیر خواهند شد. این سؤال را می‌توان با استفاده از تحلیل ماتریسی که در صفحه بعد آمده است جواب داد؛ به عبارت دیگر در هر یک از مراحل سه گانه برنامه‌های سلامت یا توسعه شامل شناخت (و جلب حمایت)، اجرا و ارزشیابی، شبکه مردمی (شورای مرکزی، اعضای واسط و مخاطبان نهایی) چگونه (در کدام مرتبه) و به چه روشی درگیر می‌شوند:

- مرتبه و پله اول: ارتباط یک طرفه است یا آموزش می‌گیرند و اطلاع‌رسانی می‌شود و یا از آنها اطلاعات گرفته می‌شود؛ در هر دو حالت بحث دو طرفه و مشورتی در کار نیست.
- مرتبه و پله دوم: مردم مشاوره می‌دهند، با مشارکت‌دهندگان برنامه می‌ریزند و همکاری می‌کنند، بحث و مذاکره می‌کنند تا به راه حل برسند و تا حدی در تصمیم‌گیری‌ها دخیل هستند، ولی در سود و زیان نه!
- مرتبه و پله سوم: مردم به طور عملی درگیر شده، نمایندگی دارند، در نهایت شریک می‌شوند و نظارت عالیبه دارند، خودگردانی در این سطح قرار دارد.

مراحل مشارکت			ماتریس مشارکت مردم	مکان مشارکت
ارزشیابی	اجرا	شناخت (و جلب حمایت)		
			پله سوم: شراکت و نظارت	
			پله دوم: مشاوره و همکاری	
		—	پله اول: اطلاع‌رسانی و دریافت اطلاعات	

با این که امروزه پله اول مشارکت واقعی محسوب نمی‌شود اما در کشورهای در حال توسعه مسدود کردن مسیر اطلاع‌رسانی به مردم، بسیج اجتماعی گروه‌های مردمی را کم می‌کند و در نهایت نظام سلامت از منبع بالقوه مشارکت مردم بی‌نصیب می‌ماند. باید

توجه داشت که مرحله شناخت شامل جلب حمایت، جمع‌آوری اطلاعات، تدوین پروژه‌ها و تأمین منابع (به ویژه نیروی انسانی و مالی)، رفع موانع و امکان‌سنجی است. تکمیل خانه‌های مانریس فوق با آگاهی از روش‌ها و ابزارهای مشارکت ممکن خواهد بود که در صفحات بعدی توضیح داده شده است.

روش‌ها و ابزارهای مشارکت

روش‌ها و ابزارهای مختلفی در مراتب و پلکان سه گانه برای مشارکت دادن مردم وجود دارد که مهمترین آنها به شرح زیر است:



مرتب‌ه و پله اول

این مرتبه دو سری ابزار را شامل می‌شود:

الف) اطلاع‌رسانی اخبار، اطلاعات و توصیه‌های سلامت محور از طریق رسانه‌های رادیو، تلویزیون، اینترنت (پست الکترونیک شهروندان و تارگه‌های سلامت)، پست (روزنامه‌ها و نشریات کثیرالتشار، دفترک‌های اختصاصی به صورت چاپی یا لوح فشرده چند رسانه‌ای)، پیامک تلفن همراه، تبلیغات محیطی در شهرها و روستاها. آموزش‌های حضوری نیز به صورت سخنرانی و کارگاه یا دوره‌های آموزشی ویژه مخاطبان معین در این دسته گنجانده می‌شود.

در هر مورد باید ضریب نفوذ رسانه و بهره‌مندی مخاطبان را مد نظر داشت، آزمایش پیام‌ها قبل از ارسال و ارزشیابی دوره‌ای از مخاطبان، ضمانتی است برای اثربخشی بالای این مرتبه. واقعیتهایی که در اغلب برنامه‌های مشارکت و اطلاع‌رسانی رعایت نمی‌شود.

ب) جمع‌آوری یک طرفه اطلاعات از مردم شامل صندوق صوتی و تلفن گویا، صندوق الکترونیکی، صندوق شکایات و پیشنهادات از جمله ابزارهای مطلع شدن از نظرات مردمی است. پیمایش نظرات مردم از طریق توزیع پرسش‌نامه کتبی یا الکترونیکی بین مردم، مصاحبه با خانوارها و افراد کلیدی جامعه، بحث گروهی متمرکز و مطالعه تحلیلی روزنامه‌ها و نشریات از جمله روش‌های جمع‌آوری اطلاعات یک طرفه از مردم است. ارایه بازخورد به موقع از نتیجه اطلاعات جمع‌آوری شده به مردم در این مرتبه اهمیت زیادی دارد و تضمینی برای اثربخشی مشارکت مرتبه و پله اول است.

مرتبه و پله دوم

در این مرتبه بحث و مذاکره و دریافت مشورت از مردم مدنظر است، روش‌های مختلفی در این مرتبه می‌تواند به کار گرفته شود؛ روش‌های ارزیابی مشارکتی سریع^۱، پژوهش عملیاتی مشارکتی^۲، عضویت در شوراهای انجمن‌ها با حق رأی، جلسات فضای باز، گروه‌های حمایت‌طلبی، تشکیل گروه کاری خاص، گروه خودیار و ارایه‌کنندگان خدمات حمایتی، انواع فوروم‌ها و پانل‌های تخصصی مردمی، انتشار نشریات از طرف مردم، نشست تولید مستند^۳، جلسات مشورتی و مشاوره‌ای با مردم در محل زندگی، کار و تفریح، گروه‌های بازدید نظارتی از مراکز ارایه‌کننده خدمت از جمله روش‌های رایج در این مرتبه است.

—

^۱ RPA

^۲ PAR

^۳ Writeshop

مرتب‌ه و پله سوم

مردم در این مرتبه شریک می‌شوند و در نهایت به مقام نظارتی می‌رسند، عضویت در هیأت منصفه، عضویت در شورای اولویت‌گذار و توزیع‌کننده منابع که دارای اساسنامه و مجوز قانونی است، تشکیل شورای ناظر بر سلامت منطقه را که دارای اختیار تشویق و جریمه است، مجری ارزیاب‌کننده خدمات و سازمان‌های مردم‌نهاد دارای وظیفه معین انواع روش‌های مشارکت در این مرتبه است.

نکته مهم در این مرتبه سیاست‌های تمرکززدایی بخش حاکمیت به منظور تفویض امور به مردم است، چیزی که اثربخشی روش‌های این مرتبه را تضمین می‌کند فرایند دموکراتیک انتخاب این افراد، داشتن اختیار برنامه‌ریزی، اجرا و نظارت و همچنین توانایی افراد عضو است.

نکات مهم در روش‌ها

تسهیل‌گران و برنامه‌ریزان مشارکت می‌بایست شورای مرکزی و اعضای واسط را در مورد این روش‌ها آموزش دهند. مردمی که از سابقه مشارکت در برنامه دیگری برخوردار نیستند، باید ابتدا آگاه شده و از حمایت لازم برای درگیری مؤثر در برنامه‌ها برخوردار شوند.

تقسیم مردم به گروه‌های کوچک به طوری که میزبان مشارکت را بالا ببرد یکی از روش‌های کلیدی در موفقیت برنامه‌های مشارکت است به شرطی که شورای مرکزی توانایی مدیریت کل شبکه و اجزای آن را داشته باشد و نارضایتی ایجاد نشود یا تشکیل این گروه‌ها باعث نشود چابکی مشارکت مردم به یک عمل بوروکراتیک تبدیل شود. راهنمای تشکیل و عمل گروه‌های کوچک و ایجاد مبنای قانون‌مند و حقوقی برای فعالیت آنها کار مشارکت را تسهیل کرده و نگرانی‌ها را کم می‌کند.

یکی از عوامل موفقیت و غلبه بر مقاومت‌ها در برنامه‌های مشارکت مردم استفاده از پروژه‌های نقوذی است؛ این پروژه‌ها به محض ورود به جامعه یک مشکل را حل کرده و خوشبینی جمعی در جامعه ایجاد می‌کند؛ البته در کنار این اقدام، با هدف جلب حمایت مخاطبان از جمله سیاست‌گذاران و حامیان مالی می‌توان پروژه‌های آزمایشی تبلیغی را انجام داد. برای اجرای صحیح و مؤثر این پروژه‌ها شورای مرکزی باید از کارشناسان مراکز تحقیقاتی مشاوره دریافت کند.

برنامه عملیاتی

مجموع تحلیل‌های انجام شده برای تعیین هدف و گروه مخاطب، تحلیل بستر و تعیین راهبرد مشارکت باید در جدول برنامه عملیاتی جاگذاری شود؛ بسته به این که هدف‌گذاری در کدام سطح از اهداف سه‌گانه قرار دارد جدول برنامه عملیاتی از یک تا پنج سال تکمیل می‌شود؛ چراکه دستیابی به اهداف پیامد و اثر نهایی بیش از یک سال و حداقل سه تا پنج سال زمان لازم دارد.

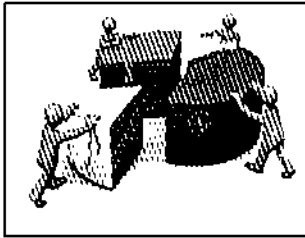
اگر مجموعه فعالیت‌های استخراج شده در ماتریس مشارکت به صورت پروژه‌ای با دوره زمانی یک ساله در نظر گرفته شود؛ جدول برنامه عمل شکل زیر را خواهد داشت؛ پروژه محور بودن، پایش فعالیت‌ها را مدون کرده، تأمین منابع مالی توسط حامیان را تسهیل و احتمال دستیابی به هدف را بالا می‌برد.

جدول برنامه عمل «مشارکت مردم»					
مراحل پروژه	برآیندهای هر مرحله	فعالیت‌های لازم برای دستیابی به برآمدها	مهلت زمانی	مسئول	برده مرحله

نکات مهم در تکمیل جدول برنامه عمل «مشارکت مردم»

- در تدوین برنامه عمل و به منظور افزایش انگیزه مخاطبان در مشارکت بهتر است در ابتدا برآمدهایی با اثر قابل مشاهده و زود بازده طراحی بکنید.
- وقایع و جشن‌های قدردانی و تشویق از مشارکت‌کنندگان باید در برنامه عمل مد نظر باشد.
- برنامه‌های آموزشی و توانمندسازی شورای مرکزی و افراد واسط باید در این جدول گنجانده شود.
- مذاکره و انعقاد تفاهم‌نامه برای مشارکت فعال رسانه‌ها باید در فعالیت‌ها منظور شود.
- اگر شرایط جامعه به خوبی شناسایی نشده است باید فعالیت‌های مرحله درونی‌سازی در جدول گنجانده شود؛ مذاکره با رهبران جامعه، شناسایی فرهنگ و باورهای مردم، برگزاری برنامه‌های حساس‌سازی در جمعیت مورد نظر می‌تواند از جمله فعالیت‌های مورد نظر است.
- اگر اهداف اثر نهایی یا پیامدها مد نظر طراحان باشد این جدول باید برای سه تا پنج سال تکمیل شود و بهتر آن است مجموعه فعالیت‌های هر سال در قالب یک پروژه برنامه‌ریزی و پایش شود، گاهی بیش از یک پروژه برای هر سال ضرورت می‌یابد. برای کسب دانش و مهارت لازم در این زمینه به کتاب اصول و فنون مدیریت پروژه در نظام سلامت مراجعه کنید.

اجرا



اجرای موفقیت آمیز پروژه مشارکت مردم به عوامل مختلفی بستگی دارد، که مهمترین آنها در زیر توضیح داده شده است:

□ حمایت سیاسی: این حمایت از طرف مراجع

دارای قدرت و منابع است. توانایی حمایت‌طلبی شبکه مردمی نیز مهم است، عضویت چنین افرادی در شورای مرکزی و اطلاع‌رسانی مستمر از فعالیت‌های شبکه مشارکت مردم موجب خواهد شد که این حمایت قطع نشود، اگر شبکه مردمی دستاوردهای مهمی در سطح پیامد نشان دهد و از حامیان برای بازدید دعوت کند، این حمایت سیاسی تداوم خواهد داشت تا در نهایت مرتبه مشارکت به سطح عالی خود سوق داده شود و در جامعه نهادینه شود و با تغییر مدیریت‌ها از بین نرود.

□ مدیریت و رهبری عملیات پروژه: ایجاد دبیرخانه قوی برای پروژه و شورای مرکزی شبکه، مدیریت مؤثر جلسات تصمیم‌گیری، پی‌گیری مصوبات، بازخورد مرتب از وضعیت پیشرفت پروژه و بررسی آن در شورای مرکزی، نقدپذیری و گوش شنوا داشتن، برداشتن موانع حضور و مشارکت مؤثر، جشن‌های کوتاه، دعوت از افراد مرجع برای تشویق و بازدید فعالیت‌های مردمی، تدوین رویه‌ها و مقررات اجرای عملیات، اطلاع‌رسانی مستمر به مخاطبان نهایی از دستاوردهای مشارکت از جمله عوامل مؤثر در مدیریت و رهبری مؤثر پروژه است.

□ آموزش و توانمندسازی: بخش بزرگی از میزان موفقیت پروژه به توانایی کلیه اعضای شبکه و نگاه‌های مثبت شرکا و حامیان مشارکت بستگی دارد. به همین منظور

اطلاع‌رسانی به موقع به حامیان و اعضای شبکه مردمی، اجرای برنامه‌های آموزشی و توانمندسازی ویژه اعضای شورای مرکزی و اعضای واسط از جمله این توانمندسازی‌ها است.

پایش برآمدهای مورد انتظار در پروژه میزان پیشرفت را نشان خواهد داد اما اگر منظور از پایش یافتن، پاسخ این پرسش است که کدام تغییرات رفتاری یا محیطی ایجاد شده یا چه تغییراتی در سطح اثر نهایی به دست آمده است، باید دست به تحقیق محیطی زد و از مراکز مرتبط و از محققان خواست که این اثرات و پیامدها را مطالعه کنند. داشتن عضو محقق حقیقی یا حقوقی در جمع شورای مرکزی به انجام این کار کمک خواهد کرد.

ارزشیابی و نهادینه کردن برنامه



با این که ابزار متفاوت و متوعی برای ارزشیابی برنامه‌های مشارکت مردمی وجود دارد، در این بخش سعی شده است با استفاده از منابع مختلف فهرست کاملی از سؤالات لازم برای ارزشیابی گردآوری شود. در بخش ارزشیابی با استفاده از داده‌های جمع‌آوری شده در مرحله پایش و سایر

اطلاعات مورد نیاز به چهار سؤال عمده جواب داده می‌شود:

سؤال اول) نتایج این برنامه در سطوح درون داد، فرایند و برون داد چیست؟ شواهد کدام است؟

در این مرحله چهار مؤلفه تاریخچه و الگوی مشارکت، کیفیت راهبردهای مشارکتی، ظرفیت دستگاه‌های حامی مشارکت و ظرفیت خود مشارکت‌کنندگان بررسی می‌شود.

در تاریخچه و الگوی مشارکت به سؤالاتی زیر پاسخ داده می‌شود:

- تعالیت‌های مشارکتی افراد جامعه هدف نسبت به ثقل چقدر تغییر کرده است؛ میزان مشارکت در گروه‌های تصمیم‌گیر، گروه‌های محلی و...
- کدام گروه‌های اجزائی در جامعه هدف مشارکت داده شدند؟ کاربران خدمات، گروه‌های مذهبی و قبی، گروه‌های اقتصادی، گروه‌های سنی، گروه‌های هویتی، گروه‌های جنزائیبی (مثلاً حاشیه‌نشین‌ها)، کارکنان و سایر گروه‌های آسیب‌پذیر.
- موانع محلی برای مشارکت چه بود؟ عدم اعتقاد به تغییر، نزادپرستی، احساس به مشارکت گرفته نشدن، تجربه بد مشارکت در گذشت، فقدان حمایت کافی و تشویق، اعتیاد و خشونت دیدن (به عنوان عاملی برای عدم مشارکت)

در مؤلفه کیفیت راهبردهای مشارکتی موارد زیر ارزیابی می‌شود:

- چه کسی قواعد مشارکت را تعیین کرده است؟ از جمله ساختار مشارکت، شیوه مدیریت جلسات، عضویت نمایندگان مردم در شوراهای برنامه و اهداف مشارکت، معیارهای ارزیابی عملکرد و نیازهای جامعه.
- تعادل قدرت در مشارکت جامعه هدف چگونه است و عملکرد مشارکت‌کنندگان تحت نفوذ کدام دست است؟ تأمین کنندگان مالی، گروه‌های سیاسی خاص، کارشناسان و مدیران میانی، سازمان‌های ناظر و بازرسی، گروه‌های تجاری و اقتصادی، برخی از افراد جامعه هدف.
- افراد جامعه هدف در کدام فزایندها مشارکت دارند؟ سیاست‌گذاری‌ها، پایل و مراقبت، مدیریت و برنامه‌ریزی پروژه‌های شخصی، جذب و به کارگیری نیروهای انسانی، بودجه‌بندی، برنامه‌ریزی راهبردی و غیره.

- میزان نفوذ جامعه هدف در زوایان مشارکت کدام سطح است؟ شریک و ناظر یا همکار و مشاور و یا صرفاً مطلع.
- چه سرمایه‌گذاری‌هایی برای رشد و پایداری مشارکت مردم انجام شده است؟ راهبرد و برنامه مشخص و مصوب، بودجه معین، تسهیلات کاری (از قبیل قضا، رایانه، ابزار ارتباطی و مجلات)، حضور مشاور متخصص، رهبری قوی، دوره‌های آموزشی برای مشارکت‌دهندگان و شرکاء فرصت‌های آموزشی برای جامعه هدف.
- میزان حمایت و رهبری مؤثر از طرف دستگاه‌های شریک و مشارکت‌دهنده چقدر است؟ این حمایت و رهبری در سه مرتبه قابل تقسیم است:
 - ۱- مرتبه یک: سیاست نوشته شده‌ای وجود ندارد.
 - ۲- مرتبه دوم: سیاست مدون وجود دارد اما تعهد عملی وجود ندارد یا از جامعه هدف استفاده ابزاری می‌شود، در اغلب موارد هم با مقاومت مدیران میانی روبرو است.
 - ۳- مرتبه سوم: طبقی از تعهد وجود دارد در یک سر طیف فقط مدیران میانی حمایت می‌کنند، در میانه طیف رهبری و حمایت کوتاه از مرکز قدرت وجود دارد و در نهایت، رهبری و حمایت بلندمدت و پایداری از مرکز قدرت اعمال می‌شود.
- آیا روش‌های مختلف تشویق در برنامه دیده شده است؟ در اختیار دادن تسهیلات و امکانات جامعه، توانمندسازی، اختصاص پارانه، مشاوره رایگان و با تخفیف برای گروه‌های مردمی، دسترسی به خدمات تخصصی در حوزه‌های پزشکی، اشتغال و حقوقی، اجازه تشکیل شبکه‌ها، اختیار دادن به شوراهای تشکیل شده مردمی، تخصیص بودجه در ازای آرایه برنامه.

در مورد ظرفیت‌سازی دستگاه‌های حامی مشارکت سؤالات زیر را می‌توان پاسخ داد:

- دستگاه‌های حاکمیتی به چه میزان غیر متمرکز عمل کرده و امور را به مردم واگذار نموده‌اند؟ عموماً طیفی را از تمرکز گرایی تا تمرکز زدایی کامل را شامل می‌شود.
- شیوه اطلاع‌رسانی و ارتقای انگیزه مشارکت‌دهندگان در این برنامه چیست؟
- آیا دستگاه‌های حاکمیتی به تنوع و خلاقیت محصولات و عملکرد گروه‌های مختلف مردمی اهمیت می‌دهند؟ در این سؤال تنوع و متفاوت بودن محصول گروه‌های مختلف مشارکت‌کننده ارزش‌گذاری شده و تشویق می‌شود.
- وضعیت همکاری بخش حاکمیت و گروه‌های مشارکت‌کننده مردمی چگونه است؟ این وضعیت هم طیفی شامل عدم همکاری، تا کار هماهنگ و بدون موازی کاری و در نهایت کار مشترک را شامل می‌شود.

در مؤلفه ظرفیت خود مشارکت‌کنندگان نیز به سؤالات زیر باید پاسخ گفت:

- جلسات مشارکت مردم به چه میزان تسهیل شده برگزار می‌شود؟ این سؤال موارد زیادی از قبیل چیدمان گرد در جلسه منظور افزایش مشارکت، فراهم بودن تسهیلات حمل و نقل، تأمین حق جلسه برای موارد خاصی، داشتن تقویم و زمان‌بندی جلسات، زبان ساده در گفتار و گزارش‌ها، داشتن جلسات خصوصی و خارج از جلسه رسمی یا مردم جهت رفع مسائل و شنیدن درد دل‌ها و ایده‌های آنها، به کار بردن چارچوب حل مسأله در جلسات، مناسب بودن وقت جلسات با وقت اعضاء، پذیرایی، میزان مناسب بودن دمای اتاق جلسه و غیره را شامل می‌شود.
- گروه‌های مردمی به چه میزان در فضای باز و مابومی کار می‌کنند؟ آیا پذیرش سریع افراد جدید در گروه وجود دارد، آیا تنوع را قبول دارند و تحصیل می‌کنند، دانش و مهارت لازم برای انجام وظایف در گروه و آشنایی با ساختار جامعه محلی در افراد چندر است، آیا

اعضا مهارت برخورد با دیدگاه‌ها و رفتارهای منفی را دارند، آیا رویه ورود عضو جدید به گروه مشخص است، اعضای گروه روش‌های پایش و ارزشیابی عملکرد خود را به خوبی می‌شناسند.

■ گروه چگونه از پاسخگر بودن و مسؤلیت پذیر بودن نماینده‌های خود مطمئن باشد؟ در پاسخ به این سؤال باید روش انتخاب نماینده مرور شود، مشخص شود که میزان دسترسی اعضا به مستندات ارایه شده توسط نماینده مذکور چقدر است و این که آیا نماینده‌ها در این مورد توجیه شده‌اند.

■ شیوه اطلاع‌رسانی و ارتقای انگیزه مردم مشارکت‌کننده در این برنامه چیست؟

■ مشارکت‌دهندگان به طور کلی چقدر از مزایای مشارکت رضایت دارند؟ آیا مزایای قابل قبول، عادلانه و مناسب بوده است.

سؤال دوم) پیامدهای احتمالی در این مقطع چیست؟ شواهد کدام است؟

عوامل خطر بیماری در جمعیت، کاهش مشکلات محیطی یا ایجاد نهیلات محیطی، میزان رضایت مردم، میزان مشارکت حاشیه‌نشینی‌ها، میزان توانمندی مردم، افزایش سواد بهداشتی، کیفیت، پوشش، بهره‌مندی و ایمنی خدمات، هزینه اثربخشی منابع، رشد خاتوارهای مشارکت‌کننده در جامعه در پایان برنامه مذکور (ارتقای رفتار اجتماعی مشارکت).

در این قسمت پیامدهای منفی را هم می‌توان فهرست کرد.

سؤال سوم) اثرات احتمالی در این مقطع چیست؟ شواهد کدام است؟

کاهش بیماری‌ها، مرگ‌ها و آسیب‌ها، افزایش سرمایه اجتماعی، کیفیت زندگی، نشاط، کاهش آسیب‌های اجتماعی، مهارت‌های منوی.

سؤال چهارم) برای نهادینه‌سازی این تجربه چه پیشنهاداتی برای آینده وجود دارد؟

دست کم چهار راهبرد شفاف برای نهادینه‌سازی برنامه‌ها وجود دارد: عمومی‌سازی، کسب مشروعیت، تضمین مالی و تأمین کارکنان برنامه. در برنامه‌های مشارکت مردمی اجرای مؤثر مؤلفه‌های توصیف شده در سؤال یک در استقرار این چهار راهبرد مؤثر است به عنوان نمونه داشتن سیاست مصوب و تعهد از طرف مشارکت‌دهندگان و صاحبان قدرت به عنوان گام اساسی در پایداری برنامه است. ممکن است که در مرحله ابتدایی فعالیت‌های مردم، منابع دولتی سهم اصلی بودجه لازم برای مشارکت را تعیین کنند اما در ادامه با توانمندشدن مردم و حضور در پله سوم مشارکت، خود کنترل و تخصیص منابع را برعهده خواهند گرفت یا توانایی جذب منابع از سایر بخش‌های جامعه را کسب خواهند نمود. ظرفیت‌سازی در مشارکت‌دهندگان و مشارکت‌شوندگان برای مشارکت و همکاری هر چه بیشتر به نوعی وجود کارکنان برنامه را تا سال‌های بعد تضمین می‌کند.

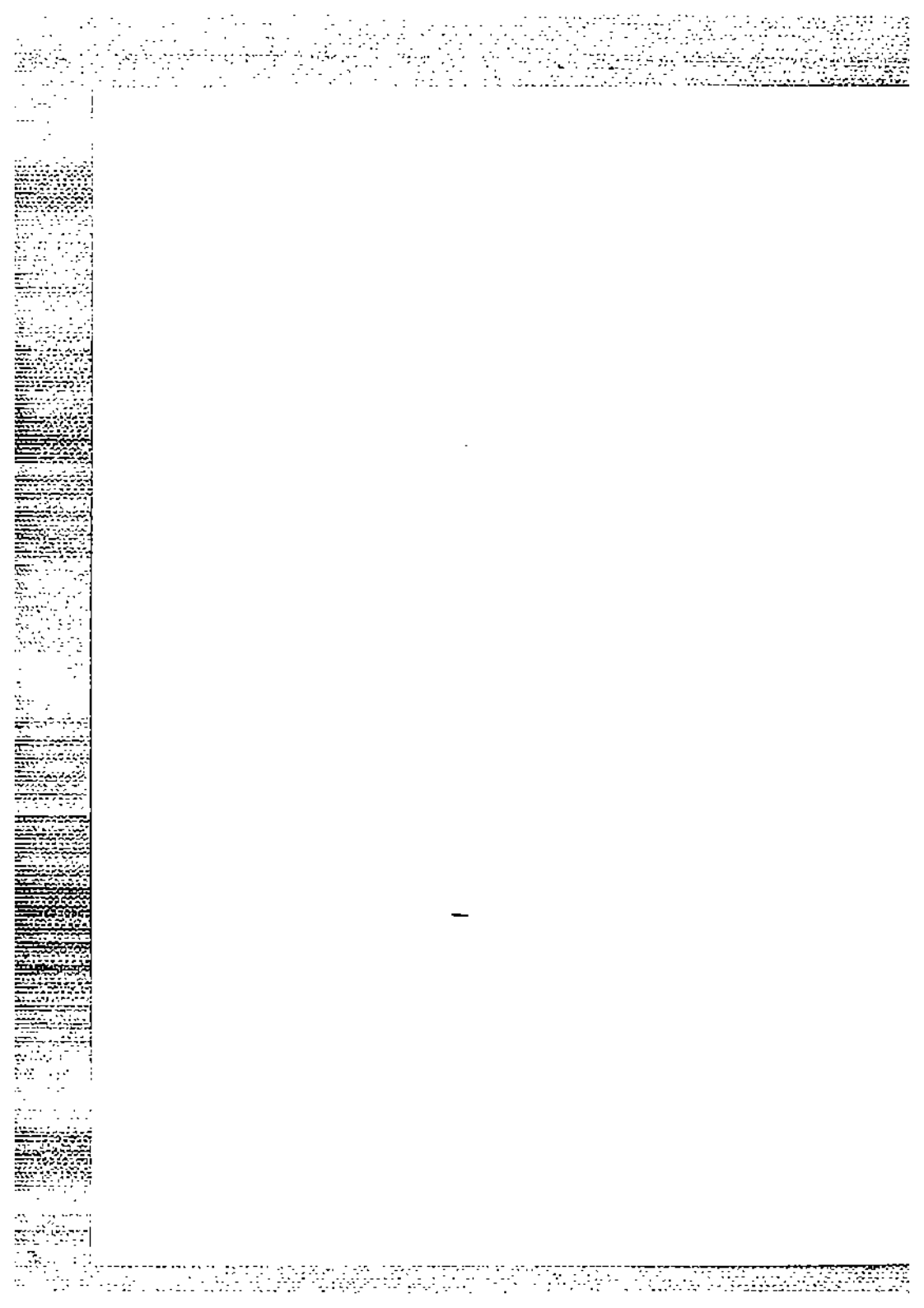
چنان‌که این چهار عنصر در برنامه تدوین شده منظور شده و در مرحله آزمایش نیز ارکان آن استقرار یابد، می‌توان از پایداری برنامه در آینده اطمینان یافت اما موفقیت و تداوم این پایداری در طول زمان خود به پایش مؤثر آن وابسته‌است.

خلاصه بخش دوم

- چهار مرحله مشارکت مردم شامل برنامه‌ریزی، اجرا، ارزشیابی و بازخورد و نهادینه‌سازی است.
- مراحل پنج‌گانه برای تدوین برنامه مشارکت مردم تعیین نیاز و هدف مشارکت، تعیین مشارکت‌شوندگان، تحلیل بستر مشارکت، تدوین راهبرد و در نهایت برنامه عمل است.
- «ماتریس مشارکت» مراتب، مراحل و روش‌های مشارکت مردم را مشخص می‌کند به عبارت دیگر ماتریس تعیین می‌کند در مراحل سه‌گانه برنامه‌های سلامت شامل شناخت (و جلب حمایت)، اجرا و ارزشیابی، شبکه مردمی (شورای مرکزی)، اعضای واسط و مخاطبان نهایی (چگونه (در کدام مرتبه) و با کدام روش مشارکت می‌کند.
- دسترسی مردم به اطلاعات خوب و بد وضعیت سلامت، مشارکت و بسیج اجتماعی را آغاز و سرعت می‌بخشد، عدم دسترسی یا ایجاد محدودیت در دستیابی و اطلاع‌رسانی موجب می‌شود حاکمیت از ظرفیت‌های مردمی بی‌نصیب بماند.
- در شبکه مشارکت مردم حداقل سه جز شامل شورای مرکزی، اعضای واسط و خانوارها یا مخاطبان نهایی قابل تعریف است، برای کارایی و اثربخشی مؤثر شبکه مردمی ساختار مسطح نسبت به ساختارهای هرمی و ستی ترجیح است.
- تحلیل وضعیت بستر مشارکت در سه مؤلفه تعهد سیاسی و قانونی برنامه‌ریزان و سیاست‌گذاران، وجود فرصت‌های سازمانی و عملیاتی برای مشارکت و وضعیت

توانایی‌های مردم و مشارکت‌دهندگان در سه سطح سیاست‌گذاران، متخصصان و کارکنان سلامت جامعه صورت می‌پذیرد.

- یکی از عوامل موفقیت و غلبه بر مقاومت‌ها در برنامه‌های مشارکت مردم استفاده از پروژه‌های نفوذی است، این پروژه‌ها به محض ورود به جامعه یک مشکل را حل کرده و خوشبختی جمعی در جامعه ایجاد می‌کند.
- جدول برنامه عمل «مشارکت مردم» شامل برآمدهای هر مرحله، فعالیت‌های لازم برای دستیابی به برآمدها، مهلت زمانی، مسؤول و بودجه هر مرحله است.
- بودجه برنامه‌های مشارکت مردمی تا زمانی که جامعه از نظر مرتبه مشارکت به سطوح عالی نرسیده است می‌بایست از منابع عمومی و دولتی تأمین شود.
- اجرای موفقیت‌آمیز پروژه مشارکت مردم به تداوم حمایت و تعهد عملی سیاست‌گذاران، مدیریت و رهبری مؤثر عملیات پروژه، آموزش و توانمندسازی کلیه مشارکت‌شوندگان و مشارکت‌دهندگان بستگی دارد.
- ارزشیابی نتایج برنامه‌های مشارکت مردم در سطوح درون‌داد، فرایند و برون‌داد در چهار مؤلفه تاریخچه و الگوی مشارکت، کیفیت راهبردهای مشارکتی، ظرفیت دستگاه‌های حامی مشارکت و ظرفیت خود مشارکت‌کنندگان صورت می‌گیرد.
- دست کم چهار راهبرد شفاف برای نهادینه‌سازی برنامه‌ها وجود دارد: «عمومی‌سازی، کسب مشروعیت، تضمین مالی و تأمین کارکنان برنامه»



بخش سوم

مروری بر تجربیات مشارکت مردم در

انتظار می‌رود با مطالعه این بخش بتوانید:

- مهمترین تأکیدات اسناد بالادستی برای مشارکت مردم را شرح دهید.
- تجربیات متنوع مشارکت مردم در کشور را شرح داده و در نردبان مشارکت نقد کنید.
- مهمترین چالش‌های توسعه راهبرد مشارکت مردم در کشور را توضیح داده و مذاخلات پیش رو را شرح دهید.



مشارکت مردم در اسناد بالادستی

□ اصل سوم قانون اساسی بند ۸ و بند ۱۵:

مشارکت عامه مردم در تعیین سرنوشت سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی خویش و تعاون عمومی بین همه مردم.

□ اصل ۱۰۰ قانون اساسی:

برای پیشبرد سریع برنامه‌های اجتماعی، اقتصادی، عمرانی، بهداشتی، فرهنگی، آموزشی و سایر امور رفاهی از طریق همکاری مردم با توجه به مقتضیات محلی، اداره امور هر روستا، بخش، شهر، شهرستان یا استان یا نظارت شورایی به نام شورای ده، بخش، شهر، شهرستان یا استان صورت می‌گیرد که اعضای آن را مردم همان محل انتخاب می‌کنند.

□ اصل ۱۰۱ قانون اساسی:

به منظور جلوگیری از تبعیض و جلب همکاری در تهیه برنامه‌های عمرانی و رفاهی استان‌ها و نظارت بر اجرای هماهنگ آنها، شورای عالی استان‌ها مرکب از نمایندگان شوراهای استان‌ها تشکیل می‌شود. نحوه تشکیل و وظایف این شورا را قانون معین می‌کند.

□ اصل ۱۰۲ قانون اساسی:

شورای عالی استان‌ها حق دارد در حدود وظایف خود طرح‌هایی تهیه و مستقیماً یا از طریق دولت به مجلس شورای اسلامی پیشنهاد کند. این طرح‌ها باید در مجلس مورد بررسی قرار گیرد.

توجه: در اصول مختلف قانون اساسی مشارکت مردم در تصمیم‌گیری‌ها و برنامه‌ریزی‌ها و نظارت بر اجرا [ساز و کار انتخابات مجلس، رییس‌جمهور، خیرگان و شورای

اسلامی شهر و روستا، شورای عالی استان‌ها (اصول ۱۰۰ تا ۱۰۶)، تأمین مالی خدمات سلامت، (اصل ۲۹)، تدارک خدمات (بخش تعاونی و خصوصی اصل ۴۳ و ۴۴)، شکایت از قوه مجریه (اصل ۹۰ و دیوان عدالت اداری اصل ۱۷۳) دیده شده است.

□ فصل سوم - حقوق مردم ماده ۲۶:

دستگاه‌های اجرایی مکلفند مردم را با حقوق و تکالیف خود در تعامل با دستگاه‌های اجرایی آشنا نموده و از طریق وسایل ارتباط جمعی به ویژه صدا و سیما جمهوری اسلامی ایران سطح آگاهی عمومی در این زمینه را ارتقاء داده و اطلاعات لازم را به نحو مطلوب و مناسب در اختیار مردم قرار دهند.

□ سیاست‌های کلی نظام اداری / ابلاغیه (۱۳۸۹/۲/۱):

کل‌نگری، همسوسازی، هماهنگی و تعامل اثربخش دستگاه‌های اداری به منظور تحقق اهداف فرابخشی و چشم‌انداز.

□ نقشه جامع علمی سلامت ابلاغیه وزارت بهداشت، بند ۶:

تبدیل گنتان علمی به گنتان مسلط جامعه: از طریق توسعه عمومی فرهنگ پژوهش در مردم، توجه به جایگاه علم و فناوری، جلب مشارکت مردم در تعیین اولویت‌ها، مشخص کردن انتظارات و کمک به بهره‌برداری از برنامه‌های علم و فناوری، کسب سواد سلامت، افزایش مهارت‌های ارتقای سلامت، بهره‌برداری از فناوری اطلاعات در سطح عمومی و وجود پیوست فرهنگی برای توسعه‌های علم و فناوری سلامت.

□ نقشه تحول نظام سلامت، سیاست شماره چهار:

افزایش آگاهی، مسؤلیت‌پذیری، توانمندی و مشارکت ساختارمند و فعالانه فرد، خانواده و جامعه در تأمین حفظ و ارتقای سلامت با نظارت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

تجربه رابطین بهداشتی جمهوری اسلامی ایران

در سال ۱۳۶۹ وزارت بهداشت اقدام به حرکت نوینی برای پاسخگویی به نیازهای بهداشتی اولیه در مناطق حاشیه شهری کرد. الگوهای موفق بین‌المللی در کشورهای آسیایی همچون اندونزی و کشورهای آمریکای جنوبی بررسی شد. در این طرح‌ها از خانم‌های خانه‌دار برای کمک به بخش‌های عمومی مانند ارائه خدمات مناسب بهداشتی به مردم استفاده می‌شد.

با در نظر گرفتن ویژگی خاص فرهنگی اجتماعی ایران و ساختار محلات شهری و حواشی آنها الگویی تهیه شد که بنا به دلایل زیر زنان محلات مورد نظر به عنوان عنصر اصلی آن انتخاب شدند:

- در پی تغییر شرایط اجتماعی از زمان انقلاب اسلامی، زنان به طور فزاینده‌ای خواستار راه‌های مشارکت و تأثیرگذاری بر اجتماع خود شدند. برنامه رابطان به زنان فرصت می‌داد که در صحنه جامعه حضور فعال داشته باشند.
- از آنجا که مراقبت‌های بهداشتی و درمانی خانواده از ارکان این برنامه است، تکیه بر نقش زنان منطقی به نظر می‌رسد. چون آنها مسؤلیت بیشتری در امور خانواده به عهده دارند.
- با توجه به ویژگی‌های خاص فرهنگی و سنتی ایران زنان راحت‌تر می‌توانند موضوعات بهداشتی را با هم در میان بگذارند.

روش اصلی کار بر این قرار گرفت که زنان داوطلب علاوه بر انتقال برخی از پیام‌های بهداشتی طرز انتقال اطلاعات مربوط به مراقبت‌های بهداشتی را بیاموزند و در عین حال پایش و پی‌گیری تعداد مشخصی از خانوارهای زیر پوشش خود را به عهده بگیرند، این

امر باعث می‌شد که دیگر زنان محله در مراقبت‌های بهداشتی و درمانی مشارکت کنند. در سال ۱۳۶۹ یک مرکز بهداشتی و درمانی شهری در شهر ری (جنوب تهران) برای طرح مقدماتی انتخاب شد که بزودی به چهار مرکز در همان منطقه افزایش یافت. طی سال‌های ۱۳۷۰ و ۱۳۷۱ شش مرکز دیگر به آن افزوده شد. با توجه به آن چه که مطرح شد الگویی یا ویژگی‌های زیر در حاشیه جنوب شرقی تهران برای اجرای طرح در نظر گرفته شد:

- هدف اصلی طرح تأمین مراقبت‌های اولیه بهداشتی برای کودکان زیر پنج سال، برای مادران سنین باروری و برای مجموعه خانواده بود.
 - عرضه خدمات توسط مراکز بهداشتی و درمانی برقرار می‌شد.
 - مراکز بهداشتی و درمانی پویاتر می‌شدند.
 - پی‌گیری مراقبت‌های بهداشتی توسط رابطان انجام می‌گرفت.
 - برنامه رابطان یا اتکا به زنان محلی دارای حسن شهرت و توانایی برقراری ارتباط با خانواده‌ها را دارند شکل می‌گرفت.
- وظایف رابطان را در محله‌های جنوب تهران در شروع برنامه می‌توان به شرح زیر توصیف کرد:

- حضور مرتب در نشست‌های آموزش هفتگی
- آموزش راه و روش‌های بهداشتی در زندگی و تشویق خانوارهای تحت پوشش به استفاده از تسهیلات بهداشتی موجود
- پی‌گیری منظم مواردی که نیاز به مراجعه به مرکز بهداشتی درمانی محله دارند.
- گزارش موارد تولد، مرگ و مهاجرت در خانوارها محله و استفاده صحیح از وسایل تنظیم خانواده

■ فعال کردن افراد محله و داشتن ارتباط با ادارات مختلف برای حل مشکلات بهداشتی و زیست محیطی محله

■ مشارکت در فعالیت‌های بهداشتی دسته جمعی که توسط دانشگاه‌های علوم پزشکی یا مراکز بهداشتی و درمانی صورت می‌گیرد.

پس از آغاز این وظایف چارچوب کار رابطان بر اساس دو فعالیت تدوین گردید. اولین کار برای بررسی محله مورد نظر، انجام سرشماری از محله و تشکیل پرونده‌های بهداشتی برای هر خانوار بود. در محله‌هایی که رابطان بهداشت حضور داشتند، اغلب با مشارکت آنها پرونده‌های بهداشتی خانوارها تهیه می‌گردید. دومین کار در این مناطق برگزیدن زنانی با شرایط مناسب به عنوان رابطان بهداشت بود. این زنان اغلب در جریان تکمیل پرونده خانوار انتخاب می‌شدند و برای همکاری با آنها تماس گرفته می‌شد. مصاحبه و بررسی حسن شهرت داوطلبان در هر محله گروه نهایی رابطان بهداشت محله را مشخص می‌کرد. رابطان طی دو ماه آموزش می‌دیدند که شامل نظام مراقبت‌های بهداشتی، سلامت مادر و کودک، تغذیه، تنظیم خانواده و همچنین مسؤولیت‌های آنها در قبال طرح بود. سپس هر کدام از رابطان مسؤولیت رسیدگی به امور سلامت تقریباً ۵۰ خانوار اطراف محل زندگی خویش را به عهده گرفتند.

یونیسف از اجرای طرح نمونه در جنوب تهران و گسترش آن در چارچوب طرح‌های ناحیه‌ای و مشارکتی خود حمایت کامل به عمل آورد و این حمایت را تا کنون ادامه داده است. برنامه رابطان بهداشت همچنین از کمک‌های صندوق جمعیت سازمان ملل نیز بهره‌مند بوده است.

مروری کوتاه بر اولین مرحله اجرای طرح موفقیت عملی آن را نشان می‌داد. ایمن‌سازی کودکان و مراجعه کودکان زیر پنج سال و خانم‌های باردار به مراکز بهداشتی و درمانی

افزایش قابل توجهی یافت. آگاهی‌های عمومی راجع به مسایل تنظیم خانواده بالا رفت و رابطان تمایل زیادی به کسب آگاهی‌ها و مهارت‌های بهداشتی برای کمک به جامعه خویش از خود نشان دادند. حسن شهرت رابطان و توان آنها در همکاری با ادارات مختلف دولتی به آنها کمک کرد که با مسؤولان برای مشکلات محله خود راه حل مناسب بیابند. پس از موفقیت طرح در تهران سه استان دیگر راغب به اجرای طرح رابطان بهداشت شدند.

در سال ۱۳۷۲ وزارت بهداشت و آموزش پزشکی تصمیم گرفت طرح رابطان در حداقل یک مرکز بهداشتی و درمانی حاشیه شهری در هر یک از استان‌های کشور اجرا شود. گسترش اجرای طرح به طور چشمگیری موفقیت آمیز بود. در واقع تعداد مراکز بهداشتی و درمانی حاشیه شهرها که در این طرح دست به کار شدند، به علت اشتیاق مسؤولان و پویایی رابطان بهداشت و مقبولیت اجتماعی آن در محله‌های مورد نظر به پنج برابر رسید.

در سال ۱۳۷۳ وزارت بهداشت تصمیم به ارتقای طرح به عنوان سیاست و برنامه ملی برای بهبود سلامت مناطق حاشیه شهری گرفت. این سیاست تمام اقشار آسیب‌پذیر مناطق شهری و حاشیه شهری را مبتنی بر خصوصیات اجتماعی اقتصادی هر ناحیه در سراسر کشور زیر پوشش قرار می‌دهد.

در حال حاضر بیش از ۱۰۰ هزار نفر رابط بهداشتی وجود دارد و مهمترین چالش این طرح تکمیل نبودن تعداد رابطان به نسبت جمعیت بوده و دیگر این که رابطان بهداشتی، مذاقات مشارکت مرتبه و پله اول است و امید می‌رود این برنامه مراتب دوم و سوم مشارکت را نیز مد نظر داشته باشد.

طرح بسیج بهسازی محیط روستاها

در اواخر دهه ۶۰ (سال‌های ۶۸ و ۶۹) وزارت بهداشت و درمان طرح بهسازی محیط روستاها را در قالب برنامه‌های بهداشت محیط استان‌های کشور با اختصاص یک میلیون تومان اعتبار و یک دستگاه خودرو برای هر استان آغاز نمود که بعدها به طرح «یک و یک» معروف گردید. هر استان به فراخور وضعیت روستاهای خود، برای این طرح برنامه‌های عملی مختلفی تدارک دیده و اجرا کرد. لکن تقریباً همه طرح‌ها از دستورعمل کلی کشوری تبعیت نموده و مشکلات رایج در اغلب روستاهای کشور، یعنی دفع غیر بهداشتی مدفوع و فضولات حیوانی، دفع غیر بهداشتی زباله، وضعیت نامناسب معابر، استفاده از منابع آب غیر بهداشتی و نظایر آن را هدف اصلی برنامه‌های خود قرار دادند. در استان آذربایجان شرقی، در همان زمان مدیر اجرایی این پروژه که مسؤلیت بهداشت محیط استان را بر عهده داشت، با همکاری کارشناسان ستادی و شهرستانی بهداشت محیط به این نتیجه رسیدند که با چنین اعتباری حل مشکلات بهداشتی روستاها بدون جلب مشارکت روستائیان تقریباً غیر ممکن است. لذا طرح مردمی جمع‌آوری و دفع زباله‌های روستایی طراحی و با مشارکت مردم به اجرا گذاشته شد.

در این طرح، گاری یا چهارچرخه‌ای حمل توسط چهار پا (اسب یا الاغ) حرکت می‌کرد با قیمتی در حدود چهل هزار تومان خریداری و در اختیار اهالی قرار می‌گرفت. گاری یادشده طوری طراحی و با فلز زنگ نزن ساخته شده بود که با اهرمی ساده همانند کمپرسی بلند می‌شد و محتویات خود را از پشت گاری به بیرون تخلیه می‌کرد. سپس زمینی در خارج از روستا تعیین و با مبلغ کمی اعتبار (حداکثر شصت هزار تومان) کانالی جهت دفن زباله در زیر خاک به عرض حدود $1/5$ متر و عمق ۲ متر حفر

می‌گردید. گاهی دور زمین یاد شده با سیم خاردار و یا توری حصار می‌شد. با آماده شدن موارد یاد شده، اهالی روستا نیز با کمک بهورز و شورای بهداشت روستا، هزینه ماهانه‌ای را که بسیار ناچیز بود برای هر خانوار تعیین، و از طریق جمع‌آوری آن، فردی را به نام «پاکبان» برای جمع‌آوری و دفن زباله در زیر خاک استخدام می‌کردند.

این حرکت زمینه‌ساز طرح جامع‌تری گردید بنام بسیج بهسازی محیط روستاها که از سال ۱۳۷۰ تا ۷۹ به مدت ۱۰ سال در استان آذربایجان شرقی به اجرا گذاشته شد. این طرح دستاوردهای مهم و ارزشمندی نیز به همراه داشت که از آن جمله به موارد زیر می‌توان اشاره کرد:

- طرح بسیج بهسازی محیط روستاها در سال اول با ۶۵۵ روستا شروع و در آخرین سال بیش از ۱۶۰۰ روستا را تحت پوشش قرار داد.
- در طی این ۱۰ سال با اعتبار بسیار کم دولتی، وئی با کمک مردم میزان روستاهای دارای طرح جمع‌آوری و دفع زباله از $\frac{۴}{۳}$ درصد به $\frac{۳۹}{۲}$ درصد رسید.
- جمع‌آوری بهداشتی فضولات حیوانی نیز از $\frac{۶}{۳}$ درصد به $\frac{۳۹}{۲}$ درصد افزایش یافت.
- دسترسی به توالت خانگی بهداشتی از $\frac{۲۶}{۴}$ درصد به $\frac{۶۰}{۵}$ ٪ و جمعیت روستاییان دارای دسترسی به آب آشامیدنی سالم نیز از ۶۳٪ به $\frac{۷۶}{۶}$ ٪ بالغ گردید.

به طور کلی روح این طرح استفاده از مشارکت مردم در امر بهسازی روستاهای خردشان بود که گاهی یا همکاری بین‌بخشی و مشارکت سایر ارگان‌ها و سازمان‌ها نیز

همراه می‌گردید که در این قبیل مواقع بر میزان تأثیر آن افزوده می‌گشت. هرچند که در این طرح کار نیازسنجی از طریق بهورز انجام گرفته و شورای بهداشت روستا نیز در همه مراحل مشارکت می‌کرد، لکن هسته اصلی برنامه‌ریزی اغلب در خارج روستا بود. همین موضوع باعث گردید که در توانمندسازی روستائیان در جهت تشخیص نیازها و برنامه‌ریزی و اجرا و ارزیابی مداخلات اقدامات سیستماتیک مؤثری انجام نگردد. با این حال، طرح بسیج بهسازی محیط روستاها در زمان خود و در نوع خود از برنامه‌های موفق مشارکتی و سرشار از نوآوری بود.

تجربه بهورز و خانه‌های بهداشت

واژه «بهورز» نخستین بار در سال‌های آغازین دهه‌ی ۱۳۵۰ در جریان اجرای طرح معروف به «آذربایجان غربی» که با هدایت سازمان جهانی بهداشت و با همکاری وزارت بهداشت و دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی دانشگاه تهران اجرا می‌شد برای کارکنان کمکی که در خانه‌های بهداشت کار می‌کردند، انتخاب شد. اما بهورزان شبکه‌های بهداشت و درمان کشور که از سال ۱۳۶۴ در همه کشور راه‌اندازی و گسترش یافت با نخستین نسل بهورزان که در طرح آذربایجان غربی به کار گرفته می‌شدند، تفاوت داشت.

بهورز شبکه‌های بهداشت و درمان بنا به تعریف فردی است از روستای اصلی محل استقرار خانه بهداشت که با نظر شورای روستا انتخاب می‌شود. در آغاز، به سبب محدودیت شدید دختران و پسران روستایی که دست کم پنج کلاس ابتدایی را خوانده باشند چاره‌ای جز این نبود که گاه بهورز از روستاهای غیر روستای اصلی و حتی بسی دورتر از آن برگزیده شود. اما با افزایش سوادآموزی روستائیان این فرصت فراهم آمد که

بهورز جز از روستای اصلی انتخاب نشود. برمی بودن بهورز علاوه بر جلوگیری از رفت و آمدهای غیر ضرور و تبعات ناخوشایند آن پشترانه آشنایی عمیق او با فرهنگ، آداب، سنت‌ها و گویش مردم جامعه‌ای می‌شد که قرار بود بهورز به آنان خدمت کند. بهورز از معدود کارکنان دولتی است که مشروعیت خویش را به طور مستقیم از مردم و شورای روستا می‌گیرد و بنا به طبیعت کار و وظایف خویش با آنان پیوندی همه روزه دارد.

هسته اولیه بسترسازی برای کار بهورز در جریان مراجعه به مردم و درخواست همکاری در شناسایی و انتخاب بهورزان تشکیل می‌شود و اندکی بعد، با استقرار بهورز آموزش دیده توسعه می‌یابد. اندک زمانی پس از آغاز به کار بهورز در روستا و به سبب ارتباط پیوسته او با خانواده‌ها حقوق و تکالیف مردم نسبت به سلامت‌شان و در مقابل بهورز که در این راه نقشی حساس بر عهده دارد بر مردم روشن می‌شود. بارها از بهورزان شنیده شده است که حفظ تداوم مراقبت‌ها که ابتدا راهی جز پی‌گیری‌های مکرر و خانه به خانه نداشته‌اندکی بعد به یمن اعتماد یافتن مردم به خدمات خانه بهداشت و مشارکت عملی خانواده‌ها کار را بر بهورز آسان کرده است.

از هدف‌های ذاتی کار بهورزان افزایش آگاهی مردم در باره سلامت است که در عمل به رفع دومین مانع مشارکت مردم می‌انجامد. بسیاری از برنامه‌های بهداشتی که آرایه آنها در قالب برنامه‌های سیار توفیق درخور نداشت در شبکه‌های بهداشت و درمان به سبب جایگاه بهورزان بسیار موفق ارزیابی شده است. موفقیت پرشتاب خانه‌های بهداشت در کاستن از بیماری و مرگ، ایمن سازی و تنظیم خانواده که به شدت نیازمند همکاری مردم است توجیهی جز مشارکت پیوسته مردم در اجرای این برنامه‌ها ندارد.

گوش ساده و درخور فهم جامعه خدمت گیرنده از خانه بهداشت و بهورز و تکرار پیام‌ها عامل دیگری است که بستر مشارکت مردم را فراهم می‌سازد. می‌توان گفت از شرط‌های لازم جلب مشارکت مردم اعتماد است، در خانه‌های بهداشت شناخت مردم از نتیجه مشارکت فراهم است و اعتماد مردم به خانه بهداشت جای تردید ندارد؛ مسیری که برای مشارکت مردم ترسیم می‌شود هدقمند است؛ زبان بهورز از جنس گفتگوهای مردم است؛ گرچه میان روستاهای اصلی و قمر از نظر دست یافتن به خدمات تفاوت‌هایی وجود دارد، آن چنان نیست که سبب به حاشیه رانده شدن ساکنان روستاهای قمر شود؛ فرصت مشارکت مردم در طراحی برنامه‌ها کم و بیش فراهم می‌آید؛ دست رد به سینه هیچ مشارکت‌کننده‌ای نمی‌خورد؛ مردم از برنامه‌های خانه بهداشت آگاهی کامل دارند و با اراده خویش به اجرای آنها یاری می‌دهند و نتایج آنها را به چشم خویش می‌بینند.

اثربخشی خدمت خانه‌های بهداشت که از جمله ریشه در اعتماد و مشارکت مردم داشت سبب شد که در مدتی کمتر از یک دهه (از ۱۳۶۳ تا ۱۳۷۲) در روستاهای کشور میزان خام تولد از ۴۴ به ۳۰ و میزان خام مرگ از ۸ به ۴/۸ درهزار؛ نرخ افزایش طبیعی جمعیت از ۳/۶ به ۲/۵ درصد؛ مرگ کودکان زیر یکسال از ۷۱ به ۴۴ درهزار تولد زنده و مرگ مادران از ۲۳۳ به ۵۳ در صد هزار تولد زنده برسد. در حال حاضر بیش از ۳۱ هزار نفر بهورز در روستاهای کشور مشغول فعالیت هستند.

تجربه سازمان بهزیستی کشور

در برنامه پیش‌گیری از اعتیاد در محل کار، مدارس و محلات

اولین برنامه پیش‌گیری از اعتیاد در سال ۱۳۷۵ توسط معاونت امور فرهنگی و پیش‌گیری سازمان بهزیستی کشور در استان‌های هرمزگان، کرمان، فارس، یزد و کرمانشاه به صورت منطقه‌ای به طور آزمایشی اجرا گردید و تا سال ۱۳۸۱ در سایر استان‌ها ادامه پیدا کرد. در طی این سال‌ها در بسیاری از استان‌ها برنامه‌های آموزشی و آگاه‌سازی در محیط‌های کار به اجرا در آمد. از سال ۱۳۸۱ برنامه‌های پیش‌گیری از اعتیاد به طور رسمی با رویکرد اجتماع محور شروع گردید. در این برنامه‌ها سه حوزه اصلی محله‌های شهری و روستایی، مراکز آموزشی و محیط‌های کار به عنوان اجتماعات کوچک طبقه‌بندی و با دیدگاه ارتقای سلامت و کنترل عوامل خطر و تقویت عوامل محافظ، از طریق مشارکت ذینفعان در تمامی مراحل برنامه به اجرا درآمدند. رویکرد اصلی برنامه اجتماع محور بود. اجتماع محوری رویکردی است که در آن فرآیندهای خدماتی رفاهی و ارتقایی و مسؤلیت معطوف به آن به افراد، خانواده‌ها، نهادهای مردمی و جامعه انتقال داده و یا واگذار می‌گردد.

مرحله اول این برنامه در سال ۱۳۸۱ در ۵ استان پایلوت شد، از سال ۱۳۸۲ در کل کشور تعمیم داده شد. در این برنامه کارشناسان اعتیاد در سازمان بهزیستی، پس از هماهنگی با مدیریت و دریافت مجوز برای ورود به محیط کار، به معرفی برنامه اقدام می‌نمایند. سپس پس از موافقت محیط کار با اجرای طرح، با اعلام فراخوانی در محیط کار تیمی تشکیل می‌شود، انتخاب اعضای تیم نیز بر اساس موافقت همه ذینفعان، کارکنان و نمایندگان قسمت‌های مختلف محیط کار انجام می‌گیرد و تیم پس از

نیازسنجی در راستای ارتقای سلامت کارکنان به اولویت‌بندی نیازها می‌پردازد و با توجه به اقتضای شرایط نسبت به رفع نیازها و به کارگیری راهبردهای پیش‌گیری در محیط کار اقدام می‌نماید. در اجرای موفقیت‌آمیز طرح پیش‌گیری از اعتیاد در محیط‌های کار نتایج زیر مورد انتظار است:

- ارتقای کیفیت کار
- پیش‌گیری از شیوع اعتیاد و عواقب ناشی از آن مثل غیبت از کار و کاهش مسایل انضباطی
- اعلام حمایت مدیران و کارفرمایان از کارکنان سالم
- کاهش حوادث و سوانح کاری، مرخصی‌های استعلاجی، جابجایی افراد و از کار افتادگی
- افزایش تولید و بهبود رضایت مشتری
- بهبود تصویر ذهنی جامعه از برخی محیط‌های کار به عنوان محلی مساعد برای گرایش به اعتیاد

در حال حاضر و طبق آمار سال ۱۳۹۰ سازمان بهزیستی، ۴۳۹ محیط صنعتی-سازمانی و ۳۷ محیط نظامی تحت پوشش برنامه قرار گرفته و در این مجموعه بالغ بر ۵۹۸ تیم اجتماع محور در محیط‌های صنعتی و سازمانی و ۵۶ تیم در محیط‌های نظامی تشکیل شده و برنامه در حال ارزشیابی است.

تجربیات شهرداری تهران در مشارکت مردم

□ شبکه سلامت یاران شهر تهران

این طرح از سال ۱۳۸۶ با هدف شناسایی و ساماندهی افراد مشارکت جو در سطح محله، استفاده از پتانسیل نیروهای داوطلب در جهت خدمت رسانی سلامت به شهروندان و تقویت سلامت اجتماعی در سطح محله‌های تهران به اجرا درآمد. در این طرح شهر تهران به بلوک‌های جمعیتی ۲۰۰۰ نفره تقسیم و مسؤلیت ارزیابی آموزش‌های سلامت به ساکنین هر بلوک بر عهده‌ی یک نفر به عنوان سلامت یار می‌باشد. هر سلامت یار می‌بایستی رابطیتی را از همه‌ی اقشار ساکن در بلوک خود انتخاب و مأموریت‌های محله را با کمک آنها به انجام برساند. جهت اجرای بهینه‌ی این طرح آموزش‌های مناسب جهت ارتقای سطح آگاهی سلامتیاران اجرا می‌گردد.

□ شورای سلامت محله

با هدف جلب مشارکت افراد تأثیرگذار و مسؤولان محلی در اداره‌ی امور محله، فراهم نمودن بستر مناسب برای ساکنین محله به منظور افزایش در مشارکت‌های اجتماعی، نهادینه نمودن ارتباط شهروندان با مدیران شهری به ویژه در امر سلامت و تلاش جهت توسعه‌ی سلامت محله راه‌اندازی و در کنار خانه‌های سلامت یکبار در ماه تشکیل جلسه می‌دهد.

□ خانه سلامت

خانه‌های سلامت با استقرار در محله‌های شهر تهران، سطح سلامت ساکنان محله را از راه مشارکت همگانی مردم و همکاری بین‌بخشی ارتقا می‌دهند.

هدف‌های خانه سلامت برنامه‌ریزی، سازماندهی، هدایت و اجرای پروژه محله سالم؛

جلب مشارکت خانواده‌ها در امور محله؛ فراهم ساختن بستر کسب مهارت؛ نهادهای ساختن ارتباط میان مردم و مشارکت جمعی آنان با متولیان مدیریت شهری؛ تقویت روحیه جمعی و ایجاد همبستگی اجتماعی میان خانواده‌ها و ایجاد همفکری و همدلی میان ساکنان محله و مسؤولان شهرداری منطقه اعلام شده است.

□ کانون سالمندان

با هدف ارتقای سطح سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی سالمندان و جلب مشارکت آنها در اجرای برنامه‌های خانه‌های سلامت تشکیل گردید. این کانون‌ها بستر و شرایطی را فراهم می‌نمایند تا سالمندان بتوانند با شرکت در فعالیت‌های گروهی و تعاملات اجتماعی از سلامتی جسمی و روانی بهتری برخوردار گردند. در این کانون‌ها برنامه‌های آموزشی، تفریحی و فرهنگی با مشارکت سالمندان برنامه‌ریزی و اجرا می‌گردد. در حال حاضر ۳۷۴ کانون سالمندی (در مقیاس محله) با حضور ۷۵۰۰۰ عضو در شهر تهران وجود دارد.

□ کانون مادر و کودک

با مشارکت مادران سطح محله با هدف ارتقای سطح سلامت مادران و کودکان و ارایه‌ی آموزش‌های لازم به آنها در محلات شهر تهران تشکیل گردیده است. در این کانون‌ها مادران ضمن کسب مهارت لازم جهت پرورش کودکان خود، نقش مؤثری در اشاعه‌ی این دانش در خانواده و محله‌ی خود ایفا می‌نمایند. در این کانون‌ها مادران به تعامل با یکدیگر از تجربیات یکدیگر استفاده نموده و آموزش و مشاوره‌های لازم به منظور تربیت صحیح فرزندان خود را از مریبان مجرب دریافت می‌نمایند.

□ کانون پزشکان محله

این طرح با نگاه سلامت محور به منظور هدایت امر سلامتی در محله و جلب مشارکت مردم جهت ارتقای سلامت از طریق پزشکان داوطلب هر محله شکل گرفته است. در این طرح از پزشکان داوطلب و مشارکت جو به منظور آرایه‌ی خدمات به شهروندان در زمینه‌های آموزشی و مشاوره‌ای دعوت به عمل می‌آید تا در خانه‌های سلامت به آرایه‌ی خدمات به شهروندان پرداخته و در قالب کانون‌های مردمی امور مربوط به سلامت را در محله راهبری نمایند. این کانون در سطح ۳۷۴ محله شهر تهران اجرا و تا پایان سال ۱۳۹۰ تعداد ۴۳۰۰ نفر عضو این کانون شده‌اند. اهم فعالیت‌های اجرا شده برگزاری کلاس‌های آموزشی برای شهروندان، تهیه ی مواد آموزشی از قبیل بروشورهای آموزشی، مشاوره‌های پزشکی به مناسبت‌های خاص سطح شهر تهران و انجام معاینات پزشکی در سطح مدارس بوده است.

□ کانون معلولان

در جهت پاسخگویی به نیازهای به حق جامعه‌ی معلولان و با هدف حفظ و ارتقای سطح سلامت معلولان، جلب مشارکت و افزایش حضور اجتماعی آنان شهرداری اقدام به راه‌اندازی کانون معلولان در سطح مناطق ۲۲ گانه‌ی شهرداری تهران نموده است. با توجه به گسترش کمی و کیفی فعالیت این کانون در سال ۱۳۹۰ در حال حاضر این کانون در ۳۷۴ محله شهر تهران تشکیل و با عضویت ۷۶۵۵ نفر فعالیت می‌نماید:

- ۱- تشکیل اتاق فکر معلولان و به تبع آن تشکیل شورای راهبردی معلولان شهرداری تهران
- ۲- اجرای ویژه برنامه‌های طرح استقبال از بهار در جهت مناسب‌سازی فضاهای شهری

۳. برگزاری نشست‌های تخصصی دبیران منطقه‌ای کانون معلولان
۴. برگزاری دوره‌های آموزشی برای کلیه اعضای کانون‌های معلولان
۵. اجرای ویژه برنامه‌ی روز جهانی معلولان

□ کانون خادمین سلامت مساجد

این طرح به منظور حفظ و ارتقای سلامت، ایمنی و زیبایی مساجد شهر تهران با در نظر گرفتن جنبه‌های بهداشتی، زیست محیطی، اجتماعی و فرهنگی از نیمه‌ی دوم سال ۱۳۸۶ به اجرا درآمده است. در این طرح فردی داوطلب با تأیید روحانی و هیأت امنای محترمی مسجد به اداره سلامت منطقه معرفی می‌گردد تا به عنوان رابط (خادم) سلامت و ایمنی مسجد را بر عهده گیرد و برنامه‌های آموزشی را در مسجد برگزار نماید. برگزاری دوره‌های متعدد آموزشی جهت ارتقای سطح آگاهی و دانش خادمین سلامت مساجد از جمله برنامه‌های اجرایی ادارات سلامت مناطق ۲۲ گانه بوده است در حال حاضر تعداد ۱۵۳۸ مسجد از مساجد شهر تهران با این طرح همکاری داشته و دارای خادم سلامت می‌باشند.

□ کانون پیش‌گیری از دیابت

به نظر می‌رسد تنها راه پیش‌گیری از دیابت نوع اول یا دوم و افراد مستعد، افزایش آگاهی‌های عمومی از طریق اجرای دوره‌های آموزشی و جلب مشارکت‌های عمومی در کنترل و پیش‌گیری از آن بیماری است. در سال ۱۳۹۰ کانون دیابت در سطح محلات شهر تهران تشکیل شد و تاکنون حدود ۱۵۰۰۰ نفر از شهروندان تهرانی مبتلا به دیابت؛ عضو «کانون دیابت محله» شده‌اند. اهم فعالیت‌های اجرا شده در سال ۱۳۹۰:

۱. استقرار ۱۱۳۸ ایستگاه غربالگری دیابت با استفاده از ظرفیت و توانمندی کانون‌های پیش‌گیری از دیابت محلات در سطح خانه‌های سلامت، میادین میوه

و تره بار، مساجد، مراکز آموزشی (مدارس و دانشگاه‌ها)، میادین پر تردد و پارک‌های بزرگ و غربالگری قند خون از ۳۰۰.۰۰۰ شهروند تهرانی در هفته‌ی دیابت

۲. اجرای ویژه برنامه‌های هفته‌ی ملی دیابت

۳. برگزاری ۶۸۴ دوره‌ی آموزشی به صورت کلاس، همایش و آموزش فردی درباره‌ی دیابت و عوامل تأثیرگذار بر آن نظیر تغذیه، ورزش و ...

۴. تشکیل بزرگترین حلقه‌ی آبی انسانی در یوستان ولایت با حضور ۸۰۰۰ نفر از اعضای کانون‌های دیابت محلات شهر تهران در روز جهانی دیابت

۵. استقرار ایستگاه سلامتی برای آموزش شهروندان در خصوص پیش‌گیری از دیابت و مشاوره‌های لازم در خانه‌های سلامت، پارک‌ها و اماکن وابسته به شهرداری

□ کانون جوانان

گروهی از زنان و مردان جوان و نوجوان محلی با سنین بین ۱۵ تا ۳۰ سال هستند که ساکن محله بوده و یا محل کارشان در منطقه می باشد و به صورت داوطلبانه در فعالیت‌های مشارکتی شرکت می‌نمایند. اهداف تشکیل این کانون عبارتند از ایجاد بستر مناسب برای حضور اجتماعی جوانان از طریق خانه‌ی سلامت، جلب و توسعه‌ی مشارکت جوانان در فعالیت‌های اجتماعی و فرهنگی حوزه‌ی سلامت، آرایه‌ی آموزش‌های لازم به جوانان به منظور ارتقای سطح سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی آنان. در حال حاضر به تعداد ۳۷۴ محله‌ی شهر تهران کانون جوانان وجود دارد که اعضای این کانون به ۲۱۵۰۳ نفر می‌رسد.

□ کانون محلی داوطلبین اهدای خون

هدف از تشکیل این کانون مشارکت بیشتر شهروندان در اشاعه‌ی فرهنگ اهدای خون و

همچنین تأمین خون مورد نیاز به خصوص در مواقع ضروری می‌باشد که با عضویت داوطلبین اهدای خون و مروجین این طرح در سطح محلات فعالیت خود را آغاز نموده است. در این کانون‌ها پس از عضوگیری اعضای داوطلب و تشکیل جلسات منظم، فردی به عنوان دبیر کانون انتخاب می‌گردد که مسؤلیت پی‌گیری جهت دستیابی به اهداف تعریف شده را عهده دار می‌باشد. در حال حاضر این کانون در ۲۷۴ محله ی شهر تهران تشکیل و با عضویت ۱۰۵۰۰ نفر از شهروندان نوع دوست فعالیت‌های انسان دوستانه خود را انجام می‌دهد. اهم فعالیت‌های اجرا شده:

۱. برگزاری نشست‌های تخصصی دبیران منطقه‌ای کانون داوطلبین اهدای خون محلی
۲. برگزاری دوره‌های آموزشی برای کلبه‌ی اعضای کانون‌های داوطلبین اهدای خون محلی
۳. بازدید اعضای کانون‌های داوطلبین اهدای خون محلی از سازمان انتقال خون استان تهران
۴. اجرای ویژه برنامه‌ی روز ملی اهدای خون (نهم مرداد ماه)
۵. استقرار تیم‌های سیار اهدای خون در سطح محلات
۶. استقرار تیم‌های سیار خونگیری در اماکن عمومی و مذهبی در شب‌های مبارک ماه رمضان، تاسوعا و عاشورای حسینی

□ کانون پیش‌گیری از چاقی

پس از اجرای طرح تهران عاری از چاقی در قالب باشگاه‌های چاقی و راه‌اندازی ۲۲ باشگاه چاقی در ۲۲ منطقه تهران، در راستای اهداف این طرح و تشکیل شبکه اجتماعی همیاران تهران عاری از چاقی، کانون‌های پیش‌گیری از چاقی در سطح محلات تهران

تشکیل گردید. در این کانون از افراد علاقمند جهت دریافت آموزش‌های لازم در خصوص تغذیه سالم، رژیم غذایی مناسب، تناسب اندام و تحرک بدنی ثبت نام به عمل آمده و خدمات آموزشی لازم به آنها ارایه می‌گردد. در حال حاضر این کانون در ۳۷۴ محله شهر تهران تشکیل و با عضویت حدود ۱۳۰۰۰ نفر از شهروندان به فعالیت‌های خود جهت نیل به اهداف کانون عمل می‌کند. اهم فعالیت‌های اجرا شده در سال ۱۳۹۰:

۱. برگزاری نشست‌های تخصصی دبیران منطقه‌ای کانون پیش‌گیری از چاقی
۲. برگزاری کلاس‌های آموزشی ویژه به منظور ارتقای سطح آگاهی اعضا از اهداف کانون
۳. برگزاری جلسات متعدد منطقه‌ای جهت تهیه و تدوین منشور اخلاقی کانون
۴. برنامه‌ریزی و تعیین اولویت‌های برنامه‌ای سال ۱۳۹۱ کانون

□ کانون پیش‌گیری از استعمال دخانیات

شهرداری تهران با هدف پیش‌گیری از گرایش به استعمال دخانیات در میان شهروندان به خصوص جوانان و همچنین جلب مشارکت مردم و استفاده‌ی حداکثری از ظرفیت‌های محلی، اقدام به راه‌اندازی کانون‌های پیش‌گیری از استعمال دخانیات در سطح محلات تهران نموده است. در سال ۱۳۹۰ تعداد ۳۷۴ کانون پیش‌گیری از استعمال دخانیات در سطح محلات شهر تهران تشکیل و ۹۶۳۱ نفر از شهروندان تهرانی به عضویت این کانون درآمده‌اند. اهم فعالیت‌های اجرا شده:

۱. برگزاری جلسات ماهانه‌ی کانون‌های محلی پیش‌گیری از استعمال دخانیات
۲. تشکیل کارگروه‌های علمی و اجرایی و برگزاری دوره‌های آموزشی تخصصی

۳. برگزاری دوره‌های آموزشی ویژه اعضای کانون‌های پیش‌گیری از استعمال دخانیات
۴. همکاری در اجرای ویژه برنامه‌های هفته‌ی بدون دخانیات
۵. ارائه‌ی برنامه‌های آموزش پیش‌گیری از دخانیات در مدارس، مساجد، خانه‌های سلامت، فرهنگسراها و...
۶. تهیه‌ی بروشور و پمفلت در زمینه‌ی آگاهی شهروندان در زمینه‌ی عوارض مصرف دخانیات
۷. شناسایی و تهیه‌ی بانک اطلاعاتی از ظرفیت‌های محلی جهت اطلاع‌رسانی در زمینه‌ی پیش‌گیری، ترک و درمان مواد دخانی
۸. برگزاری نمایشگاه‌های مرتبط با موضوع پیش‌گیری از استعمال مواد دخانی
۹. همکاری در اجرای نخستین جشنواره‌ی شهر بدون دخانیات

مرکز پژوهش‌های سلامت مبتنی بر مشارکت جامعه

در سال ۱۳۸۰ طبق دستورالعمل معاونت تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی پروژه پایگاه‌های تحقیقات جمعیتی در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور آغاز گردید. سپس در سال ۱۳۸۴ این پایگاه‌ها که هر کدام محدوده‌ی جمعیتی خاصی را تحت پوشش داشتند، طبق دستورالعمل تأسیس مراکز تحقیقاتی به مراکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقای سلامت تغییر نام دادند. از این مراکز، مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقای سلامت دانشگاه علوم پزشکی تهران با رویکرد پژوهش مشارکتی، فعالیت خود را با انجام مطالعات پابلوت در نقاط مختلف کشور توسعه بخشید و به عنوان یک مرکز شاخص در انتحال دانش پژوهش مشارکتی به مراکز و شرکای دیگر اعم از سازمان‌های مختلف بخش‌های دولتی و خصوصی به فعالیت خود ادامه داد. در

سال ۱۳۸۷ بر اساس محور فعالیت مرکز، نام آن به مرکز پژوهش‌های سلامت مبتنی بر مشارکت جامعه تغییر یافت تا بتواند به عنوان یک مرکز تحقیقاتی مصوب، به پتانسیل‌های دانشگاه در ارتباط با جامعه و سایر بخش‌ها بیفزاید و مردم از منافع پژوهش‌های صورت گرفته بهره‌مند گردند. متعاقب آن در آذر ماه ۱۳۹۰ این مرکز توانست مصوبه قطعی از شورای گسترش دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور دریافت نماید.

در چند دهه اخیر، روش‌های پژوهش و متداول به کار گرفته شده برای حل مشکلات اجتماعی مردم به دلیل مشارکت محدود جامعه و تلقی کردن مردم به عنوان موضوع پژوهش دچار چالش شده‌اند. با توجه به این ضرورت و همچنین فاصله موجود بین نیازهای احساس شده توسط مردم و دیدگاه‌های دانشگاهیان و ضرورت جامع‌نگری در بخش سلامت، مرکز مذکور شکل گرفت. این مرکز با اتخاذ رویکرد پژوهش مشارکتی مبتنی بر جامعه به عنوان راهکاری برای کاربردی نمودن نتایج تحقیقات و در نظر گرفتن مردم به عنوان شریک پژوهش، در نظر دارد تا بستری باشد برای انتقال مدیریت پژوهش به جامعه و توانمندسازی شرکای پژوهش (مردم، سازمان‌ها و دانشگاهیان) با بهره‌گیری از دانش محلی.

رسالت مرکز پژوهش‌های سلامت مبتنی بر مشارکت جامعه ابداع روش‌های بومی توانمندسازی جامعه در جهت افزایش ظرفیت لازم برای تشخیص، اولویت‌بندی و حل معضلات سلامت مردم از دو طریق ارتقای آگاهی، نگرش و آموزش مهارت‌های فردی به آنها و فراهم‌سازی محیط توانمندکننده است.

حیطه‌های فعالیت مرکز پژوهش، توانمندسازی ذینفعان (مردم، سایر سازمان‌ها و

اعضای مرکز) در زمینه پژوهش مشارکتی مبتنی بر جامعه، مشارکت محلی و مشارکت بین‌بخشی است. اقدامات این مرکز:

- برگزاری کارگاه‌های روش تحقیق مشارکتی یا ارایه روش‌های کاربردی مانند ارزیابی مشارکتی جامعه، بسیج اجتماعی، نیازسنجی، تولید داده‌های کیفی و کمی، اولویت‌بندی مشارکتی، طراحی برنامه مداخله جامعه و اجرای آن، همکاری بین‌بخشی، ارزشیابی و پایش توانمندسازی، مهارت‌های کار با جامعه (مذاکره، تسهیل‌گری، رهبری و...)، استراتژی‌های ارتقای سلامت
- تهیه بسته‌های آموزشی رایانه‌ای برای آموزش جامعه بر اساس نیازهای گروه هدف
- وجود داده‌ها و اطلاعات جامع از سطح جامعه
- وجود سابقه همکاری‌های مشترک تحقیقاتی با سایر سازمان‌ها نظیر نیروی انتظامی، شهرداری، بهزیستی، وزارت مسکن و شهرسازی و سایر مراکز تحقیقاتی و...
- وجود کتب و راهنماهای منتشر شده در زمینه پژوهش مشارکتی و توانمندسازی اجتماع محور مبتنی بر تجارب
- ساخت و اعتباریابی ابزارها و پرسشنامه‌ها، متناسب با شرایط جامعه در زمینه سرمایه اجتماعی، سواد سلامت و...

سازمان‌های مردم‌نهاد ایران

سازمان‌های مردم‌نهاد در ایران پیشینه طولانی دارند بسیاری حتی مساجد، تکایا، هیأت‌های مذهبی و زورخانه‌ها و بسیاری از ساختارهای داوطلبانه اینچنینی را نهادهای غیردولتی سنتی می‌دانند و پس از آن صندوق‌های قرض‌الحسنه، خیریه‌ها و غیره را شکل‌های بعدی تشکلهای داوطلبانه مردمی می‌دانستند اما شکل جدید سازمان‌های مردم‌نهاد را باید همزمان با تصویب آیین‌نامه تأسیس و فعالیت سازمان‌های غیردولتی در مورخه ۸۴/۳/۲۹، بنا به پیشنهاد مورخه ۸۳/۵/۸ وزارت اطلاعات و به استناد اصل ۱۳۸ قانون اساسی شکل گرفت و اجرایی شد. عناوینی چون «جمعیت»، «انجمن»، «کانون»، «مرکز»، «گروه»، «مجمع»، «خانه»، «مؤسسه» می‌توانند به جای واژه «سازمان» و تشکلهای غیردولتی به کار گرفته شوند. تشکلهای می‌توانند با موضوع فعالیت و اهداف مشترک با رعایت آیین‌نامه مذکور به صورت شبکه درآیند و یا به عضویت سازمان‌های بین‌المللی درآیند. شبکه‌ها یا حتی تشکلهای فعال در راستای تحقق خواسته‌های مشروع اعضای خود؛ بسته به اعتبار و صلاحیت خود و گسترش فعالیت و تعامل آنها یا دیگر تشکلهای قابلیت‌های قانونی بسیار دارند؛ از انتشار نشریه و برگزاری گردهمایی تا تصمیم‌سازی و مشارکت در تصمیم‌گیری‌های دولتی و حتی اعطای طرح و لوایح به دولت یا مجلس و حتی تقاضای اصلاح در قوانین موضوعه کشور.

در ایران به آن سازمان مردم‌نهاد (به اختصار: سمن یا تشکل غیردولتی) می‌گویند. سازمان‌های مردم‌نهاد، اساساً با تأکید بر ۳ اصل داوطلبانه، غیرانتفاعی و غیرسیاسی تشکیل و تأسیس می‌شوند.

بردجه سازمان‌های مردم‌نهاد از راه‌های ذیل تأمین می‌گردد:

- کمک و هدایای مردمی
- وقف و حبس
- کمک‌های مالی از سازمان‌های دولتی و غیردولتی
- کمک‌های مالی از سازمان‌های بین‌المللی یا رعایت مقررات مربوطه
- وجوه حاصل از فعالیت‌های سازمان و انجام پروژه در چارچوب اهداف و اساسنامه و آیین‌نامه سازمان
- حق عضویت در سازمان

بدیهی است هر مؤسسه یا بنیاد غیردولتی با توجه به نیاز اعضای خود، موضوع فعالیت مشخصی را پی می‌گیرد، موضوعاتی مانند: دین، آموزش، بهداشت، محیط زیست، اشتغال، فرهنگ، هنر، جوانان، کودکان، زنان، سالمندان و یا موضوعات تخصصی و علمی. مهمترین اهداف شکل‌گیری سازمان‌های مردم‌نهاد می‌تواند:

- اهداف انسان دوستانه
- احساس نیاز یا تجربه شخصی در برخورد با معضلات اجتماعی
- دستورات و سفارشات بزرگان در نیکوکاری و حرکت‌های انسان دوستانه باشد.
- تشکل‌های غیر دولتی برای ادامه فعالیت خود نیازمند ویژگی‌هایی هستند که ضامن بقا و موفقیت آنهاست، خودجوشی و نیاز طبیعی، اهداف مشترک اعضا، قانونمندی، برنامه و فعالیت مدون، مشارکت و جلب مشارکت (عضوپذیری)، استقلال از آن جمله هستند.
- اگرچه انجمن‌های داوطلبانه شهروندان در سراسر تاریخ وجود داشته‌اند، سازمان‌های غیردولتی اغلب به همان منوال که امروزه، به ویژه در سطح بین‌الملل دیده می‌شوند، در

دو قرن اخیر توسعه یافته‌اند. یکی از اولین سازمان‌های ابتیجیتی، صلیب سرخ جهانی و هلال احمر جهانی است که در سال ۱۸۶۳ تأسیس شد. عبارت «سازمان‌های غیردولتی» با تأسیس سازمان ملل متحد در سال ۱۹۴۵ که مفاد آن در ماده ۷۱ از فصل ۱۰ منشور سازمان ملل آمده‌است، به وجود آمد.

شبکه ملی سازمان‌های مردم نهاد ایران در شهریور ماه ۱۳۹۰ در حاشیه هشتمین همایش سالانه سازمان‌های مردم نهاد ایران که با حضور نزدیک به ۱۵۰ سازمان مردم نهاد کشور در شهر ساری برگزار شد شکل گرفت. در انتخابات انجام شده نماینده ۹ تشکل به عنوان هیأت مؤسس این شبکه انتخاب گردیدند و مقرر گردید شبکه ملی سازمان‌های مردم نهاد ایران را که ساختاری غیردولتی، غیرانتفاعی و غیرسیاسی است را ثبت و انتخابات اولین هیأت مدیره را برگزار نمایند.

بر اساس آخرین اطلاعات بیش از ۱۷ هزار سازمان مردم نهاد (سمن) ثبت شده در کشور وجود دارد که با توجه به تعریف گسترده سلامت همه آنها را می‌توان فعال در حوزه سلامت فرض کرد. سمن نمادی نظام‌مند از مشارکت مردم است و در متون به عنوان میانجیان مشارکت مردم مطرح هستند. با این که در سال‌های اخیر سیاست‌های حمایتی دولت از این نهادها کم رنگ شده است، بررسی‌های به عمل آمده از عملکرد سازمان‌های مردم نهاد نشان می‌دهد که این سازمان‌ها هم اقدامات مهمی را انجام داده‌اند و هم ظرفیت بالقوه‌ای برای توسعه کشور دارند. در این قسمت قصد آن بوده که نمونه‌ای از عملکرد سمن‌ها را توضیح دهیم و انتخاب نمونه «مؤسسه همیاران غیردولتی ایران (غدا)» به دلیل نقش تسهیل‌گر و توانمندساز این مؤسسه برای سایر سمن‌ها بوده است.

مؤسسه همیاران غیردولتی ایران (غدا)

مؤسسه همیاران غیردولتی ایران (غدا) یک مؤسسه مستقل، غیردولتی، غیرسیاسی، غیرانتفاعی، داوطلب و عام‌المنفعه است. این مؤسسه فعالیت خود را به طور غیررسمی از سال ۱۳۷۶ و به طور رسمی از سال ۱۳۷۹ آغاز کرده است. فعالیت‌های اصلی مؤسسه در بدو تأسیس غالباً بر ظرفیت‌سازی و توانمندسازی تشکلهای مردمی و از سال ۱۳۸۱ بر فعالیت‌های اجرایی توسعه مشارکتی از طریق توانمندسازی جامعه محلی متمرکز بوده است. مؤسسه همیاران غدا به صورت تخصصی خود را تسهیل‌گر برنامه‌های توسعه پایدار و برنامه‌های مداخله اجتماعی-اقتصادی می‌داند. طرح‌های انجام شده به صورت الگو یا پیشاهنگی این مؤسسه به شرح زیر است:

- توسعه مشارکتی و تشکیل صندوق اعتبار خرد در بافت فرسوده‌ی اردکان در مناطق کوشک نو، علی‌بیگ و چرخاب (۱۳۸۰ تا به امروز)؛
- توانمندسازی سکوتگاه غیررسمی نوده در شهر مشهد (اولین طرح الگوی ساماندهی سکوتگاه غیررسمی کشوری ۱۳۸۵-۱۳۸۲)؛
- حفظ باغ شهر بم و ایجاد معیشت پایدار از طریق صندوق اعتبارات خرد (۱۳۸۳ تا به امروز)؛
- پایش مشارکتی جنگل‌های صفارود و تسهیل‌گری مدیریت مشارکتی جنگل توسط سازمان جنگل‌ها، مراتع و آبخیزداری چالوس، شرکت تعاونی صفارود و روستاییان جنگل‌نشین (۸۶-۱۳۸۲)؛
- تجدید حیات اقتصادی-اجتماعی در دو روستای صد در صد تخریب‌شده‌ی ازنا و کلنگانه در بخش سیلاخور استان لرستان در دستیابی به توسعه پایدار (۱۳۸۷-۱۳۸۴)؛

- محله دوستدار کودک- محله هرنیدی منطقه ۱۲ شهر تهران (۱۳۸۷) تا به امروز؟
 - طرح دستیابی به الگوی احیای بافت‌های با ارزش با مشارکت کلیه ذینفعان با توجه ویژه به ساکنین بافت (۱۳۸۷) تا به امروز؟
- در اجرای طرح‌ها و برنامه‌های مداخله اهم فعالیت‌هایی که توسط تیم کارشناسان مؤسسه انجام می‌شود عبارتند از:
- انجام مطالعات اقتصادی، اجتماعی و جمعیتی؛
 - تهیه نقشه فقر؛
 - بسترسازی برای جلب مشارکت مردم؛
 - بسیج اجتماعی و تشکیل سازمان محلی برای اجرای برنامه‌های مداخله؛
 - نیازسنجی مشارکتی و طراحی و اجرای برنامه‌ی مداخله با همکاری مردم؛
 - تشکیل و راه‌اندازی صندوق اعتبارات خرد، صندوق توسعه محلی و بسیج گروه‌های خودیار؛
 - برپایی کارگاه‌های آموزشی و ظرفیت‌سازی برای مردم اجتماعات محلی؛
 - برپایی کارگاه‌های آموزشی برای مقامات دولتی، غیردولتی و بخش خصوصی؛
 - فعالیت‌های اعتمادسازی میان تمام ذینفعان به منظور ایجاد بستر همکاری‌های بین بخشی در سطوح محلی و منطقه‌ای؛
 - تسهیل‌گری و ایجاد بستر همکاری‌های بین‌بخشی و جلب مشارکت تمام ذینفعان (دولتی، غیردولتی؛ بخش خصوصی و خیرین) در مراحل طراحی، برنامه‌ریزی و اجرا؛

- تشکیل کمیته‌های راهبری در راستای ساماندهی مداخلات اجتماعی و نیازهای الویت‌بندی‌شده اجتماعات محلی با توجه به مقتضیات طرح؛
- اجرای برنامه‌های ارزیابی مشارکتی با مردم و سایر ذینفعان؛
- اجرای کارگاه‌های آموزشی مدیریت بحران؛
- اجرای طرح‌های پژوهش اجتماعی کیفی با مشارکت شهروندان و ساکنین محلات در حوزه مدیریت شهری؛ تألیف و انتشار کتب مختلف در حوزه توانمندسازی جوامع محلی؛
- تهیه فیلم مستند از طرح‌های پیشاهنگ مؤسسه.

این مؤسسه علاوه بر فعالیت‌های خود به اقدامات ترویجی در دو سطح ملی و منطقه‌ای می‌پردازد که این فعالیت‌ها شامل فعالیت‌های مشاوره و کارشناسی، برنامه‌های ظرفیت‌سازی از طریق برپایی کارگاه‌های آموزشی، برپایی سمینار و نشست، ایراد سخنرانی، انتشار کتب و مقالات، شبکه‌سازی و عضویت در شبکه‌های مختلف می‌باشد.

سایر تجربیات مشارکت مردم در کشور

در ادامه مهمترین تجربیات سه دهه گذشته جمهوری اسلامی ایران در پروژه‌های مشارکت مردمی در سلامت بررسی شده که فهرست این مطالعات در پایان کتاب آمده است و در مجموع هفت پیام مرتبط به مزایای مشارکت جامعه استخراج شده است. این پیام‌ها به طور عمده به دو سؤال جواب می‌دهند:

۱. مشارکت جامعه چه سودمندی‌هایی برای جامعه در پی دارد؟

۲. مشارکت جامعه چگونه ارتقا می‌یابد؟

پیام‌های نتیجه‌گیری شده به شرح زیر است:

- پیام ۱: انتخاب درست کارکنان توسط مردم محلی، آموزش‌های مورد نیاز، پایش و بازخوراند موجبات مشارکت مؤثر جامعه در استفاده از خدمات را فراهم می‌کند. (۱۸)
- پیام ۲: مشارکت مردم در تعیین اولویت‌های جامعه محلی، برنامه‌ریزان را به استفاده از رویکرد عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت نزدیک می‌کند و همکاری بین‌بخشی را ارتقا می‌بخشد. (۱۹، ۲۰، ۲۱)
- پیام ۳: درگیر کردن افراد اثرگذار محلی در مداخلات جامعه محور منجر به اثر بخش شدن برنامه‌ها می‌شود. (۲۲)
- پیام ۴: مشارکت جامعه موجب ارتقای کیفیت خدمات ارایه شده می‌شود. (۲۳)
- پیام ۵: ایجاد و تقویت ساختارهای محلی و غیرمتمرکز، استمرار مشارکت مردم را موجب می‌شود. (۲۴)
- پیام ۶: توسعه فرهنگ سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد در مسزولان موجبات ارتقای مشارکت مردم و اجرای سریع مداخلات اجتماعی را فراهم می‌کند. (۲۵)
- پیام ۷: مشارکت مردم موجب تدوین مداخلاتی متناسب با فرهنگ جامعه می‌شود. (۱۵)

خانه مشارکت مردم در سلامت، تجربه استان قزوین

سال ۱۳۸۶ با محوریت استانداری قزوین و کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی استان برنامه جامع سلامت استان قزوین در ۱۸ مؤلفه اجتماعی مؤثر بر سلامت تدوین و تصویب شد. همزمان از گروه‌های مختلف مردمی در پنج شهرستان استان قزوین نیازهای سلامت استخراج شد و در برنامه منظور شد. برای نهادینه کردن مشارکت مردم در استقرار برنامه مصوب، خانه مشارکت مردم در سلامت استان به تصویب شورای برنامه‌ریزی و توسعه استان رسید. اهداف این خانه به شرح زیر است:

- تسهیل دستیابی به اهداف برنامه جامع سلامت استان
- توانمندسازی مردم در ارتقای سلامت خود و محیط
- استقرار نظامی برای دسترسی آسان به گروه‌های مردمی به ویژه گروه‌های آسیب‌پذیر و مشارکت آنان در تدوین، اجرا و پایش و ارزشیابی طرح‌های ارتقای سلامت استان

خانه مشارکت مردم شامل دو رکن اصلی دبیرخانه و شورا است. رییس شورای مشارکت مردمی از بین اعضای آن به مدت ۲ سال بدون تکرار انتخاب می‌شود و دبیر شورا رییس مرکز بهداشت استان است.

اعضای شورای مشارکت مردمی نمایندگان تشکلهای مردمی موجود در سطح استان هستند و به شرح زیر پیش‌بینی شده است:

- رییس استانی شورای اسلامی شهرها و روستاهای استان
- نماینده منتخب سازمان‌های مردم نهاد (در هر گروه تخصصی یک سمن منتخب)
- نماینده بهروزان

- نماینده رابطین بهداشتی
 - نماینده هیأت‌های مذهبی استان
 - نماینده ورزشکاران استان
 - نماینده کارگران استان
 - نماینده بسیج استان
 - نماینده خیرین استان
 - نماینده شهرداران و دهیاران
 - نماینده انجمنه جمعه، روحانیون مستقر و مبلغین دوره‌ای
 - نماینده هنرمندان استان (نقاشی، هنرهای تجسمی، موسیقی، فیلم و تئاتر)
 - نماینده انجمن‌های صنفی و کارفرمایی
 - نماینده آموزشیاران نهضت سوادآموزی
 - نماینده کانون معلمان
 - نماینده انجمن اولیاء و مربیان
 - نماینده هیأت امنای روستایی
 - نماینده حامیان کمیته امداد
 - نماینده تسهیل‌گران سمن‌های سازمان بهزیستی
 - نماینده کانون بازنشستگان کشوری و لشکری
 - نماینده دانشجویان و دانش‌آموزان استان
- این شورا وظیفه دارد برنامه‌های راهبردی و سالانه مشارکت گروه‌های مردمی استان و تأمین منابع مالی آن از طریق مشارکت خیرین را پی‌گیری کند و بین شبکه‌ها بر پایه

برنامه‌های راهبردی و سالانه از طریق نماینده عضو شورا تقسیم کار کند. ایفای نقش «صدای شبکه» با استفاده از ابزار تحقیقاتی (بیان مشکلات و نحوه پیشرفت برنامه‌های سلامت) دیگر وظیفه این شورا است.

برای هر عضو شورا نظام دسترسی به اعضای شبکه در سطح پنج شهرستان معلوم شده است. این عضو از طریق شبکه متاظر خود در شهرستان توزیع نظام‌مند پیام‌های شیوه زندگی سالم، دریافت اختیار پیشرفت سلامت استان و انعکاس آن به اعضای شبکه، ارایه پیشنهادات خلاق و نوآورانه برای ارتقای سلامت مردم و تصویب برنامه‌های مشارکت مردمی و توانمندسازی محلی مردم را بر عهده دارد. دبیرخانه «خانه مشارکت مردم در سلامت» در مرکز بهداشت استان قرار داشته و منابع مالی آن از طریق منابع خیریه و محل مشارکت‌های مردمی تأمین می‌شود.

مهمترین اقدامات خانه مشارکت مردم در دو سال اول شکل‌گیری آن، برگزاری کارگاه‌های آموزشی توانمندسازی ویژه اعضای شبکه در سطح شهرستان‌ها، برگزاری هشت همایش درون شبکه‌ای برای تدوین میثاق‌نامه‌های عمل شهرداران، دهیاران، هیأت‌های مذهبی، آموزشیاران نهضت سوادآموزی، بخش خصوصی، انجمن جمعه و روحانیون، شوراهای اسلامی شهرها و سمن‌ها، انتقال مطالبات مردم به شوراهای استانداری، راه‌اندازی تابلوهای اطلاع‌رسانی ثابت برای پیام‌های سلامت در ۳۶۰ روستا و ۲۵ شهر و عضویت اعضای شورا در هفت کارگروه تخصصی استانداری است.

تحلیلی بر راهبرد مشارکت مردم در سلامت کشور

نقشه تحول نظام سلامت در سال ۱۳۹۰ تدوین و به تصویب مراجع ذیربط رسید. در مستندات پشتیبان این نقشه طرحی با مشارکت ذینفعان و منتخبان کشوری انجام شد که راهبرد مشارکت مردم در کشور را تحلیل کرد و مداخلات آینده‌نگر برای توسعه این راهبرد را پیشنهاد داد، در ادامه خلاصه‌ای از تحلیل وضعیت موجود و سپس مداخلات مصوب آمده است:

«مشارکت مردم در بخش سلامت از حیث حمایت صریح در قوانین و اسناد بالادستی کشور در سطح مطلوبی قرار دارد و در سال‌های آتی کار در حوزه عملیاتی کردن این قوانین و مقررات راهکار اصلی خواهد بود. با توجه به تعریف مشارکت مردم در این مستند از دیدگاه خیرگان و علی رغم تجربیات موفق در سه دهه گذشته، وضعیت به کارگیری این راهبرد در زمان کوتاهی نسبت به حالت ایده‌آل ضعیف ارزیابی می‌شود و به طور کلی شرایط وزارت بهداشت برای استقرار این راهبرد در سطح کشور از حیث داشتن «رسالت و هدف، مدیریت مؤثر، سازوکار شفاف، ساختار قوی و منابع» برای مشارکت مردم در وضعیت ضعف قرار دارد تا قوت. بنابراین در سال‌های ابتدایی لازم است از راهبردهای تقویت درونی این پنج مؤلفه استفاده شود. تحلیل محیط بیرونی برای توسعه راهبرد مشارکت مردم نشان می‌دهد که محیط نزدیک در وضعیت فرصت است ولی محیط دور در وضعیت تهدید قرار دارد. به عبارت دیگر خود مردم چه به عنوان میانجی و چه عامه مردم درون محیط نزدیک در وضعیت فرصت است تا تهدید اما عوامل کلان مؤثر در مشارکت مردم شامل مؤلفه‌های اقتصادی، اجتماعی، سیاسی، زیست محیطی و فن آوری و بین المللی در وضعیت تهدید قرار دارند. با توجه به تحلیل وضعیت از دیدگاه خیرگان، دورنمای پیشنهادی برای مشارکت مردم

عبارت است از؛ در ۱۴۰۴ سامانه‌های مشارکت مردم در سلامت از سطح وزارتخانه، دانشگاه‌ها، شهرستان‌ها تا محله استقرار یافته و کلیه برنامه‌های سلامتی با مشارکت مردم طراحی، اجرا و ارزشیابی خواهد شد. برای دستیابی به این دورنما اصلاح یا وضع مقررات اجرایی جدید در سطح بخش سلامت، تدوین برنامه‌های جامع در سطح استان‌ها، طراحی و ابلاغ دستورالعمل‌های مشارکت مردم، توانمندسازی سطوح مدیران ارشد و کارشناسان ستادی و استانی و سیاست‌های تشویقی برای استقرار هر چه بهتر این راهبرد پیشنهاد شده است.»

اهداف راهبردی و مداخلات مندرج در نقشه تحول نظام سلامت

از مجموع ۱۵ سیاست مصوب در نقشه تحول نظام سلامت سیاست شماره چهارم به طور مستقیم مربوط به موضوع مشارکت مردم است:

«افزایش آگاهی، مسئولیت‌پذیری، توانمندی و مشارکت ساختارمند و فعالانه فرد، خانواده و جامعه در تأمین حفظ و ارتقای سلامت با نظارت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی»

براساس این سیاست و نتایج کارگروه ویژه این سیاست، اهداف راهبردی و مداخلات مندرج در نقشه تحول به شرح زیر است:

اهداف راهبردی مشارکت مردم و سواد سلامت در آفاق ۱۴۰۴

۱- حداقل ۵۰٪ از گروه‌های جمعیتی تحت پوشش مراکز سلامت شهری و روستایی از مهارت‌های لازم برای کار گروهی در نهادهای مرتبط سلامت برخوردار باشند و به عنوان عضو فعال در این نهادها مشارکت داشته باشند. اهم این گروه‌ها عبارتند از:

- نوجوانان و جوانان پسر و دختر (۲۴-۱۰)
 - میانسالان زن و مرد (۶۴-۲۵)
 - سالمندان زن و مرد (۶۵ سالگی به بالا)
- ۲- حداقل ۷۵٪ افراد جامعه یا ولی آنها از حداقل سواد سلامت متناسب با نیاز فرد برخوردار باشند. (دسترسی، درک، تجزیه و تحلیل اطلاعات و خدمات و تصمیم‌گیری درست در مورد سلامت خود، خانواده و جامعه)
- ۳- ۱۰۰٪ از افراد جامعه، نهادها و سازمان‌های سلامت محلی حداقل در یکی از محورهای زیر فعال باشند:
- فرایند حل مشکل سلامت در جامعه شامل: نیازسنجی، تعیین اولویت، تدوین مداخله، اقدام و ارزشیابی
 - آموزش موضوعات سلامت به جامعه به خصوص گروه‌های آسیب‌پذیر
 - تدوین و ترویج سیاست‌ها و برنامه‌های ارتقای سلامت و عدالت در سلامت از طریق وسایل ارتباط جمعی و گفتگو با سیاست‌مداران، برنامه‌ریزان و مدیران نظام سلامت
 - تشویق نیکوکاران برای تأمین منابع مالی نظام سلامت
- ۴- حداقل ۸۰٪ مطالبات مردم در زمینه سلامت با نیازهای واقعی تطابق داشته باشد.
- ۵- حداقل ۵۰٪ مشارکت خیرین سلامت در راستای ارتقای سلامت، پیش‌گیری و غربالگری بیماری‌های شایع در جامعه باشد.
- ۶- حداقل ۹۰٪ افراد جامعه از حضور خود یا نمایندگان آنها در عرصه سلامت احساس رضایت نمایند.



مداخلات اساسی برای دستیابی به اهداف راهبردی مشارکت مردم و سواد سلامت در افق ۱۴۰۴

(۱) مداخلات سطح ملی

- انتصاب نمایندگان مردم در گروه‌های مختلف شغلی، قومی، سنی و جنسی در کلیه شوراهای تصمیم‌گیری از سطح ستادی تا شهرستان و محلات
- تقویت توانمندسازی جامعه و ارتقای سلامت در محیط‌های کار و سایر اجتماعات از قبیل مدارس، سربازخانه‌ها، مساجد و
- تدوین و اجرای «برنامه‌های جلب حمایت» برای تغییر در مقررات و قوانین با هدف ارتقای مشارکت مردم
- توانمندسازی شوراهای اسلامی شهر و روستا در مشارکت شبکه‌ای مردم برای توسعه
- ایجاد شوراهای مردمی مشارکت در سلامت محلات و مناطق شهری
- تدوین و استقرار برنامه بازاریابی اجتماعی در مورد «ارزش کار داوطلبانه و مشارکت» برای مردم
- طراحی و اجرای برنامه‌های جلب حمایت ساختارهای قدرت در جامعه از جمله مسؤولان قوای سه‌گانه و مدیران سطوح میانی برای گنجاندن عملی مفاهیم مشارکت مردم در کلیه عرصه‌ها
- تقویت همکاری‌های بین‌بخشی

- توانمندسازی افراد کلیدی و مرجع در جوامع محلی
- طراحی و اجرای برنامه‌های جلب حمایت ساختارهای قدرت در جامعه از جمله مسؤولان قوای سه گانه و مدیران سطوح میانی برای گنجاندن عملی مفاهیم مشارکت مردم در کلیه عرصه‌ها
- نهادینه کردن «ساختار مشارکت مردم و همکاری بین‌بخشی» در کلیه سازمان‌های دولتی
- طراحی و استقرار ساز و کار مناسب به منظور تسهیل مشارکت مردم در رفع نیازهای گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه
- تدوین ساز و کار هدایت مسؤولیت اجتماعی «شرکت‌ها» در ارتقای سلامت جامعه
- ترویج الگوهای موفق توانمندسازی اجتماع محور برای مردم و مجریان
- تهیه و تولید و انتشار برنامه‌های ترویجی پایدار برای ارتقای مشارکت و سواد سلامت از طریق رسانه‌های جمعی
- طراحی و استقرار نظام پاسخگویی و بازخورد در کلیه بخش‌های دولتی، خصوصی و غیردولتی —
- تهیه و به روزرسانی بانک‌های اطلاعاتی از توانایی‌های مردمی و میانجیان مشارکت مردم
- اولویت دادن به پروژه‌های اعتمادسازی در تخصیص اعتبارات در کلیه دستگاه‌ها
- توانمندسازی سیاست‌گذاران، برنامه‌ریزان، مدیران و ارایه‌کنندگان خدمات

- تقویت ارتباطات منطقه‌ای و بین‌المللی در زمینه تبادل تجارب و شبکه‌سازی
- طراحی و توسعه و به روزآمدی شاخص‌ها و استانداردها و معیارهای مناسب به منظور سنجش سطح توانمندی مردم و سواد سلامت
- تقویت تمرکز زدایی و دادن اختیار و مسؤلیت به واحدهای محیطی به منظور تسهیل در امر توانمندسازی جامعه
- توسعه برنامه‌ها و پژوهش‌های مبتنی بر مشارکت جامعه
- ارزیابی و استانداردسازی رسانه‌ها در ارتباط با مباحث سواد سلامت و مشارکت مردم
- ایجاد انجمن‌های علمی و مرتبط با مشارکت مردم و سواد سلامت

۲) مداخلات سطح بخشی (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)

- تدوین و استقرار نقشه مهندسی فرهنگ سلامت کشور با مشارکت دستگاه‌ها
- تعیین سهم و نقش دستگاه‌ها (همکاری بین‌بخشی) در ارتقای سواد سلامت و مشارکت مردم در سلامت و تصویب آن در شورای عالی سلامت
- مشارکت دادن مردم با مکانیزم‌های مناسب در شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور و کارگروه‌های تخصصی سلامت و امنیت غذایی استان‌ها و شهرستان
- طراحی و اجرای برنامه‌های ارتقای نگرش و آگاهی‌های عمومی در مورد مزایای مشارکت در برنامه‌های سلامت برای گروه مخاطب مردم و مسؤولان (در رده‌های سنی، سازمان و...)

- آموزش سازمان‌های مردم‌نهاد و شوراهای اسلامی شهر و روستا در زمینه ارتقای مشارکت آنان در سلامت
- اطلاع‌رسانی به مردم از تسهیلات و شیوه‌های مشارکت در بخش سلامت
- تدوین و استقرار سیاست مشارکت بخش خصوصی و صنعت در فرایند ارتقای مشارکت مردم و سواد سلامت با مشارکت دستگاه‌های ذیربط
- ارزشیابی، اعتبارگذاری و رتبه‌بندی سازمان‌های دولتی، غیردولتی و سمن‌ها در ارتباط با مشارکت مردم و ارتقای سواد سلامت
- پایش و ارزیابی مستمر قابلیت کمی و کیفی مشارکت مردم، سواد سلامت و به کارگیری نتایج آن در طراحی الگوهای مناسب فرهنگ و رفتار فردی (شاخص‌های پیشنهادی در پیوست ۱ آمده است).
- ایجاد مراکز رشد و پارک‌های فناوری مرتبط با ارتقای مشارکت مردم و سواد سلامت آموزش
 - شبکه‌سازی نهادهای اجتماع محور به منظور انتقال تجارب
 - ارتقای کیفیت خدمات بخش سلامت به منظور اعتمادسازی و جلب مردم برای مشارکت
-
- برگزاری جشنواره‌های مستمر برای معرفی و تقدیر از افراد و نهادهای موفق در جلب مشارکت همه جانبه مردم و سواد سلامت
- توانمندسازی گروه‌های آسیب پذیر جهت جلب مشارکت و ارتقای سواد سلامت آنها

- توسعه محیط‌های حامی سلامت (مساجد، فرهنگسراها، حوزه‌های علمیه، مدارس، پایگاه‌های بسیج و...)
- شناسایی، احیا و ترویج هنجارهای موجود در فرهنگ دینی و بومی کشور مرتبط با سلامت (از قبیل زکات، وقف و نذورات و ...)

خلاصه بخش سوم

- مسیر همکاری بین‌بخشی از مشارکت مردم می‌گذرد، به عبارت دیگر یکی از روش‌های ترویج و استقرار همکاری بین‌بخشی، توسعه مشارکت‌های مردمی و توانایی نفوذ آنها در سایر بخش‌ها است.
- بین مشارکت مردم و تحقیق مشارکتی با مردم تفاوت وجود دارد.
- یکی از مزایای مشارکت مردم توسعه خلاقیت و ابتکار در جامعه است.
- دستگاه کلیدی برای توسعه مشارکت مردم وزارت کشور است چراکه به نماد مهم مشارکتی شوراهای اسلامی شهر و روستا، شهرداری‌ها و سازمان‌های مردم‌نهاد از سوی این وزارتخانه سیاست‌گذاری و نظارت می‌شود.
- زمانی که اهداف مشارکت مردم از سوی افرادی از بیرون تعریف بشوند، فقط می‌توان جامعه را در راستای اجرای آن بسیج کرد که منجر به توانمندی نخواهد شد، این موضوع مخصوصاً در مراقبت‌های سلامت صادق است.
- اگر سازمان‌های سلامت فقط بر برنامه کاری خود و همین‌طور فقط بر اطلاعات خود تأکید کنند و در ارزیابی سلامت به عقیدت و بینش مردم جامعه توجهی ننمایند، موجب کاهش مشارکت مردم خواهند شد.
- سازمانی می‌تواند در جلب مشارکت جامعه موفق باشد که، فضا و اتمسفر مشارکتی ایجاد و دیدگاه مشارکتی را در بین مدیران و سیاست‌گذاران خود جاری نماید.

- جلب اعتماد مردم پیش از جلب مشارکت آنها باید اتفاق بیفتد، یافتن تشکل‌ها و سازمان‌های مردمی مورد اعتماد جامعه، می‌تواند مشارکت را تسهیل و تسریع نماید.
- مردم محلی به زمان و تجربه نیاز دارند تا بتوانند از سد عدم اعتماد بنفس عبور کنند.
- منابع نقش کلیدی در تغییر نتایج و نگرش‌ها دارند.
- وجود الگوهای خوب مشارکت مردم آنگقدر ارزشمند هستند که وجود رهبری مؤثر.
- تجربه مثبت خود مراقبتی و حمایت از خود در زمینه مسایل و یا بیماری‌های مشخص مثل دیابت و آیدز نشان می‌دهد که مردم معمولاً حول محورها و اهداف مشخص و کاملاً روشن به خوبی مشارکت می‌کنند.
- آگاهی از مشکلات، عزم مردم را برای ایجاد تغییر و بهبود شرایط راسختر می‌کند. بدون توزیع مناسب و به موقع اطلاعات نمی‌توان انتظار داشت مشارکت جامعه محقق شود.
- مشارکت و توانمندی، زمانی امکان‌پذیر است که رهبری خوبی برای جلب مشارکت وجود داشته باشد. اساساً مشارکت، فرایندی نیست که خود به خود اتفاق بیفتد، بلکه نیازمند هدایت و رهبری است. ممکن است این هدایت را سازمان‌های غیردولتی و یا معتمدان مردم بر عهده بگیرند.
- در هر زمانی که سازمان‌های اجتماعی خوبی وجود داشته و به مسأله مشارکت نه به عنوان محصول یا دستاورد، بلکه به صورت یک فرایند نگاه کرده‌اند، نتایج خوبی به بار آورده است. قطعاً تعهد مدیران ارشد و نگرش آنان نسبت به عقاید و

دیدگاه‌های مردم، می‌تواند در نهادینه شدن نگرش مشارکتی در سازمان‌ها، مؤثر باشد.

- مشارکت جامعه دنیای جدیدی از منابع را در جهت رسیدن به اهداف سلامت و به ویژه سلامت اجتماعی، به روی ما می‌گشاید.
- تحلیل وضعیت مشارکت مردم نشان می‌دهد که علی‌رغم وجود تجربیات پراکنده در زمینه مشارکت مردم به ویژه در حوزه سلامت، راه درازی برای نهادینه‌سازی این رفتار در جامعه وجود دارد؛ از یک سو باید تلاش شود باور و تعهد عملی مسئولان نسبت به فواید مشارکت همه جانبه مردم در توسعه پایدار و پیشرفت کشور به وجود آید و از سوی دیگر رفتار مشارکتی به عنوان رفتار اجتماعی سالمی ترویج شده و نهادینه شود چراکه نفع آن هم به فرد برمی‌گردد و هم به جامعه.

منابع

فصل اول

۱. کلینتون، اندرو و همکاران. توانمند سازی مردم برای مشارکت. انتشارات روستا و توسعه. ۱۳۸۳
۲. متولیان و همکاران (۱۳۸۵). گزارش ارزشیابی ابتکارات جامعه محور در جمهوری اسلامی ایران. نشر مشترک سازمان جهانی بهداشت و مرکز سلامت محیط و کار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۳. رفیعی فراهی، شهرام. پاریسی، سعید و همکاران. تحقیق در ارتقای سلامت. دفتر اروپایی سازمان جهانی بهداشت. ۱۳۸۰
۴. دماری، بهزاد. اصول و فنون مدیریت در سازمان‌های مردم نهاد حامی سلامت. انتشارات طب و جامعه. ۱۳۸۹ (زیر چاپ)
۵. دماری، بهزاد و همکاران. گزارش تحلیل نظام تولید و طراحی نظام نامه کاری سیاست گذاری در سلامت. مرکز اسناد راهبردی وزارت بهداشت، معاونت هماهنگی و دبیر مجامع وزارت بهداشت. ۱۳۸۶
۶. شورای پژوهش سلامت برای توسعه، مشارکت جامعه در راهبرد ضرورت‌های بهداشت ملی، مرکز ملی تحقیقات علوم پزشکی کشور، تابستان ۸۲
۷. هالپی، جان. برقراری ارتباط برای بهداشت. مترجم سعید پاریسی. انتشار معاونت سلامت وزارت بهداشت. ۱۳۷۸
8. http://who.int/health_promotion/conferences/previous/otawa/en/index1.htm
9. World Health Organization. Declaration of Alma-Ata. Adopted at the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978
10. WHO (1978). "Alma Ata 1978: Primary Health Care". HFA Sr. (1).
11. WHO (2008). *The World Health Report 2008: Primary Health Care, Now More Than Ever*
12. Olico-Okui, community participation: an abused concept? University Institute of Public Health, Uganda
13. Commission on social determinants of health. *Closing the gap in a generation, Health equity through action on the social determinants of health*. World Health Organization 2008

14. Z. Murray, *COMMUNITY PARTICIPATION IN PUBLIC HEALTH PLANNING*. School of Public Health, Griffith University, Australia *Proceedings: 8th World Congress on Environmental Health*; 22, 27 February 2004
15. Arnstein, S.R (1969). *A ladder of citizen participation.*, American Institute of Planners Journal, Vol 35, July pp.216 - 224
16. Karen A. Lehman. "An Instrument to Measure the Level of Community Participation in Community-based Health Initiatives: a tool for participatory planning and process monitoring. Presented at the Third Annual CCPH National Conference, Leadership for Healthier Communities and Campuses, Seattle WA, March 27-30, 1999.
17. James F. McKenzie , at al. *Planing implementation & evaluation health promotion programs*. 2005 Person Education
18. Marnot Michael. *Social determinants of health inequalities*. Lancet 2005; 365: 1099-104
19. *World Health Organization Secretariat of the Commission on Social Determinants of Health ,A background paper prepared for the Commission on Social Determinants of Health March 2005*

فصل دوم

۱. دماری بهزاد (۱۳۸۹). اصول و فنون مدیریت پروژه در نظام سلامت. چاپ دوم. نشر طب و جامعه
2. Bradshaw, J.R. (1972) 'The concept of social need', *New Society*, 496, 640-643
3. *Social network*. From Wikipedia, the free encyclopedia. This page was last modified on 27 July 2012 at 01:10.
4. Erik Blas at al. *Social Determinant approaches to public health, from concept to practice*. WHO, 2011
5. Burns, D. Taylor, M 2000, *Auditing community participation , an assessment handbook*, The Policy Press, Britain

فصل سوم

۱. لوح حق. قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران. مرکز پژوهش های مجلس شورای اسلامی
۲. سیاست های کلی نظام اداری کشور، ابلاغیه مورخ ۱۳۸۹/۰۲/۰۱
۳. نقشه جامع علمی سلامت کشور. مصوب شورای عالی انقلاب فرهنگی، ۱۷ اسفند ۸۹
۴. نقشه تحول نظام سلامت مبتنی بر الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت. شورای سیاست گذاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. ۱۳۹۰
۵. نیک نیاز علیرضا، بهجت حسین (۱۳۸۵). گزارش آرایه الگوی مشارکت مردم در مدیریت سلامت (مبتنی بر برنامه داوطلبین بهداشتی) تبریز. واحد کشوری اصلاحات در نظام سلامت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

۶. صندوق کودکان سازمان ملل (یونسف) رابطان بهداشت در ایران، اقدام جمعی زنان در تأمین سلامت مردم حاشیه شهرها در جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۷۷، تهران
۷. سند پیش‌گیری از سوء مصرف مواد، ستاد مبارزه با مواد مخدر، فروردین ۱۳۹۰
۸. گزارش عملکرد چهارساله ی شهر تهران ۱۳۸۸-۱۳۸۴-۱۳۸۹ (تهران: معاونت تحقیقات و توسعه ی شهری شهرداری تهران)
۹. غفاری، غ. جسیل‌زاده، ابراهیم. ۱۳۹۰. مشارکتهای مردمی و امور شهری، تهران: معاونت امور اجتماعی و فرهنگی، اداره کل مطالعات اجتماعی و فرهنگی شهرداری تهران، انتشارات جامعه و فرهنگ
۱۰. پور موسی، س.م. ۱۳۹۰. مشارکت شهروندان و برنامه‌های اوقات فراغت، تهران: معاونت امور اجتماعی و فرهنگی، اداره کل مطالعات اجتماعی و فرهنگی شهرداری تهران، انتشارات جامعه و فرهنگ
۱۱. روایت خدمت، گزارش عملکرد چهارساله ی شهرداری تهران ۱۳۸۸-۱۳۸۴-۱۳۸۹، تهران: معاونت تحقیقات و برنامه‌ریزی توسعه ی شهری شهرداری تهران، موسسه نشر شهر
۱۲. دماری بهزاد (۱۳۹۱). اصول و فنون مدیریت سازمان‌های مردم نهاد حامی سلامت، نشر طب و جامعه
۱۳. ملک انضلی حسین (۱۳۷۰). وضعیت سلامت مادران و کودکان در جمهوری اسلامی ایران. چاپ و نشر نیاد
۱۴. شاهنده و همکاران. تعیین نیازها و اولویت منطقه ۱۷ شهرداری تهران، راهی برای برنامه‌ریزی مبتنی بر اطلاعات. کارنامه پژوهشی مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقای سلامت دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۳۸۵
۱۵. دماری ب، وینالو ع و مهram م. گزارش «تدوین برنامه جامع سلامت استان قزوین». انتشارات طب و جامعه، ۱۳۸۸
۱۶. ملک انضلی حسین و همکاران (۱۳۸۷). برنامه‌های تنظیم خانواده در جمهوری اسلامی ایران. نشر نخبگان.

۱۷. مجد زاده و همکاران. چهارچوب نظری پایگاه تحقیقات جمعیت: بستری برای اجرای برنامه‌های ارتقای سلامت. فصلنامه پایش. سال چهارم شماره دوم بهار ۱۳۸۴
۱۸. ملک انضلی حسین؛ انبخاری برادران انبخاری منیر. توانمندسازی جوانان جهت ارائه خدمت در مرکز مشاوره بهداشت باروری برای جوانان. مرکز تحقیقات بهداشت باروری. معاونت تحقیقات و فن آوری وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی با حمایت مالی انجمن تنظیم خانواده جمهوری اسلامی ایران
۱۹. دماری و همکاران (۱۳۸۹). خانه مشارکت مردم در سلامت، مدلی برای همکاری میانجیان مردم در ارتقای سلامت استان! مقالات اولین همایش ملی سلامت شهری
۲۰. طرح جامع سلامت استان قزوین (ضرورت، چگونگی و دستاردها). انتشارات دانشگاه علوم پزشکی قزوین. ۱۳۹۱
۲۱. دماری ب و همکاران (۱۳۹۰). گزارش سیاست های همکاری بین بخشی و مشارکت مردم برای ارتقای سلامت مردم در افق ۱۴۰۴ بخش سلامت. شورای سیاست گذاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۲۲. امیرخانی م؛ ابازی م گلنکابی م و همکاران. راهنمای توانمندسازی شهروندان و محلات شهر برای ارتقای سلامت. اداره مطالعات و پژوهش شهرداری. ۱۳۸۷
23. K. Shadpour (1994). *The PHC Experience in Iran*. Ministry of Health and Medical Education. Unicef Tehran, pp 129- 130
24. <http://blog.tums.ac.ir/sdhprc/category/uncategorized/wep-page.htm.1391/1/27>
25. <http://chpr.tums.ac.ir/page.aspx?id=۴۵۹/wep-page.htm.1391/1/27>
26. <http://iranngos.blogfa.com/post/3.1391/4/17>
27. <http://hamyaran.org/wep-page.htm.1391/1/29>
28. Malekafzali Bahreini F Alaeeddini F. *NEEDS ASSESSMENT AND PRIORITY SETTING IN HEALTH CARE AND RESEARCH, IN 10 UNIVERSITIES OF MEDICAL SCIENCES IN IRAN*. Undersecretary for Research, Ministry of Health & Medical Education. 2001
29. Malekafzali, Z Abdollahi, A Mafi and M Noghavi. *Community-based nutritional for reducing malnutrition among children under 5 years of age in the Islamic Republic of Iran*. Eastern Mediterranean Health Journal, Vol 6(2-3), pp.238-245, 2000

منابعی برای مطالعه بیشتر

1. Pencheon David at all. *Oxford Handbook of public health practice*. second edition. 2006
2. Murray, Z 2004, *community participation in public health planning*, School of Public Health, Griffith University, Australia
3. W. Brinkerhoff, D. Afzar, O 2006. *Decentralization and Community Empowerment: Does community empowerment deepen democracy and improve service delivery?*, Office of Democracy and Governance, U.S. Agency for International Development, Washington, DC
4. Laverack, G 2001, *Building Capable Communities. A new approach for building community capacity*, Laverack2002@yahoo.co.uk
5. Chanau, G 2009, *valuing community empowerment. Making the business case, national empowerment partnership of south west*, England.
6. *National empowerment partnership 2008, what is community empowerment?*, Australia
7. Esmaeili, A. Haddadi, M. Olyaei Manesh, A. Sirous, SHI et al 2011, *school pupil police officer (sharyare police)- a national initiative based on social participation to improve road safety*, world conference on social determinants of health, 19-21 october 2011, Brazil
8. Laverak, G. Wallerstein, N 2001, *measuring community empowerment: a fresh look at organizational domains*, department of family and community medicine, university of New Mexico.
9. Giughiani, C. Antunes do Nascimento, D. Legge, D. Cesa, K et al 2001, *the green area of morro da policia: heath participations working with communities to tackle the social determinants of health*, world conference on social determinants of health, 19-21 october 2011, Brazil
10. Abo El Ela, A 2011, *social participation in Egypt: civil societies' former experience and new opportunities*, Al-Shehab Institution for Comprehensive Development, Egypt, world conference on social determinants of health, 19-21 october 2011, Brazil
11. Green, T. Heidenheim, L. Tolentino, L. Wilson, J 2004, *inclusive community organization: a tool kit*, City of Toronto's Access and Equity Granting Program, Ontario Trillium Foundation. Ontario Ministry of Health and Long Term Care
12. Atkinson, J. Vally, A. Fitz-gerald, L. Whittaker, M et al 2011, *The architecture and effect of participation: a systematic review of community participation for communicable disease control and elimination. Implications for malaria elimination*, malaria journal, 10:225 | Pacific Malaria Initiative Support Centre, Australian Centre for International and Tropical Health, School of Population Health, University of Queensland, Brisbane, Australia
13. *National resource center for consumer participation in health 2004*, Consumer and Community Participation, Self-Assessment Tool for Hospitals, Melbourne Health Services

14. Macdonald, E. Allwell, L. Ford, G 2003. *Organizational self-assessment and planning tool for consumer and community participation* The National Resource Centre for Consumer Participation in Health
15. Entwistle, P 2009. *Adding value through community participation: evaluating capacity in community health committees*. *Evaluation journal of Australia*, Vol. 9, No.1, pp 40-45
16. Murray, Z 2004. *community participation in public health planning*, School of Public Health, Griffith University, Australia
17. Scottish Community Development Centre for Learning Connections 2007, *building community capacity Resources for Community Learning & Development Practice, A Guide*. The Scottish Government, Edinburgh
18. B. Rifkin, S. Kangeve, M. *What is participation? CBR A PARTICIPATORY STRATEGY IN AFRICA*
19. *Engaging the community, indicators toolkit*
20. UNESCO 2006. *community participation, guide book for planning education in emergencies and reconstruction*, international institute for educational planning
21. Reynolds Whyte, S 1999, *Community Participation in Essential National Health Research*, /Chapter 20/Community Participation in Essential National Health Research.htm/ 2012.06.01
22. Boyce, W. Lysack, C. *Community participation: uncovering its meanings in CBR*,
23. Morgan, M. Lifshay, J 2006, *Community engagement in public health, California Endowment, public health division, health services, Contra Costa*
24. Walker, P 2002, *Community participation and social networks: an information package*, Center on Human Policy, School of Education, Syracuse University
25. *Eyre regional health service inc, about consumer and community participation in health, south Australia*
26. NSW Department of Ageing, Disability and Home Care 2006, *community participation program guidelines, department of aging, disabilities and home care, New South Wales Government*
27. Breuer, D 2002, *community participation in local health and sustainable development, approaches and technique, world health organization*
28. Clark, C 2001, *Community participation: a self assessment toolkit for partnerships*, Engage East Midlands, Nottingham Voluntary Action Centre
29. Social Inclusion Division (Department of Community, Equality and Gaeltacht Affairs) and HSE Office of Consumer Affairs 2010, *Formative Evaluation of the Joint Community Participation in Primary Care Initiative by independent researcher Pillinger, J, department of community, rural and gaeltacht affairs*
30. Cavanagh, S. Chadwick, K 2005, *health needs assessment at a glance*, National Institute for Health and Clinical Excellence, health development agency
31. Roy, S. Sharma, B.B.L 1986, *Community participation in primary health care*, *Health and Population, Perspectives & Issues* 9: 4, pp165-191

32. Burns, D. Heywood, F. Taylor, M. Wilde, P et al 2004, *making community participation meaningful, a handbook for development and assessment*, The Policy Press, Great Britain
33. Wattam, M 1998, *Community participation in rural transport infrastructure, rural travel and transport program* 2001
34. ale-MaiYoi, L.K 2003, *Community participation in the planning and management in the marine protected areas: a study of Kenya and the Philippines*, Browns university
35. Asadi-Lari, M, Pakkham, CH, Gray, D 2003, *Need for redefining needs, Health and quality of life outcomes*, 1:34, <http://www.hqlo.com/content/1/1/34>
36. Otieno Ong'or, D 2003, *Community Participation in Integrated Water Resource Management: The Case of the Lake Victoria Basin*, Department of Agriculture, Moi Institute of Technology
37. M. Wheaton, L 2007, *Public participation and community engagement: selected resources*, California Department of Housing and Community Development, State of California
38. Mahjabeen, Z. K. Shrestha, K. A. Dee, J 2008, *Rethinking community participation in urban planning: the role of disadvantages groups in Sydney metropolitan strategy*, 32nd ANZRSAA Conference, Nov-Dec 2008
39. *Social network/ Wikipedia, the free encyclopedia.mtu/ 2012.06.01*
40. *Upper Hume Primary Care Partnership (UHPCP) 2002, community participation strategy*
41. Jolley, G. Lawless, A. Hurley, C 2007, *Evaluation Toolkits for Equity. Community Participation and Collaborative Partnerships*, Australian Health Promotion Association Conference, Flinders University

پیوست (۱) فرم یکبارچه برنامه‌ریزی مشارکت مردم در سلامت

کاربرگ یکبارچه برنامه‌ریزی، اجرا و ارزشیابی «مشارکت مردم»				
۱) نیاز و اهداف برنامه مشارکت مردم چیست؟				
<input checked="" type="checkbox"/> هدف های سطح بنساز				
<input checked="" type="checkbox"/> هدف های سطح پیامد				
<input checked="" type="checkbox"/> هدف های سطح اثر نهایی				
۲) شبکه مشارکت مردم چیست؟ شورای مرکزی، اعضای واسط و گروه‌های مخاطب:				
۳) تحلیل وضعیت مشارکت:				
<input checked="" type="checkbox"/> وضعیت نهاد سیاسی و قانونی برنامه ریزان و سیاست گذاران مرتبط				
<input checked="" type="checkbox"/> فرصت های سازمانی و عملیاتی برای مشارکت				
<input checked="" type="checkbox"/> وضعیت توانایی های مردم و مشارکت دهندگان در سه سطح سیاست گذاران، متخصصان و کارکنان سلامت جامعه				
۴) راهبرد مشارکت (مرحله، مرحله و روش مشارکت)				
	شناسخت (و جلب حمایت)	اجرا	ارزشیابی	
مرحله اول				
مرحله دوم				
مرحله سوم				
۵) جدول برنامه عمل مشارکت مردم				
برآمدی پروژه	برآمدهای هر مرحله	فعالیت های لازم برای دستیابی به برآمدها	مهلت زمانی	سازوی
اجرا				
<input checked="" type="checkbox"/> پایش فعل اول: وضعیت حصول برآمده مشکلات اجرایی پروژه، مصوبات				
<input checked="" type="checkbox"/> پایش فعل دوم: وضعیت حصول برآمده مشکلات اجرایی پروژه، مصوبات				
<input checked="" type="checkbox"/> پایش فعل سوم: وضعیت حصول برآمده مشکلات اجرایی پروژه، مصوبات				
<input checked="" type="checkbox"/> پایش فعل چهارم: وضعیت حصول برآمده مشکلات اجرایی پروژه، مصوبات				
ارزشیابی				
<input checked="" type="checkbox"/> نتایج این برنامه در سطوح فوقین داد، فرایند و برون داد چیست؟ شواهد کدام است؟				
<input checked="" type="checkbox"/> پیامدهای احتمالی فراین مقطع چیست؟ شواهد کدام است؟				
<input checked="" type="checkbox"/> اثرات نهایی احتمالی در این مقطع چیست؟ شواهد کدام است؟				
<input checked="" type="checkbox"/> برای نهادینه سازی این تجربه چه پیشنهاداتی برای آینده وجود دارد؟				

بیوست ۲) تمرین

■ به نظر شما مجلس شورای اسلامی، شوراهای اسلامی شهر و روستا، شورای محله‌ها یا شورایی‌ها جزو کدام مرتبه از پلکان مشارکت محسوب می‌شود؟

.....

.....

■ به نظر شما عملکرد سازمان‌های مردم‌نهاد کشور در دو دهه گذشته برای جلب مشارکت مردم چگونه بوده است؟

.....

.....

■ به نظر شما در حال حاضر مؤثرترین روش برای اطلاع‌رسانی سلامت به مردم به عنوان اولین مرتبه در پلکان مشارکت کدام رسانه است؟

.....

.....

■ از دیدگاه شما ارتباط راهبرد مشارکت مردم با راهبرد همکاری بین‌بخشی چگونه مرتبط می‌شود، به عبارت دیگر توسعه همکاری بین‌بخشی چگونه زمینه مشارکت مردم را فراهم می‌کند؟

.....

.....

.....

- مهمترین وزارتخانه و سازمان تابعه آن که زمینه‌های مشارکت مردم را می‌تواند فراهم آورده و یا توسعه دهد کدام است؟

.....

.....

- در یک شهر ۵۰ هزار نفری قرار است با راهبرد مشارکت مردم وضعیت تحرک فیزیکی مردم را به میزان ۵۰٪ بهبود دهیم ماتریس و جدول عمل را برای یک سال تکمیل نمایید:

توصیف شبکه مشارکت مردم: شورای مرکزی، اعضای واسط و گروه‌های مخاطب				
راهبرد مشارکت (مرتب، مرحله و روش مشارکت)				
ارزشیابی	اجرا	شناخت (و جلب حمایت)		
				مرتب اول
				مرتب دوم
				مرتب سوم
منازول	مهلت زمانی	فعالیت‌های لازم برای دستیابی به برآمدها	برآمدهای هر مرحله	مراحل پروژه

خواننده‌ی گرامی

با پاسخ به سؤالات زیر مؤلف را در بهبود مطالب کتاب برای ویرایش‌های آتی یاری نمایید. لطفاً پاسخ‌های خود را به پست الکترونیک ارسال کنید. از کلیه‌ی افرادی که بازخوردی ارائه دهند در ویرایش بعدی تشکر و قدردانی خواهد شد و یک جلد کتاب ویرایش جدید به طور رایگان ارسال می‌شود.

نظرتان در مورد:

(۱) اندازه‌ی کتاب و کلمات:

خیلی کوچک کوچک مناسب

(۲) حجم مطالب شرح داده شده:

زیاد کم کافی

(۳) روانی متن

نیاز به ویرایش مناسب

(۴) کدام قسمت به توضیح بیشتر نیاز دارد؟

.....

.....

(۵) جای چه مطالبی را کم می‌بینید؟

.....

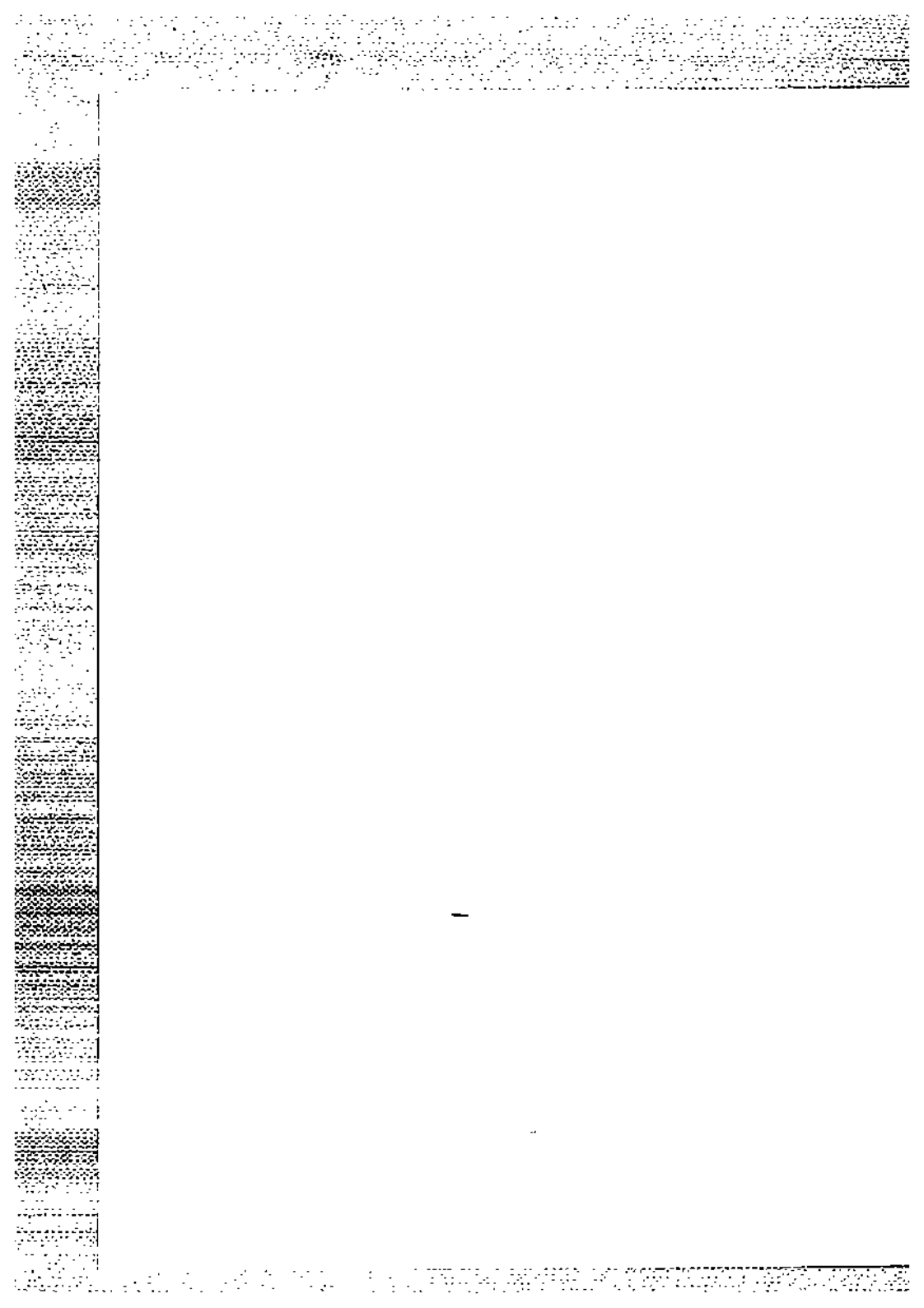
.....

نام و نام خانوادگی:

پست الکترونیک:

واژه باب

- الف اوتاروا (۱۴) الگوی مفهومی (۴۶) ابزار مشارکت (۵۶) اجرا (۶۱)
- ب بومی شدن (۱۷) برنامه ریزی (۴۶) بستر مشارکت (۵۳) برنامه عملیاتی (۵۹) بهزیستی (۸۳) بهروز (۸۰)
- پ پایداری برنامه (۱۷) پله مشارکت (۲۲) پژوهش‌های سلامت مبتنی بر مشارکت جامعه (۹۲)
- ت توانمندسازی (۱۵)
- خ خودتکلیفی (۱۵) خانه مشارکت مردم (۱۰۲) خانه بهداشت (۸۰)
- و راهبرد مشارکت (۵۴) روش مشارکت (۵۶) رابط بهداشتی (۷۴)
- س سازمان مردم نهاد (۹۵) سواد سلامت (۱۰۸)
- ش شاخص‌های مشارکت (۳۵) شبکه مشارکت (۵۱) شهرداری (۸۵)
- ص صدای خاموش (۲۴)
- ع عموم مردم (۲۴)
- ف فندق شکن (۱۴)
- ق قانون اساسی (۷۲)
- گ گروه محروم (۲۴)
-
- م میانجیان (۱۸) مواقع مشارکت (۲۷) مشارکت کنندگان (۵۰) ماتریس مشارکت (۵۵)
- ن نمایندگی مردم (۱۸) نردبان مشارکت (۳۲) نهادینه سازی (۴۶) نیاز (۴۷) نقشه تحول نظام سلامت (۱۰۶)

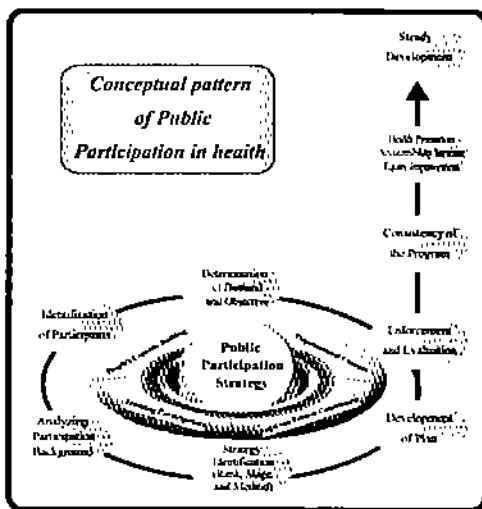


A Review on techniques of Community Participation

Although there are different methods and patterns in scientific resources for community participation, mostly emphasize the following stages:

1. *Planning*
2. *Implementing*
3. *Evaluating and feedback*
4. *Institutionalizing*

Planning is the most important stage to draw people's participation. In order to design an effective plan for community participation, we have to go through five stages which are shown in conceptual pattern of community



participation. This pattern shows that community participation is a strategy planned and executed according to demand and objective, participants, analysis of participation background, defining the strategy, and operational program; in order to bring about program consistency, improvement of health final indices, better accountability and equity promotion more than ever alongside other strategies and flatten the path for sustainable development. In order to successfully establish the strategy, four factors are necessary consisting political and legal commitment of sovereignty, organizational changes in community's executive agencies, training participators, and capacity building among people.

coordination and eventually comes to participation and surveillance as elevated roles in third step. Community participation requires three requisites: political commitment of those in power, organizational changes, and capacity building (people, experts, and policy makers).

Principle four

Community participation is a time consuming process and requires planning, advising, training, negotiating with opponents, creating related systems, and institutionalizing. In other word, establishing community participation is considered to transform the system and its scientific trend has to be completely passed. The first guarantee for efficiency of participation is building confidence in people.

Principle five

Designing and establishing participation programs of health care recipients in health care centers as hospitals, clinics, and even private physician offices, in addition to providing available and effective services, increase fulfilling demands of different groups and accelerate patient treatment. Constituting self-help groups by patients having chronic and intractable diseases in physician's offices is a strategy with known effects on patients' satisfaction, improved outcomes and influencing physicians practicing and health care providers.

Principle six

There are different indices for measuring the success of community participation programs which are classified in five levels of work results: input, process, output, outcome, and final effect or impact. Input indices determine intention of policymakers and those in power in order to establish community participation strategy in community level.

however, is an important source of knowledge and taking advantage of this opportunity is provided through fulfillment of community participation programs. The people's vision towards demands, problems, and solutions is generally different from ideas of planners and decision makers, therefore, community participation bring them together. In addition to promoting health of concerned citizens, a behavior known as "community participation" as a healthy social behavior is able to raise health level of a participant while creating social advocacy. Eventually it can be said that people in comparison to policy makers and experts are regarded as third stakeholders for determination and establishment of national and local researches priorities.

Principle two

Necessity of community participation is accepted these days and researchers are trying to find methods of increasing the effect of community participation. There are different patterns for community participation but in extensive community involvement, utilizing community brokers has an outstanding role and community participation is accelerated in this way. Recognizing social, economical, and cultural rejected groups as groups "off" has to be considered by facilitators and programmers in community participation.

Principle three

Community participation programs on the whole, have to prepare possibility of involvement for every individual member of the society and in hard and problematic cases prepared by mediators. Different roles of people in participation process are as follows stakeholder: decision maker, service provider, advisor, and management colleague. "Confidence building, protected planning, and timely feedback" are deemed to be three main conditions for success of community participation programs. Immediate result of commencing these conditions is peoples "empowerment". Community participation ladder has at least three steps which starts with awareness, second step deals with advising and

Principles and Techniques for Community Participation in health system

Executive Summary

This book is a guideline for managers, senior experts, and all health advocators from non-governmental organizations (NGOs) to members of Parliament and Islamic councils in rural and urban areas. The book is written for:

1. Familiarity of readers with principles of community participation
2. Proficiency of readers to design and enforce community participation provided that the tools introduced in this book are applied
3. Acquaintance of readers with parts of community participation experiences in health and also national program of empowerment and promotion of community participation.

The book is consisted of three parts:

1. Principles of community participation in health
2. Skills of community participation in health
3. A review on country's experiences and introduction of health system evolution program.

A Review on Principles of Community Participation

Principle one

Community participation is considered to be an undeniable principle and prerequisite to societies' sustainable development. Community participation is a process in which people in a specific society are involved in designing, implementing, and evaluating health programs to facilitate consistency of the programs and raising accountability, and improvement of equity indices in health and sustainable development on the basis of empowerment resulted from the participation. Advantages of community participation include better decision making, supplying services, advocacies, resources, and society empowerment. Society,

الگوی مفهومی
مشارکت مردم در سلامت

توسعه پایدار

ارتقای سلامت
المزایش پاسخگویی
بهبود عدالت

پایداری برنامه

تعیین نیاز و هدف

تعیین
مشارکت‌کنندگان

اجرا و ارزشیابی



تحلیل بستر مشارکت

تعمین برنامه عمل

تعمین راهبرد
(مرتب، مرحله و روش)

الگوی فوق نشان می‌دهد که مشارکت مردم راهبردی است که با تعیین نیاز و هدف، مشارکت‌کنندگان، تحلیل بستر مشارکت، تعیین راهبرد و برنامه عملیاتی برنامه‌ریزی شده و به اجرا در می‌آید. تا در کنار سایر راهبردها موجبات پایداری برنامه، بهبود شاخص‌های نهایی سلامت، پاسخگویی بهتر و ارتقای عدالت را بیش از پیش سبب شده و راه توسعه‌ی پایدار را هموار سازد. برای استقرار موفقیت‌آمیز این راهبرد، چهار عامل شامل تعهد سیاسی و قانونی حاکمیت، تغییرات سازمانی در دستگاه‌های اجرایی جامعه، آموزش مشارکت‌دهندگان و سرمایه‌گذاری در مردم ضروری است.



انتشارات
طب و جامعه

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی در مانی تهران
مؤسسه ملی تحقیقات سلامت