



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی
مرکز سلامت محیط و کار



دانشگاه علوم پزشکی تهران
پژوهشگاه محیط زیست

الزامات، دستورالعمل ها و راهنمدهای تخصصی مرکز سلامت محیط و کار

راهنمای آموزشی مدل توانمندسازی جوامع روستایی



موسسه توانمندسازی فرمینه



مرکز پژوهش های سلامت
مبتنی بر مشارکت جامعه





راهنمای

آموزشی مدل توانمندسازی جوامع روستایی

الزامات، دستورالعمل ها و رهنمودهای تخصصی مرکز سلامت محیط و کار

مرکز سلامت محیط و کار

پژوهشگاه محیط زیست

بهار ۱۳۹۳

نام کتاب: راهنمای آموزشی مدل توانمندسازی جوامع روستایی

تهیه کننده پیش نویس: محرم یوسفی سادات

ناشر: پژوهشکده محیط زیست

تاریخ و نوبت چاپ: بهار ۹۳ نوبت اول

شابک: ۹۷۸۶۰۰۶۹۳۷۵۰۲

شماره کتابشناسی ملی: ۳۵۲۵۵۹۲

عنوان و نام پدیدآور: راهنمای آموزشی مدل توانمندسازی جوامع روستایی الزامات، دستورالعمل ها.../ [تهیه کننده] مرکز سلامت محیط و کار، پژوهشکده محیط زیست؛ کمیته فنی تدوین راهنما محرم یوسفی سادات... [و دیگران].

مشخصات نشر: تهران: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشتی، ۱۳۹۳.

مشخصات ظاهری: ۱۱۰ ص: مصور، جدول، نمودار.

یادداشت: کمیته فنی تدوین راهنما محرم یوسفی سادات، انسیه جمشیدی، ابراهیم صادق زاده، مهران خانقی، سیمین قنبری، معصومه سادات مدنی، عبدالرضا اسدی...

موضوع: بهداشت روستایی

موضوع: سلامت پروری

رده بندی دیویی: ۳۶۲

رده بندی کنگره: RA ۷۷۱/ر۲ ۱۳۹۳

شناسه افزوده: یوسفی سادات، محرم

شناسه افزوده: ایران. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. مرکز سلامت محیط و کار

شناسه افزوده: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران. پژوهشکده محیط زیست

شناسه افزوده: ایران. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. معاونت بهداشتی

وضعیت فهرست نویسی: فیا

- عنوان گایدلاین: راهنمای آموزشی مدل توانمندسازی جوامع روستایی

- کد الزامات: ۱-۱۲۰۲-۲۰۵۰۲۰۲

- تعداد صفحات: ۱۱۰

مرکز سلامت محیط و کار:

شهرک قدس - بلوار فرحزادی - بلوار ایوانک - ساختمان مرکزی وزارت بهداشت، درمان و

آموزش پزشکی - بلوک A - طبقه ۱۱ - واحد شمالی

تلفن: ۸۱۴۵۴۱۲۰

<http://markazsalamat.behdasht.gov.ir>

پژوهشکده محیط زیست دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران:

تهران - خیابان کارگر شمالی - نرسیده به بلوار کشاورز - پلاک ۱۵۴۷ طبقه هشتم

تلفن: ۸۸۹۷۸۳۹۹-۰۲۱، دورنگار: ۸۸۹۷۸۳۹۸-۰۲۱

<http://ier.tums.ac.ir>

موسسات همکار تدوین راهنما:

موسسه توانمندسازی فرهیخته

مرکز پژوهش های سلامت مبتنی بر مشارکت جامعه دانشگاه علوم پزشکی تهران

کمیته فنی تدوین راهنما

نام و نام خانوادگی	مرتبه علمی/سمت	محل خدمت
محرم یوسفی سادات	رئیس هیئت مدیره موسسه/ نویسنده اصلی	موسسه غیردولتی توانمندسازی فرهیخته
انسیه جمشیدی	دستیار دکترای تخصصی آموزش و ارتقای سلامت/ نویسنده اصلی	مرکز پژوهش های سلامت مبتنی بر مشارکت جامعه دانشگاه علوم پزشکی تهران
سعید صادقیه اهری	دانشیار پزشکی اجتماعی/ نویسنده اصلی	مرکز تحقیقات SDH دانشگاه علوم پزشکی اردبیل
سیدرضا مجدزاده	استاد اپیدمیولوژی/ رئیس مرکز	مرکز پژوهش های سلامت مبتنی بر مشارکت جامعه
خندان شاهنده	دستیار دکترای تخصصی آموزش و ارتقای سلامت	مرکز پژوهش های سلامت مبتنی بر مشارکت جامعه
ابراهیم صادقراده	پزشک، رئیس شبکه بهداشت و درمان پارس آباد	دانشگاه علوم پزشکی اردبیل
مهران خائفی	کارشناس/ عضو کمیته	مرکز سلامت محیط و کار
سیمین قنبری	کارشناس/ عضو کمیته	مرکز سلامت محیط و کار
معصومه سادات مدنی	کارشناس/ عضو کمیته	مرکز سلامت محیط و کار
عبدالرضا اسدی	کارشناس مسئول پایگاه های سلامت اجتماعی کشور	سازمان بهزیستی کشور

فهرست:

۱	۱- مقدمه
۳	۲- تعاریف واژگان
۴	۳- مروری بر رویکرد توانمندسازی در برخی برنامه های جهان و ایران
۴	۳-۱ برخی تجارب جهان
۱۶	۳-۲ برخی تجارب ایران
۲۶	۳-۱-۳ درس های آموخته از تجارب موفق
۲۸	۴- نگاهی اجمالی به رویکرد اجتماع محور در توسعه جوامع محلی
۲۹	۴-۱ اصول توسعه اجتماع محور
۳۱	۴-۲ رویکرد توانمندسازی به توسعه محلی
۳۲	۴-۳ اهداف اختصاصی و شاخص های ارزیابی آنها
۳۳	۵- گام های اجرایی دبیرخانه ابتکارات جامعه محور در توانمندسازی جوامع محلی
۳۴	۵-۱ انتخاب مناطق هدف
۳۶	۵-۲ تامین منابع مالی و تخصیص آن متناسب با فرایند اجرایی از سوی دستگاه متولی
۳۸	۵-۳ تعیین کارشناسان مجری طرح و آموزش و توجیه آنها
۳۹	۵-۴ اقدامات تسهیلگران در ورود به یک جامعه محلی
۳۹	۵-۵ شناسایی داوطلبین محلی بر اساس معیارهای تعیین شده
۴۰	۵-۶ تشکیل تیم اجرایی اولیه از بین داوطلبان محلی
۴۱	۵-۷ آموزش موسسه های مجری محلی و تیم های اجرایی در مناطق هدف
۴۲	۵-۸ بررسی های محلی و پایش فرایند طرح
۴۲	۶- پیاده سازی فرایند توسط تیم داوطلب در جامعه محلی
۴۲	۶-۱ اعتمادسازی نسبت به خود و قابلیت های خود در ذی نفعان
۴۳	۶-۲ ارزیابی و تحلیل جامعه
۴۴	۶-۳ تحلیل ذی نفعان

۴۵	۴-۶ اطلاع رسانی مستمر توسط تیم اجرایی یا مرکز توسعه روستا
۴۶	۵-۶ سازمان یابی ثانویه حداقل در قالب یک سازمان اجتماع محور
۴۷	۶-۶ بسیج اجتماعی، جلب حمایت و مشارکت ذی نفعان
۴۷	۷-۶ نیازسنجی و اولویت بندی نیازها و مشکلات روستا
۴۸	۸-۶ برنامه ریزی (تعریف اقدامات و طرح های مداخله ای)
۴۹	۹-۶ پایش و ارزشیابی اقدامات و طرح های مداخله ای
۵۰	۱۰-۶ گزارش دهی مستمر مراحل فرایند و یادگیری از تجارب
۵۰	۱۱-۶ ورود به چرخه پایداری
۵۲	۷-پایش و ارزشیابی در برنامه ابتکارات جامعه محور
۵۲	۱-۷ پایش و ارزشیابی درونی
۵۳	۲-۷ پایش و ارزشیابی بیرونی
۵۴	۸-مستندسازی تجارب موفق و فعالیت های برنامه ابتکارات جامعه محور
۵۴	۱-۸ اهداف مستندسازی در ابتکارات جامعه محور
۵۵	۲-۸ ثبت تجارب موفق
۵۶	۳-۸ مراحل ثبت تجربه های موفق
۶۵	پیوست ها
۶۵	پرسشنامه سرمایه اجتماعی
۷۳	پرسشنامه پروفایل ساکنین روستا
۷۶	فرم های گزارش اجرایی و مالی
۷۸	چک لیست های پایش
۹۷	نقشه راه فرایند توانمندسازی اجتماع محور
۹۹	مراجع

پیشگفتار

یکی از برنامه‌های مرکز سلامت محیط و کار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین و انتشار رهنمودهای مربوط به حوزه‌ها و زمینه‌های مختلف بهداشت محیط و حرفه‌ای و سایر موضوعات مرتبط است که با بهره‌گیری از توان علمی و تجربی کارشناسان، متخصصین و صاحب‌نظران متعددی از سراسر کشور، انجام شده است. در این راستا سعی شده است ضمن بهره‌گیری از آخرین دستاوردهای علمی، از تجربه کارشناسان و متخصصین حوزه ستادی مرکز سلامت محیط و کار نیز استفاده شود و در مواردی که در کشور قوانین، مقررات و دستورالعمل‌های مدونی وجود دارد در تدوین و انتشار این رهنمودها مورد استناد قرار گیرد. تمام تلاش کمیته‌های فنی مسئول تدوین رهنمودها این بوده است که محصولی فاخر و شایسته ارائه نمایند تا بتواند توسط همکاران در سراسر کشور و کاربران سایر سازمان‌ها و دستگاه‌های اجرایی و بعضاً عموم مردم قابل استفاده باشد ولی به هر حال ممکن است دارای نواقص و کاستی‌هایی باشد که بدینوسیله از همه متخصصین، کارشناسان و صاحب‌نظران ارجمند دعوت می‌شود با ارائه نظرات و پیشنهادات خود ما را در ارتقاء سطح علمی و نزدیکتر کردن هر چه بیشتر محتوای این رهنمودها به نیازهای روز جامعه یاری نمایند تا در ویراست‌های بعدی این رهنمودها بکار گرفته شود.

با توجه به دسترسی بیشتر کاربران این رهنمودها به اینترنت، تمام رهنمودهای تدوین شده بر روی تارگانه‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (وبدا)، معاونت بهداشتی، پژوهشکده محیط زیست دانشگاه علوم پزشکی تهران و مرکز سلامت محیط و کار قرار خواهد گرفت و تنها نسخ بسیار محدودی از آنها به چاپ خواهد رسید تا علاوه بر صرفه جویی، طیف گسترده‌ای از کاربران به آن دسترسی مداوم داشته باشند.

اکنون که با یاری خداوند متعال در آستانه سی و ششمین سال پیروزی انقلاب شکوهمند اسلامی این رهنمودها آماده انتشار می‌گردد، لازم است از زحمات کلیه دست‌اندرکاران تدوین و انتشار این رهنمودها صمیمانه تشکر و قدردانی نمایم و پیشاپیش از کسانی که با ارائه پیشنهادات اصلاحی خود ما را در بهبود کیفیت این رهنمودها یاری خواهند نمود، صمیمانه سپاسگزاری نمایم.

دکتر کاظم ندافی

رئیس مرکز سلامت محیط و کار

۱- مقدمه

هدف از برنامه ابتکارات جامعه محور که شامل شهر و روستای سالم، نیازهای اساسی توسعه و توانمندسازی زنان است، دستیابی به کیفیت بهتر زندگی از طریق توسعه اقتصادی - اجتماعی است. رویکرد این برنامه جامع نگری به مقوله سلامت و افزایش کنترل جامعه بر مولفه های تاثیر گذار است. سابقه اجرای این برنامه در ایران به سال ۱۳۷۰ و آغاز اجرای برنامه «شهر سالم» بر می گردد. در طی دو دهه اجرای این برنامه، ارزیابی های مختلفی از برنامه انجام شده است که نیاز به بازنگری در برخی از ابعاد آن را ضروری ساخته است.

نویسندگان این کتاب، از این اقبال برخوردار بوده اند که از نزدیک با تجربه اجرای این برنامه در مناطق هدف آن آشنا شده، با دست اندرکاران مختلف آن در بخش دولتی و نیز گروه های محلی به بحث و گفتگو نشست و در نشست هایی با حضور دست اندرکاران و برخی از صاحب نظران رویکردهای جامعه محور شرکت کنند. بر اساس تحلیل انجام شده، موضوعی که نیاز به برنامه ریزی جدی وزارت بهداشت در برنامه ابتکارات جامعه محور دارد، مقوله توانمندسازی جامعه محلی برای حضور موثر و ایفای مسئولیت خود در قبال توسعه محلی و ارتقای سلامت می باشد. از دیدگاه نویسندگان، توانمندسازی جوامع محلی و در نظر گرفتن نقش عاملیت جامعه در توسعه و پایداری تاثیرات، یکی از ارکان ضروری در اتخاذ رویکردهای اجتماع محور می باشد و برنامه شهر و روستای سالم نیز از این اصل مستثنی نخواهد بود.

به منظور ارائه روش و راهبرد متناسب و مناسبی برای رفع این نیاز یعنی توانمندسازی جامعه محلی در این برنامه، علاوه بر مرور برخی تجارب بین المللی در سطح برخی مناطق جهان، تجارب موافقی که بر اساس الگوهای توسعه اجتماع محور از طریق موسسه توانمندسازی فرهیخته در همکاری با مرکز امور مشارکت زنان ریاست جمهوری، دفتر توانمندسازی خانواده و زنان سازمان بهزیستی کشور و موسسه بین المللی توسعه خدمات مالی خرد (تاک) در سطح محلات روستایی و شهری به اجرا درآمده اند، مورد بررسی قرار گرفته و هم چنین از تجارب مرکز پژوهش های سلامت مبتنی بر مشارکت جامعه در زمینه توانمندسازی جامعه در موضوعات سلامت نیز بهره گرفته شده است.

بر این اساس و نیز بر طبق اصول پذیرفته شده رویکردهای اجتماع محور، نویسندگان این کتاب سعی نموده اند تا در این راهنما، توصیه هایی به صورت گام به گام به ویژه در تبیین نقش ها و مسئولیت های جامعه محلی و نحوه پرداختن به مسائل و نیازهای فراوری خود، اصول سازمان یابی،

نحوه ارتباط و تعامل با بخش های دیگر جامعه به خصوص نهادها و سازمان های دولتی و سایر موضوعاتی که در انجام اقدامات جامعه محور به نوعی چالش محسوب می شوند برای مجریان برنامه ارائه کنند. به علاوه، این راهنما سعی دارد تا ضمن پرداخت مناسب به چالش مطرح، مسیر روشن تری را با توجه به اصول رویکرد اجتماع محور تبیین نماید.

لازم است که از همکاری و همفکری مستمر آقای دکتر سعید صادقیه اهری از گروه پزشکی اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل و نیز از تشریک مساعی سرکار خانم خندان شاهنده و رهنمودهای آقای دکتر سیدرضا مجدزاده از مرکز پژوهش های سلامت مبتنی بر مشارکت جامعه قدردانی نماییم. همچنین از مشارکت دبیرخانه کشوری ابتکارات جامعه محور (CBI) وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و هم فکری نزدیک جناب آقای مهندس مهران خائفی، سرکار خانم مهندس معصومه سادات مدنی، سرکار خانم مهندس سیمین قنبری و سایر عزیزانی که در مراحل مختلف تدوین این راهنما ما را یاری نمودند، صمیمانه قدردانی می نماییم.

در پایان، امیدواریم که رویکردهای اجتماع محور و توانمندسازی اقشار مختلف در ارتقای سلامت، بتواند به عنوان یکی از سیاست های راهبردی در وزارت بهداشت و درمان در آینده نزدیک، نهادینه شده و این برنامه در مناطق روستایی کشور تسری پیدا کند. مولفان این کتاب باور دارند که بخش های مختلف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با به کارگیری این رویکرد، باعث تحقق مشارکت واقعی جامعه در برنامه های سلامت محور در راستای تحقق مأموریت سازمانی خود خواهند گردید.

محرم یوسفی سادات، انسیه جمشیدی

فروردین ۱۳۹۳

۲- تعاریف واژگان

روستا: از نظر این راهنما، روستا یک محدوده جغرافیایی بوده که در تقسیمات کشوری زیر مجموعه دهستان می باشد. روستاهای هدف می بایست حداقل دارای ۱۰۰ نفر جمعیت باشد تا امکان سرشماری، گروه بندی و تسهیگری در آنها برای اقدامات اجتماع محور وجود داشته باشد. **تسهیلگر:** در این راهنما، به معنای فردی است که فرایند کار گروهی، دستیابی به اهداف توسعه محلی و سلامت را در گروه ها و اجتماعات محلی تسهیل می کند. این فرد کارشناس تعیین شده از سوی موسسات مجری محلی می باشد که پس از شرکت در کارگاه های آموزشی به تیم های اجرایی روستا در پیاده سازی فرایند کمک می کند.

تیم اجرایی روستا: تیم اجرایی روستا، تیمی است متشکل از افراد علاقه مند ساکن روستای هدف که با آگاهی کافی از وظایف حضور در تیم (که توسط تسهیلگر تشریح شده است)، برای همکاری در طرح به صورت داوطلبانه مسئولیت می پذیرد.

تحلیل ذی نفعان: منظور از تحلیل ذی نفعان، به کار گیری تکنیک هایی است که به افراد کمک می کند تا دست اندرکاران و ذی نفعان برنامه را شناسایی نموده و روابط متقابل، اهمیت و قدرت آنها را تحلیل کنند.

مرکز توسعه محلی: مرکز توسعه محلی، ساختاری است که پس از تشکیل تیم اجرایی اولیه و تکمیل پروفایل های ساکنین محله بر اساس ساختارهایی که تیم اجرایی مناسب می بیند، براساس ارکان تصمیم گیری، نظارت، اجرا (یا ارکان دیگر) و با حضور اعضای داوطلب و مستعد شکل می گیرد و در چارچوب نقش ها و مسئولیت ها و مصوبات، در مورد اقدامات اجتماع محور تصمیم گرفته، آنها را اجرا کرده و مورد ارزشیابی قرار می دهد.

سازمان اجتماع محور: سازمان اجتماع محور، نهادی خودجوش و داوطلبانه است که بر اساس رویکرد پایین به بالا شکل می گیرد. دارای ساختاری افقی بوده و به صورت همکارانه اداره می شود، مانند هیات امنای روستا.

موسسه مجری محلی: یک بخش غیردولتی است که می تواند شامل سازمان های مردم نهاد و یا موسسات خصوصی فعال در حوزه توسعه اجتماعی و سلامت باشد. این موسسه، از سوی مرکز بهداشت شهرستان هدف انتخاب شده و وظیفه آن تسهیگری و هماهنگی تشکیل تیم اجرایی در روستاهای هدف، توجیه و تهیه مقدمات فرایند، هدایت و نظارت بر کار آن هاست.

موسسه مشاور عالی برنامه: این موسسه از سوی دبیرخانه ابتکارات جامعه محور وزارت بهداشت،

درمان و آموزش پزشکی تعیین می شود. وظیفه آن کمک به برنامه ریزی، توجیه استان های هدف و آموزش کارشناسان دانشگاه ها، موسسات مجری محلی و تیم های اجرایی روستاهای هدف می باشد. انجام پایش های دوره ای نیز از مسئولیت های موسسه مشاور است.

توانمندسازی: توانمندسازی فرایندی است که افراد یا گروه های هدف را قادر می سازد تا دسترسی و کنترل بیشتری بر تعیین کننده های سلامت و منابع جامعه داشته و بتوانند بر شرایط پیرامون خود تاثیر بیشتری بگذارند و از این طریق بر سرنوشت خود حاکم گردند. در توانمندسازی، افزایش قدرت تصمیم گیری و انتخاب فرایندها حائز اهمیت می باشد.

۳- مروری بر رویکرد توانمندسازی در برخی برنامه های جهان و ایران

۳-۱ برخی تجارب جهان

در فرآیند توانمند سازی، جوامع قادرند تا از قدرت خود برای تغییر زندگی و محیط اطراف بهره ببرند. در این فرآیند، مشارکت افراد، سازمان ها و جوامع در جهت افزایش کنترل آنها بر تصمیم گیری، بهبود کیفیت زندگی و عدالت اجتماعی ارتقاء می یابد. عنصر اصلی در فرآیند توانمند سازی، بسیج جوامع محلی در جهت حل مشکلات محلی است. براساس نظر زیمرمن^۱ توانمند سازی را می توان در سه سطح فردی، سازمانی و جامعه در نظر گرفت. این سطوح با یکدیگر در ارتباط هستند. در جوامع توانمند، سازمان های توانمند وجود دارند و سازمان های توانمند نیز بر توانمندی اعضای خود تکیه دارند.

رویکردهای توانمند سازی در بسیاری از برنامه ها از جمله پیشگیری از بیماری های غیر واگیر در هند (موهان و همکاران^۲، ۲۰۰۶)، پیشگیری از خودکشی در بین شهروندان شهر های ژاپن (موتوهاشی و همکاران^۳، ۲۰۰۷)، کاهش مرگ و میر کودکان در بوستون ایالات متحده آمریکا (پلوق و همکاران^۴، ۱۹۹۴)، پیشگیری از مالاریا در تایلند (گئونوپاکول و همکاران^۵، ۲۰۰۷) به کار گرفته شده است.

^۱ Zimmerman

^۲ Mohan, et al.

^۳ Motohashi, et al

^۴ Plough, et al.

^۵ Geounupakul, et al.

پریستون^۱ و همکاران در سال ۲۰۱۰، مروری را بر مطالعات صورت گرفته در زمینه مشارکت جامعه در مراقبت بهداشتی اولیه انجام دادند. در مجموع، ۶۹۹ مطالعه که در طی سال های ۱۹۹۷ الی ۲۰۰۸ انجام شده بود، مورد مرور قرار گرفت. معیارهای بررسی مقالات، شامل انجام مداخلات در سطح روستا، بررسی مشارکت جامعه در مراقبت بهداشتی اولیه و ارزیابی پیامدهای مشارکت (مثبت، منفی یا خنثی) بودند. انواع مشارکت مورد بررسی شامل مشارکت ابزاری، توانمند سازی و توسعه اجتماعی بود. نتایج نشان داد که اتخاذ رویکرد های توانمند سازی و توسعه اجتماعی نسبت به مشارکت جامعه، منجر به بهبود پیامد های سلامت در مادران و نوزادان، کاهش مرگ و میر و دسترسی بهتر به خدمات سلامت در جوامع روستایی شده است. به کارگیری رویکرد توسعه اجتماعی از طریق جلب مشارکت جامعه در مراحل مختلف برنامه ریزی اجتماع محور و افزایش مدیریت جامعه بر فرآیند، موجب بهبود سطح اعتماد و رضایت نسبت به ارائه خدمات سلامت، تغییر الگوی تغذیه ای جامعه در پیشگیری از بیماری دیابت، جذب منابع سایر ذینفعان در برنامه سلامت جوانان، تأثیر گذاری جامعه بر برنامه عملیاتی بین بخشی و تغییر در قانون گذاری و سیاست گذاری مرتبط با الکل شده است. اکثر این مطالعات از سطح شواهد بالایی (طراحی مناسب مطالعه) برخوردار بودند.

رویکرد توانمند سازی به مشارکت نیز منجر به تدوین برنامه های آموزشی متناسب با فرهنگ جامعه، دسترسی روستاییان به آب سالم و بهسازی توال، بهبود خدمات پیشگیری اولیه و ثانویه و غربالگری در جمعیت هدف، افزایش دسترسی به اطلاعات و خدمات، افزایش مسئولیت پذیری در قبال استفاده از پشه بند و پیشگیری از مالاریا و کاهش مرگ و میر ناشی از آن شده است (پریستون، وئوگ، لارکینز، ۲۰۱۰).

در این بخش به برخی از تجارب موجود در زمینه به کارگیری رویکرد توانمندسازی اشاره می شود:

تجربه اول: برنامه جوامع ایمن

این برنامه در شبکه جوامع ایمن سازمان جهانی بهداشت^۲ بر اساس رویکرد پایین به بالا و به صورت یک برنامه بلند مدت در استونی در سال ۲۰۰۳ طراحی شده است و تمرکز آن بر ظرفیت سازی محلی می باشد. این برنامه توسط کار گروه های محلی هدایت شده و افراد مختلفی

^۱ Preston, et al.

^۲ Safe Community Network, World Health Organization

را از بخش های مختلف، از جمله بخش خصوصی، سازمان های مردم نهاد و ... درگیر نموده است. کار گروه های محلی افرادی از جامعه را شامل می شدند که نسبت به آسیب های منطقه هم دغدغه داشته و هم آگاه بودند. علاوه بر این، علاقه مند به اقدام در جهت بهبود شرایط نیز بودند. در مراحل بعدی برنامه، نمایندگانی از شهرداری و تصمیم گیرانی از بخش های دیگر نیز درگیر شدند. بر این اساس شبکه های بزرگی که بیش از ۱۳۰ نفر را در بر می گرفت، شکل گرفتند. در این برنامه ترکیبی از روش های پیشگیری از بیماری با به کارگیری رویکردهای توانمندسازی و مدیریت سبک زندگی به کار گرفته شد. اعتبار برنامه به صورت سالیانه از اعتبارات ارتقای سلامت تأمین می شد.

برنامه جامعه ایمن، طی دو فرآیند انجام گرفت:

۱- فرآیند مرتبط با توانمندسازی (فعال سازی جوامع و مشارکت آن ها، ایجاد شایستگی ها، آموزش مهارت های لازم و ایجاد محیط حمایتی)

۲- فرآیند خاص مبتنی بر موضوع (توافق بر اهداف، برنامه ریزی، اجرا و پایش)

درفرآیند خاص مبتنی بر موضوع، فعالیت هایی مانند: سازمان دهی بسیج های ارتباطی در زمینه ایمنی، آموزش رفتار ترافیک جهت کودکان در سنین مدرسه، انتشار نشریه های آموزشی برای مادران با محتوای پیشگیری از آسیب در کودکان، برگزاری دوره های شنا و پیشگیری از غرق شدن، اجرای کمپین های مدارس ایمن، انتشار نشریه برای سالمندان در زمینه پیشگیری از سقوط و آسیب و تخصیص اعتبارات برای پروژه های پیشگیرانه کوچک انجام گرفت.

این برنامه پس از پنج سال ارزشیابی شد نتایج ارزیابی فرآیند مرتبط با توانمندسازی در جدول شماره ۱ آمده است. ارزیابی نشان داد که ظرفیت حمایتی در سیاست گذاران افزایش یافته است و از نظر مالی نیز اعتبار بیشتری برای این موضوع تخصیص داده شده است، طوری که در پایان سه سال اول اجرای برنامه، برنامه از اعتبار مالی و حمایت تصمیم گیران برخوردار بوده است. در این برنامه، جامعه به عنوان شریک فرآیند، از دانش محلی، ملی و بین المللی در جهت رفع مشکل خود بهره برده است. کار گروه های محلی در همه سطوح، همکاری هایی را با سایر شرکاء شکل داده و رهبران تأثیر گذار و اعضای جدیدی نیز به برنامه پیوسته اند. علاوه بر این، آگاهی جامعه نیز در مورد موضوع ایمنی افزایش یافته بود. از سویی دیگر، ذینفعان نیز تا پایان برنامه نسبت به آن متعهد باقی ماندند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۹، کازمل و اندرسون^۱، ۲۰۱۱).

¹ Kasmel & Andersen

جدول ۱- ارزیابی حیطه های توانمند سازی برنامه جوامع ایمن

حیطه توانمندسازی	میانگین		
	سال ۲۰۰۳	سال ۲۰۰۴	سال ۲۰۰۵
فعال سازی جامعه	۱/۹۶	۲/۵۳	۳/۲۰
شایستگی جامعه	۱/۲۰	۱/۹۶	۲/۶۰
مهارت های مدیریت برنامه	۱/۳۰	۱/۰۶	۲/۷۶
ایجاد محیط های حمایتی	۱/۱۳	۱/۶۳	۲/۳۰

تجربه دوم: برنامه کیفیت زندگی سالمندان

این برنامه نیز با رویکرد پایین به بالا در سال ۲۰۰۳ در راپلا اجرا شده و هدف از آن، افزایش مشارکت اجتماعی سالمندان بوده است. بر این اساس ۴۰ زن سالمند که به بهبود شرایط زندگی شهروندان سالمند جامعه خود علاقه مند بودند، مشارکت داده شدند. تمرکز اصلی برنامه بر رویکرد توانمند سازی جامعه و عدالت اجتماعی بود. بودجه این برنامه نیز توسط اعتبارات ارتقای سلامت تأمین می شد. اعضای جامعه در شناسایی مشکلات و برنامه ریزی دخیل بودند. ارزشیابی بر اساس فرآیند توانمند سازی و فرآیند خاص مبتنی بر موضوع انجام شد. ابعاد مورد بررسی در ارزشیابی فرایند توانمندسازی عبارت بودند از: ۱- فعال سازی جامعه (حمایت از مشارکت جامعه در فرآیند حل مسئله، درگیر بودن ذی نفعان مختلف، انگیزش رهبران جدید، شروع و ایجاد شکل گیری شبکه ها و گروه های اجتماعی جدید)، ۲- شایستگی جامعه (بهبود آگاهی جامعه برای حل مشکل و ارتقای درک جامعه از مفاهیم و تعیین کننده ها)، ۳- مهارت های مدیریت برنامه (آموزش مهارت های تشکیل تیم و مدیریت برنامه، آموزش تکنیک های برنامه ریزی، اجرا و ارزشیابی، آموزش نحوه استفاده از اطلاعات و توزیع آن ها و مهارت های ارتباطی، بهبود توانایی ها و مهارت های گروه های جامعه در زمینه استفاده از تکنیک های شناسایی، حل و مدیریت مشکلات) و ۴- ایجاد محیط های حمایتی (آموزش اعضای جامعه در مورد مهارت های لابی کردن، جلب حمایت سیاسی و مالی، ارتقای دسترسی به منابع و بهبود توانایی شرکت کنندگان در حفظ تغییرات و دسترسی به حمایت های اجتماعی بیشتر).

براساس موضوع نیز فعالیت هایی مورد ارزیابی قرار گرفت از جمله ارتقای فعالیت فیزیکی در طبیعت و سالن های ورزشی، حمایت طلبی از سیاست گذاران برای دستیابی سالمندان به مزایای اجتماعی، سازماندهی برنامه های تفریحی- فرهنگی، دعوت متخصصین برای مشاوره در زمینه

مسائل بحث برانگیز سلامت، انجام بازدیدهای حمایت اجتماعی و برگزاری مراسم بزرگداشت سالمند سالم.

نتایج ارزیابی فرآیند مرتبط با توانمند سازی در جدول شماره ۲ آورده شده است. ارزشیابی برنامه ی کیفیت زندگی سالمندان نشان می دهد که برنامه در سال اول در جذب اعضای جدید و تشویق رهبران برای پذیرش مسئولیت موفق بوده است. اعضاء به طور منظم دور هم جمع شده و روی موضوعات مختلف بحث می کردند. زندگی اجتماعی اعضاء، فعال تر شده و رویدادهای اجتماعی مختلفی سازمان دهی شده بود. یکی از مشکلات برنامه این بود که تأمین منابع مالی برنامه از اعتبارات سلامت، به صورت پایدار وجود نداشت اما با این حال، در سال دوم علیرغم کاهش تأمین اعتبار، برخی از حیطه های توانمند سازی هم چنان در حال بهبود بودند. گرچه اعضای جدیدی به گروه اضافه نشدند، اما مشارکت گروه های موجود هم چنان بالا بود. در ارزشیابی برنامه، نمره حیطه شایستگی ها ثابت مانده بود، اما نمره حیطه مهارت های مدیریت برنامه افزایش یافته بود. (شارما و پتوسا^۱، ۲۰۱۳، کازمل و اندرسون، ۲۰۱۱).

جدول ۲- ارزیابی حیطه های توانمند سازی برنامه کیفیت زندگی سالمند سالم

حیطه توانمندسازی	میانگین		
	سال ۲۰۰۳	سال ۲۰۰۴	سال ۲۰۰۵
شایستگی جامعه	۱/۶۶	۲/۲۰	۲/۳۰
مهارت های مدیریت برنامه	۱/۱۰	۱/۹۶	۲/۳۰
ایجاد محیط حمایتی	۱/۶۳	۲/۱۶	۱/۶۳
مشارکت جامعه	۱/۶۳	۲/۴۳	۲/۷۳

تجربه سوم: برنامه توانمند سازی جامعه در جهت بهبود سلامت و حفظ محیط زیست در فیلیپین

این برنامه نخستین بار در چهار منطقه در سال ۱۹۹۹ پایلوت شد. اعتبار این پروژه از موسسه توسعه بین الملل^۲ تأمین می شد که از حمایت شرکای مختلف دیگر نیز برخوردار گردید. در حال حاضر نیز این برنامه با حمایت صندوق جمعیت سازمان ملل^۳ در حال تداوم است. در این برنامه از روش بسیج اجتماعی و توانمندسازی جامعه بهره گرفته شد. هدف این بود که خانواده های

^۱ Sharma & Petosa

^۲ U.S. Agency for International Development

^۳ United Nations Population Fund

محروم جامعه از طریق اعضای جامعه شناسایی شده و در تصمیم گیری ها مشارکت داده شوند. این خانواده ها به پایین ترین دهک درآمدی جامعه تعلق داشتند و مالک خانه یا زمین نبودند. علاوه بر این، دسترسی به خدمات مراکز بهداشتی نداشته و در تصمیم گیری های روستا نیز نقش فعالی ایفا نمی کردند. پروژه پایلوت در حیطه تنظیم خانواده و خدمات سلامت کودک، در ۱۶ منطقه شروع شد و ۳۰۴۰۰ نفر را در بر گرفت. تا پایان پروژه، جمعیت تحت پوشش شامل ۶۵۰۰۰ نفر از ۲۲ منطقه بود. انتخاب منطقه پایلوت براساس دو معیار انجام گرفت: اول نیاز منطقه و دوم وجود یک تیم رهبری که بتواند گروه ها را هدایت کند. فراهم کنندگان خدمات سلامت به عنوان تسهیلگر کار را با داوطلبین تنظیم خانواده و رهبران حمایت کننده در روستاها که از انگیزه کافی برخوردار بودند، آغاز کردند.

توان برنامه در حفظ اقدامات جمعی در این مناطق، به دلیل پتانسیل همکاری با سایر سازمانها و موسسات موجود دولتی و غیر دولتی بود که از آغاز پروژه به کار گرفته شدند. رهبران فعال محلی و دولتی نقش بسزایی را در موفقیت برنامه داشتند. به عنوان مثال شهردار، به عنوان مشاور تیم، ۷۵۰ شهرداری را در سطح ملی پوشش می داد. جلب حمایت همه جانبه نیز در همه مراحل پروژه از اهمیت خاصی برخوردار بود. سیاست ها و برنامه های مرتبط در سطح ملی، منطقه ای و محلی تدوین شدند. کنفرانسی نیز در سطح ملی برگزار شد که تأکید آن حفظ تعهد ذینفعان نسبت به برنامه بود.

در سطح محلی از مدل مدارس یادگیرنده استفاده شد. تیم ها ماهیت بین بخشی داشتند و شامل بخش هایی از جمله شهرداری، بخش های سلامت، کشاورزی و نمایندگان جامعه می شدند. شرکا با همکاری متقابل، شاخص های موفقیت برنامه که شامل دو بعد ارزیابی ظرفیت جامعه و پیامدهای سلامت می شد را مشخص کردند. بر اساس ارزشیابی مشارکتی، بازخوردها با جامعه بزرگ تر و شرکای دیگر نیز در میان گذاشته شد و بنابراین مالکیت محلی نسبت به برنامه تسهیل گردید و در عین حال حمایت سیاسی اعتبار دهندگان نیز جلب شد.

به کارگیری رویکرد توانمند سازی و بسیج اجتماعی در این برنامه منجر به افزایش استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری، استفاده از خدمات بهداشت مادر و کودک و خدمات کنترل سل در بین جمعیتی که دسترسی کمی به این خدمات داشتند، گردید. این برنامه، چارچوبی را فراهم نمود که منجر به مشارکت بیشتر جامعه در شناسایی مشکلات سلامت، برنامه ریزی، اجرا، پایش و ارزشیابی پروژه شد. اجزای چارچوب بسیج اجتماعی، شامل شناسایی منابع و به کارگیری آنها در

جهت اقدام بود. رهبران نماینده جامعه، اهداف کلی و اختصاصی را مشخص کردند که این نیز به نوبه خود به حس مالکیت برنامه کمک نمود. آنها از فواید پروژه آگاه بودند. این فرآیند مشارکتی، فواید زیادی را برای جامعه در برداشت و موجب تقویت اعتماد به نفس اعضا نسبت به توانایی حل مشکلات در جامعه گردید.

یکی از عوامل موفقیت برنامه، انتخاب مناسب مناطق پایلوت بود که شناسایی شرکا، منجر به ایجاد یک چشم انداز مشترک و برنامه ریزی برای ارزیابی شاخص ها گردید. متعاقب برنامه، نمایندگان خانواده های محروم نیز در ساختارهای رسمی جامعه سهیم شدند و از خدمات تنظیم خانواده و خدمات سلامت کودکان استفاده نمودند. کارکنان پروژه، به سازماندهی تیم های روستایی کمک کردند. در این تیم ها، رهبران رسمی و غیر رسمی، کارکنان سلامت جامعه، کمیته ها و نمایندگان شوراهای مختلف نیز حضور داشتند. از گروه های اقلیت نیز در تیم ها دعوت به عمل می آمد. تیم های مشارکت کننده تکنیک هایی از قبیل مهارت های رهبری، حل تضاد، مدیریت کارگروهی، تدوین پروپوزال، بسیج منابع انسانی و مالی و جلب حمایت در جهت تغییر سیاست ها را آموختند. با استفاده از ابزارهای مشارکتی، مفاهیم تنظیم خانواده نیز آموزش داده شد.

در رویکرد بسیج اجتماعی، از بسیج ارتباطی و رسانه ای نیز بهره گرفته شد تا تغییرات سیاسی و اجتماعی تسهیل گردد. بازدید جوامع از برنامه های یکدیگر، درس های آموخته شده را بین جوامع تسهیل نمود. پس از پایان چرخه بسیج اجتماعی، یک مرحله قدردانی و جشن موفقیت ها نیز اضافه شد. پایش پیامدهای محیطی و سلامت توسط جامعه و مشارکت جامعه و ظرفیت های ایجاد شده، از عوامل موثر بر موفقیت برنامه بودند. به عنوان مثال، داوطلبین از ابزارهایی برای مشخص کردن و پیگیری زوج ها و میزان استفاده آنها از وسایل پیشگیری، استفاده کرده بودند. علاوه بر این، تیم های محلی طی سلسله جلساتی، اطلاعات را با یکدیگر در میان می گذاشتند. توزیع نتایج برنامه بین اعضای جامعه، انگیزش لازم را برای ادامه فعالیت ها ایجاد می کرد.

یکی دیگر از عوامل موفقیت برنامه، ظرفیت سازی سازمانی و تقویت سیستم ها بود که از طریق آموزش رسمی و غیر رسمی (استاد- شاگردی) انجام شد. اعضای جامعه در مورد نحوه برنامه ریزی، اجراء، پایش و ارزشیابی پروژه نیز آموزش می دیدند.

به کارگیری رویکرد توانمند سازی و بسیج اجتماعی برای تنظیم خانواده و اقدامات محیطی در ایجاد پیامدهای مرتبط با سلامت فردی و ارتقای ظرفیت مدیریت جامعه برای حفظ این پیامد ها موثر بود.

پیامدهای حاصل از اجرای این برنامه در سطح فرد/خانواده به شرح زیر بود:

- استفاده از خدمات سلامت مادران به طور معنی داری در سطح جمعیت افزایش یافت. به عنوان مثال میزان انجام آزمایشات قبل و بعد از بارداری، مصرف آهن و ویتامین مکمل، ایمن سازی کزاز، تنظیم خانواده و آموزش سلامت، افزایش یافت.
- ایمن سازی سل و دیفتری در گروه های روستایی ساکن در حاشیه، افزایش یافت.
- درمان مناسب بیماری های اسهالی در گروه های محروم روستایی افزایش یافت.
- مصرف قرص های ضد بارداری در این جامعه به میزان ۷٪ در مقایسه با متوسط مصرف مناطق افزایش یافت.
- ۱۸ منطقه تفریحی حفاظت شده و ۹۰۳ هکتار منطقه حفاظت شده ماهیان ایجاد شد.
- علاوه بر پیامد های مرتبط با سلامت مادر و کودک، ظرفیت جوامع مشارکت کننده برای شناسایی نیاز و اقدام جمعی نیز ارزیابی شد که نتایج نشان داد ظرفیت های مذکور افزایش یافته است.
- پیامدهای حاصل از اجرای این برنامه در سطح جامعه به شرح ذیل بود:
- تمامی جوامع برنامه های عملیاتی را تدوین کرده و ۹۲٪ از جوامع آن را به موقع به اتمام رساندند.
- ۳۲ نفر از اعضای تیم آموزش دیدند که دو عضو از هر سه عضو شرکت کننده از طبقه مناطق محروم بودند. هم چنین بسیاری از آنها موقعیت های رهبری را در گروه داشتند.
- کار گروه های سلامت و محیط شکل گرفته و به آنها ۶۲۰۰۰ دلار بودجه اختصاص داده شد.
- در سطح ملی نیز ائتلاف محیط و سلامت شکل گرفت که در آن ۲۰۰ سازمان غیر دولتی محلی و بین المللی به عضویت آن درآمدند.
- اولین کنفرانس ملی این گروه ها در سال ۲۰۰۴ برگزار شد که رهبران ملی و محلی به طور جدی، از قرارگیری موضوعات در دستور کار سیاست های سلامت و محیط در سطح ملی حمایت کردند (پلمن و تاپیا، ۲۰۰۷).

تجربه چهارم: تجربه برنامه توانمند سازی زنان در مدیریت پسماند^۲

این برنامه توسط کمیته زنان حفاظت از محیط زیست^۳ از سپتامبر ۲۰۰۵ تا اگوست ۲۰۰۷ در نپال به اجرا درآمده و جایزه وزارت علوم و فن آوری محیط زیست^۴ را در سال ۲۰۱۰ به دست آورده

^۱ Snetro-Plewman & Tapia

^۲ Empowering women one community at a time

^۳ Women Environment Protection Committee

^۴ Ministry of Environment, Science and Technology , Women

است. این فرایند به طور خودجوش و خلاقانه توسط گروهی از زنان شروع شد و در ادامه از حمایت صندوق توسعه ملل متحد برخوردار شد. اکثر افراد آغازگر برنامه از گروه های محروم جامعه بودند. تجارب موفق تولید بیوگاز از پسماند و مشارکت دادن ذی نفعان دیگر مانند دانش آموزان، بخش خصوصی (دایره سبز) و خانوارها در کاهش روزانه سه تن پسماند موجب شد تا این کمیته به عنوان مرکز آموزش و مدیریت منابع پسماند، ایفای نقش نماید. همچنین موفقیت آنها در برنامه به گونه ای است که سالیانه ۵۰۰۰ بازدید کننده از اقدامات آنها بازدید می نماید.

اقداماتی که در این برنامه انجام شد، به شرح ذیل می باشد:

- آگاه سازی و آموزش: در این ارتباط انجمن های دانش آموزی شکل گرفت که ۱۴۰۰ دانش آموز، آموزش های موضوعات زیست محیطی را دریافت کرده و در کمپین های مرتبط شرکت می کردند. - برنامه دایره سبز: اعضای این کانون اقدام به جمع آوری کاغذهای باطله از بانک ها، هتل ها و مراکز عمومی نموده و پیش بینی کردند که سالیانه حدود ۷۲ تن کاغذ (که ۷۰٪ از آنها قابل بازیافت می باشد) در این مراکز تولید و جمع آوری گردد.

- جمع آوری زباله: پسماندها از ۱۸۶۱ خانوار جمع آوری می شد. کمیته مذکور ۷ گروه جمع آوری کننده مواد زائد را نیز به استخدام درآورد و مبلغ اندکی نیز در ماه به ازای هر خانوار پرداخت می نمود. همچنین در حدود ۷ تن پسماند در روز جمع آوری می شد. زنان ۴۰۰ خانوار، عملیات تفکیک زباله را در خانه خودشان انجام می دادند و همچنین خودشان اقدام به تولید کمپوست کرده و مواد تجزیه ناپذیر زیستی مانند پلاستیک و فلزات را به فروش می رساندند.

- تولید بیوگاز: یک اتاقک تولید بیوگاز با ظرفیت ۶ متر مکعبی تعبیه شد. هم چنین نقشه تولید بیوگاز با ظرفیت ۵۰ مترمکعبی نیز جهت استقرار در یک مدرسه طراحی گردید.

- تشکیل تعاونی پس انداز و اعتبارات

پیامدهای برنامه عبارت بودند از:

پیامدهای اقتصادی-اجتماعی: این کمیته، تعاونی پس انداز و اعتبارات را شکل داده است که دارای ۴۹۶ عضو می باشد. مبلغی معادل ۸۵۹۵۴ دلار از وام های خرد و ۱۲۳۹۲۴ دلار از درآمد پسماند نیز به اعضا پرداخت شده است. این پروژه منجر به اشتغال زایی در اعضا به صورت تامین ۲۷ شغل تمام وقت و ۹ شغل پاره وقت در زمینه مدیریت پسماند و تولید بیوگاز گردید. درآمد متوسط ماهیانه این کمیته معادل ۳۰۰۰ دلار در ماه بود که از حق عضویت افراد و سایر درآمدها مانند فروش مواد بازیافتی، کمپوست و اجاره مکان های آموزشی حاصل می شد که صرف هزینه های

پرسنلی و جاری می گردید.

پیامدهای محیطی: کمیته حفاظت محیط زیست، روزانه ۶/۵ تن زباله را جمع آوری می کرد که مدیریت نیم تن از مواد زائد به عهده خود خانوارها بود. علاوه بر این، ۷۲ تن کاغذ باطله در سال جمع آوری می شد که ۷۰٪ از آن بازیافت می گردید.

پیامد در سطح سیاست های کشور: دولت نپال برنامه یارانه بیوگاز را برای افراد و برخی موسساتی که مخازن بیوگاز (از فضولات گاوی) ایجاد می کردند، اختصاص داد. تسری برنامه به سایر مناطق: این برنامه به ۲۰ منطقه دیگر نیز توسعه پیدا کرد. ۸۹۲ زن در قالب ۳۰ گروه، این برنامه را در مناطق دیگر اجرا کردند.

پایداری: برنامه به شکلی طراحی شده که علاوه بر مشارکت طلبیدن از خانوارها و دانش آموزان که خود موجب پایداری برنامه می شوند، درآمد پایداری را نیز برای خانوارها ایجاد کرده است. علاوه بر درآمدهای حاصل از حق عضویت و هزینه جمع آوری، درآمدهای حاصل از بازیافت؛ اجازه دادن اماکن آموزشی و ارائه کمک و مشاوره های تخصصی نیز از منابع کسب درآمد پایدار دیگر محسوب می گردند (صندوق توسعه ملل متحد^۱، ۲۰۱۰).

تجربه پنجم: تجربه برنامه توانمند سازی جوانان^۲

این برنامه توسط یک سازمان غیردولتی با همین نام در نیجریه و با هدف کاهش فقر انجام شده است. در گزارشی که توسط دانشگاه فن آوری^۳ نیجریه در سال ۲۰۰۹ تهیه شده است، موفقیت این برنامه مورد بحث قرار گرفته است. برنامه توانمند سازی جوانان در آوریل سال ۲۰۰۰ شروع شده است. هدف این برنامه توانمند سازی و حرفه آموزی، ایجاد فرصتی برای توانمند سازی اجتماعی-اقتصادی جوانان و تغییر رفتار در آنها بود. در سال ۲۰۰۵، ۵۷۴۵ نفر در ۲۵ منطقه ایالتی با موفقیت این برنامه را طی کرده بودند. برای تمامی این جوانان، فرصت های آموزشی و مشاوره فراهم گردید تا در یک چارچوب روانشناختی ذهنی و با آمادگی در مقابل چالش های پیش رو قرار گیرند. طیف حرفه های آموزش داده شده گسترده بوده و ۲۸ رشته از جمله رایانه، کشاورزی، هنر، جوشکاری و ... را شامل می شد. در این برنامه، مهارت هایی برای شروع و مدیریت کسب و کار ارائه می شد. پس از آموزش، سرمایه اولیه و ابزارهای لازم به فارغ التحصیلان حرفه

^۱ United nation Development Program

^۲ Youth empowerments scheme

^۳ Federal University of Technology

های مختلف داده می شد و نظارت کافی و کمک فنی نیز انجام می گرفت. محققان برای ارزیابی تأثیرات برنامه، نظرات، نگرش ها و رفتارهای ذینفعان (آموزش دهندگان و آموزش گیرندگان و مسئولین برنامه) را با استفاده از پرسشنامه ساختار یافته ۲۰ سوالی بررسی کردند. ابزار پژوهش شامل سه قسمت اطلاعات فردی، تأثیرات برنامه برکسب مهارت ها و تأثیرات برنامه بر کاهش فقر بوده است. مصاحبه هایی با برخی از مسئولین برنامه طرح ریزی شد. آدرس و اطلاعات تماس ذینفعان و دست اندرکاران برنامه، گردآوری شد و پرسشنامه ها با کمک کارکنان، بین ذینفعان توزیع شده و با ملاقات حضوری مصاحبه ها تکمیل گردید.

یافته های مطالعه نشان دهنده نقش موثر برنامه بر کاهش فقر و کسب مهارت در گروه هدف بوده است. این مطالعه نشان می دهد که افراد آموزش دیده، در بنگاه های خویش فرما، مهارت های به دست آمده را به کار گرفته اند. نتایج نشان دهنده آن است که ذینفعان قادر به پایه ریزی کسب و کار خود پس از فارغ التحصیلی هستند. برنامه پایش کمیته ملی کاهش فقر در سال ۲۰۰۳ نیز گزارش کرد که این برنامه هزاران جوان را توانمند ساخته و بهتر است توسط سازمان غیر دولتی دیگری نیز دنبال شود. (جوهیزه و ادامو^۱، ۲۰۰۹). بررسی کوتی^۲ در سال ۲۰۰۵ نیز نشان داد که بیشتر افراد آموزش دیده تحت این برنامه، نه تنها به صورت خویش فرما کار می کنند، بلکه به عنوان نیروی کار سازمان های کشور نیز محسوب می شوند.

مطالعه ای که توسط یاهایا^۳ انجام شده است، نشان می دهد که تأثیر برنامه توانمند سازی جوانان، فراتر از موضوع کاهش فقر است و باعث افزایش هویت نیجریه ای در آن ها شده است. افراد، خودتکایی و اعتماد به نفس بیشتری کسب کرده اند. این برنامه در آینده حرفه ای آن ها تأثیر گذار بوده و احساس مفید بودن و قابل قبول بودن به عنوان عضوی از جامعه نیجریه داشته اند.

محققین این مطالعه، پاسخ های شرکت کنندگان و تجارب آن ها را در طول دوره آموزشی جمع آوری کردند که نشان دهنده تغییرات جدید در وضعیت اقتصادی - اجتماعی آنها بود. براساس ارزیابی صورت گرفته، محققین پیشنهاد کردند که جلسات مشاوره برای شرکت کنندگان به طور خصوصی برگزار شود و فرصت زمانی بیشتری برای هر شرکت کننده اختصاص داده شود و خدمات ارجاع و پیگیری بیشتری برای آموزش گیرندگان وجود داشته باشد (یاهایا، ۲۰۰۶).

مطالعه دیگری در دانشگاه مایدوگری در ایالت بورنو نیجریه انجام شده است که تأثیرات برنامه

^۱Johize & Adamu

^۲Kuti

^۳Yahaya

توانمند سازی جوانان را در فاصله سال های ۲۰۰۲ الی ۲۰۰۹ مورد بررسی قراردادده است. این مطالعه در دو بخش اولیه و ثانویه به انجام رسیده است. اطلاعات ثانویه از مجلات، پایان نامه ها و انتشارات و گزارشات دولتی و اطلاعات اولیه با استفاده از پیمایش و مصاحبه به دست آمده است. در این بخش، ۹۸ نفر به شیوه نمونه گیری طبقه ای تصادفی انتخاب شدند. در این مطالعه، بیش از ۷۳/۵٪ نفر از شرکت کنندگان مرد و ۲۶/۵٪ زن بودند. اکثریت شرکت کنندگان (۷۷/۸٪) بین ۲۵-۴۰ سال داشتند. اکثرا ازدواج کرده بودند (۸۳/۷٪) و بعد خانوار کمتر از ۶ نفر بود (۵۹/۱٪). همچنین اکثر آنان مقطع راهنمایی را به اتمام رسانده بودند که نشان دهنده پایین بودن متوسط سواد شرکت کنندگان می باشد. بیشتر افراد دارای مشاغل کشاورزی (۳۳٪) بودند.

اکثریت شرکت کنندگان، ۱-۲ سال در برنامه مشارکت داشتند. بیشترین برنامه ای که شرکت کنندگان در آن مشارکت داشتند، شامل کشاورزی (۳۳/۷٪) و سپس کامپیوتر (۲۶/۵٪) بود. تأثیرات برنامه از نظر شرکت کنندگان از طریق بررسی ادراک آنها از بهبود استانداردهای زندگی بررسی شد. ۵۵٪ بهبود اساسی را در استانداردهای زندگی گزارش کردند. ۳۲/۷٪ بهبود متوسط و ۱۲/۲٪ بهبودی خاصی را گزارش نکردند. در خصوص عملکرد برنامه توانمند سازی، ۷۳/۵٪ از شرکت کنندگان، از عملکرد آن راضی، ۱۶/۳٪ ناراضی و ۱۰/۲٪ پاسخی ممتنع را انتخاب کرده بودند. موانع برنامه شامل کمی دسترسی به وام (۴۵/۹٪)، مراکز آموزشی و تجهیزات ناکافی (۳۵/۷٪)، سود بالای بانکی وام ها (۲۰/۴٪) و بی سوادی (۲۸/۶٪) بود. مطالعه نشان دهنده رابطه معنی دار بین خصوصیات اقتصادی - اجتماعی شامل سن و سطح آموزشی و مشارکت افراد در برنامه توانمند سازی است به طوری که هر چه جوانان سطح آموزشی بیشتر داشتند، سطح مشارکت آنها در برنامه و ادراک آنها از برنامه آموزشی بیشتر بود و هر چه سن افراد بالاتر می رفت، نیاز به خودتکایی بیشتر و مشارکت افراد در برنامه آموزشی بیشتر می شد. محققین پیشنهاد کردند که برای بهبود عملکرد برنامه دسترسی به تسهیلات و وام کافی با بهره حداقل، پایه گذاری مراکز آموزشی بیشتر با تجهیزات کافی و ارائه آموزش برای شرکت کنندگان، ضروری است.

یک مطالعه توسط اومانگ و همکاران^۱ در زمینه تأثیرات برنامه کاهش فقر در برنامه توانمند سازی جوانان در نیجریه انجام شده است. در این برنامه به افرادی که دوره های آموزشی را با موفقیت گذراندند، وام هایی داده شد تا کارگاه ها و بنگاه های اقتصادی را راه اندازی کنند. در

¹Noonan RK, Gibbs D

این برنامه، ارائه تسهیلات اعتباری به جوانان، تأثیرات مثبت و معنی داری بر سطح در آمد آنها داشته است. ۱۴۰ نفر از پاسخگویان به پرسشنامه ساختارمند پاسخ دادند که به طور چند مرحله ای و تصادفی انتخاب شده بودند. ۸۰ فرد ذینفع و ۶۰ فرد غیر ذینفع به پرسشنامه پاسخ دادند. نتایج نشان داد که این برنامه تأثیرات مثبتی بر سطح درآمد داشته است. همچنین این برنامه تأثیرات مثبتی بر برخی شاخص های فقر مانند سطح درآمد، اسکان، دسترسی به خدمات سلامت و سرمایه فردی داشته است. عواملی که تأثیر منفی بر روی برنامه داشتند عبارت بودند از اعتبارات ناکافی، مشکلات خانوادگی، فساد مالی، عدم پرداخت به موقع وام ها و کنار گذاشتن کسب و کار. نویسندگان نتیجه گیری می کنند که این برنامه، استراتژی موثر و پایداری در کاهش فقر محسوب می شود و نیاز است که تداوم پیدا کرده و دولت نیز از آن حمایت کند تا برنامه بتواند فعالیت های بیشتری را پوشش داده و توسعه یابد (بنیاد بین المللی جوانان^۱، ۲۰۱۰).

برنامه های دیگری نیز با به کارگیری رویکرد توانمندسازی در رابطه با پیشگیری از خشونت (گودمن و نونان^۲، ۲۰۰۹، نونان و گیبس^۳، ۲۰۰۹)، ارتقای تغذیه سالم (دایر و همکاران^۴، ۲۰۰۹) و ایجاد تغییرات سازمانی (ایوانز و همکاران^۵، ۲۰۰۷) اجرا و ارزشیابی شده اند که مطالعه آنها پیشنهاد می شود.

۳-۲ برخی تجارب ایران

تجربه اول: توانمندسازی ۴۰ زن در ۴۰ روستا

الف. اهداف کلی برنامه: ارتقای توانمندی ها و دانش و مهارت زنان روستایی در زمینه نحوه شناسایی و رفع مسائل و نیازهای فراروی روستاهای مربوطه توسط خود آنها به منظور افزایش تاثیرگذاری و نقش آنها در عرصه توسعه محلی

ب. معرفی کلی طرح: این برنامه از سال ۱۳۸۴ تا ۱۳۸۶ با حمایت مرکز امور خانواده و زنان نهاد ریاست جمهوری توسط موسسه فرهیخته و با همکاری اداره کل زنان و خانواده استانداری اردبیل، با همکاری و شرکت یک زن علاقمند از هر روستای هدف در سطح استان اردبیل اجرا گردید.

¹ International Youth Foundation

² Goodman & Noonan

³ Noonan & Gibbs

⁴ Dwyer, et al.

⁵ Evans, et al.

ج. روش و فعالیت های طرح: فعالیت های اصلی برنامه بر طبق فرایند پیش بینی شده عبارت بودند از:

- سازمان دادن تیم اجرایی طرح شامل کارشناسان اجرایی، مدرسان و ناظران
- انتخاب روستاهای هدف بر اساس یک سری شاخص های تعیین شده با مشورت ادارات جهادکشاورزی، مرکز بهداشت، کمیته امداد امام خمینی، فرمانداری و آموزش و پرورش
- معرفی برنامه به افراد کلیدی روستا و شناسایی داوطلبان همکاری با برنامه
- انتخاب یک زن از هر روستای هدف بر اساس مصاحبه با داوطلبان جهت همکاری در طرح تحت عنوان رابط توسعه روستا

- برگزاری سه دوره آموزشی در خصوص ارزیابی و تحلیل جامعه، نیازسنجی و برنامه ریزی (مدرسین مرکز پژوهش های سلامت مبتنی بر مشارکت جامعه نیز در آموزش ها همکاری داشته اند).
- تعریف و اجرای مداخلات توسط زنان رابط توسعه روستا
- نظارت دوره ای بر روند فعالیت زنان رابط توسعه روستا قبل از برگزاری هر دوره آموزشی توسط ناظران برنامه، رفع اشکالات و آموزش و هدایت آنها در محل

د. نتایج و دستاوردها: این برنامه پس از اجرا به مدت دو سال توسط موسسه مجری و دفتر زنان و خانواده استانداری مورد ارزیابی قرار گرفت. نتایج به دست آمده عبارت بودند از: آموزش ۳۲ نفر از زنان در زمینه ارزیابی و تحلیل جامعه، آموزش ۲۴ نفر از زنان در زمینه نیازسنجی و اولویت بندی، آموزش ۱۷ نفر از زنان در زمینه برنامه ریزی اقدام مداخله ای، ایجاد گروه های توسعه محلی در ۶ روستای هدف، موفقیت ۳ نفر از زنان رابط در انتخابات شورای روستای خود، ارتقای جایگاه زنان به سطح رابط توسعه روستا و پذیرش آنها از سوی نهادهای ذی ربط و افزایش اعتماد دیگر ذینفعان (داخل و خارج روستا) به قابلیت های زنان در پرداختن به مسائل اجتماع.

ه. نقاط قوت طرح: استمرار طرح، همراهی تسهیلگران و زنان روستایی، ارتباط بیشتر زنان با نهادهای محلی در به کارگیری نتایج آموزش ها و حمایت بیشتر فرمانداری ها از زنان توانمند در پرداختن به مسائل روستای خود.

و. نقاط ضعف طرح: فاصله زمانی زیاد بین مراحل اجرایی، دوری راه بین مخاطبان و مجریان، ریزش تدریجی افراد شرکت کننده در مراحل بعدی طرح، عدم تامین به موقع منابع مالی لازم برای اجرای طرح، وجود باورهای غلط حاکم در روستاها نسبت به توانایی های زنان و نبود بستر مناسب در جامعه برای استفاده از ظرفیت های زنان توانمند شده (رضایی، ۲۰۱۰).

تجربه دوم: توانمندسازی اجتماع محور در جهت کاهش فقر

الف. اهداف کلی برنامه: توانمندسازی جوامع محلی در جهت کاهش فقر قابلیت، به طوری که قادر به ایفای مسئولیت اجتماعی در قبال توسعه محله خود بوده و در جهت پرداختن به مسائل و نیازهای محله خود تلاش نمایند.

ب. معرفی کلی طرح: این برنامه از سال ۱۳۸۷ تاکنون با حمایت سازمان بهزیستی کشور و با همکاری موسسه توانمندسازی فرهیخته، از طریق موسسات غیردولتی محلی اعم از کلینیک های مددکاری اجتماعی در سطح بیش از ۸۰ محله در ۲۲ استان کشور در حال اجرا است. موسسه توانمندسازی فرهیخته مسئولیت کمک به برنامه ریزی در سطح ستادی و نیز ظرفیت سازی، آموزش، هدایت و نظارت بر مجریان محلی برنامه را برعهده داشته است.

ج. روش و فعالیت های طرح: فعالیت های عمده برنامه بر طبق فرایند پیش بینی شده عبارت بودند از:

- تدوین فرایند اجرایی و مالی برنامه توسط بهزیستی کشور و موسسه فرهیخته
- تشکیل تیم اجرایی برنامه در سطح ستادی شامل کارشناسان مشاور، مدرسان و ناظران
- تعیین موسسات مجری و عقد تفاهم نامه با آنها توسط بهزیستی استان ها
- انتخاب شهرها و محلات هدف در آنها بر طبق معیارهای تعیین شده
- برگزاری جلسه توجیهی برای موسسات مجری و بهزیستی در مناطق هدف
- معرفی طرح توسط موسسه مجری و تشکیل تیم اجرایی از بین داوطلبان ساکن محلات هدف
- برگزاری کارگاه های آموزشی در زمینه تسهیلگری عام و ارزیابی جامعه برای نمایندگان تیم های اجرایی و موسسات مجری در شهرستان های هدف توسط مدرسان موسسه فرهیخته (مدرسین مرکز پژوهش های سلامت مبتنی بر مشارکت جامعه نیز در آموزش ها و مشاوره های طرح همکاری داشته اند).
- انجام اقدامات اعتمادساز، ارزیابی جامعه، اطلاع رسانی مستمر، تهیه پروفایل ساکنین محله توسط تیم های اجرایی محلات هدف بر طبق آموزش های ارائه شده
- سازمان یابی در برخی از محلات هدف توسط تیم های اجرایی با دعوت از افراد مستعد محله و ایجاد مرکز توسعه محله
- انجام بررسی های محلی مرحله اول توسط ناظران به منظور پایش فرایند و آموزش های تکمیلی در خصوص ارزیابی جامعه و تحلیل ذینفعان به تیم های اجرایی

- برگزاری کارگاه آموزشی در زمینه روش های نیازسنجی و اولویت بندی مسائل و نیازها برای نمایندگان تیم های اجرایی و موسسات مجری در شهرستان های هدف
- شناسایی نیازها و مشکلات فراروی محلات هدف توسط تیم های اجرایی یا مراکز توسعه محله بر طبق آموزش های ارائه شده و تهیه لیست اولویت های محله
- انجام بررسی های محلی مرحله دوم توسط ناظران به منظور پایش فرایند و آموزش های تکمیلی در خصوص سازمان یابی و نیازسنجی به تیم های اجرایی
- برگزاری کارگاه های آموزشی در زمینه برنامه ریزی و تامین منابع برای نمایندگان تیم های اجرایی و موسسات مجری در شهرستان های هدف
- تعریف مداخلات بر اساس نتایج نیازسنجی و تامین منابع با توجه به نتایج ارزیابی منابع جامعه و نیز وظایف و فرصت های موجود در ذینفعان توسط تیم های اجرایی یا مراکز توسعه محله
- انجام بررسی های محلی مرحله سوم توسط ناظران به منظور پایش فرایند و آموزش های تکمیلی در خصوص تهیه برنامه مداخلات و تامین منابع به تیم های اجرایی
- تصویب مداخلات توسط بهزیستی و اجرای آنها توسط تیم های اجرایی یا مراکز توسعه محله و در نهایت پایش و ارزشیابی مداخلات توسط خود مراکز توسعه محله
- انجام بررسی های محلی مرحله چهارم توسط ناظران به منظور پایش فرایند و آموزش های تکمیلی در خصوص نحوه مدیریت و ارزشیابی مداخلات به تیم های اجرایی
- برگزاری دوره تربیت مربی برای تعدادی از کارشناسان بهزیستی و کلینیک های مددکاری اجتماعی و موسسات مجری جهت افزایش ظرفیت کشور برای گسترش طرح
- تدوین و انتشار کتاب هایی در زمینه فرایند توانمندسازی و متون آموزشی مرتبط با این فرایند توسط موسسه فرهیخته

د. نتایج و دستاوردها: طی اجرای پنج ساله این برنامه و بر اساس پایش های دوره ای و نیازآزمایی تاثیرات طرح از نظر دست اندرکاران و مردم محلی، نتایج بدست آمده عبارتند از: افزایش دانش و آگاهی بیش از ۳۰۰ نفر از افراد محلی، حدود ۷۰ نفر از کارشناسان موسسات مجری و ۴۰ نفر از کارشناسان بهزیستی در استان ها و شهرستان های هدف در خصوص ابزارهای توسعه محلی، افزایش همبستگی اجتماعی و همکاری مردم و ارگان های دولتی با تیم اجرایی محله، منطقی شدن سطح توقعات و انتظارات مردم از دولت با توجه به حیطه اختیارات و وظایف نهادهای دولتی، افزایش رضایت مندی کلی مردم از فعالیت های تیم های اجرایی و نقش سازمان بهزیستی، تجربه

روندی نو توسط مردم محلی در خصوص تمرکز دایی در تصمیم گیری ها و سپرده شدن آن به مردم، ارتقای مدیریت مردم محلی و کنترل بر نحوه هزینه کرد منابع مالی طرح، ایجاد زمینه برای شفافیت بیشتر و پاسخ گو بودن در جامعه و تمرین آن توسط خود مردم محلی و ایجاد ارتباط بین نیازها و منابع نهادهای مختلف در روند برنامه ریزی

ه. تاثیرات اجرای طرح بر سایر نهادهای دولتی در سطح ملی: درج عبارت «توانمندسازی و برنامه های اجتماع محور» در ماده ۳۹ قانون برنامه پنجم توسعه جمهوری اسلامی، خریداری و استفاده دفتر آموزش و ارتقای سلامت وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی از کتاب های آموزشی طرح به تعداد ۱۰۰۰ سری، استقبال مرکز سلامت محیط و کار (دبیرخانه ابتکارات جامعه محور) وزارت بهداشت از فرایند برنامه، خریداری و استفاده سازمان جوانان جمعیت هلال احمر کشور از کتاب های آموزشی طرح به تعداد ۵۰۰ سری، استقبال اداره کل پیشگیری از جرائم قوه قضائیه از اثربخشی طرح در کاهش جرائم و آسیب های اجتماعی و بزهکاری ها در محلات هدف، خریداری و استفاده سازمان نوسازی شهرداری و نیز مرکز مطالعات و برنامه ریزی شهرداری تهران از کتاب های آموزشی این طرح به تعداد ۱۴۰ سری.

و. نقاط قوت طرح: شکل گیری ساختارهای متشکل از افراد داوطلب در جامعه محلی با عنوان مراکز توسعه محلی، تبیین نقش مدیریتی برای مردم محلی در این مراکز، اختیار گروه های مردمی در هزینه کرد منابع مالی طرح، همکاری نهادهای دولتی ذینفع با مراکز توسعه محلی در اغلب مناطق هدف، برگزاری کارگاه های آموزشی و مشارکت مداوم افراد محلی در این کارگاه ها، اختصاص منابع مالی برای اقدامات اعتماد سازی، به پایداری رسیدن طرح در تعداد قابل توجهی از محلات هدف، امکان تبادل تجارب طی برگزاری نشست های مشترک بین تیم های اجرایی محلات یک شهر، پیش بینی اعتبارات مالی واقع بینانه برای مراحل مختلف فرایند طرح، روند نظارت مستمر و پیگیری طرح

ز. نقاط ضعف طرح: شامل کاهش تعداد اعضای تیم اجرایی در طول برنامه، روشن نبودن چشم انداز مناسب برای ادامه طرح در سطح ملی، کافی نبودن آموزش های پیش بینی شده برای اعضای تیم های اجرایی، فقدان مکان ثابت فیزیکی برای راه اندازی دفتر مرکز توسعه محله در برخی از محلات هدف، عدم امکان شرکت برخی از اعضای تیم های اجرایی در کارگاه های آموزشی، طولانی شدن فرایند کار در برخی از محلات و کاهش انگیزه در اعضای تیم اجرایی این محلات، آگاهی کم سایر نهادهای ذی ربط در خصوص این طرح و اصول رویکرد اجتماع محور، اطلاع رسانی

ضعیف از سوی تیم های اجرایی محلات، توجه ناکافی کلینیک ها و بهزیستی به شاخص های انتخاب محلات هدف و معیارهای تشکیل تیم اجرایی در برخی از استان ها، ظرفیت پایین کار تیمی و جمعی در برخی از تیم های اجرایی محلات هدف، فرد محور ی و نخبه گرایی در برخی از تیم های اجرایی محلات هدف، هزینه کرد نامناسب بودجه طرح از سوی برخی از مجریان، توجه ناکافی تیم های اجرایی به تشکیل ارکان تصمیم گیری و نظارتی در مراکز توسعه محلی، در نظر نگرفتن تنوع گروه های مختلف در برگزاری بحث گروهی متمرکز در مرحله نیازسنجی و وجود توقع زیاد مردم محلات هدف از طرح (موسسه فرهیخته، ۱۳۹۲).

تجربه سوم: طرح جمع آوری و تفکیک زباله از مبدا

الف. اهداف کلی برنامه: بهینه سازی جمع آوری و تفکیک زباله از مبدا به روش مشارکتی
ب. معرفی کلی طرح: این پروژه در منطقه شهنامی شاهرود طی سال های ۱۳۸۴ تا ۱۳۸۵ توسط پایگاه تحقیقات جمعیت دانشگاه علوم پزشکی شاهرود با همکاری شهرداری، فرمانداری و موسسه توسعه پایدار، انجام شد.

ج. روش و فعالیت های طرح: در این پروژه، ارزیابی سریع با استفاده از روش مصاحبه و گفتگوی چهره به چهره با مردم به منظور بررسی نیازهای بهداشتی، اقتصادی و اجتماعی منطقه شهنامی انجام شد. یکی از اولویت های استخراج شده، مشکل زباله بود. برای انجام مداخله، جلساتی با حضور نماینده شهرداری و نمایندگان مردم برای هدف گذاری و تدوین برنامه برگزار شد. تیم اجرایی متشکل از ۲۵ نفر از افراد آموزش دیده در زمینه مهارت های کار مشارکتی تشکیل بود و تقسیم وظایف در بین آنها صورت گرفت. اطلاع رسانی در میادین و خیابان ها با هدف آشنایی مردم با لزوم بازیافت زباله و زمان شروع پروژه صورت گرفت و پمفلت هایی نیز طراحی گردید. تیم اجرایی آموزش هایی را به مردم در خصوص چگونگی تفکیک زباله در منزل، نحوه تحویل آن به مامورین جمع آوری کالاهای بازیافتی و دریافت قبض های قرعه کشی و نیز چگونگی اطلاع از نتایج و دریافت جوایز به همراه پمفلت دارای شماره خانوار ارائه داد. سپس طبق برنامه، زباله های خانوارها توسط مامورین موسسه توسعه پایدار جمع آوری و قبض های رسید زباله به آنها تحویل می گردید. بر این اساس، قرعه کشی ماهیانه در محل مسجد محل انجام شده و به صاحبان تعدادی از قبض های برنده، جوایزی اهداء گردید. یکی از آموزش های ارائه شده، دفن زباله های تر در باغچه منازل به عنوان کود بود.

در این طرح، به مردم کیسه های پلاستیکی نیز داده می شد تا زباله های خود را به صورت تر و خشک جمع آوری کنند. بر اساس مذاکرات انجام شده، شهرداری نیز در جمع آوری توده های زباله تلنبار شده در سطح منطقه اقدام کرده و زباله های تر را ساعت ۹ شب جمع آوری می نمود. زباله های خشک نیز هفته ای یکبار توسط موسسه توسعه پایدار جمع آوری می شد. زباله های خانگی جمع آوری شده در محلی دور از شهر و در محیطی کاملاً کنترل شده تفکیک می گردید و میزان وزنی هر یک از اجزاء مشخص می شد. برای پایش طرح، تعدادی از نیروهای مردمی با حضور در محل اجرای پروژه، فرم های پایش پروژه را تکمیل می کردند. بر اساس نقاط ضعف و قوت برنامه، اقدام اصلاحی یا تقویتی لازم در برنامه انجام می شد.

د - نتایج و دستاوردها: نتایج نشان داد که در ماه اول اجرای طرح، ۷۰ درصد مردم (پیش بینی قبلی پروژه: ۵٪)، در ماه دوم، ۸۷٪ درصد (پیش بینی قبلی پروژه: ۱۷٪) و در ماه سوم، ۸۷ درصد مردم (پیش بینی قبلی پروژه: ۲۲٪)، نسبت به تفکیک زباله های خود اقدام کردند. در ماه اول اجرای طرح، ۹۲ درصد مردم منطقه از اجرای طرح راضی بودند. در ماه سوم نیز رضایت ۹۰٪ بود. در پایان ماه سوم ۸۰٪ از ساکنین نسبت به بازیافت، اهمیت آن و نحوه انجام تفکیک زباله از آگاهی خوبی برخوردار بودند. ۸۵٪ از اهالی معتقد بودند که اجرای این طرح باعث بهتر شدن عملیات جمع آوری زباله های تر شده و ۷۵٪ این اقدام را در رفع توده های تلنبار شده زباله مفید دانستند. ه. نقاط قوت طرح: این پروژه مبتنی بر نیازهای جامعه بوده و منجر به ارتقای آگاهی و رضایتمندی، حذف توده های تلنبار شده در سطح منطقه و تفکیک زباله از مبدا شده و از همه مهم تر نمایانگر توانمندی جامعه در حل مشکلات خود و جدیت و پیگیری جمعی آنها می باشد. و. نقاط ضعف و چالش های طرح: همکاری بین بخشی مهم ترین چالش این طرح می باشد (رودباری، ۱۳۸۶).

تجربه چهارم: طرح پشتیبانی خدمات مالی خرد روستایی

الف. اهداف کلی برنامه: توانمندسازی اقشار کم درآمد و آسیب پذیر روستایی در جهت افزایش درآمد و بهبود معیشت آنها به خصوص در گروه زنان و جوانان که دسترسی به منابع مالی ندارند. ب. معرفی کلی طرح: این برنامه از سال ۱۳۷۹ توسط موسسه بین المللی تاک و با حمایت صندوق بین المللی توسعه کشاورزی (ایفاد) و بانک کشاورزی ایران آغاز شده و در ادامه سازمان بهزیستی هم از سال ۱۳۸۸ به این برنامه ملحق گردید. برنامه در سطح ۱۰ استان کشور اجرا شده که

مؤسسات غیردولتی اعم از سازمان های غیردولتی، کلینیک های مددکاری و شرکت های تعاونی و خصوصی و حتی افراد حقیقی که آموزش های لازم را دیده اند، در اجرای طرح در سطح محلی همکاری دارند. موسسه فرهیخته در این زمینه در اجرای فاز اول و دوم طرح همکاری داشته است. ج. روش و فعالیت های طرح: فعالیت های عمده این طرح بر طبق روش بانک داری پیوندی و از طریق تشکیل توسعه گروه های خودیار مالی که یک نهاد محلی اجتماع محور می باشد، عبارت بودند از:

- مطالعات و بررسی های اقتصادی-اجتماعی و نیز میل به کارآفرینی در جوانان روستایی که در سطح ۲۷۰۰ خانوار در ۵ استان به منظور جمع آوری اطلاعات کلیدی، شناسائی گروه های هدف، تخمین سطح درآمد خانوارها، میزان دسترسی آن ها به تسهیلات بانکی و علل محدودیت دسترسی افراد به این تسهیلات انجام گردید.

- آموزش و ظرفیت سازی که رکن اصلی این برنامه بوده و در سه سطح بانک، گروه های مالی محلی و نیز اعضای این گروه ها صورت گرفت. برنامه آموزشی از سه طریق: (الف) آموزش های نظری و علمی در کلاس (ب) آموزش های عملی و میدانی از طریق کارورزی و (ج) آموزش از طریق بازدید تجارب موفق در خارج از کشور به مخاطبان ارائه گردید. ظرفیت سازی در اعضای گروه در زمینه های پویائی گروه، مدیریت سازمانی و مالی، حسابداری، خدمات توسعه اشتغال و فن آوری و برنامه کنش گروه بوده است.

- تشکیل گروه های خودیار مالی در سطح روستاهای هدف که به صورت خودجوش در بین افراد گروه های هدف و توسط تسهیلگران آموزش دیده انجام شد.

- تجهیز و گردش پس انداز توسط گروه های خودیار، جزئی از راهبرد بقاء برای افراد فقیر و کم درآمد است. به همین دلیل در «بانک داری پیوندی از طریق گروه های خودیار»، پس انداز رکنی اساسی است که بدون آن و حتی با تضعیف آن، بانک داری پیوندی نمی تواند وجود داشته باشد. در واقع عملکرد گروه ها در زمینه پس انداز و نحوه اداره آن معیار اصلی اعتبارسنجی و تعیین درجه بانک پذیری گروه های خودیار است.

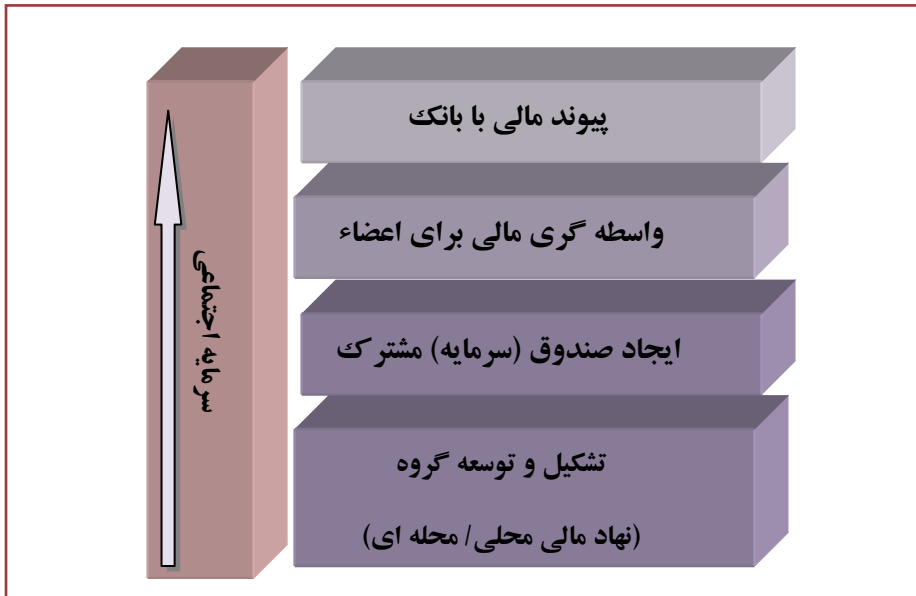
- بانک پذیری و اعطای اعتبارات توسط بانک کشاورزی به گروه ها و وصول آن ها. در این خصوص بانک کشاورزی طی دستورالعمل ارسالی به استان های هدف به شماره ۱۶/۴۰۱ مورخه ۱۳۸۴/۱۲/۲۵ توجیهات لازم را در مورد شرایط و نحوه اجرای روش بانک داری پیوندی به ویژه در مورد گروه های خودیار تشریح نموده است. بر این اساس گروه های خودیار، وام بانک را به

صورت عمده و یکپارچه دریافت داشته و سپس از محل آن بر اساس مصوبات خود گروه و بر حسب اعتبارسنجی درون گروهی، از طریق قراردادهای داخلی به اعضای خود وام پرداخت می کنند. گروهی که فرایند انباشت سرمایه اجتماعی در آن به درستی اتفاق افتاده باشد، می تواند از بانک، وام دریافت نماید.

▪ اشتغال و فعالیت های درآمد زا، نتیجه استفاده برخی از اعضای گروه های خودیار از وام های بانکی کشاورزی است که در فرآیند آموزش و ظرفیت سازی نیز تمهیدات لازم برای خدمات توسعه اشتغال و ارتقای فن آوری در نظر گرفته شده است. در طی اجرای طرح، با نیازسنجی در داخل گروه ها، راهنمایی گروه ها و یا افراد آن به سوی منابع خدمات مورد نیاز نظیر آموزش های فنی و حرفه ای، کارورزی، ترویج کشاورزی، تهیه نهاده ها و شناسایی فرصت های بازار از طریق تسهیلگر گروه انجام شده است. با توجه به سرانه وام ها، اعتبارات دریافتی اغلب برای ایجاد اشتغال های خرد و مشاغل خانگی صرف می شود.

▪ مدیریت و مراحل اجرای طرح که شامل تقسیم وظایف و تعهدات بین ذینفعان اصلی طرح می شود. بدین صورت که تامین هزینه های اجرایی شامل مطالعات، ظرفیت سازی، آموزش (در داخل و خارج از کشور)، ایاب و ذهاب و حق الزحمه کارشناسان ایرانی و بین المللی، پاداش و اضافه کار برای کارشناسان بانک کشاورزی و کمک سرمایه به صندوق گروه های خودیار از محل منابع بلاعوض ایفاد و یا توسط سازمان بهزیستی و نیز خدمات داوطلبانه تامین شده و از طرف دیگر تامین خط اعتبار (وام) برای گروه هدف توسط بانک کشاورزی (بر اساس نرخ سود معمول بانک و بدون لحاظ نمودن یارانه) و از محل منابع داخلی بانک صورت گرفته است. بدین ترتیب اعتبارسنجی گروه های هدف و تصویب و پرداخت اعتبارات نیز مستقیماً توسط بانک ولی با مشاوره موسسه تاک انجام شده است (منصوری مشهدی، ۱۳۸۷).

به طور کلی، فرآیند انباشت سرمایه اجتماعی در گروه خودیار (روش بانکداری پیوندی) را می‌توان در شکل ۱ نشان داد:



شکل ۱- فرآیند انباشت سرمایه اجتماعی در گروه های خودیار

د - نتایج و دستاوردها: بر اساس نتایج مطالعات انجام شده، دلایل محدودیت زنان و جوانان روستایی در دسترسی به تسهیلات بانکی شامل: (۱) عدم آشنائی با مقررات بانکی (۲) نداشتن وثیقه یا ضامن (۳) نداشتن ایده روشن برای استفاده از وام جهت اشتغال و فعالیت های درآمدزا و (۴) تابوهای اجتماعی و فرهنگی نزد برخی از زنان بوده است. هم چنین طی یک دوره ۵ ساله اخیر اطلاعات سامانه تأمین مالی خرد (بانکداری پیوندی) تا مرداد ۱۳۹۲ به شرح ذیل بوده است:

- تعداد مناطق هدف در ۹ استان هدف: ۱۱۰ روستا و ۲۵ محله شهری
- تعداد گروه خودیار و تعداد اعضای آنها: ۳۲۸ گروه با ۵۱۴۴ نفر عضو
- درصد زنان و زنان سرپرست خانوار: ۸۸٪ اعضای زن و ۱۰٪ زن سرپرست
- جمع سرمایه کل صندوق گروه ها: ۱۰۵۵۰ میلیون ریال
- تعداد وام های داده شده و مبلغ آن: ۷۵۳۰ فقره به مبلغ کلی ۲۰۴۴۰ میلیون ریال

- کل درآمد صندوق های داخلی گروه ها: ۴۴۰۰ میلیون ریال
 - میزان بازپرداخت وام های صندوق مشترک: ۱۰۰٪
 - گروه های گیرنده وام اول بانک و جمع وام ها: ۲۰۱ گروه به مبلغ ۱۹۴۴۱ میلیون ریال
 - تعداد اعضای بهره بردار از وام اول و سرانه وام: ۲۶۳۳ نفر با سرانه ۷/۴۶ میلیون ریال
 - نرخ بازپرداخت وام های اول دریافتی از بانک: ۱۰۰٪
 - گروه های گیرنده وام دوم بانک و جمع وام ها: ۸۰ گروه به مبلغ ۱۵۵۴۰ میلیون ریال
 - تعداد اعضای بهره بردار از وام دوم و سرانه وام: ۱۱۳۶ نفر با سرانه ۱۳/۷ میلیون ریال
 - نرخ بازپرداخت وام های دوم دریافتی از بانک: ۱۰۰٪
 - گروه های گیرنده وام سوم بانک و جمع وام ها: ۱۷ گروه به مبلغ ۳۶۷۰ میلیون ریال
 - تعداد اعضای بهره بردار از وام دوم و سرانه وام: ۲۲۶ نفر با سرانه ۱۶/۲ میلیون ریال
 - نرخ بازپرداخت وام های دوم دریافتی از بانک: ۱۰۰٪
- ه. نقاط قوت طرح: پایداری گروه های خودیار، به طوری که تاکنون کمتر از ۵٪ آنها طی ۵ سال منحل شده اند و بقیه به صورت پایدار فعالیت دارند، وجود دو منبع تامین مالی در گروه خودیار که شامل صندوق مشترک و نیز وام دریافتی از بانک کشاورزی بوده است، پشتیبانی طرح از فعالیت های متنوع کسب و کار اعضای گروه ها، مشارکت بالای زنان در طرح و حضور زنان سرپرست خانوار در ترکیب گروه های خودیار، استفاده از تجارب و دانش سطح اول جهانی، برون سپاری فعالیت ها به بخش های غیردولتی در مناطق هدف، استمرار آموزش ها در طول برنامه و پذیرش گروه های خودیار توسط بانک کشاورزی به عنوان یک نهاد مالی واسطه.
- و. نقاط ضعف و چالش های طرح: تعهد و کارآمدی پایین برخی از موسسات غیردولتی مجری، تغییر در کارکنان موسسات مجری و ریزش تسهیلاتگران در طی فرایند کار، طولانی شدن زمان بانک پذیری در برخی از مناطق هدف و دوری راه برای تسهیلاتگران و ناظران در برخی از مناطق (منصوری مشهدی، ۱۳۹۱).

۱-۳- درس های آموخته از تجارب موفق

- الف. در تعیین مناطق هدف، اعم از روستا یا محلات شهری، توجه به شاخص های معینی که فعالیت مجریان و متولیان خارج از جامعه در آنها امکان پذیر باشد، حائز اهمیت است. این شاخص ها شامل موارد ذیل است:
- نزدیک بودن روستاهای هدف به مرکز شهرستان

- داشتن تعداد خانوار و میزان جمعیت مناسب (برای روستاها ۱۰۰ تا ۵۰۰ خانوار و برای محلات شهری ۵۰۰ الی ۲۰۰۰ خانوار)
- وجود سطح نسبی از سرمایه اجتماعی با توجه به مولفه هایی نظیر سواد، مشارکت، هویت مشترک از نظر قومیت یا همسایگی و زبان، اعتماد عمومی و ...
- ب. برخی از نهادهای دولتی مرتبط به عنوان مشاور در انتخاب روستاهای هدف می توانند همکاری داشته باشند از جمله جهاد کشاورزی، مرکز بهداشت، بانک کشاورزی، کمیته امداد امام، بخشداری، آموزش و پرورش و بهزیستی.
- ج. توجه به شاخص های ذیل برای این که گروه اولیه از افراد پیشگام اقدامات اجتماع محور قرار گرفته و فرایند توانمندسازی برای آنها طراحی و پیاده شود:
 - برخورداری از علاقه و انگیزه لازم در زمینه توسعه محلی
 - برخورداری از تحصیلات کافی
 - مورد تأیید بودن از طرف معتمدان و افراد کلیدی محل
 - برخورداری از مهارت های ارتباطی
- د. یکی از ابعادی که می بایست در فرایند توانمندسازی به آن توجه شود، سطح دانش و مهارت گروه هدف در زمینه ابزارهای توسعه محلی می باشد، لذا محتوای آموزشی می بایست شامل حداقل سه مبحث کلی ذیل و تکنیک های مرتبط با آنها باشد:
 - ارزیابی منابع جامعه و تحلیل ذینفعان
 - نیازسنجی مشکلات و نیازهای محلی
 - برنامه ریزی و تهیه برنامه اقدام
- و. از بررسی تاثیرات این طرح ها می توان نتیجه گرفت که مقوله توانمندسازی نقش مهمی در ارتقای توانمندی ها و نقش افراد جامعه محلی- اعم از روستاها و محلات محروم و کمتر توسعه یافته شهری- در توسعه محلی دارد و لذا باید در سیاستگذاری ها و برنامه ریزی های کلان کشور، به عنوان یک ضرورت جدی به آن پرداخته شود. زیرا با مشارکت این افراد توانمند شده، زمینه مناسب برای استفاده از تعهد و انگیزه، دانش و ظرفیت این افراد در توسعه محلی فراهم می گردد. گرچه استفاده از ظرفیت جوامع محلی و اجرای اقدامات جامعه محور با حمایت شهرداری ها، بهزیستی، وزارت بهداشت و ...، رویکرد بسیار مثبتی می باشد اما لازم است که: (۱) با کم کردن بروکراسی های اداری، سرعت بخشیدن به روند اجرایی و تعامل نزدیک تر نهادهای دولتی و

نهادهای غیردولتی (۲) تهیه الگوی واحد برای توسعه محلی به منظور جلوگیری از اتلاف منابع و (۳) ایجاد وحدت رویه و جلوگیری از سردرگمی گروه های هدف؛ بهره مندی هرچه بیشتر جامعه هدف از اجرای این گونه برنامه ها تضمین شود (منصوری، ۱۳۸۷).

۴- نگاهی اجمالی به رویکرد اجتماع محور در توسعه جوامع محلی

معمولاً دو رویکرد عام در توسعه و پرداختن به مسائل و نیازهای جامعه قابل توجه است: اول، رویکرد ارائه مستقیم خدمات^۱ و ساختارسازی، که دولت محور و عرضه مدار است و دوم، رویکرد اجتماع محور^۲ که در اصل تقاضا مدار می باشد.

آنچه که اغلب توسط دولت ها و سازمان های متولی در دهه های اخیر مورد استفاده قرار گرفته و هنوز هم به کار گرفته می شود، رویکرد اول است. این رویکرد معمولاً بر پایه تشخیص نیازها توسط متولیان امر در فرایندی از بالا به پایین شکل گرفته و برنامه ریزی توسط آنها بدون توجه به لزوم حضور و مشارکت واقعی جوامع محلی صورت می گیرد.

رویکرد اجتماع محور، بیش از همه بر نقش بخش داوطلبانه و مردمی در توسعه محلی و شکل گیری سازمان های اجتماع محور^۳ تأکید دارد. در این رویکرد، اجتماعات محلی پیش قدم شده، به صورت خودجوش سازمان یافته تا به علایق و اهداف مشترک از جمله حل مسائل، دستیابی به رفاه اجتماعی و خروج از وضعیت موجود جامعه محلی خود دست یابند. مسئولیت پذیری اجتماعی مردم و سازمان های اجتماع محور، عنصر مرکزی این رویکرد محسوب می گردد. گروه های سازمان یافته، دارای ظرفیت نوآوری، پاسخگویی سریع به نیازهای محلی و ارائه خدمات مناسب بوده و این ویژگی ها، مزیت نسبی آنها در پیشبرد توسعه در سطح محلی می باشد. بی شک یکی از تأثیرات به کارگیری این رویکرد، انتقال برخی از وظایف دولت به سطوح پایین تر است. این سطوح، اغلب با نهادهای مدنی و گروه های داوطلب مردمی ارتباط بیشتری داشته و لذا تقویت سازمان های داوطلبانه، مردمی و جامعه محور در این سطح از اهمیت بیشتری برخوردار است.

الگوی توسعه محلی مبتنی بر رویکرد اجتماع محور، ضمن افزایش سرمایه اجتماعی و حفظ پایداری، می تواند از طریق فرایند توانمندسازی، جامعه را به حفظ و ارتقای سلامت و بهبود کیفیت زندگی قادر سازد.

^۱Service providing

^۲Community based

^۳Community based Organization

انتخاب رویکرد اجتماع محور در توسعه محلی، نیازمند توجه به اصول ذیل است:

۴-۱ اصول توسعه اجتماع محور

الف) مشارکت واقعی جامعه محلی: مشارکت ذی نفعان در فرآیند برنامه‌ریزی، اصل مسلم این رویکرد محسوب می‌شود. هدف اصلی، پاسخ به نیازهای در اولویت، اعتماد سازی، ایجاد مهارت حل مسأله، ظرفیت سازی و ترویج حس مالکیت در ذی نفعان و مراقبت از منابع محلی است. گروه‌های محلی بر تصمیمات و منابع (از جمله منابع مالی) کنترل و اختیار دارند.

ب) تقاضا محوری: سازمان‌های متولی دربارهٔ منافع و تبعات انتخاب‌های فراروی جامعه، به طور شفاف و به اندازه کافی اطلاع‌رسانی کرده تا گروه‌های اجتماعی قادر به تصمیم‌گیری و انتخاب آگاهانه شوند. متولیان و دست‌اندرکاران، ضمن توجه به علاقه و تعهد جامعه محلی به مشارکت، به حق تصمیم‌گیری و انتخاب جامعه محلی پایبندند.

ج) توانمندسازی و ظرفیت‌سازی: گروه‌های محلی می‌بایست از توانایی و ظرفیت کافی برای سازمان دادن به تلاش‌های جمعی، مشارکت در مراحل مختلف شناخت مسئله و برنامه‌ریزی جهت حل آنها، کنترل و بسیج منابع، حل اختلاف‌ها و اعتماد به یکدیگر و تشکیل شبکه‌های همکاری با دیگران، از توانایی و ظرفیت کافی برخوردار بوده و از سوی سازمان‌ها و نهادها نیز حمایت شوند. با توجه به اینکه مردم ذینفع اصلی در این فرایند هستند، لذا هرگونه برنامه‌ریزی و شکل‌گیری سازمان‌های اجتماع محور می‌بایست مبتنی بر مالکیت و مدیریت مردم باشد تا بتواند بستر مناسبی را برای تحقق عدالت ایجاد نموده و نیز ضامن حفظ حقوق ذی نفعان گردد. از سویی باید در نظر داشت که پیاده‌سازی فرایند اجتماع محور، زمان‌بر است و اساساً در طی این فرایند است که انگیزه و مسئولیت‌پذیری اجتماعی در مردم افزایش یافته و برای شناخت و تحلیل مسائل و مدیریت مشکلات جامعه محلی، توانمند می‌شوند.

به عبارت دیگر توانمندی در عمل اتفاق می‌افتد. مردم محلی و سایر شرکاء با حضور در مراحل مختلف شناخت و برنامه‌ریزی برای حل مشکلات با تمرین و تجربه عملی از یکدیگر یاد گرفته و قابلیت‌های لازم را برای ایفای موثرتر نقش در توسعه محلی کسب می‌کنند. نقطه قوت انتخاب این رویکرد از سوی متولیان؛ انعطاف‌پذیری آن در جهت‌گیری‌هایی است که می‌تواند مساله و یا نیاز خاصی هدف قرار گیرد که در فرایند کار توسط جامعه محلی مطرح شده است. این مسئله از یک نیاز ساده تا چالش عمده‌ای چون فقر یا بیکاری را نیز می‌تواند شامل گردد.

موفقیت اجرای برنامه ها با استفاده از رویکرد اجتماع محور، منوط به تعهد متولیان و دست اندرکاران به یکسری از اصول به شرح ذیل، علاوه بر اصول ذکر شده می باشد:

۱. اصل جامع نگری در سلامت
 ۲. اصل مشارکت جویی متولیان و سیاستگذاران
 ۳. اصل مشارکت پذیری ذی نفعان و دست اندرکاران و اعمال نظرات ذی نفعان در برنامه ها
 ۴. اصل مسئولیت پذیری جامعه محلی
 ۵. اصل احترام به مالکیت جامعه محلی نسبت به برنامه ها
 ۶. اصل ارتباط محیط و انسان به عنوان دو مولفه اصلی در توسعه محلی
 ۷. اصل سهیم بودن ذی نفعان در برنامه ها
 ۸. اصل توانمندسازی جامعه محلی برای به دست گرفتن مدیریت امور و درگیر شدن جامعه همگام با سایر ذی نفعان در تمامی سطوح اعم از برنامه ریزی، مدیریت، اجرا و نظارت
 ۹. صادق بودن با جامعه محلی و عدم ایجاد توقعات غیرمنطقی
 ۱۰. داشتن صبر و حوصله کافی در طی اجرای برنامه
 ۱۱. اصل عدالت و فراهم آوردن زمینه حضور عادلانه تمامی گروه های جامعه محلی (زنان و دختران، افراد به حاشیه رانده شده و ...) در ساز و کارهای فراهم شده
 ۱۲. زمینه سازی برای امکان انتخاب های متنوع برای جامعه محلی
 ۱۳. شفافیت و پاسخگویی توسط دست اندرکاران و گردش آزاد اطلاعات در بین جامعه محلی و سایر ذی نفعان در طول فرایند
- باید دقت شود که به دلیل ماهیت مشارکتی رویکرد اجتماع محور، برنامه ها و اقداماتی که توسط متولیان یک حوزه برای جامعه محلی مناسب در نظر گرفته شده است؛ در این رویکرد قطعی در نظر گرفته نمی شود. بلکه به صورت یک پیشنهاد از سوی یک ذینفع و دست اندرکار به جامعه محلی عرضه خواهد شد و همواره باید این آمادگی را داشت که ممکن است کل برنامه و پیشنهاد عرضه شده، از سوی جامعه محلی پذیرفته نشده و یا بخش هایی از آن مورد اقبال واقع نگردد. برای کاهش عدم اقبال جامعه محلی نسبت به برنامه و اقدام مورد نظر سیستم متولی، موارد ذیل راهگشا می باشد:

- موضوع کلی اقدام یا برنامه بر اساس دغدغه های مشهود محلی تعیین گردد.
- برنامه و اقدام مورد نظر با مشارکت واقعی دست اندرکاران و ذی نفعان محلی تدوین شود.

- مذاکرات متقابل جهت اشتراک اطلاعات، شفاف سازی پیشنهاد و در نظر گرفتن منافع طرفین انجام شود.

۴-۲ رویکرد توانمندسازی به توسعه محلی

در رویکردهای توسعه محلی، هرگونه موفقیت برنامه های اجتماع محور در گرو مسئولیت پذیری ذی نفعان و دست اندرکاران برنامه به ویژه افراد محلی است. از سوی دیگر، بر مبنای جامع نگری به مقوله توسعه، باید توجه کرد که درگیرکردن دست اندرکاران و ذی نفعان در تمامی سطوح فرایند توسعه محلی یعنی شناخت مسئله، برنامه ریزی، مدیریت، اجرا، نظارت و ارزشیابی امری حیاتی است. از آنجا که مهم ترین ذی نفعان، خود مردم محلی هستند، بدیهی است که توانمندسازی آنها، در مدیریت راهبری این فرایند امری حیاتی به شمار می رود. بر این اساس، متولیان امر با انتخاب رویکرد اجتماع محور، در اصل به دنبال مشارکت ذی نفعان مختلف در تدوین و اجرای سیاست های حمایت کننده و یا به عبارتی فراهم سازی محیطی توانمندساز هستند که در این محیط، گروه ها و افراد محلی که از علاقه و تعهد کافی جهت بر عهده گرفتن مسئولیت پرداختن به نیازها و مشکلات محله خود برخوردارند، دانش، مهارت و توانایی کافی برای ایفای این نقش را نیز کسب کنند.

☞ توانمندسازی، فرایندی است که ابعاد نگرش، ارزش، دانش و مهارت را در بر دارد. یعنی وقتی می توان یک برنامه توانمندسازی در این سطح را موفق دانست که بتواند اولاً: نگرش و باور لازم را در مورد فلسفه و موضوع برنامه در مخاطب ایجاد کرده یا ارتقاء دهد. ثانیاً: تعهد کافی را نسبت به ارزش ها و هنجارهای کار گروهی در مخاطب ایجاد نموده یا افزایش دهد. ثالثاً: دانش، ابزارها و مهارت لازم را به آنها انتقال داده تا از خوداتکایی و توان انتخاب و تاثیرگذاری کافی برخوردار شوند.

☞ توانمندسازی در سطح گروه ها، شبکه ها و سازمان ها (که این راهنما بیشتر به دنبال آن می باشد)، باید بتواند موجب ایجاد و افزایش سطوحی از همکاری در قالب ائتلاف ها و مشارکت گروه های مختلف از جمله گروه های در اقلیت و آسیب پذیر جامعه محلی، مسئولیت پذیری جمعی و فراهم سازی عادلانه خدمات برای گروه های مختلف اجتماعی شود.

☞ توانمندسازی در سطح جامعه، درصدد تدوین، اجرا و صیانت از اجرای سیاست ها و قوانین و منابع حمایتی از اقشار آسیب پذیر و حقوق مدنی آنها، ایجاد ساختارها و ارتقای سواد سلامت می باشد که عوامل قادرساز این فرایند محسوب می شوند.

فرایند کار در این برنامه طوری طراحی شده که با همکاری سازمان های اجتماع محور محلی موجود که از پتانسیل کار در جوامع محلی برخوردار هستند، افراد داوطلب از روستاهای هدف شناسایی شده و از طریق گفتگوها و بحث های جمعی در قالب یک تیم اجرایی اولیه سازمان می یابند، سپس بر اساس آموزش هایی که برای این افراد در قالب کارگاه هایی ارائه می شود، آنها با ابزارهای عام توسعه محلی و نحوه پرداختن به مشکلات و نیازهای جامعه محلی آشنا شده و این دانش و مهارت های آموخته را در سطح محله خود تمرین می کنند تا در به کارگیری هرچه بیشتر آنها توانمند شوند. در نهایت تیم اجرایی اولیه، بر اساس الگویی متناسب با شرایط و ترجیحات جامعه خود، اقدام به سازمان یابی نموده و نهادهایی را با عنوان نهادهای اجتماع محور شکل می دهند. ویژگی های این نهادها و اصول حاکم بر آنها که ناشی از پیاده شدن چنین فرایندی در جامعه محلی بوده و بر اساس انتخاب و تصمیم جامعه محلی شکل می گیرد، به شرح ذیل می باشد:

- این مراکز مبتنی بر مالکیت و مدیریت مردم ایجاد می شوند.
- این مراکز بستر مناسبی برای حضور همه جانبه ذی نفعان محسوب می شوند.
- این مراکز محلی برای رسمیت یافتن جایگاه و سهم مردم در روند توسعه محلی می باشند.
- در این مراکز، مردم برای مشارکت در تصمیم گیری ها و اجرای برنامه ها توانمند می شوند.
- در این مراکز، ارتباط بین بخشی و تعامل مردم و نهادهای دولتی تقویت می شود.
- در این مراکز، انگیزه و تعهد افراد برای ایفای مسئولیت اجتماعی افزایش می یابد.
- در این مراکز، کار علمی توسط مردم جامعه انجام می گیرد.

☞ مهم ترین اهداف اختصاصی این برنامه عمدتاً مربوط به ارتقای دانش، مهارت و توانمندی افراد داوطلب محلی در به کارگیری ابزارهای لازم برای توسعه محلی می باشد. لذا خروجی های مورد انتظار هم در محدوده این اهداف تعریف شده و میزان موفقیت و پایداری برنامه نیز بر اساس این ورودی ها قابل ارزیابی خواهد بود.

۴-۳ اهداف اختصاصی و شاخص های ارزیابی آنها

اهداف اختصاصی برنامه و سؤالاتی از چک لیست های پایش پیوست این راهنما که برای ارزیابی میزان دستیابی به این اهداف تدوین شده اند، در جدول ۳ آورده شده است:

جدول ۳- اهداف اختصاصی و شاخص های ارزیابی

اهداف اختصاصی	سئوال های مرتبط در چک لیست
۱) توانمندسازی حداقل ۵ نفر از افراد داوطلب ساکن در هر منطقه و روستای هدف طی کارگاه های آموزشی در زمینه اعتمادسازی، ارزیابی جامعه و تحلیل ذینفعان، اطلاع رسانی و مستندسازی، تهیه پروفایل، سازمان یابی، نیازسنجی و اولویت بندی، برنامه ریزی، تامین منابع و اجرای مداخلات	سوال های شماره ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴ از چک لیست اعتمادسازی سوال های شماره ۱ الی ۱۹ از چک لیست ارزیابی جامعه سوال های شماره ۱ الی ۱۲ و سوال ۱۶ از چک لیست اطلاع رسانی سوال های شماره ۱ الی ۵ و ۱۰ الی ۱۶ از چک لیست تهیه پروفایل سوال های شماره ۲ الی ۳ و ۶ الی ۲۰ از چک لیست سازمان یابی سوال های شماره ۱ الی ۶ و ۱۰ الی ۲۱ از چک لیست نیازسنجی سوال های شماره ۲ الی ۲۴ از چک لیست برنامه ریزی سوال های شماره ۱ الی ۲۵ از چک لیست تامین منابع سوال های شماره ۱ الی ۱۴ از چک لیست اجرای مداخلات
۲) حمایت مالی از اجرای حداقل دو اقدام اعتمادساز بر اساس نیازهای مشهود هر روستا	سوال های شماره ۱۲، ۱۳، ۱۴ از چک لیست اعتماد سازی
۳) تهیه حداقل یک گزارش از وضعیت روستا یا پروفایل ساکنین روستاهای هدف توسط تیم های اجرایی	سوال های شماره ۱۵ الی ۱۷ از چک لیست تهیه پروفایل سوال ۱ در چک لیست سازمان یابی
۴) کمک به ایجاد و ظرفیت سازی حداقل سه مرکز توسعه روستا در روستاهای هدف هر شهرستان	سوال های شماره ۲۱ الی ۳۰ از چک لیست سازمان یابی
۵) تهیه فهرست نیازهای اولویت بندی شده و مسائل روستاهای هدف	سوال های شماره ۲۴ و ۲۵ از چک لیست نیازسنجی
۶) حمایت مالی از اجرای حداقل دو مداخله که بر اساس اولویت های روستای هدف و در راستای ارتقای سلامت باشد.	سوال های شماره ۱، ۲۷ الی ۲۹ از چک لیست برنامه ریزی

۵- گام های اجرایی دبیرخانه ابتکارات جامعه محور در توانمندسازی جوامع محلی

قبل از آغاز فرایند توانمندسازی در روستاها، یک سری از اقدامات می بایست توسط دستگاه متولی (دبیرخانه ابتکارات جامعه محور و بخش های مرتبط شامل دانشگاه ها، شبکه بهداشت مناطق هدف و بخش های غیر دولتی همکار طرح شامل موسسه مشاور عالی طرح و موسسات مجری محلی) در مناطق هدف انجام گردد تا زمینه لازم برای آغاز به کار تیم های اجرایی در روستاهای هدف فراهم شود. این اقدامات به شرح ذیل می باشد:

۵-۱ انتخاب مناطق هدف

در این برنامه، ابتدا دو شهرستان به عنوان منطقه هدف انتخاب می شود، که البته با توجه به اهمیت توجیه و آشنایی مدیران دستگاه متولی و نیز نمایندگان سایر سازمان ها و بخش ها و هم سویی نگرش به رویکرد اجتماع محور، ضرورت دارد یک کارگاه آموزشی در راستای آشنایی و بهبود نگرش آنان نسبت به موضوعات فرایند مشارکتی و اجتماع محور، مهارت های لازم مشارکت با جامعه و همکاری بین بخشی و ... برگزار گردد، که می بایست پیش از آغاز همکاری بین سازمانی برای گروه هدف نمایندگان سایر بخش ها و سازمان ها برنامه ریزی کرد.

سپس از حوزه شهرستان های هدف، ۱۲ روستای نزدیک به هم از سوی نهاد متولی و حامی برنامه به عنوان روستاهای مداخله انتخاب خواهند شد. برای این منظور، در سطح استان ابتدای جلسه ای با حضور معاون بهداشتی دانشگاه و با حضور مدیران فنی، مدیر گروه بهداشت محیط، مدیر گروه بیماری ها و روسای شبکه بهداشت و درمان شهرستان های استان مورد نظر، کلیات برنامه و اصول و مبانی طرح و فرایند اجرایی مربوطه تشریح شده و با اجماع نظرات حاضران، حداقل دو شهرستان هدف حتی الامکان به صورت داوطلبانه انتخاب می شود. سپس در سطح شهرستان، این پیشنهادات در دستور کار کارگروه سلامت و امنیت غذایی شهرستان قرار گرفته و مطابق روندی که در ذیل توضیح داده شده، انتخاب نهایی روستاها انجام می شود.

انتخاب روستاها بر اساس وجود پتانسیل نسبی و امکان پیاده سازی این رویکرد می باشد. عوامل ذیل می تواند در انتخاب موثر منطقه روستایی هدف مورد توجه متولیان امر قرار گیرد:

- الف- تقاضا محوری: وجود نیاز ها و مشکلات متنوع و کثیر فراروی ساکنین
- ب - سرمایه اجتماعی: وجود سطح متوسطی از سرمایه اجتماعی در روستا
- پ- وضعیت اقتصادی: وجود تعداد قابل توجهی از افراد محروم و کم درآمد
- ت- مشارکت پذیری: مشارکت پذیری نسبی در ساکنین و تجارب پیشین
- ث - احساس تعلق: هویت و احساس تعلق به جامعه و گروه های قومی، مذهبی و ... (که هر چه سطح مهاجر پذیری کمتر و احساس تعلق به جامعه بیشتر باشد، جامعه محلی بیشتر معنا پیدا می کند).
- ج- سطح سواد: باسواد بودن اکثریت افراد و حتی الامکان وجود تعدادی از افراد تحصیلکرده دانشگاهی
- ح - اندازه جمعیت: بیش از ۱۰۰ خانوار که امکان ایجاد شبکه ارتباطی مناسب و اثرگذار وجود داشته باشد.

باید توجه داشت که در رویکردهای اجتماع محور، در بین شاخص های فوق، شاخص سرمایه اجتماعی مهم ترین عامل است. زیرا ضامن موفقیت هر برنامه توسعه ای با رویکرد اجتماع محور محسوب می شود. عناصر مختلفی در شکل گیری سرمایه اجتماعی در جامعه دخالت دارند. از جمله می توان به میزان اعتماد، وفاق، تعهد و مسئولیت پذیری، همکاری جمعی و... اشاره کرد. تمامی این عناصر در گرو وجود یک شبکه ارتباطی بین افراد جامعه بوده و در چنین بستری امکان تجلی می یابند.

برای انتخاب نهایی روستاهای هدف در شهرستان های پیشنهادی، ابتدا رئیس شبکه بهداشت شهرستان با طرح موضوع در جلسه کارگروه سلامت و امنیت غذایی شهرستان و دعوت از برخی از دست اندرکاران کلیدی از جمله فرمانداری، بهزیستی، آموزش و پرورش، بسیج، جهاد کشاورزی، نیروی انتظامی، محیط زیست، امام جمعه و... جلسه ای به منظور آشنایی با برنامه تشکیل داده و اقدام به ظرفیت سنجی برای اجرای این طرح در سطح منطقه می نماید. در کنار این امر، در صورت اقبال دست اندرکاران، از آن ها خواسته می شود تا پیشنهادهای خود را در خصوص معرفی روستاها بر اساس شاخص های فوق الذکر، ارائه نمایند. در این مرحله، حداقل ۱۲ روستا تعیین می شود. سپس مطابق با بازخورد تحلیل پرسش نامه سرمایه اجتماعی در سطح روستاهای مورد بررسی توسط شبکه بهداشت و ارائه آن به کارگروه سلامت و امنیت غذایی، مصوبه کارگروه برای اجرای برنامه و تعیین روستاهای هدف نهایی اخذ می شود و در صورت عدم اقبال و یا عدم توافق نهایی، شهرستان مربوطه از فرایند اجرای برنامه خارج می شود.

جهت ارزیابی سطح سرمایه اجتماعی در این ۱۲ روستا، پرسشنامه ویژه آن که در پیوست این راهنما آمده است، مورد استفاده قرار می گیرد. در برآورد کلی از سطح سرمایه اجتماعی، محورهای ذیل مد نظر قرار می گیرد:

۱. گروه ها و شبکه های اجتماعی: نوع و میزان مشارکت در گروه های رسمی و غیر رسمی و تنوع گروه ها (هیات ها، سازمان های مردم نهاد، انجمن اولیا و مربیان، شوراها و ...)، منافع حاصله، نحوه تصمیم گیری در گروه ها و روابط بین و درون گروه ها

۲. اعتماد: اعتماد به همسایه ها و غریبه ها و روند آن در طی زمان

۳. همکاری و عملکرد جمعی: همکاری افراد در فعالیت های مشترک، کمک به افراد نیازمند و همسایگان، حل مشکلات جامعه، کمک به یکدیگر در موقع مراسم، بیماری، مرگ، حوادث ناخوشایند و بحران ها

۴. اطلاعات و ارتباطات: دستیابی به زیر ساخت های ارتباطی و نحوه کسب اطلاعات و گردش آن

۵. پیوستگی و انسجام اجتماعی: میزان همدلی و نزدیکی در محله، شباهت در قومیت، مذهب، مبدا مهاجرت، نحوه برخورد با تضادها و اختلاف عقاید، خشونت در اثر اختلافات موجود، ضرب و شتم و دزدی، میزان معاشرت با اطرافیان، مشارکت در فعالیت های جمعی، احساس امنیت در منزل یا در محله و کنار گذاشته شدن گروه ها از جامعه.

۶. توانمندی: احساس تاثیرگذاری در مسائل زندگی، وقایع محلی و تصمیم گیری ها، کارایی شخصی، مکانیسم حل مسئله در محله و مراجعه به ریش سفیدان و نهادهای.

توصیه می شود که پرسشنامه سرمایه اجتماعی توسط کارشناس مسئول برنامه (کارشناس مرکز بهداشت یا موسسه مجری محلی)، با همکاری بهورزها و رابطین بهداشتی در روستاهای انتخاب شده و بسته به جمعیت خانوارهای ساکن منطقه و حجم نمونه تکمیل و نتایج آن مورد توجه قرار گیرد. بدین منظور ابتدا ضمن معرفی برنامه به دهیار و نیز برخی از افراد کلیدی به خصوص اعضای شورا، امام جماعت مسجد و ریش سفید روستا، هماهنگی لازم با آنها جهت جلب همکاری ساکنین در پاسخگویی به سوالات پرسشگران انجام گرفته و یک پیام کوتاه مبنی بر معرفی برنامه متناسب با کانال های مورد توجه ساکنین تهیه می شود و بدین ترتیب، قبل از آغاز تکمیل پرسشنامه ها، باید برنامه برای پاسخ دهندگان به طور مناسبی معرفی گردد. بر اساس نتایج مطالعه سرمایه اجتماعی، ۶ روستا از بین ۱۲ روستای پیشنهادی در جلسه دیگری با حضور رئیس شبکه بهداشت شهرستان و برخی از دست اندرکاران کلیدی از جمله فرمانداری، بهزیستی، آموزش و پرورش، بسیج، جهاد کشاورزی، نیروی انتظامی، محیط زیست، امام جمعه و... (که در صفحه قبل ذکر شده اند) انتخاب شده و ۶ روستای دیگر نیز به عنوان شاهد، مبنای مقایسه اثربخشی اجرای برنامه قرار خواهند گرفت.

نکته: اگر تعداد روستاهایی که از سطح سرمایه اجتماعی پایین تر از حد متوسط برخوردارند، بیشتر باشد، بایستی روستاهای جدیدی مورد ارزیابی قرار گیرند.

۵-۲ تامین منابع مالی و تخصیص آن متناسب با فرایند اجرایی از سوی دستگاه متولی

اجرای برنامه توانمندسازی در سطح جامعه محلی با رویکرد اجتماع محور برای ایفای نقش در راستای اهداف مورد نظر دستگاه متولی، مشتمل بر یک سری اقدامات متنوع است که گاه در طول هم و گاه به موازات همدیگر باید اجرا گردند. این اقدامات اغلب از جنس آموزش و ظرفیت سازی بوده که در واقع یک فرایند دوطرفه یادگیری محسوب می شود. به این معنی که متولیان و دست

اندرکاران نیز از تجربه و دانش افراد محلی بهره مند می گردند. این روند شامل به کارگیری دانش و مهارت انتقال داده شده و تمرین و تجربه آن ها از سوی افراد محلی نیز خواهد بود. بنابراین اجرای این اقدامات و پیاده سازی فرایند کار، طبعاً مستلزم هزینه کرد و سرمایه گذاری متناسب خود می باشد. لذا ضروری است که دستگاه متولی قبل از شروع کار، نسبت به تامین منابع مالی، تمهیدات لازم را به عمل آورد. با در نظر گرفتن فرایند طراحی شده در این برنامه که شرح آن در صفحات بعدی آمده است، می بایست بودجه لازم برای انجام فعالیت های مختلف این کار در سطح یک روستا را به شرح ذیل پیش بینی کرد:

- ارزیابی اولیه روستا (تکمیل پرسشنامه سرمایه اجتماعی) و تشکیل شدن تیم اجرایی محلی با تسهیلگری فرد یا موسسه مجری
 - اعتماد سازی در روستای هدف توسط تیم اجرایی محلی
 - ارزیابی جامعه و تحلیل ذی نفعان توسط تیم اجرایی محلی
 - اطلاع رسانی مراحل مختلف طرح در منطقه هدف توسط تیم اجرایی محلی
 - تهیه پروفایل خانوارهای روستا توسط تیم اجرایی محلی
 - سازمان یابی ثانویه و تجهیز مرکز توسعه روستا
 - نیازسنجی و اولویت بندی توسط تیم اجرایی محلی / مرکز توسعه روستا
 - تعریف و اجرای مداخلات توسط تیم اجرایی محلی / مرکز توسعه روستا
 - مستندسازی و ارزشیابی توسط تیم اجرایی / مرکز توسعه روستا
- حق الزحمه فرد یا موسسه اجتماع محور مجری جهت کمک به پیاده سازی فرایند و ثبت تجارب موفق

توجه به این نکته بسیار حیاتی است که مدیریت هزینه کرد منابع طرح، حتما باید در اختیار تیم اجرایی مردمی / مرکز توسعه روستا باشد تا احساس مالکیت جامعه محلی افزایش یابد. بهتر است منابع بودجه قبل از هر مرحله و بر اساس صورتجلسه برآورد هزینه ای که تیم اجرایی / مرکز توسعه روستا برای اقدامات آن مرحله مصوب کرده است، با اخذ رسیدی به تیم اجرایی / مرکز توسعه روستا پرداخت شود و پس از انجام اقدامات آن مرحله، گزارش اجرایی و مالی و اسناد مربوطه از سوی تیم اجرایی / مرکز توسعه روستا به موسسه مجری محلی و یا مرکز بهداشت مربوطه ارائه گردد. پرداخت مبالغ مراحل بعدی منوط به ارائه این گزارش و اسناد مربوطه خواهد بود.

علاوه بر تامین اعتبار برای فعاليت های ذکر شده در سطح روستا، می بایست بودجه هایی نیز به منظور آموزش و نظارت در سطح هر شهرستان به شرح ذیل اختصاص داده شود:

- برگزاری کارگاه های آموزشی و ارائه بسته کامل شامل کتاب های آموزشی و راهنمای اقدام (۵ دوره ۲ روزه)

- انجام بررسی های محلی برای پایش و ارائه مشاوره ها و آموزش های تکمیلی (در ۶ روستای هدف هر شهرستان ۵ نوبت برای هر روستا طی فرایند اجرایی برنامه)

- برگزاری نشست های گزارش دهی و تبادل تجارب در طی اجرای فرایند برنامه (۴ نشست یک روزه)

۵-۳ تعیین کارشناسان مجری طرح و آموزش و توجیه آنها

پس از تعیین موضوع اقدام و به عبارت دیگر جهت گیری کلی برنامه، گام بعدی تعیین کارشناسان مجری برنامه در سطح مناطق هدف است. بهتر است این مجریان که به عنوان تسهیلگران برنامه شناخته خواهند شد، حتی المقدور از بخش های غیردولتی (سازمان های مردم نهاد، موسسات خیریه فعال، کلینیک های مددکاری اجتماعی و ...) انتخاب شوند.

نکته مهم دیگری که قبل از ورود به جامعه محلی باید در نظر گرفته شود، ضرورت آموزش دیدن کارشناسان امر (چه در بخش غیردولتی و چه در بدنه دستگاه متولی) در این زمینه است. به منظور آموزش و هدایت مجریان و اعضای تیم های اجرایی مردمی در روستاهای هدف، بر اساس فرایند کلی برنامه، می بایست دوره های آموزشی متمرکز در سطح شهرستان یا مرکز بخش یا یکی از روستاهای هدف که نسبت به دیگر روستاها محوریت بیشتری دارد، برگزار شود. در این راستا نیاز به استفاده از خدمات مربیان دارای تجربه آموزش روستائیان و نیز کارشناسان کارآزموده دارای تجربه کار با افراد جوامع محلی می باشد.

علاوه بر این، موارد ذیل نیز می بایست در محتوای سرفصل های آموزشی مد نظر قرار گیرد:

- شیوه های تسهیلگری و اعتمادسازی
 - روش های آگاه سازی، حساس سازی و اطلاع رسانی در محل
 - روش های شناسایی و جلب مشارکت داوطلبان محلی
- برای بالابردن سطح اطمینان از عملکرد مناسب کارشناسان دستگاه متولی و دست اندرکاران بخش های خارج از جامعه، بسته های آموزشی مربوطه می بایست از قبل تدوین شده و برنامه ریزی آموزشی لازم انجام شود. این آموزش ها می بایست با تشکیل جلسات توجیهی در مورد راهنما

برای مدیران و کارشناسان شروع شده و با برگزاری کارگاه های آموزشی در محورهای فوق برای کارشناسان و افراد دست اندرکار اجرای برنامه ادامه یابد.

۴-۵ اقدامات تسهیلگران در ورود به یک جامعه محلی

پس از آموزش افرادی که مسئولیت اجرای طرح را بر طبق فرایند برنامه به عنوان تسهیلگر به عهده خواهند داشت، برای ورود اولیه به روستاهای هدف انتخاب شده، اقدامات ذیل انجام می شود:

- ۱- جمع آوری اطلاعات برای شناخت جامعه و منابع آن
- ۲- شناسایی افراد کلیدی روستاهای هدف
- ۳- ارزیابی نسبی از سطح آگاهی و حساسیت محلی نسبت به سلامت و جایگاه آن در توسعه روستا برای انجام این مرحله، تسهیلگر برنامه از طریق گفتگو با بهروزان مرد و زن روستاهای هدف و کاردان رابط آن روستاها، برآوردی نسبی از موارد سه گانه فوق به دست می آورد. علاوه بر این، با تعداد محدودی از افراد کلیدی شناسایی شده از جمله اعضای شورای روستا، ریش سفید و دهیار و وارد صحبت می شود تا در مورد چالش ها و مسائل مبتلا به روستا آگاهی لازم را کسب کرده و از این راه شناخت خود را از جامعه، ارزش ها، اختلافات، وفاق ها، رسوم رایج جامعه محلی و ... افزایش دهد. تسهیلگر برنامه، در این گفتگو به معرفی چارچوب کلی برنامه توانمندسازی پرداخته، نظرات آنها را اخذ کرده و میزان اقبال جامعه محلی نسبت به برنامه را نیز ارزیابی می کند. تسهیلگر مربوطه موظف می باشد تا گزارش مکتوب و مستندی را در این خصوص تهیه نماید.

۵-۵ شناسایی داوطلبین محلی بر اساس معیارهای تعیین شده

به منظور فراهم نمودن زمینه شکل گیری تیم اجرایی اولیه در سطح جامعه محلی، اولین گام تسهیلگر، شناسایی افراد داوطلب محلی می باشد. مهم ترین شاخص هایی که می تواند برای انتخاب این افراد مد نظر تسهیلگر قرار گیرد، شامل موارد ذیل می باشد:

۱. میزان وقتی که فرد می تواند برای برنامه بگذارد.
۲. میزان اعتماد و باور افراد کلیدی روستا به فرد
۳. علاقه فردی و تعهد به همکاری در برنامه
۴. سطح سواد (برای آن دسته از اعضای که در آموزش های کارگاهی شرکت خواهند کرد، برخورداری از حداقل سطح سواد دیپلم ضروری است).

۵. مهارت های ارتباطی

برای اطمینان خاطر نسبت به مشارکت موثر افراد در هر اقدام اجتماع محور، باید ویژگی داوطلبانه بودن مد نظر قرار گیرد تا احساس مسئولیت بیشتری در قبال فرایند وجود داشته باشد. در طی این مرحله، تسهیلگران باید به طور مناسبی به معرفی برنامه، نقشه راه و فرایند کار پرداخته و نشان دهند که ضمن اینکه به سرنوشت آنها علاقه مند هستند، لزوماً راه حل مسائل آنها را ندارند و خود آن ها هستند که با همکاری یکدیگر می توانند به صورت خوداتکاء حرکت به سمت توسعه را آغاز کنند. برگزاری جلسه گفتگوی جمعی با افراد علاقه مند به مشارکت در طرح، ضمن این که به یخ شکنی و شناخت بهتر و بیشتر افراد داوطلب نسبت به یکدیگر کمک می کند، باعث ایجاد فضای هم فکری و هم اندیشی شده و در واقع اولین گام تمرین کار تیمی و تشویق به ایفای مسئولیت اجتماعی برداشته می شود.

جهت شناسایی افرادی که دارای این مشخصات باشند، تسهیلگر برنامه از طریق مصاحبه با افراد کلیدی منطقه هدف، ضمن اطلاع رسانی و معرفی طرح و توضیح معیارهای انتخاب افراد داوطلب، از هر فرد کلیدی لیستی از افراد (مردان و زنان)، که به نظر آنها دارای این معیارها هستند را جویا می شود (حداقل ۳ نفر). البته خود افراد کلیدی هم در صورت تمایل و علاقه مندی می توانند جزو داوطلبان تیم اجرایی قرار گیرند. البته، به منظور پرهیز از نخبه گرایی و در نظر گرفتن افراد عادی جامعه، از الزام افراد کلیدی برای عضویت در تیم اجرایی محلی باید احتراز نمود. علاوه بر این، هر فرد کلیدی از بین افراد معرفی شده یک نفر را که مناسب تر می داند، مشخص می کند. لیست بارزترین افراد کلیدی در منطقه هدف به عنوان نمونه می تواند شامل موارد ذیل باشد: دهیار، اعضای شورا، ریش سفیدان و معتمدین، امام جماعت مسجد، گیس سفیدان، معلمان و مدیران مدارس، بهوزر، رابطین بهداشتی، مسئولین هیئت های مذهبی، هیئت امنای مساجد، مسئول پایگاه مقاومت بسیج، کسبه با سابقه روستا، مامای روستا، کارشناس مسئول کمیته امداد و...
 ☞ کارشناس برنامه می تواند به تناسب، افراد کلیدی دیگری را نیز به این فهرست اضافه نماید.

۵-۶ تشکیل تیم اجرایی اولیه از بین داوطلبان محلی

افراد داوطلب، باید با نقش ها و مسئولیت های مربوط به حضور داوطلبانه در تیم اجرایی به صورت کامل و شفاف آشنا شده و سپس آمادگی خود را برای حضور و مشارکت در برنامه به صورت قطعی اعلام نمایند. سازمان یابی این تیم ممکن است موقت و حول یک اقدام باشد و یا به صورت

دائمی برای توسعه روستا در درازمدت تداوم یابد. ترکیب این تیم می بایست حتی المقدور از لحاظ جنسیت، سواد، سن و جایگاه در روستا متنوع باشد. به عنوان مثال در بین اعضای تیم، زن و مرد، پیر و جوان، باسواد و بی سواد و گروه های مختلف کسب و کار حضور داشته باشند.

تسهیلگر مجری برنامه، با برگزاری نشست های لازم به اطلاع رسانی و شفاف سازی برنامه پرداخته و فرصتی را برای بیان دغدغه ها ایجاد می کند. وی مسئولیت های ناشی از مشارکت و همکاری افراد و نیز سهم و جایگاه افراد به عنوان تیم اجرایی مردمی را تشریح می کند. این مرحله از کار بسیار حیاتی است. اگر یک تسهیلگر بتواند با انتقال صحیح و روشن این مطالب به افراد محلی کمک نماید تا در خصوص حضور در تیم اجرایی، تصمیمی را از روی آگاهی و شناخت کافی اتخاذ کنند به طوری که این تصمیم بر پایه باور آنها به مقوله مسئولیت اجتماعی و در زمینه توسعه محلی باشد، می توان اطمینان خاطر نسبی حاصل نمود که ادامه کار پیاده سازی فرایند، به صورت صحیح و موفق پیش برود.

در ادامه، تسهیلگر برنامه از بین لیست تهیه شده مرحله ۵، بر اساس برداشت خود از مصاحبه با افراد کلیدی و نیز توجه به اسامی مشترک در لیست ارائه شده توسط افراد کلیدی، حداقل ۱۵ نفر را برای انجام گفتگوی جمعی انتخاب می کند. سپس در حضور حداقل یکی از افراد کلیدی و معتمد محل، جلسه ای را با حضور این افراد برگزار کرده و ضمن تشریح طرح و توجیه نقش اعضای تیم اجرایی، از آنها برای تشکیل تیم اجرایی اولیه دعوت به عمل می آورد.

در صورتی که تعداد داوطلبان و متقاضیان حضور در تیم اجرایی زیاد باشد، بهتر است تسهیلگر به برگزاری یک انتخابات کمک کرده تا تعداد مشخصی از افراد (بین ۵ الی ۹ نفر) تیم اجرایی اولیه را شکل داده و بقیه نیز به عنوان اعضای همکار در کنار این تیم قرار گیرند.

۵-۷ آموزش موسسه های مجری محلی و تیم های اجرایی در مناطق هدف

موسسه های مجری محلی به همراه کارشناسان برنامه در دانشگاه مربوطه، ابتدا یک کارگاه آموزشی در زمینه نحوه ورود به روستاها و چگونگی تشکیل تیم اجرایی را گذرانده و در ادامه بعد از تشکیل شدن تیم های اجرایی محلی و به همراه آنها، آموزش هایی را در پنج نوبت در مورد مباحث ذیل به صورت شرکت در کارگاه خواهند گذراند:

۱. تسهیلگری و جلب مشارکت، اعتمادسازی، ارتباطات
۲. ارزیابی و تحلیل جامعه، سازمان یابی
۳. شیوه های ارزیابی نیاز و اولویت بندی

۴. جذب منابع

۵. برنامه ریزی، اجرا و ارزشیابی مداخلات

روند برگزاری این آموزش ها پیش از هر مرحله از برنامه و بر اساس نقشه راه فرایند توانمندسازی اجتماع محور - که در پیوست این راهنما آمده است - خواهد بود و کلیه این آموزش ها توسط موسسه مشاور عالی برنامه که از سوی دبیرخانه ابتکارات جامعه محور وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی تعیین می گردد، برگزار می شود.

۵-۸ بررسی های محلی و پایش فرایند طرح

در هر روستای هدف، به منظور پایش فرایند و نیز ارزیابی عملکرد موسسه های مجری محلی و تیم های اجرایی مردمی، هدایت آنها در مسیر صحیح و ارائه آموزش های تکمیلی در مورد ابزارهای توسعه محلی، پایش دوره ای در ۵ نوبت پس از پیاده سازی هر مرحله از برنامه و بر اساس نقشه راه فرایند توانمندسازی اجتماع محور (که در پیوست این راهنما آمده است) و توسط ناظران موسسه مشاور عالی برنامه که از سوی دبیرخانه ابتکارات جامعه محور وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی تعیین می گردد، انجام خواهد شد.

۶- پیاده سازی فرایند توسط تیم داوطلب در جامعه محلی

۶-۱ اعتمادسازی نسبت به خود و قابلیت های خود در ذی نفعان

اولین اقدام تیم اجرایی روستا، جلب اعتماد مردم محلی و سایر ذی نفعان نسبت به توانمندی ها، قابلیت ها و تعهد اجتماعی خود از طریق انجام برخی اقدامات عملی است. در این راستا، تیم اجرایی بر اساس آموزش هایی که فرا گرفته است، به بررسی سطح پذیرش و آمادگی محله و وجود اعتماد و یا بی اعتمادی و دلایل آن پرداخته و اقدامات لازم را تعریف و اجرا می کند.

در صورت نیاز به انجام اقدام اعتمادسازی، تیم اجرایی طی جلسه ای بر اساس معیارهای انتخاب (نظیر منطبق بودن اقدام بر نیازهای محلی و مشهود بودن که از معیارهایی هستند که در گروه مورد توافق قرار خواهند گرفت)، اقداماتی را که می تواند منجر به اعتماد بیشتر مردم نسبت به توان گروه در پیگیری مشکلات و تعهد نسبت به بهبود وضعیت محله شود، انتخاب می کند. این اقدامات می تواند از سطح پیگیری یک مساله و نیاز از نهادهای ذی ربط تا مقدمات انجام برنامه مشخص و بلندمدت متغیر باشد. تیم اجرایی، ضمن تعیین نوع اقدام و برنامه، به برآورد هزینه

لازم و تقسیم کار بین افراد جهت انجام این اقدامات و برنامه ها می پردازد. البته در تعریف این اقدامات باید دقت کرد که به مسائلی پرداخته شود که کم هزینه بوده و در مدت کوتاهی هم به نتیجه برسد. باید توجه داشت که اگر تیم اجرایی متشکل از افرادی باشد که از قبل بین مردم روستا شناخته شده و مورد اعتماد باشند، بنا به تصمیم خود تیم اجرایی، می توان از این مرحله صرف نظر کرده و بودجه مربوطه را برای اجرای مداخلات مبتنی بر اولویت های روستا ذخیره نمود

۶-۲ ارزیابی و تحلیل جامعه

در مرحله ارزیابی جامعه محلی، تسهیلگران و عوامل خارج از جامعه محلی از روش های ذیل می توانند برای ارزیابی وضعیت موجود روستا و منابع آن استفاده کنند:

- مشاهده محلی
 - مصاحبه با مردم و افراد کلیدی و صاحب نظر جامعه
 - بررسی گزارش ها، سوابق و مستندات موجود
- تیم اجرایی، بر طبق آموزش های فراگرفته در کارگاه های آموزشی، تیم های مشاهده، مصاحبه و مرور مستندات را به منظور ارزیابی سریع جامعه شکل داده و اقدام به شناسایی وضعیت روستا و منابع مختلف آن می نماید. فعالیت دیگر این مرحله، تهیه نمودار سیر تغییرات روستا (رویدادهای مثبت و منفی تاثیرگذار بر توسعه روستا) در طول زمان می باشد. نتایج حاصل از مشاهده روستا، جانمایی منابع شناسایی شده در یک نقشه محلی است. یکی از منابع شناسایی شده حائز اهمیت، منابع انسانی است که در این بخش بیشتر به آن پرداخته می شود.
- در ارزیابی جامعه، برای انجام مرحله شناخت منابع، شناسایی ظرفیت های ساکنین از لحاظ سواد، دانش تخصصی و مهارت مشخص، سابقه فعالیت اجرایی و اجتماعی، شاغل بودن در نهادها و معتمد بودن از نظر ساکنین توسط تیم اجرایی مورد بررسی قرار می گیرد. برای این منظور می توان پرسشنامه پروفایل ساکنین روستا که در پیوست این راهنما آمده است را به کار گرفت.
- برای تهیه پروفایل کمی، ابتدا تیم اجرایی، روستا را به چند بخش (بلوک) تقسیم کرده و از بین افراد علاقه مند و مستعد روستا، یک گروه پرسشگر و ناظر را انتخاب می کنند. در ادامه، طی جلسه ای به تقسیم کار و برنامه ریزی عملیاتی برای انجام این مرحله پرداخته و هزینه های مربوطه اعم از حق الزحمه پرسشگران، ناظران و تدارکات و ... را نیز برآورد می کنند. سپس تسهیلگر یا موسسه

مجری محلی طرح، یک کلاس توجیهی و آموزشی برای اعضای گروه پرسشگر برگزار کرده و به تیم اجرایی برای انجام هماهنگی ها و تهیه مقدمات کار از جمله صدور کارت شناسایی، هماهنگی با پاسگاه انتظامی، شورای اسلامی و دهیاری روستا، تدوین پیام معرفی طرح برای پرسشگران و ... کمک می کند. در ادامه، گروه پرسشگران با مراجعه مستقیم به تمامی خانوارهای ساکن محله و انجام مصاحبه، اقدام به تکمیل پرسشنامه ها نموده و ناظران نیز بر روند انجام صحیح کار نظارت می کنند. در نهایت اپراتورهای تعیین شده توسط تیم اجرایی (از داخل روستا یا از خارج آن)، داده های پرسشنامه را در نرم افزار SPSS وارد کرده و یا در صورت عدم امکان انجام این کار از سوی تیم اجرایی، تسهیلگر برنامه این قسمت را خود انجام داده، اطلاعات آماری لازم را استخراج کرده و گزارش های توصیفی مورد نیاز را تهیه می کند.

۳-۶ تحلیل ذی نفعان

در این مرحله، ذی نفعان مختلف برنامه مشخص می شوند و روابط آنها، اهمیت، قدرت و ظرفیت هایشان مورد تحلیل قرار می گیرد. برای تهیه لیست ذی نفعان و نیز تصمیم گیری راجع به ماهیت و درجه اهمیت و میزان اختلاف و همکاری ذی نفعان نسبت به یکدیگر، بهتر است که تیم اجرایی از طریق مصاحبه با ساکنین روستا و نمایندگان سازمان ها، ماتریس ها و نمودارهای مربوطه شامل ماتریس اختلاف و همکاری و نمودار ون که در محتوای آموزشی کارگاه ها ارائه می شود را ترسیم نماید. (در این ماتریس، میزان اختلاف و همکاری نهادهای محلی با اشکالی هندسی در اندازه های مختلف در مقایسه دو به دو نهادها توسط گروه مشخص می شود. در نمودار ون، اهمیت و ارتباط بین نهادهای محلی با دایره هایی در اندازه ها و میزان تداخل مختلف توسط گروه مشخص می شود). تیم اجرایی جدول شناسایی نهادها (اعم از دولتی و غیردولتی) را نیز تهیه کرده و به تحلیل مأموریت ها و وظایف آن نهادها می پردازد. برای شناخت صحیح فعالیت ها، امکانات و منابع ذی نفعان بهتر است که نماینده ای از سوی تیم اجرایی از طریق مصاحبه نیمه ساختارمند از مسئولان مطلع این نهادها، اقدام به کسب اطلاعات مورد نظر نماید.

☞ از مهم ترین ذی نفعانی که عموماً در خصوص جوامع محلی نقش ایفا می کنند، می توان به طور نمونه به موارد ذیل اشاره نمود:

الف- نهادهای دولتی درون روستا: مدرسه، خانه بهداشت، پایگاه بسیج، دهیاری، مخابرات و دفتر ارتباطات و اطلاعات روستایی

ب- نهادهای غیردولتی درون روستا: شورای اسلامی روستا، مسجد، صندوق، بنگاه های اقتصادی، هیئت های مذهبی و ...

ج- افراد کلیدی ساکن روستا: اعضای شورای اسلامی، هیئت امنای روستا، امام جماعت، ریش سفیدان و گیس سفیدان روستا، خانواده شهدا، معلم، بهورز، مامای روستا، دهیار، مغازه داران، تراکتوردار و صاحب کمباین، دامپزشک سنتی، صاحب مینی بوس، افراد ثروتمند روستا، نوحه خوان، صاحبان حرف، میرآب، زنان برگزار کننده مراسمات، رابطین بهداشت و ...

د- نهادهای دولتی بیرون روستا: بخشداری، مرکز بهداشتی- درمانی، شرکت آب و فاضلاب روستایی، جهاد کشاورزی، سازمان امور عشایر، سازمان تعاون روستایی، پاسگاه منطقه، کمیته امداد، بهزیستی، منابع طبیعی، محیط زیست، کانون های فرهنگی- آموزشی، سازمان دامپزشکی، اداره مخابرات و ...

و- افراد کلیدی بیرون روستا: نماینده مجلس، امام جمعه شهرستان، فرماندار، مدیر شبکه بهداشت و درمان شهرستان، رئیس آموزش و پرورش، روستاییان شاخص مقیم سایر نقاط، جمع آوری کننده شیر و ...

۶-۴ اطلاع رسانی مستمر توسط تیم اجرایی یا مرکز توسعه روستا

باید توجه داشت که برنامه اطلاع رسانی از شروع تا پایان فرایند کار استمرار داشته و همواره در مقاطع مختلف اجرای طرح به منظور آگاه سازی، حساس سازی، جلب مشارکت، بسیج منابع، ارائه گزارش تصمیمات اتخاذ شده، اقدامات و برنامه های پیش رو به مردم روستا و سایر ذی نفعان، به طور مستمر صورت می پذیرد. در این مرحله، ابتدا تیم اجرایی طی جلسه ای، یک برنامه اطلاع رسانی برای معرفی طرح توانمندسازی برای ارتقای سلامت روستا تهیه می کند. این برنامه بر اساس موارد مطرح شده در کارگاه های آموزشی، می بایست دارای سه رکن به شرح ذیل باشد:

۱. تعیین مخاطبان برنامه اعم از مردم روستا و اعضای کلیدی و نهادی شناسایی شده در مرحله قبل

۲. تدوین پیام ویژه هر مخاطب

۳. تعیین روش انتقال پیام به هر مخاطب از قبیل جلسه عمومی، گزارش، بروشور و بازدید و ...

البته تیم اجرایی باید برآوردی از هزینه ها داشته و منابع خود را برای تداوم اطلاع رسانی در طول طرح تقسیم نماید. لازم است وظایف این مرحله نیز بین افراد تقسیم شود. در این بخش باید از هر گونه تبلیغ برای سایر بخش ها و یا اشخاص خودداری گردد.

۶-۵ سازمان یابی ثانویه حداقل در قالب یک سازمان اجتماع محور

در این مرحله، زمینه جهت توسعه فعالیت های تیم اجرایی و انسجام یافتن آن از طریق سازمان یابی مجدد فراهم شده است. به این منظور، تیم اجرایی از روی پرسشنامه های تکمیل شده پروفایل ساکنین، فهرستی از افراد را در ۶ گروه ذیل استخراج می کند:

- لیست افراد تحصیلکرده دانشگاهی (با ذکر نوع مدرک و شماره تلفن)
- لیست افراد شاغل در نهادهای دولتی و غیردولتی (با ذکر نام نهاد و شماره تلفن)
- لیست افراد فعال در گروه های اجتماعی (با ذکر نام گروه و شماره تلفن)
- لیست افراد دارای مهارت های مشخص (با ذکر نوع مهارت و شماره تلفن)
- لیست افراد علاقه مند به مشارکت اجتماعی (با ذکر نوع مشارکت و شماره تلفن)
- لیست افراد معتمد روستا (با ذکر تعداد افرادی که وی را مورد اعتماد دانسته اند و شماره تلفن فرد معتمد)

سپس طی جلسات متعددی با این افراد، ضمن تشریح طرح و ارائه گزارشی از عملکرد خود تا این مرحله، از آن ها برای همکاری و ایجاد سازمان محلی با نام «مرکز توسعه روستا» دعوت به عمل می آورند. افراد داوطلب و علاقه مند برای ایجاد این سازمان محلی مشخص شده و ساختار تشکیلاتی را بنا به تصمیم و نظر خودشان طراحی خواهند نمود. البته این ساختار سازمانی که به نوعی یک سازمان اجتماع محور محسوب می گردد، برای مشروعیت و مقبولیت بیشتر حداقل دارای ارکان ذیل خواهد بود:

- رکن تصمیم گیری که یک جمع بزرگتر و با ترکیب اعضای متنوع است.
 - رکن اجرایی که جمع کوچک و از افراد دارای وقت کافی شکل می گیرد.
 - رکن نظارتی که کوچکتر بوده و توسط رکن تصمیم گیر انتخاب می گردد.
- توصیه می گردد که در شکل گیری این ارکان و یا هر رکن دیگری که تیم اجرایی انتخاب می کند، افراد از گروه های مختلف اجتماعی حضور داشته باشد. این سازمان محلی از طریق تدوین اساسنامه ساده یا آیین نامه ای (با حفظ اصول حاکم بر طرح)، تعریف روال انتخاب اعضای این ارکان و وظایف و روال برگزاری جلسات، برقراری سیستم گردش مسئولیت و ... به خود هویت منسجم تری می دهد و در صورتی که بتواند یک مکان به عنوان دفتر مرکز توسعه روستا را مشخص کند، بر اساس صورتجلسه با برآورد هزینه های مربوطه که به تصویب رکن تصمیم گیری آن رسیده است، از محل ردیف بودجه پیش بینی شده در منابع طرح، می تواند این مرکز را تجهیز

کند. هم چنین بهتر است که تابلویی را با عنوان مرکز توسعه روستا تهیه و بر سردر این دفتر نصب نماید. توصیه می شود که مکان مورد نظر حتی الامکان از اماکن عمومی موجود در روستا از جمله مسجد، حسینیه، خانه بهداشت و ... انتخاب شود.

۶-۶ بسیج اجتماعی، جلب حمایت و مشارکت ذی نفعان

تیم اجرایی یا مرکز توسعه روستا، به منظور درگیر نمودن ذی نفعان مختلف و نیز جلب همکاری و مشارکت آنها در برنامه های آینده و تسهیل انجام اقدامات و پشتیبانی از اجرای طرح های مداخله ای، اقدام به برقراری ارتباط مستمر با ذی نفعانی که در مرحله قبلی شناسایی و تحلیل نموده است، می کند. در این راستا می تواند موارد ذیل را مورد توجه قرار دهد:

- تهیه و ارسال گزارشات مختلفی از روند پیشرفت امور در روستا به صورت دوره ای
- دعوت از ذی نفعان برای بازدید از فعالیت های انجام شده در روستا
- گرفتن وقت از مسئولین این نهادها و ارائه گزارش به صورت حضوری
- اخذ نظرات مشورتی آنها در خصوص فعالیت های مورد نظر
- تجهیز منابع و استفاده از امکانات و ظرفیت های سازمانی ذی نفعان

۶-۷ نیازسنجی و اولویت بندی نیازها و مشکلات روستا

اجرای این مرحله و تمرین صحیح آن توسط تیم اجرایی یا مرکز توسعه روستا، اهمیت زیادی دارد. زیرا اگر جامعه محلی بتواند نیازها و مشکلات واقعی خود را بشناسد و اولویت های خود را به صورت درست تعیین کند، گام های محکمی را در جهت توسعه محلی برخواهد داشت. برای اینکه نیازهای مشخص شده در این مرحله تا حد زیادی به نیازهای واقعی گروه ها و اقشار مختلف ساکن روستا نزدیک شود، توصیه می شود تا بر اساس موارد مطرح شده در کارگاه های آموزشی، در ارزیابی سریع، از تکنیک مصاحبه فردی و گروهی به صورت بحث گروهی متمرکز^۱ استفاده شود و با نیازهای حاصل از روش مشاهده و مرور مستندات تکمیل گردد. در شناسایی نیاز، علاوه بر جمع آوری اطلاعات، گزارشات و آمار سایر بخش ها، از بخش بهداشت نیز اطلاعات مرتبط با وضعیت موجود به دست آمده و در برگزاری مصاحبه های فردی و گروهی، از بهورز، بهداشتیار و پزشک روستا و سایر افراد و گروه هایی که در ارتباط با سلامت فعالیت می کنند، نیز اطلاعات

^۱Foccus Group Discussions(FGDs)

مربوط به نیازهای روستا جمع آوری شود.

برای این منظور، گزارشات و مستندات موجود روستا مطالعه شده و سپس مشاهده محله به منظور بررسی مشکلات و پیاده سازی مشکلات بر روی نقشه صورت می گیرد. تیم اجرایی یا مرکز توسعه روستا، مصاحبه های فردی با افراد کلیدی و انواع گروه های بحث در روستا را تعریف کرده و برای برگزاری بحث گروهی متمرکز برنامه ریزی کرده، زمان و مکان برگزاری بحث گروهی متمرکز و تیم های برگزار کننده جلسات را مشخص نموده و هزینه های مربوطه را برآورد می کند. پس از برگزاری این جلسات، نتایج حاصل را با روش های دیگر تلفیق نموده و فهرست نیازها و مشکلات مطرح شده را استخراج می کند. در ادامه با دعوت از نمایندگان هر گروه از مردم شرکت کننده و نیز نمایندگانی از سایر ذی نفعان در طی یک جلسه، با تعیین معیارهای مورد توافق گروه، اقدام به اولویت بندی نیازها و مسائل روستا با استفاده از روش های آموزش داده شده (از جمله ماتریس اولویت بندی) خواهند نمود که طبق آن اعضا دو به دو مشکلات را مقایسه نموده و بر اساس معیارها یک مشکل را انتخاب خواهند کرد. سپس با استفاده از نمودارهای تحلیل مشکل به شناسایی دلایل و راهکارهای حل مسئله خواهند پرداخت.

قابل توجه است که اولویت اول ممکن است مستقیماً مرتبط با بخش سلامت نباشد اما علاوه بر اولویت اول، حداقل باید یک اولویت مرتبط با بخش سلامت یا بهداشت محیط جهت تدوین پروژه مداخله ای در نظر گرفته شده و مورد مذاکره قرار گیرد. لذا جمع آوری اطلاعات مرتبط با آن اولویت، از مرکز بهداشتی درمانی، بهورزان، بهداشتیار و پزشک روستا می تواند اطلاعات پایه مقایسه ای را فراهم نموده و به شناخت دقیق تر مسئله کمک کند.

۶-۸ برنامه ریزی (تعریف اقدامات و طرح های مداخله ای)

در این مرحله، تیم اجرایی یا مرکز توسعه روستا بر اساس آموزش های داده شده، اقدام به تدوین برنامه مداخله ای یا نوشتن پروژه هایی در خصوص چگونگی پرداختن به اولویت مشکلات روستا می کند. لازم به ذکر است که تدوین پروژه بر روی اولویت هایی خواهد بود که در مورد آن در مرحله قبل تحلیل مشکل انجام شده و حداقل یکی از آنها مستقیماً با بخش سلامت مرتبط باشد. در تدوین این پروژه ها، گروه مسئول مرکز توسعه روستا، دقت خواهد کرد که:

- اهداف اختصاصی نوشته شده در پروژه دارای ویژگی های مورد نظر (اختصاصی، قابل اندازه گیری، قابل دستیابی، واقعی و دارای زمان مشخص)^۱ باشند.

^۱ SMART (Specific, Measurable, Achievable, Realistic, Time bounded)

- راهکارها با اجماع نظر و با مشورت متخصصین امر و نهادهای ذی ربط استخراج شده باشند.
- فعالیت ها و اقدامات اجرایی مربوطه به همراه منابع مورد نیاز هر فعالیت، فرد مسئول و زمان بندی مربوطه در جدول گانت آورده شده باشد.
- چک لیست پایش طرح مشخص باشد.
- در ادامه، پروژه های تدوین شده در جلسه گروه تصمیم گیری مرکز توسعه محله، مطرح شده و مورد بررسی قرار گرفته و برخی از آنها به تصویب خواهد رسید.
- تیم اجرایی یا مرکز توسعه روستا، در راستای تامین منابع بر اساس مطالب ارائه شده در کارگاه های آموزشی، اقدامات ذیل را انجام می دهد:
- در اختیار داشتن نقشه و لیستی از منابع شناسایی شده در روستا که می تواند برای انجام اقدامات تعریف شده و یا اجرای پروژه، مورد استفاده قرار گیرد.
- در اختیار داشتن فهرستی از ذی نفعان که اقدام تعریف شده یا پروژه تهیه شده در راستای وظایف و مأموریت های آنها باشد تا بعداً با مراجعه و رایزنی، اقدام به مشاوره فنی و تجهیز منابع لازم نماید.
- به کارگیری روش های خلاقانه تامین منابع برای اجرای اقدامات و طرح مداخله ای در نهایت بر اساس منابع تامین شده و بر طبق چارچوب تعیین شده در جدول گانت، تیم اجرایی یا مرکز توسعه روستا، اقدامات و طرح ها را به مرحله اجرا در خواهد آورد. علاوه بر این، مشارکت سایر بخش های مرتبط که به نوعی در سیاست گذاری و تصمیم گیری مرتبط با موضوع تاثیرگذار باشند و در مرحله ارزیابی جامعه نیز منابع آنها تحلیل شده و در نیازسنجی نیز نظرات ایشان اخذ شده است، برای همکاری در تدوین برنامه مداخله، کمک به اجرا و تخصیص منابع، جلب خواهد شد.

۶-۹ پایش و ارزشیابی اقدامات و طرح های مداخله ای

- هر طرح مداخله ای که بر اساس مرحله برنامه ریزی این راهنما توسط تیم اجرایی یا مرکز توسعه روستا تعریف شده و به اجرا در آمده است، شامل دو بخش ذیل می باشد که آنها را قادر می سازد تا پایش و ارزشیابی ویژه آن طرح را انجام دهند:
- الف- بخش اهداف اختصاصی مندرج در طرح مداخله ای تدوین شده که بر طبق معیارهای پنج گانه (اختصاصی، قابل دستیابی، قابل اندازه گیری، دارای زمان مشخص و واقعی)، نتایج مستقیم مورد

انتظار از اجرای آن مداخله قابل ارزیابی است. تیم اجرایی یا مرکز توسعه روستا با بررسی نتایج کسب شده و مقایسه آن ها با این اهداف می توانند داده های مورد نیاز برای ارزشیابی طرح مورد نظر را فراهم نمایند.

ب- بخش جدول گانت که بر اساس آن اجزای ذیل در مورد هر طرح مداخله ای توسط تیم اجرایی یا مرکز توسعه روستا مورد پایش قرار می گیرد:

۱. فعالیت های تعیین شده
۲. زمان مشخص شده برای هر فعالیت
۳. فرد یا گروه مسئول
۴. بودجه تعیین شده برای هر فعالیت

۶-۱۰ گزارش دهی مستمر مراحل فرایند و یادگیری از تجارب

تیم اجرایی یا مرکز توسعه روستا، همواره از روند اجرای فعالیت های خود، گزارش تهیه نموده و اقدامات خود را ثبت می نماید. البته در این خصوص اختیار دارد که هر روش و اقدام نوآورانه ای را که صلاح می داند به کار گیرد. به منظور گزارش دهی و نیز تسهیل تبادل تجارب با سایر روستاهای درگیر طرح در سایر نقاط کشور، توصیه می شود که از دو نوع فرم گزارش گیری که در پیوست این راهنما آمده است (فرم گزارش روند پیشرفت اجرایی فرایند کار و نیز فرم گزارش مالی روند اجرایی طرح) استفاده کند. بدین منظور بهتر است که در ابتدای برنامه، به تعداد کافی کپی این فرم ها در اختیار تیم اجرایی روستاهای هدف قرار گیرد. در تکمیل این فرم ها، تسهیلگران برنامه نقش راهنما داشته و باید اجازه دهند که تیم اجرایی، خود این گزارش ها را تهیه نماید.

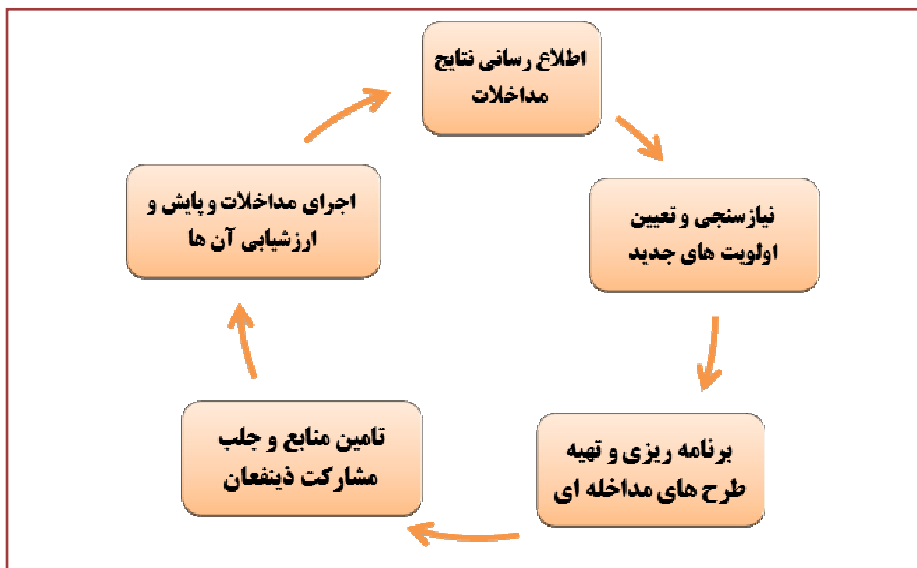
تیم های اجرایی یا مراکز توسعه روستا، در کنار این فرم ها می توانند اقدام به تهیه عکس، فیلم و لوح فشرده نموده و رونوشتی از برخی از صورتجلسات مرتبط با مراحل مربوطه فرایند را نیز ضمیمه این فرم ها کرده و به ذی نفعان مختلف مورد نظر خود ارائه نمایند.

۶-۱۱ ورود به چرخه پایداری

یکی از مهم ترین مبانی نظری در پایداری توانمندسازی جوامع محلی، شکل گیری ساختارهای سازمان یافته مردمی در جوامع محلی در جهت اهداف برنامه است. به عبارت دیگر باید منجر به ایجاد ساختارها و نهادهای محلی شده که بتواند دانش و مهارت های انتقال یافته از سوی

برنامه ریزان و متولیان امر را در سطح جامعه محلی به کار گرفته و حفظ کند. ساختار تشکیلاتی این نهادهای محلی باید به گونه ای باشد که مشارکت و تاثیرگذاری گروه های مختلف ساکن جامعه را در سطوح مختلف فعالیت آن نهاد، شامل برنامه ریزی، مدیریت، اجرا و نظارت تضمین کند، طوری که این اطمینان خاطر وجود داشته باشد که اولویت های تعیین شده و نیز برنامه های مداخله ای طراحی شده توسط چنین نهادهای، منطبق بر انتظارات، دغدغه ها و نیازهای تمامی گروه های جامعه محلی و نیز سایر ذینفعان خارج از آن جامعه محلی باشد.

لذا پس از این که در یک روستای هدف، تیم اجرایی و یا مرکز توسعه روستا توانسته باشد کل مسیر توانمندسازی اجتماع محور را بر طبق نقشه راه مورد نظر با موفقیت طی نموده و مراحل مختلف فرایند اجرایی را به صورت مناسب و قابل قبولی پیاده نماید؛ وارد چرخه پایداری برنامه می شود.



شکل ۲- مراحل مختلف فرایند اجرایی و ورود به چرخه پایداری

بدیهی است که حمایت مالی دانشگاه از چرخه پایداری فقط در مورد روستاهایی خواهد بود که تیم اجرایی آن ها توانسته باشد مراکز توسعه روستا را بر طبق شرایط ذکر شده ایجاد نماید و همچنین تعهد لازم را برای تدوام برنامه نشان داده باشد.

۷-پایش و ارزشیابی در برنامه ابتکارات جامعه محور

۷-۱ پایش و ارزشیابی درونی

این بخش توسط جامعه محلی و تیم اجرایی یا مرکز توسعه روستا انجام می شود. پایش و ارزشیابی درونی، از اهمیت زیادی برخوردار است زیرا به مردم نشان می دهد که وقت، انرژی و هزینه های صرف شده برای یک برنامه محلی اثربخش بوده است. پایش و ارزشیابی، بازخوردی از برنامه، روند و نتایج آن برای روستاییان، نهادهای مشارکت کننده و تصمیم گیران فراهم می کند. در جریان ارزشیابی، افراد درس هایی را فرا می گیرند که به طراحی بهتر برنامه کمک می کند.

ارزشیابی در برنامه ابتکارات جامعه محور، بیشتر از نوع ارزشیابی فرایند است که خود افراد شرکت کننده نیز در ارزشیابی نقش دارند. ارزشیابی مشارکتی به این علت مناسب است که مرتبط ترین افراد با برنامه، خود شرکت کنندگان هستند که بهتر از سایرین می توانند درمورد برنامه نظر دهند. از طرفی این نوع ارزشیابی موجب افزایش صحت اطلاعات جمع آوری شده می گردد و توانمندسازی و ارتقای حس مالکیت جامعه را نیز به همراه دارد. پایش برنامه نیز این امکان را برای برنامه ریزان فراهم می کند که بتوانند تصویر دقیق تر و واقعیتری از روند برنامه و میزان دستیابی به اهداف را داشته باشند.

لذا این نوع پایش و ارزشیابی، فرایندی است توانمندساز و مشارکتی که در یک جامعه روستایی در طول دوره برنامه اجتماع محور و توسط ذی نفعان اصلی پروژه برای تعیین نتایج به دست آمده و میزان دستیابی به اهداف و شاخص ها از جمله شاخص های سلامت، تجارب و درس های آموخته شده، صورت می گیرد. استفاده از نتایج ارزشیابی مشارکتی، موجب بهبود تصمیم گیری و تعهد جمعی و پایداری پروژه می شود.

برای اجرای یک پایش و ارزشیابی اثربخش، نیاز به نوعی از طرح ارزشیابی داریم که با مشارکت ذی نفعان اصلی در برنامه با ترتیب دادن جلسه بحث و مذاکره تهیه می شود. در این طرح موارد ذیل مشخص می شود:

- اهداف ارزشیابی چیست؟
- شاخص ها کدامند؟ برون داده ها و پیامدها کدامند؟
- چه کسانی در آن مشارکت می کنند؟
- از چه فنونی استفاده می شود؟

- چه ابزارهایی در اختیارمان است؟
 - چه مراحل و فعالیت هایی باید در ارزشیابی طی شود؟
 - چه زمانی این فعالیت ها انجام می شود و توسط چه کسانی؟
 - حاصل اجرای ارزشیابی به چه صورت ارائه می گردد؟
 - چه کسانی از این ارزشیابی بهره خواهند برد؟
 - منابع موجود کدامند؟ هزینه های انجام ارزشیابی چقدر است و چه مرجعی آن را تامین می کند؟
- در این جلسه باید تسهیلگری مناسبی صورت گیرد تا امکان مشارکت همگان و ابراز نظر آنان فراهم شود. در خلال این بحث ها، توانمندسازی شرکت کنندگان از طریق افزایش دانش، نگرش، خلاقیت و مهارت های افراد مهیا می شود. طرح ارزشیابی تدوین شده توسط اعضا می بایست مکتوب شده و امضاء شود تا افراد نسبت به آن متعهد باشند. در اجرای برنامه ارزشیابی نیز می توان از ابزار بحث گروهی متمرکز و مصاحبه های فردی و گروهی، مشاهده و پرسشنامه استفاده کرد. پس از اتمام پروژه، تیم اجرایی می تواند با ایجاد جلسه بحث گروهی با حضور ذی نفعان، اقدامات ذیل را مدنظر قرار دهد:

- وضعیت اولیه پروژه را با وضع موجود مقایسه کنند.
 - بیان کنند که آیا برنامه موفق بوده است یا خیر؟ و چرا؟
 - ارزش افزوده اجرای برنامه چه بوده است؟
 - چه درس هایی فرا گرفته اند؟
 - چه پیشنهاداتی برای بهبود پروژه دارند؟
 - چه کارهایی باید برای تداوم برنامه صورت گیرد؟
- پاسخ ها را می توان در طبقه های مختلف مانند زنان، مردان و دیگر گروه ها استخراج و مقایسه نمود.

۲-۷ پایش و ارزشیابی بیرونی

این بخش توسط ناظرین مشخص شده توسط دبیرخانه ابتکارات جامعه محور براساس چک لیست های پایش تدوین شده که در پیوست این راهنما آمده است، انجام می شود. این چک لیست ها بر اساس مراحل اجرایی فرایند که در فصل سوم تشریح شده است، تنظیم گردیده است. برخی از سوالات مطرح شده در این چک لیست ها از جنس ارزشیابی می باشد که به نوعی به ناظرین برنامه کمک می کند تا به طور نسبی میزان دستیابی به اهداف اختصاصی و

برخی از نتایج مربوطه (برون دادها و دستاوردها) را مورد بررسی قرار دهند. در خصوص ارزشیابی مبتنی بر پیامد، در این راهنما به ارزشیابی تاثیر اجرای این فرایند بر سطح سرمایه اجتماعی پرداخته شده است. این قسمت بر اساس تکمیل مجدد پرسشنامه سرمایه اجتماعی که به پیوست این راهنما می باشد، از تمام ۱۲ روستای اولیه و مقایسه داده های به دست آمده با داده های پایه اولیه انجام خواهد شد.

۸- مستندسازی تجارب موفق و فعالیت های برنامه ابتکارات جامعه محور

آگاهی از وضعیت موجود و پیشرفت های برنامه، مستند سازی فعالیت های ابتکارات جامعه محور و گزارش دهی از نتایج و دستاوردهای این برنامه از اهمیت زیادی برخوردار است. جمع آوری اطلاعات براساس یک روش منظم و ثبت و مستندسازی نتایج آنها از ضروریات این برنامه است که به برنامه ریزی فرآیندها در آینده کمک می کند. مستندسازی و گزارش دهی، فرآیندی است مستمر که نیاز به صبر و حوصله، تعهد و احساس مسئولیت پذیری دارد. تمام اسناد و اطلاعات جمع آوری شده در سطح جامعه باید توسط گروه محلی و با همکاری فنی نهاد متولی به طور منظم به روز رسانی شده و گزارش های لازم بر اساس آنها تهیه و در بین اعضای جامعه محلی، دست اندرکاران دولتی و غیردولتی و ذی نفعان دیگر منتشر گردد. اطلاعات کلیدی باید در یک مکان شناخته شده که برای جامعه نیز قابل دسترسی باشد، نگهداری شوند. یک نسخه از این قبیل اطلاعات ترجیحاً می بایست در مراکز توسعه روستا یا نزد تیم های اجرایی بایگانی شده و در دسترس آنها قرار داشته باشد.

۸-۱ اهداف مستندسازی در ابتکارات جامعه محور

- مستند کردن فعالیت ها و نگهداری داده ها
- نشر اطلاعات مربوط به فعالیت ها در سطح جامعه محلی و تیم های بین بخشی
- نگهداری سوابق فعالیت ها و وقایع حیاتی
- حصول اطمینان از وجود سیستم جامع و ساده گزارش دهی
- درگیر نمودن تمام سطوح در سیستم گزارش دهی و انتشار اطلاعات
- استفاده از مستندات و گزارشات به منظور حفظ کارآیی و اثربخشی برنامه
- به کارگیری اطلاعات مستند شده در راستای جلب حمایت و ترویج برنامه

۸-۲ ثبت تجارب موفق

تجربه های موفق،^۱ تجربه ها و پروژه های ارزنده ای هستند که در بهتر شدن زندگی و مشارکت مردم روستا در عرصه های اجتماعی نقش بسزایی داشته اند و شامل ایده های جدیدی می شوند که مشخصه های زیر را داشته باشند:

- اثرات قابل ملاحظه و ملموسی در کیفیت زندگی و مشارکت مردم داشته باشند.
- نتیجه مشارکت موثر بین عموم مردم، بخش خصوصی و نهادهای مدنی جامعه باشند.
- از نظر اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و زیست محیطی پایدار باشند.

تجربه های موفق ثبت می شوند، نشر می یابند و مورد استفاده قرار می گیرند تا با به کارگیری آن ها:

- سیاستگذاری های آینده براساس تجربه های موفق که به دست آمده است، انجام پذیرد.
- آگاهی تصمیم گیران و تصمیم سازان در تمامی سطوح و همچنین مردم درخصوص راه حل های بالقوه ای که ممکن است برای مشکلات فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی وجود داشته باشد، افزایش یابد.

▪ دانش، مهارت و تجربه از طریق ایجاد شبکه های ارتباطی، یادگیری هم سطح و هم افزایی به اشتراک گذاشته شود.

- یادگیری سازمانی در بین سازمان های فعال افزایش یابد.
- درس های جدیدی کسب شود.
- ذی نفعان بر اساس تجربه های موفق بتوانند فعالیت های خود را مورد تحلیل، بازنگری و ارزیابی قرار دهند.

▪ ایده های جدید و طرح های نو خلق شوند.

▪ موج مثبت در جامعه ایجاد شود و با ایجاد انگیزه، فعالیت های تیم های محلی از کیفیت بالاتری برخوردار گردد.

- تاریخچه فعالیت ها مستند شود.
- ظرفیت های جدیدی ایجاد شود.

☞ تمامی این اهداف در یک حلقه و به صورت پیوسته باهم در ارتباط هستند و می توانند یکدیگر را تکمیل کنند.

¹Best practice

۸-۳ مراحل ثبت تجربه های موفق

به طور کلی، مراحل ثبت تجربه های موفق را می توان در قالب ۴ گام به شرح زیر ارایه کرد که توسط دبیرخانه ابتکارات جامعه محور و با همکاری موسسه های مجری و تیم های اجرایی/ مرکز توسعه روستا انجام خواهد شد:

۸-۳-۱ تعیین چارچوب ارائه کار

شامل تعیین بخش ها و نیز شکل ارائه آن از جمله کتابچه، خبرنامه، فیلم و ... که در نتیجه آن اقدامات بعدی مشخص می شود.

۸-۳-۲ تعیین معیارها

به طور کلی معیارها به دو دسته کلی تقسیم شوند که به ترتیب معیارهای انتخاب و معیارهای ارزیابی نامیده می شوند. منظور از معیارهای انتخاب، معیارهایی هستند که فعالیت های صورت گرفته را به عنوان فعالیت های ابتکارات جامعه محور از سایر فعالیت هایی که توسط بخش های دیگر انجام گرفته است، متمایز می کند و انتخاب اولیه تجربه ها با کمک این معیارها صورت می گیرد. به عنوان مثال فعالیت های ابتکارات جامعه محور نباید در راستای کسب سود برای عده ای خاص باشد، حال آن که در بخش خصوصی انجام یک فعالیت منجر به سود برای مجریان طرح می شود. معیارهای ارزیابی نیز با هدف تعیین ابزاری برای تحلیل تجربه ها و پروژه های انتخاب شده مشخص گردیده تا با کمک آنها ارزش های فعالیت انجام شده نمایان شوند و از زوایای مختلف مورد بازنگری قرار گیرند. مثلاً پایداری تجربه توسط مجریان چگونه دیده شده است؟ آیا در تحلیل تجربه از این نظر می توان شواهد یا مثال هایی آورد که نشان از پایداری پروژه یا تجربه داشته باشد؟ و در نهایت با استفاده از معیارهای ارزیابی دلایل موفقیت تجربه های موفق مورد بررسی قرار می گیرد و نکاتی قابل تامل درخصوص هر فعالیت نیز ارایه می شود.

۸-۳-۲-۱ معیارهای انتخاب

الف- همکاری بین بخشی: همکاری بین بخشی را می توان به منزله کار کردن سازمان ها و گروه های محلی با سایر سازمان های غیردولتی، دولتی و خصوصی مرتبط با پروژه به منظور رسیدن به هدف یا اهداف خاص و سهیم کردن آنها در ایده ها، اطلاعات، تجربه ها و آموزش ها

تعریف کرد. چنین رویکردی با ارایه یک دید همه جانبه نگر و جلوگیری از انجام کارهای موازی و تکراری موجب افزایش عملکرد، کارایی و هم گرایی فعالیت های مرتبط می شود.

ب- استقلال و عدم وابستگی: استقلال به عنوان یک معیار به معنای عدم همکاری با سایر سازمان ها نیست بلکه منظور عدم وابستگی سازمان ها و گروه های محلی به نهادهای دولتی و خارج از جامعه محلی در سه حیطه تصمیم گیری، اجرا و تامین منابع می باشد. در واقع پاسخ هایی که سازمان ها و گروه های محلی پیرامون سوالات زیر درخصوص فعالیت های خود می دهند، می تواند در مشخص کردن این موضوع کمک کند :

- آیا گروه محلی در انتخاب و اتخاذ تصمیم درباره اقدامات و طرح های مداخله ای، خود اتکاء بوده است؟

- آیا گروه محلی در پیگیری، انجام و به نتیجه رساندن اقدامات و پروژه ها استقلال عمل دارد؟

- آیا گروه محلی در تامین منابع برای اقدامات و پروژه ها سهیم شده است؟

ج- رسیدن پروژه به نتایج و دستاوردهای مشخص: چه بسا فعالیت های خوبی باشند که در حال انجام هستند ولی هنوز به دستاوردهای ملموسی نرسیده اند. منظور از نتایج و دستاوردهای ملموس آن دسته از نتایجی است که در تعریف اقدام و پروژه در قالب اهداف اختصاصی مشخص، تبیین شده است و باعث وقوع تغییراتی شده که نسبت به قبل از انجام پروژه رخ نداده و یا وجود نداشته و می توان از نظر کمی و کیفی آنها را مورد ارزیابی قرار داد.

د- به رسمیت شناخته شدن: منظور از به رسمیت شناخته شدن فقط به معنی ثبت فعالیت در مراجع قانونی نیست بلکه به معنی پذیرفته شدن پروژه در نزد ذی ربطان و ذی نفعان و همکاری آنها در بخش های مختلف پروژه می باشد. این رسمیت در نهایت موجب ثبات و پایداری کار می گردد و این امکان را فراهم می کند که از توانایی ها و امکانات سایرین نیز استفاده شود.

ه- انجام کار داوطلبانه در فرآیند: یکی از ویژگی های اصلی برنامه ابتکارات جامعه محور انجام کارهای اصلی پروژه ها توسط نیروهای داوطلب می باشد. این امر ضمن در برگیرندگی اجتماعی، حضور فعالان اجتماعی در جامعه را نیز تقویت می نماید. ظرفیت سازی برای انجام کار داوطلبانه، ضمن آن که فرصت هایی را پیش روی علاقه مندان به انجام کار داوطلبانه در سطح جامعه قرار می دهد، حس مسوولیت پذیری اجتماعی را نیز در جامعه افزایش می دهد. در کنار این، منجر به کاهش هزینه ها و افزایش ارزش افزوده فعالیت ها خواهد شد.

و- غیرانتفاعی باشد: در اجرای ابتکارات جامعه محور؛ هر فعالیت و پروژه ای که منجر به ایجاد

منافع مالی شود نباید در بین اشخاص ویژه ای تقسیم و توزیع گردد، بلکه می باید در راستای اهداف توسعه محلی و در راستای ارتقای سلامت جامعه صرف شود.

ز- در برگیرندگی اجتماعی: دسترسی همگانی بدین معناست که خدماتی را عرضه کند که همگان دسترسی کارآمد به آن خدمات داشته باشند. یعنی هرچه منافع بیشتری به جامعه برسد، آن پروژه در برگیرندگی بیشتری دارد و یا به تعبیر دیگر عام المنفعه تر است. همچنین می توان گفت که شامل نوآوری هایی می شود که تنوع فرهنگی و اجتماعی را قبول کرده و عدالت اجتماعی را بسط می دهد تا همه اقشار بر پایه درآمد، جنسیت، سن، شرایط فیزیکی و ذهنی، محل زندگی و... از آن بهره مند گردند. (دسترسی همگانی)

ح- درس های آموخته شده از پروژه: از مهم ترین ویژگی که برای هریک از پروژه ها به عنوان تجربه موفق مطرح می باشد، درس های آموخته شده و تجربه هایی است که طی فعالیت های مختلف در روند اجرای کار، به دست می آیند. با وجود این که این دستاوردها می توانند راهنمایی ارزشمند برای فعالیت های مشابه باشند، اما متأسفانه چندان مورد توجه قرار نگرفته و در بسیاری مواقع به صورت اطلاعات شفاهی در ذهن مجریان باقی می ماند و با سایر علاقه مندان به اشتراک گذاشته نمی شوند. مکتوب سازی و ارایه این تجربه ها می تواند تاثیر بسزایی در روند رو به رشد فعالیت های مشابه و هم چنین جلوگیری از برخی اشتباه ها و خطاهای اجرایی داشته باشد.

۸-۳-۲-۲ معیارهای ارزیابی

معیارهای ارزیابی در صورتی که به درستی تعیین و به کار گرفته شوند می توانند کارکرد مناسبی برای بررسی فعالیت ها و پروژه ها داشته باشند و اطلاعات مفید و کاربردی را در مورد روند اجرا، دستاوردها و تجربه های بدست آمده در طول پروژه در اختیار قرار دهند. اما همواره بایستی به این نکته توجه داشت که معیارها به تنهایی جواب مورد نظر نیستند و تنها در کنار یک تحلیل مناسب و با مشارکت ذی نفعان فرایند می توانند ابزار مناسبی برای تحلیل پروژه ها باشند. شاید بتوان گفت تعیین معیار برای یک پروژه می تواند جهت نمایان کردن تغییرات و فرصت های بهتر برای آینده، ابزار مهمی را پیش روی افراد، سازمان ها، جوامع و موسسات قرار دهد. اما لازم است دقت نمود که این معیارها چگونه اندازه گیری شوند؟ کجا می شود آنها را اندازه گیری کرد؟ چه کسانی اندازه گیری کنند؟ چگونه نتایج تفسیر و بیان شوند؟ این معیارها نهایتاً از یک دیدگاه نمایندگی می کنند و هرچند سعی شده که از یک جامعیت نسبی برخوردار باشند اما به هر حال ممکن است اولویت، وزن و یا حتی

نوع معیارها برای سازمان های مختلف و خوانندگان این مجموعه متفاوت باشد. درخصوص ارزیابی یک پروژه یا فعالیت، این سوال مطرح است که چه چیزی و چگونه باید مورد بررسی قرار گیرد تا بتوان آن را به درستی مورد تجزیه و تحلیل قرار داد. تعیین معیارها پاسخ مناسبی برای سوال «چه چیزی» و نحوه استفاده و تحلیل آنها با توجه به فرایند و دستاوردهای پروژه، پاسخی برای چگونگی خواهد بود. معیارهای ارزیابی که برای معرفی تجربه های موفق می توانند مورد استفاده قرار گیرند، به شرح زیر می باشند:

الف- مخاطب محوری: در این بخش به طور کلی همه کسانی که با هر عنوانی از جمله بهره مندان، گروه هدف و ذی نفعان که پروژه به نوعی قصد خدمت رسانی به آنها را دارد به عنوان مخاطب در نظر گرفته می شوند و در تحلیل این معیار باید دید که تا چه میزان دغدغه ها، نیازها و شرایط خاص آنها در طراحی و اجرای پروژه لحاظ شده است. آیا آنها همان گونه که مجری پروژه طراحی کرده است، مجبور به بهره برداری از پروژه می شوند و یا اینکه آیا پروژه به گونه ای براساس شرایط آنها طراحی شده است که آنها امکان مشارکت در بخش های مختلف فرآیند را داشته و به سادگی از خدمات ارایه شده بهره ببرند؟

ب- توانمندسازی: از آنجایی که مقوله توانمندسازی محور اصلی برنامه ابتکارات جامعه محور می باشد برای آن تعریف های متعددی ارایه شده است که از آن جمله می توان به موارد زیر اشاره کرد:

- مردم، به ویژه مردم محروم تر، توان این را می یابند که کنترل بیشتری بر زندگی خود داشته باشند و با در دست داشتن دارایی های مولد، به منزله عناصری اساسی، بهتر امرار معاش کنند.
- اکتساب مهارت ها، توانایی ها، اعتماد و بینش لازم برای تحولات مثبت در زندگی خود و یا جامعه خود.

به طور کلی با توجه به تعریف های ارایه شده به نظر می رسد توانمندشدن به دست آوردن توانایی، اختیار و یا قدرتی است که کنترل بیشتری بر روی زندگی و یا شرایط پیرامونی را به همراه داشته باشد.

در ارزیابی پروژه هایی که با هدف توانمندسازی انجام می شوند فارغ از تعریف های ارایه شده، بایستی به این نکته توجه داشت که آیا رویکرد اتخاذ شده، آن را به منزله فرآیندی یکسویه می بیند که در آن مجریان، بهره مندان را توانمند می کنند و یا این که فرآیندی چند سویه بوده که به

گونه ای طراحی و اجرا شده است که در بسترهای فراهم شده همه ذی ربطان از جمله تیم اجرایی پروژه نیز امکان توانمند شدن می یابند. به هرحال برای بررسی چنین معیاری می توان ضمن توجه به بسترهای فراهم شده به نشانه های توانمند شدن مخاطبان و سایر ذی ربطان توجه داشت و آنها را بررسی نمود.

ج- مشارکت: طی دهه های گذشته، این واقعیت به تدریج پذیرفته شده است که در صورتی فایده ی برنامه های توسعه اجتماعی و انسانی به مردم می رسد، که خود مردم نقشی در فرآیند شکل گیری و اجرای این برنامه ها داشته باشند و به همین دلیل مفهوم مشارکت در ادبیات توسعه اجتماعی / انسانی جایگاه ویژه ای یافته است.

در طرح ریزی مشترک و تعیین مشترک هدف ها تمامی کسانی که مسوول مستقیم امور اجرایی هستند، باید حاضر بوده و آزادانه و از روی میل، عقاید و دانش خود را بیان کنند و این امکان برای ذی نفعان فراهم شود تا در همه جنبه ها از جمله منافع، تصمیم گیری، نظارت و ارزشیابی و اجرا مشارکت فعالی داشته باشند.

مشارکت گروه هدف در انجام کارها، تامین منابع مالی و انسانی و مهم تر از همه، شرکت در تصمیم گیری ها (به خصوص مواردی که در آن ذینفع هستند)، باعث می شود تا درگیری ها و کشمکش ها بر سر رفع نیازها و توقعاتی که ماهیت بالقوه آنان گوناگون است با مذاکرات آرام و عادلانه مرتفع گردد.

د- وجود ساختار و برنامه: وجود یک سازمان دهی مشخص برای پروژه با مصداق هایی مانند نحوه تعامل بین افراد، تعیین نقش و مسوولیت های تیم اجرایی و سایر ذی نفعان و ذی ربطان، جدول زمانی انجام فعالیت ها و مشخص بودن ابزار و روش کار می تواند کمک زیادی به مدیریت و موفقیت فعالیت های برنامه ابتکارات جامعه محور نماید. اما به دلیل ماهیت و نوع کار، باید توجه داشت که علاوه بر وجود ساختار، این ساختار بایستی از طرف مجریان و سایر ذی ربطان فرآیند به رسمیت شناخته شده باشد.

از موارد دیگری که در این بخش به عنوان یک نقطه قوت برای فعالیت ها به آن پرداخته می شود وجود طرح پیشنهادی و همچنین برنامه اجرایی برای در نظر گرفتن گام ها و اقدامات عملی بعدی در جهت نیل به اهداف پروژه می باشد.

ه- مدیریت مالی (بودجه بندی و گزارش های مالی): بسیاری از فعالان برنامه های اجتماع محور، از مدیریت و شفافیت مالی به عنوان پاشنه آشیل یاد می کنند. بنابراین به نظر می رسد تمام

فعالیت های برنامه باید دارای شفافیت مالی از نظر تامین منابع مالی و نحوه هزینه کرد آن باشند.

و- تاثیرات گسترده تر: یک پروژه علاوه بر رسیدن به اهداف از پیش تعیین شده خود می تواند اثرات گسترده دیگری را در منطقه اجرا به جای گذارد که این اثرات در زمان اجرا و یا بعد از آن قابل مشاهده می باشد. این تاثیرات معمولاً غیرمستقیم، پراکنده و ناخواسته اند، در هدف گذاری ها نیستند، کمتر مادی اند و کمتر قابل سنجش می باشند. این اثرات را معمولاً در فعالیت های برنامه ابتکارات جامعه محور که با هم افزایی و مشارکت بخش های مختلف همراه است، بیشتر می توان دید.

ز- بسیج منابع: یکی از سوال های مطرح این است که «آیا پروژه های طراحی شده توانسته است تمام منابع مرتبط با انجام کار را بسیج کند و هم افزایی را در سطح موضوع کار بوجود آورد؟» چرا که معمولاً بسیج منابع در قالب همکاری های بین بخشی از وجوه تمایز اصلی فعالیت های برنامه ابتکارات جامعه محور می باشد.

در بسیاری از موارد سازمان ها و گروه های محلی از منابع کافی پیش بینی شده و قطعی برای رسیدن به اهداف خود برخوردار نیستند، اما می توانند با بررسی منابع مختلف در فضای مرتبط با فعالیت های خود و مدیریت آنها در راستای منافع جمعی، هم افزایی قابل توجهی را ایجاد نمایند.

ح- رایزنی و جلب حمایت: از آنجایی که انجام هر فعالیت و پروژه به دنبال ایجاد یک تحول در فضای اجرا و در گروه های هدف می باشد و این تحول تغییراتی نیز به همراه خواهد داشت، به نظر می رسد که با توجه به نقش و جایگاه برنامه برای حرکت به سوی این تغییرات، گفتگوی موثر با هدف معرفی پروژه و اثرگذاری بر روی تصمیم سازان، تصمیم گیران و گروه هدف در منطقه به منظور جلب حمایت آنها، تاثیر بسزایی در تسریع روند اجرایی و همراه سازی آنها دارد و البته کمک فراوانی نیز در رسمیت یافتن فعالیت های برنامه در نزد آنها با توجه به ساختارهای اجتماعی و ارتباطی خاص هر منطقه خواهد کرد.

ط- انعطاف پذیری: جهت تحقق اهداف طرح و اجرای فعالیت ها، لازم است که برنامه ریزی مدونی صورت گیرد تا ضمن مشخص شدن اجزای کار با کمک برنامه زمان بندی، چارچوب کلی از پروژه و فعالیت های آن وجود داشته باشد. از طرفی طرح باید نسبت به واقعیت هایی که در حین انجام کار با آن روبرو می شود (که به لحاظ محلی و منطقه ای پیوسته در حال تغییر است)، انعطاف پذیر باشد و برنامه ریزی های انجام شده را بازنگری و اصلاح نماید.

خطری که طرح های توسعه اجتماعی را تهدید می کند، اجرای آنها مطابق برنامه ریزی انجام

شده و بدون توجه به شرایط محیطی و دستاوردهای آن می باشد. به عبارت دیگر تاکید و فشار مجریان بیش تر بر انجام امور اجرایی در موعدهای تعیین شده و در برنامه ریزی از پیش تعیین شده می باشد تا رسیدن مطلوب به اهداف و بهینه نمودن فعالیت های اجرایی.

ی- روند اجرایی فعالیت ها

- آیا طرح همه مراحل لازم را برای طراحی طی نموده است؟
 - آیا زمان لازم برای انجام کارها پیش بینی شده است؟
 - آیا پیوستگی انجام کارها طبق یک روند منظم پیش می رود؟
 - آیا فعالیت ها در طول زمان اجرای طرح به طور مناسب و متوازن توزیع گردیده است؟
- بررسی سرعت و روند انجام کارها به معنی مطلوب بودن آهستگی در انجام کارها یا سریع بودن انجام فعالیت ها نیست، بلکه باید متناسب با نوع کار از یک تناسب نسبی برخوردار باشد. مثلاً در یک طرح امداد رسانی به آسیب دیدگان از یک حادثه غیرمترقبه، سرعت عمل سازمان و طرح پیشنهادی از معیارهای مهم می باشند و در یک طرح توسعه ای در نظر گرفتن فرصت مناسب برای به نتیجه رسیدن فعالیت ها و همچنین نهادینه شدن آن ها، باید مدنظر قرار بگیرد.

ک- پاسخگویی: پاسخگویی را می توان به عنوان بخشی از مسئولیت پذیری در نظر گرفت و یک مسئول، پاسخگویی را به عنوان بخشی از وظایف اصلی خود در نظر دارد. پاسخگویی تنها ارایه جواب و گزارش مالی به حامی مالی و یا سطوح مدیریت سازمان نیست، بلکه این امر بایستی درخصوص ذی نفعان و گروه های هدف بسیار قوی دیده شود و مسئول یک پروژه قبل از انجام هر بخشی از برنامه نسبت به گزارش دهی و اطلاع رسانی در مورد بخش قبلی و نتایج و مشکلات و موفقیت های آن بخش، خود را به آنها یعنی ذی نفعان پاسخگو بداند. وجود یک سیستم مناسب برای پاسخگویی، فضا را برای نقد و اصلاح فعالیت ها فراهم می نماید اما ذکر این نکته نیز ضروری به نظر می رسد که با توجه به محدودیت منابع انسانی به خصوص در سازمان های غیردولتی ممکن است با مشخص نبودن مراجع پاسخگویی و مکانیسم آن، این مورد وقت و انرژی زیادی را معطوف به خود نماید.

ل- پایداری: یکی از معیارهای اساسی که در بررسی فعالیت ها و هم چنین در زمان برنامه ریزی پروژه باید به آن توجه داشت، پایداری آن دسته از مداخلاتی است که نتایج پایدار و مداومی را حداقل در یکی از حوزه های زیر ایجاد کرده باشد:

- هنجارها و عرف ها و یا سیاست ها و قوانین اجتماعی در سطوح محلی که پتانسیل تکرار یا

الگوبرداری در سایر مناطق را نیز داشته باشد.

- چارچوب های سازمانی مانند گروه ها و یا نهادهای محلی در حوزه های مختلف اعم از اجتماعی، فرهنگی، بهداشتی، اقتصادی و ...

م- جنسیت و عدالت جنسیتی: جنسیت در واقع برداشت های اجتماعی شکل گرفته از اختلاف نقش مرد و زن می باشد و بیانگر این مسئله است که از ما به عنوان زنان و مردان انتظار می رود که چگونه با توجه به ساختارهای اجتماعی و نه به دلیل اختلاف های طبیعی، فکر و عمل کنیم. جنسیت، هم زنان و هم مردان را در برمی گیرد و به معنی نقش، مسئولیت و حقوقی است که فرهنگ به زن و مرد با توجه به سن، سطح اقتصادی، دین و عقاید آنها می دهد. روابط جنسیتی یک ساختار در حال تغییر بوده و ثابت نیست و این تغییر به وسیله خود مردان و زنان شکل می گیرد.

با توجه به توضیحات ارایه شده در پروژه بهتر است به این مسئله توجه شود که چگونه فعالیت ها با در نظر گرفتن مسئولیت ها و نقش های زنان و مردان در یک جامعه تعریف شده اند و چگونه این فعالیت ها کمک کرده اند تا ذی نفعان فرآیند (از تیم پروژه گرفته تا مخاطبان)، جایگاه مناسب خود را در فرآیند پیدا کنند.

ن- نظارت و ارزیابی مستمر: نظارت و ارزیابی یک فعالیت مستمر است که هدف اصلی آن ارایه وضعیت پروژه از لحاظ پیشرفت یا عدم پیشرفت با توجه به اهداف و معیارهای تعیین شده می باشد تا بتواند عملکرد پروژه را به منظور مدیریت بهینه تر و موثرتر خروجی ها و دستاوردها تعیین نماید. در واقع وضعیت موجود با آن چه قبل از انجام پروژه بوده و وضعیت ایده آل مورد نظر مقایسه می شود تا به این سوال پاسخ داده شود که پروژه در راه صحیح هدف قرار دارد یا خیر؟ وجود یک نظام ارزیابی و نظارت مستمر و یا جلسات منظمی که به این منظور در بین تیم پروژه و سایر ذی نفعان برگزار می شود می تواند نشانه خوبی برای بررسی این معیار باشد.

۸-۳-۳ بررسی اجمالی فعالیت های صورت گرفته

در این گام علیرغم محدودیت ها و موانع موجود که در بخش بعدی نیز به آنها اشاره خواهد شد، تعدادی از پروژه ها و فعالیت های انجام شده توسط برنامه ابتکارات جامعه محور مورد بررسی مقدماتی قرار خواهند گرفت و از بین آنها با توجه به معیارهای مشخص، تعدادی تجربه موفق انتخاب و بر اساس معیارهای ارزیابی، مورد بررسی قرار خواهد گرفت.

۸-۳-۴ تهیه گزارش نهایی

برای تهیه این گزارش ها اقداماتی به شرح ذیل انجام می شود:

- بازدیدهای میدانی از محل اجرای پروژه، گفتگو با مجریان، ذی نفعان و ذی ربطان و هم چنین بررسی فرایند و اثرات آن با کمک آنها
- تهیه و مرور گزارش ها و مکتوبات پروژه
- بررسی و تحلیل دستاوردها و فعالیت ها با استفاده از معیارهای ارزیابی
- مکتوب سازی و نگارش گزارش.

پیوست ها

پرسشنامه سرمایه اجتماعی^۱

می خواستیم سؤالاتم را در مورد گروه هایی که شما عضو آن هستید، شروع نمایم. این گروه ها ممکن است به طور رسمی تشکیل شده باشند یا اینکه فقط گروه هایی باشند که به طور منظم دور هم جمع می شوند تا فعالیتی را انجام دهند یا اینکه در مورد مسائلی با هم صحبت کنند. شما عضو کدام یک از این گروه ها هستید؟ (می توانید بیش از یک پاسخ را انتخاب نمایید)

□ ۱-۱. انجمن اولیاء و مربیان □ ۲-۱. گروه های مذهبی (هیات ها، جلسات قرآن، انجمن اسلامی،...)

□ ۱-۳. گروه های ورزشی

□ ۱-۴. گروه های خیریه (حمایت از نیازمندان و ...) □ ۵-۱. گروه های صنفی (کارگران، ...)

□ ۱-۶. گروه های قومی □ ۷-۱. گروه های سیاسی □ ۸-۱. گروه های علمی (انجمن های علمی،...)

□ ۱-۹. بسیج

□ ۱-۱۰. شوراها □ ۱۱-۱. گروه های اینترنتی

□ ۱-۱۲. سایر (لطفاً ذکر نمایید): □ ۱۳. عضو هیچ گروهی نیستم ☹ برو به سوال ۹

۲- از میان این گروه ها کدام یک برای شما مهم ترین است؟ نام گروه یا انجمن :

۳- فایده اصلی عضویت در گروهی که در سوال قبل به آن اشاره کردید، چیست؟ (لطفاً فقط یک گزینه را انتخاب کنید)

□ ۱. وضعیت زندگی یا دستیابی به خدمات را برای خانواده ام بهتر می کند.

□ ۲. در مواقع اضطراری و یا در آینده می تواند مفید فایده باشد.

□ ۳. به جامعه سود می رساند.

□ ۴. موجب خوشی یا تفریح است و به بهبود وضعیت روحی و روانی کمک می کند.

^۱ به کارگیری پرسشنامه با ذکر منبع بلامانع است.

Ref: Nedjat, Saharnaz; Majdzadeh, Reza; Kheiltash, Azita; Jamshidi, Ensiyeh; Social Capital in Association with Socioeconomic Variables in Iran, Social Indicators Research, 2012, Year. 2012: 18.

۵. ☐ از نظر وضعیت شغلی مفید است.

۶. ☐ سایر (لطفاً ذکر نمایید).....

۴- اگر اعضاء این گروه را در نظر داشته باشید، بیشترین تشابه میان آنان، در کدام یک از زمینه های زیر است؟

۱. ☐ مذهب ۲. ☐ جنسیت ۳. ☐ روستا ۴. ☐ سن ۵. ☐ قومیت یا زبان مادری / نژاد / فرقه / طایفه
۶. ☐ شغل ۷. ☐ سطح تحصیلی ۸. ☐ سطح درآمد ۹. ☐ گرایش های سیاسی

۵- هنگامی که قرار است تصمیمی در این گروه اتخاذ شود، نحوه تصمیم گیری چگونه است ؟

۱. ☐ تصمیم از بیرون اعلام می شود.

۲. ☐ رئیس گروه تصمیم می گیرد و به سایر اعضای گروه اطلاع می دهد.

۳. ☐ رئیس گروه از اعضاء می پرسد که چه فکر می کنند و بعد تصمیم می گیرد.

۴. ☐ اعضاء گروه یک مباحثه برگزار می کنند و با هم تصمیم می گیرند.

۵. ☐ سایر (لطفاً ذکر شود)

۶- رئیس ها در این گروه چگونه انتخاب می شوند؟

۱. ☐ توسط فرد یا قدرتی خارج از گروه ۲. ☐ هر رئیس جانشین خودش را انتخاب می کند.

۳. ☐ توسط تعداد کمی از اعضاء ۴. ☐ با رأی و یا تصمیم اکثریت اعضاء

۵. ☐ سایر (لطفاً ذکر نمایید)..... ۶. ☐ نمی دانم

۷- چه کسی اساساً گروه را تاسیس کرد؟

۱. ☐ مسئولین دولتی ۲. ☐ شوراهای محلی

۳. ☐ افراد صاحب نام مرتبط ۴. ☐ خود مردم

۵. ☐ سایر (لطفاً ذکر نمایید)..... ۶. ☐ نمی دانم

۸- آیا این گروه با سایر گروه ها نیز رابطه و تعامل دارد ؟

۱. ☐ بله، به میزان زیاد ۲. ☐ بله، به میزان کم ۳. ☐ اصلاً ۴. ☐ نمی دانم

۹- شما در حال حاضر حدوداً چند دوست صمیمی دارید؟ (منظور افرادی هستند که شما با آنها احساس راحتی می کنید و می توانید مسائل خصوصی خود را با آنها در میان گذاشته و یا از آنها درخواست کمک نمایید)

۱۰- در صورتی که نیاز به قرض گرفتن مقداری پول، یا ماشین و یا درخواست مراقبت از بچه پیدا کنید، به جز اعضای خانواده و بستگان نزدیکتان به نظرتان کسانی وجود دارند که بتوانید به آنها مراجعه کنید؟ (کسانی که تمایل به این کار داشته و قادر به فراهم کردن این پول باشند)

{☐ ۱. قطعاً وجود دارد ☐ ۲. احتمال زیاد وجود دارد} ۱-۱۰- این افراد چند نفرند؟

۳. مطمئن نیستم ☐ ۴. احتمال زیاد وجود ندارد ☐ ۵. قطعاً وجود ندارد

۱۱- تا چه میزان می توان به مردم اعتماد کرد؟

☐ ۱. بسیار زیاد ☐ ۲. زیاد ☐ ۳. متوسط ☐ ۴. کم ☐ ۵. بسیار کم

۱۲- به طور کلی، تا چه حد با عبارات زیر موافق یا مخالفید؟

ردیف	کاملاً موافقم	تاحدودی موافقم	نه موافقم نه مخالف	تاحدودی مخالفم	کاملاً مخالفم
۱۲-۱	۵	۴	۳	۲	۱
	در صورت نیاز، اغلب مردم محل زندگیم مایل به کمک به من هستند.				
۱۲-۲	۵	۴	۳	۲	۱
	در روستای ما، همه تلاش دارند سر هم دیگر را کلاه بگذارند.				
۱۲-۳	۵	۴	۳	۲	۱
	در روستای ما، مردم عموماً در مورد قرض دادن و گرفتن پول به یکدیگر اعتماد ندارند.				

۱۳- شما چقدر به افراد زیر اعتماد دارید؟

ردیف		بسیار زیاد	زیاد	نه زیاد نه کم	کم	بسیار کم	برخوردی نداشته‌ام
۱۳-۱	اعضای خانواده	۵	۴	۳	۲	۱	۰
۱۳-۲	فامیل و خویشاوندان	۵	۴	۳	۲	۱	۰
۱۳-۳	دوستان	۵	۴	۳	۲	۱	۰
۱۳-۴	همسایگان	۵	۴	۳	۲	۱	۰
۱۳-۵	(ویژه شاغلین) همکاران	۵	۴	۳	۲	۱	۰
۱۳-۶	اهالی روستا	۵	۴	۳	۲	۱	۰
۱۳-۷	مسئولین دولتی	۵	۴	۳	۲	۱	۰
۱۳-۸	فروشنده‌گان (مغازه‌داران و کسبه)	۵	۴	۳	۲	۱	۰
۱۳-۹	پلیس	۵	۴	۳	۲	۱	۰
۱۳-۱۰	معلمان	۵	۴	۳	۲	۱	۰
۱۳-۱۱	پرستاران و پزشکان	۵	۴	۳	۲	۱	۰
۱۳-۱۲	اساتید دانشگاه	۵	۴	۳	۲	۱	۰
۱۳-۱۳	روحانیون	۵	۴	۳	۲	۱	۰
۱۳-۱۴	کارمندان و مدیران اداری	۵	۴	۳	۲	۱	۰
۱۳-۱۵	نظامیان	۵	۴	۳	۲	۱	۰
۱۳-۱۶	خبرنگاران و روزنامه نگاران	۵	۴	۳	۲	۱	۰
۱۳-۱۷	غریبه‌ها	۵	۴	۳	۲	۱	۰
۱۳-۱۸	روستاییان	۵	۴	۳	۲	۱	۰
۱۳-۱۹	همشهریان	۵	۴	۳	۲	۱	۰
۱۳-۲۰	ایرانیان	۵	۴	۳	۲	۱	۰

۱۴- مردم محله شما در این روزها چقدر به یکدیگر کمک می نمایند؟

۱. ☐ همیشه ۲. ☐ اکثر اوقات ۳. ☐ گاهی ۴. ☐ به ندرت ۵. ☐ هرگز

۱۵- اگر یک برنامه مردمی (مثلاً ساخت مدرسه)، مستقیماً به شما نفع نرساند ولی برای خیلی از

افراد دیگر سودمند باشد، آیا شما برای این پروژه وقت صرف خواهید نمود؟

۱. ☐ بلی ۲. ☐ خیر

۱۶- اگر یک برنامه مردمی (مثلاً ساخت مدرسه)، مستقیماً به شما نفع نرساند ولی برای خیلی از

افراد دیگر سودمند باشد، آیا شما برای این پروژه پول صرف خواهید نمود؟

۱. ☐ بلی ۲. ☐ خیر

۱۷- نسبت به ۵ سال گذشته میزان اعتماد افراد جامعه به یکدیگر چه تغییری کرده است؟

☐ ۱. بیشتر شده است ☐ ۲. تغییری نکرده است ☐ ۳. کمتر شده است ☐ ۴. نمی دانم

۱۸- در یک سال گذشته، آیا مشارکتی در کارهای جمعی داشته اید، که در آن مردم دور هم جمع

شده باشند (مثلاً برای کمک به یک فرد نیازمند) تا کاری به نفع جامعه انجام دهند؟

☐ ۱. بلی ۱-۱۸. چند بار: ☐ ۲. خیر

سوال	خیلی زیاد	زیاد	نه زیاد، کم	خیلی کم
اگر در زمینه خاصی مثل دفع زباله در محله شما مشکلی وجود داشته باشد، چقدر احتمال دارد که مردم جهت رفع آن تلاش نمایند؟	۵	۴	۳	۲
فرض کنید که اتفاق ناخوشایندی مثل یک بیماری سخت یا مرگ یکی از عزیزان برای فردی در محله شما رخ داده است، چقدر احتمال دارد که مردم به آنها کمک نمایند؟	۵	۴	۳	۲

۲۱- تا چه اندازه اخبار و وقایع کشور را پیگیری می کنید؟

☐ ۱. هر روز ☐ ۲. سه بار در هفته ☐ ۳. هفته ای یک بار ☐ ۴. چند هفته یک بار ☐ ۵. اصلاً

۲۲- سه منبع اصلی شما برای دریافت اطلاعات در مورد اینکه دولت چکار می کند چیست؟ (مانند

مبارزه با گرانی، وضع مسکن، اعتیاد و ...)

☐ ۱. اقوام، دوستان و همسایه ها ☐ ۲. تابلو اعلانات محلی ☐ ۳. کسبه محلی ☐ ۴. روزنامه و مجلات

☐ ۵. رادیو ☐ ۶. تلویزیون ☐ ۷. ماهواره یا خبرگزاری های خارجی ☐ ۸. گروه ها یا انجمن ها

☐ ۹. همکاران (کاری یا تجاری) ☐ ۱۰. یک کارگزار یا نماینده دولتی ☐ ۱۱. اینترنت

☐ ۱۲- سایر (لطفاً ذکر نمایید).....

۲۳- احساس همدلی یا نزدیکی در محله شما چقدر قوی است؟ منظور از همدلی و نزدیکی این

است که افراد از غم یکدیگر غمگین و از شادی یکدیگر شاد گردند.

☐ ۱. خیلی زیاد ☐ ۲. زیاد ☐ ۳. نه زیاد، نه کم ☐ ۴. کم ☐ ۵. خیلی کم

۲۴- غالباً تفاوت هایی در خصوصیات افرادی که در یک محله زندگی می کنند، وجود دارد. به طور مثال تفاوت در دارایی، درآمد، طبقه اجتماعی، قومیت یا زبان مادری / نژاد / فرقه / طایفه. همچنین امکان دارد تفاوت هایی در مذهب یا عقاید سیاسی وجود داشته باشد، یا اینکه تفاوت هایی در سن و جنس. در محله شما چه مقدار از این تفاوت ها وجود دارد؟

□ ۱. به مقدار خیلی زیاد □ ۲. به مقدار زیاد □ ۳. نه زیاد نه کم □ ۴. به مقدار کم □ ۵. به مقدار خیلی کم

۲۵- دو مسئله ای که بیشتر از سایر موارد باعث می شود بین خودتان و دیگر افراد محله احساس فاصله کنید، چه هستند؟

□ ۱. تفاوت در تحصیلات □ ۲. تفاوت در میزان املاک □ ۳. تفاوت در ثروت / دارایی

□ ۴. تفاوت در طبقه اجتماعی □ ۵. تفاوت بین مرد و زن □ ۶. تفاوت بین نسل جدید و قدیم

□ ۷. تفاوت در ساکنین قدیمی و جدید □ ۸. تفاوت در وابستگی به احزاب سیاسی

□ ۹. تفاوت در عقاید مذهبی □ ۱۰. تفاوت در قومیت یا زبان مادری / فرقه / طایفه

□ ۱۱. تفاوت های دیگر (لطفاً ذکر کنید):

۲۶- آیا این تفاوت ها تا به حال منجر به خشونت شده اند؟ □ ۱. بلی □ ۲. خیر

۲۷- در ماه گذشته، حدوداً چند بار آشنایان برای دیدار شما به خانه تان آمده اند؟

۲۸- آشنایانی که با شما رفت و آمد دارند، در کدام یک از زمینه های زیر با شما یکسانند؟ (می توانید بیش از یک گزینه را انتخاب کنید)

□ ۱. از قوم یا زبان مادری / فرقه / طایفه □ ۲. از نظر وضعیت اقتصادی □ ۳. از نظر طبقه اجتماعی

□ ۴. از نظر اعتقادات مذهب

۲۹- در طی یک سال گذشته، تا چه حد در فعالیتهای جمعی نظیر مراسم جشن و عروسی یا عزاداری، جلسات مذهبی، کارهای تفریحی و ... مربوط به افراد و گروه هایی که نام می برم، شرکت داشته اید؟

ردیف	بسیار زیاد	زیاد	نه زیاد، نه کم	کم	اصلاً
۲۹-۱	۵	۴	۳	۲	۱
اعضای خانواده و فامیل و خویشاوندان					
۲۹-۲	۵	۴	۳	۲	۱
دوستان					
۲۹-۳	۵	۴	۳	۲	۱
همسایگان					
۲۹-۴	۵	۴	۳	۲	۱
همکاران					
۲۹-۵	۵	۴	۳	۲	۱
اهالی محله					
۲۹-۶	۵	۴	۳	۲	۱
افراد صرفاً هم قوم و هم مذهب					

۳۰- به نظر شما، این محله معمولاً آرام است یا با خشونت شناخته می شود؟

۱. خیلی آرام ۲. تا حدی آرام ۳. نه آرام نه خشن ۴. تا حدی خشن ۵. خیلی خشن

سوال	خیلی امن	تا حدودی امن	نه ایمن نه غیر ایمن	تا حدودی غیر ایمن	خیلی غیر ایمن
۳۱	۵	۴	۳	۲	۱
به طور کلی، وقتی در خانه تنها هستید، چقدر در برابر جرم و خشونت احساس امنیت می کنید؟					
۳۲	۵	۴	۳	۲	۱
هنگامی که در محله خودتان در شب قدم می زنید، چقدر احساس امنیت می کنید؟					

۳۳- در یکسال گذشته، آیا شما یا یکی از افراد خانواده تان مورد ضرب و شتم یا حمله قرار گرفته اید؟

۱. بلی ۲. خیر

۳۴- در یکسال گذشته، آیا خانه یا ماشین شما مورد سرقت یا حمله واقع شده است؟

۱. بلی ۲. خیر

سوال	خیلی زیاد	زیاد	نه زیاد، نه کم	کم	خیلی کم
۳۵	۵	۴	۳	۲	۱
به طور کلی، خودتان را چقدر خوشحال می دانید؟					
۳۶	۵	۴	۳	۲	۱
چقدر می توانید مسائلی که زندگی تان را تحت تأثیر قرار می دهد، تغییر دهید؟					
۳۷	۵	۴	۳	۲	۱
فکر می کنید تا چه حد جامعه برای شما ارزش قائل است؟					

۳۸- در کل، فکر می کنید برای اینکه این محله را به مکان بهتری برای زندگی تبدیل کنید، چقدر مؤثر هستید؟ □۱. بسیار مؤثر □۲. کمی مؤثر □۳. بی اثر

۳۹- به نظر شما، نهادهای زیر چقدر قابل اعتماد هستند؟

ردیف	بسیار زیاد	زیاد	نه زیاد نه کم	کم	بسیار کم	نمی دانم
۳۹-۱	۵	۴	۳	۲	۱	۷
۳۹-۲	۵	۴	۳	۲	۱	۷
۳۹-۳	۵	۴	۳	۲	۱	۷
۳۹-۴	۵	۴	۳	۲	۱	۷
۳۹-۵	۵	۴	۳	۲	۱	۷
۳۹-۶	۵	۴	۳	۲	۱	۷
۳۹-۷	۵	۴	۳	۲	۱	۷
۳۹-۸	۵	۴	۳	۲	۱	۷
۳۹-۹	۵	۴	۳	۲	۱	۷

۴۰- در کل افراد محله شما تا چه اندازه از روحیه همکاری و مشارکت برخوردار هستند؟ □۱. خیلی کم □۲. کم □۳. متوسط □۴. زیاد □۵. خیلی زیاد

۴۱- اگر امکان انتخاب همسایه، همکار، دوست یا همسر داشته باشید، در هر یک از موارد زیر چگونه انتخاب خواهید کرد؟

ردیف	فقط فامیل و خویشاوند باشند	غیر فامیل ولی هم قوم یا هم مذهب باشند	فقط ایرانی و هم وطن (قومیت و مذهب مهم نیست)	فرقی نمی کند (ملیت هم مهم نیست)
۴۲-۱	۱	۲	۳	۴
۴۲-۲	۱	۲	۳	۴
۴۲-۳	۱	۲	۳	۴
۴۲-۴	۱	۲	۳	۴

پرسشنامه پروفایل ساکنین روستا

شماره پرسشنامه :	نام پرسشگر:	نام ناظر :
شهر :	روستا :	تاریخ :
نام فرد پاسخ دهنده :	تلفن :	

الف - مشخصات اعضای خانوار

نام و نام خانوادگی	موقعیت در خانواده	سن	وضعیت سواد
* اعضای خانوار به ترتیب سرپرست، همسر و فرزندان به ترتیب سن و سپس سایر اعضای خانوار وارد کنید.	(۱) سرپرست (۲) همسر (۳) فرزند (۴) عروس/ داماد (۵) پدر/ مادر (۶) خواهر/ برادر (۷) سایر	برای افراد کمتر از یک سال، کد ۰ (صفر) درج شود.	(۱) بی سواد (۲) ابتدایی/ راهنمایی (۴) دبیرستان/ دیپلم (۶) دانشجو (۷) فوق دیپلم (۸) کارشناس (۹) کارشناس ارشد (۱۰) دکترا

ب - مشخصات اعضای خانوار (برای افراد بالای ۱۶ سال تکمیل شود)

نام و نام خانوادگی	وضع تاهل	وضعیت فعالیت	عنوان شغلی
* اعضای خانوار به ترتیب سرپرست، همسر و فرزندان به ترتیب سن و سپس سایر اعضای خانوار وارد کنید.	(۱) مجرد (۲) متاهل (۳) بیوه (۴) مطلقه	(۱) شاغل (۲) بیکار (۳) بیکار جویای کار (۴) محصل/ دانشجو (۵) بازنشسته/ از کارافتاده (۶) سرباز (۷) خانه دار	(۱) خود اشتغالی بدون کارگر (۲) کارفرما دارای کارگر (۳) کار در خانه (۴) کارگر/کارمند بخش دولتی (۵) کارگر/کارمند بخش خصوصی (۶) سایر

پ- اطلاعات جانبی اعضای خانوار (برای افراد بالای ۱۶ سال تکمیل گردد)

نام و نام خانوادگی	رشته تحصیلی	نام اداره / شرکت محل کار
به همان ترتیب جدول فوق	عنوان رشته تحصیلی را قید نمایید	نام اداره / سازمان / شرکت / کارخانه / کارگاه محل اشتغال

ت- اطلاعات جانبی اعضای خانوار (برای افراد بالای ۱۶ سال تکمیل گردد)

نام و نام خانوادگی	مهارت های خاص	عنوان مهارت	محل اخذ گواهی مهارت
به همان ترتیب جدول فوق وارد نمایید	(۱) هنری (۲) ورزشی (۳) فنی (۴) رایانه (۵) زبان خارجی (۶) فاقد مهارت	عنوان مشخص مهارت فرد را قید نمایید.	(۱) بدون گواهی (۲) سازمان دولتی (۳) فنی و حرفه ای (۳) موسسه خصوصی (۴) سایر (ذکر شود)

ث- اطلاعات جانبی اعضای خانوار (برای افراد بالای ۱۶ سال تکمیل گردد)

نام و نام خانوادگی	منبع کسب اطلاعات	میزان وقت آزاد در هفته	گذران اوقات فراغت
به همان ترتیب جدول فوق وارد نمایید	(۱) تلویزیون (۲) رادیو (۳) روزنامه (۴) اینترنت (۵) مجله و کتاب (۶) مراکز عمومی (۷) سایر (ذکر شود)	(۱) تمام روزهای هفته (۲) چند روز در هفته (۳) یک روز در هفته (۴) چند ساعت در هفته (۵) بدون وقت آزاد	(۱) تماشای تلویزیون (۲) ورزش و تفریح (۳) کوچه و خیابان (۴) گردش / مسافرت (۵) مطالعه (۶) دید و بازدید آشنا (۷) سایر (ذکر شود)

ج- اطلاعات جانبی اعضای خانوار (برای افراد بالای ۱۶ سال تکمیل گردد)

نام و نام خانوادگی	عضویت در گروه اجتماعی	عنوان گروه	میزان فعالیت در گروه
به همان ترتیب جدول فوق وارد نمایید	(۱) هیئت مذهبی	نام انجمن/ گروهی را که عضو هستید قید نمایید	(۱) تمام وقت
	(۲) تیم ورزشی		(۲) نیمه وقت
	(۳) پایگاه مقاومت بسیج		(۳) پاره وقت
	(۴) شور/هیئت امنای روستا		(۴) به ندرت
	(۵) سایر (ذکر شود)		(۵) غیرفعال

ج- اطلاعات جانبی اعضای خانوار (برای افراد بالای ۱۶ سال تکمیل گردد)

نام و نام خانوادگی	تمایل به مشارکت و همکاری در برنامه توسعه و ارتقای سلامت روستا	میزان وقت که می توانید بگذارید
به همان ترتیب جدول فوق وارد نمایید	(۱) مشارکت فکری	(۱) چند ساعت در روز
	(۲) مشارکت مالی	(۲) چند روز در هفته
	(۳) همکاری در کارهای اجرایی	(۳) چند ساعت در هفته
	(۴) عدم مشارکت	(۴) هیچ زمانی

ح- سه نفر را به عنوان معتمد روستا معرفی کنید. شماره تماس آنها را بیان کنید:

.....

فرم های گزارش اجرایی و مالی

فرم گزارش پیشرفت اجرایی کار در روستاهای هدف

نام روستا:	شهرستان:	تاریخ گزارش:
نام مرحله از فرایند برنامه:	نام تهیه کننده گزارش:	سمت تهیه کننده گزارش:
اقدامات انجام شده در این مرحله		
اقدامات ابتکاری		
مشکلات و مسائل		
توضیحات		

فرم عملکرد مالی طرح

روستا:	شهرستان هدف:	موسسه مجری:	تاریخ گزارش:
اقدامات انجام شده در مرحله...	زمان انجام اقدام	هزینه انجام فعالیت	اعتبار از طرح

مشکلات و پیشنهادات:

.....

.....

.....

نام و امضای تکمیل کننده فرم

.....

نام و امضای نمایندگان تیم اجرایی

..... ۱-

..... ۲-

چک لیست های پایش

الف- چک لیست ویژه ناظران طرح: مرحله انتخاب منطقه هدف و آماده سازی

۱. آیا اعضای جلسه برای تعیین شهرستان هدف از سوی معاون بهداشتی از قبل تعیین شده اند؟
بله ☐ خیر ☐
 ۲. آیا در جلسه اول، برنامه و فرایند کار برای افراد شرکت کننده تشریح شده است؟
بله ☐ خیر ☐
 ۳. چند نفر از نمایندگان مورد نظر بخش های مربوطه در جلسه شرکت داشته اند؟ نفر
 ۴. آیا در مورد شهرستان های پیشنهادی استقبال از سوی روسای شبکه مربوطه وجود داشته است؟
بله ☐ خیر ☐
 ۵. چند شهرستان، داوطلب اجرای برنامه در حوزه خود شده اند؟ شهرستان
 ۶. آیا کارگروه سلامت و امنیت غذایی شهرستان منتخب، اجرای برنامه را مصوب نموده است؟
بله ☐ خیر ☐
 ۷. آیا کارشناس مسئول برنامه در جلسه توجیهی و آموزشی طرح شرکت داشته است؟
بله ☐ خیر ☐
 ۸. آیا در جلسه بررسی و انتخاب شهرستان هدف، به شاخص های مورد نظر توجه گردیده است؟
بله ☐ خیر ☐
 ۹. آیا بودجه تعیین شده بر طبق فرایند برنامه، تامین و تخصیص داده شده است؟
بله ☐ خیر ☐
 ۱۰. بودجه ابلاغ شده برای اجرای طرح در سطح شهرستان چقدر بوده است؟ ریال
 ۱۱. آیا دستورالعمل اجرایی و مالی لازم برای نحوه هزینه کرد بودجه بر اساس فرایند برنامه به شهرستان هدف ابلاغ شده است؟
بله ☐ خیر ☐
 ۱۲. آیا در جلسه انتخاب روستاهای هدف در سطح شهرستان تعیین شده، ذی نفعان کلیدی بیرونی دعوت شده اند؟
بله ☐ خیر ☐
 ۱۳. چند نفر از نمایندگان مورد نظر ذی نفعان بیرونی در جلسه حضور داشته اند؟ نفر
- آیا در جلسه انتخاب روستاهای هدف، توضیحات لازم در مورد شاخص های انتخاب (به ویژه در

مورد سرمایه اجتماعی) به حاضران ارائه شده است؟

بله ☐ خیر ☐

۱۴. چند روستا از سوی حاضران به عنوان مناطق هدف مناسب پیشنهاد شده است؟..... روستا

۱۵. تعداد خانوارهای ساکن این روستاهای منتخب در کل چقدر می باشد؟..... خانوار

۱۶. آیا هماهنگی لازم با دهیاری روستاهای مورد نظر در خصوص تکمیل پرسشنامه سرمایه

اجتماعی از خانوارهای ساکن توسط کارشناس مسئول برنامه صورت گرفته است؟

بله ☐ خیر ☐

۱۷. آیا پرسشنامه ارزیابی سرمایه اجتماعی در مورد روستاهای پیشنهادی به تعداد لازم تکمیل

گردیده است؟

بله ☐ خیر ☐

۱۸. آیا پیام تهیه شده در خصوص معرفی برنامه به ساکنان در طی تکمیل پرسشنامه توسط

پرسشگران به پاسخ دهندگان انتقال داده شده است؟

بله ☐ خیر ☐

۱۹. در کل برای روستاهای پیشنهادی چند پرسشنامه تکمیل گردیده است؟..... عدد

۲۰. این تعداد پرسشنامه چند درصد از خانوارهای ساکن روستاها را شامل بوده است؟..... درصد

۲۱. چند بهورز در شهرستان هدف در تکمیل پرسشنامه سرمایه اجتماعی همکاری داشتند؟ نفر

۲۲. آیا گزارشی از بررسی اولیه روستاهای منتخب توسط کارشناس برنامه تهیه شده است؟

بله ☐ خیر ☐

۲۳. آیا مستندسازی کافی در خصوص اجرای این مرحله انجام شده است؟

بله ☐ خیر ☐

۲۴. کیفیت کار مجریان در انجام این بخش از برنامه چگونه ارزیابی می کنید؟

ضعیف ☐ متوسط ☐ خوب ☐

ب- چک لیست ویژه ناظران طرح: مرحله تشکیل تیم اجرایی

۱. آیا برای انتخاب اعضای تیم اجرایی، شاخص های دیگری هم از سوی متولیان تعیین شده

است؟

بله ☐ خیر ☐

۲. آیا در تعیین شاخص ها، به جز کارشناس برنامه، نمایندگان ذی نفعان دیگر هم مشارکت داشته اند؟

بله ☐ خیر ☐

۳. آیا لیستی از افراد کلیدی روستا و جایگاه اجتماعی آن ها، تهیه شده است؟

بله ☐ خیر ☐

۴. با چند نفر از افراد کلیدی شناسایی شده روستا، مصاحبه شده است؟ نفر

۵. آیا فهرستی از زنان و مردان و جوانان فعال روستا بر اساس مصاحبه با افراد کلیدی روستا، تهیه شده است؟

بله ☐ خیر ☐

۶. چند نفر به عنوان افراد فعال روستا شناسایی شده اند؟ نفر

۷. آیا در جلسات مصاحبه با داوطلبان، کارشناس برنامه و فرد کلیدی روستا حضور داشته اند؟

بله ☐ خیر ☐

۸. آیا در سوال از اعضای تیم اجرایی، آن ها نقش و وظایف خود را می دانند؟

بله ☐ خیر ☐

۹. آیا اعضای تیم اجرایی از تنوع مناسبی در ترکیب برخوردار هستند؟

بله ☐ خیر ☐

۱۰. آیا در بین اعضای تیم اجرایی انتخاب شده، فرد معتمد وجود دارد؟

بله ☐ خیر ☐

۱۱. آیا مستندسازی کافی در خصوص اجرای این مرحله انجام شده است؟

بله ☐ خیر ☐

۱۲. چند نفر از افراد روستا با کارشناس برنامه و مجری طرح در انجام این مرحله همکاری داشته اند؟ نفر

۱۳. سطح کیفی تیم اجرایی انتخاب شده در روستا (ترکیب، تنوع سنی و جنسیتی و ...) چگونه است؟

ضعیف ☐ متوسط ☐ خوب ☐

۱۴. مجموع هزینه انجام شده برای اجرای این مرحله چقدر بوده است؟ ریال

پ- چک لیست ویژه ناظران طرح: مرحله اعتمادسازی

۱۵. آیا دلایل عدم اعتماد بررسی شده است؟
☐ بله ☐ خیر
۱۶. آیا معیارهای انتخاب اقدامات اعتمادساز مشخص هستند؟ (نظیر مشهود بودن اقدام محلی، مبتنی بودن بر نیازهای محلی)
☐ بله ☐ خیر
۱۷. موضوع کلی اقدام اعتماد ساز چه بوده است؟
 عمران و بهسازی ☐ بهداشت و سلامت ☐ اوقات فراغت ☐ آموزش ☐ کمک به نیازمندان ☐ سایر ☐ قید فرمایید.....
۱۸. آیا نحوه اجرا و هماهنگی های لازم برای اجرای اقدام اعتمادساز مشخص شده است؟
☐ بله ☐ خیر
۱۹. چند طرح و اقدام اعتماد ساز توسط تیم اجرایی تعریف شده است؟ طرح
۲۰. آیا برای انجام اقدامات اعتمادساز، نیاز به همکاری سایر نهادها بوده است؟
☐ بله ☐ خیر
۲۱. چند نهاد دولتی در اجرای اقدامات اعتماد ساز، با تیم اجرایی همکاری کرده اند؟ نهاد
۲۲. آیا این طرح ها و اقدامات اعتماد ساز در زمان مورد نظر به انجام رسیده است؟
☐ بله ☐ خیر
۲۳. آیا مستندسازی کافی در خصوص اجرای این مرحله انجام شده است؟
☐ بله ☐ خیر
۲۴. بر اساس سوال پرسیده شده از برخی ساکنین محلی، اجرای پروژه های اعتماد سازی تا چه حد در ایجاد اعتماد در روستا موثر بوده است؟
☐ ضعیف ☐ متوسط ☐ خوب
۲۵. چند نفر از افراد روستا با تیم اجرایی در انجام این مرحله همکاری داشته اند؟
۲۶. مجموع هزینه انجام شده برای اجرای این مرحله چقدر بوده است؟ ریال
۲۷. میزان صرفه جویی در انجام پروژه های اعتمادساز چقدر بوده است؟ ریال

ت - چک لیست ویژه ناظران طرح: مرحله ارزیابی جامعه

۱. آیا همه اعضای تیم اجرایی برای انجام ارزیابی جامعه آموزش دیده اند؟
بله ☐ خیر ☐
۲. آیا تیم های مشاهده، جهت جمع آوری اطلاعات تشکیل شده است؟
بله ☐ خیر ☐
۳. آیا تیم های مشاهده شامل گروه مردان و زنان روستا می باشد؟
بله ☐ خیر ☐
۴. آیا نقشه روستا توسط تیم اجرایی ترسیم شده است؟
بله ☐ خیر ☐
۵. آیا در تهیه نقشه روستا همه اعضای تیم، مشارکت داشته اند؟
بله ☐ خیر ☐
۶. آیا نقشه روستا بر اساس اطلاعات جمع آوری شده، ترسیم شده است؟
بله ☐ خیر ☐
۷. آیا در ترسیم نقشه، دیدگاه های سایر افراد محلی در نظر گرفته شده است؟
بله ☐ خیر ☐
۸. آیا تیم اجرایی از سه روش مختلف ارزیابی سریع (مشاهده، مصاحبه و مرور مستندات) برای جمع آوری اطلاعات استفاده کرده است؟
بله ☐ خیر ☐
۹. آیا منابع مختلف روستا بر اساس چک لیست ارائه شده در کارگاه، شناسایی شده اند؟
بله ☐ خیر ☐
۱۰. آیا منابع شناسایی شده بر روی نقشه پیاده شده اند؟
بله ☐ خیر ☐
۱۱. آیا نقشه منابع روستا دارای راهنما می باشد؟
بله ☐ خیر ☐
۱۲. آیا در تحلیل ذی نفعان، به ذی نفعان اولیه، ثانویه و کلیدی توجه شده است؟
بله ☐ خیر ☐

۱۳. آیا جدول شناسایی نهادهای محلی بر اساس مطالب ارائه شده در کارگاه آموزشی، تکمیل شده است؟

بله ☐ خیر ☐

۱۴. آیا اهمیت و ارتباط بین نهادهای محلی در نمودار ون بر اساس مطالب ارائه شده در کارگاه آموزشی، مشخص شده است؟

بله ☐ خیر ☐

۱۵. آیا ماتریس اختلاف و همکاری بین نهادهای محلی بر اساس مطالب ارائه شده در کارگاه آموزشی، تهیه شده است؟

بله ☐ خیر ☐

۱۶. آیا گروه های مختلف در ترسیم نمودار تغییرات روستا بر اساس مطالب ارائه شده در کارگاه آموزشی، مشارکت داشته اند؟

بله ☐ خیر ☐

۱۷. آیا در ترسیم خط سیر زمانی روستا محدوده زمانی و نظر گروه ها از تغییرات روستا به صورت مثبت یا منفی، بر اساس مصاحبه مشخص شده است؟

بله ☐ خیر ☐

۱۸. آیا مستندسازی کافی در خصوص اجرای این مرحله انجام شده است؟

بله ☐ خیر ☐

۱۹. سطح ارزیابی انجام شده توسط تیم اجرایی چگونه است؟

ضعیف ☐ متوسط ☐ خوب ☐

۲۰. چند نفر از افراد روستا با تیم اجرایی در انجام این مرحله همکاری داشته اند؟

۲۱. مجموع هزینه انجام شده برای اجرای این مرحله چقدر بوده است؟ ریال

ث- چک لیست ویژه ناظران طرح: مرحله اطلاع رسانی

۱. آیا برنامه اطلاع رسانی توسط تیم اجرایی تهیه شده است؟

بله ☐ خیر ☐

۲. آیا هدف اطلاع رسانی در برنامه روشن و مشخص است؟

بله ☐ خیر ☐

۳. آیا مخاطبین اولیه جهت اطلاع رسانی در نظر گرفته شده اند؟
☐ بله ☐ خیر
۴. آیا مخاطبین ثانویه در اطلاع رسانی در نظر گرفته شده اند؟
☐ بله ☐ خیر
۵. آیا مخاطبین کلیدی در اطلاع رسانی در نظر گرفته شده اند؟
☐ بله ☐ خیر
۶. آیا پیام ها متناسب با سطح سواد و آگاهی گروه های مخاطب می باشند؟
☐ بله ☐ خیر
۷. آیا کانال های اطلاع رسانی تعریف شده، متناسب با سلیقه مخاطبان بوده است؟
☐ بله ☐ خیر
۸. آیا از تنوع کانال اطلاع رسانی استفاده شده است؟
☐ بله ☐ خیر
۹. آیا در برنامه اطلاع رسانی به زبان و فرهنگ محلی توجه شده است؟
☐ بله ☐ خیر
۱۱. آیا مکان های دسترسی به گروه های ذینفع در برنامه مشخص هستند؟
☐ بله ☐ خیر
۱۲. آیا گروه های مخاطب، پیام برنامه را به وضوح بازگو کرده اند؟
☐ بله ☐ خیر
۱۳. آیا برنامه اطلاع رسانی تهیه شده، در سطح روستا اجرا گردیده است؟
☐ بله ☐ خیر
۱۴. برنامه اطلاع رسانی اجرا شده شامل برگزاری چند جلسه با گروه های مختلف محلی بوده است؟
 جلسه
۱۵. برنامه اطلاع رسانی اجرا شده ، شامل چند ملاقات با مسئولان بوده است؟ ملاقات
۱۶. برنامه اطلاع رسانی اجرا شده شامل چه موارد دیگری بوده است؟.....
۱۷. آیا مستندسازی کافی در خصوص اجرای این مرحله انجام شده است؟
☐ بله ☐ خیر

۱۸. سطح اطلاع رسانی انجام شده در روستا چگونه ارزیابی می شود؟ (از چند نفر از ساکنین محلی در این زمینه سوال شود).

ضعیف ☐ متوسط ☐ خوب ☐

۱۹. چند نفر از افراد روستا با تیم اجرایی در انجام این مرحله همکاری داشته اند؟

۲۰. مجموع هزینه انجام شده برای اجرای این مرحله چقدر بوده است؟ ریال

ج - چک لیست ویژه ناظران طرح: مرحله تهیه پروفایل ساکنین

۱. آیا گروه کاری برای اجرای این مرحله تشکیل شده است؟

بله ☐ خیر ☐

۲. آیا بلوک بندی روستا به منظور اجرای پرسشگری انجام شده است؟

بله ☐ خیر ☐

۳. روستا به چند بلوک آماری تقسیم شده است؟ بلوک

۴. آیا از هر بلوک، پرسشگر لازم انتخاب شده است؟

بله ☐ خیر ☐

۵. آیا ناظران پرسشگری از بین اعضای تیم اجرایی تعیین شده اند؟

بله ☐ خیر ☐

۶. آیا افرادی برای کار اپراتوری (ورود داده ها در رایانه) لازم تعیین شده اند؟

بله ☐ خیر ☐

۷. چند نفر به عنوان پرسشگر انتخاب شده اند؟ نفر

۸. چند نفر به عنوان ناظر انتخاب شده اند؟ نفر

۹. چند نفر به عنوان اپراتور انتخاب شده اند؟ نفر

۱۰. آیا همه اعضای گروه تهیه پروفایل، در کلاس توجیهی و آموزشی شرکت نموده اند؟

بله ☐ خیر ☐

۱۱. آیا ملزومات لازم (کارت شناسایی، کلاسور، مداد) برای افراد تهیه شده است؟

بله ☐ خیر ☐

۱۲. آیا هماهنگی اداری لازم با فرمانداری/دهیاری و ناجا انجام شده است؟

بله ☐ خیر ☐

۱۳. آیا کار تکمیل پرسشنامه ها، در زمان بندی تعیین شده به پایان رسیده است؟
 بله ☐ خیر ☐
۱۴. آیا کار ورود داده ها به رایانه، در زمان بندی مربوطه به پایان رسیده است؟
 بله ☐ خیر ☐
۱۵. آیا گزارش آنالیز داده ها، تهیه و مورد بررسی تیم اجرایی قرار گرفته است؟
 بله ☐ خیر ☐
۱۶. آیا مستندسازی کافی در خصوص اجرای این مرحله انجام شده است؟
 بله ☐ خیر ☐
۱۷. تعداد پرسشنامه های تکمیل شده نهایی چند عدد بوده است؟ عدد
۱۸. سطح ارزیابی های انجام شده توسط تیم اجرایی چگونه است؟
 ضعیف ☐ متوسط ☐ خوب ☐
۱۹. چند نفر از افراد روستا با تیم اجرایی در انجام این مرحله همکاری داشته اند؟ نفر
۲۰. مجموع هزینه انجام شده برای اجرای این مرحله چقدر بوده است؟ ریال

چ- چک لیست ویژه ناظران طرح: مرحله سازمان یابی

۱. آیا لیستی از اعضای مستعد و علاقه مند در گروه های شش گانه بر اساس پروفایل ها تهیه شده است؟
 بله ☐ خیر ☐
۲. آیا جلساتی با افراد مستعد شناسایی شده برای جلب همکاری آنها به منظور سازمان یابی برگزار شده است؟
 بله ☐ خیر ☐
۳. آیا بعد از برگزاری این جلسات، افراد جدیدی برای حضور در ساختار مرکز توسعه روستا داوطلب شده اند؟
 بله ☐ خیر ☐
۴. چند جلسه با افراد مستعد برگزار شده است؟ جلسه
۵. چند نفر در این جلسات شرکت کرده اند؟ نفر
۶. آیا تیم اجرایی، برنامه یا ساختار خاصی برای سازمان یابی تعیین کرده است؟
 بله ☐ خیر ☐

۷. آیا ساختار سازمانی مورد نظر تیم اجرایی برای تشکیل مرکز توسعه روستا، دارای ارکان مشخصی است؟
بله ☐ خیر ☐
۸. آیا ساختار سازمانی مرکز توسعه روستا، دارای رکن تصمیم‌گیری است؟
بله ☐ خیر ☐
۹. آیا ساختار سازمانی مرکز توسعه روستا، دارای رکن اجرایی است؟
بله ☐ خیر ☐
۱۰. آیا ساختار سازمانی مرکز توسعه روستا، دارای رکن نظارتی است؟
بله ☐ خیر ☐
۱۱. آیا ساختار مرکز توسعه روستا، دارای واحدها و بخش‌های دیگری است؟
بله ☐ خیر ☐
۱۲. آیا تیم اجرایی، اساسنامه یا آیین‌نامه برای مرکز توسعه روستا تدوین کرده است؟
بله ☐ خیر ☐
۱۳. آیا در رکن تصمیم‌گیری، نمایندگانی از گروه‌های مختلف وجود دارند؟
بله ☐ خیر ☐
۱۴. آیا در ساختار سازمانی مرکز توسعه روستا، گردش مسئولیت وجود دارد؟
بله ☐ خیر ☐
۱۵. آیا روالی برای انتخاب یا تعیین ارکان مرکز توسعه روستا، تعیین شده است؟
بله ☐ خیر ☐
۱۶. آیا ترتیب خاصی برای تضمین حضور همه گروه‌های جامعه، در ترکیب ارکان ساختار سازمانی مرکز توسعه روستا دیده شده است (پیش‌بینی در اساسنامه یا آیین‌نامه)؟
بله ☐ خیر ☐
۱۷. آیا اهداف مشخصی برای مرکز توسعه روستا، تعریف شده است؟
بله ☐ خیر ☐
۱۸. آیا مکان مشخصی به عنوان محل مرکز توسعه روستا تعیین گردیده است؟
بله ☐ خیر ☐

۱۹. آیا زمان مشخصی برای ساعات فعالیت مرکز توسعه روستا تعیین شده است؟
 بله ☐ خیر ☐
۲۰. آیا تقسیم کار و افراد مسئول برای اداره مرکز تعیین شده است؟
 بله ☐ خیر ☐
۲۱. آیا تجهیزات کافی برای مرکز توسعه روستا خریداری شده است؟
 بله ☐ خیر ☐
۲۲. آیا مستندسازی کافی در خصوص اجرای این مرحله انجام شده است؟
 بله ☐ خیر ☐
۲۳. سطح ارزیابی های انجام شده توسط تیم اجرایی چگونه است؟
 ضعیف ☐ متوسط ☐ خوب ☐
۲۴. نام این واحدها یا بخش هایی که در ساختار تشکیلاتی مرکز توسعه روستا، پیش بینی شده است، ذکر شود:
۲۵. دوره مسئولیت در سمت های انتصابی یا انتخابی مرکز توسعه روستا چند سال است؟
 سال
۲۶. تعداد اعضای رکن تصمیم گیری مرکز توسعه روستا چند نفر است؟ نفر
۲۷. تعداد اعضای رکن اجرایی مرکز توسعه روستا چند نفر است؟ نفر
۲۸. تعداد اعضای رکن نظارتی مرکز توسعه روستا چند نفر است؟ نفر
۲۹. چند نفر از افراد روستا با تیم اجرایی در انجام این مرحله همکاری داشته اند؟
۳۰. مجموع هزینه انجام شده برای اجرای این مرحله چقدر بوده است؟ ریال

ح- چک لیست ویژه ناظران طرح: مرحله نیازسنجی و اولویت بندی

۱. آیا روش های نیازسنجی مشخصی، توسط تیم اجرایی انتخاب و تعیین شده است؟
 بله ☐ خیر ☐
۲. آیا تنوع گروه های ارائه دهنده اطلاعات، در نظر گرفته شده است؟
 بله ☐ خیر ☐
۳. آیا در بحث های گروهی متمرکز، گروه های مختلف جامعه در نظر گرفته شده اند؟
 بله ☐ خیر ☐

۴. آیا هماهنگی لازم برای برگزاری بحث های گروهی متمرکز انجام شده است؟
بله ☐ خیر ☐
۵. آیا راهنمای برگزاری بحث های گروهی متمرکز بر اساس آموزش های ارائه شده تهیه شده است؟
بله ☐ خیر ☐
۶. آیا تیم برگزار کننده بحث های گروهی متمرکز، دارای تسهیلگر و یادداشت بردار می باشد؟
بله ☐ خیر ☐
۷. چند زیرگروه برای برگزاری بحث های گروهی متمرکز، تعیین شده است؟..... زیرگروه
۸. با چند نفر از افراد کلیدی و مطلع ، مصاحبه فردی انجام شده است؟ نفر
۹. چند بحث گروهی متمرکز در زیرگروه های تعیین شده، انجام شده است؟ بحث
۱۰. آیا در یادداشت های یادداشت بردار از نتایج بحث های گروهی متمرکز و مصاحبه فردی، از تفسیر به رای اجتناب شده است؟
بله ☐ خیر ☐
۱۱. آیا در مرحله تحلیل نتایج بحث های گروهی متمرکز، تیم برگزار کننده مشارکت داشته است؟
بله ☐ خیر ☐
۱۲. آیا لیست نیازهای حاصل از نتایج بحث های گروهی متمرکز تهیه گردیده است؟
بله ☐ خیر ☐
۱۳. آیا لیست نیازهای حاصل از مشاهده تهیه گردیده است؟
بله ☐ خیر ☐
۱۴. آیا مشکلات و نیازهای حاصل از مشاهده بر روی نقشه روستا پیاده شده است؟
بله ☐ خیر ☐
۱۵. آیا لیست نیازهای حاصل از بررسی اسناد و گزارشات قبلی تهیه گردیده است؟
بله ☐ خیر ☐
۱۶. آیا در تهیه لیست نهایی نیازهای محله، به جمع بندی سه روش مشاهده، مصاحبه و مرور مستندات توجه شده است؟
بله ☐ خیر ☐
۱۷. آیا این لیست ها با یکدیگر مقایسه گردیده و طبقه بندی شده اند؟
بله ☐ خیر ☐

۱۸. آیا نمایندگان گروه های مختلف در بخش اولویت بندی مشارکت داشته اند؟
 بله ☐ خیر ☐
۱۹. آیا معیارهای اولویت بندی آموزش داده شده در کارگاه در سطح محلی تعیین شده است؟
 بله ☐ خیر ☐
۲۰. آیا گروه، ماتریس دو بعدی آموزش داده شده در کارگاه را به صورت مشارکتی استفاده نموده است؟
 بله ☐ خیر ☐
۲۱. آیا اولویت های مذکور بر اساس اجماع نظر حاضران تعیین شده است؟
 بله ☐ خیر ☐
۲۲. آیا مستندسازی کافی در خصوص اجرای این مرحله انجام شده است؟
 بله ☐ خیر ☐
۲۳. سطح اجرای نیازسنجی و اولویت بندی در روستا چگونه است ؟
 ضعیف ☐ متوسط ☐ خوب ☐
۲۴. لیست نهایی مشکلات روستا، شامل چند مشکل می باشد؟ مورد
۲۵. چند مساله یا نیاز روستا به عنوان اولویت های مورد نظر برای اقدام تعیین شده است؟
 مورد
۲۶. چند نفر از افراد روستا با تیم اجرایی در انجام این مرحله همکاری داشته اند؟ نفر
۲۷. مجموع هزینه انجام شده برای اجرای این مرحله چقدر بوده است؟ ریال

خ- چک لیست ویژه ناظران طرح: مرحله برنامه ریزی

۱. چند پروژه بر اساس اولویت های روستا تهیه شده است ؟ پروژه
۲. آیا پروژه های تهیه شده بر اساس اولویت های روستا بوده است؟
 بله ☐ خیر ☐
۳. آیا در تهیه پروژه ها، درخت نیاز و درخت مساله ترسیم شده است؟
 بله ☐ خیر ☐
۴. آیا در پروژه ها مسئله به نحو روشن و با ذکر مستندات بیان شده است؟
 بله ☐ خیر ☐

۵. آیا گروه هدف و ذینفعان اصلی پروژه ها مشخص شده اند؟

بله ☐ خیر ☐

۶. آیا هدف کلی در تهیه پروژه ها دیده شده است؟

بله ☐ خیر ☐

۷. آیا اهداف اختصاصی در تهیه پروژه ها دیده شده است؟

بله ☐ خیر ☐

۸. آیا اهداف اختصاصی روشن و شفاف هستند؟

بله ☐ خیر ☐

۹. آیا اهداف اختصاصی قابل اندازه گیری هستند؟

بله ☐ خیر ☐

۱۰. آیا اهداف اختصاصی دارای محدوده مکانی مشخصی هستند؟

بله ☐ خیر ☐

۱۱. آیا اهداف اختصاصی واقع بینانه بوده و قابلیت تحقق دارند؟

بله ☐ خیر ☐

۱۲. آیا اهداف اختصاصی دارای بازه زمانی مشخصی هستند؟

بله ☐ خیر ☐

۱۳. آیا فعالیت های پروژه ها در راستای تحقق اهداف اختصاصی است؟

بله ☐ خیر ☐

۱۴. آیا در تعریف فعالیت های پروژه ها، منابع موردنیاز دیده شده است؟

بله ☐ خیر ☐

۱۵. آیا در تدوین فعالیت ها، زمان اجرای آنها مشخص شده است؟

بله ☐ خیر ☐

۱۶. آیا در تدوین فعالیت ها، مسئول انجام آنها مشخص شده است؟

بله ☐ خیر ☐

۱۷. آیا جدول گانت برای فعالیت های پروژه ها تنظیم شده است؟

بله ☐ خیر ☐

۱۸. آیا چک لیست لازم برای پایش فعالیت پروژه ها تهیه شده است ؟

بله ☐ خیر ☐

۱۹. آیا در تدوین پروژه ها، نحوه مشارکت سایر ذی نفعان هم لحاظ شده است؟

بله ☐ خیر ☐

۲۰. آیا استراتژی‌های مناسب در مقابل ذینفعان مختلف پروژه تدوین شده است؟

بله ☐ خیر ☐

۲۱. آیا در تدوین پروژه ها، اعضای گروه هدف هم مشارکت داشته اند؟

بله ☐ خیر ☐

۲۲. آیا یک برنامه اقدام از مجموع پروژه های تدوین شده، تهیه گردیده است؟

بله ☐ خیر ☐

۲۳. آیا برنامه اقدام تدوین شده در راستای مأموریت سازمانی مرکز توسعه روستا است؟

بله ☐ خیر ☐

۲۴. آیا مستندسازی کافی در خصوص اجرای این مرحله انجام شده است؟

بله ☐ خیر ☐

۲۵. سطح برنامه ریزی انجام شده توسط تیم محلی چگونه است؟

ضعیف ☐ متوسط ☐ خوب ☐

۲۶. چند نفر از افراد روستا با تیم اجرایی در انجام این مرحله همکاری داشته اند؟ نفر

۲۷. مجموع هزینه انجام شده برای مداخلات اجرا شده در این مرحله چقدر بوده است؟ ریال

۲۸. برای اجرای چند طرح مداخله ای از بودجه برنامه، کمک مالی گرفته شده است؟ طرح

۲۹. میزان کمک مالی اختصاص یافته برای اجرای طرح ها از محل بودجه برنامه چقدر بوده است؟

..... ریال

د- چک لیست ویژه ناظران طرح: مرحله تأمین منابع

۱. آیا تیم اجرایی، برنامه تأمین منابع را برای پروژه های مصوب تهیه کرده است؟

بله ☐ خیر ☐

۲. آیا تیم اجرایی با مفهوم منابع آشنایی دارد؟

بله ☐ خیر ☐

۳. آیا تیم اجرایی، منابع روستا را شناسایی کرده است؟
بله ☐ خیر ☐
۴. آیا در شناخت منابع از تکنیک مشارکتی مناسب استفاده شده است؟
بله ☐ خیر ☐
۵. آیا در برنامه تامین منابع، سهم منابع مردمی هم دیده شده است؟
بله ☐ خیر ☐
۶. سهم منابع خود مردم محله، در برنامه تامین منابع پروژه ها چقدر است؟
بیش از ۵۰٪ تا نزدیک به ۱۰۰٪ ☐ ۵۰٪ ☐ کمتر از ۵۰٪ ☐ هیچ ☐
۷. آیا منابع انسانی روستا شناسایی شده است؟
بله ☐ خیر ☐
۸. آیا منابع اجتماعی در روستا شناسایی شده است؟
بله ☐ خیر ☐
۹. میزان اعتماد و همکاری در بین مردم روستا در چه سطحی است؟
ضعیف ☐ متوسط ☐ خوب ☐
۱۰. آیا در میان افراد شناسایی شده به عنوان منابع انسانی، گروه ها و یا شبکه هایی شکل گرفته است؟
بله ☐ خیر ☐
۱۱. آیا گروه محلی برای افزایش منابع اجتماعی برنامه ریزی کرده است؟
بله ☐ خیر ☐
۱۲. آیا منابع اقتصادی (مالی) در روستا شناسایی شده اند؟
بله ☐ خیر ☐
۱۳. آیا طرحی برای ایجاد یا افزایش دسترسی به منابع اقتصادی وجود دارد؟
بله ☐ خیر ☐
۱۴. آیا در برنامه تامین منابع، به منابع فیزیکی موجود در روستا توجه شده است؟
بله ☐ خیر ☐
۱۵. آیا در برنامه تامین منابع، به منابع فرهنگی جامعه توجه شده است؟
بله ☐ خیر ☐

۱۶. آیا در برنامه تامین منابع، منابع اطلاعاتی جامعه مورد استفاده قرار گرفته است؟

بله ☐ خیر ☐

۱۷. آیا منابع دانش محلی شناخته شده است؟

بله ☐ خیر ☐

۱۸. آیا منابع محیطی مورد توجه قرار گرفته است؟

بله ☐ خیر ☐

۱۹. آیا از منابع روستاهای همسایه در تهیه برنامه تامین منابع استفاده شده است؟

بله ☐ خیر ☐

۲۰. آیا در تهیه برنامه تامین منابع، به مسئولیت اجتماعی شرکت ها توجه شده است؟

بله ☐ خیر ☐

۲۱. آیا از روش های خلاقانه برای تامین منابع استفاده شده است؟

بله ☐ خیر ☐

۲۲. آیا فهرست نیازهای غیرنقدی در گروه تهیه شده است؟

بله ☐ خیر ☐

۲۳. آیا امکانات و تجهیزات محلی شناسایی شده است؟

بله ☐ خیر ☐

۲۴. آیا گروه محلی برنامه ای برای پایداری مالی فعالیت ها و برنامه های خود دارد؟

بله ☐ خیر ☐

۲۵. آیا مستندسازی کافی در خصوص اجرای این مرحله انجام شده است؟

بله ☐ خیر ☐

۲۶. سطح برنامه ریزی انجام شده توسط تیم محلی چگونه است؟

ضعیف ☐ متوسط ☐ خوب ☐

۲۷. چند نفر از افراد روستا با تیم اجرایی در انجام این مرحله همکاری داشته اند؟

۲۸. مجموع هزینه انجام شده برای اجرای این مرحله چقدر بوده است؟ ریال

ذ- چک لیست ویژه ناظران طرح : مرحله اجرای مداخلات

۱. آیا مداخلات بر اساس پروژه های تعریف شده اجرا شده است؟

بله ☐ خیر ☐

۲. آیا هزینه اجرای مداخلات طبق برنامه تامین مالی تدوین شده، تامین شده است؟

بله ☐ خیر ☐

۳. آیا مداخلات در زمان بندی مندرج در پروژه، آغاز و به اجرا در آمده است؟

بله ☐ خیر ☐

۴. آیا مداخلات توسط همان افرادی به اجرا در آمده اند که به عنوان مسئول پروژه تدوین شده، مشخص شده بودند؟

بله ☐ خیر ☐

۵. آیا ذی نفعان دیگر مشخص شده در پروژه، در اجرای آن همکاری داشته اند؟

بله ☐ خیر ☐

۶. آیا حامیان پروژه ها، سهم مشارکت خود را بر طبق پروژه، پرداخت کرده اند؟

بله ☐ خیر ☐

۷. آیا مرکز توسعه محله، نظارت لازم را در اجرای مداخلات داشته است؟

بله ☐ خیر ☐

۸. آیا در اجرای مداخلات، افراد محلی دیگری نیز، مشارکت داشته اند؟

بله ☐ خیر ☐

۹. آیا اطلاع رسانی لازم درباره مداخلات اجرا شده، جهت مردم محلی انجام شده است؟

بله ☐ خیر ☐

۱۰. آیا نتایج ناشی از اجرای مداخلات، به تحقق اهداف پروژه منجر شده است؟

بله ☐ خیر ☐

۱۱. آیا اجرای مداخله به رفع مساله و نیاز مربوطه منجر شده است؟

بله ☐ خیر ☐

۱۲. آیا اجرای مداخله با چالش و مشکل جدی مواجه بوده است؟

بله ☐ خیر ☐

۱۳. آیا در اجرای مداخله به پایداری اجرایی توجه شده است؟

بله ☐ خیر ☐

۱۴. آیا مستندسازی کافی در خصوص اجرای مداخلات انجام شده است؟

بله ☐ خیر ☐

۱۵. سطح عملکرد تیم اجرایی در اجرای مداخلات چگونه است؟

ضعیف ☐ متوسط ☐ خوب ☐

۱۶. چند نفر از افراد روستا با تیم اجرایی در انجام این مرحله همکاری داشته اند؟ نفر

۱۷. مجموع هزینه انجام شده برای اجرای این مرحله چقدر بوده است؟ ریال

نقشه راه فرایند توانمندسازی اجتماع محور





مراجع

- 1-Dwyer JJ, Vavaroutsos D, Lutterman A, et al. Empowerment evaluation in redesigning a public health unit nutrition program. *Can J Diet Pract Res*. 2006 Spring;67(1):36-40.
- 2-Evans SD, Prilleltensky O, McKenzie A, Promoting strengths, prevention, empowerment, and community change through organizational development: lessons for research, theory, and practice. *J Prev Interv Community*. 2011 Jan;39(1):50-64.
- 3-Geounuppakul M, Butraporn P, Kunstadter P, et al. An empowerment program to enhance women's ability to prevent and control malaria in the community, Chiang Mai Province, Thailand. *SE. Asian J. Trop. Med*. 2007; 38:546–59.
- 4-Goodman RM, Noonan RK. Empowerment evaluation for violence prevention public health programs. *Health Promot Pract*. 2009 Jan;10(1 Suppl):11S-18S.
- 5-International Youth Foundation, Youth Empowerment Program Evaluation Report, Nigeria, April 2010.
- 6-Johize E J, Adamu M J. Case study of youth empowerment scheme of niger state, Nigeria in *Poverty Alleviation*, 2009, AU J.T. 13(1): 47-52.
- 7-Kasmel A and Andersen P T, Measurement of community empowerment in three community programs in rapla (Estonia), *Int J Environ Res Public Health*. 2011 March; 8(3): 799–817.
- 8-Kuti, Z. 2006. The youth empowerment scheme of Hajiya Zainab Kure. Retrieved on 17 May 2007.
- 9-Laverack G, Wallerstein N. Measuring community empowerment: a fresh look at organizational domains. *Health Promot. Int*. 2001;16:179–185
- 10-Makara P. Policy implications of differential health status in East and West Europe. The case of Hungary. *Soc. Sci. Med*. 1994;39:1295–1302.
- 11-Mohan V, Shanthirani CS, Deepa M, Datta M, Williams OD, Deepa R.

Community empowerment—a successful model for prevention of non-communicable diseases in india—the chennai urban population study (CUPS-17) J. Assoc. Phys. India. 2006; 54:858–862.

12-Motohashi Y, Kaneko Y, Sasaki H, Yamaji M. A decrease in suicide rates in Japanese rural towns after community-based intervention by the health promotion approach. Suicide Life Threat.Behav. 2007;37:593–599.

13-Nedjat, Saharnaz; Majdzadeh, Reza; Kheiltash, Azita; Jamshidi, Ensiyeh; Social capital in association with socioeconomic variables in iran, Social Indicators Research, 2012, Year. 2012: 18.

14-Noonan RK, Gibbs D. Empowerment evaluation with programs designed to prevent first-time male perpetration of sexual violence. Health Promot Pract. 2009 Jan;10(1 Suppl):5S-10S.

15-Plough A, Olafson F. Implementing the boston healthy start initiative: A case study of community empowerment and public health. Health Edu. Q. 1994; 21:221–34.

16-Preston R, Waugh H Larkins S. Community participation in rural primary health care: intervention or approach? Australian Journal of Primary Health, 2010,16:4- 16

17-Rezaei Sh. Empowerment of rural women. Farhikhteh Empowerment Institute.2010 Available at: http://lib.ohchr.org/HRBodies/UPR/Documents/Session7/IR/FEI_UPR_IRN_S07_2010_FarhikhtehEmpowermentInstitute.pdf

18-World health organization, Safe community Rapla county, Estonia,2009. Available at: http://rol.raplamaa.ee/attachments/043_Safe%20Community%20l%C3%BChiraport%202009.pdf

19-Sadeghieh Ahari S, Habibzadeh Sh, Yousefi M , Community based needs assessment in an urban area; A participatory action research project, BMC

Public Health. 2012; 12: 161.

20-Sharma M, Petosa R. measurement and evaluation for health educators, Joans and Bartlett learning, 2013, page 206.

21-Snetro-Plewman G, Tapia M, Uccellani V. Taking community empowerment to scale, Health communication partnership, USAID, 2007.

UNDP, GEF Small Grants Programme, Empowering women one community at a time: recycling of the municipal waste through biogas production and composting. Available at:

http://www.genderclimate.org/Content/Docs/Publications/41_undp_sgp_NepalBioGasandWasteCaseStudywithoutcrops.pdf

22-Yahaya, M.S. Poverty alleviation programme as a means of fostering Nigeria nationhood. The Project YES experience. Minna. Gurara J. Human. Stud. 2006.3(2): 50-51.

23-Zimmerman MA. Empowerment theory: Psychological, organizational and community levels of analysis. In: Rappaport J, Seidman E, editors. Handbook of Community Psychology. Kluwer Academic/Plenum Publishers; New York, NY, USA: 2000. pp. 43-63

۲۴-بحرینی ف. جمشیدی. ا. شاهنده خ. ستاره فروزان. ا. ملک افصلی ح. پژوهش مشارکتی مبتنی بر جامعه: مرور یک تجربه در جمهوری اسلامی ایران، نشر معاونت تحقیقات و فن آوری وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی: تابستان ۸۴

۲۵-جمشیدی ا. شاهنده خ. مجدزاده ر. فصل ۱۴ کتاب جامع بهداشت عمومی «توانمندسازی جامعه برای پژوهش های سلامت»، انتشارات ارجمند، ۱۳۹۱

۲۶-جمشیدی ا. شاهنده خ، قاجاریه سپانلو ص. مجدزاده ر. روش تحقیق مشارکتی، انتشارات دانشگاه علوم پزشکی تهران: ۱۳۸۴

۲۷-رودباری، ع.ا. شهنسوار ه، حسینی ع. ا. جمع آوری تفکیک شده زباله از مبدا در کشورهای در حال توسعه، مطالعه موردی شهر شاهرود در سال ۱۳۸۴، دهمین همایش ملی بهداشت محیط، همدان، ۸ الی ۱۰ آبان ۱۳۸۶ -منصوری مشهدی. ب. خدمات مالی خرد و توانمند سازی در سکونتگاه های غیر رسمی، موسسه بین

المللی توسعه خدمات مالی خرد (تاک) - ۱۳۸۷

۲۸- منصوری مشهدی. ب. گزارش عملکرد و نتایج طرح پشتیبانی خدمات مالی خرد در سطح نه استان ایران، موسسه بین المللی توسعه خدمات مالی خرد (تاک) - ۱۳۹۱

۲۹- موسسه توانمندسازی فرهیخته، گزارش کامل اجرای طرح توانمندسازی اجتماع محور طی یازده زمانی ۱۳۸۹ الی ۱۳۹۱، اردیبهشت ۹۲

۳۰- نوری نشاط س، جمشیدی ا، موسوی شندی پ، پاکزادمنش پ، شاهنده خ و یوسفی سادات م. آشنایی با ابزارهای آموزشی توانمندسازی اجتماع محور در جهت توسعه محلی، نشر برگ زیتون، ۱۳۸۹

۳۱- نوری نشاط س. پژوهش محلی و برنامه ریزی برای حفظ محیط زیست و منابع طبیعی، نشر برگ زیتون، ۱۳۸۹

۳۲- یوسفی سادات. م پژوهش مشارکتی مبتنی بر جامعه، مجموعه مقالات و مستندات کنگره پژوهش های مشارکتی، نشر برگ زیتون، ۱۳۸۵

۳۳- یوسفی سادات. م. فرآیند توانمندسازی اجتماع محور و مکانیسم نظارت بر آن، نشر برگ زیتون، ۱۳۸۹

۳۴- یوسفی سادات م. الگوی توانمندسازی اجتماع محور در توسعه محلی، نشریه نوسازی، شماره ۱۳۰۳، ۱۳۹۰



Tehran University of Medical Sciences
Institute for Environmental Research



Islamic Republic of Iran
Ministry of Health and Medical Education
Environmental and Occupational Health Center

A Guide to Rural Community Empowerment Model



Community based
Participatory Research Center



Farhikhteh
Empowerment Institute

Spring 2014



2050202-1202-1