

## کارگاه مداخلات اجتماع محور در سلامت

### کار گروهی

- یک جامعه یا گروه جمعیتی که می خواهید مداخلات اجتماع محور را از طریق سازمان خود در آن پیاده نمایید انتخاب کنید
- اطلاعات پایه ای در مورد این جامعه یا گروه جمعیتی را چگونه بدست می آورید؟ ( منابع جمع آوری داده و ابزار جمع آوری داده)
- چگونه برای شرکت در جلسات از گروه جمعیتی عضو گیری می کنید؟
- چگونه سازمان های ذینفع را شناسایی می کنید و اهداف برنامه را با آنها مطرح می کنید؟
- سازماندهی و تامین امکانات اولیه برای تیم مردمی چگونه خواهد بود؟

۱- لیست کردن مشکلات:

عناوین مشکلات که با استفاده از روش بارش افکار به دست آمده است را در قسمت زیر بنویسید

.....۱

.....۲

.....۳

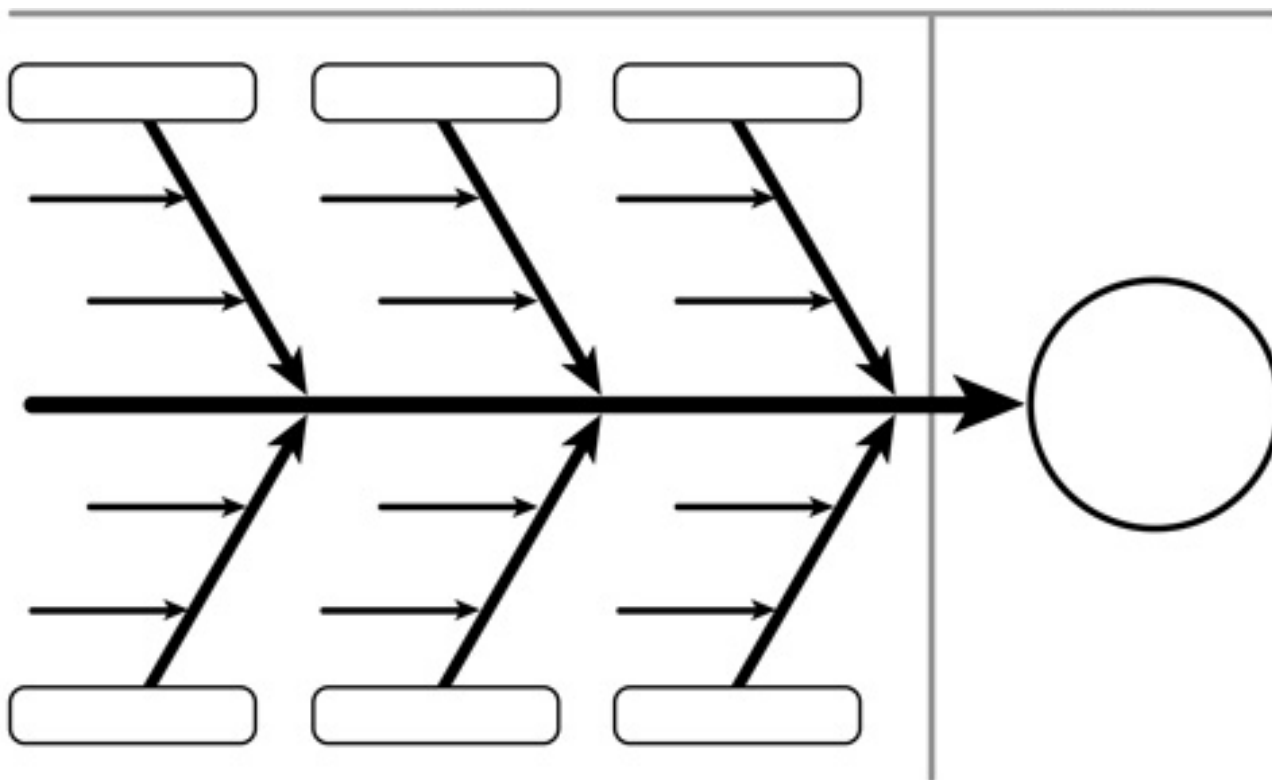
.....۴

.....۵

۲- پس از نهایی کردن لیست مشکلات ، با استفاده از روش های اولویت بندی عناوین مشکلات را در جدول صفحه بعد تکمیل کنید



۳- پس از تعیین مشکل اولویت دار، با استفاده از بارش افکار، علل آن را بنویسید و سپس علل را دسته بندی کنید و با استفاده از نمودار استخوان ماهی و نمودار درختی تحلیل کنید



۴- نمودار درختی (تحلیل ساقه و ریشه) برای مشکل اولویت دار را تهیه کنید

۵- علل بدست آمده را با استفاده از جدول زیر اولویت بندی نمایید تا علت قابل مداخله بدست آید

رتبه عوامل ایجاد کننده مشکل	تعیین میزان اولویت عوامل موثر بر بروز مشکل							علل / عوامل بروز مشکل	ردیف
	جمع نمرات	مقبولیت	هزینه	اثر بخشی	امکان	فوریت	شدت و		
		مداخله	مداخله	مداخله	مداخله	حل عامل یا علت	فوریت عامل		
		۱-۵	۱-۵	۱-۵	۱-۵	۱-۵	۱-۵		

۶- حال که علت اولویت دار برای مداخله انتخاب شد، جدول برنامه عملیاتی برای حل مشکل را تنظیم کنید

پایش روند اجرا			زمان بندی اجرایی												مجری		محل اجرا	گروه هدف	شرح فعالیت مورد انتظار	ردیف
بودجه	شاخص بعد	شاخص قبل	اسفند	بهمن	دی	آذر	آبان	مهر	شهریور	مرداد	تیر	خرداد	اردیبهشت	فروردین	همکاری کننده	اصلی				



## مداخلات اجتماع محور در سلامت

دکتر مهستی علیزاده  
متخصص پزشکی اجتماعی و طب پیشگیری  
استاد دانشکده پزشکی تبریز



معرفی ►  
اهداف و انتظارات ►

- تعریف مداخلات اجتماع محور
- تعریف سازمان های اجتماع محور
- تبیین انواع مداخلات اجتماع محور در شرکت ملی نفت و جمعیت تحت پوشش
- مراحل مداخله اجتماع محور

<b>برنامه ریزی و توسعه زیرساخت</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• مطالعات پایه</li> <li>• آماده سازی و تجهیز</li> <li>• اطلاع رسانی</li> </ul>
<b>جلب مشارکت و سازماندهی</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• عضویت و سازماندهی</li> <li>• ساختارسازی</li> </ul>
<b>ظرفیت ساي و توانمندسازی</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• آموزش و آگاه سازی</li> <li>• مهارت افزایی</li> <li>• ترسیم برنامه اقدام</li> </ul>
<b>پایدارسازی، تعمیم و توسعه</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ابتکار عمل و اقدامات مشارکتی</li> <li>• مستندسازی و ثبت دانش آموخته</li> <li>• پایش و ارزیابی اثربخشی مستمر</li> <li>• پایدارسازی و تعمیم</li> </ul>

**فاز یک: برنامه ریزی و توسعه زیرساخت**

**راهنما: مطالعات پایه**

- شناخت وضعیت کلی جمع آوری اطلاعات وضعیت کلی منطقه و ویژگی های آن
- شناخت وضعیت اجتماعی-اقتصادی دریافت و جمع آوری اطلاعات وضعیت فرهنگی و اجتماعی
- دریافت و جمع آوری اطلاعات وضعیت بافت مسکونی، تجاری و اداری بررسی پیشینه مشارکت مردمی استان، شهرستان-محله-روستا
- بررسی وضعیت سلامت منطقه یافت و جمع آوری اطلاعات و داده های مرتبط با سلامت

<b>برنامه ریزی و توسعه زیرساخت</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• مطالعات پایه</li> <li>• آماده سازی و تجهیز</li> <li>• اطلاع رسانی</li> </ul>
<b>جلب مشارکت و سازماندهی</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• عضویت و سازماندهی</li> <li>• ساختارسازی</li> </ul>
<b>ظرفیت ساي و توانمندسازی</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• آموزش و آگاه سازی</li> <li>• مهارت افزایی</li> <li>• ترسیم برنامه اقدام</li> </ul>
<b>پایدارسازی، تعمیم و توسعه</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ابتکار عمل و اقدامات مشارکتی</li> <li>• مستندسازی و ثبت دانش آموخته</li> <li>• پایش و ارزیابی اثربخشی مستمر</li> <li>• پایدارسازی و تعمیم</li> </ul>



**فاز یک: برنامه ریزی و توسعه زیرساخت**

**راهبرد ۲: آماده سازی و مدیریت تامین و تجهیز**

- برگزاری جلسات توجیهی
  - برگزاری جلسه، معرفی طرح و هماهنگی با استانداری، فرمانداری، بخشدار، شهرداری
  - برگزاری جلسه با شوراهای اسلامی شهر یا روستا در صورت نیاز برای جلب مشارکت
  - برگزاری جلسه و معرفی طرح به سایر نهادهای مرتبط برای جلب مشارکت و حمایت
- طراحی و آماده سازی بانک اطلاعاتی
  - دریافت فایل بانک اطلاعات مرکزی اعضاء
  - دریافت فرم عضویت
  - طراحی و تهیه انواع فرم های انجمن مرتبط
  - طراحی و با دریافت نمونه کارت عضویت اعضاء
- آماده سازی اطلاع رسانی
  - طراحی پوستر معرفی و فراخوان عضویت
  - طراحی پوستر یا اسلاید معرفی
  - طراحی نبرهای معرفی و فراخوان عضویت برای نصب در بیرون نواحی تبلیغاتی موجود
  - طراحی اسلندهای معرفی و فراخوان عضویت برای استقرار در مجموعه ها و ساختمان های پرتردد
  - طراحی و تهیه کلیه معرفی و توجیهی طرح (پروپوز، دفترچه، کاتالوگ، اینفوگراف، پلرپوینت و...) طراحی و آماده سازی پوستر، بنر تبلیغاتی، استیکر برای انتشار در فضای مجازی

**مطالبات پایه**

- آماده سازی و تجهیز
- اطلاع رسانی
- عضویت و سازماندهی
- ساختارسازی
- آموزش و آگاه سازی
- مهارت افزایی
- توسیم برنامه اقدام
- ایستار عمل و اقدامات مشارکتی
- مستندسازی و ثبت دانش آموخته
- پایش و ارزیابی اثربخشی مستمر
- پایداری و توسعه

**برنامه ریزی و توسعه زیرساخت**

**جلب مشارکت و سازماندهی**

**ظرفیت سایی و توانمندسازی**

**پایداری، توسعه و تعمیم**

**فاز یک: برنامه ریزی و توسعه زیرساخت**

**راهبرد ۳: اطلاع رسانی برای جذب عضویت**

- بهره گیری از ظرفیت نهادهای و ادارات
- بهره گیری از ظرفیت نهادهای مردمی
- استفاده از ظرفیت سایر برنامه های عمومی و تخصصی
- بهره گیری از ظرفیت رسانه های گروهی، محلی و منطقه ای
- استفاده از ظرفیت فضای مجازی

**مطالبات پایه**

- آماده سازی و تجهیز
- اطلاع رسانی
- عضویت و سازماندهی
- ساختارسازی
- آموزش و آگاه سازی
- مهارت افزایی
- توسیم برنامه اقدام
- ایستار عمل و اقدامات مشارکتی
- مستندسازی و ثبت دانش آموخته
- پایش و ارزیابی اثربخشی مستمر
- پایداری و توسعه

**برنامه ریزی و توسعه زیرساخت**

**جلب مشارکت و سازماندهی**

**ظرفیت سایی و توانمندسازی**

**پایداری، توسعه و تعمیم**

**فاز ۲: جلب مشارکت و سازماندهی**

**راهبرد ۴: عضویت و سازماندهی**

- برگزاری جلسات توجیهی و سازماندهی داوطلبین
- هویت بخشی
- افتتاحیه

**فاز ۲: جلب مشارکت و سازماندهی**

**راهبرد ۵: ساختارسازی**

- انتخابات دبیر و جانشین
- تشکیل گروه های مردمی

### ویژگی های تیم

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

• مطالعات پایه	برنامه ریزی و توسعه زیرساخت
• آماده سازی و تجهیز	
• اطلاع رسانی	جلب مشارکت و سازماندهی
• عضویت و سازماندهی	
• ساختارسازی	ظرفیت سازی و توانمندسازی
• آموزش و آگاه سازی	
• مهارت افزایی	پایدارسازی، تعمیم و توسعه
• ترسیم برنامه اقدام	
• ابتکار عمل و اقدامات مشارکتی	
• مستندسازی و ثبت دانش آموخته	
• پایش و ارزیابی اثربخشی مستمر	
• پایدارسازی و تعمیم	

### فاز ۳: ظرفیت سازی و توانمندسازی

#### راهبرد ۶: آموزش و آگاه سازی

- آماده سازی برنامه آموزشی و ظرفیت سازی
- آماده سازی فعالیتهای آموزشی مجازی
- اجرای اقدامات آموزشی در سطح عمومی محلات

### فاز ۳: ظرفیت سازی و توانمندسازی

#### راهبرد ۷: مهارت افزایی

- توانمندسازی و توان افزایی دبیر
- توانمندسازی و توان افزایی ویژه اعضا
- پایدارسازی اقدامات آموزشی و توانمندسازی

#### راهبرد ۸: ترسیم برنامه اقدام

- بررسی و دستیابی به وضعیت سلامت منطقه
- اولویت بندی و پیش بینی اقدام در راستای شناسایی وضعیت سلامت منطقه
- تدوین برنامه و فعالیتهای اجرایی ( مانند برنامه ای و مناسبتی و ...)

### فاز یک: برنامه ریزی و توسعه زیرساخت

#### منابع جمع آوری داده ها

- آمار رسمی موجود در سازمان های دولتی
- گزارش های سازمان های غیردولتی
- نتایج تحقیقات
- جمع آوری داده از طریق پژوهش

### فاز یک: برنامه ریزی و توسعه زیرساخت

#### ابزارهای جمع آوری داده

- بستگی به نوع مطالعه دارد: کمی یا کیفی
- ابزارهای کمی
- انواع پرسشنامه ها ( خود ایفا، پرسشنامه بر اساس مصاحبه حضوری، پرسشنامه بر اساس مصاحبه تلفنی، پرسشنامه بر اساس مشاهده )
- فرم های جمع آوری داده ( جداول و فرم های آف آده)
- ابزارهای کیفی
- سوالات از پیش تعیین شده
- مصاحبه با افراد
- بحث گروهی متمرکز Focus Group Discussion

### جمع آوری داده ها برای یافتن مشکل

- ▶ چه چیز جمع آوری خواهد شد ؟
- ▶ چه مقدار جمع آوری خواهد شد ؟
- ▶ داده ها چگونه جمع آوری خواهد شد ؟
- ▶ چه کسی داده ها را جمع آوری خواهد کرد ؟
- ▶ جمع آوری داده ها کی شروع خواهد شد ؟
- ▶ چه کسی گزارش را تهیه خواهد کرد ؟
- ▶ داده ها چگونه گزارش خواهد شد ؟
- ▶ اولین گزارش چه موقع آماده خواهد شد ؟

### نیازسنجی همراه با تیم

- ▶ جمع بندی نظرات با استفاده از بارش افکار
- ▶ اولویت بندی مشکلات با استفاده جداول اولویت بندی
- ▶ تحلیل مشکل با استفاده از ابزارهایی مانند نمودار استخوان ماهی
- ▶ اولویت بندی راهکارها
- ▶ تدوین جدول برنامه عملیاتی

### روش بارش افکار برای یافتن مشکل

- ▶ خلاقیت
- ▶ تصمیم گیری مشارکتی
- ▶ تمرین اینکه نظرات خود را به دیگران تحمیل نکنیم

### بارش افکار

- ▶ روشی است مناسب تا بر اساس فرآیندی بدون انتقاد و قضاوت حجم زیادی از ایده های خلاق و مؤثر تولید گردد.
- ▶ روشی است که در آن شرکت کنندگان روی موضوع مشخصی متمرکز می شوند و سعی می کنند بیشترین و بهترین راه حلهای ممکن برای مساله را بیان نمایند.
- ▶ هنگامی که یک تیم از حل مساله ای باز می ماند این روش باعث تشویق اعضای گروه به تفکر باز می گردد.
- ▶ این روش همه اعضای گروه را با حرارت و حساسیت درگیر حل مساله می کند.

### قوانین بارش افکار

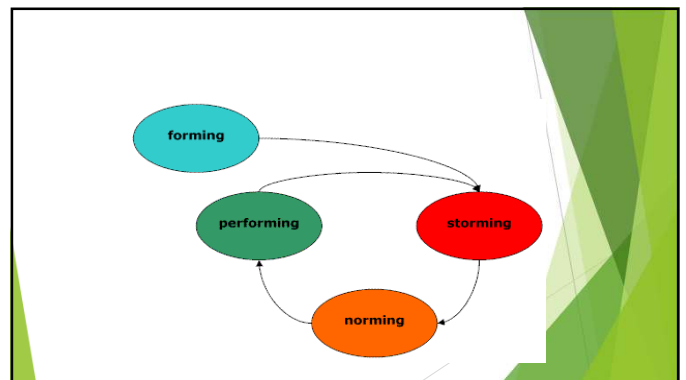
- ▶ پرسه زنی در خیال
- ▶ انتقاد و ابراز نظر در هنگام جمع آوری نظرات ممنوع
- ▶ ارائه بیشترین نظرات ممکن
- ▶ نوشتن هر نظر با همان کلمات
- ▶ پردازش و پرورش نظرات
- ▶ برابری نظرات
- ▶ هیچ یک از اعضای گروه سخن گوینده را قطع نمی کند.

### روش اجرای بارش افکار

- ▶ یادآوری قواعد بارش افکار
- ▶ نوشتن موضوع یا سوال روی تخته یا مقوا
- ▶ درخواست از افراد برای نوشتن نظرات روی کاغذهای آماده شده
- ▶ بیان نظرات نوشته شده به ترتیب تا زمانی که نظر جدیدی نماند
- ▶ ثبت تمام نظرات
- ▶ تکوین و خلاصه سازی نظرات



## دینامیسم گروهی Group Dynamism

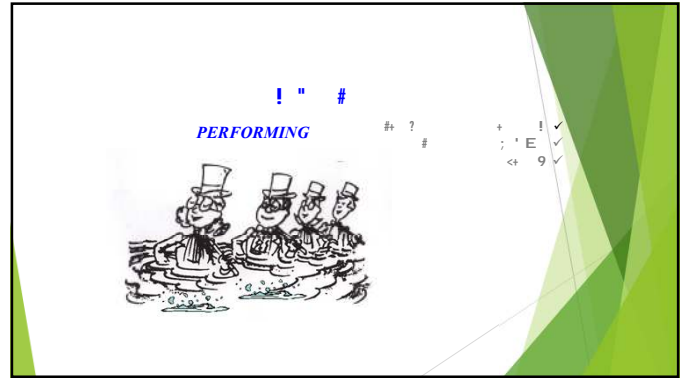
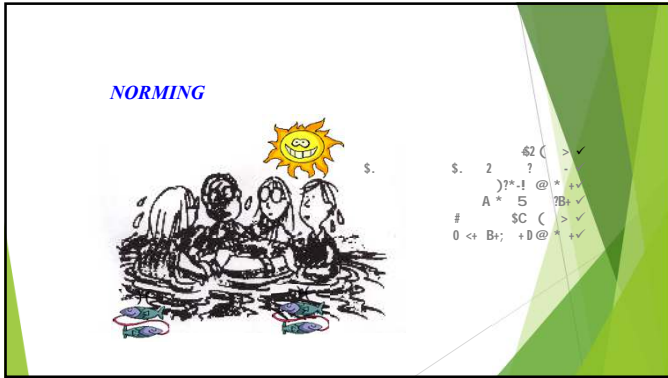


### FORMING

- ✓ نیاز محتاطانه رفتارهای قابل قبول گروهی
- ✓ انتقال از هویت فردی به هویت جمعی
- ✓ احساس رضایت از انتخاب شدن در گروه
- ✓ هیجان زدگی
- ✓ ترس و اضطراب و شک و تردید
- ✓ احساس رضایت از انتخاب شدن در گروه

### STORMING

! " \$ % & \*  
' \$ ( ) & \*  
2 - 0 + 1 + 2 /  
+ 3 2 4 5 + 6 7 +  
+ 1  
8 \$ 9 % # :: : ; + + ; <



### کار گروهی

یک جامعه یا گروه جمعیتی که می خواهید مداخلات اجتماع محور را از طریق سازمان خود در آن پیاده نمایید انتخاب کنید

در این خصوص به سوالات زیر پاسخ دهید:

- اطلاعات پایه ای در مورد این جامعه یا گروه جمعیتی را چگونه بدست می آورید؟ (منابع جمع آوری داده و ابزار جمع آوری داده)
- چگونه برای شرکت در جلسات از گروه جمعیتی عضو گیری می کنید؟
- چگونه سازمان های ذینفع را شناسایی می کنید و اهداف برنامه را با آنها مطرح می کنید؟
- سازماندهی و تامین امکانات اولیه برای تیم مردمی چگونه خواهد بود؟
- نیازسنجی اولیه یا تیم مردمی را چگونه انجام می دهید؟

<b>برنامه ریزی و توسعه زیرساخت</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• مطالعات پایه</li> <li>• آماده سازی و تجهیز</li> <li>• اطلاع رسانی</li> </ul>
<b>جلب مشارکت و سازماندهی</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• عضویت و سازماندهی</li> <li>• ساختارسازی</li> </ul>
<b>ظرفیت ساي و توانمندسازی</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• آموزش و آگاه سازی</li> <li>• مهارت افزایی</li> <li>• ترسیم برنامه اقدام</li> </ul>
<b>پایدارسازی، تعمیم و توسعه</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ابتکار عمل و اقدامات مشارکتی</li> <li>• مستندسازی و ثبت دانش آموخته</li> <li>• پایش و ارزیابی اثربخشی مستمر</li> <li>• پایدارسازی و تعمیم</li> </ul>

### فاز چهارم: پایدارسازی، تعمیم و توسعه

**راهبرد ۹: ابتکار عمل و اقدامات مشارکتی**

- تعریف ابتکارات و اقدامات بلندمدت در مقیاس محله ای
- تعریف ابتکارات و اقدامات مشارکتی-آموزشی در مقیاس مقطعی
- تعریف اقدامات آموزشی-مشارکتی در مناسبت های مرتبط
- رصد مستمر و دیده بانی اعضا

**راهبرد ۱۰: مستندسازی و ثبت دانش آموخته**

- برنامه ریزی مستندسازی اقدامات
- مستندسازی اقدامات
- اطلاع رسانی اقدامات
- ثبت تجربیات و دانش آموخته ها

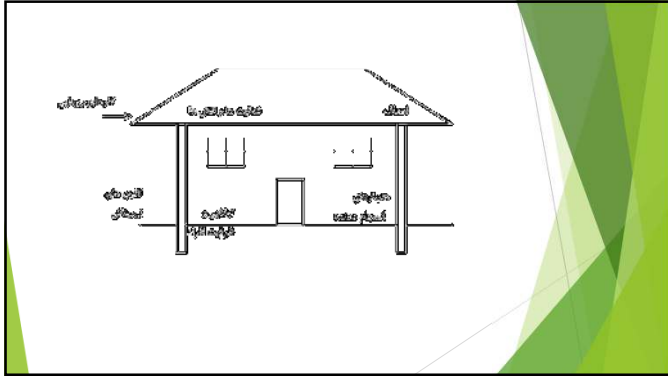
### فاز چهارم: پایدارسازی، تعمیم و توسعه

**راهبرد ۱۱: پایش و ارزشیابی اثربخشی**

- پایش اقدامات اجرایی در طول طرح
- سنجش فعالیت های اجرای طرح
- پایش (سنجش و ارزیابی اثربخشی) فعالیتها
- کانون سلامت محله
- ارزشیابی عملکرد دست اندرکاران طرح

**راهبرد ۱۲: پایدارسازی و تعمیم**

- توسعه کیفی
- تثبیت و انسجام بخشی



## راه اندازی و تشکیل کانونهای سلامت محله

### ۱- شناخت وضعیت محدوده تحت پوشش دانشگاه/دانشکده قبل از تشکیل کانون سلامت محلات

- شناخت و بررسی پیشینه مداخلات قبلی در حوزه مشارکت و سلامت مناطق تحت پوشش
- شناسایی تعداد کل کانون های قابل تشکیل در مناطق شهری و روستایی

### ۲- شناسایی ذینفعان تاثیرگذار در تشکیل کانون های سلامت محلات

- شناسایی رابطین محله ای (مانند: رابطین سلامت، افراد دارای ارتباط گسترده با مردم و...) برای تسهیل ارتباط اولیه در محله
- شناسایی سازمان ها و نهادهای ذینفع و ذیربط (دولتی-عمومی) بر اساس تقسیم بندی مناطق تحت پوشش
- شناسایی ساختارهای اجتماعی، سازمان های مردم نهاد، خیرین و موسسات خیریه، تسهیلاتگران منطقه ای، گروه های مردمی داوطلب فعال و ساکن در منطقه تحت پوشش
- شناسایی افراد ذی نفوذ و چهره های اثرگذار اجتماعی در مناطق تحت پوشش

### ۳- ارتباط و جلب مشارکت ذینفعان و ذیربطان در فرایند تشکیل و فعالیت کانون های سلامت

- رایزنی، توجیه و جلب مشارکت ارکان دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
- تشکیل تیم مشارکتی راه انداز کانون ها در دانشگاه/دانشکده، شبکه های بهداشت و درمان و تقسیم وظایف و مسئولیت ها
- رایزنی، توجیه و احصاء ظرفیت های مشارکت نهادهای دولتی، عمومی و خصوصی
- انعقاد تفاهم نامه همکاری و مشارکت فی مابین دانشگاه با نهادها و تشکل ها در مسیر راه اندازی و فعالیت کانون های سلامت محلات

### ۴- آماده سازی زیر ساخت های اولیه راه اندازی و تشکیل کانون های سلامت محلات

- مصوب نمودن طرح تشکیل و فعالیت کانون های سلامت محلات در کارگروه ها و شوراهای مرتبط و ابلاغ به سایر دست اندرکاران
- آماده سازی ابزارها و دستورالعمل های مورد نیاز در روند تشکیل کانون های سلامت محلات
- تسهیل زیرساخت های مورد نیاز به منظور فعالیت های عضوگیری و توجیهی در روند تشکیل کانون های سلامت محلات

### ۵- معرفی طرح تشکیل کانون های سلامت محلات برای جذب عضو در سطح مناطق تحت پوشش

- بهره گیری از ظرفیت اطلاع رسانی ارکان دانشگاه/دانشکده و ساختارهای اجتماعی مرتبط
- بهره مندی از ظرفیت های موجود اطلاع رسانی و ساختاری سازمان های دولتی، عمومی و خصوصی، افراد ذی نفوذ، رسانه ها، فضای مجازی، مراکز آموزشی، مذهبی، تجاری و تفریحی



دانشگاه علوم پزشکی تبریز

• ۶- برنامه ریزی و هماهنگی برای جذب داوطلبان عضویت در کانون سلامت محلات

- برگزاری جلسات اولیه و توجیه داوطلبان عضویت در کانون های سلامت در هر محله
- تکمیل فرم عضویت و منشور اخلاقی توسط داوطلبان عضویت در کانون های سلامت محله
- شناسایی حداقل ۷ داوطلب فعال به عنوان گروه اولیه تشکیل کانون های سلامت محلات در هر کانون

دانشگاه علوم پزشکی تبریز

• ۷- تشکیل و ساختارسازی کانون های سلامت در محلات

- تشکیل گروه های اولیه و سازماندهی داوطلبان در کانون های سلامت محلات
- تعیین دبیر و جانشین دوره اول در هر کانون سلامت محله
- تشکیل کارگروه های موضوعی / مردمی پیشنهادی در هریک از کانون های سلامت محلات بر اساس اطلاعات اولیه بدست آمده

دانشگاه علوم پزشکی تبریز

• ۸- هویت بخشی و رسمیت بخشی به کانون سلامت محلات

- ابلاغ حکم دبیر و جانشین کانون سلامت محله پیرو دستورالعمل های ابلاغی
- معرفی و تسهیل ارتباط دبیر و جانشین کانون سلامت به نهادها، متولیان و ذیربطان
- اختصاص فضای فیزیکی با حداقل استانداردهای فعالیت و تعهدنامه های مرتبط به کانون سلامت محله
- افتتاح کانون سلامت با حداقل جذب تعداد ۱۰ تا ۱۵ عضو تشکیل دهنده در هر محله



WWW.SDHRC.TBZMED.AC.IR

---

**Thank you**

alizadehm@tbzmed.ac.ir  
Alizadm@yahoo.com

 Mahasti\_alizadeh

 @AlizadmMahasti

بسمه تعالی

دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

اداره سلامت اجتماعی

# بسته و راهنمای آموزشی سلامت اجتماعی

–پیش نویس غیر قابل استناد–

مولفان به ترتیب حروف الفباء:

سهیلا امیدنیا

دکتر کامبیز عباچی زاده

دکتر فهیمه فتحعلی لواسانی

زیر نظر :

دکتر احمد حاجبی

با تشکر از :

علی اسدی

مهرو محمد صادقی، نیلوفر دیرمانچی، آرزو سجادپور، نیلوفر پیماندار، دکتر مریم

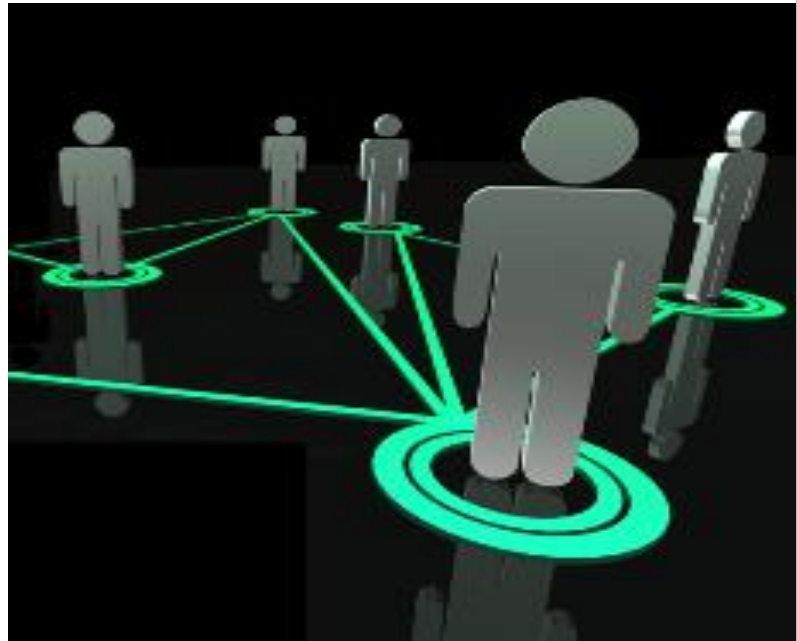
عباسی نژاد



مؤلف:	فهرست مطالب کتاب:
دکتر کامبیز عباچی زاده	فصل اول: سلامت اجتماعی چیست؟
دکتر فهیمه فتحعلی لواسانی	فصل دوم: توانمندسازی فردی
سهیلا امیدنیا	فصل سوم: آسیبهای اجتماعی کودکان (کودک آزاری و کودکان شاهد خشونت)
دکتر فهیمه فتحعلی لواسانی	فصل چهارم: آسیبهای اجتماعی بزرگسالان (همسر آزاری)
دکتر فهیمه فتحعلی لواسانی	فصل پنجم: آسیبهای اجتماعی بزرگسالان (سالمند آزاری)
سهیلا امیدنیا	فصل ششم: توانمندسازی اجتماعی (معرفی مدل مداخلات سلامت اجتماعی)
سهیلا امیدنیا	فصل هفتم: مهارتهای اجتماعی

فصل یک:

سلامت اجتماعی چیست؟



تدوین:

دکتر کامبیز عباچی زاده

## مرور کلی فصل و نحوه استفاده از آن

فصل حاضر بر دستیابی به درک عمیق و کاربردی از سلامت اجتماعی متمرکز است. در هر بخش سعی شده که در ابتدا یک سری مفاهیم معرفی و در ادامه جزییات و حیطة های مختلف مربوطه بررسی گردند. بیان دیدگاه ها مختلف نسبت به هر موضوع از رویکردهای اصلی این فصل می باشد. در ضمن نگاه بومی و متناسب با جامعه ایرانی نیز مورد تاکید کامل بوده است.

از مخاطبین این فصل و آموزش دهندگان انتظار می رود که بیشترین سعی خود را در آموزش مفاهیم سلامت اجتماعی، بر درک شفاف و رسیدن به زبان مشترک در این زمینه معطوف دارند که این مهم عمدتاً از طریق بحث های گروهی و مشارکت آموزش گیرندگان میسر خواهد شد که در قسمتهای مختلف فصل مورد استفاده قرار گرفته است. با توجه به جدید بودن موضوع، وجود ابهامات احتمالی و درک های متفاوت از موضوع، لازم است جهت انتقال مناسب مفاهیم و هدایت بحث های گروهی، آموزش دهنده محترم خود کاملاً مسلط به مطالب این فصل باشد.

## فهرست فصل:

### بخش اول: جایگاه سلامت اجتماعی در تعریف سلامت

مفاهیم مشابه با سلامت اجتماعی

جامعه سالم

عوامل اجتماعی موثر بر سلامت

نحوه اثر عوامل اجتماعی بر سلامت

### بخش دوم: تعاریف و چارچوب مفهومی

تعریف سلامت اجتماعی فردی:

سلامت اجتماعی از دیدگاه کییز (keyesis)

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

تعاریف دیگر سلامت اجتماعی

سلامت اجتماعی از دیدگاه اسلام:

رویکرد سلامت اجتماعی در کتاب حاضر (تاکید بر رویکرد فرد محور)

### بخش سوم: ابعاد سلامت اجتماعی

عوامل موثر بر سلامت اجتماعی

تاثیر سلامت اجتماعی بر سلامت فیزیکی و روانی

اثر سلامت اجتماعی بر رفتارهای سلامت

### بخش چهارم: عملکرد اجتماعی

عملکرد اجتماعی (social roles and adjustment)

انتظارات اجتماعی (social expectations)

انزوای اجتماعی (social isolation)

سنجش عملکرد اجتماعی با رویکرد منفی

### بخش پنجم: حمایت اجتماعی

حمایت اجتماعی (social support)

شبکه اجتماعی (social network)

انواع حمایت های اجتماعی

اشکال حمایت اجتماعی

حمایت اجتماعی احساس شده (perceived)

حمایت اجتماعی عینی و ساختاری

تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامت

**بخش ششم: مفاهیم دیگر مرتبط با سلامت اجتماعی**

مفاهیم مرتبط با سلامت اجتماعی

سرمایه اجتماعی (social capital)

تبعات سرمایه اجتماعی

رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت:

اندازه گیری سرمایه اجتماعی:

انسجام اجتماعی (Social integration)

پذیرش اجتماعی (Social acceptance)

مشارکت اجتماعی (Social contribution)

**بخش هفتم: سنجش سلامت اجتماعی**

ابزار ایرانی معتبر و پایای سنجش سلامت اجتماعی

وضعیت سلامت اجتماعی در ایران

**منابع**

مفهوم نمادهای استفاده شده در این فصل:



: تکلیف (فردی یا گروهی)



: بخاطر بسپارید



: نکته



: مطالعه بیشتر

## بخش اول: جایگاه سلامت اجتماعی در تعریف سلامت

### اهداف آموزشی

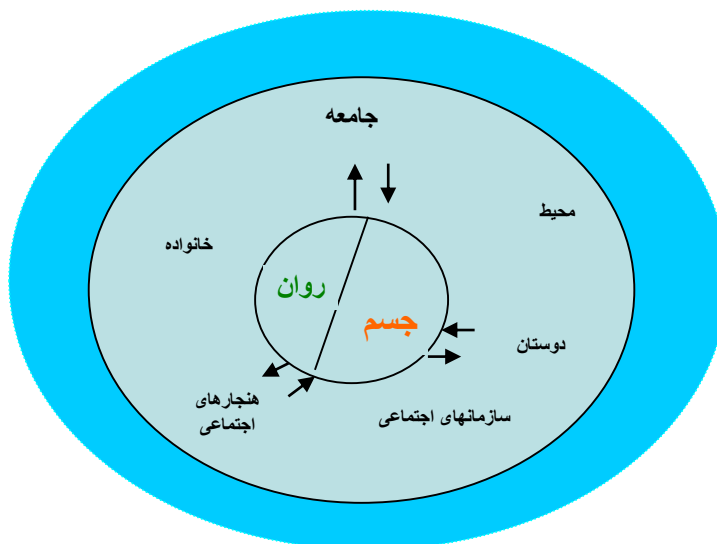
- تشریح رابطه سلامت و سلامت اجتماعی
- تشریح دیدگاه "جامعه سالم" از سلامت اجتماعی
- تشریح دیدگاه "عوامل اجتماعی موثر بر سلامت" از سلامت اجتماعی

زمان لازم: ۳۰ دقیقه

الزامات آموزشی: ابزار معمول آموزشی، ابزار لازم برای تشکیل گروه های ۳ تا ۷ نفره

طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، سلامت دارای سه بعد جسمانی، روانی و اجتماعی می باشد (بعد معنوی نیز در سال های اخیر اضافه شده است). با وجود ارائه این تعریف در سال ۱۹۴۷، صحبت و مطالعه در مورد سلامت اجتماعی معمولاً بسیار کمتر از سلامت جسمانی و روانی مطرح بوده است. بنا براین، شاید این بعد از سلامت، پیچیده ترین و پرمناقشه ترین بعد سلامت باشد و تأکید سازمان بهداشت جهانی به این جنبه از سلامت در کنار جنبه های فیزیکی و روانی آن، توجه جامعه شناسان، برنامه ریزان اقتصادی و سیاستگذاران نظام های سلامت را همواره به خود جلب کرده است.

شکل الف، ابعاد مختلف سلامت یک فرد را نشان می دهد. دایره وسط نشانگر خود فرد است که دارای جسم و روان و به تبع آن سلامت فیزیکی و روانی می باشد. این فرد در جامعه ای که شامل خانواده، دوستان، سازمانهای اجتماعی، محیط و هنجارهای اجتماعی است، زندگی می کند. تعامل این فرد با جامعه که بصورت فلش های دوطرفه نشان داده شده است، نشانگر سلامت اجتماعی فرد است. فلش به سمت بیرون نشانگر "عملکرد اجتماعی" و فلش به داخل نشانگر "حمایت اجتماعی" می باشد. (اگر محیط دایره بیرونی را بعنوان محیط ماوراءالطبیعه و محیط غیرمادی در نظر بگیریم، شاید بتوان تعامل با این محیط را تحت عنوان سلامت معنوی نامگذاری کرد). (شکل ۱)



شکل ۱- ابعاد مختلف سلامت یک فرد

### مفاهیم مشابه با سلامت اجتماعی

لازم است قبل از ورود به بحث سلامت اجتماعی در مورد دو مفهوم زیر صحبت کنیم:

- جامعه سالم
- عوامل اجتماعی موثر بر سلامت

### جامعه سالم



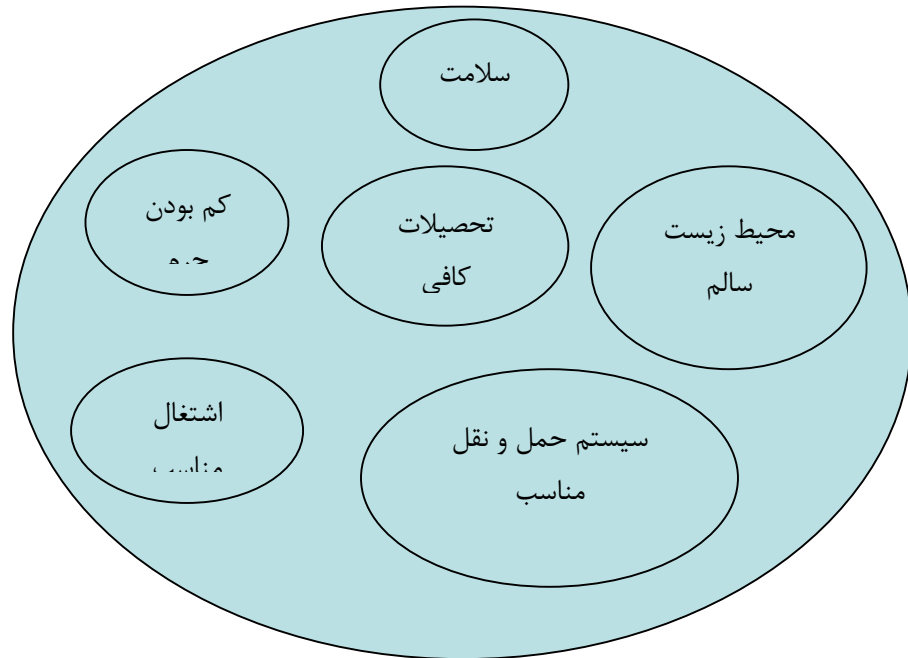
سلامت اجتماعی مناسب در افراد جامعه منجر به ایجاد جامعه سالم خواهد شد. برای تشخیص یک جامعه سالم از شاخصهای زیر می توان استفاده کرد:

- مرگ و میر کودکان
- کودک آزاری
- ترک تحصیل
- فقر و درآمد پایین
- خودکشی
- جرم و جنایت
- هزینه خدمات سلامت
- بیکاری
- تبعیض بین درآمدها
- اعتیاد



- خشونت خانگی
- تحصیلات دانشگاهی

همانطور که در شکل ۲ نیز مشاهده می شود در این دیدگاه سلامت جزیی از تعریف جامعه سالم می باشد.



شکل ۲- حیطه های تعیین کننده جامعه سالم



کار گروهی ۱: در گروه های ۳ تا ۷ نفره به این سوال پاسخ دهید. کدام شاخص های ذکر شده، برای استفاده در جامعه تحت پوشش شما مناسبند؟ (دقت فرمایید که یک شاخص مناسب باید شفاف بوده، براحتی قابل اندازه گیری باشد و عدد بدست آمده نیز قابل قضاوت باشد). در ادامه کار سعی کنید علاوه بر شاخص های مذکور، شاخص های مناسب جامعه تحت پوشش خودتان را پیشنهاد دهید.



### عوامل اجتماعی موثر بر سلامت

مطالعات دهه های اخیر نشان می دهد که بیش از ۵۰ درصد سلامت ما، تحت تاثیر عوامل اجتماعی مانند فقر، بیکاری، محیط زیست و بیسوادی می باشد.



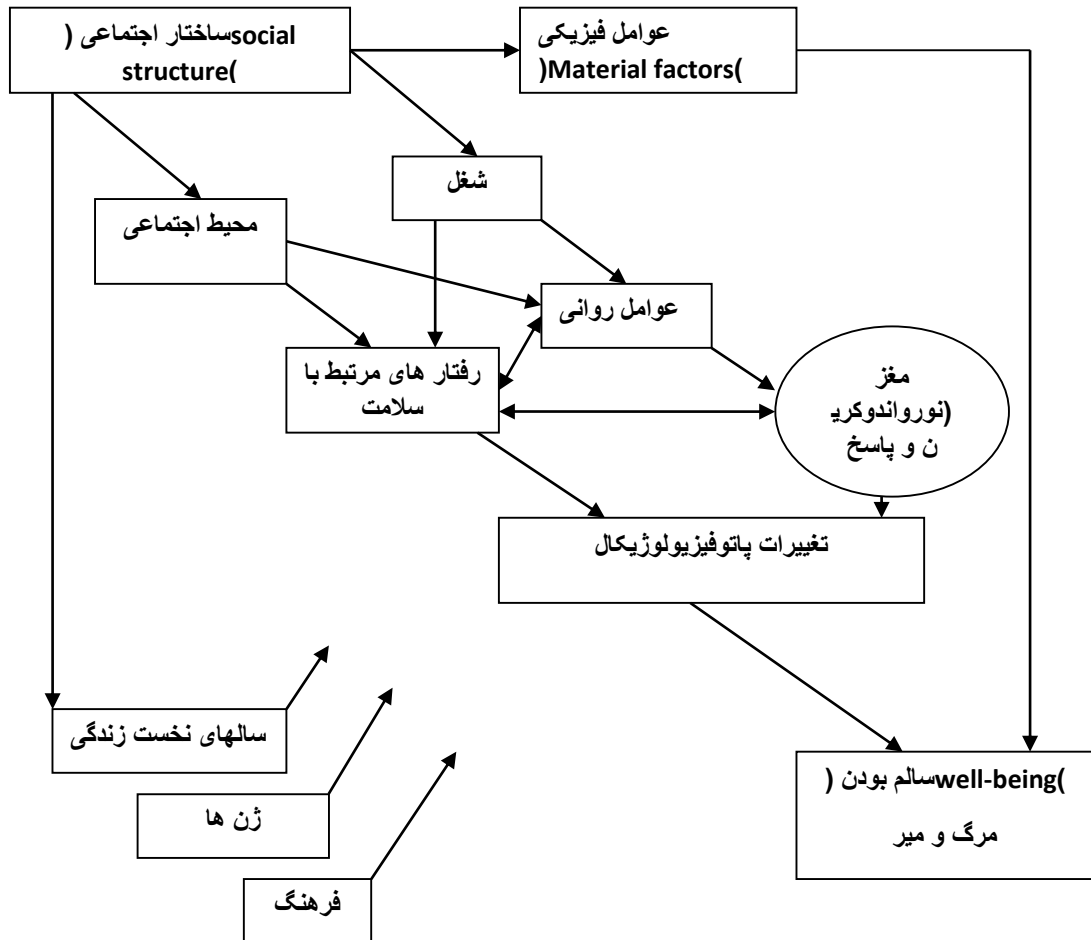
### نحوه اثر عوامل اجتماعی بر سلامت

شکل ۳ بیانگر نحوه تاثیر عوامل اجتماعی بر سلامت افراد است. برای درک بهتر شکل ۳ به مثالهای زیر توجه فرمایید:



\* ساختارهای اداری فراوان در کشور ما .... مشاغل اداری فراوان ..... کم تحرکی .... بالا رفتن چربی خون .... دیابت

\* تاثیر فرهنگ غربی بر جامعه ایرانی ...توسعه مراکز ارائه دهنده فست فود ... تغذیه ناسالم ... کمبود کلسیم به همراه زمینه ژنتیکی ایرانیان... پوکی استخوان و شکستگی های ناشی از آن



شکل ۳- نحوه تاثیر عوامل اجتماعی بر سلامت افراد



کارگروهی ۲: یکی از بیماریهای مهم مانند سو مصرف مواد روانگردان، خودکشی، افسردگی یا ایدز را در نظر گرفته و طبق شکل بالا مشخص کنید چه عوامل اجتماعی بر ایجاد این بیماری موثرند.



## سلامت روان و حمایت اجتماعی



در مطالعه ای که با هدف تعیین ارتباط بین سلامت روان و حمایت اجتماعی در کارکنان بهداشت و درمان صنعت نفت بوشهر و با تأکید بر عوامل جمعیت شناختی نظیر سن، جنس، تأهل، تحصیلات، حالت اشتغال و محل سکونت در سال ۱۳۸۵ اجرا گردید، نشان داده شد که وضعیت سلامت روان با نمره حمایت اجتماعی رابطه معنی دار و مستقیم دارد و نیز تحصیلات دانشگاهی، متأهل بودن و تعداد اعضاء خانواده با سلامت روانی و حمایت اجتماعی دارای همبستگی معنی داری هستند. همچنین مشخص شد که پرسنل نوبت کاری اقماری در مقایسه با سایر حالات اشتغال از شرایط سلامت روان و حمایت اجتماعی پایین تری برخوردار هستند. در کل، می توان نتیجه گرفت که بین سلامت روان و حمایت اجتماعی رابطه معنی داری وجود دارد و این ارتباط با توجه به عوامل جمعیت شناختی متغیر بوده است. از طرفی تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامت روان نشان می دهد که تغییر سیاست گذاری ها با هدف ارتقاء کیفیت و کمیت شبکه های حمایتی بویژه برای گروه های آسیب پذیر می تواند باعث تقویت اثرات محافظتی حمایت اجتماعی و در نهایت سلامت روانی گردد.

منبع:

احمد حاجبی، پیمان فریدنیا، ارتباط بین سلامت روان و حمایت اجتماعی در کارکنان بهداشت و درمان صنعت نفت بوشهر، طب جنوب، فصلنامه پژوهشی

## بخش دوم: تعاریف و چارچوب مفهومی

### اهداف آموزشی:

- تشریح دیدگاه ها مختلف خارجی از سلامت اجتماعی
- تشریح دیدگاه های مختلف بومی از سلامت اجتماعی

زمان لازم : ۳۰ دقیقه

## الزامات آموزشی: ابزار معمول آموزشی برای کلاس

در این فصل تعریف و دیدگاه های مختلف در مورد سلامت اجتماعی مورد بحث قرار می گیرد.

### تعریف سلامت اجتماعی فردی:

تعریف راسل در مورد سلامت اجتماعی تعریفی جامع و کاربردی است که در ادامه آمده است: سلامت اجتماعی، بعدی از رفاه فردی است که مرتبط می شود با اینکه فرد چطور با افراد دیگر جامعه، آداب و رسومات اجتماعی و سازمانها تعامل دارد و اینکه بقیه نسبت به او چه برخوردی دارند. (راسل، ۱۹۷۳)

### سلامت اجتماعی از دیدگاه کیز (keyesis)

کیز سلامت اجتماعی را در ۵ حیطه تعریف می کند:

- شکوفایی اجتماعی: یعنی باور به اینکه اجتماع سرنوشت خویش را در دست دارد. به مدد توان بالقوه اش مسیر تکاملی خود را کنترل می کند.
- همبستگی اجتماعی: اعتقاد به اینکه اجتماع قابل فهم، منطقی و قابل پیش بینی است. دانستن و علاقمند بودن به جامعه و مفاهیم مربوط به آن.
- انسجام اجتماعی: احساس بخشی از جامعه بودن، فکر کردن به اینکه فرد به جامعه تعلق دارد. احساس حمایت شدن از طریق جامعه و سهم داشتن در آن.
- پذیرش اجتماعی: داشتن گرایش های مثبت نسبت به افراد، تصدیق کردن دیگران، و بطور کلی پذیرفتن افراد علیرغم برخی رفتارهای سردرگم کننده و پیچیده آنها.
- مشارکت اجتماعی: این احساس که افراد چیزهای با ارزشی برای ارائه به جامعه دارند. این تفکر که فعالیتهای روزمره آنها بوسیله اجتماع ارزش دهی می شود.



### تعریف گروه سلامت اجتماعی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

در نظام نامه گروه سلامت اجتماعی دفتر سلامت روانی و اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، سلامت اجتماعی عبارت است از "ارزیابی و شناخت فرد از چگونگی عملکرد خود در اجتماع و کیفیت روابط او با افراد دیگر، بعبارت دیگر سلامت اجتماعی وضعیت رفتارهای اجتماعی (مورد انتظار و هنجار) فرد را شامل می شود که اثرات شناخته شده و مثبتی بر سلامت جسمی و روانی فرد دارد و موجبات ارتقای سازگاری اجتماعی و تعامل فرد با محیط پیرامون و در نهایت ایفای نقش موثر در تعالی و رفاه جامعه می شود".

### تعاریف دیگر سلامت اجتماعی

" لارسن" (۱۹۹۶) نیز سلامت اجتماعی را از دیدگاه فردی مورد بررسی قرار داده و آن را به عنوان چگونگی روابط با نزدیکان و افراد دیگر جامعه و نهادهای اجتماعی که وی عضوی از آنهاست و نیز میزان رضایت یا عدم رضایت وی از زندگی و محیط اجتماعی اش تعریف می کند .

کاستل و همکارانش (۲۰۰۸) ، مفهوم سلامت اجتماعی را در کیفیت فعالیتهای اجتماعی ، رفاه اجتماعی ، شبکه های اجتماعی ، ارتباطات بین فردی و حمایت اجتماعی و میزان شرکت در فعالیتهای اجتماعی و نیز میزان رضایت از نقش های اجتماعی فردی می داند

### سلامت اجتماعی از دیدگاه اسلام:

سلامت اجتماعی به برقراری روابط و مناسبات پایدار، فعال و سازنده بین افراد اجتماع گفته می شود که منجر به رشد، آرامش و گسترش حق و عدالت در سایه منطق و آزادی می گردد. دستیابی به این هدف، محتاج به پیش نیازهایی است: ایمان به ارزش ها، استقامت در عمل، تحمل دیگران و نیز پایداری به تعهدات الهی. اینها چهار مرحله مقدماتی برای تحقق روابط سالم اجتماعی از نظر قرآن به شمار می رود. (برگرفته از سخنرانی حجت الاسلام مرویان در اولین سمینار سلامت اجتماعی ، ۱۳۸۹)



### رویکرد سلامت اجتماعی در کتاب حاضر (تاکید بر رویکرد فرد محور)

سلامت اجتماعی معمولاً به دو صورت مورد بررسی قرار می گیرد:

۱. در سطح جامعه: در این رویکرد، سلامت اجتماعی مشخصه جامعه است و طبق تعریف، جامعه ای سالم است که در آن شهروندان دسترسی عادلانه به امکانات و منابع جامعه برای تحقق حقوق شهروندی دارند.
۲. در سطح فرد: در این سطح، منظور از سلامت اجتماعی، بعدی از سلامت فرد است که نشانگر نحوه تعامل فرد با افراد دیگر جامعه، نحوه عملکرد جامعه در برابر او و نیز نحوه تعامل فرد با سازمانها و هنجارهای اجتماعی است. در فصل حاضر عمده تمرکز ما روی رویکرد اول و بعد فردی سلامت اجتماعی است.

## بخش سوم: ابعاد سلامت اجتماعی

اهداف آموزشی:

- تشریح اجزای سلامت اجتماعی
- تشریح نحوه اثر سلامت اجتماعی بر ابعاد دیگر سلامت

زمان لازم: ۳۰ دقیقه

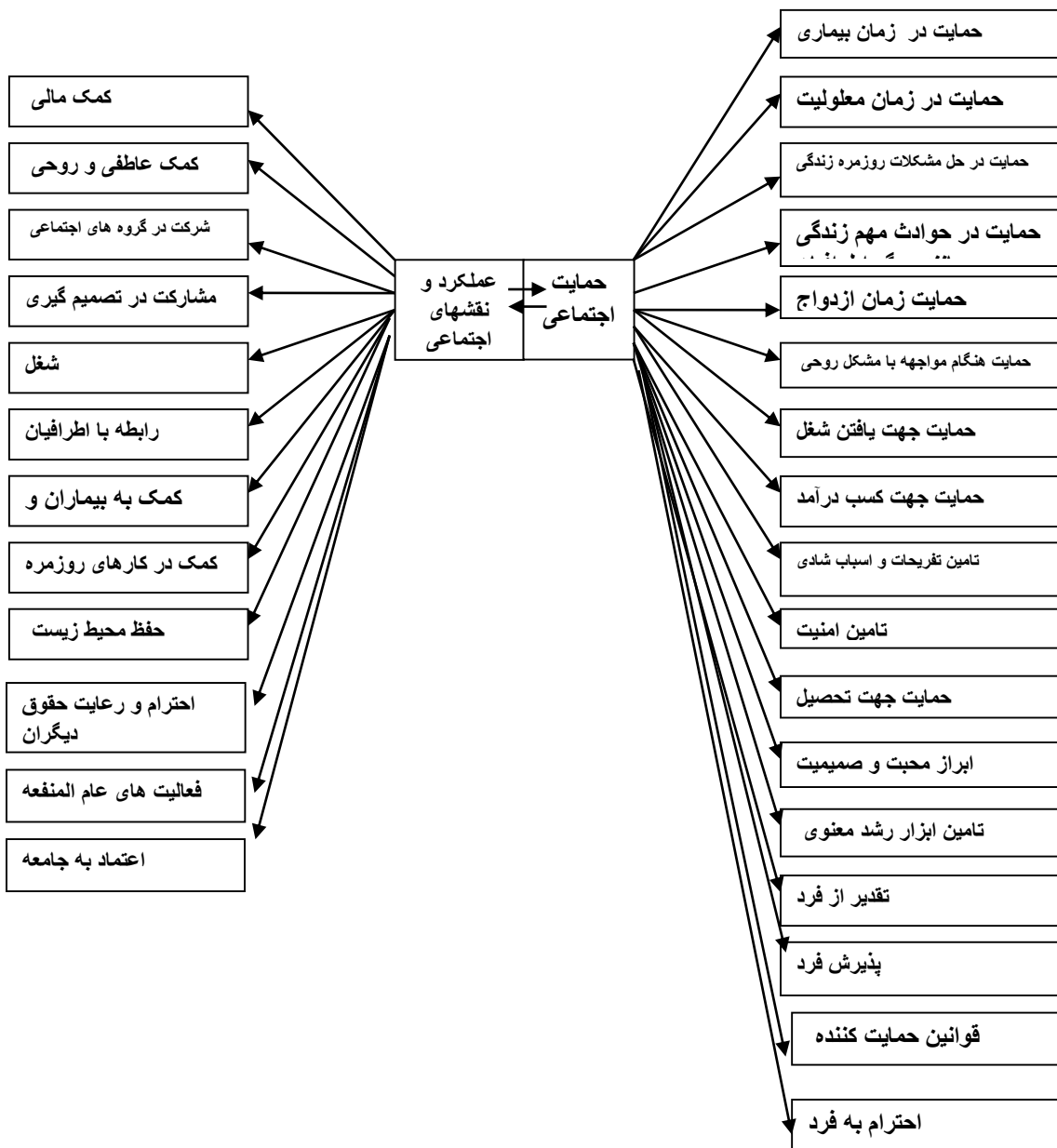
الزامات آموزشی: ابزار معمول آموزشی در کلاس

برای درک بهتر مفهوم سلامت اجتماعی لازم است که اجزای تشکیل دهنده آن مشخص گردد. در ضمن عوامل موثر بر سلامت اجتماعی و تاثیر سلامت اجتماعی بر دیگر ابعاد سلامت مورد بحث قرار می گیرد.



### حیطه ها و زیر حیطه های سلامت اجتماعی

در شکل ۴ نشان داده می شود که سلامت اجتماعی شامل دو حیطه اصلی عملکرد اجتماعی (آنچه فرد در قبال دیگران انجام می دهد) و حمایت اجتماعی (آنچه دیگران برای فرد انجام می دهند) می باشد. خود این حیطه ها به زیر حیطه های مختلف تقسیم شده که در شکل ۴ آمده است.



شکل ۴- حیطه ها و زیر حیطه های سلامت اجتماعی در سطح فرد

### عوامل موثر بر سلامت اجتماعی

در زیر تعدادی از عوامل موثر بر سلامت اجتماعی فرد آمده است.

- مهارت‌های اجتماعی و ارتباطات بین فردی
- نحوه ارتباط با همکاران
- نحوه ارتباط با اعضای خانواده
- در دسترس بودن و استفاده از حمایت‌های اجتماعی



- حوادث مهم زندگی: مرگ اطرافین، طلاق

#### تاثیر سلامت اجتماعی بر سلامت فیزیکی و روانی

افرادی که بخوبی با جامعه خود سازگار باشند، طول عمر بیشتری دارند و میزان بهبودی آنها بدنبال بیماری بیشتر است. افراد دچار بیماری جدی یا ناتوانی لازم است که با حمایت‌های اجتماعی به جامعه بازگردانده شوند و هدف خدمات پزشکی باید برگرداندن فرد به زندگی مولد روزانه باشد و نه اینکه فقط علائم بیماری برطرف شود. این مورد در بیماران مسن و یا دچار اختلالات روانی مهم تر است.

#### اثر سلامت اجتماعی بر رفتارهای سلامت

در مطالعه ای با عنوان " بررسی تاثیر حمایت اجتماعی بر مشارکت زنان در فعالیت های ورزشی (مطالعه موردی: زنان استان مازندران)" در نشریه علوم حرکتی و ورزش که توسط فریدون وحیدا و همکاران در سال ۱۳۸۵ در ۳۶۰ نفر از زنان بین سنین ۲۵ تا ۴۰ سال انجام گرفته نشان داده است که حمایت اجتماعی اثر مستقیم بر میزان مشارکت زنان در فعالیتهای ورزشی دارد.

## بخش چهارم: عملکرد اجتماعی (social roles and adjustment)

اهداف آموزشی:

- تشریح مفهوم عملکرد اجتماعی و مفاهیم مرتبط
- تشریح روشهای سنجش عملکرد اجتماعی

زمان لازم: ۴۵ دقیقه

الزامات آموزشی: ابزار معمول آموزشی در کلاس

عملکرد اجتماعی به عنوان یکی از اجزای اصلی سلامت اجتماعی همواره مورد بحث بوده است. همچنین برای درک بهتر این مفهوم، لازم است مفاهیمی مانند انتظارات اجتماعی و انزوای اجتماعی تبیین گردد.



در سنجش عملکرد اجتماعی، باید به این سوالات جواب داد. آیا فرد در روابط خود با دیگران عملکرد کافی دارد. این عملکرد می تواند عملکرد شغلی، نقش والدی، نقش بعنوان همسر، کار در خانه، نقش شهروندی و ... باشد. به دو صورت می توان عملکرد اجتماعی را اندازه گرفت. ۱- از طریق اندازه گیری میزان رضایت فرد از نقشهای اجتماعی اش. ۲- مطالعه توانمندی های فرد در ایفای نقشهای اجتماعی اش. تعریف عملکرد اجتماعی ایده آل در فرهنگهای مختلف متفاوت است که گاه می تواند کاملا دو سر طیف باشد. در برخی فرهنگهای شرقی، نقش اجتماعی شامل یکی شدن با طبیعت و دوری کامل از مادیات می باشد. در طرف مقابل در بعضی فرهنگهای غربی تاکید کامل بر روی زندگی مادی است. زمان، مکان و حتی تعلق به یک کلاس اجتماعی خاص (social class) انتظارات از یک نقش اجتماعی ایده آل را تغییر می دهد.

### انتظارات اجتماعی (social expectations)

عملکرد اجتماعی از انتظارات اجتماعی نشات می گیرد. برای مثال جامعه از یک همسر ایده آل چه انتظاری دارد. در بین فرهنگ های مختلف دیدگاه ها نسبت به همسر ایده آل متفاوت است.

اگر فردی نتواند انتظارات اجتماعی خود را برآورده کند ناتوان اجتماعی (social disable) نامیده می شود. مانند فرد ناتوان از پذیرش قوانین.

### انزوای اجتماعی (social isolation)

انزوای اجتماعی بطور مشخصی با سلامت فیزیکی مرتبط است. این افراد حساستر به بیماری هستند، سطح کلسترول بالاتری دارند، استرس خود را بخوبی مدیریت نمی کنند و ۲ تا ۳ برابر شانس مرگ و میر بالاتری دارند.



مثالی از عوامل تاثیر گذار بر انزوای اجتماعی: در مطالعه ای با عنوان " بررسی اثرات استفاده از اینترنت بر انزوای اجتماعی کاربران اینترنت (در میان کاربران کافی نت های تهران)" که در سال ۱۳۸۵ توسط منوچهر محسنی و همکاران انجام گرفته بر روی ۲۰۴ نفر از کاربران کافی نتهای تهران نشان داده است که میان زمان استفاده از اینترنت در طول شبانه روز و انزوای اجتماعی رابطه ای معنادار و معکوس نشان می دهند. همچنین استفاده اجتماعی از اینترنت موجب کاهش انزوای اجتماعی می گردد.



کارگروهی: عوامل موثر بر انزوای اجتماعی در زندگی شهری امروزی در جامعه تحت پوشش خود را از طریق بحث گروهی مورد بحث قرار دهید.



### سنجش عملکرد اجتماعی



با مشخص کردن میزان رضایت فرد از هریک از موارد زیر می توان وضعیت عملکرد اجتماعی فرد را تخمین زد.

- میزان رضایت از فعالیتهای اجتماعی
- کمک در کارهای خانه
- ملاقات دوستان
- ملاقات بستگان
- سرگرم کردن دوستان در خانه
- مراقبت
- کمک مالی
- بخاطر آوردن انجام کارهای مهم و سروسقت
- مروده با اعضای خانواده
- رفتن به مهمانی
- مروده با همسایگان
- کمک با خرید خانه
- مراقبت و آموزش کودکان
- رفتن به اماکن مذهبی

- رضایت از سرگرمی ها
  - رضایت از شغل
  - رضایت از خانواده خانواده
- (برگرفته از " the Katz adjustment scale ")

### سنجش عملکرد اجتماعی با رویکرد منفی

یکسری از پرسشنامه ها عملکرد اجتماعی را با رویکرد منفی می سنجد. یعنی متمرکز بر عملکردهای نامطلوب هستند. مسلما هرچه نمره بالاتر وضعیت بدتر خواهد بود.

The social dysfunction rating scale پرسشنامه ایست که چنین رویکردی دارد. حیطه ها و زیر حیطه ها در زیر آمده اند.

در سه حیطه:

#### Self system:

- خود کمتر بینی
- بی هدف بودن و بی انگیزه بودن برای آینده
- نبودن فلسفه مناسب برای زندگی
- درگیری بودن با مسائل مربوط به سلامت خود

#### Inter-personal system

- محرومیت احساسی (درجه کمبود ارتباط با دیگران)
- خصومت نسبت به بقیه
- بهم زدن محیط
- وابستگی بیش از حد
- اضطراب
- شکاک بودن

#### Performance system

- کمبود رضایت از رابطه با اطرافیان
- نداشتن دوستان و تماس های اجتماعی
- نداشتن شغل
- نداشتن رضایت از شغل
- نداشتن اوقات شادی
- عدم مشارکت در کارهای اجتماعی

هرچقدر فرد بیشتر مبتلا به وضعیت های بالا باشد، عملکرد اجتماعی و در نتیجه سلامت اجتماعی پایین تری دارد.

## سالمندان و حمایت اجتماعی



در قرن حاضر افزایش سریع تعداد سالمندان، وجود ناتوانی، کاهش استقلال و افزایش وابستگی در بسیاری از آنان، ضرورت توجه به مسأله حمایت اجتماعی را در این قشر افزایش داده است. حمایت اجتماعی بر ابعاد مختلف سلامت سالمندان تأثیرگذار است. یکی از ابعاد مهم سلامت که کمتر در این گروه مورد توجه قرار گرفته است، سلامت اجتماعی آنان می‌باشد. در مطالعه‌ای که با هدف تعیین ارتباط بین حمایت اجتماعی درک شده با وضعیت سلامت اجتماعی سالمندان شهر اصفهان انجام شده، مشخص شد که بین نمره حمایت اجتماعی درک شده با نمره سلامت اجتماعی ارتباط مستقیم و معنی‌دار وجود داشت. البته در این مطالعه، سلامت اجتماعی به میزانی از عملکرد، تطابق و سازگاری در زندگی اجتماعی اطلاق شده است. نتیجه اینکه، با توجه به تأثیرگذاری مقوله حمایت اجتماعی درک شده بر سلامت اجتماعی سالمندان و اهمیت این جنبه از سلامت، ضرورت توجه بیشتر به این موضوع در قشر آسیب‌پذیر سالمند احساس می‌گردد.

منبع: فاطمه خلیلی، شیما سام، غلامرضا شریفی‌راد، اکبر حسن‌زاده، منیره کاظمی، بررسی ارتباط حمایت اجتماعی درک شده با سلامت اجتماعی سالمندان شهر اصفهان، مجله علمی تحقیقات نظام سلامت، ۹۰؛ دوره ۷، شماره ۶: صفحات ۱۲۱۶-۱۲۲۵.

## بخش پنجم: حمایت اجتماعی (social support)

اهداف آموزشی:

- تشریح مفهوم حمایت و مفاهیم مرتبط
- تشریح انواع و شکل‌های حمایت اجتماعی

زمان لازم: ۴۵ دقیقه

الزامات آموزشی: ابزار معمول آموزشی در کلاس



حمایت اجتماعی به شکل زیر تعریف می‌گردد:

دسترسی فرد به مردمی که او به آنها اعتماد داشته باشد، بتواند به آنها تکیه کند و اینکه به او احساس مراقبت شدن و با ارزش بودن بدهند.



## شبکه اجتماعی (social network)

نقش‌ها و ارتباطاتی که مردم را بر اساس راه‌های مختلف مانند دوستی یا آشنایی با هم متصل می‌کنند. شبکه اجتماعی می‌تواند خود عامل حمایت اجتماعی باشد.

## انواع حمایت‌های اجتماعی

Bourne & Stewart ۵ نوع حمایت اجتماعی را شناسایی کرده‌اند.

- حمایت عاطفی، عشق و همدلی
- حمایت ابزاری با امکانات فیزیکی
- تهیه اطلاعات و راهنمایی و بازخورد به رفتارها
- ارائه نقد حمایت‌کننده که به فرد برای ارزیابی خود کمک می‌کند.
- همراهی در تفریح و سرگرمی

### اشکال حمایت اجتماعی

ابزاری: ارائه خدمات و کمک در فعالیتهای: مانند دادن پول یا سایر کمک ها  
عاطفی: ایجاد نوعی رابطه صمیمیت و با محبت با دیگران



### حمایت اجتماعی احساس شده (perceived)

مانند احساس امنیت در محله



### حمایت اجتماعی عینی و ساختاری

مانند وجود سازمانهای حمایت کننده از زنان سرپرست خانوار  
مانند تعداد افراد در خانواده فرد

روابط خانوادگی سالم

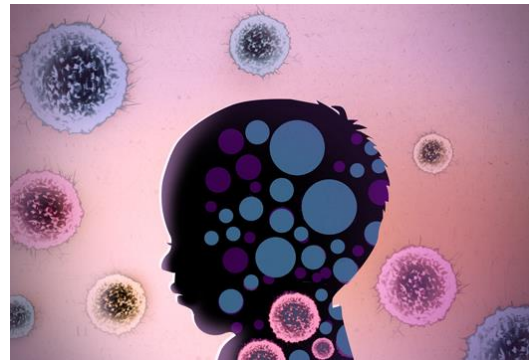
- احترام متقابل
- اعتماد
- صداقت
- سرپرستی مناسب
- عشق



- پذیرش
- تعهد
- ارتباطات زناشویی مناسب
- مهارت‌های حل مسئله
- مهارت‌های حل تعارض

### تاثیر حمایت اجتماعی بر سلامت

در مطالعه ای با عنوان "ارتباط حمایت اجتماعی با شاخص های ایمنی بدن در افراد سالم: بررسی مدل تاثیرکلی" که توسط "احمد علی پور" در سال ۱۳۸۵ بر روی ۲۰۰ آزمودنی در شهر تهران انجام شده است تاثیر حمایت اجتماعی بر شاخص های ایمنی مانند که میزان تبدیل لنفوسیتی و درصد CD56+ نشان داده شده است. در واقع در افراد دارای حمایت اجتماعی بالا وضعیت ایمنی بدن بهتر است.



کار فردی: یک مقاله ایرانی در مورد تاثیر حمایت اجتماعی بر سلامت را یافته و نتایج کلی آن را در گروه

مطرح کنید.



## سلامت روان و حمایت اجتماعی



در مطالعه ای که با هدف تعیین ارتباط بین سلامت روان و حمایت اجتماعی در کارکنان بهداشت و درمان صنعت نفت بوشهر و با تأکید بر عوامل جمعیت شناختی نظیر سن، جنس، تأهل، تحصیلات، حالت اشتغال و محل سکونت در سال ۱۳۸۵ اجرا گردید، نشان داده شد که وضعیت سلامت روان با نمره حمایت اجتماعی رابطه معنی دار و مستقیم دارد و نیز تحصیلات دانشگاهی، متأهل بودن و تعداد اعضاء خانواده با سلامت روانی و حمایت اجتماعی دارای همبستگی معنی داری هستند. همچنین مشخص شد که پرسنل نوبت کاری اقماری در مقایسه با سایر حالات اشتغال از شرایط سلامت روان و حمایت اجتماعی پایین تری برخوردار هستند. در کل، می توان نتیجه گرفت که بین سلامت روان و حمایت اجتماعی رابطه معنی داری وجود دارد و این ارتباط با توجه به عوامل جمعیت شناختی متغیر بوده است. از طرفی تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامت روان نشان می دهد که تغییر سیاست گذاری ها با هدف ارتقاء کیفیت و کمیت شبکه های حمایتی بویژه برای گروه های آسیب پذیر می تواند باعث تقویت اثرات محافظتی حمایت اجتماعی و در نهایت سلامت روانی گردد.

منبع:

احمد حاجبی، پیمان فریدنیا، ارتباط بین سلامت روان و حمایت اجتماعی در کارکنان بهداشت و درمان صنعت نفت بوشهر، طب جنوب، فصلنامه پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر، ۱۳۸۸؛ دوره ۱۲، شهریور، شماره ۱: صفحات

۶۷-۷۴

## بخش ششم: مفاهیم مرتبط با سلامت اجتماعی

### اهداف آموزشی:

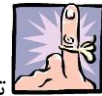
- تشریح مفهوم سرمایه اجتماعی
- مهارت سنجش سرمایه اجتماعی
- تشریح مفهوم انسجام، پذیرش و مشارکت اجتماعی

زمان لازم: ۴۵ دقیقه

الزامات آموزشی: ابزار معمول آموزشی در کلاس

### سرمایه اجتماعی (social capital)

کلمه "capital" یا "سرمایه" در اقتصاد استفاده می شود بعنوان دارایی قابل سرمایه گذاری برای ایجاد سود.



تعریف سرمایه اجتماعی یک فرد: مجموعه ارتباطات شبکه ای بر پایه اعتماد، متقابل و کارآمد که منجر به توانمندی اجتماعی و اقتصادی فرد می شوند. این ارتباطات می تواند با گروه های همسان (دارای علائق مشترک و جذابیت های متقابل) و یا غیر همسان باشد.

خواندن یک کتاب، تماشای تلویزیون و یا گوش دادن موسیقی به تنهایی سرمایه اجتماعی ایجاد نمی کند ولی خوردن قهوه با یک دوست، شرکت در یک تیم ورزشی باعث ایجاد سرمایه اجتماعی می شود.

تعریف سرمایه اجتماعی یک جامعه: ارتباطات شبکه ای بر پایه اعتماد، متقابل و کارآمد (اقتصادی، سیاسی، آموزشی و ...) که بعنوان سرمایه (asset) استفاده می شوند برای توانمندسازی جامعه و افراد آن. در واقع سرمایه اجتماعی جامعه مجموعه سرمایه اجتماعی افراد آن است.

در واقع سرمایه اجتماعی را مجموعه ای از شبکه ها، هنجارها، ارزشها و درکی دانست که همکاری درون گروهی و بین گروه ها را در جهت کسب منافع متقابل تسهیل می کند. این سرمایه را غالباً با نرخ مشارکت افراد در زندگی جمعی و وجود عامل اعتماد بین آنها بیان می کنند.

بدون ارتباطات شبکه ای سرمایه اجتماعی نخواهیم داشت.

### تبعات سرمایه اجتماعی

داشتن سرمایه اجتماعی کافی باعث می شود فرد:

اطلاعات مناسب را دریافت کند.

ابزار و امکانات فیزیکی کمک کننده را در اختیار داشته باشد.

حمایت روحی مناسب را داشته باشد.

با شرکت در فعالیتهای داوطلبانه به کاهش آسیبهای اجتماعی کمک کند.



### رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت:

رابطه بین نرخ خودکشی و یکپارچگی اجتماعی اولین بار توسط امیل دورکیم در سال ۱۹۰۱ تشخیص داده شد. نشان داده شده است که کمبود سرمایه اجتماعی منجر به افزایش رفتارهای پرخطر سلامت، کاهش سلامت احساس شده توسط افراد، اشکالات روانی و افزایش مرگ و میر می شود.



### اندازه گیری سرمایه اجتماعی:

با استفاده از سوالات زیر می توانید سرمایه اجتماعی خود را تا حدی برآورد کنید:

- آیا احساس می کنید فرد با ارزشی در اجتماع هستید؟
- آیا اگر فردا فوت کنید از معنای زندگی خود راضی هستید؟
- آیا تابحال زباله دیگران را از اماکن عمومی برداشته اید؟
- فردی می گوید: کمک به دیگران نوعی کمک به خود در درازمدت است. چقدر موافق هستید؟
- کمک به یک گروه محلی بعنوان داوطلب.
- احساس امنیت موقع راه رفتن در خیابان در تاریکی.
- آیا اکثر مردم قابل اعتماد هستند.
- آیا اگر ماشین فردی بیرون خانه شما خراب شود کمکش می کنید؟
- آیا می توانید هنگام نیاز از دوستانتان کمک بگیرید؟
- تعداد مکالمه تلفنی با دوستان
- خرید با آشنایان و دوستان
- انجام کاری برای اطرافیان هنگام بیماری
- درگیری با همسایه
- لذت از زندگی با افرادی با فرهنگ های دیگر

...

(برگرفته از Social capital questionnaire)

Measuring social capital in five community in NSW-A practionnaire guide. P bullen& J. (Orix. 1998)

در ادامه تعدادی دیگر از مفاهیم مرتبط با سلامت اجتماعی از طریق بیان سوالات متناسب با آن حیطة تشریح شده است

#### انسجام اجتماعی (Social integration)

- آیا احساس می کنید متعلق به جامعه هستید؟
- آیا احساس می کنید قسمت مهمی از جامعه هستید؟
- آیا چیز مهمی برای گفتن دارید و مردم جامعه به شما گوش می دهند؟
- آیا احساس نزدیکی به مردم جامعه تان دارید؟
- جامعه منبع آرامش برای شماست؟
- جامعه برای شما بعنوان یک انسان ارزش قائل است؟

#### پذیرش اجتماعی (Social acceptance)

- شما اعتقاد دارید مردم دیگر قابل اعتماد نیستند؟
- مردم دیگر مهربان نیستند؟
- مردم فقط برای خودشان زندگی می کنند؟
- مردم امروزه دروغگو و غیر صادق هستند؟
- مراقبت مسائل یکدیگر هستند؟
- مردم بدون چشمداشت به همدیگر لطف می کنند؟

#### مشارکت اجتماعی (Social contribution)

- رفتار شما در رفتار جامعه تاثیرگذار است؟
- شما چیزهایی ارزشمندی دارید که به جهان ارائه دهید؟
- شما وقت یا انرژی صرف جامعه تان نمی کنید؟
- کار شما محصول مهمی برای جامعه تولید می کند؟

## بخش هفتم: سنجش سلامت اجتماعی

### اهداف آموزشی:

- مفاهیم سنجش سلامت اجتماعی
- محاسبه میزان سلامت اجتماعی در جامعه ایرانی

زمان لازم : ۴۵ دقیقه

الزامات آموزشی: ابزار معمول آموزشی در کلاس

### ابزار ایرانی معتبر و پایای سنجش سلامت اجتماعی

در طی یک طرح تحقیقاتی در سال ۱۳۹۰ توسط دکتر کامبیز عباچی زاده و همکاران و با حمایت دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ابزار معتبر و پایای سنجش سلامت اجتماعی ایرانیان طراحی شده است (جدول ۱). مالکیت معنوی این ابزار متعلق به دفتر مذکور بوده و استفاده از این ابزار از طریق هماهنگی با مدیر گروه سلامت اجتماعی ([omidnia@health.gov.ir](mailto:omidnia@health.gov.ir)) این دفتر امکان پذیر می باشد.



در پرسشنامه طراحی شده هر فرد به سوالات با یکی از عبارات خیلی زیاد (نمره ۵)، زیاد (نمره ۴)، متوسط (نمره ۳)، کم (نمره ۲) و خیلی کم (نمره ۱) جواب می دهد. به این ترتیب با توجه به وجود ۳۳ سوال در پرسشنامه نمره کلی هر فرد، نمره ای بین ۳۳ تا ۱۶۵ خواهد بود. در ادامه کتاب نتایج مطالعه پایلوت در سه شهر ایران آورده شده است و این امکان را فراهم می سازد که نمره بدست آمده توسط خود را با اعداد سه شهر ایران مقایسه کنید.

جدول ۱- پرسشنامه سلامت اجتماعی ایرانیان

جامعه شرایطی را فراهم می کند که من سالم باشم و بیمار نشوم.	جامعه	
در زمان بروز مشکل مالی، سازمان یا جایی هست که کمک کند.		
جامعه امکان رشد معنوی و دینی مرا فراهم می سازد.		
جامعه شرایط و اسباب سرگرمی و شادی مرا فراهم می سازد.		
جامعه مرا به عنوان یک عضو خود پذیرفته است.		
جامعه امکان رشد و پیشرفت را برای من فراهم می سازد.		
جامعه به من امکان می دهد تا استعدادهایم را شکوفا سازم.		
به عنوان یک فرد، مورد احترام جامعه هستم.		
قوانین موجود در جامعه حامی من هستند.		
آداب و رسوم جامعه ام را می پسندم.		
در تصمیم گیری های جامعه فرد تاثیرگذاری هستم.		
به افراد و اعضای جامعه اعتماد دارم.		
اگر دچار معلولیت یا از کار افتادگی شوم، می توانم از مزایای اجتماعی بهره مند شوم.		
جامعه، امکانات لازم را برای تامین امنیت من و خانواده ام فراهم می آورد.		
برنامه های رسانه های مانند رادیو و تلویزیون به رشد و پیشرفت من کمک می کنند.		
من در محله ام احساس امنیت و آرامش دارم.		
در گروه های اجتماعی مانند خیریه ها، گروه های مذهبی، شورای محله، شوراهای کارمندی یا مشابه اینها، شرکت می کنم.	خانواده	
سعی می کنم نظراتم را در مورد مسائل اجتماعی، به گوش دیگر افراد جامعه برسانم.		
در زمان بیماری، به خدمات پزشکی مناسب دسترسی دارم.		
خانواده از لحاظ روحی و عاطفی حامی من است.		
اعضای خانواده، به من ابراز محبت و عشق می کنند.		
از رابطه با اعضای خانواده راضی هستم.		
اگر دچار از معلولیت یا از کار افتادگی شوم، خانواده از من حمایت می کند.		
خانواده نقش زیادی در تامین شادمانی و پر کردن اوقات فراغت من دارند.		
خانواده امکان رشد معنوی و دینی مرا فراهم می سازد.		
دوستانم از لحاظ روحی و عاطفی حامی من هستند.		افراد پیرامون بجز خانواده (بستگان، دوستان و ...)
به جز اعضای خانواده، افراد دیگر هم به من ابراز محبت و دوستی می کنند.		
به خاطر کارهای مثبتی که انجام می دهم، مورد تقدیر قرار می گیرم.		
در زمان بروز مشکل مالی، فردی هست که به من کمک کند.		
از دیگران، موقع بیماری یا ناتوانی مراقبت می کنم.		
از رابطه با دوستانم راضی هستم.		
در جمع های دوستانه مانند مهمانی و دید و بازدیدها شرکت می کنم.		
با دیگران در زمان مشکل روحی یا عاطفی، همدردی می کنم.		

## نتایج اولین پیمایش ملی سلامت اجتماعی ایرانیان - ۱۳۹۳

### سابقه و هدف :

پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی با رویکرد توصیفی-تحلیلی است که در شهریور سال ۱۳۹۳ در کل استانهای کشور انجام شده است. کل تعداد نمونه ۱۰۵۰۰ نمونه بوده است که براساس نتایج مطالعه قبلی برآورد شده است. نمونه گیری در هر استان، در سه سطح شهر مرکز استان، شهر غیر مرکز استان و روستا متناسب با جمعیت هر منطقه براساس داده های مرکز آمار ایران انجام گرفته است. ابزار مورد استفاده، ابزار بومی **سنجش سلامت اجتماعی ایرانیان** بوده است که در تحقیق جداگانه شاخص های روانسنجی آن تایید و بررسی شده است. نظارت بر کیفیت داده های جمع آوری شده بر طبق پروتکل مشخص توسط ناظرین میدانی در زمان مراجعه پرسشگران و در مرحله بعد در زمان ورود داده ها انجام گرفته است.

در این تحقیق سلامت اجتماعی با استفاده از پرسشنامه حاوی ۳۳ سوال در سه حیطه شامل حیطه خانواده (با ۶ سوال)، حیطه دوستان و آشنایان (با ۹ سوال) و حیطه جامعه (با ۱۹ سوال) سنجیده شده است. اطلاعات دموگرافیک و شاخص های وضعیت اقتصادی اجتماعی سنجیده شده است. در کنار سلامت اجتماعی وضعیت چند شاخص مرتبط دیگر سلامت شامل کیفیت زندگی، نشاط، رضایت از زندگی، و ارزیابی خود ادراک سلامت سنجیده شده است.

### یافته ها :

عدد همبستگی نمره سلامت اجتماعی با شاخص رضایت از زندگی، شادی، کیفیت زندگی و ارزیابی سلامت خود ادراک، به ترتیب ۰,۴۸، ۰,۴۷، ۰,۳۲، بدست آمد. ۴۹,۲ درصد شرکت کنندگان مرد و ۵۰,۸ درصد زن بودند. ۵۲,۸ درصد ساکن شهرهای مرکز استان، ۱۵,۸ درصد ساکن شهر غیر مرکز استان و ۳۱,۳ درصد ساکن روستا ها بودند. ۱۱,۱ درصد شرکت کنندگان بیسواد بودند. حدود ۴۰,۴ درصد شرکت کنندگان شاغل، حدود ۸,۱ درصد بیکار و بقیه خانه دار، بازنشسته یا محصل بودند. میانگین به دست آمده برای نمره سلامت اجتماعی برابر ۹۹,۹۱ (در مقیاس از ۳۳ تا ۱۶۵)، برای نمره حیطه خانواده ۲۲,۷۷ (در مقیاس از ۶ تا ۳۰)، برای نمره حیطه "دوستان و آشنایان" ۲۷,۶ (در مقیاس از ۹ تا ۴۵) و برای حیطه جامعه ۵۱,۲۴ (در یک مقیاس از ۱۹ تا ۹۵) بدست آمد. در نمره سلامت اجتماعی سه استان گیلان، آذربایجان غربی و مازنداران دارای بالاترین سطح و سه استان مرکزی، کرمان و خراسان شمالی پایین ترین سطح را داشتند. مهمترین عوامل تاثیر گذار بر کاهش سطح سلامت اجتماعی، کم بودن میزان مساحت محل سکونت، بیکاری، رده سنی ۱۸ تا ۳۰ سال، فوت یا طلاق همسر و بالابودن میزان تحصیل می باشد. محل زندگی (شهر یا روستا) و قومیت تاثیری بر میزان سلامت اجتماعی نداشت.

### بحث:

مهمترین متغیرهای موثر بر سطح سلامت اجتماعی متغیرهای مرتبط با وضعیت اقتصادی بوده است. در گروه هایی مانند افراد بدون شغل و برخی قومیتها این رقم پایین تر است. در عین حال تحصیلات رابطه عکس دارد که این می تواند ناشی از افزایش انتظارات اجتماعی (social expectations) در بین چنین گروه هایی باشد، بطوریکه با وجود ارتقای شاخص های عینی (objective) شاخص های ذهنی و خودادراک پایین تر می شود. با توجه به یافته ها، می توان نتیجه گیری کرد که سلامت اجتماعی کلی ما در وضعیتی متوسط است. در حیطه خانواده وضعیت نسبتا مطلوب، در حیطه دوستان و آشنایان متوسط و در حیطه جامعه، پایین تر از متوسط است. در عین حال افت حدود ۵ درصد در میزان نمره سلامت اجتماعی در سه شهر شامل ارومیه، تهران و اصفهان در مقایسه با اردیبهشت سال ۱۳۹۱ دیده می شود. نتیجه نهایی اینکه با توجه به آغاز طرح تحول سلامت و وجود اطلاعات پایه ای حاضر از سطح سلامت اجتماعی، سال آینده بهترین زمان برای انجام مداخلات ارتقا سلامت اجتماعی می باشد.



یافته های کلیدی

جدول ۱- نمره کلی سلامت اجتماعی و حیطه های آن در کل نمونه

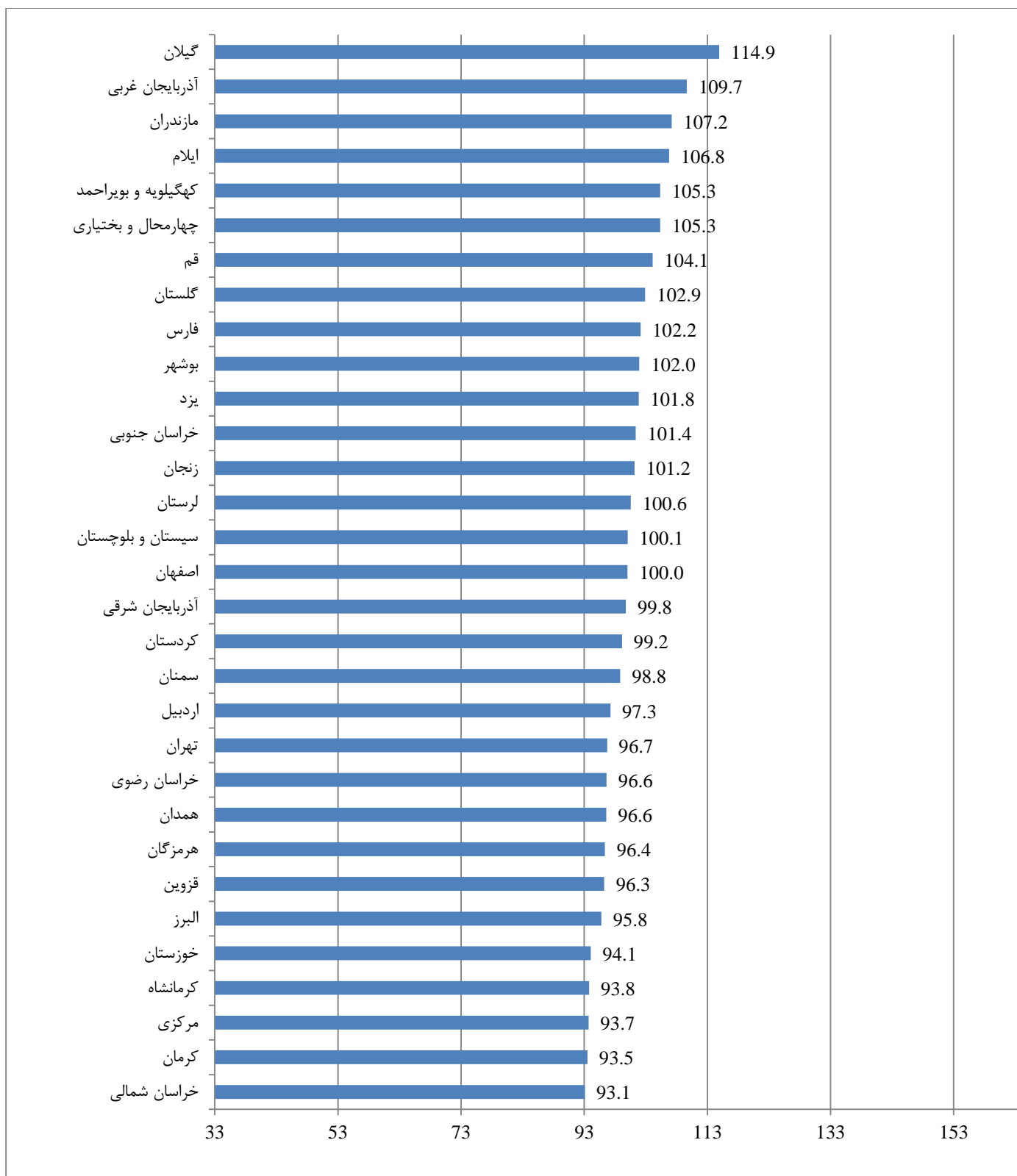
انحراف معیار	میانگین	حداکثر	حداقل	تعداد	
۲۱.۹	۹۹.۹۱	۱۶۵	۳۳	۱۰۲۴۴	نمره کلی سلامت اجتماعی
۵.۳	۲۲.۷۷	۳۰	۶	۱۰۲۴۰	نمره حیطه خانواده
۶.۸	۲۵.۹۹	۴۰	۸	۱۰۲۲۰	نمره حیطه دوستان و آشنایان
۱۵.۰	۵۱.۲۴	۹۵	۱۹	۱۰۲۳۶	نمره حیطه جامعه

تحلیل وضعیت شاخص های مثبت سلامت

جدول ۲ - وضعیت شاخص های مثبت سلامت در کل نمونه

انحراف معیار	میانگین	حداکثر	حداقل	تعداد	سوال مربوطه	حیطه
۱.۰	۳.۴۵	۵.۰	۱.۰	۱۰۰۵۸	بطور کلی از زندگی خودم رضایت دارم.	رضایت از زندگی
۱.۱	۳.۲۸	۵.۰	۱.۰	۱۰۰۲۲	بطور کلی، خود را فردی شاد می دانم.	نشاط
۰.۸	۳.۵۶	۵.۰	۱.۰	۱۰۰۶۹	در کل، کیفیت زندگی شما چطور است؟	کیفیت زندگی
۰.۹	۳.۶۶	۵.۰	۱.۰	۱۰۰۵۹	در حال حاضر، سلامت خود را چگونه ارزیابی می کنید؟	ارزیابی سلامت

نمودار ۱- رتبه نمره کلی سلامت اجتماعی در استانها



## نتیجه گیری:

عدد به دست آمده برای سلامت اجتماعی کل کشور ۹۹,۹ در یک مقیاس از ۳۳ تا ۱۶۵ است. که در واقع عددی در میانه راه ۳۳ تا ۱۶۵ است. با فرض اینکه ۳۳ بدترین وضعیت و ۱۶۵ بهترین وضعیت باشد، وضعیت حاضر یک وضعیت میانه است.

با در نظر گرفتن چنین فرضی برای سه حیطة سلامت اجتماعی می توان نتایج زیر را گزارش کرد.

- در مورد حیطة خانواده: نمره بدست آمده ۲۲,۷ در یک مقیاس ۶ تا ۳۰، به عدد ۳۰، یعنی وضعیت مطلوب نزدیکتر است.
- در مورد حیطة "دوستان و آشنایان" نمره به دست آمده ۲۵,۹ در یک مقیاس ۹ تا ۴۵ تقریباً با فاصله یکسان از دو حد بالا و پایین است.
- در مورد حیطة "جامعه" عدد بدست آمده یعنی ۵۱,۲ در یک مقیاس ۱۹ تا ۹۵، به حد پایین نزدیکتر است.

در کل شاید بتوان نتیجه گیری کرد که سلامت اجتماعی کلی ما در وضعیتی متوسط است. در حیطة خانواده وضعیت نسبتاً مطلوب، در حیطة دوستان و آشنایان متوسط و در حیطة جامعه تا پایین تر از متوسط است.

## مقایسه نتایج با مطالعات قبلی

روند میزان سلامت اجتماعی:

خلاصه ای از نتایج مطالعه مشابه در اردیبهشت سال ۱۳۹۱ در زیر آمده است:

در مطالعه انجام گرفته، ۸۰۰ نمونه مورد سوال قرار گرفتند که ۵۱ درصد شرکت کنندگان مرد و ۴۹ درصد زن بودند. حدود ۳۳ درصد شرکت کنندگان دارای تحصیلات دانشگاهی و تعداد ۷ درصد بیسواد بودند. حدود ۳۵ درصد شرکت کنندگان شاغل، حدود ۹ درصد بیکار و بقیه خانه دار، بازنشسته یا محصل بودند.

در کل می توان نتیجه گرفت که شاخص کل سلامت اجتماعی در سه شهر تهران، اصفهان و ارومیه در شهریور ۱۳۹۳ به نسبت اردیبهشت ۱۳۹۱ کاهش پیدا کرده است که عمده این کاهش منتسب به حیطة جامعه می باشد. در حیطة های خانواده و حیطة "دوستان و آشنایان" تفاوت چندانی دیده نمی شود. در مقایسه نتایج فعلی (شهریور ۱۳۹۳) به دست آمده در سه شهر تهران، اصفهان و ارومیه با مطالعه قبلی (۸۰۰ نمونه اردیبهشت ۹۱ در سه شهر تهران، اصفهان و ارومیه)، عدد کلی سلامت اجتماعی حدود ۵ درصد کاهش پیدا کرده است. نمرات حیطة خانواده تقریباً بدون تغییر و در حیطة "دوستان و آشنایان" تقریباً ۲ درصد کاهش دیده شد هاست. در حیطة "جامعه" حدود ۶ درصد کاهش داشته ایم. علت این تغییرات ممکن است بدلالی مانند دشواریهای اقتصادی و یا افزایش انتظارات اجتماعی باشد. در کل می توان نتیجه گرفت که شاخص کل سلامت اجتماعی در سه شهر تهران، اصفهان و ارومیه در شهریور ۱۳۹۳ به نسبت اردیبهشت ۱۳۹۱ کاهش پیدا کرده است که عمده این کاهش منتسب به حیطة جامعه می باشد. در حیطة های خانواده و حیطة "دوستان و آشنایان" تفاوت چندانی دیده نمی شود.

**روند شاخص های سلامت مثبت (positive health):**

مقایسه نتایج حیطة "رضایت از زندگی" در مطالعه حاضر با مطالعه ای در سال ۲۰۰۶ که بصورت کشوری با نمونه ۱۲۰۰۰ نفری و با استفاده از متد و ابزار مشابه انجام شده است، چهار درصد کاهش مشاهده می شود.

مقایسه نتایج حیطة "سلامت خود ادراک" در مطالعه حاضر با مطالعه ای در سال ۲۰۰۹ که بصورت کشوری با نمونه

۲۸۰۰۰ نفری و با استفاده از متد و ابزار مشابه انجام شده است، سه و نیم درصد کاهش مشاهده می شود. مقایسه نتایج حیطه "نشاط" در مطالعه حاضر با مطالعه ای در سال ۲۰۰۹ که بصورت کشوری با نمونه ۲۸۰۰۰ نفری و با استفاده از متد و ابزار مشابه انجام شده است، سه وهفت درصد کاهش مشاهده می شود.

### متغیر های موثر بر سلامت اجتماعی

مهمترین متغیرهای موثر بر سطح سلامت اجتماعی متغیرهای مرتبط با وضعیت اجتماعی اقتصادی بوده است. در گروه هایی مانند افراد بدون شغل، برخی قومیتها این رقم پایین تر است. در عین حال تحصیلات رابطه عکس دارد که این می تواند ناشی از افزایش انتظارات اجتماعی (social expectations) در بین چنین گروه هایی باشد. بطوریکه با وجود ارتقای شاخص های عینی (objective) شاخص های ذهنی و خودادراک پایین تر می شود.

پیشنهادات:



کار فردی:

نتایج حاصل از نمره سلامت اجتماعی برای خودتان را با اعداد کشوری مقایسه کنید.

منابع (References):

1. World Health Organization (2011). About WHO, Definition of health. Available from <https://apps.who.int/aboutwho/en/definition.html>.
۲. دکتر حسن رفیعی، مرسته سمیعی، مصطفی امینی رازانی، مهدی اکبریان، سلامت اجتماعی ایران: از تعریف اجماع مدار تا شاخص شواهد مدار. نخستین هم اندیشی ملی سلامت اجتماعی مجموعه مقالات و سخنرانی ها. تهران، تیر ماه ۱۳۸۹
3. Wallace RB, Kohatsu N (2006). Public health & preventive medicine (Maxcy-Rosenau- last). 15<sup>th</sup> ed. Mc Graw- Hill, New York. 39-48.
4. McDowell I (2006). Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires, 3<sup>rd</sup> ed. Oxford University Press, New York, 520.
۵. گزارش فعالیت اداره سلامت اجتماعی، دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد، معاونت سلامت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۸.
۶. ججت الاسلام محمود مرویان، سلامت اجتماعی. نخستین هم اندیشی ملی سلامت اجتماعی مجموعه مقالات و سخنرانی ها. تهران، تیر ماه ۱۳۸۹.
۷. دکتر حسن رفیعی، گزارش تحقیقاتی تدوین شاخص ترکیبی سلامت اجتماعی در ایران، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، گروه پژوهشی رفاه اجتماعی، دی ۱۳۸۷.
8. Rafeiey H (2011). The Social Health of Iranians: From a Consensus-based Definition to an Evidence-based Index. In: book of 1<sup>st</sup> National Symposium of Social Health. Eds, Hasan Rafeiey. Iran Ministry of health & Medical Education, Tehran, 15-30. (Persian document)
9. Russel RD (1973). Social health: an attempt to clarify this dimension of well-being. Int J Health Education, 16: 74-82.
10. Burnard P (1991). A method of analyzing interview transcripts in qualitative research. Nurse Education Today. 11(6): 461-466.
11. Burnard P, Gill P, Stewart K, Treasure E, Chadwick B (2008). Analysing and presenting qualitative data. British Dental Journal. 204: 429-432.
12. Castel L, Williams K, Bosworth H, Eisen S, Hahn E, Irwin D, et al (2008). Content validity in the PROMIS social-health domain: A qualitative analysis of focus-group data. Qual Life Res. 17(5): 737-749.

13. Jordan A (2010). Evaluating a Measure of Social Health Derived from Two Mental Health Recovery Measures: The California Quality of Life (CA-QOL) and Mental Health Statistics Improvement Program Consumer Survey (MHSIP), *Community Ment Health J*, 47(4): 454–462.
14. Breslow L (1972). A quantitative approach to the World Health Organization definition of health: physical, mental and social well-being. *International Journal of Epidemiology*, 1(4): 347-355.
15. Brekke JS, Long JD, Kay DD (2002). The structure and invariance of a model of social functioning in schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190(2), 63–72.
16. Dijkers MP, Whiteneck G, El Jaroudi R (2000). Measures of social outcomes in disability research. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 81(12 Suppl 2), S63–S80.
17. Henderson S, Duncan-Jones P, Byrne DG, Scott R (1980). Measuring social relationships. The interview schedule for social interaction. *Psychological Medicine*, 10(4), 723–734.
18. Birchwood M, Smith J, Cochrane R, Wetton S, Copestake S (1990). The social functioning scale. The development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programs with schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry*, 157, 853–859.
19. Keyes CM, Shapiro A (2004). Social well-being in the US: A descriptive epidemiology. In: *Healthing are you ? A national study of wellbeing of midlife*. Eds, Brim G, Ryff C, Ryff D, Kessler D. 1<sup>st</sup> ed. University of Chicago Press, United States. 350-373.
20. Horowitz LM, Rosenberg SE, Baer BA, Ureno G, Villasenor VS (1988). Inventory of interpersonal problems: Psychometric properties and clinical applications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 885–892.
21. Rafeiey H (2010), The Social Health of Iran: From a Consensus-based Definition to an Evidence-based Index, *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*.16(3): 299. (Persian document)

فصل دوم:  
توانمند سازی فردی



تدوین:  
دکتر فهیمه فتحعلی لواسانی

### مقدمه

سلامت افراد جامعه در معنای کلی آن - سلامت جسمی، روانی و اجتماعی - موضوع بسیار مهمی است که دولت ها باید در سیاست گذاری های خود به آن توجه داشته باشند. سلامت علاوه بر اینکه یکی از حقوق اساسی هر انسانی محسوب می شود، پیش نیاز توسعه پایدار نیز می باشد. اگرچه عوامل اجتماعی، اقتصادی و سیاسی مانند فقر، دسترسی ضعیف به مراکز بهداشتی، پایین بودن سطح سواد افراد جامعه، فقدان منابع حمایتی و ... روی سلامت اثر می گذارد و دولت ها باید روی بهبود این شاخص ها سرمایه گذاری کنند ولی توانمند کردن افراد نیز از اهمیت ویژه ای در ارتقاء سلامت کلی و پیشگیری از بروز آسیب های روانی اجتماعی برخوردار است. در این میان مراکز مراقبت اولیه بهداشتی که ممکن است اولین نقطه تماس اقشار آسیب دیده و یا آسیب پذیر جامعه باشند، می توانند نقش مهمی را در توانمند سازی افراد ایفا کنند تا این گروه از افراد جامعه بتوانند تصمیم های آگاهانه ای برای بهبود شرایط زندگی خود گرفته، از خود در برابر آسیب های روانی اجتماعی محافظت کنند و با یادگیری مهارت های مقابله ای و اتخاذ یک سبک زندگی سالم، سلامت و رفاه روانی و اجتماعی خود را ارتقاء دهند. نیاز به توضیح نیست که بهبود سلامت جسمی، روانی و اجتماعی خانواده ها به بهبود سلامت کل جامعه کمک خواهد کرد. در راهنمای حاضر ابتدا به مفاهیم نظری توانمند سازی اشاره کوتاهی خواهد شد و سپس راهنمای عملی آن در قالب چهار جلسه توضیح داده می شود.



### تعریف توانمند سازی

توانمند سازی اشاره به این دارد که افراد قدرت فکر کردن و رفتار کردن آزادانه و تصمیم گیری را به دست آورده و از اینرو بتوانند سلامت خود را در ابعاد مختلف جسمی، روانی و اجتماعی ارتقاء بخشیده و افراد مهمی و تاثیرگذاری در جامعه شوند. توانمند سازی شامل موارد زیر می شود:

1. افزایش دانش و اطلاعات فرد درمورد حقوق خود؛ سلامت جسمی، روانی و اجتماعی و منابع و حمایت های موجود در جامعه
  2. رشد عزت نفس و اعتقاد به توانایی خود برای ایجاد تغییرات مطلوب در زندگی خویش و کنترل آن
  3. رشد توانایی تاثیرگذاری بر تغییرات اجتماعی به منظور ایجاد یک نظم اجتماعی و اقتصادی منصفانه تر در سطح اجتماعی و ملی
- واضح است که مورد آخر بیشتر از طریق برنامه های اجتماع محور حاصل می شود.

### شاخص های توانمندی افراد

در زیر شاخص های توانمندی افراد در سطح فردی که به بهبود سلامت و کیفیت زندگی آنها می انجامد، اشاره شده است:

- ✓ ظرفیت مشارکت در تصمیم گیری های خانوادگی
- ✓ توانایی تصمیم گیری مستقل
- ✓ مشارکت عملی در تصمیم گیری- بویژه در مورد مسائل خانوادگی و مراقبت و تربیت فرزندان
- ✓ دسترسی به خدمات بهداشتی
- ✓ دسترسی به اطلاعات مربوط به سلامت
- ✓ دسترسی به آموزش/ یا کلاس های سوادآموزی
- ✓ دسترسی به منابع مالی و امکان درآمدزایی
- ✓ عزت نفس بالا
- ✓ دسترسی به اطلاعات مربوط به خشونت خانگی و سازمان ها و موسسات حمایتی
- ✓ دسترسی به مراکز مشاوره

✓ امکان و توانایی شرکت در سازمان های اجتماعی

### مداخلات ضروری برای توانمند سازی افراد

برای توانمندسازی افراد سه استراتژی مهم وجود دارد که در زیر این استراتژی ها و فعالیت های مربوط به هر یک آمده است:

#### (۱) بهبود وضعیت سلامت جسمی، روانی و اجتماعی افراد

- افزایش آگاهی در مورد حقوق فردی و موضوعات مربوط به سلامت
- دسترسی به خدمات سلامت
- آموزش سبک زندگی سالم

#### (۲) ظرفیت سازی

- فراهم کردن امکان سوادآموزی و ادامه تحصیل
- آموزش مهارت های زندگی با تاکید بر مهارت های مقابله ای
- فراهم کردن آموزش شغلی و امکان کسب درآمد
- آموزش مهارت تصمیم گیری
- رشد عزت نفس، خودمختاری و تصمیم گیری مستقل
- آموزش پیشگیری از خشونت

#### (۳) ایجاد انگیزه برای تغییر

- درک اهمیت تغییر
- اعتماد به خود برای ایجاد تغییر

## بخش دوم- راهنمای عملی

مشاوره نوعی ارتباط بین دو یا چند نفر است که در آن مشاور به مراجع کمک می کند تا مشکلات شخصی خود را که ماهیت رفتاری، ارتباطی و روان شناختی دارد حل و فصل کرده و یا از وقوع آن پیشگیری کند. در فرایند مشاوره، علاوه

بر ارائه اطلاعات ضروری در مورد مشکل و فراهم آوردن حمایت های مورد نیاز ، به افراد مهارت های تصمیم گیری و مقابله ای لازم آموزش داده می شود تا قادر شوند در مورد شرایط زندگی خود، تصمیم های آگاهانه ای بگیرند و مقابله موثری با مشکلات داشته باشند و به این ترتیب سلامت و کیفیت زندگی خود را ارتقاء بخشد. بنابراین هدف مشاوره در هر زمینه ای از جمله در حوزه مشکلات و آسیب های روانی اجتماعی مستلزم توانمند سازی افراد برای بیرون آمدن از نقش قربانی و کسب قدرت درونی برای تصمیم گیری، حل مساله و کنترل موقعیت زندگی خود می باشد. توانمند سازی یکی از مهمترین اقداماتی است که برای افراد در معرض خشونت و خانواده های آسیب پذیر انجام می شود تا سلامت و کیفیت زندگی آنها بهبود یافته و توانایی بیشتری برای مقابله با مشکلات زندگی و پیشگیری از بروز آسیب های روانی اجتماعی پیدا کنند. در مجموع اهداف توانمند سازی در این راهنما عبارت است از:

۱. توانمند کردن فرد برای ایجاد تغییرات مطلوب و عملی در موقعیت فعلی زندگی
۲. توانمند کردن فرد برای بهبود سلامت جسمی و روانی
۳. توانمند سازی فرد برای پیشگیری از آسیب های اجتماعی

در راهنمای زیر ابتدا تکنیک های انگیزشی برای افزایش انگیزه آموزش داده شده و سپس مهارت های تصمیم گیری و مقابله ای برای پیشگیری از بروز آسیب های اجتماعی مورد بحث قرار می گیرد و در انتها سبک زندگی سالم مورد تاکید قرار می گیرد.

در مقابل وسوسه رفتار با مراجع به عنوان یک فرد درمانده و تصمیم گیری برای او مقاومت کنید. چون شما باید وی را توانمند کنید تا بتواند بر زندگیش کنترل داشته باشد. این کار به رشد اعتماد بنفس او کمک می کند.

## جلسه اول

### اهداف:

- ۱) ایجاد- یا افزایش- انگیزه برای تغییر
- ۲) ایجاد آمادگی شناختی برای تغییر
- ۳) آموزش هدف گذاری

## مروری بر جلسه

این جلسه عمدتاً اختصاص به آماده کردن مراجع برای ایجاد تغییرات مثبت در زندگی‌شان دارد. برای این منظور، ابتدا با استفاده از تکنیک‌های ساده مصاحبه‌انگیزی، انگیزه مراجع برای ایجاد تغییر تقویت می‌شود و سپس با شناسایی و به چالش کشیدن افکار منفی، آمادگی شناختی وی نیز افزایش می‌یابد. در انتها، مهارت هدف‌گذاری آموزش داده می‌شود تا مراجع بتواند تغییر مورد نظر خود را تبدیل به یک هدف روشن، واقع‌بینانه و قابل دسترس کرده و یک برنامه عملی برای رسیدن به آن را طراحی کند.

### ۱. مصاحبه انگیزشی

مصاحبه انگیزشی یک مداخله مراجع محور است که به تقویت انگیزه مراجع برای انجام یک اقدام مناسب کمک می‌کند و رویکردی است که برای افزایش انگیزه درونی مراجع برای تغییر و کاهش مقاومت وی در این زمینه طراحی شده است. در این مصاحبه بر اهمیت روشن شدن مشکل و ضرورت تغییر تاکید می‌شود و در عین حال از بحث و جدل با مراجع اجتناب می‌شود. اصل اساسی این است که این خود مراجع است که باید متوجه اهمیت تغییر شده و برای آن دلیل بیاورد و خود را به انجام تغییر متعهد کند. این مصاحبه یک مجموعه از تکنیک‌ها نیست بلکه یک "شیوه بودن با افراد" است و لذا همکاری بین مشاور و مراجع یکی از مهمترین ویژگی‌های آن است. در واقع، این ماهیت همکاری‌کننده است که فضای بین فردی مثبتی را ایجاد می‌کند که موجب تسهیل فرایند تغییر می‌شود. مشاور در صدد القاء چیزی به فرد نیست بلکه انگیزه برای تغییر را در درون خود فرد جستجو کرده و سعی می‌کند تا آن را بیرون بکشد. در مجموع این مصاحبه دو هدف عمده دارد: (۱) مراجع متوجه اهمیت تغییر بشود و (۲) به توانایی خود برای ایجاد تغییر اعتماد کند و به انجام آن متعهد شود.

**"انگیزه یک احساس نیاز یا نیروی درونی هشیار یا ناهشیار است که فرد را به سمت انجام یک عمل یا هدف، سوق می‌دهد". انگیزه در انجام هر رفتاری و یا تغییر هر عادت و یا الگوی رفتاری نقش کلیدی را بازی می‌کند.**

### گام اول - تعیین تغییرات مطلوب

برای اکثر خانواده‌های آسیب پذیر و یا آسیب دیده، انجام اقدامی برای تغییر دشوار است. آنها ممکن است به دلیل شرایط زندگی خود به این نتیجه رسیده باشند که کاری برای بهبود شرایط خود نمی‌توانند انجام دهند و لذا اغلب احساس نومیدی و درماندگی می‌کنند. ولی شرایط زندگی مراجع هر چقدر هم غیر قابل تغییر باشد، می‌توان اقداماتی برای بهبود آن انجام داد. بنابراین اولین کاری که باید برای ایجاد انگیزه انجام دهید این است که موقعیت فعلی وی را بررسی کنید و از او سوال کنید دوست دارد موقعیت فعلی اش چه تغییری کند تا قابل تحمل تر شده و یا احساس

بهتری داشته باشد؟ افراد ممکن است در پاسخ به این سوال پاسخ های متفاوتی بدهد. برای مثال زنی که در معرض خشونت همسرش قرار دارد ممکن است پاسخ های زیر را بدهد:

- ✓ بهبود شرایط مالی
- ✓ کاهش انزوا مثلا شرکت در یک فعالیت اجتماعی گروهی
- ✓ والدینی بهتر
- ✓ بهبود سلامت جسمی
- ✓ ترک همسر
- ✓ دریافت عاطفه و محبت بیشتر از همسر
- ✓ رفتن همسر پیش مشاور/ روان شناس
- ✓ ترک مواد همسر

سه مورد آخر آشکارا خارج از کنترل زن است زیرا کاری است که باید همسر وی انجام دهد و ترغیب وی به انجام این کارها، می تواند کار دشوار و سختی باشد. بنابراین، به او کمک کنید تا تغییرات واقع بینانه را از تغییرات غیرعملی و یا بسیار دشوار تفکیک کند و تاکید کنید که بیشتر روی کارهایی که خودش می تواند انجام دهد، تمرکز کند.

#### گام دوم - درک اهمیت تغییر مورد نظر

هدف این قسمت، درک اهمیت تغییر و کارهایی است که مراجع دوست دارد برای بهبود شرایط زندگی اش انجام دهد. برای اینکه مراجع متوجه اهمیت تغییر شود می توان از روش های مختلفی استفاده کرد که در اینجا به چند مورد از آنها اشاره شده است.

- **سوالات باز در مورد دلایل و یا نیاز به ایجاد تغییر - ساده ترین و مستقیم ترین روش، پرسیدن یک سری سوالات باز در مورد دلایل ایجاد تغییر است .** پرسیدن این سوالات مراجع را ترغیب می کند دلایل خود را برای تغییر بیان کند :

" فکر می کنی چرا به پیدا کردن یک کاری که بتونی در خانه انجام بدی، احتیاج داری؟"  
" اگر بتوانی علاوه بر کار کردن، درست را هم بخوانی چه چیزهای خوبی اتفاق می افتد؟"

- **خط کش یا مقیاس اهمیت -** در این روش ابتدا از فرد خواسته می شود تا براساس یک مقیاس ۰ تا ۱۰ به میزان اهمیتی که تغییر مورد نظر برای او دارد یک نمره بدهد. پس از اینکه مراجع یک عددی را ذکر کرد باید سوال دوم پرسیده شود: " چرا به آن ... ( یک یا چند عدد پایین تر از نمره داده شده) ندادی؟" این سوال، معمولا باعث می شود که مراجع دلایل خود را برای تغییر بیان کرده و به نفع تغییر، دلیل بیاورد.

- **بررسی جنبه های مثبت و منفی شرایط فعلی -** در این روش از مراجع خواسته می شود تا در مورد هر دو جنبه مثبت و منفی رفتار فعلی خود صحبت کند. این کار این مزیت را دارد که در مراجع احساس راحتی ایجاد کرده و موجب می شود که در مورد هر دو جنبه مثبت و منفی فکر کند. نکته مهم این است که فرد بتواند در یک تصویر

کلی، هردو جنبه رفتار خود را مشاهده کند. مشاور می تواند از برگه تصمیم گیری نیز استفاده کند و از فرد بخواهد تا هزینه ها و مزایای وضعیت فعلی خود را روی آن فهرست کند.

- **پرسش از حدنهایت ها** - این روش شامل دو پرسش از بدترین پیامدهای عدم تغییر و بهترین پیامدهای تغییر است. وقتی به نظر می رسد مراجع تمایل کمی برای تغییر دارد یک روش موثر برای روشن کردن اهمیت تغییر آن است که از وی خواسته شود تا شدیدترین نگرانی های خود ( و یا دیگران) را توصیف کرده و شدیدترین پیامدهای منفی متعاقب آن را تصور کند و سپس از او خواسته می شود تا بهترین پیامدهای حاصل از تغییر رفتار فعلی اش را تصور کند.

" اگر هیچ کاری برای درمان افسردگی ات نکنی ، بدترین اتفاقی که ممکن است برای تو بیفتد، چیست؟"

" اگر افسردگی ات درمان شود، بهترین اتفاقی که ممکن است برای تو بیفتد، چیست؟"

- **بررسی اهداف و ارزش ها**-روش موثر دیگر برای ایجاد انگیزه ، بررسی اهداف و ارزش های مراجع است. هر کسی اهداف و ارزش هایی دارد که بررسی و روشن شدن آنها به وی کمک می کند تا وضعیت فعلی خود را در رابطه با آنها مقایسه کند. در مصاحبه انگیزشی، هدف از بررسی و روشن سازی اهداف و ارزش ها ، بررسی شیوه هایی است که رفتار فعلی فرد با این ارزش ها و اهداف مغایرت دارد و یا مانع از دستیابی به آنها می شود. وقتی مشاور مهمترین اهداف و ارزش های مراجع را تعریف و مشخص می کند می تواند وضعیت فعلی وی را با آنها مقایسه کند. هدف از این کار ، ایجاد ناهمخوانی بین اهداف و ارزش ها و رفتار فعلی مراجع است.

#### **گام سوم - افزایش اعتماد به خود برای ایجاد تغییر**

مولفه دیگری که روی انگیزه و آمادگی برای تغییر اثر می گذارد باور به " قادر بودن" به ایجاد تغییر است. " اعتماد" واژه ای است که برای توصیف میزانی که فرد احساس می کند قادر به تغییر هست مورد استفاده قرار می گیرد. بطور کلی، افراد وقتی برای تغییر آمادگی دارند که هم به این نتیجه برسند که تغییر مهم است و آن را می خواهند ( اهمیت) و هم اینکه قادر به انجام آن هستند ( اعتماد). فردی که تمایل زیادی برای تغییر دارد ولی آن را دور از دسترس ادراک می کند احتمال اینکه یک اقدام عملی را برای ایجاد تغییر انجام دهد، کم است. در اینجا به روش های افزایش اعتماد برای ایجاد تغییر اشاره شده است:

- **سوالات باز** - یکی از روش های موثر برای ایجاد و افزایش اعتماد، پرسیدن سوالاتی است که مراجع در پاسخ به آن تشویق شود تا به آن دسته از تجارب و ادراکات خود که حاکی از توانایی برای تغییر است، اشاره کند. سوالات باز ، بهترین روش برای این کار هستند:

" چطور می توانی این تغییر را ایجاد کنی؟"

" چه چیز به تو این اطمینان را می دهد که می توانی آن را انجام دهی؟"

- **خط کش یا مقیاس اعتماد** - این مقیاس نیز مثل مقیاس اهمیت از ۰ تا ۱۰ درجه بندی می شود و مراجع باید بر اساس آن میزان اعتمادی را که به خود برای ایجاد تغییر دارد، درجه بندی کند. پس از اینکه فرد میزان اعتماد خود را درجه بندی کرد باید این سوال پرسیده شود که چرا نمره کمتری به خود نداده است. مثلا چرا ۶ چرا ۳ نه؟ این سوال موجب می شود که فرد در مورد توانمندی های خود فکر کرده و آن را بیان کند.

- **مرور موفقیت های گذشته** - روش دیگر افزایش اعتماد، بررسی موفقیت های قبلی مراجع است. در این روش مشاور باید به دنبال تغییراتی باشد که مراجع به میل خود - و نه به اجبار دیگران - آن را انجام داده است و از آن احساس رضایت می کند.  
 " چه وقتی در زندگیت تصمیم گرفتی کاری را انجام دهی و آن را انجام دادی. این کار می تواند یادگرفتن یک چیز جدید، کنار گذاشتن یک عادت و یا ایجاد تغییر مهمی در زندگیتان باشد. در مورد آن صحبت کنید".
- **نقاط قوت شخصی و حمایت ها** - پرسیدن نقاط قوت عمومی شخص، روش دیگری است که می تواند در ایجاد اعتماد کاربرد داشته باشد. در این روش مشاور باید در جستجوی ویژگی های شخصی مثبتی باشد که ویژگی های ثابت و درونی هستند. علاوه بر این، بررسی منابع حمایت اجتماعی که مراجع برای تغییر در اختیار دارد، کار مفیدی است:  
 "چه ویژگی هایی در تو وجود دارد، چه نقاط قوتی داری که می تواند در ایجاد این تغییر به تو کمک کند؟"  
 "آیا کسانی هستند که می توانی روی حمایت آنها حساب کنی؟ چه کسانی؟ در چه زمینه هایی می توانند به تو کمک کنند؟"
- **ارائه اطلاعات و توصیه** - ارائه اطلاعات و پیشنهادات از سوی مشاور نیز می تواند در تقویت اعتماد مفید باشد. در اینجا شما باید حمایت های روانی اجتماعی موجود در مرکز و در سطح جامعه را که می تواند به او برای ایجاد تغییر کمک کند، به وی پیشنهاد دهید. این حمایت ها باید متناسب با ماهیت تغییر مورد نظر مراجع باشد.

#### گام سوم - تقویت تعهد برای تغییر

پس از آنکه مراجع متوجه اهمیت تغییر شد و به توانایی خویش برای ایجاد آن اعتماد کرد، با خلاصه کردن گام های قبل و پرسیدن سوالات زیر، تعهد وی را به تغییر تقویت کنید:

"خوب، حالمی خواهی چکار کنی؟"  
 "حالا قدم بعدی چیست؟"

در این قسمت نیز می توانید نظرات تخصصی خود را بیان کنید. بویژه وقتی می بینید مراجع در حال رفتن به یک مسیر اشتباه است می توانید رویکرد مراجع محوری را کنار گذاشته و خطرات مسیری را که پیش گرفته است، مطرح کنید.

#### گام چهارم - حفظ انگیزه

وقتی فرد قدم های عملی را برای تغییر برمی دارد ممکن است با موانع و مشکلاتی مواجه شود که به انگیزه وی صدمه زده و نهایتاً موجب شود که دست از تلاش بردارد و به نقطه اول بازگردد. بنابراین حفظ انگیزه در فرآیند تغییر اهمیت زیادی دارد. روش های زیر می تواند به حفظ انگیزه کمک کند:

- بررسی مجدد فواید و مزایای رسیدن به اهداف
- شناخت توانمندی های خود که شامل نقاط قوتی است که آن را داراست و یا می تواند در خود ایجاد و تقویت کند

- در میان گذاشتن تصمیم خود با کسانی که از تصمیم وی برای تغییر، حمایت خواهند کرد
- مشورت با یک متخصص

## ۲. آمادگی شناختی برای تغییر

در مرحله قبل به مراجع آموزش دادید تا انگیزه خود را برای تغییر تقویت کند ولی این کار وقتی مفید خواهد بود که مراجع باور داشته باشد که بخشی از اوضاع و شرایط زندگیش و نیز اعمال و رفتارش، در کنترل خود اوست. اگر وی معتقد باشد علت تمام مشکلاتش بیرونی است و در کنترل وی نیست، قاعدتاً کاری هم برای تغییر اوضاع و شرایط انجام نمی‌دهد و احتمالاً تغییری هم اتفاق نخواهد افتاد. به همین دلیل کار دیگری که باید انجام دهید ایجاد آمادگی شناختی برای تغییر است.

### گام اول - توضیح ارتباط بین افکار و احساسات و رفتار

برای مراجع توضیح دهید افکار یا چیزهایی که در ذهن شما می‌گذرد و یا چیزهایی که در سرتان به خود می‌گویید، روی احساس و رفتار شما اثر می‌گذارد. این افکار شماست که تعیین می‌کند چه احساسی داشته باشید - غمگین، شاد، عصبانی، مضطرب و... - و چگونه رفتار کنید، چه تصمیمی بگیرید، چطور مشکلاتتان را حل کنید و چطور با دیگران ارتباط برقرار کنید. بهتر است برای روشن تر شدن موضوع برای مراجع چند مثال بزنید.

سپس اضافه کنید علاوه بر این، همه ما یک سری الگوها و یا عادت‌های فکری داریم که مرتب در موقعیت‌های مختلف و در رابطه با افراد مختلف به ذهن ما می‌رسد و تکرار می‌شود. پس عادت‌های فکری - مثل سایر عادت‌ها - افکاری هستند که مرتب در ذهن شما می‌چرخند و در موقعیت‌های مختلف و در رابطه با افراد مختلف تکرار می‌شوند. این عادت‌های فکری ممکن است عادت‌های سالم و مفید و یا ناسالم و غیر مفید باشند. عادت‌های فکری ناسالم و مضر معمولاً موجب رفتارها و تصمیم‌های غلط و یا مشکلات ارتباطی با دیگران می‌شود. سپس از مراجع سوال کنید برای مثال اگر معتقد باشید "همه مردم قابل احترام و قابل اعتماد هستند، مگر اینکه خلاف آن ثابت شود" نوع رفتار و ارتباط شما با مردم چطور خواهد بود؟ برعکس اگر معتقد باشید "مردم کلاهبردار و حقه باز هستند و به هیچ کس نباید اعتماد کرد"، چطور با آنها رفتار خواهید کرد؟

### گام دوم - آموزش تله‌های فکری شایع: الگوها یا عادت‌های فکری غلط و مشکل ساز

برای مراجع توضیح دهید بعضی از افکار ممکن است غلط باشند و شما را دچار مشکل کنند و یا اجازه ندهند که مشکلات خود را حل کنید و وضعیت زندگیتان را بهتر کنید. اگر این افکار تبدیل به عادت‌های فکری شوند آن وقت ممکن است مشکلات بزرگی را برای شما ایجاد کنند. گاهی به این عادت‌های فکری **تله‌های فکری** می‌گویند، چون واقعاً شما را به تله انداخته و باعث می‌شوند هیچ کاری برای بهبود اوضاع و شرایط خود انجام ندهید. سپس چند مثال از شایع‌ترین تله‌های فکری را برای مراجع مطرح کنید و از او بپرسید کدامیک از آنها برای وی آشناست و در مورد او صدق می‌کند.

- قربانی بودن



من یک قربانیم ، من قربانی این دنیای بیرحم هستم. روزگار با من خیلی بد تا کرد، اون از بچگیم که تو فقر و بدبختی گذشت اینم از حال و روز الانم". چقدر جملاتی شبیه این در ذهنان می چرخد؟ معمولا کسی که خود را قربانی اوضاع و شرایط و روزگار می داند و علت مشکلات خود را به گردن گذشته، خانواده، جامعه و یا یک دنیای بیرحم و ظالم می‌اندازد، کاری برای بهبود اوضاع زندگیش نخواهد کرد.

#### • سرزنش

" پدرم این تیکه را برای من گرفت و من را بدبخت کرد"، " من که اصلا اهل مواد و این حرفها نبودم، لب به سیگار هم نمی زدم، امان از رفیق بد". "از بس پدر مادرم به من سرکوفت زدند ، مجبور شدم این کار را بکنم". در این شیوه فکری، افراد مسئولیت رفتارها و کارهای اشتباهشان را نمی پذیرند و معتقدند این دیگران بودند که آنها را وسوسه یا مجبور به این کارها کردند.

#### • درماندگی

این الگوی فکری تا حدی نتیجه الگوی قربانی بودن است. اگر شما معتقد باشید که یک قربانی هستید و علت مشکلات و بدبختی هایتان، گذشته فلاکت بار، فقر یا روزگار است ، فکر می کنید کاری از دستتان برای تغییر زندگی اتان برمی آید و می توانید خود را از این بدبختی نجات دهید؟ فکر می کنید می توانید روزگاری را که با شما سر سازگاری ندارد با خود آشتی دهید تا اوضاع و احوالتان بهتر شود؟

#### • خوش بینی بیش از حد

در این شیوه فکری فرد فکر می کند همه چیز خودبخود درست خواهد شد و یا کارها خوب پیش خواهد رفت. " زندگی را سخت بگیری سخت می گذره، بالاخره دست از این کارهاش برمی داره و سر براه میشه". افرادی که این طرز فکر را دارند فکر می کنند که چون می خواهند اوضاع خوب پیش برود، همه چیز خوب پیش خواهد رفت . برای مثال ممکن است تلاشی برای بدست آوردن چیزی نکنند ولی فکر کنند همه چیز روبراه خواهد شد.

#### • فوریت

"من الان جوونم و ماشین خوب، خونه خوب و تفریح و سرگرمی می خوام، ۲۰ سال دیگه به چه درد من می خوره". افرادی که اینطور فکر می کنند معمولا علاقه ای به کارهایی که احتیاج به کار و تلاش زیاد دارد، ندارند و همیشه دنبال راه میان بر هستند. چنین افرادی دوست ندارند برای بدست آوردن چیزهایی که می خواهند منتظر بمانند چون می خواهند همه چیز را سریع و آسان بدست بیاورند.

#### • فاجعه سازی

افرادی که الگوی فکری فاجعه سازی را دارند مشکلات خود را بزرگ کرده و آنها را تبدیل به فاجعه و مصیبت می کنند. آیا کسی که مشکلاتش را بزرگ می کند فکر می کند می تواند از پس حل مشکلاتش بر بیاید؟ آیا اصلا کاری برای حل آنها می کند؟ از طرف دیگر کسی که فکر می کند دیگر آب از سرش گذشته و چیزی برای از دست دادن ندارد ممکن است دست به کارهایی بزند که مشکلاتش را بیشتر کند

## • من نمی‌توانم

در این الگوی فکری، هر وقت به فرد پیشنهاد می‌دهند که رفتار یا عادت غلط خود را تغییر دهد و یا کار جدیدی را شروع کند افکار "من نمی‌توانم" به ذهنش می‌آید. گاهی علت این افکار این است که فرد خود را ضعیف و ناتوان می‌بیند و گاهی هم بخاطر این است که دوست ندارد رفتار خود را تغییر دهد یا حوصله کاری را که احتیاج به تلاش و کوشش دارد، ندارد. بنابراین، با تلقین کردن "من نمی‌توانم" به خود، از زیر بار انجام کاری که دوست ندارد، طفره می‌رود و دیگر مجبور نخواهد بود کاری را که دوست ندارد، انجام دهد.

## • من نمی‌توانم تحمل کنم

"من دیگه تحمل این زندگی را ندارم، دارم دیوونه می‌شم... اگه همینطور پیش بره یک کاری دست خودم میدم". مشکلات و ناملایمات در زندگی همه وجود دارد ولی کسانی که این الگوی فکری را دارند وقتی مشکلی برایشان پیش می‌آید، تحمل تنش و اضطراب را ندارند و بنابراین در چنین مواقعی به جای اینکه تلاش کنند تا مشکلات را حل کنند یا خود را با اوضاع و احوال جدید سازگار کنند، فقط به دنبال یک راه فوری هستند تا تنش خود را کم کنند و احساس بهتری داشته باشند.

## • بی‌فایده است

"کلاسهای حرفه‌آموزی؟ وقت تلف کردن است. تازه گواهی هم که بگیری به چه دردت می‌خوره؟ کو کار؟" در این الگوی فکری، فرد کاملاً ناامید است و معتقد است هیچ کاری به بهبود شرایط او کمک نخواهد کرد.

## گام سوم - شناسایی الگوهای فکری

برای مراجع توضیح دهید اولین کاری که باید برای تغییر انجام دهد، شناخت الگوهای فکری است که مانع از تغییر می‌شود. برای این کار باید به موقعیت‌هایی که می‌خواسته اقدامی برای بهبود وضعیت زندگیش کند، خوب فکر کند و ببیند که در آن موقعیت‌ها چه چیزی در ذهنش می‌گذشت. یادگیری این کار آسان نیست و احتیاج به زمان و تمرین دارد، ولی با تمرین، شناخت آنچه که در ذهن می‌گذرد، آسان و آسان‌تر می‌شود. سپس به مراجع بگویید بگذار از همین همین موقعیتی که الان در آن قرار دارید شروع کنیم، یعنی اقدامی که گفتی دوست داری انجام دهی تا وضعیت زندگیت بهتر شود. و سپس از او بخواهید افکاری را که در ذهنش وجود داشته بیان کند و توضیح دهد این افکار چه احساسی در او ایجاد کردند و روی رفتار او چه تاثیری خواهند گذاشت. سپس از مراجع بخواهید موقعیت دیگری را بخاطر آورده و یک بار دیگر فرایند شناسایی تله‌های فکری را با مراجع مرور کنید:

(۱) **توصیف موقعیت** - ابتدا موقعیتی را که برایتان اتفاق افتاده، توصیف کنید. کجا بودید؟ کی (چه زمانی) بود؟ آیا کس دیگری هم آنجا بود؟ چه گفتید؟ چه کار کردید؟ سعی کنید این قسمت را کوتاه و مختصر توضیح دهید.

(۲) **توصیف افکار** - افکاری را که در آن موقعیت داشتید و می‌توانید بخاطر آورید در قالب کلمات بریزید. وقتی این کار را انجام می‌دهید:

- افکار خود را سانسور نکنید، یعنی هر فکری را که به ذهنتان می‌رسد، بیان کنید
  - در مورد درستی یا نادرستی آنها قضاوت نکنید
  - آنها را توجیه نکنید
  - از آنها انتقاد نکنید
- افکارتان را درست همانطور که به ذهنتان می‌رسد بدون سانسور، قضاوت و انتقاد بیان کنید.

۳) توصیف احساس- اگر تمایل داشتید، احساس خود را نیز در آن زمان توصیف کنید.

۴) توصیف رفتار- چه عملی انجام دادید؟

سپس از مراجع سوال کنید آیا متوجه نقش افکارتان در رفتارهایتان شدید؟ آیا متوجه شدید که چطور این افکار مانع از تغییر موقعیت تان می‌شود؟

### گام چهارم- ارزیابی افکار

از مراجع سوال کنید آیا تا به حال به تصویر خود در آب نگاه کرده‌اید؟ تصویر شما در آب چگونه است؟ چقدر شبیه تصویر واقعی شماست؟ آیا دقیقاً عین خود شماست و یا تحریف شده است، یعنی کوچکتر، بزرگتر، کج و معوج و بطور کلی متفاوت از تصویر واقعی شما.

افکار نیز مثل تصویری که در آب می‌بینید، می‌توانند تحریف شوند، یعنی مطابق با واقعیت نباشند. تحریف افکار در همه وجود دارد ولی بعضی از آنها موجب احساسات ناخوشایند مثل عصبانیت، اضطراب، غمگینی، ناامیدی و رفتارهایی می‌شود که یا به شما و یا دیگران صدمه می‌زند. اما از کجا می‌توانید بفهمید افکارتان درست و واقع بینانه است یا تحریف شده؟ شما می‌توانید با پرسیدن سؤالات زیر از خود، درستی افکارتان را ارزیابی کنید.

- چه دلایل و شواهدی ثابت می‌کند که افکار من درست است؟
- چه دلایل و شواهدی ثابت می‌کند که افکار من درست نیست؟
- این افکار چه فایده و ضررهایی برای من دارد؟
- آیا به من کمک می‌کند به اهدافم برسم؟
- آیا به حل مشکلاتم کمک می‌کند؟
- آیا به من کمک می‌کند احساس بهتری داشته باشم؟
- آیا به من کمک می‌کند زندگی بهتری داشته باشم؟

### گام پنجم- جایگزین کردن افکار

برای مراجع توضیح دهید وقتی متوجه شدید که افکار شما درست یا مفید نیست، باید چکار کنید؟ درست مثل هر عادت مضر دیگری، باید آن را کنار بگذارید و عادت سالمی را جایگزین آن کنید. یعنی باید افکار سالم‌تر و مفیدتری را جایگزین افکاری کنید که نادرست و مضر هستند و شما را دچار دردسر می‌کنند. سپس این کار را برای چند تله فکری انجام دهید:

#### ✓ تله فکری فاجعه سازی

اتفاقی که افتاده خیلی بد و ناراحت کننده است، ولی آیا واقعاً بدترین اتفاقی بود که می‌توانست بیفتد؟

### ✓ تله فکری من نمی توانم

من توانمند هستم و می توانم از پس این موقعیت برآیم. چرا نباید بتوانم این مشکل را حل کنم. حل مشکلات، احتیاج به تلاش، زمان و صبر دارد، و من آماده آن هستم. درست است که در گذشته شکست خورده ام، ولی به این معنی نیست که هرگز نمی توانم موفق شوم.

در انتهای این قسمت، برگه مقابله با تله های فکری را به مراجع بدهید و از وی بخواهید بخواهید در طول هفته هر وقت افکار منفی و نومید کننده به ذهنش رسید، ابتدا آنها را بنویسید و سپس درستی و مفید بودن آنها را ارزیابی کند و در انتها افکار درست تر و مفید تری را جایگزین آن کند.

### ۳. و نکته آخر هدف گذاری :

بعد از آنکه مراجع انگیزه و آمادگی شناختی برای ایجاد تغییر را پیدا کرد، نوبت آن است که با آموزش مهارت هدف گذاری به وی کمک کنید تا فرایند ایجاد تغییر را شروع کند. تعیین اهداف و برنامه ریزی برای رسیدن به آن یکی از عوامل موثر در یک زندگی موفق است که موجب می شود افراد به آرزوهای خود دست یافته و زندگی فعال، سازنده و مثبتی داشته باشند. این مهارت را برای تغییری که مراجع در اول جلسه عنوان کرده بود، به وی آموزش دهید. مراحل مختلف هدف گذاری در زیر به اختصار توصیف شده است:

#### گام اول - تعیین هدف

برای مراجع توضیح دهید هدف گذاری درست شبیه رفتن به مسافرت است، پس اولین کاری که باید انجام دهید این است که مقصد خود را تعیین کنید یعنی مشخص کنید که به کجا می خواهید برسید. تعیین هدف اصلاً کار ساده و راحتی نیست. گاهی ممکن است اهدافی را برای خود انتخاب کنید و بعدها متوجه شوید که هدف خود را درست تعیین نکرده اید و وقت و تلاش زیادی را صرف رسیدن به یک هدف اشتباه کرده اید. پس وقتی می خواهید اهداف خود را تعیین کنید به نکات زیر توجه کنید:

- **در تعیین اهداف به زمینه های مختلف زندگی توجه کنید** - وقتی می خواهید اهداف خود را تعیین کنید سعی کنید به تمام زمینه هایی که برای شما مهم است فکر کنید و اهداف خود را در آن حوزه ها مشخص کنید. این موارد می تواند شامل موارد خانوادگی، اجتماعی، تحصیلی، شغلی / مالی، هنری، ورزشی و تفریحی باشد
- **الویت گذاری کنید** - وقتی اهداف خود را در زمینه های مختلف تعیین کردید آنها را با توجه به اهمیتی که برای شما دارند الویت گذاری کنید. این کار باعث می شود که تلاش خود را بیشتر روی مهم ترین اهداف خود متمرکز کنید. فراموش نکنید که رسیدن به همه ی اهداف کار سختی است.
- **اهداف خود را مطابق با ارزش هایتان تعیین کنید** - ارزش ها چیزهایی هستند که برای شما مهم و اساسی هستند، پس در موقع تعیین اهداف حتماً به آنها توجه داشته باشید. اگر هدف شما مغایر با ارزش هایتان باشد انگیزه چندانی برای رسیدن به آنها نخواهید داشت و علاوه بر این شما را به آینده ای که دوست دارید نمی رساند.
- **اهداف خود را روشن و دقیق بنویسید** - مثلاً این هدف که "من می خواهم آدم موفق باشم" هدف خوبی است ولی خیلی کلی است و به همین دلیل فرد نمی داند برای رسیدن به آن چه کارهایی را باید انجام دهد. ولی وقتی

هدف را اختصاصی و روشن تعیین می‌کنید مثل اینکه "من می‌خواهم تحصیلاتم را ادامه بدهم و دیپلم بگیرم" آن وقت هم می‌دانید که برای رسیدن به این هدف چه قدم‌هایی را باید بردارید و هم اینکه این هدف شما قابل اندازه‌گیری است یعنی می‌توانید ارزیابی کنید که آیا به هدف خود رسیده‌اید یا نه.

- **اهداف باید واقع‌بینانه باشند** - اهداف خود را متناسب با توانایی‌ها و استعدادهای خود تعیین کنید. وقتی هدف شما خیلی بالاتر از توانایی‌ها و استعدادهایتان است آن وقت ممکن است هیچوقت به هدف خود نرسید و وقت و تلاش زیادی را صرف یک هدف غیر ممکن کنید و نهایتاً مایوس و ناامید شوید. از طرف دیگر وقتی هدف شما خیلی پایین‌تر از استعدادهایتان است، ممکن است به اهداف خود برسید ولی خود را از موفقیت‌ها و پیشرفت‌های بیشتر محروم کرده‌اید. همچنین برای اینکه اهداف شما واقع‌بینانه باشد باید به زمان، منابع، امکانات و حمایت‌هایی که در اختیار دارید توجه داشته باشید و هدف خود را متناسب با آنها تعیین کنید.

- **اهداف بزرگ و درازمدت خود را به چند هدف کوچک‌تر و کوتاه‌مدت تقسیم کنید** - وقتی هدف شما بزرگ و درازمدت است ممکن است با اینکه برای رسیدن به آن تلاش زیادی می‌کنید ولی احساس کنید که هیچ پیشرفتی نکرده‌اید و این ممکن است انگیزه‌ی شما را ضعیف کند.

- **اهداف خود را طوری تعیین کنید که رسیدن به آن بیشتر به تلاش‌های خود شما بستگی داشته باشد** - هدفی را تعیین کنید که رسیدن به آن به تلاش خود شما بستگی داشته باشد و نه دیگران، البته شما می‌توانید از دیگران نیز کمک بگیرید ولی کار اصلی را باید خودتان انجام دهید. اما اگر هدف خود را طوری تعیین کنید که رسیدن به آن عمدتاً به کار و تلاش دیگران بستگی داشته باشد مثل این که "همسر من مهربان‌تر باشد"، آن وقت باید دست روی دست بگذاریم و ببینیم که آیا دیگران ما را به اهدافمان می‌رسانند یا نه. چنین اهدافی در شما احساس درماندگی ایجاد می‌کنند و باعث می‌شود که احساس کنید هیچ نقشی در ساختن آینده‌ای که دوست دارید داشته باشید، ندارید.

- **اهداف خود را مرور کنید** - اهداف ممکن است با گذشت زمان تغییر کنند. چیزی که ممکن است یک سال قبل هدف شما بوده حالا دیگر هدفتان نباشد و یا اهمیتش کمتر شده باشد. پس اهداف خود را مرتب مرور کنید تا اگر لازم بود آنها را با اهداف جدیدی جایگزین کنید.

### **گام دوم - برای رسیدن به هدف برنامه‌ریزی کنید.**

رسیدن به هدف مستلزم برنامه‌ریزی دقیق است. برای این کار باید اهداف خود را به اهداف کوچک‌تر تقسیم کنید و سپس تعیین کنید که برای رسیدن به آنها باید چه کارهایی را در چه زمان‌هایی انجام دهید. همچنین در این مرحله باید موانعی را که ممکن است مانع از رسیدن شما به هدفتان شود مشخص کنید و سپس خوب فکر کنید و با روش حل مسئله آن را حل کنید، مثلاً در مورد مثال بالا موانع موجود برای دیپلم گرفتن می‌تواند هزینه‌ی بالای کلاس‌ها و عدم استطاعت مالی، ساعت نامناسب کلاس‌ها و از این قبیل باشد.

### گام سوم - تعیین یک تاریخ تقریبی برای رسیدن به هدف

زمان رسیدن به اهداف را تعیین کنید. این کار باعث می‌شود کارهای مورد نیاز برای رسیدن به اهداف خود را به موقع انجام دهید و آنها را به تعویق نیندازید.

وقتی مراحل هدف گذاری را برای تغییری که مراجع در ابتدای جلسه ذکر کرده بود، انجام دادید، برگه هدف گذاری را به وی بدهید و از او بخواهید تا در فاصله بین جلسات، به تغییر دیگری که می‌خواهد در زندگیش ایجاد کند، فکر کند و مراحل هدف گذاری را برای آن نیز انجام دهد.

در انتها، برگه هدف گذاری را به مراجع بدهید و از وی بخواهید تا مهارت هدف گذاری را برای تغییر دیگری که دوست دارد در زندگیش ایجاد کند، انجام دهد و جلسه بعد همراه خود بیاورد.

### اهداف:

۱. آموزش مهارت تصمیم گیری

۲. آموزش مهارت حل مساله

### مروری بر جلسه:

همانطور که ذکر شد یکی از اهداف توانمند سازی آن است که افراد بتوانند تصمیم های آگاهانه ای برای زندگی خود بگیرند. در این جلسه تمرکز بر آموزش مهارت تصمیم گیری منطقی به مراجع است. در انتها نیز مهارت حل مساله به مراجع آموزش داده می شود تا بتواند مشکلات مختلف زندگی خود را به شکل سالم و درستی حل کند.

### ۱. مرور تکلیف خانه

در ابتدای جلسه، تکالیف مقابله با تله های فکری و هدف گذاری را مرور کنید. ابتدا مراجع را برای انجام آن تشویق کنید و سپس در صورتی که مراجع در انجام آن مشکل داشته است، راهنمایی های لازم را انجام دهید.

### ۲. مهارت تصمیم گیری

برای مراجع توضیح دهید انسان ها تا حد زیادی خود زندگی خویش را می سازند و تصمیم گیری ابزاری است که این کار را برای آنها انجام می دهد. اگرچه همه افراد تصمیم می گیرند ولی همیشه این تصمیم گیری ها هوشمندانه نیست. وقتی تصمیم گیری های غلط مربوط به مسایل جزئی و بی اهمیت است پیامدهای منفی آن نیز چندان جدی نیست ولی وقتی مربوط به مسایل مهم زندگی است، پیامدهای ناخوشایند آن جدی بوده و گاه تا آخر عمر باقی می ماند. بسیاری از آسیب های اجتماعی مانند سوء مصرف مواد، فرار نوجوانان از منزل، برقراری رابطه جنسی با جنس مخالف و پیامدهای منفی آن از جمله ابتلاء به اچ.آی.وی/ایدز، بزهکاری و ... همه و همه از جمله آسیب ها و مشکلاتی هستند که حاصل تصمیم گیری های اشتباه فرد بوده اند.

سپس اضافه کنید در این جلسه، در زیر ابتدا سبک های شایع تصمیم گیری که غالباً موجب انتخاب های اشتباه می شود، توصیف کرده و سپس تصمیم گیری منطقی توضیح داده می شود.

### گام اول - شناخت سبک های مختلف تصمیم گیری

برای مراجع توضیح دهید انواع مختلف روش های تصمیم گیری آمده است که با هم آن را مرور می کنیم. سپس آنها را برای وی توضیح داده و از وی بخواهید خوب فکر کند و در صورت امکان برای هر سبک، یک مثال واقعی از زندگیش را مطرح کند.

- **تصمیم گیری احساسی:** در این سبک، مبنای انتخاب فرد احساسات مقطعی مثبت و منفی مانند عشق و علاقه، خشم، ترس و احساس گناه است.
- **تصمیم گیری حسی:** در این سبک، مبنای تصمیم گیری حس درونی و یا شهود فرد از درست و یا غلط بودن گزینه های مختلف است.

- **تصمیم‌گیری عجولانه:** در این سبک، فرد به سرعت، بدون فکر و براساس تکانه‌های ناگهانی تصمیم می‌گیرد و به ارزیابی آرام و منطقی اطلاعات نمی‌پردازد.
  - **تصمیم‌گیری مطیعانه:** در این سبک، فرد براساس نظرات و انتظارات دیگران تصمیم می‌گیرد یعنی به دیگران اجازه می‌دهد تصمیم‌ها را به او تحمیل کنند و یا برای او تصمیم بگیرند.
  - **تصمیم‌گیری اجتنابی:** در این سبک، فرد لزوم تصمیم‌گیری را انکار می‌کند، امیدوار است همه چیز خودبه‌خود درست شود و یا به روش‌های به تأخیر انداختن مثل امروز و فردا کردن متوسل می‌شود.
  - **تصمیم‌گیری منطقی:** در این سبک، فرد به‌صورت منطقی تمام اطلاعات مهم مربوط به گزینه‌های مختلف را ارزیابی و سپس بهترین گزینه را با توجه به اهداف و ارزش‌های خود انتخاب می‌کند. از مراجع بخواهید تا یک موقعیت تصمیم‌گیری که در حال حاضر با آن مواجه است، مطرح کرده و سپس با مثال مراحل تصمیم‌گیری منطقی را به وی آموزش دهید:
- (۱) **مواجه شدن با موقعیت تصمیم‌گیری -** برای تصمیم‌گیری منطقی ابتدا فرد باید بپذیرد که در یک موقعیت تصمیم‌گیری قرار دارد. این کار مستلزم باز بودن به اطلاعات درونی و بیرونی است که به وی پیام می‌دهد که در موقعیت تصمیم‌گیری قرار دارد.
  - (۲) **تعیین موقعیت تصمیم‌گیری -** در این مرحله باید موقعیت تصمیم‌گیری به صورت روشن، دقیق و اختصاصی مشخص شود تا فرد دقیقاً بداند که قرار است در مورد چه موضوعی تصمیم بگیرد.
  - (۳) **پیدا کردن گزینه‌های مختلف -** در این مرحله فرد باید با استفاده از بارش فکری ایده‌ها و نیز مشورت با دیگران، گزینه‌های مختلفی را که در موقعیت تصمیم‌گیری وجود دارد، پیدا کند. نکته مهم در این مرحله، کمیت گزینه‌هاست و نه کیفیت آن‌ها.
  - (۴) **ارزیابی گزینه‌ها -** در این مرحله گزینه‌های مختلف بر اساس پیامدهای احتمالی مثبت و منفی برای خود و دیگران ارزیابی می‌شوند. ملاک مثبت بودن پیامدها می‌تواند شامل هماهنگی با اهداف و ارزش‌ها، تأیید دیگران، پاداش‌های محسوس و رفاه و آسایش جسمی و روانی خود و دیگران باشد.
  - (۵) **انتخاب بهترین گزینه -** در این مرحله گزینه‌ای که بیشترین پیامدهای مثبت و کمترین پیامدهای منفی را دارد انتخاب می‌شود. نکته مهم در این قسمت این است که بهترین گزینه بر اساس جمع جبری ساده پیامدهای مثبت و منفی انجام نمی‌شود بلکه وزن یا ضریب مثبت یا منفی بودن هر پیامد است که باید مورد توجه قرار گیرد.
  - (۶) **برنامه‌ریزی برای اجرای تصمیم -** وقتی بهترین گزینه انتخاب شد باید یک نقشه عملی برای اجرای آن ریخته شود و در آن قدم به قدم مشخص شود که چه کارهایی در چه زمانی باید انجام شود.



### ۳. مهارت حل مسئله

برای مراجع توضیح دهید زندگی خیلی آسان بود اگر مشکلی در زندگی وجود نداشت ولی زندگی بدون مشکل، رویایی بیش نیست. زندگی همیشه با مشکل همراه است و هنر زندگی، در توانایی مقابله و حل مشکلات است. هر کسی در زندگی مشکلاتی دارد که بعضی از آنها بزرگ و بعضی دیگر کوچک و ساده است. این مشکلات ممکن است مشکلات شخصی مثل یک بیماری جسمی، مشکلات خانوادگی مثل خشونت همسر و مشکلات اقتصادی خانواده، مشکلات مربوط به محیط زندگی مثل زندگی در یک محله شلوغ و ناامن، ترافیک، آلودگی هوا و از این قبیل باشد. بنابراین مشکلات، یک بخش طبیعی و جدانشدنی از زندگی است که همه انسان‌ها آن را تجربه می‌کنند و هیچ‌کس نیست که مشکلی در زندگی نداشته باشد. فقط ممکن است نوع و شدت آن با هم فرق داشته باشد.

چون مشکلات یک بخش طبیعی از زندگی است و همه‌ی ما مشکلاتی در زندگی داریم و یا در آینده خواهیم داشت، لازم است که روش درست حل مشکلات را یاد بگیریم. وقتی یاد می‌گیریم که چگونه مشکلات خود را حل کنیم، هم مشکل را حل می‌کنیم، هم نگرانی و اضطراب ما برطرف می‌شود و هم احساس قدرت و اعتمادبه‌نفس بیشتری می‌کنیم. ولی اگر روش حل مشکلات را بلد نباشیم یا هیچ کاری برای حل مشکلات خود انجام نمی‌دهیم، به جای اینکه مشکلات را حل کنیم مجبوریم با مشکلات زندگی کنیم و اضطراب و نگرانی زیادی را به خود تحمیل می‌کنیم و یا از روش‌های نادرست برای حل آنها استفاده می‌کنیم که نه تنها مشکل ما را حل نمی‌کند بلکه مشکلی را هم به مشکل قبلی اضافه کرده و وضع را بدتر می‌کند. آیا تا به حال سعی کرده‌اید مشکلی را حل کنید ولی چون از روش درستی استفاده نکردید وضع را بدتر کرده باشید؟ چه مشکلی بود؟ فکر می‌کنید چرا نتوانستید مشکل خود را درست حل کنید؟

سپس اضافه کنید در این قسمت می‌خواهیم در مورد روش درست و منطقی حل مشکلات صحبت کنیم. یادگیری این روش به شما کمک می‌کند تا مقابله مؤثر و سالمی با مشکلات داشته باشید و سلامت روانی خود را تامین کنید. علاوه بر این، بسیاری از مشکلات و آسیب‌های روانی اجتماعی حاصل تلاش افراد برای حل مسایل و مشکلات زندگی‌اشان بوده است. برای مثال کسی که برای رهایی از مشکلات خانوادگی، جبران خلأ عاطفی در خانواده، فقر و یا اجتناب از طرد شدن در روابط عاطفی رو به مصرف مواد، بزهکاری، و فرار از منزل می‌آورد و یا حتی اقدام به خودکشی می‌کند به نوعی حل مسئله انجام داده، ولی این حل مسئله اشتباه بوده است. بنابراین، یادگیری روش درست حل مساله از بروز آسیب‌های اجتماعی هم پیشگیری می‌کند.

سپس برگه حل مساله را به مراجع داده و با مشارکت وی مراحل حل مسئله را با استفاده از یکی از مشکلات نسبتاً ساده مراجع با مثال توضیح دهید. در زیر مراحل حل مسئله آمده است. حل مسئله یک پیش مرحله و پنج مرحله دارد.

#### نگرش سازنده نسبت به مشکلات

از مراجع سوال کنید وقتی مشکلی برایتان پیش می‌آید با خود چه می‌گویید؟ آیا به خود و روزگار بد و بیراه می‌گویید و از بخت بد خود گله می‌کنید؟ یا با خود فکر می‌کنید مشکل برای همه هست منتهی نوع و شدت آن فرق می‌کند و حالا برای من هم پیش آمده؟ فکر می‌کنید این دو نوع طرز فکر چه تأثیری در حل مشکلات دارد؟

قبل از اینکه وارد فرایند حل مسئله شوید باید بپذیرید که وجود مشکل در زندگی امری عادی و طبیعی است و هر فردی خواه ناخواه با انواع مشکلات ریز و درشت در طول زندگی خود مواجه خواهد شد. اگر وقتی مشکلی پیش می‌آید به جای آن که به فکر حل آن باشید مرتب به زمین و زمان بد بگویید و با خود تکرار کنید چرا من؟ چرا هرچه بلاست سر من نازل می‌شود و... فقط تنش و ناراحتی شما زیاد می‌شود و بنابراین نمی‌توانید خوب فکر کنید و مشکل خود را حل کنید. پس برای حل مشکلات اول باید آن را به عنوان یک امر طبیعی بپذیرید و با گفتن یک سری جملات کمک‌کننده مثل

"مشکل برای همه پیش می‌آید و برای من هم پیش آمده" یا "بد و بیراه گفتن، شکایت کردن و زانوی غم بغل کردن دردی را دوا نمی‌کند" و "من می‌توانم از پس این مشکل بربیایم"، تنش و اضطراب خود را کم کنید و ذهن خود را برای حل مشکل آماده کنید.

### ۱) تعریف مشکل

اولین مرحله پس از پذیرش مشکلی که باعث نگرانی و اضطراب شما شده، تعریف آن است. اگر دقیقاً ندانید مشکل شما چیست نمی‌توانید آن را حل کنید و یا ممکن است وقت و انرژی زیادی را صرف حل یک مشکل اشتباه کنید. برای تعریف درست مشکل باید آن را روشن، دقیق و اختصاصی تعریف کنید ولی وقتی صورت مسئله را خیلی کلی و یا مبهم تعریف می‌کنید آن وقت ممکن است ندانید برای حل آن چکار باید انجام دهید و یا کلاً به این نتیجه برسید که مشکل شما قابل حل نیست. پس تعریف مشکل نه تنها چگونگی حل آن را مشخص می‌کند بلکه احساس شما را نسبت به قابل حل بودن آن نیز تعیین می‌کند.

### ۲) پیدا کردن راه‌حل‌های مختلف

وقتی مشکل خود را دقیق و روشن تعریف کردید حالا باید به راه‌حل‌های مختلفی که برای حل آن وجود دارد فکر کنید. یادتان باشد که اغلب اوقات برای حل مشکلات راه‌های متعدد و مختلفی وجود دارد، پس سعی کنید تا جایی که می‌توانید راه‌حل‌های زیادی را پیدا کنید چون هرچه تعداد راه‌حل‌ها بیشتر باشد امکان پیدا کردن یک راه‌حل خوب و مؤثر نیز بیشتر می‌شود. برای این کار باید ذهن خود را آزاد بگذارید و بدون آنکه آن را سانسور کنید به راه‌های مختلفی که برای حل مشکل وجود دارد فکر کنید و هر چیزی را که به ذهنتان می‌رسد چه خوب یا بد یا عملی و غیرعملی در نظر بگیرید. نکته‌ی مهمی که باید بخاطر داشته باشید این است که فکر کردن به راه‌حل‌های بد مساوی با عمل کردن به آنها نیست، برعکس وقتی در این مرحله، این راه‌حل‌ها را نیز در نظر می‌گیرید و در فهرست راه‌حل‌های خود می‌نویسید آن وقت می‌توانید در مرحله بعد آنها را ارزیابی کنید و خودتان بفهمید که چرا راه‌حل نادرست و بدی است. بدین ترتیب احتمال اینکه در شرایط اضطراری و یا تحت تأثیر دیگران از این راه‌حل‌ها استفاده کنید کمتر می‌شود. همچنین، راه دیگری که به شما کمک می‌کند تا راه‌حل‌های بیشتری پیدا کنید مشورت با دیگران است چون ممکن است آنها راه‌هایی را پیشنهاد دهند که به ذهن خودتان نرسیده باشد. فقط یادتان باشد که اینها فقط یک پیشنهاد است و در نهایت این خود شما هستید که با ارزیابی آنها تصمیم می‌گیرید که از آنها استفاده کنید یا خیر.

### ۳) ارزیابی راه‌حل‌ها

از اینجا، مراحل حل مسئله شبیه تصمیم‌گیری است و بنابراین این مراحل را زیاد توضیح نمی‌دهیم. در ارزیابی راه‌حل‌ها نیز مثل ارزیابی گزینه‌ها باید تک‌تک راه‌حل‌هایی را که در مرحله قبل پیدا کردید با روش اگر... آن وقت بررسی کنید. این کار به شما کمک می‌کند که قبل از اینکه از یک راه‌حل استفاده کنید و به این نتیجه برسید که راه اشتباهی بوده و کاش از آن استفاده نمی‌کردید، نتایج و پیامدهای مثبت و منفی آن را پیش‌بینی کنید و سپس تصمیم بگیرید که آیا می‌خواهید از آن استفاده کنید یا خیر.

### ۴) انتخاب بهترین راه‌حل

در این مرحله باید بهترین راه‌حل را از بین راه‌حل‌های موجود انتخاب کنید. بهترین راه‌حل، راه‌حلی است که بیشترین پیامدهای مثبت و کمترین پیامدهای منفی را داشته باشد. البته یادتان باشد در انتخاب بهترین راه‌حل به جای تعداد

پیامدهای مثبت و منفی به ضریب آنها توجه کنید. همچنین فراموش نکنید که ملاک‌های مثبت یا منفی بودن هر راه‌حل همان ملاک‌هایی است که در بخش تصمیم‌گیری به آن اشاره شد.

#### ۵) برنامه‌ریزی برای اجرای راه‌حل و ارزیابی اثر بخشی آن

پس از اینکه بهترین راه‌حل را انتخاب کردید حالا باید یک برنامه‌ریزی عملی دقیق برای اجرای آن انجام دهید و وقتی راه‌حل را در عمل اجرا کردید سپس بررسی کنید که آیا راه‌حل انتخابی شما در حل مشکل مؤثر بود یا خیر. اگر راه‌حل مؤثر بود فرایند حل مسئله تمام می‌شود و می‌توانید به خود برای حل مشکلاتان تبریک بگویید و از این تجربه موفق در حل سایر مشکلات زندگی نیز استفاده کنید. اما اگر راه‌حل مؤثر نبود باید اشکال کار را پیدا کنید و ببینید که در کدامیک از مراحل حل مسئله اشتباه کردید. آیا برنامه‌ریزی خوبی انجام ندادید؟ فرایند انتخاب بهترین راه‌حل درست نبوده، در ارزیابی راه‌حل‌ها اشتباه کردید؟ همه راه‌حل‌های ممکن را پیدا نکردید و یا اصلاً مشکل را خوب تعریف نکردید.

### جلسه سوم

#### اهداف:

۱. آموزش مهارت مقابله با استرس
۲. آموزش مهارت مقابله با هیجان‌های منفی

#### مروری بر جلسه:

افرادی که به دلایل مختلف در شرایط دشواری زندگی می‌کنند بیش از دیگران، استرس‌های مختلف را تجربه کرده و ممکن است تحت تاثیر هیجان‌های منفی مانند غم، اضطراب و خشم و... قرار گیرند. بنابراین آموزش مهارت‌های مقابله‌ای برای این گروه از افراد اهمیت زیادی دارد. در این جلسه، ابتدا مهارت مقابله با استرس و سپس مهارت مقابله با هیجان‌های منفی با توجه به هیجان- یا هیجان‌های - غالبی که مراجع تجربه می‌کند، به وی آموزش داده می‌شود.

#### ۱. توصیف مهارت‌های مقابله‌ای

برای مراجع توضیح دهید افراد آسیب‌پذیر به دلیل شرایط خاص زندگی خود، استرس‌های زیادی را در زندگی خود تحمل می‌کنند و استرس نیز موجب بروز هیجان‌های منفی مثل اضطراب، غمگینی و خشم می‌شود که اگر مقابله‌سازنده‌ای با آن صورت نگیرد نه تنها بر سلامت جسمی و روانی فرد اثر منفی می‌گذارد ممکن است موجب بروز آسیب‌های روانی اجتماعی شود. برای مثال اضطراب و افسردگی یکی از عوامل خطر سوء مصرف و وابستگی به مواد محسوب می‌شود زیرا یکی از دلایل مصرف مواد خود-درمانی یا تلاش فرد برای کاهش این هیجان‌های ناخوشایند با مصرف مواد مخدر و محرک است. بنابراین آموزش مهارت مقابله با استرس و هیجان‌های منفی، در برنامه‌های پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی جایگاه خاصی دارد.

## ۲. استرس و مقابله با آن

برای مراجع توضیح دهید استرس یک حقیقت زندگی روزمره بوده که هیچ کس نمی تواند از آن اجتناب کند. برای استرس تعاریف زیادی وجود دارد ولی ساده ترین تعریف آن است که "استرس، تنش و برانگیختگی بدنی و ذهنی در واکنش به حوادث و تغییراتی است که سازگاری فرد را برهم می زند." برخی از این تغییرات کوچک و جزئی بوده و سازگاری چندانی را طلب نمی کند ولی برخی دیگر، تغییرات بزرگی را در زندگی بوجود آورده و مستلزم تلاش زیادی برای سازگاری مجدد است. عوامل مختلفی می توانند موجب استرس شوند که می توان آن ها را به (۱) عوامل فیزیولوژیک مثل مشکلات جسمی و بیماری ها و تغذیه و خواب نامناسب، (۲) عوامل اجتماعی/ محیطی مثل خشونت خانگی، وجود یک فرد معتاد، معلول و یا بیمار در خانواده، بیکاری، فقر و محرومیت اجتماعی، زندگی در محله های جرم خیز، ترافیک و آلودگی هوا و (۳) عوامل روان شناختی شامل دیدگاه منفی در مورد خود، دیگران و دنیا تقسیم بندی کرد.

اگرچه استرس در زندگی همه انسان ها وجود دارد، ولی واکنش های افراد نسبت به آن متفاوت است. این تفاوت در نوع مقابله آن ها قرار دارد. مقابله، "کوشش های شناختی و رفتاری است که برای برطرف کردن استرس، کاهش شدت و یا تحمل آن صورت می گیرد". کسانی که از مقابله های سالم و سازگارانه استفاده می کنند، شدیدترین استرس ها را نیز با موفقیت پشت سر می گذارند ولی کسانی که مقابله های ناسازگار و ناکارآمد دارند نه تنها نمی توانند استرس را برطرف کرده و یا شدت آن را کم کنند بلکه مشکلی را هم به مشکلات خود اضافه کرده و بدین ترتیب سلامت جسمی و روانی خود را به مخاطره می اندازند.

وقتی با استرس مقابله خوبی صورت نمی گیرد اثرات منفی متعددی روی سلامت جسمی و روانی افراد می گذارد که در زیر به مهمترین آنها اشاره شده است:

- ✓ استرس سیستم ایمنی را تضعیف می کند و لذا فرد نسبت به ابتلا به بیماری های عفونی آسیب پذیرتر می شود
- ✓ استرس احتمال بیماری قلبی، فشارخون، سکته و سایر بیماری ها را افزایش می دهد
- ✓ استرس در هضم غذا و خواب تداخل ایجاد می کند و مانع از خواب و تغذیه مناسب می شود
- ✓ استرس موجب اضطراب و افسردگی می شود
- ✓ استرس در تمرکز، تفکر منطقی، تصمیم گیری و حل مساله تداخل ایجاد می کند و بدین ترتیب موجب تصمیم گیری و حل مساله ناسالم می شود که می تواند اثرات مضر بر سلامت جسمی و روانی داشته باشد.

### گام اول - شناخت مقابله های سالم و ناسالم با استرس

تشخیص بین مقابله های سالم و ناسالم بویژه برای افراد آسیب دیده و یا آسیب پذیر اهمیت زیادی دارد زیرا فرد ممکن است از روش هایی برای مقابله استفاده کند که اگرچه به شکل کوتاه مدت ممکن است تنش او را برطرف کند- مثل مصرف مواد- ولی در درازمدت خود تبدیل به یک مشکل اساسی و یک منبع مهم استرس در زندگی فرد می شوند.

مقابله سالم، مقابله ای است که تنش و برانگیختگی جسمی و روانی را که استرس ایجاد کرده کاهش داده و با روش های حل مسئله درست، راه حل موثر و سازنده ای را برای حذف و یا کاهش عاملی که موجب استرس شده پیدا می کند. اما مقابله های ناسالم نه تنها استرس را برطرف نکرده و یا شدت آن را کاهش نمی دهد بلکه با ایجاد مشکلات جدید، موجب تنش بیشتری نیز می شوند.

استراتژی های مقابله ای را می توان به سه دسته رفتاری، روان شناختی و بین فردی طبقه بندی کرد. در زیر انواع استراتژی های مقابله ای سالم و ناسالم با هم مقایسه شده است:

مقابله ناسالم
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ استراتژی های رفتاری- مصرف الکل و مواد، پرخاشگری</li> <li>✓ استراتژی های روان شناختی- اجتناب از فکر کردن به استرس یا پذیرش نومیده آن</li> <li>✓ استراتژی های بین فردی- کناره گیری از اجتماع، برقراری ارتباطات ناسالم</li> </ul>
مقابله سالم
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ استراتژی های رفتاری- آرام سازی ، ورزش، مراقبه</li> <li>✓ استراتژی های روان شناختی- جملات آرام بخش، مذهب و معنویت، تحلیل منطقی موقعیت، حل مساله</li> <li>✓ استراتژی های بین فردی- گسترش روابط سالم، ملحق شدن به گروه های حمایتی</li> </ul>

مقایسه این دو نوع مقابله نشان می دهد که مقابله های سالم می توانند در فرد آرامش ایجاد کرده و سپس به وی کمک کنند تا موقعیتی را که موجب استرس شده به شکل سازنده و سالمی برطرف کنند ولی روش های ناسالم روی سلامت جسمی و روانی افراد تاثیر منفی می گذارند. علاوه براین، روش های مقابله ناسالم موقعیت استرس آور را تغییر نمی دهند و فقط موجب آرامش موقتی در فرد شده و مشکلی را که موجب استرس شده برطرف نمی کند.

#### گام دوم- آموزش مقابله سالم با استرس

همانطور که ذکر شد مقابله با استرس تلاشهایی است که برای برطرف کردن، به حداقل رساندن و یا تحمل استرس صورت می گیرد. این تلاشها می تواند به صورت انجام دادن یک کار یا فعالیت و یا یک عمل ذهنی روانی باشد. در اینجا مراحل مقابله ی سالم و مؤثر با استرس آمده است.

##### ۱. شناخت نشانه های استرس

برای اینکه افراد بتوانند با استرس مقابله کنند اول باید بدانند که تحت استرس قرار دارند. استرس نشانه های مختلفی دارد که در زیر به آنها اشاره شده است:

- **نشانه های بدنی**- تپش قلب، تند تند نفس کشیدن، حالت تهوع، خشکی دهان، تکرر ادرار، سرد شدن بدن، تنش و گرفتگی در عضلات بدن بخصوص در گردن و شانه ها، سردرد
- **نشانه های ذهنی**- کاهش تمرکز، کم شدن حافظه، تفکر آشفته، تصمیم گیری ضعیف، پیش بینی اتفاقات بد و فکر کردن زیاد به عامل استرس زا
- **نشانه های هیجانی**- اضطراب و دلواپسی، بدخلقی، تحریک پذیری و زود عصبانی شدن، احساس ناامیدی، ترس و وحشت
- **نشانه های رفتاری**- گوشه گیری، بی قراری، کم حرفی یا پرحرفی، پرخوابی یا کم شدن خواب، شتابزدگی و دستپاچگی در انجام کارها، ناخن جویدن

##### ۲. مقابله ی هیجان مدار

هدف این نوع مقابله، کاهش تنش و دست یافتن به آرامشی است که استرس آن را برهم زده است. فرد به هنگام استرس تنش و هیجان‌های ناخوشایند زیادی را تجربه می‌کند که علاوه بر این که سلامت روانی وی را تهدید می‌کند، مانع از تفکر منطقی برای برطرف کردن عامل استرس‌زا نیز می‌شود. انواع مقابله‌های هیجان‌مدار سالم در زیر آمده است:

- **تنفس عمیق** - تنفس عمیق یک اثر آرام بخش بر کل سیستم بدن دارد و موجب می‌شود که تنش کل بدن کم شود.

" هوا را به آرامی به درون ریه هایتان بفرستید و تا چهار شماره بشمارید: یک، دو، سه، چهار. حالا به آرامی هوا را از ریه ها خارج کنید. چند بار این کار را تکرار کنید و هر بار یک دم و بازدم را انجام می دهید کلمه یا عبارتی مثل من آرامم را با خود تکرار کنید.

- **تمرین‌های آرام‌سازی** - آرام‌سازی پادزهر استرس است چون ضربان قلب و فشار خون را پایین می‌آورد، تنفس را کند می‌کند، تنش عضلات را کم می‌کند و بطور کلی بدن را در حالت آرامش قرار می‌دهد.

به پشت دراز بکشید و یا روی یک صندلی راحت بشینید. به آرامی نفس بکشید و سپس عضلات مختلف بدنتان را به ترتیب شل کنید. از سر شروع کنید و پایین بیایید تا به نوک انگشتان برسید. پیشانی‌تان را شل کنید...ابروها...پلک‌ها...زبان و ناحیه گلو... تمام قسمت‌های صورت...گردن...دست‌ها...از قسمت بالای دست تا نوک انگشتان...همچنان به تنفس آرام و منظم خود ادامه دهید...حالا عضلات ناحیه شکم را شل کنید...نشمین گاه...ران...زانو...ساق پا...کف پا... و انگشتان پا...توجه کنید که چطور با هر بار نفس عمیق و شل کردن یک قسمت بدن، به حالت آرامش می‌رسید...به تنفس آرام ادامه دهید.

- **ورزش** - ورزش یک ضد استرس عالی است چون موجب ترشح ماده ای به نام اندورفین در بدن می‌شود که تنش و اضطراب را کم می‌کند و خلق را بالا می‌برد.

- **رویاپردازی** - فکر کردن به افراد یا کارهای مورد علاقه

- **تصویرسازی‌های ذهنی خوشایند**

تجسم کنید در یک مکان زیبا و آرام بخش مثل ساحل دریا، دشت، جنگل و... هستید. به جزئیات این مکان فکر کنید و سعی کنید از همه حواستان استفاده کنید. برای مثال اگر تصور می‌کنید در طبیعت هستید، سعی کنید خنکی چمنی را که روی آن دراز کشیده‌اید، صدای پرندگان، طعم لذت بخش چایی را که می‌نوشید را تصور کنید

- **گفتن جملات آرام‌بخش به خود** - زمانی که افراد تحت استرس قرار دارند افکار منفی در ذهن‌شان می‌چرخد که تنش و نگرانی آنها را افزایش می‌دهد. پس یکی از روش‌های مؤثر مقابله هیجان‌مدار این است که افکار درست‌تر و مثبت‌تر را جایگزین آنها کنند.

- ✓ این حادثه زودگذر است، زندگی‌م بهتر خواهد شد
- ✓ این وضعیت ناخوشایند است، ولی وحشتناک نیست
- ✓ می‌دانم آدم ناتوان و درمانده‌ای نیستم
- ✓ می‌توانم این وضعیت را برای مدتی تحمل کنم

✓ قرار نیست این وضعیت تا ابد ادامه پیدا کند

- **قرار دادن موقعیت در چشم انداز** - در این روش فرد باید به یک، سه، پنج یا ده سال دیگر فکر کند و سپس از خود بپرسد آیا آن موقع هم این موضوع به همین اندازه برای من مهم خواهد بود؟
- **فکر کردن به آینده** - در این روش فرد باید به زمانی فکر کند که استرس برطرف شده و به آرامش رسیده است.
- **عبادت و راز و نیاز با خداوند**
- **توجه به نقاط قوت و توانایی های خود و افراد حمایت کننده**
- **صحبت کردن با یک دوست در مورد استرس و احساسات خود**
- **نوشتن افکار و احساسات خود**
- **انجام کارها و فعالیت های مورد علاقه** - انجام کارهایی که به فرد آنها علاقه دارد مثل فعالیت های ورزشی، دیدن فیلم، گوش دادن به موسیقی، نقاشی، مطالعه کتاب و... به کاهش تنش کمک می کند.
- **انجام کارها و فعالیت های روزمره** - این فعالیت ها باعث می شود که فرد کمتر به موضوع استرس زا فکر کند و ذهن آرام تر شود.
- **کمک به دیگران مثل اعضای خانواده، اقوام و دوستان**

### ۳. مقابله ی مسئله مدار

هدف مقابله مسئله مدار این است که مشکلی را که موجب استرس شده برطرف کند و یا شدت آن را کاهش دهد. این مقابله همان مهارت حل مسئله است. البته نکته مهمی که باید به آن دقت داشت این است که گاهی فرد با مشکلاتی مواجه می شود که توانایی کنترل و یا تغییر آن ها را ندارد. در چنین مواردی، پذیرش و استفاده از مقابله های هیجان مدار تنها راه است. در چنین مواردی به نظر می رسد که تنها راه، پذیرش این موقعیت و استفاده از روش های مقابله هیجان مدار برای تحمل آن است تا اثرات منفی استرس روی زندگی فرد کم شود. فقط باید مراقب بود که گاهی چون افراد توانایی و مهارت مقابله با استرس را نداشته و یا شدت حادثه را خیلی زیاد برآورد می کنند ممکن است آن را غیرقابل حل ببینند. پس ارزیابی درست و واقع بینانه موقعیت استرس و توانایی های خود اهمیت زیادی دارد.

همانطور که بدن ما موقع مریضی با عفونت ها می جنگد ذهن ما نیز این توانایی را دارد تا با مشکلات و شرایط سخت زندگی مقابله کند و به ما کمک کند تا از پا نیفتیم

### ۳. مقابله با اضطراب و غمگینی

همانطور که ذکر شد یکی از پیامدهای استرس های بزرگ و یا استرس های متعدد و مزمن، بروز افسردگی و اضطراب است. بنابراین آموزش مقابله با این هیجان ها برای بهبود وضعیت فردی که در شرایط دشواری زندگی می کند، ضروری است. برای این منظور از راهنمای مداخلات مختصر برای افسردگی و اضطراب استفاده کنید

### ۴. مقابله با خشم

برای مراجع توضیح دهید خشم یک هیجان طبیعی مثل ترس، اضطراب، غم، شادی و غیره است که همه انسان ها گاهی آن را تجربه می کنند و یک جنبه طبیعی از زندگی اجتماعی محسوب می شود. اما همین هیجان طبیعی در صورتی که کنترل نشود و به شکل درستی ابراز نشود می تواند به سلامت جسمی و روانی فرد و دیگران صدمه بزند، روابط وی را تخریب کند و موجب از دست رفتن شان، جایگاه اجتماعی و فرصت های رشد و پیشرفت وی شود. همان طور که گفته شد عصبانیت یک احساس طبیعی است ولی خشونت و پرخاشگری داستان دیگری است. عصبانیت یک احساس است ولی پرخاشگری یک رفتار است که به قصد صدمه زدن به دیگران انجام می شود. پرخاشگری می تواند کلامی مثل دادزدن و فحاشی و یا فیزیکی مثل حمله به دیگران و یا شکستن اسباب و اثاثیه باشد. علاوه بر این یک فرق دیگر هم بین عصبانیت و پرخاشگری وجود دارد. درحالی که همه آدم ها عصبانی می شوند و یک هیجان طبیعی است ولی خشونت به هیچ وجه طبیعی نیست چون افراد می توانند عصبانیت خود را کنترل کنند و نگذارند تبدیل به پرخاشگری شود.

آموزش مقابله با عصبانیت برای همه افراد از جمله افراد در معرض خطر و آسیب پذیر اهمیت زیادی دارد، زیرا علاوه بر اینکه در زندگی این افراد ممکن است موقعیت های بروز خشم زیاد تر باشد و اثر مضر روی سلامت جسم و روان آنها بگذارد خشم مانع از انتخاب ها و تصمیم گیری های سالم می شود و از این طریق احتمال رفتارهای پرخطر را افزایش می دهد. و در نهایت، آموزش مهارت کنترل خشم و عصبانیت می تواند در کاهش خشونت های خانگی تاثیر داشته باشد.

**خشم یک هیجان طبیعی است ولی وقتی زیاد تکرار می شود، شدید است و یا به شکلی ابراز می شود که باعث می شود فرد روابط مهم، موقعیت ها و فرصت های رشد و پیشرفت خود را از دست بدهد، مشکلی**

#### گام اول - آشنایی با سبک های ابراز خشم

افراد ممکن است از روش های مختلفی برای ابراز خشم خود استفاده کنند که شایع ترین آنها در زیر آمده است. بدیهی است که هر سبک پیامدهای خاص خود را دارد.

- **سبک پرخاشگرانه** - در این روش، فرد احترامی برای دیگران و حقوق آنها قائل نیست و وقتی عصبانی می شود، داد می زند، تهدید می کند، فحش و ناسزا می گوید، به طرف مقابل حمله می کند و یا شروع به شکستن اسباب و اثاثیه می کند. چنین افرادی معمولاً شأن و فرصت های شغلی و نیز روابط مهم و نزدیک خود را از دست می دهند.
- **سبک منفعلانه** - در این روش، فرد احترامی برای خود و حقوق خود قائل نیست و وقتی عصبانی می شود، آن را در درون خود می ریزد یا باصطلاح آن را قورت می دهد. این شیوه، معمولاً به خود فرد صدمه می زند و موجب



بیماری‌های جسمی و مشکلات روحی روانی مثل غمگینی و افسردگی می‌شود. گاهی هم ممکن است این عصبانیت‌های فرو خورده شده روی هم انباشته شده و فرد یک دفعه منفجر می‌شود.

○ **سبک پرخاشگر - منفعل** - در این روش هم فرد احترامی برای دیگران قائل نیست، ولی بخاطر ترس از نتایج پرخاشگری مستقیم، آن را بصورت غیر مستقیم نشان می‌دهد. چنین فردی وقتی عصبانی می‌شود، اخم می‌کند، روی برمی‌گرداند، قهر می‌کند، پشت سر کسی که او را عصبانی کرده حرف می‌زند و نظر دیگران را نسبت به وی عوض می‌کند و یا دیگران را بر علیه او می‌شوراند.

○ **سبک قاطعانه** - در این روش فرد هم برای خود و هم برای دیگران احترام قائل است و وقتی عصبانی می‌شود، ابتدا خود را آرام می‌کند تا حرفی نزند یا کاری انجام ندهد که به دیگران صدمه بزند و وقتی آرام شد، در مورد عصبانیت خود یا طرف مقابل صحبت می‌کند.

اگرچه افراد فقط از یک روش برای ابراز عصبانیت خود استفاده نمی‌کنند، برای مثال یک کسی ممکن است در خانه، سبک پرخاشگرانه و در محیط کار و در ارتباط با دوستانش سبک منفعلانه داشته باشد، ولی هر کسی یک روش غالب برای ابراز عصبانیت خود دارد، یعنی در اکثر مواقع از یک روش استفاده می‌کند.

### گام دوم - آشنایی با مراحل تبدیل عصبانیت به پرخاشگری

- ✓ **عصبانیت اولیه** - در این مرحله، عصبانیت شروع به شکل گرفتن می‌کند و یک سری علائم اولیه خشم احساس می‌شود که به آنها علائم هشدار دهنده اولیه می‌گویند
- ✓ **تشدید** - در این مرحله، عصبانیتی که در مرحله قبل شروع شده بود، شدت پیدا می‌کند و علائم آشکار عصبانیت ظاهر می‌شود، بطوریکه دیگران نیز متوجه آن می‌شوند.
- ✓ **انفجار** - اگر مرحله قبل ادامه پیدا کند، ممکن است فرد کنترل خود را از دست داده و منفجر شود. انفجار خشم می‌تواند به شکل پرخاشگری کلامی یا بدنی باشد.
- ✓ **پس از انفجار** - این مرحله شامل نتایج و پیامدهای انفجار خشم است. این نتایج ممکن است احساس گناه، شرم و پشیمانی، تخریب ارتباط‌ها، از دست دادن موقعیت کاری، دستگیر شدن، زندانی شدن باشد.

### گام سوم - آشنایی با اثرات خشم غیر طبیعی و خشونت

خشم‌های شدید، مکرر و طولانی و شیوه منفی ابراز آن یعنی پرخاشگری پیامدهای منفی فراوانی دارد که در زیر به آنها اشاره شده است:

➤ **سلامت جسمی و روانی** - خشم باعث ترشح هورمون‌هایی مانند آدرنالین و کورتیزول در بدن می‌شود که یک سری تغییرات فیزیولوژیک مانند افزایش ضربان قلب، فشارخون و تند شدن تنفس را بوجود می‌آورد. در صورتی که عصبانیت فرد زیاد شود این تغییرات فیزیولوژیک می‌تواند به سیستم قلبی عروقی صدمه زده و سیستم ایمنی را تضعیف کنند. علاوه بر این مشکلاتی مثل مشکلات گوارشی، سردرد و ... از عوارض خشم محسوب می‌شوند. خشونت بر وضعیت روانی نیز اثر می‌گذارد. احساس شرم، گناه و پشیمانی از شایع‌ترین عوارض روانی ابراز منفی پرخاشگری است

➤ **روابط بین فردی** - خشم‌های شدید و پرخاشگری هم از نظر جسمی و هم روانی به دیگران صدمه می‌زند و روابط فرد را تخریب می‌کند. حرف‌ها و یا رفتارهایی که افراد هنگام عصبانیت می‌زنند اثر درازمدتی روی نگرش و

احساساتی که نسبت به هم دارند می گذارد و ممکن است موجب قطع ارتباط و یا کاهش نزدیکی و صمیمیت بین افراد شود. روشن است که حاصل این امر محدود شدن روابط بین فردی و احساس تنهایی و انزوا خواهد بود.

➤ **از دست دادن موقعیت ها و فرصت ها** - خشم های مکرر و شدید و خشونت فرصت های فرد را برای رشد و پیشرفت در زمینه های مختلف آموزشی، شغلی، ورزشی، هنری و ... محدود می کند.

### گام چهارم - آموزش مقابله سازنده با خشم

با توجه به پیامدهای منفی زیادی که خشم کنترل نشده و خشونت روی جنبه های مختلف زندگی دارد، مدیریت خشم برای سلامت جسمی، روانی و اجتماعی افراد اهمیت زیادی دارد. هدف آموزش مقابله با خشم این است که عصبانیت تبدیل به خشونت نشود و فرد بتواند به نحو درستی آن را ابراز کند. مراحل مختلف مدیریت خشم در زیر توضیح داده شده است.

### مرحله اول - ایجاد انگیزه و تصمیم گیری

اولین اقدام برای کنترل عصبانیت، کاری است که برای تغییر هر عادت اشتباهی باید انجام شود، یعنی ایجاد انگیزه و تصمیم گیری برای ایجاد تغییر. برای این کار قدم های زیر باید برداشته شود:

- ✓ مشخص کردن روش غالب بیان عصبانیت
  - ✓ مشخص کردن فواید و هزینه ها شیوه غالب ابراز عصبانیت
  - ✓ تصمیم گیری بر اساس تحلیل هزینه / فایده
- علاوه بر این، پس از اینکه فرد براساس تحلیل هزینه / فایده تصمیم گرفت سبک ابراز عصبانیت خود را تغییر دهد، انجام کارهای زیر می تواند انگیزه وی را برای عملی کردن تصمیم خود تقویت کند:

- ✓ زمانی را که عصبانیت خود را به شیوه نادرستی ابراز کرده و آسیب شدیدی به خود، خانواده و دوستانش زده است، یادآوری کند.
- ✓ فواید کنترل خشم را به خود یادآوری کند.
- ✓ تصمیم خود را برای کنترل عصبانیت، با اطرافیان در میان بگذارد. هر چه افراد بیشتری از این تصمیم آگاه باشند، انگیزه و تعهد آنها هم بیشتر خواهد بود.

### مرحله دوم - شناخت علل و عوامل عصبانیت

شناخت موقعیت ها و عواملی که موجب خشم می شود به افراد کمک می کند تا متوجه شوند معمولاً چه وقت، کجا و از دست چه کسانی عصبانی می شوند. این آگاهی به آنها کمک می کند تا در موقعیت هایی که احتمال عصبانی شدن زیاد است، احتیاط های لازم را بعمل بیاورند. موقعیت ها و عوامل شایع برانگیزنده خشم عبارتند از:

- **وضعیت جسمی و روانی:** بیماری های جسمی و شرایطی مثل خستگی، خوب نخوابیدن، کسالت و بی حوصلگی و تنش و اضطراب احتمال عصبانیت را زیاد می کند
- **ناکامی:** عصبانیت معمولاً پاسخی به نرسیدن به خواسته ها و برآورده نشدن نیازهاست

- **تعارض و اختلاف نظر:** وقتی افکار، عقاید یا خواسته‌ها و نیازهای افراد با افکار و خواسته‌های دیگران تعارض پیدا می‌کند، احتمال عصبانی شدن زیاد می‌شود.
- **احساسات منفی:** احساسات منفی مثل احساس حقارت، شرم و خجالت، طرد شدن، یأس و سرخوردگی یکی از عوامل ایجاد خشم است
- **عوامل اجتماعی / محیطی:** عوامل اجتماعی مثل فقر، بیکاری می‌تواند موجب عصبانیت شود. همچنین زندگی در یک منطقه شلوغ و پرازدحام، سر و صدای زیاد، ترافیک و گرمای هوا می‌تواند احتمال عصبانی شدن را زیاد کند.
- **افکار و باورها:** افکار نقش مهمی در عصبانیت دارند. چون انسان‌ها همانطور که فکر می‌کنند احساس می‌کنند. برداشت‌ها و تفسیر منفی از گفته‌ها و رفتارهای دیگران و یا بزرگ‌نمایی آنها یکی از عوامل بروز عصبانیت است.
- **مصرف الکل و مواد:** مصرف الکل و بویژه مواد محرک، آستانه تحریک پذیری را پایین آورده و با کاهش بازداری‌های فرد، احتمال خشم و پرخاشگری را افزایش می‌دهد.

### مرحله سوم - شناخت نشانه‌های عصبانیت

برای اینکه فرد بتواند خشم خود را کنترل کند، اول باید تشخیص دهد که عصبانی است. علاوه بر این، کنترل خشم در مراحل اولیه آن آسان‌تر است. بنابراین، آشنایی با علائم هشداردهنده اولیه خشم - بویژه علائم جسمی - به فرد کمک می‌کند تا قبل از اینکه خشم شدت بگیرد آن را کنترل کند. این علائم را می‌توان به سه دسته جسمی، شناختی و رفتاری تقسیم کرد:

- **علائم جسمی:** تند شدن ضربان قلب، تند شدن تنفس، تنش عضلانی، لرزش، داغ شدن، تعریق، قرمز شدن صورت یا رنگ پریدگی، خشکی دهان، احساس درد در قسمت‌های مختلف بدن
- **علائم شناختی - افکار و فرض‌های منفی در مورد دیگران** مانند قصد عمدی صدمه زدن، افکار قربانی بودن و رفتار غیر منصفانه
- **علائم رفتاری - مشت شدن دست‌ها، بلند شدن صدا، وضعیت بدنی تهاجمی و رو به جلو، به هم ساییدن دندان‌ها، نگاه‌های خیره**

### مرحله چهارم - کنترل عصبانیت

فرد باید به محض اینکه علائم عصبانیت را در خود تشخیص داد، آن را کنترل کند. هرچه زودتر این کار انجام شود بهتر است چون هرچه عصبانیت شدیدتر شود، کنترل آن هم سخت‌تر می‌شود. کنترل عصبانیت مثل کنترل اتومبیل است، متوقف کردن ماشینی که سرعت آن کم است خیلی راحت‌تر از ماشینی است که با سرعت زیاد پیش می‌رود. علائم عصبانیت نشان می‌دهد که بدن و ذهن در حالت تنش و ناآرامی قرار دارد. بنابراین، فرد باید سعی کند خود را آرام کند تا ذهن و بدن به حالت قبل برگردد و بهتر بتواند در مورد موضوعی که موجب عصبانیت شده فکر و صحبت کند. راه‌های مختلفی برای آرام کردن ذهن و بدن وجود دارد که در اینجا به چند مورد از آنها اشاره شده است:

- **تنفس عمیق و آرام سازی**

تنفس عمیق و کند یک اثر آرام بخش بر کل سیستم بدن دارد و موجب می‌شود که تنش ذهن و بدن کم شود. تنفس عمیق و آرام سازی، پادزهر عصبانیت است، چون بدن را در حالتی قرار می‌دهد که درست متضاد وقتی است که فرد عصبانی است. تمرین‌های آرام سازی، ضربان قلب و فشار خون را پایین می‌آورد، تنفس را کند می‌کند، تنش عضلات

را کم می‌کند و بطور کلی بدن را در حالت آرامش قرار می‌دهد. روش‌های مختلفی برای آرام سازی وجود دارد که در بخش مقابله با استرس یک نمونه از آنها توضیح داده شد.

- **تصویرسازی ذهنی**

تجسم کردن یک صحنه خوشایند و آرام بخش می‌تواند به آرام شدن فرد کمک کند (بخش استرس را ملاحظه کنید).

- **پرت کردن حواس**

ذهن نمی‌تواند در آن واحد به دو موضوع فکر کند، پس وقتی فرد به چیزهای دیگری فکر می‌کند، افکاری که او را عصبانی می‌کند، کم‌رنگ و کم‌رنگ تر شده و عصبانیت نیز کمتر می‌شود. برای این کار می‌توان از روش‌های زیر استفاده کرد.

- ✓ صلوات فرستادن
- ✓ شمارش معکوس
- ✓ زمزمه یک شعر
- ✓ یادآوری یک خاطره خوشایند

- **خود-گویی های آرام بخش**

هنگام عصبانیت، یک سری افکار منفی در مورد خود و دیگران در سر می‌چرخد که یا علت اصلی عصبانیت است و یا آن را تشدید می‌کند. بنابراین، خالی کردن ذهن از این افکار می‌تواند فرد را آرام کند. برای این کار باید افکار آرام بخش جایگزین افکار منفی شوند. این کار باعث می‌شود ذهن آرام شده و این پیام را به بدن بدهد که "لازم نیست در حالت آماده باش باشی، آرام باش".

- ✓ نیازی به عصبانیت نیست
- ✓ عصبانی شدن فقط اوضاع را بدتر می‌کند
- ✓ چند نفس عمیق بکش و آرام باش
- ✓ این موضوع ارزش این همه عصبانیت را ندارد
- ✓ از گاه، کوه نسااز
- ✓ می‌توانم خونسردی ام را حفظ کنم و آرام بمانم
- ✓ همیشه نمی‌توانم حرفم را پیش ببرم
- ✓ همیشه نمی‌توانم انتظار داشته باشم همه طبق میل من رفتار کنند

- **ترک موقعیت**

اگر شدت عصبانیت زیاد است، بهتر است فرد موقعیت را ترک کند، به مکان دیگری برود و سپس سعی کند خود را آرام کند. ترک موقعیت کمک می‌کند قبل از اینکه فرد به مرحله انفجار برسد و خود را به دردسر بیندازد از منطقه خطر دور شود.

وقتی فرد موقعیت را ترک کرد و به مکان دیگری رفت، باید سعی کند خودش را آرام کند. در اکثر موارد، ۶۰-۳۰ دقیقه زمان برای آرام شدن لازم است. در طی این مرحله، علاوه بر روش‌هایی که قبلاً ذکر شد انجام کارهای زیر نیز کمک کننده است.

- ✓ قدم زدن

- ✓ ورزش‌های سبک مثل دو
- ✓ گوش دادن به یک موسیقی آرام
- ✓ انجام کارهای مورد علاقه
- ✓ انجام فعالیت های معمول
- ✓ صحبت کردن با یک دوست

### گام پنجم - ابراز عصبانیت

وقتی افراد توانستند خود را آرام کنند زمان آن است که عصبانیت خود را ابراز کنند البته این کار باید با رعایت اصول ارتباط سازنده صورت گیرد. مراحل و قواعد ابراز عصبانیت در زیر آمده است:

#### ۱. توصیف حرف یا رفتاری که موجب عصبانیت شده است

- ✓ رفتار باید به صورت خنثی و غیرقضاوتی مطرح شود
- ✓ فقط روی موضوع فعلی تمرکز شود
- ✓ از آهنگ خصمانه و طعنه‌آمیز استفاده نشود

#### ۲. بیان احساس

- ✓ از ضمیر "من" برای توصیف احساس استفاده شود
- ✓ شدت احساس به صورت دقیق توصیف شود
- ✓ از آهنگ و وضعیت بدنی خصمانه استفاده نشود

#### ۳. توصیف علت احساس

در این قسمت علت تجربه این احساس توضیح داده می‌شود. با این کار احساس فرد برای طرف مقابل قابل درک‌تر می‌شود

#### ۴. سوال کردن و گوش دادن

وقتی فرد عصبانیت خود را بیان کرد، برای روشن شدن نیمه دیگر داستان باید اجازه دهد طرف مقابل نیز نظر خود را بگوید و به حرف‌های او گوش دهد. پس از آن است که می‌توان متوجه شد مشکل کجاست و چطور می‌توان آن را حل کرد.

---

#### نکته مهم:

ابراز عصبانیت بیشتر برای مواقعی مناسب است که فرد با طرف مقابل رابطه نزدیکی داشته و یا وی حسن نیت دارد و می‌خواهد مشکلی را که باعث عصبانیت شده، حل کند. ولی گاهی ممکن است فرد از دست کسانی عصبانی شود که ابراز عصبانیت برای آنها فایده‌ای ندارد. چون طرف مقابل نه علاقه‌ای به شنیدن صحبت‌های وی دارد و نه این کار واقعاً مشکلی را حل می‌کند. در چنین شرایطی بهتر است که وی فقط عصبانیت خود را کنترل کند تا با خشونت و پرخاشگری برای خود دردسر درست نکند و سپس به فکر راه‌های دیگری برای حل مشکل خود باشد.

---

## ۵. مقابله با بحران های زندگی و تحمل رنج

بحران های زندگی، درد و رنج زیادی را ایجاد می کنند که اگر مقابله درستی با آن صورت نگیرد، سلامت روانی افراد را به خطر می اندازند. مهارت تحمل بحران و درد و رنج حاصل از آن به افراد کمک می کند تا احساسات شدید و موقعیت های دشوار را با کمترین هزینه و بدون به مخاطره انداختن سلامت جسمی و روانی خود، تحمل کنند. مهمترین تکنیک های تحمل رنج عبارتند از:

### ۱. تکنیک های پرت کردن حواس

- انجام فعالیت های مورد علاقه و سرگرم کننده مانند پیاده روی، ورزش، باغبانی و تماشای فیلم
- انجام کارهای داوطلبانه و نودوستانه
- ایجاد هیجان های متضاد با وضعیت هیجانی فعلی با انجام کارهایی مانند تماشای یک فیلم کمدی و یا گوش دادن به یک موسیقی شاد
- کنار زدن ذهنی موقعیت تنش زا با متوقف کردن افکار مربوط به موقعیت بحران
- تغییر کانون توجه با شمارش اعداد، حل کردن جدول، پازل و مطالعه

### ۲. تکنیک های خود-آرام سازی

- آرام سازی حواس پنجگانه- تماشای مناظر زیبا و کارهای هنری، گوش دادن به یک موسیقی آرام و یا صدای طبیعت، استشمام بوی گل ها و خاک مرطوب، نوشیدن نوشیدنی های آرام بخش، دوش گرفتن و شنا
- تنفس عمیق و آرام سازی بدن
- تصویرسازی های ذهنی خوشایند مانند تصویرسازی یک مکان زیبا و آرام بخش
- عبادت و رازونیز با خداوند

### ۳. پیدا کردن معنایی برای درد و رنج

- تمرکز روی جنبه های مثبت موقعیت
- تبدیل تهدیدها به فرصت هایی برای رشد و پیشرفت
- استفاده از مذهب و ارزش های معنوی برای پیدا کردن معنایی برای درد و رنج

## جلسه چهارم

### هدف:

۱. آشنایی با اهمیت سبک زندگی سالم
۲. آموزش سبک زندگی سالم

### مروری بر جلسه

در این جلسه اهمیت سبک زندگی سالم و تاثیر آن بر سلامت جسمی و روانی توضیح داده شده و سپس مولفه های مختلف آن شامل تحرک و ورزش، خواب و خوراک مناسب، ایجاد و گسترش شبکه روابط اجتماعی و پرداختن به فعالیت های اجتماعی و تفریحی سالم و در نهایت توجه به دردهای جسمی مزمن و مراجعه به پزشک آموزش داده می شود.

### ۱. تعریف سبک زندگی و نقش آن در بهبود سلامت جسمی و روانی

برای مراجع توضیح دهید سبک زندگی به مجموعه روش ها و رفتارهایی گفته می شود که فرد با آن ها زندگی زندگی می کند. نوع و روش خورد و خوراک فرد، میزان فعالیت بدنی وی، تفریحات و سرگرمی ها و نیز شیوه برقراری رابطه با دیگران از جمله اجزاء سبک زندگی محسوب می شوند. وقتی این مجموعه کارها و رفتارها موجب حفظ و ارتقاء سلامت

فردی و اجتماعی شخص می شوند سبک زندگی سالم نامیده می شوند و اگر سلامت شخص را یا مشکل روبرو کنند، باعث بیماری شوند و نیز سلامت اجتماعی شخص را تحت تاثیر قرار می دهند. سبک زندگی ناسالم نامیده می شود. سبک زندگی سالم به روش هایی گفته می شوند که واجد سه خصوصیت اصلی باشند:

- ۱) احتمال ابتلا به بیماری های خطرناک را که می توانند وضعیت زندگی ما را تغییر دهند و یا موجب مرگ شوند، کاهش می دهد.
  - ۲) امکان لذت بردن سالم از زندگی را افزایش دهد. بنابراین، سبک زندگی سالم به روش هایی برای زندگی کردن گفته می شود که ضمن پیشگیری از بیماری و مرگ زودهنگام، به لذت بردن بیشتر از زندگی کمک کند.
  - ۳) به زندگی خانوادگی و اجتماعی سالم تر و بهتر کمک کند. کارهای خودخواهانه ای که فقط موجب لذت خود فرد در زمان حال شده و ممکن است به دیگران (شامل خانواده و اجتماع وسیع تر) صدمه بزند، سبک زندگی سالم محسوب نمی شود.
- در مجموع می توان گفت سبک زندگی سالم علاوه بر اینکه موجب بهبود کیفیت زندگی فرد و خانواده اش می شود، به پیشگیری از آسیب های اجتماعی نیز کمک می کند.

## ۲. آموزش سبک زندگی سالم

برای مراجع توضیح دهید که در این جلسه قصد دارید برخی از اجزاء سبک زندگی سالم را به او آموزش دهید تا کیفیت زندگی وی را بهبود بخشید.

### گام اول - تغذیه مناسب

برای مراجع توضیح دهید تغذیه مناسب یکی از مولفه های یک سبک زندگی سالم است. کسانی که در شرایط دشوار زندگی می کنند ممکن است به دلایل مختلف مانند درآمد پایین، بی حوصلگی و یا کاهش اشتها، تغذیه خوبی نداشته باشند. این درحالی است که تغذیه مناسب برای تحمل و مقابله با مشکلات اهمیت زیادی دارد. بنابراین، شامل کردن مواد غذایی مغذی مثل پروتئین، انواع ویتامین ها ی ضروری و مواد معدنی در رژیم غذایی اتان اهمیت دارد. راهنمای تغذیه مناسب که توسط FDA ارائه شده را برای مراجع توضیح داده و تاکید کنید پیروی از یک رژیم غذایی سالم به سلامت جسمی، تناسب اندام و فعال بودن فیزیکی در طول روز کمک می کند و از این طریق در بهبود کیفیت زندگی موثر است.

علاوه بر این راهنما، روی نکات زیر تاکید کنید:

- ✓ خوردن صبحانه را جدی بگیرند و حتما آن را بخورند چون بدن و ذهن را در طول روز پرنرژی نگه می دارد
- ✓ اگر اشتها ندارند، سعی کنند در وعده های متعدد به مقدار کم غذا بخورند
- ✓ چیزهایی را بخورند که بیشترین ارزش غذایی را دارد مثل شیر، پنیر، تخم مرغ و ...
- ✓ هر روز حداقل یک میوه و یک نوع سبزیجات بخورند
- ✓ اگر درآمد کافی ندارند، یک فهرست از مواد غذایی مورد نیاز خود را تهیه کنند و آنها را برحسب موادی که مغذی تر است، الویت بندی و تهیه کنند



✓ اگر درآمد کافی ندارند، آنها را راهنمایی کنید تا از مراکزی که مواد غذایی را ارزانتر عرضه می کنند، مواد مورد نیاز خود را تهیه کنند. همچنین به آنان توصیه کنید برای تامین پروتئین، از گوشت های ارزانتر و یا حبوبات و ... استفاده کنند



- ۱) در راس هرم، چربی ها و شیرینی ها وجود دارد که توصیه می شود تا جای ممکن کم مصرف شود چون چربی ها و مواد قندی بطور طبیعی در مواد غذایی وجود دارد
- ۲) پس از آن دو گروه لبنیات ( شیر، ماست و پنیر) و گوشت، مرغ، ماهی، حبوبات و آجیل قرار دارد. توصیه می شود از این گروه غذایی ۲-۳ وعده استفاده شود
- ۳) در طبقه سوم، دو گروه سبزیجات و میوه ها قرار دارد که توصیه می شود سبزیجات ۲-۵ وعده و میوه ها ۲-۴ وعده مصرف شود
- ۴) در قاعده هرم غلات وجود دارد که شامل نان، برنج، ذرت و ماکارونی بوده و توصیه می شود ۶ تا ۱۱ وعده مصرف شود

#### راهنمای تغذیه مناسب

- غذا را از روی هرم غذایی بالا انتخاب کنید
- هر روز از غلات استفاده کنید. غلات شامل نان، برنج، ذرت و ماکارونی است
- هر روز از میوه ها و سبزیجات استفاده کنید
- غذاها را در جای مطمئن نگه دارید
- ماهی، تخم مرغ و گوشت خام یا نیم پز نخورید
- از چربی های اشباع شده کمتر استفاده کنید
- نوشابه ها و غذاهایی را انتخاب کنید که قند بالایی ندارند
- نمک کم مصرف کنید
- الکل مصرف نکنید

## گام دوم - خواب / استراحت

خواب خوب هم در سلامت جسمی و هم در وضعیت روانی تاثیر دارد. وقتی فردی خسته است مقاومت بدن او کاهش پیدا می کند و نه تنها وی را مستعد ابتلا به بیماری می کند بلکه توان ذهنی وی را برای مقابله موثر با مشکلات و تصمیم گیری های منطقی کاهش می دهد. اما یک خواب خوب، بدن و مغز را دوباره شارژ می کند و فرد با انرژی بیشتر و توان ذهنی بهتری می تواند با استرس ها و مشکلات زندگی مقابله کند. بنابراین ، خواب خوب یکی از اجزاء مهم یک سبک زندگی سالم است. در زیر راهنمای خواب خوب آمده است:

۶. اگر در به خواب رفتن مشکل دارید، نزدیک به زمان خواب، قهوه و چای نخورید
۷. مصرف نوشابه های انرژی زا و سیگار را در طول روز کاهش دهید
۸. از مصرف الکل اجتناب کنید زیرا ظاهراً ممکن است موجب آرامش شود ولی عملاً در خواب تداخل ایجاد می کند
۹. قبل از خواب، شام سبک بخورید
۱۰. قبل از خواب، یک دوش آب گرم بگیرید یا یک لیوان شیر گرم بخورید
۱۱. سعی کنید تا جای ممکن همیشه در یک جا بخوابید
۱۲. وقتی به رختخواب می روید، تمرین های تنفس عمیق را انجام دهید
۱۳. هنگام غروب، فهرستی از کارهایی که باید انجام دهید و زمان انجام آن را مشخص کنید تا هنگامی که به رختخواب می روید در مورد کارهایی که باید انجام دهید اشتغال ذهنی نداشته باشید
۱۴. اگر موضوعی ذهنتان را مشغول کرده و یا نگران آن هستید قبل از خواب یک " زمان نگرانی و غصه خوردن!" برای خود تعیین کنید و در این زمان مثلاً نیم ساعته به مشکل فکر کنید و لی پس از اینکه این زمان به اتمام رسید ، نگرانی و غصه خوردن را تمام کنید. اگر افکار منفی در زمان خوابیدن دوباره به ذهنتان آمد، به خودتان بگویید فردا غروب در " ساعت نگرانی" می نشینم و به آن فکر می کنم و سپس سعی کنید نگرانی ها را از ذهنتان پاک کنید.
۱۵. وقتی به رختخواب می روید سعی کنید به چیزهای خوشایند فکر کنید و آنها را در ذهنتان مجسم کنید. این می تواند یک خاطره خوب در گذشته و یا تصور کردن یک اتفاق خوشایند در آینده باشد. علاوه بر این ، تصویرسازی های ذهنی خوشایند نیز کمک کننده است.

علاوه براین، استراحت هم مهم است. استراحت همان خواب نیست بلکه در آرامش قرار دادن ذهن و بدن در زمان بیداری است. استراحت می تواند یک دراز کشیدن ساده باشد و یا انجام کارهای ساده ای مثل گوش دادن به موسیقی و یا تصویرپردازی های ذهنی خوشایند که در فرد آرامش ایجاد می کند. بنابراین هر وقت احساس کردید زیر فشار کاری قرار دارید یا ذهنتان درگیر مشکلات و استرس های زندگی است چند دقیقه ای به بدن و ذهنتان استراحت بدهید. در زیر یک سری پیشنهادات برای استراحت آمده است:

۱۶. دراز بکشید ، چشمانتان را ببندید و سعی کنید به هیچ چیز فکر نکنید
۱۷. کاری را که در شما آرامش ایجاد می کند، انجام دهید
۱۸. چشم هایان را ببندید و به خاطرات خوب تان فکر کنید
۱۹. به کسانی که دوستشان دارید، تلفن بزنید و با آنها صحبت کنید
۲۰. دوش بگیرید
۲۱. فیلمی را که دوست دارید، تماشا کنید و یا به موزیک گوش بدهید
۲۲. تمرین های آرام سازی را انجام بدهید
۲۳. برای خودتان چیزی درست کنید و بخورید

## گام سوم - تحرک / ورزش

برای مراجع توضیح دهید یکی از مولفه های مهم یک سبک زندگی سالم، تحرک کافی و ورزش مرتب است. ورزش علاوه بر این که اثرات اثبات شده ای روی کاهش وزن، بهبود سلامت جسمی و سیستم ایمنی دارد می تواند به کاهش استرس و افسردگی نیز کمک کند. ورزش باید به شکل مرتب انجام شود تا بیشترین اثر خود را داشته باشد. مراجع باید چند نوع ورزش را در فهرست خود داشته باشد تا بتواند با توجه به وضعیت خلقی، فرصت زمانی و یا موقعیتی که در آن قرار دارد موردی را که مناسب تر است انتخاب و انجام دهد. برای مثال اگر یک روز احساس خوبی ندارد، می تواند ورزش های کششی ملایم را انتخاب کند و روزهایی که آمادگی و یا فرصت کافی دارد ورزش های سنگین تر انجام دهد. نکته مهم این است که ورزش تبدیل به یک عادت شود.

### نمونه ای از فعالیت های ورزشی با توجه به اوضاع و شرایط مراجع

سطح فعالیت بالا: شنا، شیرجه، کوهنوردی

سطح فعالیت متوسط: یوگا، پیاده روی، باغبانی

سطح فعالیت پایین: موزیک، کارهای هنری، بازی شطرنج، مطالعه

## گام چهارم - افزایش فعالیت های تفریحی سالم

شناخت علائق فرد و فراهم کردن زمینه لازم برای مشغول شدن وی در فعالیت های تفریحی و سرگرم کننده سالم می تواند هم در افزایش روابط اجتماعی سالم و نیز ارتقاء سلامت جسمی و روانی فرد نقش داشته باشد. جلسه را با توضیح اهمیت فعالیت های اجتماعی و تفریحی سالم شروع کنید و اضافه کنید که شاید مشغول شدن در فعالیت های تفریحی برای شما سخت باشد چون یا ممکن است انگیزه لازم برای انجام آن را نداشته باشید، کسی را شناسید که با او این فعالیت ها را انجام دهید، فکر کنید پول انجام این کارها را ندارید و یا اصلاً ندانید به چه علاقه دارید و از آن لذت می برید. به همین دلیل است که من در این جلسه به شما کمک می کنم تا بتوانید علائق خود را پیدا کنید و به فعالیت هایی بپردازید که از انجام آن لذت می برید.

سپس در ابتدا یک فهرست از فعالیت های تقویت کننده که بیمار به آن علاقه دارد و از انجام آن لذت می برد، تهیه کنید. در طی این فرایند مراقب باشید که علائق خود را به بیمار تحمیل نکنید و تلاش کنید فعالیت هایی را شناسایی کنید که برای بیمار تقویت کننده است. برای تهیه این فهرست حوزه های زیر را مورد بررسی قرار دهید:

- ✓ فعالیت های اجتماعی و تفریحی فعلی
- ✓ فعالیت هایی که در گذشته از انجام آن لذت می برده است
- ✓ فعالیت هایی که همیشه دوست داشته انجام دهد ولی هیچوقت انجام نداده است
- ✓ علائق وی در زمینه های مختلف هنری، ورزشی

یک تکنیک مفید این است که از مراجع بخواهید تا خیلی ساده ۵-۱۰ فعالیت تفریحی را بنویسد. در مجموع، شما باید یک فهرست از حق انتخاب های متنوع و قابل دسترس را تهیه کنید تا در صورت لزوم به مراجع ارائه دهید تا از بین آن ها فعالیت های مورد علاقه خود را انتخاب کند. برای انجام این کار باید اطلاعات کافی در مورد فعالیت های تفریحی قابل دسترس مانند فیلم ها، کنسرت، باشگاه های ورزشی، فرهنگسراها، خانه های هنرمندان و غیره داشته باشید.

وقتی فهرستی از فعالیت‌های مورد علاقه مراجع را تهیه کردید از او بخواهید که آن‌ها را برحسب علاقه و سهولت دسترسی الویت بندی کند. سپس از او بپرسید اگر هریک از این فعالیت‌ها را بخواهد انجام دهد چه کسی می‌تواند او را همراهی کند. بنابراین مراجع باید در شبکه اجتماعی دوستان، اقوام و آشنایان و خانواده خود، افرادی را پیدا کند که می‌تواند روی همراهی و کمک آنها در این زمینه حساب کند.

در مرحله بعدی، مراجع را تشویق کنید تا فعالیت‌های مورد نظر را امتحان کند تا ببیند از آن لذت می‌برد یا نه. این نکته را مورد تاکید قرار دهید که هرچه آن فعالیت را بیشتر انجام دهد بیشتر احتمال دارد که آن را لذت بخش تجربه کند. برای انتخاب فعالیت مورد نظر، مراجع را راهنمایی کنید تا در ابتدا یک یا دو فعالیت جدید را انتخاب کند که علاقه زیادی به آن داشته و علاوه براین، پرهزینه نبوده و دسترسی به آن راحت باشد.

در صورتی که مراجع تمایلی برای امتحان کردن این فعالیت‌ها را ندارد، علل بی‌میلی وی را بررسی کنید. یکی از علل شایع، نگرانی در خصوص مورد پذیرش قرار گرفتن از سوی افراد غریبه است. در این زمینه می‌توانید از وی بخواهید که کار را با فعالیت‌هایی شروع کند که احتمال عدم پذیرش در آن پایین است. برای مثال می‌توانید او را تشویق کنید تا در یک کلاس نقاشی (حوزه مورد علاقه وی) ثبت نام کند. برای وی توضیح دهید که او و سایر افراد کلاس از قبل یک وجه مشترک با هم دارند و آن علاقه به نقاشی است و این موضوع خوبی برای شروع گفتگو است.

به عنوان آخرین کار، وقتی بیمار یک فعالیت جدید را برای امتحان کردن انتخاب می‌کند گام بعدی طراحی یک برنامه اجرایی شامل تعیین زمان مناسب برای پرداختن به آن، انجام تماس‌های لازم، افراد درگیر، تامین هزینه، تهیه وسایل لازم و غیره است. برای اینکه مراجع طبق این برنامه طراحی شده، عمل کند، به نکات زیر توجه داشته باشید:

اول- فهرستی از افرادی حمایت‌کننده در زندگی بیمار را تهیه کنید که می‌توانند در فعالیت‌های جدید او را همراهی کند. این همراهی، تنش و استرس بیمار را در شروع فعالیت‌های جدید و رفتن به مکان‌های جدید کاهش داده و انگیزه و تعهد وی را برای حضور مرتب در آن افزایش می‌دهد. اگر مراجع سیستم حمایتی ندارد و فاقد مهارت‌های لازم برای ایجاد آن است آموزش مهارت‌های ارتباطی باید در دستور کار قرار گیرد.

دوم- گاهی مراجعان به دلیل اینکه فاقد منابع ضروری برای شرکت در فعالیت‌های اجتماعی و تفریحی هستند، نمی‌توانند در آن شرکت کنند. این‌ها ممکن است شامل مشکلات مالی و یا مسائل ایاب و ذهاب باشد. در چنین مواردی می‌توانید امکان دسترسی بیمار را به تقویت‌کننده‌های موجود در جامعه با طراحی اقداماتی مانند تامین هزینه مالی یا وسایل حمل و نقل افزایش دهید. برای مثال ممکن است با سازمان‌های مربوطه تماس بگیرید و یک سری بلیط مترو و اتوبوس، بلیط رایگان برای مراکز تفریحی/ ورزشی و یا شرکت در کلاس‌های هنری فراهم کنید. علاوه براین خود مراجع را تشویق کنید تا فعالانه با این سازمان‌ها ارتباط برقرار کرده و امکان پرداختن به فعالیت‌های مثبت را با تامین منابع مالی و ایاب و ذهاب و غیره تسهیل کند.

اگر مراجع فاقد اطلاعات لازم در مورد فعالیت‌های اجتماعی مثبت در محله و اجتماع خود است شما باید با توجه به شهر و منطقه‌ای که در آن زندگی می‌کنید، فهرستی از مکان‌ها، باشگاه‌ها، مراکز و فعالیت‌های اجتماعی و تفریحی را که ممکن است مورد علاقه مراجعانتان باشد، تهیه کنید

### گام پنجم - گسترش شبکه حمایت اجتماعی

وجود یک شبکه حمایتی قوی برای مقابله با مشکلات و نیز بهبود وضعیت سلامت روان شناختی فرد اهمیت زیادی دارد. حمایت اجتماعی از منابع مختلفی می آید: خانواده، دوستان، همکاران، تیم درمان، سازمان های مردم نهاد و سایر گروه ها و سازمان های اجتماعی. حمایت اجتماعی می تواند در زمینه های مختلف مفید و کمک کننده باشد مانند کمک به مراجع برای یادگیری حل مشکلاتی مانند بیکاری، مشکلات زناشویی و خانوادگی، مقابله با بحران ها و هیجان های دردناک و ناخوشایند، کمک به تسکین هیجان های منفی، ارائه اطلاعاتی که می تواند به حل مشکلات کمک کند و .... اهمیت برخورداری از یک شبکه حمایت اجتماعی ر برای مراجع توضیح داده و پس از اینکه مراجع متوجه نقش و اهمیت برخورداری از یک شبکه حمایتی شد، به وی کمک کنید تا انواع مختلف منابع حمایتی موجود در محیط زندگی خود را شناسایی کند.

"در مورد انواع حمایت هایی که در گذشته دریافت کردید و یا در حال حاضر از آن استفاده می کنید، صحبت کنید. این حمایت ها را از چه افراد و یا گروه هایی به دست می آورید؟ چه چیز این حمایت ها برای شما مفید و کمک کننده است؟"

در گام بعد به مراجع کمک کنید تا انواع دیگر منابع حمایتی را که یا از وجود آنها اطلاعی نداشته و یا تا بحال با آنها تماس نداشته، شناسایی کند. برای این منظور باید از قبل فهرستی از سازمان ها و موسسات حمایت روانی اجتماعی را که متناسب

با وضعیت مراجع و نیازهای وی است، تعیین کنید. این موارد می تواند شامل متخصصان، گروه ها و نهادهای مذهبی، نهادهای اجتماعی، و افرادی مانند دوستان و همکاران و اقوام باشند.

پس از شناخت منابع حمایتی، به وی کمک کنید تا تا نیازهای خود را شناسایی کرده و سپس افراد و یا گروه هایی که می توانند آن نیازها را برآورده کنند، انتخاب کنند. این نیازها می تواند حمایت روانی، کمک در انجام برخی فعالیت ها، و انجام فعالیت های تفریحی یا سرگرمی باشد. سپس یک برنامه عملیاتی را برای ارتباط با این منابع و دریافت حمایت های لازم طراحی کند. در این برنامه باید گام های لازم را برای تماس و برقراری ارتباط با منابع مورد نظر، درخواست کمک و حمایت به دقت مشخص کنید.

### گام آخر - توجه به وضعیت جسمی

گاهی وقتی استرس ها و مشکلات زندگی زیاد است، افراد دیگر مراقب سلامت جسمی خود نیستند و ممکن است نسبت به علائم بیماری بی اعتنا باشند و پیش پزشک نروند. این در حالی است که زندگی در شرایط دشوار نیاز به یک جسم قوی و سالم دارد و از طرف دیگر، گاهی وقتی علائم و دردهای اولیه نادیده گرفته می شوند، مشکلی که ممکن بود براحتی قابل درمان باشد تبدیل به بیماری می شود که هم درمان آن دشوار و گاه پرهزینه می شود و هم اینکه خود بیماری تبدیل به یک منبع بزرگ استرس برای فرد و خانواده اش می گردد. بنابراین برای مراجع توضیح دهید که لازم است به سلامت خود توجه داشته و نسبت به علائم و نشانه های وجود یک بیماری احتمالی حساس باشند و در صورت لزوم حتما به پزشک مراجع کنند. علائم مشکلات شایع عبارتند از:

- درد در نواحی مختلف بدن
- تب
- سرفه
- دردهای شکمی
- خونریزی زیاد در عادت ماهیانه و یا قطع عادت ماهیانه
- تغییر در دفع
- خستگی غیرقابل توجیه

سپس برگه پایش علائم بیماری را به مراجع بدهید و از وی بخواهید آن را در جلسه پر کند ( پیوست را ملاحظه کنید).  
وقتی برگه را پر کرد با هم شاخص های وجود بیماری احتمالی را بررسی کنید:

✓ علائم و یا دردهایی که بهتر نمی شوند

✓ علائمی که بتدریج بدتر می شوند

✓ علائمی که به آنها یک علامت دیگر نیز اضافه شده است

اگر هر یک از موارد زیر وجود داشت، او را به پزشک مرکز ارجاع دهید تا معاینات لازم را انجام دهد. علاوه براین، تاکید کنید این برگه را با خود به منزل ببرد و هر چند وقت یک بار آن را پر کند و اگر هر یک از شاخص های بالا وجود داشت، حتما به پزشک مراجعه کند.

## الف - برگه مقابله با تله های فکری

۱. افکار من: ( افکار تان را درست همانطوری که از ذهنتان می گذرد، بنویسید)

۲. تله فکری: ( این افکار شبیه به کدام تله فکری است)

۳. ارزیابی افکار ( برای بررسی افکار تان سوالات زیر را از خود بپرسید و به آن پاسخ دهید)

✓ چه دلایل و شواهدی ثابت می کند که افکار من درست است؟

✓ چه دلایل و شواهدی ثابت می کند که افکار من درست نیست؟

✓ این افکار چه فایده و ضررهایی برای من دارد؟

✓ آیا به من کمک می کند به اهدافم برسم؟

✓ آیا به حل مشکلاتم کمک می کند؟

✓ آیا به من کمک می کند احساس بهتری داشته باشم؟

✓ آیا به من کمک می کند زندگی بهتری داشته باشم؟

۴. افکار جایگزین: ( اگر افکار تان درست یا مفید نیست، افکار دیگری را که درست تر و مفید تر است، جایگزین آن کنید)



## ب- هدف گذاری

۱. تغییری که دوست دارم در زندگیم ایجاد کنم:

۲. هدف من : ( این تغییر را به یک هدف روشن، اختصاصی و واقع بینانه و عملی تبدیل کنید)

۳. کارهایی که باید برای رسیدن به هدفم انجام دهم ( یادتان باشد زمان انجام هر کار و افرادی را که با کمک آنها آن کار را انجام می دهید، نیز بنویسید)

(۱)

(۲)

(۳)

## ج- کار برگ حل مساله

۱. تعریف مشکل: ( مشکل را دقیق، روشن و اختصاصی تعریف کنید )

۲. راه های حل مشکل:

(۱)

(۲)

(۳)

(۴)

۳. ارزیابی هر راه حل ( مزایا و معایب هر راه حل را مشخص کنید)

معایب

مزایا

راه حل

(۱)

(۲)

(۳)

✓ علائمی که به آنها یک علامت دیگر نیز اضافه شده است

علائم	روزانه	هفتگی	ماهانه	هر چند ماه یک بار
سر درد				
خستگی				
سرگیجه				
مشکلات تنفسی				
تپش قلب				
دردهای عضلانی				
کمردرد				
مشکلات مربوط به دفع (یبوست/اسهال)				
مشکلات مربوط به مثانه (سوزش هنگام ادرار، خارش، تکررادرار، درد هنگام ادرار کردن)				
مشکلات عادت ماهیانه (خونریزی زیاد، عادت ماهیانه نامنظم)				
بیماری های زنان (عفونت واژینال، درد یا خونریزی در رابطه جنسی)				

فصل سوم:

آسیبهای اجتماعی کودکان

- کودک آزاری و کودکان شاهد خشونت خانگی



تدوین: سهیلا امیدنیا

هدف اصلی: این ارتباط به منظور توانمندسازی کودک در جهت رویارویی با عوارض بروز خشونت در خانه یا بیرون از آن و همچنین پیشگیری از سوء استفاده های جسمی، عاطفی و جنسی است.  
محورهای اصلی این فصل عبارتند از:

- ✓ برقراری ارتباط موثر با کودک خشونت دیده یا شاهد خشونت
- ✓ کمک به کودک در جهت حفظ ایمنی فیزیکی و روانی در شرایط دشوار
- ✓ توانمند سازی والدین جهت ایجاد فضای خانوادگی ایمن

مخاطب اصلی: کلیه کسانی است که قرار است با کودک ارتباط درمانی برقرار کنند.  
چنین فردی می تواند روانشناس، مشاور، مددکار و یا پرسنل بهداشتی آموزش دیده باشد. به همین دلیل از واژه تسهیلگر برای همه حرفه های مذکور استفاده نموده ایم.

تعداد و ساعت جلسات پیشنهادی: ۲ ساعت (۴ جلسه نیم ساعته)

نحوه برگزاری جلسات: به صورت فردی یا گروهی

سطح ارابه خدمت در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه: سطح اول

تاریخچه، تعاریف انواع و ارزیابی کودک آزاری و کودک شاهد خشونت

**نگرش به کودکان در طول تاریخ**

نگرش نسبت به کودکان در طی اعصار و قرون دچار تغییراتی شده است. این تغییرات در چارچوب تغییرات اجتماعی شکل گرفته است. به عبارتی دیگر همگام با تغییرات ساختارها و سیستم های اجتماعی، سیاستهای و قوانین اجتماعی، خدمات و حقوق کودکان نیز دستخوش تغییر واقع گردیده است.

بنابراین:

- نگرش های اجتماعی از نسلی به نسل دیگر تغییر کرده است.
- همانگونه که نگرش ها تغییر کرده افراد و گروهها نیز تحت تاثیر این تغییرات قرار گرفته اند.

به همین دلایل:

- مفهوم کودکی در طول زمان تغییر کرده است.
- نگرش نسبت به کودکان نیز دچار استحاله شده است.
- همانگونه که باورها و نگرش اجتماعی به کودک تغییر کرده تجارب کودکی نیز دچار تغییر شده است.
- فرهنگ بر روی باورها، نگرش ها و همچنین تجارب دوران کودکی تاثیر واضح دارد..

بطور کلی تغییر نگرش نسبت به کودک به سه مرحله تاریخی خلاصه می شود:

مرحله اول: کودکان جزئی از داراییهای والدین

مرحله دوم: کودکان نیاز مند محافظت

مرحله سوم: کودکان دارای حقوق انسانی

**مرحله اول: کودکان جزئی از داراییهای والدین**

در دوران برده داری اعضای خانواده شامل زن، کودکان و بردگان در تملک سر پرست خانواده که مرد خانواده بود قرار داشتند.

بنابر این سرپرست خانواده اختیار زندگی، رفاه و سلامتی یا بر عکس مرگ و یا تنبیه و مجازات زن، کودک و بردگان خود را در اختیار داشت.

" عدالت یک ارباب یا یک پدر با عدالت یک شهروند متفاوت است چرا که فرزند و بردگان داراییهای یک پدر محسوب می شوند و به همین دلیل تلقی بی عدالتی در خصوص داراییهای فردی بی معناست. (برتراند راسل، تاریخ فلسفه غرب ، نقل قول از اسکات ۱۹۸۳ ص ۱۰)

بنابر این در فرهنگ این دوران پدران مالک بی قید و شرط خانواده و اختیار دار آنها محسوب می شدند و به استثناء مواردی که جرم یا جنایت مشخصی در خصوص آنها اتفاق می افتد انواع بد رفتاری با خانواده کاری ناشایست تلقی نمی گردید.

مرحله دوم: کودکان نیاز مند محافظت

مرحله دوم رویکرد به کودکان در سالهای اولیه قرن ۱۹ آغاز شد که به نیاز کودک به محافظت و برقراری رفاه وی تاکید داشت.

جنبش محافظت از کودکان به موارد ذیل توجه داشت:

عوامل خطر سازی چون فقر ، الکل ، تنباکو، قمار و همچنین ترک تحصیل، بی کفایتی نظارت و سرپرستی والدین و در عین حال سرکشی کودکان و تمایل آنها به تجربیات جنسی

در همین دوران بود که موضوع کودک آزاری شناسایی و نام گذاری گردید. در سال ۱۸۷۱ موضوع یک کودک آزار دیده به دادگاه کشیده شد . دادگاه از این مورد تحت عنوان بد رفتاری بدتر از حیوانات نام برد

مرحله سوم: کودکان دارای حقوق انسانی

در این مرحله کودکان به عنوان انسانهای مستقل و دارای حقوق انسانی مورد توجه قرار گرفته اند. به عبارت دیگر علاوه بر اینکه به کودکان مستقل از بزرگسالان توجه شده است حقوق آنها مبنی بر مراقبت و محافظت نیز مد نظر قرار گرفته شده است.

بنابر این کودکان دیگر مایملک بدون قید شرط بزرگسالان و یا نیازمند رفتار خیر خواهانه نیستند. کودکان دارای حقوقی هستند که بایستی توسط بزرگسالان شناخته و رعایت گردد.

این رویکرد در قرن بیستم آغاز گردید و همچنان در حال تحول و تکامل است.

در این گذر تاریخی نوع زبان نسبت به مقوله کودکان نیز دستخوش تغییر شده است.

زبان و تفکرات قالبی :

زبان نشانگر و سازنده افکار ماست. لغت کودک و نونهال طنینهای متفاوتی در ذهن افراد مختلف و در زمانهای مختلف داشته است.

این تداعی ها می تواند نوع نگاه و نگرش افراد به کودکی را تحت الشعاع خود قرار دهد.. به همین ترتیب نگرش ها سازنده رفتار و تصمیمهای افراد بوده و در جای خود نحوه تعاملات انسانی را پایه ریزی می کند. بنابر این زبان در جای خود اهمیت بسیار زیادی دارد.

بعضی از این گویه ها نشانگر این باور است که کودکان ناتوان، متکی، غیر قابل اتکاء یا در دسر ساز هستند. بعضی دیگر از این گویه ها کودکان را آزاد و فارغ توصیف کرده به نحوی که مورد غبطه بزرگسالان واقع می گردند.

بعضی از این تفکرات قالبی در ذیل فهرست گردیده اند:

- دوست داشتنی، ملایم و متکی
- فعال و پرسروصدا
- سالم، سرزنده و شاد
- چابک، جذاب و دارای اعتماد بنفس
- شرور و مجرم
- عروسکهای بی مصرف

چنانچه کودک یا نوجوانی در این قالبهای فکری ننگند به عنوان " غیر طبیعی " تلقی شده و توسط بزرگسالان مورد پذیرش واقع نمی گردد.

کودکانی که در قالبهای مثبت بزرگسالان قرار نمیگیرند متوجه تفاوت خود با سایر کودکان می شوند. کسانی که تمایل دارند که با کودکان در جامعه بلافصل آنها کار و فعالیت نمایند (مداخلات اجتماع محور) بایستی توجه کنند که کودکان می توانند رفتارهای بسیار متفاوتی از قالبهای فکری ما داشته باشند و این تفاوتها به هیچ وجه بد و غیر قابل قبول نیست. بنابر این برای اینکه بتوان با هر کودکی در هر خانواده و فرهنگی کار کرد بایستی قالبهای فکری را بسط داد و به این بینش رسید که به تعداد کودکان دنیا تنوع رفتاری وجود دارد و اگر چنانچه کودکی در این قالبها ننگنجد لزوما کودک بد و خجالت آوری نیست.

چه تفکرات قالبی در خصوص کودکان و نوجوانان می شناسید؟

کدامیک از این تفکرات می توانند زمینه ساز آزار و اذیت کودکان واقع گردد؟





- نگرش نسبت به دوران کودکی و کودکان توسط جامعه و فرهنگ ایجاد می شوند.
- نگرش نسبت به کودکان از افت و خیز های تاریخی گذر نموده است. به نحوی که از کودکان به عنوان مایملک بزرگسالان به کودکان به عنوان موجوداتی دارای حقوق انسانی تغییر ماهیت داده است.
- کودکانی که در قالبهای فکری بزرگسالان قرار نگیرند مورد آزار و تبعیض قرار می گیرند.
- کودکان زشت، فقیر ، خیابانی، بیمار، ناقص الخلقه قالبهای فکری هستند که زمینه بدرفتاری با کودکان را ایجاد می نمایند.

### سن کودکی:

تا ۴۰۰ سال پیش در کشورهای غربی سن کودکی ۷ سالگی محسوب می شد. بنابر این کودکی که از مرز ۷ سالگی عبور می کرد بدون مراقبت مادر یا دایه پا به جهان بزرگسالان گذاشته و بعضا به عنوان " مینیاتور بزرگسال " به او نگاه می شد. در این شرایط کودک نه از مزایای کودکان زیر ۷ سال برخوردار بود و نه از حقوق بزرگسالان بهره می برد.

با اینحال از ۱۰۰ پیش دوره واسطی میان کودکی و بزرگسالی وضع گردید که نوجوانی نامیده شد.

در یک تقسیم بندی دوران کودکی از زمان تولد تا ۱۱ سالگی و دوران نوجوانی از ۱۲ سالگی تا ۱۸ سالگی محسوب می شود.

بر اساس ماده ۱ پیمان نامه حقوق کودک، تمامی افراد زیر ۱۸ سال کودک محسوب می شوند مگر آن که بر اساس قوانین جاری کشور مذکور، سن قانونی برای افراد کمتر از ۱۸ سال تعیین شده باشد.

کودک آزاری به عنوان یک مشکل سلامت عمومی:

بر اساس تعریف ارائه شده در گزارش جهانی خشونت و سلامت (۲۰۰۲)، کودک آزاری عبارت است از: استفاده عمدی از قدرت، زور، تهدید و یا نیروی جسمانی علیه کودک توسط یک فرد و یا یک گروه که به سلامتی، حیات، رشد و عزت نفس کودک لطمه زده یا احتمال ایجاد صدمات بعدی را افزایش دهد.

خشونت علیه کودکان انواع مختلفی دارد که تحت تاثیر عوامل گوناگونی از جمله خصوصیات و ویژگی های قربانی و مهاجم، محیط فرهنگی، اجتماعی و مادی است که افراد در آن زندگی می کنند.

بر اساس گزارش جهانی خشونت و سلامت در سال ۲۰۰۲، کودک آزاری به چهار گروه اصلی تقسیم شده است:

۱- کودک آزاری جسمی

۲- کودک آزاری جنسی

۳- کودک آزاری هیجانی یا عاطفی

۴- مسامحه

### کودک آزاری جسمی:

عبارت است از استفاده عمدی از قدرت فیزیکی در برابر کودک که نتیجه آن، به احتمال زیاد، آسیب رسیدن به سلامتی کودک، تهدید حیات، نقص تکامل یا عزت نفس کودک است. از انواع آزار جسمی می توان به کتک زدن، تکان دادن شدید کودک، گاز گرفتن، سوزاندن و یا خفه کردن اشاره نمود.

امروزه تنبیه بدنی افراد بزرگسال در اکثر فرهنگ ها ناپسند تلقی می شود، درحالی که در مورد تربیت کودکان ممکن است پذیرفته شده باشد.

روانشناسان و روانپزشکان بر این باورند که تنبیه بدنی راه موثری برای تربیت کودکان نیست و فقط تاثیری موقتی و کوتاه مدت دارد که باعث افزایش خشونت، تنفر و انتقام جویی در کودکان می شود. تنبیه می تواند باعث شکل گیری انواع ترس در کودکان شده و اعتماد به نفس آنها را خدشه دار نماید.

### کودک آزاری جنسی:

به معنای درگیر شدن کودک در رفتارهای جنسی ای است که با سطح تکاملی (رشدی) وی نامتناسب بوده و قوانین اجتماعی را زیر پا می گذارند.

تعریف قانونی: تماس جنسی بین فرد بالغ و کودک که معمولاً با اعمال زور، فریب و اغوا نمودن قربانی انجام می شود، اگر هردو نابالغ باشند باید فاصله سنی مورد توجه قرار گیرد (۳ تا ۴ سال) ولی در صورت وجود ویژگی های زیر، تفاوت سنی تعیین کننده نخواهد بود:

- تهدید و اجبار
- وجود هم زمان چند مهاجم
- عدم هماهنگی تکاملی (رشدی) بین آنها
- ایجاد ترس از طریق اقدام فیزیکی

کودک آزاری جنسی می تواند به صور مختلف بروز نماید و طیف وسیعی از رفتارهای جنسی را شامل شود. این رفتارها عبارتند از:

- تماس فیزیکی با نواحی جنسی
- نزدیکی دهانی با نواحی جنسی
- تماس دهانی با نواحی جنسی
- استفاده از اشیاء نافذ
- وادار نمودن قربانی به انجام رفتارهای جنسی در مورد قربانی دیگری.
- آزارهای جنسی غیر تماسی مثل وادار کردن کودک به عورت نمایی
- وادار کردن کودک به نمایشگری به قصد هرزه نگاری.
- وادار نمودن کودک به مشاهده صحنه های هرزه نگاری.

#### **ارتباط جنسی با محارم (Incest):**

عبارت است از آزار جنسی کودک در محیط و هسته مرکزی خانواده که این نوع آزار جنسی رابطه جنسی بین والد و کودک و یا بین خواهر و برادرها را در بر می گیرد.

#### **کودک آزاری عاطفی:**

این نوع کودک آزاری، روش و الگویی از مراقبت و پرورش کودک است که در آن، والدین یا مراقبین محیط مناسب و لازم برای رشد و تکامل کودک را فراهم نمی آورند. مادر یا مراقب کودک برای رشد و توسعه قابلیت های اجتماعی و عاطفی متناسب با پتانسیل شخصیتی و شرایط اجتماعی، در دسترس کودک نیستند. اقداماتی مثل محدود کردن بیش از حد فعالیت های کودک، دست کم گرفتن، تحقیر کردن، سپربلا کردن، تهدید کردن، ارباب، تبعیض، تمسخر و هرگونه رفتار خشونت آمیز غیر فیزیکی دیگر از انواع شایع این سوء رفتار هستند.

#### **بهره کشی اقتصادی:**

به معنای استفاده از کودک در کار یا فعالیتی است که منافع حاصل از آن نصیب دیگران می شود. وادار نمودن کودک به کارگری، گدایی و نیز روسپیگری مثال هایی از این نوع کودک آزاری اند.

#### **مسامحه یا غفلت:**

مسامحه عبارت از کوتاهی در مراقبت مسئولانه از سوی مراقب بالغ، جهت فراهم نمودن مراقبت فیزیکی و نظارت کافی بر رشد کودک می باشد. به نظر می رسد تعریف یا شناسایی غفلت در مقایسه با دیگر اشکال سوء رفتار مشکل تر و پیچیده تر است.

متخصصین بهداشت روان، غفلت را به انواع مختلفی تقسیم بندی می کنند. این انواع عبارتند از:

- غفلت جسمانی
- غفلت پزشکی
- عدم نظارت و سرپرستی کافی
- غفلت محیطی
- غفلت عاطفی
- غفلت آموزشی

### غفلت جسمانی

یکی از شایع ترین انواع غفلت است که موارد زیر را در بر می گیرد:

الف) رها کردن کودک: به معنای ترک کودک بدون اینکه سرپرست یا مراقبتی قابل قبول برای او در نظر گرفته شود؛ این نوع غفلت، معمولاً زمانی است که کودک بدون مراقبت لازم حداقل به مدت دو روز رها شده باشد.

ب) اخراج کردن: امتناع آشکار از پذیرش قیمومیت کودک مثل بیرون راندن کودک به طور دائم یا نامحدود از منزل بدون در نظر گرفتن یک مراقب دیگر، یا عدم پذیرش سرپرستی کودک فراری که به خانه باز گشته است.

پ) غفلت تغذیه ای: عدم تغذیه کافی و مناسب کودک یا گرسنه ماندن طولانی که می تواند به صورت توقف و یا کاهش رشد کودک دیده شود. غفلت تغذیه ای اغلب در طبقه بندی غفلت جسمانی متفرقه قرار می گیرد.

ت) غفلت پوشاکی: زمانی است که کودک فاقد پوشاک مناسب است، مثلاً عدم تامین لباس و کفش گرم در زمستان یکی از مصادیق این غفلت می باشد.

ج) غفلت های جسمانی متفرقه: موارد مربوط به بهداشت ناکافی و عدم توجه به رفاه و امنیت کودک، به عنوان مثال، رانندگی به همراه کودک، زمانی که راننده تحت تاثیر مواد مخدر است یا تنها گذاشتن کودک خردسال در اتومبیل بدون همراه، در این گروه قرار می گیرد.

چ) بی خانمانی: زمانی غفلت محسوب می شود که والد به علت عدم مدیریت صحیح منابع مالی قادر نیست سرپناه مناسبی برای کودک فراهم نماید.

### غفلت پزشکی:

غفلت پزشکی: شامل سرباز زدن یا تاخیر والد یا سرپرست در انجام اقدامات درمانی و مراقبت های بهداشتی که به صورت های مختلف دیده می شود:

الف) عدم پذیرش درمان: به صورت عدم همکاری والد با متخصصین امر سلامت جهت انجام مداخلات درمانی لازم، که هنگام بروز صدمه فیزیکی یا بیماری دیده می شود.

ب) تاخیر در درمان: تاخیر در دست یابی به درمان مناسب و به موقع کودک در زمان بروز یک مشکل حاد پزشکی که به نظر یک کارشناس، نیازه درمان خاص پزشکی وجود دارد. به عنوان مثال می توان به تاخیر در پیشگیری مناسب پزشکی برای کودک، عدم توجه به کودک بیمار و بی توجهی به توصیه های پزشکی اشاره کرد، به این مجموعه باید بی توجهی

به بهداشت روان کودک را نیز اضافه کرد. یکی از دلایل فقدان یا تاخیر در درمان، امتناع از پذیرش پوشش های بیمه ای موجود می باشد.

ج) امتناع از پذیرش مراقبت های بهداشتی: در این نوع از غفلت، والد مراقبت های بهداشتی لازم و توصیه شده را مثل واکسیناسیون کودک، از وی دریغ می کند .

### **نظارت و سرپرستی نا کافی:**

نظارت نا کافی شامل موارد ذیل است:

الف) فقدان نظارت مناسب: دستور العملی که بر اساس آن می توان نظارت بر کودک را کاهش داد. مدت زمان مجاز برای کاهش یا حذف نظارت در یک موقعیت خاص بر اساس سن، وضعیت رشدی و تکاملی کودک متفاوت است. برای این منظور باید بلوغ و پختگی کودک، دسترسی به فرد بزرگسال دیگر، مدت و دفعات این کاهش یا حذف نظارت و نیز محیط زندگی و اجتماعی کودک ارزیابی شود.

ب) در معرض خطر بودن: کودکان با خطرات مختلفی در محیط خانه و یا خارج از آن مواجه هستند. این خطرات عبارتند از:

- خطرات ایمنی: دسترسی به سموم، اشیاء کوچک قابل بلع، سیم برق و مواد دارویی، وجود پلکان بدون حفاظ در مسیر حرکت کودک.

- فقدان مراقبتهای مربوط به ایمنی در اتومبیل (ن بستن کمربند ایمنی کودک).

پ) بی کفایتی مراقبین جایگزین: یکی دیگر از رفتارهایی که در طبقه نظارت نامناسب قرار می گیرد، سپردن کودک به مراقبی است که توان نگهداری و مراقبت از کودک و تامین نیازهای اساسی او را ندارد و یا قابل اعتماد نیست. مثلا سپردن کودک به یک بچه کم سن، فردی که سابقه سوء رفتار با کودک را دارد، کسی که مبتلا به اختلالات روانپزشکی یا پزشکی شدید است، یا سوء مصرف مواد دارد.

### **غفلت محیطی**

بسیاری از انواع غفلت هایی که در بخش های قبلی به آنها اشاره شد ریشه در غفلت محیطی دارند. به عبارت دیگر، غفلت از فراهم نمودن منطقه ای امن و انتخاب محله مناسب برای زندگی و ایجاد فرصت ها یا بهره گیری از منابع کافی برای تامین رشد اجتماعی، نوعی از غفلت محیطی محسوب می گردد.

غفلت از فراهم نمودن شرایط محیطی مناسب می تواند عملکرد کودک و خانواده را تحت تاثیر قرار دهد. مطالعات، اثرات مخرب وجود رفتارهای پرخطر و بزهکارانه در همسایگی را بر تکامل کودک و سلامت روان او و نیز افزایش خطر سوء رفتار با کودکان نشان داده اند.

### **غفلت عاطفی**

اصولا ارزیابی و شناسایی موارد غفلت عاطفی دشوارتر از سایر انواع غفلت ها است و پیامد آن در مقایسه با غفلت جسمی

طولانی تر و شدیدتر می باشد. معمولا این نوع از غفلت با سایر اشکال غفلت همایندی دارد. انواع مختلف غفلت عاطفی عبارتند از:

- الف) محبت یا مراقبت ناکافی: عدم توجه مکرر و مداوم به نیاز عاطفی کودک، محبت ناکافی و کم توجهی به کودک.
- ب) همسر آزاری حاد یا مزمن: زمانی که کودک شاهد پرخاشگری یکی از والدین خود نسبت به دیگری است. وجود خشونت های خانگی را نیز می توان در این گروه قرار داد.
- پ) اجازه مصرف مواد مخدر و الکل: زمانی است که والد، کودک را تشویق به مصرف مواد مخدر یا الکل نموده و یا اجازه مصرف این مواد را به او می دهد.
- ت) اجازه انجام و تداوم رفتارهای ناسازگار: این نوع غفلت در مواردی مطرح می شود که والد، کودک را به انجام رفتارهای ناسازگارانه مثل بزهکاری و پرخاشگری نسبت به سایر کودکان تشویق می نماید، بطوری که والد یا سرپرست کودک نسبت به ارتکاب این گونه رفتارها از سوی کودک آگاه است.
- ج) انزوا: که به معنای محروم کردن کودک از تعامل یا مراوده با همسالان یا افراد بزرگسال در محیط داخل و خارج خانه می باشد.

### کودک آزاری در خانواده:

همانطور که از تقسیم بندی های کودک آزاری استنباط می شود بیشترین موارد کودک آزاری در چارچوب خانواده و توسط یکی از اعضای بزرگتر خانواده به وقوع می پیوندد.

ویژگیهای ذیل سوء استفاده در چارچوب خانواده را از سایر انواع آن متمایز می کند:

- این نوع سوء استفاده در قالب روابط خانوادگی بوجود می آید در حالی که انتظار می رود خانواده محافظ ، حامی و تغذیه کننده کودک باشد.
- قربانی علیرغم اینکه میل دارد از شرایط خشونت بگریزد اما در عین حال خود را متعلق به خانواده نیز می داند.
- روابط پایدار خانوادگی فرصت را برای تکرار فرآیند قربانی شدن ایجاد می نماید.



در اینجا منظور از قربانی کسی است که مورد سوء استفاده قرار می گیرد. همچنین در این شرایط امکان دارد که قربانیان دیگری از جمله خواهر و برادران قربانی اصلی وجود داشته باشند که مجبورند رفتارهای فرد مرتکب را تحمل کنند. فرد مرتکب نیز کسی است که اقدام به سوء استفاده از دیگران می نماید.

**کودک شاهد خشونت:** در خانواده هایی که خشونت خانگی در آنها اتفاق می افتد همه کودکان زیر ۱۸ سال شاهد خشونت محسوب می شوند. با اینکه کودکان شاهد خشونت بطور مستقیم قربانی خشونت محسوب نمی شوند ولی در معرض خطر بیشتری جهت کودک آزاری و غفلت و مسامحه از طرف مراقبین خود قرار دارند.

از طرف دیگر طبق الگوی یادگیری مشاهده شده می توان انتظار داشت که این کودکان رفتارهای مرتکبین و قربانیان خشونت را از اعضای خانواده (پدر یا مادر) آموخته و بدینوسیله این الگوها را در نسل های دیگر باز تولید نمایند.

## علل کودک آزاری:

### ۱- علل فردی

فالرو وزی فرت (۱۹۸۱) ویژگیهای شخصیتی و رفتاری سوء استفاده کنندگان به قرار ذیل توصیف می کنند:

عزت نفس پایین/ وابستگی مفرط/ ضعف در کنترل تکانه/ ساختارهای فراخود غیرقابل انعطاف/ توسعه ناقص فراخود/ انزوای اجتماعی/ عدم توانایی در مهارتهای فرزندپروری

### ۲- علل خانوادگی:

فالرو وزی فرت (۱۹۸۱) به پویایی های خانواده های بدرفتار به شرح ذیل اشاره نموده اند:

- ✓ **توافق پنهانی والدین:** یک یا هر دو والد ممکن است سوء استفاده کنندگان فعال باشند اما در بیشتر موارد یکی از والدین نقش غیرفعال را بازی نموده و با سکوت یا رفتار منفعلانه خویش به فرد سوء استفاده کننده اجازه تداوم بدرفتاری را می دهد.
- ✓ **سپر بلا شدن:** هنگامی که میان والدین اختلاف زناشویی وجود دارد ممکن است تعارض میان آنها به بدرفتاری با کودک جابجا گردد.
- ✓ **خانواده دوباره سازمان یافته:** در این شرایط نفرت میان اعضای این چنین خانواده ای ممکن است در قالب سوء استفاده جسمی یا جنسی از کودکان بروز پیدا نماید.
- ✓ **خانواده های تک سرپرست:** تک سرپرستی بطور خودبخود کودکان را در معرض سوء استفاده یا غفلت قرار نمی دهد، اما خانواده های تک سرپرست ضعیف، بیشتر احتمال دارد که دچار مشکلاتی در زمینه سوء استفاده یا غفلت از کودکان واقع شدند.
- ✓ **والدین نوجوان:** نوجوانانی که در سن پایین دارای فرزند می شوند نیز در معرض خطر سوء استفاده و غفلت از کودکان هستند.



توجه کنید:

- ✓ والدین نمی خواهند که به بچه های خود آسیب وارد کنند.
- ✓ خانواده ها برای درمان مشکلاتشان راه حل هایی دارند.
- ✓ اگرچه خانواده های سوء استفاده کننده تمایل دارند تا از جامعه دوری کنند، اما لازم است که در اجتماع اطراف خود ادغام شوند.
- ✓ کودک آزاری یک مشکل اجتماعی است بنابراین به راه حل های اجتماعی نیاز دارد.

### رویکرد اجتماعی به موضوع کودک آزاری:

اگرچه اکثرا تمایل دارند که کودک آزاری را یک موضوع فردی و یا حداکثر خانوادگی قلمداد کنند اما واقعیت این است که این مشکل یک معضل اجتماعی یا ساختاری محسوب می شود (بورمن ۲۰۰۸).

برخی از این مبانی ساختاری به قرار ذیل اند:

**فقر:** میان مشکل فقر، بی عدالتی و کودک آزاری ارتباط تنگاتنگی وجود دارد. با این حال در سالهای اخیر، همانقدر که به کودکان قربانی توجه شده است به همان اندازه به فرد سوء استفاده کننده به عنوان قربانیان دیروز نیز توجه صورت گرفته است. بعضی از تئوریهای جامعه شناسی مطرح می کنند که بی قدرتی و محرومیت مهمترین عامل خطر در ارتکاب جرم و قربانی شدن است. پژوهشها هم نشان می دهد که میزان بروز سوء استفاده در طبقات فقیر جامعه بیشتر است. با این حال این واقعیت نیز مطرح است که طبقات غنی جامعه بدلیل دسترسی بیشتر به منابع بهتر می توانند موارد سوء استفاده را از دید دیگران پنهان نمایند. (داونز و دیگران ۲۰۰۹)

**پدرسالاری:** در جوامعی که پدرسالاری در آنها، فرهنگ غالب محسوب می شوند، زنها نسبت به مردها بیشتر در حاشیه قرار گرفته و بیشتر دچار فقر و محرومیت می شوند. در عین حال مردها بیشتر سوء استفاده کننده و زنها بیشتر قربانی محسوب می شوند. این رویکرد سه عامل قدرت، هژمونی و فرآیند اجتماعی شدن مردها را سه عامل کلیدی کودک آزاری نه تنها در چارچوب خانواده که در سطح جامعه می داند.



**بزرگسال سالاری (Adulthood):** در این تئوری کودکان از نظر جسمی و روانی موجودات ناقابل و ناتوانی فرض می شوند که تفکرات قالبی از جمله وابستگی، سلسله مراتب، عدم تحمل، تبعیض را تداعی و خشونت علیه آنها را توجیه می نماید. در این تئوری کودک آزاری مربوط به تلقی از کودکی است (میسون و استیدس ۱۹۹۶).

### سیکل کودک آزاری:

کودکان فرزندپروری را از والدین خود می آموزند. کودکانی که مورد سوء استفاده واقع شده اند، از عزت نفس پایین، مدیریت ضعیف، هیجانات منفی، حل مسئله ناکارآمد و همچنین ارتباط و مهارت‌های اجتماعی ضعیف رنج می برند.

این ویژگیها می تواند کودکان آزار دیده را به بزرگسالانی قربانی یا مرتکب خشونت تبدیل نماید. در صورتی که بتوان چرخه انتقال بین نسل ها را شکست، می توان امیدوار بود که مشکلات دوران کودکی به بزرگسالی و یا سایر نسل ها انتقال پیدا نکند.

### ارزیابی کودک آزاری:

#### انواع ارزیابی:

کودک آزار دیده نیازمند ارزیابی های پزشکی، روانی و روانپزشکی، اکولوژیک و همچنین پزشکی قانونی است.

بسیاری از کودکان از مطرح کردن مشکل خود وحشت دارند. از طرف دیگر بدلیل اینکه کودکان درک درستی از مشکل نداشته و مهارت‌های ارتباطی مناسب برای بروز این مشکلات را ندارند، بنابراین انتظار می رود که حجم و شدت مشکل نتواند به سادگی آشکار گردد (ونیتون و مارا ۲۰۰۱).

بنابراین در ارزیابی سلامت اجتماعی کودک باید از روشهای متفاوتی استفاده نمود:

- مصاحبه و مشاهدات کودک
- مصاحبه و مشاهدات اعضای خانواده
- مصاحبه با سوء استفاده گر یا مرتکب

برای جمع آوری اطلاعات دویل Doyle (۱۹۹۴) توصیه می کند:

- ۱- قبل از اینکه با طوفانی از سوالها آغاز نمایید، خوب به گفته های طرف مقابل گوش بسپارید. با این حال طرح موضوعی سوالات پاسخ باز می تواند به تداوم بیان مشکلات، روشن شدن منظور مخاطب و نشان دادن علاقه و درک شما بعنوان مصاحبه گر کمک نماید.
- ۲- هیچوقت کسی را که بصورت آزاد در حال فراخوانی رویدادهای مهم است متوقف نکنید، حتی اگر این فرد، مرتکب خشونت بوده و لازم می دانید که پیامدهای بد رفتاری با کودک را به او گوشزد نمایید.

۳- مصاحبه را ثبت نمایید. این ثبت علاوه بر یادداشت مطالب مطرح شده شامل فرد مصاحبه شونده، زمان و مکان مصاحبه و همچنین افرادی که در جلسه مصاحبه حضور دارند نیز می شود.

۴- به دقت و با جزئیات مطالب را ثبت نمایید. یادداشت های شما ممکن است روزی برای اثبات حقیقت کودک مفید واقع گردد.

### مصاحبه و مشاهده کودک:

مصاحبه با کودک آزرده می تواند بسیار دشوار باشد. برای اینکه فرآیند مصاحبه با مشکلات کمتری مواجه شود:

۱- به گفته وویل Doyle (۱۹۹۴)، در بهترین شرایط کودک حق دارد که جنسیت مصاحبه گر خود را انتخاب کند، اما از آنجایی که این کار در بسیاری از مواقع امکان پذیر نیست، بنابراین بهتر است که در همه موارد یک مصاحبه کننده زن در دسترس باشد. در هنگام مصاحبه بایستی به سن و آمادگی های رشدی کودک و همچنین فرهنگ رایج جامعه توجه نمود. مثلاً در کشور ما ایران که سن فرهنگی کودک دوران بلوغ است، یک دختر بچه ۱۲ ساله علی‌رغم اینکه کودک محسوب می شود، اما فرد بالغ نیز می باشد.

همچنین استفاده از اسباب بازی به کودکان کمک می کند که مشکلات خود را با راحتی بیشتری مطرح نمایند.



### اسباب بازی های لازم در اتاق مصاحبه:

- ۱- یک بسته حیوانات باغ وحش
- ۲- دو عروسک پسر و دختر
- ۳- دو عروسک پدر یا مادر
- ۴- دفتر نقاشی و مداد رنگی
- ۵- یک عدد توپ یا یک عروسک مناسب

### عوامل خطر :

بروز کودک آزاری و غفلت، تحت تاثیر عوامل متعددی است و تعامل این عوامل با یکدیگر می توانند زمینه برای بروز این

نوع رفتار فراهم سازند. برخی از این عوامل، در جهت افزایش خطر و برخی در جهت کاهش خطر کودک آزاری حرکت می کنند و برآیند تاثیر این عوامل در شرایط خاص می تواند در ارزیابی میزان خطر تعیین کننده باشد. بنابراین برای پاسخ به این سؤال که چرا در برخی شرایط بد رفتاری با کودکان شایع تر است، هرگز نمی توان یک دلیل خاص یا واحد را مطرح نمود. برای پی بردن و درک بهتر عوامل خطرساز در سوء رفتار با کودکان، باید تعامل پیچیده مجموعه ای از عوامل را در سطوح مختلف مورد تجزیه و تحلیل قرار داد.

### عوامل خطر مرتبط با والدین و مراقبین:

مجموعه ای از عوامل در والدین یا دیگر اعضای خانواده وجود دارد که می تواند باعث افزایش احتمال وقوع سوء رفتار با کودک شود و این عوامل عبارتند از:

- والدی که استفاده از روش های تنبیه جسمی را برای تربیت کودک تایید می کند و اعتقاد دارد که این روش مفید است و والدی که از تنبیه جسمی برای اجرای قوانین استفاده می کند.
- والدی که از بیماری های جسمی و روحی و یا اختلالات شناختی رنج می برد و این امر باعث کاهش توانایی او در مراقبت از کودک می شود.
- والدی که در زمان ناراحتی و عصبانیت، توان کنترل خود را ندارد.
- وابستگی به الکل و مواد مخدر در والدین، بویژه مصرف این مواد در زمان بارداری و پس از آن توسط مادران، قابلیت مادر را برای نگهداری از کودک کاهش می دهد. وابستگی به مواد و الکل در پدر نیز باعث پرخاشگری و کاهش تحمل و در نتیجه بد رفتاری با کودک می گردد.
- والد به نحوی درگیر رفتارهای ضد اجتماعی و بزهکاری است که موجب تاثیر منفی روی روابط کودک و والد می شود.
- والدی که از لحاظ اجتماعی منزوی است.
- والدی که افسرده است و یا از احساس عزت نفس پایین و ناکارآمدی در رنج است. این احساس ممکن است بواسطه ناتوانی در تامین کامل نیاز های کودک و خانواده باشد.

### عوامل مرتبط با کودک:

هنگامی که گفته می شود بعضی از عوامل خطر در کودک باعث احتمال کودک آزاری می گردد منظور این نیست که کودک مسئول سوء رفتاری است که در مورد او اعمال می شود، در حقیقت مراقبت از چنین کودکی در مقایسه با کودکان دیگر، سخت تر است که می تواند به دلایل زیر باشد:

- کودکی که زیاد گریه می کند و به راحتی آرام نمی شود (مثل کودکان سخت).
- کودکی که از وضعیت ظاهری خاصی برخوردار است مثلاً نابهنجاری در صورت که مایه انزجار والد می شود.
- وجود نشانه هایی از ناتوانی های ذهنی در کودک.
- خصیصه هایی در شخصیت و خلق و خوی او وجود دارند که والد آن را مسئله ساز می داند مثل بیش فعالی یا

## حرکت های نسنجیده

- وجود اختلالات خاص مثل کودکان بیش فعال.
- کودکانی که در یک دوره خاص سنی قرار دارند مثل کودکان نوپا و نوجوانان. این دوران بطور طبیعی با افزایش رفتارهای مقابله جویی همراه است.

## عوامل محیطی که با افزایش خطر سوء رفتار با کودک همراه است شامل:

- نا برابری جنسی یا اجتماعی در جامعه
- قابل قبول بودن خشونت در اجتماع
- کمبود یا فقدان مسکن مناسب
- فقدان خدمات حمایت از خانواده، موسسات و یا خدمات مربوط به نیازهای خاص
- بالابودن نرخ بیکاری
- فقر

## پیامد های کودک آزاری :

کودک آزاری در کوتاه مدت و بلند مدت می تواند عواقب ناخوشایندی را برای کودک به همراه داشته باشد، تظاهرات آن در کودکان مختلف متفاوت است. بطوری که در بعضی از آنها هیچگونه علامت بالینی دیده نمی شود و عده ای دیگر با علائم کامل اختلالات روانپزشکی مثل افسردگی، اضطراب، مصرف مواد مخدر، پرخاشگری، انزوا و گوشه گیری و اختلالات شناختی، به کلینیک مراجعه می کنند.

این کودکان در زمینه های مختلف دچار اختلال هستند:

الف) نقائص تکاملی و هوشی: مواجهه با کودک آزاری جسمی شدید باعث ایجاد نقائص شناختی، هوشی شده و در عملکرد های زبانی، شناختی، ادراکی و حرکتی ایجاد محدودیت می کند. این بچه ها انگیزه ای برای انجام تکالیف نداشته و در بررسی، عملکرد های هوشی آنها نسبت به کودکان همسن و سالشان پایین تر بوده است.

ب) بچه هایی که مورد آزار جسمی قرار می گیرند این آزارها را به عنوان بخشی از روش های تربیتی می شناسند و تمایل بیشتری برای استفاده از تنبیه جسمی دارند. این کودکان مشکلات بیشتری در ارائه راه حل های جایگزین برای حل مسئله داشته و بیشتر بر راه حل های منفی تاکید دارند.

پ) اختلال در دلبستگی و اعتماد به نفس: اختلال در شکل گیری دلبستگی ایمن یکی از این عوارض است که می تواند به دلیل اختلال در مسیر تکامل کودک باشد. در این کودکان اختلال در فردیت ( استقلال ) احساس عدم کفایت شخصی و ناتوانی در تنظیم عواطف گزارش گردیده است.

ج) اختلالات روانپزشکی: مواجهه طولانی با کودک آزاری می تواند مشکلات جدی مثل کنترل ضعیف تکانه ها، نا امیدی، دلبستگی ضعیف، رفتارهای خود تخریبی و اختلال پس از حادثه ، افسردگی به همراه داشته باشد.

د) اختلالات رفتاری: یکی از وسیع ترین پیامد های بالینی در این کودکان ، پرخاشگری شدید است. سایر رفتارها مثل افزایش تهاجم به قوانین، مقابله جوئی ( لجبازی )، بزهکاری نیز در این کودکان دیده می شود. این کودکان در خطر وابستگی به مواد مخدر، مشروبات الکلی و سایر رفتارهای ضد اجتماعی هستند. ارتباطات اجتماعی نیز در این کودکان ضعیف است. بچه های کم سال تر در تعامل با همتاها کمتر دوستانه و مثبت برخورد می کنند. این بچه ها معمولاً ارتباطات اجتماعی را ادامه نداده و کمتر حس همدلی دارند.

ر) اختلال در عملکرد تحصیلی: عملکرد تحصیلی این کودکان در مقایسه با کودکان دیگر، نمرات پایین تری را به خود اختصاص می دهد.

### ارزیابی:

شک به وقوع سوء رفتار جسمی زمانی برانگیخته می شود که آسیب ایجاد شده غیر قابل توجیه یا غیر محتمل باشد. اگر آسیب ایجاد شده با شرح حال کودک یا شرایط تکاملی وی متناسب نباشد شک به کودک آزاری تقویت می گردد. والدین این کودکان، گاهی برای مخفی نگه داشتن اعمال خود به پزشکان و یا بیمارستان های متعدد مراجعه می کنند. همانطور که قبلاً نیز اشاره شد آسیب های ایجاد شده در این کودکان اغلب با شرح حال و شرایط تکاملی کودک متناسب نیستند و ممکن است همراهان، شرح حال های متفاوتی را ارائه دهند.

مراقبین کودک ممکن است در برابر شروع درمان یا بستری کودک مقاومت کنند و یا رفتار پرخاشگرانه ای داشته باشند. بدیهی است در هر کودکی که با آسیب بدنی مراجعه می کند باید احتمال سوء رفتار را در نظر داشت. بعضی از شواهدی که مطرح کننده سوء رفتاری باشد عبارتند از:

- توضیحات غیر منطقی برای آسیب
- سابقه و شرح حال مبهم، متغیر و متناقض برای آسیب. والدین یا فردی که کودک را آورده است یک شرح حال دقیق و روشن و مشخص نمی دهند.
- در زمان ارائه شرح حال، تظاهرات هیجانی نامتناسبی را بروز می دهند، مثل نگرانی بیش از حد یا خونسردی و بی تفاوتی زیاد.
- تاخیر در جستجوی کمک های پزشکی. کودک را با تاخیر بسیار زیاد ارجاع می دهند.
- والدی که برادر و خواهر ها را سرزنش می کند یا اصرار دارد که خود کودک مسئول اتفاق است.
- والدی که انتظارات غیر واقعی از کودک دارد.

باید به خاطر داشت هیچ یافته کلینیکی که دقیقاً بتواند کودک آزاری را مشخص کند وجود ندارد و معاینه کننده باید خلاق و صبور باشد و بامشاهده رفتارها و ارزیابی های بالینی و کنار هم گذاشتن اطلاعات به تشخیص برسد. در صورتی که شکل های خاصی از آسیب و جراحات جسمی مشاهده شوند احتمال سوء رفتار جسمی تقویت می شود برای مثال:

- کبودی ها در کودکان بسیار کوچک که قادر به حرکت نیستند.
- آسیب های متعدد که به یک زمین خوردگی جزئی ارتباط داده می شود
- ضربات مغزی شدید در شیرخواران و نوپایان

- شکستگی دنده ها
  - خون مردگی های ساب دورال یا خونریزی شبکیه
  - سوختگی های متعدد با سیگار
  - شکستگی در شیرخواران و نوپایان
- سوء رفتار جسمی اغلب با دیگر شکل های سوءرفتار مثل غفلت تغذیه ای و نارسایی رشد و اشکال دیگر غفلت همراه می

باشد، همین طور ممکن است با سوء استفاده جنسی نیز همراه باشد. آسیب ها اغلب متعدد بوده و در مراحل متفاوت بهبودی هستند.

در صورت مشاهده علائم و شواهد دال بر احتمال کودک آزاری جسمانی، کودک و خانواده وی را جهت بررسی، اقدامات درمانی و مراقبتی به پزشک مرکز بهداشتی درمانی روستایی، شهری و یا بیمارستان ارجاع دهید.

## آماده سازی کودک و والدین و انجام مداخلات

### نقش خانواده در رشد طبیعی کودک

محیط ایمن خانواده و سبک فرزندپروری موثر پایه گذار رشد همه جانبه و طبیعی کودک است. در محیط خانواده کودک می آموزد که چگونه احساس کرده، تشخیص داده و عواطف و هیجانات خود را مدیریت نماید. سبک فرزندپروری خانواده، نحوه همکاری، حل و فصل، تعارض، ارتباط موثر و کنار آمدن با مشکلات زندگی را به کودکان می آموزد.

در یک خانواده سالم، مانند هر خانواده دیگری مشکلاتی وجود دارد که پدر و مادر با درایت خود می توانند این مشکلات را حل و فصل نمایند. در این میان کودک می آموزد که با مشکلات رایج زندگی می تواند با خونسردی و متانت رویارویی کرده و آنها را بطور موثر مدیریت نماید.

### خانواده خاستگاه امنیت روانی

جان بالبی اولین بار به سبک دلبستگی کودکان اشاره نمود. در این تئوری ارتباط نخستین نوزاد با مراقبت کننده نقش بسیار مهمی در چگونگی شکل گیری احساس امنیت کودک دارد.

به عبارت دیگر مراقبت کنندگانی که به موقع به نیازهای نوزادان پاسخ مناسب می دهند کودکان ایمنی را پرورش می دهند. برعکس، مراقبت کنندگانی که در هنگام آشفتگی و بی قراری نوزاد در دسترس نبوده و به موقع پاسخگوی نیازهای عاطفی آنان نباشند، کودکانی نایمن پرورش می دهند.

پژوهشها نشان می دهد که سبک دلبستگی نایمن در سال اول زندگی تعیین کننده نوع رفتارهای کودک در آینده است.

با اینکه سبک دلبستگی کودک در سالهای اول رشد وی شکل می گیرد، اما این الگو در تمام طول زندگی وی تکرار شده و در شرایط بحرانی و فوریتی بصورت مشخص و آشکار تبلور می یابد.

ما در این مبحث از واژه مراقبت کنندگان زیاد استفاده می کنیم، به این دلیل که بغیر از مادر، نقش سایر افراد خانواده و حتی اطرافیان در رشد همه جانبه کودک بسیار اهمیت دارد. در این میان، نقش پدر، مادر، خواهر و برادر، پدر بزرگ ها و مادر بزرگ ها و سایر افراد نزدیک خانواده و همچنین فرهنگ عمومی و خرده فرهنگها نیز از اهمیت بسیاری برخوردار است.

در جدول ذیل مشخصات و ویژگیهای فرزندپروری مراقبین در دوران کودکی و ارتباط آنها با ویژگیهای روانی، اجتماعی به تصویر کشیده شده است:

ویژگیهای شخصیت کودک	حیطه های فرزندپروری
مدیریت و تنظیم عواطف	عواطف مناسب و دائم مراقبت کننده حمایت، تکریم و همدلی مراقبت کننده مراقبت و حفاظت آموزش
امنیت، عزت نفس	
هوشیاری و مراقبت از خود	
یادگیری، کنجکاوی، تسلط	بازی نظم، انضباط امور روزمره، ساختار و مراقبت ابزاری
بازی، تجسم خلاق	
کنترل شخصی، همکاری	
ساختار، نظم و خودتنظیمی	

در پایان لازم به توضیح است که فرزندپروری خوب به معنای این نیست که مراقبت کننده ها کودک را در فضایی خالی از استرس، تعارض و فشار بار آورند. برعکس مراقبت موثر آن است که فضای مناسب برای تجربه کودکان و تصمیم گیری مستقلانه آنها در شرایط زندگی بوجود آمده و مراقبت کنندگان نیز حمایت و نظارت خود را بر این فرآیند حفظ نمایند.

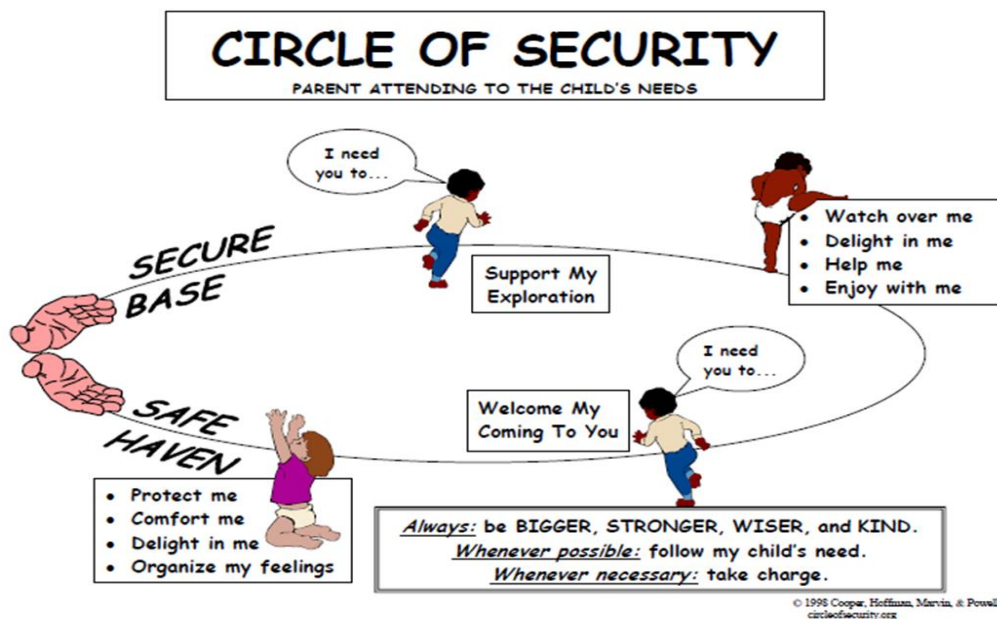


## چرخه امنیت

یکی از راههای مفید برای جلب توجه به اهمیت سبک دلبستگی در نحوه رویارویی کودک با استرس و تروما از طریق چرخه امنیت صورت می گیرد.

این چرخه برای اولین بار توسط ماروین، کوپر و چند محقق دیگر تهیه گردید. مهمترین پیام این است که والدین نمی توانند بصورت دائم و همیشگی مراقب کودک باشند. با این حال این چرخه به والدین کمک می کند تا تمام سعی خود را برای اصلاح و ابقاء امنیت کودک در همه زوایای زندگی فراهم آورند.

یکی از مهمترین مصادیق استفاده از این چرخه در مسایل و مشکلاتی است که در خانه اتفاق می افتد که مهمترین آن همان خشونت در خانواده است.



## خانواده در بحران

با اینکه در موارد خشونت خانگی، بحران در خانواده اتفاق می افتد و روابط ایمن والدین با یکدیگر و همچنین روابط والدین به کودکان در معرض خطر قرار می گیرد، با اینحال همچنان نقش والدین به عنوان مراقبت کنندگان اصلی کودک در کاهش عوارض مربوط به بحران خانواده بسیار محوری است. تسهیلگر بایستی با برقراری ارتباط والدین کودک آنان را مجاب کند که آنها می توانند پس از بروز بحران نقش کلیدی در کاهش آسیب های روانی اجتماعی کودکان داشته باشند.

نقش پدر و مادرها در کاهش اثرات منفی خشونت های خانگی بر کودکان هرچند کوچک اما بسیار با اهمیت است.

آنها می توانند با رفتارهای مناسب خود حس امنیت را به کودک خشونت دیده بازگردانند.

در این خصوص لازم است که والدین و مراقبت کنندگان به دنیای درونی بچه ها در هنگام تجربه بحران خانواده توجه داشته باشند.

بچه ها خشونت میان والدین خود را چگونه تجربه می کنند:

کودکان بسته به گروه سنی که در آن قرار گرفته اند خشونت واقع شده در خانواده را به نوعی تفسیر می کنند. تأثیری که این خشونت بر آنها می گذارد تعیین کننده نوع رفتاری است که متعاقب خشونت از آنها سر می زند. مک نقاش (۲۰۰۳) واکنش گروههای سنی مختلف کودکان را به پدیده خشونت به نحو ذیل تقسیم بندی می کند:

### کودکان ۵ ساله:

- بچه های ۵ ساله نمی توانند تصور کنند که والدین آنها غیر از نقش والدی نقش دیگری تحت عنوان نقش همسری نیز دارند
- آنها نمی توانند خشونت را به خوبی درک نمایند
- به دلیل ویژگیهای سنی، این کودکان بسیار خود محور بوده و در نتیجه با تفسیر اینکه آنها والدین من و من فرزند آنها هستم به این نتیجه گیری می رسد که من مقصر اختلافات و نزاع های میان والدینم می باشم
- در نتیجه این کودکان بسیار تمایل دارند که خود را در خصوص خشونت و روابط نامساعد والدین مقصر بیندارند
- بعد از اینکه سر و صدای والدین فروکش می کند فکر می کنند دیگر خشونت تمام شده است
- ممکن است در دعوای والدین طرف یکی از آنها را بگیرند در حالیکه قصدشان اصلاً سوگیری نبوده و صرفاً آنچه را درک کرده اند دنبال می کنند.
- برای پرت کردن حواس والدین متخاصم به رفتارهایی چون سر و صدا کردن، رفتارهای بیش فعالانه و نیاز به توجه مداوم رو بیاورند.

### کودکان ۷ تا ۱۲ ساله

- دارای آستانه تحمل پایین تری برای تجربه تعارض و نزاع در خانواده هستند.
- نسبت به اینکه آیا بحث و مجادله حل و فصل شده است یا خیر، بسیار حساس اند.
- ممکن است برای توقف مجادله پاپیش گذاشته و در نتیجه در معرض آسیب فیزیکی قرار بگیرند.

## نوجوانان

- احتمال زیادی وجود دارد که از تعارض پرهیز کنند.
- اغلب از نزاع کناره گیری می کنند.
- والدین خود را در این تعارضات و بگومگوها مقصر می دانند.



نوجوانان خشونت دیده بیشتر از هر گروه سنی دیگر استعداد و آمادگی ترک خانه را دارند. یکی از مهمترین دلایل فرار نوجوانان از خانه و آسیبهای متعاقب آن تجربه خشونت در خانواده است.

### اثرات منفی خشونت خانگی بر رشد روانی-اجتماعی کودک:

کودکان خانواده های خشونت دیده دچار مشکلات متعددی در زمینه رشد خود می شوند که بعضی از آنها به قرار ذیل است:

- ✓ رشد اعتماد به دیگران
- ✓ درک روابط علت و معلول
- ✓ رشد دلبستگی
- ✓ تنظیم عواطف
- ✓ اسنادهای درونی شده نسبت به خود
- ✓ روابط با همسالان
- ✓ سازگاری با محیط مدرسه و انجام تکالیف تحصیلی

هیچ گروه سنی از اثرات مخرب خشونت خانگی در امان نیست.



با این حال تحقیقات نشان می دهد که اثر خشونتهای مداوم و طولانی مدت در کودکان پیش دبستانی مخرب تر است. در این گروه از کودکان احتمال بیشتری وجود دارد که تحت تأثیر خشونت خانگی سبک دلبستگی و رابطه ناایمن با مادر ایجاد گردد.

هر دو رفتار ترساندن و ترسیدن که در تعامل با یک خردسال اتفاق می افتد می تواند سبک دلبستگی کودک را دچار اختلال نماید.

خردسالان چند هفته ای (۲ تا ۳ ماهگی) علایمی را که نشان گر وجود خشونت در خانه است را تشخیص داده و به آنها واکنش نشان می دهند.

در نیمه دوم سال اول زندگی خصوصاً در ۹ ماهگی خردسالان تجارب منفی را درونی سازی کرده و در سالهای بعد زندگی با رفتارهای خود آنها را نشان می دهند. در سال دوم زندگی ظرفیت یادآوری وقایع پیشین در خردسالان وجود دارد.

**مادری که قربانی خشونت است هم موجب راحتی و امنیت خردسال و هم ترس و نگرانی او می گردد.**

مادری که در بلند مدت دچار خشونت است و ذهنی درگیر با موضوع دارد منبع ترس کودک خردسال خود بوده و در نهایت کودک خود را با موضوع درگیر می کند. در این شرایط کودک از نظر رشدی دچار لطمه شده و از سایر کودکان متمایز می گردد.

بنابراین بسیار مهم است که جامعه و خصوصاً پرسنل بهداشتی از اثرات خشونت خانگی بر رشد همه جانبه کودک آگاهی داشته باشند.

### آیا کودکان نسبت به خشونت خانگی تاب آوری دارند؟

تعریف تاب آوری به قرار ذیل است :

*" اساس ویژگی تاب آوری در این است که کودک توسط حداقل یک فرد بزرگسال در زندگی خود به درستی درک شده و مورد پذیرش واقع گردد."*

بعضی به اشتباه فکر می کنند که کودکان در اثر مواجهه با مشکلات بطور خودبخودی تاب آور می شوند. بعضی دیگر چنین می پندارند که اگر کودکی شرایط دشوار را به راحتی طی می کند هیچ آسیب و مشکل پنهانی را تجربه نکرده است. بسیاری از رفتارهای کودکان از جمله تمرکز بر تکالیف مدرسه، روابط با همسالان و عزت نفس تحت تاثیر چالش با مشکلات زندگی و میزان تاب آوری آنها قرار می گیرد.

برخی از عوامل مثبتی که می تواند به تاب آوری بیشتر کودکان کمک کند عبارتند از:

- ۱- سن کودک (خردسالان زیر ۵ سال و همچنین نوجوانان بیشترین میزان آسیب پذیری را دارند)
- ۲- کفایت و تواناییهای والدین
- ۳- وضعیت سلامت روان مادر
- ۴- دسترسی به حمایتهای روانی-اجتماعی

بنابراین تسهیلگران باید توجه نمایند، کودکانی که در شرایط دشوار بسر می برند نیاز به حمایت همه جانبه دارند تا بتوانند این شرایط دشوار را با حداقل تاثیرات منفی پشت سر بگذارند. نظام بهداشتی و کارشناسان مربوطه می توانند حداقل شرایط را برای کسب این حمایت ها فراهم آورند.

## برقراری ارتباط موثر با کودک خشونت دیده

### تمرکز بر کودک

اولین قدم در کار با کودک توجه مستقیم به اوست. اگر شما به منزل کودکی می روید و یا با والدین صحبت می کنید از آنها بپرسید که آیا در منزل کودک وجود دارد. حتی می توانید اسم کودک را بپرسید شما با این کار به والدین پیام می دهید.

**کودکان مهم هستند و مشکلات خانوادگی از جمله خشونت بر روی آنها هم تأثیر مخرب خود را دارد.**

**تمرکز بر کودک به این معنا نیز هست که باید مراقب رفتار و گفتار خودمان در حضور کودکان باشیم.**

حتی اگر بچه ها در حال تماشای تلویزیون یا بازی باشند باز هم به آنچه بزرگسالان می گویند و یا انجام می دهند توجه دارند.

## در این مواقع از خود سوال کنید اگر در حضور کودک اینگونه صحبت یا رفتار کنم چه تأثیری روی او می گذارد؟

### فراهم کردن فرصت برای صحبت با کودک

وقت گذراندن با کودکان به ایجاد یک رابطه دوستانه با کودک کمک می کند. در ابتدا این وقت گذرانی ها کوتاه است ولی به مرور بیشتر می شود.

گفتمان ما بایستی بر محورهای ذیل تمرکز نماید.

- توضیح در مورد اینکه ما که هستیم، چه می کنیم، چه اتفاقی افتاده و چه چیزی قرار است انجام شود.
- مشورت گرفتن از آنها، مثلاً نظر خواهی از آنها در مورد بعضی از امور
- کشف تواناییها و ویژگیهای منحصر به فرد آنها مثلاً علایق، دوستان آنها و اینکه کجا احساس امنیت می کنند

### فرصت سوال کردن به آنها

### فرصتی برای راحت بودن کودکان

هنگامی که با کودکان کار می کنید باید از اثراتی که ظاهر فیزیکی ما بر آنها دارند آگاه باشید. جنسیت، لباس فرم، قد و اندازه و محلی که در آن با کودک ارتباط برقرار می کنید تأثیر زیادی بر آنها دارد. با اینحال راهکارهایی وجود دارد تا با استفاده از آنها کودکان احساس راحتی بیشتری نمایند. به عنوان مثال:



از زاویه دید کودک به دنیا نگاه کنید.

روی صندلی بنشینید که هم اندازه صندلی کودک است. هر از گاهی در همان زاویه و محلی بنشینید که او نشسته است. برای پیوستن به کودکان از آنها اجازه بگیرید و حتی الامکان از زبان مناسب و مهارت‌های ارتباطی متناسب با سن کودکان استفاده کنید.

در صورتیکه نیاز به ارایه اطلاعات به کودک وجود داشته باشد یکی از راههای ممکن این است که به او بگوییم :  
می توانم به آن طرف بیایم چند دقیقه در کنارت بنشینم و در مورد چیزهایی که قرار است انجام دهیم کمی با شما صحبت کنم.

با اینگونه صحبت کردن می توان با دنیای کودک بدون ایجاد هیچگونه تهدیدی ارتباط برقرار نمود.

**چه وقت کودکان آمادگی برقراری ارتباط دارند؟**

پیش بینی اینکه کودکان چه موقع آمادگی برقراری ارتباط دارند کار آسانی نیست. بنابراین باید در این خصوص بیشتر فرصت طلب بود. به عنوان یک تسهیلگر باید دقت نمود که چه زمانی کودک به ما نشان می دهد که می خواهد ارتباط برقرار کند، در این مواقع باید سریعاً دست به کار شد. مثلاً وقتی که کودک به چشمان شما نگاه می کند، یا سوالهایی از شما می کند.

اگر منتظر باشیم که کودک برای برقراری ارتباط صحبت کند و اگر به خاطر کارهایی که به نظرمان مهمتر است او را نادیده بگیریم مطمئن باشیم که فرصت های زیادی را برای برقراری ارتباط از دست می دهیم.



در بسیاری اوقات کودک تمایل دارد که در حضور همراهان با ما صحبت کند. مواردی نیز وجود دارند که کودک تمایل دارد به تنهایی با تسهیلگر ارتباط برقرار کند بنابراین استراتژی مناسب این است که از کودک سوال کنیم:

✓ دوست داری که چه کسی در اتاق باشد و چه کسی نباشد؟

گاهی اوقات می توان از همکاری اعضای خانواده برای برقراری و تداوم ارتباط درمانی با کودک بهره جست. همیشه در هر خانواده کسی وجود دارد که آمادگی برقراری ارتباط را دارد. (پدر، مادر، خواهر و برادر یا دوست خانواده ...)

برای برقراری ارتباط راههای زیادی وجود دارد بعضی از کودکان با نقاشی کشیدن به ابراز وجود می پردازند. استفاده از عروسکهای خیمه شب بازی، حیوانات باغ وحش، و خمیرهای بازی نیز وسایل خوبی برای برقراری ارتباط هستند. در صورتیکه با تعداد بیشتر از یک کودک کار می کنید از آنها بخواهید که به نوبت صحبت کنند و به صحبت های همدیگر گوش فرا دهند.

بعضی کودکان برای برقراری ارتباط به وقت بیشتری احتیاج دارند.

### مراقبت از نحوه گفتمان

در مورد کلماتی که به کار می بریم باید به اندازه کافی مراقب باشیم چرا که نمی دانیم کودک از کلام ما چه برداشتی دارد. یک استراتژی مهم این است که در بین صحبت های خود مرتب از کودک بپرسیم:

✓ آیا می فهمی که چه می گویم؟

بعضی از بچه ها به خاطر خوشایند ما و یا هر علت دیگر ممکن است که به سوال ما پاسخ مثبت بدهند بدون اینکه واقعاً منظور کلام ما را درک کرده باشند.

بنابراین استراتژی مهم دیگر این است که از آنها بخواهیم که با زبان خود صحبت های ما را دوباره بازگو کنند:

✓ می توانی بگویی که من الان چه گفتم؟

بعضی وقتها بزرگترها برای اینکه وارد دنیای کودکان شوند، لحن کلام خود را کودکانه کرده و مثل بچه ها صحبت می کنند. بد نیست برای اینکه احترام بیشتری به کودک گذاشته و او را با خود همراه کرده برعکس عمل کرده و با کودکان مثل بزرگسالان رفتار کنیم. در این موارد بهتر است از کلمات ما دو و جملات کوتاهتر استفاده کنیم.

مثلاً بگوییم :

✓ بسیار خوب آقای محترم بیا ببینم می توانیم برای این موضوع راه حلی پیدا کنیم.

در مواردی که می خواهیم راجع به عضوی از خانواده که مرتکب خشونت شده است صحبت کنیم بویژه بسیار اهمیت دارد که از واژه هایی استفاده کنیم که لحن سرزنش و یا منفی نداشته باشد.

نوع مسئولیت نیز در برقراری ارتباط تأثیر دارند

سوالات پاسخ بسته که پاسخ آنها بلی یا خیر است، اطلاعات محدودی را ارایه می دهد.

استفاده از سوالات پاسخ باز می تواند کودک را به صحبت کردن بیشتر ترغیب نماید. سوالاتی که اینگونه آغاز می شود:

### ✓ آیا می توانی به من بگویی که ...؟

چیزهای بیشتری وجود دارد که بهتر است به شنیدن آنها بپردازیم:

- داستانهای شخصی که نشان می دهد آنها چگونه افرادی هستند؟ در چه اموری خوب عمل می کند و چه چیزی آنها را از دیگران متفاوت می کند.
- چگونه امور مربوط به خود را مدیریت می کنند و چگونه به مشکل خشونت خانگی در منزل واکنش نشان می دهند.
- چه ایده ها و چه راه حل هایی برای بهتر شدن وضعیتشان دارند؟
- آیا موردی جدا از داستان مشکلاتشان را برای صحبت کردن دارند. امیدها، ارزشها، نقطه نظرات و ترجیحات آنها کدام اند؟
- چه چیزی برای آن ها مهم است و برای آنها اهمیت دارد؟

### تهیه برنامه امنیت (safety plan)

بسیار مهم است که بچه ها، قدم های رسیدن به یک برنامه امنیتی را در شرایط نا امن اطرافشان را بردارند. بعضی بچه ها خودشان به یک راه حل هایی رسیده اند. اما درخصوص بچه هایی که به این مرحله نرسیده اند بایستی به کمک خودشان اقدام نمود.

برنامه امنیت به کودک می آموزد که چگونه در یک موقعیت نا ایمن یا در موقعیتی که ممکن است در معرض سوء استفاده قرار گیرد چگونه عمل نموده و چگونه به نقطه ایمن باز گردد.

بخش های اصلی یک برنامه امنیت به قرار ذیل اند:

- کارهایی که کودک می تواند قدم به قدم برای بازگشت به نقطه ایمن انجام دهد.
- افرادی که (سه نفر یا بیشتر) کودک می تواند برای دریافت کمک به آنها رجوع کند
- مکانهای امنی که در محیط منزل، خیابان یا محله وجود دارد
- چگونه می توان با مراکزی مثل پلیس، اورژانس و اورژانس اجتماعی تماس گرفت.

می توان به کمک کودک برنامه امنیت را روی کاغذ آورد. این برنامه حتی



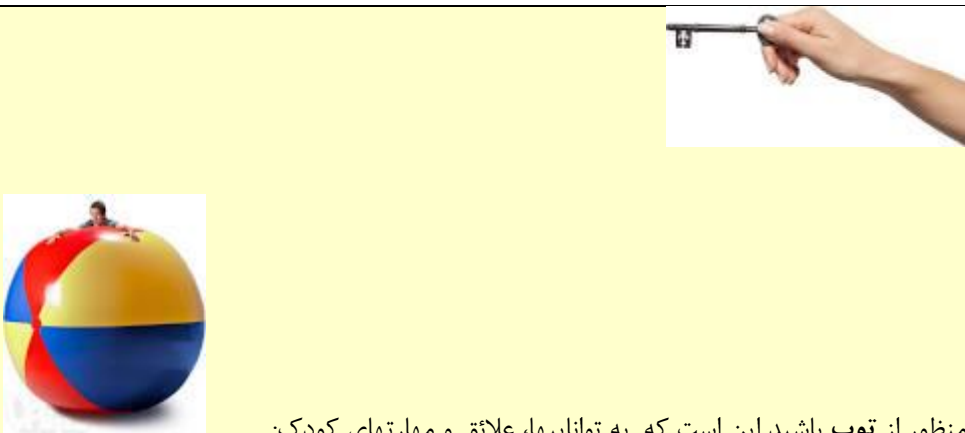


الامکان با شکل ها و سمبول هایی که برای کودک قابل درک است تکمیل می شود. از کودک می خواهیم که این برنامه را در جای مناسبی نگهداری کند به نحوی که در هنگام لزوم بتواند به راحتی به آن دسترسی پیدا کرد.

در اینجا ترانه کودکانه ای که برنامه امنیت را یادآوری می کند برای کودک می تواند بسیار فراموش نشدنی باشد.

مشاهده، توجه / پاسخ، واکنش، عکس العمل / مکاشفه، پرسش

اگر می خواهید با کودکان ارتباط درمانی خوبی برقرار کنید پاسخ به سادگی این است: فقط "توپ" باشید.



منظور از توپ باشید این است که به تواناییها، علائق و مهارتهای کودک:

- ۱- ت: توجه کنید
- ۲- و: واکنش نشان دهید
- ۳- پ: پرسش نمایید

توجه به اصل مشکل که وجود خشونت در زندگی کودک و تاثیرات آن بر خانواده است از اهمیت ویژه ای برخوردار است، اما باید آمادگی داشته باشیم که از این موضوع به "قابلیتها و منابع ویژه ای که افراد خشونت دیده خانواده از جمله کودکان دارند" تغییر مسیر دهیم.

وقتی که به این نقطه رسیدیم به کودک، پیام خود را رسانده ایم:

" شما مسبب مشکل نیستید."

## ۲- رویارویی با مشکل

اگر کودکان فاش سازند که مورد سوء استفاده قرار می گیرند بسیار احتمال دارد کودکانی که در خانواده های خشن زندگی می کنند گزارشهایی از مورد سوء استفاده واقع شدن ارائه دهند. این شرایط بسیار مشکل و دارای پیچیدگی های خود است.



بعنوان یک تسهیلگر دقت نمایید که وقتی کودک از سوء استفاده صحبت می کند بایستی به آنها کمک کرد تا از موانع و ترسهای عاطفی و کلامی خود عبور نمایند.

برخی از این موانع به قرار ذیل اند:

- ✓ مقصر اصلی خود آنها بوده اند
- ✓ آنها حتما دچار مشکل می شوند
- ✓ هیچکس آنها را باور نمی کند
- ✓ فرد سوء استفاده کننده حتما به دردمس می افتد و آنها باعث و بانی این کار هستند
- ✓ سوء استفاده متوقف نمی شود اما بدتر می شود
- ✓ هیچکس نمی تواند جلوی این مشکل را بگیرد
- ✓ آنها را به شبانه روزی یا بیمارستان می برند
- ✓ خانواده اش از هم پاشیده می شود
- ✓ اگر به مادر یا هر عزیز دیگری بگوید که او چه مشکلی دارد، او را هم به دردمس می اندازد
- ✓ او قبلا از این مشکل صحبت کرده است، اما کسی گوش نداده است
- ✓ این جور مشکلات در هر خانواده ای اتفاق می افتد
- ✓ اگر من بچه خوبی باشم دیگر آنها این کار را با من نمی کنند
- ✓ من آنها را دوست دارم، بنابراین تقصیر و گناه به گردن خودم است
- ✓ من باید بچه بدی باشم
- ✓ من بچه بدی هستم
- ✓ این کار نمی تواند سوء استفاده باشد، چرا که من هم گاهی احساس خوبی از این کار دارم

در این گونه مواقع سعی کنید:

- ✓ به کودک پیام دهید که آماده شنیدن گفته های او هستید
- ✓ اجازه دهید تا آنها به صحبت کردن ترغیب شوند

- ✓ بگذارید آنها متوجه شوند که شما قصد کمک دارید
- ✓ انتظارات آنها را درک کنید
- ✓ به آنها بگویید برای کمک به آنها باید با افراد و اشخاص دیگر نیز صحبت کنید
- ✓ از آنها بپرسید که با چه کس دیگری در این خصوص دوست دارد صحبت کند
- ✓ با کودک همدردی کنید اما شوک نشوید
- ✓ بررسی کنید که آیا از نظر جسمی نیز دچار آسیبی شده اند؟

حتما از موارد ذیل اطلاعات حاصل کنید:

- ✓ آیا کودک دچار آسیب شده است؟
- ✓ آیا کودک الان نیز در خطر است؟
- ✓ آیا کودک به درمان پزشکی نیاز دارد؟
- ✓ نیازهای دیگر او چیستند؟
- ✓ چه چیزی برای او اهمیت زیاد دارد؟

### رویارویی با آشفتگی کودکان

وقتی که کودکان دچار آشفتگی و اضطرابند، بهترین زمان برای برقراری ارتباط و ایجاد یک فضای مثبت و متفاوت است.


در این شرایط کودکان می آموزند که احساسات بد و ناراحت کننده قابل تغییر است و می توان از آنها عبور کرد.

در این شرایط باید به کودک پیام دهیم که:

- ✓ اضطراب و آشفتگی گریزناپذیر است و برای همه اتفاق می افتد.
- ✓ افراد زیادی وجود دارند که می توانند به او کمک کنند

دادن یک دستمال به کودک، صحبت کردن آهسته و آرام و ترغیب او برای صحبت کردن، کارهای ساده و کوچکی هستند که نشان می دهد کسی به او توجه نموده است.

توجه کنید که رفتار کودکان در هنگام بی قراری متفاوت از بزرگسالان است، بنابراین کودک آشفته بجای اینکه یکجا بنشیند مدام از اتاقی به اتاق دیگر می رود یا از محوطه به بیرون و دوباره به محوطه بر گردد. بعضی کودکان نیز تمایل به کناره گیری پیدا می کنند.



باید به کودک کمک کرد که با روش خود با اضطراب و نگرانیش روبرو شود.


یکی از راههای کنار آمدن کودکان با خشونت که در زندگی تجربه کرده اند باز تولید خشونت با رفتارهایی مثل کتک زدن، فریاد زدن، بد دهنی کردن و تحقیر کردن است.

برای بعضی از کودکان استفاده از این روش ها تنها راهی است که برای رویارویی با احساسات منفی آموخته اند.

اگر رفتارهای منفی کودک امنیت دیگران را به خطر می اندازد باید به فکر کنترل این رفتارها بود.

بعضی از سوالهایی که در این قبیل موارد ممکن است پیش بیاید به قرار ذیل هستند:

- ✓ چگونه می توان به کودک کمک کرد تا مسئولیت رفتارهای خود را بپذیرد؟
- ✓ چگونه می توان به کودک کمک کرد تا رفتار دیگری بروز دهد؟
- ✓ چگونه می توان رفتارهای ملایم را به کودک آموخت؟
- ✓ در این مواقع چگونه می توان اطرافیان کودک را از خطر دورنگه داشت؟



در مواجهه با کودکی که در هنگام هیجانات شدید راه دیگری جز خشونت نیاموخته است بایستی عقاید و باورهایش را در وقت مناسب دیگر - که هیجاناتش فروکش کرده است - مورد سوال قرار داد. در این مواقع ممکن است کودک پیشنهادات و راه حل هایی برای مقابله با هیجانات منفی ارائه دهد. راه حل هایی که همراه با خشونت نیستند.

راه حل هایی که می توان به کمک کودک به آنها توجه نمود زیاد هستند که بعضی از آنها به قرار ذیل می باشند:

- ✓ بغل کردن یک اسباب بازی محبوب
- ✓ خیالپردازی در مورد جاهایی که کودک رفتن به آنجا را دوست دارد
- ✓ زنگ زدن به یک دوست
- ✓ صحبت کردن با کسی
- ✓ درخواست از کسی که با او وقت بگذارند
- ✓ مراقبت بزرگتر ها از اینکه کودک قرار خود را برای پرخاش نکردن فراموش کرده است یا نه



به طور کلی وقتی که کودک به وضوح دچار آشفتگی هست، بزرگترها مسئولیت دارند تا از اینکه کودک در موقعیت آسیب به خود و یا دیگران نیست اطمینان حاصل نمایند. در این شرایط کودکان نیاز دارند تا با احساسات منفی مثل گناه، تقصیر، شک به خود، ترس و نگرانی به حال خود رها نشوند.

### تقدیر از کودکان

راههای مختلفی برای تقدیر از قابلیت ها و توانایی های کودکان وجود دارد. به عنوان مثال دادن جایزه، تبریک گفتن، تأیید و بازخورد مثبت مثل "آفرین تو کار بزرگی انجام دادی" " آفرین دختر خوب" " آفرین خیلی عالی بود که موقع عصبانیت او را کتک نزدی".

در بعضی از مواقع به تشویق و جایزه نیازی نیست بعضی از این موارد به قرار ذیل می باشند:

- ✓ مهارتهایی را که کودک در هنگام خشم و عصبانیت نشان داده است را برای کودک بازگو نمایید. بگذارید کودک بداند کدام بخش از رفتارش برای شما حائز اهمیت و در خور توجه بوده است.
- ✓ شرح دهید که عملکرد کودک برای شما چه معنایی دارد و این رفتارها چگونه بر شغل و زندگی شما و یا حتی دیگران تأثیر مثبت می گذارد.
- ✓ پیدا کردن افراد دیگری، مثل دوستان، اعضای خانواده و یا حتی سایر همکاران برای اینکه شاهد موفقیت‌های کودک باشند روش های دیگری است که می تواند به تشویق رفتارهای مثبت کودک بیانجامد.

### **۳- کار با والدین و مراقبت کنندگان**


کودکان تحت مراقبت بزرگسالان هستند و مشکلات آنها به میزان زیادی نشئت گرفته یا تحت تاثیر مشکلات والدین و مراقبت کنندگان آنها است. بنابر این راهنمایی و توانمند سازی والدین و مراقبت کنندگان علاوه بر اثرات شخصی تاثیر مثبتی در کاهش مشکلات کودکان دارد.

به همین دلیل در جایگاه نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه بایستی آمادگی پاسخ گویی به نیازهای والدین و مراقبت کنندگان کودکانی باشیم که با مشکل خشونت خانگی روبرو هستند.

بررسی کودک در بطن خانواده

کودک در محیط خانواده رشد و نمو می کند و اعضای خانواده خصوصاً والدین نقش بسیار مهمی در رشد روانی و اجتماعی او دارند. روابطی که کودک با خانواده خود برقرار می کند، شکل دهنده نوع رابطه او با سایر افراد

مهم زندگی خواهد بود. بنابراین فرد تسهیلگر باید رابطه محترمانه ای با خانواده کودک برقرار نماید. همچنین باید از رفتارهایی که توأم با اتهام و گناهکار فرض نمودن خانواده است پرهیز نمود.



نباید به گونه ای رفتار کرد که کودک احساس کند از خانواده خوب و خوشبختی برخوردار نیست.

تسهیلگر بایستی به این موضوع به عنوان یک چالش مهم در تمام طول ارتباط درمان توجه داشته باشد. بنابراین تسهیلگر بایستی :

- ✓ از واژه خشونت کمتر استفاده نماید.
- ✓ از پیامدهای مشکل و همچنین مؤسسات مرتبط با این پیامدها (مؤسسات حمایتی ، درمانی و...) آگاهی داشت
- ✓ به دنبال حمایت های لازم برای والدین و کودکان باشد
- ✓ والدین را با آموزش رفتار های مناسب با یکدیگر و همچنین با کودکان توانمند سازد
- ✓ موارد سوء استفاده را به مراجع ذیربط گزارش نماید
- ✓ والدین را با علایم آسیب آشنا سازد

### خانواده چیست؟

خانواده خاستگاهی از روابط است که دارای کارکردهای اقتصادی، خانگی، هیجانی و فرهنگی نسبت به اعضای خود می باشد.

تاریخچه منحصر به فرد ارزشهای فرهنگی و موقعیت های اقتصادی واجتماعی خانواده، تعیین کننده نحوه عملکرد آن است.

بنابراین خانواده در خلاء شکل نمی گیرد. خانواده یک بنیاد اجتماعی است که در اجتماع و زمینه فرهنگی جامعه موجودیت پیدا می کند.

بدیهی است زمینه فرهنگی نقش زیادی در تعریف هر فرهنگ از خانواده دارد. در بعضی از فرهنگ ها ممکن است پدر بزرگ ها و مادر بزرگ ها، تصمیم گیرندگان اصلی خانواده باشند، یا اینکه برای پدر و مادرها اجبارهای اجتماعی برای قبول مسئولیت در قبال نوه ها وجود داشته باشد. در بعضی از فرهنگها نیز ممکن است سودمندی اقتصادی مهمتر از مسئولیت های والدی باشد.

در حال حاضر در اکثر جوامع خانواده هسته ای بر انواع دیگر خانواده غلبه دارد.  
با اینحال در کشورهایی مانند کشور ما فرهنگ غالب جمع گرایی در مقابل فرد گرایی است.

خانواده هسته ای ایرانی که مرکب از پدر، مادر و فرزندان است با خانواده هسته ای کشورهای غربی از این نظر متفاوت است که در تعامل تنگاتنگ با خانواده های اصلی پدر و مادرها قرار دارد.  
بنابراین نقش خویشان در جه یک و یا حتی درجه دو در نحوه ارتباطاتی که در خانواده رایج است انکار ناپذیر است.

اگر فکر می کنیم که خانواده ایرانی فقط در پدر و مادر و فرزندان خلاصه می شود در آن صورت نمی توانیم به موضوع خشونت خانگی به طور واقع بینانه بپردازیم.

به عنوان مثال چگونه می توانیم نقش پدربزرگ و مادر بزرگی که در غیاب والدین از آنها مراقبت می کنند را نادیده بگیریم.

بنابراین در هنگام کار با خانواده هایی که دچار خشونت خانگی هستند باید مطلع شویم که :

۱. خانواده چه نوع خانواده ای است؟(چه کسانی اعضای خانواده محسوب می شوند)
۲. سرپرست خانواده یا اصطلاحاً نان آور خانواده کیست؟
۳. چه کسی مسئولیت کودکان را برعهده دارد؟
۴. چه کسی یا کسانی مراقبین اصلی کودک محسوب می شوندبه عنوان مثال چه کسی نوع مدرسه و پزشک کودک را تعیین کرده و چه کسی مسئول تربیت وی است.
۵. در وقت نیاز غیر از پدر و مادر اصلی چه کسی یا کسانی از کودکان مراقبت می کنند.
۶. در صورت بروز مشکل با کودک پدر و مادر از چه کسی کمک می خواهند.

### کارکردن با (نه علیه) خانواده

بسیاری از خانواده هایی که دچار خشونت خانگی هستند تمایل دارند که خانواده شاد و خوشبختی داشته باشند. با این وجود آنها مجبور هستند که با قضاوت های اجتماعی که در مورد اشتباهات و رفتارهایشان ایجاد می شود کنار بیایند.

متأسفانه حمایت های اجتماعی زیادی برای اینگونه خانواده ها وجود ندارد. این خانواده ها معمولاً به حاشیه کشیده شده و با جریان اصلی جامعه کمتر ارتباط برقرار می کنند. تمایل به حفظ حریم خصوصی خانواده از یک طرف و تحریم های اجتماعی دیگران، آنها را هر چه بیشتر از نزدیک شدن به جامعه برحذر می دارد.



بنابراین یک استراتژی خوب برای خانواده های خوشونت دیده این است که آنها را از انزوا و دور بسته خود خارج نماییم.

همگام با رشد نهادهای مدنی امروزه دیگر کودکان مایملک مطلق والدین نیستند، آنها به اجتماع خود نیز تعلق دارند.

به دلیل اینکه کودکان عضو ارزشمند جامعه بلافصل خود هستند بنابراین جامعه حتی بیش از پدر و مادر وظیفه مراقبت، حمایت و حتی رفاه کودک را برعهده دارد.

بنابراین بایستی همکاری مستمر میان والدین و کارکنان سایر بخشهای اجتماعی جهت رفاه کودکان وجود داشته باشد.

وجود خلاءهای قانونی ، کمبود و نارسایی سازمانهای اجتماعی مرتبط و همچنین عدم همکاری و تلاش والدین باعث آسیب پذیری شدید کودکان در جامعه می گردد.

در دهه های اخیر موضوع ایمن سازی کودکان یکی از مهمترین مثالهای همکاری خانواده با جامعه بوده است. معمولاً خانواده هایی که کودکان خود ایمن سازی می کنند مورد حمایت نظام بهداشتی قرار می گیرند(هزینه رایگان واکسن های کودکان در مراکز بهداشتی و درمانی و...).

با اینحال والدینی که کودکان خود را واکسینه نمی کنند نیز به حال خود رها نمی شوند. مراکز بهداشتی درمانی، نظام بهداشتی و مدارس ارتباط و چانه زنی های خود را با والدین دنبال می کنند.

متأسفانه چنین ارتباطی در مورد مسائل روانی - اجتماعی موجود در خانواده ها وجود ندارد. به عبارت دیگر کودکی که در خانواده مورد تنبیه و آزار قرار می گیرد توسط هیچ نهادی پیگیری و مدیریت نمی شود.





ارتباط نظام بهداشتی به عنوان یک نهاد اجتماعی با خانواده ها می تواند در جلب همکاری خالصانه خانواده ها در زمینه های مختلف بهداشتی از جمله خشونت خانوادگی نقش بسزایی داشته باشد.

این ارتباط هرچند که در ظاهر بار کاری نظام بهداشتی را افزایش می دهد، اما در واقع از هزینه درمان مشکلات و بیماریهایی که به علت عدم تمرکز ویژه بر یکایک خانواده ها به نظام بهداشتی وارد می آید جلوگیری مینماید.

در زمینه خشونت خانگی ارتباط مداوم نظام مراقبت های بهداشتی با اعضای خانواده می تواند از خشونت و خصومت اعضای خانواده کاسته و آنها را به همکاری ترغیب نماید.

بنابراین در نحوه رویارویی خود با خانواده ها بایستی به این بینش برسیم که هر خانواده ای نقاط مثبت و منفی خاص خود را دارد. اگرچه وجود خشونت در خانواده این نقاط مثبت را کم رنگ می کند اما نکات مثبت دیگری در خانواده وجود دارد که می تواند ارتباط بین کارکنان نظام بهداشتی و خانواده را بهبود بخشد.

این خطر در مورد خانواده هایی که در حال جدایی و طلاق هستند نیز صدق می کند. در اینگونه مواقع همه فرض می کنند که خانواده کارکرد مثبتی ندارد که در حال فروپاشی است. در حالیکه همین خانواده نیز دارای ابعاد مثبت در کنار جنبه های منفی و یا جنبه های متوسط کارکرد خود است.

قضاوت ارزشی در مورد خانواده (مثلاً خانواده بد، خانواده بی تفاوت ...) نه تنها هیچ کمکی به حل مشکلات کودکان نمی کند، بلکه از همکاری مراقبت کنندگان کودک (والدین و ...) با پرسنل نظام بهداشتی جلوگیری می نماید.

اگر این قضاوت در مورد یکی از والدین کودک مثلاً پدر و یا مادر باشد، عملاً همکاری آن فرد با تیم درمان را دچار اختلال می نماید.

وقتی که خانواده در آستانه جدایی است نیز کمک به یادآوری تجربه های خوب و ارزشمند کودک در خانواده بسیار موثرتر از بیان احساسات خوب و بد نسبت به پدر یا مادر است.

تمرکز و تمرین احترام و عشق در خانواده، احترام و عشق را به ارمغان می آورد.

تعمیم سازی به شکل «مادر بد» «مادر خوب» «پدر بد» «پدر خوب» کمکی به کودک نمی کند.

بهتر است که به جای آن از «ارتباط» و «بهبود رابطه» صحبت به میان آید. با این روش پرسنل بهداشتی می توانند ارتباط سازنده ای را با کودکان و والدین آنها برقرار نمایند.

بنابراین به عنوان یک تسهیلگر بایستی به نکات ذیل توجه نماییم.

- ۱- احترام به نقش خانواده و تلاش برای تحکیم آن جهت ارتقاء سلامت و رفاه کودکان
- ۲- تعیین و پذیرش نقش های متفاوت والدین در چارچوب خانواده
- ۳- پذیرش متفاوت بودن هر خانواده
- ۴- پایبندی به نقش اجتماع در تربیت کودکان
- ۵- پذیرش پیچیدگی روابط خانوادگی (روابط خوب، متوسط، بد)
- ۶- تمرکز بر نوع روابط اعضای خانواده مثلاً رابطه خوب یا بد بین افراد خانواده به جای ارزش گذاری تحت عنوان فرد خوب یا بد

#### پاسخ به هر موقعیت

وقتی خانواده ای با مشکل روبرو می شود این موقعیت را کاملاً متفاوت از سایر خانواده ها تجربه می کند. کارکنان بهداشتی با موقعیت های مشابه زیر برخورد داشته اند، مثلاً شخصی که خشونت می ورزد و مرتب از خانواده اش معذرت خواهی کرده و قول می دهد که دیگر این اتفاق نیافتد.



با این حال در برخورد با خانواده های خشونت دیده به نحوی بایستی رفتار کرد که این خانواده متفاوت از هر خانواده ای است که تا حال با آن برخورد نموده اید. اگر خانواده متوجه شود که شما با احترام و بردباری به مشکلات آنها گوش می سپارید بیشتر آرامش خود را حفظ کرده و تمایل به همکاری از خود نشان می دهد.

اگر با خانواده به نحوی رفتار شود که نشان گر انگ یا تفکرات قالبی، در مورد مشکلات آنها باشد، احتمال بروز رفتارهای خشن و پرخاشگرانه افزایش می یابد.

پذیرفتن یگانگی و متفاوت بودن هر خانواده به این معنا نیست که ما با نوع روابط آنها موافق هستیم. مثلاً اگر شما به کسی بگویید که دلبستگی قوی او به شریک زندگی اش را درک می کنید، به معنای این نیست که شما با این نوع رابطه موافق هستید.

مهمترین پیامی که شما به آن فرد می دهید این است که دارید به صحبت های او گوش می دهید.

این پیام می تواند به این معنا باشد که در جای خود طرف مقابل نیز باید پای صحبت شما بنشیند.

در اینجا تسهیلگر باید سعی کند تا موقعیت حمایت گرانه خود را حفظ کرده و به مراجع کمک کند تا راه حل های جدیدی را برای رفع مشکل پیدا کند. مثلاً می توان گفت: «دلبستگی شدید شما به همسرتان اجازه نمی دهد برای حل مشکل خشونت او را ترک کنید، باید دید چه راه حل دیگری غیر از ترک منزل وجود دارد.

انتخاب های آنان باید به گونه ای باشد که تامین امنیت آنها در محوریت قرار گرفته باشد.

ممکن است شما به عنوان یک تسهیلگر راه حل های متعددی را برای مشکل مراجع در نظر داشته باشید، اما خود مراجع باید راه حل های مختلف را بیان کرده و راه حل مناسب خود را انتخاب نماید. بنابراین بایستی فرصت انتخاب برای مراجع فراهم شود تا با کمک تسهیلگر بتواند انتخابهای آگاهانه ای داشته باشد.

### تبادل اطلاعات در خصوص اثرات خشونت خانگی بر کودکان

اطلاع رسانی در خصوص اثرات خشونت خانگی بر کودکان بایستی به شیوه ای بسیار سازنده و حمایتی صورت گیرد. بنابراین در قدم اول باید به اثرات مشکل بر خانواده توجه کرد و از تمرکز بر اینکه چه باید بکنیم خودداری شود.

در این صورت تسهیلگر ضمن توجه و تمرکز به وضعیت موجود قضاوت در مورد بهترین روش عمل و اینکه چه کسی باید چه کاری را انجام دهد تا زمان مناسب دیگری به تعویق می اندازد.

نکته مهم در همین مرحله این است که برای تمرکز بر مشکل نیابستی به شیوه ای اتهام آمیز عمل کنیم. مثلاً بگوییم «شما این صدمه را ایجاد کرده اید».

بهتر است در مورد اثرات خشونت خانگی بر کودکان به شکل عمومی صحبت کنیم. مثلاً به جای اینکه بگوییم «اختلاف ها و نزاع های شما باعث این و آن می شود» میتوان گفت «وقتی که پدر و مادر در حضور کودکان با یکدیگر نزاع می کنند کودکان دچار اضطراب و نگرانی می شوند و...»

معمولاً خانواده ها نسبت به اثرات رفتار خود بر کودکان حساس هستند و اطلاع رسانی در این خصوص می تواند نه تنها به بهبود وضعیت کودکان کمک نماید بلکه نوع رابطه والدین را بهبود بخشد.



یک استراتژی خوب و اثر بخش برای کاهش خشونت خانگی این است که خانواده را از تأثیر رفتارهای خشونت آمیز بر روی کودکان آگاه نماییم. بسیار مهم است که در این خصوص محتاطانه رفتار کرده و والدین را به صورت مستقیم مخاطب قرار ندهیم. جملات بایستی عمومیت داشته باشد و بیشتر به بیان حقایق موجود بپردازد.

کتابچه پیشگیری از خشونت در خانواده و کودکان شاهد خشونت (ویژه والدین) می تواند به آگاهسازی والدین در زمینه اثرات رفتارهای خشونت بار بر روی کودکان بیانجامد.

خشونت نه احترام آری

پیام تسهیلگر به خانواده های درگیر خشونت این است که آنها خواسته یا ناخواسته تأثیرات بد و طولانی مدتی را بر کودکان خود باقی می گذارند.

با این حال تسهیلگر باید دقت نماید که وارد جنگ پنهان و آشکار با خانواده ها نگردد، بدین منظور باید:

- به شرایط خاص هر خانواده به خوبی گوش سپارد.
- به پیچیدگی مشکلات خانواده ها توجه داشته باشد (ساده انگاری نکند).
- اطلاعات لازم مبنی بر اثرات مخرب خشونت را برای والدین شرح دهد.
- به کودکان خانواده و مشکلات آنها توجه کرده و از ارایه کردن راه حل به مشکلات خانواده پرهیز نماید.
- مراکز و بخش های مرتبط برای حل مشکل خانواده را شناسایی و اطلاع رسانی نماید.

اعتقاد به امکان بهبودی و تغییر در شرایط خانواده بسیار راهگشا است اما تسهیلگر بایستی به والدین تذکر دهد که صحبت کردن یا وعده دادن صرف در این خصوص در بهبود شرایط تأثیری نخواهد داشت.

**هر نوع بهانه برای خشونت می تواند دستاویزی برای خشونت مجدد باشد. به عبارت دیگر بهانه آوردن خود بخشی از مشکل خشونت است. بنابراین تفاوتی نمی کند که فرد قربانی یا خشونت ورز برای این موضوع بهانه داشته باشد.**

هر نوع تصمیم گیری برای بهبود از جمله کنترل خشم بایستی مورد تشویق قرار گیرد (بروشور کنترل خشم).

با این حال دریافت حمایت از بیرون خانواده نیز بایستی مورد تشویق قرار گیرد. مشکل خانواده خصوصاً خشونت بدون دریافت حمایت از بیرون خانواده به ندرت برطرف می گردد.

در خصوص کودکان کمک گرفتن از منابع بیرون از چارچوب خانواده از اهمیت



بیشتری برخوردار است.

خصوصاً در شرایط بحرانی خانواده وجود کسانی که بتوانند کودک را برای لحظاتی از صحنه های خشونت بار دور کرده و آنها را مورد حمایت قرار دهند از اهمیت خاصی برخوردار است.

پاسخ به تعارض و خشم

درگیر شدن تسهیلگر در اختلافات خانوادگی در هنگام خشم و تعارض والدین نه تنها نمی تواند کمکی به حل مشکل نماید بلکه اثرات نامطلوب خشونت را بر همه افراد خانواده بیشتر مینماید.

در این مواقع بهتر است که به عنوان یک تسهیلگر دارای راهبردهای مؤثری برای کاهش تعارض باشیم.



مهارت اصلی در پاسخ به تعارض و خشم این است که فرد متخاصم را از موضوع مورد خصومت دور نگه داریم. بنابراین بایستی به دقت از مهارتهای کلامی خود استفاده نمود. به عنوان مثال اگر کسی می گوید:

«شما نمی دانید که من از دست این فرد چه می کشم ، این زن دایم نق می زند و همه پول مرا را که با زحمت به دست آورده ام به باد می دهد» .

در پاسخ به او باید به اثرات فشارهای اقتصادی به خانواده که مورد توجه فرد خشمگین بوده پرداخته و مثلاً بگوییم:

"مدیریت کردن فشارهای اقتصادی بخشی از ارتباط میان زن ها و شوهر هاست. اگر به جای مدیریت کردن آنها از خشونت استفاده کنیم روابط ما در معرض خطر قرار می گیرد".

پرهیز تسهیلگر از استفاده از ضمیر مخاطب «تو» و همچنین ارتباط سازنده با فرد عصبانی (به نحوی که درک کند شما او را به عنوان یک انسان و فراتر از موقعیت عصبانیتی که در آن قرار دارد می بینید)، از دامن زدن به نزاع و عصبانیت بیشتر جلوگیری می کند.

بنابراین تسهیلگر بایستی:

- به لزوم محافظت از افراد آسیب پذیر از خشونت توجه داشته باشد
- موقعیت خشونت را با ناآرامی و عصبانیت متقابل تثبیت نکند
- به سخنان فرد متخاصم گوش دهد
- نسبت به نقش های حرفه ای خود نیز آگاهی داشته باشد
- از زبانی استفاده کند که میان فرد و مشکل تفاوت قایل شود
- به حمایت ها و کمک هایی که در این خصوص وجود دارد اشراف داشته باشد



یکی از مهارتهای اصلی تسهیلگر این است که شرایط را برای کاهش بروز تعارض و خشم مهیا ساخته و رفتارهای مطلوب را در این مواقع به افراد خانواده نشان دهد. لازمه این مهارت ایجاد تعادل میان توجه کردن به فرد خشمگین و پیامدهای رفتار وی و همچنین دامن نزدن به شرایط خشم و نزاع است. در این شرایط توجه و بحث در این خصوص که چه عواملی باعث خشم و طغیان رفتار فرد متخاصم گردید هیچ کمکی به فرآیند حل مشکل نمی کند.

## پرهیز از متهم کردن مادر

دراولین مداخلات خشونت خانگی در کشور ما و همچنین سایر نقاط دنیا توجه به کودکان به صورت جداگانه از مادر- طراحی نشده است. این عقیده رایج که مسئولیت کودکان به عهده مادران است یکی از مهمترین موانع رسیدگی اختصاصی به مشکلات کودکان در این زمینه بوده است.

با اینحال نیاز بهتوجه خاص به مشکلات کودکان در زمینه خشونت خانگی یک نیاز ضروری است. وقتی مادری در شرایط منفعل قرار گرفته و تحت خشونت و رفتارهای نامساعد در خانواده باقی مانده و هیچ تلاشی برای اصلاح موقعیت خود ندارد بطور طبیعی کودکان آنها نیز مجبورند در این شرایط باقی مانده و راهی برای برون رفت از مشکل نخواهند داشت. در این موقعیت ممکن است تسهیلگران تمایل داشته باشند تا مادران را مقصر و مسئول اصلی وضعیت بد کودکان فرض نمایند.

در این شرایط مشکلات مادران بدرستی مورد توجه واقع نمی شود.



باید توجه داشت که مادران به دلایل متفاوتی در خانواده و تحت شرایط بد باقی مانده اند. در حالیکه کودکان به دلیل عدم استقلال و عدم توانایی تجارب مستقل شرایط بد را تحمل می کنند. اینجا است که تسهیلگر بایستی مشکلات مادران را از کودکان جدا نموده و بصورت متمایزی بر آنها تمرکز کند. به عبارت دیگر اگر مادری به دلیل فقدان حمایت اقتصادی اجتماعی، ترس، بیماری و ... در شرایط بد باقی مانده است رفتار او کاملاً متناسب با شرایطش بوده و جای هیچ گونه تقصیر و اتهام در این زمینه وجود ندارد. اما باقی ماندن کودکان در این شرایط کاملاً متفاوت بود و هیچ انتخابی در آن نقش نداشته است.

در این مواقع تسهیلگر بایستی :

- به کودکان مستقیماً و نه به واسطه اطلاعات ارایه شده توسط مادر آنها توجه نماید
- اطلاعات موجود را با مادر کودک رد و بدل نماید
- اطلاعات کافی در مورد منابع حمایتی موجود در خانواده و یا فراتر از آن کسب نماید
- قادر به انتخاب منابع حمایتی و بیرونی باشد
- محترمانه بعضی از واکنش های رایج کودکان به خشونت خانگی را ترسیم نموده و با کمک خانواده راههای رویارویی و پاسخ دهی به این رفتارها را طرح ریزی نمایند



توجه کنیم که کودکان شاهد خشونت نیز یاد می گیرند که همانگونه که پدر آنها با مادرشان به شکل توهین آمیز و خشن رفتار می نماید، آنها نیز با افراد مهم زندگی خود اینگونه رفتار نمایند. اگر برای کودکان شرایط مساعدی فراهم آید که رفتار احترام آمیز را تجربه کنند یاد می گیرند که در هنگام خشم، راههای بهتری برای رفتار وجود دارد که می تواند آموخته شود.

### خلاصه

بطور کلی همه کودکانی که خشونت در خانواده را تجربه می کنند مستعد آسیب هستند. ایجاد یا دوباره سازی یک پيله امن برای کودکان تمرینی است که بایستی با تسهیلگری فرد بیرونی و مشارکت پدر و مادر صورت گیرد.

در بعضی اوقات والدین درمی یابند که این پيله امن را خود می توانند دوباره بازسازی کنند. در سایر موارد آنها تصمیم می گیرند که ایجاد آن را به شخصی دیگر بسپارند.

بنابراین برای کاهش مشکلات کودکان، بایستی با والدین آنها کار کرد. گفتن اینکه مشکلات زناشویی همسران تاثیرات مخربی بر روی کودکان دارد، ابزار موثری برای جلب مشارکت والدین است. در این شرایط بایستی رفتاری توأم با احترام داشت و حتی فرد خشمگین و خشن را نیز بایستی محترم شمرد. این شرایط برای والد منفعل نیز مصداق دارد.

تعامل مثبت و سازنده با والدین و ایجاد فضای عاری از خشونت و تعارض می تواند یک مدل رفتاری برای خانواده برای تمرین رفتار مناسب در شرایط خشم و ناکامی باشد.

## بخش سوم

### پاسخ های درمانی به کودکان و والدین آنها

#### پاسخ نظام بهداشتی به کودکان شاهد خشونت

پاسخ نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه به کودکانی که در شرایط پس از آسیب قرار گرفته اند، چه می تواند باشد؟

نیازهای این کودکان بسته به مرحله ای است که کودکان در آن واقع شده اند، این مراحل عبارتند از:

۱- مداخلات فوریت دار در حداقل زمان نزدیک به تجربه آسیب (۴۸-۲۴ ساعت بعد از آن)

در این زمان مراقبین سلامت می توانند حمایتهای روانی اجتماعی اولویت دار را به کودک ارائه دهند.

۲- مداخلات کوتاه مدت که به کودک کمک می کند تجربه رویدادهای خشونت بار را بیان کرده (درد و دل کرده) و خود را با آنها سازگار نماید.

۳- مداخلات متوسط المدت که وضعیت سلامت همه جانبه کودک شامل بررسی است و در صورت نیاز به هر نوع مداخله ای می توان این اقدامات را انجام داد.

اصول مداخلات روانی- اجتماعی اولیه برای کودکانی که از خشونت خانگی آسیب دیده اند.

#### هدف مداخلات ما چیست؟

هدف از این مداخلات این است که پس از بحران وقوع خشونت خانگی، کودک هرچه سریعتر به آشیانه امن خویش دوباره متصل شود. در واقع هدف این است که در کوتاهترین زمان ممکن، کودک تعادل روانی و جسمی خود را بازیافته و امنیت عاطفی پیدا کند.

کودکانی که در هنگام بحران به نحوی مورد حمایت واقع می شوند توانمند می شوند تا بر ماهیت آسیب زای تجربه خود مسلط شده و ترس و وحشت را مهار کرده و بجای آن هوشیاری و گوش بزنگی خود را حفظ کرده و سرانجام نیز به آرامش دست یابند.

کودکانی که در اثر تجربه طولانی مدت خشونت خانگی آسیب دیده اند و دارای حمایت های کمی بوده اند علائم برانگیختگی را برای مدت طولانی نشان می دهند.



کار با کودکان پس از آسیب، نیاز به خنثی کردن آسیب پذیری آنها دارد. این کار با بازگرداندن تجربه امنیت درونی و بیرونی صورت می گیرد. این کار از طریق ارتباط مجدد کودک با والدین، بزرگسالان حمایت کننده و اجتماع اطراف صورت می گیرد.

در اینجا وظیفه تسهیلگر این است که بداند چه کسانی در اطراف کودک وجود دارند که به او حس امنیت می دهند.

در قدم دوم تسهیلگر باید اطمینان کسب کند که بزرگسالان امکان حمایت فیزیکی و عاطفی از کودک را دارند. در گام بعدی بزرگسالان حامی کودک باید از اتفاقی که برای کودک رخ داده است آگاه شوند تا با یادآوری نمودن صحنه های آسیب در حضور کودک مشکلات او را دامن نزنند. آموزش این افراد توسط تسهیلگران برای بهبودی کودک حیاتی است.

اگر در این شرایط پیدا کردن فرد مورد اعتماد کودک از میان خانواده و یا اطرافیان وی ممکن نباشد، تسهیلگران می توانند این نقش را برای کودک ایفا نمایند.

مکنشاش (۲۰۰۴) توصیه می کند که در این مواقع تسهیلگران می توانند به کودک آسیب دیده بگویند: " من می توانم بفهمم که تو الان به کسی نیاز داری تا در حضور او احساس امنیت کنی، من می توانم تا زمانی که .... حضور پیدا کند ( نام بردن نام فردی که کودک بعنوان فرد مورد اعتماد خود معرفی کرده است) جای او را برایت پر کنم. سعی کنیم که با هم بخوبی رفتار کنیم. فکر کن که من موقتا مادر تو هستم."

این مانور درمانی می تواند نقش یک تسهیلگر را به یک فرد مورد اعتماد حامی سرعت مبدل کرده و او را در موقعیتی قرار داد تا بهترین کارها را در جهت مصلحت کودک انجام دهد.

بطور خلاصه عملکرد تسهیلگران در موارد تجربه آسیب زای در کودکان در طی ۴۸-۲۴ ساعت بعد از وقوع حادثه به قرار ذیل اند:

- ۱- پیوستن مجدد کودک با افراد مهم زندگی وی
- ۲- کمک به والدین برای رویارویی با تجربه آسیب زا و تا حد امکان هوشیاری و مراقبت آنها در قبال نیازهای کودکان

- ۳- اگر افراد و بزرگسالان مورد اعتماد کودک در دسترس نباشند، تسهیلگران نقش آنها را در طول دوران پس از بحران ایفاء نمایند.
- ۴- آغاز دوباره سازی اعتماد و پیش بینی پذیری دنیای کودک
- ۵- ارائه اطلاعات، تصریح اشتباهات و ابهامات و کمک به کودک جهت درک وضعیت واقعه
- ۶- اشتغال ذهنی آسیب زای کودک را با موضوع آسیب کاهش و فاصله روانی با اتفاق را در او ایجاد نماید.
- ۷- والدین را در خصوص پاسخها و واکنش های طبیعی به آسیب آموزش دهید.
- ۸- حقایق اطراف موضوع را شناسایی و راجع به آن بحث کنید.
- ۹- همه جوانب منفی که بر سر راه روند بهبودی قرار می گیرد را شناسایی نمایید.
- ۱۰- شبکه حمایتی کودک را از واکنشهای کودک به رویداد آسیب زا و راهبردهای موثر مدیریت آن آگاه نمایید.

هنگامی که امنیت کودک با وجود فرد مورد اعتمادی از شبکه حمایتی وی دوباره نباشد و تعادل به او بازگشت، استفاده از عقده گشایی (Debriefing) می تواند مفید باشد.

معمولاً این مرحله بعد از بیشتر از ۲۴ ساعت پس از وقوع آسیب و توسط کسانی صورت می گیرد که در حال بازسازی لایه محافظت عاطفی اطراف کودک هستند. بنابراین مصاحبه گران باید آگاه باشند که ارائه کمکهای اولیه عاطفی به کودک بلافاصله بعد از وقوع آسیب منجر به عقده گشایی بالینی نخواهد شد، مگر اینکه نیازهای اولیه کودک به خوبی مورد توجه قرار گیرد.

مسلماً عقده گشایی بالینی نیاز اولیه کودک بلافاصله بعد از وقوع رخداد آسیب زا نخواهد بود.

#### فرآیندهای عقده گشایی پس از کمکهای اولیه روانی و در جهت بهبودی کودک

عقده گشایی ماهرانه میتواند سپس از ۲ تا ۳ روز از وقوع رخداد آسیب زا صورت گیرد.

در خلال دوره درمان و حتی مدتها پس از آن کودک نیاز دارد تا قصه خود را به افراد مورد اعتمادش تعریف کرده، اطلاعات حقیقی را روشن و احتمال خطر فعلی را ارزیابی و فرصت بیان تجربه خود را فراهم نماید.

ممکن است کودک بارها و بارها نیاز داشته باشد تا داستان تجربه آسیب زای و همچنین خیالبافی های خود را در این زمینه تعریف نماید. این کار به آنها در فهم و درک بهتر موقعیت کمک می کند.

در این فرایند بایستی به وضعیت رشدی سپس زمینه، میزان مهارتها و پختگی، نقاط قوت و ضعف و نوع خانواده هر کودک توجه نمود.

اگر کودک قبل از مرحله عقده گشایی مورد ارزیابی دقیق واقع شود ممکن است در معرض اطلاعات و هیجاناتی قرار بگیرد که فراتر از ظرفیت او برای درک و ارزیابی باشد. در نتیجه ممکن است کودک دوباره افراد آسیب زای دیگری را تجربه نماید.

اهداف عقده گشایی تجربه بحران فراهم آوری شرایط ذیل برای کودک است

۱- اطلاعات ۲- آسودگی هیجانی ۳- بازشناسی و رک احساسات ۴- اعتبار بخشی تجارب و احساسات

۵- اطمینان مجدد ۶- غربالگری کودکانی که به مداخله جامعتری نیاز دارند

معمولاً وقتی که کودکان به دام خشونت خانگی می افتند بزرگترها نسبت به واکنش های احتمالی آنان بی اطلاع هستند.

اینجا است که تسهیلگران دقیق می توانند والدین را از وجود این واکنش ها مطلع نمایند. خصوصاً نیاز کودکان به آسایش و امنیت می تواند برای والدینی تصریح گردد که خودشان نیز درگیر مشکل خشونت خانگی هستند. در این گونه موارد والدین نیز دچار آسیب های متعدد و با این موضوع اشتغال ذهنی دارند. تسهیلگران می توانند به والدین گوشزد کنند که آنها بدنبال تأمین آسایش و امنیت کودکان خصوصاً بچه ها کوچکتر و آسیب پذیر هستند. توجه دقیق تسهیلگران به آسیب پذیری کودکان می تواند برای والدینی که درگیر مسایل بین فردی خود هستند تلنگری باشد تا نسبت به وضعیت کودکان آگاهی و احتیاط بیشتری از خود نشان دهند.

#### نشانه هایی که بیانگر نیاز کودک به درمانهای تخصصی است:

در خصوص بعضی کودکان علاوه بر آگاه سازی و حساس سازی والدین به شناسایی علایم آسیب در آنها، نیاز به درمانها و خدمات بیشتری دارند که از عهده و مسئولیت تسهیلگران خارج است.

بنابراین کودکانی که تجربه بسیار هولناک از آسیب را داشته و یا اینکه بطور مکرر تجارب خشونت خانگی را گزارش داده اند و یا قبلاً نیز علایم آسیب را نشان داده اند نیاز به خدمات سطح بالاتری دارند.

برخی علایم کودکانی که به خدمات تخصصی نیاز دارند به شرح ذیل اند:

- رفتارهای اجتنابی (اجتنابی) کودک
- رفتارهای مکرر تحریک پذیری از جمله بی قراری، اختلال خواب و بیش هوشیاری
- بازنمایی مکرر تجربه آسیب زا در صحبت ها و بازی

## بخش چهارم

### مداخلات پس از بحران

این بخش به نیازهای روانی - عاطفی کودک اختصاص یافته و اطلاعات و راههای عملی برای کار با کودکان و والدین پس از وقوع بحران خشونت خانگی فراهم می آورد.

اولین بخش بر ارزیابی میزان دسترسی و کیفیت حمایت‌های عاطفی در شبکه اجتماعی اطراف کودک تمرکز دارد و دومین بخش بر مهارت‌های مصاحبه و ارتباط درمانی طی روزها و هفته‌ها پس از وقوع درمان تمرکز دارد و در پایان یک مدل گفتمان کودک محور/ آموزشی می دهد که در جهت کار با والدین طراحی شده است.

### بررسی وضعیت دلبستگی ذهنی والدین

برای شروع هر اقدام و مداخله پس از آسیب بایستی وضعیت کودک را در شبکه اجتماعی او بررسی کنیم.

این شبکه اجتماعی شامل والدین، مدرسه، همسالان، محیط خارج از خانه و مدرسه و اجتماعی می باشد. به همین دلیل بررسی وضعیت روانی پس زمینه ای که کودک در آن واقع شده است یکی از مهمترین اقدامات مداخلاتی پی از آسیب می باشد.

درک اتمسفر ذهنی والدین به موارد ذیل کمک می کند:

- منابع و ظرفیت های فعلی و آتی والدین برای بهبودی عاطفی کودک کدامند؟
- کیفیت افکار و احساسات خانواده و سیستم حمایتی کودک در خصوص تجارب فعلی کودک چگونه است
- کی کودک نیاز دارد تا والدین از اثرات آسیب بر آنها آگاهی و درک مناسب داشته باشند
- آیا والدین حالت ذهنی مشخصی برای پاسخگویی به آسیب دارند
- آیا مشکلات دلبستگی کهنه ای وجود دارد که در حال حاضر بر توانایی والدین برای کمک به کودک تأثیر می گذارد
- آیا به کمک منسجم تری فراتر از منابع فوری والدین نیاز است.

### راهنماهای مقدماتی برای مصاحبه کودک پس از خشونت خانگی

علاوه بر انسانیت، شفقت و خرد، مهارت‌های دیگری برای کار با کودک آسیب دیده وجود دارد. در این بخش بر راههای صحبت کردن با کودک پس از رخداد آسیب تمرکز می گردد.

### نقش ها و مسئولیت ها

مهمترین سوالاتی که از والدین قبل از صحبت کردن با کودکان بایستی اجام شود عبارتند از :

- ✓ استنباط آنها از دلایلی که شما می خواهید یا نیاز به دیدن کودک وجود دارد
- ✓ کسب اجازه از آنها برای ملاقات کودک
- ✓ این فرآیند چه مدت زمان لازم دارد و شامل چه مواردی می شود
- ✓ اصل راز داری و اینکه در چه مواردی قرار است با کودک صحبت شود
- ✓ از اطلاعات بدست آمده چه استفاده ای می شود

تمایز اینکه در روزها و هفته های پس از آسیب و در فرآیند مصاحبه با کودک چه چیز مفید و چه چیز بی فایده است اهمیت زیادی دارد. داستان زندگی و مشاغل کودکانی که در خانواده های خوشونت دیده رشد می کنند ممکن است خود آسیب زا و ترسناک باشد. بنابراین مهم است که تسهیلگران به حدی مهارت داشته باشند که خود تحت تأثیر شرایط این کودکان قرار بگیرند. کودکان آسیب دیده ای که در جریان مصاحبه متوجه تأثیرات زیاد مشکل خود بر تسهیلگران هستند چنین نتیجه گیری می کنند که چقدر داستان زندگی آنها وحشتناک بوده است که تسهیلگران را چنین تحت تأثیر خود قرار داده است.

بنابراین اگر در فرآیند تسهیلگری محرز شد که این فرآیند ممکن است مشکلاتی را ایجاد کند بهترین راهکار این است که از فرد حرفه ای دیگری برای انجام این کار استفاده شود

بنابراین بهتر است که فعالیت تسهیلگران توسط فرد حرفه ای دیگری نظارت شده و جلسات درمانی در جلسات مشورتی ادواری مطرح گردد.

وظیفه دیگر تسهیل گر این است که نقش خود را در قبال کودک آسیب دیده مشخص نماید. بنابراین تسهیل گر بایستی به محدودیت های نقش خود نیز به خوبی آگاهی داشته باشد.

سوالهای احتمالی که فرد تسهیل گر در کار با کودک آسیب دیده باید از خود بپرسد این است:

- ✓ آیا نقش تسهیلگری و مصاحبه گری برای کودک تازگی دارد؟
- ✓ آیا با خانواده کودک و در شرایط دیگری آشنایی صورت گرفته است؟
- ✓ آیا بیشتر از یک کودک وجود دارد و آیا اینکه قرار است هر تسهیلگر تنها یک کودک را ملاقات کند
- ✓ هدف تسهیلگر از مصاحبه چیست؟
- ✓ آیا تسهیلگر به دنبال ارزیابی ، عقده گشایی یا حمایت طولانی مدت کودک است؟

تعیین دقیق نقش تسهیلگر کمک می کند تا محدودیت ها و موانع مداخله تسهیلگر کاملاً مشخص گردد.

به علاوه تعیین دقیق نقش ها و مسئولیت های کار تسهیلگر کمک می کند تا سایر نیازهای کودک و خانواده نیز مشخص شوند.

بنابراین مهم است که کودک و خانواده او بدانند که:

چه کسی، چه وقت، برای چه کسی، چه کاری می کند؟

همچنین مصاحبه ای که تسهیلگر با کودک انجام می دهد می تواند اولین مصاحبه ای (وامیدوارم که آخرین مصاحبه نیز نباشد) که در مورد مشکلات کودک صورت می گیرد و کودک به طور مستقیم در مورد این معضلات صحبت می کند. بنابراین چنین فرصتی برای جلب توجه و اعتماد کودک می تواند یک امتیاز محسوب شود. مطالعات نیز نشان می دهد که تأثیرات مثبت یا حتی منفی که مداخلات درمانی بر روی کودک می گذارد می تواند برای مدت های طولانی پایدار باشند.

## ملاحظات مصاحبه بالینی با کودک

اولین نکته ای که در مصاحبه با کودک باید در نظر گرفته شود سن کودک است.

بنابراین باید نکات ذیل قبلاً مورد توجه قرار گیرند:

- ✓ مصاحبه چگونه پیش می رود.
- ✓ سوالها چگونه طرح می شود.
- ✓ چه ابزاری مورد نیاز است
- ✓ چه ملاحظاتی درخصوص کودکان رده های سنی مختلف باید در نظر گرفته شود.

در ذیل به بعضی انتظارات رشدی کودکان در مصاحبه های بالینی اشاره می شود:

- ✓ تقریباً در ۳ سالگی، کودکان معنی چه، چه کسی و کجا را درک می کنند.
- ✓ در خلال سال سوم زندگی کودکان براحتی رویدادهای ماههای قبل را به خاطر می آورند.
- ✓ کودکان وقایع آسیب خیز را با دقت ولی مختصر یادآوری می کنند
- ✓ پاسخهای کودکان ناتوان ذهنی معمولاً کوتاه و مختصر است.
- ✓ دوره های آسیب زای خاص بیشتر به صورت مجزا یادآوری می شوند.
- ✓ توانایی رمزگذاری، به خاطر سپاری و یادآوری اطلاعات کودکان ۸ ساله شبیه بزرگسالان است
- ✓ سوالهایی که با کلمه "چرا" آغاز می شود برای کودکان دشوار بوده و ممکن است برای کودکان آسیب دیده و مورد سوء استفاده واقع شده مشکل ساز هم باشد.

### آماده شدن برای مشاوره کودک

مهمترین ابزاری که تسهیلگر در اختیار دارد ذهن باز برای اندیشیدن به محتویاتی است که از کودک دریافت نموده و روابطی است که از طریق کودک استنباط می کند.

در ذیل به سوالها و راهنمایی هایی می پردازیم که در مشاوره با کودک می تواند مفید باشد:

- ✓ چیدمان و مهیا نمودن اتاق مصاحبه به کودک این پیام را می دهد که می تواند در آن مکان احساس امنیت نماید. مثلاً استفاده از صندلی و میزهای متناسب سن کودکان و نوجوانان از این قبیل چیدمان هایی هستند که مورد توجه آنها قرار می گیرند.
- ✓ از اینکه شرایط شما و شرایط اتاق امکان مشاوره بدون وقفه را ایجاد می کند اطمینان حاصل نمایید.
- ✓ قبل از جلسه اسباب و وسایلی که ممکن است مورد نیاز شما باشد مثل کاغذ، خودکار، اسباب بازی ها و ... آماده نمایید.

### مقدمات مشاوره

چگونه می خواهید خود را معرفی نمایید؟ موارد ذیل می تواند جهت آماده سازی مشاوره مطرح گردد:

- ۱- نام و شغل خودتان
- ۲- چه کسی از شما خواسته تا کودک را ملاقات کنید.

- ۳- دلایل این ملاقات
- ۴- مصاحبه چقدر زمان می برد.
- ۵- پیامدهای مربوط به حریم خصوصی، راز داری و پیامدهای مربوط به حفاظت و ایمنی کودک
- ۶- پاسخ به هر سوالی که کودک/نوجوان ممکن است قبل از شروع مشاوره مطرح نماید.

### هدایت جلسه مصاحبه

چارچوب مصاحبه با کودک معمولاً از قواعد مشابهی پیروی می کند. در ذیل برخی از سوالات رایج که به فهم بهتر مشکلات کودکان کمک می کند ارایه ی گردد:

- ۱- کودک مشکلات خانواده خود را چگونه می بیند؟
- ۲- چه کارهایی تاکنون به حل موضوع کمک کرده است و چه کارهایی کمک نکرده است؟
- ۳- کودک چگونه می خواهد تفاوتی بیافریند؟
- ۴- آنها در مدرسه چگونه با مشکلات روبرو می شوند؟
- ۵- کیفیت روابط آنها با همسالان اشان چگونه است؟
- ۶- آیا دوستان آنها از اتفاقاتی که در منزل این کودکان به وقوع می پیوندد مطلع هستند.
- ۷- این کودک در شرایط فعلی در چه شرایطی قرار دارد.

نقاشی کردن کودک می تواند ما را با دنیای او آشنا سازد. می توان از کودک درخواست نمود تا موارد ذیل را نقاشی کند:

- ترسیم مادر، پدر، خانواده و خود
- ترسیم یک رویا شامل رویای خوب، ترسناک یا آرزومندانه
- ترسیم خود به شکل حیوانات
- ترسیم یک فعالیت مشترک خانوادگی (گردش رفتن، نظافت منزل و....)

از تکنیکهای مفید دیگر که می توان در مصاحبه کودک از آنها بهره جست ترکیب مساوی از بازی آزاد و ساختار یافته است. همچنین می توان مشاهدات و واکنش های مصاحبه کننده از ارتباطات کودک را نیز مورد توجه قرارداد از جمله این که:

- سه تا از آرزوهای کودک کدامند؟
- کودک در حین بازی آزاد چه می کند؟
- کودک مستقلاً بازی می کند یا نیاز به راهنمایی دارد؟
- تم اصلی بازی کودک چگونه است (ترس، وا ماندگی، خشم، فقدان یا شادی)؟

پایان دادن به مصاحبه

قبل از این که جلسه مصاحبه را به پایان ببریم بایستی استنباطهای خود را با کودک در میان گذاشته تا به درک دقیق تری از آن نایل آییم.

در مثال ذیل مصاحبه گر بازخوردهای خود را بایک کودک ۷ ساله در میان می گذارد:

" از ارتباط امروز مان متوجه شدم که مهمترین دغدغه تو این است که چرا مادرت غمگین است. من به وضوح می بینم که چقدر سعی می کنی مادرت را خوشحال کنی در حالیکه می دانم این کار برای یک دختر بچه هفت ساله خیلی دشوار است.

ممکن است بتوانم با مادرت صحبت کنم و حمایتهایی را برایش فراهم آورم تا کمی بار روی دوش تو نیز سبک تر شود. آیا تو اینکار را تایید می کنی؟"

آگاهی از نقطه نظرات انتقادی کودک از جلسه مصاحبه خصوصا مواردی که کودک به دشواری می تواند احساسات خود را در میان بگذارد و یا مواردی که کودک احساس بهتری پیدا می کند روش مناسب دیگری برای پایان دادن به جلسه مصاحبه است. در این صورت مصاحبه گر بازخورد های ارزشمندی کسب کرده و کودک نیز قبل از پایان مصاحبه فرصت پیدا می کند تا بر تجارب مثبت و منفی خود تعمق نماید.

### گفتمان کودک محور

حمایت از والدین برای حمایت کودک آسیب دیده

ضروری است که پس از پایان یافتن جلسه مصاحبه کودک از والدین نیز دعوت شود تا در خصوص ایده ها ، یافته ها و توصیه های تسهیلگر به بحث و گفتگو بپردازند.

هدف از این نشست علاوه بر درگیر کردن والدین در فعالیت درمان این است که آنها با نحوه رویارویی کودک با خشونت در خانواده آشنا گردند.

گفتمان کودک محور به درمانگر و والدین کمک می نماید تا جهت درمان کودک یک ائتلاف آگاهانه ترتیب دهند. با اینحال کاربردهای این ائتلاف می تواند بسیار وسیعتر از اهداف درمانی صرف باشد. ائتلاف می تواند در راستای ارزیابی، تبادل اخبار ، آرایه بازخورد و تمرکز بر مهارتهای فرزندپروری صورت گیرد.

گفتمان کودک محور والدین را توانمند می سازد تا دوباره امنیت را به کودک برگردانده و درعین حال از نیازهای واقعی کودک درک بهتری پیدا کنند.

این گفتمان به:

- روشن شدن نقش تسهیلگر در جهت شناسایی نیازهای کودک کمک می نماید.
- ائتلاف تسهیلگر و والدین در جهت مصالح کودک کمک می نماید.
- شناسایی موانع بهبودی فوری و درازمدت کودک کمک می نماید.



راهنمای اجرای گفتمان کودک محور با مادر کودک

۱) از همان آغاز جلسات چارچوب این مصاحبه را با مادر درمیان بگذارید. منظور از چارچوب این است که به مادر بگوییم که با توجه به اینکه مشکل خشونت در خانواده روی کودکان نیز اثرات مخربی



- دارد لذا برای کودک شما ۳ جلسه ۴۵ دقیقه ای مشاوره توصیه می گردد. در این نشست نیم ساعت بطور اختصاصی با کودک گفتگو می شود و ۴۵ دقیقه پایانی نیز مادر بدون حضور کودک مورد مصاحبه قرار می گیرد.
- (۲) تمرکز مصاحبه بر مشکلات و نگرانیهای گذشته و حال کودک است.
- (۳) بایستی بر نقش والدینی مادر و مشکلاتی که از سر گذرانده تواما تاکید شود مثلا به خانم ب در مورد دخترش سارا گفته می شود:
- "می دانم که خیلی آزار دیده ای و به زمان زیادی برای بهبودی نیاز داری که البته ما این امکان را برایت فراهم می کنیم. اما در این نشست سارا به وجود شما به عنوان یک مادر و منبع دلگرمی و آرامش نیاز دارد."
- (۴) خودتان را یک عضو با ارزش تیم درمان و همراه مادر قلمداد کنید. این کار به شما و مادر کودک کمک می کند که با هم و به طور موثر در جهت مصالح کودک فکر و اقدام نمایید.
- (۵) در عین حال که برای نیازها و مشکلات مادر توجه و احترام نشان می دهید ولی به او نشان دهید که محور توجه شما در این نشست کودک و نیازهای وی است.
- (۶) به مادر امکان دهید تا داستان خود و کودک را تعریف نماید. این داستانها به درک بهتر شما از وضعیت آنها کمک می نماید. مثلا:
- "وضعیتی را که برایم توصیف کردی تصویر واضح تر و شفاف تری از شرایطی را که شما تجربه می کنید برای من آشکار ساخت. در حال حاضر من می دانم که برای بهبودی به چه چیزی نیاز داری تا بتوانی به سارا کمک بیشتری کنی."
- (۷) ایده هایی که در مبحث "چرخه امنیت" وجود دارد می تواند در گفتمان کودک محور با مادربه اشتراک گذاشته شود. بنابر این مادر می آموزد که چگونه ارتباط آسیب دیده میان خود و کودک را ترمیم نموده و آسایش و امنیت را به کودک باز گرداند. البته نقش پدر نیز در این جا با اهمیت است که می تواند مورد تاکید قرار گیرد.
- آگاهی از فرآیند رشد کودکان می تواند به گفتمان کودک محور کمک کند مثلا: " می دانم که آرزو می کنی کاش سارا کمی بزرگتر بود و اینقدر به شما وابسته نبود و اینکه به خاطر اختلاف بزرگترها خودش را سرزنش نمی کرد"
- (۸) در این نشست بایستی بر وسوسه سخنرانی کردن غلبه کرد و اجازه داد تا خانواده به اندازه کافی با موضوع گفتمان که همان کودک است ارتباط برقرار نمایند.
- (۹) بعضی وقتها استعاره ها نیز در این گفتمان موثرند: " شاید بعضی وقتها سارا احساس می کند که در یک میدان جنگ قرار گرفته و باید برای خودش نقطه امنی پیدا کند. باید دید می توان به او کمک کرد تا سپرهای حمایتی برای این اوقات برای خود فراهم نماید."
- (۱۰) والدین باید بدانند که تسهیلگر نقش حمایت کننده داشته و می تواند در کنار آنها برای مصالح کودک ائتلاف نماید.
- (۱۱) بایستی در خصوص احتمال وجود منابع دیگر حمایت در خانواده و اطرافیان بررسی نمود. این کار

کمک می کند که خانواده بهتر بتواند نقش حمایتی خود از کودک را تقویت و ترمیم نماید.  
۱۲) و در نهایت اینکه مصاحبه کودک محور تعادلی میان پاسخهای همدلانه به والدین و حمایت یابی برای  
نیازهای کودک ایجاد می نماید.

منابع:

1- The Impact of Family and Domestic Violence on Children”Point of Conduct” Training  
Resource/Australian Government Initiative/2004

2-....

فصل چهارم:

آسیبهای اجتماعی بزرگسالان

-همسر آزاری-



تدوین : دکتر فهیمه فتحعلی لواسانی

خشونت خانگی یک آسیب اجتماعی است که به سلامت جسمی و روانی قربانی و کل خانواده صدمه می زند و اثرات آن می تواند سالها حتی پس از توقف خشونت ادامه داشته باشد. همچنین، خشونت روی سلامت و رشد ذهنی، اجتماعی و هیجانی کودکان و نوجوانانی که شاهد و یا قربانی خشونت خانگی هستند تاثیر گذاشته و می تواند یک عامل خطر برای سوء مصرف مواد و الکل، پرخاشگری و خشونت و بزهکاری و انواع مشکلات روان شناختی در بزرگسالی باشد. شناسایی و مداخله اولیه در زمینه خشونت خانگی می تواند اثرات آسیب های وارده را بطور قابل ملاحظه ای کاهش داده و یا از وقوع مجدد آن پیشگیری کند. این نه تنها برای آسایش قربانی بلکه برای رفاه و آسایش بچه ها و کل خانواده اهمیت دارد.

مراکز مراقبت اولیه ممکن است اولین نقطه تماس قربانیان خشونت خانگی با کارکنان مراکز بهداشتی باشند. بنابراین، افزایش دانش و مهارت کارکنان این مراکز برای شناسایی و انجام مداخلات اولیه روانی اجتماعی اهمیت زیادی دارد. اگرچه خشونت ممکن است نسبت به هر یک از اعضای خانواده شامل همسر، فرزندان، فرزند خوانده ها، افراد مسن خانواده، مستخدمین خانه و... صورت گیرد ولی راهنمای حاضر روی خشونت نسبت به زنان و کودکان تمرکز داشته و در انتها به خشونت نسبت به سالمندان اشاره می شود زیرا آمارها حاکی از آن است که این افراد بیشتر از سایر اعضای خانواده در معرض خطر خشونت خانگی قرار دارند.

در راهنمای حاضر ابتدا کلیات نظری مربوط به خشونت خانگی ارائه شده و در بخش دوم راهنمای شناسایی و مداخله مختصر توضیح داده می شود.

## خشونت بر علیه زنان

### مقدمه

خشونت بر علیه زنان شایع ترین شکل خشونت خانگی است که در سراسر دنیا وجود دارد و در تمام طبقات اقتصادی اجتماعی و فرهنگی و اقتصادی و مذهبی دیده می شود. خشونت معمولا در سال اول زندگی مشترک و گاهی وقتی زن حامله است اتفاق می افتد و سپس سیکل خشونت شروع شده و ممکن است سال ها طول بکشد. چون خشونت در خلوت خانه اتفاق می افتد و بسیاری از زنان ممکن است آن را به عنوان یک چیز طبیعی در زندگی زناشویی بپذیرند و در مورد آن صحبت نکنند، این مشکل ممکن است مخفی و پنهان باقی مانده و لذا زنان قربانی کمک و حمایت لازم را نیز به دست نیاورند. ولی خشونت بر علیه زنان یک مشکل اجتماعی است و نه صرفا خانوادگی و اولین قدم برای مقابله با آن شکستن سکوت زنان است. بنابراین کارکنان مراکز بهداشتی بویژه پزشکان و روان شناسان باید نسبت به علائم و نشانه های های بالینی اثرات جسمی و روانی بد رفتاری آگاه بوده و در صورت مشاهده این موارد، بد رفتاری را مورد ارزیابی قرار داده و خدمات حمایتی و روانی اجتماعی لازم را ارائه دهند.

### ریف خشونت بر علیه زنان و انواع آن

خشونت خانگی یک الگوی بدر رفتاری جسمی، جنسی، روانی و هیجانی است که توسط یکی از اعضای خانواده برای اعمال کنترل و قدرت، نسبت به سایر اعضای خانواده صورت می گیرد. اصطلاح یک الگوی رفتاری اشاره به رفتاری دارد که بطور مکرر اتفاق می افتد و لذا حادثه ای که فقط یک بار، برای مثال به دلیل یک استرس حاد و موقتی، در خانواده اتفاق می افتد، بد رفتاری محسوب نمی شود. بنابراین خشونت خانگی رفتارهایی است که یک عضو خانواده برای کنترل و تسلط بر عضو دیگر خانواده انجام می دهد.

خشونت بر علیه زنان، الگویی از بدر رفتاری است که به منظور کنترل و تسلط بر زنان صورت می گیرد. خشونت بر علیه زنان انواع مختلفی داشته و فقط شامل خشونت جسمی نیست و شامل انواع بدر رفتاری روانی/ هیجانی، جنسی، اجتماعی، اقتصادی نیز می شود که در زیر به نمونه های خاص این موارد در مورد زنان اشاره می شود.

#### ➤ بدر رفتاری جنسی

بدر رفتاری جنسی هر رفتار یا عمل جنسی است که بدون رضایت و موافقت همسر صورت می گیرد.

- ✓ مجبور کردن همسر به رابطه جنسی با یا بدون توسل به خشونت جسمی
- ✓ مجبور کردن همسر به عمل جنسی که وی آن را دوست ندارد یا با آن راحت نیست
- ✓ مجبور کردن همسر به عمل جنسی که تحقیر کننده و دردناک است
- ✓ مجبور کردن همسر به رابطه جنسی وقتی او بیمار است و یا پس از اینکه با او بدر رفتاری کرده است

#### ➤ بدر رفتاری روانی/ هیجانی

خشونت روانی/ هیجانی هر رفتاری است که اعتماد بنفس و عزت نفس زن را کاهش می دهد و یا باعث می شود با ترس و وحشت زندگی کند.

- ✓ فحاشی، دست انداختن و مسخره کردن زن در خلوت خانه یا در حضور اقوام و دوستان
- ✓ توهین و اهانت به خانواده، اقوام و دوستان همسر
- ✓ ایراد گرفتن مداوم از هر عقیده و یا کار همسر
- ✓ سرزنش کردن و مقصر دانستن همسر برای هر مشکلی که در خانواده پیش می آید
- ✓ متهم کردن همسر به خیانت یا رفتار اغواگرانه
- ✓ بی توجهی و فاصله گرفتن از همسر
- ✓ تهدید به خشونت فیزیکی یا استفاده از سلاح مثل چاقو
- ✓ تهدید به صدمه زدن به خود، بچه ها و همسر در صورتی که او را ترک کند
- ✓ تهدید به ندادن بچه ها به همسر در صورتی که او را ترک کند

#### ➤ بد رفتاری اجتماعی

هر رفتاری که روابط و فعالیت های اجتماعی زن را محدود می کند و باعث منزوی شدن وی می شود:

- ✓ محدود کردن و یا جلوگیری از تماس تلفنی و رفت و آمد با پدر و مادر و اقوام و آشنایان
- ✓ جلوگیری از فعالیت های اجتماعی مانند شرکت در جلسات مذهبی، کارهایی خیریه، فرهنگسراها و غیره
- ✓ جلوگیری از ادامه تحصیل و یا سر کار رفتن
- ✓ جلوگیری از تنها بیرون رفتن

### ➤ **بدرفتاری مالی یا اقتصادی**

بدرفتاری مالی، رفتاری است که زن را از نظر مالی تحت فشار قرار می دهد:

- ✓ ندادن پول کافی برای خرید مایحتاج روزانه
- ✓ حساب کشیدن برای هر ریالی که زن خرج می کند
- ✓ ندادن پول برای مصرف شخصی همسر
- ✓ مجبور کردن همسر به امضای چک، سفته و یا اسناد مالی
- ✓ سر کار نرفتن و مجبور کردن همسر به زندگی کردن با حداقل ها
- ✓ سوء استفاده از اموال و دارایی های همسر

### **باورهای غلط و واقعیت ها در مورد خشونت بر علیه زنان**

یک سری باورهای غلط در مورد خشونت بر علیه زنان وجود دارد که ممکن است موجب ادامه خشونت شده یا مانع از انجام اقداماتی برای جلوگیری از آن شود. در زیر به برخی از این موارد اشاره شده است:

(۱) **باور غلط:** خشونت بر علیه زنان مختص طبقات اقتصادی اجتماعی پایین جامعه است  
**واقعیت:** خشونت بر علیه زنان محدود به یک طبقه اقتصادی اجتماعی نبوده و ممکن است در هر خانواده ای و با هر سطح تحصیلات و یا درآمدی اتفاق بیفتد. علاوه بر این، آن منحصر به قوم و نژاد خاصی هم نیست و در همه جای دنیا اتفاق می افتد

(۲) **باور غلط:** مردان وقتی مست و یا تحت تاثیر مواد هستند، اقدام به خشونت می کنند  
**واقعیت:** درست است که برخی مواد بویژه الکل ممکن است احتمال پرخاشگری و خشونت را افزایش دهند ولی همه ی معتادان پرخاشگر نیستند و همه ی افراد خشن نیز مواد مصرف نمی کنند. همچنین ترک مواد نیز الزاما با کاهش یا برطرف شدن خشونت همراه نیست. بنابراین، افراد تحت هر شرایطی که باشند مسوول رفتارهایشان هستند.

(۳) **باور غلط:** این یک موضوع شخصی- خانوادگی است و نه اجتماعی  
**واقعیت:** این باور غلط اغلب مبتنی بر این باور سنتی است زن باید مطیع شوهرش باشد و زن خوب کسی است که مشکلات خانوادگی اش را به دیگران نمی گوید و آن را مثل یک راز حفظ می کند. ولی واقعیت این است که زن و مرد در تمام جنبه ها برابر هستند، هیچ تبعیض و خشونتی قابل پذیرش نیست و وقتی مسئله امنیت جسمی و روانی مطرح است هیچ چیز شخصی وجود ندارد. زنان باید برای تامین امنیت خود و بچه هایشان از افراد مورد اعتماد و ذی صلاح کمک بگیرند. یکی از حقوق اساسی هر انسانی این است که در امنیت و بدون ترس زندگی کنند و قانون باید حافظ این حقوق انسان ها باشد. خشونت خانگی جرم است و ربطی به نسبت افراد با هم ندارد.

(۴) **باور غلط:** مرد رئیس خانواده است و حق دارد زن و بچه اش را تنبیه کند

**واقعیت:** این یک باور سنتی در برخی اقوام و خرده فرهنگ هاست که مرد می تواند برای مدیریت رفتار زن و بچه اش حتی آنها را کتک بزند. اما هیچ کس حق خشونت و بدرفتاری با دیگران را نداشته و هر انسانی حق دارد بدون ترس و با احساس امنیت زندگی کند.

۵) باور غلط: حتما زن یک کاری می کند که موجب عصبانیت شوهرش می شود

**واقعیت:** درست است که بعضی حرف ها و یا کارها ممکن است موجب عصبانیت شود ولی عصبانیت یک موضوع است و خشونت موضوعی دیگر. درحالی که عصبانیت یک هیجان طبیعی است ولی خشونت و پرخاشگری اصلا طبیعی نیست و هیچ کس حق ندارد به صرف عصبانی بودن به دیگران صدمه بزند. مشکلات در هر ارتباطی وجود دارد و هیچ کس حق ندارد از آن به عنوان عذر و بهانه ای برای خشونت استفاده کند.

۶) باور غلط: بعضی آدم ها وقتی عصبانی می شوند نمی توانند خود را کنترل کنند

**واقعیت:** افرادی که مرتکب خشونت می شوند معمولا آگاهانه انتخاب می کنند که با قربانی بدرفتاری کنند و به همین دلیل است که بیشتر اوقات وقتی این کار را انجام می دهند که شاهدهی وجود ندارد. از طرف دیگر، معمولا این افراد با کسانی که زیر دست وی هستند و یا روی آنها کنترل دارد مثل زن و بچه، بدرفتاری می کند و نه با دوستان، همکاران و یا رئیسش. این واقعیت نشان می دهد که آنها روی بدرفتاری و شدت و نوع آن کنترل دارد.

### سیکل خشونت در زندگی زناشویی

معمولا خشونت در زندگی زناشویی به تدریج و طی مراحل اتفاق می افتد. این مراحل در زیر توضیح داده شده است.

#### ۱. ماه عسل

در آغاز زندگی مشترک اکثر زن و شوهرها رفتار خیلی خوبی با هم دارند. مرد عاشق و علاقمند به نظر می رسد و زن از این توجه و علاقه لذت می برد.

#### ۲. شروع اختلاف ها و بروز تنش

با گذشت زمان ممکن است کم کم روابط زناشویی دچار تنش شود. مرد ممکن است بدخلق و تحریک پذیر شود و سر هر چیز کوچکی از قیافه، حرف زدن، رفتار یا خانه داری همسرش ایراد بگیرد. زن کم کم نگران می شود و احساس می کند که شوهرش هر آن ممکن است منفجر شود. در این مرحله مرد ممکن است انفجارهای خفیف خشم بصورت پرخاشگری کلامی یا جسمی خفیف (هل دادن ملایم یا سیلی زدن) را نشان دهد.

#### ۳. خشونت جدی

در این مرحله خشونت تشدید می شود به طوری که موجب صدمه دیدن جدی زن می شود. این صدمات ممکن است به صورت شکستگی ها، ضرب دیدگی ها و جراحات های سطحی یا عمیق باشد. اگر بچه ای هم وجود داشته باشد معمولا مورد غفلت یا بدرفتاری قرار می گیرد.

#### ۴. ماه عسل دوباره

مرد به خاطر خشونت و پرخاشگری اش احساس گناه می کند، معذرت خواهی می کند و قول می دهد که دیگر هرگز این کار را تکرار نکند. دوباره مثل اوایل ارتباط رفتار می کند، ابراز علاقه می کند، می گوید او را خیلی دوست دارد و بدون او نمی تواند زندگی کند. زن سعی می کند باور کند که همسرش تغییر کرده و دیگر به او صدمه نمی زند. اما معمولا این ماه عسل چندان طول نمی کشد و دوباره مرحله بروز تنش و خشونت تکرار می شود.

این سیکل ممکن است در زندگی زناشویی یک مرد و زن، بارها و بارها تکرار شود و معمولاً نیز با هربار تکرار، هم سرعت انتقال از یک مرحله به مرحله دیگر بیش تر می‌شود و هم شدت خشونت افزایش می‌یابد.

### علل و عوامل موثر بر خشونت

خشونت خانگی مثل سایر مشکلات روانی اجتماعی، علت واحدی نداشته و محصول تعامل پیچیده یک سری عوامل است که هرچه تعداد این عوامل بیشتر باشد احتمال بروز خشونت نیز افزایش می‌یابد. در زیر مهمترین عواملی که احتمال ارتکاب خشونت و یا قربانی خشونت بودن را در خانواده‌ها افزایش می‌دهد آمده است:

#### ➤ چه عواملی احتمال ارتکاب خشونت را افزایش می‌دهد؟

عوامل مختلفی ممکن است در خشونت و بدرفتاری مردان نقش داشته باشد. نیاز شدید به اعمال قدرت و کنترل دیگران، مشکلات و بیماری‌های روانی، سابقه قبلی درگیری و زد و خوردهای زیاد، فقر و دوری از جامعه و مصرف الکل و مواد از مهمترین این عوامل است. نتیجه تحقیقی که در **ایران** در مورد خشونت خانگی انجام شد نشان داد اعتماد به نفس پایین، بیکاری یا درآمد کم، تحصیلات پایین، سابقه بزهکاری و پرخاشگری در نوجوانی، تجربه خشونت در کودکی یا دیدن رفتارهای پرخاشگرانه پدر و انزوای اجتماعی از عواملی است که احتمال خشونت در مردان را افزایش می‌دهد. همچنین نتیجه این تحقیق نشان داد که رابطه قوی بین مصرف الکل و مواد و خشونت در خانواده وجود دارد. در واقع آمارها نشان می‌دهد که ۲۵-۵۰ درصد مردانی که مرتکب خشونت نسبت به همسرانشان می‌شوند سوء مصرف الکل و مواد دارند و شدت خشونت در آنها بیشتر از مردانی است که مواد مصرف نمی‌کنند. در جدول زیر مهمترین عواملی که موجب خشونت در مردان می‌شود، آمده است.

<u>الف- عوامل فردی</u>	<u>ب- عوامل اجتماعی و محیطی</u>
✓ عزت نفس پایین و عدم اعتماد به دیگران	✓ وجود سوءمصرف مواد و خشونت در خانواده اصلی
✓ عدم پذیرش مسئولیت اشتباهات خود و سرزنش دیگران	✓ شاهد یا قربانی خشونت خانگی بودن در کودکی
✓ نیاز شدید به اعمال قدرت و کنترل در روابط	✓ مشکلات جسمی و روانی در خانواده
✓ احساس مالکیت نسبت به همسر	✓ تعارض‌ها و اختلافات شدید خانوادگی
✓ اعتقاد به باورهای سنتی مبنی بر مطیع و فرمانبردار بودن زنان	✓ فقر و بیکاری
✓ نوسانات خلقی شدید	✓ استرس در محیط کار و خانواده
✓ تحمل پایین استرس	✓ انزوای اجتماعی
✓ فقدان مهارت مقابله سالم با استرس	✓ هنجارهای اجتماعی که برتری و اعمال کنترل مردان بر زنان را تایید می‌کند
✓ عدم کنترل هیجان‌هایی مانند خشم و عصبانیت	✓ هنجارهای اجتماعی که بصورت ضمنی خشونت مردان نسبت به زنان را تایید می‌کند
✓ اعتقاد به برتری مردان نسبت به زنان	✓ موجه دانستن خشونت برای تنبیه زن خیانت کار
✓ سابقه قبلی خشونت و پرخاشگری	
✓ ویژگی‌های شخصیت ضداجتماعی مثل قانون	



	شکنی، دعوا و درگیری‌های زیاد و... ✓ سوءمصرف الکل و مواد
--	--

### ➤ چه افرادی بیشتر ممکن است در معرض خشونت قرار گیرند؟

زنان و کودکان و نیز سالمندان در هر موقعیت اقتصادی و اجتماعی ممکن است قربانی خشونت و بدرفتاری شوند ولی یک سری عوامل این احتمال را افزایش می‌دهد. برای مثال نتیجه تحقیقی که در ایران انجام شد نشان داد جوان بودن و یا پایین بودن سن زن در هنگام ازدواج، تحصیلات پایین، شاغل نبودن و نداشتن استقلال مالی، باردار بودن، تعداد بیشتر بچه‌ها، بیماری یا معلولیت و شاهد خشونت خانگی بودن از جمله مهمترین این عوامل است.

عوامل خطر اجتماعی و محیطی	عوامل خطر فردی
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ فقدان حمایت از سوی خانواده</li> <li>✓ فقدان حمایت‌های قانونی</li> <li>✓ فشارهای اجتماعی و فرهنگی برای</li> <li>حفظ زندگی زناشویی</li> <li>✓ انزوای اجتماعی خانواده</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ جوان بودن</li> <li>✓ عدم استقلال مالی</li> <li>✓ عزت نفس پایین</li> <li>✓ احساس شرم، گناه و درماندگی</li> <li>✓ افسردگی</li> <li>✓ فقدان مهارت‌های ارتباطی کافی</li> <li>✓ معلولیت جسمی یا ذهنی فرزندان</li> <li>✓ وابستگی به الکل و مواد</li> </ul> <p style="text-align: right;">بارداری</p>

توجه داشته باشید که اعتیاد، فقر، بیکاری و انزوای اجتماعی و یا وجود یک فرد معلول و یا بیمار در خانواده احتمال خشونت خانگی را افزایش می‌دهد. بنابراین، وقتی با این خانواده‌ها کار می‌کنید باید احتمال وجود خشونت خانگی را ارزیابی کرده و به افراد آسیب‌پذیر روش‌های مقابله و کنترل این وضعیت را بیاموزید.

### آثار خشونت خانگی

خشونت خانگی روی همه افراد خانواده اثر می‌گذارد و گاهی آسیب‌های ناشی از آن بقدری جدی و عمیق است که اثرات آن تا آخر عمر با فرد باقی می‌ماند. برای مثال همانطور که در بالا گفتیم مردانی که در دوران کودکی مورد خشونت پدر خود قرار گرفته‌اند و یا شاهد وجود خشونت و پرخاشگری در خانواده خود بوده‌اند بیشتر امکان دارد که در

بزرگسالی تبدیل به افراد پرخاشگر و خشن شوند. از طرف دیگر زنانی که در کودکی مورد بد رفتاری قرار گرفته اند و یا مرتب شاهد بد رفتاری پدر با مادرشان بوده اند بیشتر امکان دارد که در بزرگسالی قربانی خشونت شوند و در مورد آن سکوت کنند. در مجموع، مورد خشونت و بد رفتاری قرار گرفتن تجربه بسیار دردناکی است. کتک خوردن، تحقیر شدن و توهین شنیدن از هر کسی بخصوص از کسی که از او انتظار حمایت و محبت و عاطفه وجود دارد، خیلی دردناک است. نتیجه تحقیقی که در **ایران** روی زنانی که مورد خشونت همسرانشان قرار گرفته بودند نشان داد که مشکلات اعصاب و روان در آنها زیاد دیده می شود و این حاکی از آن است که خشونت روی سلامت روان زنان تاثیر زیادی می گذارد. به طور کلی اثرات خشونت بر علیه زنان را می توان به دو دسته کلی جسمی و روانی تقسیم کرد:

(۱) **اثرات جسمی** - انواع شکستگی ها و ضرب دیدگی های قسمت های مختلف بدن ، کبودی ها، زخم ها و خراشیدگی، عفونت ها ( واژینال و مقعدی) ، دردهای عضلانی، سوختگی های سطحی و عمیق و صدمه دیدن اندام های داخلی بدن شامل کلیه، طحال، ریه، مجاری ادرار و دستگاه تناسلی، سقط جنین و زایمان زودرس

(۲) **اثرات روانی** - عوارض روانی خشونت بسیار متعدد و متفاوت بوده و شامل انواع مختلفی از مشکلات مانند اضطراب، ترس، خشم و نفرت، ناامیدی و افسردگی، احساس حقارت ، درماندگی و عدم اعتماد بنفس و احساس تنهایی و در موارد شدید است ممکن است منجر به اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) شود. همچنین از دیگر اثرات خشونت، می توان به انواع مختلف دردهای روان تنی مانند سردردهای مزمن، مشکلات گوارشی، مشکلات تنفسی و یا سایر بیماری هایی اشاره کرد که هیچ علت پزشکی ندارند و پزشکان این جمله معروف را به بیماران می گویند " از اعصابتان است ". **چرا زنان در یک ازدواج خشونت بار می مانند؟**

گاهی این سوال برای افراد پیش می آید که چرا یک زن در رابطه ای که در آن خشونت و بد رفتاری وجود دارد باقی می ماند. تصمیم گیری برای جدانشدن و طلاق برای هیچ زنی از جمله زنانی که مورد خشونت قرار می گیرند کار آسانی نیست. زنان به دلایل متعددی ممکن است به زندگی با یک مردی که خشونت دارد، ادامه دهند که برخی از آنها در زیر آمده است. بنابراین ادامه زندگی با یک مرد خشن به این معنا نیست که اوضاع آنقدرها هم بد نیست و یا خشونت خیلی جدی نیست.

- **علاقه به همسر و امید به تغییر** - گاهی زن ممکن است به رغم خشونتی که تجربه می کند، همسرش - و نه خشونت او را - دوست داشته باشد و یا ممکن است نگران باشد اگر او را ترک کند، آسیب ببیند. برخی نیز خوش بینی بی دلیلی دارند که اوضاع در آینده بهتر خواهد شد و کوچک ترین نشانه ای را حاکی از آن می دانند.
- **کاهش اعتماد بنفس به دلیل تجربه بد رفتاری** - گاهی بد رفتاری هیجانی و روانی، که اصولاً با هدف از بین بردن اعتماد و عزت نفس طرف مقابل صورت می گیرد منجر به این باور در زنان می شود که " علت خشونت من هستم و من مستحق آن هستم " و یا " بدون او نمی توانم از پس زندگی خودم و بچه هایم برآیم ".
- **انکار و حداقل سازی** - گاهی وقتی افراد در موقعیت های دردناک هستند و فکر می کنند قادر به تغییر آن نیستند ممکن است متوسل به مکانیزم های دفاعی شوند تا بتوانند راحت تر آن را تحمل کنند. دو تا از مهمترین این مکانیزم ها، انکار و یا حداقل سازی بد رفتاری است. مثلاً زن ممکن است بگوید همه زن و شوهرها دعوا می کنند و تو دعوا هم که حلوا خیر نمی کنی! یا رفتار وی آنقدرها هم بد نیست .

- **وابستگی مالی** - وقتی زنان شغلی ندارند و کاری هم بلد نیستند و از هیچ حمایت مالی برخوردار نیستند، احتمال جدایی کمتر می شود. مجموعه این شرایط ممکن است موجب شود زن به این نتیجه برسد که ترک همسر موجب یک زندگی همراه با فقر برای خود و بچه هایش می شود و بنابراین ترجیح می دهد در رابطه بماند.
- **رفاه و امنیت بچه ها** - برخی از زنان ممکن است معتقد باشند که اگرچه همسرشان با او بدرفتاری می کند ولی پدر نسبتاً خوبی برای بچه هایش هست و بنابراین بهتر است بخاطر بچه ها و رفاه و آسایش آنها هم که شده به زندگی با او ادامه دهد. از طرف دیگر مردان بدرفتار اغلب تهدید می کنند در صورت طلاق، بچه ها را از مادر می گیرند و یا اجازه ملاقات به او را نمی دهند و این ممکن است موجب ادامه زندگی شود.
- **باورهای فرهنگی و اجتماعی** - فرهنگ یک مجموعه از نگرش ها، ارزش ها و باورهای اجتماعی است که رفتارها و نقش های خانوادگی و اجتماعی را تعیین می کند. برخی از ارزش ها و نگرش ها ممکن است خشونت را تقویت کنند. زنانی که در فرهنگی زندگی می کنند که خشونت مردان را مجاز شمرده و این باور را در آنها تقویت می کند که هر رنج و دردی را باید تحمل کنند (لباس سفید) ممکن است کار سختی برای ترک کردن رابطه داشته باشند.
- **نداشتن جایی برای رفتن و عدم دسترسی به حمایت های اجتماعی** - گاهی زنان اصلاً قوم و خویش و دوستی ندارند و یا اگر هم داشته باشند از تصمیم او برای جدایی حمایت نمی کنند. گاهی هم منابع اجتماعی حمایت کننده در محیط زندگی وی وجود ندارد و یا او از آن اطلاع ندارد. بنابراین، این نداشتن سرپناه و احساس بی پشت و

## بخش دوم - راهنمای شناسایی و مداخله اولیه در خشونت بر علیه زنان

بلایی سر او، بچه ها و یا خانواده اش می آورد و در حقیقت نیز احتمال خشونت مردان معمولاً در هنگام جدایی افزایش می یابد. بنابراین تهدیدها و یا حوادث واقعی که در گذشته اتفاق افتاده، ممکن است باعث شود زن تصمیم بگیرد در رابطه زناشویی بماند.

در این قسمت راهنمای عملی انجام مشاوره مختصر در موارد خشونت بر علیه زنان آمده است. هدف اولیه مشاوره، شناسایی و ارزیابی سطح خطر خشونت، تضمین امنیت مراجع و فرزندان و شناسایی نیازهای مراجع در زمینه های مختلف و ارجاع است. هدف بعدی، توانمند سازی مراجعان است تا بتوانند در مورد موقعیت زندگی خود تصمیم آگاهانه ای بگیرند و سلامت جسمی و روانی خود را بهبود بخشند. بنابراین هدف مشاوره خشونت خانگی کمک به افراد در معرض خشونت، برای حفظ امنیت خود و فرزندان و توانمند سازی آنها برای بیرون آمدن از نقش قربانی و کسب قدرت درونی برای مقاومت در برابر قربانی شدن است اگرچه حفظ امنیت آنها و فرزندانشان و کمک به آنها برای استفاده از سایر منابع حمایتی و اجتماعی موجود در جامعه، برای این توانمند سازی لازم است. بنابراین، اهم اقداماتی که شما به عنوان کارشناس سلامت روان برای انجام یک مشاوره مختصر خشونت خانگی باید انجام دهید شامل موارد زیر است:

- ۱) غربالگری تکمیلی خشونت بر علیه زنان
- ۲) افزایش آگاهی زنان در مورد خشونت خانگی، انواع و پیامدهای آن
- ۴) تعیین سطح خطر و برنامه ریزی برای انجام اقداماتی جهت پیشگیری از بروز خشونت و تامین امنیت خود و فرزندان هنگام بروز خشونت احتمالی آتی
- ۵) ارائه اطلاعاتی در مورد مراکز اورژانس اجتماعی و مداخله در بحران و نحوه تماس و یا مراجعه به این مراکز در مواقع مورد نیاز
- ۶) ارائه اطلاعات در مورد سازمان های حمایت روانی اجتماعی و قانونی و ارجاع زنان به این موسسات

۷) از جاع زنان به مراکز تخصصی برای درمان مشکلات جسمی و روان پزشکی و نیز مشاوره های تخصصی در زمینه خشونت خانگی  
۸) توانمندسازی زنان در معرض خشونت و یا قربانی خشونت

در کار با قربانیان خشونت شش اصل اساسی وجود دارد که باید مورد توجه قرار گیرد:

- تضمین امنیت قربانی باید همیشه در اولویت قرار داشته باشد و اگر وضعیت بحرانی وجود دارد مداخله در بحران صورت گیرد
- هدف مشاوره باید توانمندسازی قربانی باشد
- قربانی هرگز نباید برای مورد خشونت قرار گرفتن سرزنش شود
- مشاور باید اطلاعات کافی در مورد حقوق مراجع و نیز حمایت های قانونی و روانی اجتماعی موجود در جامعه را در اختیار قربانی قرار داده و یا وی را به مراجع ذی صلاح ارجاع دهد
- وقتی نگرانی هایی در مورد امنیت کودکان و نوجوانان وجود دارد این موارد باید مستند شود و البته حفظ امنیت آنها نیز مورد توجه اساسی قرار بگیرد
- تشویق مراجع برای جدایی و طلاق کار کارکنان مراکز بهداشتی نیست.

۱- ارزیابی سطح خطر و صراحتی برنامه امیپ برای مراجع ( و ترنیدن )

## جلسه اول

### مروری بر جلسه اول

در این جلسه ابتدا با برقراری یک ارتباط مناسب با مراجع، غربالگری تکمیلی خشونت انجام شده و پس از آن اطلاعاتی در مورد حقوق مراجع و انواع و آثار خشونت در اختیار وی قرار داده می شود. سپس سطح خطری که مراجع را تهدید می کند، ارزیابی شده و براساس آن برنامه ای برای تضمین امنیت مراجع و نیز فرزندان طراحی می شود. در آخر جلسه، ارجاعات مناسب برای رفع سایر نیازهای مراجع انجام می گیرد.

### ۱. برقراری ارتباط

پیش شرط انجام هر مشاوره ای، برقراری ارتباط مناسب با مراجع است و چنین ارتباطی در مشاوره خشونت خانگی اهمیت ویژه ای دارد. مشاوره خشونت خانگی شامل فراهم آوردن فرصت مناسبی برای ارزیابی خشونت و انجام اقداماتی برای امنیت و رفاه و آسایش زنان و فرزندان آنها است. برای این منظور ابتدا باید بتوانید ارتباط مناسبی را با مراجع برقرار کنید. در کار روی خشونت خانگی باید علاوه بر استفاده از مهارت های عمومی ( پیوست را ملاحظه کنید ) ، به یک سری

ملاحظات اختصاصی نیز توجه داشته باشید تا بتوانید ارتباط مناسبی با مراجع برقرار کنید و کار مشاوره را انجام دهید، زیرا بسیاری از قربانیان خشونت خانگی علی رغم نیاز زیادی که به مشاوره دارند ممکن است به دلایل مختلف مانند ترس از همسر، مورد سرزنش قرار گرفتن و یا تجربه جدی گرفته نشدن، تمایلی به صحبت در مورد این موضوع نداشته باشند. بنابراین شما باید محیطی آرام و امن و راحت فراهم کنید تا مراجع بتواند بدون نگرانی در مورد مسائلش صحبت کند. برای ایجاد چنین ارتباطی توجه به نکات زیر ضروری است:

- ✓ مشاوره را در یک محیط امن و خصوصی انجام دهید. باید اتاق جداگانه ای به مشاوره اختصاص داده شود تا مراجع مطمئن شود صحبت هایش شنیده نمی شود. همچنین سعی کنید هم سطح با مراجع بنشینید تا بتواند با شما احساس راحتی بیشتری کند، برای مثال پشت یک میز بزرگ ننشینید.
- ✓ اصل اخلاقی رازداری و البته محدودیت های آن را برای مراجع توضیح داده و به وی اطمینان بدهید که رازداری حتما حفظ خواهد شد.
- ✓ اگر مشاوره با همسر قربانی خشونت نیز ضروری است این کار باید در مرکز دیگری صورت گیرد. اگر این کار در یک مرکز انجام شود امنیت قربانی به خطر می افتد چون ممکن است فرد خشن اتفاقی بیمار را ببیند و یا همسر نگران انتقال صحبت هایش به همسرش باشد.
- ✓ با مراجع تنها صحبت کنید مگر اینکه خود وی تمایل داشته باشد فرد دیگری از اعضای خانواده نیز حضور داشته باشند و حضور وی مانع از ارزیابی دقیق سطح خطری که مراجع را تهدید می کند، نشود
- ✓ به مراجع نشان دهید که به حرف های او گوش می دهید و آن را باور دارید
- ✓ از سرزنش کردن آشکار یا ضمنی مراجع برای ماندن در یک رابطه توام با خشونت اجتناب کنید چون این کار به ایجاد رابطه درمانی صدمه می زند.
- ✓ درک و همدلی خود را با شرایط وی نشان دهید و پیام های مهم زیر را به او بدهید:
  - تو مقصر چیزی که اتفاق می افتد نیستی، تو مسئول کارها و رفتار خودت هستی. او ممکن است همیشه بهانه ای برای رفتار خود پیدا کند ولی تو نباید مسئولیت کارهای او را قبول کنی. او تنها کسی است که می تواند رفتارش را تغییر دهد و این مسئولیت توست.
  - تو مستحق این رفتار نیستی
  - تو زن شجاعی هستی که این قدم بزرگ را برداشتی و به مرکز آمدی. این کار تو نشان می دهد که می خواهی به خودت و بچه هایت کمک کنی
  - تو تنها نیستی، من اینجا همیشه برای کمک به تو آماده ام و صرف نظر از اینکه با او بمانی و یا او را ترک کنی، همیشه از تو حمایت می کنم

## ۲. غربالگری تکمیلی خشونت خانگی

پس از برقراری ارتباط، باید یک ارزیابی تکمیلی را برای زنانی که در غربالگری اولیه خشونت خانگی، مثبت شده اند، انجام دهید. برای این کار می توانید از پرسشهای ارزیابی تکمیلی خشونت برعلیه زنان استفاده کنید. این پرسشنامه علاوه بر اینکه به شما کمک می کند تا ماهیت خشونتی را که مراجع و فرزندانش در معرض آن قرار دارند، بهتر بشناسید،

میزان برخورداری وی را از حمایت های روانی اجتماعی نیز مشخص می کند. در واقع، هدف این ارزیابی تکمیلی، روشن شدن نوع و فراوانی خشونت و تعیین نیازها و خدمات مورد نیاز است.

### ارزیابی خشونت خانگی در زنانی که جواب غربالگری اولیه آنان منفی بوده است

چون زنان قربانی خشونت ممکن است در غربالگری اولیه، وجود خشونت را انکار کنند، بنابراین باید به شاخص های مورد خشونت قرار گرفتن توجه داشته باشید تا بتوانید به زنانی که به هر دلیلی ترجیح می دهند در این مورد حرف نزنند، کمک کنید. در زیر علائم و نشانه های وجود خشونت احتمالی آمده است:

#### ➤ **صدمات جسمی**

شما باید به خشونت خانگی فکر کنید اگر:

- زنی را می بینید که جای زخم، سوختگی، کبودی و ... روی صورت، بینی و یا لب هایش وجود دارد. همچنین ممکن است شکستگی بینی، فک یا دست و پا را در او مشاهده کنید
- زنی را می بینید که از توضیح در مورد علت صدمات و آسیب های جسمی، طفره می رود، پاسخ های ضد و نقیض می دهد و یا برای توجیه این موارد می گوید " از پله افتادم، صورتم به در خورد، سرم گیج رفت و افتادم و ..."
- زنی را می بینید که سقط جنین بی دلیل یا زایمان زودرس داشته در حالیکه تابحال بارداری وی طبیعی بوده و سابقه مشکلات قبلی در این زمینه نداشته است
- زنی را می بینید که از رفتن پیش پزشک برای درمان آسیب ها و صدمات جسمی اش امتناع کرده و یا مرتب آن را به تاخیر می اندازد.
- زنی را می بینید که بطور مکرر بخاطر آسیب ها و صدمات مختلف به مرکز مراجعه می کند

#### ➤ **صدمات روان شناختی**

شما باید به خشونت خانگی فکر کنید اگر:

- ✓ زنی را می بینید که از سردرد، کمردرد، مشکلات خواب، کاهش تمرکز و حافظه، کاهش اشتها و خستگی مزمن شکایت می کند و دلیل طبی خاصی برای آن وجود ندارد
- ✓ زنی را می بینید که از اضطراب و علائم آن مثل تپش قلب و تنگی نفس و حملات اضطرابی شکایت می کند
- ✓ زنی را می بینید که افسرده است، اعتماد بنفس پایینی دارد ، به خودکشی فکر می کند و یا قبلا اقدام به خودکشی کرده و یا شروع به مصرف مواد کرده است
- ✓ زنی که از مشکلات زناشویی مانند جرو بحث های مکرر، خیانت، مشکل در رابطه جنسی یا مشکل با خانواده همسر شکایت می کند.

در چنین مواردی پس از ایجاد ارتباط توأم با اعتماد با مراجع و توضیح اصل رازداری ، ابتدا با چند سوال، وجود خشونت خانگی را ارزیابی کنید و سپس غربالگری تکمیلی را انجام دهید. برای مثال ارزیابی را با این جمله شروع کنید که " چون خشونت بر علیه زنان نسبتا شایع است ما این سوال را از همه زنان می پرسیم ". سپس این سوال عمومی و تقریبا غیر مستقیم را بپرسید:

" آیا در خانه احساس امنیت می کنی؟ آیا کسی در منزل هست که از او بترسی؟" و یا " آیا کسی در خانه هست که به تو صدمه بزند و یا تو را تهدید کند؟

سپس می توانید پرسشنامه غربالگری را اجرا کنید. ولی اگر احساس می کنید مراجع با تردید پاسخ می دهد و هنوز بقدر کافی احساس امنیت و اعتماد نمی کند می توانید پرسشنامه غربالگری را که ممکن است وی را نگران کند، موقتا کنار گذاشته و سوالات شفاهی زیر را با رعایت توالی آن بپرسید:

#### ۱) پرسیدن سوالات مستقیم در مورد انواع غیر جسمی خشونت

- ✓ آیا همسرت جلو رفت و آمد تو را با خانواده و اقوامت می گیرد؟
- ✓ آیا تابحال شده تو را جلوی دیگران دست بیندازد و مسخره می کند؟
- ✓ آیا تابحال شده که به زور تو را وادار به رابطه جنسی کرده باشد؟ آیا تابحال تو را تهدید به کتک زدن کرده؟
- ✓ آیا تو را تهدید به طلاق دادن و گرفتن بچه ها کرده؟

#### ۲) پرسش مستقیم از خشونت جسمی

- ✓ آیا تابحال به تو صدمه زده است؟

#### ۳) سوال در مورد نوع، شدت و فراوانی خشونت

- ✓ بیشتر چطور با تو بد رفتاری می کند؟
- ✓ آخرین بار کی با تو بد رفتاری کرد؟ چطور؟
- ✓ بدترین شکلی که با تو بد رفتاری کرد چه بود؟

#### ۴) آموزش روانی اجتماعی

آموزش روانی اجتماعی زنان قربانی و یا در معرض خشونت شامل موارد زیر است:

- ۱) افزایش آگاهی از حقوق خود به عنوان یک انسان
- ۲) افزایش آگاهی در مورد انواع، علل و پیامدهای خشونت
- ۳) افزایش آگاهی در مورد سازمان ها و منابع حمایت های اجتماعی و قانونی موجود

#### گام اول - افزایش آگاهی مراجع از حقوق خود

آگاهی مراجع از حقوق خود به عنوان یک انسان در ایجاد انگیزه برای تغییر و حتی افشای روشن تر خشونت خانگی نقش مهمی دارد. بنابراین، در این قسمت حقوق مراجع را برای وی توضیح دهید:

- ✓ حق دارم با من با احترام رفتار شود
- ✓ هیچ کس حق ندارد با من بد رفتاری کند

- ✓ حق دارم احساسات و افکار خودم را داشته باشم
- ✓ حق دارم توانایی ها و استعدادهایم را رشد دهم و دنبال کنم
- ✓ حق دارم امور مالی ام را کنترل کنم
- ✓ حق دارم از لحاظ جنسی مورد بدررفتاری قرار نگیرم
- ✓ حق دارم بر جنبه های مختلف زندگیم کنترل داشته باشم
- ✓ حق دارم تصمیم بگیرم موقعیتم را تغییر دهم
- ✓ حق دارم بخاطر بدررفتاری از مراکز بهداشتی و موسسات قانونی و پلیس کمک بگیرم

### گام دوم- افزایش آگاهی در مورد انواع، علل و پیامدهای خشونت

در این قسمت یک سری اطلاعات اساسی در مورد انواع، علل و پیامدهای خشونت به مراجع داده می شود تا علاوه بر افزایش دانش، باورهای نادرست آنها در مورد خشونت برعلیه زنان اصلاح شود و متوجه شوند خشونت و بدررفتاری تحت هیچ شرایطی قابل پذیرش نیست و مراجع باید برای بیرون آمدن از این شرایط و یا کاهش اثرات منفی آن روی خود و بچه ها کاری انجام دهد. برای این منظور می توانید از مطالبی که در قسمت کلیات نظری آمده است، استفاده کنید. همچنین پیشنهاد می شود یک کپی از این قسمت تهیه کنید و در آخر جلسه در اختیار مراجع قرار دهید. توجه داشته باشید که بهتر است مراجع را در جلسه اول، با اطلاعات زیاد بمباران نکنید. می توانید یک سری اطلاعات کتبی به او بدهید تا در منزل مطالعه کند.

یکی از مهمترین کارهایی که باید در این قسمت انجام دهید آن است که این باور زنان را که خشونت در روابط زناشویی، طبیعی است، اصلاح کنید. تغییر این باور بویژه در مورد زنانی که شاهد خشونت پدرشان نسبت به مادرشان بوده اند، دشوار تر است. به طور کلی شما باید بتوانید با ارائه اطلاعات درست در مورد خشونت این تغییرات را در باورها و نگرش زنان ایجاد کنید:

- ✓ ترغیب مراجع برای عدم پذیرش بهانه های همسر مبنی بر اینکه مریض است، مشکلات روان شناختی دارد، معتاد است، بیکار است و یا تحت فشار و استرس زیادی قرار دارد
- ✓ تغییر نگرش مراجع مبنی بر اینکه او مقصر است مثلاً زن بدی است، همسرش را تحریک و عصبانی می کند و ...
- ✓ تغییر این باور که اگر زن خوبی باشد و طبق میل او رفتار کند، خشونت دیگر اتفاق نمی افتد
- ✓ کاهش تمایل برای پنهان کردن خشونت و یا کوچک و بی اهمیت جلوه دادن آن
- ✓ تغییر این باور که اگر همسرش را ترک کند بچه هایش بدبخت خواهند شد
- ✓ تغییر و اصلاح این باور که همسرش خودبه خود خوب خواهد شد
- ✓ ایجاد انگیزه برای فکر کردن به حق انتخاب هایی که برای تغییر موقعیتش دارد

" همه انواع خشونت خانگی غیر قابل پذیرش هستند. برخی از آنها مثل خشونت جسمی، جرم محسوب می

شود"



## گام سوم - افزایش اطلاعات در مورد افراد و سازمان های حمایت کننده

در این قسمت به مراجع کمک کنید تا منابع حمایتی خود را شناسایی کند تا در موقعیت هایی که خطر فوری وجود دارد بتواند از حمایت آنها استفاده کند. علاوه براین، در مورد سازمان های حمایتی موجود در جامعه نیز اطلاعات لازم ( شامل شماره تلفن و آدرس) را در اختیار وی قرار دهید. به این ترتیب مراجع از قبل می داند که در صورت نیاز به کمک و حمایت، کجا و پیش چه کسانی می تواند برود. این منابع می تواند شامل موارد زیر باشد:

- ✓ خانواده، دوستان، همسایه ها
- ✓ یک روحانی یا فرد معتمد محله
- ✓ مشاوران، روان شناسان و مددکاران اجتماعی
- ✓ مشاور حقوقی
- ✓ پزشک خانواده و رابطین بهداشت
- ✓ جمعیت ها و انجمن های مبارزه با خشونت بر علیه زنان و کودک آزاری
- ✓ مراکز مداخله در بحران بهزیستی و شهرداری
- ✓ خانه سلامت شهرداری
- ✓ کلانتری محل
- ✓ پزشکی قانونی

### ۵. ارزیابی سطح خطر و طراحی برنامه یا نقشه حفظ امنیت

در این قسمت نباید با استفاده از یک سری سوالات، میزان خطری که مراجع را تهدید می کند، ارزیابی کنید تا براساس آن بتوانید مناسب ترین اقدام را برای تامین امنیت وی و فرزندانش انجام دهید. به طور کلی اگر مراجع در خطر فوری قرار دارد، باید یک اقدام فوری را برای تامین امنیت وی انجام دهید. ولی اگر خطر، فوری و شدید نیست همراه با مراجع برنامه تامین امنیت را طراحی کنید تا به حفظ امنیت وی و بچه ها و یا کاهش آسیب خشونت های احتمالی بعدی کمک کنید.

در جلسه اول، تعیین میزان خطری که مراجع و یا فرزندانش را تهدید می کند و طراحی یک برنامه امنیت، مهمترین کاری است که باید انجام شود

## گام اول - ارزیابی میزان خطر

ارزیابی میزان خطری که مراجع را تهدید می کند باید ساختار یافته بوده و شامل ارزیابی خود مراجع از خطری که وی را تهدید می کند، وجود شاخص های خطر ( پیوست را ملاحظه کنید) و قضاوت بالینی خود شما باشد. سوالاتی که برای ارزیابی میزان خطر مورد استفاده قرار می گیرد در زیر آمده است:

- ۱) آیا امروز برای رفتن به خانه احساس امنیت می کنی؟
- ۲) آیا دفعات و شدت خشونت افزایش یافته است؟
- ۳) آیا همسرت به شما شک دارد؟
- ۴) آیا شما را با اسلحه تهدید کرده است؟
- ۵) آیا مرد در خانه اسلحه دارد؟
- ۶) آیا به دلیل خشونت به بیمارستان رفته است؟
- ۷) چقدر احساس امنیت می کنید؟
- ۸) فکر می کنید بچه هایتان چقدر امنیت دارند؟
- ۹) برای اینکه احساس امنیت کنید به چه نیاز دارید؟

#### گام دوم - تعیین اقدام مناسب

اگر مراجع برای رفتن به خانه احساس امنیت نمی کند و خطر فوری وجود دارد، باید طراحی یک برنامه امنیت فوری و ارجاع به خدمات مداخله در بحران در الویت قرار گیرد. ولی اگر خطر فوری او را تهدید نمی کند و مراجع در آرامش نسبی است، می توانید با هم طرح های امنیت را برنامه ریزی کنید.

#### ۱) وقتی مراجع (یا فرزندانش) در خطر فوری و بالایی قرار دارد:

وقتی کاملاً روشن است که مراجع (و یا فرزندانش) در خطر فیزیکی فوری قرار دارند، به این معنی است که وی در بحران قرار داشته و نیاز به یک اقدام اورژانسی برای تامین امنیت خود و فرزندانش دارد. کاری که شما در چنین شرایطی انجام می دهید می تواند زندگی یک زن و فرزندانش را نجات دهد. بنابراین، در موقعیت بحران، باید یک طرح امنیت فوری را بریزید. بهترین کار در چنین شرایطی این است که سعی کنید از بیمار رضایت بگیرید تا موضوع را به پلیس گزارش بدهید. علاوه بر این، باید تضمین کنید که مراجع به خدمات ۲۴ ساعته دسترسی دارد. اگر بیمار به هر دلیلی مانند ترس و وحشت رضایت نمی دهد، لازم است محدودیت رازداری را بار دیگر توضیح داده و برای تامین امنیت مراجع و فرزندانش با پلیس تماس بگیرید. بخاطر داشته باشید این کار نقض اصل اخلاقی رازداری نیست و این موقعیت شبیه موقعیتی است که بیمار مشکل شناختی دارد و قادر به تصمیم گیری منطقی نیست.

علاوه بر این، وقتی قربانی صدمات جدی مثل شکستگی استخوان، زخم های ناشی از سوختگی نواحی مختلف بدن و یا چاقو خوردن و بریدگی را نشان می دهد، موضوع را باید به پلیس اطلاع دهید و یا وی را به پزشکی قانونی ارجاع دهید.

#### ۲) وقتی خطر فوری مراجع را تهدید نمی کند

وقتی خطر فوری مراجع را تهدید نمی کند، باید همراه با مراجع یک طرح تامین امنیت برای موقعیت های مختلف تهیه کنید. بخاطر داشته باشید یک طرح خوب، طرحی است که با موقعیت و شرایط مراجع تناسب داشته باشد و قابل اجرا باشد. بنابراین با استفاده از اطلاعاتی که در مراحل قبل یعنی نوع و شدت خشونت و موقعیت های پرخطر برای خشونت و نیز افراد و سازمان های حمایت کننده، به دست آورده اید، برنامه ای را طراحی کنید که برای موقعیت مراجع مناسب بوده و بتواند امنیت وی را تامین کند. بدیهی است که برای تهیه چنین طرحی، همکاری مراجع ضروری است. در پیوست برگه طراحی برنامه امنیت آمده است. علاوه براین، در زیر نمونه طرح های امنیت برای موقعیت های مختلف آمده است که می توانید برای طراحی برنامه امنیت از آنها استفاده کنید.

### ➤ تامین امنیت قبل از بروز خشونت

- ✓ مکان هایی را در منزلتان مشخص کنید که احتمال خطر در آنها کمتر است و بتوانید در مواقع ضروری به این مکانهای امن بروید مثلا جاهایی که فرار از آن راحت تر است و یا در آنجا چاقو، آچار، چکش و یا سایر اشیاء خطرناک وجود ندارد.
- ✓ چاقو و سایر وسایل تیز و برنده و یا اشیاء شکستنی را از جلو چشم و دسترس همسران دور کنید
- ✓ یکی از بهترین روش ها برای کمک گرفتن، تلفن زدن است. بنابراین، ترتیبی بدهید تا در این " مکان های امن" گوشی تلفن وجود داشته باشد و یا گوشی همراه خود را در جایی بگذارید که راحت بتوانید آن را بردارید
- ✓ یک فهرست از کسانی که می توانید در مواقع ضروری از آنها کمک بگیرید، تهیه کنید و دم دست داشته باشید و یا در گوشی همراه تان با اسم رمز ذخیره کنید مانند تلفن کلانتری محل، اورژانس اجتماعی، خط تلفن بحران، و فهرستی از افراد قابل اعتمادی که می توانند به شما کمک کنند
- ✓ بهانه یا راهی را پیدا کنید تا اگر رفتار همسران خطرناک شد بتوانید به سرعت موقعیت را ترک کنید
- ✓ از قبل برنامه ریزی کنید اگر مجبور شدید فوری از خانه بیرون بروید، کجا بروید تا در کوچه و خیابان سرگردان نباشید. سعی کنید جاهایی را انتخاب کنید که نزدیک منزلتان باشد مثل خانه همسایه و یا یک قوم و خویش و دوست خانوادگی
- ✓ مکان ها و افرادی را که در صورت لزوم می توانید برای مدتی پیش آنها بمانید و یا حداقل بچه ها را برای مدتی پیش آنها بفرستید، شناسایی کنید
- ✓ از قبل یک حساب پس انداز برای خود باز کنید و آن را مخفی کنید
- ✓ در یک کیف دستی چیزهای ضروری مانند مقداری پول، کارت ملی خود و بچه ها، کلیدهای اضافی خانه، عابر بانک، دفترچه بیمه، کارت مترو و اتوبوس، کارت و شارژ تلفن، دفترچه حاوی تلفن ها و آدرس های ضروری و داروهای ضروری خود و بچه ها را قرار داده و در دسترس بگذارید تا اگر مجبور شدید خانه را فوراً ترک کنید سریعاً آن را بردارید و از خانه خارج شوید
- ✓ با یک وکیل صحبت کنید و مشاوره حقوقی بگیرید تا ببینید در صورت لزوم چه اقدامات قانونی می توانید انجام دهید
- ✓ در یک ساک کپی اسناد مهم مانند سند ازدواج و یا اسناد مالکیت، شناسنامه های خود و بچه ها، دفترچه حساب بانکی، داروهای ضروری خود و بچه ها، پرونده های پزشکی، مقداری لباس و گواهی های پزشکی و عکس های رادیولوژی را که ثابت می کند همسران قبلاً به شما صدمه جسمی زده است قرار دهید و پیش خانواده و یا یک دوست قابل اعتماد بگذارید تا از آن نگهداری کند.

- ✓ به همسایه های قابل اعتماد خود بگویید تا در صورتی که سروصدای مشکوکی از منزل شما شنیدند، و یا علامت خاصی به آنها دادید ( مثل روشن و خاموش شدن چراغ ها، بلند شدن صدای تلویزیون و یا تلفن زدن و قطع کردن آن) به کمک شما بیایند ، به خانواده تان اطلاع بدهند و یا به پلیس ۱۱۰ زنگ بزنند.
- ✓ به بچه هایتان آموزش دهید تا در صورتی که به آنها علامت خاصی دادید و یا کلمه خاصی گفتید، از دیگران کمک بگیرند
- ✓ تاکید کنید از گوشی تلفنی که جلوی چشم همسرتان است استفاده نکنند چون ممکن است او متوجه شود و اوضاع بدتر شود
- ✓ به بچه ها شماره تلفن هایی را که می توانند هنگام بروز خشونت همسرتان با آن تماس بگیرند و درخواست کمک کنند، یاد بدهید
- ✓ به بچه ها یاد بدهید از یک همسایه کمک بگیرند و یا به او تلفن بزنند و یا اگر در خانه نمی توانند تلفن بزنند از خانه بیرون بروند و از بیرون تماس بگیرند و یا همسایه ها را خبردار کنند.
- ✓ به بچه ها یاد بدهید اگر از تلفن خانه استفاده می کنند، گوشی را سرچایش نگذارند چون پلیس ممکن است برای اطمینان دوباره زنگ بزند و پدرشان متوجه شود که آنها به پلیس زنگ زده اند و اوضاع بدتر شود
- ✓ به بچه ها یاد بدهید تا در مواقع لزوم چطور خشونت را گزارش دهند و چه بگویند مثلا " اسم من... است. مامان من صدمه دیده است. آدرس ما .... است.
- ✓ با بچه ها فرایند درخواست کمک را تمرین کنید

### ➤ طرح امنیت در طی خشونت

- وقتی در موقعیتی قرار می گیرید که در آن امکان خشونت جسمی وجود دارد هر کاری را که می توانید انجام دهید تا از صدمه دیدن اجتناب کنید. این ممکن است شامل انجام کارهای زیر باشد:
- ✓ آرامش خود را حفظ کنید و به خودتان یادآوری کنید که شما برای چنین موقعیت هایی یک طرح عملیاتی دارید و می دانید چه کار کنید
  - ✓ از اتاق یا مکانی که امکان خروج از آن سخت است یا امکان دسترسی به چاقو و وسایل خطرناک وجود دارد، خارج شوید. برای مثال از مشاخره در مکان هایی مثل حمام، آشپزخانه و پارکینگ اجتناب کنید و یا فوری از آنجا بیرون بیایید
  - ✓ اگر موقعیت خطرناک است و امکان دارد صدمه ببینید، کاری را که همسرتان می خواهد انجام بدهید و یا اگر چیزی می خواهد به او بدهید تا آرام شود
  - ✓ خودتان را کم کم به تلفن نزدیک کنید تا بتوانید در صورت لزوم تلفن بزنید
  - ✓ چادر یا مانتو و روسری و کیف دستی خود را دم دست نگه دارید تا در صورتی که خواستید خانه را ترک کنید بتوانید سریع این کار را انجام دهید
  - ✓ در صورت لزوم، در یک فرصت مناسب بدون اینکه همسرتان متوجه شود به یک فرد قابل اعتماد، اورژانس اجتماعی ۱۲۳ یا پلیس ۱۱۰ تلفن بزنید. بعد از تماس، گوشی تلفن را سرچایش نگذارید تا پلیس متوجه وخامت اوضاع بشود
  - ✓ در صورت لزوم در یک فرصت مناسب و بدون اینکه همسرتان متوجه شود به بچه ها علامت بدهید که از همسایه ها کمک بخواهند و یا به شماره ای که قبلا به آنها یاد داده اید، زنگ بزنند.
  - ✓ تاجای ممکن سروصدا کنید تا همسایه ها متوجه شوند و به پلیس تلفن بزنند
  - ✓ اگر موقعیت دارد خطرناک می شود و ممکن است صدمه ببینید، خانه را ترک کنید

- ✓ موقع ترک منزل حتما بچه ها را با خود ببرید چون ممکن است پس از رفتن شما، صدمه ببینند و یا تنها بمانند و بترسند
- ✓ اگر صلاح دیدید به محض اینکه از خانه بیرون آمدید به پلیس زنگ بزنید و حادثه را گزارش دهید. اگر مکانی برای ماندن نداشته باشید پلیس می تواند یک مکان موقتی برای شما و بچه ها در نظر بگیرد

### ➤ طرح امنیت پس از ترک خانه

- برای مراجع توضیح دهید ترک خانه به این معنی نیست که کاملا در امنیت قرار دارید. حتی گاهی وقتی خانه را ترک می کنید احتمال خشونت بیشتر هم می شود. پس هنوز هم ممکن است در خطر قرار داشته باشید و لذا باید باز هم مراقب امنیت خود و بچه ها باشید:
- ✓ سعی کنید جایی بروید که همسرتان نمی تواند حدس بزند و یا آدرس آن را بلد نیست و یا جرات ورود به آنجا را ندارد
- ✓ اگر اسنادی در خانه هست و می خواهید به خانه برگردید تا آنها را بردارید تنها نروید. از کسی بخواهید شما را همراهی کند. امنیت خود را بخاطر برداشتن اسناد و وسایلتان به خطر نیندازید
- ✓ اگر مورد ضرب و شتم قرار گرفته اید حتما پیش پزشک بروید تا شما را معاینه کند و از او گواهی بگیرید که مورد خشونت قرار گرفته اید
- ✓ تا جای ممکن، قبل از اینکه همسرتان تعهد قانونی مبنی بر عدم خشونت نداده است، به منزل برنگردید

خطرناک ترین زمان برای زنان قربانی خشونت وقتی است که تصمیم می گیرد همسرش را ترک کند. بنابراین طراحی یک طرح امنیتی برای چنین مواقعی اهمیت زیادی دارد"

ارجاع و حائمه جلسه

از آنجایی که در اغلب مراکز مراقبت های اولیه، مشاوره های مختصر – گاه یک جلسه ای – صورت می گیرد، ارجاع به مراکز حمایتی و تخصصی یکی از مهمترین اقداماتی است که باید انجام دهید. بنابراین، براساس شناخت نیازهای مراجع، ارجاع های لازم را برای مشاوره قانونی، شغلی و یا خدمات طبی، روان پزشکی و روان درمانی و ... انجام دهید. شما باید از قبل فهرستی از سازمان هایی را که خدمات مورد نظر را انجام می دهند داشته باشید تا بتوانید در مواقع ضروری ارجاع های لازم را انجام دهید.

یکی از موارد مهم، ارجاع برای دریافت درمان طبی برای صدمات و جراحات و درمان روان پزشکی برای مشکلات روان شناختی است. شما باید در صورت وجود صدمات جسمی مانند جراحات، شکستگی ها، عفونت های دستگاه تناسلی و... مراجع را برای مداوا به پزشک ارجاع داده و پزشک با فراهم آوردن مستندات قانونی او را به پزشک قانونی ارجاع دهد تا در صورت لزوم مدارک معتبر برای ارائه به دادگاه را در اختیار داشته باشد. علاوه براین، از آنجایی که اضطراب، افسردگی و PTSD در قربانیان خشونت خانگی شایع است آنها را برای دارو درمانی به پزشک ارجاع داده و در صورت شدت بیماری، برای دریافت خدمات روان درمانی، به مراکز تخصصی ارجاع دهید.

نکته مهم دیگر آن است که وقتی مراجع را برای دریافت کمک و حمایت به سازمان های دیگری ارجاع می دهید اطمینان پیدا کنید که به آن سازمان مراجعه می کند. شما می توانید کارهایی انجام دهید تا مراجع به توصیه شما عمل کند و احتمال مراجعه وی به سازمان های مربوطه بیشتر شود. برای مثال می توانید:

- ✓ خودتان در حضور مراجع با مرکز مورد نظر تماس بگیرید و قراری را هماهنگ کنید
- ✓ زمان، مکان، مسیر رفتن به محل مورد نظر و نام شخصی را که باید پیش او برود، بنویسید و به او بدهید
- ✓ کاملاً برای او توضیح دهید از سازمان مورد نظر انتظار چه کمک هایی می تواند داشته باشد

همچنین اگر او برای رفتن به سازمان های مورد نظر، مشکلات مختلفی را بیان می کند به او کمک کنید تا با تکنیک های حل مساله، موانع موجود را برطرف کند. این موانع ممکن است مشکلات ایاب و ذهاب، مراقبت از بچه ها، ترس از اینکه همسرش متوجه شود و ... باشد. بنابراین همیشه در پایان جلسه بررسی کنید آیا مراجع سوال و یا نگرانی هایی دارد و اطمینان پیدا کنید که همه چیز برای او روشن است.

ذکر این نکته مهم است که در مناطق روستایی و حاشیه شهر و یا در مواردی که امکانات تخصصی وجود ندارد و یا دسترسی مراجع به آن دشوار است و یا به هر دلیلی امکان مراجعه وی به متخصصان پایین است، تا جای ممکن خود شما، پزشک و یا سایر کارکنان مرکز خدمات مورد نیاز را ارائه دهند.

در خاتمه جلسه، برای جلسه بعد برنامه ریزی کنید و راه های تماس مطمئن با مراجع را بررسی کنید تا در صورت عدم امکان شرکت در جلسه مقرر، بتوانید ترتیب جلسه دیگری را بدهید. در هر حال، به وی اطمینان دهید که خدمات همیشه وجود دارد و هر وقت نیاز به کمک داشت می تواند دوباره مراجعه کند.

## جلسه دوم

### اهداف:

۱. شناخت موقعیت های پرخطر
۲. طراحی استراتژی هایی برای مقابله با موقعیت های پرخطر
۳. آموزش مهارت مقابله با خشم همسر
۴. آموزش کاهش نگرانی و استرس فرزندان

### مروری بر جلسه

در این جلسه، ابتدا ارجاع های انجام شده مورد بررسی قرار می گیرد، سپس یک بار دیگر ارزیابی میزان خطر انجام شده و براساس آن توصیه ها و اقدامات ضروری انجام می شود. در مرحله بعد، موقعیت هایی پرخطر برای وقوع خشونت همسر

شناسایی و راه های اجتناب یا مقابله با آن بررسی می شود. در انتها نیز راه کارهای کاهش تنش و استرس مرور شده و راه های مطمئن پی گیری وضعیت مراجع تعیین می شود.

#### ۱. بررسی وضعیت ارجاع

در ابتدای جلسه بررسی کنید که آیا مراجع به سازمان ها و مراکز مورد نظر برای دریافت خدمات مراجعه کرده و آیا خدمات مورد نیاز خود را دریافت کرده است. در صورتی که مراجعه صورت نگرفته، مشکلات و موانع را بررسی و با رویکرد حل مساله، آنها را برطرف کنید

#### ۲. ارزیابی خطر و تعیین اقدامات ضروری

بخاطر داشته باشید که ممکن است میزان خطری که مراجع را تهدید می کند از روزی به روز دیگر متفاوت باشد. بنابراین، در هر جلسه باید سطح خطر را ارزیابی و براساس آن اقدامات ضروری را انجام دهید

#### ۳. شناسایی موقعیت های پرخطر برای خشونت

در این قسمت از مراجع بخواهید تا خوب فکر کنید و تشخیص دهد که همسرش معمولا در چه موقعیت ها و شرایطی و بخاطر چه موضوعاتی خشونت و بد رفتاری می کند. به این ترتیب می توانید برای چنین موقعیت هایی از قبل برنامه ریزی کنید تا حداقل امکان از بروز یک موقعیت خشونت پیشگیری کنید و یا احتمال صدمه دیدن مراجع و بچه ها را کم کنید.

#### ۴. مقابله با موقعیت های پرخطر

به مراجع آموزش دهید تا جای ممکن سعی کند از شرایط پرخطر اجتناب کند و یا وارد بحث در مورد موضوعاتی نشود که ممکن است به درگیری و خشونت، ختم شود. البته، این کار دشواری است ولی بخاطر داشته باشید جر و بحث با فردی که بشدت عصبانی است و یا تحت تاثیر الکل و مواد است کار بی فایده ای است. در چنین شرایطی آنها نمی توانند خوب فکر کنند و ممکن است حرف های شما را اشتباه برداشت کنند و واکنش شدیدی نشان دهند. اصولا چرا باید با کسی که در وضعیتی است که قادر به فهمیدن حرف ها، احساسات و ناراحتی های شما نیست، بحث کنید؟ همچنین اضافه کنید حتی اگر همسرتان می خواهد شما را تحریک کند تا با او جر و بحث کنید بهانه به دست او ندهید و در تله بحث و مشاجره نیفتید. در چنین شرایطی بهترین کار آن است که به نحوی از موقعیت بیرون بروید. برای مثال خود را با کارهای خانه سرگرم کنید و یا زود به رختخواب بروید. اگر دنبالتان می آید تا شما را وادار به بحث و مشاجره کند سعی کنید او را متقاعد کنید که فردا در مورد آن موضوع با هم صحبت می کنید. البته یادتان باشد به او نگویید "تو مستی، نشه ای و یا دیوانه ای و من با تو بحث نمی کنم" چون این جملات احتمال خشونت را افزایش می دهد. در عوض بگویید "من الان خیلی خسته ام و نمی توانم در مورد این موضوع فکر و صحبت کنم". اگر باز هم ادامه داد محکم سر حرف خودتان بایستید، احتمالا بالاخره دست از سر شما برمی دارد و شما را تنها می گذارد.

#### ۵. مقابله با خشم همسر

اجتناب و ترک موقعیت همیشه آسان نیست و گاهی همسر مراجع اصرار دارد که حرف هایش را بزند. در چنین شرایطی، مهم است که به مراجع آموزش دهید آرام بماند و با استفاده از مهارت های مقابله با خشم همسر، از بروز خشونت و بدرفتاری جلوگیری کند. قبل از آموزش مهارت مقابله با خشم همسر، تاکید کنید که آرام ماندن در شرایطی که ممکن است مرتب توهین و تحقیر بشنوند کار سختی است. ما معمولا در چنین شرایطی خیلی ناراحت می شویم و یا سعی می کنیم از خودمان دفاع کنیم یعنی می خواهیم به او ثابت کنیم حرف ها و نظراتش درست نیست و یا به طرف مقابل حمله می کنیم و حرف های او را تلافی می کنیم. سپس سوال کنید فکر می کنید نتیجه این دو کار با همسری که سابقه خشونت جسمی دارد چیست؟ یک دعوی تمام عیار و خشونت .

همچنین اضافه کنید اگرچه مسئولیت رفتار همسران به عهده خود اوست ولی شما می توانید در چنین موقعیت هایی از بروز خشونت جسمی جلوگیری کنید. بنابراین بهتر است در این موقعیت ها آرام بمانید و از مهارت مقابله با خشم همسر استفاده کنید:

۱. سعی کنید به حرف هایش گوش دهید و به او نشان دهید که در حال گوش دادن هستید
۲. سعی کنید علت عصبانیت او را درک کنید مثلا اگر همسران از دیر رسیدن شما به خانه عصبانی است و به شما می گوید " تا حالا کدوم گوری بودی؟ این دفعه نمی دارم پات را از خونه بیرون بذاری؟" سعی کنید توهین و تهدیدی را که در این جملات وجود دارد موقتا نادیده بگیرید تا متوجه دلیل عصبانیت او بشوید
۳. جمله ای بگویید که نشان می دهد علت عصبانیت او را فهمیده اید: "آره، قرار بود ساعت ۷ برگردم ولی دیر رسیدم و تو را دلوپس کردم
۴. مسئولیت نسبی خود را بپذیرید- البته اگر واقعا اگر نقشی در عصبانیت او دارید- و آن را بیان کنید: " آره من باید زودتر پا می شدم و می اومدم تا به ترافیک برنخورم"
۵. بخاطر نقش و مسئولیت خود در ایجاد مشکل معذرت خواهی کنید

#### ۶. توصیه هایی برای بهبود وضعیت سلامت روان

مورد خشونت قرار گرفتن تجربه بسیار دردناک و ناراحت کننده ای است. زندگی در چنین شرایطی و تاب آوردن، شهامت و انرژی زیادی می خواهد. بنابراین برای مراجع توضیح دهید علاوه بر اینکه باید به فکر تامین امنیت جسمی خود و فرزندانشان باشد باید برای سلامت روانی خود هم برنامه ریزی کند. برای این منظور به مراجع پیشنهاد کنید کارهای زیر را امتحان کند:

- ✓ اگر احساس تنهایی، ترس، و غمگینی می کنید به کسی که به او اعتماد دارید و با او راحت هستید زنگ بزنید و صحبت کنید
- ✓ اگر شدت ترس اضطراب و غمگینی شما زیاد است حتما به یک متخصص مثل روان شناس و یا روان پزشک مراجعه کنید
- ✓ در انجمن ها و سازمان های مقابله با خشونت بر علیه زنان عضو شوید و فعالیت کنید
- ✓ در فعالیت های اجتماعی بیشتر شرکت کنید تا کمتر احساس تنهایی کنید
- ✓ اگر می توانید یک کار نیمه وقت پیدا کنید تا هم پولی به دست آورید و هم روحیه تان بهتر شود و با افراد جدید دوست شوید
- ✓ در یک آموزشگاه ثبت نام کنید تا حرفه و مهارتی را یاد بگیرید مثل خیاطی، آشپزی، و ...



- ✓ در گروه های زنان خشونت دیده شرکت کنید تا هم حمایت شوید و هم حمایت به دست آورید
- ✓ مراقب خواب و تغذیه خود باشید. خواب و تغذیه خوب در مقابله با استرس نقش مهمی دارد
- ✓ هر کاری را که از آن لذت می برید و یا به آن علاقه دارید انجام دهید مانند ورزش، موسیقی، صحبت با اقوام و دوستان، خواندن کتاب های مورد علاقه
- ✓ با کسانی که به معاشرت با آنها علاقه دارید و احساس خوبی در شما ایجاد می کند قرار بگذارید و همدیگر را ببینید و یا یک سری فعالیت های جمعی انجام دهید
- ✓ اگر می توانید در یک باشگاه ورزشی ثبت نام کنید و هفته ای یکی دو بار به آنجا بروید

نکته آخری که باید به آن توجه داشته باشید این است که مشاوره زناشویی برای موارد خشونت خانگی کار بسیار تخصصی است و شما به عنوان کارشناس سلامت روان، هرگز نباید آن را انجام دهید. علاوه براین، مشاوره زناشویی خیلی هم برای این قضیه موثر و کمک کننده نیست. در درمان زناشویی زن و شوهر باید بتوانند راحت و آزادانه درمورد افکار و احساساتشان صحبت کنند. یک محیط درمانی ممکن است به غلط این احساس را در مراجع ایجاد کند که در امنیت قرار دارد و لذا چیزهایی را که در شرایط معمول بخاطر ترس بیان نمی کرده، مطرح کند و این کار می تواند خطرناک باشد و باعث شود پس از جلسه، مورد تهدید و حمله از سوی همسرش قرار بگیرد. در مجموع، درمان زناشویی و یا خانواده درمانی وقتی مناسب است که خشونت متوقف شده و دیگر ترس از انتقام همسر وجود ندارد.

#### ۷. خاتمه و پی گیری

در انتهای جلسه دوم موفقیت ها و پیشرفت های حاصله را با بیمار مرور کنید و وی را برای این پیشرفت ها تشویق کنید. سپس با همکاری مراجع برنامه ای را برای پی گیری برنامه ریزی کنید. پی گیری می تواند در صورتی که خطری او را تهدید نمی کند تلفنی و یا حضوری باشد. در خاتمه دوباره تاکید کنید شما همیشه برای کمک به او در دسترس هستید و هر زمان نیاز به کمک و مشورت داشت، از او استقبال خواهید کرد

#### پیوست

#### الف- راهنمای عمومی مشاوره موثر

۱. گوش دادن فعال- به مراجع فرصت دهید تا حرف هایش را بزند. صبور باشید و با توجه به آنها گوش دهید. علاوه براین به آنها کمک کنید تا احساسات و هیجاناتش را ابراز کند و همدلی و حمایت خود را نشان دهید
۲. سعی کنید موقعیت زن را از دیدگاه خود او بفهمید و خود را جای او قرار دهید
۳. با مراجع و خانواده اش با احترام رفتار کنید- افراد را همانطور که هستند، بپذیرید و از قضاوت های اخلاقی اجتناب کنید
۴. از پند و نصیحت اجتناب کنید و بیشتر به مراجع کمک کنید تا با مشارکت خود و کمک شما تصمیمی بگیرد و مشکلات خود را حل کند
۵. روی نقاط قوت مراجع و جنبه هایی که می تواند در آن تغییرات مثبت ایجاد کند تمرکز کنید و از تمرکز روی مشکلاتی که فعلا قابل حل به نظر نمی رسند اجتناب کنید. علاوه براین به آنها کمک کنید افراد، آن که می توانند، آنها را کمک شان حساب کند، شناسایی کند

## ب- ارزیابی تکمیلی

### • ارزیابی عوامل خطر، نوع و شدت بدرفتاری

۱. آیا همسرتان اموال و یا چیزهای باارزش شما را تخریب می کند؟ اگر بله، توصیف کنید
۲. آیا همسرتان پول شما را کنترل می کند؟ آیا فعالیت ها و رفت و آمدهای شما را کنترل می کند و یا شما را تعقیب می کند؟ اگر بله، توصیف کنید
۳. آیا همسرتان تا بحال این کارها را کرده است؟
  - کتک زدن
  - مشت زدن
  - لگد زدن
  - فشار دادن گلویتان
  - سوزاندن یک قسمت از بدنتان
  - تهدید کردن شما با اسلحه ( چاقو یا تفنگ)
  - حمله به شما با اسلحه و یا هر شی دیگر
  - تحت فشار قرار دادن شما برای رابطه جنسی
  - سایر موارد ( لطفا توضیح دهید)
۴. آیا خشونت و بدرفتاری وی در ماه ها/ هفته های اخیر بیشتر و شدیدتر شده است؟
۵. آیا همسرتان مواد یا الکل مصرف می کند؟

۶. آیا همسران بیماری روان پزشکی دارد؟
۷. آیا همسران کاری دارد و شاغل است؟
۸. اگر باردار هستید، اگر بله، آیا بچه را می خواهید؟ همسران چطور؟

• **ارزیابی وضعیت بچه ها ( شاهد خشونت بودن / خشونت برعلیه کودکان)**

۱. آیا بچه ( یا بچه ها) تا بحال شاهد خشونت و بدرفتاری همسران بوده اند؟ یعنی آن را دیده اند؟ شنیده اند؟ یا بعد از آن متوجه قضیه شده اند؟ اگر بله، توضیح دهید
۲. بچه ها به خشونت و بدرفتاری همسران چه واکنشی نشان دادند؟
۳. فکر می کنید این موضوع چه تاثیری روی بچه تان گذاشت؟
۴. آیا همسران تا بحال تهدید به صدمه زدن به بچه ها و یا گرفتن آنها از شما کرده است؟
۵. آیا تا بحال بچه تان در حین دعوا و مشاجره شما با همسران، به شکل اتفاقی و یا عمدی صدمه دیده است؟ اگر بله، توصیف کنید
۶. آیا تا بحال همسران به بچه تان سیلی زده و یا با کمر بند و یا سایر وسایل به بچه تان صدمه ای زده است که جای آن مانده باشد، مثلا زخم یا تاول و یا کبود شده باشد و یا صدمات جدی دیگری به جای گذاشته باشد
۷. آیا در حالیکه بچه در بغل تان بوده، همسران به شما حمله کرده است؟
۸. آیا همسران تا بحال بچه تان را طوری لمس کرده است که در شما یا بچه احساس ناراحتی ایجاد کرده باشد؟
۹. آیا بچه تان مشکلات جسمی، هیجانی، یا رفتاری در خانه و مدرسه داشته است؟ توضیح دهید
۱۰. آیا از تنبیه فیزیکی در مورد بچه تان استفاده می کنید؟ اگر بله، توضیح دهید
۱۱. آیا بچه شما خیلی مضطرب است و به شما می چسبد و شما را رها نمی کند؟
۱۲. آیا متوجه تغییراتی در رفتار بچه تان شده اید؟ ( برای مثال خواب و خوراک، بازی، کناره گیری، انواع ترس های شدید) اگر بله، این تغییرات از کی شروع شد؟
۱۳. آیا بچه تان تا بحال تهدید یا اقدام به صدمه زدن به خود، حیوانات و یا شکستن و و تخریب وسایل خود و دیگران کرده است؟ اگر بله، توضیح دهید

• **منابع حمایتی موجود**

۱. تا بحال برای محافظت از خود و فرزندان در برابر خشونت همسران چه کارهایی انجام داده اید؟
۲. آیا تا بحال خانه را ترک کرده اید؟ اگر بله، کجا رفتید؟ آیا توانستید بچه ها را با خود ببرید؟ همسران چه واکنشی نشان داد؟
۳. آیا تا بحال از همسران خواسته اید خانه را ترک کند؟ اگر بله چه اتفاقی افتاد؟ اگر نه، فکر می کنید چه اتفاقی می افتد؟
۴. برای دریافت کمک روی چه کسانی می توانید حساب کنید؟ (خانواده، دوستان، مددکار، پلیس و ...)
۵. آیا برای مقابله با بدرفتاری همسران کاری کرده اید ( برای مثال پیش مشاوره رفتن برای خود و بچه ها، مراجعه به پزشکی قانونی؟) اگر بله، چه کار کرده اید و نتیجه آن چه بوده است؟

۶. فکر می کنید بهترین کاری که می توان انجام داد ، چیست؟ آیا طرح و برنامه موثری برای حفظ امنیت خود و بچه ها دارید؟
۷. آیا فکر می کنید به خدمات مشاوره ای، قانونی و یا سایر خدمات نیاز دارید؟ اگر بله لطفا توصیف کنید و اگر نه چرا نه؟
۸. آیا در مورد ترک همسر و رفتن نزد خانواده تان، نگرانی های مالی دارید؟ اگر بله، توضیح دهید؟
۹. اگر می خواهید پیش خانواده، دوستان و یا اقوام تان بروید، آیا نگران امنیت آنها هستید؟ اگر بله، توضیح دهید؟

### ب- غربالگری بد رفتاری بر علیه همسر در حین حاملگی

۱. آیا تابحال به لحاظ هیجانی یا جسمی مورد بد رفتاری همسر و یا یک فرد مهم زندگیتان قرار گرفته اید؟
۲. در سال گذشته، آیا به لحاظ جسمی بوسیله یک کسی سیلی یا لگد خورده اید یا به شیوه دیگری مورد آسیب جسمی قرار گرفته اید؟  
اگر بله، بوسیله چه کسی؟
۳. از وقتی که حامله شده اید، توسط کسی سیلی یا لگد خورده اید یا به شیوه دیگری مورد آسیب جسمی قرار گرفته اید؟  
اگر بله، توسط چه کسی؟

### ج- شاخص های خطر خشونت

شاخص های وجود خطر خشونت خانگی شامل موارد زیر می شود:

- ✓ سابقه خشونت مرد در داخل و خارج از منزل
- ✓ دسترسی به اسلحه
- ✓ مصرف الکل و مواد بویژه مواد محرک
- ✓ جدایی و یا طلاق اخیر
- ✓ استرس هایی مانند بیکاری و یا از دست دادن اخیر کار و یا یک فرد مهم
- ✓ تاریخچه شاهد یا قربانی خشونت خانگی بودن
- ✓ شواهدی دال بر وجود مشکلات روان پزشکی و اختلال شخصیت
- ✓ مقاومت در برابر تغییر و فقدان انگیزه برای درمان

✓ نگرش های حاکی از تایید خشونت بر علیه زنان

#### د- برگه طراحی یک برنامه عملیاتی امنیتی

در زیر رئوس طراحی یک برنامه عملیاتی برای آمده است. به مراجع کمک کنید تا جاهای خالی را پر کنند و اگر برخی اطلاعات لازم را ندارید حتما همین الان آن را بدست آورید:

۱. شماره تلفن های مهم

پلیس:

اورژانس اجتماعی:

خط بحران:

روان شناس و یا مددکار:  
مشاور حقوقی:  
خانه سلامت شهرداری:  
مرکز مداخله در بحران شهرداری:

۲. من می توانم در مواقع اورژانسی به این افراد تلفن بزنم و کمک و حمایت بگیرم:  
نام: \_\_\_\_\_  
تلفن: \_\_\_\_\_

نام: \_\_\_\_\_  
تلفن: \_\_\_\_\_

۳. این همسایه ها می توانند در مواقع اورژانسی به کمک من بیایند و یا به پلیس زنگ بزنند  
نام \_\_\_\_\_  
تلفن: \_\_\_\_\_

نام \_\_\_\_\_  
تلفن: \_\_\_\_\_

۴. اگر مجبور شوم خانه را با ترک کنم می توانم به این مکان ها بروم

نام : \_\_\_\_\_  
تلفن: \_\_\_\_\_

آدرس:.....

نام : \_\_\_\_\_  
تلفن: \_\_\_\_\_

آدرس:.....

۵. اقلام زیر را در جای مطمئنی مخفی می کنم و یا به یک فرد مورد اعتمادم می دهم تا برایم نگه دارد

- چند دست لباس برای خودم و بچه ها
- کپی اسناد مهم مثل سند ازدواج و یا اسناد مالکیت
- دفترچه حساب پس انداز
- داروها و وسایل پزشکی ضروری مثل اسپری، سرنگ انسولین و ...
- پرونده پزشکی بچه ها
- شناسنامه ها و کارت ملی خودم و بچه ها
- دفترچه های بیمه
- دسته کلیدهای اضافی
- مقداری پول
- استاد پزشکی قانونی و مستندات پزشکی مربوط به مورد خشونت قرار گرفتن



## ه- آمادگی برای ترک خانه

شاید لازم باشد با عجله خانه را ترک کنید. از این اطلاعات استفاده کنید تا مطمئن شوید هر کاری را که می‌توانید برای مراقبت از خود و بچه‌ها انجام داده‌اید:

### کارها

- ✓ آماده کردن کیف دستی که در آن چیزهای مورد نیاز خود را قرار داده‌اید
- ✓ تعیین یک کلمه رمز و یا علامت که به بچه‌ها یا همسایه‌ها نشان می‌دهد که در خطر قرار دارید و نیاز به کمک دارید
- ✓ مشخص کردن بهترین راه فرار از خانه

### انجام دادم

اگر می‌خواهید به سرعت از موقعیت خشونت خارج شوید، داشتن کیفی با لوازم زیر ضروری است. کنار هر کدام از مواردی که تهیه کرده‌اید و در کیف گذاشته‌اید علامت بزنید

- پول نقد، عابر بانک
- دفترچه حساب پس انداز خود و بچه‌ها
- اوراق شناسایی شامل شناسنامه‌ها و کارت ملی
- دفترچه بیمه خود و بچه‌ها
- پرونده‌ها و نسخه‌های پزشکی
- داروهای ضروری خود و بچه‌ها
- دفترچه‌ای شامل شماره تلفن‌ها و آدرس‌های مهم
- کلیدهای اضافی خانه

همچنین شاید لازم باشد طلا و جواهرات و یا سایر اشیاء گران قیمت را که متعلق به شما و یا بچه‌هاست، بردارید



## و- نمونه یک طرح امنیت

طراحی یک طرح امنیت فوری و اورژانسی می تواند به سادگی تعیین جایی باشد که او خواهد رفت ، جایی که کیف حاوی چیزهای بارزش و مستندات مهم را می گذارد و پنهان کردن کلیدها و پول باشد

### نمونه ای از یک طرح امنیتی برای قربانی

- ✓ از آشپزخانه دور شوید- چون امکان دسترسی به چاقو و سایر وسایل خطرناک وجود دارد
- ✓ از حمام، دستشویی و سایر فضاهای کوچک و دربسته که ممکن است در آنجا به تله بیفتید، دور شوید
- ✓ به اتاقی بروید که در یا پنجره ایی برای فرار وجود داشته باشد
- ✓ به اتاقی بروید که گوشی تلفن برای درخواست کمک وجود دارد و می توانید در را روی او قفل کنید
- ✓ در صورت امکان به همسایه ها بگویید که اگر سرو صدای شما بلند شد ، برای کمک بیایند و یا به پلیس زنگ بزنند
- ✓ به همسایه ها و یا کسی که می تواند به شما کمک کند زنگ بزنید و تقاضای کمک کنید
- ✓ به ۱۱۰ یا اورژانس اجتماعی برای دریافت کمک زنگ بزنید
- ✓ یک کیف حاوی مدارک و وسایل مورد نیاز شامل مقداری پول، داروهای ضروری، عابر بانک، دفترچه حساب پس انداز، شناسنامه، کارت ملی و سند ازدواج را از قبل آماده و در جایی پنهان کنید تا در صورت نیاز به خروج از منزل آن را برداشته و از منزل بیرون بروید
- ✓ در صورتی که صدمه دیدید به پزشک بروید، از جای جراحات عکسبرداری کنید و پیش خود یا یک فرد مطمئن نگه دارید تا موقع لزوم بتوانید از این مستندات پزشکی استفاده کنید

فصل پنجم:

آسیب‌های اجتماعی بزرگسالان

- سالمند آزاری -



تدوین: دکتر فهیمه فتحعلی لواسانی

## خشونت بر علیه سالمندان

بدرفتاری با سالمندان در تمام فرهنگ ها و سطوح اقتصادی اجتماعی دیده می شود و ممکن است در هر جایی که سالمند قادر به دفاع از خود نیست مانند منزل، خانه سالمندان و یا بیمارستان اتفاق افتد. بدرفتاری ممکن است توسط یک عضو خانواده، پرستار خصوصی، کارکنان خانه سالمندان ( کارکنان رسمی یا داوطلب) ، سایر سالمندان مقیم در خانه سالمندان و یا پرستاران بیمارستان صورت گیرد. کارکنان مراکز مراقبت بهداشتی اولیه باید احتمال بدرفتاری با سالمندان را در مراجعین سالمند مد نظر داشته باشند زیرا آنها نقش مهمی در شناسایی، ارزیابی و مدیریت بدرفتاری با سالمندان دارند. در زیر ابتدا کلیات نظری مربوط به بدرفتاری با سالمندان و سپس راهنمای عملی مقابله با آن آمده است.

## کلیات نظری

### تعریف خشونت بر علیه سالمندان و انواع آن

خشونت با سالمندان شامل هر نوع بدرفتاری جسمی، روانی، جنسی و اقتصادی و نیز غفلت از افراد بالای ۶۵ سال است. این خشونت می تواند فقط یک بار اتفاق افتاده و یا مکرر صورت گیرد و موجب اضطراب و ترس و یا آسیب به سالمند شود. فردی که مرتکب خشونت می شود ممکن است اعضای خانواده، پرستار خصوصی و یا کارکنان خانه سالمندان باشد، یعنی کسانی که از آنها انتظار می رود رفتار مناسبی داشته و از سالمند به خوبی مراقبت کنند. خشونت و بدرفتاری بر علیه سالمندان انواع مختلفی دارد که در زیر به آن اشاره شده است:

➤ **خشونت جسمی** - خشونت جسمی، هر رفتاری است که موجب درد یا صدمه جسمی سالمند می شود. این نوع خشونت می تواند موجب صدماتی شود که قابل رویت باشد و یا نباشد. این صدمات می تواند از زخم و بریدگی و کبودی تا ضرب دیدگی و شکستن استخوان های دست و پا، صدمه به سر و اندام های درونی متفاوت باشد. این صدمات ممکن است با مشت زدن، پرت کردن یک شیء، محدود کردن جسمی، وضعیت بدنی نامناسب در بستر یا روی صندلی و یا با استفاده از وسایلی مثل چاقو ایجاد شود.

➤ **بدرفتاری روانی / هیجانی** - این نوع بدرفتاری که عمدتاً به شکل کلامی است یا عزت نفس طرف مقابل را نشانه رفته و تخریب می کند و یا با انواع تهدید ها، در وی ترس و وحشت ایجاد می کند. مسخره کردن، تحقیر کردن و دست انداختن، وی را دیوانه و احمق خطاب کردن ، رفتار کردن با سالمند مانند یک بچه، و یا تهدید وی به بیرون انداختن او از منزل، گذاشتن او در آسایشگاه و یا تهدید به صدمه جسمی نمونه هایی از بدرفتاری روانی / هیجانی

هستند. در نتیجه این نوع خشونت، قربانی ممکن است شان و عزت نفس خود را از دست داده و یا در ترس و وحشت دائم زندگی کند.

➤ **بدرفتاری جنسی** شامل هر نوع فعالیت جنسی شامل هر گونه صحبت و تماس و فعالیت جنسی است که بدون رضایت سالمند صورت می گیرد و یا در مورد سالمندی اتفاق می افتد که به دلیل دمانس و یا سایر دلایل قادر به تصمیم گیری و رضایت آگاهانه نیست. ذکر این نکته مهم است که خشونت جنسی با سالمندان، جرم محسوب می شود.

➤ **بدرفتاری اقتصادی** - این نوع بدرفتاری شامل استفاده از پول و سرمایه فرد سالمند برای مصرف شخصی و یا سوء استفاده از وکالت داشتن از طرف سالمند می باشد. سرقت اموال فرد سالمند، محروم کردن وی از دسترسی به اموال و دارایی های خود، به زور گرفتن پول از وی و سو استفاده از پول، سرمایه و دارایی های فرد سالمند، نمونه هایی از بدرفتاری مالی محسوب می شود.

➤ **بدرفتاری اجتماعی** - این نوع بدرفتاری شامل منزوی کردن اجباری سالمند و اجازه ندادن به تماس تلفنی و ارتباط با اقوام و دوستان و حضور در اجتماع و انجام فعالیت های اجتماعی می شود.

➤ **غفلت** - این نوع بدرفتاری شامل برآورده نکردن نیازهای اساسی جسمی و روانی سالمندی است که تحت مراقبت دیگران قرار دارد مانند عدم توجه به نیازهایی مانند غذا، پوشاک و یا دکتر و دوا یا محافظت از وی در مقابل خطرات و آسیب های جسمی و روانی. علاوه براین، بی توجهی به نیازهای هیجانی مانند توجه، حمایت روانی و تماس های اجتماعی نیز غفلت محسوب می شود.

## دلایل بدرفتاری با سالمندان

بدرفتاری با سالمند ممکن است به دلایل مختلفی اتفاق افتد. یک سری عوامل فردی، ارتباطی، و اجتماعی فرهنگی ممکن است در بروز آن نقش داشته باشد. برای مثال بیماری مزمن جسمی و یا نورولوژیک (مانند آلزایمر) سالمند و فقدان وجود حمایت های کافی برای مراقبت از وی ممکن است در بروز آن نقش داشته باشد. در زیر عوامل خطر قربانی شدن و ارتکاب خشونت آمده است

عوامل خطر مربوط به فرد بدرفتار	عوامل خطر مربوط به قربانی
- بار یا استرس زیاد مراقبت از سالمند	- مشکلات شناختی
- بیماری یا مشکلات روان پزشکی	- مشکلات رفتاری
- وجود مشکلات خانوادگی	- اختلالات روان پزشکی
- مشکلات ارتباطی با سالمند	- وابستگی به دیگران برای کارهای روزمره

- بهداشت جسمی ضعیف و یا کندی حرکتی	- فقدان حمایت های اجتماعی
- درآمد پایین	- داشتن زندگی و خانواده مستقل
- وجود سابقه بدرفتاری در گذشته	

## راهنمای عملی

همانطور که ذکر شد، کارکنان مراکز مراقبت بهداشتی اولیه و بویژه پزشکان نقش مهمی در شناسایی و مدیریت موارد بدرفتاری با سالمندان دارند. پزشکان غالباً اولین فرد متخصصی هستند که سالمند قربانی بدرفتاری را می بینند. اما گاهی فقدان آموزش کافی و به تبع آن دانش ناکافی در رابطه با شناسایی و یا پی گیری موارد مشکوک به بدرفتاری، محدودیت زمانی و... ممکن است موجب شود که آنها این موارد را نادیده گرفته و آن را مدیریت نکنند. اهداف مقابله با خشونت بر علیه سالمندان در مراکز مراقبت های بهداشتی اولیه عبارت است از:

۱. شناسایی خشونت بر علیه سالمندان
۲. مقابله با خشونت جسمی و جنسی
۳. مستند سازی و گزارش دادن موارد بدرفتاری

### ۱. شناسایی

یکی از مهمترین مواردی که باید شما را به وجود بدرفتاری مشکوک کند وابستگی سالمند به دیگران بدلیل آسیب و صدمات جسمی، دمانس، بیماری روانی، استروک، مشکلات حسی ( شنوایی، بینایی و ...) و یا مشکلات ذهنی و شناختی است. این وابستگی، صرف نظر از اینکه از فرد سالمند در خانه مراقبت می شود و یا در خانه سالمندان، عامل خطر مهمی محسوب می شود. در هر حال، نکته مهم آن است که پزشک و سایر کارکنان باید نسبت به وقوع بدرفتاری احتمالی با سالمند، حساس باشند.

برای شناسایی موارد بدرفتاری با سالمند پرسشنامه های متعددی وجود دارد که در زیر یکی از معتبرترین آنها آمده است. اما از آنجایی که سالمندان ممکن است به دلایل مختلف تمایل به گزارش بدرفتاری نداشته باشند ( به دلیل ترس از فرد بدرفتار و یا چون همراه وی ممکن است شخص بدرفتار باشد) و یا نتوانند آن را گزارش دهند ( به دلیل مشکلات ذهنی و شناختی ) ، شما باید نسبت به علائم و نشانه های بدرفتاری حساس بوده و در صورت مشاهده آن اقدامات لازم را انجام دهید. در زیر به علائم و نشانه های مختلفی که ممکن است حاکی از وجود بدرفتاری باشد، اشاره شده است:

### علائم عمومی بدرفتاری

- ✓ ترس از یک فرد خاص یا چند نفر
- ✓ تحریک پذیری زیاد
- ✓ نگرانی و اضطراب ظاهراً بی دلیل
- ✓ افسردگی و گوشه گیری

- ✓ تغییر الگوی خواب و خوراک
- ✓ وضعیت بدنی سفت و بدون تغییر و اجتناب از تماس
- ✓ اجتناب از تماس چشمی
- ✓ جملات متناقض که ناشی از گیجی و یا مشکلات ذهنی نیست
- ✓ عدم تمایل برای روشن و راحت صحبت کردن

### علائم بدرفتاری جسمی

- ✓ وجود تاریخچه بدرفتاری جسمی و سوانح و اتفاقات
- ✓ وجود صدماتی شامل ترومای پوست مانند کیبودی، ورم کردن پوست ( در اثر ضربه) سوختگی، بریدگی، زخم بستر، زخم ها یا شکستگی ها و ضرب دیدگی های غیرقابل توجه
- ✓ علائم محدود کردن سالمند ( مثلا در مچ دست و پا و کمر )
- ✓ تغییرات رفتاری غیرقابل توجه که حاکی از عدم استفاده مرتب داروها و یا زیاده روی در مصرف آنهاست

### علائم بدرفتای هیجانی

- ✓ تاریخچه بدرفتاری هیجانی
- ✓ عدم تمایل برای صحبت کردن، ترس و اضطراب، عصبی بودن، آپاتی، گوشه گیری و اجتناب از تماس جسمی و کناره گیری
- ✓ از دست دادن علاقه به خود و محیط
- ✓ بیخوابی/ محروم بودن از خواب
- ✓ کز کردم و قوز کردن یا تکان خوردن مرتب

### علائم بدرفتاری جنسی

- ✓ سرخ بودن اطراف سینه ها و نواحی ژنیتال
- ✓ عفونت های ژنیتال و یا ادراری غیرقابل توجه
- ✓ لباس زیر خونی و یا پاره
- ✓ خونریزی واژینال غیرقابل توجه
- ✓ مشکل در راه رفتن و نشستن
- ✓ کیبودی قسمت داخلی ران ها
- ✓ رفتار غیرعادی یا گیجی و سردرگمی که مربوط به بیماری نیست

### علائم بدرفتاری اقتصادی

- ✓ تاربخچه کلاهبرداری از سالمند و یا سرقت اموال و وسایل وی
- ✓ عدم پرداخت پول برای تهیه غذا و دارو
- ✓ عدم پرداخت پول برای تهیه وسایل شخصی
- ✓ قصور در پرداخت اجاره خانه و یا هزینه خانه سالمندان
- ✓ برداشتن وسایل قیمتی سالمند از منزل وی و یا استفاده بدون اجازه از آنها

### علائم غفلت

- ✓ سابقه وجود غفلت
- ✓ بهداشت ضعیف، بوی بد، زخم های ادراری
- ✓ سوء تغذیه، کاهش وزن، کاهش آب بدن ( ادرار تیره، زبان خشک، پوست شل)
- ✓ زخم بستر، زخم در نواحی نشیمن گاه، پاشنه پا، آرنج
- ✓ حالت خواب آلودگی و کاهش هشیاری
- ✓ سر و وضع نامناسب یا کثیف، ناخن های بلند، دندان های خراب
- ✓ نداشتن وسایل کمکی حسی حرکتی و یا خراب و شکسته بودن آنها مثل عینک، سمعک، عصا یا دندان مصنوعی

در هر حال اگر احتمال بدرفتاری وجود دارد و مشکوک به آن هستید، می توانید بخشی از زمان مشاوره را اختصاص به مشاهده واکنش های هیجانی و زبان بدن شخص سالمند و فردی که مشکوک به بدرفتاری است، اختصاص دهید. همچنین مشاهده نوع تعامل سالمند و فرد مشکوک به بدرفتاری نیز مهم است. اگر بیمار در آسایشگاه و خانه سالمندان است، بخاطر داشته باشید که سالمندان دیگر ( اغلب مبتلا به دمانس)، یکی از کارکنان و یا اعضای خانواده ( در هنگام ملاقات) می توانند فرد بد رفتار باشند.

اگر بیمار ظرفیت ذهنی برای اخذ شرح حال را دارد این کار بدون حضور همراه وی انجام دهید. اگر شرح حالی که بیمار می دهد متفاوت از چیزی است که اعضای خانواده و یا سایر مراقبان گزارش می دهند، باید نسبت به احتمال بدرفتاری شک کنید.

در مورد بدرفتاری از سالمند سوالات مستقیم بپرسید ( پیوست را ملاحظه کنید) و اگر وجود بدرفتاری تایید شد از بیمار اجازه بگیرید تا وجود بدرفتاری را به مراجع ذی صلاح اطلاع دهید. اگرچه هیچ الزام قانونی برای گزارش دادن بدرفتاری های روانی و اقتصادی و یا غفلت وجود ندارد ولی از آنجایی که هر نوع بدرفتاری روی سلامت جسمی و روانی بیمار اثر می گذارد شما باید برای تضمین امنیت وی یک کاری انجام دهید.

## ۲. مدیریت موارد خشونت جسمی و جنسی

اگر براساس شواهد قطعی به این نتیجه رسیدید که بیمار مورد خشونت جسمی و یا جنسی قرار می گیرد ( مثلا پرستار بیمار آن را گزارش داده است) موضوع را به پلیس گزارش دهید تا آنها اقدامات و بررسی های بیشتر را انجام دهند. برای این منظور باید تمام صدمات وارده به بیمار را مستند کنید و از آنها قبل از شروع درمان، عکس بگیرید. در مورد خشونت جنسی، بهتر است او را به پزشک قانونی ارجاع دهید تا معاینات و بررسی های بیشتر انجام شود.

### ۳. گزارش دادن و مستند سازی بدرفتاری با سالمندان

انواع مختلف گزارش دادن وجود دارد که بسته به اوضاع و شرایط مانند نوع بدرفتاری و محیط بدرفتاری ممکن است متفاوت باشد. در زیر به سه مورد از انواع گزارش دهی اشاره شده است:

- ۱) موارد مجرمانه - اگر مشکوک هستید که یک جرم اتفاق افتاده و یا محافظت از قربانی ضروری است، پلیس را در جریان قرار دهید
- ۲) موارد غفلت و یا خطای عمدی حرفه ای- شکایت های مربوط به کارکنان خدمات بهداشتی مانند پزشک، پرستار و سایر افراد متخصص را به نظام پزشکی و سایر مراجع مربوط گزارش دهید
- ۳) مواردی که مستلزم مداخله قییم و سرپرست فرد بدرفتار است- اگر بدرفتاری توسط سالمند دیگری صورت گرفته که برای مثال به دلیل دمانس مسئول اعمال خود نیست، موضوع را برای بررسی بیشتر ارجاع دهید

علاوه براین، هر نوع بدرفتاری و یا مشکوک به بدرفتاری باید به شکل روشنی مستند شود. این شامل نقل قول های بیمار و سایر افراد مطلع و عکس های مربوط به صدمه و آسیب است. علاوه براین، مستندات مربوط را در فایل های مجرمانه نگهداری کنید تا هر کسی امکان دسترسی به آن را نداشته باشد



### پرسشنامه غربالگری بدرفتاری با سالمند

سوالات ۱-۵ را از مراجع بپرسید و سوال ۶ را خودتان پاسخ دهید و یا از پزشک معالج وی سوال کنید:

۱. آیا برای انجام هر یک از این کارها متکی به دیگران هستید: حمام کردن ، لباس پوشیدن، خرید کردن، انجام کارهای بانکی، یا غذا پختن و غذا خوردن
  ۲. آیا کسی هست که مانع تهیه غذا، لباس، دارو، عینک، سمعک یا دریافت مراقبت طبی شود و یا نگذارد با افرادی که دوست دارید، تماس بگیرید و یا رفت و آمد داشته باشید
  ۳. آیا کسی هست که با شما طوری صحبت می کنند که در شما احساس شرم و یا تهدید ایجاد می کند و از این بابت آشفته و ناراحت شوید
  ۴. آیا کسی شما را مجبور می کند اسنادی را امضا کنید تا از اموال و پول شما برخلاف میلتان استفاده کند
  ۵. آیا کسی هست که از او بترسید ، شما را به شیوه ای لمس می کند که دوست ندارید یا به لحاظ جسمی به شما صدمه می زند
  ۶. بدرفتاری با افراد سالمند ممکن است همراه با یافته های زیر باشد:  
تماس چشمی ضعیف، کناره گیری، سوء تغذیه، وضعیت بهداشتی ضعیف، لباس نامناسب، یا شکایت های دارویی. آیا متوجه هر یک از این موارد در ویزیت بیمار در حال حاضر و یا در ویزیت های قبلی وی در طی سال گذشته شده اید؟
- پاسخ بله به هر یک از سوالات ۲-۶ ، احتمال بدرفتاری را مطرح می کند.

## فصل ششم:

### توانمند سازی اجتماعی



### تدوین : سهیلا امیدنیا

امروزه با افزایش روز افزون مشکلات و آسیب های اجتماعی از یک سو و نیز شناخته شدن نقش سازمان های مردم نهاد ، تشکل های محله ای و رویکرد های اجتماع محور در کنترل و پیشگیری از آسیب های اجتماعی، ارتقای سلامت اجتماعی و سرمایه اجتماعی از سوی دیگر، نیاز مبرم به طراحی و استقرار یک مدل اجتماع محور را بیش از پیش مطرح می نماید.

در بسیاری از کشورها استفاده از رویکردهای اجتماع محور تأثیرات مناسبی داشته و توسعه این مدل ها می تواند به مشارکت بیشتر مردم و سازمان های غیر دولتی در برنامه ریزی های سلامت و نیز توسعه همکاری بین بخشی میان بخش های غیر دولتی و دولتی منجر شود و در نهایت به هم افزایی اقدامات حوزه سلامت منتهی گردد. اداره سلامت اجتماعی با توجه به این موضوع مدلی را بر اساس مهمترین آسیبهای اجتماعی کشور(خشونت، خودکشی و اعتیاد) در سال ۸۹ طراحی نمود. مدل پیشنهادی این پروژه بر اساس انواع مدل های برنامه ریزی در حوزه سلامت عمومی و همچنین روش های برنامه ریزی و ارزشیابی اجتماع محور ، طراحی گردید که با اجرای این مدل می توان با تعامل مناسب میان سازمانهای دولتی و نهاد های غیردولتی و همچنین بر اساس نیازهای واقعی مردم و تکیه بر شواهد علمی به تخصیص بهینه منابع، استفاده از داشته های موجود و گسیل منابع محلی و در نهایت به ارتقای سلامت مردم در همه ابعاد آن کمک نمود.

این مدل در سال ۱۳۹۰ در دو استان سمنان (درجزین) هرمزگان (چاهستانیها) اجرا گردید و در سال ۱۳۹۱ به ۹ محله از دانشگاههای علوم پزشکی گسترش یافت و پس از آن در سال ۱۳۹۲ علاوه بر محلات قبلی ۱۳ دانشگاه دیگر نیز به آنها اضافه شد.

### سلامت اجتماعی چیست؟

سلامت اجتماعی عبارت است از وضعیت رفتارهای اجتماعی (مورد انتظار و هنجار) فرد که اثرات شناخته شده و مثبتی بر سلامت جسمانی و روانی دارد.

سلامت اجتماعی با فراهم نمودن ارتقای سازگاری اجتماعی و تعامل فرد با محیط پیرامون، در نهایت موجب ایفای نقش موثر در تعالی و رفاه جامعه می شود.

شافص های اصلی سلامت اجتماعی

- انسجام اجتماعی (Integration)
- مشارکت اجتماعی (Contribution)
- همبستگی اجتماعی (Coherence)
- شکوفایی اجتماعی (Actualization)
- پذیرش اجتماعی (Acceptance)
- کنش اجتماعی (function)
- حمایت اجتماعی (Support)

### پیامدهای سلامت اجتماعی

#### پیامدهای مثبت سلامت اجتماعی

(۸) مولفه های رضایت از زندگی	(۹) عدالت اجتماعی
(۱۰) رفاه اجتماعی	(۱۱) سرمایه اجتماعی (Social capital)
(۱۲) هویت اجتماعی و فردی	(۱۳) توسعه اجتماعی (Social development)
(۱۴) نشاط (Happiness)	(۱۵) امنیت اجتماعی
(۱۶) حمایت اجتماعی	

#### پیامدهای منفی سلامت اجتماعی

(۱۷) از هم گسیختگی (آنومی) اجتماعی	(۱۸) از خود بیگانگی اجتماعی (Social alienation)
(۱۹) مهاجرت ( فرار مغزها - روستا به شهر)	(۲۰) جرایم مربوط به مواد مخدر
(۲۱) مشکلات خانواده و ازدواج : طلاق	(۲۲) مشکلات خانواده و ازدواج : بارداری در نوجوانی
(۲۳) مشکلات خانواده و ازدواج : فرار از منزل	(۲۴) بزه کاری کودکان
(۲۵) آسیب های کودکان: کودک آزاری	(۲۶) آسیب های کودکان: کودکان خیابانی
(۲۷) آسیب های کودکان: ترک تحصیل	(۲۸) خشونت خانگی
(۲۹) روسپیگری	(۳۰) انحرافات جنسی
(۳۱) رفتار ضد اجتماعی	(۳۲) خشونت اجتماعی

#### پیامدهای جسمی و روانی

(۳۳) اعتیاد	(۳۴) الکلیسم
-------------	--------------

## توانمندسازی اجتماعی (Community Empowerment) چیست؟

### اجتماع (Community) چیست؟

بطور بدیهی مردمی که در یک محدوده خاصی زندگی می کنند دارای اشتراکات و سلايق فردی و اجتماعی هستند که جمعا اجتماع را تشکیل می دهند. مثال آن اجتماع قومیت های مختلف در هر شهر یا کشوری است ( مثلا اجتماع آذری های مقیم تهران یا ایرانیان مقیم مالزی )

پیر بورديو معتقد است افرادی که به هم شبیه اند تمایل دارند تا در کنار هم زندگی کنند(۱۹۸۴). منظور از شباهت در تفکر بورديو عواملی چون موقعیت اقتصادی و فرهنگی ، سبک زندگی ، میزان اقتدار و هویت اجتماعی است. و در این میان نقش عواملی چون منزلت اجتماعی و وابستگی نژادی از اهمیت ویژه ای برخوردار است.

### چرا مداخلات اجتماع محور (Community based interventions)

بسیاری از مداخلات سلامت اجتماعی از جمله خشونت خانگی معطوف به خانواده های در معرض خطر بوده است. هرچند که مداخلات هدفمند (targeted interventions) در کاهش مشکلات این خانواده ها تاثیر دارد اما به ندرت می توان انتظار داشت که نرخ این مشکلات در سطح جامعه دستخوش تغییر گردد.

به عنوان مثال مطالعه ویزیت از منزل در موارد کودک آزاری که توسط دیوید الیز و سایرین صورت گرفته نشان می دهد که با اینکه این برنامه در کاهش نرخ کودک آزاری خانواده های مورد مداخله تاثیر داشته اما همچنان نرخ مشکل در سطح جامعه بالا باقی مانده است.

همچنین دانشمندان علوم اجتماعی با شواهد متعدد نشان داده اند که وقوع مشکلات اجتماعی در خانواده ها تحت تاثیر عواملی چون هنجارهای اجتماعی، و در دسترس بودن حمایت های اجتماعی در مواقع لزوم است.

نتایج بررسی میدانی وضعیت سلامت کودکان آمریکا در سال ۲۰۰۷ نشان می دهد که ۲۵ درصد کودکان آمریکا در مناطقی ساکنند که حمایت های کافی خانوادگی در آنها بسیار پایین است.

در ایران مطالعه سیمای سلامت و جمعیت در ایران سال ۱۳۸۹ نشان می دهد که تعداد ۱۵/۱۶ درصد کودکان کشور حداقل یکبار در هفته گذشته بیش از یک ساعت تنها یا تحت مراقبت یک کودک زیر ۱۰ سال بوده اند.

همچنین این مطالعه نشان می دهد که ۲۸/۸۶ درصد کودکان زیر ۵ سال کشور حداقل یک روز در هفته در معرض دود سیگار قرار می گیرند .

همچنین ۱۴/۶۱ کودکان سن ۵-۱۱ سال کشور حداقل ۱ ساعت در هفته کار اقتصادی یا ۲۸ ساعت در هفته برای خانوار کار کرده است.

همچنین تعداد ۷۹/۳۳ درصد افراد جامعه در یک ماه گذشته از تنبیه کلامی در کودکان ۱۴-۲ استفاده نموده اند. که البته موارد فوق می تواند غفلت از کودک و از مصادیق کودک آزاری تلقی گردد(مطالعه سیمای سلامت و جمعیت در ایران سال ۱۳۸۹)

همچنین طبق آمار سایت رسمی آمار ایران در تابستان ۹۲ نرخ بیکاری در جمعیت ۲۹-۱۵ کشور ۲۱/۱ درصد بوده است و بر اساس آمار رسمی سازمان ثبت احوال کشور در سال ۱۳۹۱ از هر ۵/۵ ازدواج کشور ۱ ازدواج به طلاق منجر گردیده است.

از سالهای گذشته خدمات و سرویس های متفاوتی برای کاهش مشکلات اجتماعی در سطح کشور ارایه گردیده است. برخی از این تلاشها در قالب مداخلات فردی و موردی و پاره ای دیگر به شکل حمایت های خانوادگی ارایه گردیده است. در این مقطع به نظر می رسد که برنامه ریزان سلامت اجتماعی به ارایه خدمات بهینه و کفایت این پاسخ ها اهمیت می دهند. به عبارت دیگر تصمیم گیرندگان می خواهند بدانند که خدمات آنها چه تاثیری در کاهش مشکلات در سطح جامعه دارد.

بدین ترتیب مهمترین استراتژی این برنامه ها تغییر از ارایه خدمات عمومی به تغییر هنجارهای فرهنگی جامعه و در راستای توانمند سازی اجتماعی است. (کاربارینو، کاستلنی و دوپرو، ۱۹۹۱)

### ارزشهای حاکم بر مداخلات اجتماع محور

برای اینکه بتوان مداخلاتی در سطح اجتماع در راستای ارتقاء سلامت اجتماعی انجام داد باید به اشاعه ارزشهای زیربنایی ذیل اهتمام ورزید:

**کمک رسانی و مراقبت:** اشاعه فرهنگ رفق و مدارا با همسایگان یکی از مهمترین ارزشهایی است که در فرهنگ ایرانی و اسلامی کشورمان به آن توصیه بسیار شده است.

پیامبر اکرم صلی الله علیه و آله وسلم به مسلمین توصیه نموده اند: " اگر خواستار آن هستید که پروردگار و فرستاده اش شما را دوست بدارند، وقتی امانتی به شما سپردند آن را ادا کنید و در سخن و گفتار صداقت را در نظر داشته و با همسایگان خود به نیکی رفتار کنید." (میزان الحکمه، ج ۲، ص ۱۹۰)

حضرت امام رضا (ع) نیز فرمودند: مومن تا سه خصلت در او نباشد مومن نباشد:

سنتی از پروردگارش که همانا رازپوشی است

سنتی از پیامبر (ص) که همانا مدارا کردن با مردم است

و سنتی از امامش که همانا شکیبایی در شدت و سختی است (تحف العقول ص ۴۴۲)

**تعامل اجتماعی:** ما ایرانیها می گوئیم " از هر دستی که بدهی از همان دست نیز پس می گیری ". این ضرب المثل گویای این است که نوع رفتار ما تعیین کننده نحوه برخورد دیگران است. به عنوان مثال وقتی به دیگران احترام گذاشته و با آنها با ادب و نزاکت رفتار می کنیم به همان ترتیب نیز با ما با ادب و احترام برخورد می شود.

پیامبر (صلی الله علیه و آله و سلم) در این رابطه می فرماید: «لیس منا لم یوقر و لم یرحم صغیرنا. کسی که بزرگ ما را احترام و کوچک ما را رحم نکند، از ما نیست.» (سید عبدالله شبّر، اخلاقی، مترجم: حمید رضا شیخی و محمد رضا جباران، انتشارات هجرت تابستان ۱۳۷۸، ص ۱۶۹)

**خوش بینی و خوش نظری:** فرهنگ خوش بینی و امیدواری به بهبود اوضاع چیزی است که هم در فرهنگ ایرانیان و هم در دین مبین اسلام به آن توجه شده است.

زمان خوش دلی دریاب دریاب که دایم در صدف گوهر نباشد

بوی بهبود ز اوضاع جهان می شنوم شادی آورد گل و باد صبا شاد آمد

در روایتی از حضرت علی(ع)، نقل شده است که:

"اعمال برادر دینی‌ات را بر نیکوترین وجهی تفسیر و توجیه کن، مگر این که دلیلی بر خلاف آن قائم شود و هرگز نسبت به سخنی که از برادر مسلمانان صادر شده گمان بد مبر تا هنگامی که می توانی برای آن توجیهی مناسب و راه صحیح داشته باشی.

(کلینی، محمد بن یعقوب؛ اصول کافی، محمد باقر کمرئی، تهران، المکتبه الاسلامیه، ۱۳۹۲ه ق، چاپ چهارم، ج ۳، ص ۱۱۹)

خوش بینی نسبت به ارتقاء سلامت اجتماعی محله به این معنا است که افراد به صورت شخصی و جمعی باور داشته باشند که اقداماتی که انجام می دهند اثرات مثبت و پایایی در کاهش مشکلات محله و بهبود زندگی همگان خواهد داشت.

طبیعی است که چنین باور زیربنایی انگیزه مشارکت را در مردم بالا برده و تحمل و بردباری آنها را جهت رسیدن به اهداف فردی و اجتماعی تقویت می نماید.

اگر مردم دچار این باور نهانی باشند که تلاش و کوشش آنها بی ثمر بوده و افراد و گروههای قویتر و مهمتری هستند که سرنوشت آنها را تعیین می کنند، روحیه یاس و نومیدی بر آنها غلبه پیدا کرده و انگیزه مشارکت اجتماعی در آنها کاهش می یابد.

### اقدام گرایی

فرهنگ و روحیه تلاش و عملگرایی نیز ریشه بسیار تاریخی در فرهنگ ایرانیان دارد. ایرانیان به یکدیگر توصیه می کنند: از تو حرکت از خدا برکت" که به معنای این است که بدون تلاش و اقدام نمی توان منتظر معجزه یا تغییری در شرایط زندگی بود.

در دین مبین اسلام به اهمیت تلاش برای رسیدن به اهداف فردی و اجتماعی به کرات اشاره شده است. در سوره رعد آیه ۱۱ قرآن کریم آمده است:

"خداوند سرنوشت هیچ قومی را تغییر نمی دهد مگر آنکه خود برای آن تلاش کنند".

شواهد مذهبی و فرهنگی نشانگر آن است که پویایی جامعه به تلاش و اقدام افراد آن برای ایجادیک زندگی بهتر برای خود و دیگران بستگی دارد.

در این راستا پیوندهای اجتماعی به کنشگران جامعه کمک می کند که اهداف شخصی خود را در راستای خیر و صلاح همگانی برنامه ریزی و بدین ترتیب از رفتارهای غیر اجتماعی و یا ضد اجتماعی پرهیز نمایند.

### چه جامعه ای توانمند است ؟

بطور کلی جهت ایجاد جامعه توانمند بایستی نکات ذیل مورد توجه قرار گیرد:

۱- جوامع توانمند دارای تسهیلاتگرانی قابل‌هستند که در قلب جامعه فعالیت می‌کنند آنها مردم محلی را به تلاش و مشارکت ترغیب می‌نمایند و در جوامعی کار می‌کنند که تعداد جمعیت آنها از ۵۰۰۰ تا ۵۰۰۰۰ نفر متفاوت است.

۲- خدمات ناشی از کار داوطلبی در این مناطق به خوبی مورد استفاده قرار گرفته و خدمات رفاه اجتماعی به خانواده‌ها ارایه می‌گردد. از جمله این خدمات عبارتند از: تامین رفاه کودک و والدین، ارایه آموزش‌های سالهای اولیه زندگی به کودکان، آموزش‌های ازدواج موفق و فرزندپروری به جوانان و والدین بطور کلی فعالیت تسهیلاتگرانی محلی دارای ویژگیهای ذیل است:

۱- نوع اقدامات تسهیلاتگر بایستی بر مبنای پیامدهای مورد انتظار طراحی گردند. به عنوان مثال اگر هدف مورد انتظار کاهش نرخ خشونت‌های خانگی است بایستی مداخلات در جهت ارایه خدمات در دسترس به قربانیان خشونت طراحی و اجرا گردند.

۲- بخش زیادی از راهبردهای اجتماع محور بایستی در جهت تغییر هنجارهای اجتماعی نا کارا جهت دهی شود.

**به عنوان مثال در فرهنگ ما باورها و حتی ضرب‌المثل‌هایی در تایید استفاده از خشونت برای کنترل همسران و کودکان وجود دارد. آیا می‌توانید چند تا از این باورها و ضرب‌المثل‌های رایج را نام ببرید؟**

۳- اقدامات تسهیلاتگر بایستی در راستای ایجاد پیوند میان خانواده‌ها و خانواده‌ها با سازمان‌ها باشد.

۴- اقدامات تسهیلاتگرانی بایستی در جهت فراهم آوردن حمایت‌های مالی و اجتماعی در دسترس و بدون انگ به خانواده‌های واجد شرایط باشد.

۵- اقدامات تسهیلاتگرانی بایستی در راستای جلب مشارکت همگانی و حمایت دو جانبه بین افراد باشد.

برای اقدامات موثر توجه به داشته‌های محلی از جمله رهبران، گروه‌ها، شبکه‌های اجتماعی، تسهیلات و فرهنگ عمومی ضرورت دارد.

**آیا می‌توانید چند تا از گنجینه‌های فرهنگی کشورمان را که در جهت ارتقاء سلامت اجتماعی است نام ببرید؟**

مهمترین اقدامات تسهیلاتگرانی در جهت ارتقاء سرمایه اجتماعی، ارتقاء اثر بخشی جمعی، ایجاد شبکه‌های اجتماعی و ایجاد حساسیت و توجه همگانی نسبت به سلامت و آسیب‌های اجتماعی است. مثلاً در یکی از اقدامات تسهیلاتگری از کتابی که توسط محلی‌ها برای ارتقاء فرهنگ همسایگی و آسایش‌نشین تهیه شده رونمایی و تقدیر به عمل آمد.

**کار گذاران برنامه‌های اجتماع محور چه گروه‌هایی هستند؟**

مداخلات اجتماع محور بایستی توسط مردم و یا نماینده‌های آنها (سازمان‌های و تشکل‌های مردم نهاد) و در راستای نیازهای مردم صورت گیرد.

با این حال نقش سازمان‌های دولتی در جهت شناسایی، جهت دهی و نظارت این اقدامات همچنان با اهمیت است. به عبارت دیگر سازمان‌های دولتی مثل وزارت بهداشت بایستی در جهت اهداف ارتقاء سلامت اجتماعات مختلف و سازمان‌های مردم نهاد را شناسایی و آماده عمل نماید. در این راستا وزارت بهداشت باید به پایش وضعیت مشکلاتی چون خشونت خانگی به صورت منظم پرداخته و بدین وسیله اثر بخشی مداخلات مختلف از جمله مداخلات اجتماع محور در کاهش نرخ شیوع خشونت خانگی را بررسی نماید.



بنابر این اگر در جایی سازمانهای دولتی به صورت مستقیم در گیر اجرای برنامه های اجتماع محور هستند بایستی در این روش تجدید نظر صورت داده و با شناسایی نهادهای مرددمی این فرآیند به آنها واسپاری گردد.

### **فواید واسپاری اقدامات اجتماع محور به مردم:**

وقتی که مردم به صورت فعال با برنامه های اجتماع محور آشنا می شوند به چند دلیل بهتر از دولتی ها می توانند در رسیدن به اهداف کلان موثر واقع شوند:

- ۱- وقتی که مردم در فرآیند توسعه فردی و اجتماعی محله خود مشارکت می کنند احساس عزت نفس ، خود اثر بخشی فردی و اجتماعی در آنها افزایش یافته و به شهروندان مسئول تر و بالغ تری تبدیل می شوند.
- ۲- مشارکت مردم احساس مالکیت و تعلق به محله و جامعه را تقویت نموده و آنها را به نگهبانان و پاسبانان دستاوردهای خود مبدل می نماید. به عنوان مثال یکی از محله های شهر بندرعباس پس از بسیج عمومی برای پاکیزه نمودن محله تا مدتها تمیز و بهداشتی باقی ماند چرا که همه مشارکت کنندگان ار ریختن آشغال در سطح محله خودداری نموده و به سایرین نیز در این زمینه راهنمایی های لازم را ارایه می دادند.
- ۳- مشارکت مردم به دولتی ها کمک می نماید تا بتوانند از خدمات داوطلبانه آنها بهره برده و بسیاری از برنامه ها را باهمراهی مردم به پیش برند.
- ۴- وقتی که مردم در فعالیتهای محلی مشارکت می کنند از اموال عمومی به نحو دلسوزانه تر و موثرتری مراقبت می نمایند بدین ترتیب نرخ تخریب اماکن و وسایط عمومی کاهش می یابد.
- ۵- اقدامات اجتماع محور به افزایش پیوندهای اجتماعی منجر گردیده و با بالا رفتن سرمایه اجتماعی نرخ ناهنجاریهای اجتماعی کاهش می یابد. در محله هایی که نرخ سرمایه اجتماعی آمار جرایم ، اعتیاد ، دزدی و سایر آسیبهای اجتماعی پایین است. هنوز هم مناطقی در کشورمان وجود دارد که مردم درب منزل خود را قفل نمی کنند چرا که به یکدیگر اعتماد دارند.

### **آیا شما چنین مناطقی را از نزدیک دیده اید؟ دلیل این رفتار ها را چگونه تفسیر می کنید؟**

- ۶- اقدامات اجتماع محور مردم را از نظاره گران غیر فعالان به عاملان فعال تبدیل نموده و در نتیجه بسیاری از فرآیندهای توسعه محلی با چنین پتانسیل اجتماعی تسهیل می گردد.
- ۷- مشارکت مردم در قالب نهادهای مدنی و اجتماعی می تواند به کارآفرینی و اشتغال زایی منجر گردیده و بخشی از مشکلات اقتصادی محله ها را چاره نماید.
- ۸- برنامه های اجتماع محور می تواند به کاهش فاصله میان مردم و مسئولین منجر گردد. در برنامه اجتماع محور سلامت اجتماعی بعضی از جلسات تصمیم گیری مسئولین شهری در محله ها بر گزار گردید و مسئولین به طور مستقیم از مشکلات محله بازدید نمودند.
- ۹- استفاده از داشته های محلی یکی دیگر از فواید استفاده از مداخلات اجتماع محور است. در بسیاری از محله ها مردم از منابع متعدد زیرساختاری خود در راستای اعتلای محله استفاده نموده اند. به عنوان مثال تخصیص فضایی از مساجد، حسینیه ها و یا بخشی از ساختمان شخصی خیرین برای برگزاری کلاسهای آموزشی و غیره.
- ۱۰- محله هایی که برنامه های اجتماع محور در آنها به صورت موثر اجرا می شود از سرزندگی و شادابی بیشتری برخوردار هستند. در چنین محله هایی تفکر تحلیلی مورد حمایت قرار گرفته و مشکلات منطقه به خوبی بررسی و مشخص می گردند. روحیه خرد جمعی و حل مسئله نیز به پیدا کردن راههای عملیاتی و مقرون به

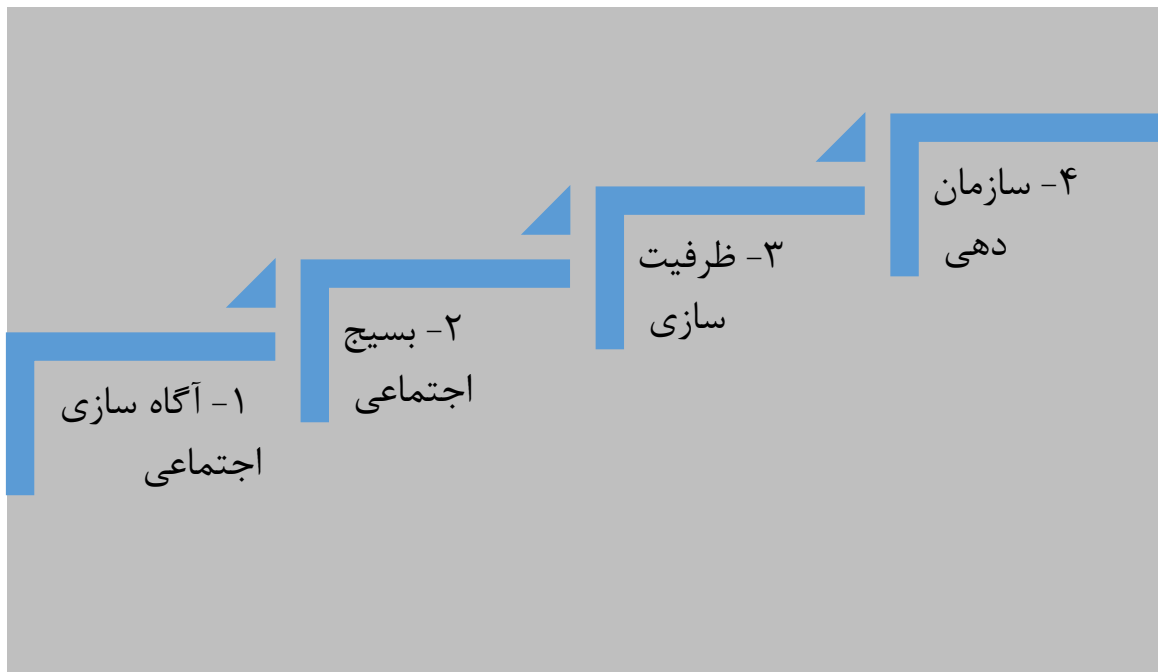
صرفه کمک می نماید. و بلاخره هوشیاری اجتماعی به عدم شکل گیری ناهنجاری های اجتماعی و پایداری دستاوردهای برنامه کمک می نماید.

### مراحل کار با جامعه

هر نوع اقدام جامعه محور از چهار فرآیند گذر می کند این فرآیندها عبارتند از :

۱. **آگاه سازی اجتماعی** : در این مرحله باید مشکل اجتماعی و ابعاد آن را شناسایی و مخاطبین اصلی برنامه را مشخص نمود . مثلا در مورد مشکل اجتماعی کودک آزاری والدین مهمترین مخاطبان برنامه محسوب می شوند. بنابر این بایستی راهکارهای ارتقاء حمایتهای والدین مورد توجه قرار گیرند.
۲. **بسیج اجتماعی** : در این مرحله بایستی به طراحی و اجرای برنامه هایی اقدام نمود که از وقوع کودک آزاری در جامعه مورد نظر پیشگیری نماید.
۳. **ظرفیت سازی** : در این مرحله بایستی به آماده سازی منابع و امکانات اجتماعی پرداخت تا والدین بتوانند از خدمات آنها در صورت نیاز و بدون هر گونه انگ اجتماعی استفاده نمایند.
۴. **سازمان دهی** : خدمت رسانی به جامعه بایستی در قالب نهادهای اجتماعی پایا صورت گیرد. اگر برنامه در قالب یک طرح موقت تعریف شود و خدمات تنها در قالب عملیاتی و زمانی پروژه مذکور ارائه گردد، در آن صورت نمی توان انتظار داشت که چنین اقداماتی بتوانند پایدار مانده و منجر به توسعه اجتماعی گردند.

### مراحل کار با جامعه



## معرفی مدل مداخلات اجتماع محور در حوزه سلامت اجتماعی

در صورتیکه بخواهیم مداخلاتی طراحی و اجرا نماییم که در دو سطح فرد و جامعه (خرد و کلان) تاثیر گذار باشد اهمیت استفاده از پتانسیل مردمی و لزوم توانمند سازی آنان مطرح می شود. ارتقاء سلامت اجتماعی از طریق مدل‌های اجتماع محور باعث افزایش سرمایه اجتماعی و توسعه محلی شده و نرخ آسیب‌های اجتماعی را کاهش می دهد. به همین منظور در سال ۱۳۸۸ مدل اجتماع محور سلامت اجتماعی در اداره سلامت اجتماعی طراحی گردید و در سال ۱۳۹۰ در شهردرگزین سمنان و محله چاهستانی های بندر عباس به صورت آزمایشی اجرا گردید. نتایج این پایلوت نشان داد که اجرای این برنامه در نظام بهداشتی میسر بوده است. بطور ایده آل اگر برنامه اجتماع محور در کنار خدمات نظام سلامت که در مراکز بهداشتی درمانی محله ارایه می گردد صورت گیرد می توان گفت که مدل نسبتا کاملی از ارایه خدمات را در اختیار داریم. مدل پیشنهادی این پروژه بر اساس انواع مدل های برنامه ریزی در حوزه سلامت عمومی و همچنین روش های برنامه ریزی و ارزشیابی اجتماع محور، طراحی شده است. با اجرای این مدل می توان با تعامل مناسب بین دولتی ها و غیر دولتی ها، به تخصیص بهینه منابع، مبتنی بر نیاز و مبتنی بر شواهد عمل نمودن برنامه ها، استفاده از داشته های موجود و گسیل منابع محلی، به ارتقای سلامت مردم از جمله سلامت اجتماعی آنها کمک نمود.

### اهداف کلی:

- حفظ و ارتقاء شاخص های سلامت اجتماعی (مورد نظر برنامه)
- پیشگیری از آسیب های اجتماعی

### اهداف اختصاصی:

- تسهیل مشارکت مردم از طریق تشکیل کمیته محلی
- کاهش فاصله میان مسئولین و مردم از طریق ساختار کمیته راهبردی شهرستان
- ارتقاء همکاری بین بخشی میان مسئولین محلی
- حساس سازی مردم و مسئولین نسبت (نسبت) به اهمیت سلامت اجتماعی
- توانمندسازی مردم در جهت شناسایی، پیگیری در رفع مشکلات اجتماعی
- افزایش سرمایه اجتماعی (مشارکت اجتماعی، اعتماد اجتماعی و انسجام اجتماعی)
- تخصیص بهینه منابع
- استفاده مؤثر از داشته های محلی در جهت ارتقای سلامت مردم
- توجه به نیازهای واقعی مردم در برنامه ریزیهای شهری

این طرح پایلوت شامل سه مرحله اصلی می باشد:

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

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

۳- مرحله اجرا و ارزشیابی: در این مرحله به اجرای پروژه های هر منطقه که از طریق نیازسنجی تعیین گردیده است، پرداخته می شود

**نکته مهم:** نظارت و ارزشیابی مستمر برنامه اهمیت ویژه ای دارد و مجریان طرح باید با برگزاری جلسات مداوم و با مشارکت مردم محلی به مرور و ارزشیابی طرح بپردازند.

**شاخص های ارزشیابی** به صورت شاخص های درون داد، فرآیند، برون داد و سطح اثر می باشد از قبیل: میزان مشارکت مردم، میزان رضایت مردم از فرآیند طرح، و میزان موفقیت پروژه انجام شده. در نهایت ارزشیابی پروژه توسط روش های ارزشیابی مشارکتی و ارزشیابی بیرونی انجام می گیرد.

### کمیته محلی

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

### تسهیلگر محلی

تسهیلگری محلی به فرآیندی اطلاق می شود که اعضای کمیته محلی با کمک و هدایت فرد تسهیلگر به انجام وظایف خود بپردازند. وظیفه تسهیلگر محلی این است که اعضای کمیته را به نحوی مدیریت کند که آنها نتیجه بگیرند، کار گروهی را خودشان انجام بدهند.

### کمیته راهبری

کمیته راهبری در واقع، حلقه اتصالی بین کمیته محلی و مسئولین می باشد که گامی مهم و ارزشمند در جهت نهادینه سازی، ساختارمند نمودن و هدفمند نمودن نحوه ارتباط بین کمیته محلی و مسئولین در نظر گرفته می شود. این کمیته متشکل از نمایندگان کمیته محلی (۴ نفر) و مسئولین مرتبط با سلامت اجتماعی و آسیب های اجتماعی در سطح شهرستان می باشد.

### کارگاههای آموزشی

در این طرح با برگزاری کارگاه های آموزشی کاربردی به افزایش دانش و مهارت کارشناسان استانی در زمینه برنامه های اجتماع محور و تکنیک های مورد نیاز برای استقرار این برنامه می پردازیم.

### عنوان کارگاهها:

۱. کارگاه آموزشی چگونگی استقرار مدل مداخلات سلامت اجتماعی (توجیه مدل اجتماع محور، اصول اجتماع محوری و سلامت اجتماعی)

۲. کارگاه آموزشی تکنیک های حمایت یابی

۳. کارگاه آموزشی روش های نیازسنجی در برنامه ریزی های بهداشتی- اجتماعی

۴. هم‌اندیشی دانشگاه‌های علوم پزشکی مشارکت‌کننده در طرح ارتقای سلامت اجتماعی با رویکرد اجتماع محور و تقدیر از تجربیات برتر

#### بازدید مسئولین و اعضای کمیته راهبری از محله

در راستای اجرای طرح ارتقای سلامت اجتماعی، بازدید منطقه‌ای اعضای کمیته راهبری از محله مورد نظر موجب می‌گردد تا آنها بتوانند با دیدی بهتر و منطقی‌تر به اجرای طرح بپردازند.

#### ارزشیابی مشارکتی

چارچوب ارزشیابی سلامت اجتماع محور، رویکردی را ارائه می‌دهد که با عملیات روزمره برنامه همراه است. در این چارچوب تأکید بر این است که راهکارهای ارزشیابی، عملیاتی و مداوم باشد و نه تنها کارشناسان امر بلکه همه ذینفعان برنامه را درگیر سازد.

مردمی که نسبت به سرنوشت و محیط اطراف خود بی‌تفاوت نیستند، احساس معنا و هدفمندی بیشتری در زندگی خود می‌کنند

در جامعه‌ای که میزان سرمایه اجتماعی بالاست نرخ آسیب‌های روانی و اجتماعی پایین است

اعتماد مردم به یکدیگر و مسئولین با مشارکت اجتماعی افزایش می‌یابد

## مدل پیشنهادی برای مداخلات کاهش مشکلات سلامت اجتماعی



نمونه ۱ اجرای مداخلات اجتماع محور در ارتقاء سلامت اجتماعی و کاهش خشونت خانگی در محله پیام نور دزفول:

معرفی محله پیام نور:

۱. محله ها و شهرستانهای تحت پوشش برنامه

سال ورود به برنامه	نام شهرستان و محله	جمعیت تحت پوشش
۱۳۹۰	سمنان (درجزین)، هرمزگان (چاهستانیها)	۲۷۸۸۴
۱۳۹۱	رفسنجان (۱۵ خرداد) کرمان (محله فیروز آباد-شهرک پدر) قزوین (اقبالیه) مازندران (امت آباد) گناباد (قصبه شهر) سمنان (بلوار شهید صدوقی) هرمزگان (بندرلنگه) دزفول (شهرک پیام نور) فسا (مهديه)	۱۱۱۵۲۳
۱۳۹۲	اصفهان (ارزنان) اردبیل (پارس آباد) سبزوار (صالح آباد) مشهد (منطقه ۴ شهرداری) کاشان (سفید شهر) بم (بروات جنوبی) کردستان (نایسر) تهران (ورامین) لرستان (اسد آباد) زابل (معصوم آباد) زاهدان (شیر آباد) شهر کرد (مهديه) البرز (حصارک بالا)	۳۳۴۵۴۱

۲. نمونه تقسیم کار محلی (محله پیام نور دزفول)

نام سازمان های همکاری کننده	پیشنهادات کمیته محلی و مصوب در کمیته	سازمان یا اداره مجری، پیشنهادات	نقش کمیته محلی و تسهیلگر	پیگیری و نظارت برنامه
فرمانداری، شهرداری، نیروی انتظامی، آموزش و پرورش، بهزیستی، جهادوکشاورزی، ورزش و جوانان، کارو اموراجتماعی، فنی و حرفه ای، کمیته امداد	مشخص شدن وضعیت شهری منطقه	فرمانداری، شهرداری، نیروی انتظامی	پیگیری و ارتباط با مسئولین تا حصول نتیجه	مجری طرح در دانشگاه
فرمانداری، شهرداری	جمع آوری آبهای سطحی در منطقه	شهرداری	مشخص نمودن نماینده از هر خیابان و اخذ ۵۰ درصد از هزینه ها و جمع آور آنها	مجری طرح در دانشگاه
آموزش و پرورش، بهزیستی، معاونت بهداشت	ارائه خدمات روانپزشکی و روان شناسی به مردم نیازمند	بهزیستی	اطلاع رسانی به مردم جهت استفاده از اورژانس اجتماعی و روان شناسان اعزامی به منطقه	مجری طرح در دانشگاه
اداره کار و امور اجتماعی، فنی حرفه ای	اشتغال زایی برای جوانان اشتغال برای زنان خاندان	فنی حرفه ای	-اطلاع رسانی به مردم و معرفی افرادی که دیپلم ناقص دارند به اداره جهت گذراندن ۳۲ واحد درسی برای اخذ دیپلم فنی و حرفه ای -تعیین مکانی برای تشکیل دوره های آموزشی فنی و حرفه ایی به زنان دواطلب در محله	مجری طرح در دانشگاه
کمیته امداد امام خمینی(ره)	تامین وسایل زندگی افراد نیاز مند - تحت پوشش قراردادن افراد بی بضاعت	کمیته امداد امام خمینی(ره)	معرفی افراد تحت پوشش کمیته امداد بهنگام ازدواج فردی از خانوارهای تحت پوشش جهت تامین وسایل زندگی	مجری طرح در دانشگاه
فرمانداری، شهرداری، نیروی انتظامی	ایجاد پاسگاه یا کانگس انتظامی در منطقه	فرمانداری، نیروی انتظامی	پیگیری و ارتباط با مسئولین تا حصول نتیجه	مجری طرح در دانشگاه
معاونت هداثتی، بهزیستی	ایجاد مرکز ترک اعتیاد	معاونت بهداشت	هماهنگی با بخش خصوصی جهت جلب نظر پزشکان برای ایجاد مرکز در منطقه	مجری طرح در دانشگاه



منابع :

- گزارش نهایی پروژه " اجرای مدل مداخلات سلامت اجتماعی در ۲ دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان و سمنان "
- گزارش نهایی پروژه " اجرای مدل مداخلات سلامت اجتماعی در ۹ دانشگاه علوم پزشکی کشور "
- گزارش نهایی پروژه " تدوین شاخص های سلامت اجتماعی "
- برنامه و دستاوردهای ابتکارات جامعه محور در جمهوری اسلامی ایران ۱۳۸۷، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، مرکز سلامت محیط و کار
- متولیان عباس، سید ذوالفقار علی، عابد حسین "گزارش ارزشیابی ابتکارات جامعه محور د رجمهوری اسلامی ایران " مرداد۱۳۸۵

- Martha bragin, *The Community Participatory Evaluation Tool for psychosocial programs: a guide to implementation*
- *Intervention 2005, Volume 3, Number 1, Page 03 – 24*
- World Health Organization, Regional Office for the Eastern Mediterranean. Concepts and methods of community-based initiatives (Community - Based Initiatives Series). Cairo. 2003.
- Neal G Simon, *Neurobiology of Aggression and Violence: Systems, Intervention, and Impact*, Dept. of Biological Sciences, Lehigh University.
- Christine Stephens" Health promotion A psychosocial Approach"2008,4-P:97-116

فصل هفتم:

رفتارهای اجتماعی مناسب

(کفایت اجتماعی)



تدوین: سهیلا امیدنیا

## رفتارهای اجتماعی مناسب

### مقدمه:

رفتارهایی که از نظر اجتماعی قابل قبول محسوب می شوند با گذشت زمان و افزایش سن در کودکان و نوجوانان تغییر می کنند. بنابر این اتخاذ یک رویکرد رشدمدار در ارزیابی مهارت‌های اجتماعی کودکان یکی از بدیهیات محسوب می شود.

همچنین همگام با تغییرات سنی کودکان تغییرات اجتماعی مشهودی نیز در محیط زندگی کودکان ایجاد می شود که در بررسی رفتارهای آنان درخور توجه می باشد. تغییرات اجتماعی تا جایی اهمیت دارند که می توانند رفتارهای بهنجار کودکان را نیز دستخوش تغییر نمایند. مثلاً اگر در ۱۰ سال گذشته استفاده از تکنولوژی های ارتباطی مثل تلفن همراه و اینترنت بصورت فراگیر رایج نبود، اما در حال حاضر استفاده وسیع از این تکنولوژیها اقتضا می نماید که هنجارهای تعریف شده اجتماعی از یک " کودک سالم " نیز دچار تغییر گردد.

در این فصل ابتدا به تاثیر گذاررشدی بر مهارت‌های اجتماعی کودکان می پردازیم. سپس با محوریت تعاملات همسالان، استدلال اجتماعی- شناختی و سازماندهی گروهی همسالان به سه دوره رشدی کودکان و نوجوانان نگاهی خواهیم داشت که عبارتند از:

۱- سالهای پیش از دبستان ( ۶-۳ سال )

۲- سالهای میانی کودکی ( ۱۱-۷ سال )

۳- نوجوانی ( ۱۷-۱۲ سال )

همچنین کاربرد این تغییرات رشدی بر ارزیابی مهارت‌های اجتماعی نیز مورد بحث قرار می گیرد.

### رویکرد رشدمدار:

پژوهشهای حیطه رشد نشان می دهد که در دوره های پیش دبستان، دبستان و سالهای نوجوانی، تغییراتی در هنجارهای رفتاری کودکان و نوجوانان ایجاد می شود که این تغییرات در سه حیطه ذیل خلاصه می شوند:

۱- تمرکز و طول مدت تعاملات کودک با همسالان و ماهیت رفتارهای مقبول و غیرمقبول در میان همسالان

۲- پیچیدگی استدلال اجتماعی و درک هیجانی و ایجاد ظرفیت برای رفتارهای خود-تنظیمی (Self-Regulation) در میان کودکان و نوجوانان

۳- ساختار گروههای همسالان و میزان و ماهیت نفوذ آنها  
تغییرات رشدی مذکور تعیین کننده و شاخص رفتارهای اجتماعی مناسب است که بایستی در هنگام سنجش و ارزیابی آنها مورد توجه قرار گیرد.

بطور کلی در آموزش و مهارتهای اجتماعی بایستی به ماهیت کنشی آنها توجه داشت، کودک و نوجوان بایستی بتواند رفتارهای اجتماعی خود را به نحوی سازماندهی کند که پاسخها و برخوردهای مثبت دیگران را دریافت نموده و از بازخوردهای منفی آنها جلوگیری نماید به نحوی که رسم و رسومات و هنجارهای اخلاقی جامعه را نیز رعایت نماید (داج، مورفی ۱۹۸۴، رابین و سایرین ۱۹۹۸).



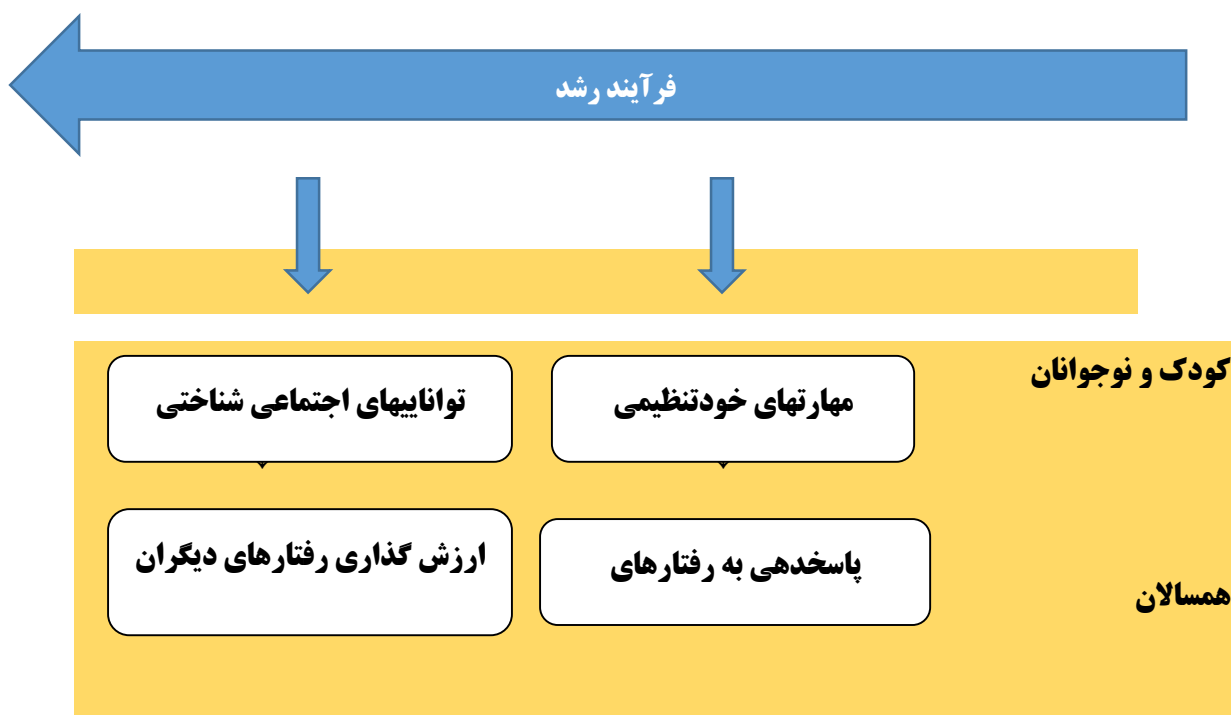
بنابراین کفایت اجتماعی (Social competency) به این معناست که کودک بتواند در پاسخ به بازخوردها و محرکات اجتماع اطراف از مخزن رفتارهای اجتماعی آموخته شده رفتارهای مناسب را انتخاب و اجرا نماید.

در این فرآیند کودک از تواناییهای اجتماعی- شناختی و مهارتهای خود- تنظیمی جهت بروز رفتارهای مناسب در موقعیتهای اجتماعی مختلف بهره برداری می نماید (سدوف ۱۹۹۶).

تواناییهای اجتماعی- شناختی و مهارتهای خود- تنظیمی به نوبه خود با افزایش سن تکامل می یابد.

روابط همسالان نیز با افزایش سن تغییر می کند. بنابراین فرآیند رشد بر روند ارزش گذاری و پاسخدهی همسالان به رفتارهای اجتماعی تاثیر می گذارد.

تاثیر فرآیند رشد بر مهارت‌های اجتماعی کودکان و نوجوانان





**حیطه های رفتارهای اجتماعی که همگام با مراحل رشد تغییر می کند:**

#### **رفتارهای اجتماعی:**

- رفتارهای اجتماعی متناسب با سن
- محبوبیت یا عدم محبوبیت در نزد همسالان

#### **شناختهای اجتماعی و کنش های هیجانی:**

- سطح پیچیدگی استدلال اجتماعی در مورد دیگران
- ویژگیهای فرآیند خودارزیابی
- ظرفیت خودتنظیمی

#### **ساختار گروه همسالان:**

- کیفیت تعاملات همسالان و ماهیت دوستی ها
- اندازه و ساختارگروه همسالان

#### **سالهای پیش دبستان**

حتی در طول سالهای خردسالی، بسیاری از کودکان به بچه های دیگر تمایل و علاقه نشان داده و می خواهند با آنها ارتباط برقرار کنند (هارتاپ ۱۹۸۳).

با این حال در سالهای پیش دبستان بازی های باقاعده با سایر کودکان و استفاده از واژه "دوست" به شکل بامعنایی آغاز می شود (فورمن ۱۹۹۶).

بطور طبیعی، بسیاری از کودکان پیش دبستانی تمایل دارند تا از بزرگسالان جدا شده و با همسالان خود از طریق بازیهای مشترک خیالی به اکتشاف پرداخته و از این بازیها لذت ببرند (کاتمن ۱۹۸۳).

دردوران پیش دبستان همسالان موقعیت منحصر به فردی برای اجتماعی شدن، همراهی درسرگرمی، یادگیری بین فردی و توسعه مهارتهای اجتماعی از طریق بازی بدست می آورند(هارتاپ ۱۹۸۳).

تعاملات کودکان پیش دبستان از طریق بازیهای خیالی که قوه تخیل را تحریک کرده و باعث اکتشاف نقشها وامور روزمره اجتماعی می گردد تحقق می یابد (میز، لاو ۱۹۹۰، پارکر و سایرین ۱۹۹۵).

کودکان برای پایدار کردن بده بستانهای دوستانه، تلاش می کنند تا بر قاعده طلایی دو طرفه بودن ( Reciprocity ) مسلط گردند. آنها بایستی یاد بگیرند که چگونه با جامعه تعامل برقرار کرده، همکاری نموده و به توافق برسند ( پارکر و سایرین ۱۹۹۵).

در سن ۴ سالگی تفاوتهای فردی در مهارتها و تعاملات اجتماعی می تواند توسط مربیان مورد ارزیابی یا مشاهده قرار گیرند. بررسی تفاوتهای فردی در عین حال که درجه پذیرش اجتماعی توسط همسالان رادر وضعیت کنونی ارزیابی می کنند به پیش بینی آن در طی سالهای آتی مدرسه نیز می پردازند ( لاد، پروفیلت ۱۹۹۶، لاد، پرایس و هارت ۱۹۸۸).

## **نظارات رفتاری کنایات اجتماعی**

مهمترین رویداد در سالهای پیش دبستان بروز رفتارهای جامعه گرایانه (Prosocial) است. در این دوران کودکان در بازیهای گروهی شرکت کرده و با اسباب بازیهای همدیگر بازی می کنند (آیزنبرگ، فابز ۱۹۹۲).

آنها با روی باز و رفتار دوستانه با یکدیگر رفتار کرده و با یکدیگر تعامل برقرار می کنند ( دن هام، برتون ۲۰۰۴، آیزنبرگ و فابز ۱۹۹۲).

مهارتهای اجتماعی این دوران که منجر به پذیرش همسالان می شود عبارتند از :

✓ ابراز عواطف و هیجانات مثبت

- ✓ تسلط در سکانه‌های بازیهای دوطرفه (رعایت نوبت، ایفای نقش)
- ✓ پذیرش همبازی
- ✓ شروع رفتارهای مراقبت کننده (کمک کردن، به اشتراک گذاشتن)
- ✓ مقبولیت پیدا کردن



در این دوران انجام بازیهای مشارکتی بسیار مهم است چرا که کودکان با این نوع بازی **علاقه مشترک** خود را شناسایی می کنند (مثلا اینکه ما هر دو اتومبیل دوست داریم) . از طریق این بازیها ست که دوستی و الفت میان کودکان پیش دبستانی بوجود می آید(گاتمن ۱۹۸۳).

همچنین برقراری ارتباط شفاف در بازی به تعاملات پایدار کودکان کمک می کند (گاتمن ۱۹۸۳).

در مقایسه با کودکان دیگر کودکان جامعه گرا آمادگی بیشتری برای سالهای دبستان کسب می کنند، از جمله این آمادگی ها عبارتند از انگیزه رقابت، توجه، پافشاری و گرایشهای مثبت به یادگیری ( کول هان و سایرین، ۲۰۰۰).

به علاوه آغاز بازیهای مشارکتی در پیش دبستان می تواند گرایش به مدرسه (school engagement) و همچنین روابط مثبت با همسالان را پس از ورود به دوران ابتدایی پیش بینی نماید (لاد و پرایز ۱۹۸۷).



به همین ترتیب کودکان پیش دبستانی که کمتر رفتارهای جامعه گرا ( Pro social) نشان می دهند در معرض خطر بیشتری برای مشکلات رفتاری از جمله اضطراب، کناره جویی ، پرخاشگری ، ناسازگاری و سایر مشکلات مزمن با همسالان خود در دوران گذار به سن دبستان قرار دارند (لاد، پروفیلت ۱۹۹۶).



کودکان در پایان دوران نوپایی و اوایل دوران پیش دبستان، مهارت‌های منع و کنترل تکانه و پرخاشگری را از خود نشان می‌دهند. بطور کلی رفتار پرخاشگری در هنگامی که کودکان وارد مرحله پیش دبستانی می‌شوند (۲-۳ سالگی) و به بازی با دیگر کودکان می‌پردازند نیز وجود دارد.

بطور طبیعی رفتارهای پرخاشگری در خلال سالهای پیش دبستان همگام با رشد مهارت‌های کلامی، عاطفی و اجتماعی کاهش می‌یابد. این مهارتها به کودکان کمک می‌کنند تا ضمن کنترل اولین تکانه‌های خود از قوانین اجتماعی اطاعت نموده و از واژه‌ها برای بیان نارضایتی و حل عدم توافق استفاده نمایند (لاد ۱۹۹۰، دیترو، ترمپلای، گاگن و بویون ۱۹۹۲).

بنابراین در دوران پیش دبستانی کمتر از دوران دبستان احتمال دارد که پرخاشگری فزاینده روابط همسالان را دچار مشکل نماید (هارتاپ ۱۹۸۳).



با این حال در دوران پیش دبستانی کودکان اجتماعی شده و مسلط نیز سطوح متوسطی از رفتار پرخاشگری و زورگویی (coercive) را برای استفاده از منابع یا نفوذ در قواعد بازی نشان می‌دهند (واگن، ولن وایدر، بولت، آذریا، اوانسنس و شنایدر ۲۰۰۳).

به گفته واگن (Vaughn) و دیگران (۲۰۰۳) بطور طبیعی کودکان بسیار اجتماعی تعارض‌های بیشتری نسبت به سایر کودکان پیدا می‌کنند. نظریه پردازان چنین فرض می‌کنند که تعامل‌های پرخاشگرانه بر سر دسترسی به منابع و برتری جویی در طول سالهای پیش دبستان فرصتهایی برای یادگیری مدیریت تعارض و ارتقاء یادگیری اجتماعی و هیجانی برای کودکان ایجاد می‌نماید (شانترو و هارتاپ ۱۹۹۲).

مهارت‌های جامعه‌گرایانه Pro social skills و جامعه‌گرایی مثبت

Positive Social Engagement اولین شاخص کفایت اجتماعی

Social Competence در طول سالهای پیش دبستان محسوب می‌شود. همچنین ظرفیت برای کنترل پرخاشگری برای ارتباط بهتر با همسالان نیز در همین دوران رشد می‌یابد.

به همین ترتیب کودکان پیش دبستانی که (در خلال سالهای ۳-۵ سالگی) همچنان رفتارهای منازعانه argumentive و پرخاشگری را از خود نشان می‌دهند در معرض طرد و رفتارهای تلافی‌جویانه همسالان قرار می‌گیرند. (لاد و سایرین ۱۹۸۸، السون ۱۹۹۲).



با اینکه نشان دادن رفتارهای پرخاشگرانه و مشکل‌ساز در طول سالهای پیش دبستان طبیعی است اما وقتی که کودکان نرخ بالایی از این رفتار را بروز و در عین حال مهارت‌های جامعه‌گرای کمی نشان می‌دهند و در طول زمان نمی‌توانند از فرصت‌های یادگیری برای مهارت‌های خودتنظیمی و حل تعارضات استفاده نمایند، در آن صورت بایستی نسبت به آینده آنها نگران بود.

### **شناخت‌های اجتماعی و کنش هیجانی**

در طول سالهای پیش دبستان کودکان از ظرفیت محدودی برای دستکاری و مقایسه مفاهیم ذهنی خود برخوردارند (فیشر ۱۹۸۰). بنابراین ادراکات اجتماعی آنها عینی، یک بعدی و تحت تاثیر تجارب شخصی اخیر است. (پیورس، سکورد ۱۹۷۳). کودکان در این مرحله از رشد به مرور توجه کردن و توصیف دیگران

را آغاز می کنند. با این حال ماهیت این توصیفات بسیار ساده و عینی است (از جمله اشاره به جنسیت یا رنگ موی همسالان). از نظر کودکان دوست کسی است که با آنها بازی می کند و یا به مدرسه آنها می رود (نورمن، بیرمن ۱۹۸۳).

بنابراین دوستی ها در همین جا و اکنون مفهوم پیدا می کنند. در نتیجه عجیب نیست که یک کودک پیش دبستانی به سادگی با کودک جدیدی دوست شده و یا پس از یک مشاجره اعلام نماید که دیگر با شخص خاصی دوست نیست.

به همین ترتیب کودک در یک برهه زمانی کوتاه به مشاجره، تجدید دوستی ها و فراموش کردن آنها می پردازد.

در این دوران کودکان از درک اطلاعات متفاوت بصورت هم زمان عاجزند. بعنوان مثال برن و کاوی (۱۹۷۵) از کودکان خواستند که عواطف شخصیت های تصاویر ارائه شده که نشانگر عواطفی بود که با موقعیت های پس زمینه آن همخوانی نداشت را شناسایی نمایند (مثلا کودکی که در یک جشن تولد اخم کرده است).

نتایج کار آنها نشان داد که کودکان ۷-۵ ساله از شناسایی نشانه های موقعیتی ناتوان بوده و حتی به این نکته توجه نکردند که نشانه های صورت می تواند ناپایدار باشد.

به همین ترتیب گالین (۱۹۵۸) نشان داد که وقتی به کودکان فیلم هایی نشان داده می شود که شخصیت آنها در بعضی از صحنه ها خوب و در بعضی صحنه های دیگر بد نشان داده شده اند، کودکان در هنگام یادآوری آنها را بصورت تک بعدی با واژه های آدم خوب یا آدم بد توصیف نموده اند.

کودکان نمی توانند درک کنند که چگونه تفکرات آنها در مورد دیگران می تواند با تفکرات دیگران متفاوت باشد. بنابراین ادراکات اجتماعی کودکان پیش دبستان بسیار خودمحو رانه، کلی، غیرتمایز یافته و عینی است. تا زمانی که کودکان از نظر روانی توانایی مقایسه و دستکاری مفاهیم ذهنی را پیدا نکرده اند، در درک علت و معلول یا پیش بینی رفتار دیگران خوب عمل نمی کنند. بنابراین مفاهیم اجتماعی که برای بزرگسالان بسیار بدیهی است از عهده ادراک کودکان پیش دبستانی خارج است.

بعضی وقتها والدین و معلمان تلاش می کنند تا با برانگیختن توجه کودکان به انگیزه های پیچیده انسانها و گذاشتن خود بجای دیگران (Self-Reflection) به رشد ادراک اجتماعی کودکان و اصلاح رفتار آنها کمک نمایند. مثلا یک معلم ممکن است از کودک بخواهد تا دوست خود را ببخشد، چرا که او عمدا رفتار خاصی را انجام نداده است، بلکه این کار اتفاقی صورت گرفته است.

پدر یا مادری ممکن است سعی کند تا کودک وی اسباب بازی خود را با کودک دیگری تقسیم کند با این استدلال که اگر تو به خانه آنها می رفتی و او اسباب بازی را به تو نمی داد چه حسی پیدا می کردی؟ اما واقعیت این است که این نوع استدلال اجتماعی هنوز در کودک پیش دبستانی رشد نیافته است.



بطور کلی از کودک پیش دبستان با دنیای خودمحو رانه و عینی که در آن بسر می برد انتظار می رود که تا حدودی مهارت های اجتماعی و شناختی را کسب نموده تا بتواند برای جلب پذیرش همسالان رفتارهای اجتماعی مناسب (مثل نوبت گرفتن، تبادل اسباب بازی، کتک نزدن یا گاز نگرفتن دیگران) را نشان داده و به افتراق و شناسایی هیجانات متفاوت در خود و دیگران بپردازد.

با اینحال کودکان پیش دبستانی اجتماعی شده نسبت به سایر کودکان راهبردهای مناسب اجتماعی بیشتری برای حل و فصل تعارضات اجتماعی روزمره دارند. بعنوان مثال داج، پاتز، پتیت (۱۹۹۰) کودکان را قبل از ورود به مدرسه مورد مصاحبه قرار دادند و به آنها تصویری از تعارضهای روزمره کودکان نشان دادند (مثلا کودکی که می خواهد تاب سواری کند، در حالیکه کودک دیگری روی تاب نشسته است). نتایج آنها نشان داد کودکانی که می توانستند راهکارهای بیشتری برای استفاده از تاب بدون توسل به زور و پرخاشگری ارائه کنند، بیشتر احتمال داشت که در دوران دبستان بتوانند پذیرش همسالان را جذب نمایند.

کودکان پیش دبستانی که کفایت اجتماعی بیشتری نشان می دهند (با ارزیابی هایی که توسط معلم و همسالان آنها صورت می گیرد)، سطوح بالاتری از درک هیجانی نشان می دهند. آنها می توانند در تصاویر ارائه شده تظاهرات هیجانی مختلف و عواملی که منجر به واکنش های هیجانی خاص شده را تشخیص دهند. (دنهام، برتون، ۲۰۰۴).

بعلاوه یک مطالعه نشان داد که توانایی برای تشخیص و نامگذاری تظاهرات هیجانی در کودکان پیش دبستانی پیش بینی کننده میزان سازگاری و رفتار اجتماعی است که توسط والدین و معلمان ارزیابی می شدند (ایزارد و سایرین ۲۰۰۱).

نظریه پردازان چنین فرض کرده اند که توسعه استدلال اجتماعی و مهارت‌های اجتماعی مرتبط به آنها ( از جمله حافظه عملیاتی، کنترل توجه، منع رفتاری) در ایجاد کفایت اجتماعی در خلال دوران پیش دبستان نقش مهمی را ایفا می نماید.

این مهارتها پایه مناسبی برای مهارت خودتنظیمی خصوصا در شرایط تحریک هیجانی محسوب می شود. بنابراین کودکان پیش دبستانی اجتماعی شده بهتر می توانند احساسات و رفتار خود را وقتی هیجان زده یا آشفته هستند کنترل نمایند (آیزنبرگ، فابز ۱۹۹۲) و می توانند تکانه های رفتاری حواس پرتی را در تمرین هایی که نیازمند تاخیر در لذت بردن است کنترل نمایند (راورو سائرین ۱۹۹۹).



بازی کودکان پیش دبستانی مستلزم ناکامی های ملایم (منتظرماندن در صف، مبادله اسباب بازی و...) و گاه تحریکات هیجانی مثبت یا منفی است. کودکان باکفایت می توانند با وجود افت و خیزهای هیجانی تعامل با همسالان، تعادل هیجانی خود را حفظ کرده و بعد از هر عقب نشینی احساسی و نومییدی های ملایم دوباره به حالت طبیعی بازگردند (آیزنبرگ، فابز ۱۹۹۲). برعکس کودکانی که اغلب تحریک پذیر و ناشادند به سادگی از دیگران عصبانی شده و از نظر هیجانی نسبت به تعارض و ناکامی پاسخهای شدید داده و در نتیجه کمتر به عنوان یک همبازی جاذبه داشته و از مقبولیت اجتماعی کمتری در بین همسالان برخوردارند.

## ساختار گروه همسالان

کودکان پیش دبستانی بعضی از همکلاسی های خود را به سایرین ترجیح داده و با آنها روابط دوستانه، نزدیک و پایایی را تشکیل می دهند (گاتمن ۱۹۸۳). با این حال تعاملات کودکان در این سن بسیار انعطاف پذیر بوده و نتایج جامعه سنجی در این موارد بسیار متغیر است (پارکر و سایرین ۱۹۹۵).

به همان نسبت رویدادهای کوچک (نزاع بر سر اسباب بازی) می تواند علاقه به یک کودک همسال را تحت الشعاع قرار دهد. با این حال کینه ها و عداوت ها ناپایدار بوده و تعاملات مثبت اصلاح کننده روابط هستند. سطح نزدیکی و صمیمیت در روابط کودکان پیش دبستان تحت تاثیر تکرار تعاملات بوده و کودکان به ندرت میان سطوح دوستی تمایز قائل می شوند. تمایز خوب میان دوستان از جمله بهترین دوست، دوستان نزدیک، دوستان و یا همراهان تا سنین دبستان ایجاد نمی شود. در این دوران دوستیهای میان دختران و پسران و بازیهای کودکانه بیشتر از سایر سن ها رواج دارد (هارتاپ ۱۹۸۳).

## سالهای دبستان

همچنان که کودکان پا به دوران دبستان می گذارند، روابط آنها با همسالان دستخوش تغییرات اساسی می شود. کودکان پیش دبستانی اوقات خود را در یک محیط باز کلاسی گذارده و از آزادی عمل زیادی در روابط خود با همسالان برخوردارند. با این حال در طی این سالها فعالیت های گروهی وسیع غیرمعمول است. برعکس در دوران دبستان فعالیت های کلاسی ساختاریافته تر و در قالب فعالیت گروهی (از جمله بازیها، ورزش و ...) انجام می شود. استحاله از دوران پیش دبستان از طریق رشد مهارت های استدلال اجتماعی (Social Reasoning) صورت می گیرد. در این دوران برای جلب پذیرش و پرهیز از طرد شدن از طرف همسالان مهارت های خودکنترلی و توانایی منع رفتارهای مشکل ساز و بازیهای قاعده مند و جامعه گرا توسعه می یابند. همچنین طی سالهای دبستان ابعاد مختلف روابط همسالان از جمله دوستی های نزدیک، پذیرش گروهی، طرد همسالان و قربانی شدن از طرف همسالان نیز مطرح می شود.

## تظاهرات رفتاری کفایت اجتماعی

در حالیکه، بازیهای موازی و مهیج از شاخص های دوران پیش دبستان محسوب می شود، روابط همسالان در دوران مدرسه سازمان یافته تر و قاعده مند تر می گردد. مهارت های جامعه گرایانه (مشارکت دادن، کمک کردن و همکاری) که در جهت جلب پذیرش همسالان در سالهای پیش دبستان آغاز می شود در طی سالهای

دبستان نیز ادامه می یابد. نگرش های جامعه گرایانه (مثل مهربانی، فهمیدگی و همدردی) به توصیفات رفتاری این دوران جهت جلب پذیرش همسالان اضافه می گردد (پارکر و سایرین ۱۹۹۵).

هرچند که ظرفیت کنترل رفتارهای پرخاشگرانه و رفتارهای خودتنظیمی در سالهای پیش دبستانی بروز می یابد، با این حال در طی سالهای دبستان رفتارهای خودتنظیمی از طریق بازیهای قاعده مند ایجاد می شوند.

در سال دوم دبستان بروز رفتارهای پرخاشگرانه و رفتارهای بیش فعالانه و بی مبالات قوی ترین شواهد پیش بینی کننده طرد همسالان است (پارکر و سایرین ۱۹۹۵).

بازیهای باقاعده مستلزم منع رفتاری، تمرکز توجه و ظرفیت به تعویق انداختن لذایت است. درک و احترام به قواعد بازی منصفانه، مدیریت فشارهای ناشی از بازیهای رقابتی و پیروی از ساختارهای پیچیده قواعد، کلید مشارکت موفقیت آمیز در بازیهای مدرسه بوده که با حضور بازیکنان متعدد و دستورالعملهای خاص اجرا می شوند. بطور طبیعی در کلاس اول دبستان بازی های پرسرو صدا و خشن و رفتار پرخاشگری کاهش یافته و در سال دوم به کمترین حد خود می رسد (هارتاپ ۱۹۸).

به همین ترتیب رفتارهای پرخاشگرانه ای چون خشم واکنشی سرریز شده و رفتارهای هنجارشکنانه ای چون برهم زدن قواعد بازی، کلک زدن و ورزشکاری ضعیف بیشتر مورد سرزنش همسالان واقع می شود.

علیرغم اینکه بیشتر رفتارهای پرخاشگرانه دوران پیش دبستان بصورت واضح و مشهود است، این رفتارها در دوران دبستان غیرمستقیم و یا رفتارهای وابسته به پرخاشگری مثل محروم کردن، نادیده گرفتن و شایع پراکنی بعنوان اشکال کنترل اجتماعی و سلطه گری نمود پیدا می کند (ژورک و لیت و همکاران ۱۹۹۲).

البته کودکانی که به شکل مفرطی از رفتارهای وابسته به پرخاشگری استفاده می کنند مورد طرد و عدم پذیرش همسالان قرار می گیرند (کریک، گروت پتر ۱۹۹۵).

### **شناختهای اجتماعی و کنش هیجانی**

در طول سالهای گذار به دبستان (۴ تا ۷ سالگی)، گذار از تفکر "پیش عملیاتی" به "عملیات عینی" صورت می گیرد. به همین ترتیب استدلال اجتماعی هیجانی نیز در سالهای میان ۶-۷ سالگی بروز پیدا می کند (هارتر ۱۹۹۸).

در سالهای اولیه دبستان مفهوم "روابط" در ذهن کودکان شکل می گیرد. بدین ترتیب قانونمندی، منطق و پایبندی به قواعد به دنیای کودکان پا می گذارد و آنها می توانند به ترکیب، ادغام و ساماندهی، مفاهیم مختلف، در ابعاد زمان و فضا پردازند.

بچه های دبستانی توصیفات پایدارتری از دیگران نموده و تفاوت‌های بیشتری را میان خود و دیگران تشخیص می دهند (پیورز و سکورد ۱۹۷۳). در این دوران کودکان می توانند به مقایسه های رفتاری پرداخته و میان دونفر و یا فاصله رفتار یک فرد از هنجارهای رفتاری جامعه مقایسه صورت دهند (مثلا نیما سریعتر از پوریا می دود و یا آوا هنرمندترین دختر کلاس است، بارن بریم ۱۹۷۷).

چنین مقایسه هایی مبنای خوبی برای ایجاد استنتاج های انتزاعی درخصوص ویژگی های رفتاری و خصوصیات شخصیتی دیگران است (او کله شق است، همیشه سعی می کند به دیگران دستور بدهد).

ظهور توانایی استنتاج ویژگیهای روانی نهان انسانها کودکان را قادر می سازد تا ادراکات پایدارتری از رفتارهای عینی متفاوت داشته باشند به عنوان مثال در مطالعه گالین (۱۹۵۸) وقتی که به کودکان ۱۰ ساله فیلمهایی نمایش داده می شود که شخصیت‌های آن رفتارهای متضادی از خود نشان می دادند، آنها این تناقضات رفتاری را مانند کودکان ۶ساله انکار نمی کردند(کودکان ۶ ساله این افراد را یا خوب یا بد توصیف می کردند).

جنبه مثبت این ویژگی این است که به کودکان کمک می کند تا دوستی های پایدارتری را پی ریزی نموده، با عدم توافق ها بیشتر کنار آمده و تعهد بیشتری نسبت به دوستان خود نشان دهند (وفاداری و همدردی).

برعکس آنها قادرند تا سوء گیری های منفی پایدار، کینه توزیها مداوم نسبت به همسالان منفور و کارزار(Campaign) سازماندهی شده برای طرد همسالان خود صورت دهند.

در این دوران کودکان می توانند براساس تجارب گذشته خود پیش بینی های اجتماعی انجام دهند. آنها اسنادها و انتظارات سوء گیرانه ای دارند که دنیای اجتماعی آنها را پیش بینی پذیرتر می سازد، اما در عین حال و متاسفانه موقعیت اجتماعی آنها را منجمد و از تحرک اجتماعی آنها می کاهد (هیمل و سایرین ۱۹۹۰). بعنوان مثال داج (۱۹۸۰) موقعیت پژوهشی را ایجاد کرد تا کودکان دبستانی یک رخداد اجتماعی و پیامدهای منفی آنرا ببینند. وقتی که به آنها گفته شد که شروع این رخداد توسط کسی بود که به پرخاشگری شهره داشت، کودکان این واقعه را به نیت بد او مرتبط کردند (او از قصد این کار را کرده است)، اما وقتی که به



آنها گفته شد این داستان مربوط به کسی بود که سابقه پرخاشگری نداشت، کودکان به نیت خوب او اشاره نمودند(او این کار را بصورت اتفاقی انجام داده است)(داج ۱۹۸۰).

کودکان همچنان که رشد می یابند، می توانند رفتارهای اجتماعی خود و اثرات آن را بر دیگران پایش نموده و نقطه نظرات دیگران را نیز دریابند. آنها همچنین قادر به برنامه ریزی قبلی و حل مسائل اجتماعی هستند به نحوی که راه حل های متعددی برای مشکلات اجتماعی در نظر گرفته و قابلیت هرکدام از این راه حل ها را قبل از اقدام به آنها می آزمایند (لاد، میز ۱۹۸۳).

در این دوران کودکی که در درک و تنظیم هیجانی دچار مشکلاتی هستند بیشتر احتمال دارد که در اثر ارتکاب به خشونت و پرخاشگری از سوی همسالان خود طرد یا مورد سوء استفاده قرار بگیرند.

رابطه میان عدم تنظیم هیجانی و سوء استفاده همسالان به یک چرخه معیوب تبدیل می شود. کودکانی که مورد سوء استفاده واقع می شوند از نظر هیجانی بیش واکنشگر بوده و عزت نفس پایین و سطوح بالاتر اضطراب و ناامنی اجتماعی را نشان می دهند. از طرفی طردشدگی و مورد حمله واقع شدن نیز واکنش های هیجانی و احساس ناامنی این کودکان را نیز بیشتر می کند(هودجذ و سایر ۱۹۹۶).

با این حال در این دوران بعضی از کودکان بطور استراتژیک از خشونت و پرخاشگری جهت کسب تفوق اجتماعی استفاده می کنند. همچنین در این دوران بیشتر احتمال دارد که کودکان خشن و پرخاشگر از طرف همسالان خود به انزوا کشیده شوند. عدم تنظیم هیجانات از جمله بی قراری، دمدمی مزاجی، از کوره دررفتن، سطوح پایین درک هیجانی و برون ریزی خشم می تواند به نوبه خود واکنش ها و برخوردهای منفی همسالان را بدنبال بیاورد.(بیرمن و سایرین ۱۹۹۳).

### **سازماندهی گروه همسالان**

در خلال دوران میانی کودکی، روابط همسالان پیچیده تر می شود. در یک سر طیف کودکان دوستان صمیمی و خاص خود را دارند که با سایر دوستان از نظر عمق هیجانی و احساس تعهد تفاوت دارند و در سر دیگر طیف روابط گروهی قرار دارد که عمومیت بیشتری دارد.

پذیرش همسالان از طرد همسالان تفاوت بیشتری پیدا کرده و در عین حال بعضی از کودکان تحت عنوان نه دوست داشتنی و نه منفور تقسیم بندی می شوند (بچه های مورد غفلت قرار گرفته).

سوء استفاده از همسالان در این دوران نیز شکل تازه ای به خود می گیرد. بهترین دوستی های پایدار یا عبارتی رفاقتها در سالهای پایان دبستان با حس بی همتای شفقت و تعهد به یکدیگر شکل می گیرد (فورمن ۱۹۹۶).

بچه های دبستانی بهترین دوستهای خود را از سایر دوستان و همکلاسی ها جدا می کنند. نظریه پردازان رفتارهای اجتماعی این دوران را پایه گذار خوبی برای رشد مهارتهای روابط عاشقانه در بزرگسالی مثل خودافشاگری، صمیمیت، وفاداری و فراهم آوردن حمایت عاطفی می دانند. (پارکر و سایر ۱۹۹۵).

در این دوران کودکان درک پیچیده تری از روابط را کسب می کنند. آنها می دانند که علاوه بر دوستان آنها، سایر همکلاسیها نیز حضور دارند که بعضی محبوب یا مطرود همسالان هستند. همچنین موقعیت اجتماعی کودکان بیشتر تثبیت می شود و در طی سالها پذیرش و طرد همسالان ثبات بیشتری پیدا می کند.

در این دوران یک نوع سوء استفاده هدفمند شکل می گیرد. در دوران پیش دبستانی هر کودکی می تواند در معرض خشم و خشونت قرار بگیرد، در دوران دبستان تنها کودکان آسیب پذیر مورد سوء استفاده واقع می شوند. (مانکز و سایرین ۲۰۰۵). در دوران میانی کودکی قلدری ها بیشتر انتخابی و متمرکز صورت گرفته و کودکان خاص یا قربانیان مزمن را مورد هدف قرار می دهد (مانکز و سایرین ۲۰۰۵).

کودکانی که از نظر عاطفی نرم، گوشه گیر و حرف شنو باشند، بیشتر در معرض قلدری سایر کودکان قرار می گیرند (هوجر و سایرین ۱۹۹۶).

## نوجوانی

در اوایل نوجوانی، بیشتر کودکان تغییر بارزی در ساختار اجتماعی مدرسه خود تجربه می کنند.

آنها کلاس های درس ابتدایی و کوچک را با مدارس متوسطه و دبیرستان عوض می کنند (اسکل ز و سایرین ۱۹۹۸).

همگام با این تغییرات بافت همسالان وسیع تر، پایش و نظارت بزرگسالان کمتر و کلیشه ها و تجمع های گروههای همسالان و تأثیر آنها بر یکدیگر شکل دیگری به خود می گیرد. (براون و سایرین ۲۰۰۳).

در این دوران روابط عاشقانه نیز بروز می یابد. از طرفی دیگر ظرفیت برقراری ارتباط راحت در گروههای هم جنس نیز به عنوان وجه دیگری از کفایت اجتماعی بروز پیدا می کند.

## تظاهرات رفتاری کفایت اجتماعی

در دوران نوجوانی تعاملات همسالان بیشتر با فعالیت های مشترکی مثل ورزش های سازمان یافته، کلوپ های سرگرمی، گروه های موسیقی، گروه های مذهبی، خرید، تکلیف منزل یا حتی ملاقات در منزل شکل می گیرند.

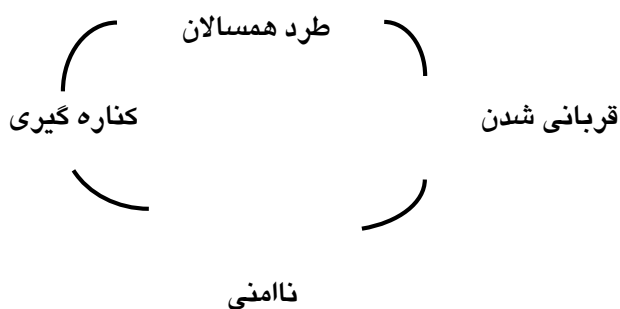
در این دوران دوستی اهمیت ویژه ای پیدا می کند چرا که نوجوانان اعتبار شخصی خود را در روابط صمیمانه جستجو می کنند (نورمن ۱۹۹۶). دوستی های صمیمانه همراهی و حمایت عاطفی بدنال می آورد و این موضوع به آنها کمک می کند تا از وابستگی عاطفی به والدین فاصله گرفته و به عنوان یک فرد بالغ عملکرد مستقلانه ای داشته باشند. روابط دوستانه در اشکال روابط دو نفره و یا شبکه های اجتماعی تظاهر می یابد که بسیاری از نوجوانان متوسطه و دبیرستانی را به یکدیگر پیوند می دهند (مثلاً گروه محبوب ها، گروه شوخ ها، گروه مخ ها و ...) (براون و کوت ۲۰۰۳).

در این دوران مهارتهایی مثل ارتباط و گفتمان و وجاهت اجتماعی از اهمیت ویژه ای برخوردار است. مهارتهای ارتباطی (مثل صحبت کردن، خودافشارگری و قابلیت اعتماد) در محوریت سایر مهارتها قرار دارند.

برعکس عدم پذیرش در جمع همسالان و همچنین آسیب پذیری برای مورد سوء استفاده واقع شدن هزینه ای است که نوجوان برای کناره جویی اجتماعی و انفصال از دیگران می پردازد. (لاورمن و سایرین ۱۹۹۶)

در دوران نوجوانی کناره گیری اجتماعی کمتر از سنین پایین تر طبیعی محسوب می شود و نشانگر واکنش نوجوان به تجربه تعاملات منفی با همسالان در سنین پایین تر است.

این رفتارها با احساسات اضطراب اجتماعی و بی کفایتی آمیخته شده و یک سیکل طرد همسالان، قربانی شدن و بدنال آن ناامنی و کناره گیری بیشتر را بوجود می آورد (رابین و سایرین ۱۹۹۸)



حرکت از سن دبستان به دوران راهنمایی و دبیرستان همراه با رشد فزاینده بروز رفتارهای قلدری و قربانی شدن است (ژنون و سایرین ۲۰۰۰).

بسیاری از نوجوانان در سنین اولیه نوجوانی بعضی از انواع قربانی شدن را تجربه می کنند.

بنابراین در این دوران ایجاد ظرفیت برای شناسایی و عبور از وضعیت های اجتماعی پیچیده برای دستیابی به حمایت دوستان، پیدا کردن نقاط امن و انطباق موثر با فشارهای گروهی از نکات حساس ضرورت یادگیری کفایت اجتماعی است.

اگرچه در این دوران نیز رفتارهای پرخاشگرانه منجر به طرد از همسالان می شود، اما ساختار اجتماعی بزرگتر دوران راهنمایی و دبیرستان اقتضاء می کند که بعضی گروههای خلاف کار نیز شکل بگیرد.



در این شرایط نوجوانانی که کمتر جذب مدرسه شده اند به هم نزدیک شده و برای کسب لذت بیشتر به رفتارهای پرخطر رو می آورند. ماهیت این رفتارها می تواند ضد اجتماعی و مشوق پنهان کاری از جمله فرار از مدرسه، دزدی یا استعمال مواد باشد (دیشمیون و سایرین ۱۹۹۵).

در این دوران پدیده محبوبیت درک شده نیز بروز می یابد.

نوجوانانی که نزد همسالان خود محبوب اند کسانی هستند که از ارتباط اجتماعی و موقعیت رهبری بالایی برخوردارند. این افراد لزوماً افراد دوست داشتنی نیستند و حتی ممکن است در بعضی موارد برای برتری جویی به خشونت و پرخاشگری نیز متوسل شوند، اما در عین حال وضوح و نفوذ اجتماعی زیادی دارند. (سیل اسن و سایرین ۲۰۰۵)

کودکان خصوصاً دختر بچه ها که محبوبیت بالایی دارند ممکن است از رفتارهای مرتبط با خشونت مثل طرد و یا شایعه پراکنی برای کسب برتری اجتماعی استفاده نمایند. اما همین رفتارها نیز سطح محبوبیت آنها را در میان همسالان پایین می آورد (سالمی ولی و سایرین ۲۰۰۰)

علازغم این که محبوبیت اجتماعی (دوست داشتنی بودن از نظر بسیاری از همکلاسی ها) نشانگر سطح بالایی از مهارتهای جامعه گرایانه و کفایت اجتماعی است، اما محبوبیت در چشم دیگران بیشتر از آنکه مدیون مهارتهای اجتماعی باشد در گرو برتری و وضوح اجتماعی آن فرد است.

### **ساخت های اجتماعی و کنش هیجانی**

به موازات تغییراتی که در ماهیت و ساختار روابط نوجوانان بوجود می آید، تغییراتی نیز در انتظارات اجتماعی و تواناییهای استدلال آنها ایجاد می شود.

در سالهای ۱۴-۱۱ سالگی همگام با بلوغ توانایی نوجوان بر استدلال مرسوم و انتزاعی بروز می یابد. نوجوانان از طریق مهارتهای انتزاعی که کسب کرده اند به ویژگیهای شخصیت و همچنین رفتار عینی دیگران توجه می کنند. مثلاً شوخ طبعی، سرزنده گی، شادی، ورزشکار و باهوش بودن از جمله مشخصاتی است که آنها برای توصیف خود و دوستان می برند.

در این دوران نوجوانان بدنبال علایق مشترک با دوستان خود هستند. آنها در عین حال که نگران کارهایی هستند که دوستانشان می توانند انجام دهند، نگران نوع شخصیت آنها نیز می باشند. در این زمان نوجوانان با تفاوتها و تنوع های اجتماعی راحت تر برخورد می کنند. آنها می توانند از حد انتظارات غیر قابل انعطاف و قاعده محور سنین دبستان فراتر رفته و استانداردهای اجتماعی که ممکن است تحت شرایط و همچنین افراد مختلف متفاوت باشند را مد نظر قرار دهند.

همانطور که نوجوانان توانایی بیشتری برای استدلال مرسوم و انتزاعی کسب می کنند بیشتر از مقایسه خود با استانداردهای مطلق به مقایسه خود با دیگران می پردازند (مثل ارزیابی های مقایسه ای).

توانایی استدلال به آنها اجازه می دهد که درک کنند که همسالان نیز آنها را ارزیابی می کنند و در نتیجه به سرعت دچار نگرانی از محتوا و ارزش این ارزیابی ها می گردند (ارزیابی های انعکاسی) (پارکر و سایرین ۱۹۹۵)

به همین منوال آسیب پذیری نوجوانان به نفوذ همسالان خصوصاً در زمینه نحوه لباس پوشیدن و رفتار اجتماعی در این دوران افزایش می یابد.

پذیرش یا طرد از گروه همسالان گاهی اوقات ضربات جبران ناپذیری بر ارزیابی آنها از ارزش خود ایجاد می نماید. به عنوان مثال وقتی از نوجوانان سوال می شود که طرد شدن از سوی همسالان چه عواقبی خواهد داشت آنها به از دست دادن رفاقت، هیجانانگیز و حمایتی که از طریق همراهی آنها بدست می آید اشاره می کنند اما دانش آموزان مقطع راهنمایی در مقایسه با دانش آموزان کلاس ۵ دبستان بیشتر احتمال دارد که طرد همسالان را به بی ارزشی خود نسبت دهند (اگر آنها تو را نپذیرند، ممکن است فکر کنی که در تو یک عیبی وجود دارد و اینکه تو به اندازه کافی خوب نیستی، در این شرایط احساس می کنی که تو را دور انداخته اند. نتایج مصاحبه با نوجوانان - ابرین و بیرمن ۱۹۸۸).

نوجوانانی که با اجتماع خود ارتباطی ندارند علاوه بر احساس تنهایی احساسات پیچیده تر فشار در غالب اضطراب، گناه و بیگانگی را نیز تجربه می نمایند.

به علاوه، نرخ اضطراب اجتماعی (مثل ترس مفرط از موشکافی دیگران و شرایط بالقوه خجالت آور) در دوران پیش از نوجوانی و سالهای اولیه نوجوانی افزایش می یابد که می تواند زمینه ساز اختلال ترس اجتماعی (social phobia) باشد که در سن ۱۵ سالگی به بیشترین حد خود می رسد (من سینی و سایرین ۲۰۰۵).

هرچند که شرکت در بازیهای گروهی در سنین دبستان به سادگی صورت می گیرد اما ساختار اجتماعی پیچیده و ارتباط محور دوران نوجوانی به تلاش های بیشتری برای شروع و تداوم ارتباط و تعامل کلامی نیاز دارد (پارکر و سایرین ۱۹۹۵).

نگرانی مفرط نوجوانان از اینکه دیگران در مورد آنها چه فکری می کنند می تواند باعث کاهش روابط آنها گردد. از طرفی کاهش سطح ارتباط که به دلیل نگرانی از قضاوت های دیگران ایجاد می شود می تواند آسیب پذیری نوجوان را به قربانی شدن توسط دیگران افزایش داده و فرصت های اجتماعی شدن و رشد مهارت های جامعه گرا را در آنها کاهش دهد.

دختران نوجوان نسبت به پسران سطوح بیشتری از اضطراب اجتماعی را نشان می دهد و همچنین دختران نگرانی های خود را بیشتر از پسران با دوستان خود در میان می گذارند. به همین نسبت نیز آنها بیشتر از

پسران از استرس های ناشی از تازه شده مشکلات از طریق تمرکز بر احساسات منفی و نشخوار پیاپی آن رنج می برند (رز ۲۰۰۲).

برعکس پسران به رفتارهای کناره جویی بیشتر واکنش نشان داده به نحوی که کناره جویی اجتماعی در پسران نوجوان را می توان به عنوان یک عامل خطر جدی روان شناختی شناخت. کناره جویی اجتماعی می تواند باعث کاهش کفایت اجتماعی و شناختی، دم دمی مزاجی و عزت نفس پایین در پسران گردد. (موریسون و سایرین ۱۹۹۱).

پسران بیشتر از دختران احتمال دارد که قربانی خشونت جسمی شدید و مکرر در دوران راهنمایی گردند (یوونن ۲۰۰۰).

### سازماندهی گروه همسالان

سلسله مراتب اجتماعی که شاخص گروههای همسال در دوران نوجوانی است در اثر گستردگی گروه همسالان و همچنین کنش عالی استدلال اجتماعی و آگاهی اجتماعی نوجوانان ایجاد می شود. به عنوان مثال وقتی از کودکان دبستانی خواسته شد تا گروهها را در مدرسه توصیف کنند آنها با این مفهوم آشنایی زیادی نداشته و بیشتر سعی می کردند تا مفهوم گروه با نوع آن مشخص گردد. (گروه؟ منظور شما چیست؟ آیا منظورتان گروه های قرائت (reading) است؟ مصاحبه با کلاس پنجمی ها، اوبرین و بیرمن ۱۹۸۸).

در دوران راهنمایی نوجوانان می توانند به راحتی گروه های اجتماعی، عضویت در گروه، نام های گروهها، و هنجارها و نگرش های گروههای مختلف را توصیف نمایند (مثلا گروه مخ ها باهوش و پابند موفقیت تحصیلی هستند، گروه ورزشکارها که خیلی به ورزش و قرار و مدارهای عاشقانه علاقه مندند) اوبرین و بیرمن ۱۹۸۸).

البته همه نوجوانان به عضویت گروههای همسالان در نمی آیند. حدود ۱۰ تا ۴۰٪ نوجوانان عضو هیچ گروهی نیستند (براون و کلویت ۲۰۰۳).



مطالعات نشان می دهد که دوستی های پرکیفیت، عضویت در گروه و فعالیت در برنامه های درسی و غیردرسی علاوه بر ایجاد وابستگی گروهی و جایگاه اجتماعی از عوامل محافظت کننده اجتماعی شدن (social engagement) است. انزوای اجتماعی، قربانی شدن توسط همسالان و وابستگی های توأم با انحراف از عوامل خطر اجتماعی این دوران است.

## کاربرد مفاد فصل برای ارزیابی مهارت اجتماعی

ارزیابی کفایت اجتماعی کودک مستلزم یک رویکرد چند وجهی به گروه‌های سنی است (بیرمن، ۲۰۰۴).

کودکانی که از عدم سازگاری اجتماعی رنج می‌برند ممکن است افراط و تفریط اجتماعی-شناختی، مشکلات عاطفی یا انگیزشی و اختلال یا سوگیری شناختی-اجتماعی داشته باشند. به علاوه موفقیت اجتماعی فقط با عوامل بالا رقم نمی‌خورد بلکه ماهیت بافت اجتماعی، انتظارات و بازخوردهای همسالان نیز در آن تأثیر دارد.

از آنجایی که تغییرات رشدی بر همه واکنش‌های اجتماعی تأثیر می‌گذارد بنابراین، این مهارتها در طول دوره‌های پیش دبستان، سالهای میانی کودک و نوجوان شکل متفاوتی به خود می‌گیرند.



## ضمایم فصل

### چک لیست

#### چالش ها و تغییرات اجتماعی در گروههای سنی

##### سألهای پیش دبستان

مهارتهای اصلی: معارفه جامعه گرا (سلام، احوالپرسی ...) رعایت قواعد بازی گروهی (به راحتی بازی کردن، رعایت نوبت، پاسخ به درخواست ها و توصیه های هم بازی ها و لذت بردن از بازی با آنها)

ممانعت از پرخاشگری (البته پرخاشگری گاه بگاه هنوز طبیعی محسوب می شود)

درک هیجانی (شناسایی و نام گذاری احساسات اولیه)

دانش کافی از راهبردهای جامعه گر برای حل تعارضات (خصوصاً راهبردهایی برای تبادل اسباب بازی ها و ابزارها، مدیریت عدم توافق در بازی)

بافت همسالان: تخیلات گروهی یا مشترک میان دو نفر و انجام بازی های سازنده

چالش های اجتماعی: معارفه (سلام و احوالپرسی)، جلب پذیرش همسالان

منابع اصلی ارزیابی: والدین و مربیان

##### سألهای مدرسه

مهارتهای اصلی: رفتارهای جامعه گرا: تبعیت از قواعد بازی/قواعد بازی خوب، کنترل خود-حمایت دوستانه، خودتنظیمی (self regulation)، کنترل پرخاشگری و هیجانات، تحمل برای ناکامی، مهارتهای تمرکز و توجه تعداد و کیفیت دوستی های نزدیک (آشکار و غیرمستقیم)، وضعیت اجتماعی در گروه (پذیرش یا طرد شدن)،

**بافت همسالان:** دوستی های دو نفره و یا گروههای کوچک، بازی های گروهی یا رقابتی

**منابع فرعی:** گزارش های شخصی کودکان (سطح حمایتی و صمیمیتی که در روابطشان گزارش می کنند، احساس تنهایی، قربانی شدن)

**چالش های اجتماعی:** پذیرش از طرف همسالان، پرهیز از طرد یا قربانی شدن دوستی های نزدیک دو طرفه و حمایت گرانه

**منابع اصلی ارزیابی:** معلمین، همسالان

## **نوجوانی**

**مهارتهای اصلی:** مهارتهای محاوره، مهارتهای روابط صمیمانه (وفاداری، هم دردی)

مهارتهای تصمیم گیری اجتماعی (دیدن چشم انداز، حل مسئله)

**بافت همسالان:** دوستی های نزدیک، شرکت در گروههای فعالیت محور یا علاقه کور، شرکت در جمع یاران، شرکت در سایر گروهها

**چالش های اجتماعی:** مدیریت گروههای اجتماعی، استمرار دوستی های نزدیک، پیدا کردن موقعیت اجتماعی، پرهیز از قربانی شدن، پاسخ مناسب به نفوذ همسالان

**منابع اصلی ارزیابی:** معلمین، همسالان، ارزیابی شخصی

## نمونه آموزش مهارت‌های اجتماعی به کودکان دبستانی

مهارت‌های اجتماعی اولیه

نویسنده : سهیلا امیدنیا

قبل از مطالعه این مجموعه ضمن پاسخ به سوالات ذیل، کادر دور آن را قیچی نموده و آنرا به معلم یا مربی خود تحویل دهید:



.....

.....

نام و نام خانوادگی ( اختیاری )	پیش آزمون مهارت‌های اجتماعی ۱ (است).....
<p>۱. آیا می‌توانید حداقل دو فایده مهارت‌های اجتماعی را برشمردید؟</p> <p>۲. آیا می‌توانید بگویید که مطالعه این مجموعه بیشتر به نفع چه کسانی است؟</p> <p>۳. آیا می‌توانید بگویید مهارت‌های اجتماعی ساده مهمتر هستند یا مهارت‌های اجتماعی پیچیده؟</p> <p>۴. آیا می‌توانید چند مهارت ساده اجتماعی و کاربرد آنها را برشمردید؟</p>	



.....

.....

مهارت‌های اجتماعی مهارت‌هایی هستند که بایستی آنها را برای کنار آمدن با دیگران بیاموزیم. این مهارت‌ها ما را از تنهایی و افسردگی نجات داده و به فردی شاد و موفق تبدیل می‌نماید.

تحقیقات نشان می‌دهد کسانی که از نظر اجتماعی قابلیت بیشتری دارند مورد توجه و علاقه اطرافیان بوده و دوستانشان در هنگام سختی و نیاز به راحتی به کمک آنها می‌شتابند. افرادی که اجتماعی تر هستند عزت نفس بیشتری داشته و بهتر می‌توانند قابلیت‌های درونی خود را آشکار نمایند.

البته این مهارت‌ها از نظر سطح دشواری متفاوتند. برخی از این مهارت‌ها ساده تر و برخی پیچیده تر هستند. مثلاً سلام و خداحافظی کردن مهارت‌های تاثیر گذاری هستند که به سادگی قابل یادگیری هستند. اما مهارت‌هایی که در هنگام اختلاف نظر و تضاد برای رسیدن به توافق باید بکار گیریم کمی پیچیده تر هستند. با این حال خبر خوب این است که این مهارت‌ها چه آسان و چه سخت، آموختنی بوده و ما می‌توانیم با کمی تمرین و حوصله به آنها دست یابیم.

در این مجموعه سعی خواهیم کرد تا این مهارت‌ها را به شما معرفی کنیم. به همین جهت مهارت‌های ساده را در ابتدا مطرح نموده و مهارت‌های متوسط و پیچیده را در مجموعه های بعدی مطرح می‌کنیم.

در این برگه آموزشی از تصاویر و رنگها استفاده می‌کنیم تا بهتر بتوانیم مفاهیم و پیام‌ها را به شما منتقل کنیم.

در ابتدا و انتهای هر مجموعه چند سوال کلیدی وجود دارد که به شما توصیه می‌شود آنها را قبل و بعد از مطالعه پاسخ دهید.

توصیه ما این است که این بخش را از مجموعه جدا کرده و به معلم اتان ارایه دهید. توجه کنید نوشتن اسم در بالای این بخش الزامی نیست ولی در صورت وجود اسم در این بخش ممکن است از فرصت‌های آموزشی و تفریحی مدرسه یا مرکز فرهنگی خود بهره مند شوید.

این مجموعه بیشتر مناسب افراد ذیل است :

- افراد کمرو و خجالتی
- افرادی که دوست دارند دوستان بیشتری داشته باشند ولی نمی دانند چگونه دوستان جدیدی پیدا کنند.
- کسانی که اغلب در میان جمع احساس ناراحتی می کنند.
- بعضی وقتها از صحبت کردن در جمع طفره می روند.
- احساس تنهایی می کنند.
- وقتی که به کمک و حمایت کسی نیاز دارند کسی را پیدا نمی کنند که آنها را حمایت نماید.

### مهارتهای اجتماعی اولیه

مهارتهای ذیل مهارتهای ساده ای هستند که برای شروع و تداوم هر رابطه لازم و ضروری هستند. و معمولاً ما از این مهارتها در رابطه با افرادی که زیاد آنها را نمی شناسیم و یا از آنها شناخت سطحی داریم (صمیمانه نیست) استفاده می کنیم.

توجه کنید گاهی اوقات فقدان مهارتهای ساده و پایه منجر به این می گردند که ما اصلاً نتوانیم با دیگران ارتباط برقرار کرده و یا رابطه خود را با آنها حفظ نماییم.

### مهارتهای گفتاری و کرداری ۱:

- ❖ گفتن سلام و خداحافظ در هنگامی که کسی را ملاقات میکنیم .
- ❖ لبخند زدن وقتی که با دیگران سلام و احوالپرسی می کنیم.
- ❖ نگاه کردن به طرف مقابل ، وقتی که با ما حرف می زنند و یا ما با آنها حرف می زنیم.
- ❖ خیره نگاه نکردن به دیگران و وقتی که کسی را به طور اتفاقی می بینیم.
- ❖ گفتن لطفاً و متشکرم وقتی که درخواستی داریم و یا وقتی که درخواستمان اجابت می شود.
- ❖ گفتن ببخشید و معذرت می خواهم وقتی که ممکن است موجب رنج و زحمت کسی شویم و یا بدون قصد باعث رنج و عذاب کسی شده ایم.

## بازی ۱:

با یکی از دوستان خود این بازی را تمرین کنید. برای اجرای بهتر این بازی می توانید از کمک مربی و یا مراجعه به راهنمای آموزش این بازی کمک بگیرید.

در یک فاصله یک متری روبروی دوست خود قرار بگیرید. هر کدام از شما جداگانه لیست ذیل را پر کرده و پس از آن به ترتیب ذیل بازی کنید:

ابتدا دوست شما موقعیت شماره یک خود را بخواند و شما سریع پاسخ دهید که در آن موقعیت بایستی چه رفتاری نشان داد. سعی کنید هم رفتار مورد نظر را شرح دهید و هم آنرا نمایش دهید. در این قسمت دوست شما ضمن تایید یا رد رفتار یا بازی شما در چک لیست خودش به شما نمره می دهد.

به همین ترتیب جای خود را با یکدیگر عوض کنید. یعنی در این مرحله شما موقعیتی را که یادداشت نموده اید را برای دوستان بخوانید و به پاسخ های اونمره بدهید. و به همین ترتیب تا پایان لیستهای خود این کار را تکرار کنید.

در این مرحله نمرات دو لیست را باهم مقایسه کنید.

مسئله یکی از لیستها قویتر بوده است. این لیست لیستی است که بیشترین موقعیت و بیشترین پاسخ های صحیح را دارد. بنابراین کسی برنده یا بازنده نمی شود. برنده واقعی کاملترین لیست است که نشانگر بهترین همکاری و هماهنگی است.

در این جا به یک لیست نمونه که توسط حسام پر شده است توجه کنید. در ستون اول حسام موقعیت هایی را که به نظرش رسیده است را لیست کرده است. در ستون دوم حسام پاسخ های دوستش پیمان را یادداشت نموده است.

پاسخ (پیمان)				موقعیتهای
نمره	رفتاری	نمره	کلامی	اجتماعی مربوط به مهارتهای گفتاری و کرداری ۱
۱ (بد نیست)		۱ (بد نیست)		
۲ (متوسط)		۲ (متوسط)		(حسام)
۳ (عالی)		۳ (عالی)		
۳	با صدای رسا می گویم بچه ها سلام	۳	به همه سلام می کنم.	وقتی وارد کلاس می شوم:

۲	می گویم خوبم ، بد نیستم ، یا عالی هستم. خوب شما چطور هستید؟	۲	کمی از خودم می گویم و بعد من هم احوال اورا می پرسم.	وقتی کسی احوال را می پرسد:
۱	آهسته می گویم از دوستان مهدی خبری داری؟	۱	سرم پایین است.	وقتی بامجید صحبت می کنم :
۳	سرم را بالا می گیرم و به سمت جلو نگاه می کنم .سعی می کنم به کسی خیره نشوم.	۳	ناراحت نشوند	وقتی توی خیابان را ه می روم مردم را طوری نگاه می کنم که ::
۳	به اونگاه میکنم و با لبخند به او می گویم که چه در خواستی دارم.	۳	می شود خواهش کنم یک لیوان آب به من بدهی؟	وقتی چیزی را از کسی می خواهم می گویم:
۳	به او تنه نمی زنم و قبل از اینکه از سر راهم کنار نرود از کنار او رد نمی شوم.	۳	ببخشید یا معذرت می خواهم	وقتی توی پیاده روی باریک پشت سر کسی راه می روم و قصد دارم که پشت سر او باقی نمانم می گویم :
۱۵		۱۵		جمع نمرات

مهارتهای گفتاری و کرداری ۲ :

- ❖ علاقه نشان دادن به احوال دیگران از طریق احوالپرسی از آنها و خانواده اشان(در صورتیکه خانواده آنها را می شناسیم )
- ❖ استفاده از سوالهای ساده برای برقرای ارتباط با دیگران از جمله پرسیدن چگونگی سپری شدن اوقات آنها در طی روز ، امتحانات ، تعطیلات و یا مهمانی ها .
- ❖ تکان دادن سر و گفتن واژه هایی مثل ، بلی و آهان برای نشان دادن توجه شما به گفتار و کلام دیگران
- ❖ رعایت نوبت کسانی که زودتر از ما به جایی وارد شده اند.
- ❖ گوش کردن به سخنان دیگران و قطع نکردن کلام دیگران وقتی که در حال صحبت کردن هستند.
- ❖ اولویت حق سالمندان و کودکان دراستفاده از خدمات عمومی مثل نشستن بر صندلی های اتوبوس ، مترو و غیره.

## بازی ۲

نظیر بازی ۱ را برای مهارتهای گفتاری و کرداری ۲ انجام دهید .

## مهارتهای گفتاری و کرداری ۳ :

- ❖ رعایت فاصله فیزیکی و حفظ حریم افراد( نبایستی خیلی به دیگران نزدیک شده و خیلی فاصله بگیریم).
- ❖ رعایت میزان خود افشا گری ( صحبت راجع به موضوعات شخصی و خصوصی) متناسب با درجه آشنایی و صمیمیت با فرد مخاطب
- ❖ پرهیز از شنود مکالمات تلفنی دیگران یا نگاه کردن به حریم خصوصی آنها مثلا نگاه کردن به رمز بانکی آنها در هنگام استفاده از خودپردازهای بانکی و....
- ❖ پرهیز از صحبت و قضاوت کردن در مورد اعمال و رفتار دیگران بدون اجازه و آگاهی آنان
- ❖ استفاده از طنز به جا و مناسب برای تلطیف فضای محاوره و شکستن یخ های ارتباطی

## بازی ۳

نظیر بازی ۱و ۲ را در مورد مهارتهای گفتاری و کرداری ۳ انجام دهید.

ما تا اینجا به چندین مهارت اساسی و پایه برای برقراری ارتباط با دیگران اشاره نمودیم .آیا مهارتهای دیگری هست که شما بخواهید به آنها اشاره نمایید در این صورت می توانید آنها را در جدول ذیل قید نموده و این بخش را جدا نموده وبا ذکر نام خود به معلم یا مربی خود تحویل دهید.





.....

نام آرایه دهنده: .....	مهارتهای اجتماعی	
.....		۱
.....		۲
.....	...	...
.....		۳
.....		۴



.....

منابع:

- 1- Nangel Douglas W, Hansen David J, Erdley Cynthia A, Norton Peter J (2010) "Practitioner's guide to Empirically Based Measures of Social Skills" ABCT Clinical Assessment Series, Springer
- 2- Smith Peter K, Hart Craig H(2014) "Childhood Social Development" Hand book of Developmental Psychology, Second Edition, Wiley Blackwell

# دستورالعمل‌های اجرایی مدل اجتماع محور ارتقای سلامت اجتماعی

تهیه و تنظیم:

دکتر حبیب‌اله مسعودی فرید

سهیلا امیدنیا

عبدالرضا اسدی

مهرو محمدصادقی

۱۳۹۲

## صفحه

## فهرست مطالب

۲	چارچوب دستورالعمل
۳	اهداف
۳	تعریف مفاهیم
۶	مرحله الف استقرار مدل (آماده سازی)
۱۴	مرحله ب استقرار مدل (شناخت)
۱۶	مرحله پ استقرار مدل (اجرا و ارزشیابی)
۱۹	دستورالعمل شماره ۱_ تشکیل کمیته محلی
۳۳	دستورالعمل شماره ۲_ نیازسنجی
۴۲	دستورالعمل شماره ۳_ تدوین سند ارتقاء سلامت اجتماعی
۴۴	دستورالعمل شماره ۴_ پروژه نویسی

## چارچوب دستورالعمل

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

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

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

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

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

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

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

## اهداف اصلی مدل

### ارتقای سلامت اجتماعی مردم محله پیشگیری از آسیب های اجتماعی محله

## اهداف کاربردی مدل

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

## تعریف مفاهیم

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

با توجه به افزایش روز افزون مشکلات و آسیب‌های اجتماعی از یک سو و نیز نقش سازمان‌های مردم‌نهاد، تشکل‌های محله‌ای و رویکرد‌های اجتماع‌محور در کنترل و پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی، ارتقای سلامت اجتماعی و سرمایه اجتماعی از سوی دیگر، نیاز مبرم به طراحی و استقرار یک مدل اجتماع‌محور را بیش از پیش مطرح می‌نماید. در بسیاری از کشورها استفاده از رویکردهای اجتماع‌محور تأثیرات مناسبی داشته است و توسعه این مدل‌ها می‌تواند به مشارکت بیشتر مردم و سازمان‌های غیردولتی در برنامه‌ریزی‌های سلامت و نیز توسعه همکاری بین‌بخشی بین بخش غیردولتی و دولتی منجر گردد و در نهایت به هم‌افزایی اقدامات حوزه سلامت منجر گردد. مدل پیشنهادی این پروژه بر اساس انواع مدل‌های برنامه‌ریزی در حوزه سلامت عمومی و همچنین روش‌های برنامه‌ریزی و ارزشیابی اجتماع‌محور، طراحی شده است. با اجرای این مدل می‌توان با تعامل مناسب بین دولتی‌ها و غیردولتی‌ها؛ به تخصیص بهینه منابع، مبتنی بر نیاز و مبتنی بر شواهد عمل نمودن برنامه‌ها، استفاده از داشته‌های موجود و گسیل منابع محلی، به ارتقای سلامت مردم از جمله سلامت اجتماعی آنها کمک نمود. مطالعات متنوعی در مورد مشکلات اجتماعی از قبیل اعتیاد، خودکشی، خشونت و سایر موارد انجام شده است. در این بخش ضمن معرفی مراحل استقرار مدل، در هر قسمت به بیان پیش‌نیازها، اهداف و جنبه‌های مورد توجه در هر قسمت می‌پردازیم.

## مرحله الف (آماده سازی)

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

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

### اقدامات لازم برای مرحله آماده سازی

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



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

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

-مبانی و اصول برنامه های اجتماع محور

-مفاهیم مرتبط با سلامت اجتماعی

-رهیافت های مشارکتی و کار در محله

-حمایت طلبی و تکنیکهای آن

-تسهیلگری

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

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

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

#### **۴- مذاکره با شهردار و فرماندار و تعیین محله**

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

**الف- آسب خیز باشد**

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

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

#### ۵- بازدید محله و تشکیل تیم محلی:

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

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

- ۱- تشکیل زیر کمیته های محلی: از قبیل جوانان، زنان، آموزش، ورزش و غیره
- ۲- برگزاری نشست های محلی و یا نشست های مناسبتی و کسب نظرات مردم
- ۳- انجام طرح نظرسنجی و جلب مشارکت مردم

#### شرح وظایف کمیته محلی:

- ۱- اطلاع رسانی و آگاهسازی مردم محله در مورد این پروژه
- ۲- همکاری در انجام نیازسنجی محلی
- ۳- همکاری در شناسایی آسیب های اجتماعی محله
- ۴- تشکیل جلسات کمیته محلی به طور مستمر
- ۵- راه اندازی زیر کمیته های مختلف در محله جهت جذب سایر اهالی و استفاده توانمندی های محلی در راستای ارتقای سلامت اجتماعی
- ۶- شرکت نمایندگان کمیته محلی در جلسات کمیته راهبری
- ۷- پی گیری انجام وظایفی که بر اساس مصوبات کمیته راهبری بر عهده کمیته محلی می باشد

۸- همکاری در اجرای پروژه های عملیاتی که بر اساس نیازسنجی محلی و تأیید کمیته راهبری مشخص شده است.

۹- همکاری در ارزشیابی پروژه های اجرایی

## ۶- آماده سازی مردم و آگاهسازی

همان طور که در بخش قبلی بیان گردید یکی از وظایف کمیته محلی ، آگاهسازی می باشد. تعداد زیادی از برنامه های اجتماع محور محلی به دلیل عدم توجه به آماده سازی مردم ، با شکست روبرو می گردند . آماده سازی مردم محله منجر به پذیرش بیشتر آنها ، مشارکت بیشتر ، و بهره مندی بیشتر آنها از اقدامات انجام شده محلی می گردد. جهت آماده سازی مردم می توان از روش های زیر استفاده کرد.

-استفاده از شورای محل

-شرکت در مراسم مذهبی ، مساجد و حسینیه ها جهت اطلاع رسانی

-از طریق انجمن اولیاء و مربیان مدارس محله

-بسیج محله

-سایر سازمان های مردم نهاد و تشکل های محلی موجود ، فعال و مورد اطمینان مردم محله

-مرکز بهداشت و رابطین بهداشتی

-پایگاه خدمات اجتماعی (وابسته به سازمان بهزیستی)

در این اطلاع رسانی باید درباره اهداف طرح و اهمیت موضوع ، نقش مهم مردم، تجارب سایر استان ها و نحوه انجام کار به آگاهسازی پرداخت.

## ۷- تشکیل کمیته راهبری Steering Committee

کمیته راهبری در واقع ، حلقه اتصالی بین کمیته محلی و مسئولین می باشد. کمیته راهبری ، گامی است مهم و ارزشمند در نهادینه سازی ، ساختارمند نمودن و هدفمند نمودن نحوه ارتباط بین کمیته محلی و مسئولین . کمیته راهبری متشکل از نمایندگان کمیته محلی (۴نفر) و مسئولین مرتبط با سلامت اجتماعی و آسیب های اجتماعی در سطح شهرستان می باشد.

وظایف کمیته راهبری

-تصویب نهایی نتایج نیازسنجی و اولویت بندی نیاز های به دست آمده در سطح محله

-تعیین پروژه های مورد نظر برای اجرا

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

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

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

#### ۸- جلسه توجیهی با کمیته راهبری:

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

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

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

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

- اهداف ، جایگاه و وظایف کمیته راهبری

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

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

#### ۹- جمع آوری داده های ثانویه:

داده های ثانویه، داده

هایی هستند که پیشاپیش موجود بوده و ما می توانیم با مراجعه به آمار، کتاب ها، نشریات و اسناد

مختلف به آنها دسترسی پیدا کنیم. این داده ها معمولاً قادر هستند تا بخش وسیعی از اطلاعات مورد نیاز ما

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

روش‌های دستیابی و تحلیل داده‌های ثانویه:

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

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

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

این داده‌ها می‌تواند به اشکال زیر در دسترس باشند:

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

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

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

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

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

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

## تحلیل داده‌های ثانویه:

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

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

### ۱۰- ارزشیابی مرحله الف

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

### ۱۱- مستند سازی و ارایه گزارش مرحله الف

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

- وضعیت جغرافیایی، اجتماعی-اقتصادی و جمعیتی محله

- نحوه تشکیل کمیته محلی و اعضای آن

- نحوه تشکیل کمیته راهبری و اعضای آن

- گزارش داده‌های ثانویه جمع‌آوری شده

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

## مرحله ب: (شناخت)

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

### ۱-تهیه ابزارهای جمع آوری داده های اولیه

#### داده‌های اولیه:

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

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



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

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

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

## ۳- تنظیم سند ارتقای سلامت اجتماعی

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

- ۱ - مشخصات جغرافیایی و دموگرافیک محله
- ۲ - تعریف مفاهیم
- ۳ - اسناد بالادستی و پیشینه مداخلات قبلی در محله
- ۴ - اهداف سند(اهداف کلی و اختصاصی)
- ۵ - روش اجرای کار (نقشه راه)
- ۶ - نتایج نیازسنجی انجام شده در خصوص مشکلات محله
- ۷ - اولویت بندی نیازها
- ۸ - تعیین و تعریف پروژه هایی (نیازهایی) که قرار است به آنها پرداخته شود.
- ۹ - جدول تقسیم کار بین سازمان های دولتی، غیر دولتی، تیم محلی و مردم ؛ در خصوص پروژه هایی که قرار است به آنها پرداخته شود.
- ۱۰ -

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

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

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

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

#### ۴- تصویب سند ارتقای سلامت اجتماعی

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

#### ۵- تدوین سند نهایی ارتقای سلامت اجتماعی

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

### مرحله پ: ( اجرا و ارزشیابی)

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

## ۱- انتخاب برنامه های اولویت دار برای اجرا در منطقه

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

## ۲- تدوین پروژه های اجرایی

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

## ۳- آموزش نیرو های اجرایی در منطقه برای اجرای پروژه

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

## ۴- عملیات اجرایی در محله

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

## ۵- پایش و ارزشیابی نحوه اجرای مدل

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

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

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

۱- وضعیت جغرافیایی، جمعیت و آسیب های اجتماعی محله

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

۳- نتایج نیازسنجی و اولویت بندی نیازهای محله

۴- جدول تقسیم کار مربوط به پروژه های اجرا شده

۵- نتایج پایش و ارزشیابی اجرای مدل و پروژه ها

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

۷- درس های آموخته شده

۸- بحث و نتیجه گیری و پیشنهادات

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

## دستورالعمل شماره ۱: راهنمای عمل تشکیل تیم محلی

### کار گروهی و تیمی:

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

### ویژگی های تیم:

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

- تمرین، تمرین، تمرین، و باز هم تمرین
  - دانش و مهارت کار کردن با رهیافت های مشارکتی را می توان اکتساب نمود ولی تغییر در نگرش و رفتار تحولی است که در خود فرد صورت می گیرد و آن هم نه یک شبه.
  - واضح است که تغییر نگرش ها خیلی دشوارتر از کسب دانش و مهارت است و از اینجاست که همواره باید رفتار و نگرش خودمان را مورد ارزیابی قرار دهیم.
- با فرض اینکه توانستیم به تدریج تغییر فردی و حرفه ای در خودمان و کارمان به وجود بیاوریم، نباید فراموش کرد که اگر فرایند نتواند منجر به تغییرات ساختاری و نهادی شود - یعنی نتوانیم اصل اشتراک و تسهیل را در مجموعه ی کار و زندگی مان جا بیندازیم - در واقع فرایند ابتر و پایداری آن در خطر است.

صرف تجمع مجموعه ای از افراد در محیط کاری، خانوادگی و اجتماعی به این مفهوم نیست که آنها یک "تیم" هستند و یا می توانند مانند یک گروه منسجم و موثر عمل کنند. گروه و تیم بودن مستلزم دارا بودن ابعاد و ویژگی های اساسی است:



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

این نکته حایز اهمیت است که نقطه ی مشترک ویژگی های

فوق، "توافق شده" بودن آنها است. در واقع، اگر قرار باشد یک گروه نسبت به اهداف، ضوابط، هنجارها و نقشها بتوانند تعهد عملی بدهند و پایبند بمانند، لازم است که اعضای آن گروه در شکل گیری و تعیین آنها مشارکت فعال

<sup>۱</sup> agreed common goals

<sup>۲</sup> agreed norms

<sup>۳</sup> agreed roles

<sup>۴</sup> agreed structure

<sup>۵</sup> interaction, communication, coordination

<sup>۶</sup> "we feeling"

<sup>۷</sup> sense of belonging

داشته باشند. البته، این ویژگی ها به تدریج قوت پیدا می کنند اما به شرط آنکه به عمد به دنبال تقویتشان باشیم. متأسفانه اغلب، افرادی را دور هم جمع می کنیم به این امید که بالاخره تیم خواهند شد در صورتی که اگر همه ی اعضا روی تیم شدن وقت و انرژی صرف نکنند، احتمال تیم شدنشان بسیار ضعیف خواهد بود.

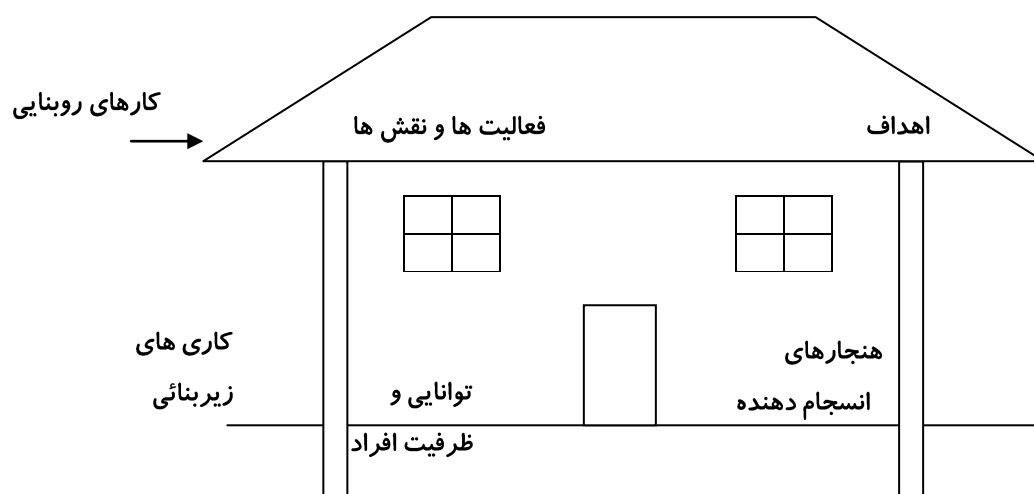
برای مثال می توان از تشکیل یک تیم فوتبال نام برد که دارای اهداف مورد توافق و مشترکی هستند - نقش و پست هر بازیکن در تیم مشخص می باشد - ساختار توافق شده متناسب با تاکتیک انتخابی بازی مشخص می گردد - مقررات و هنجارهای بازی از قبل تعیین شده است - احساس ما بودن و تعلق بر تیم حاکم بوده و ارتباط و هماهنگی لازم بین بازیکنان و مربی تیم بایستی برقرار باشد.

### تمرین: ارزیابی تیم های واقعی

برای درک ویژگی های یک تیم نموده های عینی از کارهای گروهی و تیم های شناخته شده برای اعضاء را در نظر گرفته سپس بر اساس ویژگی های لازم یک تیم، به هر یک از تیم های مورد اشاره به لحاظ برخورداری از ویژگی مورد نظر، علامت آن گروه روی طیف ۰-۱۰ قرار می دهند.

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

## زیربنا و روبنای تشکل تیم محلی:



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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

روز اول کارگاه را به خاطر بیاورید :

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

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




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

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

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

**تعریف مشارکت: Participation**مفهوم مشارکت در فرایندهای اجتماعی و انسانی

طی دهه های گذشته، این واقعیت به تدریج پذیرفته شده است که اگر قرار باشد فایده ی برنامه های توسعه اجتماعی و انسانی به مردم برسد، خود این مردم باید نقشی در فرایند داشته باشند، و به این شکل بوده که مفهوم مشارکت در ادبیات توسعه اجتماعی / انسانی جایگاه اساسی تری یافته است. البته نوع و میزان و عمق مشارکت، یا نقش مردم، تحولاتی را در خود شاهد بوده است، چرا که هر مقدار که بیرونی ها<sup>۹</sup> جرئت کرده اند مسائل را واگذار کنند، مردم نیز ظرفیت و توان بیشتری برای ایفای نقش مهم و اصلی تری از خود نشان داده اند، و می توان گفت باورهای سنتی کارشناسان بیرونی را در هم ریخته اند. متعاقباً تعریف مشارکت نیز یک سیر تکاملی را طی کرده است، که مرور زمان و تنوع شرایط و نگرشها بر گستردگی طیف این تعاریف افزوده است.

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

<sup>۹</sup> منظور از "بیرونی ها"، افرادی است که حرفه شان با زندگی مردم ارتباط دارد ولی زندگی و معیشت خودشان در محیط آن مردم تأمین نمی شود، مثل معلم ها، مددکارها، پشکان، ...

## طیف مفهوم مشارکت<sup>۱۰</sup>

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

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

<sup>۱۰</sup> participation spectrum

<sup>۱۱</sup> Jules Pretty

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

### تعریف **Community** (اجتماع - جماعت):

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

گروه بندی بزرگی از انسانها در قلمرو جغرافیایی واحد، تحت سیطره سیاسی واحد، و دارای فرهنگ واحد  
**اجتماع / جماعت:** گروه کوچکی از افراد دارای روابط نزدیک و چهره به چهره و منافع مشترک ملموس  
**رویکردی اجتماع محور** رویکردی است با هدف مقتدر کردن افراد و گروهها با مهارتهای لازم برای (۱) حمایتگیری، (۲) بهبود زندگی، (۳) و دسترسی یافتن به منابع  
 فرایند ایجاد سرمایه اجتماعی است؛ فرایندی با تأکید بر کار دسته جمعی مردم برای رسیدن به اهدافی که خود تعیین می کنند، با منابعی که خود بسیج می کنند، و با طراحی نقشه های عمل برای پرداختن به مشکلاتی که خود شناسایی کرده اند.

### برخی ویژگی های یک گروه یا تیم محلی:

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

### تعریف سلامت **Health** :

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

<sup>۱۲</sup> Whose Reality Counts

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

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

### تعریف ارتقای سلامت Health Promotion :

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

### تعریف ارتقای سلامت روان

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

#### \* گام های تشکیل تیم محلی

##### گام اول: تشکیل تیم کارشناسی

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

##### گام دوم: معیارهای انتخاب محله

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

##### گام سوم: شناسایی و جذب مشارکت معتمدین محله

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

- از طریق مدیر ساختمان و مجتمع‌هایی که خانواده‌ها زندگی می‌کنند
- مدارس، مرکز بهداشت و سایر منابع محلی ممکن
- مراکز مشاوره، مراکز آموزشی و سایر مراکز کار جمعی در محله
- مصاحبه به صورت تصادفی که می‌تواند با برنامه ریزی به وسیله فرم‌های از قبل طراحی شده و مشخص باشد.

#### گام چهارم: برگزاری جلسات مشورتی و توجیهی با معتمدین محله

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

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

- جذب نیروی داوطلب در یک محله با روش‌های مختلفی امکان پذیر است که در ذیل به برخی از آنها اشاره می‌شود:
- جذب نیروی داوطلب با هدف افزایش مشارکت و آگاهسازی مردم محله از طریق اماکن ورزشی، دانشگاه‌ها، تبلیغات، پایگاه‌ها، کافی نت‌ها و ...
- از طریق داوطلبان قدیمی تر، با تجربه و سابقه
- سالن‌های ورزشی محله
- تبلیغات در محله
- معتمدین و امام جماعت مساجد
- مراکز بهداشت محله

#### گام ششم: شرایط پذیرش و ثبت نام از افراد داوطلب

#### گام هفتم: ویژگی‌های افراد داوطلب برای تشکیل تیم محلی

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

#### گام هشتم: هدف از تشکیل جلسات توسط تیم محلی:

- افزایش آگاهی
- توانمندشدن
- شناسایی ظرفیت‌های محلی و توسعه ی آن

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

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

**گام دهم: شناسایی بهره مندان**

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

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

**گام دوازدهم: توجیه برنامه مداخله اجتماع محور ارتقای سلامت توسط کارشناس و همچنین توسط افراد با**

**تجربه در جلسات مختلف یا در روزی تحت عنوان روز داوطلب**

**فعالیت های تیم محلی:**

**\* جمع آوری اطلاعات محله ای**

- تهیه پرسشنامه
- مصاحبه با افراد مطلع جامعه
- مشاهده در محله



### \* آموزش، آگاهسازی و اطلاع رسانی

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

### \* کارگروهی / تیمی

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

### \* هماهنگی های بین بخشی

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

### \* حمایت گیری جهت ترویج تیم های محلی

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

### \* شناسایی منابع مالی و غیرمالی

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

### \* دستیابی به نیازها و اولویت ها

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

#### \* افزایش جذب نیروهای داوطلب مردمی (محلی)

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

#### \* شروع حرکت پایدار

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

#### \* فرهنگ سازی

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

## دستورالعمل شماره ۲: دستورالعمل انجام نیازسنجی

مقدمه:

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

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

### ۱- تعیین اهداف و سؤالات نیازسنجی

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

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

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

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

## ۳- تعیین روش های جمع آوری داده های اولیه

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

## به نام خدا

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

### مصاحبه نامه بحث گروهی متمرکز

#### ۱) معرفی جلسه (تقریباً پنج دقیقه)

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

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

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

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

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

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

#### ۴) سوال های بیشتر (چهل دقیقه)

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

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

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

▪ فردی / خانوادگی / محیط کار

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

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

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

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

۷) آیا معناد بهبودیافته هم در این شرکت می شناسید؟ به نظر شما چگونه برای بهبودی اقدام کرده است؟

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

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

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

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

از شرکت کنندگان تشکر کنید.

بعد از انجام بحث گروهی متمرکز، به تحلیل آن می پردازیم. از بحث گروهی متمرکز در نیاز سنجی، هم می توان

به عنوان روشی برای بررسی کلی نگرش ها و باورهای عده ای از افراد ان جامعه استفاده کرد و هم به عنوان کمک

برای تدوین پرسشنامه نهایی مطالعه زمینه یابی از آن بهره جست. در مورد مطالعه زمینه یابی ابتدا پرسشنامه

مقدماتی را آماده می کنیم، سپس پرسشنامه را با استفاده از بحث های گروهی متمرکز و پایلوت پرسشنامه (حدود

۱۵ الی ۲۰ پرسشنامه کفایت می کند)، نسخه نهایی پرسشنامه را آماده می کنیم.

#### ۴- تعیین تعداد نمونه و روش نمونه گیری

تعداد نمونه در مطالعه زمینه یابی، بر اساس تعداد جمعیت جامعه هدف، دقت نمونه گیری و حدود اطمینان مورد

نظر، از روی جداول یا فرمول تعیین تعداد نمونه قابل انجام است. در صورتی که فکر می کنیم جامعه هدف از

گروه های متفاوت از نظر موضوع مورد بررسی تشکیل شده است، بهتر است از همه طبقات نمونه گرفته شود. به

این نوع نمونه گیری همان طور که در کتاب مطالعه گفته ایم، نمونه گیری احتمالی طبقه ای می گوئیم. بعد از

تعیین تعداد نمونه و افرادی که باید پرسشنامه در مورد آنها تکمیل گردد، توسط پرسشگران که احتمالاً آموزش

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

#### ۵- روش طراحی پرسشنامه

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

#### اهداف پرسشنامه

هر پرسشنامه دارای ۳ هدف اختصاصی می‌باشد.

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

دهد

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

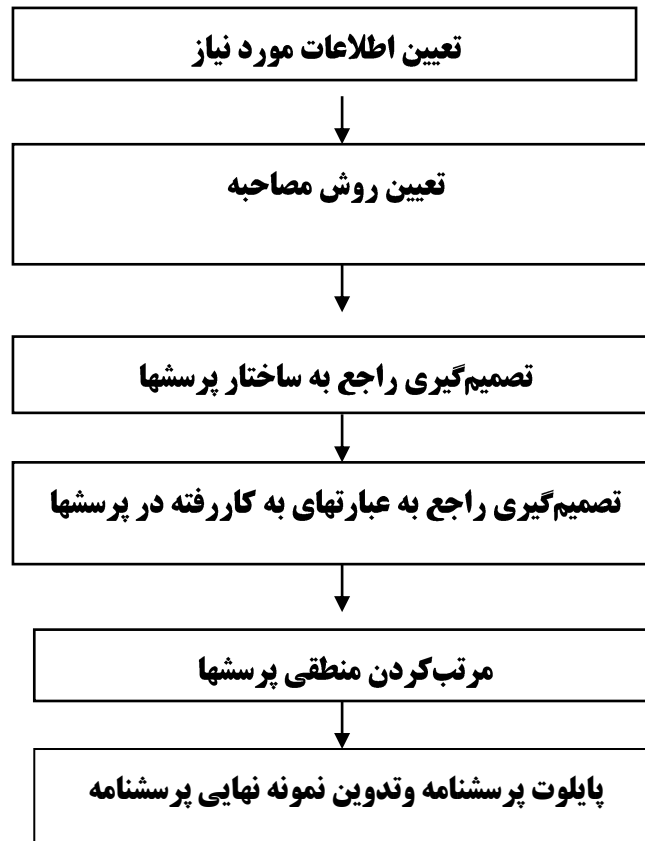
پرسشنامه

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

اشتباه داده‌ها یا تحلیل اشتباه داده‌ها به وجود می‌آید. پرسشنامه می‌تواند منبع مهمی در خطای پاسخ دهی باشد.

## فرآیند طراحی پرسشنامه

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



### تعیین اطلاعات مورد نیاز

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

### انواع روش‌های مصاحبه

- ۱- پرسشنامه پستی: توسط فرد تکمیل می‌شود. لذا پرسشها باید ساده بوده و نحوه تکمیل کردن پرسشنامه دقیقاً توضیح داده شده باشد. از این مدل پرسشها می‌توان در مطالعات پیمایشی از طریق اینترنت نیز استفاده نمود.
- ۲- مصاحبه تلفنی: پاسخ دهنده در تعامل با مصاحبه‌گر است اما بدلیل آنکه پرسشنامه را نمی‌بیند، باید از سوالات ساده و کوتاه استفاده نمود.
- ۳- مصاحبه‌های فردی: پاسخ دهنده‌ها پرسشنامه را می‌بینند و در تعامل چهره به چهره با مصاحبه‌گر هستند. لذا می‌توان پرسش‌های طولانی، پیچیده و زیادی را مطرح کرد.

### محتوای پرسشها

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

### مصاحبه شونده

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

آیا مصاحبه شونده از موضوع مورد پرسش آگاهی دارد

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

### آیا مصاحبه شونده به خاطر می‌آورد

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

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

با افرادی که تمایل به پاسخدهی ندارند چگونه رفتار کنیم

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



برای ترغیب مصاحبه شوندگان را به پاسخگویی، اقدامات زیر پیشنهاد می‌گردد.

- ۱ - شروع کردن مصاحبه با سوالات خنثی
- ۲ - ایجاد جوی حاکی از اعتماد و اطمینان
- ۳ - قراردادن موضوع‌های حساسیت‌زا در انتهای پرسشنامه
- ۴ - مشخص نمودن اهداف پژوهش به صورت شفاف و کاربردی

### انتخاب ساختار پرسشنامه

یک پرسش‌نامه می‌تواند بی‌ساختار یا ساختار یافته باشد

#### پرسشنامه بی‌ساختار

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

#### پرسشنامه ساختار یافته

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

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

#### انتخاب عبارتها در پرسشنامه

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

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

- کلمات به کار رفته باید متناسب با سطح سواد مخاطبین باشد.
  - از کلمات مبهم استفاده نشود.
  - از کلماتی که چندین معنی دارند استفاده نشود.
- در انتخاب کلمات کلیدی در پرسشنامه، پژوهشگر باید در مورد آن کلمه پاسخ‌های سوالات زیر را بداند.
- ۱- آیا این کلمه منظور ما را می‌رساند؟
  - ۲- آیا این کلمه، معانی دیگری هم دارد؟
  - ۳- اگر اینچنین است، آیا عنوان پرسشنامه، معنی مورد نظر ما را واضح و شفاف می‌نماید؟

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

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

۶- آیا کلمه یا عبارت ساده‌تری می‌توان پیشنهاد کرد؟

### تعیین ترتیب پرسش‌ها

اولین پرسشهایی که مطرح می‌گردد برای جلب اعتماد و همکاری مصاحبه‌شوندگان بسیار ضروری می‌باشد. این گونه سؤالات باید ساده بوده و حساسیت‌زا نباشند. سؤالاتی که نقطه نظرات مصاحبه‌شونده را جویا می‌شوند شروع خوبی برای پرسشنامه هستند زیرا اکثر مردم علاقه دارند که نظرات خود را بیان کنند.

داده‌های بدست آمده از پرسشنامه را می‌توان به صورت زیر طبقه‌بندی کرد.

۱- داده‌های اساسی

۲- داده‌های طبقه‌بندی کننده

۳- داده‌های هویتی

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

فرم و طرح کلی پرسشنامه

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

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

### پیش آزمون

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

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

### ۶- تحلیل داده ها

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

#### **۷- اولویت بندی نیازها**

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

## دستورالعمل شماره ۳: تدوین سند ارتقای سلامت اجتماعی

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

این سند شامل ۸ بخش می باشد .

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

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

## دستورالعمل شماره ۴: دستورالعمل پروژه نویسی

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

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

### تدوین پروژه های اجرایی:

#### یک پروژه چیست؟

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

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

#### مدیریت پروژه عبارت است:

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

#### مراحل انجام پروژه شامل:

مرحله ۱: تعریف پروژه

مرحله ۲: برنامه ریزی پروژه

مرحله ۳: اجرای پروژه

مرحله ۴: پایش و ارزیابی پروژه

#### ۱. تعریف پروژه

تدوین شناسنامه پروژه:

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

اجزای اصلی این شناسنامه شامل:

#### • بیان ضرورت

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

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

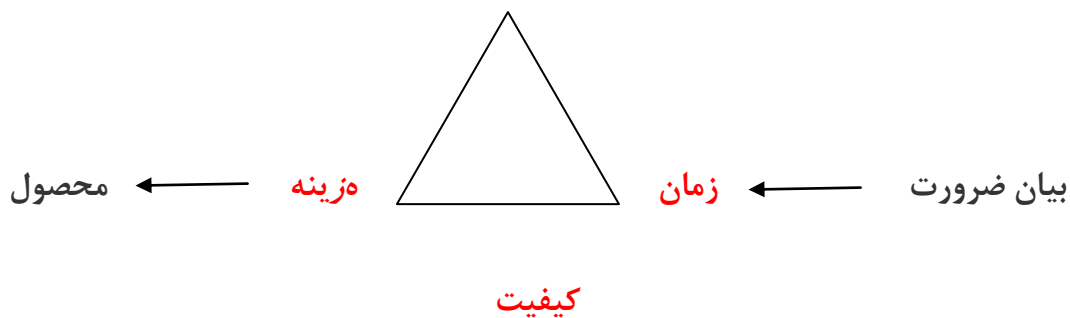
محصول پروژه همان برون ده است، برون ده یا محصول شامل خدمت یا کالای ملموسی است که از فعالیت های پروژه حاصل می شود.  
منظور از کیفیت محصول، استانداردهای قابل قبول برای محصول پروژه است.

- **هزینه و زمان**

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

- **مشارکت کنندگان**

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



## ۲. برنامه ریزی

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

**عنوان پروژه:** اشتغال زایی جوانان محله .....

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

### محصول پروژه:

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

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

**روش پایش:** جلسات گروهی

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

## ۳. اجرای پروژه

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

دستور اولین جلسه مرحله اجرای پروژه چهار قسمت اصلی دارد:

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

روشن و یکسانی از فرایند و محصول پروژه پیدا کرده باشند

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

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

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



کار گروهی توافق می شود و بهترین حالت این است که این مستند را با کسب نظرات اعضا در اولین جلسه ی اجرای پروژه تدوین و توافق کرد. برخی از اجزای مرام نامه عبارت است از:

- قبول انجام کارهایی که توانایی انجام آن ها را داریم
- رعایت اصول شرکت مؤثر در جلسات پروژه
- رعایت رفتارهای هنجار: گذشت و چشم پوشی از مسائل، نقد مؤثر، رقابت سالم، کمک به همکار در موارد لازم، عدم تشکیل زیر گروه، غیبت نکردن، اطلاع رسانی به سایر اعضا، حفظ اسرار شخصی و عدم سرزنش موقع بروز اشتباه
- تسهیم دست آوردهای جانبی پروژه با اعضا
- انصاف در تحلیل دست آوردهای پروژه

فراموش نکنیم که دست آوردهای مشارکت در یک پروژه برای اعضا به غیر از مزایای مالی موارد غیر پولی هم است که گاهی ارزش آن بیشتر از مبلغ حق الزحمه تعیین شده است:

- ۱- افزایش تجربه در کار گروهی
  - ۲- افزایش شناخته شدن برای تیم و ذی نفعان
  - ۳- کسب اطلاعات علمی در زمینه تخصصی پروژه
  - ۴- دریافت فرصت هایی برای گرفتن کار یا شرکت در پروژه های دیگر
۳. توافق بر شیوه ارزشیابی اعضای پروژه و ارائه پاداش (که در این برنامه روش مشارکتی است)
۴. تقسیم فعالیت ها میان اعضا

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

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

#### ۴. پایش

پایش عبارت است از :

(بازبینی امور در یک دوره ی زمانی معین)

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

متغیر های اصلی برای پایش عبارتند از:

کمیت محصولات: آیا محصولات مقرر تا این زمان به دست آمده؟ اگر نه چرا؟  
 کیفیت محصولات: آیا کیفیت محصولات طبق استاندارد مقرر است؟ اگر نه چرا؟  
 زمان: آیا پروژه طبق برنامه ی زمانی تعیین شده پیش رفته؟ اگر نه چرا؟ کدام فعالیت ها در مهلت های مقرر به انجام نرسیده و تکلیف آنها چیست؟  
 هزینه: آیا مدیریت بودجه ی پروژه را طبق برنامه زمانی دریافت و هزینه کرده است؟ اگر نه، چرا؟  
 با مرور هر یک از متغیر های فوق به یک سری عدم مغایرت ها برخورد می کنید که لازم است به این موارد به عنوان مشکل نگاه کرده و فرایند حل مشکل را برای هر یک طی کنید.

مراحل فرایند حل مشکل عبارت است از:

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

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

۳. تعیین فهرست راه حل ها
  ۴. انتخاب راه حل یا راه های ترکیبی
  ۵. اجرای راه حل
  ۶. ارزیابی نتایج رفع مشکل
- پایش به اشکال مختلف قابل انجام است و مدیر پروژه می تواند بر حسب موردی از این روش ها استفاده کند: گزارش کتبی، جلسه گروهی با اعضای تیم، بازدید از محل و گفتگو در موقعیت های غیر رسمی.

توصیه شده است که ترکیبی از روش های فوق در طول پروژه استفاده شود، ضمن اینکه روش جلسه گروهی با نظم تناوب ویژه جزء ثابت باشد، تناوب این جلسات در جدول زیر آمده است:

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

### چارچوب گزارش پیشرفت پروژه

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

### اجزای پایان پروژه

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

شرح جدول فوق

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

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



# مداخلات سلامت اجتماع محور اصول وکاربردها

اصول وکاربردها  
مداخلات سلامت اجتماع محور

# COMMUNITY-BASED HEALTH INTERVENTIONS

تالیف:  
سالی گوتماخر، پاتریشیا کلی، یوماری روییز - ژانکو  
ترجمه:  
دکتر اکرم کریمی شاهنجرینی

تالیف:  
سالی گوتماخر، پاتریشیا کلی، یوماری روییز - ژانکو  
ترجمه:  
دکتر اکرم کریمی شاهنجرینی

SALLY GUTTMACHER • PATRICIA J. KELLY • YUMARY RUIZ-JANECKO

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ





# مداخلات سلامت اجتماع محور

## اصول و کاربردها

تالیف:

سالی گوتماخر

پاتریشیا کلی

یوماری روییز-ژانکو

ترجمه:

دکتر اکرم کریمی شاهنجرینی

ویراستار:

دکتر محسن شمس

زیر نظر:

دکتر علی اکبر سیاری

دکتر شهرام رفیعی فر

مجمعه

تهران، ۱۳۹۶

سرشناسه عنوان و نام پدیدآور	گوتماخر، سالی، Guttmacher, Sally مداخلات سلامت اجتماع محور: اصول و کاربردها / تألیف سالی گوتماخر، پاتریشیا کلی، یوماری روییز- ژانکو ؛ ترجمه‌ی اکرم کریمی‌شاهنجرینی؛ ویراستار محسن شمس؛ زیر نظر علی‌اکبر سیاری، شهرام رفیعی‌فر؛ به سفارش: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دفتر آموزش ارتقای سلامت.	موضوع موضوع موضوع موضوع	مراقبت‌های اولیه بهداشتی Primary health care : بهداشت همگانی -- ایالات‌متحده -- خدمات Community health services -- United States : کلی، پاتریشیا جین، ۱۹۴۸ - م. Kelly, Patricia J.(Patricia Jane) : روییز-ژانکو، یوماری، ۱۹۶۹ - م. Ruiz-Janecko, Yumary : کریمی‌شاهنجرینی، اکرم، ۱۳۵۵ - مترجم شمس، محسن، ۱۳۴۹ - ویراستار سیاری، علی‌اکبر، ناظر رفیعی‌فر، شهرام، ۱۳۴۶ - ناظر ایران، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دفتر آموزش و ارتقای سلامت ۱۳۹۶م ۴۹/۴۹-۹/۴۹ RA۴۲۷/۹ ۳۶۲/۱۷ شماره کتابشناسی ملی: ۴۷۹۴۰۰۲
مشخصات نشر مشخصات ظاهری شابک وضعیت فهرست‌نویسی: فیبا یادداشت	تهران: نشر مجسمه، ۱۳۹۶. ۳۰۶ ص: جدول. ۹۷۸-۶۰-۹۶۹۳۳-۹-۹ عنوان اصلی: Community-based health interventions: principles and, 2010 applications واژه‌نامه:	شناسه افزوده شناسه افزوده شناسه افزوده شناسه افزوده شناسه افزوده شناسه افزوده شناسه افزوده شناسه افزوده رده بندی کنگره رده بندی دیویی شماره کتابشناسی ملی: ۴۷۹۴۰۰۲	
یادداشت			



نشر مجسمه

## مداخلات سلامت اجتماع محور

### اصول و کاربردها

تألیف: سالی گوتماخر، پاتریشیا کلی، یوماری روییز، ژانکو

مترجم: دکتر اکرم کریمی شاهنجرینی

ویراستار: دکتر محسن شمس

زیر نظر: دکتر علی‌اکبر سیاری، دکتر شهرام رفیعی‌فر

به سفارش: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دفتر آموزش ارتقای سلامت

ناشر: مجسمه

نوبت چاپ: اول - ۱۳۹۶

تیراژ: ۱۰۰۰ نسخه

صفحه آرایبی: منیرالسادات حسینی

چاپ: طرفه

شابک: ۹۷۸-۶۰-۹۶۹۳۳-۹-۹

نشانی: تهران - خ انقلاب - خ دوازده فروردین - خ نظری غربی - شماره ۹۹ - واحد ۱۰

تلفن: ۶۶ ۹۷ ۲۷ ۵۱ فکس: ۶۶ ۹۷ ۲۷ ۵۰

پخش: ۶۶ ۵۶ ۰۹ ۸۵

## فهرست مطالب

۱۳	مقدمه مولفان
۱۷	درباره نویسندگان
۱۹	بخش ۱: معرفی مداخلات اجتماع محور
۲۱	فصل اول: بهبود سلامت در محیط‌های اجتماعی
۲۳	نگاه کلی
۲۳	تعریف اجتماع
۲۳	مکان به عنوان معرف یک اجتماع
۲۴	تعریف اجتماع‌ها براساس نگرانی‌های مشترک
۲۵	نظریه بوم شناختی و سطوح پیشگیری
۲۶	کاربرد نظریه بوم شناختی در مداخلات اجتماع محور
۲۶	اقدامات پیشگیرانه متمرکز بر اجتماع
۲۸	نمونه‌هایی از مداخلات سلامت اجتماع محور بر حسب سطح پیشگیری
۳۱	خلاصه
۳۱	فعالیت
۳۱	سوالات بحث
۳۳	فصل دوم: تاریخچه مختصری از مداخلات سلامت اجتماع محور
۳۵	نگاه کلی
۳۵	مداخلات سلامت اجتماع محور: ابزاری برای تغییر
۳۵	منطق تدوین مداخلات اجتماع محور
۳۷	اصول و فرضیات مداخلات سلامت اجتماع محور
۳۹	مداخلات اولیه سلامت اجتماع محور
۴۵	سیر تکامل مداخلات اولیه سلامت اجتماع محور
۴۵	بهبود ظرفیت‌های اجتماع برای طراحی مداخلات سلامت اجتماع محور
۴۷	اصلاح راهبردهای موجود و تدوین موارد جدید
۴۸	اصلاح روش‌های ارزیابی مداخلات سلامت اجتماع محور
۵۰	خلاصه
۵۰	فعالیتها
۵۱	پرسش‌های بحث

۵۳	فصل سوم: مسایل اخلاقی در مداخلات اجتماعی
۵۵	نگاه کلی
۵۵	ادغام مباحث اخلاقی در اقدامات سلامت عمومی
۵۶	طراحی ضوابط اخلاقی حرفه‌ای
۵۷	ویژگی‌های مشترک ضوابط اخلاقی
۵۹	کمیته‌های اخلاق
۵۹	مسئولیت‌های کمیته اخلاق در قبال شرکت‌کنندگان در مطالعه
۵۹	مسئولیت پژوهشگران در مقابل کمیته اخلاق
۶۰	جمعیت‌های آسیب پذیر
۶۱	اجازه و رضایت
۶۱	فرم رضایت
۶۳	رضایت کودک
۶۴	محافظت از شرکت‌کنندگان مطالعه
۶۵	استفاده از مشوقها
۶۶	محافظت در مقابل آسیب
۶۶	احترام به حقوق فردی
۶۷	اطمینان از کیفیت پژوهش
۶۷	پرهیز از تفسیر اشتباه یافته‌ها
۶۸	حفظ یکپارچگی پژوهش
۷۰	خلاصه
۷۰	فعالیت‌ها
۷۰	پرسش‌های بحث
۷۳	فصل چهارم: سطوح و انواع مداخلات اجتماع محور
۷۵	نگاه کلی
۷۵	تمرکز بوم شناختی بر انواع پیشگیری
۷۶	پیشگیری سطح اول
۷۶	پیشگیری سطح دوم
۷۷	پیشگیری سطح سوم
۷۸	انتخاب هدف مداخله
۷۹	نمونه‌هایی از مداخلات در سطوح مختلف پیشگیری
۸۵	خلاصه
۸۵	فعالیت‌ها

۸۶	.....	سولات بحث
۸۷	.....	بخش ۲: طراحی مداخلات
۸۹	.....	فصل پنجم: چارچوبی برای طراحی مداخلات اجتماع محور
۹۱	.....	نگاه کلی
۹۱	.....	راهنمای نظری برای مداخلات سلامت
۹۱	.....	الگوهای نظری
۹۲	.....	سازدهای نظریه
۹۳	.....	سنجش سازدهای نظری
۹۴	.....	دسترسی و استفاده از ارایه‌دهندگان خدمات غیر اورژانس
۹۴	.....	نمونه‌هایی از کاربرد نظریه‌ها در هر یک از چهار سطح بوم شناختی
۹۴	.....	نظریه مداخله برای تغییر در سطح گروهی
۹۷	.....	نظریه مداخله برای تغییر در سطح سازمانی
۹۹	.....	نظریه‌های مداخله برای تغییر در سطح اجتماع
۱۰۱	.....	نظریه‌های مداخله برای تغییرات در سطح سیاستی
۱۰۲	.....	خلاصه
۱۰۳	.....	فعالیت‌ها
۱۰۳	.....	سوالات بحث
۱۰۵	.....	فصل ششم: جمع‌آوری و مدیریت داده‌ها
۱۰۷	.....	نگاه کلی
۱۰۷	.....	داده‌ها: بخشی حیاتی یک پژوهش
۱۰۷	.....	چرا داده‌ها را جمع‌آوری می‌کنیم؟
۱۰۸	.....	انواع داده‌ها
۱۰۹	.....	جمع‌آوری داده‌های کمی
۱۱۱	.....	تدوین پرسشنامه
۱۱۵	.....	جمع‌آوری داده‌های پیگیری
۱۱۶	.....	نمونه‌گیری و مباحث مرتبط
۱۱۸	.....	جمع‌آوری داده‌های کیفی
۱۱۹	.....	انواع مصاحبه
۱۲۰	.....	مصاحبه‌های گروهی
۱۲۱	.....	مدیریت داده‌های کیفی
۱۲۲	.....	پس از جمع‌آوری داده‌ها
۱۲۴	.....	خلاصه

۱۲۴	.....	فعالیتها
۱۲۵	.....	سوالات بحث
۱۲۷	.....	<b>بخش ۳: فعالیت در حین مداخله</b>
۱۲۹	.....	<b>فصل هفتم: سنجش نیازهای اجتماع</b>
۱۳۱	.....	نگاه کلی
۱۳۱	.....	اجزای ضروری ارزیابی اجتماعی
۱۳۱	.....	ارتباط با دست اندرکاران
۱۳۲	.....	تدوین سوالات راهنما
۱۳۳	.....	انواع ارزیابی
۱۳۴	.....	جمع آوری داده ها
۱۳۴	.....	داده‌های موجود
۱۳۵	.....	تحلیل داده ها
۱۳۶	.....	تقویت یافته‌ها
۱۳۶	.....	درونداد اجتماعی
۱۳۷	.....	شناسایی نیازهای اولویت دار و شکاف خدمات
۱۳۹	.....	شناسایی خدمات و سایر منابع
۱۴۰	.....	خلاصه
۱۴۰	.....	فعالیتها
۱۴۱	.....	سوالات بحث
۱۴۵	.....	<b>فصل هشتم: برنامه‌ریزی مداخله اجتماع محور</b>
۱۴۷	.....	نگاه کلی
۱۴۸	.....	بررسی پایگاه داده‌های مرتبط
۱۵۰	.....	انجمنها و همایش‌ها
۱۵۱	.....	تمام گزینه‌ها را در نظر بگیرید
۱۵۲	.....	شفاف‌سازی اهداف اختصاصی
۱۵۴	.....	تعیین تناسب مداخله موجود
۱۵۵	.....	الگویی منطقی به عنوان یک راهبرد سازمان دهی
۱۵۶	.....	اجزای یک الگوی منطقی
۱۵۶	.....	راهبردهای سازمانی الگوهای منطقی
۱۵۸	.....	یک ارزیابی اجتماعی فرضی: مصرف دخانیات در نوجوانان
۱۵۸	.....	دروندادهای برنامه
۱۵۹	.....	موقعیت

۱۵۹	..... نمونه‌ای از الگوهای منطقی برای چهار حوزه بوم شناختی
۱۶۰	..... پیامدها یا نتایج حاصل از ترکیب فعالیت‌ها و دریافت
۱۶۷	..... خلاصه
۱۶۷	..... فعالیت‌ها
۱۶۷	..... سوالات بحث
<b>۱۶۹</b>	<b>..... فصل نهم: اجرای مداخله اجتماع محور</b>
۱۷۱	..... نگاه کلی
۱۷۱	..... اجرا در چهار سطح بوم شناختی
۱۷۲	..... مداخلات در سطح گروه و سازمان
۱۷۳	..... محتوا، زمان بندی و تدارکات
۱۷۴	..... آموزش کارکنان
۱۷۵	..... به کارگیری شرکت کنندگان
۱۷۶	..... انتخاب محل برگزاری
۱۷۷	..... مطالعه نمونه
۱۷۸	..... جزئیات نهایی
۱۷۹	..... مداخلات در سطح اجتماع یا سیاست
۱۸۰	..... درباره سیاست از منابع مختلف تحقیق کنید.
۱۸۰	..... تعیین منابع
۱۸۲	..... خلاصه
۱۸۲	..... فعالیت‌ها
۱۸۲	..... سوالات بحث
<b>۱۸۳</b>	<b>..... فصل دهم: ارزیابی مداخله اجتماع محور</b>
۱۸۵	..... نگاه کلی
۱۸۵	..... دلایل انجام ارزشیابی
۱۸۵	..... انواع ارزیابی
۱۸۷	..... ارزیابی کننده‌های بالقوه
۱۸۸	..... آمادگی برای انجام ارزیابی
۱۸۸	..... طراحی ارزشیابی
۱۹۵	..... انعطاف پذیری: یک مهارت ضروری در ارزیابی
۱۹۵	..... خلاصه
۱۹۶	..... فعالیت‌ها
۱۹۶	..... سوال بحث

بخش ۴: یادگیری از گذشته و تطابق با آینده .....	۱۹۷
<b>فصل یازدهم: تامین منابع مالی و استمرار .....</b>	<b>۱۹۹</b>
نگاه کلی .....	۲۰۱
تامین منابع مالی مداخلات سلامت اجتماع محور .....	۲۰۱
منابع بالقوه تامین منابع مالی .....	۲۰۲
واجدین شرایط تامین مالی (سرمایه گذاری) .....	۲۰۳
تفاوت بین قرارداد و کمک‌های مالی .....	۲۰۴
انتخاب تامین کنندگان بالقوه منابع مالی .....	۲۰۴
اجزای طرح پیشنهادی تامین منابع مالی .....	۲۰۶
خلاصه طرح پیشنهادی .....	۲۰۷
نمونه‌ای از اطلاعات الگوی استاندارد دانشگاه .....	۲۱۱
نمونه توصیف زمینه و مهارت‌های کارکنان .....	۲۱۲
اجزای بودجه .....	۲۱۴
هزینه‌های پرسنلی و غیر پرسنلی .....	۲۱۴
توجیه بودجه .....	۲۱۵
هزینه‌های غیر مستقیم .....	۲۱۵
نکاتی برای نوشتن درخواست کمک مالی برای افراد مبتدی .....	۲۱۷
تداوم و استمرار مداخله .....	۲۱۸
خلاصه .....	۲۱۹
فعالیت‌ها .....	۲۲۰
سوالات بحث .....	۲۲۰
<b>فصل دوازدهم: مشکلات اجرایی .....</b>	<b>۲۲۱</b>
نگاه کلی .....	۲۲۳
مشکلاتی که پیش می‌آید .....	۲۲۳
مشکلات طراحی .....	۲۲۳
مشکلات اجرایی .....	۲۲۵
تغییر (بی ثباتی حضور) کارکنان .....	۲۲۶
مشکلات ارزشیابی .....	۲۲۶
یافته‌های منفی .....	۲۲۹
خلاصه .....	۲۳۰
فعالیت‌ها .....	۲۳۰
سوالات بحث .....	۲۳۰



۲۳۱.....	فصل سیزدهم: آینده مداخلات سلامت اجتماع محور .....
۲۳۳ .....	نگاه کلی .....
۲۳۳ .....	انطباق روش‌های مداخله با اجتماع‌های قرن بیست و یکم.....
۲۳۴ .....	بازتعریف فناوری اطلاعات از اجتماع.....
۲۳۵ .....	افزایش اجتماع‌های مرتبط با سلامت از طریق اینترنت .....
۲۳۷ .....	استفاده از اینترنت به عنوان یک ابزار سازماندهی اجتماع .....
۲۳۸ .....	چالش و فرصت‌های دست اندرکاران سلامت عمومی .....
۲۴۰ .....	اختلاط بین آموزش و سرگرمی .....
۲۴۰ .....	استفاده از بازی‌های کامپیوتری برای دسترسی به اجتماع.....
۲۴۱ .....	تجارب مجازی به عنوان یک روش مداخله.....
۲۴۲ .....	استفاده از تلفن همراه و گوشی برای مداخله اجتماع.....
۲۴۳ .....	دسترسی به جوامع محروم از طریق ابزارهای جدید ارتباطی .....
۲۴۴ .....	یک محدودیت فناوری‌های جدید.....
۲۴۵ .....	خلاصه .....
۲۴۶.....	فعالیت ها.....
۲۴۶.....	سوالات بحث .....
۲۴۷.....	فصل چهاردهم: مداخلات سلامت اجتماع محور در عمل .....
۲۴۹ .....	نگاه کلی .....
۲۴۹ .....	آرتزیت .....
۲۵۱ .....	آسم .....
۲۵۳ .....	واکسیناسیون بزرگسالان .....
۲۵۵ .....	استفاده از الکل .....
۲۵۸ .....	واکسیناسیون کودکان .....
۲۵۹ .....	آسیب‌های ناشی از وسایل نقلیه موتوری .....
۲۶۱.....	تجاوز جنسی و خشونت در روابط .....
۲۶۲.....	سیگار کشیدن .....
۲۶۴.....	خلاصه .....
۲۶۵.....	واژه نامه .....
۲۹۳.....	References.....



---

## مقدمه مولفان

---

ما به عنوان مدرسان دانشجویانی که جرات ورود به اجتماع را دارند، در سنامه‌ای که شامل فرآیند کامل انجام یک مداخله اجتماع محور باشد نیافتیم. این کتاب برای این گروه از دانشجویان و کارکنانی که برای هدایت چنین حوزه کاری مهارت ندیده‌اند، طراحی شده است. در این کتاب، مهارت‌های لازم برای اجرای یک مداخله اجتماع محور برای تغییر در سلامت اجتماع مرور خواهد شد. مداخلات سلامت اجتماع محور (که در فصل‌های بعدی از آن با عنوان مداخلات اجتماعی یاد می‌شود) با مداخلاتی که از طرف ارایه‌کنندگان خدمات سلامت در محیط‌های بالینی انجام می‌شوند و تعاملی فرد به فرد دارد، متفاوت است. مداخلات سلامت در اجتماع، گروه‌هایی از افراد را درگیر می‌کنند و در مکان‌های مجزا مانند مدارس، کلیساها، کتابخانه‌ها، مراکز اجتماعی و بهداشتی و با برنامه‌هایی برای زنان، شیرخواران و کودکان اجرا می‌شوند. مداخلات سلامت اجتماع محور اهمیت زیادی دارند زیرا هدف آنها کاهش تاثیر بیماری‌ها، وضعیت‌های مغایر با سلامت مانند چاقی، خطرات مرتبط با سلامت مانند سیگار کشیدن و ایجاد محیط حمایت‌کننده برای حفظ تغییرات رفتاری است.

اجرای چنین مداخلاتی نیازمند داشتن زمینه پزشکی نیست ولی نیاز به داشتن مجموعه‌ای از مهارت‌های تخصصی دارد. برای اجرای موفق مداخلات اجتماعی، کارکنان و پژوهشگران باید دارای مهارت‌های ارتباطی مناسب به ویژه با افرادی که زمینه‌های کاری متفاوت دارند، باشند. آنها باید بتوانند به راحتی با گروه‌ها گفتگو کنند، قادر به تصمیم‌گیری بوده و بتوانند در محیطی که منابع محدود، پیچیده و ناآشنا داشته باشند، مداخله را پیش ببرند. چنین محیطی با یک درمانگاه یا بیمارستان که منابع در وضعیت کنترل شده‌ای هستند، متفاوت است. این تفاوت‌های محیطی ممکن است باعث ناخوشنودی پزشکان شود، ولی برای کارکنان بخش سلامت عمومی کمتر مشکل‌آفرین است زیرا آنان قبلاً با محیط‌های بالینی برخوردی نداشته و در نتیجه ناچار به تغییر کانون توجه خود از یک بیمار یا مراجعه‌کننده به یک گروه یا اجتماع نیستند.

نکته جالب کار در محیط‌های اجتماعی، سطح بالای رضایت و برقراری ارتباط با کسانی است که متعهد به اجرای این کار هستند. ما به این دلیل این کتاب را نوشتیم

که خودمان در مداخلات سلامت اجتماع محور متعددی حضور داشته‌ایم و چنین احساس رضایتی را تجربه کرده‌ایم. امیدوار هستیم که این کتاب بتواند مهارت‌ها و رضایت تجربه شده ما را به دانشجویان منتقل کند.

هدف این کتاب، تنها معرفی حوزه مداخلات سلامت اجتماع محور است و راهنمای جامع برای تمام جزییات و عوامل طراحی این نوع برنامه‌ها به حساب نمی‌آید. فصل‌های کتاب شامل موضوعاتی است که هر یک را می‌توان در یک کتاب مستقل آورد. دانشجویان و کارکنانی که در زمینه کارهای اجتماعی تجربه ندارند، می‌توانند با مطالعه مراحل مختلف بیان شده در این کتاب، مهارت‌های ضروری برای تکمیل، ارزشیابی، انتشار و ماندگاری یک مداخله اجتماع محور را کسب نمایند.

متن کتاب بر اساس محتوای نظریه اکولوژیک تنظیم شده است. در این نظریه رویکرد به مشکلات سلامت شامل سطوح مختلف اجتماعی است که از گروه شروع می‌شود، به سطح سازمانی و سپس در نهایت به سطح سیاستی می‌رسد که ممکن است کل اجتماع را در برگیرد. این نظریه توسط کارکنان سلامت عمومی استفاده می‌شود و به طور واضح بین برنامه‌های سلامت که در سطح اجتماعی انجام می‌شود با آنهایی که در سطوح بالینی یا فردی اجرا می‌گردد، تمایز ایجاد می‌کند. در این کتاب نمونه‌هایی از مداخلات سلامت اجتماع محور در هر یک از چهار سطح اکولوژیک ارائه شده است. سطح گروه بر افرادی متمرکز است که در یک خطر سلامت یا دیگر ویژگی‌ها مشترک هستند. سطح سازمانی شامل مداخلاتی است که در کل یک مدرسه یا تمامی مدارس یک منطقه اجرا می‌شود. برای دانشجویانی که از این کتاب استفاده می‌کنند، احتمالاً مداخلات در سطح گروه یا سازمان مناسب‌تر خواهد بود. مداخلات سلامت اجتماع محور در جهت تغییر ساختار اجتماعی یا محیط یک اجتماع جغرافیایی و معمولاً از طریق بسیج‌های اطلاع‌رسانی آموزشی مبتنی بر بازاریابی اجتماعی عمل می‌کنند. مداخلات سطح سیاستی چهارمین سطح اکولوژیک است و تغییرات در قوانین یا مقرراتی مانند سیاست‌های منع سیگار کشیدن در سطح اجتماع را شامل می‌شود.

این کتاب در چهار بخش سازماندهی شده است. اولین بخش شامل اطلاعات زمینه‌ای درباره اهمیت مداخلات اجتماعی، تاریخچه چند مداخله عمده اجتماع محور، مسایل اخلاقی که در هنگام طراحی و اجرای مداخلات مدنظر قرار می‌گیرد، و انواع مداخلات است. بخش دوم شامل ایده‌ها و فعالیت‌هایی است که در طراحی یک مداخله

باید کامل شود و به دانشجویان کمک می‌کند تا اساس نظری مداخلات و نحوه مدیریت داده‌ها را درک نمایند. سومین بخش، دانشجویان را به درون محیط وارد می‌کند تا با ارزیابی نیازها و نقاط قوت اجتماع، حمایت اجتماعی را کسب کند، اهداف مداخله را شناسایی نماید و واقعا کار را شروع کند. همچنین در این بخش، اطلاعات لازم درباره کسب حمایت‌های مادی و مالی و راهبردهایی برای تداوم مداخله، فراتر از آنچه در مرحله اول به دست آمد، کسب می‌شود. بخش آخر به بررسی فعالیت‌های جاری و مشکلات پیش رو و نیز نحوه تغییر در محیط و توسعه آن در آینده نزدیک اختصاص دارد. هر یک از فصل‌های کتاب حاوی چند تمرین عملی یا فعالیت است که به دانشجویان کمک می‌کند مهارت‌های مورد نیاز خود را گسترش دهند. ما امیدوار هستیم این تمرینات برای دانشجویان در مشاغل مختلف مانند سلامت عمومی، مددکاری اجتماعی و پرستاری که مداخلات را در سطح اجتماع یا جمعیت طراحی می‌کنند مفید باشند. بحث‌ها نیز در انتهای هر فصل آمده است. در پایان هر فصل منابع مورد استفاده و نیز منابعی برای مطالعه بیشتر آورده شده و بنابراین دانشجویانی که علاقمند به حوزه‌های خاصی هستند می‌توانند مطالب را با عمق بیشتری کشف نمایند. در نهایت، کتاب حاوی واژه نامه‌ای است که کلمات یا اصطلاحاتی را که ممکن است برای دانشجویان ناآشنا باشد، تعریف کرده است.



---

## درباره نویسندگان

---

### – سالی گوتماخر (Sally Guttmacher)

دکتر سالی گوتماخر، استاد سلامت عمومی دانشگاه نیویورک است و در آنجا برنامه MPH سلامت عمومی اجتماعی را هدایت می‌کند. او استاد مدعو سلامت عمومی دانشگاه کیپ تاون افریقای جنوبی نیز هست. وی مدرک دکترای پزشکی اجتماعی خود را از دانشگاه کلمبیا دریافت کرده است. ایشان در مداخلات سلامت اجتماع محور و نیز پژوهش‌های ارزیابی آنها در شهرهای نیویورک و کیپ تاون مشارکت داشته و نویسنده همکار کتاب سازمان‌های سلامت اجتماع محور<sup>۱</sup> (انتشارات Jossey-Bass، سال ۲۰۰۵) بوده است. وی رئیس موسسه سلامت عمومی شهر نیویورک<sup>۲</sup>، رئیس بخش مراقبت‌های پزشکی موسسه سلامت عمومی آمریکا<sup>۳</sup>، رئیس شورای برنامه‌های سلامت عمومی<sup>۴</sup>، و عضو هیات متحنین رشته سلامت عمومی امریکاست. علاقمندی‌های پژوهشی اخیر ایشان شامل ارزیابی برنامه‌ها، پیشگیری و درمان ایدز و کاهش رفتارهای خطرناک جنسی در جوامع پنهانده می‌باشد.

### – پاتریشیا کلی (Patricia J. Kelly)

دکتر پاتریشیا کلی استاد دانشکده پرستاری دانشگاه میسوری، کانزاس است که مدرک دکترای سلامت عمومی خود را از دانشگاه ایلینویز در شیکاگو دریافت کرد. فعالیت‌های بالینی و پژوهشی او بر بهبود شرایط سلامت زنان و کودکان در جمعیت‌های محروم متمرکز بوده است. او مطالعات پژوهشی اجتماع محور متعددی را در اجتماع‌های اسپانیایی و آفریقایی تبار آمریکا برای سازمان ملی سلامت (NIH)، ایالت‌ها و تحت حمایت موسسات مختلف هدایت کرده است. تمرکز کارهای او بر سلامت باروری و پیشگیری از خشونت خانگی بوده و روش‌های پژوهشی و ارزیابی متعدد شامل اقدام پژوهی‌های مشارکتی اجتماع محور را به کار برده است.

---

1 Community-Based Health Organizations

2 Public Health Association of New York City

3 American Public Health Association

4 Council of Public health Programs

## - یوماری روییز-ژانکو (Yumary Ruiz – Janecko)

دکتر یوماری روییز-ژانکو، استادیار بالینی سلامت عمومی و مدیر دوره کارورزی بهداشت در گروه تغذیه، علوم غذایی و سلامت عمومی در دانشگاه نیویورک است. او در سال ۲۰۰۶، مدرک دکترای خود در رشته سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها را با تمرکز بر سیاست‌گذاری سلامت و حمایت طلبی<sup>۱</sup> سلامت از دانشگاه پوردو دریافت کرد. علایق پژوهشی وی شامل ارتباط بین مهاجرت و سلامت و تاثیر توانمندسازی بر پیامدهای سلامت در سطوح فرد، اجتماع و سیستم است. کانون توجه پژوهش‌های کنونی او بر بررسی رفتارهای پر خطر مرتبط با HIV در بین مهاجران جدید مکزیک در شهر نیویورک است. او تا پیش از پیوستن به گروه تغذیه، علوم غذایی و سلامت عمومی دانشگاه نیویورک، بر روی استفاده از اینترنت توسط سازمان‌های غیردولتی به ویژه سازمان‌های حمایت طلب و ارتباط آن با توانمندسازی اجتماعی سیاسی کار کرده بود. او علاوه بر تدریس و طراحی تعداد زیادی از دوره‌های لیسانس و بالاتر، به عنوان یکی از فعالان عرصه سلامت عمومی، برنامه‌های سلامت را با بهره‌گیری از رویکردهای چند جزئی<sup>۲</sup>، چند بخشی<sup>۳</sup> و چند محیطی<sup>۴</sup> هدایت و اجرا نموده است.

## - دیانا سیلور (Diana Silver)

دکتر دیانا سیلور، استادیار سلامت عمومی دانشکده فرهنگ، آموزش و توسعه انسانی دانشگاه استین هارد نیویورک است. او برای بیش از دو دهه در حوزه سلامت عمومی فعالیت کرده است. پژوهش‌های او روش‌هایی را که با آنها سیاست‌های و برنامه‌های دولت محلی می‌تواند برای رفع نیازها موثرتر عمل کند را مشخص می‌سازد. او کار خود را با تمرکز بر تدوین سیاست‌ها و برنامه‌های موثر بر همه‌گیری ایدز، مصرف مواد مخدر و خشونت در نیویورک و در محیط‌هایی مانند مدارس، محل کار، زندان‌ها و سازمان‌های اجتماع محور آغاز کرد. در دهه گذشته، او به عنوان مدیر پروژه ارزیابی ملی اقدامات سلامت شهری در بنیاد رابرت وود جانسون فعالیت داشته است که هدف آن بهبود پیامدهای سلامت و ایمنی کودکان و جوانان در تعدادی از فقیرترین شهرهای آمریکاست.

---

1 Health Policy and Health Advocacy

2 Multicomponent

3 Multisectoral

4 Multisetting



معرفی مداخلات اجتماع محور



---

## فصل اول

---

### بهبود سلامت در محیط‌های اجتماعی

#### اهداف یادگیری

انتظار می‌رود خواننده با مطالعه این فصل بتواند:

اجزای یک رویکرد بوم شناختی به سلامت<sup>1</sup> را توضیح دهد.

مداخلات مبتنی بر رویکرد بوم شناختی و رویکرد فردی به سلامت را از یکدیگر تمیز دهد.

روش‌های مختلف شناخت اجتماع را تشخیص دهد.

---



## نگاه کلی

نظریه بوم شناختی<sup>۱</sup> نگاهی کلی برای فهم مداخلاتی که در محیط‌های اجتماعی انجام می‌شود را فراهم می‌سازد. این فصل، تفاوت‌های بین مداخلات انجام شده در محیط‌های اجتماعی و مداخلاتی که در محیط‌های بالینی اجرا می‌شود را بیان می‌کند. نمونه‌هایی از مداخلات اجتماعی نیز ارائه خواهد شد.

## تعریف اجتماع

اجتماع، گروهی از افرادی است که با پیوندهای پیدا و پنهان به یکدیگر پیوند خورده‌اند. اجتماع را به روش‌های مختلف تعریف کرده‌اند. اجتماع‌ها جغرافیایی مرزهای جغرافیایی، فیزیکی یا سیاسی دارند، در حالی که اجتماع‌های هم‌علاقه<sup>۲</sup>، نه با فاصله‌ها، بلکه با یک علاقه، رفتار، تهدید یا ویژگی، و اجتماع‌های حرفه‌ای<sup>۳</sup> با دانش و مهارت‌ها و علایق با هم مرتبط شده‌اند.

## مکان به عنوان معرف یک اجتماع

اجتماع‌های جغرافیایی می‌توانند مرزهای سیاسی مانند محدوده‌های شهری داشته باشند. این مرزها که ممکن است قرارداری باشد، برای ساکنان این مناطق احساس تعلق ایجاد می‌کند که آنها را از مناطق همجوار آنها متمایز می‌کند. مثال این وضعیت را در تفاوت ساکنان مرکز شهر و جنوب شهر می‌توان دید. اجتماع‌های جغرافیایی را با مرزهای جغرافیایی یا فیزیکی نیز می‌توان تعریف کرد. با این مرزها افراد داخل با هم متحد هستند (مثلا ساکنان شمال رودخانه)، یا از سایر مناطق همجوار متمایز می‌شوند (ساکنان دو طرف ریل راه آهن). استفاده از ویژگی جغرافیایی در تعریف اجتماع، برای سیاست‌گذاران و برنامه ریزانی که برای اهداف برنامه‌ریزی خود باید مسیرهای سرشماری، تعیین شبکه‌های بهداشتی و نواحی تحت پوشش بیمارستان‌ها را تعیین کنند، ضروری است. هر چند این مرزها ممکن است نشان دهنده تفاوت‌های بین ساکنان این مناطق نباشند، ولی تصویر سودمندی از محلی که باید مداخله در آن انجام شود، فراهم می‌کند.

---

1 Ecological Theory

2 Community of Interest

3 Professional Community

### تعریف اجتماع‌ها براساس نگرانی‌های مشترک

اجتماع‌هایی که علایق یا نگرانی مشترک دارند، می‌توانند با ویژگی‌های نژادی، قومیتی و یا زمینه‌های ملی و تاریخی، ارزش‌ها، فرهنگ و رسوم که بخشی از سابقه آنهاست، با یکدیگر پیوند داشته باشند. واحدهای اجتماعی که کار، مدرسه و یا سایر فعالیت‌های روزانه افراد را تشکیل می‌دهند، نوع دیگری از اجتماع‌ها را مشخص می‌کند. معمولاً این واحدها را می‌توان بر حسب سن (کلاس‌های سوم و ششم در یک مدرسه ابتدایی حومه شهر)، نقش (پرستاران و پزشکان در یک بیمارستان عمومی)، و یا موقعیت (دانش آموزان و معلمان یک مدرسه ابتدایی حومه شهر، بیماران و ارائه‌دهندگان خدمات در بیمارستان) از هم جدا کرد. از نمونه اجتماع‌های با علایق مشترک می‌توان دانشجویان و پزشکانی که نگران موضوعات سلامت هستند یا گروه‌هایی که در گذشته، حال یا آینده، بیماری، رفتار و یا عامل خطر سلامت مشترک دارند را نام برد. زنان دارای ژن BRCA (نشانه خطر بالاتر از متوسط برای ابتلا به سرطان سینه)، زنانی که در حال شیمی درمانی برای سرطان سینه هستند (بیماری در حال حاضر) و زنان عضو یک گروه حمایتی نجات یافتگان سرطان (بیماری در گذشته) همگی بخشی از یک اجتماع با علایق مشترک بالقوه یا واقعی هستند.

تعریف اجتماع برای فعالان حوزه سلامت مهم است زیرا مداخلات سلامت باید یک اجتماع ویژه را هدف قرار دهد. نحوه شناسایی یک اجتماع هدف<sup>۱</sup> تعیین کننده نحوه تخصیص منابع، اجرای مداخله و قالب بندی پیام است.

نمونه‌ای از اهمیت شناسایی اجتماع هدف، می‌تواند در طراحی یک مداخله ترک سیگار دیده شود. اگر مخاطبان مداخله دانشجویان دوره کارشناسی باشند، احتمالاً تمرکز بر تأثیرات بلند مدت کشیدن سیگار راهکار موثری نیست، زیرا این افراد در مرحله نوجوانی هستند یعنی در مرحله‌ای که معتقدند "این اتفاق برای من پیش نخواهد آمد" و به امروز بیش از فردا توجه می‌کنند. یک راهکار موفق‌تر برای ترک سیگار در این گروه می‌تواند نشان دادن روش‌های مقاومت در برابر فشارهای اجتماعی همزمان با پذیرش همسالان<sup>۲</sup> باشد. با این حال، اگر جمعیت هدف مداخله ترک سیگار

---

1 Target Community

2 Peer

زنان باردار باشند، پیام مداخله درباره تاثیر سیگار بر پیامدهای بارداری موثرتر از پیامی است که بر پیشگیری از سرطان ریه و بیماری‌های انسدادی ریه تاکید دارد. متغیرهای جمعیت شناختی<sup>۱</sup> مانند نژاد، قومیت، سطح تحصیلات، سن، جنسیت و طبقه اجتماعی، می‌توانند هم اجتماع‌های جغرافیایی و هم اجتماع‌های با علایق مشترک را توصیف کند. در بسیاری از مداخلات، اجتماع هدف براساس بیش از یک متغیر جمعیت شناختی است. گروه حمایتی متشکل از نجات یافتگان سرطان، برای زنان بالاتر از ۶۰ سال مشکلات متفاوت با زنان بالای ۳۰ سال دارند. در مداخله برای افزایش غربالگری ماموگرافی در بین زنان آفریقایی تبار، راهکارهای فرهنگی متفاوتی نسبت به مداخله مشابه در بین زنان لاتین تبار نیاز دارد. پیام‌های آموزشی درباره غربالگری ماموگرافی برای زنان طبقه متوسط که بیمه سلامت شخصی دارند، با پیام‌های طراحی شده با همین هدف برای زنانی که متکی به استفاده از بیمارستان‌ها و درمانگاه‌های دولتی هستند، ممکن است تفاوت داشته باشد. اطلاعات مربوط به زمینه فرهنگی، باورهای سلامت، مرحله تکامل، وضعیت اقتصادی اجتماعی و سطح سواد در محتوای هر مداخله سلامت باید گنجانده شوند.

### نظریه بوم شناختی و سطوح پیشگیری

نظریه بوم شناختی فرض می‌کند که سلامت، حاصل تعامل پویای بین متغیرهای جمعیت شناختی و محیط‌های فیزیکی و اجتماعی است. این نظریه قابل گسترش به الگوی موجودات زنده به عنوان یک نظام خودتنظیمی است که خانواده‌ها، سازمان‌ها و اجتماع‌هایی که روزانه با آنها تعامل داریم را دربرمی‌گیرد و اختلال در هر قسمت نظام بر سایر بخش‌ها تاثیر می‌گذارد (Bronfenbrenner, 1979). افراد، خانواده‌ها و اجتماع‌ها، نهادهای مستقلی نیستند بلکه یک نظام بوم شناختی مرتبط با هم را تشکیل می‌دهند که با تغییرات سایر بخش‌های سازمان سازگار هستند. هر جزء این نظام در تعیین سلامت سهم دارند. عوامل کلیدی در نظریه بوم شناختی که تاثیر نامناسب بر سلامت دارند شامل وضعیت اقتصادی اجتماعی، خانواده، کار (برای بزرگسالان) و مدرسه (برای

---

1 Demographic Variables

کودکان) می‌باشند (Grzywacz & Fuqua, 2000). لحاظ کردن و ادغام یک یا بیش از یک مورد از این عوامل را نمی‌توان جدا از سایر موارد در نظر گرفت.

### کاربرد نظریه بوم شناختی در مداخلات اجتماع محور

به کارگیری نظریه بوم شناختی در برنامه‌های مداخلات سلامت اجتماع محور، نیاز به درک سه اصل زیر دارد:

- سلامت، حاصل تناسب بین افراد و محیط پیرامون آنهاست.
  - شرایط محیطی و اجتماعی با فرد تعامل دارند تا تاثیر مهم بر سلامت را نشان دهند.
  - یک رویکرد چند رشته‌ای به سلامت مورد نیاز است (Grzywacz & Fuqua, 2000).
- این اعتقاد که سلامت بیش از آن که متأثر از فرد باشد، از دیگران اثر می‌پذیرد، کاربردهای مهمی برای مداخلات ارتقای سلامت دارد. مداخلات سلامت اجتماع محور از نمرکز بر رفتار افراد فراتر می‌رود و بر اهمیت تاثیرات بین فردی یا رفتار گروه، جو سازمانی، منابع اجتماعی و سیاست‌ها تاکید می‌کند. بنابراین مداخلات سلامت اجتماع محور که با گروه‌ها (مانند زنان بالای ۵۰ سال در یک کلیسا)، موسسات (مانند معلمان در نظام آموزشی یک منطقه)، اجتماع‌های با مرزهای جغرافیایی و سیاسی، و جمعیت‌های بزرگی که با سیاست‌های ویژه پوشش داده می‌شوند، سروکار دارد.

### اقدامات پیشگیرانه متمرکز بر اجتماع

تاثیر عوامل اجتماعی و محیطی بر رفتارها و پیامدهای سلامت، هنگامی مطرح شد که محدودیت‌های الگوی پزشکی فردی<sup>۱</sup> در ایجاد تغییر در رفتارهای سلامت و پیامدهای آن مشخص شد. در حالی که فناوری‌های مراقبت‌های سلامت مانند آنژیوپلاستی و پیوند مغز استخوان در آمریکا رایج است، بسیاری از شاخص‌های سلامت این کشور عقب‌تر از سایر کشورهای صنعتی است (Central Intelligence Agency, 2008). میزان مرگ و میر کودکان زیر یکسال در آمریکا بالاتر از بسیاری از کشورهای توسعه یافته است، زیرا مناطق زیادی از آمریکا، فاقد دسترسی به خدمات پیشگیری مناسب هستند. اگر چه پزشکان و پرستاران ماهر و متخصص در بخش‌های کودکان برای حفظ جان

---

1 Individual Medical Model



نوزادان نارس فعالیت می‌کنند ولی برای بسیاری از زنان باردار، مراقبت‌های قبل از تولد و سایر مراقبت‌های پیشگیری فراهم نیست. این عوامل منجر به میزان بالای زایمان زودرس و اشغال کامل تخت‌ها در بخش‌های مراقبت‌های قبل از تولد می‌شود.

برنامه‌های دیالیز برای افراد دیابتی مبتلا به نارسایی کلیه فراهم است ولی بسیاری از افراد دیابتی از بیماری خود آگاه نیستند یا نمی‌توانند از طریق تغذیه و ورزش بیماری خود را مدیریت کنند. در حالی که رژیم‌های درمانی پیشرفته با داروهای ضد ویروس را برای افراد آلوده به ویروس HIV فراهم است، بسیاری از افراد مبتلا به این بیماری تشخیص داده نشده‌اند و عفونت را از طریق روابط جنسی محافظت نشده و یا سوزن‌های مشترک منتشر می‌کنند. فناوری پزشکی قرن ۲۱ که عمدتاً محدود به محیط‌های ارایه خدمات سلامت است، قادر به بهینه کردن سلامت افراد و یا پیشگیری از بیماری‌ها نیست. این نقشی است که ارتقای سلامت اجتماع محور ارایه می‌دهد.

توجه به سلامت و پیشگیری از بیماری در سطح اجتماع تنها در صورتی می‌تواند موفق باشد که در این اقدامات اجتماع درگیر شود. سازمان بهداشت جهانی، اهمیت مشارکت اجتماعی<sup>۱</sup> را در تعریف خود از سلامت و ارتقای سلامت به رسمیت شناخته است. به عنوان مثال، در بیانیه آما آتا مراقبت‌های سلامت اولیه<sup>۲</sup> چنین تعریف شده است: "مراقبت‌های سلامت اولیه مراقبت‌های ضروری مبتنی بر روش‌های و فناوری‌های عملی، علمی و قابل قبول هستند که از طریق مشارکت کامل افراد و خانواده‌ها در اجتماع و با هزینه‌های قابل تحمل در هر سطح از توسعه یافتگی و با روح خوداتکایی<sup>۳</sup> و خودتعیین‌کنندگی<sup>۴</sup> در دسترس آنان قرار می‌گیرند" (Mahler, 1981, p.7).

درک محدودیت‌های نظام ارایه خدمات سلامت در حفظ سلامت یک جمعیت و سهمی که محیط روانی اجتماعی و فیزیکی که در آن زندگی می‌کنیم در سلامت دارد، موجب تغییر در توجه به اجتماع شده است (McLeory, Bibeau, Steckler, & Glanz, 1988). از نظر توجه به سلامت جمعیت یا اجتماع هدف، مداخلات در محیط‌های اجتماعی با مداخلات بالینی فردی تفاوت دارند. در هدف‌گیری اجتماع‌ها برای مداخلات سلامت، اجتماع می‌تواند به یکی از دو روش زیر مدنظر قرار گیرد:

---

1 Community Participation

2 Primary Health Care

3 Self-Reliance

4 Self-Determination

- اجتماع به عنوان محیط که هر یک از تعاریف فوق برای اجتماع را به کار برده و بر تغییر رفتارهای فردی به عنوان روشی برای کاهش خطر بیماری در جمعیت تمرکز دارد. در این نوع مداخلات، تغییر جمعیت به عنوان مجموع تغییرات فردی، بین فردی و سازمانی در نظر گرفته می‌شود.
  - اجتماع به عنوان هدف که در آن هدف، تغییر در سیاست‌ها یا سازمان‌های اجتماعی مانند ایجاد مسیرهای پیاده روی، فراهمی مکان‌های بدون دخانیات، سیگار و یا میزان کلی بیماری هاست.
- صرف‌نظر از نقطه تمرکز، هدف تقریباً همه مداخلات اجتماعی، تاثیرگذاری بر آن دسته عوامل مرگ و ابتلا<sup>۱</sup> است که خارج از محیط‌های ارائه خدمات سلامت رخ می‌دهند. این مداخلات می‌توانند نقطه مقابل مداخلات بالینی باشند که در آنها تمرکز بر فرد است و معمولاً شامل تشخیص بیماری با استفاده از معاینات بالینی و آزمون‌های آزمایشگاهی است. این مداخلات معمولاً با دارو و روش‌های درمانی و با هدف پیشگیری از بدتر شدن وضعیت موجود تداوم می‌یابند.

#### نمونه‌هایی از مداخلات سلامت اجتماع محور بر حسب سطح پیشگیری

از آنجا که مداخلات اجتماعی موضوعات متنوعی را در بر می‌گیرند، یک روش سازماندهی آنها استفاده از سطوح پیشگیری است. هدف در مداخلاتی که بر پیشگیری اولیه<sup>۲</sup> تمرکز دارند، اجتناب یا پیشگیری از بیماری و یا وضعیت قبل از شروع آنها است. اقدامات پیشگیری سطح دوم<sup>۳</sup> بر غربالگری و تشخیص زودرس بیماری یا یک وضعیت سلامت خاص می‌پردازد. هدف در پیشگیری سطح سوم<sup>۴</sup>، پیشگیری از پیشرفت بیماری بعد از شناسایی عامل خطر و یا بیماری است. جدول ۱-۱ نمونه‌هایی را برای کمک به دانشجویان در تشخیص یک حوزه موضوعی و نوع مداخله برای اجرا نشان می‌دهد.

گسترش پیاده روی می‌تواند به عنوان مداخله در سطح اول و دوم پیشگیری مدنظر قرار گیرد زیرا می‌تواند جزء مهمی در پیشگیری از چاقی و بیماری‌های قلبی عروقی به حساب آید. همچنین می‌تواند به افراد چاق و مبتلایان به بیماری‌های قلبی کمک کند

1 Mortality & Morbidity

2 Primary Prevention

3 Secondary Prevention

4 Tertiary Prevention

تا از چاقی بیشتر و یا بدتر شدن عملکرد قلب پیشگیری نمایند. مداخله‌ای در نظام مدرسه برای حذف ماشین‌های فروش نوشابه‌های گازدار از مدارس هم یک پیشگیری سطح اول و هم سوم است، زیرا به پیشگیری از چاقی کودکان که یک عامل خطر مهم در ایجاد دیابت نوع دو در آینده است، توجه دارد. مشخص شده که گروه‌های حمایتی در کاهش استرس و بهبود مقابله و سلامت روانی کلی در زنان مبتلا به سرطان سینه موثر هستند. از آنجایی که گروه‌های حمایتی به زنان کمک می‌کنند تا مشکلات بالقوه آینده مربوط به فرآیند بیماری را پیش‌بینی و پیشگیری نمایند، تشکیل چنین گروه‌هایی، پیشگیری سطح سوم به حساب می‌آید. بسیج اطلاع‌رسانی آموزشی Back to sleep که به صورت مشترک مورد حمایت مالی موسسه ملی سلامت و آکادمی کودکان آمریکا است، یک بسیج اطلاع‌رسانی بازاریابی است که توصیه می‌کند برای کاهش بروز سندرم مرگ ناگهانی نوزادان<sup>۱</sup> باید آنها را به پشت خواباند (Havens & Zink, 1994). این بسیج اطلاع‌رسانی پیشگیری اولیه موفق با کاهش بروز سندرم مرگ ناگهانی نوزادان به میزان ۵ درصد از زمان شروع آن در اواسط دهه ۱۹۹۰ معروف شده است (National Institute of Child Health and Human Development, 2008).

مداخلات تعویض سوزن، یک پیشگیری سطح اول است که می‌تواند مانع از انتشار عفونت HIV در میان معتادان تزریقی شود. بسیج‌های اطلاع‌رسانی برای افزایش انجام آزمایش HIV و اطلاع فرد از وضعیت HIV خود، پیشگیری سطح دوم است زیرا هدف آن شناسایی زود هنگام عفونت HIV است. این گونه برنامه‌ها به دلیل تمرکز بر کاهش خطر انتقال HIV به شرکای جنسی ناشناس، نوعی پیشگیری اولیه نیز به شمار می‌روند (Varghese, Maher, Peterman, Branson & Steketee, 2002). مداخلات مربوط به افزایش دسترسی به ماموگرافی، یک پیشگیری سطح دوم است، زیرا ماموگرافی یک روش مهم برای غربالگری سرطان سینه به شمار می‌رود. زنانی که به دلیل داشتن ژن BRCA جراحی برداشتن سینه سالم انجام می‌دهند چون در معرض خطر بالاتری برای ابتلا به سرطان سینه قرار دارند، اقدام به یک پیشگیری اولیه می‌کنند.

در حال حاضر که برای پیشگیری از انتشار ویروس پاپیلومای انسانی واکسن موجود است، روشی برای پیشگیری اولیه از سرطان دهانه رحم شناخته شده است. بسیج

---

1 Sudden Infant Death Syndrome (SIDS)

اطلاع‌رسانی برای واکسینه کردن زنان یک روش پیشگیری اولیه است. پیشگیری سطح دوم می‌تواند بسیج اطلاع‌رسانی برای تشویق زنان به انجام پاپ اسمیر باشد. پیشگیری سطح سوم شامل انجام کولپوسکوپی برای زنانی است که تعدادی سلول‌های غیر طبیعی دارند (Franco, Duarte-Franco, & Ferenczy, 2001). یک بسیج همگانی بستن کمربند ایمنی می‌تواند برای افزایش استفاده از این وسیله برای تمام اجتماع یا با تمرکز بر یک جمعیت هدف مشخص مانند آمریکایی‌های اسپانیایی تبار یا بزرگسالان طراحی شود. در هر دو حالت، چنین بسیج اطلاع‌رسانی یک پیشگیری اولیه برای کاهش آسیب‌های غیرعمدی ناشی از تصادفات وسایل نقلیه خواهد بود (Evans, 1990).

هر یک از این مثال‌ها مربوط به یک مطالعه است که نشان می‌دهد این برنامه‌ها در دستیابی به اهداف خود موثر بوده‌اند. این مداخلات نمونه‌هایی از اقدامات مبتنی بر شواهد هستند که در آن فعالان حوزه سلامت عمومی، به مستندات مراجعه می‌کنند و می‌آموزند اگر یک مداخله اثربخش باشد، از آن استفاده کنند. تضمینی برای تاثیرات مثبت چنین مداخلاتی در یک اجتماع یا جمعیت خاص وجود ندارد، اما شانس موفقیت آنها بیشتر از مداخله‌ای است که از ابتدا و یا بر پایه تجربه روایتی بنا شده باشد.

جدول ۱ - ۱: نمونه‌هایی از مداخلات سلامت اجتماع محور بر حسب سطوح پیشگیری

پیشگیری سوم	پیشگیری دوم	پیشگیری اول	مداخله
*		*	پیاده روی به دنبال هم (Walking Trails)
*		*	حذف ماشین فروش نوشابه‌های گازدار از مدارس
			گروه‌های حمایتی برای نجات یافتگان از سرطان پستان
		*	بسیج اطلاع‌رسانی به پشت خواباندن نوزاد (Back to Sleep)
		*	مداخله تعویض سرنگ
	*	*	مداخله "وضعیت HIV خودتان را بدانید"
	*		دسترسی به ماموگرافی
*			برنامه ترک سیگار Great American Smoke-Out
		*	بسیج همگانی بستن کمربند ایمنی

### خلاصه

تمرکز مداخلات سلامت عمومی بیشتر بر اجتماع است تا افراد. یکی از وظایف فعالان حوزه سلامت عمومی، درک اجتماع هدف و سطح پیشگیری مداخلات است. در فصل‌های بعدی، خوانندگان با تمام مراحل که برای طراحی یک مداخله اجتماع محور ضروری است، آشنا خواهند شد.

### فعالیت

همانطور که در این فصل بحث شد، اجتماع‌ها تنها بر اساس مرزهای جغرافیایی تعریف نمی‌شوند. دو نمونه از اجتماع‌ها غیر جغرافیایی را مشخص کنید که در آن عضو هستید. نقاط مشترکی که این اجتماع‌ها را به هم پیوند داده‌اند، مانند علایق، رفتارها و یا ویژگی‌ها را توصیف کنید.

### سوالات بحث

در ایالات متحده آمریکا مکرراً تغییر توجه از بیماری‌های واگیردار به بیماری‌های مزمن، به عنوان یکی از دلایل اصلی توجه به مداخلات سلامت اجتماع عنوان شده است. آیا بیماری‌های مزمن برای مداخلات سلامت اجتماع محور مناسب‌تر از سایر بیماری‌ها هستند؟ در بسیاری از مداخلات مربوط به بیماری‌های عفونی از راهبردهای درگیر کردن شبکه‌های اجتماعی و سازماندهی اجتماع استفاده می‌شود. آیا این نوع مداخلات برای بیماری‌های عفونی مناسب هستند؟ چه عواملی بر پاسخ شما تاثیر می‌گذارد (عوامل اقتصادی، جمعیت هدف، جغرافیا و یا سایر عوامل)؟

چگونه اجتماعی را برای انجام مداخله مرتبط با بارداری نوجوانان شناسایی می‌کنید؟ برای شیردهی و رشد و نمو کودک در سال‌های اول تولد چطور؟ آیا رویکرد شما در بین این اجتماع‌ها متفاوت است؟ مشکلات بالقوه‌ای که ممکن است بر حسب تعاریف مختلف از اجتماع بروز کنند، کدامند؟



## فصل دوم

### تاریخچه مختصری از مداخلات سلامت اجتماع محور

دیانا سیلور

#### اهداف یادگیری

شناسایی اهداف کلی و اختصاصی در نمونه‌های پیشرو مداخلات سلامت اجتماع محور  
شرح این که چگونه مشکلات در ارزیابی اثر مداخلات کلان می‌توانند به مداخلات در

سطح کوچک تعمیم پیدا کنند

درک اهمیت مشکلات اجرای مداخلات سلامت مبتنی بر اجتماع





## نگاه کلی

در این فصل تجربیات مداخلات سلامت اجتماع محور را که در طی ۴۰ سال گذشته برنامه‌ریزی و اجرا شده است مرور خواهد شد. این فصل اصول و فرضیات زیر بنایی این مداخلات را بررسی می‌کند و برخی از مشکلاتی که در سنجش تاثیر آنها وجود داشته را مورد بحث قرار می‌دهد.

### مداخلات سلامت اجتماع محور: ابزاری برای تغییر

مداخله سلامت اجتماع محور ایده نسبتاً جدیدی است که به اوایل دهه ۱۹۶۰ مربوط می‌شود. این اصطلاح به مجموعه‌ای از مداخلات طراحی شده برای ایجاد تغییر در زیر ساخت‌ها و خدمات اجتماع، هنجارها، نگرشها، باورها و سیاست‌های گفته می‌شود که منجر به بهبود وضعیت سلامت اعضای جامعه می‌شود. هرچند واژه مداخلات سلامت اجتماع محور، نسبتاً جدید است، اما این رویکرد جدید نیست و در واقع بسیاری از پیشرفت‌های سلامت عمومی از قرن نوزدهم را باعث شده است. هنگامی که جان اسنو<sup>۱</sup> در سال ۱۸۴۹ شیر آب آلوده را از پمپ آب جدا کرد، در واقع در یک مداخله سلامت اجتماع محور اجرا کرد. او در مواجهه با همه گیری‌های مکرر وبا بیشتر به دنبال یافتن منبع مشکل بود و کمتر به گسترش مراقبت‌های پزشکی برای افراد مبتلا به بیماری توجه داشت.

برنامه‌ریزی و اجرای مداخلات سلامت اجتماع محور مورد نظر این کتاب بر پایه برخی تجارب حاصل از مداخلاتی است که در طی ۴۰ سال گذشته طراحی و اجرا شده است. مداخلات سلامت اجتماع محور به دنبال سلامت در سطح اجتماع است، به عبارتی این نوع مداخلات به منظور بهبود وضعیت سلامت کلی اجتماع طراحی می‌شوند. موفقیت یا شکست این برنامه‌ها در سطح اجتماع از طریق سنجش تغییر در میانگین وضعیت سلامت افراد در داخل یک اجتماع ارزیابی می‌شود.

### منطق تدوین مداخلات اجتماع محور

منطق این مداخلات در جهت گیری اسنو منعکس می‌شود. تا دهه ۱۹۶۰ بهبود چشمگیری که در وضعیت سلامت افراد در کشورهای صنعتی اتفاق افتاده بود به

---

1 John Snow

وضعیت ثابتی رسید و بیماری‌های مزمن نسبت به بیماری‌های عفونی به عنوان تهدید بزرگتری برای سلامت مطرح شدند. بسیاری از دستاوردهای نیمه اول قرن بیستم به دنبال بهسازی فاضلاب و آب، دسترسی به غذا و دارو و پیشرفت‌های علمی و پزشکی مهم نظیر کشف پنی سیلین و یا واکسن فلج اطفال حاصل شد. حداقل در اروپا اکثریت جمعیت به مراقبت‌های سلامت ملی دسترسی پیدا کردند. در ایالات متحده از پایان دهه ۱۹۶۰ برنامه‌های Medicare و Medicaid بنیانگذاری شد و به واسطه آنها مراقبت‌های سلامت را به بخش بزرگی از جمعیت که قبلاً دسترسی نداشتند، گسترش یافت. قوانین مربوط به خطرات مواد شیمیایی، تجهیزات و محل کار مورد تقاضای واحدهای تجاری موجب شد تا تهدیدهای سلامت کارگران کاهش یابد. در کنار بهبود در محیط، دسترسی کامل‌تر به درمان مشکلات سلامت جزئی و پیچیده موجب شد تا امید زندگی<sup>۱</sup> برای مردان و زنان در تمام گروه‌های نژادی افزایش یابد و شکاف امید به زندگی در میان گروه‌های مختلف نژادی رو به کاهش گذارد.

در نیمه دوم قرن بیستم مرگ به علت بیماری‌های عفونی به بیماری‌های مزمن تغییر یافت و تاثیرات بیماری‌های عفونی از اواسط دهه ۱۹۶۰ کاهش یافت و عوامل خطر بیماری‌های مزمن بیشتر شناخته شد. به واسطه استفاده از فناوری‌های پیشرفته که بیماری‌های دشواری نظیر حملات قلبی و سکته‌ها را هدف قرار می‌داد، منابع و توجهات زیادی صرف بهبود مراقبت از افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن شد. اکنون دیگر توجه به علل مرگ به ویژه بیماری‌های قلبی عروقی و تنفسی باعث شده بود تا از طرف جامعه پزشکی تغییر در سبک زندگی و رفتار افراد را نیازهایی بدانند که فناوری قادر به پاسخگویی آنها نبود. در مقابل، فعالان و پژوهشگران حوزه سلامت عمومی با مشارکت جامعه پزشکی، جستجوی مداخلات در سطح اجتماع برای توجه به عوامل مربوط به سبک زندگی را آغاز کردند.

این فصل به مرور اصول و فرضیات زیر بنایی پنج نمونه اولیه از مداخلات سلامت اجتماع محور می‌پردازد. این برنامه‌ها شامل پروژه‌های کارولینای شمالی<sup>۲</sup>، سه اجتماع استانفورد<sup>۳</sup>، پنج شهر استانفورد<sup>۴</sup>، سلامت قلب پواتاکت<sup>۱</sup> و سلامت قلب مینه سوتا<sup>۲</sup> است

---

1 Life Expectancy

2 North Karelia

3 Stanford Three-Community

4 Stanford Five-City

که همگی آنها جنبه‌هایی از بیماری‌های قلبی عروقی را پوشش می‌دادند. در این فصل، یافته‌های اصلی این مداخلات و نیز برخی از نگرانی‌هایی که درباره اجرا و ارزیابی آنها مطرح شده را مرور می‌کنیم. این فصل با بحث درباره برخی از موضوعات کلیدی مورد توجه مداخلات بعدی و جنبه‌هایی که باید در مطالعات بعدی مورد توجه قرار گیرد به پایان می‌رسد.

### اصول و فرضیات مداخلات سلامت اجتماع محور

مداخلات سلامت اجتماع محور در برخی فرضیات و اصول مشترک هستند که بیانگر منطق و طرح آنها و نیز پیش فرض‌هایی درباره روش‌های تاثیر این مداخلات است. در ادامه برخی از اصول و فرضیاتی که راهنمای طراحان و ارزشیابی کنندگان مداخلات است بیان می‌گردد.

کانون توجه بر تغییر در رفتارهای خطر است و نه فراهم کردن درمان. اگر چه این مداخلات رویکرد از بالا به پایین به معنای تلاش برای تغییر در هنجارها و رفتارها قبل از این که منجر به ناتوانی شوند را به کار می‌گرفتند، ولی به دنبال بهبود سلامت افرادی نیز بودند که حالات مزمن مرتبط با بیماری‌های قلبی و انفارکتوس میوکارد در آنها تشخیص داده شده بود. در حالی که در این مداخلات، راهبردهای مختلفی برای غربالگری و ارجاع استفاده می‌شد ولی به دنبال روش‌های نوین درمانی یا افزایش دسترسی به مراقبت‌های سلامت نبودند.

یک رویکرد مبتنی بر جمعیت برای ایجاد تغییر در رفتار سلامت مورد نیاز است. این ایده که رفتارهای پر خطر در کل جمعیت، توزیع شده در مداخلات مذکور پذیرفته شده بود. به دلیل وسعت جمعیت، حتی اصلاح مختصر در رفتارهای پر خطر می‌توانست منافع بزرگی را به دنبال داشته باشد.

اجتماع دارای مرزهای جغرافیایی است. در انواع پیشرو مداخلات سلامت اجتماع محور، اجتماع به عنوان یک کل جغرافیایی و یا قلمرو سیاسی تعریف می‌شد. در حالی که این جوامع از نظر اندازه متفاوت بودند، عضویت در اجتماع با سکونت در این محدوده تعریف می‌شد. اجرای مداخلات سلامت اجتماع محور سبب گردید تا فعالان حوزه

سلامت، این تعریف از اجتماع را زیر سوال برده و سایر معانی برای اجتماع را مورد توجه قرار دهند ( فصل اول را ببینید).

پیشرفت در شناسایی افراد در معرض خطر بالا اهمیت دارد. یکی از اهداف مداخلات سلامت اجتماع محور گسترش دسترسی به جامعه پزشکی از طریق شناسایی افراد در معرض خطر بالا بود. این گونه مداخلات در پی فرصتهایی برای غربالگری عوامل خطر و اطمینان از معرفی افراد پر خطر به ارایه‌دهندگان خدمات سلامت بودند.

افراد درون خانواده‌ها قرار دارند. برخی از راهبردهای به کار رفته در این مداخلات متمرکز بر خانواده بود. این راهبردها به دنبال ایجاد یا تقویت تغییر در رفتارهای پر خطر افراد از طریق کمک گرفتن از اعضای خانواده بود.

خانواده‌ها درون اجتماع‌های بزرگتر جای می‌گیرند که زمینه و فرهنگ مشترک دارند که به نوبه خود رفتارها را تحت تاثیر قرار می‌دهد. مداخلات باید بر ایجاد هنجارهای اجتماعی مرتبط با رفتارهای سلامت متمرکز شوند. علاوه بر این که افراد در درون خانواده‌های خود جای دارند، پژوهشگران در جستجوی سایر عوامل تاثیرگذار بر رفتارهای خطرناک بودند. آنها جنبه‌هایی از محیط فیزیکی و اجتماعی را به عنوان اهداف قابل قبول مداخلات در نظر می‌گرفتند که می‌توانست ایجاد تغییر در رفتارها را از طریق تغییر یا شکل دهی هنجارها، ارزش‌ها و نگرش‌های اعضای اجتماع تسهیل و تقویت نماید.

کار کردن همزمان در چند محیط ممکن و ضروری است. با پذیرش تاثیر عوامل مختلف بر سلامت افراد، طراحان مداخلات اولیه سلامت اجتماع محور پذیرفتند که برنامه‌ها باید درون سازمان‌ها و سایر ساختارهای درون اجتماع‌ها قرار گیرند. بنابراین در مداخلات ابتدایی، برنامه‌هایی را در مدارس، کلیساها، سازمان‌های اجتماعی، مراکز ارایه خدمات سلامت، پارک‌ها، محل‌های کار، فروشگاه‌ها و سایر مکان‌ها تدوین شد.

برنامه‌ها و فعالیتهای چندگانه ممکن است تاثیرات هم افزایی داشته باشند. از آنجا که هر یک از این مداخلات شامل چند راهبرد و پروژه بود، طراحان مداخلات اولیه سلامت اجتماع محور، به دنبال اثر تجمعی مداخلات چندگانه روی رفتارهای پر خطر افراد یا خانواده‌ها بودند، زیرا این مداخلات برنامه‌های خاصی را شامل می‌شدند که نهایتاً منجر به تاثیر کلی آنها می‌شد. با این تفکر که تعامل مداخلات مختلف می‌تواند منجر به فعالیتهای جدیدی شود و تاثیر هر یک را افزایش دهد، این مداخلات با پذیرش زمینه

اجتماعی به عنوان یک تعیین کننده رفتار، به دنبال فعالیت در حوزه‌های متعدد نظیر کلیساها، رسانه‌ها و مرکز ارائه خدمات سلامت و محیط‌های کار بودند. مداخلات می‌توانند برای بررسی فرآیندها و تاثیرات تغییر رفتار ارزیابی شوند. ارزیابی ابتدایی این مداخلات با استفاده از مطالعات نیمه تجربی<sup>۱</sup> و به کارگیری روش‌های مختلف جمع‌آوری داده‌ها امکان‌پذیر است. ارزیابی‌کننده‌ها اعتقاد داشتند که با شناسایی شاخص‌های فرآیند<sup>۲</sup> و شاخص‌های پیامد<sup>۳</sup> و ارزیابی نحوه فراهم کردن اطلاعات مربوط به کارکرد و نتایج مداخله، برنامه قابل ارزیابی خواهد بود. این اصول نمایانگر جهت‌گیری گروهی از مداخلات سلامت اجتماع محور در دهه‌های ۷۰ و ۸۰ میلادی بودند. درس‌های آموخته شده از طراحی، اجرا و ارزیابی این مداخلات، زمینه را برای بسیاری از تفکرات کنونی ما درباره امیدها و چالش‌های مداخلات سلامت اجتماع محور فراهم کرد.

### مداخلات اولیه سلامت اجتماع محور

پروژه کارولینای شمالی در پاسخ به نگرانی‌ها درباره میزان بالای مرگ و میر ناشی از بیماری‌های قلبی عروقی در این منطقه بزرگ روستایی فنلاند، طراحی شد. در سال ۱۹۷۱ تمامی اعضای پارلمان و دولت کارولینای شمالی به همراه رهبران بسیاری از سازمان‌های رسمی و داوطلبانه، از دولت فنلاند برای تامین بودجه و کمک به کاهش بار بیماری‌ها و مرگ ناشی از بیماری‌های قلبی عروقی کمک خواستند. در سال ۱۹۷۲ قانون جدید سلامت عمومی جهت سازماندهی مجدد مراقبت‌های سلامت در فنلاند تصویب شد و مسئولان منطقه کارولینای شمالی برای طراحی یک برنامه کاری با اعضای دولت و نمایندگان از سازمان بهداشت جهانی دیدار کردند. پروژه کارولینای شمالی به دنبال برانگیختن کامل اجتماع برای ایجاد تغییر در هنجارها و رفتارهای موثر در مرگ زودرس مردان میانسال در اثر بیماری‌های قلبی عروقی بود. پژوهشگران به منظور دستیابی به اهداف خود، مجموعه‌ای از راهبردهای مختلف شامل آگاه‌سازی جامعه، ایجاد مهارت در بین زنان و مردان و بازبینی در نظام

---

1 Quasi-experimental

2 Process Indicators

3 Outcome Indicators

ارایه خدمات سلامت را به کار گرفتند. در این راستا بخش‌های مختلف سلامت و غیر سلامت بسیج شدند و برنامه ریزان پروژه تلاش کردند تا رهبران جامعه پزشکی و غیر پزشکی را به عنوان برنامه ریزان برنامه به کار گیرند. در زیر برخی از فعالیت‌های انجام شده در این پروژه بیان شده است:

- استفاده از بسیج‌های رسانه‌ای (تلویزیون و نشریات) برای افزایش آگاهی و ارایه اطلاعات
- سازماندهی و برانگیختن اجتماع برای شناسایی و ایجاد تغییر در هنجارها و حمایت از تغییر رفتار
- برانگیختن بخش‌های مختلف جامعه شامل بخش سلامت و غیر سلامت
- هدفگیری فعالیت‌های مختلف در افراد پر خطر و کم خطر مانند گروه‌های حمایتی کاهش مصرف سیگار، کلاس‌های آشپزی و توافق با مراکز کسب و کار محلی
- تشویق زنان به ایجاد تغییر در خرید و پخت غذاهای خانواده
- آموزش رهبران تاثیر گذار که نظرات آنها در سطوح مختلف جامعه نفوذ داشت.
- تغییر در ارایه خدمات سلامت شامل برخی تغییرات رسمی در آموزش و سازماندهی مجدد راهنماها و مواد آموزشی

برخی فعالیت‌ها در داخل اجتماع شامل ایجاد تغییراتی مانند سازماندهی مجدد برنامه‌های کنترل فشار خون از طریق درمانگاه‌های فشار خون، راه اندازی مرکز ثبت و تاکید بیشتر بر سازماندهی خدمات پیگیری برای بیماران با سابقه انفارکتوس قلبی بود. مطالعه سه جامعه استانفورد در سال ۱۹۷۲ یعنی همان سال شروع پروژه کارولیای شمالی آغاز به کار کرد. این برنامه نیز یک مداخله در سطح اجتماع را برای ایجاد تغییر در رفتارهای سلامت که افراد را در معرض خطر بیماری‌های قلبی عروقی قرار می‌داد، آزمون می‌کرد. این پروژه در طراحی و برنامه‌ریزی خود از درونداد و حمایت قابل توجه اجتماع ارایه خدمات سلامت برخوردار بود. هرچند برای برنامه‌ریزی مداخله، هنجارها و نگرش‌ها درباره رفتارهای پر خطر نظیر تغذیه، فعالیت ورزشی و دخانیات به دقت مورد بررسی قرار گرفته بود، اما برنامه به دنبال مشارکت وسیع بخش‌های مختلف جامعه نبود. در عوض، دو رویکرد مورد بررسی قرار گرفت. در یک اجتماع، اجرای برنامه از طریق رسانه‌های جمعی برای ترغیب افراد به ایجاد تغییر در رفتارهایشان همراه با آموزش افراد و گروه‌های پر خطر انجام شد. دومین اجتماع برنامه‌های رسانه‌های جمعی

را دریافت کرد و اجتماع سوم به عنوان گروه کنترل عمل کرد و هیچ آموزشی در زمینه بیماری‌های قلبی دریافت نکرد. مداخله دو سال به طول انجامید و سه اجتماع در هر سال مورد بررسی قرار گرفتند. در ابتدا مشخص شد که سطح خطر در اجتماعی که مداخله شدیدتر را دریافت کرده بود (اجتماع اول) به ویژه در زمینه مصرف دخانیات، پایین‌تر بود، ولی تفاوت بین دو اجتماع مداخله بعد از دو سال کاهش یافت. در پایان سال سوم در مقایسه با گروه مداخله، کاهش معناداری در خطر بیماری‌های قلبی عروقی کلی در دو اجتماع مداخله دیده شد. نتیجه این مطالعه آنقدر مطلوب بود که موجب شد تا برنامه ریزان مداخله‌ای طولانی‌تر و جامع‌تری به نام مطالعه ۵ شهر استانفورد، را طراحی کنند.

مطالعه پنج شهر استانفورد یک مداخله ۶ ساله (۸۶-۱۹۸۰) بود و مانند مطالعه قبلی بر استفاده از رسانه‌های جمعی تاکید داشت. هرچند این برنامه با رویکرد پیشرفته‌تری نسبت به رسانه‌ها اجرا گردید. این برنامه اجتماع را به چندین گروه مخاطب تقسیم نمود و پیام‌های خاص هر یک را طراحی کرد. طراحان برنامه از کانال‌های مختلف ارتباطی بهره بردند (روزنامه، رادیو، تلویزیون، مواد آموزشی توزیع شده در سطح وسیع و دوره‌های مرتبط) و برنامه‌های مختلفی شامل بحث‌ها، کلاس‌ها و کارگاه‌هایی برای تغییر رفتار تغذیه‌ای، توزیع بسته‌های مربوط به ترک سیگار به صورت خودیار و شکل دهی گروه‌های حمایت کننده برای دستیابی به اعضای اجتماع و درگیر کردن آنها انجام شد. مواد آموزشی با استفاده از نظریه یادگیری اجتماعی متناسب برای هر یک از گروه‌های اجتماع طراحی گردید. دو شهر Monterey و Salinas مداخلات را دریافت کردند. نتایج این دو شهر با نتایج سه شهر در ایالت کالیفرنیا که دارای اندازه و ترکیب جمعیتی مشابهی بودند، مقایسه شد.

نتایج مهمی از این مطالعه به دست آمد. بر پایه این نتایج تغییراتی در برخی از عوامل خطر مورد نظر (فشارخون بالا و سیگار کشیدن) در دو شهر مداخله در مقایسه با این میزان‌ها در شهرهای کنترل دیده شد، اما این تغییرات بسیار کمتر از حد انتظار بودند. هیچ تغییر معناداری بین شهرهای دریافت کننده مداخله و شهرهای مقایسه از نظر فعالیت ورزشی، تغذیه و سطح کلسترول در طی مداخله دیده نشد و تنها تفاوت مختصری بعد از مداخله گزارش شد. همچنین هیچ تغییری در میزان مرگ و میر ناشی از بیماری‌های قلبی عروقی دیده نشد (Fortman and Varady, 2000).

چرا چنین نتایج ناامید کننده‌ای حاصل شد؟ افرادی که پروژه را ارزیابی کردند چند مشکل را یافتند و سوالاتی را درباره طراحی این نوع مداخلات سلامت اجتماع محور مطرح کردند. آنها اعلام کردند که انتظار تغییر در میزان مرگ و میر ناشی از بیماری‌های قلبی عروقی برای یک مداخله ۶ ساله غیر واقعی است و بعید است که تغییر در رفتارها در میزان مرگ‌های چند سال بعد از مداخله منعکس شود. آنها همچنین تاکید کردند که به وجود آمدن درمان‌های جدید برای افراد دارای فشار خون بالا سبب شد تا روش‌های تشخیص بیماری و درمان‌ها تغییر کنند و در نتیجه پیامدهای بهتری برای این افراد هم در دو شهر دریافت کننده مداخله و هم شهرهای کنترل دیده شد. چنین تغییراتی که به عنوان روندهای عمومی<sup>۱</sup> شناخته می‌شود ممکن است همه تاثیراتی را که مداخله در کمک به افراد جهت اصلاح رفتارهای خود داشته را پوشش دهد.

پروژه سلامت قلب مینه سوتا در سال ۱۹۸۰ شروع و برای مدت ۶ سال اجرا شد. هدف مداخله کاهش بروز بیماری‌های قلبی و سکته بود و مانند مطالعه استانفورد در میان زنان و مردان انجام شد. سه اجتماع به عنوان گروه کنترل با یک اجتماع مداخله مقایسه شدند. فعالیت‌های مداخله مشابه مواردی بود که در پروژه کارولینای شمالی انجام شده بود و شامل رسانه‌های جمعی، غربالگری، گسترش دستیابی به افراد حرفه‌ای (ارایه‌دهندگان خدمات)، کارگاه‌ها و کلاس‌ها بود. نتایج نشان دهنده تغییرات نسبتاً کم در اصلاح رفتارهای خود گزارش دهی و تغییرات کم اما مثبت در فشار خون و سطح کلسترول بود. در رابطه با مرگ و میر تفاوت‌های معناداری وجود نداشت اما کاهش کمی در حمله‌ها و بیماری‌های قلبی در هر دو اجتماع مداخله و کنترل دیده شد. همانند مطالعه استانفورد فرض شد که روندهای عمومی باعث پوشاندن تاثیر مداخله شده است.

پروژه سلامت قلب پاتاکت که از سال ۱۹۸۳ تا ۱۹۹۱ اجرا شد بر کاهش میزان سکته و بیماری‌های قلبی عروقی متمرکز بود. بسیج اجتماعی از طریق برنامه‌های مبتنی بر محل‌های کار، کلیساها، نهادهای غیر انتفاعی و برنامه‌های خدمات اجتماعی انجام شد. در زیر برخی از فعالیت‌های این پروژه بیان شده است:

- برچسب زنی غذاهای کم چرب در مغازه‌های خوار و بارفروشی
- تاسیس چند ایستگاه فعالیت ورزشی در مکان‌های تفریحی عمومی



- برنامه‌های تغذیه‌ای در کتابخانه‌های محلی
  - تدوین برنامه درسی سلامت قلب از پایه اول تا دبیرستان
  - برجسته کردن غذاهای سالم قلب در رستوران‌ها
- برانگیختگی اجتماعی توسط یک بیمارستان هماهنگ و رهبری می‌شد و مشاوره‌ها با استفاده از نظریه یادگیری اجتماعی<sup>۱</sup> و ارجاع به خدمات پزشکی ارائه می‌شد. برای افراد پر خطر مانند همه اجتماع، فعالیت‌های خاصی هدفگیری شده بود. در این پروژه هیچ رسانه‌ای به کار گرفته نشد.
- نتایج مطالعه پاتوکت به صورت زیر بود:
- افزایش دانش درباره اهمیت فعالیت‌های ورزشی بدون تغییر در فعالیت‌های ورزشی گزارش شده
  - تغییرات مثبت فشار خون سیستولیک و دیاستولیک، ولی بدون معناداری آماری
  - تغییرات مثبت در مصرف سیگار، ولی آن هم بدون معناداری آماری
  - تغییرات در دانش (غیرمعنادار از نظر آماری) که ابتدا در خانواده‌های انگلیسی زبان اتفاق افتاد اما از سال ۱۹۹۳ در خانواده‌های غیر انگلیسی زبان هم این تغییرات دیده شد.
  - عدم تغییر در میزان مرگ و میر
  - ارزیابی شواهد مداخلات اولیه سلامت اجتماع محور
- شواهد به دست آمده از این مداخلات هم خیره کننده و هم ناامید کننده بود. بسیاری از داوران ذکر کرده‌اند که این مداخلات پیچیده و شامل فعالیت‌های مختلف هماهنگ و برنامه‌ریزی شده بوده است (Thompson, Coronado, Snipes, & Puschel, 2003). عوامل دیگری نظیر زمان طولانی بین مداخله و پیامدهای سلامت، محدودیت آموزش سلامت در ایجاد تغییر رفتار، ناکافی بودن نظریه‌های رفتار سلامت برای مداخلات اجتماعی بزرگ و دشواری‌های مربوط به تغییرات پایدار اکنون به عنوان عوامل اثر گذار بر نتایج در نظر گرفته می‌شوند. ارزیابی‌های این مداخلات همگی چهار مشکل را در ارزیابی پیامدهای آنها مطرح می‌کنند:
- اثر روندهای عمومی: ارزیاب‌های این مداخلات با انتخاب اجتماع‌های دیگر به عنوان گروه مقایسه، از طرح‌های نیمه تجربی استفاده کردند. چارچوب زمانی این مداخلات

عموما پنج سال و یا بیشتر بود. در تمام موارد ارزیابی کننده‌ها خاطر نشان کردند که شواهد مربوط به آنها از تغییر، اغلب تحت تاثیر روندهای عمومی و نوآوری‌های پزشکی قرار گرفته که در ایجاد مرگ و میر و کاهش خطر نسبی بیماری‌های قلبی و عروقی در سطح کشور نقش داشتند.

دشواری سنجش مقدار<sup>۱</sup> مداخله: ارزیاب‌ها به منظور درک تاثیر این مداخلات، اندازه مداخلاتی که به جمعیت مورد نظر رسید را بررسی کردند. پرسش‌های پاسخ داده نشده شامل موارد زیر بود:

- آیا مانند مطالعه سه اجتماع استانفورد، آیا مستنداتی وجود دارد که نشان داد مداخله مستقیما به جمعیت مورد نظر رسیده باشد؟
- آیا میزان مشارکت را با شیوه معناداری می‌توان محاسبه کرد؟
- آیا تمامی فعالیت‌ها دارای اهمیت یکسانی هستند و یا لازم است که برخی از آنها در اندازه‌گیری مقدار مداخله، بیشتر به حساب آورده شوند؟
- آیا باید مداخلات محیطی که به دنبال تغییر زمینه‌ای برای افراد هستند را به این روش اندازه‌گیری کرد؟

تغییرات ایجاد شده در رفتار باید تا چه زمانی باقی بمانند تا بتوان مداخله را موفق فرض نمود؟ در حالی که پروژه کارولینای شمالی تغییراتی را در میزان مرگ نشان داد که در طی یک دوره ۲۰ ساله باقی ماند، شواهد مربوط به طول دوره بسیاری از این مداخلات یکسان نبود. به عنوان مثال نتایج حاصل از پروژه سلامت قلب پاتاکت که در نقطه اوج مداخله، تغییرات نسبتا کمی را در رفتارهای پر خطر نشان داد، در طی سال‌های بعد از بین رفت. ارزیابان و برنامه ریزان تلاش کرده‌اند در سایه چنین واقعیت‌هایی مشخص کنند که چه چیزی را باید به عنوان تاثیرات برنامه در نظر بگیرند. چه میزان اندازه اثر را می‌توان از مداخلات انتظار داشت؟ با توجه به این که شدت مداخلات سلامت اجتماع محور در سطح پایینی بوده، برخی از پژوهشگران خاطر نشان می‌کنند که مقدار تاثیر ۲۰ تا ۳۰ درصدی تغییر مورد انتظار در مداخلات پزشکی و کارآزمایی‌های بالینی برای این مداخلات زیاد است (Fishbein, 1996). با وجود شفافیت کمی که درباره انتظار از این برنامه‌ها وجود دارد، تعیین موفقیت و یا شکست مداخلات مورد تردید است. پژوهشگران ارزیابی، وزن دهی هزینه‌های نسبی مداخلات در مقابل

---

1 dose

درمان بیماری‌ها را مطرح کرده‌اند در حالی که برخی دیگر معیارهای دیگری را برای قضاوت درباره چنین مداخله‌هایی پیشنهاد می‌کنند (Mittlemark, Hunt, Heat, & Schmid, 1993). بدون راهنما برای اندازه اثر منطقی، طراحی ارزیابی جهت اطمینان از توان آماری کافی برای دیدن تاثیر برنامه، چالش برانگیز خواهد بود. در حالی که مشکلات مطرح شده تنها مسایلی نیستند که ارزیابی کامل شواهد حاصل از مداخلات را دشوار می‌کند، این مشکلات بیانگر چالش‌هایی است که مداخلات سلامت اجتماع محور بعدی تلاش کرده‌اند تا آنها را رفع نمایند. درست است که این مسایل هنوز رفع نشده‌اند، اما ارزیابی‌های مداخلات اولیه سلامت اجتماع محور، سوالات روش شناختی مهمی را مطرح می‌کند که در عرصه<sup>۱</sup> به آنها توجه می‌شود.

### سیر تکامل مداخلات اولیه سلامت اجتماع محور

علیرغم موفقیت‌های ضد و نقیصی که مداخلات اولیه داشته‌اند، سلامت عمومی چنین اقداماتی را به عنوان یک رویکرد امید بخش در حل مشکلات سلامت پذیرفته است. در طی دهه‌هایی که این مداخلات پیگیری می‌شدند، برنامه ریزان و پژوهشگران تلاش خود را در سه حوزه متمرکز کرده‌اند: (۱) بهبود ظرفیت اجتماع‌ها برای برنامه‌ریزی و اجرای مداخلات اجتماع محور، (۲) اصلاح راهبردها و فعالیت‌های موجود و تدوین موارد جدیدی که بتواند نتایج پایداری را به دنبال داشته باشد، (۳) اصلاح ارزیابی چنین برنامه‌هایی بر اساس روش‌های جدید، تحلیل‌های با حساسیت بالاتر و طرح‌های جدیدی که بیش از پیشتری را نسبت به چالش‌ها و دستاوردهای مداخلات سلامت اجتماع محور در پی داشته باشد.

### بهبود ظرفیت‌های اجتماع برای طراحی مداخلات سلامت اجتماع محور

تلاش‌ها در جهت داشتن اجتماع، نقش عوامل محیطی و نیز طراحی و اجرای فعالیت‌ها برای پاسخ گویی به این عوامل را مطرح می‌کنند. این موضوع موجب شده تا پژوهشگران و مسئولین سلامت عمومی اصولی را جهت کمک به جوامع در اجرای برنامه‌های خود طراحی کنند رویکرد برنامه‌ریزی شده به سلامت اجتماع<sup>۲</sup> که در

---

1 Field

2 Participatory Approach to Community Health (PATCH)

مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها (CDC) ابداع شده است، به رهبران اجتماع در ارزیابی داده‌های مربوط به مرگ و ابتلا، بررسی ادراکات اجتماع، شناسایی هنجارها، نگرش‌ها، ارزش‌های اجتماع و یافتن گروه‌های هدف برای مداخله در اجتماع کمک کرد (Goodman, Steckler, Hoover, & Schwartz, 1993). برنامه در قالب بسته‌ای با کاربرد آسان، در ۱۷ ایالت آمریکا منتشر شد (United States Department of Health and Human Services, n.d.). استفاده و کاربرد رویکرد PATCH در اجتماع‌های مختلفی ارزیابی شده و ارزیاب‌ها اهمیت درگیری بخش‌های مختلف اجتماع و استفاده از کارشناسان محلی و حرفه‌ای در طراحی برنامه‌های مداخلات را خاطر نشان کردند.

از زمان PATCH، بسیج اجتماع و درگیری در فعالیتهای سلامت عمومی رواج پیدا کرده است. تعداد زیادی از برنامه‌های فدرال از چنین رویکردهایی استفاده کرده‌اند. در چنین برنامه‌هایی توجه به شناسایی دست اندرکاران کلیدی<sup>۱</sup> غالباً یک پیش نیاز سرمایه گذاری عمومی و بشر دوستانه برای چنین اقداماتی است.

اخیراً نرم افزارهای ساده و جدیدی معرفی شده است که می‌توانند با تحلیل داده‌های کمی به دست آمده از اجتماع‌ها به برنامه ریزان مداخلات سلامت اجتماع محور کمک نمایند. به طور فزاینده‌ای داده‌های مربوط به سلامت و رفاه، به صورت آنلاین قابل دسترسی، داناود و استفاده برای کسب بینش نسبت به مشکلات سلامت اجتماع است. پروژه شاخص‌های ملی همسایگی<sup>۲</sup> در موسسه شهری<sup>۳</sup>، بنیاد سرشماری کودکان Annie E. Casey و چند مورد دیگر تلاش‌های بشر دوستانه ملی باعث شده‌اند تا فعالان و ارایه دهندگان خدمات از داده‌های ابتلا و مرگ به صورت نظام‌مند در برنامه ریزی‌های خود استفاده نمایند. برنامه‌های نرم افزاری که می‌توانند داده‌های اجرایی را در سطح محلات نقشه‌نگاری کنند، توسط نهادهای اجتماعی و گروه‌های سلامت مورد استفاده قرار گرفته‌اند. انتشار داده‌ها باعث شده تا برنامه‌ریزی اقدامات اجتماعی از طریق تمرکز روی مهارت‌های برنامه‌ریزی تقویت شود.

در همان زمان، پژوهش در رشته‌های مختلف، اهمیت تاثیر نگرش‌ها روی رفتار را به عنوان یک اصل زیر بنایی مداخلات اولیه سلامت اجتماع محور یادآوری می‌کند. شواهد

1 Key Stakeholders

2 National Neighborhood Indicators Project

3 Urban Institute

اخیر از تاثیرات همسایگی بر بارداری نوجوانان - (Browning, Leventhal, & Brooks, 2004) و تاثیر ترکیب نژادی مدارس روی سیگار کشیدن (Ennett et al., 2008) و چاقی (Bernell, Mijanivich, & Weitzman, 2009)، مسیرها و مکانیسم‌های جدیدی را مدنظر قرار می‌دهد که با آنها فرهنگ همسانان<sup>۱</sup> بر رفتار سلامت تاثیر بگذارد.

### اصلاح راهبردهای موجود و تدوین موارد جدید

در موج اولیه مداخلات سلامت اجتماع محور از نظریه‌های مختلف روانشناسی رفتارهای سلامت استفاده شد. هر چند بسیاری از این نظریه‌ها بر تغییر رفتار در سطح فردی متمرکز بود. برنامه‌های اخیر بر استفاده از نظریه بوم شناختی<sup>۲</sup> در شکل دهی مداخلات تمرکز و بر اقدام در چند سطح درون اجتماع تاکید می‌کنند (Kok, Gottlieb, Commers, & Smerecnik, 2008). همچنین این برنامه‌ها برای طراحی رویکردهای جدید تغییر رفتار جمعیت، از دیدگاه‌هایی بهره می‌برند که ریشه در حوزه‌های اقتصاد، سیاست عمومی، بازاریابی و ارتباطات، علم سیاست و جامعه شناسی دارند. برخی از پژوهشگران معتقدند به جای اجرای مداخلاتی که بر پایه نظریه‌های سطح فردی طراحی شده‌اند، باید از شواهدی بهره گرفت که تاثیر دارند (Freudenberg et al., 1994).

در حالی که مداخلات اجتماعی اولیه بر پیوند بین آموزش، ایجاد مهارت و تغییر رفتار تاکید می‌کردند، مداخلات اخیر بر تغییر سیاست‌های و پروتکل‌ها برای تغییر رفتار توجه دارند. تاکید بیشتر به قانونگزاری و مالیات، رویکردهای جدیدی را در جهت کاهش سیگار و مرگ و میرهای مربوط به خودرو و بهبود وضعیت تغذیه به وجود آورده است. سیاست‌گذاران حوزه سلامت عمومی، رهبران اجتماعی و پژوهشگران با اقداماتی نظیر فراهم کردن سرنگ برای معتادان تزریقی تا دادن صندلی مخصوص نوزاد به خانواده‌های کم درآمد، تاثیر فراهم کردن تجهیزات در کمک به افراد در محافظت از خود در مقابل تهدیدهای سلامت را مورد بررسی قرار داده‌اند. سلامت عمومی همچنین تغییر در سیاست‌ها و پروتکل‌ها در موسسات اجتماعی نظیر تغییر در مدیریت دانشگاه درباره استفاده از الکل در دانشکده‌ها یا دسترسی به آموزش جنسی در مدارس در جهت پاسخ دهی به مشکلات خاص سلامت مورد را تجربه کرده است. حمایت از این رویکردها

---

1 Peer

2 Ecological Theory

با توجه به این که این نوع مداخلات نسبت به مداخلاتی که بیشتر بر پایه مهارت‌های تدریس و آرایه اطلاعات بنا شده‌اند پایا تر هستند، فرصت‌های بیشتری برای کمک به اجتماع‌ها در جهت پایداری تغییرات فراهم می‌شود.

اخیرا بسیاری از مداخلات سلامت اجتماع محور توجه بیشتری نیز نسبت به مداخلات قبلی به ساختار، هنجارها، ارزش‌ها و محدودیت‌ها در محیط‌های ویژه دارند. این مداخلات در پی هدفگیری بهتر و متناسب نمودن مداخله برای زیرگروه‌های جمعیت اقدام به بررسی عمیق کرده و بر دارایی‌ها و منابعی در این جوامع تمرکز می‌نمایند که می‌توانند در مداخلات به کار روند. آنها همچنین توجه دقیقی به محدودیت‌های تکرار "بهترین اقدامات" با تاکید بر اجزای مفید راهبردهای آرایه شده و تداوم مداخلات موفق دارند. بنابراین این مداخلات با تجهیز خود به هم پیمانان مهم سیاسی، حمایت طلبی<sup>۱</sup> برای سرمایه گذاری، مداخلات دولتی و تغییر در بخش‌های خصوصی و غیردولتی مجهز کرده‌اند. در عین حال مداخلات اخیر به ظرفیت‌سازی اجتماعی یعنی تقویت ظرفیت اجتماع‌ها به منظور برنامه‌ریزی و اجرای مداخلات تهدیدهای سلامت نوجه نشان داده‌اند.

### اصلاح روش‌های ارزیابی مداخلات سلامت اجتماع محور

هرچند با انجام ارزیابی‌های مربوط به مداخلات اولیه سلامت اجتماع محور به سئوالات مهمی پاسخ داده شد، ولی بسیاری از پرسش‌ها همچنان بدون پاسخ مانده‌اند و یا به صورت شفاف پاسخ داده نشده‌اند. ارزیابان مداخلات اخیر تلاش کرده‌اند تا در جهت افزایش اعتبار درونی چنین طرح‌هایی رویکردهای نوینی را طراحی کنند و کاربرد چنین ارزیابی‌هایی را بهبود بخشند.

مداخلات سلامت اجتماع محور اخیر توجه بیشتری را به یافتن محتوای مداخلات انجام شده و نیز فرضیاتی که در هنگام تدوین برنامه‌های آنها مد نظر بوده معطوف کرده‌اند تا "جعبه سیاه" محتوای سئوالات پاسخ داده نشده نمایان شود. ارزیابی‌کننده‌ها با کمک ابزارهایی برای ایجاد الگوهای منطقی (W.K. Kellogg Foundation, 2004) یا نظریه‌های تغییر، تلاش کرده‌اند تا به درک بهتری از مکانیسم‌های کارکرد مداخلات مختلف دست یابند (فصل پنجم را ببینید). آنها با تاکید بر اهمیت

ارایه بازخورد اطلاعات به برنامه ریزان در زمان مناسب به دنبال جا انداختن لزوم ارزیابی صادقانه‌تر در مداخلات هستند. برای دستیابی به این اهداف، ارزیابان بر اهمیت درگیر شدن برنامه ریزان به عنوان دست اندرکاران در ارزیابی برنامه‌ها به ویژه در تشخیص فرآیندهای زمان انجام مداخلات، تاکید می‌کنند. رویکرد جدید موسسه اسپن در ارزیابی برنامه‌های اجتماعی دارای اهمیت زیادی شده است (Connell, Kubisch, Schorr, & Weiss, 1999).

در راستای چنین تلاش‌هایی، ارزیابان مداخلات سلامت اجتماع محور تلاش کرده‌اند تا سازه‌های آشنا و جدید که در این الگوها به کار می‌روند، را اندازه‌گیری کنند. هر مقدار که مداخلات سلامت اجتماع محور، راهبردهای تاثیر بر هنجارهای اجتماعی را به کار بگیرند، نیاز به درک بهتر تاثیرات چنین هنجارهایی در ممانعت یا تسهیل رفتارهای سلامت مورد تاکید قرار می‌گیرد. ارزیابان مداخلات سلامت اجتماع محور تلاش کرده‌اند تا مفهوم همبستگی اجتماعی<sup>۱</sup> را درک کرده و آن را اندازه‌گیری نمایند. آنها در پی یافتن روش‌های معتبر سنجش ظرفیت اجتماعی و نیز درک ارتباط آن با پیامدهای مداخلات هستند.

علاوه بر تمرکز بر فهم بهتر و سنجش فرآیندهای جاری در مداخلات اجتماع محور، ارزیابان فنونی را برای درک مسیرهای دستیابی مداخلات به اهداف خود تدوین کرده‌اند. الگوسازی معادلات ساختاری و تحلیل‌های چند سطحی<sup>۲</sup> به ارزیابان کمک کرده تا مشکلات روش شناختی را که به مداخلات پیشین ضربه زده است را مد نظر قرار دهند. همزمان ارزیابان، پژوهش‌های کاربردی را با تمرکز بر هزینه - اثر بخشی مداخلات سلامت اجتماع محور توجه دارند که در ارزیابی نحوه هزینه کرد منابع مالی محدود، به حوزه به سلامت عمومی کمک می‌کنند.

برخی از پژوهشگران به کسب بینش بیشتر نسبت به مداخلات سلامت اجتماع محور حاصل از پژوهش‌های کیفی تاکید کرده‌اند. با توجه به این که پژوهش‌های کیفی در شفاف سازی کامل‌تر فرآیندهای اجتماعی مناسب ترند، پژوهشگران فنون قدیمی و جدیدی را برای بررسی این فرآیندها یافته‌اند. از آنجا که در طرح‌های ارزیابی از روش‌های مختلفی استفاده شده است، پژوهشگران کیفی به پیشبرد اجرای پژوهش و تفسیر داده‌های کمی کمک نموده‌اند. همچنین پژوهشگران کیفی رویکردهای نوینی را

---

1 Social Cohesion

2 Multilevel and Structural Equation Modeling

با استفاده از ابزارهایی نظیر روش ارزیابی سریع<sup>۱</sup> به منظور ارایه بازخوردهای به هنگام تر به مجریان مداخلات طراحی کرده‌اند. این تلاش‌ها باعث شده تا ارزیابان مداخلات سلامت اجتماع محور از تکنیک‌های خاصی پیروی نکنند و به سمت درک وسیع‌تر از روش‌های سازگار با تحقیق و سئوالات ارزیابی پیش روند.

در نهایت، برخی از پژوهشگران حوزه سلامت عمومی به دنبال شراکت<sup>۲</sup> با اجتماع‌ها برای اجرای ارزیابی اجتماع، بررسی اولویت‌ها برای اقدام، تدوین مداخلات و ارزیابی آنها بوده‌اند. حمایت طلبان پژوهش مشارکتی مبتنی بر اجتماع<sup>۳</sup> توافق دارند که احتمال موثرتر بودن مداخلاتی که توسط اعضای اجتماع طراحی و اجرا می‌شوند بیشتر است، زیرا این نوع مداخلات تجربه اجتماع‌ها را در هر یک از مراحل به کار می‌گیرند (Minkler, Wallerstein, 2003). چنین رویکردهایی اخیراً در پروژه REACH به کار رفته است که جدیدترین مجموعه از مداخلات سلامت اجتماع محور برای توجه به دیابت است. این پروژه بودجه اش را از دولت فدرال دریافت می‌کند (Collins, 2006).

### خلاصه

این فصل تاریخچه مفصلی از مداخلات سلامت اجتماع محور را بیان کرد. در این فصل اصول و فرضیات زیر بنایی پنج مداخله اصلی سلامت اجتماع محور که بیماری‌های قلبی عروقی را مورد توجه قرار داده بودند، مرور شد. این برنامه‌ها شامل برنامه کارولینای شمالی، سه اجتماع استانفورد، پنج شهر استانفورد، سلامت قلب پاتاکت و سلامت قلب مینه سوتا بودند. هرچند موفقیت این برنامه‌ها ضد و نقیص بوده، ولی درس‌های آموخته شده و پیشنهادات حاصل از این اقدامات به شکل گیری مداخلات بعدی منجر شد.

### فعالیت‌ها

مقاله‌ای درباره کارآزمایی مداخله عوامل خطر چندگانه<sup>۴</sup> مرتبط با تشخیص و پیگیری فشار خون بالا (HDFP) پیدا کنید و درباره مشابهت‌ها و تفاوت‌های آن با مداخلات سلامت اجتماع محور که در این فصل مطرح شد، بحث کنید.

---

1 Rapid Assessment Procedure

2 Partnership

3 Community-Based Participatory Research (CBPR)

4 Multiple Risk Factor Intervention Trial (MRFIT)



یک بیماری مزمن را توصیف کنید که در طی بیست سال گذشته وضعیت بهتری پیدا کرده است.

با ملاحظه مباحث این فصل، فکر می‌کنید سیاست‌های آینده چگونه باید تدوین شوند تا میزان بروز و یا مرگ‌های ناشی از مشکلات سلامت کنونی کاهش یابد؟ یکی از درس‌های آموخته شده از مداخلات اولیه سلامت اجتماع محور که هنوز هم قابل استفاده و مرتبط است را شرح دهید.

### پرسش‌های بحث

با این که کارهای زیادی از زمان مداخلات اولیه سلامت اجتماع محور که در این فصل بحث شد، انجام شده، هنوز هم مسایل زیادی ناشناخته باقی مانده‌اند. درباره دو موضوع کلیدی زیر بحث کنید:

- چگونه می‌توان مقدار مداخله را اندازه‌گیری کرد؟
- چگونه مداخلات سلامت اجتماع محور به نظام ارائه خدمات سلامت در راستای منابع و اولویت اهداف آن کمک می‌کند؟



## فصل سوم

### مسائل اخلاقی در مداخلات اجتماعی

#### اهداف یادگیری

توصیف اجزای یک کد اخلاقی

بیان روش‌های رعایت ملاحظات اخلاقی بر اساس اصول اخلاقی انجمن سلامت عمومی آمریکا<sup>۱</sup>

آشنایی با نقش کمیته اخلاق

فهم موقعیتی که ممکن است استفاده از مشوق‌ها، یک نگرانی اخلاقی باشد

درک تمایز بین محرمانه بودن<sup>۲</sup> و گمنامی<sup>۳</sup>

شناسایی جمعیت‌های آسیب پذیر به عنوان شرکت کنندگان پژوهش و تشخیص اقدامات احتیاطی در زمان کار با آنها

1 American Public Health Association

2 Confidentiality

3 Anonymity



## نگاه کلی

این فصل به برخی از مسایل اخلاقی مطرح در مداخلات سلامت اجتماع محور می‌پردازد. این موارد شامل دستورالعمل انجام پژوهش‌ها به صورت اخلاقی و استفاده از کمیته‌های اخلاق دانشگاهی و غیر دانشگاهی است.

## ادغام مباحث اخلاقی در اقدامات سلامت عمومی

در طی چهل سال گذشته، ادغام اصول اخلاقی در پژوهش‌های سلامت عمومی به جایی رسیده که اکنون نقش مهمی در هر پروژه و مطالعه‌ای دارد. قبل از جنگ جهانی دوم، توجه چندانی به مسایل اخلاقی در اجرای مداخلات سطح اجتماع نمی‌شد. گزارش‌های منتشر شده درباره مطالعه Tuskegee مربوط به سیر طبیعی بیماری سیفیلیس و یا مطالعات فشارخون اداره کل کهنه سربازان<sup>1</sup> نشان دهنده فقدان توجه به مسایل اخلاقی از طرف اجتماع و مداخلات پزشکی و نظارت عمومی است. در مطالعه Tuskegee، مردان آمریکایی‌های آفریقایی تبار فقیر و بی سواد که مبتلا به سفلیس بودند، جهت انجام مطالعه درباره سیر طبیعی سفلیس انتخاب شدند. پژوهشگران وضعیت این افراد را برای چهل سال از سال ۱۹۳۲ تا ۱۹۷۲ یعنی تا بعد از کشف داروی پنی سیلین که یک درمان اثربخش برای سیفیلیس بود، پیگیری کردند، و آنان را از وجود این دارو برای درمان بیماری‌شان مطلع نکردند (Jones, 1993). در مطالعه VA، از شرکت‌کنندگان مبتلا به فشار خون بالا خواسته شد تا مصرف داروهای خود را قطع کنند. سپس این افراد به طور تصادفی در یکی از دو گروه قرار گرفتند. یک گروه درمان داروی ضد فشار خون و گروه دیگر دارونما<sup>2</sup> دریافت کردند. این اقدام علیرغم این واقعیت که اطلاعات قابل توجهی در آن زمان در مورد سودمندی کاهش فشار خون از طریق استفاده از داروهای ضد فشار خون موجود بود، انجام شد. مرگ چند شرکت‌کننده در مطالعه منجر به اعتراض درباره استفاده از دارونما در مطالعات دارویی و بررسی‌های دقیق برای کلیه پژوهش‌ها شد (Freis, 1967). مرور این پروژه‌ها مشخص کرد که شرکت‌کنندگان در معرض خطر سخته قرار دارند و باید کنترل موثرتری اعمال شود. این نوع اقدامات شرم

---

1 Veterans Administration's (VA) Hypertension Studies

2 Placebo

آور در گذشته موجب شده تا دیگر امروزه طراحی، اجرا و ارزیابی یک مداخله اجتماع محور بدون ملاحظات و اقدامات اخلاقی امکان پذیر نباشد.

### طراحی ضوابط اخلاقی<sup>۱</sup> حرفه‌ای

در هر حوزه خاصی، ضوابط اخلاقی به عنوان راهنمای رفتار حرفه‌ای عمل می‌کنند. منشور اخلاقی برای سلامت عمومی، عناصر مشخص ذاتی کار در موقعیت‌های اجتماعی را روشن می‌کند و استانداردی را که افراد حرفه‌ای باید رعایت کنند، را ارائه می‌دهد. یک ضابطه اخلاقی الزامات جامع و یا ایستا نیست، زیرا با تغییر قوانین و یا پیشرفت فناوری مسایل اخلاقی جدیدی به وجود می‌آیند و بنابراین این ضوابط نباید به عنوان داوران مطلق اختلافات اخلاقی استفاده شوند. هرچند ضوابط اخلاقی اصولی را ارائه می‌دهند که می‌توانند در حل و فصل چنین اختلافاتی به کار روند. اغلب سازمان‌های حرفه‌ای ضوابط اخلاقی را برای اعضای خود تهیه کرده‌اند. انجمن سلامت عمومی آمریکا (APHA) ضوابط اخلاقی را برای انجام پژوهش‌های سلامت اجتماع برای افراد حرفه‌ای سلامت عمومی و نهادهای فعال در زمینه ارتقای سلامت عمومی طراحی کرده است. ضوابط یا اصول اخلاقی اقدامات سلامت عمومی بر پایه مفروضات مطرح شده از طرف فعالان در این زمینه تدوین شده است. این کد شامل دوازده اصل زیر است:

- اصول اخلاقی فعالیت‌های سلامت عمومی انجمن سلامت عمومی آمریکا
- سلامت عمومی باید به شکل اساسی، علل زیربنایی بیماری‌ها و الزامات مورد نیاز سلامت را با هدف پیشگیری از پیامدهای منفی سلامت مورد توجه قرار دهد.
- سلامت عمومی باید به گونه‌ای به سلامت اجتماعی دست یابد که حقوق افراد اجتماع محترم شمرده شود.
- اصول، برنامه‌ها و اولویت‌های سلامت عمومی باید از طریق فرآیندهایی تدوین و ارزیابی شوند که به اعضای اجتماع فرصت ورود و مشارکت را بدهد.
- سلامت عمومی به منظور اطمینان از دسترسی تمامی افراد به منابع اولیه و شرایط لازم برای سلامت باید در جهت توانمندسازی اعضای محروم اجتماع اقدام نماید.

- سلامت عمومی باید اطلاعات مورد نیاز برای اجرای سیاست‌ها و برنامه‌های اثربخش در حفظ و راتقای سلامت را جمع‌آوری نماید.
- موسسات سلامت عمومی باید اطلاعات خود را برای تصمیم‌گیری درباره سیاست‌ها و برنامه‌ها به اجتماع ارایه دهند. آنان باید رضایت اجتماع را برای اجرای این سیاست‌ها و برنامه‌ها نیز کسب کنند.
- لازم است موسسات سلامت عمومی بر اساس اطلاعاتی که از منابع درون اجتماع در اختیار دارند، به موقع اقدام کنند.
- برنامه‌ها و سیاست‌های سلامت عمومی باید ترکیبی از انواع روش‌هایی که به ارزش‌ها، باورها و فرهنگ‌های موجود در اجتماع توجه داشته و آنها را محترم می‌دانند، به کار بگیرند.
- برنامه‌ها و سیاست‌های سلامت عمومی باید به گونه‌ای اجرا شوند که موجب ارتقای محیط فیزیکی و اجتماعی شوند.
- موسسات سلامت عمومی باید اطلاعاتی که انتشار آنها می‌تواند به یک فرد یا اجتماع آسیب برساند محرمانه نگه دارند. موارد استثنا باید بر اساس احتمال بالای آسیب جدی به سایر افراد، توجیه داشته باشد.
- موسسات سلامت عمومی باید نسبت به صلاحیت‌های حرفه‌ای کارکنان خود اطمینان داشته باشند.
- موسسات سلامت عمومی و کارکنان آنها باید به گونه‌ای وارد همکاری‌ها و وابستگی‌ها شوند که موجب اعتماد عمومی و اثربخشی کار موسسه شوند.

### ویژگی‌های مشترک ضوابط اخلاقی

ضوابط اخلاقی در کلیه سازمان‌های حرفه‌ای، برخی ویژگی‌های مشترک دارند. مثلاً، همه آنها احترام به حقوق فردی و حفاظت از محرمانه بودن اطلاعات شرکت‌کنندگان را با خود دارند. اغلب ضوابط اخلاقی احترام به انواع جمعیت‌ها را مطرح می‌کنند. در ضوابط سلامت عمومی موضوع دسترسی همه افراد به مراقبت‌ها و ورود اجتماع در فرآیند تصمیم‌گیری به صورت خاص مورد توجه است. دلیل اصلی تدوین کد اخلاقی برای پژوهش‌ها سلامت اجتماع این است که در پژوهش‌ها رابطه بین پژوهشگران و شرکت‌کنندگان یک رابطه نابرابر است. پژوهشگر یک فرد بالغ و تحصیلکرده و دارای

جایگاه حرفه‌ای و یا درجانی از موقعیت حرفه‌ای است. علاوه بر این، به خاطر انجام پروژه سلامت اجتماع، پژوهشگر درکی از روند کلی پژوهش دارد. در مقابل، شرکت‌کنندگان احتمالاً مدرک تحصیلی ندارند، با واقعیت‌های روزمره مرتبط با مشکل سلامت مورد تحقیق سروکار دارند و از پروژه‌ای که در آن شرکت دارند چیز زیادی نمی‌دانند. رابطه بین پژوهشگر و شرکت‌کننده بندرت می‌تواند برابر باشد و تنش‌های موجود در موقعیت‌های نابرابر را پیش می‌آورد. از آنجا که موازنه قدرت به نفع پژوهشگر است، پیدا کردن این نابرابری‌های بالقوه در افراد، گروه‌ها و جوامع در تمامی جنبه‌های پروژه و استقرار ساختاری برای پرهیز از این موارد بالقوه اهمیت دارد.

سطوح بوم شناختی مداخله برای شناسایی بسیاری از مسایل اخلاقی که ممکن است پدید آید، اهمیت دارد. در مداخله‌ای که به دنبال حل مشکل سوء مصرف مواد در نوجوانان در سطح گروهی است، اطمینان از محرمانه بودن اطلاعات، رضایت آگاهانه و ایمنی شرکت در مطالعه مطرح است. شرکت‌کنندگان در یک بحث گروهی که راهکارهایی را برای یک پروژه پیشگیری بررسی می‌کند، باید تا حد ممکن مطمئن شوند که گفتگوهای مطرح شده در گروه به گوش مسئولین مدرسه و خانواده‌ها نمی‌رسد. توجه به همین موضوع در سطح سازمانی و یا اجتماع مستلزم ایجاد یک رابطه همکاری به جای رابطه همراه با احساس نابرابری می‌باشد، همچنین باید از عدم وجود هرگونه تاثیر مضر بر شرکت‌کنندگان در مداخله اطمینان حاصل کرد. به عنوان مثال، مداخله پیشگیری از اعتیاد در سطح مدرسه‌ای که در آنجا مواد مخدر خرید و فروش می‌شود، می‌تواند منجر به آسیب جسمانی به دانش‌آموزان و یا کارکنان مدرسه شود. محرمانه بودن نیز در صورتی که مدرسه یا اجتماع بزرگتر نگران از دست دادن اعتبار خود به دلیل آشکار شدن هویتش باشد، می‌تواند یک مساله اخلاقی را ایجاد کند. این بدان معنا نیست که چنین مداخله‌ای نباید انجام شود، بلکه پژوهشگران باید به این مساله توجه کنند و آن را در فعالیت‌های مداخله اعمال کرده و بی‌حرمتی بالقوه را به حداقل برسانند. نهایتاً، در اجرای مداخله پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر در نوجوانان در مدارس و در سطح سیاست، باید اطمینان حاصل کرد که مدارس مداخله به نحوی مورد بی‌حرمتی قرار نگیرند.



### کمیته‌های اخلاق

ایجاد کمیته‌های اخلاق حاصل نگرانی‌ها درباره افراد شرکت‌کننده در پژوهش‌ها بود. این کمیته‌ها در موسساتی مانند دانشگاه‌ها، تجهیزات پزشکی و سازمان‌های اجتماعی که در آنجا پژوهش‌ها انجام می‌شود، تشکیل شده است. آنها مسئولیت حمایت از حقوق شرکت‌کنندگان در مطالعات پژوهش‌های را به عهده دارند و این کار را از طریق داوری دستورالعمل‌های پژوهش‌ها قبل از اجرا انجام می‌دهند. از سال ۱۹۷۴، هر پژوهشگری که می‌خواهد مطالعه‌ای را با استفاده از منابع مالی فدرال در زمینه پزشکی یا زیست پزشکی انجام دهد باید از یک کمیته اخلاق تاییدیه دریافت کنند. به دنبال این الزام، اکنون همه پژوهش‌ها در دانشگاه‌ها و موسسات تجهیزات پزشکی، نه فقط پژوهش‌هایی که به صورت فدرال تامین اعتبار می‌شوند، - نیاز به چنین تاییدیه‌ای دارند.

### مسئولیت‌های کمیته اخلاق در قبال شرکت‌کنندگان در مطالعه

- کمیته‌های اخلاق متشکل از اعضای علمی و غیر علمی هستند که ارزیابی مستقلی را در زمینه مسایل اخلاقی پژوهش به پژوهشگران ارائه می‌دهند. یک کمیته اخلاق مسئولیت مشخص کردن و اطمینان از موارد زیر را به عهده دارد:
- حقوق و رفاه شرکت‌کنندگان به اندازه کافی حفظ شود و آنها پس از درک خطرات و فواید بالقوه مداخله، برای شرکت در مداخله رضایت داشته باشند.
  - مداخله شرکت‌کنندگان را در معرض خطر جسمانی یا عاطفی غیرمنطقی قرار ندهد.
  - ضرورت و اهمیت مداخله به خطراتی که برای شرکت‌کنندگان پیش می‌آید، فزونی داشته باشد.
  - پژوهشگران شایستگی انجام مداخلات بر روی نمونه‌های انسانی را داشته باشند.

### مسئولیت پژوهشگران در مقابل کمیته اخلاق

یکی از اجزای مهم فرآیند کمیته اخلاق، الزام همه اعضای درگیر در طراحی، اجرا، جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها، به دریافت آموزش در رابطه با حفاظت از نمونه‌های انسانی است. این آموزش شامل آموزش درباره تاریخچه ملاحظات اخلاقی در پژوهش و انواع مطالعاتی که حالت استثنا دارند (مطالعاتی که بعید است آسیبی به شرکت‌کنندگان

برسانند)، وضعیت‌های با حداقل خطر (مطالعاتی که خطر اندکی را برای شرکت‌کنندگان ایجاد می‌کنند) و یا داوری کامل است. این آموزش‌ها همچنین بر ضرورت محرمانه بودن تاکید دارد. آموزش کمیته اخلاق از طریق اخلاق دانشگاه‌ها و یا مراکز دانشگاهی، موسسات ملی اداره سلامت تحقیق خارج دانشگاهی و یا طرح آموزش موسسه‌ای در اختیار است.

کمیته اخلاق تمامی جنبه‌های پژوهش پیشنهادی شامل روش مطالعه، روش نمونه‌گیری، فرم‌های رضایت و ابزارهای مطالعه را معمولاً با استفاده از یک چارچوب از پیش تعیین شده داوری می‌کند. اعضای کمیته اخلاق می‌توانند پرسش‌هایی را در زمینه پروژه مطرح کنند و پیشنهادهای را برای اصلاح ارائه دهد که موجب افزایش نقاط قوت مداخله و پذیرش از طرف اجتماع می‌شود. تنها بعد از این که تمامی نگرانی‌های کمیته اخلاق برطرف شد، به پژوهشگر اجازه شروع فعالیت‌های پژوهش داده می‌شود.

### جمعیت‌های آسیب پذیر

جمعیت‌های آسیب پذیر در پژوهش شامل افرادی است که قادر به تصمیم‌گیری آگاهانه و آزادانه درباره شرکت خود در مطالعه نیستند و به همین جهت نیاز به محافظت‌های ویژه دارند. این افراد شامل زندانیان، افرادی که از نظر تکاملی ناتوان هستند، زنان باردار و کودکان هستند. در این زمینه رعایت احتیاط ضروری است، زیرا سوابقی از تحت فشار قرار دادن و یا تحریک زندانیان و سایر افراد سازمان‌ها برای شرکت در مطالعات وجود دارد. در حال حاضر اگر چنین افرادی در مطالعه شرکت داشته باشند، باید دقت شود که فرآیند انتخاب نمونه‌ها دور از هرگونه اجبار و امتیاز ویژه (نظیر حکم آزادی پیش از زمان مقرر و یا کم کردن زمان زندانی) برای شرکت در مطالعه باشد.

در پژوهش بر روی کودکان، براساس سن آنها باید هم رضایت رسمی از والدین و هم موافقت یا رضایت از خود کودکان گرفته شود. درباره کودکان کم سن و سال که قادر به خواندن یا نوشتن نیستند، موافقت خود را برای شرکت در مطالعه از طریق پاسخ به سوال مستقیم و یا نشان دادن تصاویری که بیانگر بله (مانند صورت خندان) و یا خیر (مانند صورت اخمو) اعلام می‌کنند. کودکان بزرگتر در صورتی که در روش مطالعه مشخص شده باشد، می‌توانند فرم رضایت رسمی را امضا کنند.

از آنجا که افرادی که از نظر تکاملی ناتوان هستند دارای ظرفیت محدود تصمیم‌گیری بوده و ممکن است تحت فشار قرار بگیرند، شرکت در پروژه‌های مرتبط با نیازهای آنها، مطلوب است. چون ناتوانی‌هایی تکاملی طیف گسترده‌ای از وضعیت‌ها را در بر می‌گیرد، استفاده از تصمیم‌گیر جایگزین در کنار افراد ناتوان می‌تواند تا حدی مانع از اجبار شود.

### اجازه و رضایت

برای اجرای مداخله در موقعیت‌های اجتماع مانند کلیسا، بخش اورژانس و یا نهاد غیر انتفاعی مانند شعبه محلی انجمن سرطان، لازم است اجازه کار بر از یک نماینده سازمانی مناسب گرفته شود. چنین مجوزی شامل ملاقات با اعضای این گروه‌ها، معرفی تیم پژوهش و توضیح ویژگی‌های پروژه از جمله اهداف، خطرات و فواید آن است. اجتماع را می‌توان از طریق رسانه‌هایی مانند روزنامه‌های محلی، ایستگاه‌های رادیویی و یا خبر نامه‌ها و یا از طریق گروه‌هایی نظیر انجمن اولیا و مربیان و یا کلیسا نیز درباره برنامه مطلع کرد. این تبلیغات قبلی می‌تواند مانع از انتشار اطلاعات نادرست شود. به عنوان مثال، در یک مداخله پیشگیری از ایدز تعاملی در مدارس راهنمایی کپ تاون آفریقای جنوبی که تنها شامل یک نمایشنامه تعاملی بود برخی از والدین به اشتباه فرم رضایت را به عنوان مداخله آزمایش HIV/AIDS تصور کردند. در پژوهش‌های اجتماعی محور باید زمان و منابع کافی برای استفاده از روش‌های مختلف اطلاع رسانی اجتماعی درباره فرآیند تحقیق، اختصاص داد. فرآیند اطلاع رسانی باید دوسویه بوده و تیم پژوهش باید آمادگی به کارگیری پس‌خوراندها را در روش‌های نهایی پروژه تحقیق داشته باشند.

### فرم رضایت

شرکت کنندگانی بالقوه‌ای که مستقیماً در هر مداخله پژوهش‌های شرکت می‌کنند باید از خطرات و فواید شرکت در پروژه مطلع باشند. اطلاع شرکت‌کنندگان با امضای فرم رضایت که توسط پژوهشگر و بر اساس فورمت پیشنهادی کمیته اخلاق تهیه می‌شود، به صورت رسمی در می‌آید. تهیه فرم‌های رضایت که حاوی نکات مهم به زبان قابل فهم

شرکت کنندگان باشد آسان نیست به ویژه اگر شرکت کنندگان از قومیت‌ها و با سطوح تحصیلات مختلف باشند. در جوامعی که زبان انگلیسی زبان اولشان نیست، فرم‌های رضایت را باید به زبانی که برای تمامی شرکت کنندگان بالقوه در این اجتماع‌ها به راحتی قابل خواند باشد، ترجمه نمود.

فرم‌های رضایت را بعد از امضا، باید در دفتر و یا کمدی قفل شده به دقت نگهداری کرد. این فرم‌ها اسنادی مبنی بر اطلاع کامل شرکت کنندگان از ویژگی‌های شرکت در پروژه را برای پژوهشگر فراهم می‌کنند و اگر شرکت کننده‌ای بعدها ادعا کرد که خطرات شرکت در مطالعه را نمی‌دانسته به لحاظ قانونی پژوهشگران و سازمان‌های متبوعشان را حمایت می‌کند. (یک نمونه از فرم رضایت نامه در صفحه بعد آمده است)

### نمونه فرم رضایت برای والدین یا اولیا

شما دعوت شده اید تا در مطالعه‌ای درباره ..... شرکت نمایید. این مطالعه توسط ..... [نام پژوهشگر] از دانشکده ..... انجام می‌شود. اگر موافق شرکت در

این مطالعه هستید، لطفا موارد زیر را انجام دهید:

۱- پرسشنامه‌های را درباره مشخصات خود تکمیل کنید.

۲- در یک جلسه بحث گروهی شرکت نمایید.

مصاحبه‌ها ضبط خواهند شد. شما می‌توانید نوارهای ضبط شده را گوش کنید و بخواهید که تمام و یا بخشی از آن قسمت که شامل صحبت‌های شما است، حذف شود. تکمیل پرسشنامه ۱۰ دقیقه و شرکت در بحث گروهی ۹۰ دقیقه طول خواهد کشید.

برای تشکر از شما برای شرکت در این مطالعه یک حواله خرید از سوپرمارکت داده خواهد شد.

هیچ خطر شناخته شده خاصی برای شرکت در این مطالعه وجود ندارد. هر چند شرکت در این مطالعه برای شما سود مستقیم ندارد، اما مشارکت شما به پژوهشگران کمک خواهد کرد تا نیازهای سلامت مرتبط با ..... را بررسی کنند.

با کمک کدهایی که به هر شرکت کننده داده می‌شود، اطلاعات شما به صورت محرمانه باقی می‌ماند و داده‌های مربوط به شما هرگز به صورت مستقیم با هویت شما مرتبط نخواهد بود و با نگهداری کلیه فرم‌های تکمیل شده و نوارهای ضبط شده در یک کمد قفل شده، آنها تنها در دسترس پژوهشگران خواهند بود.

پاسخ‌های شما به صورت محرمانه نگهداری خواهد شد، به استثنای مواردی که پژوهشگر به دلایل قانونی ناچار باشد تا در رابطه با هرگونه تردیدی درباره آسیب به شما، کودکان و یا افراد دیگر به مسئولین با صلاحیت گزارش دهد.

پاسخ‌های شما به صورت محرمانه نگهداری خواهند شد اما پژوهشگر نمی‌تواند تضمین کند که سایر افرادی که در بحث گروهی شرکت می‌کنند نیز به همین نحو عمل کنند.

شرکت در این مطالعه داوطلبانه است. شما می‌توانید در مطالعه شرکت نکنید و یا در هر زمان بدون این که جریمه شوید، از مطالعه خارج شوید. شما حق دارید در مصاحبه‌ها، پرسشنامه‌ها و یا پیمایش‌ها به هر سوالی که خواستید پاسخ ندهید. چنانچه مساله مبهمی برای شما درباره مطالعه و شرکت در این مطالعه وجود دارد و شما آن را درک نمی‌کنید، می‌توانید با [نام پژوهشگر] از طریق [شماره تلفن و آدرس] تماس بگیرید.

برای سوال درباره حقوقی که به عنوان شرکت کننده در مطالعه دارید می‌توانید با کمیته مربوط به نمونه‌های انسانی دانشگاه شماره تلفن و آدرس] تماس بگیرید. به شما یک نسخه از این فرم رضایت برای نگهداری نزد خودتان داده می‌شود.

#### امضا و تاریخ

#### رضایت کودک

رضایت والدین برای شرکت در مطالعه برای کودکانی که مراجع قانونی آنها را به عنوان افراد زیر ۱۸ سال معرفی می‌کنند، ضروری است. روش‌های مختلفی را می‌توان برای اخذ رضایت از والدینی که دسترسی به آنها از طریق پست و یا دانش‌آموز (کودک) دشوار است به کار برد. این روش‌ها می‌تواند شامل جلسات اطلاع رسانی در یک مرکز اجتماع و یا مدرسه که در آنجا مشوقی مانند ارایه مواد غذایی و یا قرعه کشی برای آن دسته از والدینی که فرم رضایت را برای شرکت فرزندشان بر می‌گردانند (چه موافق

شرکت فرزندشان باشند و چه مخالف) باشد. حتی می‌توان برای گرفتن رضایت والدین، در منزل آنها را ملاقات کرد، به شرط آنکه اینکار به عنوان اجبار تلقی نشود.

رضایت والدین دو نوع است: منفعل و فعال. در برخی موقعیت‌ها مانند مداخلات مدرسه محور، رضایت منفعلانه استفاده می‌شود، به این معنا که اگر والدین فرمی را که نشان دهنده مخالفت آنها برای شرکت فرزندشان در مطالعه است امضا نکنند، می‌توان فرض کرد با شرکت فرزندشان موافق هستند. در طی دهه گذشته، رضایت منفعلانه کمتر پذیرفته شده است چرا که دلیلی وجود ندارد که ثابت کند والدین فرم رضایت را حتما خوانده باشند و یا آن را فهمیده باشند. در حال حاضر پژوهش‌هایی که به صورت فدرالی تامین اعتبار می‌شوند، اجازه استفاده از رضایت منفعلانه را ندارند. امروزه این نوع پژوهش‌ها و پژوهش‌هایی که مورد حمایت دولت هستند برای شرکت کودکان در مطالعه نیاز به رضایت فعالانه دارند. رضایت فعالانه به این معنی است که والدین فرم رضایت که نشان دهنده موافقت آنها برای شرکت فرزندشان در مطالعه است را امضا می‌کنند. متأسفانه الزام رضایت فعالانه موجب دشواری دستیابی به یک نمونه بدون سوگرایی شرکت‌کنندگان شده است، زیرا والدینی که فرم رضایت را امضا کرده و بر می‌گردانند به احتمال بیشتری در فعالیت‌های فرزندانشان درگیر هستند. از طرف دیگر، کودکان والدینی که فرم را بر نمی‌گردانند اغلب کسانی هستند که نیاز بیشتری به دریافت مداخله دارند زیرا والدین آنها کمتر درگیر مدرسه فرزندشان هستند.

### محافظت از شرکت‌کنندگان مطالعه

محرمانه بودن<sup>۱</sup> به این معناست که پژوهشگر نام شرکت‌کننده و اجتماعی که در آنجا تحقیق انجام می‌شود را بداند اما اطلاعات مربوط به هویت آنان را برای دیگران آشکار نکند. شرکت‌کنندگان نباید از طریق انتشار و یا ارایه نتایج، رسانه‌ها و یا هر نوع رویداد عمومی و یا خصوصی قابل شناسایی باشند. تمامی اعضای تیم پروژه باید در رابطه با اهمیت محرمانه بودن آموزش ببینند، به علاوه در موقعیت‌هایی مانند گروه‌های مداخله گروه‌های متمرکز که شرکت‌کنندگان می‌توانند همدیگر را ببینند، اعضای تیم باید بر اهمیت این که توافق شرکت‌کنندگان هویت سایرین را مشخص نکند و نیز بحث درباره مواد مداخله تاکید کنند.

---

1 Confidentiality

گمنامی<sup>۱</sup> به این معنا است که اطلاعات شناسایی مانند نام جمع‌آوری نشود. اگر تماس‌های بعدی با شرکت کنندگان ضرورت نداشته باشد و دلیلی برای جمع‌آوری اسامی و دیگر اطلاعات شناسایی افراد وجود نداشته باشد، می‌توان شرکت کنندگان را از گمنامی مطمئن کرد و تهدید بالقوه شناخته شدن را به حداقل رساند.

## استفاده از مشوق‌ها<sup>۲</sup>

گزینه‌های مادی شامل پول، هزینه غذا، کارت تلفن و یا بلیط فیلم مکررا به عنوان مشوق‌ها برای تشویق افراد، گروه‌ها و یا اجتماع‌ها برای شرکت در مداخله مورد استفاده قرار می‌گیرند. تصمیم‌گیری درباره استفاده یا عدم استفاده از مشوق‌ها، چندین مساله اخلاقی را مطرح کرده است. در صورتی که تحقیق در یک اجتماع محروم انجام می‌شود، استفاده از مشوق‌ها (که می‌تواند وقتی افراد فقیر هستند، دستکاری شود) این سوال را مطرح می‌کند که آیا با وجود ارایه جوایز مادی می‌توان رضایت آگاهانه را به صورت درست به دست آورد؟ البته وقتی که مشوق‌ها و منابع مالی بعداً فراهم نباشند، می‌توانند به عنوان مانع ماندگاری یک مداخله عمل کنند. در مقابل، مشوق‌ها می‌توانند راهی برای اطمینان از این که فقدان منابع حمل و نقل و یا غذا دلیل عدم شرکت افراد در مطالعه نبوده، تلقی شود. همچنین فراهم کردن یک میان وعده و یا وعده غذایی می‌تواند در محیط مثبت مداخله برای آموزش و یادگیری درباره غذاهای سالم نقش داشته باشد. نهایتاً زمان افراد محدود است و پرداخت در ازای چنین وقتی راه درستی برای به کار گیری افراد در پروژه مطالعه است.

به طور کلی، پژوهشگران باید جذاب بودن مشوق به میزان کافی جهت جذب و حفظ شرکت‌کننده و جذابیت زیاد مشوق‌ها که موجب اختلاف بین افرادی که در مداخله شرکت کرده‌اند و کسانی که مشارکت نکرده‌اند می‌شود، تعادل برقرار کنند. مشوق‌ها نباید انقدر بزرگ باشند که شرکت کنندگانی را که با وجود این که نسبت به مداخله تردید دارند، به دلیل منفعت مادی در مطالعه ثبت نام نموده‌اند را جذب کند. به عنوان مثال برای شرکت در مطالعه دادن مشوق پولی بیش از مقدار دستمزد ساعتی معمول نباید به نوجوانان ارایه شود. در صورت محدود بودن فرصت‌های استخدام برای

---

1 Anonymity

2 Incentives

نوجوانان، دادن بلیط فیلم یا کنسرت می‌تواند مناسب‌تر از پول نقد باشد. پرداخت هزینه حمل و نقل (ایاب و ذهاب) و دادن یک وعده غذایی یا میان وعده می‌تواند برای جذب افراد در مطالعه کافی باشد.

### محافظت در مقابل آسیب

یک مسئولیت مهم اخلاقی در اجرای مداخله، محافظت جمعیت هدف در مقابل آسیب (احتمالی) است. مثلاً در اجرای مداخله‌ای برای افزایش تحرک جسمانی در میان دختران نوجوان، در نظر گرفتن آسیب‌پذیری جمعیت مورد نظر در مقابل اختلالات تغذیه‌ای اهمیت دارد. آگاهی از این مشکل بالقوه می‌تواند به طراحی مداخله و ترویج عادات تغذیه سالم کمک کند. همچنین باید مطمئن شد که پژوهشگران نسبت به نشانه‌های اولیه مشکلات تغذیه‌ای آگاهی دارند.

اعضای تیم مطالعه نیز باید در مقابل آسیب‌ها محافظت شوند. این کار می‌تواند در اعزام نکردن آنها به محلات خطرناک بدون همراه و یا بدون محافظت مناسب مصداق داشته باشد. در موقعیت‌هایی که لازم است مصاحبه‌های جدی درباره موضوعات حساس یا ناراحت‌کننده انجام شود، باید اعضای تیم مطالعه زمان کافی برای آماده کردن جو مصاحبه و مطرح کردن تاثیرات هیجانی محتوای مصاحبه داشته باشند.

### احترام به حقوق فردی

مداخلات سلامت در سطح اجتماع می‌توانند باعث بروز تعارض بین نیازهای درک شده جهت کاهش خطر سلامت عمومی و حقوق افراد شود. سیاست‌های مربوط به محدود کردن سیگار کشیدن در اماکن عمومی در طی بیست سال گذشته نمونه خوبی از این تعارض است. سیاست مربوط به سیگار نکشیدن که در برخی از شهرها ابتدا در موسسات سلامت شروع شده و سپس به محل‌های کار گسترش یافته بود، در حال حاضر به تمام اماکن عمومی تعمیم یافته است. امروزه محافظت سلامت عمومی در مقابل دود دست دوم از حقوق فردی مربوط به سیگار کشیدن در هر کجا و هر زمان پیشی گرفته است.



موقعیت‌های دیگری وجود دارند که در آنها حقوق فردی بر محتوای مداخله که به باور بسیاری باعث حفظ سلامت عمومی می‌شود برتری دارد. به عنوان مثال ساختار مداخلات آموزشی مدرسه محور برای پیشگیری از ایدز، بارداری و یا خشونت بین فردی به گونه‌ای است که اگر چنین اطلاعاتی در تضاد با اعتقادات شخصی والدین باشند، آنها حق دارند تا مانع از شرکت فرزندشان در مداخله شوند.

### اطمینان از کیفیت پژوهش

یک راه اطمینان از رعایت ارزش‌ها و هنجارهای اجتماع فراهم کردن فرصت برای اعضای اجتماع برای وارد شدن به مراحل طراحی و ارزیابی مداخله است. هیات مشورتی اجتماع<sup>۱</sup> ساختاری است که می‌تواند باعث تسهیل در مبادله دو طرفه اطلاعات شود. هم محتوا و هم فرآیند، اجزای مهم چنین هیاتی هستند. اعضای اجتماع نیاز به آموزش درباره الزامات روش شناسی مطالعه پژوهش‌های نظیر تصادفی‌سازی و یا محرمانه بودن دارند. پژوهشگران نیز باید درباره این که چرا موضوعات، سوالات و یا راهکارهای خاصی مناسب یک اجتماع نیستند، اطلاع داشته باشند. درباره استفاده از فرآیند تصمیم‌گیری اکثریت و یا فرآیند دستیابی اعضای اجتماع و پژوهشگر به اجماع بر سر موضوعات خاص باید در مراحل اولیه شکل‌گیری این کمیته تصمیم‌گیری شود.

### پرهیز از تفسیر اشتباه یافته‌ها

هیات مشورتی اجتماع می‌تواند با ارایه پس‌خوراندهای با ارزش درباره یافته‌های اولیه یک مداخله قبل از انتشار نتایج توسط نهاد سرمایه‌گذار و یا نشریه، کمک کننده باشد. چنین گزارشی باید با زبانی بدون دشواری‌های علمی تهیه شود. هرچند برخی از یافته‌ها تایید نمی‌شوند و یا فقط برخی از آنها توسط نمایندگان اجتماع پذیرفته خواهند شد، تقریباً همیشه موارد مثبتی وجود دارد که می‌توان گزارش نمود، حتی اگر این موارد مورد انتظار نبوده باشند. اطلاعاتی که ممکن است درباره گروه خاصی به صورت منفی تفسیر شوند، باید به گونه‌ای تهیه شوند که علل زیربنایی آنها به روشنی درک شوند. به عنوان مثال، در اجرای مداخله‌ای برای افزایش میزان واکسیناسیون دوران کودکی، یک

یافته ممکن است این باشد که نسبت بالاتری از یک گروه قومیتی خاص تمایلی به واکسینه کردن کودکان خود ندارند. یک توضیح درباره این یافته می‌تواند این باشد که والدین این گروه قومیتی، به صورت مناسب از کودکانشان مراقبت نمی‌کنند. هر چند یک توضیح محتمل‌تر این است که مهاجران غیر قانونی نگران هستند که اگر فرزندان خود را برای واکسیناسیون به درمانگاه بیاورند، موقعیت آنها آشکار خواهد شد. استفاده کنندگان بالقوه خدمات نباید به دلیل عدم استفاده از خدماتی که در دسترس نیست، مورد سرزنش قرار گیرند. برای پرهیز از تفسیر اشتباه یافته‌ها، پژوهشگر می‌تواند برای رایحه یافته‌های مطالعه در یک بستر دقیق مقاله‌ای را منتشر کند و یا کنفرانس مطبوعاتی ترتیب دهد. این زمینه گسترده‌تر یا علل زیربنایی به جای علل نزدیک‌تر، یک مشکل سلامت در مباحث اخلاقی و انتشار نتایج حیاتی است.

مداخلات سلامت اجتماع محور بدون حمایت اجتماع به صورت کلی و شرکت‌کنندگان به صورت خاص موفق نخواهند بود. به عنوان مثال، مداخله‌ای که متمرکز بر رفتارهای پر خطر نوجوانان است ممکن است جوانانی را از اجتماع برای آموزش همسالان به کار گیرد. هر چند، از آنجا که بزرگسالان در کنترل مداخله هستند، ایده‌های آنها به صورت موثرتری در طراحی و اجرای مداخله منعکس می‌شود. به منظور درگیری کاملتر آموزش دهندگان همسال در مطالعه، ایده‌های رایحه شده توسط آنها باید در مداخله وارد شود و جهت این همکاری مورد احترام قرار گیرند. در نتیجه این کار، مداخله از حمایت بیشتری برخوردار شده و مرتبط‌تر خواهد بود.

### حفظ یکپارچگی پژوهش

گاهی ممکن است منافع حمایت‌کننده مالی مداخله در تعارض با مسیری باشد که مداخله انجام می‌شود. به عنوان مثال، در مطالعه‌ای که با رایحه آگاهی درباره فرصت‌های شغلی برای کاهش بارداری نوجوانان انجام می‌شود، ممکن است مشخص شود که رایحه اطلاعاتی در رابطه با پیشگیری از بارداری هم ضرورت دارد. در صورتی که حمایت‌کننده مالی مخالف رایحه اطلاعات درباره کنترل بارداری به نوجوانان باشد، پژوهشگر با یک مشکل اخلاقی مواجه خواهد شد، به ویژه اگر مشخص شود که در این صورت است که حامی مالی از مطالعه کنار خواهد کشید. در چنین شرایطی، پژوهشگر باید درباره چیزی که بیشتر به نفع جامعه هدف است، تصمیم‌گیری کند. در این نمونه، ممکن است

ارایه آموزش درباره پیشگیری از بارداری به نوجوانان توسط یک نهاد اجتماعی نظیر درمانگاه محلی و یا فرزند پروری برنامه‌ریزی شده امکان‌پذیر باشد. حساسیت نسبت به محیط فیزیکی و اجتماعی که در آن مداخله انجام می‌شود نیز یک مساله اخلاقی برای پژوهشگر اجتماع است. به عنوان مثال، برای انجام مداخله‌ای برای تعدادی از افراد در یک مراکز نگهداری سالمندان، پذیرفتنی نیست که روال معمول زندگی تمامی افراد برای مدت زمان طولانی دچار اختلال شود. همچنین پذیرفتنی نیست که برای انجام مداخله، فضایی مانند باشگاه و یا مراکز اجتماع که به عنوان منبع مورد استفاده اعضای اجتماع قرار می‌گیرد، تصرف شود. در صورتی که مداخله چیز جدیدی مانند رایانه یا وسایل ورزشی را برای استفاده به شرکت‌کنندگان معرفی می‌کند، از نظر اخلاقی بهتر است این تجهیزات بعد از انجام مداخله به اجتماع مداخله داده شود. یک مداخله اجتماع محور با ایجاد اختلال در زندگی معمول برخی از افراد همراه است و عنصر جدیدی را به اجتماع معرفی می‌کند. بنابراین شناسایی مشکل، طراحی مداخله و ارزیابی تاثیرات آن بر اجتماع باید از روش‌های مبتنی بر منطق علمی باشد. اعتبار پژوهشگران و سازمان‌های آنها و نیز دست‌اندرکارانی در اجتماع که از مداخله حمایت کرده‌اند، همگی وابسته به میزان رعایت استانداردهای اخلاقی بالا و تداوم آنها و نیز انجام کار دقیق دارد.

نمونه‌هایی از مداخلات هست که به نتایج مورد نظر دست نیافته‌اند. به عنوان مثال، تغییر مورد نظر ممکن است اتفاق نیفتد و یا در جهتی باشد که مورد انتظار نبوده است. چنین نتایجی ممکن است به معنای غیر ممکن بودن مشارکت اجتماع باشد و یا این که احتمالاً شرکت‌کنندگان در مطالعه منعکس کننده اجتماع هدف نیستند. در چنین شرایطی، پژوهشگران باید درباره شایستگی پروژه در ادامه مصرف منابع مالی برای حمایت از آن، تصمیم بگیرد. در اینجا مساله اخلاقی این است چه کسانی از شرکت در مطالعه سود می‌برند و چه افرادی ممکن است ضرر کنند. اگر تنها پژوهشگر و اعضای تیم مطالعه سود ببرند، شاید اجتماع علاقمند به ادامه کار نباشد. در صورتی که برای رسیدن به هدف مورد نظر استفاده از منابع مالی به صورت مختلفی امکان‌پذیر باشد، می‌توان درباره تخصیص منابع بازنگری کرد. درگیری اعضای اجتماع و استفاده از یک فرآیند تصمیم‌گیری شفاف و باز می‌تواند احساس بدی که ممکن است در اثر تغییرات ایجاد شود را به حداقل برساند.

### خلاصه

در فرآیند برنامه‌ریزی و اجرای هر نوع مداخله اجتماع محور، ملاحظات اخلاقی مختلفی باید در نظر گرفته شود. ارایه آموزش‌های رسمی، استفاده از منابع کمیته اخلاق و تلاش در جهت رعایت دیدگاه اجتماع کمک می‌کند تا مسایل اخلاقی به شکل عادلانه‌ای حل و فصل شود.

### فعالیت‌ها

در بخش "جمعیت‌های آسیب‌پذیر" این فصل، چند گروه ذکر شده است. غیر از دلایل مطرح شده، چه دلایل دیگری برای این که زندانیان یک جمعیت آسیب‌پذیر هستند، مطرح است؟

یک موقعیت پژوهشی را شرح دهید که در آن رعایت گمنامی به صورت واقعی امکان‌پذیر نیست. چرا؟ در این شرایط محرمانه بودن چگونه رعایت خواهد شد؟ در شهرهای کوچکی از ایالات متحده آمریکا، افشای وضعیت HIV افراد ممکن است به شدت بر جایگاه فرد در شهر تاثیر بگذارد. فرض کنید شما برای یک سازمان ملی ایدز کار می‌کنید و قصد دارید مطالعه‌ای را در یکی از این شهرها و برای درک بهتر نیازهای زنان HIV مثبت که به تازگی از زندان آزاد شده‌اند، انجام دهید. رویکرد خود برای انجام پژوهش اخلاقی شامل موارد زیر را شرح دهید:

- آیا یک کمیته مشورتی را تشکیل می‌دهید؟
- چگونه رضایت از شرکت در مطالعه را مدیریت خواهید کرد؟
- کدامیک را انتخاب می‌کنید: محرمانه بودن یا گمنامی. علت انتخاب‌تان چیست؟
- فرض کنید در حال انجام مطالعه‌ای درباره نحوه دسترسی افراد بی‌خانمان به مراقبت‌های پزشکی در سان فرانسیسکو هستید و می‌خواهید یک یک‌مصاحبه‌سی دقیقه‌ای را برنامه‌ریزی کنید. برای انجام این کار یک مشوق مناسب را بیان کنید. چرا چنین مشوقی می‌تواند برای جمعیت مورد نظر جذاب باشد؟

### پرسش‌های بحث

مطالعه موردی زیر را مطالعه کرده و مسایل اخلاقی و نحوه برخورد با آنها را مورد بحث قرار دهید.

هدف مطالعه مشخص کردن این موضوع است که آیا نوجوانان در معرض خطر بالاتر، برای انجام داوطلبانه آزمایش و مشاوره HIV/AIDS مراجعه می‌کنند. نوجوانان از یکی از دو دبیرستان شهر انتخاب خواهند شد. اطلاعاتی‌های مربوط به مراجعه به یک خودرو سیار برای مشاوره و انجام آزمایش داوطلبانه در ساعت ۱۱:۱۵ صبح دوشنبه تا پنجشنبه هفته آینده، در مکان‌های تجمع نوجوانان بعد از مدرسه توزیع خواهد شد. پس از امضای فرم رضایت که درباره آزمایش مطالبی را بیان می‌کند، از کلیه نوجوانان خواسته می‌شود تا پرسشنامه‌ای را درباره فعالیت‌های جنسی شان در طی سال گذشته تکمیل کنند. به دانش‌آموزانی که پرسشنامه‌ها را تکمیل کرده و موافقت کنند که مورد آزمایش قرار گیرند یک حواله هدیه ۵۰۰۰ دلاری بعد از انجام آزمایش هدیه داده خواهد شد. با نوجوانانی که جواب آزمایش آنها منفی باشد یک مشاوره کوتاه انجام شده و حواله هدیه و یک پمفلت درباره نحوه حفظ آزمایش منفی داده خواهد شد. از نوجوانانی که جواب آزمایش‌شان مثبت باشد، خواسته می‌شود تا برای مشاوره فردی با یک مددکار اجتماعی و پرستار در اتاق انتظار بمانند. پس از مشاوره به این افراد توصیه خواهد شد تا به یک گروه حمایتی بپیوندند و برای پیگیری وضعیت خود به یک پزشک مراجعه کنند. با والدین یا مراقبین نوجوانان آلوده تماس گرفته و نتایج آزمایش فرزندشان در طی ۲۴ ساعت آینده به اطلاع آنها خواهد رسید.



## فصل چهارم

### سطوح و انواع مداخلات اجتماع محور

#### اهداف یادگیری

تمایز بین مداخلات سطح اول، دوم و سوم در موقعیت‌های اجتماع

آشنایی با تفاوت‌های مداخلات در چهار سطح بوم شناختی

بیان تفاوت‌های بین مداخلات سلامت اجتماع محور و مداخلات بالینی





## نگاه کلی

این فصل انواع مختلف مداخلات سلامت اجتماع محور را معرفی می‌کند و نمونه‌هایی از سطوح بوم شناختی مختلف ارائه می‌دهد. هر یک از این مداخلات بر پیشگیری و بوم شناختی خاص خود متمرکز هستند که به طیف وسیعی از مداخلات قابل اجرا توسط فعالان سلامت عمومی، کمک می‌کنند.

### تمرکز بوم شناختی بر انواع پیشگیری

تنوعی از فعالیت‌ها برای پیشبرد سلامت در موقعیت‌های اجتماعی مورد استفاده قرار گرفته است. این محدوده از جلسات آموزشی برای گروه‌های حمایتی افراد با شرایط مشترک تشکیل ائتلاف‌هایی برای ایجاد تغییر در یک وضعیت اجتماعی، و حمایت طلبی تغییر در سیاست‌ها و قانونگذاری است. در فصل سوم، درباره برخی از موضوعات اخلاقی که می‌تواند در هنگام اجرای یک مداخله مطرح شود مطالبی آموختیم. این فصل به سطوح بوم شناختی می‌پردازد که فعالان سلامت عمومی در آن کار می‌کنند.

با بهره‌گیری از دیدگاه بوم شناختی، فعالان سلامت اجتماع می‌توانند در هر یک از چهار سطح مداخله کنند. در سطح گروهی<sup>۱</sup>، مداخلات با هدف ایجاد تغییر در دانش، نگرش‌ها و عملکردهای مرتبط با یک مشکل سلامت بین اعضای یک گروه هدف، مانند زنانی که دوره نقاهت بعد از سرطان سینه را می‌گذرانند و یا مهاجران جدید از آفریقا اجرا می‌شوند. در سطح سازمانی<sup>۲</sup>، مداخلات از پیوندهای مشترک بین افراد برای ایجاد تغییرات در رفتارهای سلامت و محیط استفاده می‌کنند. مداخلات ارتقای سلامت در مهد کودک‌ها و یا محل‌های کار در سطح سازمانی روی می‌دهند. در سطح اجتماع<sup>۳</sup>، مداخلات برای ایجاد تغییر در ساختار محیطی و یا اجتماعی انجام می‌شوند. هر مداخله‌ای که سلامت افراد را در کل اجتماع جغرافیایی افزایش می‌دهد در این سطح بوم شناختی اتفاق می‌افتد. به منظور تسهیل در سلامت، مداخلات در سطح سیاستی<sup>۴</sup>، قوانین یا سیاست‌هایی مانند قوانین منع سیگار کشیدن در رستوران‌ها و یا بستن اجباری کمر بند ایمنی را تغییر می‌دهند.

---

1 Group Level

2 Organizational Level

3 Community Level

4 Policy Level

علاوه بر سطح بوم شناختی یک مداخله، تعیین کانون توجه پیشگیری مداخله نیز ضروری است. مداخلات سطح اول پیشگیری بر اجتناب از یک مشکل و یا وضعیت قبل از وقوع متمرکز است. این مداخلات عموماً در جمعیت‌های سالم عمل می‌کنند، هرچند این نوع مداخلات ممکن است در گروه‌های پر خطر یک بیماری یا وضعیت نیز انجام شود. بسیج‌های اطلاع رسانی واکسیناسیون یک نمونه خوب از اقدام پیشگیری در سطح اول هستند، زیرا این مداخلات از بیماری مورد نظر قبل از این که علایمی از بیماری وجود داشته باشد، پیشگیری می‌کنند.

### پیشگیری سطح اول

مداخلات پیشگیری اولیه را می‌توان در هر یک از چهار سطح بوم شناختی اجرا نمود. در سطح گروه، آموزش مادران در رابطه با تغذیه و فرزند پروری در یک برنامه "زن، شیرخوار و کودک" نمونه‌ای از یک برنامه هدف گیری شده برای پیشگیری از چاقی کودکان است. اجرای برنامه فعالیت بدنی در مدرسه جهت پیشگیری از چاقی نمونه‌ای از یک مداخله سطح سازمانی است. مداخله بر روی هیئت مدیره مدرسه به منظور اطمینان از فعالیت بدنی منظم در کلیه مدارس منطقه می‌تواند یک برنامه پیشگیری از چاقی در سطح اجتماع باشد. کمک به تصویب طرح قانونی برای تضمین منابع مالی ساخت، تعمیر و نگهداری پارک‌ها و امکانات تفریحی یک مداخله در سطح سیاست به منظور پیشگیری از چاقی به شمار می‌رود.

### پیشگیری سطح دوم

مداخلات پیشگیری سطح دوم بر تشخیص زودهنگام و درمان یک وضعیت متمرکز دارد. فعالیت‌ها عموماً پیرامون غربالگری جمعیت‌های مختلف برای یک بیماری خاص و اطمینان از وجود نظام ارجاع برای درمان می‌باشند. در سطح بوم شناختی گروه‌ها، پیشگیری سطح دوم می‌تواند گروهی که رفتارهای پر خطر جنسی دارند را تشویق نماید تا افراد برای انجام مشاوره و انجام آزمایش برای تشخیص بیماری خود در مراحل اولیه بیماری هدف قرار دهد. در سطح سازمانی، پیشگیری سطح دوم از کلامیدیا می‌تواند شامل راه اندازی برنامه‌ای برای اطمینان از انجام غربالگری معمول تمامی نوجوانان در

مرکز بازداشت نوجوانان باشد، زیرا آنها به عنوان یک گروه، در معرض خطر بالاتری هستند. روز سالانه آزمایش، نمونه‌ای از پیشگیری سطح دوم در سطح اجتماع است. نهایتاً پیشگیری سطح دوم در سطح سیاست برای مشکل عفونت‌های منتقله جنسی می‌تواند متمرکز بر اطمینان از تخصیص منابع مالی کافی برای دانشکده‌های بهداشت جهت انجام غربالگری معمول و تداوم کار درمانگاه‌ها برای درمان است. در حالی که بسیاری از برنامه‌های پیشگیری سطح دوم، رسیدگی به مشکلات پزشکی را مد نظر می‌گیرند و شامل همکاری با تجهیزات پزشکی و آزمایشگاهی برای آزمایش و ارجاع هستند، یک نمونه رفتاری-اجتماعی می‌تواند غربالگری خشونت‌های جنسی در میان نوجوانان و ارایه مشاوره درباره چگونگی پایان دادن به روابط خشونت آمیز و یا تغییر رفتار پرخطر باشد.

### پیشگیری سطح سوم

مداخلات سطح سوم به منظور پیشگیری از وخیم‌تر شدن و پیشرفت عوارض یک وضعیت یا بیماری تشخیص داده شده انجام می‌شوند. یک هدف ضمنی تمامی مداخلات سطح سوم بهبود کیفیت زندگی جمیت هدف است. نمونه‌های این مداخلات می‌تواند تشکیل گروه‌های حمایتی برای پیشگیری از عوارض روانی بیشتر در سربازان مبتلا به اختلال استرسی پس از سانحه که از مأموریت‌های نظامی در عراق برگشته‌اند، پیشگیری از بارداری دوم در میان مادران نوجوان و برنامه‌های فعالیت بدنی برای زنان مبتلا به بیماری‌های قلبی به منظور پیشگیری از پیشرفت بیشتر بیماری باشد. درباره مداخلات پیشگیری سطح سوم در سطح بوم شناختی گروه‌ها، یک برنامه آموزشی برای پزشکان و پرستاران در درمانگاه محلی در رابطه با راهکارهای اطمینان از معاینه سالانه پا و چشم برای بیماران دیابتی آنها می‌تواند در جهت تغییر عملکرد این گروه از ارایه‌دهندگان خدمات عمل نماید. در سطح سازمانی، یک برنامه مورد حمایت بیمارستان در رابطه با پیروی از دستورات دارویی برای کلیه بیمارانی که از بخش روانی بیمارستان مرخص می‌شوند از بستری مجدد بیماران پیشگیری خواهد کرد. یک برنامه آموزشی در سطح اجتماع جهت تشویق کلیه بیماران دیابتی به انجام معاینه سالانه پا و چشم جهت پیشگیری از مشکلات خاص دیابت، نمونه‌ای از پیشگیری سطح سوم اجتماع است. در سطح سیاست، تصویب لایحه مربوط به الزام تدوین یک برنامه این اطمینان را ایجاد

خواهد کرد که تمانی بیماران جهت کنترل بهتر بیماریشان به دستگاه اندازه‌گیری قند خون دسترسی دارند.

### انتخاب هدف مداخله

قبل از انتخاب جمعیت مورد هدف و تدوین اهداف یک مداخله اجتماع محور، تعیین کانون پیشگیری و نیز سطح بوم شناختی مداخله اهمیت دارد. مطالعه‌ای که پیشگیری سطح اول عفونت HIV را مد نظر دارد می‌تواند بر استفاده از کاندوم در میان مردان همجنسگرا و دوجنس‌گرا (سطح گروهی) تمرکز کند، مداخله سطح دوم می‌تواند بر تشویق به دسترسی آزمون تشخیص عفونت تاکید کند (سطح اجتماع) و یک مداخله سطح سوم می‌تواند بر اطمینان از فراهم بودن کاندوم در میان مردان و زنانی که آلوده به ویروس هستند توجه کند (سطح سیاستی). باید توجه داشت که سطوح پیشگیری کاملاً مرتبط به هم و فاقد مرزهای مشخص می‌باشند بنابراین نباید بیش از حد نگران ترسیم دقیق سطح پیشگیری برای مداخله بود. به عنوان مثال غربالگری کلامیدیا در نوجوانان را می‌توان به عنوان پیشگیری ثانویه برای این عفونت منتقله جنسی و یا پیشگیری اولیه برای بیماری‌های التهابی لگن که حاصل عفونت کلامیدیایی درمان نشده است، در نظر گرفت. در زیر نمونه‌هایی از مداخلاتی مطرح شده که دو مشکل دیابت و آسم را هدف قرار داده‌اند. جدول ۴،۱ بر پیشگیری از حملات آسم در میان کودکان متمرکز است. این مداخلات طیف وسیعی از مداخلات سلامت اجتماع محور را که می‌تواند در هر یک از سطوح بوم شناختی و پیشگیری اجرا شوند را نشان می‌دهند. تصمیم‌گیری درباره سطوحی از پیشگیری و بوم شناختی که مداخله بر آن متمرکز خواهد شد، به عوامل متعددی بستگی دارد. اولین عامل نیازهایی است که از طریق نیازسنجی اجتماع تعیین شده است (به فصل هفتم نگاه کنید). داده‌های ثانویه ممکن است اطلاعاتی را درباره آسم در بر داشته باشند، اما ممکن است از نظر اجتماع بارداری نوجوانان موضوع مهمتری باشد. دومین عامل جو سیاسی موجود است. هر چند ممکن است نتایج ارزیابی اجتماعی نشان دهد که بارداری نوجوانان موضوع اجتماعی مهمی است، اما ممکن است رهبران اجتماع محلی و یا هیات‌های مشاور نخواهند رفتارهای جنسی نوجوانان را مستقیماً مورد توجه قرار دهند. سومین عامل دسترسی به جمعیت است. درست است که اجرای مداخله در کل نظام آموزش و پرورش اجتماع، ایده آل است اما ممکن است دسترسی به این

جمعیت دشوار باشد. در نهایت، سطحی که مورد تمرکز مداخله است می‌تواند تحت تاثیر منابع موجود باشد. هر چند می‌توان تغییرات بیشتری را با انجام مداخله‌ای در سطح اجتماع در مقایسه با مداخله در سطح گروه ایجاد نمود، اما معمولاً کار کردن در سطح اجتماع نیازمند منابع بیشتر است. همچنین، با این که مداخلات چند سطحی موثرتر هستند، طراحی و اجرای آنها گران‌تر بوده و نیاز به تجربه بیشتری دارد. همچنین استقرار مشارکت ضروری در این نوع مداخلات وقت گیرتر است.

فعالان حوزه سلامت که دارای تجربه کمتری در طراحی و اجرای مداخلات سلامت اجتماع محور هستند، احتمالاً باید کار را با سطح گروه و یا سازمانی شروع کنند. معمولاً بعید است که مداخلات اجتماع را بتوان به تنهایی به اجرا درآورد، بنابراین شراکت با دیگران و نهادهای اجتماعی منابع، ایده‌ها و دسترسی‌های بیشتری را در اختیار قرار می‌دهد. در فقدان منابع مالی و یا محدود آنها، لازم است که تصمیماتی درباره صرف وقت برای به کار گیری داوطلبان، تامین کنندگان منابع مالی و نیز شروع پروژه در حوزه محدودتر گرفته شود.

### نمونه‌هایی از مداخلات در سطوح مختلف پیشگیری

در قسمت‌های بعدی نمونه‌های بیشتری از مطالعات موفق و ناموفق اجرا شده در هر یک از سطوح پیشگیری، ارائه می‌شود.

#### - پیشگیری اولیه: سطح گروه

در برنامه Michigan WIC تعداد ۵۶۲ زن به صورت تصادفی در چهار گروه قرار گرفتند. یک گروه هزینه تهیه میوه و سبزیجات تازه را به همراه آموزش‌هایی درباره اهمیت و استفاده از میوه و سبزیجات دریافت کردند. دومین گروه تنها بخش آموزشی برنامه و گروه سوم تنها بخش مربوط به هزینه را دریافت کردند، به گروه چهارم هیچ‌یک از بخش‌های مداخله ارائه نشد. آموزش منجر به بهبود نگرش گروه نسبت به خوردن میوه و سبزیجات شد، هرچند تغییرات کمی در عادات مصرف آنها دیده شد. در زنانی که هزینه تهیه میوه و سبزیجات را دریافت کرده بودند، میزان مصرف افزایش یافت، اما نگرش آنها درباره مصرف میوه و سبزیجات بهتر نشد. بیشترین تاثیر در تغییر هم نگرش و هم الگوی مصرف در گروهی مشاهده شد که هم آموزش درباره فواید مصرف میوه و

سبزیجات را دریافت کرده بودند و هم هزینه‌ای که با این مواد را خریداری کنند. Anderson و همکارانش (2001) نتیجه گرفتند که خانواده‌های کم درآمد برای تغییر عادات تغذیه‌ای خود در رابطه با مصرف منظم میوه و سبزیجات تازه، هم نیاز به آموزش و هم منابع مالی دارند.

#### - پیشگیری اولیه: سطح سازمانی

یک مطالعه موردی مطرح می‌کند که به دلیل افزایش شیوع چاقی در ایالات متحده، برنامه‌های سلامت محل‌های کار کارکنان می‌تواند موجب افزایش رفتارهای سلامت کارکنان، کاهش غیبت و افزایش بهره‌وری آنها شود. Green و دستیارانش توضیح می‌دهند که چگونه شرکت سلامت گروهی<sup>۱</sup>، به عنوان یک نظام ارایه خدمات سلامت غیر انتفاعی، یک برنامه ده هفته‌ای محل کار با عنوان فعال بودن برای زندگی<sup>۲</sup> را به منظور افزایش سطح فعالیت بدنی در میان کارکنانش به کار برد. AFL یک برنامه مبتنی بر شواهد است که توسط انجمن سرطان آمریکا طراحی شد و شامل تمرینات هدف‌گذاری شده، فعالیت‌های خود پایشی، انگیزه‌های اقتصادی و مسابقات تیمی بود. این برنامه بعد از یک فاز برنامه‌ریزی سه ماهه اجرا شد و در مجموع ۱۱۶۷ نفر از بین جمعیت کلی ۳۶۲۴ نفری کارکنان در این برنامه شرکت کردند. ارزیابی پیامد نشان داد که هرچند برنامه باعث افزایش سطح فعالیت بدنی شد، اما چنین تغییراتی پایدار نماندند. نویسندگان گسترش یا تکرار برنامه، افزایش حمایت اجتماعی و ارایه انگیزه‌های اقتصادی بیشتر را (برای افزایش اثر بخشی) مطرح کردند.

#### - پیشگیری اولیه: سطح اجتماع

Daly و Buxton، Weatherill در سال ۲۰۰۴ یک برنامه اجتماع محور برای افزایش میزان واکسیناسیون آنفلوانزا و پنوموکوک در یک اجتماع کم درآمد را شرح داده‌اند. برنامه آنها بر اساس تعریف جغرافیایی اجتماع در یک منطقه ده بلوکی متمرکز بود تا یک برنامه ضربتی یک ماهه را اجرا نمایند. مجریان برنامه شامل پرستاران استخدام شده و داوطلب و نیز افرادی از خود اجتماع بودند که آموزش‌هایی را دریافت کردند و یک

1 Group Health Cooperative

2 Active For Life (AFL)

حرکت اجتماعی و بسیج اطلاع رسانی آموزشی سازماندهی و اجرا نمودند. ارزیابی برنامه نشان داد که طی این برنامه ۸۷۲۳ نفر یعنی ۷۹ درصد برای هر دو واکسن واکسینه شدند. همچنین ویزیت‌های بخش اورژانس برای موارد پنو.موکوک در طی سه ماه پیگیری برنامه کاهش یافت. پیامد نهایی مشخص نبود، زیرا داده‌ها با تغییراتی در رابطه با چگونگی و زمان شروع انفلوآنزا در آن سال مخدوش شده بود.

#### - پیشگیری اولیه: سطح سیاستی

به دنبال نتایج یک کارآزمایی بالینی در سال ۱۹۹۵ که نشان داد زیدوودین<sup>۱</sup> تجویز شده برای مادران باردار مبتلا به عفونت HIV قبل و بعد از زایمان، میزان انتقال پره ناتال عفونت را به دو سوم کاهش داد، خدمات سلامت ایالات متحده آمریکا و کالج متخصصان زنان و زایمان آمریکا انجام آزمایش روتین HIV را به همه زنان باردار توصیه می‌کند. این سیاست منجر به کاهش انتقال زایمانی HIV از ۲۰۰۰ زایمان در سال ۱۹۹۲ به ۲۰۰ مورد در چند سال بعد از اجرای برنامه شد.

#### - پیشگیری سطح دوم: سطح گروهی

Kalichman و همکارانش یک مداخله رفتاری مهارت آموزی گروهی نظریه محور را شرح داده‌اند که با هدف کاهش رفتارهای پرخطر انتقال HIV در میان افراد آلوده به ویروس انجام شده بود. افراد (۲۲۳ مرد و ۹۹ زن) به صورت تصادفی به دو گروه تخصیص پیدا کردند. یک گروه، ۵ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای برای افزایش مهارت‌های موثر در فعالیت‌های جنسی پرخطر را دریافت کردند و به گروه دوم ۵ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای که متمرکز بر ارایه حمایت اجتماعی ( نظیر اطلاعات مربوط به HIV، مدیریت بیماری و درمان، نگرانی‌های بیمه‌ای و تغذیه) بود، ارایه شد. اعضای گروهی که مداخله مبتنی بر مهارت‌های رفتاری را دریافت کرده بودند، رابطه جنسی محافظت نشده کمتری داشتند و احتمال استفاده از کاندوم در آنها نسبت به اعضای گروهی که مداخله رفتاری را دریافت نکرده بودند، بیشتر بود. نویسندگان نتیجه گرفتند که مداخلات گروهی شامل حمایت و مهارت آموزی رفتاری، می‌توانند به صورت اثربخشی در کاهش رفتارهای پرخطر جنسی در میان مبتلایان به HIV عمل نمایند.

---

1 Zidovudine

## - پیشگیری سطح دوم: سطح سازمانی

در سال ۲۰۰۱، McCaw، Berman، Syme و Hunkeler توضیح دادند که چگونه یک مرکز مراقبتی غیرانتفاعی می‌تواند میزان غربالگری برای خشونت خانگی را افزایش دهد، آگاهی مرکز در زمینه خشونت خانگی را به عنوان یک منبع بالا ببرد، و با استفاده از روش‌های توجه به خشونت خانگی، رضایتمندی مراجعه‌کنندگان را ارتقا بخشد. اولین مرحله پروژه مذکور بر ایجاد زیرساخت‌ها به شکل مهارت آموزشی و ارتباط با اجتماع برای دریافت خدمات در محل قبل از مراجعه به مرکز، متمرکز بود. در مرحله دوم پروژه، برنامه‌های آموزش ضمن خدمت برای کلیه کارکنان درباره غربالگری خشونت، همراه با توزیع راهنماهای محیطی مانند پوسترها، کارت‌ها و مواد آموزشی در سالن‌های انتظار افراد انجام شد. افزایش ۲۶۰ درصدی موارد مراجعه خشونت خانگی (از ۶۴ مورد قبل از مداخله به ۱۳۴ مورد بعد از مداخله) مشاهده شد. پیمایش قبل و بعد از برنامه از کارکنان هم تغییر معناداری را در میزان به خاطر سپاری پرسش‌ها درباره مشکلات خانوادگی مراجعه‌کنندگان، آگاهی از اطلاعات سازمانی و رضایتمندی کلی از تلاش‌های سازمان برای توجه به خشونت خانگی، نشان داد.

## - پیشگیری سطح دوم: سطح اجتماعی

یک برنامه هماهنگ غربالگری اجتماع محور برای بیماری دیابت در بخش‌های بیمارستانی، موسسات مرتبط با سلامت در خانواده، و محل‌های کار ایالت میشیگان آمریکا برای یک دوره شش ماهه اجرا شد (Tabael et al., 2003). از ۳۵۰۶ نفری که غربالگری شدند، ۱۴ درصد راهنماهای غربالگری را دریافت نکردند، ۹۱ درصد گفتند که آرایه دهنده خدمات اولیه سلامت<sup>۱</sup> داشتند و ۱۱ درصد تشخیص قبلی بیماری دیابت را گزارش کردند. در حالی که ابزار غربالگری ۵۷ درصد افراد غربال شده را در معرض خطر بالای دیابت شناسایی کرده بود، فقط ۵ درصد آنها آزمایش خون مثبت داشتند. نویسندگان مقاله پیشنهاد کردند که غربالگری نامناسب و میزان بالای مثبت کاذب ابزار غربالگری می‌تواند برنامه غربالگری جامعه را با شکست مواجه سازد.

---

1 Primary Healthcare Provider



#### - پیشگیری سطح دوم: سطح سیاستی

سرطان پستان، دومین علت سرطان شایع تشخیص داده شده در زنان است. در حالی که هیچ روش اثبات شده‌ای برای پیشگیری از سرطان پستان وجود ندارد، تشخیص زودهنگام این بیماری می‌تواند پیامدهای درمان و کیفیت بقا را ارتقا بخشد. زنانی که به گروه‌های محروم و بیمه نشده تعلق دارند، به علت نداشتن بیمه سلامت و یا محدودیت‌های پوشش بیمه خود، دسترسی محدودی به این خدمات تشخیصی دارند. در سال ۱۹۹۹ برای افزایش دسترسی به خدمات غربالگری در زنان، کنگره آمریکا برنامه پیشگیری از مرگ و میر ناشی از سرطان گردن رحم و پستان<sup>۱</sup> را تصویب کرد که در آن مرکز پیشگیری و کنترل بیماری‌ها موظف شد تا برنامه ملی تشخیص زودهنگام سرطان پستان و گردن رحم<sup>۲</sup> را اجرا کند. در حال حاضر، این برنامه هزینه‌های کلیه خدمات غربالگری برای زنان در معرض خطر را در سطح ملی را پرداخت می‌کند. تا کنون، این برنامه به حدود ۳,۲ میلیون نفر خدمات ارائه کرده است و بیش از ۷/۸ میلیون مورد غربالگری سرطان پستان و گردن رحم انجام شده است.

#### - پیشگیری سطح سوم: سطح گروهی

گروهی از زنان مبتلا به سرطان پستان به صورت تصادفی در یک گروه حمایتی سرطان سینه با عنوان رفیقان پستان<sup>۳</sup> به مدت ۱۲ هفته قرار گرفتند. این گروه حمایتی مباحث هدایت شده را از طریق اینترنت در ۱۲ موضوع مرتبط با سرطان پستان ارائه می‌داد. اعضای گروه حمایتی می‌توانستند به شواهد آنلاین نجات یافتگان سرطان نیز دسترسی داشته باشند، داستان خود درباره سرطان پستان را ارسال کنند و یک مجله آنلاین شخصی را اداره نمایند. نتایج نشان داد که افسردگی و میزان استرس درک شده در میان شرکت‌کنندگان در مقایسه با زنانی که در برنامه حضور نداشتند، کاهش یافت.

#### - پیشگیری سطح سوم: سطح سازمانی

درمان چند سیستمی<sup>۴</sup>، یک مداخله سطح سوم جهت پیشگیری از عود در میان جوانان بزهکار در مرکز مطالعه و پیشگیری از خشونت است که بر تغییر بوم شناسی اجتماعی

---

1 Breast and Cervical Cancer Mortality Prevention Act

2 National Breast and Cervical Cancer Early Detection Program (NBCEDP)

3 Bosom Buddies

4 Multisystemic Therapy (MST)

جوانان مجرم و خانواده‌های آنها تاکید دارد و در محیط خانه، مدرسه و اجتماع جوانان گرفتار عمل می‌کند. این برنامه در کل یک نظام مدرسه‌ای اجرا می‌شود و حمایت‌های شدید خانواده محور، خدمات و مداخلات برای پیشگیری از ولگردی‌های بیرون از خانه را فراهم می‌سازد. نظارت شدید، همکاری بین سازمانی و مشاوره، اجزای کلیدی این الگو به شمار می‌روند. مشخص شده است که پیاده‌سازی کل این نظام در کاهش بزهکاری و ولگردی موثر است، با این حال، اجرای آن نیازمند تلاش و صرف زمان زیادی است.

#### - پیشگیری سطح سوم: سطح اجتماعی

برنامه‌های اختصاصی سیگار به عنوان بخشی از برنامه سلامت قلب مینه سوتا در سه جفت از اجتماع‌ها مشابه اجرا شد. اقدامات در اجتماع‌ها گروه مداخله شامل برنامه‌های آموزش بزرگسالان برای ترک سیگار، بحث‌ها، کلاس‌ها، خودآموزها، پشتیبانی تلفنی و برنامه‌های مکاتبه‌ای در منزل بود. بر اساس نتایج، برنامه تاثیری بر مردان مورد مطالعه نداشت و تنها تاثیرات مثبت اندکی در زنان دیده شد. پژوهشگران برنامه دو علت را در توجیه این نتایج ناامید کننده مطرح کردند: روند تغییرات بیش از حد انتظار که در جامعه اتفاق افتاد و فعالیت‌های زیادی که سیگاری‌های قهار را هدف قرار می‌داد و تاثیر اندکی بر شیوع در کل جمعیت داشت.

#### - پیشگیری سطح سوم: سطح سیاستی

برای کاهش انتقال بیماری‌های قابل انتقال از راه خون در بین معتادان تزریقی، ایالت نیویورک برنامه دستیابی گسترده به سرنگ<sup>۱</sup> را تصویب کرد که اجازه می‌داد معتادان ۱۸ سال و بالاتر تزریقی بتوانند سرنگ‌ها را بدون نسخه از داروخانه‌هایی که به صورت داوطلبانه در اداره سلامت نیویورک ثبت نام کرده بودند خریداری کنند. از آنجا که مطالعات قبلی مواردی مانند آزار پلیس، ذخایر کم سوزن، ساعات کار محدود و فواصل طولانی را به عنوان موانع دسترسی به سرنگ در معتادان شناسایی کرده بودند، طراحان برنامه پیش‌بینی کردند که استفاده از داروخانه‌ها به عنوان منابع سوزن‌های ایمن، می‌تواند موانع استفاده از سرنگ استریل را کاهش دهد. علاوه بر این با مشارکت داروخانه‌ها امکان آرایه آموزش‌هایی در باره رفتارهای جنسی ایمن به معتادان تزریقی وجود داشت و داروخانه‌ها می‌توانستند به عنوان محل دسترسی به

1 Expanded Syringe Access Program (ESAP)

سرنگ عمل کند و نهایتاً منجر به کاهش خطر بیماری‌های مربوط به رفتارهای جنسی غیرایمن و آسیب‌های ناشی از تماس با سوزن شود. اخیراً Fuller و همکارانش مطالعه‌ای را با هدف تعیین تاثیر تغییر قوانین مربوط به فروش سرنگ داروخانه‌ها در نیویورک انجام دادند. شواهد مربوط به این مطالعه نشان داد با وجودی که داروخانه‌ها توزیع سرنگ را پذیرفته بودند، اما مشارکت آنها به دلیل نگرانی‌هایی که درباره فروش سرنگ به معتادان داشتند، کم بود.

### خلاصه

این فصل سطوح مختلف بوم شناختی و پیشگیری انجام مداخلات سلامت را شرح داد. مداخلات سطح اول، دوم و سوم به ترتیب بر پیشگیری از مشکل، تشخیص زودهنگام و بهبودی تاکید دارند. در حالی که این سطوح پیشگیری بیانگر رویکردهای متفاوتی است که می‌توان در برخورد با موضوعات سلامت به کار برد، سطوح بوم شناختی کانون‌های جمعیت را برای مداخله توصیف می‌کنند. این فصل با مطرح کردن مطالعاتی که در مجلات معتبر منتشر شده‌اند، این راهکارها را معرفی می‌کند: مداخلات در سطح گروهی، برای در کنار هم قرار دادن افرادی که ویژگی‌های مشترکی دارند، مداخلات سطح سازمانی در موقعیت‌هایی مانند محل‌های کار که گروه‌های هدف را با نیازها، کار، اهداف مشترک به یکدیگر پیوند می‌دهد، مداخلات سطح اجتماعی که در سطح محلات انجام می‌شود و مداخلات سطح سیاستی که بر نظام‌های تاثیرگذار بر محلات و افرادی که در آنها زندگی می‌کنند.

### فعالیت‌ها

یک مشکل سلامت که در این فصل مورد بحث قرار نگرفته را انتخاب کنید و مداخلاتی را برای پیشگیری در سطح اول، دوم و سوم که در هر یک از چهار سطح بوم شناختی باید انجام شود، را پیشنهاد دهید.

یک برنامه پیشگیری سطح اول برای کاهش مرگ با اسلحه گرم در بین نوجوانان را طراحی کنید.

الف: مداخله در چه سطح بوم شناختی متمرکز خواهد بود؟

ب: یک راهبرد بالقوه برای هر یک از سطوح بوم شناختی را شرح دهید.

مداخله جدیدی در سطح سیاستی که منجر به نتیجه شده را شرح دهید. یک منبع رسانه‌ای همگانی (مانند مقاله روزنامه‌ها یا مجلات) را مشخص کنید و برای آن، یک

مطلب علمی (مانند خلاصه سیاستی<sup>۱</sup> و یا مقاله برای نشریه علمی پژوهشی<sup>۲</sup>) تهیه کنید و نکاتی را در توصیف این سیاست بنویسید.

الف: چگونه و در چه زمانی این تغییر سیاست اتفاق افتاد؟

ب: چه کسی به عنوان فرد کلیدی موجب عملیاتی شدن این تغییر سیاستی شد؟

ج: چه کسانی مخاطبان مورد هدف این سیاست بودند؟

د: چه سنجش‌های برای پایش اثر بخشی این تغییر سیاستی انجام شد؟

### سوالات بحث

فرض کنید شما مدیر برنامه‌ای برای دانشکده بهداشت در یک شهر هستید. از شما خواسته شده تا برنامه‌های را در زمینه بیماری‌های قلبی عروقی طراحی کنید و درباره اختصاص منابع نهاد متبوع خود به طراحی مداخله در سطح گروهی، سطح اجتماعی و یا در هر دو سطح گروهی و اجتماعی براساس الگوی بوم شناختی تصمیم بگیرید. اگر هر سه گزینه را داشته باشید، کدام را انتخاب می‌کنید؟ درباره پاسخ خود و عوامل دخیل در تصمیم خود توضیح دهید.

یک نهاد سلامت به دنبال طراحی مداخله‌ای در زمینه استفاده از دخانیات در نوجوانان است. آنها می‌خواهند از مداخله سطح اول، دوم و سوم در هر یک از سطوح بوم شناختی استفاده کنند. جدول زیر را تکمیل کنید. چه دشواری‌هایی برای ارایه مثال برای هر یک از خانه‌های جدول دارید؟ آیا پر کردن خانه خاصی دشوارتر از سایر موارد است؟ پاسخ خود را شرح دهید.

#### مشکل سلامت: سیگار کشیدن نوجوانان

پیشگیری سطح سوم	پیشگیری سطح دوم	پیشگیری سطح اول	
			سطح گروهی
			سطح سازمانی
			سطح اجتماعی
			سطح سیاستی

1 Policy Brief

2 Peer Review Journal Article

طراحی مداخلات



## فصل پنجم

### چارچوبی برای طراحی مداخلات اجتماعی محور

#### اهداف یادگیری

فهم نحوه استفاده از یک چارچوب نظری برای مداخلات اجتماعی  
تعریف سازه‌های کلیدی نظریه‌های سطح گروهی، سازمانی، اجتماعی و سیاستی که برای  
هدایت مداخلات سلامت اجتماع محور استفاده می‌شوند.  
توضیح ارتباط بین سازه‌های نظری و فعالیت‌های مداخله





## نگاه کلی

هدف این فصل بیان انواع مختلف چارچوب‌های نظری مورد استفاده ریزان در طراحی و اجرای مداخلات سلامت اجتماع محور است.

### راهنمای نظری برای مداخلات سلامت

مداخلات سلامت اجتماع باید چیزی بیش از آموزش دادن و فراهم کردن دانش به یک جمعیت هدف درباره یک رفتار خاص باشند. شواهد قابل توجهی وجود دارد که نشان می‌دهد آگاهی به تنهایی منجر به تغییر در رفتار افراد نمی‌شود. به عنوان مثال چه تعداد از خوانندگان این کتاب از دانش مطلوبی درباره مصرف غذاهای کم چرب و کم کالری، ورزش روزانه، استفاده از ضد آفتاب و رابطه جنسی ایمن برخوردار هستند و در عین حال از این رفتارها به صورت منظم تبعیت نمی‌کنند؟ بنابراین به منظور ایجاد تغییر رفتاری، مداخلات باید اجزا و یا اقداماتی را علاوه بر فعالیتهای آموزشی در خود جای دهند. یک نظریه با ارایه ساختار متشکل از اجزای مختلف می‌تواند برنامه ریزان را درباره فعالیتهایی که می‌تواند منجر به دستیابی به اهداف برنامه شود، راهنمایی کند.

### الگوهای نظری

مداخلات اجتماعی موفق تنها از پشت میز برنامه ریزان شکل نمی‌گیرند. اغلب این مداخلات از یک الگوی نظری برای تدوین برنامه‌های مداخله در جهت ایجاد تغییر در رفتارهای سلامت مورد نظر کمک می‌گیرند. بسیاری از نظریه‌های مورد استفاده در مداخلات ارتقای سلامت ریشه در علوم رفتاری دارند، لذا به کار گیری آنها در مداخلات سلامت اجتماع نیازمند برخورداری از دانش در حوزه‌های علوم بهداشتی، اپیدمیولوژی و تناسب فرهنگی می‌باشد. یک چارچوب یا الگوی نظری (واژه‌های که در این کتاب به جای یکدیگر استفاده می‌شود) روشی را برای سازماندهی تفکر درباره تغییر رفتار و چشم اندازی از روابط بین یک مشکل سلامت، جمعیت هدف، اجزای برنامه و نتایج برنامه ارایه می‌کند. از آنجا که برای استفاده از چارچوب نظری، برنامه ریزان باید اهداف، فعالیتها و پیامدها را مشخص کنند و درباره تاثیر هر پیامد بر دیگر پیامدها، فکر کنند، احتمال موفقیت مداخلات مبتنی بر نظریه بیشتر است.

هر گونه بحث درباره نظریه مستلزم درک درست از سه واژه خاص یعنی مفهوم<sup>۱</sup>، سازه<sup>۲</sup> و متغیر<sup>۳</sup> است. مفهوم، در واقع بلوک ساختمانی هر نظریه است. هر یک از مفاهیم با یک سازه خاص و متغیری که آن سازه را اندازه‌گیری می‌کند مرتبط است. به عنوان مثال یکی از مفاهیم اصلی نظریه شناختی اجتماعی، احساس اطمینان فرد از توان انجام رفتار مورد نظر (خودکارآمدی<sup>۴</sup>) است. بنابراین خودکارآمدی یک سازه نظری است که این مفهوم را تعریف می‌کند. مداخله‌ای که هدفش افزایش فعالیت بدنی است می‌تواند از نظریه‌ای استفاده کند که در آن خودکارآمدی سازه‌ای برای سنجش احساس فرد از اطمینانش برای احتمال شروع فعالیت ورزشی است. برای عملیاتی کردن سازه، سوال می‌تواند این نوع طراحی شود: "چقدر مطمئن هستید که می‌توانید روزانه ۲۰ دقیقه پیاده روی کنید؟" و "چقدر مطمئن هستید که در طی شش ماه آینده به صورت هفتگی در کلاس ایروبیک شرکت خواهید کرد؟"

نظریه‌ها، سازوکاری را برای ارزیابی پیش‌سازه‌های<sup>۵</sup> رفتار فراهم می‌کنند. هر چند ایجاد تغییرات در میزان بروز خشونت‌های جنسی در دبیرستان با مداخلات یک یا دو ساله (ویا کوتاهتر) دشوار است، اما استفاده از یک نظریه به برنامه ریزان اجازه می‌دهد تا پیش‌سازه‌های خشونت جنسی نظیر توانایی خود سنجی پیشگیری از خشونت جنسی را اندازه‌گیری نمایند. نمونه دیگر با گروه هدف مشابه (دختران دبیرستانی) مداخله برای کاهش میزان بارداری نوجوانان در یک اجتماع خاص می‌باشد. هر چند مداخله‌ای که در سطح مدرسه و در طی یک دوره زمانی نسبتاً کوتاه به اجرا در می‌آید نمی‌تواند چنین تغییراتی را نشان دهد، اما اندازه‌گیری تمایل به استفاده از کاندوم و یا میل به اهداف زندگی آینده، پیش‌سازه‌های نظری تغییر در میزان بارداری نوجوانان می‌باشند.

### سازه‌های نظریه

در استفاده از یک نظریه، باید هر یک از فعالیت‌های مداخله منعکس کننده سازه‌ها یا بلوک‌های سازنده نظریه باشند و یا بر اساس آنها طراحی شوند. به عنوان مثال، فرض

- 
- 1 Concept
  - 2 Construct
  - 3 Variable
  - 4 Self-efficacy
  - 5 Precursor

کنید نظریه X بیان می‌کند که آگاهی، مهارت‌ها و دسترسی، سازه‌های کلیدی تغییر رفتار هستند. بنابراین مداخله در یک مدرسه ابتدایی براساس این نظریه که به دنبال کاهش مراجعات کودکان آفریقایی آمریکایی آسمی به بخش اورژانس است، شامل فعالیت‌هایی خواهد بود که منعکس کننده این نظریه است. پیوند بین سازه‌ها و فعالیت‌های مداخله می‌تواند مشابه مواردی باشد که در جدول ۱-۵ آمده است. مسلماً باید دانش مربوط به علوم بهداشتی، سطح تکامل کودکان و تناسب فرهنگی نیز در تمام فعالیت‌ها لحاظ شود.

جدول ۱-۵: سازه‌های اصلی و فعالیت‌های مداخله

فعالیت‌های مداخله	سازه‌های اصلی
کتاب با سطح سواد مناسب درباره چگونگی عملکرد خانواده آمریکایی آفریقایی تبار در برخورد با کودک مبتلا به آسم خود برگه‌های آموزشی رنگی درباره استفاده از اسپری، چسباندن فهرست علائم نشانگر نیاز به مراجعه به اورژانس بر روی یخچال	آگاهی
جلسات آموزش تعاملی به کودکان در مورد تکنیک استفاده از اسپری	مهارت‌ها
برگه‌های راهنما شامل لیست درمانگاه‌های محلی و ارایه‌دهندگان مراقبت‌های اولیه، اطلاعات تماس و ساعات کار آنها	دسترسی

### سنجش سازه‌های نظری

استفاده از نظریه از طریق طراحی رابطه منطقی بین سازه، فعالیت‌های برنامه، متغیرهای مورد سنجش در ارزیابی و فرضیات، اساس سازماندهی اجرا و ارزیابی مداخله را شکل می‌دهد. هر سازه باید به عنوان یکی از متغیرهای الگو اندازه‌گیری شود. عموماً سازه‌های نظری، متغیرهای پیش‌بینی کننده هستند، چرا که فرض ما این است که آنها منجر به تغییر رفتار می‌شوند. پژوهشگر متغیرهای پیامد که معمولاً رفتار و یا پیش سازه‌های رفتار بوده و پیش‌بینی می‌شود به دنبال مداخله تغییر کنند را نیز می‌سنجد.

در مثال قبلی، متغیر پیش‌بینی کننده می‌تواند شامل موارد زیر باشد:

- آگاهی درباره آسم و استفاده از اسپری
- آگاهی درباره افراد ارایه‌دهنده خدمات محلی
- مهارت‌های استفاده از اسپری

### دسترسی و استفاده از ارایه‌دهندگان خدمات غیر اورژانس

متغیر پیامد می‌تواند مراجعه جمعیت هدف به اورژانس بیمارستان محلی برای دریافت خدمات مربوط به آسم باشد. فرض اصلی این است که شرکت در مداخله منجر به کاهش مراجعات مربوطه به مشکلات آسم به اورژانس بیمارستان می‌شود. فرض فرعی این است که شرکت در مداخله منجر به افزایش آگاهی درباره آسم، افزایش آگاهی درباره ارایه‌دهندگان خدمات محلی و استفاده از آنها و افزایش مهارت‌های استفاده از اسپری می‌شود.

### نمونه‌هایی از کاربرد نظریه‌ها در هر یک از چهار سطح بوم شناختی

نظریه‌هایی برای هدایت مداخله و تغییر در رفتارهای سلامت در یکی از چهار سطح بوم شناختی یعنی گروه، سازمان، اجتماع و سیاست وجود دارد. نظریه‌های سطح گروهی بر محیط اجتماعی و تعامل بین افراد توجه دارند. نظریه‌های سطح سازمانی بر ایجاد تغییر در ساختار، عملکرد و فعالیت‌های سازمان متمرکز است. معمولاً مداخلات سطح اجتماعی بر علایق مشترک گروه ( نظیر مردان آمریکایی آفریقایی)، فعالیت‌ها (نظیر فعالیت‌هایی در مدارس ابتدایی منطقه) و یا حوزه جغرافیایی از طریق استفاده از نظریه‌های ارتباطی و یا رویکرد مشارکتی متمرکز است. نظریه‌های سطح سیاست به اثر گذاری بر زمینه و فرآیندهایی که در طراحی و اجرای سیاست‌ها نقش دارند توجه دارد.

### نظریه مداخله برای تغییر در سطح گروهی

نظریه شناختی اجتماعی<sup>۱</sup> بر این حقیقت تاکید دارد که افراد از طریق مشاهده رفتارهای دیگران یاد می‌گیرند و این یادگیری هم در سطح شناختی و هم سطح اجتماعی اتفاق می‌افتد. این نظریه بر پایه شش سازه کلیدی مشخص شده در جدول ۲-۵ استوار است.

---

1 Social Cognitive Theory

جدول ۲- ۵: شش مفهوم کلیدی نظریه شناختی اجتماعی

مفهوم	تعریف	مثال
تعیین کنندگی متقابل <sup>۱</sup>	تعامل دو جانبه بین فرد و محیط رفتار افراد بر محیطشان تاثیر می گذارد و افراد می توانند محیط را جهت تاثیر گذاری مثبت بر سلامت تغییر دهند. محیط می تواند هم تسهیل کننده و هم مانع رفتارهای سلامت باشد.	به دنبال لابی (مذاکره) برای تصویب قانون مربوط به تامین مالی انجام پاپ اسمیر، غربالگری ماموگرافی و خدمات درمانی (سیاست و یا محیط) افراد کم درآمد و زنان فاقد بیمه بعد از یک دوره زمانی تعداد زنان واجد شرایط دریافت خدمات مورد نظر افزایش می یابد (تاثیر مثبت محیط بر رفتار سلامت) در صورت تلاش برای ترک سیگار، آدامس ضد سیگار از منزل حذف شود. در صورت تلاش برای ترک اعتیاد، از تماس با دوستان معتاد پرهیز شود.
ظرفیت رفتاری <sup>۲</sup>	دانش و مهارت های انجام رفتار هدف	زنان کم درآمد و فاقد بیمه از منابع ماموگرافی و پاپ اسمیر اطلاع دارند. دانش آموزان نحوه استفاده از کاندوم را به درستی نشان می دهند. نقش بازی درباره واکنش به دلایل رایج عدم تمایل به استفاده از کاندوم
انتظارات <sup>۳</sup>	احتمال دستیابی یک پیامد مطلوب به دنبال انجام رفتار	درک این که ماموگرافی احتمال تشخیص زود هنگام و در مان موفق سرطان پستان را افزایش می دهد. درک این که سایرین سیگار کشیدن و استفاده از مواد مخدر را ترک کرده اند.
خودکارآمدی	باور به توانایی فرد جهت انجام یک رفتار خاص	باور به توانایی فرد جهت استفاده از خدمات مربوط به ماموگرافی احساس اطمینان کافی نسبت به مطرح کردن خواست استفاده از کاندوم از شریک جنسی
یادگیری مشاهده ای <sup>۴</sup>	انتقال تعاملی آگاهی	افراد تاثیر گذار (مانند اعضای خانواده، دوستان و همکاران) از خدمات مربوط به ماموگرافی استفاده می کنند.

1 Reciprocal Determinism

2 Behavioral Capacity

3 Expectations

4 Observational Learning

مفهوم	تعریف	مثال
تقویت <sup>۱</sup>	استفاده و یا تمرین رفتار مورد نظر توسط افراد تاثیر گذار	انجام ماموگرافی توسط یک فرد تاثیرگذار در اجتماع منجر به تشخیص زود هنگام سرطان می شود. ورزشکار تاثیرگذار منجر به افزایش عملکرد او برای ترک مصرف مواد مخدر شد.

استفاده از نظریه شناختی اجتماعی، سازه‌های مشخص شده در جدول ۲-۵ را در اختیار پژوهشگران قرار می‌دهد تا فعالیت‌هایی برای دستیابی به اهداف پژوهش طراحی نمایند. برای اطلاعات بیشتر درباره نظریه شناختی اجتماعی به سایت زیر مراجعه کنید: [www.tcw.utwente.nl/theorieenoverzicht/Theory%20clusters/Health%20Communication/Social\\_cognitive\\_theory.doc](http://www.tcw.utwente.nl/theorieenoverzicht/Theory%20clusters/Health%20Communication/Social_cognitive_theory.doc) (مراجعه کنید).

یک نمونه از کاربرد نظریه شناختی اجتماعی مربوط به مطالعه Winkleby و همکارانش است. آنها یک مطالعه تجربی را به منظور بررسی احتمال تاثیر مداخلات مستقیم نظیر آموزش حمایتگری بر خودکارآمدی و انگیزه افراد برای درگیر شدن در فرآیندهای سیاسی انجام دادند. این پژوهشگران از سازه‌های خودکارآمدی درک شده برای درگیر شدن در فعالیت‌های اجتماعی، انتظار ارزش و امید پیامد استفاده کردند. آنها مداخله‌ای شامل یک موسسه حمایتگری آخر هفته و جلسات نود دقیقه‌ای را در طی سال تحصیلی را طراحی کردند. شرکت‌کنندگان در این مطالعه شامل ۱۱۶ نوجوان دبیرستانی از محلات کم درآمد بودند. اطلاعات جمعیت شناختی نشان داد که نمونه عمدتاً متشکل از دختران با میانگین سنی ۱۵ سال و از نژادهای مختلف (۳۶ درصد آسیایی یا از جزایر اقیانوس آرام، ۲۲ درصد لاتین تبار، ۷ درصد آمریکایی آفریقایی، ۶ درصد سفید پوست و ۲۹ درصد از مخلوط نژادها) بودند. پژوهشگران به منظور بررسی سازه‌های خودکارآمدی، ارزش مشوق درک شده<sup>۲</sup> و انتظار پیامد<sup>۳</sup> مرتبط با مشارکت، از یک پرسشنامه ۵۰ سوالی، قبل و بعد از مداخله استفاده کردند تا مجموعه فعالیت‌های افراد درگیر در حمایت طلبی اجتماعی<sup>۴</sup>، را اندازه‌گیری کنند. در این کار، سازه‌هایی

- 
- 1 Reinforcement
  - 2 Percieved Incentive Value
  - 3 Outcome Expectancy
  - 4 Community Advocacy

مانند ارزش مشوق درک شده، انتظار پیامد، خودکارآمدی درک شده، کنترل سیاست درک شده، شایستگی‌های رهبری، حس تعلق اجتماعی<sup>۱</sup> و مصرف مواد (شامل سیگار، الکل و مار جوانا) سنجیده شد. تفاوت بین میزان فعالیت‌های حمایت‌گری و سازه‌ها بررسی و تحلیل شد.

پژوهشگران تفاوت‌های قابل توجهی بین پسران و دختران مورد مطالعه در رابطه با میزان درگیری در فعالیت‌های حمایت‌طلبی اجتماعی مشاهده کردند، همچنین افزایش معناداری در ارزش مشوق درک شده در دختران و شایستگی‌های رهبری در پسران و خودکارآمدی درک شده و حس تعلق اجتماعی دیده شد. به علاوه، برای انجام حمایت‌طلبی اجتماعی از طرف نوجوانان، آنها موفق به دستیابی به تغییرات در سطح سیاست شدند. پژوهشگران نتیجه گرفتند که آموزش‌های خاص می‌توانند افراد را جهت تاثیرگذاری اثربخش بر سیاست‌های عمومی برانگیخته نمایند.

### نظریه مداخله برای تغییر در سطح سازمانی

نظریه مرحله‌ای تغییر سازمانی<sup>۲</sup>، چارچوبی را فراهم می‌کند تا علت و نحوه شروع، اجرا و ارزیابی برنامه‌های جدید را درک کنیم. هرچند بر پایه نظریه مرحله‌ای تغییر<sup>۳</sup> پروچسکا و دکلمنته-نظریه‌ای که به بررسی تغییر رفتار انسان می‌پردازد- تمرکز این نظریه بر سازمان و نه بر افراد است. نظریه مرحله‌ای تغییر سازمانی بر اساس کار لوین (۱۹۵۲) که عوامل بازدارنده و تسهیل‌کننده تغییر در سازمان‌ها را شرح داده و نیز نظریه انتشار<sup>۴</sup> در رابطه با چگونی تبدیل دانش به عملکرد، بنا نهاده شده است. نظریه مرحله‌ای فرض می‌کند که فرآیند تغییر یک سازمان شامل مراحل زیر است:

- آگاهی از وجود نارضایتی در سیستم: برخی از بخش‌های سیستم اطلاعاتی مبنی بر وجود یک مشکل یا مشکل بالقوه را دریافت می‌کنند.
- جستجو برای یافتن پاسخ‌های امکان‌پذیر: به عنوان جزئی از سیستم تلاش کنید تا راه حل‌های جایگزین را بیابید.

---

1 Sense of Community

2 Stage Theory of Organizational Change

3 Stage of Change

4 Diffusion Theory

- ارزیابی گزینه‌های مختلف
  - تصمیم‌گیری درباره انجام مجموعه‌ای از اقدامات که از بین گزینه‌های بررسی شده انتخاب شده‌اند و نیز انتخاب اهداف عملیاتی و ابزارها
  - شروع به اقدام درون سیستم با تدوین سیاست و بخش نامه‌ها برای اجرای تغییر و دستیابی به منابع لازم اجرا
  - پیاده‌سازی تغییرات: منابع برای اجرا و نوآوری‌ها تخصیص داده می‌شوند.
  - نهادینه کردن تغییر به عنوان نوآوری به گونه‌ای که به بخشی از عملکردهای جاری سازمانی تبدیل شود.
- Ehrhardt و Tross, Bauermeister طی مرور مداخلات مربوط به HIV/AIDS در سطح سازمان سه نوع مختلف راهکارهای تغییر در سطح سازمانی را مشخص کردند "کمک‌های فنی، توسعه زیر ساختی و مشارکت‌های خارجی. مداخلات مربوط به توسعه زیرساختی شامل فعالیت‌های ایجاد مهارت برای ارائه‌دهندگان و کارکنان، تجدید ساختار سازمانی و افزایش دسترسی به منابع بودند. برنامه‌های مربوط به کمک‌های فنی بر فعالیت‌های ایجاد مهارت برای برنامه ریزی، اجرای مداخله، توسعه اجتماع و ارائه خدمات متمرکز بودند. این مطالعات هم از شاخص‌های درونی و هم شاخص‌های بیرونی به عنوان پیامد استفاده کرده بودند. نکته جالب این است که مطالعات کمک‌های فنی Kelly و همکارانش نشان داد که موثرترین راهکارها آنهایی بودند که از روش‌های مختلف آموزش همزمان استفاده کرده بودند. مطالعات توسعه زیر ساختی پیامدهایی را از تغییر در برنامه‌های موجود، سطوح مهارت کارکنان، رفتارهای بهداشتی مشتریان و شاخص‌های شیوع گزارش کردند. مداخلاتی که بر مشارکت خارجی تاکید داشتند شامل ایجاد ائتلاف<sup>۱</sup>، بسیج اجتماعی<sup>۲</sup> و خدمت رسانی بودند. پیامدهای این مطالعات شامل تغییر در رفتار مشتریان و شاخص‌های مربوط به شیوع ایدز و عفونت‌های آمیزشی بود. مطالعه Smith و همکاران نمونه دیگری از مداخله سطح سازمانی است. آنها از یک الگو چهار مرحله‌ای نظریه، شامل آگاهی<sup>۳</sup>، اتخاذ<sup>۴</sup>، اجرا و نهادینه‌سازی<sup>۵</sup>، را برای انتشار

---

1 Coalition Building

2 Community Mobilization

3 Awareness

4 Adoption

5 Institutionalization



برنامه‌های درسی درباره پیشگیری از سیگار کشیدن به درون سازمان مدرسه استفاده کردند. در مرحله آگاهی، آنها اطلاعاتی را درباره برنامه‌های درسی مختلف به کنفرانس‌هایی که برای مدیران و معلمان مدارس اجباری بود ارائه کردند و این کار را با دیدن سایت‌ها برای هر یک از مناطق دنبال کردند. لازم بود تا مدیران و معلمان مناطق مختلف چندین بار سایت را مشاهده کنند. برای اتخاذ، به مدیران امکان انتخاب چند برنامه درسی ترک سیگار داده شد. مشخص شد منطقی که موافق اجرای یک برنامه درسی بودند نیاز به یک قهرمان یا حامی دارند. به منظور اجرا، جلسات آموزشی متعددی برگزار شد. مناطق آموزش و پرورش بزرگتر و همچنین مناطقی که هماهنگ کننده بهداشتی داشتند توانستند برنامه را نسبت به مناطق کوچک‌تر و بدون کارکنان حمایت کننده راحت‌تر اجرا نمایند. در مرحله نهادینه کردن برنامه، پژوهشگران متوجه شدند که حفظ برنامه درسی به شکل فعلی دشوار خواهد بود. تحلیل آنها از درس‌های آموخته شامل چالش مربوط به گردش کاری کارکنان، فقدان اهمیت درک شده آموزش بهداشت، فشار مدارس جهت ارائه برنامه‌های پیشگیری متعدد و عدم ارائه برنامه‌های درسی بر اساس آموزش‌ها و یا ارائه آنها توسط معلمان آموزش ندیده بود. تجربه پژوهشگران در این زمینه نیاز به خرید پوشش مسئولیت از کارمندان داخلی که می‌توانند آگاهی‌هایی درباره کار روزانه یک سازمان و یا سیستم را ارائه دهند مطرح کرد که برای موفقیت هر مداخله سلامت حیاتی است.

### نظریه‌های مداخله برای تغییر در سطح اجتماع

بازاریابی اجتماعی<sup>۱</sup> یک نظریه ارتباطی است که به صورت مکرر در برنامه‌های ارتقای سلامت مورد استفاده قرار می‌گیرد. برنامه مبتنی بر بازاریابی اجتماعی شامل "طراحی، اجرا و کنترل برنامه‌هایی است که به دنبال افزایش قابلیت پذیرش ایده‌های اجتماعی و یا اقدام در یک گروه هدف" می‌باشد. چنین برنامه‌هایی از اصول موفق بازاریابی برای تبدیل رفتارهای سلامت به علایق گروه هدف یا تعمیم آن به جامعه بزرگتر استفاده می‌کنند و شامل ایده‌هایی نظیر پذیرش تنظیم خانواده و یا محصولاتمانند کاندوم می‌باشد. برنامه‌های بازاریابی اجتماعی شامل استفاده از 5Ps است: محصول<sup>۲</sup>، هزینه<sup>۱</sup>،

---

1 Social Marketing

2 Product

مکان<sup>۲</sup>، ترویج<sup>۳</sup> و مکان یابی<sup>۴</sup>. راهبردهایی مانند دسته بندی بازار<sup>۵</sup>، پژوهش و ارتباط با مخاطب، و فنون تبلیغ نیز در کنار 5Ps مورد استفاده قرار می گیرند.

یک برنامه بسیج اطلاع رسانی آموزشی<sup>۶</sup> برای افزایش ایمنی اجتماع و ایمنی شغلی در آلبرتا کانادا از رویکرد بازاریابی اجتماعی استفاده کرد. این برنامه بر اساس برنامه پایش آسیب بود که در ابتدا در بیمارستان محلی و سپس توسط دانشکده بهداشت منطقه اجرا شده بود. بعد از تکمیل پیمایش اجتماع درباره نگرش ها و رفتارهایی که اطلاعات پایه را برای ارزیابی اثربخشی برنامه فراهم می کرد، اجزای مداخله زیر اجرا شد: طراحی یک نماد عروسکی سبز رنگ که هویت بصری پروژه را فراهم می کرد (مکان یابی)

- اطلاعیه خدمات عمومی در تلویزیون های کابلی (مکان)

- برنامه های مدارس (ترویج)

- ممیزی های ایمنی جامعه (ترویج)

- انیمیشن اجتماعی که آن به منظور به حداکثر رساندن اثر بخشی برنامه پیام های آموزشی مطرح شده در آن به توافق فرماندار، هیات مدیره مدرسه، بیمارستان محلی، آتش نشانی، اتاق بازرگانی و کتابخانه رسید (محصول، ترویج)

هرچند ارزیابی رسمی پروژه نمایشی در دسترس نیست، ارزیابی اولیه موجب شد تا ناحیه فورت مک موری به عنوان اولین شهر آمریکای شمالی در مسیر دستیابی به شبکه جامعه ایمن سازمان جهانی بهداشت تبدیل شود.

دومین نمونه از بازاریابی اجتماعی مربوط به بسیج اطلاع رسانی پولی و رایگان برای افزایش آگاهی، نگرش و مصرف روزانه اسید فولیک در میان زنان اسپانیایی تبار در ایالات متحده آمریکا است. این برنامه شامل اطلاعیه های خدمات عمومی رایگان به زبان اسپانیایی (مکان) درباره اسید فولیک (محصول) و یک بسیج اطلاع رسانی آموزشی رسانه ای پولی به زبان اسپانیایی (ترویج) درباره ارزش کودک سالم (مکان یابی) در شهرهای منتخب آمریکا (مکان) در سال ۲۰۰۰ و ۲۰۰۲ بود. تحلیل ها نتایج

1 Price

2 Place

3 Promotion

4 Positioning

5 Market Segmentation

6 Campaign

پیمایش‌های قبل و بعد از بسیج اطلاع رسانی را که از سوالات آگاهی و نگرش نسبت به مصرف اسید فولیک در میان جمعیتی از زنان اسپانیایی زبان به دست آمده بود را مورد مقایسه قرار داد. این اطلاعات از طریق مصاحبه‌های تلفنی با کمک کامپیوتر در اجتماع‌ها مداخله و مقایسه به دست آمده بود. نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها افزایش در سه حوزه پیامد مورد نظر را در هر دو بسیج اطلاع رسانی نشان داد، هرچند به صورت قابل توجهی افزایش بیشتر در بسیج اطلاع رسانی پولی نسبت به برنامه رایگان دیده شد (اطلاعات بیشتر در زمینه بازاریابی اجتماعی در سایت زیر موجود است:

<http://depts.washington.edu/obesity/DocReview/Hendrika/basedoc.html>

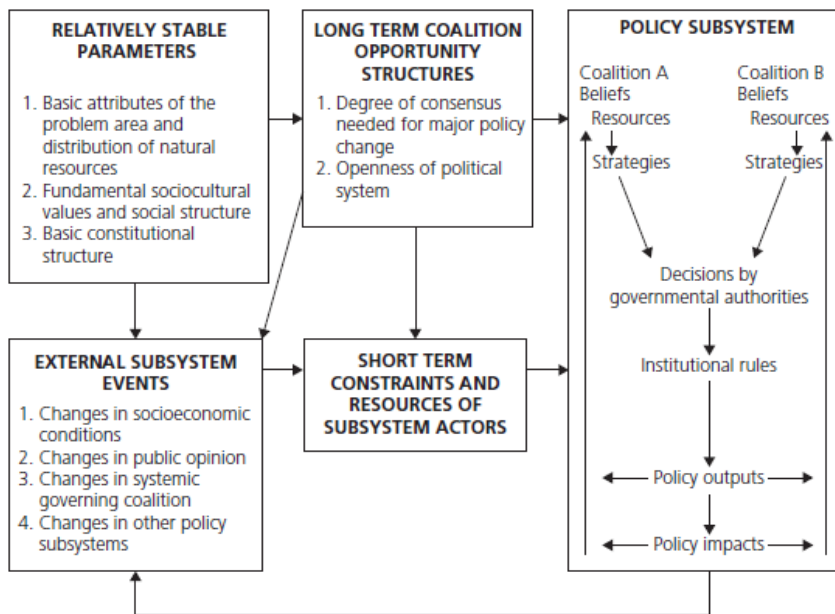
### نظریه‌های مداخله برای تغییرات در سطح سیاستی

چارچوب حمایت الگوی را برای درک فرآیندهای درگیر در اجرای تغییرات اجتماعی در سطح سیاست ارایه می‌دهد و به ویژه درباره آن دسته از موضوعات سلامت مانند محدودیت مصرف و فروش تنباکو و الکل که از نظر افکار عمومی اهمیت دارد کاربرد دارد. شکل ۱-۵ نمودار ساختاری سازه‌های مختلف این چارچوب است که شامل شرکای سیاست از تمام سطوح دولت، گروه‌های ذینفع مختلف، موسسات پژوهش‌های رسانه‌ها است. کاربرد این چارچوب نیازمند یک دوره حداقل دو ساله، درک سیستم‌های فرعی، درگیری سطوح مختلف دولت و درک این که نظام‌های اعتقادی می‌تواند اولویت‌ها و سیاست را تغییر دهد، می‌باشد.

تاثیر تفکرات فمینیستی بر سیاست‌های خشونت‌های خانگی در دو شهرداری محلی کانادا توسط Abrar، Lovenduski و Margetts مورد بررسی قرار گرفته است. این نویسندگان، ائتلاف وسیع از فمینیست‌هایی را که برای ایجاد تغییر در پیامدهای قانونی و فعالیت زنان گرفتار موقعیت‌های خشونت‌های خانگی در دهه ۱۹۷۰ گرد آمده بودند را مستند کرده‌اند. تحلیل جنسیتی این ائتلاف که خشونت خانگی را تابعی از تسلط مردان فرض می‌کند، توسط یک ائتلاف سنت‌گرا انجام شد که باور اصلی آن حرمت زندگی خانوادگی است. فعالیت‌های انجام شده برای پیاده‌سازی تغییر در سیاست‌های خشونت خانگی، قوانین و عملکردها شامل آموزش‌های عمومی و قانونی، پژوهش، محصولات فرهنگی، تظاهرات عمومی، گروه‌های کاری درون نهادها و گنجاندن در مواد آموزشی

بود. این فعالیت‌ها یک نمونه بی نظیر از بسیاری از سطوحی که اجرای مداخله برای تغییر سیاست در آنها ضروری است را ارائه می‌دهد.

**FIGURE 5.1** *The advocacy coalition framework*



Source: Weible, Sabatier, & McQueen, 2009

### خلاصه

اغلب نظریه‌های مورد استفاده در مداخلات ارتقای سلامت ریشه در علوم رفتاری دارند. نظریه‌ها مجموعه‌ای از مفاهیم به هم مرتبط، سازه‌ها و متغیرهایی هستند که رفتار را تبیین می‌کنند، روش‌هایی را برای موفقیت در تغییر رفتار پیشنهاد می‌کنند و به پژوهشگران توانایی سنجش فرآیند تغییر در شرکت‌کنندگان مداخله را فراهم می‌کنند. هنگامی که از یک نظریه برای هدایت طراحی و ارزیابی مداخله استفاده می‌کنید، باید مطمئن شوید که فعالیت‌ها متناسب با سازه‌های مورد نظر هستند. نظریه‌های متعددی برای سطوح بوم شناختی مختلف مورد مطالعه قرار گرفته‌اند. نظریه‌های مورد بحث در این فصل در سطح گروهی، سازمانی، اجتماعی و سیاستی الگوی بوم شناختی به کار می‌روند.

### فعالیت ها

یکی از نظریه‌های مورد بحث در این فصل و یا نظریه‌ای که معمولاً در ارتقای سلامت استفاده می‌شود را انتخاب کنید. یک جستجوی الکترونیک برای یافتن مقالات منتشر شده در زمینه مداخلاتی که پژوهشگران از نظریه مورد نظر برای تصمیم‌گیری مرتبط با برنامه‌ریزی و ارزیابی برنامه استفاده کرده‌اند، انجام دهید. بر این اساس موارد زیر را انجام دهید:

- چگونگی تبیین رفتارهای سلامت توسط مفاهیم کلیدی، سازه‌ها و متغیرهای نظریه مورد نظر را شرح دهید.
- شرح دهید که چگونه پژوهشگران در مداخلات شناسایی شده از نظریه جهت هدایت طراحی، اجرا و ارزیابی مداخله استفاده کرده است.
- به طور خلاصه درباره سطح بوم شناختی که در آن مداخله عمل می‌کند، بحث کنید.

### سوالات بحث

درباره نقش نظریه در طراحی، اجرا و ارزیابی مداخلات سلامت اجتماع محور بحث کنید. درباره چگونگی کاربرد سازه‌های نظریه شناختی اجتماعی در مداخلات سلامت اجتماع محور توضیح دهید.

به نظر شما نظریه‌های مطرح شده در این فصل چه محدودیت‌هایی دارند؟ این محدودیت‌ها را با استفاده از یک نمونه به انتخاب خودتان شرح دهید.



## فصل ششم

### جمع آوری و مدیریت داده ها

#### اهداف یادگیری

- تفاوت‌های بین داده‌ای اولیه و ثانویه را شرح دهید.
- روش‌های مختلف جمع‌آوری داده‌های کمی و کیفی را توصیف کنید.
- جنبه‌های کلیدی ضروری برای موفقیت در نمونه‌گیری جمعیت را شناسایی کنید.
- با اصول اولیه تهیه پرسشنامه آشنا شوید.
- مراحل ضروری آمادگی برای تحلیل داده‌های کمی و کیفی را درک کنید.





## نگاه کلی

در این فصل به بحث درباره استفاده از داده‌ها برای تعیین نیازها و دستیابی به اهداف مداخله می‌پردازیم. همچنین درباره نحوه آمادگی جمع‌آوری داده‌های کمی و کیفی، ابزارهای مورد نیاز برای جمع‌آوری داده‌ها و روش‌های آماده‌سازی داده‌ها برای تحلیل آنها نیز بحث می‌شود.

### داده‌ها: بخشی حیاتی یک پژوهش

داده‌ها مجموعه‌ای از قطعات اطلاعاتی هستند که می‌توانند به گونه‌ای سازمان‌دهی شوند که دانش ما را درباره موضوع مورد نظر افزایش دهند. داده‌ها متشکل از تکه‌های اطلاعاتی هستند که از حقایق جمع‌آوری شده با روش‌های مختلف مانند مشاهده، پاسخ افراد به سوالات و یا آزمون‌های آزمایشگاهی، شناسایی می‌شوند. داده‌های مربوط به ویژگی‌ها و یا وقایع مشترک را می‌توان با یکدیگر ترکیب کرد تا متغیری مانند طبقه اجتماعی را ایجاد کرد که معمولاً ترکیبی از سطح تحصیلات، شغل و درآمد فرد است. یک مجموعه داده متشکل از متغیرهای مرتبط با یک موضوع خاص نظیر رفتارهای پرخطر نوجوانان یا هزینه مراقبت‌ها در یک سال مشخص است. در طی پردازش داده‌ها اطلاعات جمع‌آوری شده به شکل قابل استفاده‌ای مانند تعداد تبدیل می‌شوند که به عنوان کد قطعات اطلاعات مورد استفاده قرار می‌گیرند و از این طریق می‌توان آنها را به متغیر و نهایتاً به دانش جدید تبدیل کرد.

### چرا داده‌ها را جمع‌آوری می‌کنیم؟

داده‌ها برای تایید منطق و ارزیابی مداخلات پیشنهادی برای پرداختن به عوامل خطر یا شرایط خاص ضروری است. داده‌های جمع‌آوری شده از یک منبع در طول زمان می‌تواند نشان دهد که آیا مداخله به نتایج مورد انتظار دست یافته یا خیر. داده‌ها نه تنها برای تعیین لزوم یک مداخله ضروری است، بلکه داده‌های جمع‌آوری شده از طریق مصاحبه با رهبران اجتماع مشخص می‌کند که آیا مداخله مورد حمایت اجتماع خواهد بود یا خیر. پس از اجرای یک مداخله، داده‌ها برای تعیین موفقیت در رسیدن به اهداف برنامه مورد نیاز است. از داده‌ها برای متقاعد کردن تامین‌کنندگان مالی و

سیاست‌گزاران در جهت حمایت از مداخله استفاده می‌شود. تصمیم‌گیری درباره پرداخت کمک‌های مالی به پروژه‌ها تا حد زیادی به قدرت و اعتبار داده‌هایی که نشان دهنده ضرورت کار است، بستگی دارد. داده‌ها باید معتبر بوده و به دقت جمع‌آوری شوند، چرا که آنها به احتمال زیاد در اسناد عمومی مانند مقالات روزنامه‌ها و گزارش‌ها ی پروژه، نقل می‌گردند

### انواع داده‌ها

داده‌های اولیه<sup>۱</sup> شامل اطلاعات جدیدی است که قبلاً بر روی آنها تحلیلی صورت نگرفته است. داده‌های ثانویه<sup>۲</sup> داده‌هایی هستند که قبلاً توسط افراد دیگر جمع‌آوری شده‌اند شامل مجموعه داده‌های بزرگی که در سایت مرکز ملی آمارهای سلامت، موسسه ملی سلامت، مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها و یا ادارات سلامت محلی موجود است. این مجموعه از داده‌های ثانویه اغلب برای تحلیل در دسترس عموم قرار دارند. این داده‌ها و سایر داده‌هایی که قبلاً جمع‌آوری شده‌اند می‌توانند به صورت کلی میزان بروز و شیوع وضعیت و میزان‌های احتمالی در اجتماعی که در آنجا مداخله‌ای برنامه‌ریزی شده است فراهم نمایند.

داده‌ها را می‌توان به دو صورت اعداد و کلمات جمع‌آوری نمود. معمولاً داده‌های کمی<sup>۳</sup> در مداخلات اجتماعی شامل انتخاب پاسخ‌های از قبل کد گذاری شده برای مجموعه سوالات در قالب پیمایش هستند. پیمایش‌ها بر روی نمونه‌هایی که اغلب بزرگ بوده و به دقت انتخاب می‌شوند صورت می‌گیرد و می‌توان عوامل یا پاسخ‌ها را مورد تحلیل قرار داد. روش دیگر این است که پرسشنامه‌ها قبل و مدتی بعد از مداخله توسط شرکت‌کنندگان تکمیل شوند تا تاثیر مداخله تعیین گردد. داده‌های کیفی<sup>۴</sup> از طریق انجام مصاحبه‌های فردی یا گروهی، مشاهده شرکت‌کنندگان به همراه یادداشت‌های میدانی زیاد و یا بررسی پرونده‌های عمومی به دست می‌آید. مصاحبه‌ها پیاده شده و رونوشت‌ها، یادداشت‌های میدانی و پرونده‌ها مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌گیرند. این کار شامل چندین بار خواندن متن و سازماندهی محتوا به صورت طبقات و موضوعات است.

1 Primary Data

2 Secondary Data

3 Quantitative Data

4 Qualitative Data

داده‌های کیفی بیشتر می‌توانند زمینه گسترده‌تر یک موضوع و یا موقعیت را آشکار کنند و به درک عمیق کمک نمایند، چرا که این نوع داده‌ها تفاوت‌های ظریف و مسایل مربوط به موضوع را که پژوهشگر ممکن است از قبل تصوری درباره آن داشته باشند را ارایه می‌دهند. پژوهشگران ممکن است کار را با جمع‌آوری داده‌های کیفی شروع کنند تا موضوعاتی را که باید در طراحی پرسشنامه ساختارمند برای جمع‌آوری داده‌های کمی وارد شوند را پیدا کنند.

### جمع آوری داده‌های کمی

روش‌های مختلفی برای جمع‌آوری داده‌ها وجود دارد که شامل پیمایش‌های اینترنتی، پیمایش‌های تلفنی، مصاحبه‌های گروهی و مصاحبه‌های چهره به چهره فردی است. تمامی این روش‌ها دارای محدودیت‌هایی هستند. پیمایش‌های پستی معمولاً با میزان پاسخ دهی پایین همراه هستند و نیازمند چند بار یادآوری به افرادی که به نامه پستی اول پاسخ نداده‌اند، می‌باشد. جهت تسهیل در بازگشت و پاسخ دهی، هنگامی که پرسشنامه یک پیمایش از طریق پست ارسال می‌شود، باید یک پاکت نامه تمبر خورده که حاوی آدرس گیرنده است نیز ارسال گردد. پرسشنامه‌های خود ایفا<sup>۱</sup> نسبتاً کارآمد هستند اما لازم است که از شرکت‌کنندگان سطح مشخصی از سواد را داشته باشند. با لحاظ هزینه، مصاحبه‌های چهره به چهره گرانترین روش هستند چرا که باید زمان فرد مصاحبه کننده لحاظ شود. پرسشنامه‌های اینترنتی احتمالاً کمترین هزینه را دارند. انتخاب روش جمع‌آوری داده‌ها بستگی به منابع موجود پروژه و نیز منابع جمعیت مورد هدف و مدت زمان لازم برای گرفتن اطلاعات مورد نیاز از جمعیت دارد. زمان بندی مصاحبه باید مورد توجه قرار گیرد. شاید لازم باشد مصاحبه با شرکت‌کنندگان شاغل و یا افرادی که در مدرسه حضور دارند، در طی ساعات عصر انجام شود، این در حالی است که معمولاً مادرانی که کودک خردسال دارند قبل یا بلافاصله بعد از ساعات مدرسه و یا طی زمان غذای مدرسه در دسترس نیستند. مصاحبه‌ها باید از نظر طول مدت هر مصاحبه مدبرانه انجام شوند.

عواملی مانند توانایی نمونه‌گیری از جمعیت هدف، مهارت‌های جمعیت، آموزش و مهارت‌های کارکنان، زمان و فضای موجود برای جمع‌آوری داده‌ها نیز اهمیت دارد. بدیهی است در صورتی که جمعیت هدف به کامپیوتر دسترسی نداشته باشد، پیمایش اینترنتی مناسب نیست. پیمایش اینترنتی را تنها می‌توان برای افرادی که سواد کامپیوتری دارند به کار برد، لذا استفاده از آن باعث از دست دادن جمعیت‌هایی مانند سالمندان که مهارت‌های کامپیوتری محدودی دارند می‌شود. بر عکس، در شرایط منابع مالی بسیار محدود برای جمع‌آوری داده‌ها و جمعیتی مانند دانش‌آموزان دبیرستانی و دانشجویان که ارتباطات الکترونیکی پیشرفته‌ای دارند، استفاده از پیمایش اینترنتی یک گزینه مناسب است. مصاحبه‌های چهره به چهره در صورت نیاز به نمونه بزرگ، پرهزینه است. معمولاً ارائه‌دهندگان خدمات سلامت تمایلی به صرف زمان زیاد برای انجام چنین مصاحبه‌هایی را ندارند، اما ممکن است خواهان شرکت در یک مصاحبه کوتاه تلفنی باشند. در صورتی که این روش انتخاب شد، قبل از مصاحبه، یک قرار قبلی برای این کار تدوین کنید. انجام مصاحبه تلفنی در طول روز موجب از دست دادن افرادی که در محل کار یا مدرسه هستند می‌شود و ممکن است نیاز به تماس مجدد باشد و نیز موجب خارج شدن افرادی از نمونه مطالعه که تنها از موبایل استفاده می‌کنند گردد. ممکن است جمعیت‌های روستایی که در فواصل زیادی از یکدیگر زندگی می‌کنند از مصاحبه‌های تلفنی قبل و بعد از مداخله سود ببرند.

لازم است که مکان انجام مصاحبه چهره به چهره مورد توجه قرار گیرد. ممکن است مداخله‌ای که متمرکز بر زنان دارای کودک خردسال، نیازمند فضا و کارکنانی برای مراقبت از کودکان هم در زمان جمع‌آوری داده‌ها و هم در هنگام مداخله باشد. تعیین نیازهای سلامت باروری مردان ممکن است نیازمند یک مکان اجتماعی بی‌طرفانه باشد، چرا که آنها ممکن است تمایلی به برگزاری جلسه در یک درمانگاه تنظیم خانواده که معمولاً یک مکان زنانه تلقی می‌شود نداشته باشند. در صورت نیاز، ممکن است پژوهشگران ناچار باشند چنین اطلاعاتی را درباره جمعیت هدف‌شان از طریق آزمون و خطا، تنظیم پروتکل‌های جمع‌آوری داده و اجرای مداخله به دست بیاورند.

همچنین نوع داده‌هایی که باید جمع‌آوری شود بستگی به عوامل دیگری مانند سوالاتی که باید پاسخ داده شوند و نیز عمق و جزئیات تاثیر مداخله دارد. سوالاتی که باید در مداخله پاسخ داده شود تعیین می‌کند که چه نوع داده‌هایی باید جمع‌آوری گردد:

کیفی، کمی و یا هر دو. اگر حداقل اطلاعات درباره عوامل مرتبط با یک سوال تحقیق مورد نیاز است، روش‌های کیفی با استفاده از مصاحبه‌های انفرادی و یا گروهی با سوالات باز، داده‌های لازم را فراهم خواهد کرد. استفاده از روش‌های چندگانه جمع‌آوری داده‌ها، سه سویه سازی (ترانگولولیشن) نامیده می‌شود. استفاده از چند روش، باعث صرفه جویی در زمان می‌شود و درک عمیق تری از موضوع فراهم می‌کند، همچنین محدودیت‌هایی را که در استفاده از یک روش تنها وجود دارد را به حداقل می‌رساند. به عنوان مثال جمع‌آوری داده‌های کمی جمعیت شناختی با استفاده از پرسشنامه درباره افراد قبل از شرکت در یک بحث گروهی کیفی، کمک کننده است. انجام مصاحبه‌های عمیق با افرادی که به قبلا به پرسشنامه پاسخ داده‌اند، عمق بیشتری به موضوعات خاص می‌دهد، ضمن این که اینکار اجازه می‌دهد تا تحلیل‌های آماری بر روی داده‌های پرسشنامه نیز انجام شود.

### تدوین پرسشنامه

جمع‌آوری داده‌های کمی مستلزم استفاده از ابزارهای ساختارمند و یا پرسشنامه‌هایی است که در آنها سوالات و پاسخ‌های ممکنه مشخص شده‌اند. ایده آل این است که سوالات ابزار قبل از پروژه طراحی شده باشد و یا در طی جستجوی متون مداخله در جمعیت و موضوع مورد نظر شناسایی شوند. این فرآیند ممکن است زمان بر باشد، چرا که بسیاری از مجلاتی که نتایج مداخلات را منتشر می‌کنند ابزار مطالعه را رایج نمی‌دهند. ایجاد آیت‌های ابزار بر اساس نتایج تحلیل داده‌ها امکان‌پذیر است. به عنوان راهکار دیگر، نوشتن نامه به نویسنده مسئول مقاله جهت کسب اجازه برای استفاده از ابزار به کار رفته به شدت توصیه می‌شود. صرف زمان برای شناسایی ابزارهای مناسب قبل از شروع مداخله ارزشمند است. چنین ابزارهایی از نظر سایر پژوهشگران قابل اطمینان تشخیص داده شده‌اند و بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی<sup>۱</sup> ابزار ضروری نیست. همچنین می‌توان از ابزاری که در رابطه با موضوع مورد نظر در جمعیت متفاوتی به کار رفته است اقتباس کرد. به عنوان مثال، ابزار به کار رفته در یک مداخله قبل و بعد برای افزایش فعالیت بدنی زنان روستایی ممکن است نیاز به اصلاحات جزئی برای استفاده در

زنان آمریکایی آفریقایی تبار شهری داشته باشد. استفاده از سوالاتی که توسط دیگران طراحی و به کار رفته‌اند، توصیه می‌شود.

اگر ابزار مفیدی برای استفاده یا اقتباس موجود نبود، لازم است که یک پرسشنامه جدید طراحی شود. محتوای چنین ابزاری اغلب از نتایج حاصل از مصاحبه‌های غیر ساختارمند اولیه به دست می‌آید. انواع مختلفی از سوالات، شامل سوالات باز<sup>۱</sup> و بسته<sup>۲</sup> و سوالات گزینه اجباری<sup>۳</sup>، وجود دارد که می‌توان در ابزار مطالعه در نظر گرفت.

سوالات بسته، پاسخ دهنده را مجبور به انتخاب یک پاسخ از بین موارد ارائه شده می‌کند، مانند "آیا شما در شب گذشته میوه یا سبزیجات خوردید؟" اجبار به انتخاب از بین گزینه‌ها، در صورت نیاز به پاسخ دهی در طبقات دقیق، مفید است، مانند تعداد مواردی که افراد در طی هفته گذشته در رستوران شام خورده‌اند. مرحله ورود داده‌های سوالات بسته آسان‌تر است. البته هنگامی که این نوع سوالات برای موضوعات حساسی مانند استفاده از مواد مخدر که افراد ممکن است گزینه حداقل استفاده را به دلیل مقبولیت اجتماعی بیشتر انتخاب کنند، دارای محدودیت‌های بالقوه‌ای است. عبارت و زبان مورد استفاده در سوالات بسته باید به صورت یکسانی از طرف پژوهشگر و پاسخ دهنده درک شوند، در غیر این صورت نتایج آنچه را که پژوهشگر به دنبال کشف آن بوده را به درستی توصیف نمی‌کند. به عنوان مثال، هنگامی که از نوجوانان پرسیده می‌شود آیا "از نظر جنسی فعال" هستند یا خیر، برخی از آنها ممکن است این عبارت را به عنوان انواع فعالیت‌های جنسی تلقی کنند، در حالی که برخی دیگر ممکن است این عبارت را به عنوان نزدیکی واژینال درک کنند. اگر عبارت سوالی را بتوان به صورت مختلف تفسیر نمود، این ابهام، در پاسخ‌ها نیز منعکس شده و جمع‌آوری داده‌ها قابل اطمینان نخواهد بود.

مزیت سوالات باز این است که افراد را وادار به انتخاب یک گزینه از بین چند پاسخ که ممکن است هیچ یک منعکس کننده انتخاب آنها نباشد، نمی‌کنند. به عنوان مثال، اگر از دختران پرسیده شود، دوست دارند در کدامیک از ورزش‌های رقابتی شرکت کنند و پاسخ‌ها شامل بسکتبال، والیبال و یا بیسبال باشد، نظر کسانی که هاکی یا فوتبال را

---

1 Open-ended  
2 Close-ended  
3 Forced-choice

ترجیح می دهند از دست می دهد. محدودیت سوالات باز این است که باید پس از اتمام مصاحبه مورد بررسی قرار گیرند و کد گذاری شوند که این کار زمان بر است. سوالات گزینه اجباری، پاسخ دهندگان را وادار به انتخاب از بین گزینه‌هایی مانند موافق و مخالف و یا درست و غلط می کند. این حالت باعث تسهیل در ورود و تحلیل داده‌ها می شود، افراد ممکن است احساس کنند ناچارند به گونه‌ای به سوال پاسخ دهند که فکر می کنند درست است و یا از نظر اجتماع مقبول تر است (مانند "بله، من همیشه از کاندوم استفاده می کنم" و یا "نه، من از مواد مخدر استفاده نمی کنم"). تعداد گزینه‌ها نیز باید در نظر گرفته شود؛ در سوالی مانند "باید از فعالیت جنسی جوانان جلوگیری کرد" در صورتی که تنها دو گزینه ارائه شده باشد، اجازه رایبه بسیاری از عقاید در این زمینه را نمی دهد. یک شکل جایگزین، رایبه گزینه‌های بیشتر در قالب پاسخ‌های لیکرت<sup>۱</sup> است که در آن چهار یا پنج گزینه ارائه می شود، مانند کاملاً موافق، موافق، مطمئن نیستم/ نظری ندارم، مخالف و کاملاً مخالف. متأسفانه، حتی این مورد کامل نیست، زیرا برخی معتقدند که پاسخ دهی به سوالات لیکرت برای افراد متعلق به بسیاری از اقلیت‌های قومیتی آسان نیست و به درستی پاسخ نمی دهند. با وجود این مشکلات، محدودیت‌های زمان و منابع ممکن است طراحی یک ابزار ساختارمند را مطرح نماید. در این صورت، چند راهنمای کلی زیر را به یاد داشته باشید:

همیشه سوالات را با استفاده از زبانی که بیشتر افراد قادر به درک آن هستند، بیان کنید. اغلب پژوهشگران پیشنهاد می کنند که پرسشنامه باید در سطح خواندن پایه ششم نوشته شود. سطح خواندن را می توان با استفاده از اغلب برنامه‌های پردازش کلمات ارزیابی کرد.

در یک آیتم بیش از یک سوال را مطرح نکنید. به عنوان مثال، عبارت "آیا شما فکر می کنید که اطلاعات به صورت شفاف نوشته شده و اطلاعات مهم را ارائه کرد؟" باید به دو سوال مجزا شکسته شود.

ترتیب سوالات می تواند بر پاسخ دهی تاثیر بگذارد، چرا که نحوه عبارت یک سوال می تواند پاسخ سوال بعدی را پیشنهاد دهد. به عنوان مثال، اگر درباره موضوعات حساس مانند تداوم در استفاده از کاندوم سوال شود، افراد اگر ببینند که پاسخ‌شان با جواب

---

1 Likert-type

سوالات بعدی (مثلاً، "آیا در آخرین رابطه جنسی خود از کاندوم استفاده کردید؟") ناهماهنگ است، احتمالاً پاسخ خود را تغییر می‌دهند. پاسخ به سوالاتی درباره رفتار پر خطر در ابتدای پرسشنامه می‌تواند بر پاسخ‌های بعدی درباره فعالیت‌های جنسی پر خطر تاثیر بگذارد. معمولاً سوالاتی که دارای محتوای مرتبط با یکدیگر هستند در صورتی که در مجاورت هم باشند بر یکدیگر تاثیر می‌گذارند.

سعی کنید سوالاتی را که ممکن است تهاجمی تفسیر شوند، در ابتدای مصاحبه یا پرسشنامه مطرح نکنید مانند "میزان درآمد شما در سال گذشته چقدر بود؟" یا سوالاتی شروع کنید که پاسخ به آنها آسان است مانند "چه مدت است که در این اجتماع زندگی می‌کنید؟" اگر در یک پرسشنامه سوالی را درباره درآمد مطرح می‌کنید، طبقه بندی‌هایی از میزان درآمد را مطرح کنید تا افراد در کنار آنها علامت بزنند. در مصاحبه‌های چهره به چهره کارتی را تهیه کنید که در آن سطوح مختلف درآمد با حروف متفاوت مشخص شده باشد و از افراد بخواهید گزینه‌ای که توصیف بهتری از وضعیت درآمدی آنها ارایه می‌دهد را انتخاب کنند.

نحوه ارایه عبارات را در سراسر پرسشنامه و در بین شرکت‌کنندگان ثابت نگه دارید. تغییر در نحوه ارایه عبارات می‌تواند بر پاسخ تاثیر بگذارد.

همواره دامنه گزینه‌ها را برای گزینه‌های عدم پاسخ، "نمی‌دانم"، (درباره من) "مطرح نیست" و "سایر" را برای پاسخ‌هایی که متناسب با گزینه‌های موجود نیست باز نگه دارید. اگر تعداد بسیار کمی از پاسخ‌ها در این گزینه‌ها قرار گرفتند، روش‌های آماری خاصی برای حل این مشکل وجود دارد.

از خستگی پاسخ دهنده مطلع باشید. هر چند نمی‌توان تعداد مشخصی برای حداکثر تعداد سوالاتی که افراد حاضر به پاسخگویی هستند را تعیین کرد اما مطمئناً حد بالایی وجود دارد. عوامل تاثیر گذار بر این مساله شامل محیط (تعداد سوالات کمتر در موقعیتی مثل حالت ایستاده با کیسه‌ای از خریدها در فروشگاه و تعداد بیشتر در یک جلسه‌ای که از قبل ترتیب داده شده و در یک اتاق راحت همراه با پذیرایی برگزار می‌شود)، جمعیت (تعداد سوالات کمتر برای کودکان و یا افرادی با دامنه توجه کمتر) و موضوع (تعداد سوالات بیشتر در موضوعات مرتبط).

سوالات را به گونه‌ای مرتب کنید که شرکت‌کنندگان به راحتی و بدون اشتباه از یک سوال به سوال بعدی بروند. جهت تسهیل در خواندن سوالات، فضای کافی بین خطوط



قرار دهید. متن سوال را در یک صفحه و گزینه‌های آن را در صفحه بعدی قرار ندهید. در پرسشنامه یک معرفی کلی و جملاتی برای رفتن به بخش‌های مختلف پرسشنامه (مانند "حالا می‌خواهیم چند سوال درباره عادات شما بپرسیم") ارائه دهید. حتما در انتها جملاتی مانند "از شما جهت تکمیل این سوالات تشکر می‌کنم" را با اندازه قلم بزرگتر از سایر بخش‌های پرسشنامه اضافه کنید.

به منظور اطمینان از دقت تمامی اعضای تیم تحقیق در روشهای جمع‌آوری داده‌ها، هر هفته زمانی را برای جلسه و بررسی داده‌های جمع‌آوری شده اختصاص دهید. به عنوان مثال، در مصاحبه‌های سوالات باز با پاسخ دهندگان مختلف، اگر مشخص شود که افراد دقیقا از کلمات مشابه برای پاسخ دهی استفاده کرده‌اند، می‌تواند بیانگر این مساله باشد که مصاحبه کننده به جای آنکه عینا از کلمات پاسخ دهندگان استفاده کند، پاسخ‌ها را بازگویی کرده است. اگر چنین باشد داده‌ها آلوده شده و باید کنار گذاشته شوند.

چه از ابزارهای قبلی استفاده کنید و چه اقدام به طراحی ابزار جدیدی نمایید، این موضوع اهمیت دارد که ابزار قبل از استفاده در مطالعه باید به صورت آزمایشی اجرا شود. اجرای آزمایشی ابزار ایده‌ای را درباره جریان استفاده از پرسشنامه ارائه می‌کند. درباره پرسشنامه‌هایی که قبلا مورد استفاده قرار گرفته‌اند، سوالات استفاده شده در مناطق دیگر کشور و یا سایر کشورها ممکن است به درستی درک نشوند و نیاز به تنظیم مجدد داشته باشند. برخی از سوالات ممکن است از همه افراد تقریبا پاسخ‌های مشابه را به دست آورد و به دلیل این که هیچ تنوعی در پاسخ‌ها وجود ندارد باید کنار گذاشته شوند.

### جمع‌آوری داده‌های پیگیری<sup>۱</sup>

به منظور ارزیابی موفقیت یک مداخله اجتماع و بررسی این که آیا برنامه به ایجاد تغییر در نگرش‌ها و رفتار منجر شده است یا خیر، ضروری است که در پایان برنامه، افراد شرکت‌کننده مورد سنجش قرار گیرند. همچنین بسیاری از پژوهشگران جهت بررسی بقای تغییرات ایجاد شده، طرح مطالعه‌ای را انتخاب می‌کنند که افراد شرکت‌کننده را در طی چند هفته تا چند ماه پس از برنامه مورد سنجش قرار دهند. جمع‌آوری داده‌های پیگیری با همان افراد پاسخ دهنده می‌تواند در اجتماع‌های که افراد دائما جابجا

---

1 Follow-up Data

می‌شوند و یا افرادی که نگران شناخته شدن هستند (مانند افراد معتاد) چالش برانگیز باشد. برای مصاحبه مجدد با همان افراد در طی زمان، لازم است که یک سیستم ردیابی طراحی شود که از آن طریق از کلیه افراد در پایان اولین مصاحبه خواسته شود تا داده‌های مربوط به محل خود (شامل نام، آدرس، شماره تلفن و آدرس ایمیل) و نیز اطلاعات مربوط به یک یا دو نفر از افراد نزدیک که درباره نحوه تماس با آنها در صورت جابجایی کمک نمایند، را ارائه دهند. این فرد می‌تواند یکی از اعضای خانواده، همسایه و یا بهترین دوست فرد باشد. اطلاعات مربوط به سیستم ردیابی باید در یک فایل یا پایگاه داده‌ای جدا از سایر داده‌ها نگهداری شود. برای هر بار اقدام به تماس باید پرونده‌ای تشکیل شود و تعداد و ترتیب تماس‌هایی که برقرار خواهد شد ثبت گردد (مثلاً به ترتیب تماس تلفنی، ایمیل، نامه و مراجعه به درب منزل). جایگزینی خطوط ثابت با تلفن‌های همراه چالش‌های بیشتری را برای پیگیری ایجاد کرده است، چرا که هیچ فهرست راهنمایی برای ارئه چنین اطلاعاتی وجود ندارد. اهمیت تلاش‌های مکرر را دست کم نگیرید، چرا که میزان ۸۰ درصدی پیگیری به مراتب قوی‌تر از میزان ۵۰ درصدی پاسخگویی است.

### نمونه‌گیری و مباحث مرتبط

با توجه به وجود تکنیک‌های آماری موجود، انجام مصاحبه با تمامی افراد یک اجتماع و یا جمعیت مورد نظر پر هزینه، زمان بر و غیر ضروری است. معمولاً در نظر گرفتن یک نمونه و یا انتخاب بخشی از جمعیت در ارزیابی یا طرح تحقیق، اطلاعات ضروری را فراهم می‌کند. یک روش نمونه‌گیری پایا در درک ارزش‌ها و نگرش‌های اجتماع قبل از طراحی و اجرای یک مداخله یا بحث درباره درستی ارزیابی بسیار مهم است. انتخاب نمونه‌ای که به هر یک از افراد در جمعیت مورد نظر شانس برابری جهت انتخاب شدن می‌دهد، به صورت قابل توجهی مطالعه را تقویت می‌کند، چرا که این مساله به پیشگیری از سوگرایی انتخاب کمک می‌کند. به همین دلیل روش داوطلب در نمونه‌گیری، یک روش قابل اطمینان به حساب نمی‌آید. هدف این است که از یک روش نمونه‌گیری استفاده شود که نمونه تا حد ممکن نمایانگر کل جمعیت باشد. پس از انتخاب نمونه، شرکت‌کنندگان باید به صورت تصادفی به گروه مداخله و مقایسه تخصیص داده شوند. گروه مقایسه از مداخله خارج می‌شود. تصادفی سازی برای افراد

در زمان شروع مطالعه انجام می‌شود و در کار با موسساتی مانند مدارس و یا باشگاه‌های ورزشی در زمان شروع مداخله صورت می‌گیرد. این واحدهای تحلیل را می‌توان به صورت نظام‌مند بر اساس روش تصادفی سازی و با قرعه‌کشی و یا تخصیص شماره‌های تصادفی از جدول اعداد تصادفی انتخاب نمود. جدول اعداد تصادفی در انتهای اغلب کتاب‌های آماری وجود دارد. در بسیاری از موقعیت‌ها نمی‌توان افراد را به صورت تصادفی به گروه‌ها تخصیص داد. به عنوان مثال، اگر مداخله شامل اضافه کردن بخشی به برنامه درسی مدرسه باشد، کلاس‌های یک پایه را می‌توان به صورت تصادفی به گروه مداخله و مقایسه تخصیص داد، حتی اگر تک تک دانش‌آموزان به گروه مداخله و مقایسه تخصیص داده نشده باشند.

نمونه آسان<sup>۱</sup>، نمونه‌ای است که از بین شرکت‌کنندگان و یا سایر واحدهای تحلیل موجود انتخاب شده باشند. به عنوان مثال، بیماران در اتاق انتظار یک درمانگاه محلی و یا در کلیسایی که پژوهشگر با آنها آشنا است. این نوع نمونه‌گیری ممکن است برای مطالعات مقدماتی امکان‌پذیر و بسیار مناسب باشد. نمونه گلوله برفی<sup>۲</sup> که تحت عنوان نمونه برخاسته از پاسخ دهنده نیز شناخته می‌شود با یک گروه کوچک از افرادی که بخشی از یک شبکه بزرگتر هستند، شروع می‌شود و آنها اطلاعات مربوط به مطالعه را منتشر می‌کنند. از افراد اولیه خواسته می‌شود تا اسامی دوستان و یا همکارانی را که عضو شبکه هستند اعلام کنند. این راهکار برای جمعیت‌های که دسترسی به آنها دشوار است مانند نگهبانان در یک اجتماع مهاجر و یا کارگران جنسی خوب کار می‌کند.

حجم نمونه مساله‌ای است که باید قبل از تحلیل آماری داده‌ها مورد توجه قرار گیرد. نمونه باید برای داشتن توان آماری کافی در نشان دادن نتایج معنادار، به اندازه کافی بزرگ باشد. با داده‌های اولیه، حجم نمونه در نهایت بستگی به منابع موجود خواهد داشت. هر چه تعداد شرکت‌کنندگان در یک برنامه یا نمونه بیشتر باشد، هزینه‌ها بیشتر خواهد بود. انجام یک تحلیل توصیفی و یا جدول بندی‌های متقاطع با نمونه نسبتاً کوچک نیز امکان‌پذیر است. هر چند اگر نمونه‌ها کمتر از ۲۵ مورد باشد نتایج از نظر آماری معنادار نخواهند بود (مگر این که یک مطالعه پایلوت و یا مطالعه امکان‌سنجی

---

1 Convenience Sample

2 Snowball Sample

باشد). برای کسب اطلاعات درباره نمونه‌گیری و حجم نمونه از یک کتاب آماری استاندارد کمک بگیرید.

باید دقت کرد که نمونه‌گیری به گونه‌ای نباشد که منجر به چگونگی نتایج گردد. به عنوان مثال انجام مصاحبه تنها با داوطلبان می‌تواند به نمونه‌ای متشکل از افرادی از جمعیت هدف منجر شود که وقت زیادی در اختیار دارند. همچنین این نمونه باعث از دست دادن اطلاعات از بخشی از اجتماع می‌شود که وقت یا ماهیت داوطلبی ندارند. تسهیلاتی نظیر هزینه‌های رفت و آمد و یا ترتیب دادن مراقبت از کودکان می‌تواند به افزایش عمق نمونه کمک کند و در نتیجه سوگرایی‌های بالقوه کاهش یابد به خصوص اگر بتوان هزینه وقت و رفت و آمد افراد را پرداخت نمود.

### جمع‌آوری داده‌های کیفی

داده‌های کیفی را می‌توان به روش‌های مختلفی جمع‌آوری کرد شامل مشاهده، مصاحبه<sup>۱</sup> با افراد مطلع، مصاحبه عمیق<sup>۲</sup> و یا غیرساختارمند<sup>۳</sup> و بحث گروهی<sup>۴</sup>. داده‌های مشاهده‌ای توسط مشاهده‌گری که به دقت جزئیات وقایع روی داده در یک دوره زمانی خاص و یا در طی یک موقعیت خاص را یادداشت می‌کند، جمع‌آوری می‌شود. این روش در تعیین نحوه دستیابی به جمعیت هدف مفید است و می‌تواند در شناسایی افرادی که به نظر می‌رسد در میان جمعیت کلاس مدرسه گم هستند و کسانی که بیشتر در حاشیه هستند مورد استفاده قرار گیرد. مشاهده‌گر تا حد امکان باید ساده باشد تا حضورش باعث تغییر در موقعیت نشود، زیرا هنگامی که مشخص شود افراد تحت مشاهده هستند ممکن است رفتار خود را متناسب نمایند. به عنوان مثال در صورتی که دانش‌آموز فکر کند که توسط یک فرد بزرگسال مورد مشاهده است، قلدری کردن در حیاط مدرسه را کنار می‌گذارد.

- 
- 1 Interview
  - 2 In-depth
  - 3 Unstructured
  - 4 Group Discussion

## انواع مصاحبه

مصاحبه با افراد کلیدی را می‌توان با سوالات باز و یا با یک راهنمای ساختارمند انجام داد. افراد کلیدی مطلع<sup>۱</sup>، افرادی هستند که نمایانگر برخی از بخش‌های اجتماع بزرگتر هستند، مانند مقامات منتخب و یا کارکنان آنها، روسای کمیته مستاجران، ارایه‌دهندگان خدمات سلامت و یا رهبران کلیسا. افراد مطلع می‌توانند اطلاعاتی را درباره واکنش‌های احتمالی اجتماع به مداخله درباره موضوعات حساس مانند فعالیت جنسی و یا استفاده از مواد مخدر، نیازهای محلی و همچنین تعیین تاثیر یک مداخله خاص بر جمعیت بزرگ فراهم نمایند. سوالات باز به صورت بیطرفانه مطرح می‌شوند، مانند "شما فکر می‌کنید معلمان به آموزش درباره پیشگیری از خشونت چه واکنشی نشان می‌دهند؟" و یا "شما فکر می‌کنید درباره میزان بالای بارداری نوجوانان در این اجتماع چه اقداماتی باید صورت گیرد؟" راهنمای مصاحبه ساختارمند شامل مجموعه‌ای از سوالات طراحی شده است که از طریق آن مصاحبه‌گر بحث را از موضوعی به موضوع دیگر هدایت می‌کند. نیازی نیست که سوالات به ترتیب مطرح شوند بلکه این راهنما به عنوان چک لیستی جهت اطمینان از پوشش کلیه موضوعات در طی مصاحبه عمل می‌کنند.

مصاحبه عمیق یا مصاحبه بدون ساختار بیشتر شبیه یک بحث باز درباره یک موضوع است که در طی آن فرد پاسخ دهنده ممکن است بحث را به حوزه‌هایی که قبلاً مصاحبه‌گر پیش‌بینی نکرده است، بکشاند. از آنجا که مصاحبه‌گر از قبل تمامی سوالات مرتبط با موضوع را نمی‌داند، جریان بحث به حوزه‌هایی کشانده می‌شود که احتمالاً اطلاعات مفیدی را به دست می‌آورد. اگر مشخص شود که جنبه‌هایی از موضوع به صورت کامل پوشش داده نشده، در مصاحبه بدون ساختار یا عمیق مصاحبه‌گر باید در پی واکاوی پاسخ‌ها برای دریافت اطلاعات بیشتر باشد. یک راهنمای مصاحبه‌گری بررسی‌های مفیدی را درباره موضوعات خاص پیشنهاد می‌کند و هنگامی که تنها پاسخ بله و خیر کافی نیست، مطرح کردن چند سوال پیگیری مفید خواهد بود.

### مصاحبه‌های گروهی

به منظور کشف موضوع مورد بررسی، یک مصاحبه گروه متمرکز<sup>۱</sup> با گروه‌های کوچکی از افراد (شش تا دوازده نفر) انجام می‌شود. این روش در طی سال‌های طولانی توسط پژوهشگران بازار برای بررسی نگرش مشتریان نسبت به یک محصول استفاده شده است. داده‌های حاصل از بحث گروهی، اغلب منجر به ایده‌ها و مفاهیم جدیدی می‌شوند و از آنجا که عموماً شرکت‌کنندگان برخی از جنبه‌های موضوع مورد نظر را با یکدیگر به اشتراک می‌گذارند، می‌توانند بر عبارات یکدیگر تاثیر بگذارند و یا یکدیگر را درباره ویژگی‌های فرهنگی مطرح شده که ممکن است پژوهشگر با آنها آشنا نباشد به چالش بکشند. اعضای یک گروه را می‌توان به گونه‌ای انتخاب کرد که نمایانگر اجتماع و یا نسبتی از اجتماع مورد نظر باشند. اعضای گروه ممکن است افراد مطلع و آگاه درباره موضوع مورد نظر باشند. قبل از جلسه بحث متمرکز گروهی، سوالات مصاحبه در قالب راهنمای بحث طراحی می‌شوند. یک فرد تسهیل کننده، جلسه را برگزار می‌کند، او باید دقت کند که تمامی سوالات مورد نظر پوشش داده شود، هیچ یک از اعضای جلسه بر بحث تسلط نداشته باشد و تمام افراد در بحث شرکت نمایند. یک یا دو نفر از اعضای تیم تحقیق باید برای مشخص کردن این که کدامیک از افراد نکات خاصی را مطرح می‌کنند، به دقت بحث‌ها را یادداشت برداری نمایند. غالباً یک ضبط صوت برای ضبط بحث‌ها استفاده می‌شود، یادداشت کلیه بحث‌ها دشوار است. حتی اگر نوار ضبط شده، پیاده نشود، برای کنترل یادداشت‌های نوشته شده بسیار مفید خواهد بود. برای ضبط گفتگوها، باید از گروه اجازه گرفته شود. پس از این که ضبط صدا شروع شد، وجود ضبط صوت به فراموشی سپرده می‌شود.

قبل از شروع بحث، یادداشت بردار باید یک سیستم نشانه گذاری تهیه کند تا در تحلیل‌های بعدی مشخص شود هر فرد در گروه چه مطالبی را گفته است. به عنوان مثال، یک نمره شناسایی را می‌توان به هریک از اعضای بحث اختصاص داد و برای شناسایی هویت افراد به صورت ناشناس استفاده کرد. شماره را می‌توان در نموداری که در اتاق برگزاری جلسه قرار دارد، یادداشت کرد تا بتوان به راحتی شماره فردی را که در حال صحبت کردن است، شناسایی نمود. یادداشت بردار باید کلمات اول فرد را بر اساس

شماره نوشته شده بر روی چارت یادداشت نماید. این یادداشت‌ها را می‌توان به متن‌های پیاده شده اضافه نمود تا بتوان در تحلیل داده‌ها مشخص کرد که تنها یک یا دو نفر به سوال پاسخ داده‌اند و یا عقاید مطرح شده مربوط به تعداد زیادی از اعضای گروه است. همچنین یادداشت‌های جلسه بحث گروهی باید شامل توصیفی از جزئیات ویژگی‌های دموگرافیکی (سن، تحصیلات، شغل، قومیت و غیره) هر یک از افراد باشد. توجه به برخی از ویژگی‌های شناسایی (مانند پیراهن قرمز پر رنگ و یا مرد مسنی که می‌خندد) به تجسم داده‌های ضبط شده در هنگام پیاده‌سازی و نیز شرح کامل شرکت‌کنندگان گروه کمک می‌کند. شروع جلسه با یک سوال آسان برای گرم کردن بحث کمک کننده است مانند "تعطیلات مورد علاقه شما چه بود؟" و یا "اگر می‌توانستید یک حیوان باشید، دوست داشتید چه حیوانی باشید و چرا؟" اگر امکان پذیرایی در شروع جلسه باشد، به روحیه گروه کمک می‌کند. به عنوان یک قانون کلی، نباید جلسه بیش از یک ساعت و نیم تا دو ساعت طول بکشد. اگر هشت نفر مورد نظر است، عاقلانه است که از ده تا دوازده نفر دعوت شود، چرا که تمامی افراد دعوت شده شرکت نخواهند کرد.

### مدیریت داده‌های کیفی

تعیین حجم نمونه برای داده‌های کیفی به روش متفاوتی از داده‌های کمی انجام می‌شود. از اشباع<sup>۱</sup> داده‌های نقطه‌ای که اطلاعات جدیدی به دست نمی‌آید و یا اطلاعات جمع‌آوری شده تکرار می‌شود، به عنوان راهنمای کفایت داده‌ها استفاده می‌شود. عموماً برای سوالات ساده، قانون کلی کفایت ۲۰ تا ۲۵ نظر شرکت‌کننده صدق می‌کند.

یادداشت‌ها و گفتگوهای ضبط شده مصاحبه باید هر چه زودتر پس از جمع آوری، پیاده شوند. برای تسهیل پیاده‌سازی یک پدال ارزان قیمت که قابل اتصال به ضبط صوت است تهیه کنید، استفاده از این کنترل پایی برای شروع، توقف و برگرداندن نوار این امکان را به فرد می‌دهد تا دستش بر روی صفحه کلید بماند و سرعت پیاده‌سازی بیشتر شود. به عنوان یک قانون کلی، پیاده‌سازی هر یک ساعت مصاحبه و یا بحث گروهی سه تا چهار ساعت طول می‌کشد.

---

1 Saturation

داده‌های جمع‌آوری شده به روش کیفی دارای حجم زیاد هستند و برای آن که این داده‌ها برای دیگران قابل دسترس‌تر و قابل درک باشند باید بر اساس مضمون‌ها<sup>۱</sup> کدگذاری شوند. این کار را می‌توان به صورت دستی و با استفاده از برنامه‌های کامپیوتری که به این منظور طراحی شده‌اند مانند ATLAS.ti و NUD\*IST انجام داد. متن‌های نوشته شده به دقت خوانده می‌شود و الگوهای تکراری پاسخ‌ها به کدهایی با عنوان مضامین اختصاص داده می‌شوند. این مضامین، اساس یافته‌های حاصل از داده‌ها هستند. هنگامی که کدگذاری به صورت دستی انجام می‌شود، بهتر است کل داده‌ها توسط چند نفر خوانده و مضامین مشترک آنها مشخص شود، در صورت اختلاف نظر باید از طریق بحث، مساله حل و فصل شود.

### پس از جمع‌آوری داده‌ها

پس از این که پرسشگری انجام شد، پرسشنامه‌ها باید در یک پاکت یا صندوق قرار داده شوند، تابعدا اعضای تیم تحقیق آن را ببینند. فرم‌های رضایت نامه و یا فرم‌های مربوط به محل شرکت‌کنندگان باید در پاکت‌های جداگانه‌ای قرار داده شود. اگر کار تحقیق در ساعات بعد از ظهر و یا در مکان‌های مختلف انجام می‌شود، تمهیداتی ایجاد کنید تا در اسرع وقت - حداکثر تا روز بعد داده‌ها به دفتر برگردانده شود. در دفتر کار، داده‌ها باید در درون قفسه‌های قفل دار قرار گیرند به گونه‌ای که داده‌های مکان یابی در فایل‌های جدا از خود داده‌ها نگهداری شوند.

پس از جمع‌آوری، داده‌ها در یک پایگاه داده<sup>۲</sup> وارد می‌شوند تا امکان دیدن تفاوت پاسخ به سوالات در بین گروه‌هایی مانند زنان و مردان و یا افراد با سنین مختلف وجود داشته باشد. اغلب پژوهشگران از نرم افزار اکسل، که در مجموعه برنامه‌های میکروسافت موجود است و یا SPSS که یک برنامه آماری با کاربرد آسان است، استفاده می‌کنند. تصمیم‌گیری درباره نحوه ورود داده‌ها و تحلیل آنها باید قبل از شروع جمع‌آوری داده‌ها، نهایی شود. این کار مانع از این می‌شود که مثلاً تنها برای پیدا کردن نرم افزار لازم برای تحلیل داده‌ها، مجبور به جمع‌آوری داده‌هایی از پنجاه شرکت‌کننده شویم.



به منظور تسهیل ورود داده‌ها، بهتر است پاسخ‌ها از قبل و در خود فرم‌های پیمایش کدگذاری شوند. این مساله باعث می‌شود تا هر پاسخ به آسانی در برنامه کامپیوتری وارد شود. پس از هر جلسه ورود داده‌ها، باید مطمئن شد که یک نسخه پشتیبان از داده‌ها بر روی یک سیستم دیگر تهیه شده باشد. پس از این که تمامی داده‌ها وارد شد، باید صحت کار بررسی شود. یک راه انجام این کار این است توسط فردی غیر از افراد وارد کننده داده‌ها، یک پرسشنامه از هر ده مورد بیرون کشیده شود و پاسخ‌های پرسشنامه با کدهایی که در پایگاه داده وارد شده است، مقایسه گردد. اگر میزان خطا بیش از ۱۰ درصد بود، باید به عقب برگشت و صحت ورود داده‌های هر یک از پرسشنامه‌ها را بررسی نمود. در صورتی که منابع در اختیار باشد، این امکان وجود دارد که با ثبت مستقیم پاسخ‌ها بر روی پرسشنامه کدگذاری و چاپ شده بر روی یک ورق مخصوص چاپ که می‌توان به صورت مستقیم در کامپیوتر اسکن نمود، از فرآیند ورود داده‌ها صرف نظر کرد. همچنین کامپیوتری دستی وجود دارد که شرکت‌کنندگان می‌توانند پاسخ‌های خود را در آن وارد کرده و سپس در پایان همان روز این پاسخ‌ها را به صورت مستقیم دانلود نمود. در هنگام تصمیم‌گیری درباره انتخاب سیستم ورود داده‌ها، به یاد داشته باشید، هر چند استفاده از پرسشنامه‌هایی که بتوان به صورت مستقیم در کامپیوتر اسکن نمود و استفاده از کامپیوترهای دستی ممکن است گران به نظر برسند، اما ورود داده‌ها زمان بر بوده و می‌تواند پر هزینه باشد.

پس از ورود، داده‌های کمی باید پاک شوند و خطاها از داده‌ها خارج شوند. این کار مستلزم بررسی تمام داده‌ها و حذف پاسخ‌هایی که به اشتباه و یا نادرست وارد شده‌اند، می‌باشد. بخشی از این فرآیند شامل بررسی داده‌های پرت<sup>۱</sup> یعنی مقادیری که خارج از دامنه مقادیر منتظره می‌باشند، مثلاً سن ۶۵ سال در مطالعه بر روی نوجوانان می‌باشد. دومین بررسی می‌تواند جهت یافتن کدهای ناممکن انجام شود. هر دوی این بررسی‌ها را می‌توان به راحتی از طریق گرفتن فراوانی توزیع و بررسی نتایج انجام داد.

به یاد داشته باشید که جهت داشتن مجموع نمرات برای آیتم‌هایی مانند دانش و نگرش، باید متغیرهای جدیدی ایجاد کرد. این کار با استفاده از برنامه کامپیوتری برای جمع کردن نمرات تمامی آیتم‌های دانش و یا نگرش در قالب یک نمره و انتخاب یک نام جدید برای متغیر

---

1 Outlier

حاصل انجام می‌شود. به عنوان مثال، در شکل ۱-۶ باید یک متغیر نهایی تحت عنوان "نگرش نسبت به زنان" وجود داشته باشد که مقادیر آن، حاصل جمع سوالات ۳، ۴ و ۵ است. در زمان ورود داده‌ها از وجود سیستم پشتیبان در محل اطمینان حاصل کنید. در انتهای این مرحله، داده‌ها آماده تحلیل‌های آماری است. آمار متشکل از دو نوع اصلی است: توصیفی و تحلیلی. آمار توصیفی، جمعیت را از طریق خلاصه کردن اطلاعات مرتبط در قالب نسبت‌ها (درصد)، محاسبات شاخص‌های مرکزی (میانگین، میانه و مد)، شاخص‌های پراکندگی (واریانس، انحراف معیار و دامنه) و ضرایب همبستگی (مورد استفاده برای نشان دادن روابط بین دو متغیر) توصیف می‌کند. آمار تحلیلی به منظور استنتاج درباره جمعیت از داده‌های نمونه استفاده می‌شود. اگر حجم نمونه برای نمایندگی جمعیت به اندازه کافی بزرگ نباشد، ممکن است آمار تحلیلی انتخاب مناسبی نباشد. هر چند حداقل تحلیل توصیفی باید انجام شود.

### خلاصه

این فصل اطلاعات اساسی و ضروری را برای درک داده‌ها ارائه داد: این که داده چیست، از کجا به دست می‌آید، چه زمانی جمع‌آوری می‌شود، چگونه به کار می‌رود و چه کسی از آن استفاده می‌کند. به علاوه، به منظور ارائه بحث‌های کلی درباره داده‌ها، این فصل تکنیک‌های کمی و کیفی مختلف را که پژوهشگران در هنگام برنامه ریزی، اجرا و ارزیابی مداخلات سلامت اجتماع محور استفاده می‌کنند را مورد بحث قرار داد.

### فعالیت‌ها

جمعیت هدف خاصی را فکر می‌کنید پیمایش اینترنتی برای آنها مناسب است، را مشخص کنید. چرا فکر می‌کنید این روش برای این گروه مناسب است؟ چه تحقیق یا آماری از این ادعا حمایت می‌کند؟

بر پایه تجربیات حرفه‌ای و مطالعات خود، جمعیت هدفی برای یک مداخله سلامت و نیز سوالی را که می‌تواند از طریق مداخله اجتماع محور پاسخ داده شود را مشخص کنید. چه روشی برای پاسخ دادن به این سوال مناسب‌تر است؟ چرا؟ پرسشنامه‌ای را پیدا کنید که برای جمع‌آوری داده‌ها درباره یک موضوع سلامت مورد علاقه شما به کار رفته است. درباره مفید بودن آن بحث کنید. پرسشنامه را نقد

کنید. حداقل پانزده سوال این پرسشنامه را کدگذاری کنید و آن را با پنج نفر از اعضای جمعیت هدف به صورت آزمایشی تکمیل کنید. یافته‌های خود را به اشتراک بگذارید.

### سوالات بحث

از شما خواسته شده تا یک راهنمای بحث تهیه کنید و یک بحث گروهی با دختران نوجوان درباره راهبردهای مقابله با خشونت‌های جنسی انجام دهید.

الف: با این کار چه نوع داده‌هایی را جمع‌آوری خواهید کرد؟

ب: برخی از مراحل ضروری و مهم انجام این کارها را بیان کنید؟

ج: چالش‌های احتمالی که ممکن است برای انجام این کارها داشته باشد را بیان کنید.

د: توضیح دهید برای غلبه بر این چالش‌ها چگونه برنامه‌ریزی می‌کنید.

داده‌های موجود در سایت مرکز ملی آمارهای سلامت را بررسی کنید و درباره

ویژگی‌هایی که مفیدتر هستند و آنها که چندان مفید نیستند، بحث کنید.



**فعالیت در حین مداخله**

**THE INTERVENTION WORKING THROUGH**



## فصل هفتم

### سنجش نیازهای اجتماع

#### اهداف یادگیری

درک منطق ارزیابی اجتماعی

اجرای مراحل ضروری ارزیابی اجتماعی

آشنایی با گزینه‌های موجود برای به اشتراک گذاشتن نتایج ارزیابی با شرکای اجتماع و

سایر دست اندرکاران





## نگاه کلی

این فصل به منطق ارزیابی اجتماعی<sup>۱</sup> و نیز اجزای عملیاتی آن می‌پردازد. همچنین رویکردهای مختلف کار با اعضای اجتماع و انتشار یافته‌های ارزیابی مورد بحث قرار می‌گیرد.

## اجزای ضروری ارزیابی اجتماعی

ارزیابی اجتماعی یک نقشه راه به پژوهشگران و دست‌اندرکارانی که مداخله‌ای را برنامه‌ریزی می‌کنند، ارائه می‌دهد. این نقشه به آنها در جهت تصمیم‌گیری درباره مسیر، نقاط مورد تاکید مداخله و اهداف ضروری برای رسیدن به مقاصد یا نقطه‌نهایی مورد نظر برنامه (پیامدها) کمک می‌کند. به طور کلی ارزیابی اجتماعی شامل پنج جزء می‌باشد: تدوین سوالات راهنما، انتخاب نوع ارزیابی، جمع‌آوری داده‌ها، تحلیل داده‌ها و شناسایی نیازهای اولویت‌دار و شکاف خدمات. این اطلاعات می‌تواند برای ارائه به سازمان‌های تامین‌کننده منابع مالی مورد استفاده قرار گیرد که حمایت مالی پروژه یا مداخله را تضمین نماید. ارزیابی اجتماعی از طریق مشخص کردن نیازهای سلامت برآورده نشده درون اجتماع، طراحی یک مداخله را آگاهانه می‌کند. برای مداخلاتی که قبلاً اجرا شده‌اند، ارزیابی اجتماعی ابزاری را برای سنجش میزان دستیابی به اجزای مداخله فراهم می‌کند و مشخص می‌کند برای دستیابی به اهداف بیان شده به چه نیازهای باید مجدداً پرداخته شود و چه مواردی باید متوقف گردد. برای اهدافی که تامین اعتبار شده‌اند، جمع‌آوری داده‌ها در طی ارزیابی اجتماعی می‌تواند به توجیه برنامه کمک کند و در جهت کسب منابع مالی بیشتر عمل نماید.

## ارتباط با دست‌اندرکاران<sup>۲</sup>

اولین گام در انجام ارزیابی اجتماعی، سازماندهی منابع و زمان موجود جهت آشنایی با منابع اجتماع تا حد امکان است. کار را با ارتباط با اعضای کلیدی اجتماع یا دی‌نفعان شروع کنید. دست‌اندرکاران، افرادی از درون اجتماع هستند که در پی اجرای موفق مداخله، منافع مشخصی نصیبشان می‌شود. نمونه‌هایی از دست‌اندرکاران بالقوه شامل

---

1 Community Assessment

2 Stakeholders

تصمیم گیران درون نهادهای ارایه خدمات (مانند کلینیک‌های خدمات سلامت، مدارس، کلیساها و مراکز کسب و کار) و افرادی که اطلاعات برنامه برای کار خودشان مفید است. سایر دست اندرکاران بالقوه شامل منابع با نفوذی هستند که ارتباط نزدیکی با افراد استفاده کننده از خدمات ارایه شده دارند، مانند اعضای خانواده، اعضای روحانیت و رهبران غیر رسمی اجتماع نظیر رئیس انجمن مستاجران. همچنین دست اندرکاران، گروه‌های رسمی که در اجتماع فعالیت می‌کنند مانند هیات‌های مشارکتی و مشورتی اجتماع را در بر می‌گیرد.

تشکیل یک گروه کاری متشکل از دست اندرکاران و سایر اعضای اجتماع می‌تواند ارتباط بین پژوهشگر و گروه هدف را تقویت نماید. دست اندرکاران می‌توانند آن دسته از جزئیات درباره اجتماع را در اختیار پژوهشگران قرار دهند که در جای دیگر در دسترس نیست. آنها می‌توانند درها را به روی پژوهشگران باز کنند و به آنها کمک کنند تا با سایر افرادی که نقش‌های موثری درون اجتماع دارند، ارتباط برقرار نمایند. چنین ارتباطاتی می‌تواند به آشنایی پژوهشگران با زمینه‌های اجتماع در گذشته کمک نماید. دست اندرکاران همچنین می‌توانند بینش‌هایی را درباره موانع احتمالی ارزیابی اجتماعی نظیر افراد یا گروه‌هایی که فرآیند ارزیابی را با چالش روبرو می‌کنند، ارایه دهند. تشکیل تیم با دست اندرکاران از آغاز کار، به پژوهشگران راهی را برای کسب ایده‌ها و بازخوردهای آنها در طی فرآیند ارزیابی فراهم می‌کند. این مساله علاوه بر ایجاد اطمینان از موفقیت ارزیابی اجتماع، احتمال حمایت اجتماع در هنگام اجرای مداخله پس از اتمام ارزیابی را افزایش می‌دهد.

### تدوین سوالات راهنما

پس از اطمینان از حمایت اجتماع، ارزیابی اجتماعی می‌تواند شروع شود. اولین گام، تدوین مجموعه‌ی سوالاتی است که جمعیت و مشکل مورد نظر را توصیف نماید. سوالات راهنما می‌تواند شامل این موارد باشد: مشکل چیست؟ کدام اجتماع تحت تاثیر مشکل است؟ جمعیت هدف کیست؟ این جمعیت با چه مسایلی مواجه است؟ چه منابعی در اختیار این جمعیت قرار دارد؟ باید توجه داشت که هر چند در آغاز این سوالات گسترده هستند، در طی فرآیند ارزیابی اجتماعی اختصاصی تر می‌شوند.

## انواع ارزیابی

گام بعدی این است که نوع ارزیابی انتخاب شود. در عمل، سه رویکرد جداگانه برای انجام ارزیابی اجتماعی مطرح شده است: اولین مورد، نیازسنجی<sup>۱</sup> است، رویکرد ارزیابی که نیازها، مشکلات و کاستی‌های یک اجتماع را شناسایی و گزارش می‌کند. دومین رویکرد، ارزیابی ظرفیت<sup>۲</sup> است که در طی آن منابع واقعی و بالقوه یا دارایی‌های اجتماع که می‌تواند مشکلات اجتماع را رفع کند، شناسایی می‌شود. چهار نوع از منابع وجود دارند که می‌توانند بر مشکلات اجتماع تاثیر مثبت داشته باشند. این منابع شامل موارد زیر هستند:

- **منابع فردی:** مانند مهارت‌های خاص افراد، درگیری قبلی افراد در کارهای اجتماع محور و آمادگی افراد برای درگیری و همکاری در ایجاد تغییر در وضعیت سلامت اجتماع
  - **منابع موسسه‌ای:** شامل موسسات رسمی نظیر مدارس، کتابخانه‌ها، پارک‌ها، ایستگاه‌های پلیس، دانشکده‌ها، دانشگاه‌ها و موسسات غیر رسمی مانند انجمن‌های اجتماع، گروه‌های مبتنی بر دین و یا سایر گروه‌های داوطلبی که توان مشارکت و همکاری در ایجاد تغییر در وضعیت سلامت اجتماع را دارند.
  - **منابع فیزیکی:** مانند زمین‌ها، ساختمان‌ها، سیستم حمل و نقل، زیر ساخت‌های تاسیسات و منابع طبیعی که می‌توانند به ایجاد تغییرات در وضعیت سلامت اجتماع کمک نمایند.
  - **دارایی‌های اقتصادی:** شامل کسب و کار یا تبادلات غیر رسمی اقتصادی مانند روابط داد و ستد کالا که می‌تواند بر وضعیت سلامت اجتماع تاثیر بگذارد.
- رویکرد سوم، ارزیابی اجتماع، هم نیازها و هم نقاط قوت اجتماع را مورد مطالعه قرار می‌دهد. نیازسنجی و ارزیابی ظرفیت هرکدام تنها منعکس کننده بخشی از واقعیت‌های اجتماع هستند و تصویر جامع‌تر را می‌توان با ارزیابی هر دو به دست آورد. بنابراین این فصل بر رویکردی از ارزیابی اجتماعی متمرکز است که هم نیازها و هم نقاط قوت اجتماع را بررسی می‌کند. نگاه وسیع‌تر این رویکرد، دید درست تری را ارائه داده و مداخلات موثرتر را به دنبال خواهد داشت.

---

1 Needs Assessment

2 Capacity Assessment

### جمع آوری داده ها

بر اساس نوع ارزیابی انتخاب شده، پژوهشگران شروع به انتخاب منابع داده‌ها و روش ارزیابی مورد استفاده در جمع‌آوری داده‌ها می‌نمایند. باید به خاطر داشت که نوع داده‌های جمع‌آوری شده و روش‌های ارزیابی به کار رفته به منابع موجود پروژه وابسته است (مانند زمان و پول). منابع داده‌ها شامل داده‌های موجود (حاصل از منابع ثانویه) و دروندا‌های اجتماعی<sup>۱</sup> (جمع‌آوری شده از طریق منابع اولیه) است. معمولاً مجموع اطلاعات موجود و یا منابع داده‌های ثانویه، اطلاعات‌های همه‌گیری شناختی را تشکیل می‌دهند. در مقابل، دروندا‌های اجتماع یا داده‌های جمع‌آوری شده از طریق روش‌های جمع‌آوری داده‌های اولیه، اطلاعاتی را برای اعضای اجتماع، ارایه‌دهندگان خدمات و سایر کسانی که درباره هم‌نیازهای سلامت مطلع هستند و هم‌نگران سلامت اجتماع می‌باشند، فراهم می‌کنند.

### داده‌های موجود

یکی از کارهایی که باید افراد درگیر در ارزیابی اجتماعی انجام دهند، مکان‌یابی داده‌های موجود مربوط به شهرستان، شهر و محله است که می‌تواند برای ارزیابی اجتماعی مهم باشد. علاوه بر مجموعه داده‌های بزرگ ملی، استفاده از داده‌های شهرستان، شهر و محلات به پژوهشگر اجازه می‌دهد تا مشخص کند، سلامت جمعیت هدف در مقایسه با سلامت سایر جمعیت‌ها در مناطق جغرافیایی دیگر با اندازه و ویژگی‌های جمعیت شناختی مشابه چگونه است. چنین داده‌هایی پژوهشگر را قادر می‌کند تا تعیین کند سلامت جمعیت هدف در مقایسه با سلامت کلی شهر، شهرستان و کشور چگونه است. سازمان‌های زیادی مانند ادارات سلامت، داده‌هایی را درباره خدمات سلامت و آمارهای مرتبط با سلامت جمع‌آوری کرده و در دسترس قرار می‌دهند.

سازمان‌هایی در سطح محلی و شهرستانی مانند ادارات پلیس، کتابخانه‌ها، بیمارستان‌ها و کلینیک‌ها نیز می‌توانند منابع انواع داده‌های ثانویه باشند. به عنوان مثال، پرونده‌های بیمارستانی بیماران می‌تواند بینشی نسبت به میزان وقوع یک مشکل سلامت خاص فراهم کند. پرونده‌های بیمارستانی شامل تاریخچه پزشکی، گزارش‌های

---

1 Community Input

بالینی، درمان‌ها و روش‌های تجویز شده و خلاصه ترخیص می‌باشد که تمامی آنها می‌تواند در ارزیابی مواردی مانند الگوهای استفاده از اورژانس در طی یک دوره زمانی مورد استفاده قرار گیرد. باید به یاد داشت که مقرراتی از قبیل قانون انتقال و پاسخگویی بیمه سلامت، بر دسترس بودن این نوع از پرونده‌ها تاثیر گذار است. به منظور حفظ محرمانه بودن اطلاعات بیمار، دسترسی به این پرونده‌ها بسیار دشوار است، مگر این که کلیه اطلاعات شناسایی این پرونده‌ها حذف شود. به این موضوع در فصل سوم بیشتر پرداخته شده است.

پروژه‌های پژوهش‌های دانشگاهی نیز که داده‌های مطالعات اجتماعی جمع‌آوری می‌کنند یا سایر پروژه‌های مرتبط با اجتماع نیز می‌توانند به عنوان منابع داده‌های ثانویه مورد استفاده قرار گیرند. مطالعات پژوهش‌های منتشر شده می‌توانند اطلاعاتی را ارائه دهند که درک پژوهشگر را نسبت به اجتماع هدف و یا اجتماعی که از نظر جنبه‌های کلیدی (مانند جمعیت مهاجر، مشکلات سلامت و یا منابع) مشابه هستند افزایش دهد. اطلاعات یا داده‌هایی که مستقیماً مرتبط با سلامت نیستند نیز به پژوهشگر درک عمیق تری را درباره اجتماع می‌دهد. از جمله این منابع اطلاعات اقتصادی و صنعتی از اتاق بازرگانی و یا سوابق مربوط به حضور در مدارس ابتدایی و بالاتر می‌باشد. همچنین هیات‌های اجتماع‌های محلی که داده‌هایی را درباره ویژگی‌های جمعیت شناختی، مالکین مسکن، مستاجران و میزان اشتغال جمع‌آوری و ارائه می‌دهند می‌توانند دیدگاه‌های قابل توجهی را درباره ارزیابی اجتماعی ایجاد کنند. اطلاعات روزنامه‌ها و خبرنامه‌های اجتماع درباره اخبار مرتبط با اجتماع، فرصت‌های شغلی و نیز سرمقاله‌ها می‌توانند رویدادهای اخیر محلی و موضوعات مرتبط با ارزیابی اجتماعی را نشان دهند.

### تحلیل داده‌ها

پس از این که داده‌های اولیه و ثانویه جمع‌آوری شدند، باید اطلاعات را تحلیل کرد. در ابتدا، مقایسه داده‌های جمعیت هدف با سایر جوامع در کشور به ویژه جوامعی که از لحاظ اندازه جمعیت و سطح درآمد مشابه هستند، می‌تواند مفید باشد. این مقایسه پاسخ قطعی را ارائه نمی‌دهد اما می‌تواند میانگین روندها را تخمین بزند و بیانگر چشم اندازی را در رابطه با ارزیابی اجتماعی باشد. گام بعدی یعنی تحلیل‌های سه سویه سازی (تریانگولیشن) هم داده‌های کمی و هم داده‌های کیفی، تصویر کاملتری را از اجتماع

مورد هدف ارایه خواهد کرد. (مباحث مربوط به تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده در فصل ۶ مورد بحث قرار گرفته است.)

### تقویت یافته‌ها

هر چند داده‌های جمع‌آوری شده از طریق منابع ثانویه می‌توانند دیدگاه‌های نقادانه‌ای را ارایه دهند، اما بر پایه چنین اطلاعاتی ممکن است نتوان به اعتبار مفروضات پژوهشگر درباره خواسته‌ها، نیازها و تمایلات اجتماع برای اقدام مطمئن شد. بنابراین ترکیب داده‌های جمع‌آوری شده از افرادی که در اجتماع زندگی و کار می‌کنند با داده‌های ثانویه، تصویر درست‌تری را از تجارب اعضای اجتماع به دست می‌دهد. داده‌های اولیه شامل اطلاعاتی است که به منظور یک هدف بیان شده از طریق پیمایش‌ها، بحث گروهی متمرکز و مشاهدات مستقل به دست می‌آید (برای اطلاعات بیشتر درباره پیمایش‌ها و بحث گروهی متمرکز به فصل ۶ نگاه کنید).

### درونداد اجتماعی

مشاهدات مستقل تحت عنوان پیمایش‌های مشاهده‌ای<sup>۱</sup> یا نقشه‌نگاری<sup>۲</sup> نیز شناخته می‌شوند. انجام این مشاهدات مستلزم گردش در پیرامون اجتماع چه به صورت پیاده و چه با ماشین برای تهیه لیستی از عوامل یا موانع عینی که مانع رفتار سلامت می‌شوند و یا آن را تسهیل می‌کنند، می‌باشد. این اطلاعات نه تنها در شناسایی منابع موجود در رفع مشکلات سلامت مفید است، بلکه می‌توانند شکاف‌های ارایه خدمات را نیز شناسایی نماید. انواع سوالاتی که یک پژوهشگر ممکن است در هنگام بررسی عینی اجتماع مطرح کند، شامل موارد زیر است: مرزهای جغرافیایی یا تجاری اجتماع چیست؟ چه نوع مسکنی (آپارتمان، منزل چند خانواری و یا بلند مرتبه) در اجتماع وجود دارد؟ چه سازمان‌هایی (سازمان‌ها، بیمارستان‌ها، خدمات مراقبت از کودک و غیره) به ساکنان اجتماع خدمات ارایه می‌کنند؟ چه نوع پارک یا فضاهای بازی وجود دارد؟ چه نوعی از فروشگاه‌ها و تسهیلات تجاری (مانند فروشگاه مواد غذایی یا خرده فروشی بزرگ)، وجود دارد که ساکنان از آنجا خرید می‌کنند؟ چه نوع محل‌های تجمعی (مثلاً

1 Windshield

2 Mapping

مراکز سالمندان یا اردوگاه‌های جوانان) در اجتماع وجود دارد؟ در اجتماع مورد نظر آیا مدارس دولتی هستند یا خصوصی؟ در این اجتماع ساکنان چگونه در داخل و خارج شهر تردد می‌کنند؟ آیا اجتماع ایمن است؟ آیا شواهدی مبنی بر فعالیت سارقین یا حضور پلیس وجود دارد؟

### شناسایی نیازهای اولویت دار و شکاف خدمات

پس از تحلیل داده‌ها، در گام بعدی نیازهای شناسایی شده در فرم خاصی که به منظور تعیین وجود منابع قبلی در اجتماع برای پاسخ به این نیازها می‌باشد، وارد می‌شود. اولویت بندی نتایج ارزیابی اجتماعی در واقع یک فرآیند تصمیم‌گیری است که از طریق آن، مراحل برای طبقه بندی یافته‌های ارزیابی تحت عنوان "نیازهای سلامت بسیار مهم" تا "نیازهای سلامت کم اهمیت" به اجرا در می‌آید. باید دست اندرکاران در اولویت بندی نتایج ارزیابی درگیر شوند تا از انعکاس نظرات افراد درون اجتماع در تصمیمات اطمینان حاصل شود. اگر دست اندرکاران درگیر نشوند، پژوهشگران احتمالاً در اندازه‌گیری پاسخ‌های اجتماع دچار خطا خواهند شد. به عنوان مثال، در شهر East Coast، تحلیل اولیه داده‌های ارزیابی که توسط برنامه ریزان اداره سلامت جمع‌آوری شده بود، نشان داد که میزان آسم کودکان و مسمومیت با سرب در محلات خاصی به نسبت بالاتر است و یک مشکل سلامت را مطرح می‌کند. اگر تنها به این یافته‌ها بسنده می‌شد، لازم بود اقداماتی برای بهبود شرایط محیطی به وجود آورنده این مشکلات انجام می‌شد. یک گروه کاری متشکل از اعضای اجتماع و نمایندگان سازمان‌های محلی که از قبل تشکیل شده بود، طی گزارش خود به کارکنان اداره سلامت بیان کردند که بهسازی ناکافی محیط و نیز مشکل کنترل موش‌ها نگرانی بزرگتری را برای اجتماع ایجاد کرده است. بر خلاف تحلیل اولیه، دست اندرکاران اجتماع در درجه اول علاقمند به خدمات مربوط به آسم و مسمومیت با سرب نبودند، چرا که احساس می‌کردند هجوم موش و تبعات بعدی آن نیازمند توجه فوری است. با استفاده از اطلاعات به دست آمده از دست اندرکاران درگیر، گروه مشورتی و کارکنان اداره سلامت تصمیم گرفتند که برای کمک به شهر، ابتدا باید بر مداخلات بهسازی و کنترل موش متمرکز شوند و سپس به سایر مشکلات اجتماع بپردازند.

این گزارش نشان داد که کار با دست اندرکاران علاقمند، در توافق بر سر ترتیب اولویت نیازهای برآورده نشده که در طی ارزیابی اجتماعی شناسایی شده‌اند، اهمیت دارد. چنین توافقاتی بین تیم تحقیق و دست اندرکاران به جای تحمیل موضوعات از طرف افراد خارج از اجتماع، احتمال این که رهبران اجتماع و اجتماع بزرگتر از مداخله استقبال کنند را افزایش می‌دهد.

برای مشارکت کامل در فرآیند تصمیم‌گیری که مشخص می‌کند باید به کدامیک از یافته‌های ارزیابی اجتماعی پرداخته شود، باید همه افراد درگیر قادر باشند که داده‌های ارزیابی را درک کنند و از آنها استفاده نمایند. لذا، داده‌های باید سازمان یافته بوده و به راحتی و روشنی توسط افراد حرفه‌ای و افراد عادی قابل درک باشند. به طور معمول، برای مبادله یافته‌ها از گزارش‌ها و ارایه‌های شفاهی استفاده می‌شود. در هر یک از این رویکردها می‌توان از وسایل کمکی بصری برای تسهیل در ارایه شفاف و سازمان یافته نتایج سود برد. به عنوان مثال، ارایه تصویری مانند نمودارهای میله‌ای، خطی و دایره‌ای که با استفاده از برنامه‌های صفحه گسترده کامپیوتری (مانند اکسل) تهیه می‌شوند، نمایش تصویری از داده‌های ارزیابی اجتماعی را ارایه می‌دهد.

برخی از تکنیک‌های خاص در سازماندهی بحث و فرآیند جلسات گروهی مفید هستند. یک هماهنگ‌کننده<sup>۱</sup> یا تسهیل‌کننده<sup>۲</sup> خوب می‌تواند مشارکت را تعدیل کرده و از دستیابی به پیامدهای مورد نظر جلسات اطمینان یابد. یک انتخاب ایده آل برای این کار، فردی است که مورد اعتماد شرکت‌کنندگان باشد اما لزومی ندارد که یکی از دست اندرکاران کلیدی باشد. داشتن دستور کار<sup>۳</sup> به سازمان دهی محتوای جلسه کمک می‌کند. تعیین کنید آیا تصمیمات بر اساس رای اکثریت گرفته خواهد شد یا اجماع گروه مورد نیاز است. قبل از پراکنده شده افراد زمان و برنامه جلسه بعدی را مشخص نمایید.

یکی دیگر از راهکارهای طراحی شده برای تحریک بازخورد گروه، استفاده از تکنیک گروه اسمی<sup>۴</sup> است. گروه اسمی، مجموعه‌ای از بارش افکار برای تشویق اعضا برای بیان نظرات، بررسی نظرات سایر افراد و دستیابی به اجماع بر سر اولویت بندی یافته‌های

---

1 Moderator

2 Facilitator

3 Agenda

4 Nominal Group Technique



ارزیابی است. سیستم پایه برای امتیازدهی اولویت‌ها<sup>۱</sup> به این صورت است که از اعضای گروه خواسته می‌شود تا نتایج ارزیابی را بر اساس سه جزء معیار، رتبه‌بندی کنند: اندازه مشکل، جدی بودن مشکل و برآورد تاثیر راه حل. مشکلی که بالاترین رتبه را داشته باشد به عنوان اولویت در فرآیند برنامه‌ریزی تلقی خواهد شد.

تشکیل یک گروه کاری متشکل از دست اندرکاران درگیر در تمامی مراحل ارزیابی اجتماع، روش ارزشمندی است که از این طریق می‌توان نتایج را به دست اندرکاران ارایه کرد و آنها را مورد بحث قرار داد. ایجاد یک گروه کاری متشکل از دست اندرکاران درگیر در تمام مراحل ارزیابی جامعه بستری را فراهم می‌کند که از آن طریق می‌توان یافته‌های ارزیابی را ارایه و مورد بحث قرار داد. بازخورد از این گروه می‌تواند فعالیت‌های برنامه را شکل داده و هدایت نماید. در حالی که گروه کاری می‌تواند به روش‌های مختلف عمل کند، ایجاد و عملکرد این گروه در موفقیت رابطه بین پژوهشگر و اجتماع ضروری است.

### شناسایی خدمات و سایر منابع

پژوهشگران پس از اولویت بندی نیازها، باید مشخص کنند منابعی برای پاسخ به این مشکلات وجود دارد یاخیر. دست اندرکاران، مفیدترین منابع پی بردن به منابع موجود هستند، چرا که آنها مستقیماً با این منابع درگیر بوده، متاثر از این منابع هستند و از منابع درون اجتماع مطلع هستند. یک راه پی بردن به خدمات ارایه شده توسط سازمان‌ها این است که با مدیر سازمان یا هماهنگ کننده برنامه ملاقات کرد و مستقیماً از آنها درباره منابع و خدماتشان سوال کرد. هرچند این کار یک فرآیند زمان بر است، لذا یک راهکار جایگزین این است که با یکی از کارکنانی که مورد یا کار اجتماعی را مدیریت می‌کند برای سازمان دهی اجتماع صحبت کرد. این افراد زمان زیادی را صرف خدمات سلامت و اجتماعی می‌کنند. بسیاری از این افراد برخی از منابع اجتماع را مستقیماً مهیا کرده و یا از آنها استفاده خواهند کرد. سازمان‌های دولتی مانند ادارات سلامت به صورت منظم خدمات موجود را شناسایی و در قالب کتاب‌های راهنما طبقه بندی می‌کنند که اغلب از طریق تلفن یا اینترنت قابل دسترسی هستند. سایر

ویژگی‌های اجتماع نظیر حمل و نقل، پارک‌ها و مسیرهای پیاده روی را می‌توان از طریق مشاهده شناسایی کرد. بدیهی است می‌توان از اینترنت برای مکان یابی خدمات اجتماعی موجود برای جمعیت هدف بهره برد.

اگر مشخص شد که خدماتی برای پرداختن به نگرانی‌های سلامت شناسایی شده موجود نیست، باید مداخلات جدیدی را طراحی نمود (به فصل هشت نگاه کنید). در صورتی که خدمات موجود باشند، گام بعدی بررسی این موضوع است که چرا جمعیت هدف از این خدمات استفاده نمی‌کنند. به عنوان مثال، سازمان‌هایی که به سالمندان خدماتی را ارائه می‌دهند ممکن است به دلیل فقدان سیستم حمل و نقل مناسب، نتواند سالمندان را جذب نماید. پژوهشگران می‌توانند از یافته‌های ارزیابی اجتماعی برای کمک به تعیین جاهایی که خدمات را می‌توان افزایش داد، استفاده نمایند. دست اندرکاران نیز می‌توانند بینشی را نسبت به عواملی که مانع دسترسی افراد به خدمات اجتماع است فراهم نمایند.

### خلاصه

شناسایی نیازهای مبرم درون اجتماع را می‌توان از طریق ارزیابی نظام‌مند اجتماع انجام داد. به کارگیری طرح خاص ارزیابی اجتماعی بستگی به منابع موجود و در دسترس دارد. فرآیندهای ارزیابی اجتماع، هم از داده‌های موجود و هم از دروندادهای اجتماع برای تعیین و اولویت بندی نیازها استفاده می‌کنند. درگیری اجتماع نقش بزرگی در موفقیت ارزیابی و برقراری روابط برای مداخلات آتی بر اساس پیامدها دارد.

### فعالیت‌ها

۱- گاهی اوقات ارزیابی اجتماعی باید به سرعت و بدون زمان کافی برای جستجوی چیزهایی فراتر از آمارها و مقالات مرتبط انجام گیرد.

فرض کنید شما مدیر برنامه‌ای برای یک سازمان سلامت ملی هستید. در روز دوشنبه شما متوجه می‌شوید که تقاضایی برای پرداختن به موضوعاتی که دقیقاً سازمان شما به آنها توجه دارد، و برای شما تیز به عنوان یک دانشجو مهم است، مطرح شده است. فرصت درخواست مطرح شده تا روز جمعه است. فکر کنید شما درباره جمعیت و مشکل مورد نظر چه چیزهایی می‌دانید و چگونه می‌توانید این اطلاعات را به دست

آوريد و منابع مالی را برای یک مداخله آید آل برای پرداختن به مشکلی که شما با آن آشنا هستید، دریافت کنید.

الف: مشکل چیست؟

ب: چه کسی متاثر از این مشکل است؟

ج: جمعیت هدف کدام است؟ این افراد چند ساله‌اند و در کجا زندگی می‌کنند؟

د: چه چیزهای دیگری درباره این جمعیت و مشکل می‌دانید؟

۲- درباره مرتبط‌ترین منابع داده که می‌توانید برای توصیف بیشتر جمعیت و مشکل به دست آورید، فکر کنید. این منابع شامل چه مواردی هستند و چرا شما فکر می‌کنید می‌توانند کمک کننده باشند؟

۳- برای یافتن مقالاتی در توصیف مشکل موجود در جمعیت انتخابی جستجو کنید. دو مقاله مرتبط را برای توصیف مشکل سلامت جمعیت مورد نظران پیدا کنید. به یاد داشته باشد که هدف پیدا کردن هر مقاله‌ای که در این زمینه نوشته شده نیست بلکه هدف خواندن مقالات مرتبط‌تر و گزارش بهترین و مرتبط‌ترین آنها است.

### سوالات بحث

دو سناریوی زیر را در نظر بگیرید و درباره پاسخ‌های خود بحث کنید:

#### سناریوی اجتماع ۱: توصیف یک اجتماع شهری

شما در حال ارزیابی یک اجتماع شهری ۲۵۰ هزار نفری هستید که دچار رکود اقتصادی است. شما کار را با یک پیمایش مشاهده‌ای شروع می‌کنید. طی این کار در این منطقه رانندگی کرده و برداشت‌های خود و نیز منابع و کاستی‌های آشکار را ثبت می‌کنید. شما در خیابان اصلی مرکز شهر موارد زیر را می‌بینید:

چند رستوران قومیتی، دو رستوران غذای آماده و یک رستوران، یک فروشگاه مبلمان دست دوم، فروشگاه سخت افزار، سه فروشگاه لباس زنانه، فروشگاه کتاب‌های دست دوم و فروشگاه لوازم التحریر

اداره پست و سالن شهر

دو مغازه مشروب فروشی

دو سینما که دو فیلم جدید را نمایش می‌دهند.

### دفتر روزنامه محلی

روبروی سینما یک پارک کوچک با تعدادی نیمکت و یک موزه مربوط به جنگ جهانی دوم قرار دارد. در بزرگراه ورودی اصلی شهر یک فروشگاه خرده فروشی بزرگ، یک سوپر مارکت بزرگ و مرکز خرید کوچک با چند رستوران زنجیره‌ای، یک فروشگاه کفش فروشی، یک رستوران پیتزا، یک کافه تریا و یک فروشگاه ارزان فروشی قرار دارد. همچنین در حین رانندگی یک یا دو ساعته در شهر، یادداشت‌های زیر را ثبت می‌کنید:

ده کلیسا که سه تا از آنها غذای گرم ارایه می‌دهد.

یک بیمارستان عمومی و یک بیمارستان کاتولیک

سه کلینیک، یک مرکز تنظیم خانواده، شش مطب پزشک و سه مطب دندانپزشک

اداره پلیس، آتش نشانی و اداره سلامت

یک دانشکده (مدرسه عالی دو ساله)، سه دبیرستان، پنج مدرسه راهنمایی، هشت

مدرسه ابتدایی و یک مدرسه ابتدایی ناحیه ای

یک نوانخانه (محل اطعام فقرا)

چهار سوپرمارکت و شش فروشگاه کوچک

یک مرکز مشاوره بارداری

اگر منابع داده‌های ثانویه‌ای که بررسی کرده اید، نشان دهد که بارداری نوجوانان یک مشکل سلامت این اجتماع است، برای جمع‌آوری اطلاعات دست اول و اولیه درباره این مشکل به کجا مراجعه خواهید کرد؟ چه سولاتی را مطرح خواهید کرد؟ اگر منابع داده‌های اولیه نشان دهد که آسم کودکان یک مشکل سلامت این اجتماع است به کجا مراجعه خواهید کرد؟ درباره تفاوت پاسخ تان به این دو سوال مطرح شده بحث کنید.

### سناریوی اجتماع ۲: توصیف یک اجتماع برون شهری

شما در حال ارزیابی یک شهرک با جمعیتی در حدود دوازده هزار نفر هستید. اساس اقتصاد این شهرک، کشاورزی و کارخانه‌های کوچک تولیدی است. شما کار را با یک پیمایش مشاهده‌ای شروع می‌کنید و طی آن در این منطقه رانندگی کرده و برداشت‌های خود و نیز منابع و کاستی‌های آشکار را ثبت می‌کنید. شما در خیابان اصلی مرکز شهر موارد زیر را می‌بینید:

ساختمان شهرداری

انبار غله

کتابخانه

سه فروشگاه عتیقه فروشی

دو بانک

یک مطب پزشک، دو دفتر وکالت و یک مطب دندانپزشک

یک فروشگاه لوازم یدکی خودرو

در خیابان ورودی شهر، دو مسافرخانه، یک سوپر مارکت، دو بانک، یک ایستگاه

پمپ گاز، یک داروخانه زنجیره‌ای، نمایندگی خود رو، پنج رستوران غذای آماده مختلف،

یک باشگاه بولینگ، یک بیمارستان و یک فروشگاه خرده فروشی بزرگ قرار دارند.

همچنین در حین رانندگی یک یا دو ساعته در شهر، یادداشت‌های زیر را ثبت

می‌کنید:

پنج کلیسا که یکی از آنها غذای گرم ارایه می‌دهد.

اداره پلیس، آتش نشانی و اداره سلامت

یک دانشکده شهر (مدرسه عالی دو ساله)، یک دبیرستان، دو مدرسه راهنمایی و

چهار مدرسه ابتدایی

سه بازار کوچک

یک مرکز مشاوره بارداری

اگر منابع داده‌های ثانویه‌ای که شما بررسی کرده اید نشان دهد که مصرف الکل و

رانندگی در سنین پایین یک مشکل اجتماع مورد نظر است، برای جمع‌آوری داده‌های

دست اول و اولیه به کجا مراجعه می‌کنید؟ چه نوع سوالاتی را می‌پرسید؟

در صورتی که منابع داده‌های اولیه نشان دهد که بیماری‌های قلبی عروقی تاثیر بدی

بر میزان مرگ و میر در این اجتماع دارند، برای جمع‌آوری اطلاعات به کجا می‌روید؟

پاسخ شما به این سوال چه تفاوتی با پاسختان به پرسش قبلی دارد؟



## فصل هشتم

### برنامه ریزی مداخله اجتماع محور

#### اهداف یادگیری

مرور منابع برای شناسایی مداخلات سلامت

درک اهمیت درستی مداخله

توصیف مراحل تهیه یک الگوی منطقی





## نگاه کلی

این فصل چگونگی استفاده از نتایج ارزیابی سلامت اجتماعی برای قضاوت درباره مشکلات سلامت در جمعیت هدف و شناسایی منابعی که بالقوه می‌توانند در پرداختن به مشکلات، مورد استفاده قرار گیرند را شرح می‌دهد. محتوای این فصل شامل مباحث، مراحل و منابعی است که باید در هنگام برنامه‌ریزی یک مداخله اجتماع محور مورد توجه قرار گیرند و نیز ساختاری که باید وجود داشته باشد تا احتمال موفقیت را به حداکثر برساند.

هدف از هر مداخله سلامت اجتماع محور، پرداختن به یک نیاز سلامت برآورده نشده است که به دنبال ارزیابی اجتماعی، توسط دست اندرکاران و پژوهشگران مشخص شده‌اند. توجه به این نیاز سلامت، هدف کلی<sup>1</sup> یک مداخله است. تدوین هدف کلی معمولاً با بیان مشکل با اصلاحاتی مانند کاهش بارداری در نوجوانان، پیشگیری از سقوط در میان سالمندان و یا بهبود سلامت قلبی عروقی زنان شروع می‌شود. همچنین بیان مشکل، حاوی اطلاعاتی درباره جمعیت‌های خاص است، مانند:

- کاهش تعداد بارداری در میان دانش‌آموزان دبیرستان‌های منطقه
- پیشگیری از سقوط سالمندان ساکن آپارتمان‌های مرکز نگهداری سالمندان
- بهبود سلامت قلب و عروق در میان زنان آفریقایی-آمریکایی شهر Smithville
- محتوا و قالب مداخله

برای پرداختن به هر یک از مشکلات سلامت اجتماع، مانند سه نمونه قبلی، انواع رویکردها را می‌توان به کار برد. به منظور انتخاب مداخله و تدوین اهداف موثر، باید قبل از تصمیم‌گیری درباره رویکرد، یافته‌های پژوهش‌ها موجود درباره مشکل را بررسی نمود. به عنوان مثال:

چند رویکرد متفاوت را می‌توان برای پرداختن به مشکل شناسایی شده بارداری نوجوانان به کار برد. برخی از مطالعات مبتنی بر شواهد نشان می‌دهند، دخترانی که مدرسه را ترک می‌کنند در معرض خطر بیشتری برای تجربه بارداری ناخواسته قرار دارند. مطالعات دیگر نشان می‌دهند که بسیاری از نوجوان به دلیل شکست در استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری و یا استفاده نامرتب از آنها، دچار بارداری ناخواسته

---

1 Overall Goal

می‌شوند. همچنین شواهدی موجود است که نشان می‌دهد، دختران نوجوانی که در ورزش‌های سازمان یافته شرکت می‌کنند میزان پایین تری از رفتارهای پر خطر جنسی و بارداری را تجربه می‌کنند.

نمونه دیگر مربوط به راه‌های مختلفی است که می‌توان در پیشگیری از سقوط سالمندان اتخاذ کرد. شواهدی موجود است که نشان می‌دهد، می‌توان از طریق مداخلاتی نظیر ارزیابی منزل برای بررسی خطرات ایمنی و یا نصب میله‌هایی برای گرفتن در هنگام استفاده از توالت و حمام، میزان سقوط را در سالمندان کاهش داد.

نمونه آخر، راه‌های مختلف پرداختن به مشکل سوم بیان شده در بخش قبلی یعنی بیماری‌های قلبی عروقی را مطرح می‌کند. مداخلات موفقی، افزایش فعالیت بدنی از طریق برنامه‌های پیاده روی یا رقص را پیشنهاد می‌کنند، در حالی که مطالعاتی هستند که به این مشکل از طریق مداخلاتی که عادات غذایی را تغییر می‌دهد، پرداخته‌اند.

پژوهش‌های کتابخانه‌ای در قالب بررسی متون در مرحله اولیه برنامه ریزی، حیاتی است. بدون این بررسی پژوهشگر ممکن است سهواً پروژه مداخله‌ای را که قبلاً در جای دیگری مورد آزمون قرار گرفته و احتمالاً شکست خورده را اجرا نمایند. نیاز نیست که چرخ را از نو اختراع کرد. متون علمی سرشار از نمونه‌های مداخلات طراحی شده‌ای است که اثر بخشی آنها به دقت ارزیابی شده‌اند. از آنجا که اطلاعات زیادی در دسترس است، پژوهشگر باید قبل از نهایی کردن یک رویکرد عملیاتی خاص، بررسی کند که افراد دیگر در این زمینه چه کارهایی می‌کنند. به طور خاص، باید رویکردهایی که مشخص شده تأثیرات مثبتی بر جمعیت‌های بزرگتر دارند را شناسایی کرد.

### بررسی پایگاه داده‌های مرتبط

شناسایی مداخلات پژوهش‌های، مستلزم بررسی پایگاه داده‌ها و ابزارهای الکترونیکی است که اطلاعات جستجو را سازماندهی می‌کنند. تعدادی از پایگاه داده‌های کامپیوتری که متون علمی در زمینه‌های خاصی را ارائه می‌دهند در زیر معرفی شده است:

- PubMed پایگاه داده‌ای است که توسط کتابخانه ملی پزشکی طراحی شده است. این پایگاه دسترسی به بیش از چهار هزار مجله از جمله مقالات مرتبط با سلامت اجتماع را از طریق هر کامپیوتری که به اینترنت دسترسی داشته باشد، فراهم می‌کند.

- CINAHL دسترسی به مجلات مختلف و نیز منابعی که مرتبط با سلامت عمومی است را فراهم می‌کند. این پایگاه به مقالات چاپ شده از سال ۱۹۷۳ ارجاع می‌دهد.
  - EMBASE بیش از ۳۵۰۰ مجله بین‌المللی را نمایه می‌کند و موضوعات مختلفی را از جمله سلامت عمومی، سیاست و مدیریت سلامت، بهداشت حرفه‌ای و بهداشت محیط را پوشش می‌دهد.
  - Global Health Database منابع مرتبط با سلامت و بیماری از جمله بیماری‌های قابل انتقال، بیماری‌های گرمسیری، بیماری‌های انگلی، تغذیه، سلامت اجتماع و گیاهان دارویی و سمی را ارائه می‌دهد.
  - Web of Science (به عنوان نمایه استنادی علوم نیز شناخته می‌شود) متشکل از هفت پایگاه داده‌ای است که دسترسی به اطلاعات تعداد زیادی از رشته‌های علمی از جمله پزشکی و سلامت عمومی را مهیا می‌کند.
- در تمامی این منابع، می‌توان بر حسب فرد، مکان، موضوع و نیز ارجاع به مقاله جستجو کرد. تمامی نمایه‌های استنادی (علوم پایه، علوم اجتماعی و علوم انسانی) را می‌توان به صورت همزمان جستجو کرد. برای افرادی که با جستجوی الکترونیکی متون آشنایی ندارند، سایت PubMed راهنمایی‌های مفیدی را ارائه می‌کند ([www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed)). کتابداران مرجع<sup>۱</sup> نیز یک منبع عالی برای کمک در امر جستجوی منابع هستند.
- باید توجه کرد که جستجوی پایگاه‌های نمایه شده، همان جستجو در اینترنت نیست. تایپ کردن چند اصطلاح مانند بارداری، نوجوان و مداخلات، در یافتن منابع علمی موفقیت آمیز نخواهد بود. بلکه هر یک از این واژه‌ها به صورت جداگانه مورد جستجو قرار می‌گیرند و سپس از متصل کننده‌هایی که عملگرهای بولین<sup>۲</sup> نامیده می‌شوند، برای تمرکز یا اتصال بین واژه‌های جستجو استفاده می‌شود. سه عملگر بولین شامل AND، OR و NOT است. استفاده از AND جستجو را محدود می‌کند، با استفاده از OR جستجو گسترده می‌شود و استفاده از NOT کلماتی را از جستجو خارج می‌کند. برای اطلاعات بیشتر درباره عملگرهای بولین سایت <http://ir.exp.sis.pitt.edu/res2/view.php?rid=85> را ببینید.

---

1 Reference Librarians

2 Boolean Operators

وارد کردن اصطلاحات متاآنالیز یا مقاله مروری در جستجو، اغلب مقاله‌ای را که تمام مداخلات اصلی را بررسی کرده و یا آنچه در حال حاضر درباره موضوع شناخته شده است را شناسایی می‌کند. محدود کردن جستجو به یک دوره زمانی خاص مانند ده سال گذشته، زمانی مفید است که جستجو منجر به یافتن صدها و هزاران مقاله شده باشد. علاوه بر جستجوی متون دانشگاهی، جستجوی اینترنتی منجر به شناسایی سایت‌هایی می‌شود که اطلاعاتی را درباره مداخلات ارائه می‌دهند، بسیاری از این سایت‌ها حاوی اطلاعات دقیقی هستند. برای مثال:

- Community Guide با حمایت مرکز کنترل و مبارزه با بیماریها (CDC) راه اندازی شده و مداخلات مبتنی بر شواهد در زمینه‌های متنوع سلامت را بررسی کرده و پیشنهاداتی درباره آن ارائه می‌دهد ([www.thecommunityguide.org](http://www.thecommunityguide.org)).
- Cochrane Review شواهد قوی مداخلات در زمینه‌های مختلف را ارائه می‌دهد. ([www.cochrane.org/reviews](http://www.cochrane.org/reviews))
- Health - Evidence.ca که مورد حمایت مالی موسسه پژوهش‌ها سلامت کانادا است، دسترسی به فهرست آنلاین مداخلات مرور نظام‌مند در حوزه سلامت عمومی و ارتقای سلامت را فراهم می‌کند. (<http://health-evidence.ca>).
- National Guideline Clearinghouse توسط سازمان پژوهش‌ها و کیفیت مراقبت‌های سلامت تهیه شده و برای مخاطبان دسترسی به پایگاه داده‌های جامعی از راهنماهای اقدامات مبتنی بر شواهد را امکان‌پذیر می‌کند ([www.guidelines.gov](http://www.guidelines.gov))
- Public Health Partners دسترسی به مجلات بهداشتی، خبرنامه‌ها و گزارش‌های دولتی و نهادهای اجتماعی را ارائه می‌دهد. (<http://phpartners.org/guide.html>)
- Google Scholar می‌تواند خلاصه مقالاتی که مرتبط با موضوع مورد جستجو باشد را شناسایی کند، هر چند متن مقالات باید خریداری شوند (<http://scholar.google.com>).

### انجمن‌ها<sup>۱</sup> و همایش‌ها

یکی دیگر از منابع کسب اطلاعات درباره مداخلات، انجمن‌هایی مانند کنفرانس‌ها، فهرست‌های پستی و خبرنامه‌های مورد استفاده افراد حرفه‌ای است. این انجمن‌ها مکانی را فراهم می‌کنند که افراد حرفه‌ای می‌توانند یافته‌های حاصل از پروژه‌های خود و

درس‌های آموخته را با دیگران به اشتراک بگذارند. به عنوان مثال، بسیاری از افراد حرفه‌ای کارهای خود را برای افزایش استناد به مداخلات خود و نیز دریافت بازخورد از طرف هم‌سطحان خود، در کنفرانس‌های محلی، استانی و ملی مطرح می‌کنند. وبسایت کنفرانس‌ها اغلب حاوی اطلاعات مربوط به مداخله و پیوند به وبسایت‌های سایر پروژه‌های مربوط به موضوعات خاص و سازمان دهنده‌های آنها می‌باشند.

شبکه‌سازی با افرادی که دارای تجارب فردی یا حرفه‌ای در یک حوزه خاص سلامت عمومی هستند، بسیار ارزشمند است. شروع به بحث با همکارانی که در حال کار بر روی حوزه مورد نظر شما در سلامت عمومی هستند نمایید. برای شناسایی کارکنانی که با مشکل سلامت مورد نظر شما آشنایی دارند، ادارات بهداشت محلی و استانی را بررسی کنید. در بنیادهای خصوصی و دولتی یا سازمان‌های مرکزی که کمک‌های مالی اعطا می‌کنند نیز ممکن است بتوان مداخلاتی در زمینه موضوع مورد نظر یافت.

چنین بررسی کاملی از متون علمی برای یافتن راهکارهای اثربخش می‌تواند منجر به آشنا شدن پژوهشگر با راهکارهایی شود که قبلاً برای حل مشکلات سلامت در سایر جوامع مورد استفاده قرار گرفته‌اند. این دانش می‌تواند در زمان، پول و نیز میزان تلاش صرف شده صرفه جویی نماید.

### تمام گزینه‌ها را در نظر بگیرید.

مداخلاتی که به مشکل سلامت شناسایی شده اجتماع می‌پردازد باید مسیر قبلی تحقیق موثر را تکرار نماید. همچنین مداخله انتخاب شده باید مورد قبول اجتماع هدف باشد. به عنوان مثال، پژوهشگر باید بداند که فارغ از این که شواهد علمی چه پیشنهادی را مطرح می‌کنند، دست اندرکاران کلیدی اجتماع Middletown از مداخله‌ای برای افزایش دسترسی به روش‌های پیشگیری از بارداری در نوجوانان حمایتی نمی‌کنند. در حالی که در طی بررسی متون، گزینه‌های دیگری شناسایی شده‌اند که ضمن دستیابی به هدف کلی، مورد قبول اجتماع هم هستند. این گزینه‌ها مداخلاتی هستند که به میزان ترک مدرسه در میان نوجوانان دختر و یا برنامه‌های ورزشی بعد از مدرسه برای همان جمعیت می‌پردازند. در این اجتماع خاص، ممکن است هر دوی این گزینه‌ها مورد حمایت بیشتری قرار گیرند.

شفاف‌سازی اهداف اختصاصی<sup>۱</sup>

در حالی که هدف کلی مداخله ثابت باقی می‌ماند، اهداف اختصاصی (جزیی) مداخله باید مستقیماً فعالیت‌ها یا مداخلات خاصی که اجرا خواهند شد، را دنبال کنند. به عنوان مثال، درباره مداخله‌ای که به دنبال کاهش بارداری نوجوانان است، هر کدام از رویکردهای دسترسی به روش‌های تنظیم خانواده، برنامه کاهش ترک مدرسه و یا برنامه ورزش بعد از مدرسه انتخاب شده باشد، اهداف باید هم منعکس کننده چستی مداخله باشند و هم سنجش‌های کمی مربوط به تاثیر مداخله را نشان دهند. هر مداخله خاصی می‌تواند چندین هدف داشته باشد و این اهداف خاص مسیری که مداخله انتخاب کرده است خواهد بود.

بهترین اهداف آنهایی هستند که ساده بوده و با جملات دقیق نوشته شده باشند، همچنین بیانگر چیزی باشند که از مداخله انتظار می‌رود به انجام برساند. چنین اهدافی، تعیین می‌کنند که چه نتایجی تحقق پیدا خواهد کرد و چه مسیری طی خواهد شد. این اهداف به سوالات زیر پاسخ می‌دهند:

- چه کسی درگیر است؟ (معمولاً به عنوان جمعیت بیان می‌شود)
- چه مقدار تغییر ایجاد خواهد شد؟ (معمولاً به صورت درصد بیان می‌شود)
- چه کاری اختصاصاً انجام خواهد شد؟
- در طی چه مدت زمان اهداف پژوهشگر خواهند شد؟ (معمولاً به صورت چارچوب زمانی بیان می‌شود).

یک قاعده کلی برای نوشتن اهداف اختصاصی، مشخص بودن<sup>۲</sup>، قابل سنجش بودن<sup>۳</sup>، قابل دستیابی<sup>۴</sup>، واقع‌گرایانه<sup>۵</sup> (یا مرتبط<sup>۶</sup>) و زمان دار بودن<sup>۷</sup> است که اصطلاحاً SMART گفته می‌شود: تا زمان [چارچوب زمانی]، [یک جمعیت هدف خاص]، [به یک پیامد بر اساس هدف مداخله] دست پیدا خواهند کرد، این نتایج بر اساس مستندات (پیامد قابل سنجش: تعداد، میزان و یا درصد تغییر) مشخص خواهد شد.

- 
- 1 Objective Clarify
  - 2 Specific
  - 3 Measurable
  - 4 Attainable
  - 5 Realistic
  - 6 Relevant
  - 7 Time-bounded

برای کسب اطلاعات بیشتر درباره نحوه نوشتن اهداف SMART سایت زیر را ببینید  
[www.cdc.gov/dhdsp/state\\_program/evaluation\\_guides/smart\\_objectives.htm](http://www.cdc.gov/dhdsp/state_program/evaluation_guides/smart_objectives.htm)

اگر مداخله‌ای به دنبال کاهش بارداری در نوجوانان از طریق افزایش میزان فارغ التحصیلی از مدرسه است، اهداف اختصاصی می‌تواند به صورت زیر بیان شود:

پس از شرکت در ۸۰٪ از فعالیت‌های پشتیبانی علمی بعد از مدرسه (کلاس‌های جبرانی)، ۷۰٪ دانش‌آموزان شرکت‌کننده تغییرات مثبتی را در نگرش نسبت به فارغ التحصیلی از دبیرستان گزارش خواهند کرد (اندازه‌گیری شده از طریق پیمایش قبل و بعد).

با اجرای یک برنامه سخنرانی توسط افراد موفق، علاقه به حرفه سلامت در میان ۵۰ دختر نوجوان در معرض خطر تا سال x افزایش خواهد یافت.

تا ۱۵ مارس سال x، دو بازدید میدانی از موسسات علمی محلی و یا آموزش دانشگاهی برای حداقل ۵۰ دختر نوجوان در معرض خطر در دبیرستان‌های Middletown انجام می‌شود.

اگر مداخله‌ای به دنبال کاهش احتمال بارداری نوجوانان از طریق افزایش دسترسی به روش‌های پیشگیری از بارداری است، اهداف اختصاصی برنامه می‌تواند به صورت زیر باشد:

تا پایان سال تحصیلی x دسترسی دانش‌آموزان دبیرستان‌های Middletown به کاندوم از طریق فراهم کردن کاندوم در سه مناسبت با حضور دانش‌آموزان (یک مورد در مدرسه و دو مورد در خارج از مدرسه) افزایش یابد.

تا سال x مرکز بهداشت مدرسه، تعداد روش‌های پیشگیری از بارداری ارائه شده به دانش‌آموزان دبیرستان‌های Middletown را از دو مورد به چهار مورد افزایش دهد.

تا سال x، دو کارگاه یک روزه درباره افزایش مهارت‌های ارتباطی مسایل جنسی برای حداقل ۹۰ درصد دانش‌آموزان دبیرستان‌های Middletown برگزار شود.

اگر بر اساس بررسی متون، محتوای مداخله برای افزایش مشارکت در برنامه‌های ورزشی سازماندهی شده است، اهداف اختصاصی برنامه می‌تواند به صورت زیر باشد:

در طی سال تحصیلی x، یک ترم پاییزی یا بهاری (یا در طول سال) برای برنامه ورزشی دختران با جمعیت هدف اولیه ۵۰ دانش‌آموز از دبیرستان‌های Middletown راه اندازی شود.

تا سال x، یک جلسه انگیزشی و یک جلسه اجتماع دخترانه و پنج بحث گروهی کوچک و عملی توسط یک چهره ورزشی زن در دبیرستان‌های Middletown برگزار شود.

امیدواریم این مثال‌ها اهمیت تحقیق مقدماتی را روشن کرده باشند. درحالی که اهداف کلی، هدف عمومی یک مداخله را توصیف می‌کند، اهداف اختصاصی بیانگر تغییرات خاصی هستند که به دنبال مداخله ایجاد خواهد شد. استفاده از پژوهش‌ها قبلی، موجب طراحی آگاهانه مداخله شده و از آن حمایت می‌کند.

### تعیین تناسب مداخله موجود

پس از مرور متون، پژوهشگران باید درباره این که آیا مداخله می‌تواند به نیازهای جمعیت هدف پاسخ دهد یا خیر، تصمیم‌گیری کنند. از آنجا که تنوع زیادی در میان اجتماع‌ها وجود دارد، برای متناسب‌سازی و یا تطبیق مداخله برای یک جمعیت خاص، درجاتی از تغییر باید صورت گیرد. هدف از تطبیق یا متناسب‌سازی مداخله موجود، حفظ میزان بالایی از درستی به طرح اصلی، محتوا و برنامه اجرایی تا حد امکان است تا شانس موفقیت و اثر بخشی افزایش یابد. یک دلیل رایج اصلاح مداخله، طول مدت مداخله اصلی است. به عنوان مثال، اگر تنها زمان موجود برای اجرای مداخله اجتماعی فعلی، پس از جلسات هفتگی مراقبت‌های بارداری درمانگاه باشد، یک برنامه دو ساعته احتمالاً بیش از حد طولانی خواهد بود. به همین ترتیب، یک مداخله ده هفته‌ای که بر اساس اطلاعات دریافتی هفتگی و تعاملات بنا نهاده شده، ممکن است برای متوقف کردن تسهیلاتی که دارای تغییرات قابل توجهی در هر هفته است، نامناسب باشد.

تناسب محتوای مداخله برای یک گروه نژادی یا قومیتی خاص نیز باید مورد توجه قرار گیرد. یک مداخله فعالیت بدنی ایمن محور<sup>۱</sup> زنان آمریکایی آفریقایی تبار، به دلیل تفاوت‌های فرهنگی، برای استفاده در بین مهاجران اردوگاه‌های پناهندگان خاور میانه‌ای مناسب نخواهد بود. سایر عوامل نظیر تناسب سن و جنس نیز می‌تواند بر چگونگی تجربه مداخله توسط شرکت‌کنندگان تاثیر بگذارد. محتوای یک مداخله در باره خشونت‌های جنسی برای دختران نوجوان، تا حد زیادی متفاوت از مداخله‌ای است که برای پسران نوجوان طراحی می‌شود. همینطور، از آنجا که نوجوانان در مراحل اولیه این دوره، مراحل تکاملی کاملاً متفاوتی را نسبت به اواخر دوره نوجوانی دارند، مداخله‌ای که برای نوجوانان شانزده تا هجده ساله طراحی شده از روش اراییه متفاوتی نسبت به مداخله خاص نوجوان یازده تا سیزده ساله خواهد داشت.

---

1 Faith-based Physical Activity Intervention



یکی دیگر از جنبه‌هایی که باید در نظر گرفته شود، منابع مورد نیاز است. اگر وجود تسهیل‌کننده‌های آموزش دیده برای اثر بخشی مداخله ضروری باشد، مداخله پیشنهادی باید منابع مالی برای تقبل این منابع را داشته باشد. اگر فضای داخل ساختمان برای مداخله فعالیت بدنی ضرورت داشته باشد، دسترسی به یک مکان مناسب باید از قبل ترتیب داده شود.

از آنجا که تکرار مداخله به صورت کامل چالش بر انگیز است، به منظور به حداقل رساندن احتمال کاهش اثر بخشی مداخله، ضمن حفظ وفاداری به محتوای اصلی، چند راهکار پیشنهاد شده است. بهترین و بارزترین رویکرد، انتخاب مداخله‌ای است که نیاز به اصلاح ندارد و یا حداقل اصلاح را طلب می‌کند. بررسی کنید که آیا اجزای مداخله اقتباس شده، از جمله چارچوب راهنما، مواد مداخله، طول مدت و راهکار اجرایی برای ارایه، تجانسی با اجتماع و نیازهای هدف دارد یا خیر. کارکنانی که مسئول اجرای مداخله خواهند بود در این کار درگیر کنید، زیرا کار آنها می‌تواند مستقیماً بر درستی مداخله تاثیر بگذارد. در صورت امکان، از پژوهشگرانی که مداخله اصلی را اجرا کرده‌اند، راهنمایی بگیرید. این فرد می‌تواند بینشی را نسبت به ایجاد تغییرات در جایی که منجر به تغییر در تمامیت مداخله نشود، فراهم نماید.

### الگوی منطقی<sup>۱</sup> به عنوان یک راهبرد سازمان دهی

پس از آنکه رویکرد مداخله انتخاب شد، چپینش جنبه‌های مختلف مداخله با استفاده از یک ابزار برنامه‌ریزی تحت عنوان یک الگوی منطقی، مفید خواهد بود. این الگو یک تصویرگرایی از منطق پشت مداخله ارایه می‌دهد. الگوهای منطقی توسط طراحان، و ارزیابی کنندگان مداخلات برای اندازه‌گیری عملکرد و مبادله اجزای مداخله به کارکنان، دست اندرکاران و تامین کنندگان بالقوه منابع مالی به کار رفته است.

الگوهای منطقی به عنوان یک ابزار طراحی، فواید بسیاری دارند. به عنوان مثال، فرآیند طراحی یک الگوی منطقی، به پژوهشگر درک روشنی از اهداف مداخله، اهمیت، مراحل ضروری اجرا و نتایج مورد نظر ارائه می‌دهد. پس از طراحی الگو، شکاف‌های برنامه مداخله به راحتی قابل شناسایی هستند و تمرکز بر پیامدها حفظ می‌شود. از آنجا که الگوی منطقی پیامدهای مورد انتظار هر یک از بخش‌های مداخله را نشان می‌دهد،

می‌تواند برای تهیه برنامه ارزیابی نیز به کار رود. الگوی منطقی با فراهم کردن یک زبان مشترک از مفاهیم و اصطلاحات، کمک می‌کند تا درک مشترکی از مداخله برای تمام افراد در گیر در مداخله ایجاد شود. این امر موجب تسهیل در برقراری ارتباط و انسجام در طی اجرای فعالیت‌های مداخله می‌شود. همچنین الگو به عنوان یادآور حفظ ارتباط بین اجزای مختلف مداخله عمل می‌کند.

سه رویکرد مختلف برای ایجاد یک الگوی منطقی وجود دارد که برخی از آنها برای مراحل خاصی از مداخله مناسب‌تر هستند.

الگوهای با رویکرد نظریه‌ای از نظریه‌ها برای هدایت برنامه‌ریزی و طراحی مداخله بهره می‌گیرند. این الگوها، منطقی را برای رویکردهای برنامه‌ای اتخاذ شده و راهبرد به کار رفته فراهم می‌کند که شامل آنچه که باید انجام شود، چگونگی انجام و افرادی که باید فعالیت‌ها را به انجام برسانند، می‌باشد. همچنین این الگوها چرایی و چگونگی موفقیت مداخلات در گذشته را تبیین می‌کنند. رویکرد نظری به الگوها مکرراً برای برنامه‌ریزی و طراحی مداخلات جدید استفاده می‌شود.

الگوهای با رویکرد پیامدی بر پیامدهای مورد نظر در قالب زمان-ازپیامدهای فوری تا پیامدهای میان مدت و طولانی مدت- تمرکز دارند. این الگوها نحوه ارزیابی اجزای مداخله در تعیین دستیابی به اهداف مورد نظرشان را نشان می‌دهند. این الگوها عموماً برای ارزیابی اهداف به کار می‌روند.

الگوهای با رویکرد فعالیتی بر فعالیت‌های پروژه، نتایج مورد انتظار از این فعالیت‌ها و نیز منابع مورد نیاز عملیات مداخله تمرکز می‌کنند. این رویکرد اغلب برای مدیریت مداخله مورد استفاده قرار می‌گیرد.

### اجزای یک الگوی منطقی

هر چند رویکردهای مختلفی برای ایجاد یک الگوی منطقی وجود دارد، بیشتر آنها شامل اجزای زیر هستند: فرضیات، موقعیت، دروندادها، فعالیت‌ها، حصول، بروندادها و پیامدها. این اجزا در جدل ۱-۸ نشان داده شده است.

### راهبردهای سازمانی الگوهای منطقی

هدف از طراحی یک الگوی منطقی، سازماندهی اجزا به گونه‌ای است که ارتباطات آنها آشکار و قابل مدیریت باشد. به عنوان مثال، الگوهای منطقی را می‌توان با استفاده از

ستون‌هایی که از چپ به راست خوانده می‌شوند طراحی کرد. چنین قالبی به برنامه ریزان این امکان را می‌دهد که چگونگی تاثیر هر یک از اجزای الگو را بر یکدیگر به صورت دیداری مشخص نمایند. می‌توان از خطوط و فلش‌ها برای تاکید بر ارتباطات خاص بین اجزا استفاده نمود. فهرست‌های عددی نیز برای جلب توجه به توالی به کار می‌رود، مانند وظایفی که برای یک جزء خاص باید مشخص شود. استفاده از اشکالی نظیر دایره، بیضی و خانه‌هایی برای تصویرسازی اجزای مختلف الگو نیز می‌تواند کمک کننده باشد. جداول شماره ۲-۸ تا ۵-۸ چهار الگوی منطقی را نشان می‌دهد که در آنها از ستون‌ها و خطوط استفاده شده است.

جدول ۱-۸: اجزای یک الگوی منطقی

<p>بر پایه اعتقاد به برنامه که باید با اهداف پیش‌بینی شده برنامه تبیین شده و هماهنگ باشد.</p>	<p><b>فرضیات</b></p>
<p>قصد برنامه را توضیح می‌دهد، مشکلاتی را که باید مورد توجه قرار گیرد را مشخص می‌کند، تحت عنوان بیان مساله هم شناخته می‌شود. نه تنها جنبه‌های مختلف مشکل نظیر افرادی که تحت تاثیر مشکل هستند، مکان و زمانی که مشکل رخ می‌دهد را شرح می‌دهد بلکه نحوه حل آن را نیز مطرح می‌کند.</p>	<p><b>موقعیت</b></p>
<p>منابع، همکاری‌ها و سرمایه‌گذاری‌های مورد نیاز برای انجام فعالیت‌های برنامه. درو ندادهای رایج شامل منابع انسانی (مانند کارکنان، داوطلبین و اساتید)، منابع مالی (نظیر پول و کمک‌های مالی دولتی یا خصوصی)، منابع مادی (مانند فضا، تجهیزات کامپیوتری و سایر تجهیزات)، مالکیت معنوی (مانند نمونه‌ها و برنامه‌های درسی آموزشی موجود و نتایج مطالعات قبلی) و شرکا و همکاران درگیر (مانند سازمان‌های سلامت، سازمان‌های اجتماعی و موسسات دانشگاهی).</p>	<p><b>درونداد</b></p>
<p>فعالیت‌ها، آنچه را که برنامه انجام خواهد داد و نیز افرادی که از این فعالیت‌ها سود خواهند برد را توصیف می‌کند، شامل محصولات، برنامه‌ها و خدماتی که به کار خواهند رفت مانند آموزشی که ارائه خواهد شد، برنامه درسی که تهیه خواهد شد و مشارکت‌هایی که رخ می‌دهد. دریافت، شامل جمعیت هدفی است که فعالیت‌های برنامه را دریافت خواهند کرد یا در آنها شرکت خواهند نمود.</p>	<p><b>برونداد</b> (هم شامل فعالیت‌ها و هم شامل دریافت)</p>
<p>نتایج برنامه که می‌توان به صورت کوتاه مدت (بروز در طی یک تا سه سال پس از اجرا مانند تغییر در دانش و افزایش مهارت‌ها)، میان مدت (وقوع در طی چهار تا شش سال پس از اجرا مانند سیاست‌های اتخاذ شده و تغییر در ساختار سازمانی) و بلند مدت (بروز طی هفت تا ده سال پس از اجرا مانند بهبود وضعیت اقتصادی، اجتماعی و محیطی).</p>	<p><b>پیامدها</b></p>

### یک ارزیابی اجتماعی فرضی: مصرف دخانیات در نوجوانان

به منظور نشان دادن نحوه عملکرد اجزای یک الگوی منطقی، وضعیت فرضی زیر، اجزای الگو را شناسایی کرده و نقش آنها را در هنگام طراحی یک مداخله توضیح می‌دهد. همانگونه که در این نمونه مطرح شده، ارزیابی اجتماعی تعیین می‌کند که کدام مشکل سلامت مورد توجه قرار خواهد گرفت.

اخیرا یک ارزیابی اجتماعی در اجتماع X در استان Y انجام شده است. داده‌ها نشان می‌دهد که در مقایسه با سایر استان‌ها، در این اجتماع میزان کلی مصرف دخانیات در نوجوانان بالاتر است. همچنین این ارزیابی، شواهدی زیادی را مبنی بر عدم تبعیت خرده فروشان از قانون منع فروش سیگار به افراد کمتر از سن قانونی نشان را ارائه می‌دهد. با توجه به این اطلاعات، سازمان آفتاب که یک سازمان اجتماع محور متمرکز بر جوانان است، با ارتباط با مدارس راهنمایی، مداخله اجتماع محور برنامه کنونی استان Y را پیشنهاد داد.

### دروندهای برنامه

برای پرداختن به مشکل مصرف دخانیات در میان نوجوانان اجتماع X می‌توان از دروندهای مختلف اجتماع استفاده نمود، به عنوان مثال:

دروندهای مربوط به مدارس راهنمایی از جمله شورای سلامت مدرسه:

در سال ۲۰۰۵ مدارس راهنمایی اجتماع X یک شورای سلامت مدرسه را در پاسخ به الزام قانونی سال ۲۰۰۵ تاسیس کردند. این قانون از تمام مدارس می‌خواست تا برای استقرار سیاست سلامت مدرسه در رابطه با چاقی دوران کودکی، در برنامه تغذیه مدارس شرکت کنند. هر چند این شورا، سیاست مربوط به چاقی دوران کودکی را تدوین کرد، اما به دلیل عدم وجود منابع، به پیشگیری از مصرف دخانیات پرداخت. برای پر کردن این شکاف در منابع، شورا با یک سازمان اجتماع محور به نام آفتاب همکاری نمود.

دروندهای ارابه شده توسط سازمان آفتاب شامل کارکنان و داوطلبان بودند:

مقرر شد کارکنان سازمان آفتاب که در مداخله پیشنهادی درگیر بودند بر برنامه ریزی، اجرا و ارزیابی مداخله نظارت کنند. و به کارکنان مدارس آموزش دهند. همچنین مقرر شد تا کارکنان بهداشتی سازمان آفتاب که در زمینه سلامت نوجوانان تجربه دارند با همکاری اعضای شورای سلامت مدارس، منابع آموزشی و سایر مواد

مرتبط را شناسایی، اقتباس و تهیه نمایند. همچنین داوطلبین جوان سازمان آفتاب با کارکنان این سازمان در فعالیتهای مربوط به مداخله همکاری خواهند نمود. فضای جلسات گروهی از طرف سازمان آفتاب و مدارس راهنمایی اجتماع X فراهم خواهد شد.

### موقعیت

طراحان مداخله متون مربوطه را بررسی کرده و در زمینه مشکل سلامت مورد نظر اطلاعات کسب کردند. این اطلاعات شامل موارد زیر است:

در ایالات متحده، سیگار کشیدن، علت قابل پیشگیری بیماری، ناتوانی و مرگ می‌باشد.

روزانه در حدود چهار هزار نوجوان ۱۲ تا ۱۷ ساله شروع به سیگار کشیدن می‌کنند.

اجماع وسیعی درباره این وجود دارد که نوجوانی، زمان حیاتی برای پیشگیری از سیگار کشیدن است، چرا که در حدود ۷۰ درصد افراد سیگاری، سیگار کشیدن را از دوره نوجوانی شروع می‌کنند.

برای جلوگیری از شروع سیگار کشیدن در میان نوجوانان، نیاز به راهکارهای چند سطحی می‌باشد، به ویژه مداخلاتی که آموزش پیشگیری از سیگار کشیدن، تلاش در جهت کاهش فروش سیگار به افراد کم سن و سیاست‌های "مدرسه بدون سیگار" را با یکدیگر ادغام نمایند.

با توجه به این که نوجوانان زمان قابل توجهی از ساعات روز خود را در مدرسه، صرف می‌کنند، مدرسه یک جایگاه ایده آل برای اجرای مداخله است که به نوجوانان کمک می‌کند تا از سیگار کشیدن پرهیز نمایند.

افزایش تبعیت فروشندگان از قانون دسترسی جوانان به سیگار، موجب کاهش توانایی نوجوانان به خرید محصولات دخانی خواهد شد.

### نمونه‌ای از الگوهای منطقی برای چهار حوزه بوم شناختی

برنامه پیشنهادی در سطوح مختلف بوم شناختی شامل گروه، سازمان، اجتماع و سیاست مداخله خواهد کرد ( فصل چهارم را ببینید). هدف کلی مداخله پیشگیری یا

به تاخیر انداختن شروع سیگار کشیدن در میان نوجوانان مدارس راهنمایی ساکن در اجتماع X خواهد بود. هر یک از الگوهای منطقی درون‌داده‌ها، اهداف، فعالیت‌ها، دریافت، برون داده‌ها، پیامدها و نیز هدف کلی، اهداف اختصاصی، موقعیت و مفروضات مربوط به هر یک از سطوح را توصیف می‌کند.

در اولین حوزه بوم شناختی، مداخله پیشنهادی بر سطح گروه متمرکز خواهد بود: بر اساس بررسی متون، افزایش دانش نوجوانان درباره عواقب مصرف دخانیات، بر نگرش و باورهای آنها درباره سیگار کشیدن تاثیر می‌گذارد و آنها را مجهز به مهارت‌های مقابله با فشارهای اجتماعی می‌کند. چنین آموزش‌هایی خطر شروع سیگار کشیدن در نوجوانان را کاهش می‌دهد. سطح گروه در طی یک سال به دنبال افزایش ۷۰ درصدی آگاهی درباره عواقب سیگار و مهارت‌های پرهیز از شروع سیگار در میان دانش‌آموزان مدارس راهنمایی اجتماع X می‌باشد.

درون داده‌ها و منابع مربوط به این سطح شامل برنامه درسی موجود درباره پیشگیری از سیگار در میان نوجوانان، کارکنان آموزش سلامت مدارس راهنمایی، کارکنان بهداشتی سازمان آفتاب که دارای تجاربی در زمینه سلامت نوجوانان هستند و همکاری موجود بین مدارس راهنمایی اجتماع X و سازمان آفتاب می‌باشد. به منظور دستیابی به این اهداف، فعالیت‌ها شامل این موارد خواهد بود: طراحی یک برنامه درسی پیشگیری از سیگار متناسب شده با نیازهای دانش‌آموزان مدارس راهنمایی اجتماع X (گروه هدف)، اجرای آموزش پیشگیری از سیگار در مدارس راهنمایی به عنوان بخشی از برنامه درسی آموزش بهداشت روزانه. این فعالیت‌ها را دانش‌آموزان مدارس راهنمایی دریافت خواهند کرد.

### پیامدها یا نتایج حاصل از ترکیب فعالیت‌ها و دریافت

پیامدهای مورد انتظار شامل افزایش دانش، آگاهی، مهارت‌های ابراز وجود و نیز کاهش شروع سیگار کشیدن در میان دانش‌آموزان مدارس راهنمایی اجتماع X می‌باشد. جدول ۲-۸ الگوی منطقی سطح گروهی مداخله پیشنهادی را نشان می‌دهد.

جدول ۲-۸. الگوی منطقی حوزه سطح گروهی

هدف برنامه		پیشگیری یا ایجاد تاخیر در شروع سیگار کشیدن در میان دانش‌آموزان راهنمایی ساکن در اجتماع X		
هدف سطح گروهی		تا سال X افزایش ۷۰ درصدی آگاهی نسبت به عواقب سیگار و مهارت‌های پرهیز از شروع سیگار کشیدن در مقایسه با پیش‌آزمون در میان دانش‌آموزان مدارس راهنمایی اجتماع X		
		درونداد	برونداد	پیامد
موقعیت: میزان کلی	منابع صرف شده	فعالیت‌های انجام شده	دریافت توسط	پیامد
سیگار کشیدن نوجوانان در اجتماع X در مقایسه با سایر استان‌ها بالاتر است	وجود برنامه‌های درسی پیشگیری از سیگار	متناسب‌سازی برنامه درسی پیشگیری از سیگار	دانش‌آموزان مقطع راهنمایی	دانش‌آموزان مقطع راهنمایی
	کارکنان بهداشتی مدارس راهنمایی اجتماع X	ارایه آموزش پیشگیری از سیگار برای دانش‌آموزان راهنمایی به عنوان بخشی از کلاس‌های آموزش سلامت		
	تجربه کارکنان بهداشتی سازمان آفتاب در رابطه با آموزش سلامت نوجوانان			
	همکاری‌های موجود بین مدارس راهنمایی اجتماع X و سازمان آفتاب			
فرضیه: پس از این که دانش‌آموزان راهنمایی اطلاعات درباره عواقب سیگار و نیز آموزش‌های مهارت آموزی درباره پرهیز از فشار همسالان را دریافت کردند، آمادگی بهتری برای تاخیر در سیگار کشیدن خواهند داشت.				

دومین حوزه بوم شناختی مداخله پیشنهادی، بر سطح سازمانی متمرکز خواهد بود. بر اساس بررسی متون، مدارس که در آنها آموزش سیگار، جزئی از دوره‌های آموزش سلامت مدرسه است، در زمینه کاهش سیگار کشیدن دانش‌آموزان موفق‌تر هستند. اهداف سطح سازمانی برنامه پیشنهادی این است که تا سال X، تمامی دوره‌های آموزش سلامت ارایه شده در مدارس راهنمایی این اجتماع، آموزش پیشگیری از سیگار را ارایه دهند.

دروندها و منابع مربوط به این حوزه شامل برنامه درسی آموزش به آموزشگران درباره آموزش پیشگیری از سیگار و کارکنان آموزش بهداشت مدارس راهنمایی اجتماع X می باشد.

فعالیت‌های دستیابی به این اهداف شامل، اقتباس یک برنامه آموزش به آموزشگران که معلمان آموزش سلامت را مجهز به ابزارهای لازم برای آموزش پیشگیری از سیگار نماید، آموزش به آموزشگران به منظور ارائه آموزش‌های پیشگیری از سیگار در کلاس‌های آموزش بهداشت مدارس راهنمایی می باشد. این فعالیت‌ها را کارکنان آموزش سلامت دریافت خواهند کرد.

پیامدها شامل ترکیبی از فعالیت‌ها و دریافت است.

پیامدهای مورد انتظار شامل افزایش در دانش و مهارت‌های صلاحیت (شایستگی) در میان معلمان آموزش سلامت مدارس راهنمایی است. جدول ۳-۸ الگوی منطقی سطح سازمانی در برنامه پیشنهادی را نشان می دهد.

سومین سطح بوم شناختی برنامه پیشنهادی به سطح اجتماع توجه دارد. گزارش‌های مربوط به مطالعات تایید کرده‌اند هنگامی که به فروشندگان اطلاعاتی در زمینه قوانین دسترسی افراد کم سن ارائه می شود، آنها از قوانین محلی در رابطه با محدودیت فروش سیگار به افراد کم سن بیشتر تبعیت می کنند. به همین ترتیب، سایر مطالعات نشان می دهند که کاهش دسترسی افراد کم سن به سیگار می تواند میزان سیگار کشیدن در میان نوجوانان سیگاری را کاهش می دهد. اولین هدف سطح اجتماع، افزایش آگاهی فروشندگان از قوانین منع فروش سیگار به افراد کم سن در طی شش ماه از شروع مداخله است. دومین هدف این سطح، کاهش فروش سیگار به افراد کم سن تا ۳۰ درصد در فروشگاه‌های دریافت کننده مداخله در طی یک سال از شروع مداخله می باشد.

درونداد و منابع مربوط به این حوزه شامل برنامه‌های درسی به ویژه پروژه TRUST - یک مداخله ارزیابی شده و ترکیبی از آموزش چهره به چهره و مواد آموزشی درباره پیشگیری از سیگار در میان نوجوانان - و نیز جوانان داوطلب کمک به آموزش فروشندگان است.

فعالیت‌های دستیابی به اهداف مداخله شامل این موارد بود: اقتباس از مواد آموزشی پروژه TRUST به منظور متناسب سازی با نیازهای فروشندگان در اجتماع X، دعوت از فروشندگانی که موافق دریافت سه جلسه آموزشی هستند، آموزش روش‌ها و مواد پروژه



TRUST به جوانان داوطلب و آرایه جلسات آموزشی درباره قوانین دسترسی جوانان به فروشندگان محلی سیگار.

این فعالیت‌ها برای فروشندگان محصولات دخانی آرایه خواهد شد. به علاوه، افراد کم سنی که اقدام به خرید سیگار می‌کنند نیز مورد هدف خواهند بود. پیامدها شامل فعالیت‌ها و دریافت است.

پیامدهای مورد انتظار شامل افزایش تبعیت فروشندگان شرکت‌کننده در برنامه از قانون دسترسی افراد کم سن می‌باشد. همچنین مداخله دسترسی به سیگار را برای افراد کم سنی که در فروشگاه‌های شرکت‌کننده در مداخله اقدام به خرید سیگار می‌کنند را کاهش می‌دهد. جدول ۴-۸ الگوی منطقی سطح اجتماع مداخله پیشنهادی را نشان می‌دهد.

جدول ۳-۸: الگوی منطقی حوزه سطح سازمانی

هدف برنامه		پیشگیری یا ایجاد تاخیر در شروع سیگار کشیدن در میان دانش‌آموزان راهنمایی ساکن در اجتماع X		
هدف سطح سازمانی		تا سال ۲۰۱۱ تمامی دوره‌های آموزش سلامت عرضه شده در مدارس راهنمایی اجتماع X آموزش پیشگیری از سیگار را ارائه خواهند داد.		
		درون‌داد	برون داد	پیامد
موقعیت:	منابع صرف شده	فعالیت‌های انجام شده	دریافت توسط	پیامد
. میزان کلی سیگار کشیدن نوجوانان در اجتماع X در مقایسه با سایر استان‌ها بالاتر است	وجود برنامه درسی آموزش به آموزشگران مدارس راهنمایی	متناسب‌سازی برنامه درسی پیشگیری از سیگار	کارکنان آموزش سلامت	ارزشیابی
	کارکنان بهداشتی مدارس راهنمایی اجتماع X	آموزش به آموزشگران سلامت مدارس راهنمایی آرایه آموزش پیشگیری در کلاس آموزش سلامت مدارس راهنمایی		
فرضیه: آن گروه از معلمین مدارس راهنمایی که در کارگاه‌های آموزشی شرکت می‌کنند، آموزش پیشگیری از سیگار را در کلاس‌های آموزشی خود وارد می‌کنند.				

## جدول ۴- ۸: الگوی منطقی حوزه سطح اجتماع

هدف برنامه		پیشگیری یا ایجاد تاخیر در شروع سیگار کشیدن در میان دانش‌آموزان راهنمایی ساکن در اجتماع X	
هدف سطح اجتماع		افزایش آگاهی فروشندگان درباره قوانین منع فروش سیگار به افراد کم سن در طی ۶ ماه پس از شروع مداخله کاهش فروش سیگار به افراد کم سن اجتماع X توسط فروشگاه‌های دریافت‌کننده مداخله به میزان ۳۰ درصد در طی یک سال پس از شروع برنامه	
		درونداد	برون داد
		پیامد	
موقعیت: میزان	منابع صرف شده	فعالیت‌های انجام شده	دریافت توسط پیامد
کلی سیگار کشیدن نوجوانان در اجتماع X در مقایسه با سایر استان‌ها بالاتر است	وجود برنامه‌های درسی	متناسب‌سازی برنامه درسی و مواد آموزشی	فروشندگان محلی
	داوطلبین جوان سازمان آفتاب	دعوت از فروشندگانی که موافق دریافت برنامه‌های آموزشی هستند آموزش به داوطلبین جوان برای انجام بازدید	ارزشیابی
	کارکنان سازمان آفتاب	برگزاری کلاس‌های آموزشی درباره قوانین دسترسی جوانان به فروشندگان محلی سیگار	
فرضیه ۱: اطلاعات ارایه شده درباره قوانین دسترسی جوانان موجب تبعیت بیشتر فروشندگان از قوانین محدودیت فروش سیگار به افراد کم سن خواهد شد.			
فرضیه ۲: کاهش دسترسی افراد کم سن به سیگار موجب کاهش سیگار کشیدن در میان نوجوانان خواهد شد.			

چهارمین سطح بوم شناختی از این برنامه پیشنهادی به سطح سیاست متمرکز است. یافته‌های پژوهش‌ها کنونی در باره سیاست‌های "مدرسه بدون سیگار" نشان می‌دهد که دانش‌آموزان مدارس که این سیاست را اجرا می‌کنند، در مقایسه با دانش‌آموزان سایر مدارس، احتمال کمتری دارد که سیگار بکشند. در هدف سطح سیاستی مطرح می‌شود که تا سال ۲۰۱۲، مدارس راهنمایی اجتماع X سیاست "مدرسه بدون سیگار" را که به موجب آن سیگار کشیدن در مدرسه و محیط پیرامون آن ممنوع است را اتخاذ خواهند کرد.

درونداد و منابع مربوط به این حوزه شامل این موارد هستند: وجود شورای سلامت در مدارس راهنمایی اجتماع X و تجارب قبلی آنها درباره طراحی و اجرای سیاست چاقی دوران کودکی، شراکت موجود بین سازمان آفتاب و شورای سلامت مدرسه (که رهبران آنها شامل مدیران مدارس، معلمان آموزش بهداشت و رئیس انجمن اولیا و مربیان هستند) و وجود دستورالعمل‌های سیاستی در مدرسه.

فعالیت‌های دستیابی به اهداف مداخله شامل تامین بیمه‌های مسئولیت و تاییدهای لازم برای سیاست "مدرسه بدون سیگار" از اعضای کلیدی اجتماع مدارس، همکاری با شورای سلامت مدرسه برای تدوین سیاست مدرسه عاری از سیگار، همکاری با شورای سلامت مدرسه برای تهیه یک برنامه اجرایی این سیاست و اجرای آن می‌باشد.

این فعالیت‌ها را هم کارکنان و هم دانش‌آموزان مدارس راهنمایی اجتماع X دریافت خواهند کرد.

پیامدها شامل فعالیت‌ها و دریافت است.

پیامدهای مورد انتظار شامل کاهش میزان شروع به سیگار کشیدن در جمعیت دانش‌آموزی در مدارس راهنمایی اجتماع X است. جدول ۵-۸ الگوی منطقی سطح سیاست را نشان می‌دهد.

جدول ۵- ۸: الگوی منطقی حوزه سطح سیاستی

هدف برنامه		پیشگیری یا ایجاد تاخیر در شروع سیگار کشیدن در میان دانش‌آموزان راهنمایی ساکن در اجتماع X	
هدف سطح سیاست		تا سال ۲۰۱۲، مدارس راهنمایی اجتماع X سیاست "مدرسه بدون سیگار" که به موجب آن سیگار کشیدن در مدرسه و محیط اطراف آن ممنوع است را اتخاذ خواهند کرد.	
موقعیت:		درونداد	برون داد
میزان کلی	منابع صرف شده	فعالیت‌های انجام شده	دریافت توسط پیامد
سیگار کشیدن نوجوانان در اجتماع X در مقایسه با سایر استان‌ها بالاتر است	وجود شورای سلامت مدرسه در مدارس راهنمایی اجتماع X که در گذشته سیاست چاقی دوران کودکی را طراحی و اجرا کرده اند.	تدوین سیاست مدرسه عاری از سیگار تهیه یک برنامه اجرایی برای سیاست تدوین شده	کارکنان و دانش‌آموزان مدارس راهنمایی اجتماع X
	همکارهای موجود بین سازمان افتاب و اعضای شورای سلامت مدرسه	اجرای سیاست "مدرسه بدون سیگار"	
فرضیه: احتمال سیگار کشیدن دانش‌آموزان مدارس اتخاذ کننده سیاست "مدرسه بدون سیگار" کمتر خواهد بود.			

### خلاصه

این فصل موضوعاتی را پوشش داد که باید پژوهشگران قبل از اتخاذ و اجرای مداخله سلامت اجتماع مورد توجه قرار دهند. این فصل اهمیت بررسی کافی و توجه به مناسب بودن مداخلات موجود را برجسته کرد. پس از انتخاب رویکرد مداخله، الگوی منطقی، فرصتی را برای طراحی برنامه بر پایه اهداف کاملاً روشن مداخله و اهداف SMART فراهم می‌کند.

### فعالیت‌ها

درباره هر یک از اهداف زیر، توضیح دهید که چه اشتباهی وجود دارد.

الف. کمک به بیماران سرطانی تا در هنگام ریزش موهایشان احساس بهتری داشته باشند.

ب. کاهش مرگ در اثر بیماری‌های قلبی - عروقی

اهداف بالا را بر اساس اهداف SMART بازنویسی کنید.

برای یک مداخله سلامت اجتماع محور، الگوی منطقی طراحی کنید. ابتدا اهداف مداخله را مشخص کنید (مثلاً کاهش دیابت). سپس دو هدف SMART برنامه را تعیین کنید (مانند افزایش مصرف میوه و سبزیجات و افزایش تحرک جسمانی). حداقل سه فعالیت برای هر یک از اهداف بیان کنید (مانند آرایه آموزش آشپزی رایگان). مشخص کنید که هر یک از فعالیت‌ها چگونه منجر به اهداف مداخله می‌شود. همچنین نحوه دستیابی به اهداف کلی مداخله از طریق اهداف اختصاصی را مشخص کنید.

### سوالات بحث

در هنگام اقتباس از مداخله موجود چه مسائلی باید مورد توجه قرار گیرد تا از ورود اجرای مداخله‌ای که برای جمعیت هدف مناسب نیست جلوگیری شود؟

بر پایه مداخله پیشنهادی فرضی مورد بحث در این فصل، تصور کنید شما مدیر یکی از مدارس راهنمایی در اجتماع X هستید و قصد دارید تا مداخله‌ای را برای پیشگیری یا ایجاد تأخیر در سیگار کشیدن دانش‌آموزان دبیرستانی ساکن در این اجتماع راه اندازی کنید.

الف. شما با چه افراد، گروه‌ها و سازمان‌هایی همکاری خواهید کرد؟

- ب. چه اجزایی از مداخله فرضی را حفظ می‌کنید یا بر اساس آن مداخله را طراحی می‌کنید؟ چه اجزایی را تغییر می‌دهید؟ چرا؟
- ج. رویکردها و فعالیت‌های جدیدی که به کار خواهید برد را شرح دهید.

## فصل نهم

### اجرای مداخله اجتماع محور

#### اهداف یادگیری

آشنایی با گام‌های ضروری اجرای مداخله اجتماع محور در چهار سطح بوم شناختی  
مختلف

درک راهکارهای مناسب برای به کارگیری افراد شرکت کننده در مداخله

شناسایی سه محل اجتماع برای اجرای مداخله سلامت





## نگاه کلی

این فصل گام‌های ضروری برای اجرای مداخله اجتماع محور در هر یک از چهار حوزه تمرکز اکولوژیکی را پوشش می‌دهد. همچنین در این فصل راهکارهای پرهیز از مشکلات رایج و یا غلبه بر آنها در جریان آغاز تا اجرای مداخله مورد بحث قرار خواهد گرفت.

## اجرا در چهار سطح بوم شناختی

مداخلاتی که به مشکلات سلامت اجتماع محور می‌پردازند را می‌توان در هر یک از چهار سطح بوم شناختی شامل سطح گروه، سازمان، اجتماع و سیاست اجرا نمود (به فصل چهار نگاه کنید). در طی بررسی متون می‌توان برای مقابله با هر مشکل سلامت قابل تصویری که اجتماع ممکن است با آن مواجه شود، راهکارها و مداخله‌های مختلفی در هر یک از سطوح را یافت. نهایتاً پس از انتخاب سطح بوم شناختی و مداخله مورد نظر، زمان شروع اجرای فعالیت‌ها می‌باشد. جدول ۱-۹ نمونه‌هایی از مداخلات را که ممکن است در هر یک از سطوح بوم شناختی برای پرداختن به مشکل شیوع چاقی به کار رود را نشان می‌دهد. این مداخلات نمونه‌هایی از راهکارهای اجرا می‌باشند. تهیه برنامه‌ای برای سازماندهی تمام فعالیت‌هایی که در اجرای یک مداخله وجود خواهند داشت، اهمیت دارد. گام‌های ضروری برای اجرای مداخله در سطوح گروه و سازمان مشابه یکدیگر هستند و از گام‌هایی ضروری اجرا در سطح اجتماع و سیاست متفاوت می‌باشند.

جدول ۱-۹: مداخلات کاهش چاقی در چهار سطح بوم شناختی

مداخله پیشنهادی	حوزه تمرکز بوم شناختی
تدارک چهار جلسه کلاس رقص در میان مهاجرینی که در یک مرکز اجتماع محلی شرکت می‌کنند.	گروه
سازماندهی کمیته‌ای در یک مدرسه محلی که هدفش افزایش فعالیت بدنی در میان دانش‌آموزان و کارکنان است.	سازمان
درست کردن یک مسیر پیاده روی اجتماع	اجتماع
قرار دادن لیست مقادیر کالری غذاها و گزینه‌های قلب سالم در منوی تمامی رستوران‌ها	سیاست



هر چند به نظر می‌رسد که فعالیت‌هایی نظیر کسب تایید کمیته اخلاق و استخدام کارکنان آسان باشد، اما توجه به این نکته اهمیت دارد که ممکن است هر یک از این کارها بیش از زمان پیش‌بینی شده طول بکشد. بهتر است واقع بین باشید، اگر کارها با سرعت کمتری نسبت به انتظار انجام شدند، یک فعالیت خلاقانه برای پر کردن زمان اضافی طراحی کنید.

شش گام اجرایی زیر برای مداخلات سلامت اجتماع پیشنهاد شده‌اند. به عنوان مثال، در جدول ۹،۲ مراحل ارایه شده در سطوح بوم شناختی گروه و سازمان هستند.

### محتوا، زمان بندی و تدارکات

مشخص کردن محتوا، زمان بندی و تدارکات مداخله به طوری که مداخله در هر بار ارایه، مواد و روش یکسانی را شامل شود. اگر مداخله کلاس‌های رقص را به گروهی از مهاجرین جدید ارایه می‌دهد، درباره بهترین رویکرد تعامل با جمعیت هدف در مداخله تصمیم‌گیری کنید. به عنوان مثال، از لحاظ زمان بندی محتوا، آیا بهتر است موسیقی در هنگام ورود افراد به اتاق پخش شود یا این که کار با مقدمه رسمی و بحث درباره پروژه شروع شود و سپس موسیقی پخش شود؟ با همکاران درباره طول مدت و زمان ارایه گفتگو کنید. تدارکات می‌تواند شامل رزرو مرکز تجمع اجتماع برای زمان‌ها و توالی‌های مناسب و تهیه هر گونه فیلم و بروشور آموزشی به زبان یا زبان‌های مناسب باشد. فیلم‌ها را در دستگاه دفتر کار و یا در حالت بهتر در محل مداخله امتحان کنید تا مطمئن شوید که درست کار می‌کند. جدول ۹،۳ برنامه پیشنهادی برای کلاس رقص که هدفش افزایش فعالیت بدنی در میان زنان مهاجر است را نشان می‌دهد.

به دقت درباره محتوای مداخلات یا برنامه‌های درسی به کار رفته در موقعیت‌های دیگر و نیز نحوه اقتباس آنها برای یک جمعیت هدف خاص فکر کنید. به عنوان مثال، آیا سن افرادی که داوطلب شرکت هستند همگن است؟ آیا لازم است به دلیل این که جمعیت از یک گروه قومی یا نژادی متفاوتی است، تغییراتی در مداخله اصلی ایجاد شود؟ آیا طول مدت جلسات برای دامنه توجه شرکت‌کنندگان مناسب است؟ آیا لازم است فعالیت‌ها متنوع‌تر باشند؟ چگونه می‌توان تعاملات را به حداکثر رساند؟ پاسخ به این سوالات مستلزم فکر کردن به هر یک از فعالیت‌های مداخله و نیز شناخت کافی جمعیت هدف می‌باشد.

جدول ۳-۹: محتوا و برنامه کلاس رقص

وظایف	فعالیت	زمان
آوردن خودکار، فرم‌های رضایت نامه و پرسشنامه‌های پیش آزمون	مقدمات، اهداف فردی و انجام پیش آزمون	۶:۳۰ - ۷
نیاز به دستگاه پخش و سی دی‌های مناسب	تمرینات گرم کردن	۷ - ۷:۱۵
آوردن آب	استراحت و آب	۷:۱۵-۷:۲۰
	رقص	۷:۲۰-۷:۴۵
	استراحت و آب و گفتگو برای انتخاب موسیقی	۷:۴۵ - ۷:۵۰
	رقص	۷:۴۵ - ۸:۱۵
	نتیجه گیری انجام پس آزمون در آخرین جلسه	۸:۱۵ - ۸:۳۰

### آموزش کارکنان

آموزش افرادی که مداخله را اجرا خواهند کرد تا آنها فلسفه مداخله را درک کنند، از یک برنامه تدارکاتی، مواد آموزشی مشخص شده و نیز فعالیت‌های یکسانی برای شرکت‌کنندگان پیروی نمایند. اگر رهبران گروه‌های متعددی درگیر هستند، جلسات آموزشی این اطمینان را به وجود می‌آورند که مجریان برنامه‌های درسی درک مشترکی از مداخله دارند. آموزش باید موضوعات زیر را پوشش دهد:

- حفاظت از نمونه‌های انسانی و راهنماهای کمیته اخلاق
  - زمینه‌های موضوع خاص سلامت که مداخله به آن خواهد پرداخت
  - محتوای برنامه درسی طراحی شده برای مداخله
  - ضرورت اجرای یکنواخت تمامی جنبه‌های مداخله
  - زمان اختصاص یافته به هر یک از فعالیت‌ها و جلسات مداخله
  - نحوه ارزیابی و مدیریت داده‌ها
- یک جلسه آموزش کارکنان برای کلاس رقص در سطح گروهی را می‌توان مانند نمونه‌ای که در جدول ۴-۹ آمده است، سازماندهی نمود.

جدول ۴-۹: برنامه آموزش کارکنان

وسایل مورد نیاز	فعالیت	زمان
لیست اسامی	خوشامد گویی و مقدمه	۸:۳۰ - ۸:۴۵
اسلایدهای پاورپوینت، کامپیوتر، پروژکتور LCD	بیان مقدمات به صورت تعاملی درباره سلامت، چاقی، فعالیت بدنی و تغذیه	۸:۴۵ - ۹:۱۵
جزوه و زیر دستی برای تمرین هدف	تمرین درباره صلاحیت فرهنگی و جمعیت	۹:۱۵ - ۹:۴۵
نوشیدنی، میوه، شیرینی‌های کم شیرین	استراحت و تغذیه	۹:۴۵ - ۱۰:۰۰
دسترسی گروه به اینترنت برای استفاده از نمونه‌ها و آزمون	اخلاق در پژوهش	۱۰:۰۰ - ۱۱:۰۰
	آزمون گروه برای صدور گواهینامه اخلاق	۱۱:۰۰ - ۱۱:۴۵
کپی فرم داده‌ها و تقویم	برنامه زمانی، به کار گیری شرکت کنندگان و جمع‌آوری داده‌ها	۱۱:۴۵ - ۱۲:۱۵
	پاسخ به سوالات و تشکر	۱۲:۱۵ - ۱۲:۳۰

### به کارگیری شرکت کنندگان

تدوین برنامه‌ای برای به کارگیری شرکت کنندگان که شامل اهداف کوتاه مدت و بلند مدت می‌باشد. این برنامه باید شامل تعداد مورد نظر شرکت کنندگان (حجم نمونه) در حالت ایده آل بر اساس تحلیل توان باشد. وبسایت‌هایی برای چنین محاسباتی در دسترس می‌باشند و یا می‌توان به کتاب‌های استاندارد آماری مراجعه نمود. در صورتی که مداخله در طول زمان انجام می‌شود، نمونه‌گیری بیش از میزان تعیین شده ایده خوبی برای در نظر گرفتن ریزش نمونه‌ها به شمار می‌رود. برنامه به کارگیری شرکت کنندگان همچنین باید لیست اولیه مکان‌های انجام نمونه‌گیری، مشوق‌ها یا تسهیل کننده‌ها در صورت فراهمی و نیز دوره زمانی که پیش‌بینی می‌شود نمونه‌گیری انجام گیرد را مشخص نماید. به عنوان مثال، اگر لازم است که پنجاه شرکت کننده در طی یک دوره یک ماهه انتخاب شوند، باید برنامه‌ای برای تعداد پیش‌بینی شده برای هر هفته تهیه شود. هر چند شروع کند دور از انتظار نیست اما در هفته دوم حداقل باید بیست

شرکت کننده ثبت نام کرده باشند. در صورتی که کار بر اساس برنامه پیش نرود، باید برنامه را با مکان‌ها، کارکنان و یا مشوق‌های دیگر بازبینی کرد. ممکن است کارکنان بهداشتی معتقد باشند که پیام آنها ذاتا مورد علاقه جمعیت هدف می‌باشد، اما باید توجه کرد که افراد، علایق رقیب بسیار زیادی دارند. معمولا سلامت به دلیل کار، مشغله‌های روزانه، مسئولیت فرزندان و خانواده، در راس علایق افراد قرار ندارد. به همین دلیل، تنها مطرح کردن یک علامت و یا توزیع آگهی منجر به حضور مطلوب در یک جلسه مداخله نمی‌شود.

یک راهکار به کارگیری شرکت کنندگان این است که از بین جمعیت هدف، دو یا سه نفر را که علاقمند به مشکل مورد نظر هستند شناسایی کرده و در صورت امکان، برخی از انواع نقش‌های رهبری را به آنها محول نمود و برای زمانی که صرف می‌کنند مبلغ مختصری را به آنها پرداخت کرد. این نیروهای اولیه نقش مهمی را در به کارگیری شرکت کنندگان دیگر خواهند داشت. در صورت امکان، به کارگیری در طی یک رویداد و یا محلی که افراد جمعیت هدف به دلیل دیگری تجمع کرده‌اند، شروع شود. کسب همکاری و خرید خدمت از رهبر اجتماع به ویژه فردی که به جمعیت هدف دسترسی دارد و احتمالا شخصا با شرکت کنندگان بالقوه ارتباط دارد، ارزشمند است. به عنوان مثال، اگر جمعیت هدف را زنان مهاجر تشکیل می‌دهند، توضیح درباره مداخله و کار با مددکاران در سازمان اسکان مجدد و در مرکز اجتماع محلی، منجر به تسهیل در دسترسی به گروه‌ها خواهد شد.

### انتخاب محل برگزاری

محلی که مداخله در آنجا برگزار خواهد شد را نیز در نظر داشته باشید. عموما یک مرکز اجتماع، محل خوبی برای برگزاری مداخله است چرا که افراد از قبل به دلایل دیگری در آن مکان تجمع کرده‌اند. کتابخانه‌های عمومی را نیز می‌توان در نظر گرفت، اما محل تجمع طبیعی مورد نظر نیست. جایگزین‌های دیگری را در نظر بگیرید، مانند کلاس رقص پس از کلاس زبان و یا برگزاری کلاس برای والدین همزمان با فعالیت کودکان تا والدین بتوانند زودتر آمده و در کلاس شرکت کنند و بعد از آن فرزندانشان را با خود ببرند. سعی کنید افراد شرکت کننده را هنگامی که جمعیت هدف به دلایل دیگری در محل مداخله حضور دارند، به کار بگیرید. آرایه یک مداخله بعد از برنامه‌های کلیسا به-

طوری که افراد مجبور نباشند مسیری را طی کنند، نمونه‌ای از این راهکار است. همچنین اجرای مداخله را به عنوان بخشی از یک فعالیت انتخابی در یک مکان محلی دیگر یا دبیرستان هیات امنایی زمان‌بندی کنید.

استفاده از تسهیل‌کننده‌ها و مشوق‌ها می‌تواند به جذب و به کارگیری شرکت‌کنندگان کمک کند. تسهیل‌کننده‌ها از جمله هزینه رفت و آمد و مراقبت از کودکان، باعث تسهیل در حضور شرکت‌کنندگان در یک برنامه خواهد بود. مشوق‌ها عبارتند از مزایا و یا هدایای کوچکی که می‌توانند در مداخله علاقه ایجاد کنند مانند تی شرت، کاپین خرید از فروشگاه، ساک دستی و یا کلاه‌هایی که نام مداخله بر روی آنها درج شده است. ارایه یک یا دو جایزه قرعه‌کشی ارزان قیمت که از فروشگاه‌های ارزان‌فروشی خریداری شده و یا از طرف کسبه محلی اهدا شده باشد می‌تواند تا حدی هیجان کار را اضافه کند. همچنین دادن سی دی موسیقی مورد استفاده در کلاس هم می‌تواند به عنوان مشوقی برای تمرین در منزل عمل کند. مسلماً تامین غذا باعث محبوبیت بیشتر مداخله و تسهیل در حضور افراد می‌شود.

آماده کردن تدارکات (پشتیبانی). مکانیسمی را برای پوشش هزینه‌های مداخله داشته باشید. وجود محل اجرای مداخله و در دسترس بودن تدارکات در زمان مورد نیاز را بررسی کنید. اطمینان حاصل کنید که اعضای اجتماع و همکارانی که قرار است به شما کمک کنند در زمان مقرر در دسترس باشند. حتی اگر از طرف مدیریت تأییدیه گرفته‌اید، سعی کنید با کارکنانی که درها را باز کرده یا محیط را گرم خواهند کرد هماهنگ نمایید، با اینکار می‌توان از سوء تفاهمی که ممکن است پیش بیاید به راحتی پیشگیری کرد.

### مطالعه نمونه<sup>۱</sup>

یک مطالعه نمونه را اجرا نمایید. در واقع این مطالعه، نسخه کوچکتر و یا تمرین اجرای مداخله نهایی با تمام عناصر مورد استفاده است. هدف از مطالعه نمونه آزمودن تمامی جنبه‌های مداخله از جمله برنامه تدارکات و ابزارهای ارزیابی است. مطالعه نمونه می‌تواند اطلاعاتی را در زمینه حضور جمعیت هدف در مداخله، نحوه واکنش آنها به پیام‌ها و مواد مداخله، طولانی یا کوتاه بودن برنامه، قابل درک بودن پیش‌آزمون و پس‌آزمون ارزیابی و نیز مناسب بودن طول مدت ارزیابی فراهم نماید.

فرد ناظری که در طی مطالعه نمونه موارد را به صورت مفصل ثبت می‌کند، بازخورد مهمی را در زمینه جنبه‌هایی که برای رهبر گروه مشهود نیست فراهم می‌کند. می‌توان بلافاصله پس از مطالعه نمونه، جلسه‌ای برای ارائه گزارش با حضور اعضای تیم ترتیب داد تا پیشنهادات تغییر و نظرات درباره قسمت‌های مناسب و نامناسب مداخله استخراج شود. چنانچه تغییرات گسترده‌ای مورد نظر بود، به منظور اطمینان بیشتر از مسیر هموار اجرای مداخله در اجتماع، پس از اعمال تغییرات، دومین مطالعه نمونه را اجرا نمایید.

تهیه برنامه مدیریت داده‌ها. حداقل مقادیر کمی از داده‌ها را در طی مطالعه نمونه جمع‌آوری کنید تا بتوانید یک برنامه مدیریت داده‌ها را در هنگام طراحی مداخله تهیه کنید (به فصل ۶ نگاه کنید).

هم در هنگام مطالعه نمونه و هم مداخله اصلی، مدیریت خوب داده‌ها مستلزم توجه به جزئیات است. به یاد داشته باشید که قبل از خروج از دفتر کار، فرم‌ها و خودکار و مداد و نیز تخته و یا هر نوع زیر دستی مناسب برای نوشتن را به تعداد بیش از آنچه که مورد نیاز خواهد بود به همراه داشته باشید. اگر مصاحبه‌ها ضبط می‌شوند، قبل از خروج از دفتر کارتان مطمئن شوید که دستگاه ضبط صوت کار می‌کند و نوار و باطری‌های اضافی وجود دارد. به همراه داشتن ضبط صوت دوم ایده بسیار خوبی است. در صورت تکمیل پرسشنامه، مطمئن شوید که حریم خصوصی افراد شرکت‌کننده چه از نظر فضا (با ممانعت از این که دیگران پاسخ‌های افراد را ببینند) و یا از لحاظ زمان (از طریق دادن زمان طولانی‌تر برای تکمیل پرسشنامه‌ها) رعایت می‌شود. حداقل یک نفر از اعضای تیم باید برای پاسخگویی به سوالات در هنگام تکمیل پرسشنامه‌ها حضور داشته باشد. پس از تکمیل پرسشنامه‌ها، هر یک از آنها را از جهت کامل بودنشان بررسی کنید. هر چند به نظر می‌رسد اینکار چندان خوشایند نیست اما در نظر داشته باشید که این تنها فرصتی است که می‌توانید در صورت جا انداختن سوالات خاص، از افراد بخواهید که آن را تکمیل کنند.

### جزئیات نهایی

علاوه بر ابزار داده‌ها، دو فرم دیگر هم باید تکمیل شود. برای انواع خاصی از مطالعات فرم‌های رضایت که نشان دهنده تایید مداخله از طرف کمیته اخلاق است ضروری می‌باشد. تایید کمیته اخلاق تضمین می‌کند که حقوق شرکت‌کنندگان رعایت شده



است. این تاییدیه باید حتی قبل از جمع‌آوری داده‌های مطالعه نمونه اخذ شود (فصل سوم). هر چند در تمام انواع مداخلات، امضا فرم‌های رضایت ضرورت ندارد، درباره مداخلاتی که نیاز به این کار است مایه زحمت بوده و بسیاری از افراد آن را به راحتی درک نمی‌کنند. در چنین مواردی، برگه‌ای حاوی اطلاعات مختصر برای شرکت‌کنندگان بالقوه را تهیه کنید. این اطلاعات باید در سطح مناسبی از قابلیت خواندن برای شرکت‌کنندگان نوشته شده و جزئیات مداخله از نظر زمان و انرژی مورد نیاز و نیز علت جمع‌آوری داده‌ها در قبل و بعد از مداخله به سادگی و به دور از اصطلاحات فنی توضیح داده شود.

دومین مورد، فرم مکان یابی است. این فرم مربوط به زمانی است که لزوم تماس با افراد شرکت‌کننده در آینده در بخشی از مداخله یا ارزیابی آمده باشد. هر چند برای برخی از جمعیت‌ها، آدرس و شماره تلفن کفایت می‌کند، پیدایش تلفن همراه باعث شده تا پیدا کردن افراد سخت‌تر شود، چرا که شماره‌ها مکرراً تغییر می‌کند و فهرست راهنمایی برای تلفن‌های همراه وجود ندارد. برای برخورد با چنین مشکلی، شماره تلفن و یا سایر اطلاعات مربوط به یک یا دو نفر از دوستان و یا بستگان نزدیک فرد را برای پیدا کردن فرد شرکت‌کننده در مواقعی که شماره تلفنش تغییر می‌کند، بگیرید. تاریخ و محل جمع‌آوری این اطلاعات را ثبت کنید.

### مداخلات در سطح اجتماع یا سیاست

مجموعه‌ای از گام‌های متفاوت برای مداخلات سطح اجتماع و سیاست مطرح شده است. هر چند نمی‌توان جوامع یکسانی را پیدا کرد، بررسی متون برای پی بردن به چگونگی درگیری سایر جوامع در مداخلات سلامت اجتماع محور مفید خواهد بود. برخی اوقات مشکل مورد نظر از پوشش مطبوعاتی کافی برای افزایش آگاهی و توجه اجتماع برخوردار است. همچنین، ممکن است رهبران سیاسی اجتماع به منظور کسب مزیت‌های سیاسی و جلب حمایت‌های جامعه، به یک موضوع خاص بپردازند. بدیهی است پیشنهاد مداخله‌ای در باره مشکلی که از قبل مورد توجه اجتماع است، آسانتر از معرفی موضوعی است که اغلب افراد به آن به عنوان یک مشکل نگاه نکرده‌اند. گام‌های مطرح شده در زیر برای تدوین مداخله در سطح اجتماع و سیاست ضروری است.

### درباره سیاست از منابع مختلف تحقیق کنید.

تکالیفی را درباره سیاست سلامت خاصی انجام دهید. بررسی کنید که سازمان‌ها و جوامع دیگر چه کارهایی مثلا همانطور که در جدول ۱-۹ آمده درباره ایجاد یک مسیر پیاده روی انجام داده‌اند. علاوه بر متون دانشگاهی، روزنامه‌های محلی و سایر منابع رسانه‌های را بررسی کنید، در اینترنت به خصوص در صفحات وب سازمان‌های محلی جستجو کنید، مستندات مربوط به کنفرانس‌ها و جلسات محلی و منطقه‌ای را مرور کنید و خبرنامه‌های سازمانی را بررسی کنید. لیست خدماتی که بر موضوعات سلامت متمرکز هستند را شناسایی کنید (به فصل هشت نگاه کنید). همچنین در مورد مراحل ضروری تغییر یا اجرای یک قانون یا سیاست خاص در اجتماع هدف، آگاهی کسب کنید. به عنوان مثال، ممکن است زمین‌های عمومی وجود داشته باشد که به راحتی بتوان برای پیاده روی اجتماع از آنها استفاده کرد. افراد کلیدی را که از موضوع مورد نظر حمایت می‌کنند و یا با آن مخالف هستند را بررسی کنید و به منظور نزدیک شدن به این افراد به صورت فردی مشخص کنید آیا کسی در میان گروه مداخله وجود دارد که این افراد را به خوبی بشناسد.

اهداف، تغییر، سیاست و یا قانونی که باید تغییر کند را مشخص کنید. از مواد جمع‌آوری شده برای تعیین دقیق تغییر مورد نظر استفاده کنید. بهتر است قبل از شروع به چانه زنی برای مداخله، هدف مشخصی را در ذهن داشته باشید. این هدف می‌تواند تشکیل یک کمیته فعالیت بدنی در مدرسه محلی و یا دریافت کمک‌های مالی برای مسیر پیاده روی در محدوده مرزهای جغرافیایی اجتماع باشد.

### تعیین منابع

سایر افرادی را که علاقمند به همان حوزه مورد نظر هستند را شناسایی کرده و با آنها همکاری کنید. چه تغییرات در سطح سازمان مورد نظر باشد و چه اجتماع یا سیاست، حمایت دست اندرکاران برای کلیه مداخلات اجتماع حیاتی است. با شناسایی سایر گروه‌ها و استفاده از انواع رسانه‌ها به منظور عمومی کردن مقالات محلی و ایستگاه‌های رادیویی، انجمن مستاجران، بولتن‌های کلیسا و اعلامیه در تابلو اعلانات سوپر مارکت‌ها به گسترش پایگاه حمایتی ادامه دهید.

کارکنان پروژه را آموزش دهید تا در رابطه با ضرورت پروژه در جلسات عمومی مختلف در اجتماع صحبت کنند. چنانچه لازم باشد که جلسه‌ای برای عموم مردم در رابطه با موضوع سازماندهی شود، اینکار مستلزم تعدادی از چالش‌های تدارکاتی است تا تعداد قابل قبولی از مخاطبان را پوشش دهد. ارایه چیزی فراتر از دستور جلسه مانند یک فیلم اطلاعاتی و یا سخنرانی از یک اجتماع دیگر که بر روی موضوع مشابهی به صورت موفق کار کرده است. اختلاف بر سر موضوع بین سخنرانان شناخته شده آگاه می‌تواند در تحریک علائق اجتماع و رسانه‌ها مفید باشد. تمامی وقایع باید از قبل به دقت سازماندهی شده و از طریق رسانه‌های محلی مثلاً انتشار مطبوعاتی به اطلاع عموم رسانده شوند. قبل از هر جلسه، محل برگزاری آن را به منظور اطمینان از آماده بودن و کار کردن کلیه تجهیزات مانند پروژکتور اسلاید و میکروفن‌ها بررسی کنید.

سوابق مربوط به جلسات، تماس‌ها و بحث‌ها را نگهداری کنید. برای مداخلات در سطح اجتماع و سیاست، برگزاری جلسات متعدد با دست اندرکاران، یک بخش کلیدی برنامه برای کسب حمایت در اجرای مداخلات در سطح اجتماع و یا تغییر سیاست به شمار می‌رود. ممکن است به راحتی ضرب‌الاجل برای دریافت پاسخ در زمان مقرر، برنامه‌ریزی جلسات و تهیه ابزارها تعیین نمود، اما فراموش کرد که آنچه گفته شده را به دقت مستند نمود. فارغ از این که تا چه حد تحت فشار هستید، نگهداری سوابق تمامی جلسات، تبلیغات، آگهی‌ها و یادداشت‌های برنامه‌ریزی اهمیت دارد تا گروه بفهمند چه مقدار کار انجام شده و از چه مسیری را طی کرده‌اند. این سوابق همچنین می‌توانند اساس گزارش ارزیابی را تشکیل دهند (به فصل ۱۰ نگاه کنید). در صورتیکه تلاش‌های اولیه برای ایجاد تغییر موفقیت آمیز نباشد، این سوابق گروه را قادر می‌سازند تا گزینه‌های جدیدی را در نظر بگیرند و به تلاش خود بر اساس اقدامات صورت گرفته ادامه دهند.

یک طرح پیشنهادی درباره تغییر مورد نظر و یا مداخله به هیات برنامه ریزی، هیات قانونگذاری و یا سازمان دولتی مناسب ارایه دهید. پژوهش زمینه‌ای، راهنمای ارایه تغییرات مورد نظر در قالب پیشنهادی خواهد بود. حتماً از چند نفر بخواهید که طرح پیشنهادی نوشته شده و یا ارایه شده به صورت شفاهی شما را بررسی کنند و زمان کافی برای لحاظ کردن پیشنهادات آنها در نظر بگیرید.

در صورتیکه برنامه یا تغییر پیشنهادی قابل پذیرش نباشد، لازم است که راهکار سازمانی را بررسی کرده و به منظور پرداختن به اهدافی که مطرح شده و یا نواقصی که تشخیص داده شده‌اند، مرحله ۴ و ۵ را بازبینی و تکرار کنید.

### خلاصه

این فصل به گام‌های ضروری اجرای مداخلات رفع مشکلات سلامت اجتماع در هر یک از چهار سطح بوم شناختی یعنی سطح گروه، سازمان، اجتماع و سیاست پرداخته است. برنامه‌ریزی دقیق برای هر یک از گام‌ها در اجرای مداخله مطرح شده است.

### فعالیت‌ها

بهداشت دهان و دندان یکی از ابعاد مراقبت‌های سلامت مهاجرین است که اغلب نادیده گرفته می‌شود. عدم دسترسی به مراقبت‌های مناسب، تغییر در هنجارهای فرهنگی مربوط به روش‌های تغذیه‌ای و انتقال کلی به ایالات متحده آمریکا، چالش‌هایی را به وجود می‌آورد. جمعیتی از مهاجرین یکی از شهرهای آمریکا را انتخاب کرده و فعالیت‌های زیر را انجام دهید:

نامی را برای مداخله این جمعیت و این مشکل سلامت که در سطوح گروهی و سازمانی متمرکز است انتخاب کنید. مشخص کنید چه اجزایی شامل کارکنان، منابع مالی و غیر مالی و چارچوب زمانی برای موفقیت در اجرای این مداخله ضرورت دارد. اغلب مداخلات در سطوح اجتماع و سیاست با یکدیگر مرتبط‌اند. مواد آموزشی اداره سلامت شهر و استان را بررسی کنید و برنامه‌هایی را که در حال حاضر در رابطه با بهداشت دهان و دندان در حال اجرا است را شرح دهید. سیاست‌های مرتبطی را که می‌توانند به دسترسی به مراقبت‌ها تاثیر بگذارند را مشخص کنید.

### سوالات بحث

نمای کلی یک برنامه جذب و حفظ شرکت‌کنندگان در مداخله کاهش میزان ترک تحصیل دانش‌آموزان دبیرستانی در یک اجتماع خاص را مشخص کنید. سه دلیل احتمالی شکست در اجرای مداخلات سلامت را مورد بحث قرار دهید.

## فصل دهم

### ارزیابی مداخله اجتماع محور

#### اهداف یادگیری

درک اجزای اصلی یک برنامه ارزیابی  
تمایز بین اطلاعات جمع آوری شده برای ارزیابی فرآیند، ارزیابی اثر و ارزیابی پیامد  
آشنایی با ارزش داده‌های سه سویه  
بیان نحوه انتشار نتایج یک ارزیابی



## نگاه کلی

این فصل به بحث درباره علت اهمیت ارزیابی<sup>۱</sup> به عنوان یکی از بخش‌های اصلی هر مداخله اجتماع محور می‌پردازد. در این فصل اطلاعاتی درباره روش‌ها و انواع ارزیابی ارائه خواهد شد.

## دلایل انجام ارزشیابی

ارزیابی یکی از اجزای ضروری مداخلات سلامت اجتماع محور می‌باشد. ارزشیابی، نوعی سنجش<sup>۲</sup> نظام‌مند از اثر بخشی یک مداخله یا سیاست است.

ارزیابی را می‌توان به منظور سنجش یا پی بردن به حوزه‌هایی که به دنبال اجرای مداخله بهبود یافته‌اند، انجام داد. همچنین ارزیابی می‌تواند فواید حاصل از مداخله را در رابطه با هزینه‌ها و منابع تخصیص یافته ارزیابی کند. در انجام یک پروژه مقدماتی با هدف تضمین منابع مالی برای اقدامات گسترده، ارزیابی می‌تواند شواهدی را دال بر تحقق اهداف یا قابل دستیابی بودن آنها ارائه دهد. یافته‌های مثبت ارزیابی احتمالاً تامین کنندگان مالی را متقاعد می‌کند که پول‌شان به درستی صرف شده است، همچنین این یافته‌ها به دلیل ایجاد اعتبار در سرمایه‌گذاری ممکن است آنها را در جهت حمایت بیشتر از پروژه تشویق نمایند. علاوه بر این، ارائه نتایج موفقیت مداخله به دست اندرکاران مختلف نظیر رهبران اجتماع و سیاستمداران، بهترین راه برای تداوم کمک‌های مالی و حتی دایمی ساختن آنها می‌باشد.

## انواع ارزیابی

سه نوع طرح ارزیابی وجود دارد. ارزیابی فرآیند<sup>۳</sup>، طرحی است که با نشان دادن جنبه‌هایی از مداخله که مطابق برنامه‌ریزی عمل می‌کنند و نیز ابعادی از مداخله که لازم است برای تحقق اهداف پروژه مورد بازبینی قرار گیرند، پژوهشگر را در جریان نحوه اجرای مداخله قرار می‌دهد. ارزیابی اثر، دستیابی به اهداف کوتاه مدت را بررسی می‌کند.

---

1 Evaluation  
2 Assessment  
3 Process Evaluation

برای انتساب علیتی مداخله، ارزیابی اثر<sup>۱</sup> به مقایسه با جمعیت مشابهی که با مداخله مواجهه نداشته‌اند می‌پردازد. این مقایسه در همان زمان اجرای مداخله صورت می‌گیرد. داده‌های جمع‌آوری شده در طی ارزیابی تاثیر، امکان آرایه بازخورد برای بهبود مداخله در هنگامی که هنوز مداخله در جریان است را فراهم کرده و در صورت عدم تحقق اهداف، پژوهشگر را در جهت اصلاح مداخله هدایت می‌نماید. نوع سوم مداخله، ارزیابی پیامد<sup>۲</sup> است که در پایان پروژه برای تعیین دستیابی به اهداف کلی مداخله انجام می‌شود. این ارزیابی باید به این سوال پاسخ دهد که آیا پیامدها قابل انتساب به مداخله هستند یا مربوط به سایر عواملی هستند که در حول و حوش زمان مداخله رخ داده‌اند. همچنین نتایج ارزیابی پیامد، پیامدهای ناخواسته مثبت و منفی مداخله را مشخص خواهد کرد. ارزیابی پیامد باید بتواند پس از پایان مداخله، هزینه‌ها مداخله را مقابل فواید حاصل ارزیابی نماید.

در مداخلات مختلف، سوالات متفاوتی مطرح می‌شود. به عنوان مثال، در مداخله‌ای شامل بازآموزی برای افرادی که شغل خود را از دست داده و بیش از یکسال بیکار بوده‌اند، ارزیابی فرآیند، سوالات زیر را مطرح خواهد کرد:

- محتوای آموزش چیست؟
- فراگیران چگونه انتخاب می‌شوند؟
- آموزش به چه نحو اجرا می‌شود؟
- آیا نقش کارکنان پروژه به روشنی تعریف شده است؟
- چه مواد و روش‌هایی توسط آموزش دهندگان مورد استفاده قرار می‌گیرد و آیا تمامی آموزش دهندگان به صورت مشابهی از این مواد و روش‌ها استفاده می‌کنند؟
- کارکنان مداخله درباره نحوه آموزش‌ها چه احساسی دارند و فکر می‌کنند چگونه می‌توان آن را بهبود بخشید؟
- آیا فراگیران به خوبی در جلسات آموزشی شرکت می‌کنند؟
- از طرف دیگر، در ارزیابی تاثیر سوالات زیر مطرح می‌شود:
- چه مقدار از اطلاعات در یاد فراگیران مانده است؟



- آیا فراگیران مهارت‌های جدید را یادگرفته اند؟
- آیا فراگیران احساس مثبت تری درباره توانایی اشان برای یافتن شغل پس از کسب مهارت‌های جدید دارند؟
- آیا فراگیران واقعا مهارت‌های کسب شده را برای یافتن شغل جدید به کار می‌گیرند؟
- در نهایت، ارزیابی پیامد که پس از یک دوره زمانی قابل توجه از زمان پایان مداخله آموزش شغلی انجام می‌شود، به موارد زیر پاسخ می‌دهد:
- نسبت فراگیرانی که واقعا مشغول به کار شده اند؟
- طول مدت زمانی که فراگیران پس از استخدام قادر به ادامه کار بوده اند.
- دلایلی که باعث شده برخی از فراگیران از زمان تکمیل آموزش قادر به حفظ شغل خود نباشند.

### ارزیابی کننده‌های بالقوه

ارزیابی می‌تواند توسط تیم مداخله و یا تیمی خارج از مداخله متشکل از افرادی که به این منظور استخدام می‌شوند، انجام شود. هنگامی که افراد بی طرفی خارج از تیم ( که نسبت به کارکنان پروژه کمتر علائق فردی نسبت به موفقیت برنامه دارند) اقدام به جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها می‌کنند، ارزیابی برای جامعه قانع کننده‌تر خواهد بود. هر چند در شرایطی که به جای متقاعد کردن دیگران برای حمایت از مداخله، پژوهشگران برای پیگیری پیشرفت مداخله و ارایه بازخورد نیاز به داده‌ها داشته باشند، استفاده از کارکنان پروژه به عنوان فرد ارزیابی کننده مناسب و معمولا کم هزینه‌تر است. انجام ارزیابی مستلزم طراحی یک برنامه ارزیابی، تهیه یا شناسایی ابزار قابل استفاده در ارزیابی، جمع‌آوری داده‌ها و تحلیل آنها می‌باشد که باید تمامی این کارها همراه با اجرای مداخله صورت گیرد.

صرف نظر از این که نتایج مداخله چگونه و توسط چه کسی مورد استفاده قرار خواهد گرفت، برنامه ارزیابی باید همزمان با مداخله تهیه شود. ادغام کردن ارزیابی به عنوان بخشی از کل مداخله مانع از مشکل مربوط به فقدان داده‌های اولیه برای مقایسه خواهد شد. این کار امکان بازخورد اطلاعات در طی زمان اجرای مداخله را فراهم کرده و تمامی اعضای تیم را تشویق می‌کند که با اهداف ارزیابی آشنا شوند. همچنین، فکر

کردن به ارزیابی در زمان طراحی مداخله اجازه می‌دهد که هر گونه هزینه ارزیابی در بودجه پیشنهادی دیده شود. امروزه اغلب سازمان‌های تامین کننده مالی خواهان پاسخگویی در قبال پروژه‌هایی که سرمایه گذاری می‌کنند، هستند و به پژوهشگران اجازه می‌دهند که ۵ تا ۱۰ درصد از کل بودجه را صرف امور مربوط به ارزیابی نمایند.

### آمادگی برای انجام ارزیابی

به محض این که برنامه‌ریزی ارزیابی شروع شد، درگیر کردن گروه مشاوره و سایر دست اندرکاران در بحث و طراحی ارزیابی اهمیت دارد. انجام اینکار ممکن است انرژی و زمان بر باشد، زیرا افرادی که قبلاً هیچگاه درگیر کار پژوهش‌های نبوده‌اند، ممکن است با قوانین مربوط به واقعیت‌های علمی آشنا نباشند. ضروری است که درباره قوانین جمع‌آوری داده‌ها و نقش ارزیابی در افزایش اعتبار پیامدها، به این گروه‌ها توضیح داده شود. همچنین لازم است که برخی از مفاهیم اساسی طرح پژوهش‌های و اهمیت محافظت از نمونه‌های انسانی مورد بحث قرار گیرند. تمامی این مباحث منجر به افزایش احتمال حمایت دست اندرکاران از ارزیابی مداخله می‌شود.

تیم تحقیق باید یک برنامه ارزیابی به همراه هزینه‌ها و جدول زمانی را تهیه نماید تا بتواند به صورت نظام‌مند رو به جلو حرکت نماید. در بخش بعدی، نمونه‌هایی از جداول زمانی برای مداخلات یک ساله در سطح سازمان و سیاست ارایه شده است.

### طراحی ارزشیابی

چهار مرحله در تهیه یک طرح ارزیابی مورد نیاز است. مراحل در این بخش توضیح داده می‌شود.

#### مرحله اول: تدوین جدول زمانی

جدول گانت نوعی جدول زمانی است که تاریخ شروع و پایان ارزیابی را به صورت بصری نشان می‌دهد. این جدول را می‌توان بر حسب واحد هفته، ماه یا سال نشان داد. در جدول ۱-۱۰ نمونه‌ای از جدول زمانی برای ارزیابی مداخله یک ساله استفاده از کلاس

رقص به عنوان نوعی ورزش در مرکز سالمندان با هدف افزایش قدرت بدنی و تحرک نشان داده شده است.

### **مرحله دوم: مشخص کردن اهداف و پیامدهای ارزشیابی**

در گام بعدی، اهداف یا پیامدهای خاصی از مداخله که مورد ارزیابی قرار خواهند گرفت را لیست کنید. هدف مداخله، مشکلی است که به آن پرداخته خواهد شد، مانند کاهش بارداری نوجوانان، کاهش سیگار کشیدن یا بهبود سلامت قلب و عروق. اهداف اختصاصی به راهکارهایی مربوط می‌شود که برای حل مشکل، مورد استفاده قرار خواهند گرفت، مانند افزایش فرصت‌های فعالیت بعد از مدرسه برای دختران (برای پرداختن به مشکل و یا هدف کلی کاهش بارداری نوجوانان)، اجرای مداخلات ترک سیگار در کتابخانه اجتماعی ( برای پرداختن به مشکل و یا هدف کلی کاهش سیگار کشیدن) یا سازماندهی مداخله پیاده روی مبتنی بر کلیسا برای زنان ( برای پرداختن به مشکل کاهش سلامت قلب و عروق زنان). در فصل هشتم اشاره شد که اهداف اختصاصی می‌تواند بسته به تمرکز بوم شناختی مداخله، متفاوت باشد (سطح گروهی، سازمانی، اجتماعی و سیاستی). در بررسی اهداف اختصاصی مداخله، نتایج ارزیابی اجتماعی ( فصل هفتم)، امکان‌پذیر بودن انجام مداخله، دسترسی به جمعیت هدف و منابع موجود را در نظر بگیرید. باید تمامی این جنبه‌ها در هنگام تصمیم‌گیری درباره ابعاد مورد ارزیابی مداخله در نظر گرفته شوند.



### مرحله سوم: تعیین نوع مناسب ارزیابی

ارزیابی فرآیند، پیشرفت پروژه و اجرای خوب مداخله را بررسی می‌کند. داده‌های فرآیند را می‌توان از یادداشت‌های استخدام، مستندات شرکت کنندگان، صورت جلسات نشست‌های کارکنان پروژه و مصاحبه‌های فردی یا گروهی با اعضای تیم، دست اندرکاران و افراد جمعیت هدف جمع‌آوری کرد. روش‌های مشاهده‌ای می‌توانند اطلاعاتی در زمینه نحوه اجرای فعالیت‌ها و میزان وفاداری به پیش نویس مداخله و طرح ارائه دهند.

ارزیابی تاثیر، دستیابی به اهداف مداخله را مورد بررسی قرار می‌دهد. این نوع ارزیابی مستلزم انتخاب دقیق داده‌های مورد نیاز و شاخص‌های تحلیل داده‌ها می‌باشد. از روش‌های کمی برای این نوع ارزیابی استفاده می‌شود که نیازمند شناسایی ابزارهایی مانند پرسشنامه جهت اندازه‌گیری سازه‌های مرتبط می‌باشد. هنگامی که داده‌ها جمع‌آوری شدند، می‌توان پاسخ‌ها را به راحتی در برنامه‌های نرم افزاری (مانند SAS، SPSS یا Stata) دانلود و از نظر معنادار بودن آماری تحلیل نمود.

روش‌های کیفی را می‌توان برای ارزیابی اثر به کار برد. این روش‌ها شامل راهکارهایی مانند مشاهده شرکت کنندگان، گروه‌های متمرکز و مصاحبه‌های نیمه ساختارمند است که در آنها داده‌های متنی از نظر تم‌های تکراری مورد تحلیل قرار می‌گیرند. همچنین می‌توان از سه سوپه‌سازی روش‌ها یعنی استفاده از روش‌های کمی و کیفی برای بررسی جنبه‌های مختلف مداخله بهره برد. نوع روش انتخابی بستگی به منابع و زمان موجود برای اندازه‌گیری و چیزی که سنجیده می‌شود، دارد.

قوی‌ترین روش کمی در ارزیابی تحقق اهداف مداخله، کارآزمایی تصادفی شده شاهد دار است. این روش به عنوان استاندارد طلایی پژوهش‌های تجربی در نظر گرفته می‌شود، زیرا با استفاده از این روش، کمترین احتمال کسب نتایج سوگرایانه وجود خواهد داشت. هرچند به دلیل منابع مورد نیاز، تنها تعداد اندکی از مداخلات سلامت اجتماع محور می‌توانند از این روش استفاده کنند. در کارآزمایی تصادفی شده شاهد دار، باید واحد مداخله (تجربی) و کنترل مشخص شوند و به صورت تصادفی تخصیص داده شوند. گروه مداخله (تجربی) مداخله را دریافت می‌کند و گروه کنترل رها می‌شود (به جز برای جمع‌آوری داده‌ها) یا نوعی از درمان دارونما که بی‌تاثیر است را دریافت می‌کند. این نوع مطالعه هزینه بر است، زیرا برای مقایسه دو گروه از نظر تاثیر مداخله، باید بسته به واحد تحلیل دو برابر نمونه‌ها یا سازمان‌ها را به کار گرفت. بسیاری از

هزینه‌های این نوع پژوهش بستگی به حجم نمونه، واحد تحلیل و تلاش مقتضی برای انجام جمع‌آوری داده‌های پیگیری دارد.

مطالعات نیمه تجربی به شرایط واقعی نزدیک‌ترند، ضمن این که روش‌های کمی قدرتمندی برای ارزیابی مداخلات سلامت اجتماع محور به شمار می‌روند. قوی‌ترین نوع روش‌های نیمه تجربی، روشی است که در آن فرد ارشیابی کننده گروه مقایسه‌ای که در بسیاری از جنبه‌ها مشابه گروه کنترل است را انتخاب می‌کند. در این روش تصادفی‌سازی رخ نمی‌دهد و قبل از شروع هر نوع فعالیت مداخله، داده‌های پایه مربوط به هر دو گروه جمع‌آوری می‌گردد. این روش تحت عنوان دو گروه قبل-بعد نامیده می‌شود. در روش یک گروه/قبل و بعد که طرح ضعیف تری به شمار می‌رود، گروه مداخله با داده‌های پایه خودش مقایسه می‌شود. در هر دو نوع مطالعه می‌توان در دو نقطه (زمان)، داده‌ها در طی چند هفته یا چند ماه پس از پایان مداخله جمع‌آوری شوند و به این ترتیب قدرت این مطالعات را بهبود بخشید. دومین دور جمع‌آوری داده‌ها، ماندگاری تغییرات حاصل از مداخله را در طی یک دوره کوتاه بین پایان مداخله و سومین دور جمع‌آوری داده‌ها بررسی می‌کند. این روش تحت عنوان دو گروه قبل-بعد و بعد و یک گروه/قبل-بعد-بعد اطلاق می‌شود. در زمینه نوع مطالعات کتاب‌های خوبی وجود دارد و توصیه می‌شود در هنگام برنامه‌ریزی برای ارزیابی در این زمینه مشاوره انجام شود.

ارزیابی پیامد، دستیابی به اهداف کلی مداخله را تعیین می‌کند. در واقعیت، به دلیل محدودیت منابع و زمان یا توان آماری محدود، نمی‌توان پیامد نهایی بسیاری از مداخلات سلامت اجتماع محور را ارزیابی کرد. به عنوان مثال، چنانچه هدف کلی یک مداخله اجرا شده در یکی از دو کلیسای موجود، بهبود سلامت قلب زنان از طریق افزایش سطح فعالیت بدنی باشد، ارزیابی اثر می‌تواند تغییرات میزان مرگ و میر زنان در اثر بیماری‌های قلبی-عروقی را ارزیابی کند. هرچند با در نظر گرفتن زمان مورد نیاز برای بررسی این پیامد، ارزیابی چنین تغییری دشوار است. علاوه بر این، سایر عوامل بیرونی مانند بهبود در فناوری‌های دارویی و تشخیصی نیز می‌تواند به کاهش میزان مرگ و میر منتسب شود، این مساله تعیین میزان تغییراتی را که نهایتاً حاصل مداخله بوده است را دشوار می‌کند.

### مرحله چهارم: انتخاب شاخص‌های قابل اطمینان

برای هر یک از اهداف اختصاصی باید شاخص‌های سنجش موفقیت مداخله انتخاب شود. عوامل متعددی در انتخاب شاخص‌ها یا متغیرهای سنجش موفقیت مداخله مطرح است از جمله موجود بودن داده‌ها، واحد تحلیل و قابل اطمینان بودن شاخص.

در فرآیند انتخاب، باید به موجود بودن سنجش‌ها و دشواری جمع‌آوری آنها توجه شود. به عنوان مثال، در مداخله‌ای با هدف کلی کاهش بارداری نوجوانان و هدف اختصاصی اجرای یک مداخله ورزشی بعد از ساعت مدرسه در سطح اجتماع، می‌توان همگروهی از شرکت‌کنندگان را با استفاده از طرح مطالعه کوهورت آینده نگر پیگیری نمود. در این صورت، داده‌های مربوط به تعداد بارداری‌ها را می‌توان جمع‌آوری و با جمعیت مشابهی که با مداخله مواجهه نداشته‌اند مقایسه نمود. هر چند در پروژه‌های کوچک یا مطالعات مقدماتی، چنین طرحی به ندرت امکان‌پذیر است. طرح عمومی تر، یک مطالعه یک ساله است که در آن به دلیل تاخیر زمانی در دسترسی به این میزان‌ها، استفاده از میزانهای مربوط به جوانان در سطح اجتماع به عنوان یک شاخص امکان‌پذیر نیست. در صورتی که مداخله در سطح تنها یک منطقه آموزش و پرورش و یا یک یا دو مدرسه اجرا شود، عموماً میزان‌های کلی بارداری نوجوانان در آن سطح از سنجش موجود نیست. در این شرایط، اطلاع داشتن از شواهد مرتبط می‌تواند سنجش‌های جایگزین تاثیر مداخله را ارایه دهد، مانند تغییر نمره یا برنامه‌های آینده یا نگرش نسبت به بارداری.

برنامه ارزیابی باید در برگیرنده یک واحد بوم شناختی تحلیل باشد. به عبارت دیگر، تمامی تحلیل‌های مرتبط با ارزیابی‌باید در در سطح فردی، سازمانی یا اجتماع رخ دهد (به فصل چهار نگاه کنید). ارزیابی که سطح سازمان و اجتماع را تحلیل می‌کند قدرتمندتر از ارزیابی است که در سطح فردی یا گروهی انجام می‌شود، زیرا مداخله‌ای که تنها در یک موقعیت مانند یک مدرسه و یا یک کلیسا اجرا می‌شود را تنها می‌توان در سطح فردی تحلیل کرد. هر چند اگر دسترسی به چند مدرسه یا کلیسا امکان‌پذیر باشد تحلیل می‌تواند در هر دو سطح فردی و یا مجموع مدارس یا کلیساها اتفاق بیفتد. در اینجا حجم نمونه و در نتیجه توان آماری چالش برانگیز است، لذا باید با یک متخصص آمار مشاوره شود.

در نظر گرفتن قوت شاخص‌ها از لحاظ پیش‌بینی یک پیامد اهمیت دارد. در مداخلات سطح گروه، سازمان و سیستم بوم‌شناختی، عموماً از تغییر در سطح آگاهی استفاده می‌شود، اما یک شاخص نسبتاً ضعیف اثر بخشی به شمار می‌رود، زیرا عموماً تغییر در آگاهی تأثیر کمی بر تغییر رفتار دارد. شاخص‌های قوی‌تر از آگاهی که می‌توان برای بررسی اثر بخشی مداخله به کار برد شامل تغییر در نگرش‌ها، خودکارآمدی، مهارت‌ها و رفتارها است، قویترین شاخص، شاخص سلامت است. تمامی مداخلات سلامت باید حداقل تغییر در آگاهی و نگرش‌ها را اندازه‌گیری نمایند. سنجش تغییر در مهارت‌ها شاخص قویتری برای تغییر رفتار به شمار می‌رود و بهترین شاخص برای موفقیت یک مداخله است. هرچند هدف مطلوب هر مداخله سلامت اجتماع محور، ایجاد تغییر و بهبود شاخص‌ها در سطح اجتماع است (یعنی آمار مرگ و میر و ابتلا)، به دلیل تأخیر زمانی در دسترسی به چنین داده‌هایی، این کار برای مداخلات کوتاه مدت شدنی نیست.

یک نمونه از این سطح را می‌توان در مداخله‌ای با هدف بهبود سلامت کودکان مبتلا به آسم در یک اجتماع جغرافیایی که مداخله‌ای در سطح گروه است، مشاهده کرد. در این مداخله هدف کلی می‌تواند کاهش مرگ و میر مربوط به آسم، اهداف اختصاصی کاهش بستری و مراجعات به اورژانس و فعالیت‌های مداخله به کودکان ابتدایی و راهنمایی مدارس منطقه که بیماری آسم آنها تشخیص داده شده باشد. هرچند از جنبه نظری می‌توان داده‌های پایه و پیگیری مربوط به مراجعه به اورژانس در اثر بیماری آسم در بیمارستان و مراکز مراقبت‌های فوری اجتماع مورد نظر را جمع‌آوری نمود، بر اساس قوانین انتقال و پاسخ‌گویی بیمه سلامت، جمع‌آوری این نوع از داده‌ها، دشوار یا غیر ممکن است، مگر این که پژوهشگر عضو بیمارستان و یا کارکنان مرکز مراقبت باشد، همچنین ضروری است که جمع‌آوری این داده‌ها از همه بیمارستانها یا مراکز مراقبت انجام شود، زیرا فعالیت‌های مداخله می‌تواند منجر به تغییر در تعداد مراجعات به یک موسسه شود در حالی که در تعداد مراجعات سایر موسسات تغییری ایجاد نمی‌شود.

در صورتی که جمع‌آوری چنین شاخص‌های سلامت در سطح اجتماع امکان‌پذیر نباشد، می‌توان داده‌های چند شاخص دیگر را جمع‌آوری نمود. علاوه بر آگاهی و نگرش نسبت به مراقبت‌ها و پیگیری از آسم، استفاده درست از اسپره (مهارت) قبل و بعد از مداخله را می‌توان بررسی کرد. همچنین می‌توان برای ارزیابی تیم، داده‌های مربوط به



تعداد مراجعات به بخش اورژانس و مرکز مراقبت‌های فوری (رفتارها) که در فاصله سه تا شش ماه پس از مداخله رخ داده است را جمع‌آوری کرد. بدیهی است که داده‌های پایه مربوط به این مراجعات هم باید در زمان قبل از شروع مداخله جمع‌آوری شوند. بنابراین این مداخله مربوط به آسم، تغییر در آگاهی، نگرش‌ها و مهارت‌های مرتبط با مراقبت‌های آسم و نیز رفتارها را بررسی می‌کند که همگی شاخص‌های مختلف و قدرتمندی از موفقیت مداخله به شمار می‌روند.

### انعطاف پذیری: یک مهارت ضروری در ارزیابی

شرکت کنندگان باید هم در اجرای مداخله و هم در انجام ارزشیابی، قادر به حفظ انعطاف پذیری باشند. ممکن است در خیلی از چیزها اشتباه رخ دهد و برخی از تردیدها مطرح شود. ممکن است سیاست‌گذاران یا مقامات دولتی با برخی از جنبه‌های طرح ارزیابی مخالف باشند، شرکت کنندگان ممکن است مخالف انجام مصاحبه باشند، سازمانی ممکن است قبل از اتمام مداخله، از مطالعه خارج شود و یا افراد قبل از جمع‌آوری داده‌های پیگیری از مطالعه خارج شوند. در بیشتر مواقع جایگزین‌های مناسب موجود هستند، هرچند ممکن است این جایگزین‌ها در نگاه اول مشخص نباشند. به عنوان مثال، به جای مصاحبه با سرپرستان ممکن است کارکنان در دسترس باشند. برای جبران موارد ریزش می‌توان حجم نمونه را افزایش داد و نمونه‌های بیشتری را در سازمان‌های دیگر به کار گرفت. در بدترین حالت، ممکن است بازبینی طرح برنامه‌ریزی شده ارزیابی جهت استفاده بهینه از داده‌های موجود ضرورت داشته باشد.

### خلاصه

در این فصل منطق و مراحل ضروری ارزیابی به خوانندگان ارایه شد. تفاوت‌های بین سه نوع ارزیابی مطرح شد و مشخص شد که در چه زمانی از ارزیابی فرآیند، تاثیر و پیامد استفاده می‌شود. انتظار می‌رود خواننده کتاب با اساس انواع مختلف روش‌های ارزیابی و داده‌هایی که در این روش‌ها مورد استفاده قرار می‌گیرد، آشنا شده باشد. در پایان این فصل راهکارهای انتشار نتایج ارزیابی مثبت و منفی مطرح شد.

### فعالیت‌ها

سه هدف پیامد و فرآیند را برای مداخله کاهش مصرف دخانیات در میان دختران نوجوان در سه دبیرستان یک منطقه بیان کنید.

استفاده از Gardasil به عنوان اولین واکسن سرطان دهانه رحم که در مقابل چهار نوع از پاپیلوماوی انسانی محافظت ایجاد می‌کند، با اجرای سیاست‌ها و برنامه‌هایی برای افزایش آگاهی و اطمینان بخشی نسبت به در دسترس بودن واکسن برای افرادی که تمایل به دریافت واکسن دارند (و در محدوده سنی توصیه شده قرار دارند) شروع شد. اگر بخواهید برنامه ارزیابی را برای یک مداخله جدید با هدف افزایش آگاهی در میان ساکنان روستای Nebraska طراحی کنید، برای ارزیابی پیامد چگونه برنامه ریزی می‌کنید؟ برخی از اهداف قابل ارزیابی این مداخله شامل چه مواردی خواهد بود؟ این اهداف را یادداشت کنید و مشخص کنید چه روشی شامل مصاحبه، پرسشگری و یا سایر موارد را برای ارزیابی این اهداف استفاده می‌کنید، علت انتخاب‌تان چیست؟

### سوال بحث

چه روش‌های مختلفی را می‌توان برای ارزیابی یک مداخله اجتماع محور پس از مدرسه با هدف کلی کاهش سوء مصرف مواد در میان نوجوانان سیزده تا هفده ساله به کار برد؟

یادگیری از گذشته و تطابق با آینده



## فصل یازدهم

### تامین منابع مالی و استمرار

#### اهداف یادگیری

درک تفاوت‌های بین منابع اصلی بودجه  
آشنایی با راهکارهای شناسایی فرصت‌های بالقوه منابع مالی (بودجه) بخش دولتی و  
خصوصی

درک اهمیت و چالش ماندگاری یک مداخله



## نگاه کلی

تقریباً تمامی مداخلات نیازمند تامین منابع مالی برای اجرای اولیه و نیز تداوم آن هستند. این فصل راه‌های یافتن منابع مالی برای مداخلات سلامت و نیز راهکارهای سازمانی و سیاسی برای افزایش پتانسیل مداخله برای تداوم در آینده قابل پیش‌بینی را بررسی می‌کند.

### تامین منابع مالی مداخلات سلامت اجتماع محور

به جز مواردی که پژوهشگر به عنوان یکی کارکنان سازمانی مانند اداره سلامت محلی، از حمایت‌های مالی آن سازمان بهره‌مند می‌شود، یافتن کمک‌های مالی خارجی ضرورت دارد. منابع مالی مداخلات را می‌توان با منابع مالی عمومی که از طرف دولت مرکزی (فدرال) یا سازمان‌های دولتی محلی تخصیص داده می‌شود و یا به صورت خصوصی از طریق کمک‌های مالی بنیاد تامین کرد. کمک‌های مالی، منابع پولی از طرف سازمان‌های دولتی (مرکزی، استانی و محلی) و بنیادهای بشر دوستانه هستند که برای انجام پروژه‌ای که از کالاهای عمومی حمایت می‌کند و یا آنها را ارتقا می‌دهد، تعلق می‌گیرد. به طور معمول، کمک‌های مالی، به سازمان‌ها اعطا می‌شود و نه افراد، مگر این که در هنگام ارسال طرح پیشنهادی افراد کلیدی شناخته شده مسئول کار باشند. بندرت کمک‌های مالی در دسترس افرادی که وابستگی سازمانی ندارند، قرار می‌گیرد.

تقریباً تمامی کمک‌های مالی از طریق فرآیند درخواست رسمی تعلق می‌گیرند و شرایط لازم، فرم‌های درخواست، تاریخ آخرین مهلت و روش کار هر یک از سازمانهای سرمایه گذار متفاوت است. دانستن شرایط و سایر اطلاعات مرتبط با سازمانی که از آنجا بودجه درخواست خواهد شد، اهمیت دارد. این اطلاعات در کتابخانه بنیادهای محلی یا منطقه‌ای و یا در دفتر برنامه‌های مورد حمایت موسسات دانشگاهی موجود است. جستجو در موتورهای جستجو می‌تواند شما را به منابعی که اطلاعات مربوط به فرصت‌های ارائه کمک‌های مالی را جمع‌آوری، طبقه‌بندی و ارائه می‌کند، هدایت نماید. می‌توان از سایت دولت مرکزی (فدرال) برای جستجوی کمک‌های مالی دولتی استفاده کرد، همچنین مرکز بنیاد اطلاعات مفیدی درباره فرصت‌های کمک‌های مالی بشر دوستانه در اختیار قرار می‌دهد.

### منابع بالقوه تامین منابع مالی

سازمان‌های دولتی: سازمان‌های دولت مرکزی (فدرال)، استانی (ایالتی) و محلی به طور منظم فراخوان طرح‌های پیشنهادی یا فراخوان اعلام درخواست‌ها را منتشر می‌کنند. موسسه ملی سوء مصرف مواد و موسسه ملی سلامت روان که هر دو بخشی از موسسه ملی سلامت هستند و نیز اداره سلامت نیویورک، نمونه‌هایی از این سازمان‌ها هستند. عموماً طرح‌های پیشنهادی در یک دوره زمانی خاص ارائه می‌شوند. پس از گذشت این زمان، تمامی طرح‌های پیشنهادی توسط کمیته‌ای از داوران که در زمینه موضوعات کارشناس هستند بررسی می‌شود. اعضای کمیته به طرح پیشنهادی نمره می‌دهند و از بین آنها طرح‌هایی که از نظر روش‌شناسی (متدولوژی) نمره کسب کرده و به اهداف فراخوان نزدیکتر هستند، انتخاب می‌شوند. فرآیند درخواست‌های مالی زمان‌بر و پیچیده بوده و نیازمند برخورداری از درک عمیقی از روش‌شناسی (متدولوژی) تحقیق و بودجه بندی است. با وجود دشواری کار، این فرآیند، فرصت دریافت کمک‌های مالی ماندگار را فراهم می‌کند.

بنیادهای بشر دوستانه: بنیادهای بشر دوستانه کمک‌های مالی در سطح ملی و بین‌المللی را در حمایت از کالاهای عمومی ارائه می‌دهند. طرح‌های پیشنهادی اولیه بنیادها رسمیت و پیچیدگی کمتری نسبت به طرح‌های سازمان‌های دولتی دارند. این بنیادها حوزه‌های علایق متفاوتی دارند که به پژوهشگران اجازه می‌دهد علایق پژوهش‌های خود را با این بنیادها تطبیق دهند. به جز چند مورد استثنا مانند Rockefeller, Gates و Robert Wood Johnson این بنیادها عموماً مبالغ کمی را در مقایسه با کمک‌های دولتی اعطا می‌کنند.

بنیادهای بشر دوستانه خصوصی بنیادهایی غیر دولتی و غیر انتفاعی هستند که کمک‌های آنها معمولاً توسط خود هیات امنا و مدیران اداره می‌شود. این بنیادها بیشتر منابع مالی پروژه‌های درون منطقه جغرافیایی یا اجتماع خود را تامین می‌کنند. به عنوان مثال، صندوق نیویورک تنها علاقمند به پروژه‌هایی است که در شهر نیویورک انجام می‌شود، بنیاد مراقبت‌های سلامت میسوری به پروژه‌های که در مرکز و شرق میسوری انجام می‌شود کمک می‌کند و بنیاد مطالعات خانواده در منطقه سان فرانسیسکو فعالیت می‌نماید. در صورت علاقه به یک پروژه خاص، بنیاد می‌تواند به طراحی پروپوزالی که ویژگی‌های لازم برای دریافت منابع مالی را دارد کمک نماید.



- در زیر برخی از انواع بنیادهای بشردوستانه بیان شده است:
- بنیاد مستقل یا خانواده موقوفاتی را از افراد یا خانواده‌ها دریافت می‌کند. این بنیاد خواهان مشارکت اهدا کنندگان کلان یا خانواده‌های اهدا کننده می‌باشد.
  - بنیادهای عملگرا برنامه‌ها و خدمات خود را انجام می‌دهند و معمولاً کمک‌های مالی زیادی به خارج از سازمان ارایه نمی‌دهند.
  - بنیادهای اجتماع که به دنبال حمایت از جامعه هستند اما همانند بنیادهای خصوصی کمک‌های مالی ارایه می‌دهند، کمک‌های آنها عمدتاً نیازهای اجتماع جغرافیایی یا منطقه‌ای که در آن واقع هستند را پشتیبانی می‌کند.
  - سایر بنیادهای عمومی شامل کمک‌های مالی به سایر گروه‌های اجتماع و کمک‌های حوزه‌های خاص مانند کمک‌های زنان و بینادهای مالی سلامت که از طریق درآمد حاصل از فروش تسهیلات مراقبت‌های سلامت غیر انتفاعی راه‌اندازی می‌شود و کمک‌های تبدیلی یا بنیادهای سلامت جدید نامیده می‌شوند.
  - بنیاد شرکتی: این بنیادها با بنیادهای دولتی یا غیر انتفاعی تفاوت دارند، زیرا توسط شرکت‌های انتفاعی که برنامه‌های شرکتی خاصی را ارایه می‌دهند اداره می‌شود. این بنیادها از نظر قانونی کاملاً با شرکت‌های مادر که خود منابع مالی مورد نیازشان را تامین می‌کنند، تفاوت دارند اما بودجه‌ها به طور معمول توسط اعضای شرکت مدیریت می‌شود. نمونه‌هایی از شرکت‌های برنامه‌های خاص شامل Bank of America، American Century، و شرکت‌های بزرگ است.

#### واجدین شرایط تامین مالی (سرمایه گذاری)

- به طور کلی، چهارگروه واجد شرایط استفاده از کمک‌های مالی هستند:
- سازمان‌های دولتی
  - دولت در سطح استان
  - دولت محلی
  - دولت در سطح شهر یا شهرستان
  - دولت مناطق ویژه
  - دولت بومیان قبیله‌ای آمریکا
  - سازمان‌های آموزشی

- مناطق مستقل آموزش و پرورش
- موسسات آموزش عالی دولتی و ایالتی
- موسسات خصوصی آموزش عالی
- سازمان‌های مسکن عمومی
- مسئولین مسکن عمومی
- مسئولین مسکن بومیان امریکا
- سازمان‌های غیر انتفاعی

در مواقعی که سازمان‌های غیر انتفاعی هنوز وضعیت غیر انتفاعی بودنشان از نظر قانونی از طرف دولت به رسمیت شناخته نشده، از طریق سایر سازمان‌های غیر انتفاعی اجتماع که چنین وضعیتی دارند منابع مالی را درخواست می‌کنند و درصد کمی از این منابع را برای این خدمت به سازمان مذکور پرداخت می‌شود.

#### تفاوت بین قرارداد و کمک‌های مالی

برخی از سازمان‌های دولتی مانند مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها تمایل دارند که به جای اعطای کمک‌های مالی قرارداد ببندند. تفاوت اصلی بین کمک مالی و قرارداد عمدتاً مربوط به نحوه ارایه گزارش‌ها به سازمان است. سازمان‌های تامین کننده منابع مالی که قرارداد می‌بندند، گزارش دهی دقیقتر و نظارت نزدیکتری را نسبت به سازمان‌های ارایه‌دهنده کمک‌های مالی طلب می‌کنند، در این سازمان‌ها تنها ارایه گزارش دوره‌ای پیشرفت ضروری است. عدم تبعیت از الزامات گزارش دهی قراردادها می‌تواند منجر به قطع پرداخت وجوه باقی مانده شود. مسئولیت سازمان در یک کمک مالی دولت مرکزی این است که نتایجی را تولید نماید که بتوان آن را در پایان دوره سرمایه گذاری مثلاً به صورت گزارش‌ها و مقالات علمی منتشر کرد. عدم انتشار نتایج احتمال اعطای بودجه از طرف سازمان‌های مرکزی را کاهش می‌دهد.

#### انتخاب تامین کنندگان بالقوه منابع مالی

در هنگام تخصیص وجوه کمک مالی، سرمایه‌گذاران تصمیم خود را بر اساس انطباق با رسالت و نیز فعالیت‌ها و مداخله‌ای که در طرح پیشنهادی بیان شده است اتخاذ

می‌کنند. برای اطلاع از رسالت و اهداف سازمان و بنیاد دولتی که قرار است طرح پیشنهادی به آنجا فرستاده شود، باید وقت صرف کرد. به سایت سازمان سرمایه گذار مراجعه کرده و مطالعاتی که کمک مالی دریافت کرده‌اند را مطالعه کنید. سعی کنید سازمانی را مشخص کنید که رسالتش با فعالیت‌های پیشنهادی در مداخله شما انطباق نزدیکی داشته باشد. این تطابق می‌تواند مکان یا شهری که کار در آنجا انجام می‌شود، جمعیت هدف یا مشکلی که مداخله به آن خواهد پرداخت باشد. دانستن تمایل اصلی سرمایه گذار می‌تواند بر تمرکز طرح پیشنهادی برای تامین منابع مالی کمک نماید.

به منظور دانستن مبالغی که در محدوده مورد نظر سرمایه گذار است، تعداد و حجم کمک‌هایی که در گذشته اعطا شده را بررسی کنید. در صورتی که درخواست اولیه منابع مالی، مبلغ متوسط یعنی کمتر از ده هزار دلار باشد به احتمال زیاد تعلق می‌گیرد. نشان دادن شایستگی و موفقیت در ارائه چیزی که در یک طرح وعده داده شده، منجر به افزایش اعتبار هم سازمان و هم پژوهشگر شده و شانس مقادیر بزرگ کمک‌های مالی بعدی را افزایش می‌دهد.

پس از این که سرمایه‌گذاران بالقوه را مشخص کردید، دستورالعمل سازمان و فراخوان طرح‌های پیشنهادی را دانلود کرده و به دقت مطالعه کنید. این مواد راهنمایی دقیقی درباره اجزای مختلف ضروری درخواست و نحوه تکمیل فرم‌های مربوطه را ارائه می‌دهد. قبل از شروع به نوشتن این مواد، آنها را بررسی کنید و مشخصات مربوط به محدودیت صفحات، حاشیه‌ها و اندازه قلم و نیز ضمایم مجاز را یادداشت کنید. عمولا مشخصات مربوط به بودجه موجود و بینش نسبت به معیارهای داوران ارائه می‌شود. منابعی که برای درخواست مشخص شده را پیدا کنید، بسیاری از سازمان‌های سرمایه گذار کنفرانس‌های از راه دور یا کنفرانس‌های اینترنتی را ترتیب می‌دهند، همچنین اطلاعات تماس نمایندگان سازمان که به سوالات پاسخ داده یا اطلاعات دیگری را درباره طرح پیشنهادی ارائه می‌دهند را معرفی می‌کنند. این منابع به مشخص کردن این که آیا طرحی بالقوه واجد شرایط دریافت منابع مالی است یا نیاز به اصلاحاتی جهت تطابق با معیارهای سازمان سرمایه گذار کمک می‌کند.

### اجزای طرح پیشنهادی تامین منابع مالی

از آنجا که زمان ارسال طرح‌های پیشنهادی محدود است، برنامه‌ریزی مناسب برای جمع‌آوری و تکمیل کلیه بخش‌ها ضرورت دارد. نوشتن طرح پیشنهادی کار دشواری است، این کار کمک می‌کند که وظایف به اجزا شکسته و یک برنامه کاری برای ماندن در مسیر تهیه شود. به یاد داشته باشید که طرح پیشنهادی احتمالاً قبل از ارسال توسط داوران دانشگاه یا دفتر بودجه سازمان مربوطه بررسی می‌شود، این دفاتر معمولاً نیاز به حداقل نیاز به یک یا دو روز برای تایید طرح‌های پیشنهادی دارند. به عنوان مثال اگر زمان درخواستی تا دوشنبه اول مارس که روز دوشنبه است، باشد، دفتر تصویب درخواست‌های سازمان برای بررسی نیاز به زمان خواهند داشت، بنابراین درخواست‌ها باید در زمانی پیش از هفته قبل یعنی حداقل تا چهارشنبه ۲۴ فوریه تکمیل شده باشند. این واقعیت موجب غافلگیری بسیاری از افراد تازه کار در امر نوشتن درخواست کمک‌های مالی می‌شود، بنابراین آرایه این اطلاعات در کنار برنامه کاری باعث کاهش استرس دقیقه آخر و ایجاد اطمینان درباره رعایت مهلت مورد نظر می‌شود.

فرآیند درخواست کمک‌های مالی سازمان‌ها متفاوت است، در برخی از آنها لازم است که درخواست‌دهندگان نامه‌ای را قبل از زمان ارسال طرح پیشنهادی کامل ارسال نمایند. عموماً، در این نامه تنها بیان می‌شود که فرد، قصد درخواست تامین منابع مالی را دارد، هرچند برخی از سازمان‌ها از افراد می‌خواهند که این نامه شامل خلاصه کوتاهی از اجزای طرح پیشنهادی کمک مالی باشد. این نامه باید کامل، واضح و کوتاه بوده و بر اساس چارچوب مشخص شده در فراخوان کمک مالی تنظیم شود.

همچنین سرمایه‌گذاران شرایط متفاوتی را از نظر میزان تخصصی بودن مداخله پیشنهادی دارند. به طور کلی، موسسه ملی سلامت، حوزه مشکل مورد نظر را مشخص می‌کند اما ماهیت مداخله را به پژوهشگر واگذار می‌کند که این کار باعث آزادی عمل در طراحی برنامه می‌شود. مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها، اغلب مداخله خاصی را در نظر می‌گیرد و سپس از طریق انتشار فراخوان، جزییات اقدامات برنامه‌ریزی شده که باید در دوره زمانی خاصی توسط گیرنده کمک‌های مالی انجام شود را مشخص می‌کند. بنیادها ممکن است حوزه‌های تمرکز خود را با اعلام فراخوان مداخلاتی بر روی چاقی در یک دوره مالی و سلامت روان در یک دوره دیگر تغییر دهند، معمولاً در این موارد محتوای مداخله می‌تواند توسط متقاضی تعیین شود.

### خلاصه طرح پیشنهادی

هرچند ساختار طرح‌های پیشنهادی تامین منابع مالی متفاوت است، اغلب آنها شامل مواد زیر، چه به صورت بخش‌های مجزا و چه به صورت اطلاعات کلی می‌باشند. خلاصه طرح پیشنهادی اغلب از نظر تعداد کلمات و فضا محدودیت دارند و شامل خلاصه واضح و کوتاه از هدف کلی، اهداف اختصاصی و روش طرح پیشنهادی است. در این بخش نمونه‌هایی از خلاصه ارائه شده است.

### خلاصه طرح پیشنهادی: مثال ۱

این طرح پژوهش‌های پیشنهادی، الگو جدیدی را در رابطه با میزان بالای خشونت‌های خانگی در میان دو اجتماع بومیان آمریکایی بررسی خواهد کرد. پژوهشگران نقاط قوت این اجتماع‌ها را استخراج کرده و با شورای زنان برای دستیابی به هدف کاهش بروز خشونت‌های خانگی و افزایش توانایی این دو اجتماع برای انجام پروژه‌های آتی کار خواهند کرد. در این مشارکت اجتماع و دانشگاه، به منظور ایجاد پیوند تمامی جنبه‌های پروژه پیشنهادی و پاسخ به چهار سوال زیر، مادر بزرگ‌ها به عنوان منابع اجتماع در کاهش خشونت خانگی با سالمندان و شورای زنان همکاری خواهند کرد:

- مداخله و فعالیت‌های مربوط به آن چه تاثیری بر آمار خشونت خانگی اجتماع‌ها مورد هدف خواهند داشت؟ مداخله چه تاثیری بر فعالیت‌های مرتبط با خشونت اجتماع خواهد داشت؟
  - آیا فعالیت‌های مداخله می‌توانند موجب تغییر نگرش نسبت به پذیرش اجتماعی خشونت خانگی و افزایش خودکارآمدی در میان افراد و خانواده‌های شرکت‌کننده در فعالیت‌های مداخله شوند؟
  - آیا فعالیت‌های مداخله باعث تغییر در نگرش نسبت به خشونت و افزایش کارآمدی جمعی و سرمایه اجتماعی در اجتماع‌ها خواهند شد؟
  - موانع اجتماع و تسهیل‌کننده‌های آموزش مادر بزرگ‌ها برای اجرای روش تحقیق مشارکتی اجتماع محور در اجتماع‌ها بومیان آمریکایی چه مواردی هستند؟
- پژوهشگران جهت توسعه اعضای شورای زنان و وارد کردن مادر بزرگ‌ها با این شورا که از قبل وجود دارد و نیز با شورای قبیله‌ای و اجتماع کار خواهند کرد. این افراد در کنار هم برنامه‌های سطح فردی، خانوادگی و اجتماعی را جهت تغییر نگرش نسبت به

خشونت و بهبود کارآمدی پیشگیری در میان زنان و کودکان انتخاب و اجرا خواهند نمود. فعالیت‌های مداخله بر پایه نظریه شناختی اجتماعی و اقدامات فرهنگی و باورهای خاص هر قبیله خواهد بود. برنامه‌ریزی با افراد، خانواده‌ها و اجتماع هدف برای سه سال ادامه خواهد داشت. متغیرهای پیامد چند سطحی شامل آمارهای مربوط به خشونت، درگیری اجتماع که از طریق مصاحبه با افراد مطلع کلیدی و پیمایش قبل و بعد از مداخله درباره نگرش و سرمایه اجتماعی در دو اجتماع اندازه‌گیری خواهد شد، نگرش‌های خشونت خانگی، مهارت‌ها و رفتارهای مادر بزرگ‌ها و زنان آموزش دیده به عنوان گروه مداخله و نگرش پیشگیری از خشونت‌های خانگی و مهارت‌ها و رفتارهای زنان و کودکان شرکت‌کننده در برنامه مداخله خواهد بود که شورای زنان و مادر بزرگ‌ها دوشادوش پژوهشگران در فرآیند جمع‌آوری داده‌ها و تحلیل آنها کار می‌کنند و مشترکا مسئولیت انتشار پیامدها در اجتماع و جامعه دانشگاهی را به عهده می‌گیرند.

### خلاصه طرح پژوهش‌های: مثال ۲

این مداخله بر پایه نظریه انتشار نوآوری است و شامل آموزش رهبران فکری دانش‌آموزان خواهد بود تا هنجارهای اجتماعی تغییر نماید و رفتارهای پر خطر مربوط به ایدز در میان همسالان آنها در مدارس کاهش یابد. مداخلات مربوط به رهبران فکری شناسایی شده و اعضای با نفوذ اجتماع برای تسریع در تغییر هنجارهای اجتماعی درون شبکه‌های اجتماعی رهبران و نهایتاً در اجتماع آموزش خواهند دید. پروژه این الگوی مداخله را در جمعیت نوجوانان در شهر کیپ تاون آفریقای جنوبی به کار خواهد برد. دانش‌آموزان پایه دهمی که به عنوان رهبران فکری در شبکه‌های اجتماعی مدرسه محور خود شناسایی شده‌اند به کار گرفته شده و در رابطه با مهارت‌های تاثیر گذاری بر همسالان خود، آموزش خواهند دید (عمدتاً از طریق ارتباطات اجتماعی غیر رسمی). برنامه آموزشی شامل نقش بازی و تمرین‌های تعاملی خواهد بود و از تعطیلات تابستانی تا سال تحصیلی یازدهم بین دانش‌آموزان پایه دهم و یازدهم اجرا خواهد شد. انجام تحقیق در میان دانش‌آموزان بزرگتر دبیرستانی برای ارزیابی مداخله ارجحیت دارد، زیرا تعداد بیشتری از دانش‌آموزان بزرگتر، از نظر جنسی فعال هستند که این مساله ارزیابی تاثیرات مداخله را در رابطه با استفاده از کاندوم امکان‌پذیر می‌کند.

برای ارزیابی اثربخشی این مداخله، یک پیمایش بی نام در بین دانش‌آموزان پایه یازدهم گروه مداخله و کنترل در ابتدای مطالعه (شروع سال تحصیلی)، پنج ماه بعد و مجدداً در نه ماه پس از بررسی پایه در اتمام مداخله و پایان سال تحصیلی انجام خواهد شد. مطالعه تأثیرات مداخله را بر روی پیامدهای زیر بررسی خواهد کرد. به تأخیر انداختن شروع فعالیت جنسی در میان دانش‌آموزانی که در ابتدای مطالعه از نظر جنسی فعال نیستند.

افزایش فعالیت جنسی ایمن در دانش‌آموزانی که فعالیت جنسی دارند شامل افزایش استفاده از کاندوم، کاهش تعداد شرکای جنسی و کاهش آزار و خشونت‌های جنسی تأثیر بر سازوکارهای پیشنهادی تغییر رفتار: ادراکات اجتماعی یا فشارهای هنجاری درباره پذیرش رابطه جنسی محافظت نشده و خشونت جنسی بهبود نگرش دانش‌آموزان و کاهش انگ مبتلایان به HIV/AIDS افزایش آگاهی دانش‌آموزان درباره انتقال HIV/AIDS و کاهش اطلاعات غلط درباره HIV/AIDS و کاندوم

### خلاصه طرح پیشنهادی: مثال ۳

هدف کلی پروژه زندگی سالم، بهبود وضعیت سلامت قلب و عروق و دستگاه تنفسی تحت تأثیر محیط و عوامل رفتاری در مرکز شهر Any Town آمریکا است. اهداف اختصاصی مطالعه شامل موارد زیر است:

- افزایش آگاهی عمومی و دانش نسبت به اضافه وزن، چاقی، سلامت قلب و عروق، سلامت دستگاه تنفسی و آسم
- پرداختن به آن دسته از عوامل محیطی منزل که در اضافه وزن، چاقی، بیماریهای قلبی، سکته و آسم نقش دارند
- پرداختن به آن دسته از عوامل محیطی در اجتماع که در چاقی، بیماریهای قلبی، سکته و آسم نقش دارند.
- افزایش منابع سازمان‌های دین محور و سازمان‌های اجتماع محور تا این سازمان‌ها بتوانند خدمات بهتری را به جامعه ارایه دهند و به مشکلات سلامت مشخص شده بپردازند.

توانمندسازی گروهی از جوانان طرفدار فعالیت در اجتماع برای کاهش بروز چاقی، بیماری‌های قلبی، سکتته و آسم از طریق یک بسیج اطلاع رسانی بزرگ بازاریابی اجتماعی در هر شهر که با شهر دیگری که دارای جمعیت مشابهی است مقایسه خواهد شد. عموماً بخش اهداف اختصاصی شامل شرح مختصری از مشکل مورد نظر، هدف کلی و اهداف اختصاصی مداخله پیشنهادی و نیز شرح کوتاهی از روش‌هایی که به کار خواهند رفت، می‌باشد. این بخش می‌تواند تکرار بخش خلاصه باشد اما در بردارنده جزئیات بیشتر هم درباره مشکل و هم روش‌ها می‌باشد.

بخش زمینه و اهمیت، دانش نویسنده را درباره مشکل، میزان بروز آن در اجتماع و متون علمی موجود درباره مداخله و جمعیت هدف را آرایه می‌دهد. این بخش باید با استفاده از چند جمله درباره نحوه کمک مداخله پیشنهادی در حل مشکل یا دستیابی به نیازهای سلامت اجتماع جمع‌بندی شود.

به طور کلی بخش روش‌ها یا روش‌شناسی، بخشی از درخواست کمک مالی است که با بیشترین دقت مورد بررسی قرار می‌گیرد. این قسمت جایی است که جزئیات مربوط به نحوه انجام مداخله پیشنهادی شرح داده می‌شود. در این بخش باید مشخصات مداخله یا برنامه درسی بیان شود، همچنین لازم است نحوه، مکان و زمان انجام فعالیت‌ها و افراد آرایه‌دهنده و دریافت‌کننده مداخله مشخص شود. این اطلاعات باید به گونه‌ای آرایه شوند که خواننده‌ای که کاملاً با مشکل سلامت و اجتماع نا آشنا است به روشنی بفهمد که منابع مالی چگونه صرف خواهد شد. باید از بیان اصلاحات فنی پرهیز شود و کلیه اختصارات در اولین جایی که استفاده می‌شوند، توضیح داده شوند.

برنامه ارزیابی را یا به صورت یک بخش جدا و یا به عنوان بخشی از قسمت روش بیان کنید. حتی اگر مداخله در قالب تحقیق رسمی نباشد، این برنامه باید نحوه پایش فعالیت‌های مداخله، نتایج مورد نظر و نیز نحوه تعیین موفقیت برنامه را شرح دهد (برای اطلاعات بیشتر درباره ارزیابی به فصل دهم نگاه کنید).

بیشتر سازمان‌های سرمایه گذار تمایل دارند که درباره زمینه و مهارت‌های افرادی که مداخله را انجام خواهند داد (مدیر پروژه یا پژوهشگر اصلی) اطلاعات داشته باشند. همچنین این سازمان‌ها می‌خواهند تصویری از ظرفیت سازمانی برای تکمیل پروژه و حمایت از اجرای برنامه را مشاهده نمایند. بخش ظرفیت سازمانی نیز باید شامل حداقل چند جمله در رابطه با زمینه و مهارت‌های پژوهشگر اصلی یا مدیر پروژه باشد. این



اطلاعات با هدف رجز خوانی یا خودبزرگنمایی ارایه نمی‌شود، بلکه این اطلاعات سازمان سرمایه گذار را از وجود مهارت‌های فردی و سازمانی برای تکمیل موفقیت آمیز مداخله پیشنهادی آگاه می‌کند. همچنین ظرفیت سازمانی مستلزم جمع‌آوری اطلاعات زمینه‌ای درباره سازمان متقاضی است. این اطلاعات در محیط دانشکده یا دانشگاه تحت عنوان اطلاعات الگوی استاندارد شناخته می‌شود و تسهیلات، کتابخانه، پشتیبانی کامپیوتری و مدیریت مالی کمک‌های مالی را شرح می‌دهد. اگر متقاضی، یک سازمان اجتماعی باشد، اطلاعات باید شامل تاریخچه کوتاهی از سازمان، اهداف و رسالت‌ها، تشکیلات سازمان، هیات مدیره و نیز شرح مختصری از برنامه‌های قبلی و کنونی سازمان باشد. همچنین اغلب مستندات مربوط به وضعیت غیر انتفاعی بودن سازمان نیز مورد نیاز است.

### نمونه‌ای از اطلاعات الگوی استاندارد دانشگاه

دانشگاه الف از سال ۱۸۳۹ به ساکنان استان خود، خدمات آموزشی، پژوهشی و خدماتی را ارایه می‌دهد. امروزه این دانشگاه یکی از بزرگترین و معتبرترین دانشگاه‌های پژوهش‌های کشور می‌باشد که بیش از صد هزار دانشجو در چهار دانشکده دارد و صدها هزار نفر در سراسر استان از طریق گسترش دانشگاه خدمات دریافت کرده‌اند. این دانشگاه برنامه‌های مربوط به مقطع کارشناسی و تحصیلات تکمیلی را با بهره‌مندی از اساتیدی که پژوهش‌های وسیع و پروژه‌های خدمات اجتماعی محور را انجام می‌دهند، دارا می‌باشد.

تمامی اعضای هیات علمی و کارمندان در دفتر خود دارای کامپیوتر شخصی پنتیوم به همراه نرم افزارهای به روز مورد نیاز پروژه‌های پژوهش‌های از جمله برنامه‌های تحلیل داده‌های کمی و کیفی هستند. دسترسی به کامپیوتری‌های محل کار و فایل‌ها ۲۴ ساعته و در کل هفته از طریق VPN و برنامه‌های دسکتاپ مجازی امکان‌پذیر است. دفاتر دانشکده مجهز به تلفن‌هایی با قابلیت کنفرانس تلفنی است و تجهیزات کنفرانس ویدئویی از طریق PolyCom در مکان‌های مختلف در سراسر دانشگاه در دسترس است تا بتوان ارتباطات سمعی و بصری با چند نقطه مختلف برقرار کرد.

کتابخانه‌های دانشگاه با ارزشیابی، جمع‌آوری، سازماندهی، حفظ و نگهداری و دسترسی به منابع دانش از طریق ارایه خدمات موثر و نوآورانه مشوق بورس تحصیلی هستند. کتابخانه‌های دانشگاه، منابع اطلاعاتی برای کل اجتماع هستند. این مجموعه نیازهای اطلاعاتی پژوهش‌ها در زمینه پزشکی، پرستاری، سلامت عمومی و داروسازی را

پوشش می‌دهد. کتاب‌های جامع موجود هم از طریق دانشگاه و هم دسترسی الکترونیکی موجود است. این کتابخانه دارای ۱۶۲۱۰۳۸ کتاب، بیش از ۶۸۳۹ سریال اشتراک، بیش از ۱/۹ میلیون قطعه فیلم کوتاه، بیش از ۳۶۲۷۵۸ قطعه صدای ضبط شده و ۳۸۱۱ فیلم می‌باشد. کتابخانه دسترسی اینترنتی به پایگاه‌های داده‌های کامپیوتری شامل EBSCO، OVID databases، UM، CINAHL، MEDLINE، OCLC FirstSearch، MOBILUS، RLIN/BIB و MIRACL را فراهم می‌کند. دسترسی به این پایگاه‌ها هم در کتابخانه و هم از راه دور از طریق اینترنت امکان‌پذیر است. بسیاری از مجلات متن کامل مقاله را به صورت آنلاین در اختیار قرار می‌دهند.

دانشگاه مذکور، تیم مداخله به همراه زیر ساخت‌های لازم برای انجام مداخله پیشنهادی را فراهم می‌کند. فضای فیزیکی برای کمک به تحقیق، فضای ذخیره داده‌ها، سخت افزارهای کامپیوتری، برنامه‌های آماری و پشتیبانی فنی برای تحلیل داده‌ها و کارکنان برای مدیریت و منابع مالی و آماده کردن و ارسال گزارشات و مقالات همگی به راحتی موجود هستند. این دانشگاه دارای تجارب و زیر ساخت‌هایی برای مدیریت و اداره چندین مورد کمک‌های مالی مختلف است. دفتر خدمات پژوهشی با انجام پشتیبانی قبل از دریافت منابع مالی تا مدیریت پس از آن و امنیت تحقیق، یک جز کلیدی در زیر ساخت‌های پژوهش‌های دانشگاه است. این زیر ساخت دارای تجربه اجرای سریع پروژه‌های جدید، گزارش‌های مالی ماهانه و چند قرارداد فرعی می‌باشد.

اگر سازمان‌های دیگری نیز درگیر هستند، لازم است طی نامه‌ای از طرف این سازمان‌ها، نقش، تجربه و حمایت آنها مشخص شود. همچنین لازم است که افراد خارج از سازمان متقاضی که در برنامه درگیر خواهند شد، خلاصه‌ای از تجربیات خود به همراه نامه همکاری که در آن نقش خود را در مداخله شرح می‌دهند، ارائه دهند.

### نمونه توصیف زمینه و مهارت‌های کارکنان

ماریا گونزالس، هماهنگ کننده مداخله پیشنهادی، دانشجوی کارشناسی ارشد در رشته سلامت عمومی در دانشگاه الف است. او لیسانس خود را از دانشگاه ایالتی اخذ کرده و در آنجا یک داوطلب دائمی در پناهگاه نوجوانان فراری بود. او در حال حاضر کلاس کار خود را با یک شغل نیمه وقت به عنوان دستیار تولید در استودیو ملی تنظیم می‌کند. استن جونز، معاون هماهنگ کننده مداخله پیشنهادی است که در طی پنج سال گذشته به عنوان مدیر برنامه‌های ویژه در شورای هنر محله فعالیت کرده است. علاوه بر

کار با دانش‌آموزان ابتدایی و سالمندان، او برنامه PhotoVoice را طراحی و با موفقیت اجرا کرده است.

دیوید استیونز، مشاور ارزیابی مداخله پیشنهادی برای مداخله ارائه شده، دانشیار گروه سلامت اجتماع دانشگاه الف است. او برای برنامه‌های مختلف اجتماع محور ارزیابی فرآیند، تاثیر و پیامد را انجام داده است که آخرین مورد پروژه آموزش نمایشی ایدز و سمپوزیوم قلب‌های سالم/ کودکان سالم بوده است.

### نمونه‌ای از نامه همکاری

ماریا گونزالس

دانشگاه الف

خیابان اصلی شماره ۲۲۲۰

آنی تون، آمریکا

آقای گونزالس عزیز

من به عنوان مدیر مرکز مهد کودک سنت توماس که به کودکان و خانواده‌ها در مرکز شهر خدمات ارائه می‌دهد، از تاثیرات و حشمتی که خشونت بر زندگی کودکان دارد مطلع هستم. ما بسیار علاقمند به کار با شما و تیم پژوهش‌های شما در رابطه با طراحی و اجرای برنامه‌های پیشگیری از خشونت بر روی خانواده‌های این مرکز هستیم. من معتقدم که ایده‌های شما درباره کار با کارکنان، والدین و افراد کم سن عالی بوده و فواید بسیاری را هم در کسب مهارت‌ها و هم کاهش میزان مشکلات مرتبط با خشونت به دنبال خواهد داشت.

به شما اجازه داده خواهد شد که مداخله توقف خشونت خود را با همکاری کارکنان، خانواده‌ها و کودکان این مرکز در طی سال تحصیلی آتی اجرا نمایید. آرزو می‌کنیم شما در کسب منابع مالی در این زمینه مهم موفق باشید.

**با احترام، خوزه چارلز**

**مدیر**

### اجزای بودجه

بودجه را می‌توان تنها به عنوان هزینه‌های مورد انتظار توصیف کرد یا با جزییات بیشتر درباره هزینه‌هایی که در طی دوره مالی صرف خواهد شد، بیان نمود. به عبارتی، پشتیبانی نقدی یا غیر نقدی که هزینه خواهد شد و درآمدهایی که ایجاد خواهد شد. سرمایه گذار معمولاً چارچوب و دستورالعملی که در تهیه صفحات بودجه استفاده خواهد شد را مشخص می‌کند. بودجه باید اختصاصی و واقع بینانه بوده و به داور کمک مالی تصویر کلی از آنچه که پیشنهاد شده است را ارائه دهد. سعی کنید مقدار بودجه تا حد امکان واقع بینانه بوده و خیلی تخمینی نباشد. توجیه بودجه که توصیفی از ضرورت هر یک از اجزای بودجه است، باید به همراه بودجه ارائه شود. به عنوان مثال اگر نیاز به یک نفر مصاحبه گر برای انجام مصاحبه با بیست نفر از شرکت کنندگان است و هر مصاحبه با زمان رفت و آمد در کل نصف روز طول بکشد، توجیه بودجه نشان خواهد داد که نیاز به یک نفر مصاحبه گر در ۱۰ روز برای انجام مصاحبه و برای هر روز ... دلار می‌باشد.

### هزینه‌های پرسنلی و غیر پرسنلی

بودجه را می‌توان در قالب دو دسته کلی بیان کرد: پرسنلی و غیر پرسنلی. بخش پرسنلی شامل دو جزء است: حقوق کارکنان و مزایای آنها. در هنگام مشخص کردن کارکنان مورد نیاز مداخله، در نظر بگیرید که واقعا چه نوع و چه تعدادی پرسنل مورد نیاز است. صرف چه مقدار از زمان مدیر اجرایی ضرورت دارد؟ آیا حضور یک مدیر پروژه تمام وقت ضرورت دارد؟ آیا نیاز به مشاور خارجی دارای تجربیات فنی و حرفه‌ای مورد نیاز است؟ آیا کمک اداری و منشی‌گری ضرورت دارد؟ آیا ارزیابی توسط فردی از پروژه انجام خواهد شد یا با فردی خارج از پروژه قرارداد بسته خواهد شد؟ چه درصدی از زمان را هر یک از کارکنان در پروژه خواهند صرف خواهند کرد؟ به عبارتی آیا آنها تمام وقت خواهند بود یا نیمه وقت؟ در صورتی که نیمه وقت باشند، افراد دقیقاً برای چه درصدی از زمان تمام وقت استخدام خواهند شد؟

مزایای جانبی شامل هزینه‌های اجباری مانند امنیت اجتماعی، بیمه خسارت کارکنان، بیمه بیکاری و مزایای داوطلبی مانند بیمه سلامت و برنامه‌های بازنشستگی است. این مزایا به صورت درصدی از حقوق و دستمزد بیان می‌شود، به عنوان مثال ۱۵ درصد حقوق سالانه ۳۰۰۰۰ دلاری مدیر پروژه یا ۴۵۰۰ دلار با درصدی که دفتر بودجه

یا پرداخت تعیین می‌کند. حقوق و مزایا باید در دسته مربوط به هزینه‌های پرسنلی به صورت جزء جداگانه‌ای فهرست شود.

بخش غیر پرسنلی بودجه، کلیه هزینه‌هایی که غیر مرتبط با پرسنل هستند را مشخص می‌کند. بخش تجهیزات شامل مواردی مثل کامپیوتر، نرم افزارهای آماری، پرینتر و سایر تجهیزات مربوط به مداخله مثل گام شمار، ترازو و فشار سنج است. بخش مصرفی یا لوازم شامل وسایل اداری مانند لوازم التحریر، خودکار، مداد، لوازم کپی مثل کاغذ و تونر و هزینه‌های مثل پرینت و چاپ می‌باشد. وسایل مربوط به مداخله مانند کتابچه‌های شرکت‌کنندگان و مشوق‌هایی مانند بلیط فیلم، کوپن‌های مواد غذایی و کارت هدیه‌های کتاب فروشی در این بخش فهرست می‌شوند.

هزینه‌های مسافرت که شامل سفرهای محلی و کشوری است را باید برآورد کرد. برای این کار مبالغی که کارکنان در مسافرت‌های مربوط به مداخله مثل بازدید از محل صرف می‌کنند شامل مسافت پیموده شده، هزینه گاز و کرایه حمل و نقل عمومی را برآورد کنید. اگر سفر برون شهری مانند مسافرت برای جلسه حرفه‌ای جهت انتشار نتایج پیش‌بینی شده است، هزینه‌های مسافرت هوایی یا ریلی، اقامت، هزینه ثبت نام و هزینه غذای هر روز را در نظر بگیرید. در نهایت برای مواردی که در بخش‌های دیگر قرار نمی‌گیرند، می‌توان هزینه‌های متفرقه از قبیل هزینه پست، تبلیغات، اشتراک و هزینه‌های کوچک مربوط به مداخله را در بخش سایر هزینه‌ها بیان کرد.

### توجیه بودجه

در جدول شماره ۱- ۱۱ نمونه‌ای از توجیه بودجه ارائه شده است.

### هزینه‌های غیر مستقیم

موسسات و بسیاری از سازمان‌ها یک سری از مبالغ را از سرمایه‌گذاران برای هزینه‌های غیر مستقیم که تحت عنوان سرباری هم تلقی می‌شود، مطالبه می‌کنند. این مبالغ به صورت درصدی از هزینه‌های پرسنلی محاسبه می‌شود و جهت پرداخت چیزهایی مانند فضا، برق، دسترسی به کتابخانه‌ها و نظایر آن مورد استفاده قرار می‌گیرد. سازمان‌های دولت مرکزی (فدرال) مانند NIH عموماً بیش از ۵۰ درصد هزینه‌های پرسنلی را به

عنوان هزینه‌های سرباری به دانشگاه‌ها پرداخت می‌کنند. بنیادها معمولاً بین ۱۰ تا ۱۵ درصد را می‌پردازند. به طور کلی نیاز نیست که متقاضی این هزینه‌ها را به عنوان بخشی از بودجه مطرح کند، زیرا پس از اعطای کمک مالی محاسبه خواهد شد.

جدول ۱- ۱۱: نمونه‌ای از توجیه بودجه برای مداخله پیشگیری از ایدز: دوره دوازده ماهه

هزینه	مقدار	توجیه و مسئولیت‌ها
ماریا گونزالز هم‌هنگ کننده	۸۰۰۰ دلار (مسئول استخدام و آموزش نوجوانان گروه هدف برای پیاده‌سازی تولید فیلم، تنظیم مکان برای پخش فیلم و کمک در جمع‌آوری داده‌ها برای ارزیابی)	معادل ۲۰٪ تمام وقت* ۴۰ هزار دلار حقوق سالانه= ۸۰۰۰ دلار مسئولیت اجرای تمامی ابعاد پروژه و کسب تاییدیه کمیته اخلاق، استخدام، آموزش و نظارت بر کارکنان و داوطلبین. همکاری در تحلیل داده‌ها و نوشتن گزارش‌ها و مقالات و آرایه
هزینه‌های جانبی ماریا	۲۶۶۷ دلار	میزان هزینه‌های جانبی ۳۳٪* هشت هزار دلار= ۲۶۶۷ دلار
استن جونز معاون هم‌هنگ کننده	۱۵۰۰۰ دلار (مسئول دعوت از دانش‌آموزان گروه هدف و آموزش آنها برای تولید فیلم، تنظیم مکان برای پخش فیلم تهیه شده و کمک به جمع‌آوری داده‌ها برای ارزیابی)	۵۰ معادل درصد تمام وقت* ۳۰ هزار دلار حقوق سالانه= ۱۵۰۰۰ دلار
هزینه‌های جانبی جونز	۵۰۰۰ دلار	میزان هزینه‌های جانبی ۳۳٪* ۱۵۰۰۰ دلار= ۵۰۰۰ دلار
دیوید استیونز	۲۵۰۰ دلار (مسئول طراحی و اجرای بخش‌های ارزیابی)	مشاور
هزینه پرسنلی	۳۰۶۶۷ دلار	
پرداخت به فیمسازان نوجوانان	۲۴۰۰ دلار	۱۰ نوجوان* ۱۰ ساعت* هر ساعت ۱۲ دلار= ۱۲۰۰ دلار ۵ نوجوان* ۲۰ ساعت* هر ساعت ۱۲ دلار= ۱۲۰۰ دلار فیلم سازان نوجوان، که از طریق ارتباط با اداره مسکن عمومی شناسایی می‌شوند
ایاب و ذهاب	۱۰۵ دلار	۱۰ آرایه* ۳۰ مایل برای هر مورد= ۳۰۰

توجیه و مسئولیت ها	مقدار	هزینه
مایل* هر مایل ۳۵ سنت=۱۰۵ دلار		برای ارایه
دوربین، چراغ‌ها، رابط برای ۸ هفته هر هفته ۶۵ دلار = ۵۲۰ دلار	۵۲۰ دلار	اجاره تجهیزات ویدیویی
برآورد ۲۰۰ دلار	۲۰۰ دلار	لوازم فیلم
۷۵ دلار برای هر پذیرایی* ۱۰ بار ارئه= ۷۵۰ دلار	۷۵۰ دلار	پذیرایی
برای انتشار در کنفرانس انجمن سلامت عمومی استان، شامل ۱۵۰ دلار هزینه ثبت نام، هتل برای ۲ شب* هر شب ۱۲۰ دلار= ۲۴۰ دلار، غذا برای ۳ روز* ۴۵ دلار برای هر روز= ۱۳۵ دلار، کل مسافت پیموده شده تا محل کنفرانس ۳۰۰ مایل* هر مایل ۳۵ سنت=۱۰۵ دلار	۶۳۰ دلار	مسافرت تا محل کنفرانس
کاغذ و کارت‌ریج جوهر برای فعالیت‌های هماهنگ کننده پروژه	۲۵۰ دلار	لوازم دفتری
۴۸۵۵ دلار		هزینه‌های غیر پرسنلی
۳۵۵۲۲ دلار		کل

### نکاتی برای نوشتن درخواست کمک مالی برای افراد مبتدی

در یافتن کمک‌های مالی، درخواست از بنیادهای محلی کوچک، محل خوبی برای شروع است. دفاتر پروژه ممکن است تمایل داشته باشند که پیش نویس طرح پیشنهادی را قبل از ارسال نهایی مطالعه نمایند. برقراری رابطه با کارکنان بنیاد کوچک محلی اغلب در تلاش‌های آتی جواب خواهد داد.

به کار با فردی که در زمینه نوشتن کمک مالی تجربه دارد توجه داشته باشید، این فرد طرح پیشنهادی را مطالعه کرده و پیشنهادهای را ارائه می‌دهد یا در تنظیم طرح کلی کمک می‌نماید. گذراندن یک دوره نوشتن درخواست کمک مالی که اغلب از طریق دانشکده یا دانشگاه اجتماع ارایه می‌شود، هم فرصت یادگیری اصول اولیه را فراهم می‌کند و هم از این طریق مخاطبان هدف قبل از ارسال طرح آن را بررسی می‌کنند.

همچنین این آموزش‌ها به صورت آنلاین در وبسایت مرکز بنیاد به آدرس <http://foundationcenter.org/getstarted/training> موجود است.

سازمان‌های اجتماع محور جدید یا در حال توسعه‌ای که هنوز فاقد جایگاه رسمی بوده یا وضعیت غیر انتفاعی رسمی ندارند، می‌توانند با استفاده از سازمان دیگری به عنوان یک نهاد مالی، کمک مالی درخواست نمایند. این ائتلاف استراتژیک، فواید دوجانبه‌ای را به جهت امکان‌پذیر کردن دریافت مبالغ کمک‌های مالی به یک گروه جدید که ممکن بود در غیر این صورت واجد شرایط دریافت کمک مالی نشوند به دنبال دارد. به طور کلی، سازمان مادر در حدود ۱ درصد کمک مالی را برای مدیریت بودجه دریافت می‌کند.

در صورتی که کل بودجه برای مداخله پیشنهادی بیش از مقداری باشد که بتوان آن را از یک سازمان سرمایه گذار تامین کرد، می‌توان برای بخش‌های مختلف پروپوزال مانند آموزش و مقرری برای آموزشگران همسطح و یا حقوق هماهنگ کننده نیمه وقت کمک‌های مالی جدا درخواست کرد. پس از تعهد برای حتی مبالغ کم، می‌توان به سراغ سرمایه گذار دیگر رفت و درخواست همکاری آنها در فعالیتهای مداخله را مطرح کرد. بسیاری از بنیادهای بزرگ امکان دریافت مبالغ کم (عموما کمتر از ۲۵۰۰۰ دلار) بدون نیاز به تایید کل هیات مدیره بنیاد را فراهم می‌کنند که می‌تواند تنها سالی یک یا دو بار پیش بیاید. هرچند باید به خطر داشت که بنیادها علاقمند هستند که در گزارش سالانه خود نشان دهند که چه فعالیتهایی را از طریق سرمایه گذاری خود انجام داده‌اند. به عنوان مثال به جای تقسیم کل هزینه‌های بودجه یک مداخله پیشگیری از ایدز نوجوانان، از یک بنیاد تنها برای جزء فیلم برداری از نوجوانان، مسافرت و انتشار نوار ویدئویی درخواست کمک‌های مالی نمود. این کار به هر دو سازمان سرمایه گذار اجازه می‌دهد که حمایت زیادی از مداخله داشته باشند.

### تداوم و استمرار مداخله

اجرای موفق یک مداخله سلامت اجتماع محور تضمینی برای تداوم آن پس از پایان دوره مالی اصلی ایجاد نمی‌کند. تعداد کمی از تامین کنندگان منابع مالی، از یک مداخله به صورت نامحدود حمایت می‌کنند، بنابراین باید برای تداوم فعالیتهای مداخله منابع جدیدی را شناسایی کرد. تهیه برنامه ماندگاری یا تداوم باید یکی از اهداف تمامی



مداخلات موفق باشد. هرچند پژوهش‌های کمی در رابطه با ماندگاری انجام شده است، بین پژوهشگران درباره اقدامات افزایش احتمال ماندگاری مداخله توافق وجود دارد. تناسب خوب بین مداخله و فرهنگ و رسالت سازمان اجتماع موجب افزایش احتمال ادغام مداخله در عملکرد اصلی سازمان می‌شود. در صورتی که بتوان به جای مداخله‌ای که نیاز به منابع قابل توجه اضافی و یا ایجاد تغییر در فضا یا ساختار سازمانی دارد، با فضای سازمانی و منابع موجود سازمان اجتماع کار کرد، مداخله ماندگار خواهد شد. کسب حمایت افراد اجرایی سازمان قبل از شروع مداخله برای تداوم مداخله حیاتی است. کارکنان در سطح اجرایی می‌توانند یک پشتیبان قابل توجه داخلی بوده و هم به اجرا و هم به ماندگاری آن کمک نمایند. بر فواید مداخله در رسیدن کارکنان، مشتریان و سایر ذی نفعان به فواید حاصل از برنامه تاکید کنید. آمادگی نشان دادن شفاف این فواید و تناسب آنها با رسالت سازمان و سرمایه گذار را داشته باشید. اگر کارکنان سازمان برای اجرای مداخله ضرورت داشته باشد، لازم است که مسئولیت‌های مداخله با حوزه مسئولیت‌های شغلی کنونی افراد همپوشانی داشته باشد و به آسانی بتوان آنها را در فعالیت‌های جاری ادغام نمود. کارکنان برای شرکت در کارهای مداخله نباید از مسئولیت‌های شغلی خود غفلت نمایند.

### خلاصه

این فصل به برخی از ویژگی‌های کسب منابع مالی برای مداخله پیشنهادی پرداخت. در این فصل نحوه و مکان درخواست کمک‌های مالی مورد بحث قرار گرفت و تفاوت‌های بین درخواست از منابع دولتی در مقابل منابع بخش خصوصی مطرح شد. این فصل همچنین شامل مباحثی درباره اجزای درخواست پیشنهادی بود و راه‌هایی را برای ارایه بودجه پیشنهاد کرد. همچنین ایده‌هایی در باره ماندگاری مداخله پس از دریافت منابع مالی اولیه مورد بحث قرار گرفت.

### فعالیت‌ها

بنیادی را در اجتماع خود شناسایی کنید که در مداخلات سلامت سرمایه گذاری می‌کند. حداقل سه مداخله که در سال گذشته منابع مالی آنها توسط این بنیاد تامین شده را شرح دهید.

محل درخواست منابع مالی این سه مداخله و مهلت سال آتی یا دوره مالی آنها را مشخص کنید.

دو دلیل سرمایه گذاری این بنیاد بر مداخله خود را بیان کنید.

### سوالات بحث

جوانب مثبت و منفی درخواست کمک مالی از بنیاد در مقابل درخواست از صندوق دولت مرکزی برای حمایت از یک مداخله را مورد بحث قرار دهید.

آیا برای نوع خاصی از پروژه‌ها، محل مناسبتری برای درخواست منابع مالی وجود دارد؟

## فصل دوازدهم

### مشکلات اجرایی

#### اهداف یادگیری

بیان سه حوزه رایج بروز مشکلات اجرایی در مداخلات سلامت اجتماع محور  
آشنایی با راهکارهای غلبه بر مشکلات ایجاد شده در طی مداخلات سلامت اجتماع محور



## نگاه کلی

این فصل، مشکلاتی که پژوهشگران اغلب در زمان اجرای مداخلاتشان با آنها روبرو می‌شوند را بررسی می‌کند.

### مشکلاتی که پیش می‌آید

توجه به این نکته اهمیت دارد که با وجود راهنماهای کلی که در این فصل درباره اجرای مداخلات سلامت اجتماع محور ارائه شده، ممکن است در انجام بسیاری از اقدامات، اشتباه رخ دهد. هر چند این موضوع درباره کلیه پروژه‌های سلامت و پژوهش‌های وجود دارد، موقعیت اجتماع به دلیل روابط زیادی که باید با موفقیت صورت گیرد، چالش‌های خاصی را مطرح می‌کند. به راحتی نمی‌توان مسایلی که اتفاق می‌افتد را پیش‌بینی کرد. کلید موفقیت در این زمینه توانایی فکر کردن و واکنش به هنگام و موثر به موقعیت‌های دشوار است. فارغ از واکنش شخصی ابتدایی به این مسائل، پاسخ مناسب حرفه‌ای مستلزم حفظ آرامش و مرور تصویر کلی مشکل قبل از هر نوع واکنش می‌باشد. به کارگیری رویکرد تصویر کلی نیازمند پرداختن به مشکل به گونه‌ای است که کمترین تاثیر را بر اهداف مداخله، روش و صداقت علمی داشته باشد. حفظ این توازن یک راه ایده آل به برای به حداکثر رساندن هم رضایت اجتماع و هم نتایج علمی مطالعه است. مشکلات ممکن است در هر یک از مراحل طراحی، اجرا و یا ارزیابی یک مداخله به وجود آیند. در این فصل ما برخی از تجارب خود را از نمونه‌های واقعی به تصویر کشیده‌ایم.

### مشکلات طراحی

تخمین کمتر از حد واقعی زمان و منابع لازم برای تکمیل پروژه، مشکلی است که به ویژه برای دانشجویانی که علاقمند به ایجاد تغییرات اجتماعی در حل یک مشکل سلامت هستند، رخ می‌دهد. درباره بودجه، خود واقع بین باشید و از فشرده کردن بودجه برای یک پروژه بزرگ در قالب یک پروژه کوچک‌تر اجتناب کنید. با مشخص کردن جزئیات وظایف، به کارهایی که از آغاز تا پایان مداخله باید انجام شوند فکر کنید و از ابتدا درباره این کارها به کارکنان مالی و کارکنان سازمان‌های درگیر آموزش دهید.

مکانیسم‌هایی را در برنامه برای اطمینان از در مسیر بودن انجام فعالیت‌های برنامه‌ریزی بگنجانید. به عنوان مثال، برای پروژه یک جدول زمانی تهیه کنید و درباره آن با کارکنان مالی و سازمان‌ها بحث کنید (به فصل نه نگاه کنید). راه دیگر در مسیر بودن، برگزاری جلسات هر دو هفته یک بار جهت بررسی میزان پیشرفت و ایجاد تغییرات لازم می‌باشد. همچنین انجام این کار به تهیه گزارش‌های سه ماهه در رابطه با فعالیت‌ها و پیشرفت کار کمک می‌کند. ممکن است برخی از سازمان‌های تامین کننده منابع مالی نیاز به چنین گزارش‌هایی داشته باشند، حتی اگر اینطور نباشد این گزارش‌ها می‌توانند در نوشتن نتایج بعد از اتمام مداخله کمک کننده باشد. مشکلاتی را که درباره رعایت برنامه زمان بندی پیش آمده است را با کارکنان در میان بگذارید.

درباره اهداف مداخله واقع بین باشد و به یاد داشته باشید که تغییرات رفتاری زمان بر هستند و ممکن است ارزیابی آنها در یک دوره کوتاه مدت دشوار باشد. میزان انتظارتان را از تغییرات حاصل از مداخله بیش از حد امیدوار کننده در نظر نگیرید. حداقل برخی از اهداف را از بین اهدافی انتخاب کنید که در طی دوره کوتاهی قابل تغییر و اندازه‌گیری هستند، مانند تغییر در آگاهی و یا نگرش. زمانی که به دنبال جذب منابع مالی بیشتر هستند، حتی تغییرات کوتاه مدت، نتایج مثبتی را در بر خواهند داشت. به راه‌هایی تاکید کنید که در آن مجموعه‌ای از فعالیت‌های انجام شده در مراحل اولیه کار باید برای مداخله نتیجه نهایی داشته باشند.

در طراحی مداخله در زمان کار با اعضای اجتماع، لازم است به افرادی که با روش شناسی تحقیق آشنا نیستند و یا افرادی که جنبه‌های علمی پژوهش را درک نمی‌کنند، آموزش داد که اغلب این کار توسط دانشجویان و یا پژوهشگران انجام می‌شود. به عنوان مثال، لزوم نمونه‌گیری تصادفی شرکت‌کنندگان و یا انتخاب گروه کنترل که جزیی از مداخله نخواهند بود، واضح نیست و نیاز به توضیح دقیق دارد. ممکن است توضیح درباره علت مفید نبودن انتخاب افراد شرکت کننده در بحث‌های گروهی از میان دوستان دست اندرکاران برنامه و یا داشتن عقاید مشابه درباره پیامدهای مداخله ضروری باشد. همچنین ممکن است لازم باشد که پژوهشگر مطمئن شود که کارکنان و اعضای اجتماع که بر روی مداخله کار می‌کنند ضرورت جمع‌آوری داده‌هایی فراتر از تجربیات شخصی و یا حداقل تجربیات شخصی نمونه وسیعی از اعضای اجتماع را درک می‌کنند.

## مشکلات اجرایی

پس از شروع مداخله، ممکن است ایجاد تغییرات اساسی در آن ضروری باشد. ممکن است پس از توافق با یک سازمان اجتماعی مبنی بر دنبال کردن یک پروتکل خاص و تهیه برنامه پروژه، سازمان مورد نظر به این نتیجه برسد که امکان انجام آن به دلایل مسایل سیاسی و یا تغییر دیدگاه شان در رابطه با اهمیت پروژه وجود ندارد. توسعه حمایت‌های مداخله از طریق دخالت دادن دست اندرکاران از بیش از یک بخش می‌تواند به پاسخ به چنین چالش‌هایی کمک نماید. به منظور حفظ حمایت از پروژه، ارتباط با دست اندرکاران باید از طریق تماس‌های تلفنی و جلسات فردی و گروهی منظم حفظ شود، حتی زمانی که به نظر می‌رسد آنها زمان و انرژی خود را در جایی غیر از فعالیت‌های اصلی مداخله صرف می‌کنند.

مساله دیگری که باید در نظر گرفته شود حفظ مشارکت است. زمانی که دسترسی برای افراد دشوار باشد، احتمالاً مشارکت‌شان را در مداخله ادامه نمی‌دهند. با پرداخت هزینه‌های مربوط به رفت و آمد و اجرای فعالیت‌های برنامه در زمان‌هایی که اکثر افراد بتوانند در برنامه شرکت کنند (مانند ساعات بعد از کار و مدرسه و نه در طی تعطیلات) از بروز این مشکل پیشگیری کنید. فعالیت‌ها باید در مکان‌هایی اجرا شوند که رسیدن به آنجا آسان باشد. هر چند نزدیکی جغرافیایی اهمیت دارد اما باید موانع پیرامون محل نیز لحاظ شوند. به عنوان مثال، تردد افراد در یک بیمارستان بزرگ و یا ساختمان دولتی در صورتی که با طرح و سیستم‌های امنیتی آشنا نباشد، دشوار خواهد بود. همچنین در صورتی که افراد برای رسیدن به محل برنامه از ماشین استفاده می‌کنند، اطمینان از وجود پارکینگ، ترجیحاً به صورت رایگان اهمیت دارد.

مشکل رایج دیگر، اتکای زیاد به انجام فعالیت‌های مداخله توسط داوطلبان است. هر چند داوطلبان می‌توانند بسیار کمک کننده باشند، اما باید در نظر داشت که این افراد تعهدات دیگری (کار، خانواده و مدرسه) دارند که می‌تواند زمانی را که می‌توانند و یا در عمل صرف پروژه می‌کنند را محدود نماید. بدیهی است این حد از بی‌ثباتی می‌تواند به صورت منفی بر توانایی برنامه در دستیابی به اهدافش تاثیر بگذارد. در این زمینه این واقعیت مطرح است که تغییر افرادی که به عنوان کارکنان برنامه هستند می‌تواند بر ثبات برنامه تاثیر منفی بگذارد. به علاوه، هر چند داوطلبان علاقمند و متعهد هستند

ممکن است از مهارت‌های لازم برخوردار نباشند و بنابراین آموزش مناسب باید به آنها ارایه شود. انجام این کار می‌تواند منابع مداخله را به مصرف برساند.

### تغییر (بی ثباتی حضور) کارکنان

یکی دیگر از عوامل پیچیده می‌تواند زمانی رخ دهد که اتکا زیادی به یک یا دو نفر از اعضای کارکنان مطالعه باشد، در حالی که سایر افراد در حلقه ارتباطی و مسئولیت‌ها دخالت داده نشده‌اند. چنین موقعیتی می‌تواند علت تغییر کارکنان و اختلاف درون گروه کاری مداخله شود. مداخلاتی که با جمعیتی با یک نیاز خاص بالا کار می‌کنند مانند افراد بی خانمان مبتلا به بیماری‌های روانی یا پناهندگان با حداقل منابع، کارکنان به دلیل عدم توانایی در فراهم کردن منابع و فقدان حمایت برای این جمعیت از طرف اجتماع، ممکن است کار را ترک کنند. استرس حاصل به ویژه برای کارکنان در موقعیت‌های خط مقدم می‌تواند منجر به فرسودگی شغلی شود. آماده کردن کارکنان در زمان کافی، تنوع در برنامه کاری، طراحی راه‌هایی برای ترکیب مسئولیت‌های کارکنان و ارایه حمایت، راهنمایی و پس‌خوراندهای مداوم می‌تواند به حل این مسایل کمک کند. فکر کردن به ارتقای شغلی نیز می‌تواند استعداد و تجارب افراد را برای مداخله حفظ کند. به راه‌هایی فکر کنید که مثلاً یک موقعیت هماهنگ کننده برای کارکنانی که نشان داده‌اند متعهد به کار در خط مقدم هستند، ایجاد شود. مسئولیت‌های دیگری را مشخص کنید که کارکنان پس از مدتی توانایی پذیرفتن آن را دارند، مانند تهیه مواد آموزشی، جمع‌آوری داده‌ها، کمک در نوشتن مستندات مربوط دریافت کمک‌های مالی و یا انجام فعالیت‌های جدید برنامه. چنین امکاناتی را با کارکنانی که تازه به کار گرفته شده‌اند و با نهادهای مشارکت کننده کار می‌کنند در میان بگذارید تا مطمئن شوید که این افراد را می‌توانید شناسایی کنید. تغییر کارکنان از نظر آموزش‌های اضافی و جهت گیری کارکنان جدید، فشار کاری نیروهای موجود تا زمان جایگزینی فرد جدید و نیز روابطی که در زمان خروج یکی از افراد باید برقرار شود، می‌تواند برای سازمان هزینه بر باشد.

### مشکلات ارزشیابی

هر چند ارزیابی پروژه برای دانشجویان، اعضا هیات علمی و تامین کنندگان مالی حیاتی است اما می‌تواند از نظر شغلی برای سازمانی که در تامین داده‌های مورد نیاز



ارزیابی همکاری نمی‌کند، تهدید کننده باشد چرا که ممکن است بازتاب بدی در عملکردشان ایجاد شود. یک راهکار برای برخورد با چنین موقعیتی مطمئن کردن سازمان درباره عدم افشای هویت خود در ارائه گزارش می‌باشد. در صورتی که نتوان چنین تعهدی را مطرح کرد و یا موفق به اجرای آن شد، مشخص کنید که آیا می‌توان ضمن حفظ طرح کلی ارزیابی، داده‌های سازمان را حذف کرد یا خیر.

در برخی مواقع، در مداخلاتی که چندین سازمان شرکت دارند ممکن است همکاری سازمان‌های اجتماع از بین برود. به عنوان مثال، اگر سوال تحقیق دانستن نقاط قوت راهکارهای مختلف توسعه برنامه پیشگیری از ایدز باشد، ممکن است با هدف پی بردن به بهترین راهکار، از هر یک از سازمان‌ها خواسته شود پروتکلی را که تا حدی با بقیه متفاوت است اجرا نمایند. در صورت عدم انجام کار توسط یکی از سازمان‌ها و موجود نبودن داده‌های آن، ممکن است ارزیابی محدودتری که شامل مقایسه داده‌های سازمان‌های درگیر است، مفید باشد. معمولاً می‌توان چارچوب‌های نمونه‌گیری را تعدیل کرد و یا یک روش جمع‌آوری داده را جایگزین روش دیگر نمود حتی اگر با این کار نتایج توان آماری کمتری داشته باشند.

به ندرت یک تغییر در سازمان‌های همکار و یا اجتماع به عنوان کل مانع انجام ارزیابی می‌شود چرا که در چنین موقعیتی تغییرات لازم در طرح مطالعه صورت می‌گیرد. هرچند با وجود مشکل زمانی که ادامه کار باعث هدررفتن وقت و منابع می‌شود، متوقف کردن ارزیابی و نهایتاً مداخله باید به عنوان یک گزینه مطرح باشد. شفاف کردن ضرورت انجام یک ارزیابی قوی جهت تعیین تاثیر مداخله ضروری از زمان شروع پروژه می‌تواند از سوء تفاهم‌های بعدی مداخله پیگیری کند.

ممکن است چالش‌هایی مرتبط با جمع‌آوری برخی از داده‌های مورد نیاز اجرا و ارزیابی مداخله به وجود آید. یک مشکل رایج اعتراض به برخی از سوالات و یا نحوه بیان یک سوال خاص می‌باشد. تمهیداتی را برای مقابله با چنین اعتراض‌هایی بدون به خطر انداختن نتایج در نظر بگیرید. اگر از نظر بخش قابل توجهی از اجتماع یا کمیته اخلاق، نحوه بیان پرسشنامه اهانت آمیز بود، می‌توان نحوه بیان را تغییر داد حتی اگر دقت کمتری داشته باشد. نحوه بین سوالات در پیمایش‌ها و سایر ابزارها را می‌توان تغییر داد. برای مقابله با اعتراض‌های شدید، می‌توان سوالات خاصی را حذف کرد. مثلاً اگر مداخله در پی تشویق جوانان دارای روابط جنسی به کاهش رفتارهای پر خطر

می‌باشد، بهتر است از پرسشنامه‌ای استفاده کرد که حاوی کلمات عامیانه مورد استفاده خود جوانان برای توصیف فعالیت جنسی است، چرا که به راحتی این سوالات را می‌فهمند. برخی از بزرگسالان در اجتماع ممکن است به استفاده از چنین کلماتی معترض باشند. معمولاً میتوان با اجتماع به توافقی در این زمینه دست یافت که اثر بخشی مداخله را به صورت جدی کاهش ندهد.

در هنگام کار با اجتماع‌هایی که چند گروه مهاجر دارند، ممکن است اطمینان از درک گروه‌ها از مفهوم ابزار، فرم‌های رضایت و مواد آموزشی دشوار باشد. در چنین موقعیتی، داشتن برگه‌ای که اجازه می‌دهد کلمات و واژه‌ها را ترجمه کنید و درک سوالات را برای جمعیت‌های خاصی تسهیل نمایید، می‌تواند کمک کننده باشد. در برخی از جمعیت‌ها، ممکن است سواد به ویژه درباره مهاجرین مسن یک مساله باشد. پرسیدن درباره تمایل افراد به خواندن بلند سوالات توسط پژوهشگر به دلیل این که مثلاً افراد عینک خود را به همراه ندارند می‌تواند خجالت آنها را به حداقل برساند.

سوء تفاهم درباره سلسله مراتب یک گروه مهاجر و یا سایر گروه‌های اجتماع مشکلی است که بسیاری از کسانی که در کار با اجتماع تجربه ندارند، پیش می‌آید. در برخی از گروه‌ها، زنان بدون حضور یک عضو مذکر خانواده اجازه صحبت با افراد غریبه را در یک اتاق ندارند. در برخی دیگر از گروه‌ها، بزرگسالان وابسته به ترجمه از انگلیسی و یا بالعکس توسط اعضای جوان خانواده هستند. ممکن است این مساله حتی درباره سوالاتی که ماهیت خودمانی و صمیمی دارند نیز مطرح باشد. پژوهشگر باید خود را با چنین وضعیتی سازگار کند، حتی اگر این کار به نظر مطلوب نباشد. یک گزینه در چنین موقعیتی این است که سوالاتی که ممکن است برای فرد ناراحت کننده باشند، مطرح نشوند به خصوص اگر این سوالات برای پیامدهای پروژه مهم نباشد.

در طی فرآیند ارزیابی فرآیند، ممکن است کارکنانی که مورد مصاحبه قرار می‌گیرند، احساس کنند که کارشان در معرض قضاوت است و با صراحت به سوالات پاسخ ندهند. ضروری است به صورت مکرر به آنها اطمینان داده شود که این برداشت آنها درست نیست و تمامی داده‌ها محرمانه هستند. یافته‌های ارزیابی فرآیند ممکن است نشان دهند که برخی از کارکنان سوالات را به درستی تفسیر نمی‌کنند و باید اصلاح شود.

### یافته‌های منفی

ممکن است برخی از یافته‌ها نشان دهند که اعضای اجتماع که در معرض خطر بالایی هستند به مداخله دسترسی پیدا نکرده‌اند. یافته‌های دیگر ممکن است بیان کنند که با وجود اجرای خوب مداخله، تاثیر چندانی بر مشکل سلامت مورد نظر نداشته است. باید هر چه زودتر درباره هر یک از این وضعیت‌ها اقدام شود که می‌تواند شامل آموزش مجدد کارکنان، تهیه برنامه جدید نمونه‌گیری و دستیابی به افراد و یا خاتمه زود هنگام مداخله باشد.

برخی مواقع ممکن است دست اندرکاران و یا اعضای اجتماع نتایج ارزیابی مداخله‌ای را که مورد حمایت آنها بوده را دوست نداشته باشند و یا احساس راحتی نکنند. در سایه نتایج منفی مداخله، پرسنل سازمان ممکن است نگران تامین مالی مداخله باشند و یا نتایج ممکن است از نظر سیاسی خوشایند بخشی از اجتماع نباشد. پاسخ به چنین وضعیتی بستگی به قصد شما به ادامه کار با این اجتماع دارد. اگر قصد دارید کار را با این اجتماع ادامه دهید، می‌توانید نتایج را بدون نشان دادن جنبه‌های منفی و با تاکید بر نتایج مثبت منتشر کنید و نتایج منفی را دور از کانون توجه عمومی نگه دارید. در چنین وضعیتی نمی‌توان یک کنفرانس مطبوعاتی برگزار کرد. هر چند بندرت اعضای اجتماع با انتشار نتایج منفی در یک مجله علمی پژوهشی مشکل دارند. در شرایطی که بیشتر یافته‌ها مثبت هستند، برگزاری کنفرانس مطبوعاتی که در آن دست اندرکاران دعوت می‌شود، می‌تواند باعث تقویت حمایت آنها در مراحل بعدی کار شود. در چنین شرایطی همواره باید انتشار مطبوعاتی به منظور پیشگیری از سوء تعبیرها یا آرایه نادرست یافته‌ها انجام گیرد. در هنگام انتشار نتایج، تصاویر می‌تواند روش خوبی برای نشان دادن کارهایی که انجام شده، می‌باشد. هر چند به یاد داشته باشید که مجوز استفاده از این عکس‌ها را اخذ کنید(این مساله به ویژه زمانی مهم است که افراد شرکت کننده از بین اقلیت‌ها باشند و یا نخواهند که شناخته شوند مانند معنادان تزریقی، افراد غیر قانونی، قربانیان تجاوز جنسی و یا افرادی که سو سابقه دارند).

اگر ارزیابی بیانگر برخی از مشکلات عمده در مداخله بود، این نگرانی‌ها باید به اطلاع دست اندرکاران رسانده شوند تا آنها در جریان باشند، عدم ایجاد تغییرات اساسی، ممکن است زمان و منابع را از بین ببرد. از آنجا که اعلام اخبار بد می‌تواند افراد را در معرض خطر قرار دهد، بهتر است از دست اندرکارانی که ماهیت پژوهش را بیشتر درک

می‌کنند، به عنوان مثال افرادی که در زمینه داده‌ها و ارزیابی تجاربی دارند و یا رهبران دانا، جهت کمک به اطلاع به دست اندرکارانی که چنین تجربه‌ای را ندارند استفاده شود. هیچ مداخله‌ای دقیقاً آنگونه که برنامه‌ریزی شده پیش نمی‌رود و هیچ ارزیابی کاملاً مثبت نیست. در گزارش یافته‌های یک ارزشیابی، پژوهشگر باید مدبر و خلاق باشد.

### خلاصه

در این فصل برخی از چالش‌های کار در موقعیت‌های اجتماع به همراه تعدادی از روابطی که باید به صورت موفقیت آمیزی حل و فصل گردد را مورد بحث قرار دادیم. بر پایه تجربیات ما، هنگامی که امور مربوط به پروژه دچار اشکال می‌شود، پژوهشگر باید آرامش خود را حفظ کرده و قبل از هرگونه واکنش، به صورت خلاقانه درباره آن مشکل فکر کند. نمونه‌های ارایه شده نمایانگر تمامی مشکلات بالقوه نیستند، بلکه این نمونه‌ها منعکس کننده طیفی از تجربیاتی است که می‌تواند خوانندگان این کتاب را در برخورد با بسیاری از چالش‌های پیش رو راهنمایی کند.

### فعالیت ها

لیستی از مشکلات رایج که ممکن است در یک مداخله بالینی و یک مداخله اجتماع محور رخ دهد را تهیه کنید. چه تشابهات و تفاوت‌هایی بین این دو وجود دارد؟

### سوالات بحث

شما به عنوان هماهنگ کننده یک برنامه مداخله پیشگیری از بارداری نوجوانان، چه واکنشی به رابطه جنسی همکاران با یکی از آموزش دهندگان همسطح نشان می‌دهید؟ چه مراحل را جهت به حداقل رساندن تحریف داده‌ها توسط افرادی که اطلاعات را جمع‌آوری می‌کنند می‌توان اتخاذ نمود؟

## فصل سیزدهم

### آینده مداخلات سلامت اجتماع محور

#### اهداف یادگیری

پیش بینی روش های جدید مداخلات سلامت اجتماع محور با استفاده از روش های نوین

ارتباطی

ارایه تعاریف جدید از اجتماع بر اساس بهره مندی از پیشرفت های فناوری



## نگاه کلی

این فصل به بررسی گسترش انواع مداخلات سلامت اجتماع محور که با توسعه روش‌های نوین فناوری ارتباطات امکان‌پذیر است، می‌پردازد.

### انطباق روش‌های مداخله با اجتماع‌های قرن بیست و یکم

حوزه سلامت عمومی به طور مداوم در حال تغییر است. چالش‌هایی که جوامع با آنها مواجه هستند، می‌تواند تغییرات بنیادی در مدت زمان نسبتاً کوتاه ایجاد نمایند. در اواسط قرن بیستم، دست اندرکاران سلامت عمومی با اعتقاد به این که بسیاری از بیماری‌های عفونی نظیر آبله متعلق به گذشته است، نفس راحتی کشیدند. فلج اطفال که در شروع بسیج ریشه کنی جهانی در سال ۱۹۸۸ بیش از ۲۵۰ هزار نفر را آلوده کرده بود، به سرعت در غرب به یک رویداد نادر تبدیل شد، هرچند هنوز هم ادعا می‌شود سالانه تعدادی در جنوب آسیا و آفریقای زیر صحرا که در آنجا واکسیناسیون بحث برانگیز است، قربانی این بیماری می‌شوند. در سال ۱۹۸۰ ایدز و HIV هنوز شناسایی نشده بودند و فعالان سلامت عمومی در احساس آرامش تغییر توجه خود از بیماری‌های عفونی به کنترل و پیشگیری از بیماری‌های مزمن نظیر بیماری‌های قلبی و سکنه به سر می‌بردند.

هرچند با شروع قرن بیستم ایدز و HIV به عنوان بلایی مطرح شد که زندگی مردم را در همه قاره‌ها و میلیون‌ها نفر در سراسر دنیا را با آلودگی ویروسی تهدید کرد. سل و مالاریا هنوز علت اصلی بیماری و مرگ در بخش‌هایی از نیمکره جنوبی هستند و همانند نوع جدید آنفلوانزا، دنیا در انتظار همه‌گیری جهانی بعدی است. کارکنان سلامت عمومی باید دائماً خود را برای مقابله با واقعیت‌های جدید دنیایی که در آن کار می‌کنند، تطابق دهند.

تطابق در سلامت عمومی تنها درباره پاسخ به تهدیدهای جدید سلامت نیست. رویکردهای مورد استفاده برای درگیری و مبارزه با تهدیدهای سلامت عمومی و ایمنی باید در تغییرات در روش ارتباط و تعامل با چیزهایی که به عنوان بخشی از اجتماع مشاهده می‌شود نیز منعکس شوند. یکی از تغییرات اصلی در جامعه ما و کلیه جوامع سراسر جهان مربوط به معرفی و استفاده از فناوری‌های اطلاعات است. در سال ۱۹۸۰ تعداد کمی از افراد حتی درباره اینترنت شنیده بودند و هیچ موسسه تجاری دسترسی

به آن را ارایه نمی‌کرد. امروزه میلیاردها نفر آنلاین هستند. به همین ترتیب تلفن همراه در طی تنها چند دهه از یک اسباب بازی بزرگ در خانوارهای ثروتمند به یک وسیله رایج خانوارها تبدیل شد. حتی در کشورها و اجتماع‌ها خیلی فقیر، افرادی که نمی‌توانند خط تلفن ثابت داشته باشند، یک تلفن همراه ارزان قیمت را خریداری کرده و تماس‌های ضروری را برقرار می‌نمایند. این پیشرفت در فناوری پیامدهای مهمی را برای فعالان عرصه سلامت عمومی به همراه دارد.

### بازتعریف فناوری اطلاعات از اجتماع

در این فصل تعریف اجتماع را فراتر از تعریف محدود جغرافیایی گسترش می‌دهیم تا بررسی کنیم چگونه فناوری ما را قادر کرده تا به تعریف، توسعه و دستیابی به اجتماع در سراسر دنیا فکر کنیم. هرچند دسترسی در بسیاری از جمعیت‌های آسیب پذیر محدود است، نفوذ فناوری به ویژه در میان جوانان در حال گسترش است.

فناوری اطلاعات تعریف اجتماع را از چند بعد تغییر داده است. فناوری اطلاعات با ایجاد پیوند بین افراد بر اساس اشتراک اینترنت و ویژگی‌ها، فارغ از محل جغرافیایی آنها، اجتماع‌ها جدیدی را ایجاد کرده است. در حالی که برخی از این اجتماع‌ها دارای اهمیت کمی از نظر اهداف سلامت عمومی هستند، برخی دیگر از این اجتماع‌ها کاملاً مرتبط هستند، به عنوان مثال شبکه‌های آنلاین متشکل از افراد یا اجتماع‌هایی وجود دارند که در باره هر چیزی از بارداری و مدیریت وزن تا بیماری‌ها و درمان بیماری‌ها، بحث می‌کنند. اجتماع‌های دیگری پیرامون گروه‌های خاص دموگرافیکی شکل می‌گیرند مانند زنان نجات یافته از سرطان پستان، مردان هم جنس باز و یا دختران نوجوان مبتلا به اختلالات تغذیه‌ای. این اجتماع‌ها برای کارکنان سلامت عمومی فرصت‌های بی نظیری فراهم می‌کنند تا جمعیت‌های در معرض خطر خاص را مشاهده کرده و با آنها تعامل داشته باشند.

مثلاً یک اتاق گفتگوی افراد معتاد می‌تواند موقعیت مفیدی برای مشاهده نگرش‌های آنها و پیوستن به گفتگوهایشان درباره رفتارهای پر خطر و نیز ارایه مداخله‌ای نظیر ارایه حقایق و شواهد درمورد مخاطرات و رفتارهای جنسی محافظت نشده را فراهم کند. با استفاده از اینترنت دست اندرکاران قادر خواهند بود تا به سوالات درباره رابطه جنسی ایمن و ایدز در محیطی که هر فرد می‌تواند با احساس راحتی و به صورت برابر شرکت



نمایند، پاسخ دهند. چنین موقعیتی می‌تواند به دست اندرکاران بهداشتی فرصتی را جهت طراحی مداخله در یک موقعیت حیاتی، به طور ایده آل قبل از درگیر شدن افراد در رفتارهای بالقوه خطرناک فراهم کند و از این طریق احتمال این که اطلاعات مبادله شده در اینترنت یا گفتگوها موثر باشد، افزایش می‌یابد. مزیت اتاق گفتگو، دستیابی به افرادی است که خود تمایل به شرکت در گروهی را دارند که در آنجا باید شناسایی شوند یا اطلاعات خصوصی خود را فاش نمایند. اتاق‌های گفتگو با حفظ گمنامی هویت افراد، موانع حضور در جلسه را کاهش می‌دهد و مانع از مشکلات دیده شدن در عموم در هنگام بیان مسایلی که بالقوه خجالت آور هستند، می‌گردد. سوالاتی که در هنگام گفتگو ممکن است مطرح شود را می‌توان به راحتی در تماس‌های بعدی از طریق ایمیل یا وسایل دیگر پاسخ داد.

### افزایش اجتماع‌های مرتبط با سلامت از طریق اینترنت

اینترنت به کارکنان سلامت عمومی این امکان را می‌دهد که درباره روش‌های ارتباطی، اصطلاحات و زبان عامیانه مورد استفاده گروه‌های خاص مطالعه کنند، این کار کمک می‌کند تا پیام‌های هدف‌گیری شده برای گروه‌های مورد نظر تهیه شود. همچنین اینترنت فرصت‌هایی را برای ارزیابی اثر بخشی مداخلات مختلف از طریق روش‌های مختلف نظیر بازخورد مستقیم به شکل پیمایش یا بازخورد غیر مستقیم در قالب موارد بازدید و سایر آمارها ایجاد می‌کند.

پمفلت‌های حاوی مقاله و سایر اشکال متعارف اطلاعات سلامت بدون بازخورد درباره مخاطبانی که این اطلاعات را می‌بینند، نحوه دریافت این اطلاعات و مخاطبانی که توجه بیشتری به آنها دارند، توزیع می‌شوند. صفحات وب، سطح جدیدی از بازاریابی هدف‌گیری شده را فراهم می‌کنند که در آن امکان استفاده از روش‌های ارزان و آسان برای پی بردن به واکنش‌های مخاطبان به اطلاعات ارائه شده وجود دارد. وب‌مسترها می‌توانند از برنامه‌های کامپیوتری برای ردیابی تعداد افراد بازدید کننده از سایت‌ها، نحوه رسیدن به سایت‌ها، مدت زمانی که در این سایت‌ها توقف می‌کنند، پیوندهای که بر روی آنها کلیک می‌شود و سایر اطلاعاتی که می‌تواند در هدف‌گیری و کار با اجتماع‌ها خاص مفید باشد، استفاده نمایند.

در اینجا یک نمونه فرضی از نحوه عملکرد اینترنت درباره بیماری‌های عفونی ارائه می‌شود. در صورت وجود طغیان آنفلوانزا در اجتماعی که متشکل از مهاجران زیادی است، مسئولین سلامت عمومی خواهان ارائه اطلاعات به این اجتماع درباره احتیاطاتی که باید افراد برای اجتناب از ابتلا به آنفلوانزا رعایت کنند، افرادی که بیشتر در معرض خطر هستند و نحوه مراقبت از افراد بیمار می‌باشند. یک صفحه وب شامل برخی از اطلاعات پایه را می‌توان در عرض چند دقیقه ایجاد کرد و به محض دریافت اطلاعات بیشتر آن را به صورت خودکار هر دقیقه به روز کرد. وبسایت را می‌توان به زبان‌های مختلف و با دستور العمل‌های ویژه افرادی که به زبان‌های مختلف صحبت می‌کنند ارائه کرد (مانند مکان درمانگاه‌هایی که کارکنان به آن زبان خاص صحبت می‌کنند). به علاوه می‌توان تعداد بازدیدکنندگان از این سایت را در هر زمان پایش نمود و این اطلاعات را بر اساس زبان و بخش‌های مختلف تجزیه کرد.

مراجعه کم به نسخه فارسی سایت نسبت به تعداد جمعیت فارسی زبان‌ها، ممکن است بیانگر نیاز بیشتر بخش فارسی زبان اجتماع به کمک رسانی باشد. به همین ترتیب اگر اسپانیایی زبان‌ها بر روی بخش مهم مربوط به آنچه که در هنگام ابتلای کودکان و سالمندان باید انجام گیرد کلیک نکنند، باید این صفحه با تاکید بر پیوند مربوط به این بخش مجدداً طراحی نمود. اطلاعات مربوط به افرادی که به این سایت مراجعه می‌کنند می‌تواند به طراحان نشان دهد که کدامیک از بخش‌های وب در بیشترین مراجعه موثرتر بوده همچنین کدامیک از اقدامات امداد رسانی تاثیر بیشتری داشته است. هر یک از این گزینه‌ها مزیت نسبتاً کوچکی دارند، اما در کنار هم ابزارهای قدرتمندی برای تحلیل این که تا چه حد اطلاعات در اجتماع‌ها مختلف یا زیر مجموعه‌های آن انتشار پیدا می‌کند را به وجود می‌آورند.

در نمونه دیگری که واقعی است، هنگامی که ارائه‌دهندگان سلامت بروز بیماری‌های غیر معمول را می‌بینند، می‌توانند این اطلاعات را به اداره سلامت محلی یا مرکز کنترل بیماری‌ها بفرستند و از این طریق تعداد این رخدادها پایش شده و تعیین شود که آیا شیوع یک بیماری یا همه‌گیری مطرح است و آیا درمانی لازم است یا خیر. اطلاعات سلامت می‌تواند پویا بوده و به سرعت تغییر نمایند و قالب اینترنت به خوبی این تغییر شرایط را پوشش می‌دهد. در برخی موارد اینترنت می‌تواند یک راه منحصر بفرد برای انتشار یا جمع‌آوری اطلاعات از افرادی که دسترسی به آنها از طرق دیگر دشوار است را

امکان‌پذیر نماید، مانند افراد خانه نشین، افرادی که ساعات کار غیر معمول دارند یا افراد غیر قانونی که در مواجهه با هر فرد اداری نگران می‌شوند.

### استفاده از اینترنت به عنوان یک ابزار سازماندهی اجتماع

اینترنت همچنین فرصتی را برای افراد جهت جستجوی اطلاعات و یافتن اجتماع‌های که علایق مشترکی دارند فراهم می‌کند. سایت‌های معروف پزشکی مانند WebMD، اطلاعات سلامت زیادی را ارائه می‌دهند که هم دسترسی به آنها آسان است و هم بالقوه برای افراد مختلف مفید است. هر سازمان سلامت بزرگ از انجمن سرطان آمریکا تا بسیج‌های اطلاع‌رسانی مختلف سیگار دارای سایتی هستند که خدمات متنوعی شامل اطلاعات عمومی مربوط به زمینه سازمان، جزئیات برنامه‌های خاص مبتلایان، مراقبت‌کنندگان و خدمات ارجاعی را ارائه می‌دهند. بدیهی است این سایت‌ها ابزارهای جدید ارزشمندی را در مخازن سازمان‌های سلامت عمومی سنتی مطرح می‌کنند که به آنها امکان می‌دهد تا خدماتشان را گسترش داده و به افرادی که قبلاً دستیابی به آنها دشوار بوده، دسترسی داشته باشند. ما به نقطه‌ای رسیده‌ایم که رسانه‌های سنتی مانند تلویزیون، چاپ و حتی پست مستقیم تبلیغات، اغلب تنها به عنوان یک گام ابتدایی مطرح هستند و بیشتر مردم را به بازدید از وبسایت‌ها هدایت می‌کنند، یعنی به عنوان محل مبادله اطلاعات و محل‌های تماس عمل می‌کنند.

یکی از تحولات عمده وب در سال‌های اخیر، مربوط به محتوای ایجاد شده توسط کاربران بوده است. این مساله در سایت‌های شناخته شده مانند Facebook، YouTube و MySpace نمود پیدا کرده است. برخی از اقدامات سلامت عمومی در این سایت‌ها بیان شده است، به عنوان مثال سایت Illumistream Health به کاربران امکان دسترسی به فیلم‌هایی درباره موضوعات مختلف سلامت مورد هدف نوجوانان و بزرگسالان جوان را فراهم می‌کند. در اجتماع‌های مانند Yahoo Answers کاربران اطلاعات و دانش سلامت را با یکدیگر مبادله می‌کنند. لازم به ذکر است که این سایت‌ها می‌توانند در جهت انتشار اطلاعات اشتباه و گمراه‌کننده در دامنه وسیعی از موضوعات، از نظریه‌های توطئه‌ایدز تا ادعاهای نادرست درباره ناکارآمدی کاندوم در پیشگیری از گسترش بیماری‌های جنسی، نیز به کار روند. فعالان بهداشتی باید در استفاده یا هدایت دیگران به این سایت‌ها با احتیاط عمل کنند، حتی اگر سازمان‌های قابل اعتماد اطلاعاتی را در این

سایت‌ها قراد داده باشند، زیرا هر کسی می‌تواند اطلاعاتی را به این سایت‌ها ارسال کند و بندرت محدودیت یا نظارتی بر این اطلاعات وجود دارد.

تلاقی مفید دیگر بین فناوری اطلاعات و سلامت مربوط به ظهور وبلاگ‌ها، انجمن‌ها و وبسایت‌های شخصی است که برای بیماری‌های خاصی طراحی شده است. این سایت‌ها هر چند نامنظم و غالباً توسط افرادی که خود مبتلا به بیماری مورد نظر هستند و یا فرد مبتلایی را می‌شناسند اجرا می‌شود می‌توانند منابع بسیار ارزشمند برای افرادی باشد که به دنبال نظرات غیر کارشناسی، سوابقی از تجارب سایر افراد مبتلا یا کسی که تنها برای تسلی به افراد مبتلا هستند. این انجمن‌ها نمونه‌ای از توانایی اینترنت در تقویت مبادلات غیر رسمی اطلاعات و کمک به ایجاد اجتماع‌ها جدید است که گاهی به واسطه مسایل سلامت خاص با یکدیگر پیوند دارند. مشخص نیست که چگونه می‌توان به این اجتماع‌ها برای بهبود پیامدهای بالقوه نزدیک شد، هرچند مسایل در خور توجهی در این زمینه مطرح هستند.

### چالش و فرصت‌های دست اندرکاران سلامت عمومی

توانایی دست اندرکاران سلامت عمومی در به کار گیری مزایای Web 2.0، در شکل گیری آینده ابتکارات سلامت عمومی در فضای مجازی بسیار مهم خواهد بود. یک سایت Web 2.0 معمول کاربردهایی برای کمک به کاربران در انتشار محتوای خود از جمله تصاویر، مجلات وب (بلاگ‌ها)، پروفایل‌ها و فیلم‌ها را فراهم می‌کند و به کاربران اجازه می‌دهد تا محتوا را برای به اشتراک گذاشتن بین یکدیگر تولید نمایند.

برخی از سازمان‌های سلامت عمومی با موضوعات خاص، با ایجاد حساب کاربری برای مخاطبین خود، امکان درگیری در این سیستم عامل پویا را ایجاد کرده اند (انجمن سرطان آمریکا، انجمن ریه آمریکا و انجمن قلب آمریکا همگی سایت‌هایی در Facebook دارند) یا تلاش کرده‌اند تا از محتواهای تولید شده توسط کاربران خود، در سایت‌های سنتی خود استفاده نمایند (مانند بلاگ‌ها یا فیلم‌هایی برای ضبط بسیج اطلاع رسانی "شروع پیاده روی" برای انجمن قلب آمریکا). از آنجا که افراد بیشتر زمان آزاد و فعالیت‌های خود را در این سایت‌ها صرف می‌کنند، برای دست اندرکاران سلامت عمومی حضور و پیوند در این سایت‌ها اهمیت دارد. وب ۲,۰ فرصت‌هایی برای پرداختن

به اجتماع‌ها خاص را فراهم می‌کند، زیرا افراد، خود را بر اساس منطقه جغرافیایی و علایقشان سازماندهی می‌کنند.

همچنین این سازمانها ارتباط بهتر بین گروه‌های سلامت عمومی بزرگتر و منابع خاص اجتماع را امکان‌پذیر می‌نمایند. به عنوان مثال، انجمن قلب آمریکا می‌تواند افراد مناطق شهری خاص را هدف قرار داده و مسیرهای پیاده روی و دوچرخه سواری و نیز منابعی برای غربالگری‌های قلبی و درمان بیماری‌های قلبی ارزان قیمت را به آنها پیشنهاد نماید، یا انجمن سرطان آمریکا می‌تواند اجتماع‌ها خاصی که در معرض خطر بالاتر انواع خاصی از سرطان هستند را هدف قرار داده و به آنها اطلاعاتی درباره روش‌های مناسب غربالگری ارایه دهد. به موازات این که اینترنت به شکسته شدن رسانه‌های جمعی به بخش‌های کوچکتر کمک می‌کند، پیام‌های سلامت هدف گذاری شده برای اجتماع، ضروری‌تر و هزینه اثر بخش‌تر می‌شود. نرم افزار ردیابی اینترنت که از قبل برای تبلیغات در بین افراد گروه‌های خاص استفاده می‌شد (مانند سایت‌های همسریابی که اغلب به افراد مجرد پیشنهاد می‌دهد) و نیز فناوری‌های مشابه را می‌توان برای خدمات خاص اجتماع در یک شبکه بزرگتر به منظور هدف گیری افرادی که ممکن است در مناطق خاص جغرافیایی زندگی کنند و یا اعضای اجتماع‌ها دیگر استفاده کرد.

سازمان‌های سلامت عمومی همچنین می‌توانند از اینترنت به منظور دسترسی به اجتماع‌های که ممکن است فاقد منابع اطلاعاتی مورد نیاز برای مدیریت بیماری‌های مزمن باشند، استفاده نمایند. به عنوان مثال مرکز دیابت Joslin اتاق گفتگویی راه اندازی کرده که اجازه می‌دهد افرادی دیابتی در سراسر دنیا هم برای حمایت عاطفی و هم به اشتراک گذاشتن اطلاعات با یکدیگر ارتباط داشته باشند. با ایجاد یک اجتماع مجازی متمرکز بر خورد با علائم، مشکلات و الزامات زندگی افراد دیابتی، اتاق گفتگو تاثیر مثبتی بر اکثر کاربران خود داشته است (با یک پیمایش ایمیلی بررسی شده است) و مکانی را فراهم کرده که افراد در سراسر دنیا می‌توانند با سایر افرادی که ویژگی مشترکی دارند تعامل داشته باشند.

### اختلاط بین آموزش و سرگرمی

فناوری اطلاعات در آینده، بر مداخلات سلامت اجتماع محور از طرق مختلف و تا حدی غیر قابل پیش‌بینی تاثیر خواهد گذاشت. یکی از مواردی که با اطمینان نسبی می‌توان پیش‌بینی نمود این است که بسیاری از مداخلات سلامت اجتماع محور که شامل آموزش سلامت هستند بیش از زمان کنونی تعاملی خواهند بود. هر چند برای دست اندرکاران سلامت عمومی، ارایه اطلاعات به اجتماع‌ها نیازمند بسیار حیاتی است، اما به همین اندازه، تعامل با افراد برای کسب آگاهی‌های جدید، اهمیت دارد. وبسایتی که از طرف کاربران نادیده گرفته می‌شود، همانند پمفلت دست نخورده‌ای است که بلا استفاده بوده، هیچ تاثیر مثبتی بر سلامت اجتماع ندارد.

در راستای تکامل اینترنت، بسیاری از کاربران در جستجوی اطلاعات مورد نیازشان ماهر شده‌اند. این مهارت می‌تواند از توانایی جستجوی سوالات تا یافتن اطلاعات خاص و توانایی مرور یک صفحه وب به صورت دیداری به صورتی که تبلیغات مشاهده نشوند متفاوت باشد. این توانایی پیشرفته در آینده افزایش خواهد یافت. هرچند راه حل‌های مختلفی برای تبلیغاتی که تمام صفحه نمایش را با فیلم غیر قابل رد شدن پر می‌کنند، پیشنهاد و حتی اجرا شده است اما، آسانترین راه برای پریدن از محتوای این تبلیغات این است که خودش وارد و خارج شود. برای این کار راه‌های مختلفی وجود دارد و یکی از آنها که احتمالاً در آینده نتیجه خواهد داد، اختلاط بین سرگرمی و آموزش در ایجاد تجارب اطلاعاتی به صورت تعاملی است.

### استفاده از بازی‌های کامپیوتری برای دسترسی به اجتماع

یکی از موارد اختلاط آموزش و سرگرمی پر مصرف، بازی زندگی مجازی (زندگی دوم ۱۶۳) است، این بازی یک دنیای مجازی است که صدها هزار نفر در سراسر دنیا مقدار قابل توجهی از زمان (و پول) خود را در معاشرت با یکدیگر صرف می‌کنند. بازی زندگی دوم در انواع طرح‌های اینترنتی پیش‌تاز بوده و شامل چیزهای زیادی از جمله مرکز فساد مجازی و مراکز فرماندهی بسیج مجازی برای بسیج‌های سیاسی زندگی واقعی می‌باشد. انجمن سرطان آمریکا در دنیای زندگی دوم با اجرای یک جمع‌کننده

کمک های مالی حضور پیدا کرده و بیش از صد هزار دلار به دست آورده است. بدیهی است که این فضای مجازی و سایر موارد که در آینده مطرح می شوند، مکان های بالقوه ای هستند که دست اندرکاران و سازمان های سلامت عمومی می توانند در سطح اجتماع مجازی در آنها فعالیت نمایند.

همچنین پاسخ به این سوال که آیا افرادی که در چنین فعالیت هایی درگیر می شوند واقعا اجتماع های جدید و در حال تکاملی را شکل می دهند، ارزشمند خواهد بود. به عنوان مثال این مساله مطرح شده که ممکن است میزان بروز بیماری های خاصی مانند چاقی و افسردگی در علاقمندان به بازی و کاربران قهار اینترنت بیشتر باشد. مداخلات هدف گیری شده برای افراد در جوامعی که به صورت جدی در چنین فعالیت هایی درگیر هستند و کمتر احتمال دارد که در زندگی واقعی قابل دسترسی باشند، می توانند کاملا موثر باشند.

### تجارب مجازی به عنوان یک روش مداخله

یکی دیگر از پتانسیل های استفاده از فناوری های جدید، خلق بازی های شبیه سازی است که به افراد اجازه می دهد تا مستقیما برخی از تهدیدات سلامت عمومی یا وسایل مداخله را تجربه کنند. یک نمونه از این پدیده، مجموعه بازی های Pandemic است که در آن بازیکن نقش بیماری را دارد که در پی نابودی بشریت است. هر چند این بازی خاص، ارزش آموزشی جانبی دارد، با توجه به طراحی و بودجه کافی ایده استفاده از سرگرمی تعاملی برای فراهم کردن روش تجربی تر برای یادگیری کاملا امکان پذیر است. در سایت Food Force که مورد حمایت مالی برنامه جهانی غذای سازمان ملل متحد است، کاربران می توانند نوعی بازی را دانلود کنند که در آن اقداماتی که برای تغذیه یک جمعیت بزرگ با منابع بسیار محدود انجام می شود، شبیه سازی شده است. این سایت همچنین شامل داده هایی در مورد برنامه جهانی غذا و مشکلات گرسنگی در دنیای کنونی می باشد.

همچنین برنامه جهانی غذا، سایتی را با عنوان برنج رایگان (Free Rice) اداره می کند، در این سایت بازیکن ها کلمات را با یکدیگر جور می کنند و دانه های مجازی برنج را به دست می آورند. سپس حامیان مالی برنامه مبالغ مربوط به ارسال تعداد واقعی دانه های برنج به جوامع گرسنه در سرتاسر جهان را پرداخت می کنند. هر دو بازی

سرگرم کننده بوده و عملکرد مهمی در هشدار درباره مشکل جدی گرسنگی به بازیکن‌ها و شروع نقطه شروع برای تحقیق درباره این موضوع را ارائه می‌دهند. فضا برای بررسی مستمر و تجربه در این زمینه هنوز بکر و دست نخورده است. این واقعیت به ویژه با در نظر گرفتن این که بسیاری از این بازی‌ها، رفتارهای بالقوه خطرناک را پررنگ می‌کنند، اهمیت پیدا می‌کند. زمان زیادی است که مطرح شده نشان دادن سیگار کشیدن و نوشیدن زیاد الکل در فیلم‌ها، مخاطراتی برای سلامت عمومی ایجاد می‌کند و می‌تواند موجب آسیب بسیاری از جوامع شود، در عین حال چنین رفتارهایی در بازی‌های محبوب دیده می‌شود. بازی Metal Gear Solid سیگار کشیدن را به تصویر می‌کشد، مجموعه بازی‌های Grand Theft Auto در کنار سایر مسایل، استفاده از مواد مخدر و الکل و نیز فعالیت جنسی محافظت نشده را نشان می‌دهد. نمی‌توان تصور کرد که چنین صحنه‌هایی تاثیری کمتر از تصاویر تلویزیونی یا فیلم‌ها داشته باشد، از طرفی مشخص شده که چنین بازی‌هایی غالباً توسط افراد کم سن خریداری و مورد استفاده قرار می‌گیرند. به نظر می‌رسد ارایه جایگزین‌هایی برای کاربران جوان جهت ترویج و انتخاب سبک زندگی سالم نوعی استفاده مناسب از منابع می‌باشد.

### استفاده از تلفن همراه و گوشی برای مداخله اجتماع

کامپیوترها و اینترنت تنها بازیگران مهم حوزه فناوری در سلامت عمومی اجتماع نیستند. یکی دیگر از پیشرفت‌های عمده در این زمینه، گسترش فناوری و شبکه‌های تلفن همراه است. تلفن‌های همراه نه تنها خدمات خطوط تلفن سنتی سیمی را ارایه می‌دهند بلکه دارای ویژگی‌هایی فراتر از قابل حمل بودن دارند. به عنوان مثال پیام‌های متنی روش ارزان و موثری برای ارسال پیامک‌های فوری به افراد یا گروه‌ها می‌باشند. استفاده از هشدارهای متنی برای یادآوری به افراد در استفاده از داروها بر اساس برنامه، تشویق به ثبت نام در برنامه‌های مختلف، یا ارایه تقویت مثبت برای تلاش‌های مستمر مانند برنامه ترک سیگار نمونه‌هایی از کاربرد این ابزار در مداخلات است. پیام متنی ارسال شده در زمان‌های خاص یک راه مقرون به صرفه جهت فرستادن یادآورهای موثر درباره اطلاعات و پیام‌های تقویت کننده است. دو مطالعه اخیر نتایج امیدوار کننده‌ای در استفاده از تلفن همراه برای ارسال پیام‌های متنی جهت انتشار اطلاعات جنسی و یادآوری به بیماران HIV مثبت جهت مصرف داروها در زمان مناسب را نشان داده‌اند.



این نوع مداخلات بسیار هزینه - اثربخش بوده و مزایای روشی را که به صورت مجازی در حال تبدیل شدن به یکی از الزامات زندگی امروزی است را دارند. یک پمفلت حاوی اطلاعات بسیار مهم درباره رابطه جنسی سالم ممکن است دور ریخته شود و یا به فراموشی سپرده شود اما اگر این اطلاعات از طریق تلفن همراه قابل دستیابی باشند، هر زمان که کاربر به تلفن همراه خود دسترسی دارد، این اطلاعات موجود خواهند بود. برای نوجوانان و جوانان میزان این دسترسی می تواند ۲۴ ساعته باشد.

در راستای پیشرفت فناوری های تلفن همراه، کاربردهای بالقوه آن در ارتقای سلامت اجتماع افزایش می یابد. آیفون شرکت اپل که برای خواندن اخبار و ایمیل استفاده می شود، دارای ابزارهای مفیدی برای موضوعاتی مانند مدیریت وزن (مانند استفاده از گام شمار، محاسبه کالری و مکان یاب های رستوران هایی که دارای گزینه های غذایی سالم هستند) می باشند. در آینده اسباب بازی های برخوردار از فناوری پیشرفته، تبدیل به وسایل استاندارد می شوند و همانند گوش های تلفن فرصت هایی برای استفاده مداخلات از آنها خواهند بود.

برنامه های گفتگو به پشتیبانان افراد معتاد این امکان را می دهند که در زمان مناسب پیام هایی را برای تقویت آنها جهت پیشگیری از عود ارسال نمایند. پایگاه های داده های الکترونیک مربوط به اطلاعات غذایی به افراد امکان انتخاب آگاهانه تر نسبت به آنچه که می خورند را فراهم می کند. هشدارهای سلامت و خبری را می توان به صورت مستقیم به گوشی ها مخابره کرد، با اینکار می توان به افرادی که دور از طیف وسیعی از رسانه های خبری هستند، اطلاعات به روز را ارائه کرد.

### دسترسی به جوامع محروم از طریق ابزارهای جدید ارتباطی

افزایش ارتباطات بین کارکنان سلامت امکان تخصیص کارآمدتر منابع و آگاهی بهتر از آنچه که لحظه به لحظه در حال قوع است را فراهم می کند. خدمات ترجمه و لغت نامه ها حتی هنگامی که نیازهای زبانی پیش بینی نشده به کارکنان سلامت اجازه می دهند تا با آن دسته از اعضای اجتماع ها که تسلط کمی به زبان انگلیسی دارند ارتباط برقرار نمایند. همچنین روش های الکترونیکی را می توان برای جمع آوری داده ها به کار برد. پیمایش ها ممکن است از طریق بلوتوث و یا اشکال دیگر به گوشی ها مخابره شود و

در زمان اوقات فراغت افراد پاسخ داده شوند و به این صورت میزان پاسخگویی بالقوه افزایش می‌یابد (هرچند احتمال مسایل دیگری را هم مطرح می‌کند).

در جوامعی مانند مناطقی جغرافیایی دور افتاده، اجتماع‌های فقیر یا جاهایی که حمل و نقل در آنجا دشوار است و از فناوری‌های ارتباطی محروم هستند، تلفن‌های همراه آسانترین و ارزان‌ترین روش تماس افراد با منابع اطلاعاتی است. تلفن‌های همراه می‌توانند به عنوان ابزارهای مداخله در برخی شرایط مورد استفاده قرار گیرند. تلفن می‌تواند برای تماس با خدمات اضطراری جهت دریافت کمک، مشاوره یا اطلاعات مورد استفاده قرار گیرند. پیشرفت‌های فناوری‌ها در آینده ممکن است ویژگی‌های مفید دیگری را امکان‌پذیر نماید. به عنوان مثال، عکس‌های با کیفیت می‌تواند انتقال یابد تا اعضای یک اجتماع مجازی سایر اعضا که در بحث مشارکت دارند را ببینند یا تمام شرکت‌کنندگان در یک مداخله را به صورت همزمان قبل از بحث ببینند. چنین پیشرفت‌هایی در حال حاضر نیز در جریان هستند، بطوریکه از افراد درون اجتماع سلامت عمومی دعوت می‌شود تا در کنفرانس‌های آنلاین شرکت نمایند.

### یک محدودیت فناوری‌های جدید

همزمان با فراگیر شدن، فناوری‌های ارتباطی، بیشتر خود را در زندگی شهروندان ادغام می‌کنند و به ابزارهای مفیدی برای سلامت عمومی و ایمنی تبدیل می‌شوند. بنابراین آگاهی دست اندرکاران سلامت عمومی هم از دسترسی به این فناوریها در اجتماع‌ها خاص و هم میزان استفاده از آنها اهمیت دارد. هر چند به مدد کتابخانه‌ها و مراکز اجتماع، دسترسی به کامپیوتر در آمریکا فراگیر است، اما چنین دسترسی‌هایی نمی‌توانند به افرادی که نمی‌دانند چگونه با کامپیوتر کار کنند، کمک کننده باشد. با آنلاین شدن بیشتر اطلاعات و سازمان‌ها و برقراری ارتباطات افزونتر، ضروری است که آگاهی از محدودیت‌های دسترسی به فناوری و سواد فناوریکی در اجتماع‌ها مورد نظر، بخشی از هر نوع اقدام سلامت عمومی باشد. حتی مواد آموزشی مدیرانه و اطلاعاتی در صورتی که افراد فاقد سواد معمولی باشند، بی ارزش خواهد بود، بنابراین بی سوادی مرتبط با فناوری و فقدان دسترسی به صفحات وب، می‌تواند باعث بی فایده شدن اتاق‌های گفتگو و پادکست گردد.

گام‌هایی مانند برگزاری برنامه‌های آموزش کامپیوتر در کتابخانه‌ها جهت آموزش به افراد درباره نحوه اتصال به اینترنت و جستجوی اطلاعات سلامت و نیز تشویق کودکان به چاپ مواد آموزشی در مدرسه و بردن آنها برای والدینشان در منزل می‌تواند به بهبود این مساله کمک کند و باعث موثرتر شدن مواد آموزشی در اجتماع‌های شود که هنوز دسترسی به اینترنت محدود است. مطالعه شیکاگو نشان داد که فراهم کردن دسترسی به اینترنت برای رهبران شهروندان در یک محله در افزایش احساس توانمندی آنها موثر بود اما کمتر از حد انتظار در بهبود توانمندی در میان همسایه‌ها و سایر اعضای اجتماع داشت. علیرغم محدود بودن حوزه این مطالعه، نتایج ممکن است این مفهوم را داشته باشد که برای آنکه اینترنت واقعا منبع برابری باشد باید در هر خانه‌ای در دسترس باشد. مطالعه دیگری نشان داد هنگامی که دختران محروم هشت ساله به اینترنت و برنامه طراحی شده جهت کمک به انتخاب‌های سالم دسترسی پیدا کردند، میوه و سبزیجات بیشتری مصرف کردند و سطح ورزش خود را افزایش دادند.

اینترنت و فناوری‌های مرتبط با آن امیدهای زیادی را به عنوان ابزارهای مبارزه با مسایل سلامت مبتلا به جوامع مختلف فراهم می‌کند، اما مهم است که اطمینان پیدا کنیم، در حرکت رو به جلوی ما کسی عقب نماند.

### خلاصه

در این فصل به این موضوع پرداختیم که فناوری‌ها چگونه ما را قادر کرده تا اجتماع را فراتر از محدوده جغرافیایی تعریف کرد. آن را توسعه داد و به آن دسترسی پیدا کرد. هر چند در حال حاضر دسترسی بسیاری از جمعیت‌های آسیب پذیر به فناوری‌ها محدود است، اما همزمان با گسترش در میان افراد جوانان و بزرگسالان، فناوری‌ها به عنوان یک ابزار رایج برای دست اندرکاران سلامت عمومی جهت طراحی مداخلات سلامت اجتماع محور تبدیل می‌شود.

### فعالیت ها

- ۱- یک مشکل سلامت را انتخاب کرده و راهی را برای تهیه یک مداخله اجتماع محور آنلاین برای پرداختن به آن تدوین کنید.
- ۲- به نوعی iPhone فکر کنید که می تواند تبدیل به یک ابزار مفید برای یک مداخله اجتماع محور شود. (می توان فرض کرد که همه افراد اجتماع iPhone دارند) یک مشکل بهداشتی را انتخاب کرده و برای بررسی چگونگی استفاده دست اندرکاران بهداشتی از اینترنت در حل این مشکل، متون مربوطه را جستجو کنید. همانگونه که در این فصل بحث شد، اجتماعها تنها بر اساس مرزهای جغرافیایی تعریف نمی شوند. دو نمونه از اجتماعها غیر جغرافیایی که شما در آن درگیر هستید را مشخص کنید.

### سوالات بحث

- چگونه می توان از بازی برای آموزش در اجرای مداخلات سلامت اجتماع محور استفاده کرد؟  
طراحی مداخلات برای اجتماعهای مجازی که تنها به صورت مجازی همدیگر را ملاقات می کنند چه مزیت هایی دارد؟  
چه مواردی از توسعه فناوری های اخیر توانسته سلامت اجتماع شما را بهبود بخشد؟  
در باره گستره فناوری های اخیر و نحوه کاربرد آنها به عنوان یک ابزار مداخله بحث کنید.

---

## فصل چهاردهم

---

مداخلات سلامت اجتماع محور در عمل



## نگاه کلی

این فصل شامل مجموعه‌ای از مطالعات موردی است که در آنها مداخلات سلامت اجتماع محور در موقعیت‌های مختلفی جهت پرداختن به مشکلاتی مانند آرتريت، آسم، واكسيناسيون بزرگسالان، مصرف الكل، بيماريه‌های قلبی عروقی، ايمنسازي كودكان، آسيب‌های ناشی از وسايل موتوري، خشونت‌های خانگی و مصرف دخانيات اجرا شده است. این نمونه‌ها بيانگر موارد جامعی از مداخلات سلامت اجتماع محور نيستند بلکه بيانگر رويکردهای مختلفی هستند که امروزه دست اندرکاران سلامت عمومی طراحی کرده و به کار می‌گیرند. همه این مطالعات از ساختار مشابهی پیروی می‌کنند، بطوریکه با بحث درباره مشکل سلامت مورد نظر شروع می‌شوند، سپس نگاهی به مداخله به کار رفته و خلاصه‌ای از ارزیابی ارایه داده و با طرح سئوالاتی جهت تفکر بیشتر درباره مطالعه پایان می‌یابند. در بیشتر این مطالعات ارزیابی صورت گرفته است و در مواردی که فاقد ارزیابی است از خوانندگان درباره چگونگی طراحی و اجرای ارزیابی برای مداخله سئوال شده است. به علاوه به منظور تشویق و قادر کردن خوانندگان جهت بحث درباره مداخله، منبع هر یک از مطالعات ارایه شده است.

## آرتريت

آرتريت موجب اختلال و محدودیت در فعالیت‌های روزانه مبتلایان می‌شود. در بیش از یک چهارم بزرگسالان مینه سوتا این بيماری تشخيص داده شده است و تقریباً دو سوم افراد ۵۵ ساله و بالاتر محدودیت‌هایی در فعالیت‌های خود تجربه می‌کنند. هر چند تشخيص و درمان زودرس می‌تواند ناتوانایی مربوط به این بيماری را کاهش دهد، کمتر از یک درصد افراد مبتلا اقدام به این کار می‌کنند. گزینه‌های درمان معمولاً شامل آموزش فعالیت بدنی و خودمدیریتی و مداخلات اجتماع محوری است که این خدمات را برای افراد مبتلا یا در معرض خطر آرتريت فراهم می‌کند و می‌تواند بار جسمی و عملکردی بيماری را کاهش دهد.

#### - مداخله

برنامه آرتريت مينه سوتا که مورد حمايت مرکز پيشگيري و کنترل بيمارها بود، یک رویکرد نظام مند را برای ایجاد پیوند بين سالمندان ايالت و برنامه های مداخله آرتريت به کار گرفت. برنامه، این کار را با توسعه مشارکت بين برنامه هایی که اهدافشان با یکدیگر همپوشانی داشت و بر روی جمعیت هدف مشترکی کار می کردند، انجام داد. به طور خاص، این برنامه با برنامه Elderberry Institute 's Living at Home Block Nurse که برنامه ای برای کمک به سالمندان جهت ماندن در منزل بود همکاری کرد. در طی این همکاری، خدمات متمرکز بر آرتريت که شامل آموزش خود مدیریتی بود با برنامه های موجود که کمک های زندگی مستقل را ارایه می داد ادغام شد. سن جمعیت هدف مداخله شامل افراد ۶۵ ساله و بالاتر ساکن خانه سالمندان Elderberry بود. این برنامه هم از افراد حرفه ای و هم داوطلبین محلات برای ارایه مراقبت های سلامت و خدمات حمایتی استفاده کرد. مشارکت تعداد شرکت کنندگان را افزایش داد و موجب گسترش رهبران برنامه و مربیان برنامه ورزش شد.

#### - ارزیابی

نتایج ارزیابی نشان داد که در دستیابی به اهداف برنامه، پیشرفت ایجاد شد. به طور خاص در سال ۲۰۰۶ افزایش قابل توجهی در رهبران برنامه خودیاری وجود داشت (از ۲۱ تا ۶۷) و تعداد مربیان ورزشی نیز افزایش پیدا کرد (از ۱۹ به ۳۵). این افزایش منجر به افزایش تعداد افراد شرکت کننده از ۹۸ به ۳۰۸ نفر شد. همچنین تعداد شهرستان های مينه سوتا که در آنجا مداخله اجرا شد از ۱۴ تا ۵۰ مورد رسید که موجب بهبود قابل توجه در دسترسی شد.

#### - پرسش ها

فکر می کنید چه نوع ارزیابی هایی برای تعیین اثر بخشی برنامه طراحی و اجرا شد؟  
 ارزیابی شما از این مداخله در رابطه با مشخص کردن سایر عوامل موثر در بهبود آگاهی سالمندان درباره آنچه که برای سالم ماندن نیاز دارند چیست؟



✓ REFERENCE

CDC 's National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Minnesota: Evidence – based arthritis intervention programs among older adults across the state. Retrieved from [www.cdc.gov/NCCDPHP/examples/index.htm](http://www.cdc.gov/NCCDPHP/examples/index.htm).

## آسم

شیوع آسم به سطح همه گیری رسیده و ابتلا نزدیک به ۲۰ میلیون آمریکایی که ۶/۳ میلیون آنها کودک هستند، آسم را به عنوان شایع ترین بیماری مزمن در میان کودکان تبدیل کرده است. در نتیجه، آسم علت اصلی غیبت از مدرسه، بستری در بیمارستان، مراجعه به بخش اورژانس و مرگ و میر در کودکان است. مشکلات مربوط به پیامدهای آسم پایدار، بسیار فراتر از فرد بوده و بار روانی و مالی بر اعضای خانواده که کار خود را جهت انجام فوریت های مربوط به آسم از دست می دهند تحمیل می کند. هر چند این وضعیت در تمامی نژادها مشترک است، اما در سطح ملی، کودکان رنگین پوست به ویژه کودکان لاتین تبار و آفریقایی-آمریکایی به احتمال بیشتری مبتلا به آسم شده و یا جان خود را در اثر این بیماری از دست می دهند. دانش ناکافی در زمینه مدیریت آسم، دسترسی ناکافی به مراقبت های بهداشتی و آلاینده های محیط داخلی و بیرونی از جمله دلایل این تفاوت هاست.

## - مداخله

برای کاهش میزان غیبت از مدرسه و بستری در بیمارستان و نیز کمک به کودکان ابتدایی در مدیریت بیماری خود، انجمن ریه آمریکا (ALA) در جهت انتشار یک مداخله مدرسه محور موثر با نام "راه هایی هوایی را برای مدارس باز کنید" تلاش می کند. هدف از این برنامه که در اصل توسط کالج پزشکان و جراحان دانشگاه کلمبیا طراحی و ارزیابی شده است، افزایش توانایی کودکان برای شناسایی علایم آسم، افزایش ظرفیت آنها در مدیریت آسم و بهبود توانایی هایشان در برقراری ارتباط با والدین خود درباره آسم است. این برنامه کودک محور در طی ساعات مدرسه و درشش جلسه آموزشی ۶۰ – ۴۰ دقیقه ای در مدت دو تا سه هفته ارائه می شود. تسهیل کننده های برنامه جلسات را پس از آنکه از طرف کارکنان انجمن ریه آمریکا درباره اصول آموزش آسم شامل هدف و استفاده از تجهیزات پزشکی مختلف آسم مانند فلومتر و اسپره آموزش دیدند، ارائه

می‌کنند. به طور کلی این برنامه آموزشی به کمک به کودک در کسب کنترل بر بیماریش تمرکز دارد. موضوعاتی که در برنامه درسی پوشش داده می‌شود شامل اطلاعات عمومی درباره آسم، شناسایی و مدیریت علائم آسم، استفاده از داروهای آسم، شناسایی و کنترل محرک‌ها و مدیریت مشکلات مربوط به آسم و مدرسه است. قبل از شروع انتشار برنامه توسط انجمن ریه آمریکا، این برنامه توسط Evans و همکارانش در سال ۱۹۸۷ ارزیابی شده است.

### - ارزیابی

Evans و همکارانش به منظور تعیین اثر بخشی برنامه از یک طرح تحقیقی تجربی استفاده کردند. پژوهشگران با استفاده از ۶ زوج مدرسه راهنمایی (در مجموع ۱۲ مدرسه) در نیویورک که بر اساس ویژگی‌های قومیتی و اندازه جور شده بودند، به صورت تصادفی کودکان شش مدرسه را تحت مداخله آموزشی آسم قرار دادند. برای انتخاب دانش آموزان، معلمان نامه‌ای به والدین به دو زبان انگلیسی و اسپانیایی فرستادند. معیارهای ورود شامل تحصیل در پایه سوم، چهارم و پنجم، گزارش والدین مبنی بر سه حمله آسم کودک در سال گذشته و امضای فرم رضایت از طرف والدین بود. سنجش پیامد برای ارزیابی تغییرات در دانش، نگرش‌ها، باورها و مهارت‌ها در کودکان مدارس راهنمایی شامل مهارت‌های خود مدیریتی، خودکارآمدی، تاثیر بر تصمیم والدین، حضور در مدرسه و عملکرد در مدرسه، نگرش کودکان و گزارش والدین درباره تواتر، طول مدت و شدت حملات آسم کودک بود. در مجموع مطالعه شامل ۲۳۹ دانش‌آموز از ۲۳۷ خانواده (تعداد= ۱۰۵ خانواده برای گروه کنترل و تعداد= ۱۳۴ خانواده برای گروه مداخله) بود. داده‌ها پس از یک سال از مداخله جمع‌آوری شدند و پژوهشگران دریافتند که کودکانی که مداخله را دریافت کرده بودند، مهارت‌های مدیریتی و خودکارآمدی بیشتری داشتند و بر تصمیمات والدینشان درباره بیماری موثرتر بودند. گزارش حملات آسم و علائم روزانه در آنها کمتر بود و از اقدامات بیشتری برای مدیریت بیماریشان در مقایسه با کودکان گروه کنترل استفاده کرده بودند.

### - پرسش‌ها

چگونه باید برنامه آموزش آسم در برنامه‌های درسی موجود مدرسه ادغام شود که در برنامه مدرسه اختلالی ایجاد نشود؟

به چه روش‌هایی درگیری والدین در این برنامه می‌توانست گسترده‌تر شود؟ نحوه به کارگیری والدین چگونه می‌توانست باشد؟  
سنجش‌های فرآیندی را که ممکن بود برای ارزیابی این برنامه مورد استفاده قرار گیرند را نام ببرید.

#### ✓ REFERENCES

- Centers for Disease Control and Prevention. (2004a). Morbidity and Mortality Weekly Reports: Asthma prevalence and control characteristics by race/ethnicity — United States, 2002. Retrieved April 14, 2009, from [www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5307a1.htm](http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5307a1.htm).
- Centers for Disease Control and Prevention. (2004b). Morbidity and Mortality Weekly Reports: Surveillance for asthma — United States, 1980 – 1999. Retrieved April 14, 2009, from [www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss5101a1.htm](http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss5101a1.htm).
- Evans, D., Clark, N. M., Feldman, C. H., Rips, J. L., Kaplan, D. L., Levison, M. J., Wasilewski, Y., Levin, B., & Mellins, R. B. (1987). A school asthma health education program for children aged 8 to 11 years. *Health Education Quarterly*, 14, 267 – 279.

### واکسیناسیون بزرگسالان

انجام واکسیناسیون سالانه آنفلوانزا به دلیل موفقیت در کاهش موارد ابتلا و مرگ و میر و نیز کاهش هزینه‌های پزشکی به بالای ۵۰ سال ساکن آمریکا و نیز افرادی که در هر سنی مبتلا به مشکلات پزشکی مزمن هستند توصیه شده است. با این وجود اکثریت افرادی که به راحتی در دسترس نیستند، جمعیت‌های پر خطر مانند مهاجرین غیر قانونی، کارگران جنسی، معتادان و سالمندان خانه نشین موفق به دریافت واکسن نمی‌شوند.

#### – مداخله

این مداخله از روش تحقیق مشارکتی اجتماع محور (CBPR) استفاده کرد و در برخی از نواحی محروم نیویورک انجام شد. پروژه واکسیناسیون فشرده بزرگسالان که یک برنامه سه ساله بود با همکاری گروهی متشکل از ساکنان اجتماع، اعضای سازمان‌های اجتماع محور، اداره سلامت محلی و سازمان‌های دانشگاهی طراحی شد. این برنامه با استفاده از تحقیق مشارکتی اجتماع محور جهت تعیین چالش‌های دسترسی به گروه‌های سخت در

دسترس مانند معنادان و کارگران جنسی طراحی شد. هدف از این پروژه شامل این موارد بود: طراحی، اجرا و ارزیابی پیش نویس واکسیناسیون افراد سخت در دسترس برای افزایش علاقه به واکسیناسیون، انجام واکسیناسیون رایگان در طی دو فصل شیوع آنفلوانزا و استقرار الگوی برای واکسیناسیون سریع افرادی که قابل تعمیم به سایر مناطق شهری باشند.

محلاتی که از قبل با یکی از سازمان‌های اجتماع محور همکاری داشتند برای مداخله انتخاب شدند. کارکنان پروژه ابتدا بازدیدهایی را با استفاده از روش‌های مختلف جهت برآورد حجم جمعیت سخت در دسترس در محلات منتخب انجام دادند و برای طراحی راهکارهای مداخله پرسشنامه‌هایی را درباره موانع واکسیناسیون جمع‌آوری کردند. کارکنان، آگهی‌هایی را درباره پروژه، داستان‌های مصور در رابطه با باورهای موجود درباره واکسیناسیون و محل درمانگاه‌های انجام واکسیناسیون رایگان به صورت خانه به خانه در محلات توزیع کردند. در ژانویه سال ۲۰۰۵ محلات منتخب به صورت تصادفی به دریافت مداخله آزمایشی واکسیناسیون (برای ارزیابی پذیرش واکسیناسیون) یا دریافت واکسیناسیون سریع (برنامه طراحی شده برای جمعیت‌های سخت در دسترس) تخصیص داده شدند. یک مددکار اجتماعی و یک پزشک در طی هشت هفته در هر دو مداخله حضور داشتند و به صورت خانه به خانه واکسیناسیون را انجام می‌دادند. سپس پژوهشگران پیمایشی را برای بررسی میزان علاقه افراد ساکن در مناطق مداخله درباره انجام واکسیناسیون نسبت به نواحی بدون مداخله انجام دادند.

### - ارزیابی

در مقایسه میزان علاقه به واکسیناسیون قبل و بعد از مداخله در میان جمعیت سخت در دسترس، مشخص شد که پس از مداخله تمام افراد ساکن در محلات مداخله از جمله افراد سخت در دسترس نسبت به قبل از مداخله به انجام واکسیناسیون علاقمندتر شدند. نویسندگان نتیجه‌گیری کردند که استفاده از CBPR آنها را قادر می‌کند تا اعتماد جمعیت‌های مورد نظر را به دست بیاورند. آنها همچنین دریافتند افرادی که قبلاً واکسینه شده بودند بیشتر پذیرای دریافت واکسیناسیون مجدد بودند.

### - پرسش‌ها

آیا فکر می‌کنید این یافته‌ها را می‌توان به سایر مناطق کشور تعمیم داد؟ چرا؟

برای ماندگاری علاقه به واکسیناسیون در میان جمعیت سخت در دسترس در طی زمان چه چیزهایی مورد نیاز است؟

✓ REFERENCE

Coady, M. H., Gates, S., Blaney, S., Ompad, D., Sisco, S., & Viahov, D. (2008). Project VIVA: A multilevel community - based intervention to increase influenza vaccination rates among hard - to - reach populations in NYC. *American Journal of Public Health*, 98 (7), 1314 – 1321.

### استفاده از الکل

میزان بالای استفاده از الکل در میان جوانان منجر به تعداد قابل توجهی از آسیب‌های غیر عمدی می‌شود. راهکارهای مختلف محیطی برای کاهش استفاده از الکل در میان نوجوانان مورد استفاده قرار گرفته است، از جمله اجرای قوانین مربوط به مصرف الکل و رانندگی، تغییر در سیاست‌های مربوط به فروش مشروبات و کاهش دسترسی مصرف کنندگان کمتر از سن قانونی. اکثر این راهکارها در سطح وسیع اجتماع اجرا شده است. این برنامه برای بررسی اثربخشی راهکارهای سطح محله‌ای که ممکن است برای موقعیت‌هایی با منابع محدود مناسب باشد، یک رویکرد محیطی را در کاهش دسترسی جوانان به الکل در دو اجتماع کم درآمد به کار برد.

#### – مداخله

بر اساس الگوی منطقی برای نشان دادن پیوند بین دسترسی رسمی به بازار فروش الکل، مصرف الکل و مشکلات مربوط به الکل، فعالیت‌های مداخله بر پنج جزء مختلف در طی یک دوره پنج ساله متمرکز شد: بسیج اجتماع در جهت مورد نظر، ارایه آموزش‌ها به زبان‌های مختلف، استفاده از قالب‌ها و محل‌های متفاوت برای دسترسی به اجتماع‌ها مختلف، هدف‌گیری آموزش بر خدمات فروش مسئولانه برای بازارهای فروش الکل و تقویت فعالیت‌های اجرای ممنوعیت فروش الکل به افراد کم سن.

#### – ارزیابی

پژوهشگران علاوه بر نظارت بر فروش الکل به افراد کم سن، از سنجش‌های پیامد مربوط به تماس با پلیس در رابطه با ضرب و جرح و مستی، تماس با فوریت‌های پزشکی درباره

ضرب و جرح و تصادفات وسایل نقلیه موتوری و تماس با فوریت‌های پزشکی مربوط به الکل و سایر مواد استفاده کردند. بر اساس نتایج، فروش الکل به افراد کم سن به میزان یک سوم کاهش یافت و کاهش قابل توجهی در تماس با پلیس و فوریت‌های پزشکی درباره ضرب و جرح و تصادفات دیده شد.

#### - پرسش‌ها

چرا اجرای فعالیت‌های مداخله در سطح محله هزینه اثر بخش‌تر از اجرای آنها در سطح اجتماعی است؟

چه سازمان‌های اجتماعی یا دست‌اندرکارانی باید در برنامه ریزی چنین مداخله‌ای بسیج شوند؟

فعالیت‌های این مداخله در طی یک دوره پنج ساله انجام شد. آیا اجرای منتخبی از فعالیت‌ها برای یک دوره کوتاه‌تر تاثیر قابل توجهی خواهد داشت؟ چرا؟

#### ✓ REFERENCE

Treno, A., Gruenewald, P., Lee, J., & Remer, L. (2007). The Sacramento Neighborhood Alcohol Prevention Project: Outcomes from a community prevention trial. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 68, 197 – 207.

#### - بیماری‌های قلبی عروقی

در حال حاضر، بیماری‌های مزمن نظیر بیماری‌های قلبی عروقی سالانه موجب مرگ هفت نفر از هر ده آمریکایی می‌شوند. بسیاری از مداخلات سلامت اجتماع محور بر پیشگیری از این بیماری‌ها متمرکز شده‌اند، زیرا این شرایط می‌توانند باعث مرگ و ناتوانایی (محدود کردن افراد در انجام فعالیت‌های روزمره) شوند و نیازمند مراقبت‌های پزشکی پرهزینه هستند. در مقایسه، مداخلات سلامت اجتماع محور موفق با هدف پیشگیری از بیماری‌های مزمن نسبتاً ارزانتر هستند و دارای پتانسیل ایجاد تفاوت واقعی در کاهش مرگ و میر و ابتلا می‌باشند. در نیویورک پژوهشگران از طریق یک مداخله اجتماع محور تحت عنوان برنامه قلب سالم نیویورک تلاش کردند تا عوارض مربوط به بیماری‌های قلبی و سکته را کاهش دهند. به طور خاص، این برنامه از بسیج اطلاع‌رسانی بازاریابی اجتماعی برای افزایش آگاهی افراد درباره علائم و نشانه‌های سکته بهره

گرفت. این بسیج اطلاع رسانی پس از آنکه از طریق بحث‌های گروهی مشخص شد که ساکنان منطقه آلبانی در شهر نیویورک از علائم سکتة آگاه هستند اما درباره ضرورت درمان سریع علائم مطلع نیستند، انجام شد. همچنین مشخص شد که ساکنان به دلیل ترس از پرداخت هزینه‌های حمل و نقل در صورت مرتبط نبودن علائم با سکتة، از تماس با خدمات آمبولانس اجتناب می‌کنند.

#### - مداخله

برنامه قلب سالم نیویورک یک بسیج اطلاع رسانی چند رسانه‌ای را برای ساکنان منطقه آلبانی ایالت اجرا نمود. برنامه با استفاده از سرنام FAST (face, arms, speech, and time) برای نشان دادن علائم سکتة، از افراد می‌خواست تا هر چه زودتر پس از بروز علائم با شماره ۹۱۱ تماس بگیرند همچنین مردم را آگاه می‌کرد که درد لزوماً از علائم جدی سکتة نیست. این مداخله از منابع رسانه‌ای مختلف برای ارایه این پیام‌ها استفاده کرد. به عنوان مثال، هزینه استفاده از رادیو و تلویزیون برای انتقال این پیام‌ها پرداخت شد. پس از کسب حمایت‌های مالی از بیمارستان‌های منطقه، فضای روی اتوبوس‌ها برای نمایش مواد اطلاعاتی خریداری شد. همچنین تعدادی جلسه برای گروه‌های اجتماع ارایه گردید.

#### - ارزیابی

در ارزیابی نتایج پیش‌آزمون و پس‌آزمون منطقه آلبانی با منطقه کنترل در نیویورک که بسیج اطلاع رسانی چند رسانه‌ای را دریافت نکرده بودند مقایسه شد. نتایج نشان داد که ساکنان منطقه آلبانی به میزان قابل ملاحظه‌ای بیشتر گزارش کردند که تبلیغات تلویزیون را دیده‌اند و افرادی که اطلاعات را دیده بودند بیشتر گزارش کردند که در صورتی وجود علائم سکتة در خود یا سایر افراد با شماره ۹۱۱ تماس گرفته‌اند.

علاوه بر دانش، پژوهشگران برای تعیین این که ساکنان با چه سرعتی پس از حمله علائم سکتة، خود را به بیمارستان می‌رسانند، این رفتار را با جمع‌آوری داده‌ها از بیمارستان‌های منطقه بررسی کردند. نتایج امیدوار کننده بود و تعداد قابل توجهی از بیماران با آمبولانس به بیمارستان می‌رسیدند.

– پرسش ها

فکر می کنید پژوهشگران علاوه بر استفاده از رسانه ها و سخنران ها در اجتماع چه فعالیت های دیگری می توانستند انجام دهند؟  
این طرح ارزیابی را چه می نامید؟  
چگونه می توان روش ارزیابی را بهتر کرد و با این کار چه اطلاعات اضافی دیگری حاصل می شود؟

✓ REFERENCE

CDC 's National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion.  
New York: Heart disease and stroke — stroke awareness campaign. Retrieved  
from [www.cdc.gov/NCCDPHP/examples/index.htm](http://www.cdc.gov/NCCDPHP/examples/index.htm).

## واکسیناسیون کودکان

در بسیاری از اجتماع ها شیرخواران و کودکان در سن توصیه شده واکسن هایشان را دریافت نمی کنند. این کودکان مستعد ابتلا به بیماری ها بوده و از تاثیر ایمنی گروهی اجتماع محروم می شوند.

– مداخله

یک برنامه درسی برای آموزش زنان باردار در مانگاه های بارداری عمومی سان دیه گو در رابطه با اهمیت برنامه واکسیناسیون کودکان و ارایه روشهایی برای تداوم برنامه واکسیناسیون کودکانشان تهیه شد. در طی مراجعات سه ماهه سوم، زنان گروه هدف یک جلسه آموزش واکسیناسیون فردی تعاملی را دریافت کردند و یک فیلم پانزده دقیقه ای با تاکید بر زمان واکسیناسیون و بیماری هایی که از طریق اکسیناسیون پیشگیری می شوند را مشاهده نمودند. با استفاده از زمان تقریبی زایمان زنان، آموزش دهنده مراقبت های بارداری، یک تقویم یادآوری واکسیناسیون بر اساس برنامه ماه دوم، چهارم، ششم، یک سالگی و پانزده ماهگی تهیه کرد، همراه با تقویم یک یادآور آهن ربایی برای نصب تقویم بر روی یخچال داده شد. زنان گروه کنترل آموزش فردی را دریافت کردند و فیلمی را درباره پیشگیری از سندرم مرگ ناگهانی نوزاد مشاهده کردند.



### - ارزیابی

در شروع هر دو مداخله و جلسات مقایسه، شرکت کنندگان به دو سؤال درباره آگاهی نسبت به ایمنسازی و وضعیت خواب کودک پاسخ دادند. همان سئوالات در پایان جلسات و در یک پیمایش تلفنی سه ماه بعد مطرح شد. از ثبت واکسیناسیون شهرستان برای بررسی وضعیت واکسیناسیون استفاده شد. از بین ۳۴۸ شرکت کننده، با ۳۱۴ (۹۰ درصد) در سه ماه بعد تماس گرفته شد. آگاهی نسبت به ایمنسازی به میزان قابل توجهی در بین زنان گروه مداخله افزایش یافت. تفاوت معناداری بین زنان گروه مداخله و کنترل در شروع واکسیناسیون یا تکمیل آن در طی ۹۲ روز وجود نداشت (۹۵ درصد در مقابل ۹۳ درصد).

### - پرسش ها

آیا به نظر می‌رسد در این مطالعه از یک چارچوب نظری استفاده شده باشد؟  
چه سنجش‌های پیامد دیگری ممکن است در این مطالعه استفاده شده باشد؟  
چه اهمیتی دارد مادرانی که کودکانشان را برای معاینه به محل انجام واکسیناسیون می‌برند درباره برنامه واکسیناسیون آگاهی داشته باشند؟

### ✓ REFERENCE

Uniag de Nuncio, M., Nader, P., Sawyer, M., De Guire, M., Prislín, R., & Elder, J. (2003). A prenatal intervention study to improve timeliness of immunization initiation in Latino infants. *Journal of Community Health*, 28, 151 - 165.

### آسیب‌های ناشی از وسایل نقلیه موتوری

کودکان ۸ تا ۱۲ ساله بیشتر در معرض خطر آسیب‌های ناشی از وسایل نقلیه موتوری هستند. این مشکل تا حد زیادی در نتیجه میزان کم استفاده از کمربند ایمنی و نشستن در صندلی جلوی ماشین است.

### - مداخله

پژوهشگران در یک مدرسه ابتدایی در آرکانزاس با همکاری کارکنان مدرسه فعالیت‌های مختلفی را در طی یک مداخله پنج ماهه انجام دادند. این فعالیت‌ها شامل آموزش کارکنان،

اطلاعیه صبح و بعد از ظهر در مورد دوربین مدار بسته تلویزیون، انجمن‌های مدرسه، یک صفحه نمایش اعلانات بزرگ و توزیع پوستر بود. نمایش تصویری و پیام صوتی در اطلاعیه صبحگاهی حاوی تصویر یک کمر بند ایمنی به دور نماد مدرسه و یادآوری به دانش‌آموزان بود: بچه‌ها، برای حفظ ایمنی کمر بند را ببندید" همچنین اطلاعیه بعد از ظهر شامل یک پیام کلامی درباره استفاده از کمر بند به همراه یک صدای کلیک (مربوط به بسته شده کمر بند) بود. والدین در سراسر سال از طریق ارسال پمفلت‌های آموزشی به منزل و ارائه موضوعات ایمنی در گردش‌های مدرسه و جشن سالانه مدرسه در برنامه درگیر شدند. در طی جمع‌آوری داده‌های پیمایش و مشاهده، مواد آموزشی دیگر و نیز مچ بند در هنگامی که مسافران و راننده‌ها به درستی از کمر بند ایمنی استفاده می‌کردند و موقعیت درست نشستن را رعایت می‌کردند، ارائه می‌شد.

### - ارزیابی

پیمایش‌های نوشتاری و مشاهده‌ای درباره استفاده از کمر بند ایمنی و وضعیت مسافر قبل، در طی و بعد از فعالیت‌های مداخله انجام شد. دانش‌آموزان در جمع‌آوری داده‌های مشاهده‌ای کمک کردند. میزان مواجهه با اطلاع رسانی بالا بود به طوریکه ۷۷ درصد از والدین و ۸۹ درصد از دانش‌آموزان پیام‌ها را به یاد می‌آوردند. آگاهی درباره کمر بند ایمنی و وضعیت نشستن در میان والدین و دانش‌آموزان افزایش یافته بود. استفاده از کمر بند توسط دانش‌آموزان از ۷۱ درصد به ۹۱ درصد افزایش یافت.

### - پرسش‌ها

هر چند نویسندگان این مطالعه وزن یکسانی را به افزایش آگاهی و رفتار داده‌اند، از نظر شما کدامیک نشان دهنده مهمتر موفقیت مداخله است؟ چرا؟  
این مداخله در چه سطح بوم شناختی انجام شده است؟ فعالیت‌های مداخله در چه سطحی از پیشگیری متمرکز شده اند؟  
آیا انجام چنین مداخله‌ای برای یک دانش‌آموز امکان‌پذیر است؟ چرا؟

### ✓ REFERENCE

Aitken, M., Mullins, S., Lancaster, V., & Miller, B. (2007). "Cubs Click It for Safety": A school - based intervention for tween passenger safety. *Journal of Trauma, Injury, Infection, and Critical Care*, 63, S39 – S43.

## تجاوز جنسی و خشونت در روابط

خشونت جنسی علیه زنان یک مشکل ملی است که مکرراً در کالج‌ها و دانشگاه‌ها اتفاق می‌افتد. یک چهارم زنان برخی از اشکال خشونت جنسی را در طی زندگی خود چه به صورت خشونت در روابط، تجاوز یا تعقیب تجربه می‌کنند. شواهد قوی وجود دارد که نشان می‌دهد میزان گزارش خشونت‌های جنسی در دانشگاه‌ها به علل پذیرش فرهنگی، فقدان آگاهی درباره منابع و یا خجالت پایین است.

### - مداخله

بر اساس چارچوب بوم شناختی، برای پیشگیری از تجاوزها و خشونت‌های جنسی، یک مجموعه فعالیت‌ها در سطح دانشگاه انجام شد. پژوهشگران معتقدند که این "مطالعه موردی فرآیند" الگویی برای نحوه اجرای یک برنامه پیشگیری توسط سایر پژوهشگران در یک موقعیت مشابه است. فرآیند برنامه‌ریزی با طراحی یک گروه کاری در سطح دانشگاه شامل دست اندرکاران از سراسر گروه‌های دانشگاه شروع شد. مسئولیت اصلی آنها نشان دادن وضعیت و ارائه پیشنهاد برای پاسخ به تجاوز جنسی و خشونت در روابط بود. برای اینکار، نمایندگان این گروه محیط را بررسی کردند و در جهت پی بردن به جو دانشکده، زیر ساخت‌ها و منابع پیگیری یک نیازسنجی انجام دادند. این شرایط با معیارهای اجتماع مقایسه شدند. این اطلاعات برای ارائه توصیه‌ها و پیشنهادات و اولویت بندی آنها در رابطه با نحوه پرداختن به نیازها استفاده شدند.

### - ارزیابی

درباره ارزیابی تاثیر بحث نشده است.

### - پرسش‌ها

- چه منابعی برای اجرای یک فرآیند مشابه در محیط دانشگاه شما مورد نیاز است؟
- چه چارچوب زمانی برای اجرای این فرآیند در محیط دانشگاه مناسب است؟
- چه نوع ارزیابی می‌تواند برای ارزیابی این مداخله مناسب باشد؟

### ✓ REFERENCE

Lichty, L., Campbell, R., & Schuiteman, J. (2008). Developing a university - wide institutional response to sexual assault and relationship violence. *Journal of Prevention and Intervention in the Community*, 36, 5 – 22.

## سیگار کشیدن

هزینه‌های سیگار کشیدن در ایالات متحده آمریکا در حدود ۱۹۳ میلیارد دلار برآورد می‌شود که مربوط به هزینه‌های مراقبت‌های سلامت و از دست داده بهره وری است، همچنین سیگار کشیدن مسئول حدود ۴۳۴ هزار مرگ زود هنگام در هر سال است. در آمریکا، در حدود ۲۰/۸ درصد از افراد بزرگسال سیگار می‌کشند و نسبت قابل توجهی از این افراد در سن ۱۸ تا ۲۴ یا ۲۵ تا ۴۴ سال هستند (به ترتیب ۲۳/۹ درصد و ۲۳/۵ درصد). برای کاهش میزان سیگار کشیدن در این گروه‌های سنی، محیط‌های کار مورد توجه قرار گرفته است، زیرا نزدیک به ۶۳ درصد از جمعیت بزرگ سال یک سوم وقت خود را در محل کار صرف می‌کنند. همچنین، از آنجا که بسیاری از کارکنان از اینترنت در امور روزانه خود استفاده می‌کنند، دست اندرکاران از این فناوری در اجرای آموزش و مداخلات ترک سیگار بهره می‌برند.

### - مداخله

با استفاده از محل کار و مداخله اینترنتی، یک برنامه ترک سیگار به نام Quit-Net به عنوان بخشی از یک اقدام سلامت جامع برای کاهش شیوع سیگار کشیدن در میان کارکنان IBM اجرا شد. برای جذب شرکت کنندگان، اطلاعیه برنامه به اینترنت و ایمیل کارکنان فرستاده شد. به منظور تشویق افراد، مشوق‌های مالی در قالب تخفیف‌های حق بیمه ارائه شد. در طی ثبت نام برنامه، از افراد خواسته شد تا وضعیت سیگار کشیدن خود را گزارش کنند. در مجموع ۶۲۳۵ سیگاری که از لحاظ جغرافیایی پراکنده بودند در این برنامه شرکت کردند. از این تعداد، ۱۷۱۳ از کارکنان برای استفاده از سایت Quit-Net ثبت نام کردند که یک سایت تجاری رایانه‌دهنده درمان ترک سیگار مطابق با دستور العمل کشوری بود. حق اشتراک این سایت از طرف شرکت IBM پرداخت شد. هنگامی که شرکت کنندگان در این سایت ثبت نام کردند، داده‌های پایه جمع‌آوری شد. این داده‌ها شامل اطلاعات جمعیت شناختی و سابقه سیگار کشیدن از جمله میزان سیگار مصرفی جاری، مرحله تغییر، تعداد موارد ترک ۲۴ ساعته در سال گذشته، استفاده قبلی از درمان‌های ترک سیگار و وابستگی به سیگار بود. پس از ثبت نام شرکت کنندگان، الگوی استفاده از وب توسط آنها بررسی و داده‌ها ثبت شدند و در

تحلیل نهایی مورد استفاده قرار گرفتند. شرکت کنندگان برای یک دوره دوازده ماهه مورد پیگیری قرار گرفتند.

وبسایت به شرکت کنندگان مشاوره آنلاین درباره چگونگی ترک سیگار، کمک به تنظیمی زمان مشخص برای ترک، ارزیابی انگیزه و وابستگی به نیکوتین، اطلاعات متناسب درباره خطرات سیگار کشیدن، مشاوره با هدف ایجاد مهارت‌های خود ارزیابی، کمک‌های متناسب شده درباره انتخاب و استفاده از داروهای ترک سیگار و حمایت اجتماعی را ارائه می‌کرد. این ویژگی‌ها با امکان دسترسی به مشاوران به صورت آنلاین، سیستم‌های کارشناسی اضافی و حمایت اجتماعی مبتنی بر وب نامحدود تکمیل شد.

### - ارزیابی

پس از گذشت دوازده ماه از زمان ثبت نام، از افراد خواسته شد تا یک پرسشنامه آنلاین را جهت بررسی میزان پرهیز در هفت روز گذشته، تاریخ دقیق ترک، تعداد تلاش‌های ترک ۲۴ ساعته، طولانی‌ترین دوره تداوم پرهیز و استفاده از روش‌های ترک شامل دارو درمانی را تکمیل نمایند. از افرادی که به سیگار کشیدنشان ادامه داده بودند خواسته شد تا میزان سیگار کشیدن، انگیزه برای ترک، تمایل و اطمینان به ترک و زمان کشیدن اولین سیگار پس از بیدار شدن را مشخص نمایند. از ۱۵۲۲ نفر که در ماه دوازدهم مورد پرسشگری قرار گرفتند، تنها ۴۸۲ نفر پاسخ دادند در نتیجه میزان پاسخ دهی ۳۲ درصد بود. نتایج در کل بیانگر میزان ترک نسبتاً کم بود. در مقایسه با افرادی که کمتر از سایت استفاده کرده بودند، کسانی که چهار بار و بیشتر از سایت در طول مدت دوازده ماه استفاده کرده بودند، بیشتر سیگار کشیدن را ترک کرده بودند. به علاوه، صرف زمان بیشتر در سایت احتمال پرهیز از سیگار در طی دوازده ماه را افزایش داد. همچنین افرادی که از ویژگی‌های تکمیلی سایت مانند مشاوره آنلاین استفاده کرده بودند در مقایسه با سایر افراد، بیشتر احتمال داشت که از سیگار کشیدن پرهیز کنند. نویسندگان به تعدادی از محدودیت‌های این مطالعه اشاره کردند از جمله این حقیقت که میزان پاسخ دهی پایین، تعمیم پذیری نتایج مطالعه را محدود می‌کند و فقدان گروه مقایسه، امکان تعیین احتمال ترک سیگار در غیاب مداخله را دشوار می‌سازد.

## - پرسش ها

با وجود این که این مداخله نتایج ضعیفی به همراه داشت، به طور خلاصه مراحل برنامه ریزی که می توان در یک کار کوچکتر انجام داد را بیان می کند. برای این کار شما چه رویکردی را حفظ می کنید و کدامیک را تغییر می دهید؟ چرا؟

پاسخ به سوالات پیمایش بسیار مهم است، چرا که داده های مورد نیاز برای ارزیابی برنامه را فراهم می کند. به طور خلاصه مراحل که می تواند میزان پاسخ دهی را افزایش دهد را شرح دهید.

سنجش های فرآیندی که می تواند برای ارزیابی این برنامه استفاده شود را نام ببرید.

## ✓ REFERENCES

- Centers for Disease Control and Prevention. (2008). Preventing tobacco use. Retrieved August 31, 2009, from [www.cdc.gov/nccdphp/publications/factsheets/Prevention/pdf/tobacco.pdf](http://www.cdc.gov/nccdphp/publications/factsheets/Prevention/pdf/tobacco.pdf).
- Graham, A. L., Cobb, N. K., Raymond, L., Sill, S., & Young, J. (2007). Effectiveness of an Internet - based worksite smoking cessation intervention at 12 months. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 49 (8), 821 – 828.
- Moher, M., Hey, K., & Lancaster, T. (2003). Workplace interventions for smoking cessation. *Oxford UpdateSoftware*, 3, 1 – 59.

## خلاصه

هدف از این فصل، برجسته کردن رویکردهای متفاوتی است که در حال حاضر توسط دست اندرکاران سلامت عمومی برای پرداختن به مسایل سلامت مورد استفاده قرار می گیرند. بدیهی است دست اندرکاران سلامت عمومی در تلاش برای دسترسی به جمعیت های گروه هدف و بهبود سلامت آنها در موقعیت های مختلف کار می کنند. در برخی موارد، علیرغم این که برخی مطالعات در حوزه سلامت عمومی به شدت مورد تشویق قرار گرفته اند، مورد ارزیابی قرار نگرفته اند. این موضوع یک مساله خاص در رابطه با تامین منابع مالی را مطرح می کند، زیرا در غیاب داده های ارزیابی که اثر بخشی برنامه را مشخص می کند، نشان دادن ضرورت منابع مالی بیشتر و یا تکرار برنامه دشوار است. امید است این فصل باعث تشویق به بحث درباره مداخلات گذشته شده و بینش حاصل در کارهای آتی ظهور نماید.

---

## واژه نامه

---

### Abstract

خلاصه: خلاصه‌ای از یک مقاله‌ی پژوهشی که عموماً در ابتدای آن آورده می‌شود.

### Active consent

رضایت فعال: امضای فرم رضایت توسط والدین و یا قییم قانونی کودک مورد مطالعه جهت اجازه دادن به شرکت کودک در یک مطالعه پژوهشی

### Activities

فعالیت‌ها: اقدامات خاصی که به عنوان بخشی از مداخله انجام می‌شود.

### Activities approach model

الگوهای با رویکرد فعالیت‌ی: الگوهایی که بر فعالیت‌های پروژه و نتایج مورد انتظار از آن متمرکز است و به تعیین منابع مورد نیاز برای انجام فعالیت‌ها کمک می‌کند.

### Advocacy coalition framework

چارچوب ائتلاف حمایت طلبی: یک الگوی مفهومی که فرآیندهای اجرای تغییرات اجتماعی در سطح سیاسی را مشخص می‌کند.

### Alma Ata Declaration

بیانیه آما آتا: سیاست سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۷۸ که بیان می‌کند تمامی افراد باید به مراقبت‌های سلامت اولیه کافی و مقرون به صرفه دسترسی داشته باشند. این بیانیه بر اهمیت درگیری اجتماع در ارائه خدمات اولیه سلامت تاکید می‌کند.

### Anonymity

گمنامی: روشی در حفظ حریم شرکت‌کنندگان در پژوهش که به واسطه آن اطلاعات هویتی افراد نظیر نام جمع‌آوری نمی‌شود و با این کار امکان ارتباط دادن شرکت‌کنندگان با پاسخ هایشان غیر ممکن می‌شود.

### Assumptions

فرضیات: درک یا نتیجه‌گیری بیان نشده درباره باورها و رفتارهای جامعه پژوهش که بدون هرگونه داده تایید کننده، در نظر گرفته می‌شود.

#### Attrition

ریزش: از دست دادن شرکت‌کنندگان یک مداخله به دلیل خارج شدن آنها از مطالعه، عدم پیگیری یا مرگ

#### Background and significance

زمینه و اهمیت: بخشی از یک مقاله پژوهشی یا طرح پیشنهادی که مروری بر مشکل مورد نظر، پژوهش‌ها قبلی مرتبط و شکاف موجود که مداخله را توجیه می‌کند را ارائه می‌دهد.

#### Baseline data

داده‌های پایه: اطلاعات اولیه‌ای که درباره شرکت‌کنندگان در مداخله جمع‌آوری می‌شود و می‌تواند برای مقایسه با داده‌های جمع‌آوری شده پس از مداخله مورد استفاده قرار گیرد.

#### Basic priority rating system

سیستم امتیازدهی اولویت بندی: نظامی برای تهیه اولویت‌ها در فعالیت‌های سلامت عمومی هنگامی که منابع محدود هستند. استفاده از منابع مختلف داده‌ها امکان تعیین اندازه مشکل یا عوامل خطر را بر حسب شیوع، هزینه و شدت فراهم می‌کند.

#### Behavioral capability

ظرفیت رفتاری: سازه‌ای از نظریه شناختی اجتماعی که بیان می‌کند آگاهی و مهارت فرد درباره یک رفتار خاص بر انجام آن تاثیر می‌گذارد.

#### Behavioral change theory

نظریه تغییر رفتار: یکی از چند نظریه‌ای که یک چارچوب نظام‌مند برای درک چگونگی و علت تغییر رفتار افراد را ارائه می‌کند.

#### Blogs

بلاگ‌ها: مطالبی که نویسندگان درباره یک موضوع خاص می‌نویسند و معمولاً دامنه‌ای از موضوعات از سیاست‌های عمومی تا سرگرمی کودکان مربوط به زندگی شخصی نویسندگان را شامل می‌شود. بسیاری از وبلاگ‌ها توسط یک نویسنده اداره می‌شوند، اما برخی چندین نویسنده دارند. بسیاری از آنها دارای پیوندهای زیادی هستند و برخی شامل فیلم می‌باشند.



### Bluetooth

بلوتوث: یک فناوری شبکه‌ای بی سیم که انتقال داده‌ها و ارتباط دستگاه‌ها را در فواصل کوتاه تسهیل می‌کند.

### Boilerplate information

اطلاعات الگوی استاندارد: متنی در پیشنهاد بودجه که تسهیلات و حمایت موجود در یک موسسه را نشان می‌دهد. به طور کلی شامل شرح مختصری از اهداف موسسه، رسالت، تاریخچه و منابعی نظیر وسایل کامپیوتری و کتابخانه‌ای می‌باشد.

### Boolean operators

عملگرهای بولین: عبارات منطقی که به منظور جستجو، واژه‌های اصلی را در پایگاه‌های پژوهش‌های متمرکز می‌کند و یا اتصال می‌دهد (مانند AND، OR و NOT)

### Budget

بودجه: برنامه‌ای که در آن هزینه‌های مداخله و ارزیابی را با جزئیات شرح می‌دهد.

### Budget justification

توجیه بودجه‌ای: عباراتی که ضرورت و نیز نقش دقیق هر یک از کارکنان که در بودجه مداخله و ارزیابی فهرست شده‌اند را شرح می‌دهد.

### Capacity assessment

ارزیابی ظرفیت: ارزیابی توانایی یک اجتماع یا سازمان به منظور برنامه‌ریزی و اجرای موثر مداخله

### Case finding

یافتن مورد: راهکاری برای یافتن و دستیابی به افرادی که بیشتر در معرض یک مشکل سلامت خاص هستند و یا حداقل احتمال انجام رفتار ارتقا دهنده سلامت را دارند.

### Change theories

نظریه‌های تغییر: نظریه‌هایی که نحوه سازماندهی تغییر در طول زمان را توضیح می‌دهند.

### CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature)

یک پایگاه داده‌ها که مقالات مربوط به سلامت اجتماع را از سال ۱۹۳۷ تا کنون نمایه می‌کند.

#### Closed - ended question

سوالات بسته: نوعی سوال در ابزارهای پژوهش‌های جهت جمع‌آوری داده‌هایی که در آن پاسخ دهندگان باید یکی از پاسخ‌ها را از میان فهرستی از پاسخ‌های ارائه شده انتخاب کنند و یا یک پاسخ یک کلمه‌ای (مانند تعداد یا بله و خیر) را ارائه دهند.

#### Cochrane Review

یک منبع آنلاین که مداخلات در زمینه‌های مختلف و مرورهایی از شواهد درباره قدرت برنامه‌ها را ارائه می‌دهد

#### Code of ethics

ضوابط اخلاقی: راهنمای عملکرد افراد حرفه‌ای در حوزه‌های خاص که باعث می‌شود آنها را در قبال اقداماتشان پاسخگو باشند. در سلامت عمومی، این کد استانداردی را برای کار در موقعیت اجتماع و انجام پژوهش فراهم می‌کند.

#### Community

اجتماع: گروهی از افراد که به واسطه پیوندهای مرئی یا نامرئی با یکدیگر ارتباط دارند و بر اساس محدوده جغرافیایی، مرزهای فیزیکی یا سیاسی یا علائق، رفتارها، خطرات یا ویژگی‌های مشترک (مانند زمینه‌های نژادی، قومیتی یا ملی و واحدهای اجتماعی مانند سن، وضعیت شغل یا وضعیت بیماری) تعریف می‌شوند.

#### Community advisory board

کمیته مشورتی اجتماع: یک گروه رسمی از دست اندرکاران اجتماع که می‌توانند درون دادها را در طی مرحله ارزیابی یا ارزیابی مداخله فراهم نمایند.

#### Community assessment

ارزیابی اجتماعی: یک مرور نظام‌مند از نقاط قوت و ضعف اجتماع درباره سلامت

#### Community - based health intervention

مداخله سلامت اجتماع محور: مداخله‌ای جهت رفع یک نیاز سلامت در اجتماع که به واسطه پیشگیری یا تغییر در عوامل غیر پزشکی موثر بر سلامت طراحی می‌شود.

#### Community - based participatory research (CBPR)

پژوهش مشارکتی اجتماع محور: نوعی پژوهش که در آن اعضا و دست اندرکاران اجتماع هدف، به صورت فعال در تمامی مراحل فرآیند تحقیق درگیر هستند.

### Community Guide

یکی از منابع آنلاین مورد حمایت مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها که برنامه‌های مبتنی بر شواهد را مرور کرده و توصیه‌ها را درباره موضوعات مختلف سلامت ارائه می‌دهد.

### Community input

درونداد اجتماعی: داده‌های اولیه جمع‌آوری شده از اعضای اجتماع، ارائه‌دهندگان خدمات و سایر افرادی که از نیازهای و نگرانی‌های سلامت اجتماع مطلع هستند.

### Community level

سطح اجتماعی: یکی از سطوح تاثیر بر رفتارهای سلامت در الگو بوم شناختی. مداخلات در این سطح در جهت تغییر در محیط یا ساختارهای اجتماعی عمل می‌کنند.

### Community setting

موقعیت اجتماعی: محیط یا حوزه جغرافیایی که اجتماع در آن واقع شده است.

### Concepts

مفاهیم: اجزا یا بلوک‌های سازنده یک نظریه

### Confidentiality

محرمانگی: یک روش محافظت از حقوق شرکت‌کنندگان در پژوهش از طریق حصول اطمینان از این که اطلاعات هویتی آنها به کسی غیر از تیم تحقیق نشان داده نخواهد شد.

### Consent form

فرم رضایت نامه: یک سند نوشتاری درباره اطلاع شرکت‌کنندگان از جزئیات مطالعه مانند هدف، انتظارات و خطرات و فواید شرکت در مطالعه

### Constructs

سازه: ایده‌های مفهومی یا طرح کلی که جهت ایجاد یک نظریه گروه بندی می‌شوند.

### Control group

گروه کنترل: واحد تحلیلی که درمان یا مداخله را دریافت نکرده و به عنوان گروه مقایسه برای اهداف آماری عمل می‌کنند.

سازه ایده‌های مفهومی و یا طرح کلی است که به گروه بندی می‌شوند به شکل یک نظریه.

#### Convenience sample

نمونه آسان: نوعی نمونه که از طریق ثبت نام غیر تصادفی شرکت کنندگانی که در زمان انجام پروژه در دسترس هستند به دست می‌آید.

#### Cross - tabulation

جدول بندی متقاطع: نوعی تحلیل که توزیع حداقل دو نوع متغیر را به صورت همزمان بررسی می‌کند و در یک جدول آنها را نشان می‌دهد.

#### Cyberspace

فضای مجازی: استعاره‌ای برای محتوا و تعامل در اینترنت و سایر شبکه‌های کامپیوتری

#### Data

داده‌ها: مجموعه‌ای از بخش‌های اطلاعاتی که به افزایش دانش در زمینه موضوع مورد نظر کمک می‌کنند.

#### Data processing

پردازش داده‌ها: تبدیل داده‌های خام به شکلی که بتوان با کامپیوتر پردازش کرد و به متغیرهایی جهت تحلیل تبدیل نمود

#### Data set

مجموعه داده‌ها: مجموعه‌ای از متغیرهای مرتبط به یک موضوع خاص که معمولاً با یک برنامه نرم افزار کامپیوتری سازمان دهی می‌شوند.

#### Demographic variables

متغیرهای جمعیت شناختی: ویژگی‌های شخصی افراد (از قبیل سن، تحصیلات، شغل، و نژاد) که می‌توانند اجتماع را توصیف کنند.

#### Descriptive analysis

تحلیل توصیفی: نوعی تحلیل آماری که ویژگی‌های نمونه را خلاصه کرده و چگونگی ارتباط متغیرها با یکدیگر را بررسی می‌کند.

#### Discussion guide

راهنمای بحث: راهنمایی که در طی برگزاری جلسات گروهی متمرکز استفاده شده و شامل سوالاتی است که قبل از بحث طراحی می‌شود.

#### Dose

دوز: مقدار یا قدرت مداخله ارایه شده بر حسب زمان (روز، هفته، ماه یا سال) و یا بر اساس تعداد پژوهشگرانی که مداخله را به جمعیت هدف ارایه می‌کنند.

#### Ecological level

سطح بوم شناختی: دیدگاهی که بر اساس آن شبکه‌ای متشکل از سازمان‌ها یا افراد در محیط اجتماع را می‌توان تحلیل کرد.

#### Ecological theory

نظریه بوم شناختی: نظریه‌ای که بیان می‌کند سلامت حاصل تعامل پویای ویژگی‌های سطح فردی با محیط اجتماعی و فیزیکی است. افراد، خانواده‌ها و اجتماع‌ها منفک از هم نیستند بلکه یک نظام بوم شناختی مرتبط با هم هستند که هر یک با تغییر در بخشهای دیگر سازمان، خود را تطبیق می‌دهند.

#### Economic asset

دارایی اقتصادی: نوعی منبع فیزیکی یا اجتماعی که می‌تواند به صورت تاثیر مثبتی بر رفع نیازهای سلامت اجتماع داشته باشد.

#### EMBASE

یک پایگاه داده الکترونیکی که مقالاتی در زمینه موضوعات مختلف سلامت از جمله سیاست‌های سلامت و مدیریت، سلامت عمومی، بهداشت حرفه‌ای و بهداشت محیط را پوشش می‌دهد

#### Ethical conduct

کار اخلاقی: انجام مداخله به گونه‌ای که با شرکت‌کنندگان با احترام رفتار شود و موجب هیچ گونه آسیبی به افراد یا اجتماع نگردد

#### Evaluation

ارزیابی: نوعی سنجش نظام‌مند اثر بخشی یک مداخله، برنامه یا سیاست. ارزیابی‌ها نه تنها پیامدهای مداخله را بررسی می‌کنند، بلکه دستیابی به اهداف مداخله، نحوه اجرای اجزای برنامه و نقش این اجزا در رسیدن به اهداف را تعیین می‌کنند.

#### Expectations

انتظارات: سازه‌ای در نظریه شناختی اجتماعی که فرض می‌کند درک افراد از احتمال پیامد مطلوب، بر انجام رفتار تاثیر می‌گذارد.

#### Experimental group

گروه تجربی: واحد تحلیلی که مداخله یا درمان مورد نظر را دریافت می‌کنند.

#### Facebook

فیسبوک: یک شبکه اجتماعی در اینترنت

#### Facilitator

تسهیلگر: فردی که یک بحث گروهی را هدایت می‌کند یا انجام می‌دهد و اطمینان حاصل می‌کند که تمامی سوالات مورد نظر پاسخ داده شده و کلیه اعضای گروه درونداد خود را به اشتراک می‌گذارند (با عنوان مدیر گروه هم شناخته می‌شود).

#### Facilitators

تسهیلات: مواردی مثل هزینه‌های مسافرت شرکت‌کنندگان که به پژوهشگران کمک می‌کند تا شرکت‌کنندگان رادر مطالعه به کار گیرند.

#### Fidelity

وفاداری: میزان تطابق یک مداخله اقتباس شده یا مداخله موجودی که متناسب سازی شده با طرح، محتوا و برنامه اجرایی اصلی.

#### Fiscal agent

عامل مالی: سازمان یا موسسه‌ای که منابع مالی را برای سایر سازمان‌ها یا گروه‌ها دریافت و پایش می‌کند.

#### Five Ps

نوعی راهبرد بازاریابی برای هدایت طرح بسیج بازاریابی اجتماعی که شامل مفاهیمی چون محصول (product)، قیمت (price)، مکان (place)، ترویج (promotion) و مکان یابی (positioning) است.

#### Focus group

گروه متمرکز: روشی در جمع‌آوری داده‌ها در پژوهش‌ها کیفی که در آن گروه‌های کوچک متشکل از شش تا دوازده نفر برای به اشتراک گذاشتن عقاید و دیدگاه‌های خود درباره موضوع مورد نظر گرد هم جمع می‌شوند.

#### Follow - up question

سوال پیگیری: تکنیکی که در پژوهش‌ها برای شفاف کردن یا به دست آوردن سایر اطلاعات به دنبال پاسخ به سوالات قبلی استفاده می‌شود.

#### Forced - choice question

سوال انتخاب اجباری: نوعی سوال در ابزارهای تحقیق که دارای پاسخ‌هایی با گزینه‌های محدود است. عبارت سؤال به گونه‌ای است که فرد باید پاسخ‌های خاصی را ارائه دهد (مثلا موافقت یا عدم موافقا یا درست و غلط).

### Fringe benefits

مزایای جانبی: هزینه‌های اجباری نظیر تامین اجتماعی، بیمه خسارت کارگران و بیمه بیکاری و مزایای اختیاری (مانند بیمه سلامت و برنامه‌های بازنشستگی) که به صورت درصدی از حقوق پرسنلی بیان می‌شوند.

### Gamers

بازیکنان: افرادی که بازی‌های کامپیوتری انجام می‌دهند.

### Gantt chart

جدول گانت: جدول زمانی با واحدهای هفته، ماه یا سال که تاریخ پیش‌بینی شده شروع و پایان ارزیابی اقدامات برنامه‌ریزی شده را مشخص می‌کند.

### Global Health Database

یک پایگاه داده الکترونیکی که دسترسی به پژوهش‌های مرتبط با بیماری‌های واگیردار، بیماری‌های گرمسیری، بیماری‌های انگلی، تغذیه، سلامت همگانی و اجتماعی، و گیاهان دارویی و سمی را از چشم انداز بین‌المللی ارائه می‌دهد.

### Google Scholar

شاخه علمی سایت گوگل

### Group interviews

مصاحبه‌های گروهی: سوالات و بحث‌هایی درباره یک موضوع با حضور دو یا چند نفر

### Group level

سطح گروهی: یکی از سطوح تاثیر بر رفتار سلامت و پیامدها در دیدگاه بوم‌شناختی. مداخله در این سطح در جهت تغییر در آگاهی، نگرش و عملکرد درباره مسایل سلامت در میان اعضای گروه هدف عمل می‌کند.

### Herd immunity

ایمنی جمعیتی: تاثیر محافظت کلی در زمانی که اکثر اعضای اجتماع در مقابل یک بیماری از طریق واکسیناسیون یا ابتلا به عفونت ایمن می‌شوند حاصل می‌شود، احتمال این که افراد فاقد ایمنی با فرد آلوده تماس داشته باشد خیلی کم است، بنابراین از وقوع زنجیره عفونت پیشگیری می‌شود.

### IDUs

معتادان تزریقی

#### Impact evaluation

ارزیابی اثر: ارزیابی تاثیرات یک مداخله و دستیابی به اهداف (اختصاصی) آن

#### Incentives

مشوق ها: مبالغ کم یا هدایایی که به افراد جهت شرکت در یک مداخله به عنوان جبران صرف وقت یا به عنوان راهکاری برای حفظ آنها در مطالعه داده می شود.

#### Individual resources

منابع فردی: دارایی های موجود در اجتماع مورد نظر که تاثیر مثبتی بر نیازهای سلامت دارد از جمله افرادی که مهارت های خاصی دارند، در کارهای اجتماع محور دارای تجربه هستند یا تمایل به کمک در جهت بهبود سلامت اجتماع دارند.

#### Individual rights

حقوق فردی: داشتن حق آزادی در برابر انجام کارهایی که از طرف دولت واگذار می شود و مخالف حقوق قانونی و مدنی آنها می باشد.

#### Informed consent

رضایت آگاهانه: توافق افراد در تحقیق برای مشارکت در یک مطالعه بر اساس درک روشن از ماهیت مطالعه و آنچه که باید در مطالعه انجام دهند.

#### In-kind contribution

کمک غیر نقدی: منابع غیر مالی مانند تسهیلات جلسه یا زمان کارکنان که از مطالعه پشتیبانی می کنند.

#### Inputs

درونداد: منابع، مشارکت ها و سرمایه هایی که برای انجام فعالیت های یک مداخله مورد نیاز است.

#### Institutional resources

منابع موسسه ای: دارایی های اجتماع مورد نظر که می تواند به رفع نیازهای سلامت اجتماع کمک کند مانند درمانگاه ها، کتابخانه ها و امکانات تفریحی

#### Institutional review board (IRB)

کمیته اخلاق: یک کمیته رسمی برای بررسی مسایل اخلاقی نمونه های انسانی پیشنهادی طرح در کلیه پروژه های پژوهش های. این کمیته در جهت حصول اطمینان از حفظ حقوق و رفاه شرکت کنندگان در مطالعه می باشد.



#### Instruments

ابزار: پرسشنامه‌ها، برنامه‌های مصاحبه و پیش‌نویس‌های تحقیق که در یک پروژه پژوهشی مورد استفاده قرار می‌گیرد.

#### Internal validity

روایی درونی: این ایده که هر گونه تاثیر مشاهده شده به دنبال مداخله، ناشی از مداخله باشد

#### Internet survey

پیمایش اینترنتی: پرسشنامه یا پیمایشی که از طریق اینترنت صورت گیرد.

#### Key informants

افراد مطلع کلیدی: افرادی که نقش رهبران اجتماع را دارند و می‌توانند اطلاعاتی درباره نیازهای جمعیت هدف، واکنش آنها نسبت به یک مداخله خاص و تاثیر مداخله در اجتماع ارایه دهند.

#### Key stakeholders

دست اندرکاران کلیدی: تصمیم‌گیران اجتماع درون سازمان‌های ارایه‌دهنده خدمت، هیات‌های مشورتی و رهبران سازمان‌های اجتماع محور که علاقمند به موفقیت ارزیابی اجتماعی یا مداخله هستند.

#### Large data sets

مجموعه داده‌های بزرگ: مجموعه داده‌های ثانویه از سایر منابع که مورد تحلیل قرار می‌گیرند، مانند وبسایت‌های سلامت ملی، ادارات سلامت، دانشگاه‌ها و مراکز پژوهش‌های (به داده‌های ثانویه نگاه کنید).

#### Letter of collaboration

نامه همکاری: نوشتن نامه توسط سازمان همکار تیم تحقیق به یک سازمان سرمایه‌گذار برای بیان نقش و مشارکتی که در انجام یک مطالعه خواهند داشت.

#### Letter of intent

نامه قصد: نامه‌ای به یک سازمان سرمایه‌گذار که جهت بیان قصد درخواست منابع مالی نوشته می‌شود.

#### Levels of prevention

سطح پیشگیری: سه نوع اصلی فعالیت‌های ارتقای سلامت مربوط به پیشگیری، تشخیص و درمان بیماری

#### Likert-type response

پاسخ لیکرتی: یک قالب پاسخ به سئوالات متشکل از چهار تا پنج گزینه افزایشی یا کاهش (به عنوان مثال به شدت موافق تا به شدت مخالف یا بالعکس)

#### Locator form

فرم مکان یابی: فرمی حاوی اطلاعات اصلی و جایگزین تماس با شرکت کنندگان در مطالعه

#### Logic model

الگوی منطقی: روشی برای توصیف ارتباط بین اجزای مختلف یک مداخله یا برنامه. چنین توصیفی غالباً به صورت نمودار نشان داده می‌شود.

#### Mapping

نقشه برداری: روشی که با استفاده از نرم افزارهای کامپیوتری خاص، دو یا چند مورد از داده‌ها از نظر جغرافیایی با هم ادغام شده یا پیوند داده می‌شوند.

#### Methods or methodology

روش‌ها یا روش شناسی: مجموعه‌ای از روش‌های علمی که برای انجام نظام‌مند تحقیق مانند مطالعات مداخله‌ای مورد استفاده قرار می‌گیرند.

#### Minnesota Heart Health Project

پروژه سلامت قلب مینه سوتا: یکی از مداخلات سلامت اجتماع محور اولیه که با هدف کاهش بروز بیماری‌های قلبی و سکته در سال ۱۹۸۰ اجرا شد و در حدود شش سال به طول انجامید.

#### Moderator

مدیر: فردی که بحث‌ها را در یک گروه متمرکز انجام داده و هدایت می‌کند

#### Multilevel and structural equation modeling

الگوسازی معادلات ساختاری و چند سطحی: نوعی تحلیل آماری در مطالعات کمی علوم رفتاری که در آن برای تبیین همبستگی در پاسخ‌ها، متغیرهای نهفته یا تاثیرات تصادفی لحاظ می‌شوند.

#### MySpace

سایت یک شبکه اجتماعی در اینترنت

#### National Guideline Clearinghouse

یک پایگاه داده پایه گذاری شده توسط سازمان پژوهش‌ها مراقبت‌های سلامت و کیفیت (AHRQ) که راهنماهای بالینی مبتنی بر شواهد را در دسترس قرار می‌دهد.

#### Needs assessment

نیازسنجی: رویکردی در ارزیابی اجتماعی که برای شناسایی نیازها، مشکلات و نواقص یک اجتماع خاص استفاده می‌شود.

#### Networking

شبکه‌سازی: برقراری پیوند یا ایجاد ارتباط با افرادی که دارای تجربیات فردی و حرفه‌ای در حوزه مورد نظر سلامت عمومی هستند.

#### Nominal group technique

روش گروه اسمی: راهکاری برای تصمیم‌گیری گروهی که در آن عقاید تمامی اعضا لحاظ می‌شود، هرچند تفاوت‌هایی در روش‌های مختلف وجود دارد اما یکی از روش‌های ساده این است که هر یک از اعضا، دلیل مختصری از انتخاب خود درباره موضوع ارائه می‌دهد و ترتیب ترجیحات خود را از بین گزینه‌های مختلف مشخص می‌کند (یعنی اولین، دومین، سومین و غیره)، سپس گزینه‌ای که بیشتر افراد به عنوان انتخاب اول خود بیان کرده‌اند، انتخاب می‌شود.

#### North Karelia Project

پروژه کارولیا شمالی: یک مداخله اجتماع محور اولیه (۱۹۷۱) که در پاسخ به نگرانی‌های اجتماع درباره میزان مرگ و میر بالای ناشی از بیماری‌های قلبی و در یک منطقه عمدتاً روستایی فنلاند انجام شد.

#### Objectives

اهداف اختصاصی: توصیف کمی از آنچه که فعالیت‌های مداخله انجام خواهند داد، اهداف معمولاً مشخص می‌کنند که چه کسی مورد هدف مداخله است، چه تغییر، به چه مقدار و در چه چارچوب زمانی مورد انتظار است.

#### Observational data

داده‌های مشاهده‌ای: داده‌های جمع‌آوری شده توسط ناظر با اشاره به جزئیات آنچه که در طی یک دوره زمانی یا در یک موقعیت دیده شده است.

#### Observational learning

یادگیری مشاهده‌ای: یکی از سازه‌های نظریه شناختی اجتماعی که بیان می‌کند که مواجهه با انجام یک عمل یا رفتار از طرف افراد با نفوذ می‌تواند بر انجام آن عمل یا رفتار توسط فرد تاثیر بگذارد.

#### One-on-one face-to-face interview

مصاحبه چهره به چهره تک به تک: یک روش جمع‌آوری داده‌ها که در آن پژوهشگر سئوالاتی را برای پاسخ دهی فرد مطرح می‌کند.

#### Open - ended question

سئوالات باز: نوعی از سئوالات که در ابزارهای پژوهش برای جمع‌آوری داده‌ها به کار می‌روند و شرکت‌کنندگان را به انتخاب گزینه‌های از پیش تعیین شده مجبور نمی‌کند و اجازه می‌دهد که آنها پاسخ‌های خودشان را بدهند.

#### Operationalize

عملیاتی کردن: فرآیند مشخص کردن نحوه سنجش یک مفهوم یا سازه خاص

#### Organizational capacity

ظرفیت سازمانی: توانایی یک سازمان برای ارائه موفق محصولات یا خدمات، دستیابی به اهداف و انجام رسالت خود

#### Organizational level

سطح سازمانی: یکی از سطوح تاثیر بر رفتار سلامت در الگو بوم شناختی که از پیوندهای مشترک بین افراد به منظور ایجاد تغییرات در رفتارهای سلامت و محیط بهره می‌گیرد.

#### Other expenses

سایر هزینه‌ها: یک دسته از هزینه‌ها در بودجه شامل تمامی هزینه‌های متفرقه است که در دسته هزینه‌های پرسنلی یا غیر پرسنلی قرار نمی‌گیرند مانند هزینه‌های پست، تبلیغ یا اشتراک.

#### Other than personnel services (OTPS)

هزینه‌های غیر پرسنلی: یک گروه از بودجه در درخواست منابع مالی که شامل تمامی هزینه‌های غیر پرسنلی نظیر تجهیزات، لوازم اداری و وسایل ضروری برای مداخله می‌باشد

#### Outcome approach model

الگوی مربوط به رویکرد پیامد: رویکردی برای ساخت الگوهای منطقی که بر پیامدهای مورد نظر و نحوه ارزیابی اجزای برنامه برای تعیین دستیابی به نتایج مورد نظر متمرکز است.

#### Outcome evaluation

ارزیابی پیامد: نوعی ارزیابی که در پایان مطالعه مداخله‌ای برای تعیین دستیابی به اهداف کلی برنامه صورت می‌گیرد، این نتایج می‌تواند به مداخله منتسب شود و نه سایر عواملی که در همان محدوده زمانی مداخله رخ می‌دهد، همچنین هر نوع پیامد ناخواسته را ارزیابی می‌کند و به هزینه‌ها و فواید مداخله را وزن می‌دهد

#### Outcome indicators

شاخص‌های پیامدی: متغیرهایی که برای سنجش تاثیرات مورد نظر یا موفقیت مداخله در جمعیت هدف به کار می‌رود.

#### Outcomes

پیامدها: تاثیرات مورد نظر مداخله در جمعیت هدف

#### Outliers

مقادیر پرت: مقادیری که به طرز قابل ملاحظه‌ای از سایر مقادیر موجود در مجموعه داده‌ها متفاوت است.

#### Outputs

برونداد: اجزای خاصی از مداخله نظیر فعالیت‌ها و جمعیت هدف

#### Overall goal

هدف کلی: هدف نهایی از یک مداخله متناسب با مشکل سلامت مورد نظر مداخله، بیان مشکل سلامت به صورت کلی، چگونگی پرداختن مداخله به مشکل سلامت و مشخص کردن جمعیت هدف

#### Parental consent

رضایت والدین: مجوز والدین یا قیم کودک برای شرکت در یک مطالعه

#### Participant observation

مشاهده شرکت کننده: یک روش جمع‌آوری داده‌های میدانی که در آن پژوهشگر به مطالعه پدیده مورد نظر از طریق مشارکت در فعالیت‌های همراه با آن می‌پردازد.

#### Partnerships

شراکت: ائتلاف یا همکاری بین پژوهشگران و افراد و گروه‌ها در یک اجتماع به منظور انجام ارزیابی اجتماع، بررسی اولویت‌های عمل، طراحی مداخله و ارزیابی پیامدها

#### Passive consent

رضایت منفعلانه: نوعی فرآیند اخذ رضایت که معمولاً در مدارس استفاده می‌شود و در آن فرمی به منزل کودک جهت مطلع کردن سرپرست قانونی کودک درباره مطالعه فرستاده می‌شود. چنانچه سرپرست قانونی این فرم که بیانگر عدم تمایل والدین برای شرکت در مطالعه است را امضا نکند و برنگرداند، پژوهشگر فرض می‌کند که سرپرست قانونی اجازه داده تا کودک در مطالعه شرکت نماید.

#### PATCH (Planned Approach to Community Health)

رویکرد برنامه‌ریزی شده به سلامت اجتماع: هدف از این الگو برنامه‌ریزی پنج مرحله‌ای که توسط مرکز پیشگیری و کنترل از بیماری‌ها طراحی شده، افزایش مشارکت اجتماع و پیوند آن با اپیدمیولوژی در سطح اجتماع است. پنج مرحله این رویکرد شامل بسیج اجتماع، جمع‌آوری و سازماندهی داده‌ها، انتخاب اولویت‌های سلامت، طراحی مداخله جامع و ارزیابی است.

#### Pawtucket Heart Health Project

پروژه سلامت قلب پاتاکت: یکی از مداخلات سلامت اجتماع محور اولیه که به منظور کاهش میزان بیماری‌های قلبی در سال ۱۹۸۳ اجرا شد و حدود هشت سال به طول انجامید. بسیج اجتماع از طریق برنامه‌های مبتنی بر محل‌های کار، کلیساها، سازمان‌های غیر انتفاعی و برنامه‌های خدمات اجتماعی صورت گرفت.

#### Personnel

(هزینه‌های) پرسنلی: دسته‌ای از هزینه‌ها در بودجه که شامل حقوق و مزایای کلیه کارکنان می‌باشد و مشخص می‌کند چه تعداد از افراد در مطالعه به کار گرفته خواهند شد، عناوین شغلی آنها چه خواهد بود و این کارکنان چند ساعت کار خواهند کرد.

#### Physical structures

ساختارهای فیزیکی: نوعی از منابع یا دارایی‌ها که در طی ارزیابی اجتماعی شناسایی می‌شوند و به زمین، ساختمان‌ها، حمل و نقل، زیرساخت‌های راه اندازی شده و منابع طبیعی اطلاق می‌شود که می‌توانند نقش مثبتی در بهبود وضعیت سلامت اجتماع داشته باشند.

#### Pilot study

مطالعه نمونه: بررسی اولیه یک مداخله با هدف به دست آوردن بازخورد جهت بهبود مطالعه قبل از اجرای آن در کل جمعیت

#### Placebo

دارونما: یک داروی جعلی یا درمان غیر موثر که با هدف مقایسه گروه‌ها در کارآزمایی شاهد دار تصادفی توزیع می‌شود.

#### Policy level

سطح سیاست: یکی از سطوح تاثیر گذاری بر رفتار سلامت و پیامدها در رویکرد بوم شناختی. مداخلات در این سطح، قوانین یا سیاست‌هایی که موجب تسهیل سلامت خواهد شد را تغییر می‌دهند (مانند قانون مربوط به منع سیگار کشیدن و بستن کمربند ایمنی)

#### Population-based approach

رویکرد مبتنی بر جمعیت: رویکردی جهت توجه به رفتارهای سلامت، بر پایه این تفکر که رفتارهای پرخطر در بین جمعیت به صورت متفاوتی توزیع شده‌اند و بهبود رفتارهای پر خطر می‌تواند نتایج قابل توجهی را در پیامدهای سلامت به دنبال داشته باشد.

#### Power analysis

تحلیل توان (آماری): تحلیل قدرت برای تعیین این که آیا حجم نمونه مطالعه می‌تواند تغییرات را با استفاده از تحلیل‌های آماری به قدر کفایت مشخص کند یا خیر انجام می‌شود.

#### Pre- and post-survey

پیمایش قبل و بعد: یک طرح تحقیقی که در آن داده‌های پایه در زمان شروع مداخله و مجدداً در پایان مداخله جمع‌آوری می‌شود.

#### Precoding

کدگذاری از قبل: قرار دادن کدهای مربوط به ورود داده‌ها در فرم پیمایش از قبل که اینکار وارد کردن اطلاعات در برنامه آماری را تسهیل می‌کند.

#### Preexisting data

داده‌های موجود: به داده‌های ثانویه نگاه کنید.

#### Pre - post design

طرح قبل و بعد: نوعی مطالعه نیمه تجربی در پژوهش‌ها مداخله‌ای که در آن پیمایش مشابهی برای دریافت کنندگان برنامه قبل و بعد از مداخله اجرا می‌شود تا تغییرات ایجاد شده در آگاهی، نگرش یا رفتار و سایر ویژگی‌های فردی بررسی شود.

#### Primary data

داده‌های اولیه: اطلاعاتی که به صورت دست اول جمع‌آوری می‌شود و قبلاً مورد تحلیل قرار نگرفته‌اند

#### Primary prevention

پیشگیری اولیه: سطحی از پیشگیری که هدفش جلوگیری از یک بیماری یا وضعیت خاص قبل از وقوع آن است

#### Prioritize

اولویت بندی: یک فرآیند تصمیم‌گیری که برای طبقه بندی نتایج حاصل از بررسی نیازهای سلامت اجتماع بر حسب فوریت از مهمترین مسایل تا کم اهمیت‌ترین آنها، مورد استفاده قرار می‌گیرد.

#### Probe

کاوش: یک روش کلامی مورد استفاده در مطالعات کیفی جهت استخراج اطلاعات اضافی از افراد پاسخ دهنده به منظور پرداختن به هدف یا سؤال تحقیق

#### Problem statement

بیان مساله: توضیح درباره مشکلی که مداخله به آن خواهد پرداخت، از جمله فردی که از برنامه تاثیر خواهد گرفت، محل وقوع مشکل، زمان وقوع آن و نحوه و نیاز به رفع آن توسط افراد

#### Process evaluation

ارزیابی فرآیند: نوعی ارزیابی طراحی شده برای بررسی نحوه اجرای مداخله، تعیین ابعادی از مداخله که به همان صورت برنامه‌ریزی شده عمل می‌کنند و ابعادی که برای دستیابی به اهداف پروژه باید مورد بازبینی قرار گیرند.

#### Process indicators

شاخص‌های فرآیند: متغیرهای مورد استفاده برای ارزیابی چگونگی اجرای مداخله، تعیین ابعادی از مداخله که به همان صورت برنامه‌ریزی شده عمل می‌کنند و ابعادی که برای دستیابی به اهداف پروژه باید مورد بازبینی قرار گیرند.

#### Program planning

برنامه ریزی: فرآیند طراحی یک مداخله اجتماع محور



#### Prospective cohort design

طرح همگروهی آینده نگر: یک طرح پژوهش‌های که در آن، افرادی که دارای مواجهه‌های یکسان هستند (مانند سیگار کشیدن یا غربالگری ماموگرافی) در طی زمان مورد پیگیری قرار می‌گیرند و از نظر وقوع پیامدهای خاص سلامت بین دو گروه مقایسه می‌شوند (مانند سرطان ریه یا پستان)

#### Protection of human subjects

محافظت از نمونه‌های انسانی: برخورد اخلاقی با شرکت‌کنندگان در تحقیق، مسئولیت اصلی پژوهشگران سلامت عمومی

#### Psychometric properties

ویژگی‌های روان سنجی: تحلیل‌های انجام گرفته بر روی یک ابزار که پایایی و روایی آن را مشخص می‌کند.

#### Psychometrics

روان سنجی: سنجش ویژگی‌های یک ابزار اندازه گیری

#### Public Health Partners

یک منبع آنلاین که دسترسی به مجلات سلامت عمومی، خبرنامه‌ها و گزارش‌های دولتی و سازمان‌های اجتماع را امکان‌پذیر می‌کند.

#### PubMed

آرشیو الکترونیکی مجلات کتابخانه ملی پزشکی که دسترسی به اطلاعات کتاب شناختی و متن کامل متون مرتبط با مدیریت سلامت، سیاست سلامت و سلامت عمومی را پوشش می‌دهد.

#### Qualitative data

داده‌های کیفی: یک روش بررسی که بر کیفیت مفهوم از طریق سئوالات باز و مشاهده تاکید می‌کند.

#### Quantitative data

داده‌های کمی: تحقیقی شامل جمع آوری و تحلیل داده‌های عددی

#### Quasi - experimental design

طرح‌های نیمه تجربی: نوعی طرح پژوهش‌های که برخی از اجزای طرح کارآزمایی شاهد دار تصادفی یا تجربی واقعی را دارد اما فاقد تصادفی‌سازی برای گروه مداخله یا کنترل می‌باشد

#### Questionnaire

پرسشنامه: نوعی ابزار تحقیق که برای جمع‌آوری اطلاعات از شرکت‌کنندگان مورد استفاده قرار می‌گیرد.

#### Randomization

تصادفی سازی: روشی که در آن واحد تحلیل به صورت نظام‌مند در مطالعه انتخاب می‌شود.

#### Randomized - controlled trial

کارآزمایی شاهد دار تصادفی: نوعی طرح پژوهش‌های که در آن نمونه‌ها به صورت تصادفی به گروه مداخله یا گروه کنترل تخصیص داده می‌شوند، اغلب تحت عنوان مطالعه تجربی واقعی نیز اطلاق می‌شود.

#### Random sample

نمونه تصادفی: نوعی نمونه که در آن واحدهای تحلیل از شانس برابری برای انتخاب در مطالعه برخوردار هستند.

#### Rapid assessment procedure

روش سنجش سریع: متناسب‌سازی یک روش و تکنیک خاص برای استفاده در موقعیت‌های فرهنگی و جغرافیایی مختلف برای اهداف برنامه‌ریزی و توسط افرادی که الزما دارای مهارت‌های علمی بالا نیستند.

#### Reach

دستیابی: توانایی یک مداخله برای دسترسی به جمعیت هدف

#### Reciprocal determinism

تعیین‌کنندگی متقابل: سازه‌ای در نظریه شناختی اجتماعی که بر ماهیت تعاملات دوجانبه بین افراد و محیط پیرامون آنها تاکید می‌کند، یعنی محیط بر رفتار افراد تاثیر می‌گذارد و از طرف دیگر رفتار افراد، محیط را شکل می‌دهد.

#### Recruitment plan

برنامه به کار گیری: یک برنامه راهبردی اهداف مربوط نحوه به کار گیری شرکت‌کنندگان در یک مداخله و چگونگی و زمان دستیابی به این اهداف

#### Reinforcement

تقویت: سازه‌ای در نظریه شناختی اجتماعی که بیان می‌کند پاسخ‌های آرایه شده (جسمانی، روانی یا کلامی) به یک رفتار خاص، بر احتمال انجام آن رفتار تاثیر می‌گذارد.

### Reliability

پایایی: توانایی یک ابزار یا مجموعه‌ای از آیت‌ها به اندازه‌گیری ثابت سازه‌های مشابه در هر بار استفاده

### Request for applications (RFAs)

فراخوان ارسال درخواست: اطلاعیه‌ای از طرف یک سازمان سرمایه‌گذار برای اعلام سرمایه‌گذاری عموماً در رابطه با یک موضوع خاص، مترادف با "فراخوان طرح پیشنهادی"

### Request for proposals (RFPs)

فراخوان طرح پیشنهادی: اطلاعیه‌ای از طرف یک سازمان سرمایه‌گذار برای اعلام درخواست کمک‌های مالی عموماً درباره یک موضوع خاص، مترادف با "فراخوان ارسال درخواست"

### Research utilization

بهره‌مندی از پژوهش: تبدیل و اجرای یافته‌های پژوهش‌ها به عمل واقعی

### Respondent fatigue

خستگی پاسخگو: تحمل بار زیاد به پاسخگو به واسطه مطرح کردن سئوالات زیاد، نقطه‌ای که فرد شرکت‌کننده احساس می‌کند تعداد سئوالات در مطالعه زیاد است.

### Risk behaviors

رفتارهای پرخطر: رفتارهای سلامت منفی که خطر بیماری را افزایش می‌دهند مانند سیگار کشیدن، تغذیه نامناسب یا نداشتن تحرک جسمانی

### Sample

نمونه: منتخب یا بخشی از جمعیت که در آن داده‌ها جمع‌آوری و تحلیل می‌شوند.

### Sample size

حجم نمونه: تعداد شرکت‌کنندگانی که داده‌هایشان مورد تحلیل قرار می‌گیرد.

### Saturation

اشباع: نقطه‌ای در جمع‌آوری داده‌های کیفی که در آن اطلاعات جدیدی از سایر افراد جمع‌آوری نمی‌شود یا اطلاعات گردآوری شده تکراری می‌شوند.

### Scale

مقیاس: گروهی از سئوالات که یک سازه یا ایده خاصی را می‌سنجند.

#### Scientific literature

متون علمی: مجلات حرفه‌ای که مقالات آنها حاصل یک فرآیند داوری همسانان می‌باشد.

#### Secondary data

داده‌های ثانویه: داده‌های جمع‌آوری شده از مجموعه اطلاعات موجود یا قبلاً گردآوری شده که می‌تواند شواهد اپیدمیولوژی را درباره افراد در معرض خطر، محل‌های خطر، تغییرات یا روندها در طی زمان انتشار بیماری ارائه دهد، بدنه دانش حاوی مقالات اصیل چاپ شده، گزارش‌ها و مرورها

#### Secondary prevention

پیشگیری سطح دوم: سطحی از پیشگیری بیماری‌ها که بر غربالگری و تشخیص زودرس بیماری یا وضعیت (سلامت) متمرکز است.

#### Second Life

زندگی ثانویه: یک بازی چندگانه گسترده اینترنتی و کاربرهای تعاملی که توسط Linden Labs راه اندازی شد.

#### Secular trends

گرایش پایدار: رویدادهایی که در جامعه بزرگتر رخ داده و ارتباطی با مداخله ندارند، مانند پیشرفت‌های پزشکی در ابزارهای تشخیصی که می‌توانند به صورت ناخواسته بر پیامدهای سلامت در میان جمعیت تاثیر بگذارند.

#### Self-efficacy

خودکارآمدی: سازه‌ای از نظریه شناختی اجتماعی که بیان می‌کند باور فرد درباره توانایی اش برای انجام یک عمل خاص بر انجام آن تاثیر خواهد گذاشت.

#### Semistructured interviews

مصاحبه‌های نیمه ساختارمند: یک تحقیق کیفی یا روش ارزیابی که در آن از شرکت‌کنندگان خواسته می‌شود تا به یک سری از سئوالات باز پاسخ دهند.

#### SMART objectives

اهداف اختصاصی SMART: مخفف کلماتی که بیان می‌کند اهداف باید چگونه نوشته شوند: اختصاصی، قابل اندازه‌گیری، قابل دستیابی، مرتبط و محدود به زمان

### Smartphones

گوشی‌های هوشمند: تلفن‌های همراه که علاوه بر عملکرد اصلی تلفن، دارای طیف وسیعی از قابلیت‌ها نظیر جستجو در اینترنت، اجرای برنامه‌های کامپیوتری یا دسترسی به انواع مختلف اطلاعات می‌باشد.

### SMS (Short Message Service) text messages

پیام‌های متنی خدمات پیام کوتاه: پیام‌های متنی متشکل از ۱۶۰ کاراکتر یا کمتر که از طریق تلفن همراه از گوشی‌های همراه دیگر یا برنامه‌های کاربردی اینترنت منتقل می‌شود.

### Snowball sample

نمونه گلوله برفی: نوعی نمونه که از طریق درخواست از شرکت‌کنندگان برای معرفی سایر شرکت‌کنندگان بالقوه از بین شبکه بزرگتر خود حاصل می‌شود.

### Social cognitive theory

نظریه شناختی اجتماعی: یک نظریه تغییر رفتار و یادگیری است که از نظریه یادگیری اجتماعی گرفته شده است که بیان می‌کند که مردم از طریق مشاهده رفتار دیگران یاد می‌گیرند و این یادگیری شامل دو سطح شناختی و اجتماعی است.

### Social learning theory

نظریه یادگیری اجتماعی: یک نظریه تغییر رفتار که بیان می‌کند افراد از طریق تقویت، تنبیه و مشاهده دیگران، یاد می‌گیرند.

### Social marketing

بازاریابی اجتماعی: استفاده نظام‌مند از نظریه بازاریابی، راهکارها و روش‌ها برای دستیابی به اهداف اجتماعی نظیر ترک سیگار یا فعالیت بدنی در یک جمعیت بزرگ

### Specific aims

مقاصد ویژه: بخش اول اکثر طرح‌های پیشنهادی کمک مالی که شرح مختصری از نوع فعالیت‌ها، علت و چگونگی انجام آنها را ارائه می‌دهد، اهداف اختصاصی شامل اهداف روشنی هستند که نشان می‌دهند چه مقدار تغییر به دنبال مداخله در طی چه مدت و در چه جمعیتی مورد انتظار است.

### Stage theory of organizational change

نظریه مرحله‌ای تغییر سازمانی: چارچوبی برای درک چگونگی و علت شروع سازماندهی، اجرا و ارزیابی برنامه‌های جدید

### Stakeholders

دست اندرکاران: هر فرد، گروه یا سازمانی که ممکن است به موضوع مداخله مورد نظر علاقمند باشد و یا بر روی آن تاثیر بگذارد.

### Stanford Five - City Project

پروژه پنج شهر استانفورد: مداخله‌ای طولانی‌تر و جامع‌تر از مداخله قبلی با نام پروژه سه شهر استانفورد که از سال ۱۹۸۰ تا ۱۹۸۶ برای تغییر رفتارهای سلامت افزایش دهنده خطر بیماری‌های قلبی انجام شد و شامل بسیج اطلاع رسانی رسانه‌ای در سطح بالاتر (پیچیده‌تر) بود.

### Stanford Three - Community Study

مطالعه سه اجتماع استانفورد: یک مداخله اجتماع محور اولیه که در سال ۱۹۷۲ جهت بررسی یک مداخله در سطح اجتماع برای کاهش رفتارهای سلامت در بین ساکنان دارای خطر بالای بیماری‌های قلبی انجام شد. این مطالعه شامل یک بسیج اطلاع رسانی رسانه‌های و آموزش افراد و گروه‌های در معرض خطر بود.

### Statistical significance

معناداری آماری: احتمال این که یافته‌ها درست بوده و حاصل شانس نباشند.

### Structural equation modeling

الگوسازی معادلات ساختاری: یک تحلیل آماری پیچیده که می‌تواند برای بررسی تاثیر یک مداخله در سطوح مختلف به کار رود، به عنوان مثال برای مداخله‌ای که در چند مدرسه ابتدایی انجام شده، داده‌ها را می‌توان برای دانش‌آموزان هر یک از کلاس‌ها، والدین کودکان، بین کلاس‌ها و بین مدارس تحلیل کرد.

### Structured interview guide

راهنمای مصاحبه ساختارمند: راهنمای مصاحبه که در مطالعات کیفی استفاده می‌شود و حاوی یک سری از سئوالات از قبل طراحی شده است، مصاحبه‌گر در زمان انجام بحث‌ها و هنگامی که فرد پاسخ دهنده از بحث خارج می‌شود به آن مراجعه می‌نماید.

### Sustainability

ماندگاری: قابلیت تداوم یک مداخله فراتر از دوره تامین مالی اولیه

### Target community

اجتماع هدف: جمعیت، گروه‌های خاصی از افراد یا اجتماع که ارزیابی یا مداخله بر آنها متمرکز است.

#### Telephone surveys

پیمایش‌های تلفنی: یک روش جمع‌آوری داده‌ها که در آن از طریق تلفن با شرکت‌کنندگان تماس گرفته می‌شود، معمولاً این کار با انتخاب تصادفی شماره تلفن‌ها انجام می‌شود.

#### Tertiary prevention

پیشگیری سطح سوم: سطحی از پیشگیری از بیماری که شامل تلاش در جهت پیشگیری از پیشرفت بیماری پس از شناسایی عامل خطر یا بیماری می‌باشد.

#### Theoretical frameworks

چارچوب‌های نظری: یک ساختار پیشنهادی درباره نحوه ارتباط داده‌ها با یکدیگر برای توضیح یا پیش‌بینی پیامد وابسته، یک راه سازماندهی تغییر رفتار و دیدگاه متشکل از مجموعه‌ای از روابط بین یک مشکل سلامت، جمعیت هدف و اجزای برنامه و نتایج.

#### Theory

نظریه: یک روش سازمانی شده برای درک، توضیح یا پیش‌بینی روابط، رفتارها یا پیامدها

#### Theory approach model

الگوی نظریه محور: رویکردی برای ایجاد الگوهای منطقی که از نظریه‌ها برای برنامه‌ریزی و طراحی مداخله بهره می‌گیرد.

#### Timeline

جدول زمانی: یک برنامه پیشنهادی و یک روش نظام‌مند سازماندهی یک مداخله یا دوره تامین مالی با مشخص کردن زمان‌ها و فعالیت‌هایی که باید انجام شوند.

#### Triangulation

سه سوبه سازی: جمع‌آوری، تحلیل و ترکیب داده‌ها از منابع مختلف و روش‌هایی برای درک عمیق‌تر، معمولاً به استفاده از داده‌های کمی و کیفی اطلاق می‌شود.

#### Tuskegee Study

یک مطالعه پژوهش‌های که توسط خدمات سلامت عمومی در سال ۱۹۳۲ تا ۱۹۷۲ و برای بررسی ماهیت سوابق سیفیلیس در میان مردان آفریقایی آمریکایی فقیر و بی‌سواد انجام شد. این افراد از هدف اصلی مطالعه اطلاع نداشتند و حتی از کشف پنی سیلین به عنوان یک درمان موثر سیفیلیس مطلع نشدند و تحت درمان قرار نگرفتند. فریبکاری اتفاق افتاده در این مطالعه به پایه گذاری کد اخلاق در ایالات متحده کمک کرد که باید کلیه پژوهشگران آن را رعایت نمایند

#### Two - group design

طرح دو گروه: یک روش تحقیق یا ارزیابی که در آن به منظور مقایسه، یک گروه دیگر که تقریباً مشابه گروه مورد مطالعه هستند در طرح مطالعه و تحلیل‌ها گنجانده می‌شوند.

#### Unit of

واحد تحلیل: تمرکز آماری جهت تحلیل که می‌تواند افراد، گروه‌ها یا موسساتی نظیر مدارس، کلیساها یا اجتماع‌ها باشد.

#### Utilization research

پژوهش‌های بهره‌مندی: پژوهش‌های در زمینه ساختار و عملکرد نحوه استفاده از پژوهش‌ها

#### Variable

متغیر: یک ویژگی که امکان سنجش یک سازه نظریه را فراهم می‌کند.

#### Visitation metrics

معیارهای دیداری: آمارهای ایجاد شده با کامپیوتر که به مدیران سایت‌ها کمک می‌کند تا تعداد افراد بازدید کننده از سایت، مدت زمان بازدید و بخش‌های پر استفاده سایت را تحلیل نمایند

#### Vulnerable populations

جمعیت‌های آسیب پذیر: گروه‌هایی که حساسیت بیشتری نسبت به شرایط سلامت یا اجتماعی ضعیف دارند یا نیاز به محافظت بیشتری دارند، از جمله زندانیان کودکان، نوجوانان، افرادی که از نظر تکاملی ناتوان هستند، زنان باردار، سالمندان، اقلیت‌ها، مهاجرین، افراد دارای معلولیت‌های ذهنی، جسمی و شناختی و افرادی که ممکن است قادر به تصمیم‌گیری آگاهانه و آزادانه درباره شرکت در مطالعه نباشند و نیاز به ملاحظات و محافظت‌های خاص داشته باشند.

#### Web 2.0

سایت‌های اینترنتی که در آنها محتوا عمدتاً توسط کاربرانی تولید می‌شود که برخلاف طراحان حرفه‌ای اینترنت، دستمزدی برای این کار دریافت نمی‌کنند یا مبالغ کمی به آنها پرداخت می‌شود. این سایت‌ها اغلب به عنوان بخش اصلی فعالیت خود، موجب تسهیل در تعامل بین کاربران می‌شوند.



#### Webmaster

مدیر سایت: فردی که سایتی را مدیریت می‌کند. همچنین می‌تواند طراح، ویراستار یا صاحب سایت باشد

#### Web of Science

یک پایگاه داده که بیش از ۵۷۰۰ مجله اصلی در ۱۶۴ رشته علمی از جمله پزشکی و سلامت عمومی را پوشش می‌دهد.

#### Windshield survey

ارزیابی ذهنی اجتماع در طی رانندگی پیرامون اجتماع و جمع‌آوری اطلاعاتی در زمینه فعالیت‌ها، وضعیت مسکن و منابعی نظیر مدارس، کلیساها و فروشگاه‌ها و نیز تعیین مشکلات بالقوه نظیر وجود ساختمان‌های خالی، زباله، پنجره‌های شکسته و دیوار نویسی‌ها.

#### Working groups

گروه‌های کاری: یک گروه رسمی یا غیر رسمی متشکل از افرادی که برای رسیدن به یک هدف یا پروژه خاصی کار می‌کنند.

#### YouTube

یک سایت شبکه‌ای که در رابطه با باگذاری و به اشتراک گذاری فیلم ایجاد شده است



---

## References

---

- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Central Intelligence Agency. (2008). *The 2008 world factbook*. Retrieved February 18, 2009, from [www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook](http://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook).
- Des Jarlais, D. C., Marmor, M., Paone, D., Titus, S., Shi, Q., Perlis, T., & Friedman, S. (1996). HIV incidence among injecting drug users in New York City syringe - exchange programmes. *Lancet*, 348 (9033), 987 – 991.
- Evans, L. (1990). Restraint effectiveness, occupant ejection from cars, and fatality reductions. *Accident Analysis and Prevention*, 22 (2), 167 – 175.
- Franco, E. L., Duarte - Franco, E., & Ferenczy, E. (2001). Cervical cancer: Epidemiology, revention and the role of human papillomavirus infection. *Canadian Medical Association Journal*, 164 (7), 1017 – 1025.
- Grzywacz, J. G., & Fuqua, J. (2000). The social ecology of health: Leverage points and linkages. *Behavioral Medicine*, 26 (3), 101 – 115.
- Havens, D. H., & Zink, R. L. (1994). The “ Back to Sleep ” campaign. *Journal of Pediatric Health Care*, 8 (5), 240 – 242.
- Humphrey, L. L., Helfand, M., Chan, B. K., & Woolf, S. H. (2002). Breast cancer screening: A summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 137 (5), 347 – 360.
- James, J., Thomas, P., Cavan, D., & Kerr, D. (2004). Preventing childhood obesity by reducing consumption of carbonated drinks: Cluster randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 328 (7450), 1237 – 1241.
- Mahler, H. (1981). The meaning of “ health for all by the year 2000. ” *World Health Forum*, 2 (1), 5 – 22.
- McLeroy, K. R., Bibeau, D., Steckler, A., & Glanz, K. (1988). An ecological perspective on health promotion programs. *Health Education Quarterly*, 15 (4), 351 – 377.
- National Institute of Child Health and Human Development. (2008, October 16). SIDS: “ Back to Sleep ” campaign. Retrieved February 19, 2009, from [www.nichd.nih.gov/sids](http://www.nichd.nih.gov/sids).
- Varghese, B., Maher, J. E., Peterman, T. A., Branson, B. M., & Steketee, R. W. (2002). Reducing the risk of sexual HIV transmission: Quantifying

the per - act risk for HIV on the basis of choice of partner, sex act, and condom use. *Sexually Transmitted Diseases*, 29 (1), 38 – 43.

Winzelberg, A. J., Classen, C., Alpers, G. W., Roberts, H., Koopman, C., Adams, R. E., Ernst, H., & Taylor, C. (2003). Evaluation of an Internet support group for women with primary breast cancer. *Cancer*, 97 (5), 1164 – 1173.

## CHAPTER TWO

Bernell, S. L., Mijanovich, T., & Weitzman, B. C. (2009). Does the racial composition of the school environment influence children's body mass index? *Journal of Adolescent Health*, 45 (1), 40 – 46.

Browning, C. R., Leventhal, T., & Brooks - Gunn, J. (2004). Neighborhood context and racial differences in early adolescent sexual activity. *Demography*, 41 (4), 697 – 720.

Collins, J. (2006). Addressing racial and ethnic disparities: Lessons from the REACH 2010 communities. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 17 (Suppl. 2), 1 – 5.

Connell, J. P., Kubisch, A. C., Schorr, L. B., & Weiss, C. H. (Eds.). (1999). *New approaches to evaluating community initiatives*. Washington, DC: Aspen Institute Ennett, S.T., Faris, R., Hipp, J., Foshee, V. A., Bauman, K. E., Hussong, A., & Cai, L. (2008). Peer smoking, other peer attributes, and adolescent cigarette smoking: A social network analysis. *Prevention Science*, 9 (2), 88 – 98.

Farquhar, J. W., Maccoby, N., Wood, P. D., Alexander, J. K., Breitrose, H., Brown, B. W., Haskell, W., McAlister, A., Meyer, A., Nash, J., & Stern, M. (1977). Community education for cardiovascular health. *Lancet*, 1 (8023), 1192 – 1195.

Fishbein, M. (1996). Great expectations or do we ask too much from community - level interventions? *American Journal of Public Health*, 86 (8), 1075 – 1076.

Fortmann, S. P., Flora, J. A., Winkleby, M. A., Schooler, C. A., Taylor, C. B., & Farquhar, J. W. (1995). Community intervention trials: Reflections on the Stanford 5 - City Project experience. *American Journal of Epidemiology*, 142 (6), 576 – 586.

Fortmann, S. P., & Varady, A. N. (2000). Effects of a community - wide health education program on cardiovascular disease morbidity and mortality: The Stanford Five - City Project. *American Journal of Epidemiology*, 152 (4), 316 – 323.

Freudenberg, N., Eng, E., Flay, B., Parcel, G., Rogers, T., & Wallerstein, N. (1994). Strengthening individual and community capacity to prevent

- disease and promote health: In search of relevant theories and principles. *Health Education and Behavior*, 22 (3), 290 – 306.
- Goodman, R. M., Steckler, A., Hoover, S., & Schwartz, R. (1993). A critique of contemporary community health promotion approaches based on a qualitative review of six programs in Maine. *American Journal of Health Promotion*, 7 (3), 208 – 220.
- Green, L. W., Wilson, A. L., & Lovato, C. Y. (1986). What changes can health promotion achieve and how long do these changes last? The trade - offs between expediency and durability. *Preventive Medicine*, 15 (5), 508 – 521.
- Howell, E. M., Pettit, K. L., Ormond, B. A., & Kingsley, G. T. (2003). Using the National Neighborhood Indicators Project to improve public health. *Journal of Public Health Management and Practice*, 9 (3), 235 – 242.
- Kok, G., Gottlieb, N. H., Commers, M., & Smerecnik, C. (2008). The ecological approach in health promotion programs: A decade later. *American Journal of Health Promotion*, 22 (6), 437 – 442.
- Merzel, C., & D'Afflitti, J. (2003). Reconsidering community - based health promotion: Promise, performance, and potential. *American Journal of Public Health*, 93 (4), 557 – 574.
- Minkler, M., & Wallerstein, N. (2003). *Community - based participatory research for health*. San Francisco: Jossey - Bass.
- Mittelmark, M. B., Hunt, M. K., Heath, G. W., & Schmid, T. L. (1993). Realistic outcomes: Lessons from community - based research and demonstration programs for the prevention of cardiovascular diseases. *Journal of Public Health Policy*, 14 (4), 437 – 462.
- Puska, P., Nissinen, A., Tuomilehto, J., Salonen, J. T., Koskela, K., McAlister, A., Kottke, T., Maccoby, N., & Farquhar, J. (1985). The community - based strategy to prevent coronary heart disease: Conclusions from the ten years of the North Karelia Project. *Annual Review of Public Health*, 6, 147 – 193.
- Rose, G. (2001). Sick individuals and sick populations. *International Journal of Epidemiology*, 30 (3), 427 – 432.
- Thompson, B., Coronado, G., Snipes, S. A., & Puschel, K. (2003). Methodologic advances and ongoing challenges in designing community - based health promotion programs. *Annual Review of Public Health*, 24, 315 – 340.
- Tosteson, A. N., Weinstein, M. C., Hunink, M. G., Mittleman, M. A., Williams, L. W., Goldman, P. A., & Goldman, L. (1997). Cost - effectiveness of populationwide educational approaches to reduce serum cholesterol levels. *Circulation*, 95 (1), 24 – 30.

United States Department of Health and Human Services. (n.d.). Planned Approach to Community Health: Guide for the local coordinator. Retrieved February 17, 2009, from [www.usmbha.org/Images/Projects/PromoVision/PATCH.pdf](http://www.usmbha.org/Images/Projects/PromoVision/PATCH.pdf)

W. K. Kellogg Foundation. (2004, January). Logic model development guide. Retrieved February 17, 2009, from [www.wkkf.org/Pubs/Tools/Evaluation/Pub3669.pdf](http://www.wkkf.org/Pubs/Tools/Evaluation/Pub3669.pdf).

### **CHAPTER THREE**

---

Freis, E. D. (1967). Effects of treatment on morbidity in hypertension: Results in patients with diastolic blood pressures averaging 115 through 129 mm Hg. *Journal of the American Medical Association*, 202 (11), 1028 – 1034.

Gostin, L. O. (2007). Biomedical research involving prisoners: Ethical values and legal regulation. *Journal of the American Medical Association*, 297 (7), 737 – 740.

Hutt, L. E. (2003). Paying research subjects: Historical considerations. *Health Law Review*, 12 (1), 16 – 21.

Jones, J. H. (1993). *Bad blood: The Tuskegee syphilis experiment*. New York: Free Press.

Mathews, C., Guttmacher, S., Coetzee, N., Magwaza, S., Stein, J., Lombard, C., Goldstein, S., & Coetzee, D. (2002). Evaluation of a video - based health education strategy to improve sexually transmitted disease partner notification in South Africa. *Sexually Transmitted Infections*, 78 (1), 53 – 57.

Public Health Leadership Society. (2002). Principles of the ethical practice of public health. Retrieved February 20, 2009, from [www.phls.org/home/section/3](http://www.phls.org/home/section/3) – 26 .

Tynan, M., Babb, S., & MacNeil, A. (2008). State smoking restrictions for private - sector worksites, restaurants, and bars: United States, 2004 and 2007. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 57 (20), 549 – 552.

Weisstub, D. N., & Arboleda - Florez, J. (1997). Ethical research with the developmentally disabled. *Canadian Journal of Psychiatry*, 42 (5), 492 – 496.

Wood, A., Grady, C., & Emanuel, E. J. (2002). The crisis in human participants ' research: Identifying the problems and proposing solutions. Retrieved February 20, 2009, from [www.bioethics.gov/background/emanuel\\_paper.html](http://www.bioethics.gov/background/emanuel_paper.html) .

### **CHAPTER FOUR**

---

- American Cancer Society. (2007). Breast cancer facts and figures 2007 – 2008. Retrieved February 26, 2009, from [www.cancer.org/downloads/STT/BCFF - Final.pdf](http://www.cancer.org/downloads/STT/BCFF - Final.pdf).
- Anderson, J. V., Bybee, D. I., Brown, R. M., McLean, D. F., Garcia, E. M., Breer, M. L., & Schillo, B. A. (2001). 5 a day fruit and vegetable intervention improves consumption in a low - income population. *Journal of the American Dietetic Association*, 101 (2), 195 – 202.
- Centers for Disease Control and Prevention. (n.d.). National breast and cervical cancer early detection program fact sheet, 2008 – 2009. Retrieved February 26, 2009, from [www.cdc.gov/cancer/nbccedp/bccpdfs/0809\\_nbccedp\\_fs.pdf](http://www.cdc.gov/cancer/nbccedp/bccpdfs/0809_nbccedp_fs.pdf).
- Centers for Disease Control and Prevention. (1995). U.S. Public Health Service recommendations for human immunodeficiency virus counseling and voluntary testing to pregnant women. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 44(RR - 7), 1 – 15.
- Fowler, M. G., Lampe, M. A., Jamieson, D. J., Kourtis, A. P., & Rogers, M. F. (2007). Reducing the risk of mother - to - child human immunodeficiency virus transmission: Past successes, current progress and challenges, and future directions. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 197 (Suppl. 3), S3 – S9.
- Fuller, C. M., Galea, S., Caceres, W., Blaney, S., Sisco, S., & Vlahov, D. (2007). Multilevel community – based intervention to increase access to sterile syringes among injection drug users through pharmacy sales in New York City. *American Journal of Public Health*, 97 (1), 117 – 124.
- Green, B. B., Cheadle, A., Pellegrini, A. S., & Harris, J. R. (2007). Active for life: A work - based physical activity program. *Preventing Chronic Disease*, 4 (3), 1 – 7.
- Kalichman, S. C., Rompa, D., & Cage, M. (2005). Group intervention to reduce HIV transmission risk behavior among persons living with HIV/AIDS. *Behavior Modification*, 29 (2), 256 – 285.
- Kalichman, S. C., Rompa, D., Cage, M., DiFonzo, K., Simpson, D., Austin, J., Luke, W., Buckles, J.,
- Kyomugisha, F., Benotsch, E., Pinkerton, S., & Graham, J. (2001). Effectiveness of an intervention to reduce HIV transmission risks in HIV - positive people. *American Journal of Preventive Medicine*, 21 (2), 84 – 92.
- Kelly, G. A. (1955). *The psychology of personal constructs*. New York: Norton.
- Lando, H. A., Pechacek, T. F., Pirie, P. L., Murray, D. M., Mittelmark, M. B., Lichtenstein, E., Nothwehr, F., & Gray, C. (1995). Changes in

- adult cigarette smoking in the Minnesota Heart Health Program. *American Journal of Public Health*, 85 (2), 201 – 208.
- McCaw, B., Berman, W. H., Syme, S. L., & Hunkeler, E. F. (2001). Beyond screening for domestic violence: A systems model approach in a managed care setting. *American Journal of Preventive Medicine*, 21 (3), 170 – 176.
- Mo - suwan, L., Pongprapai, S., Junjana, C., & Puetpaiboon, A. (1998). Effects of a controlled trial of a school -based exercise program on the obesity indexes of preschool children. *American Journal of Clinical Nutrition*, 68 (5), 1006 – 1011 .
- Schoenwald, S., Brown, T., & Henggeler, S. (2000). Inside multisystemic therapy: Therapist, supervisory and program practices. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 8 (2), 113 – 127.
- Tabael, B. P., Burke, R., Constance, A., Hare, J., May - Aldrich, G., Parker, S. A., Scott, A., Stys, A., Chickering, J., & Herman, W. (2003). Community - based screening for diabetes in Michigan. *Diabetes Care*, 26 (3), 668 – 670.
- United States Department of Agriculture, Food and Nutrition Service. (2005). Fit WIC: Programs to prevent childhood overweight in your community. Retrieved February 26, 2009, from [www.fns.usda.gov/oane/menu/published/WIC/FILES/fitwic.pdf](http://www.fns.usda.gov/oane/menu/published/WIC/FILES/fitwic.pdf) .
- Weatherill, S. A., Buxton, J. A., & Daly, P. C. (2004). Immunization programs in non - traditional settings. *Canadian Journal of Public Health*, 95 (2), 133 – 137.
- Winzelberg, A. J., Classen, C., Alpers, G. W., Roberts, H., Koopman, C., Adams, R. E., Ernst, H., Dev, P., & Taylor, C.(2003). Evaluation of an internet support group for women with primary breast cancer. *Cancer*, 97 (5), 1164– 1173.

## **CHAPTER FIVE**

- Abrar, S., Lovenduski, J., & Margetts, H. (2000). Feminist ideas and domestic violence policy change. *Political Studies*, 48 (2), 239 – 262.
- Bauermeister, J. A., Tross, S., & Ehrhardt, A. A. (2008). A review of HIV/AIDS system - level interventions. *AIDS and Behavior*. Retrieved February 27, 2009, from [www.ncbi.nlm.nih.gov](http://www.ncbi.nlm.nih.gov) .
- Beyer, J. M., & Trice, H. M. (1978). *Implementing change: Alcoholism policies in work organizations*. New York: Free Press.
- Flores, A. L., Prue, C. E., & Daniel, K. L. (2007). Broadcasting behavior change: A comparison of the effectiveness of paid and unpaid media announcements to increase folic acid awareness, knowledge and



- consumption among Hispanic women of childbearing age. *Health Promotion Practice*, 8 (2), 145 – 153.
- Green, L. W., Ottoson, J. M., Garcia, C., & Hiatt, R. A. (2009). Diffusion theory and knowledge dissemination, utilization, and integration in public health. *Annual Review of Public Health*. Retrieved February 27, 2009, from [www.ncbi.nlm.nih.gov](http://www.ncbi.nlm.nih.gov).
- Guidiotti, T. L., Ford, L., & Wheeler, M. (2000). The Fort McMurray Demonstration Project in social marketing: Theory, design, and evaluation. *American Journal of Preventive Medicine*, 18 (2), 163 – 169.
- Kelly, J. A., Somlai, A. M., Benotsch, E. G., Amirkhanian, Y. A., Fernandez, M. I., Stevenson, L. Y., Sitzler, C. A., McAuliffe, T. L., Brown, K. D., & Opgenorth, K. M. (2006). Programmes, resources, and needs of HIV -prevention nongovernmental organizations (NGOs) in Africa, Central/Eastern Europe and Central Asia, Latin America and the Caribbean. *AIDS Care*, 18 (1), 12 – 21.
- Kelly, J. A., Somlai, A. M., Benotsch, E. G., McAuliffe, T. L., Amirkhanian, Y. A., Brown, K. D., Stevenson, L. Y., Fernandez, M. I., Sitzler, C., Gore - Felton, C., Pinkerton, S. D., Weinhardt, L. S., & Opgenorth, K. M. (2004). Distance communication transfer of HIV prevention interventions to service providers. *Science*, 305 (5692), 1953 – 1955.
- Kelly, J. A., Somlai, A. M., DiFranceisco, W. J., Otto - Salaj, L. L., McAuliffe, T. L., Hackl, K. L., Heckman, T. G., Holtgrave, D. R., & Rompa, D. (2000). Bridging the gap between the science and service of HIV prevention: Transferring effective research - based HIV prevention interventions to community AIDS service providers. *American Journal of Public Health*, 90 (7), 1082 – 1088.
- Kotler, P. (1975). *Marketing for nonprofi t organizations*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Lewin, K. (1952). Group decision and social change. In G. E. Swanson, T. M. Newcomb, & E. L. Hartley (Eds.), *Readings in social psychology* (2nd ed., pp. 330 – 344). New York: Holt.
- McAlister, A. L., Perry, C. L., & Parcel, G. S. (2008). How individuals, environments, and health behaviors interact: Social cognitive theory. In K. Glanz, B. K. Rimer, & K. Viswanath (Eds.), *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (4th ed., pp. 167 – 188). San Francisco: Jossey - Bass.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self - change of smoking: Towards an integrated model of change. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 51, 390 – 395.

- Sabatier, P. A., & Jenkins - Smith, H. C. (Eds.). (1993). *Policy change and learning: An advocacy coalition approach*. Boulder, CO: Westview Press.
- Smith, D. W., Steckler, A. B., McCormick, L. K., & McLeroy, K. R. (1995). Disseminating comprehensive school health curricula: Lessons learned from the North Carolina School Health and Tobacco Education Project. *Journal of Health Education*, 26 (1), 37 – 43.
- Weible, C. M., & Sabatier, P. A., & McQueen, K. (2009). Themes and variations: Taking stock of the advocacy coalition framework. *The Policy Studies Journal*, 37(1), 121–138.
- Winkleby, M., Feighery, E., Altman, D., Kole, S., & Tencati, E. (2001). Engaging ethnically diverse teens in a substance use prevention advocacy program. *American Journal of Health Promotion*, 15 (6), 433 – 436.

## **CHAPTER SIX**

- Creswell, J. W. (1998). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Creswell, J. W., & Clark, V. L. (2007). *Designing and conducting mixed - methods research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Kelly, P. J., Ahmed, A., Martinez, E., & Peralez - Dieckmann, E. (2007). Cost analysis of obtaining post -intervention results in a cohort of high - risk adolescent girls. *Nursing Research*, 56 (4), 269 – 274.
- Lee, J. W., Jones, P. S., Mineyama, Y., & Zhang, X. E. (2002). Cultural differences in responses to a Likert scale. *Research in Nursing and Health*, 25 (4), 295 – 306.
- Lofland, J., & Lofland, L. (1995). *Analyzing social settings* (3rd ed.). Belmont, CA: Wadsworth.
- Mirkin, R. M. (2005). *Statistics for the social sciences*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Munro, B. (2005). *Statistical methods for health care research*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Stommel, M., & Wills, C. (2003). *Clinical research: Concepts and principles for advanced practice nurses*. New York: Lippincott Williams & Wilkins.

## **CHAPTER SEVEN**

- Academy for Educational Development. (1994). Assessing and setting priorities for community needs. In *Handbook for HIV prevention community planning* (pp. 5 - 1 – 5 - 21). Washington, DC: Author.

- Brownson, R. C., Baker, E. A., Leet, T. L., & Gillespie, K. N. (2003). Evidence - based public health. New York: Oxford University Press.
- Gilmore, G. D., & Campbell, M. D. (2005). Needs and capacity assessment strategies for health education and health promotion (3rd ed.). Sudbury, MA: Jones and Bartlett.
- Hanlon, J. J. (1973). Is there a future for local health departments? Health Services Report, 88, 898 – 901.
- Hodges, B. C., & Videto, D. M. (2005). Assessment and planning in health programs. Sudbury, MA: Jones and Bartlett.
- Kretzmann, J. P., & McKnight, J. L. (1993). Building communities from the inside out: A path toward finding and mobilizing a community ' s assets. Chicago: ACTA.
- Petersen, D. J., & Alexander, G. R. (2001). Needs assessment in public health: A practical guide for students and professionals. New York: Kluwer Academic/Plenum.
- Simons - Morton, B. G., Greene, W. H., & Gottlieb, N. H. (1995). Introduction to health education and health promotion (2nd ed.). Prospect Heights, IL: Waveland Press.
- Soriano, F. I. (1995). Conducting needs assessments: A multidisciplinary approach. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Timmreck, T. C. (2003). Planning, program development, and evaluation: A handbook for health promotion, aging, and health services (2nd ed.). Sudbury, MA: Jones and Bartlett.
- Van de Ven, A. H., & Delbecq, A. L. (1971). Nominal versus interacting groups for committee decision – making effectiveness. Journal of the Academy of Management, 14 (2), 203 – 212.
- Vilnius, D., & Dandoy, S. (1990). A priority rating system for public health programs. Public Health Reports, 105 (5), 463 – 470.
- Warren, R. B., & Warren, D. I. (1984). How to diagnose a neighborhood. In F. M. Cox, J. L. Erlich, J. Rothman, & J. E. Tropman (Eds.), Tactics and techniques of community practice (rev. ed., pp. 27 – 40). Itaska, IL: F. E. Peacock.
- W. K. Kellogg Foundation. (2004, January). Logic model development guide. Retrieved February 17, 2009, from [www.wkkf.org/Pubs/Tools/Evaluation/Pub3669.pdf](http://www.wkkf.org/Pubs/Tools/Evaluation/Pub3669.pdf).

## CHAPTER EIGHT

- Blank, K. (2007, November/December). Adolescents do what every day? Substance Abuse and Mental Health Association Services Administration News, 15 (6). Retrieved February 27, 2009, from [www.samhsa.gov/SAMHSA\\_News/VolumeXV\\_6/article12.htm](http://www.samhsa.gov/SAMHSA_News/VolumeXV_6/article12.htm).

- Centers for Disease Control and Prevention. (1994a). Guidelines for school health programs to prevent tobacco use and addiction. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 43 (RR - 2), 1 – 18.
- Centers for Disease Control and Prevention. (1994b). Preventing tobacco use among young people: A report of the Surgeon General — executive summary. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 43 (RR - 4), 1 – 10.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2008, December). Logic model basics. Retrieved February 27, 2009, from [www.cdc.gov/HealthyYouth/evaluation/pdf/brief2.pdf](http://www.cdc.gov/HealthyYouth/evaluation/pdf/brief2.pdf).
- Centers for Disease Control and Prevention. (2009, January 29). Tobacco use: Targeting the nation's leading killer. Retrieved February 27, 2009, from [www.cdc.gov/NCCDPHP/publications/aag/osh.htm](http://www.cdc.gov/NCCDPHP/publications/aag/osh.htm).
- Centers for Disease Control and Prevention. (n.d.). Evaluation guide: Writing SMART objectives. Retrieved February 27, 2009, from [www.cdc.gov/dhdsp/state\\_program/evaluation\\_guides/smart\\_objectives.htm](http://www.cdc.gov/dhdsp/state_program/evaluation_guides/smart_objectives.htm).
- DiFranza, J. R. (1992). Preventing teenage tobacco addiction. *Journal of Family Practice*, 34 (6), 753 – 756.
- Flores, R. (1995). Dance for health: Improving fitness in African American and Hispanic adolescents. *Public Health Reports*, 110 (2), 189 – 193.
- Friis, R. H., & Sellers, T. A. (2004). *Epidemiology for public health practice* (3rd ed.). Sudbury, MA: Jones and Bartlett.
- Jason, L. A., Ji, P. Y., Anes, M. D., & Birkhead, S. H. (1991). Active enforcement of cigarette control laws in the prevention of cigarette sales to minors. *Journal of the American Medical Association*, 266 (22), 3159 – 3161.
- Kaplan, S. A., & Garrett, K. E. (2005). The use of logic models by community - based initiatives. *Evaluation and Program Planning*, 28 (2), 167 – 172.
- Keay, K. D., Woodruff, S. I., Wildey, M. B., & Kenney, E. M. (1993). Effect of a retailer intervention on cigarette sales to minors in San Diego County, California. *Tobacco Control*, 2, 145 – 151.
- Luepker, R. V., Johnson, C. A., Murray, D. M., & Pechacek, T. F. (1983). Prevention of cigarette smoking: Three -year follow - up of an education program for youth. *Journal of Behavioral Medicine*, 6 (1), 53 – 62.
- Manlove, J. (1998). The influence of high school dropout and school disengagement on the risk of school – age pregnancy. *Journal of Research on Adolescence*, 8 (2), 187 – 220.

- McCawley, P. F. (n.d.). The logic model for program planning and evaluation. Retrieved February 27, 2009, from [www.uidaho.edu/extension/LogicModel.pdf](http://www.uidaho.edu/extension/LogicModel.pdf).
- Mensch, B., & Kandel, D. B. (1992). Drug use as a risk factor for premarital teen pregnancy and abortion in a national sample of young white women. *Demography*, 29 (3), 409 – 429.
- Miller, K. E., Sabo, D. F., Farrell, M. P., Barnes, G. M., & Melnick, M. J. (1998). Athletic participation and sexual behavior in adolescents: The different worlds of boys and girls. *Journal of Health and Social Behavior*, 39 (2), 108 – 123.
- Murphy, M., Nevill, A., Neville, C., Biddle, S., & Hardman, A. (2002). Accumulating brisk walking for fitness, cardiovascular risk, and psychological health. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 34 (9), 1468 – 1474.
- Newton, R. A. (2006). Prevention of falls at home: Home hazard and safety assessment and management. *Annals of Long - Term Care: Clinical Care and Aging*, 14 (11), 28 – 33.
- Nilsson, M., Stenlund, H., Bergström, E., Weinehall, L., & Janlert, U. (2006). It takes two: Reducing adolescent smoking uptake through sustainable adolescent - adult partnership. *Journal of Adolescent Health*, 39 (6), 880 – 886.
- O'Connor, C., Small, S. A., & Cooney, S. M. (2007). Culturally appropriate prevention programming: What do we know about evidence - based programs for culturally and ethnically diverse youth and their families? *What Works: Wisconsin Research to Practice Series*, 1. Retrieved February 27, 2009, from [www.uwex.edu/ces/filp/families/whatworks\\_01.pdf](http://www.uwex.edu/ces/filp/families/whatworks_01.pdf).
- Pentz, M. A., MacKinnon, D. P., Flay, B. R., Hansen, W. B., Johnson, C. A., & Dwyer, J. H. (1989). Primary prevention of chronic diseases in adolescence: Effects of the Midwestern Prevention Project on tobacco use. *American Journal of Epidemiology*, 130 (4), 713 – 724.
- Spoth, R. L., Randall, G. K., Trudeau, L., Shin, C., & Redmond, C. (2008). Substance use outcomes 5 - 1/2 years past baseline for partnership - based, family - school preventive interventions. *Drug and Alcohol Dependence*, 96 (1 – 2), 57 – 68.
- Stanton, W. R., Mahalski, P. A., McGee, R., & Silva, P. A. (1993). Reasons for smoking or not smoking in early adolescence. *Addictive Behaviors*, 18 (3), 321 – 329.
- Stead, L. F., & Lancaster, T. (2000). Interventions for preventing tobacco sales to minors. *Tobacco Control*, 9, 169 – 176.

- Taylor - Powell, E. (1999). Evaluating collaboratives: Challenges and practice. *The Evaluation Exchange*, 5 (2/3), 6 – 7.
- Taylor - Powell, E., Jones, L., & Henert, E. (2002). Enhancing program performance with logic models. Retrieved February 27, 2009, from [www.uwex.edu/ces/lmcourse](http://www.uwex.edu/ces/lmcourse) .
- W. K. Kellogg Foundation. (2004, January). Logic model development guide. Retrieved February 17, 2009, from [www.wkkf.org/Pubs/Tools/Evaluation/Pub3669.pdf](http://www.wkkf.org/Pubs/Tools/Evaluation/Pub3669.pdf) .
- Wakefi eld, M. A., Chaloupka, F. J., Kaufman, N. J., Orleans, C. T., Barker, D. C., & Ruel, F. E. (2000). Effect of restrictions on smoking at home, at school, and in public places on teenage smoking: Cross - sectional study. *British Medical Journal*, 321 (7257), 333 – 337.
- Walter, H. J., Vaugh, R. D., & Wynder, E. L. (1989). Primary prevention of cancer among children: Changes in cigarette smoking and diet after six years of intervention. *Journal of the National Cancer Institute*, 81 (13), 995 – 997.
- Wildey, M., Woodruff, S., Argo, A., Keay, K., Kenney, E., & Conway, T. (1995). Sustained effects of educating retailers to reduce cigarette sales to minors. *Public Health Reports*, 110, 625 – 629.
- Woodruff, S. I., Erickson, A. D., Wildey, M. B., & Kenney, E. M. (1993). Changing retailer knowledge, attitudes, and behaviors related to cigarette sales to minors. *Journal of Community Psychology*, 21, 234 – 245.

## **CHAPTER TEN**

- Kirkpatrick, D., & Kirkpatrick, J. (2006). *Implementing the four levels: A practical guide for effective evaluation of training programs*. San Francisco: Berrett Koehler.
- Shadish, W., Cook, T., & Campbell, D. (2002). *Experimental and quasi - experimental designs for generalized causal inference*. Boston: Houghton Miffl in.

## **CHAPTER ELEVEN**

- Brown, L., & Brown, M. (2001). *Demystifying grant seeking*. San Francisco: Jossey - Bass.
- Browning, B. (2008). *Grant writing for dummies (4th ed.)*. New York: Wiley.
- Carlson, M. (2002). *Winning grants step by step*. San Francisco: Jossey - Bass.

- Foundation Center. (2009). Frequently asked questions. Retrieved March 10, 2009, from <http://foundationcenter.org/getstarted/faqs> .
- Karsh, E., & Fox, A. (2003). *The only grant writing book you ' ll ever need*. New York: Carroll & Graf.
- Scheirer, M. (2005). Is sustainability possible? A review and commentary on empirical studies of program sustainability. *American Journal of Evaluation*, 26, 320 – 347.

## **CHAPTER THIRTEEN**

---

- Masi, C. M., Suarez - Balcazar, Y., Cassey, M. Z., Kinney, L., & Plotrowski, Z. H. (2003). Internet access and empowerment: A community - based health initiative. *Journal of General Internal Medicine*, 18, 525 – 530.
- Thompson, D., Baranowski, T., Cullen, K., Watson, K., Liu, Y., Canada, A., Bhatt, R., & Zakeri, I. (2008). Food, fun, and fitness internet program for girls: Pilot evaluation of an e - health youth obesity prevention program examining predictors of obesity. *Preventive Medicine*, 47, 494 – 497.
- Ybarra, M. L., & Bull, S. S. (2007). Current trends in internet - and cell phone – based HIV prevention and intervention programs. *Current HIV/AIDS Reports*, 4, 201 – 207.
- Zrebiac, J. F. (2005). Internet communities: Do they improve coping with diabetes? *The Diabetes Educator*, 31, 825 – 832.

