



عنوان دوره آموزشی:

طراحی، پایش و ارزشیابی مداخلات اجتماعی سلامت

پاییز ۱۳۹۸

صلى الله عليه وسلم

گروه هدف:

مددکار بهداشتی و درمانی

اهداف آموزشی:

پس از مطالعه این بسته آموزشی، از فراگیران انتظار می‌رود:

تعاریف مداخلات اجتماعی محور

بررسی اثربخشی مداخلات

مداخلات اجتماع مدار و شواهد مدار

علل رشد آسیب های اجتماعی را توضیح دهد.

روش و نحوه اجرای آموزش

مدت دوره: ۲۰ ساعت

اجرای آموزش: کتابخوانی

نوع آزمون: کتابخوانی

روش آزمون: الکترونیکی

سرفصلها

- تعاریف سلامت اجتماعی
- اصول و فرضیات مداخلات اجتماعی محور سلامت
- مباحث اخلاقی
- سطوح و انواع مداخلات
- اجرای مداخله
- ارزیابی اثر بخشی مداخلات سلامت اجتماعی محور
- مداخلات شواهد محور
- علل و عوامل رشد آسیبهای اجتماعی

سلامت از مفاهیم بسیار پویایی است که روز به روز بردامنه و ابعاد آن افزوده میشود. چنانچه تعریف سازمان بهداشت جهانی نیز بر ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و اخیراً معنوی بسط یافته است. ابعاد سلامت اثرات متقابل بر هم دارند مثلاً بعد اجتماعی سلامت اثرات پیشگیرانه بر ابعاد روانی و جسمی دارد.

(WHO1984)

کمیت و کیفیت درگیر شدن فرد با اجتماع به منظور رفاه آحاد جامعه یکی از تعاریف سلامت اجتماعی است و نتیجه این تعامل ارتقای سرمایه اجتماعی، امنیت اجتماعی و کاهش فقر و بی عدالتی است که نقطه مقابل آن افزایش آسیبهای اجتماعی است. جامعه شناسان سرمایه اجتماعی را به عنوان یک شاخص ترکیبی و نشانگر سلامت اجتماعی معرفی میکنند و عوامل کاهنده سرمایه اجتماعی را مسبب ایجاد آسیبهای اجتماعی می دانند. با افزایش سرمایه اجتماعی به عنوان نشانگرهای سلامت اجتماعی یک جامعه میتوان با اثرات زیر دست یافت:

- رشد بهره وری از مداخلات سلامت
- کاهش نرخ مرگ و میر نوزادان و کاهش مرگ و میر از علل اختصاصی
- افزایش طول عمر و درنهایت امید به زندگی
- ارتقای شاخص توسعه جوامع انسانی
- دسترسی بهتر به اطلاعات و آموزش سلامت
- طراحی بهینه سیستمهای مراقبت از بیمار
- اثر بخشی بالای سیستمهای پیشگیری و اصلاح شیوه زندگی
- تسهیل و پایدار نمودن هنجارها و باورهای فرهنگی شیوه زندگی

از دیدگاه پزشکی اجتماعی نیز رشد آسیبهای اجتماعی، بار بیماریهای جسمی و روانی را افزایش داده و با کاهش نشاط اجتماعی و کیفیت زندگی موجب افزایش هزینه های قضایی، انتظامی و خدمات سلامت می شود. (ISA.2008)

در نگاهی جامع، سلامت اجتماعی در هر سه حوزه فرد، خانواده و جامعه قابل تعریف است و بهبود آن نیازمند کار بین بخشی و مشارکت مردم است (WHO 2008). تا چند دهه پیش مهمترین دغدغه های نظامهای سلامت با تکیه بر مدل های زیستی

بیشتر بر ابعاد جسمی و روانی سلامت متمرکز بوده است اما امروزه این نظامها نمی توانند اهمیت مقوله سلامت اجتماعی و شاخصهای مرتبط به آن را نادیده بگیرند. در طول دو دهه گذشته نیز تحقیقات بعد سلامت اجتماعی گسترش یافته به طوری که اهمیت و جایگاه مداخلات مرتبط با آن در نظامهای سلامت متذکر می شود. در اولویت قرار گرفتن موضوع سلامت اجتماعی برای نظامهای سلامت به عنوان یک عامل خطر آسیبهای اجتماعی و یا عامل حفاظتی بروز رفتارهای اجتماعی سالم. محیط افزایش سرمایه اجتماعی موثر در افزایش بار بیماری یا در کاهش آن است. (دماری و همکاران، ۱۳۹۲)

طی بررسیهایی که در سالهای اخیر در مورد کشور ما ایران، صورت گرفته است رشد آسیبهای اجتماعی در هر سال به طور متوسط ۱۵ درصد میباشد. البته به دلیل نبود نظام دیده بانی شاخصهای سلامت اجتماعی به طور قطع نمیتوان روند سعودی یا نزولی وضعیت سلامت اجتماعی جامعه را در دو دهه گذشته ترسیم کرد. اما مشاهدات نشان میدهد که علیرغم اقدامات در این زمینه شاهد کاهش سرمایه اجتماعی و افزایش آسیبهای اجتماعی مانند طلاق، اعتیاد، ترک تحصیل، انواع جرمها و خشونت ها، مهاجرت متخصصین بوده ایم. در طی این سالها مصوبات و برنامه های متعددی در جهت پیشگیری از بروز انواع آسیبها صورت گرفته اما شواهد حاکی از آن است که یکسری موانع در راه اجرای درست و موفقیت همه این پروژه ها وجود داشته است که به شرح ذیل میباشد:

- نبود تعریفی مشخص و اجتماع شده از سلامت اجتماعی
- ناکافی بودن مسوولین
- ارزشیابی نشدن مداخلات فعلی و مشخص نشدن اثر بخشی آنان
- پوشش و بهره مندی ناکافی مردم از مداخلات
- تاکید بر مداخلات سطح سوم (خدمات بعد از آسیب دیدن افراد)
- ضعف نظام استقرار عملیات
- ضعف در هماهنگی بین بخشی
- پراکنده بودن منابع مالی
- مشخص نبودن نقش مشارکت مردم
- ناکافی بودن حساسیت مردم در زمینه خطر در کمین آسیبها (مجله دانشکده بهداشت و انیستیتو تحقیقات

آسیبها و تهدیداتی نظیر بیکاری، اعتیاد، بحران هویت، بحرانهای جنسی، کودکان فراری، فقر، فرار مغزها، طلاق، خشونت علیه زنان، قاچاق انسان، تعدادی از فاکتورهای آسیبهای اجتماعی را در برمیگیرند که مداخلات اجتماعی سلامت باید در این حوزه ها تمرکز یابند.

هر جامعه بسته به وضع موجود خود تعریفی از سلامت اجتماعی دارد و ویژگی هایی را برای جامعه سالم بر می شمارد. هدف از پژوهش حاضر دستیابی به ویژگی های جامعه سالم و ارائه تعریفی بومی برای «سلامت اجتماعی» و سپس تدوین شاخصی قابل قبول برای آن است تا به این ترتیب، امکان ارزیابی وضع موجود، مقایسه های درون کشوری و بین المللی، تعیین روندهای سلامت اجتماعی، تعیین نقاط مداخله برای ارتقای سلامت اجتماعی، ارزشیابی مداخلات با معیار سلامت اجتماعی، و فرضیه آزمایی برای یافتن عوامل سبب شناختی سلامت جامعه و شناسایی پیامدهای تغییرات آن فراهم شود.

طی تحقیقی که توسط موسسه رفتاری داریوش انجام گرفته هدف رسیدن به تعریفی بومی از ویژگیهای جامعه سالم رسیده اند که به شرح زیر میباشد. (سعیدی، مرسده، حسن، رفیعی، زمستان ۱۳۸۹)

طی تحقیقی با استفاده از روش دلفی طی پنج دور از ۳۱ نفر از صاحب نظران علوم اجتماعی نظرخواهی شد و در نهایت ۱۷ ویژگی برای جامعه سالم تعیین شد: جامعه سالم جامعه ای است که در آن فقیر نباشد، خشونت وجود نداشته باشد، رشد جمعیت کنترل شده باشد، تبعیض جنسی وجود نداشته باشد، کیفیت اجرای قانون درباره همه یکسان باشد، پیمان حقوق بشر و سایر پیمانهای بین المللی مرتبط با حقوق انسان ها رعایت شود، آموزش تا پایان دوره راهنمایی اجباری و رایگان و بعد از آن رایگان باشد، همگان به خدمات سلامت دسترسی داشته باشند، امنیت وجود داشته باشد آزادی عقیده وجود داشته باشد، افراد از زندگی خود احساس رضایت داشته باشند، تبعیض قومی و نژادی وجود نداشته باشد، حکومت مشروعیت داشته باشد، حاکمان به شیوه مردم سالارانه انتخاب شوند و پس از آن نیز تحت نظارت مردم باشند. طی مطالعه ای جهت دستیابی به شاخصی ترکیبی برای سلامت اجتماعی، اطلاعات موجود در مورد ۶ شاخص رشد جمعیت، فقر، بیکاری، پوشش بیمه سواد از ۳۰ استان کشور در سال ۱۳۸۶ تحلیل عاملی اکتشافی به عمل آمد و به این ترتیب دو مولفه کم بنیگی اجتماعی و مشکلات اجتماعی به دست آمده است که می تواند ۶۸،۳ درصد از پراکنش سازه سلامت اجتماعی ایران را توضیح دهد.

کم بنیه گی اجتماعی: رشد جمعیت بالا، فقر، پوشش بیمه پایین، سواد پایین آحاد جامع

مشکلات اجتماعی: بیکاری و قتل

بر اساس این مولفه های به دست آمده جامعه سالم جامعه ای است که قوی بنیه و کم مشکل باشد که این امر مستلزم آن است که در آن جامعه فقر و خشونت و رشد جمعیت و بیکاری پایین و آموزش و پوشش بیمه در سطح بالا باشد. (سعیدی، مرسته رفیعی، حسن: زمستان ۱۳۸۹).

برای دست یابی به مولفه های سلامت در یک جامعه روز به روز نیاز به اقدامات اجتماع محور سلامت بیشتر احساس میشود تا بتوان تغییری گسترده در سطح جامعه به وجد آورد و به همین دلیل است که طی دهه های اخیر محققین و نظریه پردازان تمرکز بیشتری بر گسترش و توسعه مداخلات اجتماعی محور داشته اند. تاثیر عوامل اجتماعی و محیطی بر رفتارها و پیامدهای سلامت هنگامی مطرح شد که محدودیتهای الگوهای فردی پزشکی در تغییر رفتار سلامت مشخص شد.

در واقع میتوان گفت مداخلات اجتماعی سلامت ابزاری برای تغییر هستند. مداخله سلامت اجتماع محور ایده نسبتاً جدیدی است که به اوایل دهه ۱۹۶۰ برمیگردد این اصطلاح به مجموعه ای از مداخلات طراحی شده برای ایجاد تغییر در زیر ساخت ها و خدمات اجتماع، هنجارها، نگرشها، باورها و سیاست های پی گرفته می شود که منجر بهبود وضعیت سلامت اعضای جامعه میشود.

تعاریف مداخلات اجتماعی محور:

اجتماع:

گروهی از افرادی است که با پیوند های پیدا و پنهان به یکدیگر خورده اند، اجتماع ها را با روشهای مختلفی تعریف کرده اند به طوری که اجتماع های جغرافیایی مزرهای فیزیکی، سیاسی و جغرافیایی دارند، اجتماعهای هم علاقه نه با فاصله ها که با یک علاقه، تهدید، رفتار و اجتماعهای حرفه ای با دانش و مهارت و علائق به هم مرتبط می شوند.

اجتماع بر اساس یک علاقه یا نگرانی مشترک:

اجتماع هایی که علاقه یا نگرانی مشترکی دارند میتوانند با ویژگیهای نژادی قومیتی یا زمینه های ملی و تاریخی، ارزشها، فرهنگ و رسومی که بخشی از سابقه آنهاست با یکدیگر پیوند داشته باشند واحد های اجتماعی کار یا مدرسه نیز نوعی دیگر از اجتماع را شامل میشوند. برای نمونه های از اجتماعهایی با ویژگیهای مشترک میتوان از گروهی از زنان در حال شیمی درمانی برای سرطان سینه (بیماری در حال حاضر)، زنان عضو گروه حمایتی نجات یافتگان سرطان (بیماری در گذشته)، را نام برد که همگی عضو اجتماعی با علائق مشترک هستند.

تعریف اجتماع برای فعالان حوزه سلامت از اهمیت ویژه ای برخوردار است زیرا مداخلات سلامت باید یک اجتماع ویژه را هدف قرار دهد، نحوه شناسایی یک اجتماع هدف نحوه تخصیص منابع را مشخص میکند و همچنین پیامی که خواستار ارایه آن طی مداخله هستیم نیز بسیار متفاوت خواهد بود به عنوان مثال در طرحی برای مداخله اجتماعی برای ترک سیگار، اگر اجتماع ما دانشجویان جوان باشند احتمالاً پیام ما بر روی اثرات بلند مدت سیگار متمرکز خواهد بود ولی در اجتماع برای ترک سیگار زنان باردار پیام و تلاش ما در جهت مشخص کردن خطرات آبی سیگار بر روی جنین خواهد بود. (سالی گوتماخر، پاتریشا کلی. ۱۳۹۶، ۲۵).

نظریه بوم شناختی و سطوح پیشگیری و کاربرد آن در مداخلات اجتماعی سلامت محور:

این نظریه فرض میکند که سلامت حاصل تعامل پویای بین متغیرهای جمعیت شناختی و محیط های فیزیکی و اجتماعی است. این نظریه قابل گسترش به الگوی موجودات زنده به عنوان یک نظام خود تنظیمی است که خانواده ها و سازمانها و اجتماعهایی را که روزانه با آنها سرو کار داریم را در بر میگیرد و اختلال در هر نظام سایر بخشها را نیز در بر میگیرد. افراد خانواده ها و اجتماع ها نهاد های مستقلی نیستند بلکه یک نظام بوم شناختی مرتبط را تشکیل میدهند که با تغییرات سایر بخشهای سازمان هماهنگ هستند هر جز این نظام در تعیین سلامت نقش دارند. شامل وضعیت اجتماعی - اقتصادی، خانواده، کار، مدرسه.

به کار گیری نظریه بوم شناختی در برنامه های مداخلات اجتماعی سلامت با در نظر گرفتن سه مورد ذیل تحقق میپذیرد:

- 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.

- رویکردی چند رشته ای به سلامت مورد نیاز است.

تعریف سلامت اجتماعی :

سلامت اجتماعی بعدی از رفاه فردی است که مرتبط می شود به اینکه فرد چطور با افراد دیگر در جامعه، آداب و رسومات اجتماعی و سازمانها تعامل دارد و اینکه بقیه با او چه برخوردی دارند.

سلامت اجتماعی از دیدگاه کییز:

شکوفایی اجتماعی: یعنی باور به اینکه اجتماع سرنوشت خویش را در دست دارد به مدد توان بالقوه اش مسیر تکاملی خود را طی میکند.

همبستگی اجتماعی: اعتقاد به اینکه اجتماع قابل فهم، منطقی و قابل پیش بینی است دانستن و علاقمند بودن به جامعه و مفاهیم آن .

انسجام اجتماعی: احساس بخشی از جامعه بودن، فکر کردن به اینکه فرد به جامعه تعلق دارد. احساس حمایت شدن از طرف جامعه و سهم شدن در آن .

پذیرش اجتماعی: داشتن گرایش مثبت نسبت به افراد، تصدیق کردن دیگران، و به طور کلی پذیرفتن افراد علی رغم برخی رفتارهای سردر گم کننده و پیچیده آنها

مشارکت اجتماعی: این احساس که افراد چیزهای با ارزشی برای ارابه به جامعه دارند.

سلامت اجتماعی از دیدگاه اسلام:

برقراری روابط و مناسبات پایدار، فعال و سازنده بین افراد و جامعه گفته میشود که منجر به رشد آرامش و گسترش حق و عدالت در سایه منطق و آزادی می گردد. (سمینار سلامت اجتماعی، حجت الاسلام مرویان، ۱۳۸۹)

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 این گونه تعریف شده است: "وضعیت رفتارهای اجتماعی که اثرات شناخته شده و مثبتی بر روی سلامت جسمانی و روانی آحاد جامعه دارد و موجبات ارتقای سازگاری و تعامل افراد با محیط پیرامون، و ایفای موثر نقشهای افراد اجتماع و تعالی و رفاه جامعه را به وجود می آورد."

اصول و فرضیات مداخلات سلامت اجتماع محور:

در این روش کانون توجه بر تغییر رفتارهای خطر است و نه فراهم کردن درمان. در این روش پیشرفت در شناسایی افراد در معرض خطر از اهمیت ویژه ای برخوردار است. چون افراد در درون اجتماعهای مختلفی قرار میگیرند طراحان اولیه مداخلات اجتماعی پذیرفتند که برنامه ها باید درون سازمانها و سایر ساختارهای درون اجتماع قرار گیرند بنابر این در مداخلات ابتدایی، برنامه هایی را در مدارس، کلیساها سازمانهای ارایه خدمات سلامت، پارک ه، محللهای کار و فروشگاهها و سایر مکانها تدوین کردند. برای قابل درک شدن مفهوم این مداخلات ارایه نمونه ای از مداخلات ابتدایی طراحی شده خالی از لطف نیست:

پروژه ی کارولینای شمالی به دنبال برانگیختن کامل اجتماع در مورد آگاهی و ایجاد تغییر در رفتارها و هنجارها در مورد مرگ زود هنگام مردان میانسال به دلیل عوارض بیماریهای قلبی و عروقی بود، پژوهشگران مجموعه ای از راهبردهای مختلف نظیر آگاه ساز جامعه و ایجاد مهارت در بین مردان و زنان و بازبینی در نظام ارایه خدمات سلامت را به کار بردند برخی از فعالیتهای انجام شده در پروژه ی مذکور به شرح ذیل می باشد:

- استفاده از بسیجهای رسانه ای در گسترش آگاهی
- سازماندهی و برانگیختن اجتماع برای تغییر در هنجارها و حمایت از رفتارها
- هدف گیری فعالیتهای مختلف در افراد پرخطر و کم خطرمانند گروههای حمایتی کاهش مصرف سیگار و.....
- تشویق زنان برای ایجاد تغییر در خرید و پخت و پز خانواده
- آموزش رهبران تاثیر گذار که در سطوح مختلف جامعه نفوذ داشتند.
- تغییر در نظام ارایه خدمات سلامت
- سازماندهی مجدد برنامه های کنترل فشار خون در درمانگاهها
- سازماندهی برنامه پیگیری بیماران با سابقه انفارکتوس قلبی

این مداخلات طی پروژه ای به مدت ۶ سال از طریق دانشگاه استنفورد انجام شد در مرحله اول پروژه نتایج دلگرم کننده ای ه دست نیامد اما نتایج تغییر رفتاری و هنجار ی در طی شش سال دوم در دو شهر مانتری و سالیناس دیده شد. علیرغم موفقیت های ضد و

نقیضی که مطالعات اولیه ارایه کرده اند، سلامت عمومی چنین مداخلاتی را به عنوان مداخلات امید بخش در حوزه سلامت قبول کرده است. برنامه ریزان و پژوهشگران برنامه های خود را در سه حوزه متمرکز کرده اند:

- بهبود ظرفیت اجتماع ها برای برنامه ریزی و اجرا مداخلات اجتماع مخور
- اصلاح راهبردها و مداخلات و تدوین برنامه های جدید
- اصلاح ارزیابی چنین برنامه هایی بر اساس روشهای جدید

مباحث اخلاقی در طراحی و اجرا پروژه ها:

در اجرا و طراحی مداخلات اجتماع محور سلامت توجه به مباحث اخلاقی نیز جزو ضرورت های برنامه ریزی است، در واقع ضوابط اخلاقی راهنمای ضوابط حرفه ای هستند به عنوان مثال در مداخله ای که به دنبال حل مشکل سوء مصرف مواد در نوجوانان هستیم، اطمینان از محرمانه بودن اطلاعات، رضایت آگاهانه و ایمنی شرکت در مطالعه مطرح است. شرکت کنندگان در یک بحث گروهی باید اطمینان حاصل کنند که اطلاعات و صحبت های مطرح شده از طرف آنها در گروه به صورت محرمانه حفظ خواهد شد و حریم خصوصی آنها مد نظر برگزار کنندگان پروژه است. در چنین پروژه هایی برگزار کننده گان باید نهایت تلاش و همت خود را به کار گیرند تا بی حرمتی بالقوه به حداقل ممکن برسد.

در این رابطه ایجاد کمیته ای اخلاقی جهت نظارت و حفظ حریمیت طرح از ضروری ترین اقدامات ممکن میباشد. و در واقع این کمیته ها مسوولیت حفظ حرمت شرکت کنندگان در پروژه را به عهده دارند و این کار را از طریق داوری دستورالعمل های پروژه ها انجام میدهند.

مسوولیت کمیته های اخلاق در برابر شرکت کنندگان:

- حقوق و رفاه شرکت کنندگان به اندازه کافی حفظ گردد و آنها بعد از درک خطرات و مزایای شرکت در پروژه با رضایت وارد طرح شوند.
- مداخله شرکت کنندگان را در معرض خطرات جسمی و عاطفی غیر منطقی قرار ندهد.
- ضرورت و اهمیت پروژه به خطرات احتمالی پیشی داشته باشد.
- پژوهشگران شایستگی انجام مداخلات انسانی را داشته باشند.

مسئولیت پژوهشگران در مقابل کمیته اخلاق:

یکی از اجزا مهم فرایند کمیته اخلاق الزام همه اعضا درگیر در طراحی، اجرا، جمع آوری و تحلیل داده ها، به در یافت آموزش در رابطه با حفاظت از نمونه های انسانی است. که شامل آموزش در باره تاریخچه ملاحظات اخلاقی در پژوهش و انواع مطالعاتی است که حالت استثنا دارد، این آموزشها بر ضرورت محرمانه بودن اطلاعات تاکید دارد، کمیته اخلاق تمام جنبه های مطالعه شامل روش مطالعه، روش نمونه گیری، فرم رضایت و اتبزار های اندازه گیری را معمولا با فرمتی از پیش تعیین شده مورد ارزیابی قرار میدهد.

جمعیت‌های آسیب پذیر در پژوهش:

افرادی هستند که قادر به تصمیم گیری آگاهانه و آزادانه در باره شرکت خود در مطالعه نیستند و به همین جهت در 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. در پژوهش بر روی کودکان، بر اساس سن آنها باید هم رضایت از والدین و هم موافقت یا رضایت از خود کودکان گرفته شود .

سطوح و انواع مداخلات اجتماعی محور:

با بهره گیری از نظریه بوم شناختی می توان مداخلات را در سطوح مختلف طراحی و اجرا نمود:

- سطح گروهی: 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 بیماری سرطان سینه را میگذرانند یا مثلا مهاجران تازه وارد به یک کشور
- سطح سازمانی: استفاده از پیوند های مشترک بین افراد برای ایجاد تغییرات در رفتارهای سلامت و محیط، مانند مداخلاتی که در مهد کود ها و محیطهای کار انجام میشود.
- در سطح اجتماع: استفاده از مداخلات برای تغییر در سطح محیطی و اجتماع، یعنی هر گونه مداخله ای که سلامت افراد را در سطح محیط جغرافیایی افزایش میدهد.
- سطح سیاستی: قوانین یا سیاستهایی را تغییر داده و اجباری مینمایند مانند اجرای قوانین اجبار بستن کمر بند یا منع کشیدن سیگار در محیطهای بسته

علاوه بر سطح بوم شناختی در نوعی از مداخلات نیز کانون توجه بر روی پیشگیری متمرکز هستند. پیشگیری اولیه : در هر یک از چهار سطح بوم شناختی امکان اجرا دارد مانند آموزش مادران در رابطه با تغذیه و فرزند پروری، پیشگیری سطح دوم : بر تشخیص و درمان زودرس تمکز دارد. مانند اجرای غربالگریهای مختلف برای تشخیص زود هنگام یک بیماری خاص. پیشگیری سطح سوم: برای جلوگیری از پیشرفت و وخیم تر شدن وضع یک مشکل یا یک بیمار یخاص انجام میگردد، هدف ضمنی تمام مداخلات سطح سوم بهبود کیفیت زندگی جمعیت است.

مراحل طراحی مداخلات اجتماع محور سلامت:

- نیاز سنجی
- انتخاب هدف
-

نیاز سنجی:

تعیین نقشه ای کلی برای تعیین نیازها و قدم گذاشتن در مسیری درست جزو ضروریات طراحی و اجرا طرحهای اجتماع مدار میباشد، به طور کلی ارزیابی اجتماع شامل پنج مرحله اساسی است: تدوین سوالات راهنما، انتخاب نوع ارزیابی، جمع آوری داده ها، تحلیل داده ها و شناسایی نیازهای اولویت دار و شکاف خدمات. این انسجام در جمع آور اطلاعات میتواند برای ارایه به سازمانهای تعیین کننده منابع مالی بسیار کمک کننده باشد.

انتخاب هدف مداخله:

قبل از انتخاب جمعیت مورد هدف و تدوین اهداف یک مداخله اجتماع محور، تعیین کانون پیشگیری و نیز سطوح مداخله بوم شناختی از اهمیت ویژه ای برخوردار است. (آندرسن و همکاران ۲۰۰۰) به طور مثال در مطالعه ای که پیشگیری سطح اولیه عفونت اچ آی وی را مد نظر دارد، می تواند بر استفاده از کاندوم در بین مردان همجنسگرا و دوجنس گرا (سطح گروهی) تمرکز کند، مداخله سطح دوم می تواند بر تشویق بر دسترسی آزمون تشخیص عفونت تاکید دارد (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 فاقد مزرهای مشخص و کاملاً وابسته به یکدیگر هستند. تصمیم گیری درباره سطوحی از پیشگیری و بوم شناختی

که مداخله بر آن متمرکز خواهد بود به عوامل مختلفی بستگی دارد اولین عامل نیازهایی است که از طریق نیاز سنجی اجتماع تعیین شده اند.

اجزای ضروری ارزیابی اجتماعی :

ارتباط با دست اندرکاران: اولین اقدام در ارزیابی اجتماعی سازماندهی منابع و زمان موجود جهت آشنایی با منابع جامعه در حد امکان است کار را با ارتباط با اعضا کلیدی جامعه شروع کنید. ایجاد ارتباط با این چنین افرادی باعث میشود تا برقراری ارتباط بین پژوهشگر و گروه هدف آسان تر انجام گیرد.

تدوین سوالات ضروری: تدوین سوالاتی که جمعیت و مشکل مورد نظر را توصیف نماید، سوالات راهنما میتواند شامل موارد زیر باشد:

مشکل چیست؟

کدام اجتماع تحت تاثیر این مشکل است؟

جمعیت هدف کیست؟

این جمعیت با چه مسایلی مواجه است؟

چه منابعی در اختیار این جمعیت است؟

انواع ارزیابی: گام بعدی این است که نوع ارزیابی انتخاب شود، در عمل سه نوع رویکرد برای ارزیابی مشخص شده است اولین مورد نیاز سنجی است، رویکردی که نیازها فکاستی ها و مشکلات را ارزیابی میکند. رویکرد دوم ارزیابی ظرفیت است، که منابع بلقوه یا دازایی هایی که میتواند اجتماع را در کمک به رفع مشکل یاری کند که شامل

منابع فردی: مهارتهای خاص افراد، درگیریهای افراد در فعالیتهای اجتماعی، آمادگی افراد برای درگیری و همکاری

منابع مؤسسه ای: شامل مؤسسات رسمی نظیر مدارس، کتابخانه ها، پارکها، دانشکده ها مؤسسات پلیس، انجمن ها و یا سایر گروههای اجتماعی که علاقه و توانمندی شرکت در رفع مشکلات اجتماعی را دارند.

منابع فیزیکی: زمین ها ، ساختمانها ، سیستم حمل و نقل، تاسیسات و منابع طبیعی که می تواند به ایجاد تغییر در وضعیت سلامت کنند.

دارایی های اقتصادی: شامل کسب و کار یا تبادل تغییر رسمی اقتصادی مانند داد و ستد کالا که می تواند بر وضعیت سلامت اجتماع تاثیر بگذارد.

رویکرد سوم ارزیابی ، هم نقاط ضعف و هم نقاط قوت اجتماع را مورد مطالعه قرار میدهد.

جمع آوری داده ها: نوع جمع آوری داده ها ارتباط مستقیم با منابع موجود در پروژه دارد ، داده های موجود در شهر ، محله و اجتماع می تواند برای ارزیابی بسیار کمک کننده باشد، که در کنار داده های بزرگ و ملی مورد توجه قرار میگیرند، ادارات پلیس ، کتبخانه ها ، بیمارستانها و کلینیک ها می تواند منابع مهمی از اطلاعات را در اختیار پژوهش گران قرار دهند. همچنین میتوان از پروژ های پژوهشهای دانشگاهی نیز در این زمینه استفاده کرد.

تحلیل داده ها: در ابتدا مقایسه داده ها با داده های سایر مناطق کشور به خصوص مناطقی که از لحاظ سطح جمعیت و درآمد در وضعیت مشابهی هستند بسیار کمک کننده میباشد. این مقایسه نتیجه قطعی را ارایه نمی دهند ولی میتواند میانگین مناسبی از وضعیت موجود ارایه دهد. و بیانگر چشم اندازی در زمینه مطالعه باشد. گام بعدی تحلیل داده های کیفی و کمی است که زاویه دید بهتر یا مشکل ارایه خواهد کرد.

تقویت داده ها: هر چند داده های جمع آوری شده از اطلاعات فوق زاویه دید نسبتا مناسبی از مشکلات ارایه میدهد ولی برای عینی تر شدن مشکل ترکیب داده های به دست آمده بانقطه نظر افرادی که در اجتماع درگیر مشکل به طور ملموس هستند میتواند افق دید بهتر و مناسب تر یاراه دهد(ترکیب یافته ههای کیفی و کمی) که شامل انجام یک سری اقدامات کیفی نظیر مشاهده و مصاحبه با افراد درگیر در اجتماع مورد نظر و تحلیل و ترکیب داده های به دست آمده از روشهای فوق است.(لیچی کمپل و سویچمن ، ۲۶، ۲۰۰۸-۳۵)

شناسایی نیازها و اولویت های شکاف دار: اولویت بندی نتایج ارزیابی اجتماعی در واقع یک فرآیند تصمیم گیری است که از طریق آن مراحل برای طبقه بندی یافته ای ارزیابی تحت عنوان "نیاز های سلامت بسیار مهم" تا " نیازهای سلامت کم اهمیت"

به اجرا در می آید. باید دست اندر کاران در اولویت بندی نتایج درگیر شوند تا از انعکاس نظرات افراد درون اجتماع در تصمیمات اطمینان حاصل شود. اگر دست اندر کاران درگیر نشوند، پژوهشگران احتمالاً در اندازه گیری پاسخهای اجتماع دچار خطا شوند.

شناسایی خدمات و سایر منابع: پس از اولویت بندی نیازها باید مشخص شود که منابعی برای پاسخ به این نیازها وجود دارد یا خیر. دست اندر کاران مفیدترین منابع پی بردن به منابع موجود هستند چرا که آنها مستقیماً با این منابع درگیر هستند، متاثر از این منابع هستند و از منابع درون اجتماع مطلع هستند.

شفاف سازس اهداف اختصاصی: در حالی که مشخص کردن هدف کلی قدم اولیه در طراحی پژوهش است طراحی اهداف اختصاصی برای مشخص شدن مسیر مشخص تر فعالیت ها ضروری و لازم می باشد. بهترین اهداف آنهایی هستند که ساده بوده و با جملات دقیق و واضح مشخص شوند. چنین اهدافی مشخص میکنند که چه نتایجی تحقق پیدا خواهند کرد و چه مسیری طی خواهد شد:

چه مسیری طی خواهد شد؟

چه مقدار تغییر ایجاد خواهد شد؟

چه کاری اختصاصاً انجام خواهد شد؟

چه مدت زمانی برای رسیدن به هدف طی خواهد شد؟

قاعده کلی برای نوشتن اهداف اختصاصی، مشخص بودن، قابل سنجش بودن، قابل دستیابی واقع گرایانه بودن و زمان دار بودن است. که اصطلاحاً اسمارت گفته میشود smart

برای دریافت اطلاعات بیشتر در باره اسمارت میتوانید به سایت زیر مراجعه فرمایید:

www.cdc.gov/dhdsp/state_program/evaluation_guides/smart_objectives.htm

تعیین تناسب مداخله موجود: پس از مطالعه متون پژوهشگران باید درباره اینکه آیا مداخله میتواند به نیازهای جمعیت هدف پاسخ دهد یا نه، تصمیم گیری کنند. از آنجا که تنوع زیادی در اجتماع ها وجود دارد برای متناسب سازی و یا تطبیق مداخله برای یک جمعیت خاص، درجاتی از تغییر باید صورت گیرد. هدف از تطبیق حفظ میزان بالایی از دسترسی به طرح اصلی، محتوا، و برنامه

اجزایی تا حد امکان است، تا شانس تناسب و اثر بخشی افزایش یابد. یک دلیل رایج اصل مداخله، طول مداخله اصلی است. (سالی گوتماخر و همکاران ترجمه اکرم کریمی. ۱۳۹۶. ص ۱۵۴)

الگویی منطقی به عنوان یک راهبرد سازمان دهی: این الگو تصویری گرافیکی از منطق پشت مداخله را رایج می‌دهد. الگوهای منطقی پیامدهای مورد انتظار هر یک از بخشهای مداخله را نشان می‌دهد. در واقع با فراهم آوردن یک زبان مشترک از مفاهیم و اصطلاحات تا درک مشترکی از مداخله برای تمام افراد درگیر در مداخله ایجاد شود. این امر موجب تسهیل در برقراری ارتباط و انسجام در طی اجرای فعالیتهای مداخله میشود.

اجزای یک الگوی منطقی:

فرضیات: بر پایه اعتقاد به برنامه که باید با اهداف پیش بینی شده برنامه تبیین شده و هماهنگ باشد.

موقعیت: قصد برنامه را توضیح می‌دهد مشکلاتی را که باید مورد توجه قرار گیرد، را مشخص می‌کند و تحت عنوان بیان مساله هم شناخته می‌شوند، نه تنها جنبه های مختلف مشکل، نظیر افرادی که تحت تاثیر مشکل هستند، مکان و زمانی که مشکل رخ می‌دهد را نیز شرح می‌دهد و نحوه حل آن را نیز مطرح می‌کند.

درونداد: منابع، همکاریها و سرمایه های مورد نیاز برای انجام فعالیتهای برنامه دروندادهای رایج شامل منابع انسانی، منابع مالی، منابع مادی، مالکیت معنوی، شرکا و همکاران درگیر

برونداد: فعالیتهای، آنچه را که برنامه انجام خواهد داد و نیز افرادی را که از این فعالیتهای سود خواهند برد را توصیف می‌کند.

پیامدها: نتایجی که به صورت کوتاه مدت، میان مدت، بلند مدت به دست خواهند آمد.

اجرا:

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 مداخله های مختلفی در هر یک از سطوح را یافت.			

نهایتاً پس از انتخاب سطح بوم شناختی و مداخله مورد نظر، زمان شروع اجرای فعالیتها میباشد. در زیر نمونه هایی از مداخلات را که ممکن است در هر یک از سطوح بوم شناختی برای پرداختن به مشکل شیوع چاقی به کار رود نشان داده شده است.. این مداخلات نمونههایی از راهکارهای اجرا میشوند. تهیه برنامه‌های 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 میباشد.

جدول : مداخلات کاهش چاقی در چهار سطح بوم شناختی

حوزه تمرکز بوم شناختی

مداخله پیشنهادی
تدارک چهار جلسه کلاس رقص در میان مهاجرینی که در یک مرکز اجتماع محلی شرکت میکنند.
سازماندهی کمیتهای در یک مدرسه محلی که هدفش افزایش فعالیت بدنی در میان دانشآموزان و کارکنان است.
درست کردن یک مسیر پیاده روی اجتماع
قرار دادن لیست مقادیر کالری غذاها و گزینههای قلب سالم در منوی تمامی رستوران ها

نهایی کردن چیدمان محل برگزاری تدارکات و تجهیزات مداخله	*																			
کپی ابزار ارزیابی قبل و بعد مواد آموزشی																				
نمونه گیری شرکت کنندگان	*	*	*	*	*	*	*	*	*											
ارایه فعالیتهای مداخله	*	*	*	*	*	*	*	*	*											
وارد کردن داده ها	*	*	*	*	*	*	*	*	*											
انجام تحلیل اولیه داده ها	*																			
انجام تحلیل نهایی داده ها	*																			
نوشتن گزارش نهایی	*	*																		
انتشار یافته ها	*																			

اجرای

مداخله

اجتماع

محور

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.

محتوا، زمان بندی و تدارکات

مشخص کردن محتوا، زمان بندی و تدارکات مداخله به طوریکه 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.

به دقت درباره محتوای مداخلات یا برنامه های 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 فعالیتهای متوعتر 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.

مداخلات سلامت اجتماع محور

جدول : محتوا و برنامه کلاس رقص

وظایف	فعالیت	زمان
6:30 -7	مقدمات، اهداف فردی و انجام پیش آزمون	آوردن خودکار، فرمهای رضایت نامه و پرسشنامههای پیش آزمون
تمرینات گرم کردن	7 -7:15	نیاز به دستگاه پخش و سی دیهای مناسب
آوردن آب	استراحت و آب	7:15-7:20
	7:20-7:45	رقص
	7:45 -7:50	استراحت و آب و گفتگو برای انتخاب موسیقی
	7:45 -8:15	رقص
	8:15 – 8:30	نتیجه گیری انجام پس آزمون در آخرین جلسه

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 فعالیتهای و جلسات مداخله

-نحوه ارزیابی و مدیریت دادهها.

اجرای مداخله اجتماع محور

جدول : برنامه آموزش کارکنان

وسایل مورد نیاز	فعالیت	زمان
لیست اسامی	خوشامد گویی و مقدمه	8:30 - 8:45
8:45 - 9:15	بیان مقدمات به صورت تعاملی درباره سلامت، چاقی، فعالیت بدنی و تغذیه	اسلایدهای پاورپوینت، کامپیوتر، پروژکتور LCD
9:15 - 9:45	جزوه و زیر دستی برای تمرین	تمرین درباره صلاحیت فرهنگی و جمعیت هدف
9:45-10:00	استراحت و تغذیه	نوشیدنی، میوه، شیرینیهای کم شیرین
10:00 - 11:00	اخلاق در پژوهش	دسترسی گروه به اینترنت برای استفاده از نمونهها و آزمون
	آزمون گروه برای صدور گواهینامه اخلاق	11:00 - 11:45
11:45 - 12:15	کپی فرم دادهها و تقویم	برنامه زمانی، به کار گیری شرکتکنندگان و جمعآوری داده ها
	پاسخ به سوالات و تشکر	12:15 – 12:30

به کارگیری شرکت کنندگان

تدوین برنامه‌های برای به کارگیری شرکتکنندگان که شامل اهداف کوتاه مدت و بلند مدت می‌باشد. این برنامه باید شامل تعداد مورد نظر شرکتکنندگان (حجم نمونه) درحالت ایده آل بر اساس تحلیل توان باشد. وبسایتهایی برای چنین محاسباتی در دسترس می‌باشند و یا میتوان به کتابهای استاندارد آماری مراجعه نمود. در صورتیکه مداخله در طول زمان انجام میشود، نمونه گیری بیش از میزان تعیین شده ایده خوبی برای در نظر گرفتن ریزش نمونهها به شمار میرود. برنامه به کارگیری شرکتکنندگان همچنین باید لیست اولیه مکانهای انجام نمونه گیری، 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 شرکتکننده در طی یک دوره یک ماهه انتخاب شوند، باید برنامه‌های برای تعداد پیشبینی شده برای هر هفته تهیه شود. هر چند شروع کند دور از انتظار نیست اما در هفته دوم حداقل باید بیست شرکتکننده ثبت نام کرده باشند. در صورتیکه 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 شرکتکنندگان 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. عموماً 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 کلاس‌رقص 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 شرکت‌کننده را هنگامی که جمعیت هدف به دلایل دیگری در محل مداخله حضور دارند، به کار بگیرید. ارایه یک مداخله بعد از برنامه‌های کلیسا به-

اجرای مداخله اجتماع محور

طوری‌که افراد مجبور نباشند مسیری را طی کنند، نمونه‌های 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، کوپن 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 تاییدیه گرفته اید، 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.

مداخلات سلامت اجتماع محور

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 داده ها. 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. در هنگام مطالعه نمونه و هم مداخله اصلی، مدیریت خوب دادهها مستلزم توجه به جزییات 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 مصاحبه ها 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 جمع آوری دادههای مطالعه نمونه اخذ شود 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 شرکت کنندگان بالقوه را تهیه کنید. این اطلاعات باید در سطح مناسبی از قابلیت خواندن برای شرکت کنندگان 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 مکررا 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 پردازند. بدیهی است پیشنهاد مداخله‌های 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

مداخلات سلامت اجتماع محور

درباره سیاست از منابع مختلف تحقیق کنید.

تکالیفی را درباره سیاست سلامت خاصی انجام دهید. بررسی کنید که سازمانها و جوامع دیگر چه کارهایی 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 منطقیهای را مرور کنید خبرنامه‌های سازمانی را بررسی کنید. لیست خدماتی که بر موضوعات سلامت متمرکز هستند را شناسایی کنید) به فصل هشت نگاه کنید. (همچنین درمورد 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 علایق اجتماع و رسانهها مفید باشد. تمامی وقایع باید از قبل به دقت سازماندهی شده و از طریق رسانههای محلی مثلا 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 میکروفونها 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، برنامه ریزی 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 برنامه ریزی 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. در صورتیکه تلاشهای اولیه برای ایجاد تغییر موفقیت آمیز نباشد، این سوابق گروه را قادر میسازند تا گزینه های 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. حتما 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 ها را بازبینی و تکرار کنید..

ارزیابی اثر بخشی مداخلات:

ارزیابی یکی از اجزای ضروری مداخلات سلامت اجتماع محور میباشد. ارزیابی، نوعی سنجش نظاممند از اثر بخشی یک مداخله یا سیاست است. ارزیابی را میتوان به منظور سنجش یا پی بردن به حوزه هایی که به دنبال اجرای مداخله بهبود یافته اند، انجام

داد. همچنین ارزیابی میتواند فواید حاصل از مداخله را در رابطه با هزینه ها 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. یافته های مثبت ارزیابی احتمالا تامین کنندگان مالی را متقاعد میکند که پولشان به درستی صرف شده است، همچنین این یافتهها به دلیل ایجاد اعتبار در سرمایه گذاری 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 دائمی ساختن آنها میباشد.

انواع ارزیابی

سه نوع طرح ارزیابی وجود دارد. ارزیابی فرآیند³، طرحی است که با نشان دادن جنبههایی از مداخله که مطابق برنامه ریزی 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 اثر¹ 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 ارائه 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 پیامد² 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 مداخله های 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؟

1 Impact Evaluation

2 Outcome Evaluation

-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 فراگیری 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 کننده های 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 جمع آوری 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 5 تا 10 درصد از کل بودجه را صرف امور مربوط به ارزیابی نمایند.

آمادگی برای انجام ارزیابی

به محض این که برنامه ریزی 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 قبلا هیچگاه درگیر کار پژوهشهای نبودهاند، ممکن است با قوانین مربوط به واقعیتهای علمی آشنا نباشند. ضروری است که درباره قوانین جمع آوری 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، نمونه هایی 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 پیش رونمونهای 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 سطح گروهی، سازمانی، اجتماعی و سیاستی). (در بررسی اهداف اختصاصی مداخله، نتایج ارزیابی اجتماعی) 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 فعالیتهای و میزان وفاداری به پیش نویس مداخله و طرح ارایه 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) داندلود 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 سویه سازی روشها یعنی استفاده از روشهای کمی و کیفی برای بررسی جنبه های 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 داده ها) یا نوعی از درمان دارونما که بی تاثیر 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 هزینه های 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 ارزشیابی کننده گروه مقایسه‌ای که در بسیاری از جنبه‌ها مشابه گروه کنترل است را انتخاب میکند. در این روش تصادف‌سازی 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 نامید 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 برنامه ریزی 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 مداخله‌های 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 جمع آوری و با جمعیت مشابهی که با مداخله مواجهه نداشته اند مقایسه نمود. هر چند در پروژههای کوچک یا مطالعات مقدماتی، چنین طرحی بهندرت امکانپذیر است. طرح عمومی تر، یک مطالعه یک ساله است که در آن به دلیل تاخیر زمانی در دسترسی به این میزانه‌ها، استفاده از میزانه‌های 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 میزانه‌های 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 برنامه های آینده یا نگرش نسبت به بارداری. برنامه ارزیابی باید در برگیرنده یک واحد بوم شناختی تحلیل باشد. به عبارت دیگر، تمامی تحلیلهای مرتبط با ارزیابی باید 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 مداخله‌های 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 یکمتخصص آمار مشاوره شود.

در نظر گرفتن قوت شاخصها از لحاظ پیشبینی یک پیامد اهمیت دارد. در مداخلات سطح گروه، سازمان و سیستم بوم شناختی، عموماً از تغییر در سطح آگاهی استفاده میشود، اما یک شاخص نسبتاً ضعیف اثر بخشی به شمار میرود، زیرا عموماً تغییر در آگاهی تاثیر کمی بر تغییر در 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 آمارمرگ و میر و ابتلا)، به دلیل تاخیر زمانی در دسترسی به چنین دادههایی، اینکار برای مداخلات کوتاه مدتشدنی نیست.

یک نمونه از این سطح را میتوان در مداخله‌های با هدف بهبود سلامت کودکان مبتلا به آسم در یک اجتماع جغرافیایی که مداخله‌های 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 پاسخ گویی بیمه سلامت، جمعآوری این نوع از دادهها، دشوار یا غیرممکن است، مگر این که پژوهشگر عضو بیمارستان و کارکنان مرکز مراقبت باشد، همچنین ضروری است که جمع آوری 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 صورتیکه 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 جنبه های 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 جمع آوری 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 نمونه های بیشتری را در سازمانهای دیگر به کار گرفت. در بدترین حالت، ممکن است بازبینی طرح برنامه ریزی شده ارزیابی جهت استفاده بهینه از دادههای موجود ضرورت داشته باشد.

مداخلات شواهد مدار:

تجربیات موفق و خوب مبتنی بر شواهد و گرد آوری اطلاعات با این روش می تواند راهنمای خوبی جهت سو دهی و انجام مداخلات اجتماع محور باشد، در واقع بررسی موردی فاکتورها و شاخصهای موثر در بروز آسیبهای اجتماعی، شاخصهایی ترکیبی را فراهم می آورد که میتواند افق دید روشن تری در زمینه مداخلات اجتماع محور ارائه دهد، در واقع آگاهی از شاخصهای سلامت اجتماعی و آسیبهای اجتماعی مانند الگویی است تا در یک جامعه و یا یک اجتماع مشخص، نیازهای مداخله ای اجتماع محور مشخص تر شده و سردر گمی و دوباره کاری در این مورد کاهش می یابد همان طور که به طور مختصر، پیشتر توضیح داده شد طی مطالع ای اکتشافی در سال ۸۶ با بهره مندی از روش دلفی شاخصی ترکیبی شواهد مدار در زمینه مشخصات جامعه سالم به دشت آمد که دو شاخص ویژه تحت عنوان قوی بینه بودن و کم مشکل بودن با زیر شاخه ای فقر و خشونت کم زاد و ولد در سطح مناسب، آموزش بالا، بیکاری در سطح پایین، و پوشش بیمه بالا به دست آمد. در سطوح خاص تر نیز مداخلات شواهد مدار، راهنمای انجام مداخلات اجتماع مدار در سطح گسترده تر هستند به عنوان مثال در مورد مداخلات درمانی شواهد مدار در زمینه درمان اختلال وابستگی مواد، اطلاعات ارزشمندی را در زمینه ضرورت درمان شواهد مدار دارویی - روانشناختی - اجتماعی را نشان داد. برای رسیدن به نتیجه ای مثبت سنجه های زیر در مداخلات شواهد مدار وابستگی به مواد ضروری به نظر میرسند.

تیم های چند رشته ای درمانی: پزشکان، روانپزشکان، روانشناسان، مددکاران اجتماعی، مشاوران، پرستاران، جهت پاسخگویی به سوالات بیماران و مراجعین.

طول مدت کافی برای در مان: در درمان بیماریهای پیچیده و مزمن و برای جلوگیری از عود و بازگشت بیماری برنامه های طولانی مدت، بهترین راه مداخله شناخته شده اند.

مداخلات حضوری در محل و مداخلات با آستانه ی پایین: برای افرادی که تمایل به شرکت در برنامه های ساختارمند را ندارند و شامل بسته ای از اقدامات سلامت اجتماعی جهت پیشگیری است، به طور مثال انجام آزمایش تست اچ آی وی برای معتادین تزریقی

خدمات اولیه: این سری خدمات جهت کاهش یا توقف مصرف مواد ضروری هستند، سم زدایی، درمان و کنترل پر خاشگری با استفاده از خدمات روانشناختی و دارو درمانی و حمایت اجتماعی. (سنجه های کیفیت شبکه درمان برای مشکل اعتیاد به مواد

چنین نمونه ای مشاهده ای در حجم پایین در واقع راهنمایی هستند برای برنامه ریزی و ارایه طرحهای اثر بخش تر مداخلات اجتماع محور سلامت در واقع با این روش و تعیین سنجه ها می توانیم ضعفها، نیازها و اولویت های برنامه ریزی را تعیین کرده و با دانش و مهارت و آگاهی بیشتری پیش رفته اقدامات موثر تری جهت ارتقا سلامت اجتماعی و کاهش آسیبهای اجتماعی انجام دهیم.

علل و عوامل رشد آسیبهای اجتماعی و راههای پیشگیری از آن:

در تعریف آسیب اجتماعی آمده است که اگر رفتاری با انتظارات مشترک اعضای جامعه و یا یک گروه یا سازمان اجتماعی سازگار نباشد و بیشتر افراد آن را ناپسند و یا نادرست قلمداد کنند کجروی و آسیب اجتماعی تلقی میشود. سازمان یا هر جامعه ای از افراد خود انتظار دارد که ارزش ها و هنجارهای خود تبعیت کند اما طبیعی است که همواره افرادی در جامعه یافت میشوند که پاره ای از این هنجارها و ارزش ها تبعیت نمیکنند.

با این توصیف سوالی که پیش می آید این است که حال چطور تشخیص دهیم که رفتاری از حالت عادی و به اصطلاح نرمال خارج شده است؟ ملاکهایی وجود دارد که این تشخیص را برایمان ممکن می سازند. از جمله ملاکهای تشخیص رفتار نابهنجار، روش توزیع فراوانی خصوصیات متوسط است که انحراف از آن غیر عادی بودن را نشان میدهند. دیگر ملاک تشخیص این است که از انجایی که انسان موجودی اجتماعی است اینکه تا چه حد رفتار فرد با هنجارها و سنت ها و انتظارات جامعه و بهنجار است. از جمله ملاکهای تشخیص رفتار نابهنجار میزان و شدت ناراحتی است که فرد احساس میکند یعنی اگر این رفتار خاص با ارزش ها و هنجارهای اجتماعی سازمان خاص مثلا فرهنگیان و یا کل افراد جامعه ناسازگار باشد یعنی به سازگاری فرد لطمه بزند و با عکس العمل افراد آن جامعه یا آن نهاد مواجه گردد چنین رفتاری نابهنجار تلقی میشود.

علل و عوامل رشد و پیدایش آسیبها:

عوامل به وجود آورنده انحراف و کجروی در جوامع مختلف یکسان نیست و مناطق از نظر جرم، شدت و ضعف، تعداد و نیز از نظر عوامل متعددی این تفاوتها را می توان در شهرها، روستاها و حتی در مناطق مختلف و محله های شهر مشاهده کرد در هر جامعه و محیطی سلسله عواملی چون شرایط جغرافیایی، اقلیمی، وضعیت اجتماعی، اقتصادی، موقعیت خانوادگی، تربیتی، شغلی و طرز فکر و نگرش خاصی حاکم است که هر یک از این ها در حسن رفتار و یا بدرفتاری افراد موثر است. در اکثر پژوهشها عوامل مهم بروز آسیبهای اجتماعی را مواردی چون فقر، بیکاری، تورم، رشد بی رویه جمعیت، آموزش پایین متذکر می شوند.

از جمله عوامل موثر در ایجاد آسیبهای اجتماعی :

عوامل فردی و روانی: جنس، سن، وضعیت ظاهری، قدرت، ضعف، بیماری، عوامل ژنتیک، حساسیت، نفرت، قدرت طلبی، کم رویی، پرخاشگری، کم هوشی، اضطراب

عوامل محیطی: شرایط اقلیمی، وضعیت زندگی در شهر یا روستا، نوع آرایش محل زندگی

عوامل اجتماعی: خانواده، طلاق، فقر فرهنگی - اقتصادی، بی کاری، شغل، رسانه ها، مهاجرت و جمعیت.

به طور کلی در تقسیم بندی پژوهشگران علل پیدایش آسیبهای اجتماعی را به سه دسته عمده تقسیم کرده اند. ۱- عوامل معطوف به شخصیت و عوامل فردی ۲- عوامل اجتماعی

۱- ویژگیهای شخصیتی افراد بزهکار، بی قاعدگی رابطه و ارتباط میان فرد و جامعه و ارتکاب رفتار های نابهنجار و خلاف مقررات اجتماعی است. برخی از مشخصه های بارز و برجسته شخصیتی این گونه افراد، خودمحموری، پرخاشگری، هنجار شکنی، فریبندگی ظاهری و عدم احساس مسوولیت می باشد این گونه افراد به پیامد عمل خود نمی اندیشند در کارهای خود بی پروا و بی ملاحظه هستند و در پند گرفتن از تجربیات بسیار ضعیف بوده و در قضاوتهای خود یکه سویه هستند از دیگر مشکلات روحی و روانی که منجر به رفتار های ضد اجتماعی می شود، می توان به ضعف عزت نفس، احساس کهنتری، فقدان اعتماد به نفس، احساس عدم جذابیت، افسردگی شدید و اختلال خلقی اشاره نمود چنین افرادی معمولاً مستعد انجام رفتارهای نسنجیده و انحرافی هستند.

۲- عوامل اجتماعی: در این مورد می توان لیست بسیار بلند بالایی از عوامل اجتماعی موثر در بروز آسیبهای اجتماعی ارایه کرد که به طور مثال چند نمونه از آنها را در ذیل بیان میکنیم :

آشفتهگی کانون خانواده، طلاق، اعتیاد، مرگ والدین، مرگ همسر، بیکاری، فقر، طرد اجتماعی، نوع شغل، فقر فرهنگی، سواد و آموزش پایین، محیط (محل زندگی و کار)، رسانه های ارتباط جمعی. نرخ خشونت و جرم در سطح کل جامعه.

همه این فاکتورها دست به دست هم داده و شرایط را برای رشد آسیب‌های اجتماعی مهیا میکنند که در برنامه ریزی برای مداخلات و داشتن جامعه‌ای سالم تمامی این فاکتورها باید مدنظر قرار گرفته و مداخلاتی جهت کنترل و مهار هر یک از این فاکتورها صورت پذیرد.

منابع :

سلامت اجتماعی ایران، حسن رفیعی و همکاران نشریه مسایل اجتماعی ایران دوره ۷ شماره ۲۴

سنجه های کیفیت شبکه درمان برای وابستگی به مواد مخدر، سازمان ملل. ۲۰۱۲.

مداخلات سلامت اجتماع محور، اصول و کاربردها. سالی گوتماخر، پاتریشیا کلی، ترجمه اکبر کریمی، نشر مجسمه. ۱۳۹۶. فصول
چهار تا پنج)

بسته های خدمات سلامت اجتماعی، سازمان مدیریت شهری کامبیز عباسچی و فهیمه لوانانی. فصلنامه پایش شماره سوم تیرماه
۹۲ صفحات ۹۷ تا ۳۰۴

بسته های مداخلات اجتماعی و آموزش سلامت اجتماعی، عباس دماری و همکاران دفتر مطالعات اعتیاد اداره سلامت اجتماعی.

تغییر سیاست و یادگیری نحوه دفاع از روشهای مداخله ای: لیچی کمپل و سوییچمن، ۳۵، ۲۰۰۸.

سمینار سلامت اجتماعی در اسلام، حجت الاسلام درودیان، سال ۱۳۸۹