

ارایه و ارزشیابی مدلی برای تحقق بسیج جامعه در مرکز توسعه اجتماعی و ارتقای سلامت اردبیل

دکتر شهرام حبیب زاده^۱، دکتر شهنام عرشی^۲، ناطق عباسقلی زاده^۳، محرم یوسفی سادات^۴، محرم عالی مراد^۵، حسین صادقی^۶،
دکتر حمید جعفر زاده^۳، دکتر جعفر بشیری^۳، دکتر سعید صادقیه اهری^۳، فیروز امانی^۳، رقیه تفرجی^۳، نیره امینی ثانی^۳،
دکتر سعید... محمدی^۳، دکتر سید مرتضی شمشیرگران^۳، عالییه یوسفی^۳، صفر ایرانپور^۳، الناز خیر خواهی^۳

^۱ نویسنده مسئول: استادیار بیماری های عفونی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل E-mail: s.habibzadeh@arums.ac.ir
^۲ دانشیار بیماری های عفونی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی ^۳ اعضای هیات علمی و کارشناسان دانشگاه علوم پزشکی اردبیل ^۴ نیروهای مردمی و انجمن جوانان فرهیخته اردبیل

چکیده

زمینه و هدف: در تمدن نوین جلب مشارکت مردمی مهمترین راه کار توسعه در بخش های مختلف جامعه تلقی می شود. ایجاد مراکز توسعه اجتماعی و ارتقای سلامت قدمی است که در این راستا برداشته شده است. در این مراکز، توسعه اجتماعی در کنار ارتقای سلامت تحقق می یابد و در خلال انجام فعالیت هایی برنامه ریزی شده، مردم منطقه ضمن پیشرفت و توسعه در راه سلامت گام بر می دارند. مشارکت را تمرین می کنند، مسوولیت پذیر می شوند و درک می کنند که کلید حل بخش عمده ای از مسایل مربوط به سلامت در دست خود آنها است.

روش کار: در چهارچوب مبتنی بر پژوهش عملی و با مداخلاتی که بصورت پویا و بر اساس ارزیابی های مجدد پی ریزی شد اقداماتی در دو بخش شامل تشکیل کمیته های کاری و تشکیل پایگاه تحقیقات جمعیتی انجام شد. پایگاه تحقیقات جمعیتی رویکرد برنامه ریزی شده به سلامت جامعه را بعنوان مبنای فعالیت خود قرار داد و اولین مرحله اجرایی آن بسیج جامعه بود. به منظور ارایه و ارزشیابی مدلی برای بسیج جامعه اقدامات مختلفی از جمله توجیه رابطین بهداشت، جلب مشارکت افراد کلیدی منطقه، شناخت ادبیات جامعه برای برقراری ارتباط موثر و نافذ با مردم، اطلاع رسانی، دعوت به همکاری و سرشماری عمومی برای شناسایی افراد معتمد و توانمند منطقه صورت گرفت.

یافته ها: توسط رابطین بهداشتی منطقه ۶۰ نفر از افراد کلیدی شناسایی شدند که ۵۳ نفر از آنها دعوت به همکاری را پذیرفته و در سه جلسه اهداف مرکز بازگو و نقطه نظرات آنان ارزیابی گردید. بررسی ادبیات جامعه نشان داد که منطقه مورد نظر دارای فرهنگ متوسط به بالا با سطح سواد و درآمد متوسط به پایین و میزان علاقه مندی مناسب برای مشارکت است. ارزیابی همکاری صدا و سیما، شهرداری و سازمان های دیگر بجز آموزش و پرورش در اطلاع رسانی مطلوب نبود. پس از انتشار ویژه نامه علمی پایگاه استقبالی از سوی مردم مشاهده نگردید اما در بین مسئولین منجر به ایجاد چشم اندازی روشن گردید. ۲۸۷ نفر بصورت داوطلبانه دعوت به همکاری در مرکز را پذیرفته و به عضویت آن درآمدند. پس از سرشماری عمومی مشخص شد ۴۳۵۵ خانوار با جمعیت کل ۱۹۶۵۲ نفر در منطقه سکونت دارند از این تعداد ۹۳۰۵ نفر (۴۸٪) زن و مابقی مرد بودند. میانگین سنی جمعیت ۲۶ سال و میانگین بعد خانوار ۴/۵ و ۸۳۵۲ نفر (۴۲٪) متاهل بودند. اکثریت خانم ها خانه دار و اکثریت آقایان شغل آزاد داشتند.

نتیجه گیری: فرآیند بسیج جامعه در این پروژه موفق ارزیابی گردید اما بنظر می رسد جهت نهادینه شدن و استمرار فعالیت مرکز اجتماعی و ارتقای سلامت نیاز به جلب مشارکت و همکاری بیشتر سازمان ها و اقشار مختلف مردم وجود دارد.
واژه های کلیدی: بسیج جامعه، رویکرد برنامه ریزی شده به سلامت جامعه، مرکز توسعه اجتماعی و ارتقای سلامت، پژوهش عملی

تاریخ وصول: ۸۴/۲/۲۰ درخواست اصلاحات نهایی: ۸۴/۳/۱۲ پذیرش: ۸۴/۴/۱۲

مقدمه

سطح گسترده، موجب کنترل بسیاری از بیماری های عفونی شده و مشکلات جدید بخش سلامت، جای بیماری هایی مثل سرخک، آبله، طاعون و وبا را گرفته

پیشرفت های شگرف علمی در زمینه کنترل بیماری های واگیر با ساخت واکسن های موثر و مصرف آن در

اند، اگر چه مشکلی بنام ایدز و STD هنوز به قوت خود باقی مانده است [۱].

بررسی مشکلات جدید بخش سلامت نشان از بروز مشکلاتی مثل بیماری های قلبی - عروقی، تصادفات و بیماری های روانی و ... دارد که اولویت های نخست بخش سلامت را بخود اختصاص داده و بخش مهمی از سرمایه های موجود در کشورها را به خود معطوف نموده اند [۱].

در تحلیل این معضلات جدید دو مشخصه بارز به چشم می خورد: نخست آنکه هزینه مراقبت از این بیماری ها به دلیل فقدان درمان قطعی بسیار بالاتر از بیماری های عفونی است که غالباً "درمان قطعی دارند و دوم آنکه ایجاد تغییر در رفتار و فرهنگ عمومی نقش اساسی در پیشگیری از ابتلای به آنها بازی می کند [۱].

در تمدن نوین جلب مشارکت مردمی مهمترین راه کار توسعه در بخش های مختلف جامعه تلقی می شود. در سال های اخیر متولیان سلامت در پی راهکارهایی بوده اند که از طریق آن بتوانند با دادن آموزش های موثر، در رفتار، نگرش و باور عمومی تغییر ایجاد نمایند که ایجاد مراکز توسعه اجتماعی و ارتقای سلامت در این راستا بوده است. در این مراکز، توسعه اجتماعی در کنار ارتقای سلامت تحقق می یابد و در خلال انجام فعالیت هایی برنامه ریزی شده، مردم منطقه ضمن پیشرفت و توسعه در راه سلامت گام بر می دارند، مشارکت را تمرین می کنند، مسوولیت پذیر می شوند و درک می کنند که کلید حل بخش عمده ای از مسایل مربوط به سلامت در دست خود آنهاست [۲].

رویکرد برنامه ریزی شده به سلامت جامعه، مدلی است که در اواسط سال ۱۹۸۰ توسط مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری ها با همکاری دپارتمان های بهداشتی محلی، ایالتی و گروه های جامعه ایجاد شد. هدف از آن پیشنهاد فرآیندی علمی و جامعه محور بود که بر دانش و تئوری های آموزش بهداشت و ارتقای سلامت جامعه استوار باشد. مدل زمینه ای که این

فرآیند بر اساس آن سازماندهی شده PROCEED^۱ نام دارد [۳].

این رویکرد بر فلسفه بهداشت برای همه^۲ و بیانیه اتاوا^۳ در جهت ارتقای سلامتی استوار است و بیان می دارد که لازمه ارتقای بهداشت، فرآیند مشارکت دادن مردم برای کنترل بیشتر سلامتی خود و بهبود وضعیت بهداشت و سلامت است. برای برنامه ریزی و اتخاذ راه کارهای مناسب و موثر، هر جامعه باید فرآیند مخصوص به خود را در بررسی نیازها، تعیین اولویت ها، انتخاب راه حل ها و احساس تعلق و مالکیت نسبت به برنامه ها داشته باشد [۴].

یکی از راه کارهای کلیدی در رویکرد برنامه ریزی شده به سلامت جامعه، تشویق ارتباطات درون جامعه و بین جوامع مختلف و دپارتمان های بهداشت، دانشگاه ها و دیگر سطوح سازمانی، ملی و منطقه ای است. در سال های ۸۵-۱۹۸۴، این فرآیند توسط پرسنل مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری ها در ۶ ایالت آمریکا مورد مطالعه قرار گرفت. این امر با همکاری دپارتمان های بهداشت محلی و جوامع مردمی انجام شد. به دنبال این مطالعات، فرآیند مورد تجدید نظر قرار گرفت و ابزارهای پیشگیری نیز به آن اضافه شد و پرسنل مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری ها آن را در ایالت ها و جوامع دیگر گسترش دادند. از سال ۱۹۹۱، پرسنل مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری ها، دیگر این رویکرد را به طور مستقیم به کار گرفت، بلکه برای دپارتمان های بهداشت و بخش های خصوصی و دولتی زمینه آموزش و مشاوره محدود را فراهم کرد [۳]. در حال حاضر، اکثر دپارتمان های بهداشتی پرسنل آموزش دیده ای در زمینه رویکرد برنامه ریزی شده به سلامت جامعه دارند و از افرادی استفاده می کنند که در ایالت ها هماهنگی برقرار می کنند [۳].

رویکرد برنامه ریزی شده به سلامت جامعه الگویی است برای بهبود وضعیت بهداشت و کیفیت زندگی

¹ Policy Regulatory and Organizational Constructs in Educational and Environmental Development

² Health for All

³ Ottawa Charter

جوامع و فرایندی است که در بسیاری از جوامع از آن به منظور برنامه ریزی، اجرا و ارزشیابی برنامه های ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری ها استفاده می شود. این فرآیند به جامعه کمک می کند تا تیم ارتقای سلامت را تشکیل دهد. داده های محلی را جمع آوری کند و بر اساس آن اولویت های بهداشتی را مشخص نماید، برنامه مداخله را طراحی و در نهایت آن برنامه را ارزشیابی کند. این رویکرد قابل تطابق با موقعیت های مختلف است و زمانی که یک جامعه در صدد تعیین اولویت بهداشتی برآید، می تواند آن را با ساختار سازمانی خود تطبیق دهد. هدف از این رویکرد، افزایش ظرفیت جوامع برای برنامه ریزی، اجرا و ارزشیابی فعالیت های ارتقا دهنده سلامتی جامعه محور در جهت حل مشکلات اولویت دار است. مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری ها، این رویکرد را با هدف کاهش شیوع عوامل خطر قابل تعدیل منجر به بیماری، مرگ، آسیب و ناتوانی های قابل پیشگیری پیشنهاد می کند. گرچه این هدف، هدفی در سطح ملی است، رسیدن به آن نیازمند تلاش در جهت ارتقای سلامت و فراهم نمودن خدمات پیشگیری در سطح محلی است. نمونه های موفق زیادی با استفاده از این شیوه توانسته اند بار عمده ای از مشکلات مردم را حل کنند. کنترل مشکلات ناشی از پشه های ائیبیتوس در جزایر فی جی برای کنترل تب دانگ و مشارکت مردمی برای کنترل اضافه وزن کودکان در تگزاس و بهبود منبع تامین نیازهای غذایی در نواحی اسکان آمریکایی های افریقایی تبار در لوس آنجلس نمونه هایی از موفقیت های پژوهش های مشارکتی مبتنی بر جامعه را نشان داده اند [۵-۷].

رویکرد برنامه ریزی شده به سلامت (PATCH)^۱ که با هدف ارتقای ظرفیت جامعه اتخاذ شده دارای پنج مرحله اجرایی به شرح ذیل است:

(الف) بسیج جامعه

(ب) سازمان دهی مردم و توان مند سازی آنان

(ج) انجام نیازسنجی و تعیین اولویت های سلامت

(د) انجام برنامه های مداخله

(و) ارزشیابی اقدامات انجام شده
بر اساس سیاست های معاونت تحقیقات و فن آوری وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، مرکز توسعه اجتماعی و ارتقای سلامت با هدف اصلی، توانمندسازی مردم و سایر ذی نفعان موثر در امر سلامت برای ارتقای توان جامعه به منظور ایجاد توسعه پایدار تشکیل گردید. اهداف اختصاصی این پروژه شامل طراحی سیستم پویا و هدفمند در جامعه به منظور شناخت نیازها، ایجاد بستر مناسب جهت اجرای طرح های مداخله ای با مشارکت کلیه ذی نفعان سلامت و به خصوص مردم، ایجاد رویکرد اجتماعی نوین در دانشگاه ها و جامعه، بسیج مردمی برای شرکت در فعالیت های مرکز توسعه اجتماعی و ارتقای سلامت، توانمندسازی مردم در جهت شناسایی، اولویت بندی و حل معضلات سلامت، آموزش روش های تحقیق مشارکتی برای گروه های منتخب مردم و فراهم کردن محیطی مطلوب با قابلیت توانمندسازی از طریق همکاری بین بخشی و جلب تعهد در مدیران ذیربط بوده است.

روش کار

بر اساس رویکرد ذکر شده، مرحله اول اجرایی پروژه بسیج جامعه بوده و به این منظور بخشی از اعضای فعال کمیته راهبردی همراه با کمیته علمی اجرایی در چهارچوبی پویا و مبتنی بر بازنگری های پی در پی^۲ اقدام به تشویق و توجیه مردم، جهت مشارکتی فعال در برنامه نمودند. بر اساس این چهار چوب که مبتنی بر روش ها و فنون تحقیق عملی^۳ بود، ضمن توجه به اصالت، فرهنگ و مراودات افراد جامعه از چهار چوب ساده و استوار «نگاه کنید فکر کنید و عمل کنید» استفاده شد. بر اساس این برنامه در نگاه اول، جمع آوری اطلاعات، شناخت جامعه و تعریف و ترسیم از وضع موجود انجام می شود آنگاه با تفکر گروهی، وظایفی برای تفسیر آنچه وجود دارد یا پیشنهادی برای عمل ارایه می گردد و برای فرضیه های مورد تایید

^۲ Reevaluation Dynamic Based Experimentil Study

^۳ Action Research

^۱ Planned Approach to Community Health

خاص فرهنگی و اجتماعی نحوه اجرایی نمودن پروژه و انتخاب روش کار در ادامه مسیر به تصمیمات کمیته راهبردی بستگی خواهد داشت.

۲- کمیته اجرایی: این کمیته متشکل از معاون پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی، مدیر پروژه، دبیر سازمان غیر دولتی فرهیخته، یک نماینده از بهداشت شهرستان، نمایندگان مردم محل، شهرداری و امام جمعه شهرستان اردبیل بود. هدف از تشکیل کمیته اجرایی عملیاتی نمودن تصمیمات کمیته راهبردی و انجام هماهنگی های لازم بود. کمیته اجرایی نقطه ثقل بسیج جامعه در اوایل طرح محسوب می شد.

۳- کمیته اطلاع رسانی: این کمیته متشکل از دانشگاه علوم پزشکی، سازمان های غیر دولتی، فرهنگ و ارشاد اسلامی، صدا و سیما، شهرداری و نماینده امام جمعه شهرستان بود. اهداف عمده این کمیته آماده نمودن زمینه برای فعالیت های بعدی بود اما عملاً فعالیتی انجام نداد.

۴- کمیته علمی: این کمیته متشکل از معاون پژوهشی، مدیر پروژه، یک نفر متخصص پزشکی اجتماعی، یک نفر اپیدمیولوژیست و یک نفر متخصص آمار، نماینده سازمان های غیر دولتی و دو نفر کارشناس برجسته پژوهش بود و وظیفه توجیه کمیته راهبردی و پاسخ به سوالات مطرح شده را بر عهده داشت. کمیته علمی نبض تپنده سیستم محسوب می شد و بدون آن هیچ جریانی قادر به ایجاد باور در سایر ذینفعان نبود. کمیته علمی پس از دو هفته بحث، برای شروع فرایند بسیج جامعه سوالات ذیل را طرح نمود:

تعریف بسیج جامعه چیست؟ چه کسانی باید برای بسیج جامعه پیشقدم شوند؟ از کجا باید کار را شروع کرد؟ افراد پیش قدم در بسیج جامعه چه خصوصاتی باید داشته باشند؟ ابزارهای لازم در بسیج جامعه چیست؟ و چه رفتارهایی در بسیج جامعه لازم است؟ چگونه این بسیج باید پایدار مانده و مقطعی نباشد؟ انتظارات مردم و متولی ایجاد بسیج از یکدیگر چیست؟ توجیه مردم چه نقشی دارد و در چه سطحی باید

گروه، برنامه ریزی انجام می گیرد و طرح اجرا شده ارزیابی و ارزشیابی می شود. چرخه مجدد تکرار می شود و نگاه دوم در چرخه، بررسی مجموعه ای است که پس از برنامه اجرا شده در چرخه اول شکل می گیرد. از این روست که تحقیق عملی مرتب و قابل پیش بینی نبوده و ممکن است روند آن از شتاب ثابتی برخوردار نباشد. در این نوع پژوهش برخی واژه ها به شدت مورد توجه قرار می گیرد. واژه هایی نظیر فرهنگ، مردم، ارتباطات انسانی (نظیر احساس برابری، هماهنگی، پذیرش مردم آنگونه که هستند) شفافیت، مشارکت، همکاری، صداقت، متناسب بودن ارتباطات با سطح فرهنگ مردم جامعه، اعتماد و اطمینان را باید بدرستی تعریف و مورد توجه قرار داد [۹ و ۸]. پژوهشگر در این پژوهش ها بیشتر از آنکه مدیر، رئیس یا کارشناس باشد یک تسهیل گر، مشاور یا همگروه است و طرح با کار گروهی و بصورت مشاوره پیش می رود [۱۰]. در این چهارچوب اقدامات در دو بخش شامل تشکیل کمیته های کاری (بخش اول) و تشکیل پایگاه تحقیقات جمعیتی (بخش دوم) صورت گرفت.

• بخش اول: تشکیل کمیته های کاری

۱- کمیته راهبردی: این کمیته متشکل از ریاست دانشگاه و معاونین آن، ریاست مرکز بهداشت شهرستان، دبیر جمعیت جوانان فرهیخته، یک نفر نماینده از گروه های علمی اعم از تغذیه، بهداشت محیط، اپیدمیولوژی، داخلی، جراحی، کودکان، عفونی، زنان و روانپزشکی، یک نفر نماینده از سایر سازمان های دولتی نظیر استانداری، آموزش و پرورش، فرهنگ و ارشاد اسلامی، نیروی انتظامی، تربیت بدنی، صدا و سیما، بیمه های خدمات درمانی و تامین اجتماعی و یک نفر نماینده امام جمعه، سازمان نظام پزشکی، انجمن دیابت، شورای شهر، رابطان بهداشتی، زنان، جوانان و سالمندان بود. کمیته راهبردی وظیفه حمایت سیاسی، فنی و لجستیک، تعیین اهداف و استراتژی فعالیت ها، طرح موضوع، انتخاب منطقه، اجرای برنامه و نظارت و ارزشیابی پروژه را به عهده دارد. با توجه به شرایط

صورت پذیرد؟ داوطلبان چه کسانی هستند و شرایط لازم در آنان چیست؟ ایجاد انگیزه در مردم به چه پیش نیازهایی محتاج است؟ نقش آگاهی مردم در درک مشکلات و رابطه آن با انگیزش چیست؟ یک داوطلب خوب کیست؟ پرداخت حق الزحمه ها در این پروژه چگونه است؟

۵- کمیته نظارت: این کمیته متشکل از نماینده رئیس دانشگاه، نماینده سازمان های غیر دولتی، نماینده استاندار، نماینده امام جمعه و نماینده مردم محلی بود که با هدف نظارت بر کلیه مراحل اجرایی و نیز رفع موانع پیش بینی نشده و شفاف سازی، تشکیل شد تا ضمن نظارت در مواقع ضروری به تیم بسیج کمک نموده و از نظر سیاسی حمایت لازم را از طرح برآورده نماید.

• بخش دوم: تشکیل پایگاه تحقیقات جمعیتی

پس از ابلاغ ایجاد مراکز توسعه اجتماعی و ارتقای سلامت (پایگاه تحقیقات جمعیتی) از معاونت تحقیقات و فن آوری و شرکت گروه کارشناسی در کارگاه توجیهی، کمیته راهبردی در مهر ماه ۱۳۸۳ تشکیل و موضوع ایجاد مراکز فوق مورد بحث و تبادل نظر قرار گرفت. در طی ۲ جلسه ضمن بحث در مورد اهداف، انتخاب محل مناسب برای اجرای طرح و نصب تابلوی آن به عنوان اولین قدم اجرایی مورد تاکید کمیته راهبردی قرار گرفت، زیرا هر عمل موثری در مورد پروژه مستلزم ارایه نشانه ای از وجود خارجی مرکز بود، لذا منطقه مناسب برای ایجاد مرکز توسعه در اوایل کار انتخاب گردید، مشخصات این منطقه عبارت بود از محدوده ای مشخص از نظر جغرافیایی در مرکز استان، با سطح اقتصادی و اجتماعی متوسط با مردمی متمایل به مشارکت در فعالیت های گروهی و عدم تمایل به مهاجرت، در کنار پایگاه بهداشتی، درمانی فعالی که کارکنانی علاقمند، دلسوز و پر تلاش داشت.

با توجه به ساختار شهر جمعیت کل منطقه از حداقل سی و پنج هزار نفر (پیشنهاد شده از طرف معاونت تحقیقات و فن آوری) کمتر بود اما گزینه بهتری در

بررسی کارشناسی انجام شده از طرف معاونت بهداشتی و شهرداری اردبیل وجود نداشت. منطقه انتخاب شده با وسعت تقریبی ۲۰۰ هکتار و با جمعیتی معادل ۲۰/۰۰۰ نفر در منتهی الیه جنوب شرقی شهر اردبیل قرار داشت. این منطقه در نقشه شهر به شکل بادبادکی است که دو میدان و چند خیابان اصلی در آن واقع گردیده است. در این منطقه طبق برآورد اولیه مرکز بهداشت حدود ۴۰۰۰ خانوار زندگی می کردند که وضعیت اقتصادی و اجتماعی آنها متوسط بود و میزان علاقمندی مردم در آنجا نسبت به مشارکت در مسایل جامعه مناسب و تغییرات جمعیتی آن کم، ارزیابی گردیده بود، همچنین طبقه دوم مرکز بهداشتی درمانی شهید سید حاتمی بعنوان محل مرکز توسعه اجتماعی اردبیل تعیین گردید که از موقوفات خیرین محل بود، تجهیز این مرکز با مشارکت مرکز بهداشت، معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و جمعیت جوانان فرهیخته انجام شد.

پایگاه تحقیقات جمعیتی رویکرد برنامه ریزی شده به سلامت جامعه را بعنوان مبنای فعالیت های خود قرار داده است و جهت نیل به اولین مرحله اجرایی آن یعنی بسیج جامعه اقدامات وسیعی را به انجام رسانید. در ابتدا لازم بود برای رسیدن به میزان مطلوب مشارکت، مراحل مختلفی شامل ۱- تعریف جامعه ۲- اخذ تعهدهایی از افراد کلیدی درون و بیرون جامعه شامل سازمان های دولتی و غیردولتی ذینفع و افراد کلیدی عضو مرکز ۳- برقراری ارتباط با جامعه از طریق کانال های متعدد ۴- تعیین منابعی برای حمایت مرکز از درون و بیرون جامعه ۵- حرکت به سوی ایجاد ساختار مدیریتی، صورت گیرد.

با این تعاریف و با توجه به لزوم تداوم فرایند بسیج جامعه، در تمامی مراحل، بسیج جامعه شرط لازم برای اجرای طرح بود با این توصیف که نه تنها در تمایل فکری اعضا بلکه در عمل به تعهدات مقرر حضوری دایمی و مستمر داشت و رسیدن به چنین شرایطی در اعضا مستلزم ایجاد باور و ایمان قلبی در آنها بود.

در این راستا اقدامات ذیل صورت گرفت:

د) اطلاع رسانی: به منظور ایجاد زمینه برای جذب

اطلاعات ارایه شده عملیات اجرایی زیر انجام شد:

۱- نصب پوسترهای پایگاه در اماکن پر تردد از جمله مغازه ها، مدارس و اماکن عمومی به تعداد ۲۰۰۰ عدد صورت گرفت.

۲- تعداد ۱۸ عدد پلاکارد پارچه ای با شعارهایی که دلالت بر اهداف مرکز داشت در مقابل ورودی مدارس و محل های پر تردد و مقابل مرکز نصب گردید تا اذهان مردم با این مرکز آشنا شده و برای پذیرش آن آمادگی ایجاد شود.

۳- تعداد ۲۰۰۰ برگه از جزوه آموزشی که حاوی توضیحات مختصر و مفیدی در مورد مرکز و اهداف آن و مطالبی در مورد سلامت و توسعه بود در سطح مدارس، مغازه ها، رابطین بهداشتی و افراد کلیدی توزیع شد.

۴- به منظور آشنایی افراد علاقه مند به کامپیوتر با مرکز، طراحی و ایجاد وب سایت و پورتال ویژه مرکز انجام شد و کلیات مرکز در وب سایت دانشگاه قرار داده شد و همچنین مقدمات پورتال مرکز برای برقراری ارتباط کاربران ساکن منطقه با یکدیگر در مورد برنامه ها توسط علاقه مندان یک شرکت خصوصی فراهم شد. هدف بعدی این اقدامات برقراری ارتباطات موثر در میان مراکز سایر استان ها و عرضه تجربیات در سطوح گسترده و بین المللی بود.

۵- نسبت به تهیه و توزیع ویژه نامه ای با نام " نیاز ما" در بین مردم، مسوولان و سایر ذینفعان به تعداد ۱۰۰۰ نسخه اقدام گردید. این اقدام با اهدافی از جمله معرفی علمی مرکز، ایجاد یک منبع جامع و قابل دسترس در مورد اهداف، روش ها و برنامه ها برای صاحب نظران ساکن منطقه و مدیران مسئول، ایجاد انگیزه برای جلب همکاری مردم با پیش بینی جوایزی برای یک مسابقه داستانی مرتبط با پروژه، دادن اعتبار و جایگاه اجتماعی به مرکز و تعمیق در بینش افراد علاقه مند صورت گرفت.

الف) توجیه رابطین بهداشتی: ۵۶ نفر از رابطین

بهداشتی به مرکز دعوت شده و طی سه جلسه توجیه شدند و تعریف افراد کلیدی، معتمد و مستعد به آنان ابلاغ شد. طبق تعریف افراد کلیدی به افرادی اطلاق شد که در میان مردم منطقه شناخته شده بودند و بیشترین قابلیت برقراری ارتباط با مردم را داشته و بنابراین شناخت خوبی از وضعیت و فرهنگ منطقه داشتند. در این گروه برخی از مغازه داران محلی، تعدادی از کارمندان مدارس، زنان شاغل در خانه مثل خیاطان، پلیس اهل منطقه، فروشنده دوره گرد و تنی چند از ریش سفیدان محل قرار داشتند. افراد مستعد به افرادی اطلاق گردید که ضمن داشتن وقت کافی، قابلیت و توان لازم برای کارهای علمی پژوهشی را داشتند و از روحیه مشارکت و همکاری مناسب برخوردار بودند. افراد معتمد به افرادی اطلاق گردید که از دیدگاه مردم محل، دارای رای نافذ در بین مردم بوده و قضاوت یا راهنمایی آنان مورد قبول ساکنین محل بود. ضمناً براساس توافق عمومی جنسیت نباید در انتخاب افراد به عنوان عاملی برای ترجیح بکار گرفته می شد.

ب) جلب مشارکت افراد کلیدی منطقه توسط

رابطین بهداشتی: نخست شناسایی افراد کلیدی منطقه توسط رابطین بهداشتی صورت گرفت و سپس با برگزاری جلسات توجیهی با افراد کلیدی اهداف پایگاه شرح داده شد و جلب مشارکت آنان محقق شد.

ج) شناخت ادبیات جامعه مورد نظر برای

برقراری ارتباط موثر و نافذ: برای نیل به این هدف تیمی مرکب از نمایندگان مردم محل به اتفاق واحد سمعی بصری دانشگاه به محلات مختلف رفته و ضمن گرفتن عکس های مختلف و فیلم برداری از اماکن سعی نمودند کلیات منطقه را به تصویر کشیده و اطلاعاتی برای برقراری ارتباط بهینه در اختیار گروه قرار دهند. در ضمن تیم بسیج در طی مراحل مختلف وضعیت عمومی منطقه از نظر نحوه برخورد اجتماعی و سطح سواد عمومی را مورد ارزیابی قرار داد.

و) دعوت به همکاری در امور اداری و عملیاتی

بسیج جامعه، از طریق رابطین و افراد کلیدی:

برای رسیدن به این هدف اقدامات اجرایی ذیل صورت گرفت:

۱- توسط اعضای اولیه پایگاه (رابطین بهداشتی) از اطرافیان و آشنایان آنها دعوت به عضویت گردید.

۲- از داوطلبان مردمی که بعد از اطلاع رسانی به پایگاه مراجعه کرده بودند ثبت نام شد.

۳- از علاقمندان اعضای سازمان های غیر دولتی که ساکن محل بودند پس از دعوت ثبت نام به عمل آمد.

ه) سرشماری عمومی برای شناسایی افراد معتمد و توانمند و سازماندهی آنان در قالب بلوک های

منطقه ای: این اقدام با اهدافی از جمله بلوک بندی منطقه و تقسیم آن به مناطق کوچکتر، گفتگوی رو در روی پرسشگران با یک چهارم افراد جامعه در مورد طرح و اطلاع رسانی خانه به خانه، پخش جزوه آموزشی در مورد مرکز به تمام منازل، شناسایی تمام افراد دارای قابلیت و پتانسیل در منطقه جهت جلب همکاری در مرکز، شناسایی افراد معتمد و مستعد ساکن در منطقه جهت جلب مشارکت، شناخت پروفایل جامعه و ارزیابی اولیه از مشکلات هر بلوک (دغدغه های مردم) برای استفاده در برقراری ارتباط با افراد به انجام رسید. عملیات اجرایی این مرحله به شرح ذیل بود:

۱- برنامه ریزی برای انجام سرشماری از مردم منطقه توسط اعضای ثبت نام شده ساکن محله

۲- هماهنگی با فرمانداری و نیروی انتظامی به منظور کسب مجوز پرسشگری

۳- تقسیم منطقه به ۱۱ بلوک. که طی دو جلسه با کارشناسان سرشماری مرکز بهداشت و تیم بسیج جامعه انجام شد.

۴- انتخاب پرسشگران ۴۴ نفر از داوطلبان منطقه به همراه رابطین در طی ۲ جلسه آموزشی به شکل کارگاه شرکت کرده ضمن توضیح اهداف طرح " نحوه مصاحبه، نحوه آمارگیری و اصول آن را فرا گرفته از

بین آنها ۳۳ نفر بعنوان پرسشگر برگزیده شدند. در این گزینش توانایی پرسشگر، علاقه مندی و نحوه برخورد و قدرت مصاحبه مد نظر قرار گرفت. با توجه به فرهنگ جامعه و همزمانی وقوع دو جنایت منجر به قتل در منازل شهر و به منظور جلب همکاری حداکثری مردم ارجحیت انتخاب در پرسشگری به خانم ها داده شد.

۵- تهیه و تنظیم پرسش نامه: طی سه جلسه با همکاری کمیته علمی، نمایندگان مردمی و کارشناسان مرکز بهداشت که در سرشماری تجربه داشتند، پرسش نامه ای تهیه و تنظیم شد و قبل از اجرا بیست نمونه از آن بصورت پایلوت تکمیل گردید.

۶- چاپ و صدور کارت شناسایی برای پرسشگران

۷- کلاس توجیهی برای پرسشگران: پرسشگران در این مرحله نحوه چرخش در بلوک ها و نحوه علامت گذاری بر روی درب ها و چگونگی مصاحبه و برقراری ارتباط و نحوه معرفی خود، مرکز و تکمیل پرسشنامه را تمرین و بصورت گروهی اجرا نمودند و مقرر گردید در پایان کار جزوه آموزشی معرفی مکتوب مرکز را به هر خانوار تحویل نمایند.

۸- تعیین ناظر برای بلوک ها و تیم پرسش گری: این اقدام با اهداف راحت تر شدن کنترل، آموزش و انجام نیاز سنجی در هر یک از بلوک ها صورت گرفت. ۳ نفر ناظر به همراه ۳ دستگاه اتومبیل سیار به منظور نظارت، رفع اشکالات احتمالی و بازبینی فرم های تکمیل شده توسط پرسشگر و اجرای عملیات لکه گیری انتخاب شدند، همچنین ۴ نفر تسهیل گر برای حل مشکلات کار و یک نفر مدیر سرشماری به عنوان طراح و هدایتگر انجام وظیفه نمودند.

۹- سرشماری با انجام مصاحبه و تکمیل پرسش نامه، این مرحله ۵ روز طول کشیده و طی این مدت از کل تعداد ۴۴۷۰ خانوار ساکن منطقه اطلاعات مربوط به ۴۳۵۵ خانوار به صورت کامل جمع آوری گردید.

۱۰- جمع آوری و آنالیز داده ها: در این مرحله یک تیم اپراتور که شامل ۱۸ نفر مرکب از اعضای کمیته تحقیقات دانشجویی، اعضای سازمان های غیر دولتی و

فراوان مدیران ارشد و شرکت نمایندگان فاقد قدرت تصمیم گیری در جلسات کمیته راهبردی در عملیاتی نمودن اهداف و وظایف محوله فاقد کارآیی لازم هستند.

پس از انتشار ویژه نامه علمی، استقبالی از مسابقه نشریه دیده نشد و نشریه در بین عموم مردم جایگاه مهمی پیدا نکرد گرچه در میان مسوولین در ایجاد چشم اندازی روشن نسبتا موفق بود. به نظر رسید توزیع و پخش خبر نامه ای با محتویاتی ساده و مرتبط با مشکلات مردم و به زبانی عامیانه در شماره های بعدی مفید باشد.

موثرترین و کاراترین ابزار در فرایند بسیج، مصاحبه حضوری بود که اگر چه با صرف وقت و انرژی فراوان همراه شد اما به دلیل قابلیت رفع سوالات و ابهامات مدعوین و نیز فراهم آمدن امکان تبادل نظر و برقراری روابط صمیمانه، به تیم رهبری در شناخت هر چه بیشتر ادبیات جامعه و به مدعوین در تحکیم حلقه های اعتماد و امید، کمک فزاینده ای نمود.

اجابت دعوت به عضویت در مرکز امیدوارکننده بود و در مرحله اول بالغ بر ۶۴ نفر بصورت داوطلبانه و با توجیه کامل مبنی بر اینکه دستمزدی دریافت نخواهند کرد به عضویت پایگاه در آمدند، همچنین در طی ۲۸ جلسه کاری با مستعدان، معتمدان، زنان شاغل و بازنشستگان محل ۸۷۳ نفر دعوت شدند، ۴۳۹ نفر (۵۰٪) در جلسات شرکت نمودند. ۲۸۷ نفر (۳۲٪) عضویت در مرکز و فعالیت به انحاء مختلف را پذیرفته و ۲۱۵ نفر (۲۴٪) از دعوت شدگان فرم نهایی عضویت را تکمیل نمودند که از این تعداد ۹۱ نفر مرد (۴۳٪) و ۱۲۴ نفر (۵۷٪) زن بودند.

نتایج حاصل از عملیات اجرایی طرح نشان داد که در منطقه انتخاب شده با وسعت تقریبی ۲۰۰ هکتار تعداد ۴۳۵۵ خانوار با جمعیت کل ۱۹۶۵۲ اقامت دارند. از این تعداد ۹۳۰۵ نفر (۴۸٪) زن و ۱۰۳۴۷ نفر (۵۲٪) مرد بودند. میانگین اعضای خانوار ۴/۵ نفر بود و از نظر وضعیت تاهل ۸۳۵۲ نفر (۴۲٪) متاهل و بقیه مجرد

تعدادی از پرسشگران محلی بودند، طی ۴ روز به صورت تمام وقت قسمتی از داده های قابل کدگذاری پرسشنامه را وارد کامپیوتر نمودند که در نهایت توسط کارشناس آماری و با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۹ آنالیز شد.

۱۱- ایجاد ساختارهای مدیریتی: به این منظور و براساس بلوک بندی و بعد از سرشماری، ساختاری از پایین به بالا و با انتخاب نمایندگان فعال بلوک ها و پس از برگزاری جلسات متعدد بوجود آمد تا ساختار مدیریتی با انتخاب خود مردم شکل گیرد.

یافته ها

۶۰ نفر از افراد کلیدی توسط رابطین بهداشتی منطقه شناسایی شدند. پس از مباحثه با افراد کلیدی، ضمن ارزیابی وضعیت کلی فرهنگی و اجتماعی، چگونگی برقراری ارتباط با مردم تمرین شد و دیدگاه ها و انتظارات مردم به دست آمد. ۵۳ نفر از ۶۰ نفر دعوت را پذیرفتند و در طی سه جلسه دعوت شدند که ضمن توجیه، نقطه نظرات آنان ارزیابی شد و تقاضای همکاری صمیمانه از آنان به عمل آمد. جلسه ای نیز با مدیران مریبان پرورشی مدارس موجود در منطقه (افراد کلیدی آموزش و پرورش) به منظور آشنا نمودن آنها با مرکز و تعیین نحوه همکاری و مشارکت مدارس در برنامه های مرکز تشکیل شد. در این مرحله ارزیابی تیم مصاحبه نشان از علاقه مندی اعضای دعوت شده داشت و باعث امیدواری گردید و تیم بسیج را شادمان ساخت. بررسی ادبیات جامعه برای برقراری ارتباط موثر و نافذ نشان داد که منطقه مورد نظر دارای فرهنگ متوسط تا بالا با سطح سواد متوسط تا پایین و وضعیت اقتصادی متوسط به پایین و میزان اشتیاق مناسب برای مشارکت می باشد.

ارزیابی همکاری صدا و سیما، شهرداری و سازمان های دیگر عضو کمیته تبلیغات و اطلاع رسانی به جز سازمان آموزش و پرورش، ناامیدکننده بود و طی بررسی علل مشخص شد که این سازمان ها بخوبی در مورد طرح توجیه نبوده و به دلیل گرفتاری های

این پروژه، مشارکت فعال و تعیین کننده مردم در نیاز سنجی اولویت بندی، طراحی و ارزشیابی مداخلات لازم برای حل مشکلات پیدا شده است، به شرطی که در تمامی مراحل اجرا از بسیج جامعه تا ارزشیابی، اصول پژوهش جاری بوده باشد.

در مباحث روانشناسی برای رسیدن از علم به عمل گذر از مراحل متعددی از جریان های تفکر ضروری است که از آگاهی های فاقد عمل تا رسیدن به انجام عملی با کیفیت بالا و از روی علاقه گسترش دارد. تقریباً همه از مضرات سیگار آگاهی دارند اما اینکه چرا بعضی بدان عمل می کنند و بعضی دیگر بی تفاوت از آن می گذرند تفاوت در باور یا عمق آگاهی را می رساند.

در فرایند بسیج جامعه ایمان به اهداف و نتایج مفید و قابل دسترس طرح مهمترین عامل ایجاد انگیزه در اعضا بوده و به آنها در تداوم حرکت انرژی می بخشد. در جامعه ایران وجود تجربه هشت سال دفاع مقدس که با کلمه بسیج عجین شده است بهترین نمونه از یک فرایند واقعی بسیج مردمی و مشارکت عمومی است که در نهایت باور حرکت به سوی مسیری را هدایت می کند که مرگ یکی از محتملترین گزینه های آن است و پیداست که در این مشارکت، حرکت با عمیق ترین باورهای بسیجی همراه شده و از علم تا عمل خطیرترین شرایط را درنور دیده است. از این رو بسیج در این طرح نیازمند انگیزه ای است بسیار غنی و برآمده از عمیق ترین باورها که با هدف نیل به اهدافی تعریف شده شکل گرفته است.

نکته حیاتی در تحقق این بسیج وجود راهبری و هدایتی هوشمندانه و با درایت است تا بتواند مردم را برای نیل به اهداف، به مشارکت و تعامل وادارد و پیداست که شرط تحقق این موضوع وجود باور، ایمان و آگاهی کامل و مملو از شور و علاقه در کنار قابلیت رهبری جامعه در تیم رهبری است. از این رو رهبری نافذ که مبتنی بر باور عمیق تیم رهبری به ماهیت و توان طرح است به همراه هماهنگی و همدلی در تیم از شرایط مهم موفقیت به شمار می رود.

شناخت جامعه، احاطه علمی به موضوع، پشتکار، صبر و حوصله و قدرت آفرینش شوق و انگیزه در

بودند. میانگین سنی جمعیت مورد مطالعه ۲۶ و میانه سنی آن ۲۲ سال بود.

از نظر سطح تحصیلات ۶۴۷ نفر (۴/۸٪) لیسانس، ۶۳۰ نفر (۴/۶٪) فوق دیپلم، ۳۹۲۶ نفر (۲۹٪) راهنمایی، ۵۴۶۶ نفر (۴۰/۳٪) ابتدایی و ۲۸۵۳ نفر (۲۱/۱٪) بی سواد بودند.

از تعداد ۴۲۲۳ دانش آموز مقطع متوسطه تعداد ۹۹۰ نفر (۲۳/۴٪) در رشته تحصیلی علوم تجربی، ۱۲۹۰ نفر (۳۰/۵٪) علوم انسانی، ۷۷۵ نفر (۱۸/۴٪) ریاضی، ۹۷۹ نفر (۲/۲۳٪) کاردانش و ۱۸۹ نفر (۴/۵٪) رشته تحصیلی هنر اشتغال به تحصیل داشتند.

از نظر شغلی ۵۳۸۰ نفر (۳۰/۲٪) محصل و دانشجو، ۴۶۴۸ نفر (۲۶/۲٪) خانه دار، ۳۰۹۴ نفر (۱۷/۴٪) شغل آزاد، ۱۲۲۷ نفر (۶/۹٪) کارآموز، ۱۳۱۸ نفر (۷/۴٪) بیکار و ۲۱۰۷ نفر (۱۱/۹٪) در سایر مشاغل اشتغال به کار داشتند. از نظر مطالعه ۹۹۵ نفر (۱۸/۴٪) کتاب، ۹۵۷ نفر (۱۷/۷٪) روزنامه و ۳۴۴۷ نفر (۶۳/۸٪) مطالعه متنوع داشتند. ۲۶۸۸ نفر (۷۳/۸٪) در هیات های مذهبی، ۴۵۶ نفر (۱۲/۵٪) در باشگاه های ورزشی، ۹۵ نفر (۲/۷٪) در سازمان های غیر دولتی و ۴۰۱ نفر (۱۱٪) در پایگاه مقاومت بسیج فعالیت داشتند.

۱۳۶۵ نفر (۷/۱٪) اوقات فراغت خود را با تلویزیون، ۱۷۹ نفر (۰/۹٪) با به پارک رفتن، ۷۴ نفر (۰/۴٪) با دیدن و بازدید، ۶۹ نفر (۰/۳۶٪) با ورزش، ۳۶ نفر (۰/۲٪) با گردش و مسافرت، ۳۴ نفر (۰/۱۸٪) با سینما رفتن، ۲۳ نفر (۰/۱۲٪) با کامپیوتر و ۹۷۵۵ نفر (۵۰/۴٪) به صورت متنوع می گذرانند. ۷۸۰۴ نفر (۴۰/۴٪) زمانی برای فراغت نداشتند. ۱۱۱۰ نفر (۷۱/۱٪) آشنایی متوسط و ۴۵۲ نفر (۲۸/۹٪) آشنایی عالی با کامپیوتر داشتند. بر اساس نظر پرسشگر ۱۹/۸٪ از نظر وضعیت اقتصادی فقیر، ۶۸/۱٪ متوسط و ۱۲/۱٪ ثروتمند بودند. ۱۴۸۵ نفر (۷٪) علاقمند به فعالیت در مرکز بودند.

بحث

پس از انجام مراحل اجرایی، بسیج جامعه، به حرکت در آوردن توده های مردم بصورت داوطلبانه، مداوم و پایدار در جهت نیل به اهداف تعریف شد و هدف در

هدایت می پیوندند به دلیل افزایش تعامل و پر رنگ تر شدن نقش مردم و ادبیات حضور آنها قطعات باقی مانده یخ به سرعت ذوب شده و به گروه داوطلبان می پیوندند بطوریکه پروژه در اجرا به تسهیل خود منجر می شود و در نهایت قطعه ای از یخ در حصار دریایی از آب قرار می گیرد و پروژه بسیج موفق به تحریک توده های مردمی می شود.

نقاط ضعف و مشکلات

در فرآیند فعال سازی پایگاه و بسیج جامعه علاوه بر بروز ابهامات در کلیات و تعاریف اصلی، مشکلاتی در انجام برنامه ها بوجود آمد که از مهمترین آنها می توان به موارد زیر اشاره نمود:

- عدم مشارکت و همکاری برخی از اعضای کمیته راهبردی
- نامناسب بودن موافقتنامه بودجه مرکز و پیچیدگی و محدودیت در هزینه کرد مناسب
- سرمای شدید و شرایط نامساعد جوی در زمان شروع کارهای اجرایی و عملیات میدانی
- عدم همکاری شهرداری در بخش تبلیغات و اطلاع رسانی
- از دست دادن زمان تا رسیدن کمیته راهبردی به تعاریف نهایی و مورد توافق

نقاط قوت موجود

- در کنار این ضعف ها، نقاط قوت و رویکردهای مثبتی نیز در مرکز وجود داشت که از مهمترین آنها می توان به موارد زیر اشاره نمود:
- فعالیت موثر و پرتلاش کمیته اجرایی
 - مشارکت و همکاری نزدیک اعضای سازمان های غیر دولتی در قسمت های مختلف طرح
 - هدایی بودن مکان فیزیکی پایگاه توسط یکی از اهالی منطقه
 - اطلاع رسانی وسیع در سطح منطقه توسط ابزارهای متنوع
 - درگیر شدن افراد محلی از شروع کارهای اولیه
 - مشارکت مالی دانشگاه و مرکز بهداشت و سازمان های غیر دولتی در تجویز پایگاه

جامعه، برقراری ارتباط همه جانبه (مبتنی بر شناخت با استفاده از تمامی ابزارهای ارتباطی: مصاحبه، پرسش و پاسخ و تبلیغات مبتنی بر واقعیت و...) ایجاد اعتماد متقابل با مردم در کنار تعامل سازنده همراه با فیدبک های مداوم از سایر خصوصیات لازم در تیم رهبری است.

پرهیز از شعارهای غیر قابل تحقق، صداقت، شفافیت، حرکت مبتنی بر اصول علمی مدون، عدم تبعیض جنسیتی، عدالت محوری، ایجاد تعهد در عمل به وظایف با توجیه کامل ذی نفعان و حساس نمودن آنها به مسائل سلامت، در کنار توانمند سازی از رموز توفیق بسیج جامعه به شمار می آیند.

مسلم است که برای تحقق هدف مذکور ابزارهای خاصی مورد نیاز خواهد بود، که زمان و مکان استفاده از این ابزارها، کیفیت و کمیت هر یک و جامعه ای که مداخله در آن صورت گرفته است، متغیرهایی هستند که می توانند فرآیند را متاثر نموده و شرایط را تغییر دهند.

از نظر مولفین مهمترین مشکل در فرآیند ایجاد بسیج جامعه نحوه ورود و برقراری ارتباط با جامعه در ابتدای طرح می باشد. در این پروژه عوامل کلیدی این نفوذ، همکاران سازمان های غیر دولتی و رابطین بهداشتی بودند. توجه به این نکته بسیار مهم که کارشناسان دولتی در مقایسه با اعضای سازمان های غیر دولتی از توان برقراری ارتباط بسیار کمتری با مردم برخوردارند، در همان مراحل آغازین مشهود بود و مشارکت و همکاری پر رنگ این گروه نقشی مهم و بارز در رفع بی اعتمادی ها و ایجاد ارتباط موثر و احساس اعتماد مابین مردم و دانشگاه داشت و یکی از کلید های مهم موفقیت ارزیابی شد.

تعامل تیم رهبری با مردم در این پروژه مشابهت زیادی با تعامل قطرات آب به عنوان تیم رهبری با قطعه بزرگی از یخ بعنوان توده مردم دارد. در اوایل کار ذوب قطعات یخ برای قطرات ناچیز آب کاری سخت و طاقت فرسا می نماید اما پس از گذشت زمان و با صبر و حوصله و آنگاه که بخشی از مردم به تیم

4-Ottawa Charter for Health Promotion First International Conference on Health Promotion Ottawa, 21 Nov 1986. Available from: www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf

5- Raju AK. Community mobilization in aedes aegypti control programme by source reduction in Peri-urban district of lautoka, viti levu, Fiji islands. *Dengue Bulletin*. 2003; 27: 149-55.

6- Rice CA, Pollard JM. Childhood overweight: community mobilization. *Texas Cancer Council*. 2004 Apr; 8(3): 1-20.

7- Sloane DC, Diamant AL, Lewis LB, Yancey AK, Flynn G, Nascimento LM, et al. Improving the nutritional resource environment for healthy living through community-based participatory research. *Gen Intern Med*. 2003 Jul; 18(7): 568-75.

8-Davis SM, Reid R. Practicing participatory research in American Indian communities. *Am J Clin Nutr*. 1999; 69(4 Suppl):755S-9S.

9- Iseael BA, Schulz AJ, Parker EA, Becker AB. Community-based participatory research: policy recommendations for promoting a partnership approach in health research. *Education for Health*. 2001; 14(2): 182-97.

۱۰- ارنست تی استریگر، تحقیق عملی. ترجمه اعرابی سید محمد، ایزدی داود. چاپ دوم، ۱۳۸۱، تهران: دفتر پژوهش‌های فرهنگی، صفحات ۳۰، ۳۱ و ۵۱

• همکاری و مشارکت یک بخش خصوصی در زمینه اطلاع‌رسانی و جذب اعضا برای پایگاه

• علاقه و اشتیاق اعضای محلی به همکاری حتی در سرمای شدید

• همکاری مناسب فرمانداری، نیروی انتظامی و آموزش و پرورش در زمینه هماهنگی‌های لازم

پیشنهاداتی برای رفع مشکلات

جهت انجام بهتر طرح و برنامه‌های مرکز پیشنهادات زیر قابل‌تأمل است:

• توجیه مجدد مدیران سازمان‌های دولتی در خصوص همکاری نزدیک با پایگاه توسط مقام ارشد استان در مراسم افتتاحیه

• اصلاح موافقتنامه بودجه ایجاد مرکز

• برقراری ارتباط شبکه‌ای مرکزهای توسعه در کل کشور با هدف تبادل اطلاعات و تجربیات

تشکر و قدردانی

این طرح با مساعدت معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل به انجام رسیده است بدین وسیله از کارکنان محترم این معاونت که در اجرای این پروژه نهایت همکاری را با مجریان به عمل آوردند صمیمانه تشکر و قدردانی گزدد.

منابع

۱- سازمان بهداشت جهانی. گزارش جهانی سلامت سال ۲۰۰۳. ترجمه و ویرایش اکبری محمد اسماعیل، جمشیدی حمید رضا، حسن زاده علی، حسین زاده محمد، زهرایی محسن، صدری زاده بیژن و همکاران. چاپ اول، تابستان ۱۳۸۲، تهران: موسسه فرهنگی ابن‌سینای بزرگ، صفحات ۳۸، ۳۹ و ۴۳.

2-Israel BA, Schulz AJ, Parker EA, Becker AB. Review of community-based research: assessing partnership approaches to improve public health. *Annu Rev Public Health*. 1998;19:173-202.

3- Lawrence GW. CDC's planned approach to community health, an application of PRECEED and an inspiration for PROCEED. *J Health Edu*. 1992; 23(3): 140-7.