



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



دانشگاه علوم پزشکی تهران
پژوهشکده محیط زیست

الزامات، دستورالعمل ها و راهنمود های تخصصی مرکز سلامت محیط و کار

راهنمای آموزشی مدل توانمندسازی جوامع روستایی



موسسه توانمندسازی فرعیته



مرکز پژوهش های سلامت
بهبودی بر مشارکت جامعه

بهار ۱۳۹۳

۲۰۵۰۲۰۲-۱۲۰۲-۱



شابک: ۹۷۸۰۰۶۹۳۷۵۰۲

م۸ کتاب: راهنمای آموزشی مدل توانمندسازی جراحی روستایی

نویسنده: پیش نویس: محرم یوسفی سادات

مکان: پژوهشگاه محیط زیست

تاریخ و نوبت چاپ: بهار ۹۳ تیرت اول

شابک: ۹۷۸۰۰۶۹۳۷۵۰۲

شماره کتابخانه ملی: ۳۲۱۵۵۸۲

مکان و نام پدید آورنده: راهنمای آموزشی مدل توانمندسازی جراحی روستایی (نمونه‌های آماده) - از کتبه

گفتار مرکز سلامت محیط و کار، پژوهشگاه محیط زیست، کتبه پیش نویس: محرم یوسفی سادات

- محرم یوسفی سادات - (آر. وی. گران)

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

ملاحظات ظاهری: ۱۱۰ ص، عسری، مقوای، نسیم.

پانداکشن: کتبه پیش نویس: محرم یوسفی سادات (نمونه‌های آماده) - از کتبه

مکان چاپ: تهران، سپهر گوی، صفحه ۸۰، تهران، چاپخانه سادات، چاپ، مقوای نسیم.

موضوع: بهداشت روستایی

موضوع: سلامت روستایی

رده بندی دیویی: ۳۳۱

رده بندی کنگرد: ۶۱۷.۷۷۱۲: ۶۱۷.۷۷۱۲

شماره افزودنی: راهنمای سلامت محرم

شماره افزودنی: تهران وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مرکز سلامت محیط و کار

شماره افزودنی: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران پژوهشگاه محیط زیست

شماره افزودنی: تهران وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشت

و منبعت فهرست نویسی: آریا

- عنوان گایدلاین: راهنمای آموزشی مدل توانمندسازی جوامع روستایی

- کد اثرات: ۱-۱۲۰۲-۲۰۲۰۲۰۲۰۲۰۲۰۲۰

- تعداد صفحات: ۱۱۰

مرکز سلامت محیط و کار:

شهرک قدس - بلوار فرخزادی - بلوار ایرانشهر - ساختمان سرکشی وزارت بهداشت، درمان و

آموزش پزشکی - بلوک A - طبقه ۱۱- واحد شمالی

تلفن: ۸۱۴۵۴۱۲۰

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

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

تهران - خیابان کارگر شمالی - ترسیده به بلوار کشاورز - پلاک ۱۵۴۷ طبقه مشتم

تلفن: ۸۸۹۷۸۳۹۹-۰۲۱ دورنگار: ۸۸۹۷۸۳۹۸-۰۲۱

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

موسسات همکار تدوین راهنما:

موسسه توانمندسازی فریخته

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

کمیته فنی تدوین راهنما

نام و نام خانوادگی	مرتبه علمی سمت	محل خدمت
محرم یوسفی سادات	رئیس هیئت مدیره، موسسه نویسنده اصلی	موسسه لیرنوالی توانمندسازی فریخته
نسبه چشمپوی	دستیار دکتری تخصصی آموزش و ارتقای سلامت نویسنده اصلی	مرکز پژوهش های سلامت مبتنی بر مشارکت جامعه دانشگاه علوم پزشکی تهران
سعید صادقیه امیری	دستیار پزشکی اجتماعی نویسنده اصلی	مرکز تحقيقات SDH دانشگاه علوم پزشکی ارسبیل
سیبفرسا مجدزاده	استاد اپیدمیولوژی رئیس مرکز	مرکز پژوهش های سلامت مبتنی بر مشارکت جامعه
غندان شاهنده	دستیار دکتری تخصصی آموزش و ارتقای سلامت	مرکز پژوهش های سلامت مبتنی بر مشارکت جامعه
ابراهیم صادفرزاده	پزشک، رئیس شبکه بهداشت و درمان پارس آباد	دانشگاه علوم پزشکی ارسبیل
مهران خلفی	کارشناس عضو کمیته	مرکز سلامت محیط و کار
سپهرین فتوی	کارشناس عضو کمیته	مرکز سلامت محیط و کار
مصومه سادات مدنی	کارشناس عضو کمیته	مرکز سلامت محیط و کار
عبدالرضا اسدی	کارشناس مسئول پیاده سازی سلامت اجتماعی کشور	سازمان بهداشتی کشور

صفحه	فهرست:
۶	۱- مقدمه
۷	۲- تعاریف واژگان
۷	۳- مروری بر رویکرد توانمندسازی در برخی برنامه های جهان و ایران
۷	۳-۱ برخی تجارب جهان
۱۱	۳-۲ برخی تجارب ایران
۱۴	۳-۳ درس های آموخته از تجارب موفق
۱۴	۴- نگاهی اجمالی به رویکرد اجتماع محور در توسعه جوامع محلی
۱۵	۴-۱ اصول توسعه اجتماع محور
۱۶	۴-۲ رویکرد توانمندسازی به توسعه محلی
۱۶	۴-۳ اهداف اختصاصی و شاخص های ارزیابی آنها
۱۷	۵- گام های اجرایی دبیرخانه ابتکارات جامعه محور در توانمندسازی جوامع محلی
۱۷	۵-۱ انتخاب مناطق هدف
۱۸	۵-۲ تامین منابع مالی و تخصیص آن متناسب با فرایند اجرایی از سوی دستگاه متولی
۱۹	۵-۳ تعیین کارشناسان مجری طرح و آموزش و توجیه آنها
۱۹	۵-۴ اقدامات تسهیلگران در ورود به یک جامعه محلی
۱۹	۵-۵ شناسایی داوطلبین محلی بر اساس معیارهای تعیین شده
۲۰	۵-۶ تشکیل تیم اجرایی اولیه از بین داوطلبان محلی
۲۰	۵-۷ آموزش موسسه های مجری محلی و تیم های اجرایی در مناطق هدف
۲۰	۵-۸ بررسی های محلی و پایش فرایند طرح
۲۰	۶- پیاده سازی فرایند توسط تیم داوطلب در جامعه محلی
۲۰	۶-۱ اعتمادسازی نسبت به خود و قابلیت های خود در ذی نفعان
۲۰	۶-۲ ارزیابی و تحلیل جامعه
۲۱	۶-۳ تحلیل ذی نفعان
۲۱	۶-۴ اطلاع رسانی مستمر توسط تیم اجرایی یا مرکز توسعه روستا
۲۱	۶-۵ سازمان یابی ثانویه حداقل در قالب یک سازمان اجتماع محور
۲۲	۶-۶ بسیج اجتماعی، جلب حمایت و مشارکت ذی نفعان
۲۲	۶-۷ نیازسنجی و اولویت بندی نیازها و مشکلات روستا
۲۲	۶-۸ برنامه ریزی (تعریف اقدامات و طرح های مداخله ای)
۲۳	۶-۹ پایش و ارزشیابی اقدامات و طرح های مداخله ای
۲۳	۶-۱۰ گزارش دهی مستمر مراحل فرایند و یادگیری از تجارب
۲۳	۷-۱۱ ورود به چرخه پایداری
۲۴	۷- پایش و ارزشیابی در برنامه ابتکارات جامعه محور
۲۴	۷-۱ پایش و ارزشیابی درونی
۲۴	۷-۲ پایش و ارزشیابی بیرونی
۲۴	۸- مستندسازی تجارب موفق و فعالیت های برنامه ابتکارات جامعه محور
۲۴	۸-۱ اهداف مستندسازی در ابتکارات جامعه محور
۲۴	۸-۲ ثبت تجارب موفق
۲۵	۸-۳ مراحل ثبت تجربه های موفق

پیشگفتار

یکی از برنامه های مرکز سلامت محیط و کار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین و انتشار رهنمودهای مربوط به حوزه ها و زمینه های مختلف بهداشت محیط و حرفه ای و سایر موضوعات مرتبط است که با بهره گیری از توان علمی و تجربی کارشناسان، متخصصین

و صاحب نظران متعددی از سراسر کشور، انجام شده است. در این راستا سعی شده است ضمن بهره گیری از آخرین دستاوردهای علمی، از تجربه کارشناسان و متخصصین حوزه ستادی مرکز سلامت محیط و کار نیز استفاده شود و در مواردی که در کشور قوانین، مقررات و دستورالعمل های مدونی وجود دارد در تدوین و انتشار این رهنمودها مورد استناد قرار گیرد. تمام تلاش کمیته های فنی مسئول تدوین رهنمودها این بوده است که محصولی فاخر و شایسته ارائه نمایند تا بتواند توسط همکاران در سراسر کشور و کاربران سایر سازمان ها و دستگاههای اجرائی و بعضاً عموم مردم قابل استفاده باشد ولی به هر حال ممکن است دارای نواقص و کاستی هایی باشد که بدینوسیله از همه

متخصصین، کارشناسان و صاحب نظران ارجمند دعوت می شود با ارائه نظرات و پیشنهادات خود ما را در ارتقاء سطح علمی و نزدیکتر کردن هر چه بیشتر محتوای این رهنمودها به نیازهای روز جامعه یاری نمایند تا در ویراست های بعدی این رهنمودها بکار گرفته شود. با توجه به دسترسی بیشتر کاربران این رهنمودها به اینترنت، تمام رهنمودهای تدوین شده بر روی تارگاہ های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (وبدا)، معاونت بهداشتی، پژوهشکده محیط زیست دانشگاه علوم پزشکی تهران و مرکز سلامت محیط و کار قرار خواهد گرفت و تنها نسخ بسیار محدودی از آنها به چاپ خواهد رسید تا علاوه بر صرفه جویی، طیف گسترده ای از کاربران به آن دسترسی مداوم داشته باشند.

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

دکتر کاظم ندافی

رئیس مرکز سلامت محیط و کار

۱- مقدمه

هدف از برنامه ابتکارات جامعه محور که شامل شهر و روستای سالم، نیازهای اساسی توسعه و توانمندسازی زنان است، دستیابی به کیفیت بهتر زندگی از طریق توسعه اقتصادی اجتماعی است. رویکرد این برنامه جامع نگرى به مقوله سلامت و افزایش کنترل جامعه بر مولفه های تاثیرگذار است. **سابقه اجرای این برنامه در ایران به سال ۱۳۷۰ و آغاز اجرای برنامه «شهر سالم» بر می گردد.** در طی دو دهه اجرای این برنامه، ارزیابی های مختلفی از برنامه انجام شده است که نیاز به بازنگری در برخی از ابعاد آن را ضروری ساخته است. نویسندگان این کتاب، از این اقبال برخوردار بوده اند که از نزدیک با تجربه اجرای این برنامه در مناطق هدف آن آشنا شده، با دست اندرکاران مختلف آن در بخش دولتی و نیز گروه های محلی به بحث و گفتگو نشست و در نشست هایی با حضور دست اندرکاران و برخی از صاحب نظران رویکردهای جامعه محور شرکت کنند. بر اساس تحلیل انجام شده، موضوعی که نیاز به برنامه ریزی جدی وزارت بهداشت در برنامه ابتکارات جامعه محور دارد، مقوله توانمندسازی جامعه محلی برای حضور موثر و ایفای مسئولیت خود در قبال توسعه محلی و ارتقای سلامت می باشد. از دیدگاه نویسندگان، توانمندسازی جوامع محلی و در نظر گرفتن نقش عاملیت جامعه در توسعه و پایداری تاثیرات، یکی از ارکان ضروری در اتخاذ رویکردهای اجتماع محور می باشد و برنامه شهر و روستای سالم نیز از این اصل مستثنی نخواهد بود. به منظور ارائه روش و راهبرد متناسب و مناسبی برای رفع این نیاز یعنی توانمندسازی جامعه محلی در این برنامه، علاوه بر مرور برخی تجارب بین المللی در سطح برخی مناطق جهان، تجارب موفقى که بر اساس الگوهای توسعه اجتماع محور از طریق موسسه توانمندسازی فرهیخته در همکاری با مرکز امور مشارکت زنان ریاست جمهوری، دفتر توانمندسازی خانواده و زنان سازمان بهزیستی کشور و موسسه بین المللی توسعه خدمات مالی خرد (تاک) در سطح محلات روستایی و شهری به اجرا درآمده اند، مورد بررسی قرار گرفته و هم چنین از تجارب مرکز پژوهش های سلامت مبتنی بر مشارکت جامعه در زمینه توانمندسازی جامعه در موضوعات سلامت نیز بهره گرفته شده است. بر این اساس و نیز بر طبق اصول پذیرفته شده رویکردهای اجتماع محور، نویسندگان این کتاب سعی نموده اند تا در این راهنما، توصیه هایی به صورت گام به گام به ویژه در تبیین نقش ها و مسئولیت های جامعه محلی و نحوه پرداختن به مسائل و نیازهای فراروی خود، اصول سازمان یابی، نحوه ارتباط و تعامل با بخش های دیگر جامعه به خصوص نهادها و سازمان های دولتی و سایر موضوعاتی که در انجام اقدامات جامعه محور به نوعی چالش محسوب می شوند برای مجریان برنامه ارائه کنند. به علاوه، این راهنما سعی دارد تا ضمن پرداخت مناسب به چالش مطرح، مسیر روشن تری را با توجه به اصول رویکرد اجتماع محور تبیین نماید.

در پایان، امیدواریم که رویکردهای اجتماع محور و توانمندسازی اقشار مختلف در ارتقای سلامت، بتواند به عنوان یکی از سیاست های راهبردی در وزارت بهداشت و درمان در آینده نزدیک، نهادینه شده و این برنامه در مناطق روستایی کشور تسری پیدا کند. مولفان این کتاب باور دارند

که بخش های مختلف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با به کارگیری این رویکرد، باعث تحقق مشارکت واقعی جامعه در برنامه های سلامت محور در راستای تحقق مأموریت سازمانی خود خواهند گردید.

محرم یوسفی سادات، انسیه جمشیدی

فروردین ۱۳۹۳

۲- تعاریف واژگان

روستا: از نظر این راهنما، روستا یک محدوده جغرافیایی بوده که در تقسیمات کشوری زیر مجموعه دهستان می باشد. **روستاهای هدف می بایست حداقل دارای 100 نفر جمعیت باشد تا امکان سرشماری، گروه بندی و تسهیگری در آنها برای اقدامات اجتماع محور وجود داشته باشد.**

تسهیلگر: در این راهنما، به معنای فردی است که فرایند کار گروهی، دستیابی به اهداف توسعه محلی و سلامت را در گروه ها و اجتماعات محلی تسهیل می کند. این فرد کارشناس تعیین شده از سوی موسسات مجری محلی می باشد که پس از شرکت در کارگاه های آموزشی به تیم های اجرایی روستا در پیاده سازی فرایند کمک می کند.

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

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

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

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

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

موسسه مشاور عالی برنامه: این موسسه از سوی دبیرخانه ابتکارات جامعه محور وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تعیین می شود. وظیفه آن کمک به برنامه ریزی، توجیه استان های هدف و آموزش کارشناسان دانشگاه ها، موسسات مجری محلی و تیم های اجرایی روستاهای هدف می باشد. انجام پایش های دوره ای نیز از مسئولیت های موسسه مشاور است.

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

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

۳-۱- برخی تجارب جهان

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

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

¹ Zimmerman

² Mohan, et al.

³ Motohashi, et al

⁴ Plough, et al

پرستون^۶ و همکاران در سال ۲۰۱۰، مروری را بر مطالعات صورت گرفته در زمینه مشارکت جامعه در مراقبت بهداشتی اولیه انجام دادند. در مجموع، ۶۹۹ مطالعه که در طی سال های ۱۹۹۷ الی ۲۰۰۸ انجام شده بود، مورد مرور قرار گرفت. معیارهای بررسی مقالات، شامل انجام مداخلات در سطح روستا، بررسی مشارکت جامعه در مراقبت بهداشتی اولیه و ارزیابی پیامدهای مشارکت (مثبت، منفی یا خنثی) بودند. انواع مشارکت مورد بررسی شامل مشارکت ابزاری، توانمند سازی و توسعه اجتماعی بود. نتایج نشان داد که اتخاذ رویکرد های توانمند سازی و توسعه اجتماعی نسبت به مشارکت جامعه، منجر به بهبود پیامد های سلامت در مادران و نوزادان، کاهش مرگ و میر و دسترسی بهتر به خدمات سلامت در جوامع روستایی شده است. به کارگیری رویکرد توسعه اجتماعی از طریق جلب مشارکت جامعه در مراحل مختلف برنامه ریزی اجتماع محور و افزایش مدیریت جامعه بر فرآیند، موجب بهبود سطح اعتماد و رضایت نسبت به ارائه خدمات سلامت، تغییر الگوی تغذیه ای جامعه در پیش گیری از بیماری دیابت، جذب منابع سایر ذینفعان در برنامه سلامت جوانان، تأثیر گذاری جامعه بر برنامه عملیاتی بین بخشی و تغییر در قانون گذاری و سیاست گذاری مرتبط با الکل شده است. اکثر این مطالعات از سطح شواهد بالایی (طراحی مناسب مطالعه) برخوردار بودند.

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

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

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

این برنامه نخستین بار در چهار منطقه در سال ۱۹۹۹ پایلوت شد. اعتبار این پروژه از موسسه توسعه بین الملل^۷ تأمین می شد که از حمایت شرکای مختلف دیگر نیز برخوردار گردید. در حال حاضر نیز این برنامه با حمایت صندوق جمعیت سازمان ملل^۸ در حال تداوم است. در این برنامه از روش بسیج اجتماعی و توانمندسازی جامعه بهره گرفته شد. هدف این بود که خانواده های محروم جامعه از طریق اعضای جامعه شناسایی شده و در تصمیم گیری ها مشارکت داده شوند. این خانواده ها به پا بین ترین دهک درآمدی جامعه تعلق داشتند و مالک خانه یا زمین نبودند. علاوه بر این، دسترسی به خدمات مراکز بهداشتی نداشته و در تصمیم گیری های روستا نیز نقش فعالی ایفا نمی کردند. پروژه پایلوت در حیطه تنظیم خانواده و خدمات سلامت کودک، در ۱۶ منطقه شروع شد و ۳۰۴۰۰ نفر را در بر گرفت. تا پایان پروژه، جمعیت تحت پوشش شامل ۶۵۰۰۰ نفر از ۲۲ منطقه بود. انتخاب منطقه پایلوت براساس دو معیار انجام گرفت: اول نیاز منطقه و دوم وجود یک تیم رهبری که بتواند گروه ها را هدایت کند. فراهم کنندگان خدمات سلامت به عنوان تسهیلگر کار را با داوطلبین تنظیم خانواده و رهبران حمایت کننده در روستاها که از انگیزه کافی برخوردار بودند، آغاز کردند.

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

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

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

⁵ Geounuppakul, et al

⁶ Preston, et al.

⁷ U.S. Agency for International Development

⁸ United Nations Population Fund

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

یکی از عوامل موفقیت برنامه، انتخاب مناسب مناطق پایلوت بود که شناسایی شرکا، منجر به ایجاد یک چشم انداز مشترک و برنامه ریزی برای ارزیابی شاخص ها گردید. متعاقب برنامه، نمایندگان خانواده های محروم نیز در ساختارهای رسمی جامعه سهیم شدند و از خدمات تنظیم خانواده و خدمات سلامت کودکان استفاده نمودند. کارکنان پروژه، به سازماندهی تیم های روستایی کمک کردند. در این تیم ها، رهبران رسمی و غیر رسمی، کارکنان سلامت جامعه، کمیته ها و نمایندگان شوراهای مختلف نیز حضور داشتند. از گروه های اقلیت نیز در تیم ها دعوت به عمل می آمد.

تیم های مشارکت کننده تکنیک هایی از قبیل مهارت های رهبری، حل تضاد، مدیریت کارگروهی، تدوین پروپوزال، بسیج منابع انسانی و مالی و جلب حمایت در جهت تغییر سیاست ها را آموختند. با استفاده از ابزارهای مشارکتی، مفاهیم تنظیم خانواده نیز آموزش داده شد. در رویکرد بسیج اجتماعی، از بسیج ارتباطی و رسانه ای نیز بهره گرفته شد تا تغییرات سیاسی و اجتماعی تسهیل گردد. بازدید جوامع از برنامه های یکدیگر، درس های آموخته شده را بین جوامع تسهیل نمود. پس از پایان چرخه بسیج اجتماعی، یک مرحله قدردانی و جشن موفقیت ها نیز اضافه شد. پایش پیامدهای محیطی و سلامت توسط جامعه و مشارکت جامعه و ظرفیت های ایجاد شده، از عوامل موثر بر موفقیت برنامه بودند. به عنوان مثال، داوطلبین از ابزارهایی برای مشخص کردن و پیگیری زوج ها و میزان استفاده آنها از وسایل پیشگیری، استفاده کرده بودند. علاوه بر این، تیم های محلی طی سلسله جلساتی، اطلاعات را با یکدیگر در میان می گذاشتند. توزیع نتایج برنامه بین اعضای جامعه، انگیزش لازم را برای ادامه فعالیت ها ایجاد می کرد.

یکی دیگر از عوامل موفقیت برنامه، ظرفیت سازی سازمانی و تقویت سیستم ها بود که از طریق آموزش رسمی و غیر رسمی (استاد - شاگردی) انجام شد. اعضای جامعه در مورد نحوه برنامه ریزی، اجراء، پایش و ارزشیابی پروژه نیز آموزش می دیدند. به کارگیری رویکرد توانمند سازی و بسیج اجتماعی برای تنظیم خانواده و اقدامات محیطی در ایجاد پیامدهای مرتبط با سلامت فردی و ارتقای ظرفیت مدیریت جامعه برای حفظ این پیامد ها موثر بود. پیامدهای حاصل از اجرای این برنامه در سطح فرد/خانواده به شرح زیر بود:

- استفاده از خدمات سلامت مادران به طور معنی داری در سطح جمعیت افزایش یافت. به عنوان مثال میزان انجام آزمایشات قبل و بعد از بارداری، مصرف آهن و ویتامین مکمل، ایمن سازی کزاز، تنظیم خانواده و آموزش سلامت، افزایش یافت.
- ایمن سازی سل و دیفتی در گروه های روستایی ساکن در حاشیه، افزایش یافت.
- درمان مناسب بیماری های اسهالی در گروه های محروم روستایی افزایش یافت.
- مصرف قرص های ضد بارداری در این جامعه به میزان ۷٪ در مقایسه با متوسط مصرف مناطق افزایش یافت.
- ۱۸ منطقه تفریحی حفاظت شده و ۹۰۳ هکتار منطقه حفاظت شده ماهیان ایجاد شد.

علاوه بر پیامد های مرتبط با سلامت مادر و کودک، ظرفیت جوامع مشارکت کننده برای شناسایی نیاز و اقدام جمعی نیز ارزیابی شد که نتایج نشان داد ظرفیت های مذکور افزایش یافته است.

پیامدهای حاصل از اجرای این برنامه در سطح جامعه به شرح ذیل بود:

- تمامی جوامع برنامه های عملیاتی را تدوین کرده و ۹۲٪ از جوامع آن را به موقع به اتمام رساندند.
 - ۳۲ نفر از اعضای تیم آموزش دیدند که دو عضو از هر سه عضو شرکت کننده از طبقه مناطق محروم بودند. هم چنین بسیاری از آنها موقعیت های رهبری را در گروه داشتند.
 - کار گروه های سلامت و محیط شکل گرفته و به آنها ۶۲۰۰۰ دلار بودجه اختصاص داده شد.
- در سطح ملی نیز ائتلاف محیط و سلامت شکل گرفت که در آن ۲۰۰ سازمان غیر دولتی محلی و بین المللی به عضویت آن درآمدند.
- اولین کنفرانس ملی این گروه ها در سال ۲۰۰۴ برگزار شد که رهبران ملی و محلی به طور جدی، از قرارگیری موضوعات در دستور کار سیاست های سلامت و محیط در سطح ملی حمایت کردند (پلمن و تاپیا^۹، ۲۰۰۷).

تجربه دوم: تجربه برنامه توانمند سازی زنان در مدیریت پسماند^{۱۰}

این برنامه توسط کمیته زنان حفاظت از محیط زیست^{۱۱} از سپتامبر ۲۰۰۵ تا اگوست ۲۰۰۷ در نیپال به اجرا درآمده و جایزه وزارت علوم و فن آوری محیط زیست^{۱۲} را در سال ۲۰۱۰ به دست آورده است. این فرایند به طور خودجوش و خلاقانه توسط گروهی از زنان شروع شد و در ادامه از حمایت صندوق توسعه ملل متحد برخوردار شد. اکثر افراد آغازگر برنامه از گروه های محروم جامعه بودند. تجارب موفق تولید بیوگاز از پسماند و مشارکت دادن ذی نفعان دیگر مانند دانش آموزان، بخش خصوصی (دایره سبز) و خانوارها در کاهش روزانه سه تن پسماند موجب شد تا این کمیته به عنوان مرکز آموزش و مدیریت منابع پسماند، ایفای نقش نماید. همچنین موفقیت آنها در برنامه به گونه ای است که سالیانه ۵۰۰۰ بازدید کننده از اقدامات آنها بازدید می نماید. اقداماتی که در این برنامه انجام شد، به شرح ذیل می باشد:

- **آگاه سازی و آموزش:** در این ارتباط انجمن های دانش آموزی شکل گرفت که ۱۴۰۰ دانش آموز، آموزش های موضوعات زیست محیطی را دریافت کرده و در کمپین های مرتبط شرکت می کردند.
- **برنامه دایره سبز:** اعضای این کانون اقدام به جمع آوری کاغذهای باطله از بانک ها، هتل ها و مراکز عمومی نموده و پیش بینی کردند که سالیانه حدود ۷۲ تن کاغذ (که ۷۰٪ از آنها قابل بازیافت می باش) در این مراکز تولید و جمع آوری گردد.
- **جمع آوری زباله:** پسماندها از ۱۸۶۱ خانوار جمع آوری می شد. کمیته مذکور ۷ گروه جمع آوری کننده مواد زائد را نیز به استخدام درآورد و مبلغ اندکی نیز در ماه به ازای هر خانوار پرداخت می نمود. همچنین در حدود ۷ تن پسماند در روز جمع آوری می شد. زنان ۴۰۰ خانوار، عملیات تفکیک زباله را در خانه خودشان انجام می دادند و همچنین خودشان اقدام به تولید کمپوست کرده و مواد تجزیه ناپذیر زیستی مانند پلاستیک و فلزات را به فروش می رساندند.
- **تولید بیوگاز:** یک اتاقک تولید بیوگاز با ظرفیت ۶ متر مکعبی تعبیه شد. هم چنین نقشه تولید بیوگاز با ظرفیت ۵۰ مترمکعبی نیز جهت استقرار در یک مدرسه طراحی گردید.
- **تشکیل تعاونی پس انداز و اعتبارات**

پیامدهای برنامه عبارت بودند از:

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

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

پیامد در سطح سیاست های کشور: دولت نیپال برنامه یارانه بیوگاز را برای افراد و برخی موسساتی که مخازن بیوگاز (از فضولات گاوی) ایجاد می کردند، اختصاص داد.

تسری برنامه به سایر مناطق: این برنامه به ۲۰ منطقه دیگر نیز توسعه پیدا کرد. ۸۹۲ زن در قالب ۳۰ گروه، این برنامه را در مناطق دیگر اجرا کردند.

پایداری: برنامه به شکلی طراحی شده که علاوه بر مشارکت طلبیدن از خانوارها و دانش آموزان که خود موجب پایداری برنامه می شوند، درآمد پایداری را نیز برای خانوارها ایجاد کرده است. علاوه بر درآمدهای حاصل از حق عضویت و هزینه جمع آوری، درآمدهای حاصل از بازیافت؛ اجاره دادن اماکن آموزشی و ارائه کمک و مشاوره های تخصصی نیز از منابع کسب درآمد پایدار دیگر محسوب می گردند (صندوق توسعه ملل متحد^{۱۳}، ۲۰۱۰).

¹⁰ Empowering women one community at a time

¹¹ Women Environment Protection Committee

¹² Ministry of Environment, Science and Technology, Women

¹³ United nation Development Program

۳-۲ برخی تجارب ایران

تجربه اول: طرح جمع آوری و تفکیک زباله از مبدا

الف: اهداف کلی برنامه: بهینه سازی جمع آوری و تفکیک زباله از مبدا به روش مشارکتی

ب: معرفی کلی طرح: این پروژه در منطقه شهنمای شاهرود طی سال های ۱۳۸۴ تا ۱۳۸۵ توسط پایگاه تحقیقات جمعیت دانشگاه علوم پزشکی شاهرود با همکاری شهرداری، فرمانداری و موسسه توسعه پایدار، انجام شد.

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

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

د: نتایج و دستاوردها: نتایج نشان داد که در ماه اول اجرای طرح، ۷۰ درصد مردم (پیش بینی قبلی پروژه: ۵٪)، در ماه دوم، ۸۷/۷ درصد (پیش بینی قبلی پروژه: ۱۷٪) و در ماه سوم، ۸۷ درصد مردم (پیش بینی قبلی پروژه: ۲۲٪)، نسبت به تفکیک زباله های خود اقدام کردند. در ماه اول اجرای طرح، ۹۲ درصد مردم منطقه از اجرای طرح راضی بودند. در ماه سوم نیز رضایت ۹۰٪ بود. در پایان ماه سوم ۸۰٪ از ساکنین نسبت به بازیافت، اهمیت آن و نحوه انجام تفکیک زباله از آگاهی خوبی برخوردار بودند. ۸۵٪ از اهالی معتقد بودند که اجرای این طرح باعث بهتر شدن عملیات جمع آوری زباله های تر شده و ۷۵٪ این اقدام را در رفع توده های تلنبار شده زباله مفید دانستند.

ه: نقاط قوت طرح: این پروژه مبتنی بر نیازهای جامعه بوده و منجر به ارتقای آگاهی و رضایتمندی، حذف توده های تلنبار شده در سطح منطقه و تفکیک زباله از مبدا شده و از همه مهم تر نمایانگر توانمندی جامعه در حل مشکلات خود و جدیت و پیگیری جمعی آنها می باشد.

و: نقاط ضعف و چالش های طرح: همکاری بین بخشی مهم ترین چالش این طرح می باشد (رودباری، ۱۳۸۶).

تجربه دوم: طرح پشتیبانی خدمات مالی خرد روستایی

الف: اهداف کلی برنامه: توانمندسازی اقشار کم درآمد و آسیب پذیر روستایی در جهت افزایش درآمد و بهبود معیشت آنها به خصوص در گروه زنان و جوانان که دسترسی به منابع مالی ندارند.

ب: معرفی کلی طرح: این برنامه از سال ۱۳۷۹ توسط موسسه بین المللی تاک و با حمایت صندوق بین المللی توسعه کشاورزی (ایفاد) و بانک کشاورزی ایران آغاز شده و در ادامه سازمان بهزیستی هم از سال ۱۳۸۸ به این برنامه ملحق گردید. برنامه در سطح ۱۰ استان کشور اجرا شده که موسسات غیردولتی اعم از سازمان های غیردولتی، کلینیک های مددکاری و شرکت های تعاونی و خصوصی و حتی افراد حقیقی که آموزش های لازم را دیده اند، در اجرای طرح در سطح محلی همکاری دارند. موسسه فرهیخته در این زمینه در اجرای فاز اول و دوم طرح همکاری داشته است.

- ج. **روش و فعالیت های طرح:** فعالیت های عمده این طرح بر طبق روش بانک داری پیوندی و از طریق تشکیل توسعه گروه های خودیار مالی که یک نهاد محلی اجتماع محور می باشد، عبارت بودند از:
- مطالعات و بررسی های اقتصادی- اجتماعی و نیز میل به کارآفرینی در جوانان روستایی که در سطح ۲۷۰۰ خانوار در ۵ استان به منظور جمع آوری اطلاعات کلیدی، شناسائی گروه های هدف، تخمین سطح درآمد خانوارها، میزان دسترسی آن ها به تسهیلات بانکی و علل محدودیت دسترسی افراد به این تسهیلات انجام گردید.
 - آموزش و ظرفیت سازی که رکن اصلی این برنامه بوده و در سه سطح بانک، گروه های مالی محلی و نیز اعضای این گروه ها صورت گرفت. برنامه آموزشی از سه طریق: (الف) آموزش های نظری و علمی در کلاس (ب) آموزش های عملی و میدانی از طریق کارورزی و (ج) آموزش از طریق بازدید تجارب موفق در خارج از کشور به مخاطبان ارائه گردید. ظرفیت سازی در اعضای گروه در زمینه های پویائی گروه، مدیریت سازمانی و مالی، حسابداری، خدمات توسعه اشتغال و فن آوری و برنامه کنش گروه بوده است.
 - تشکیل گروه های خودیار مالی در سطح روستاهای هدف که به صورت خودجوش در بین افراد گروه های هدف و توسط تسهیلاتگران آموزش دیده انجام شد.
 - تجهیز و گردش پس انداز توسط گروه های خودیار، جزئی از راهبرد بقاء برای افراد فقیر و کم درآمد است. به همین دلیل در «بانک داری پیوندی از طریق گروه های خودیار»، پس انداز رکنی اساسی است که بدون آن و حتی با تضعیف آن، بانک داری پیوندی نمی تواند وجود داشته باشد.
 - در واقع عملکرد گروه ها در زمینه پس انداز و نحوه اداره آن معیار اصلی اعتبارسنجی و تعیین درجه بانک پذیری گروه های خودیار است.
 - بانک پذیری و اعطای اعتبارات توسط بانک کشاورزی به گروه ها و وصول آن ها. در این خصوص بانک کشاورزی طی دستورالعمل ارسالی به استان های هدف به شماره ۲/۴۰۱/۱۶ مورخه ۱۳۸۴/۱۲/۲۵ توجیهات لازم را در مورد شرایط و نحوه اجرای روش بانک داری پیوندی به ویژه در مورد گروه های خودیار تشریح نموده است. بر این اساس گروه های خودیار، وام بانک را به صورت عمده و یکپارچه دریافت داشته و سپس از محل آن بر اساس مصوبات خود گروه و بر حسب اعتبارسنجی درون گروهی، از طریق قراردادهای داخلی به اعضای خود وام پرداخت می کنند.
 - گروهی که فرایند انباشت سرمایه اجتماعی در آن به درستی اتفاق افتاده باشد، می تواند از بانک، وام دریافت نماید.
 - اشتغال و فعالیت های درآمد زا، نتیجه استفاده برخی از اعضای گروه های خودیار از وام های بانکی کشاورزی است که در فرآیند آموزش و ظرفیت سازی نیز تمهیدات لازم برای خدمات توسعه اشتغال و ارتقای فن آوری در نظر گرفته شده است. در طی اجرای طرح، با نیازسنجی در داخل گروه ها، راهنمایی گروه ها و یا افراد آن به سوی منابع خدمات مورد نیاز نظیر آموزش های فنی و حرفه ای، کارورزی، ترویج کشاورزی، تهیه نهاده ها و شناسایی فرصت های بازار از طریق تسهیلاتگر گروه انجام شده است. با توجه به سرانه وام ها، اعتبارات دریافتی اغلب برای ایجاد اشتغال های خرد و مشاغل خانگی صرف می شود.
 - مدیریت و مراحل اجرای طرح که شامل تقسیم وظایف و تعهدات بین ذینفعان اصلی طرح می شود. بدین صورت که تامین هزینه های اجرائی شامل مطالعات، ظرفیت سازی، آموزش (در داخل و خارج از کشور)، ایاب و ذهاب و حق الزحمه کارشناسان ایرانی و بین المللی، پاداش و اضافه کار برای کارشناسان بانک کشاورزی و کمک سرمایه به صندوق گروه های خودیار از محل منابع بلاعوض ایفاد و یا توسط سازمان بهزیستی و نیز خدمات داوطلبانه تامین شده و از طرف دیگر تامین خط اعتبار (وام) برای گروه هدف توسط بانک کشاورزی (بر اساس نرخ سود معمول بانک و بدون لحاظ نمودن یارانه) و از محل منابع داخلی بانک صورت گرفته است. بدین ترتیب اعتبارسنجی گروه های هدف و تصویب و پرداخت اعتبارات نیز مستقیماً توسط بانک ولی با مشاوره موسسه تاک انجام شده است (منصوری مشهدی، ۱۳۸۷).

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



شکل ۱- فرآیند انباشت سرمایه اجتماعی در گروه های خودیار

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

- تعداد مناطق هدف در ۹ استان هدف: ۱۱۰ روستا و ۲۵ محله شهری
- تعداد گروه خودیار و تعداد اعضای آنه: ۳۲۸ گروه با ۵۱۴۴ نفر عضو
- درصد زنان و زنان سرپرست خانوار: ۸۸٪/اعضای زن و ۱۰٪/ زن سرپرست
- جمع سرمایه کل صندوق گروه ها: ۱۰۵۵۰ میلیون ریال
- تعداد وام های داده شده و مبلغ آن: ۷۵۳۰ فقره به مبلغ کلی ۲۰۴۴۰ میلیون ریال
- کل درآمد صندوق های داخلی گروه ها: ۴۴۰۰ میلیون ریال
- میزان بازپرداخت وام های صندوق مشترک: ۱۰۰٪
- گروه های گیرنده وام اول بانک و جمع وام ها: ۲۰۱ گروه به مبلغ ۱۹۴۴۱ میلیون ریال
- تعداد اعضای بهره بردار از وام اول و سرانه وام: ۲۶۳۳ نفر با سرانه ۷/۴۶ میلیون ریال
- نرخ بازپرداخت وام های اول دریافتی از بانک: ۱۰۰٪
- گروه های گیرنده وام دوم بانک و جمع وام ها: ۸۰ گروه به مبلغ ۱۵۵۴۰ میلیون ریال
- تعداد اعضای بهره بردار از وام دوم و سرانه وام: ۱۱۳۶ نفر با سرانه ۱۳/۷ میلیون ریال
- نرخ بازپرداخت وام های دوم دریافتی از بانک: ۱۰۰٪
- گروه های گیرنده وام سوم بانک و جمع وام ها: ۱۷ گروه به مبلغ ۳۶۷۰ میلیون ریال
- تعداد اعضای بهره بردار از وام دوم و سرانه وام: ۲۲۶ نفر با سرانه ۱۶/۲ میلیون ریال
- نرخ بازپرداخت وام های دوم دریافتی از بانک: ۱۰۰٪

ه. نقاط قوت طرح: پایداری گروه های خودیار، به طوری که تاکنون کمتر از ۵٪ آنها طی ۵سال منحل شده اند و بقیه به صورت پایدار فعالیت دارند، وجود دو منبع تامین مالی در گروه خودیار که شامل صندوق مشترک و نیز وام دریافتی از بانک کشاورزی بوده است، پشتیبانی طرح از فعالیتهای متنوع کسب و کار اعضای گروه ها، مشارکت بالای زنان در طرح و حضور زنان سرپرست خانوار در ترکیب گروه های خودیار، استفاده از تجارب و دانش سطح اول جهانی، برون سپاری فعالیت ها به بخش های غیردولتی در مناطق هدف، استمرار آموزش ها در طول برنامه و پذیرش گروه های خودیار توسط بانک کشاورزی به عنوان یک نهاد مالی واسطه.

و. نقاط ضعف و چالش های طرح: تعهد و کارآمدی پایین برخی از موسسات غیردولتی مجری، تغییر در کارکنان موسسات مجری و ریزش تسهیلات در طی فرآیند کار، طولانی شدن زمان بانک پذیری در برخی از مناطق هدف و دوری راه برای تسهیلاتگران و ناظران در برخی از مناطق (منصوری مشهدی، ۱۳۹۱).

۳-۳ درس های آموخته از تجارب موفق

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

- نزدیک بودن روستاهای هدف به مرکز شهرستان
- داشتن تعداد خانوار و میزان جمعیت مناسب (برای روستاها ۱۰۰ تا ۵۰۰ خانوار و برای محلات شهری ۵۰۰ الی ۲۰۰۰ خانوار)
- وجود سطح نسبی از سرمایه اجتماعی با توجه به مولفه هایی نظیر سواد، مشارکت، هویت مشترک از نظر قومیت یا همسایگی و زبان، اعتماد عمومی و...

ب. برخی از نهادهای دولتی مرتبط به عنوان مشاور در انتخاب روستاهای هدف می توانند همکاری داشته باشند از جمله جهادکشاورزی، مرکز بهداشت، بانک کشاورزی، کمیته امداد امام، بخشداری، آموزش و پرورش و بهزیستی.

ج. توجه به شاخص های ذیل برای این که گروه اولیه از افراد پیشگام اقدامات اجتماع محور قرار گرفته و فرایند توانمندسازی برای آنها طراحی و پیاده شود:

- برخورداری از علاقه و انگیزه لازم در زمینه توسعه محلی
- برخورداری از تحصیلات کافی
- مورد تأیید بودن از طرف معتمدان و افراد کلیدی محل
- برخورداری از مهارت های ارتباطی

د. یکی از ابعادی که می بایست در فرایند توانمندسازی به آن توجه شود، سطح دانش و مهارت گروه هدف در زمینه ابزارهای توسعه محلی می باشد، لذا محتوای آموزشی می بایست شامل حداقل سه مبحث کلی ذیل و تکنیک های مرتبط با آنها باشد:

- ارزیابی منابع جامعه و تحلیل ذینفعان
- نیازسنجی مشکلات و نیازهای محلی
- برنامه ریزی و تهیه برنامه اقدام

و. از بررسی تاثیرات این طرح ها می توان نتیجه گرفت که مقوله توانمندسازی نقش مهمی در ارتقای توانمندی ها و نقش افراد جامعه محلی - اعم از روستاها و محلات محروم و کمتر توسعه یافته شهری - در توسعه محلی دارد و لذا باید در سیاستگذاری ها و برنامه ریزی های کلان کشور، به عنوان یک ضرورت جدی به آن پرداخته شود. زیرا با مشارکت این افراد توانمند شده، زمینه مناسب برای استفاده از تعهد و انگیزه، دانش و ظرفیت این افراد در توسعه محلی فراهم می گردد.

گرچه استفاده از ظرفیت جوامع محلی و اجرای اقدامات جامعه محور با حمایت شهرداری ها، بهزیستی، وزارت بهداشت و ...، رویکرد بسیار مثبتی می باشد اما لازم است که: (۱) با کم کردن بروکراسی های اداری، سرعت بخشیدن به روند اجرایی و تعامل نزدیک تر نهادهای دولتی و نهادهای غیردولتی (۲) تهیه الگوی واحد برای توسعه محلی به منظور جلوگیری از اتلاف منابع و (۳) ایجاد وحدت رویه و جلوگیری از سردرگمی گروه های هدف؛ بهره مندی هرچه بیشتر جامعه هدف از اجرای این گونه برنامه ها تضمین شود (منصوری، ۱۳۸۷).

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

معمولاً دو رویکرد عام در توسعه و پرداختن به مسائل و نیازهای جامعه قابل توجه است: اول، رویکرد ارائه مستقیم خدمات^{۱۴} و ساختارسازی، که دولت محور و عرضه مدار است و دوم، رویکرد اجتماع محور^{۱۵} که در اصل تقاضا مدار می باشد.

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

رویکرد اجتماع محور، بیش از همه بر نقش بخش داوطلبانه و مردمی در توسعه محلی و شکل گیری سازمان های اجتماع محور^{۱۶} تأکید دارد. در این رویکرد، اجتماعات محلی پیش قدم شده، به صورت خودجوش سازمان یافته تا به علایق و اهداف مشترک از جمله حل مسائل، دستیابی به رفاه اجتماعی و خروج از وضعیت موجود جامعه محلی خود دست یابند. مسئولیت پذیری اجتماعی مردم و سازمان های اجتماع محور، عنصر مرکزی این رویکرد محسوب می گردد. گروه های سازمان یافته، دارای ظرفیت نوآوری، پاسخگویی سریع به نیازهای

¹⁴ Service providing

¹⁵ Community based

¹⁶ Community based Organization

محلی و ارائه خدمات مناسب بوده و این ویژگی ها، مزیت نسبی آنها در پیشبرد توسعه در سطح محلی می باشد. بی شک یکی از تأثیرات به کارگیری این رویکرد، انتقال برخی از وظایف دولت به سطوح پایین تر است. اغلب با نهادهای مدنی و گروه های داوطلب مردمی ارتباط بیشتری داشته و لذا تقویت سازمان های داوطلبانه، مردمی و جامعه محور در این سطح از اهمیت بیشتری برخوردار است. الگوی توسعه محلی مبتنی بر رویکرد اجتماع محور، ضمن افزایش سرمایه اجتماعی و حفظ پایداری، می تواند از طریق فرایند توانمندسازی، جامعه را به حفظ و ارتقای سلامت و بهبود کیفیت زندگی قادر سازد. انتخاب رویکرد اجتماع محور در توسعه محلی، نیازمند توجه به اصول ذیل است:

۴-۱ اصول توسعه اجتماع محور

الف) مشارکت واقعی جامعه محلی: مشارکت ذی نفعان در فرآیند برنامه ریزی، اصل مسلم این رویکرد محسوب می شود. هدف اصلی، پاسخ به نیازهای در اولویت، اعتماد سازی، ایجاد مهارت حل مسأله، ظرفیت سازی و ترویج حس مالکیت در ذی نفعان و مراقبت از منابع محلی است.

گروه های محلی بر تصمیمات و منابع (از جمله منابع مالی) کنترل و اختیار دارند.

ب) تقاضا محوری: سازمان های متولی درباره منافع و تبعات انتخاب های فراروی جامعه، به طور شفاف و به اندازه کافی اطلاع رسانی کرده تا گروه های اجتماعی قادر به تصمیم گیری و انتخاب آگاهانه شوند. متولیان و دست اندرکاران، ضمن توجه به علاقه و تعهد جامعه محلی به مشارکت، به حق تصمیم گیری و انتخاب جامعه محلی پایبندند.

ج) توانمندسازی و ظرفیت سازی: گروه های محلی می بایست از توانایی و ظرفیت کافی برای سازمان دادن به تلاش های جمعی، مشارکت در مراحل مختلف شناخت مسئله و برنامه ریزی جهت حل آنها، کنترل و بسیج منابع، حل اختلاف ها و اعتماد به یکدیگر و تشکیل شبکه های همکاری با دیگران، از توانایی و ظرفیت کافی برخوردار بوده و از سوی سازمان ها و نهادها نیز حمایت شوند. به عبارت دیگر توانمندی در عمل اتفاق می افتد. مردم محلی و سایر شرکاء با حضور در مراحل مختلف شناخت و برنامه ریزی برای حل مشکلات با تمرین و تجربه عملی از یکدیگر یاد گرفته و قابلیت های لازم را برای ایفای موثرتر نقش در توسعه محلی کسب می کنند. نقطه قوت انتخاب این رویکرد از سوی متولیان؛ انعطاف پذیری آن در جهت گیری نهایی است که می تواند مسأله و یا نیاز خاصی هدف قرار گیرد که در فرایند کار توسط جامعه محلی مطرح شده است.

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

- ۱) اصل جامع نگری در سلامت
- ۲) اصل مشارکت جویی متولیان و سیاستگذاران
- ۳) اصل مشارکت پذیری ذی نفعان و دست اندرکاران و اعمال نظرات ذی نفعان در برنامه ها
- ۴) اصل مسئولیت پذیری جامعه محلی
- ۵) اصل احترام به مالکیت جامعه محلی نسبت به برنامه ها
- ۶) اصل ارتباط محیط و انسان به عنوان دو مولفه اصلی در توسعه محلی
- ۷) اصل سهیم بودن ذی نفعان در برنامه ها
- ۸) اصل توانمندسازی جامعه محلی برای به دست گرفتن مدیریت امور و درگیر شدن جامعه همگام با سایر ذی نفعان در تمامی سطوح اعم از برنامه ریزی، مدیریت، اجرا و نظارت
- ۹) صادق بودن با جامعه محلی و عدم ایجاد توقعات غیرمنطقی
- ۱۰) داشتن صبر و حوصله کافی در طی اجرای برنامه
- ۱۱) اصل عدالت و فراهم آوردن زمینه حضور عادلانه تمامی گروه های جامعه محلی (زنان و دختران، افراد به حاشیه رانده شده و ...) در ساز و کارهای فراهم شده

۱۲) زمینه سازی برای امکان انتخاب های متنوع برای جامعه محلی

۱۳) شفافیت و پاسخگویی توسط دست اندرکاران و گردش آزاد اطلاعات در بین جامعه محلی و سایر ذی نفعان در طول فرایند باید دقت شود که به دلیل ماهیت مشارکتی رویکرد اجتماع محور، برنامه ها و اقداماتی که توسط متولیان یک حوزه برای جامعه محلی مناسب در نظر گرفته شده است؛ در این رویکرد قطعی در نظر گرفته نمی شود. بلکه به صورت یک پیشنهاد از سوی یک ذینفع و

دست اندرکار به جامعه محلی عرضه خواهد شد و همواره باید این آمادگی را داشت که ممکن است کل برنامه و پیشنهاد عرضه شده، از سوی جامعه محلی پذیرفته نشده و یا بخش هایی از آن مورد اقبال واقع نگردد.

برای کاهش عدم اقبال جامعه محلی نسبت به برنامه و اقدام مورد نظر سیستم متولی، موارد ذیل راهگشا می باشد:

- موضوع کلی اقدام یا برنامه بر اساس دغدغه های مشهود محلی تعیین گردد.
- برنامه و اقدام مورد نظر با مشارکت واقعی دست اندرکاران و ذی نفعان محلی تدوین شود.
- مذاکرات متقابل جهت اشتراک اطلاعات، شفاف سازی پیشنهاد و در نظر گرفتن منافع طرفین انجام شود.

۴-۲ رویکرد توانمندسازی به توسعه محلی

در رویکردهای توسعه محلی، هرگونه موفقیت برنامه های اجتماع محور در گرو مسئولیت پذیری ذی نفعان و دست اندرکاران برنامه به ویژه افراد محلی است. از سوی دیگر، بر مبنای جامع نگری به مقوله توسعه، باید توجه کرد که درگیرکردن دست اندرکاران و ذی نفعان در تمامی سطوح فرایند توسعه محلی یعنی شناخت مسئله، برنامه ریزی، مدیریت، اجرا، نظارت و ارزشیابی امری حیاتی است. از آنجا که مهم ترین ذی نفعان، خود مردم محلی هستند، بدیهی است که توانمندسازی آنها، در مدیریت راهبری این فرایند امری حیاتی به شمار می رود.

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

توانمندسازی در سطح گروه ها، شبکه ها و سازمان ها باید بتواند موجب ایجاد و افزایش سطوحی از همکاری در قالب ائتلاف ها و مشارکت گروه های مختلف از جمله گروه های در اقلیت و آسیب پذیر جامعه محلی، مسئولیت پذیری جمعی و فراهم سازی عادلانه خدمات برای گروه های مختلف اجتماعی شود.

ویژگی های این نهادهای اجتماع محور و اصول حاکم بر آنها که ناشی از پیاده شدن فرایندی در جامعه محلی بوده و بر اساس انتخاب و تصمیم جامعه محلی شکل می گیرد، به شرح ذیل می باشد:

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

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

جدول ۳- اهداف اختصاصی و شاخص های ارزیابی

اهداف اختصاصی	سئوال های مرتبط در چک لیست
۱) توانمندسازی حداقل ۵ نفر از افراد داوطلب ساکن در هر منطقه و روستای هدف طی کارگاه های آموزشی در زمینه اعتمادسازی، ارزیابی جامعه و تحلیل ذینفعان، اطلاع رسانی و مستندسازی، تهیه پروفایل، سازمان یابی، نیازسنجی و اولویت بندی، برنامه ریزی، تامین منابع و اجرای مداخلات	سئوال های شماره ۱۰، ۵ و ۱۰ از چک لیست اعتمادسازی سئوال های شماره ۱ الی ۱۹ از چک لیست ارزیابی جامعه سئوال های شماره ۱ الی ۱۲ و سئوال ۱۶ از چک لیست اطلاع رسانی سئوال های شماره ۱ الی ۵ و ۱۰ الی ۱۶ از چک لیست تهیه پروفایل سئوال های شماره ۲ الی ۳ و ۶ الی ۲۰ از چک لیست سازمان یابی سئوال های شماره ۱ الی ۶ و ۱۰ الی ۲۱ از چک لیست نیازسنجی سئوال های شماره ۲ الی ۲۴ از چک لیست برنامه ریزی سئوال های شماره ۱ الی ۲۵ از چک لیست تامین منابع سئوال های شماره ۱ الی ۱۴ از چک لیست اجرای مداخلات
۲) حمایت مالی از اجرای حداقل دو اقدام اعتمادساز بر اساس نیازهای مشهود هر روستا	سئوال های شماره ۳۵، ۱۲ از چک لیست اعتماد سازی
۳) تهیه حداقل یک گزارش از وضعیت روستا یا پروفایل ساکنین روستاهای هدف توسط تیم های اجرایی	سئوال های شماره ۱۱۵ الی ۱۷ از چک لیست تهیه پروفایل سئوال ۱ در چک لیست سازمان یابی
۴) کمک به ایجاد و ظرفیت سازی حداقل سه مرکز توسعه روستا در روستاهای هدف هر شهرستان	سئوال های شماره ۲۱ الی ۳۰ از چک لیست سازمان یابی
۵) تهیه فهرست نیازهای اولویت بندی شده و مسائل روستاهای هدف	سئوال های شماره ۲۴ و ۲۵ از چک لیست نیازسنجی
۶) حمایت مالی از اجرای حداقل دو مداخله که بر اساس اولویت های روستای هدف و در راستای ارتقای سلامت باشد.	سئوال های شماره ۱ الی ۲۷ الی ۲۹ از چک لیست برنامه ریزی

۴-۳ اهداف اختصاصی و شاخص های

ارزیابی آنها

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

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

قبل از آغاز فرایند توانمندسازی در روستاها، یک سری از اقدامات می بایست توسط دستگاه متولی (دبیرخانه ابتکارات جامعه محور و بخش های مرتبط شامل دانشگاه ها، شبکه بهداشت مناطق هدف و بخش های غیر دولتی همکار طرح شامل موسسه مشاور عالی طرح و موسسات مجری

محلی) در مناطق هدف انجام گردد تا زمینه لازم برای آغاز به کار تیم های اجرایی در روستاهای هدف فراهم شود. این اقدامات به شرح ذیل می باشد:

انتخاب مناطق هدف

در این برنامه، ابتدا دو شهرستان به عنوان منطقه هدف انتخاب می شود، که البته با توجه به اهمیت توجیه و آشنایی مدیران دستگاه متولی و نیز نمایندگان سایر سازمان ها و بخش ها و هم سویی نگرش به رویکرد اجتماع محور، ضرورت دارد یک کارگاه آموزشی در راستای آشنایی و بهبود

نگرش آنان نسبت به موضوعات فرایند مشارکتی و اجتماع محور، مهارت های لازم مشارکت با جامعه و همکاری بین بخشی و ... برگزار گردد، که می بایست پیش از آغاز همکاری بین سازمانی برای گروه هدف نمایندگان سایر بخش ها و سازمان ها برنامه ریزی کرد.

سپس از حوزه شهرستان های هدف، ۱۲ روستای نزدیک به هم از سوی نهاد متولی و حامی برنامه به عنوان روستاهای مداخله انتخاب خواهند شد. انتخاب روستاها بر اساس وجود پتانسیل نسبی و امکان پیاده سازی این رویکرد می باشد. عوامل ذیل می تواند در انتخاب موثر منطقه روستایی هدف مورد توجه متولیان امر قرار گیرد:

(الف) تقاضا محوری: وجود نیازها و مشکلات متنوع و کثیر فراروی ساکنین

(ب) سرمایه اجتماعی: وجود سطح متوسطی از سرمایه اجتماعی در روستا

(پ) وضعیت اقتصادی: وجود تعداد قابل توجهی از افراد محروم و کم درآمد

(ت) مشارکت پذیری: مشارکت پذیری نسبی در ساکنین و تجارب پیشین

(ث) احساس تعلق: هویت و احساس تعلق به جامعه و گروه های قومی، مذهبی و ... (که هر چه سطح مهاجر پذیری کمتر و احساس تعلق به جامعه بیشتر باشد، جامعه محلی بیشتر معنا پیدا می کند.)

(ج) سطح سواد: باسواد بودن اکثریت افراد و حتی الامکان وجود تعدادی از افراد تحصیلکرده دانشگاهی

(ح) اندازه جمعیت: بیش از ۱۰۰ خانوار که امکان ایجاد شبکه ارتباطی مناسب و اثرگذار وجود داشته باشد.

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

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

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

(۱) گروه ها و شبکه های اجتماعی: نوع و میزان مشارکت در گروه های رسمی و غیر رسمی و تنوع گروه ها (هیات ها، سازمان

های مردم نهاد، انجمن اولیا و مربیان، شوراهای ...)، منافع حاصله، نحوه تصمیم گیری در گروه ها و روابط بین و درون گروه ها

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

- ۳) **همکاری و عملکرد جمعی:** همکاری افراد در فعالیت های مشترک، کمک به افراد نیازمند و همسایگان، حل مشکلات جامعه، کمک به کیدیکر در موقع مراسم، بیماری، مرگ، حوادث ناخوشایند و بحران ها
- ۴) **اطلاعات و ارتباطات:** دستیابی به زیر ساخت های ارتباطی و نحوه کسب اطلاعات و گردش آن
- ۵) **پیوستگی و انسجام اجتماعی:** میزان همدلی و نزدیکی در محله، شباهت در قومیت، مذهب، مبدا مهاجرت، نحوه برخورد با تضاد ها و اختلاف عقاید، خشونت در اثر اختلافات موجود، ضرب و شتم و دزدی، میزان معاشرت با اطرافیان، مشارکت در فعالیت های جمعی، احساس امنیت در منزل یا در محله و کنار گذاشته شدن گروه ها از جامعه.
- ۶) **توانمندی:** احساس تاثیرگذاری در مسائل زندگی، وقایع محلی و تصمیم گیری ها، کارایی شخصی، مکانیسم حل مسئله در محله و مراجعه به ریش سفیدان و نهادها.

بر اساس نتایج مطالعه سرمایه اجتماعی، ۶ روستا از بین ۱۲ روستای پیشنهادی در جلسه دیگری با حضور رئیس شبکه بهداشت شهرستان و برخی از دست اندرکاران کلیدی از جمله فرمانداری، بهزیستی، آموزش و پرورش، بسیج، جهاد کشاورزی، نیروی انتظامی، محیط زیست، امام جمعه و... انتخاب شده و ۶ روستای دیگر نیز به عنوان شاهد، مبنای مقایسه اثربخشی اجرای برنامه قرار خواهند گرفت. نکته: اگر تعداد روستاهایی که از سطح سرمایه اجتماعی پایین تر از حد متوسط برخوردارند، بیشتر باشد، بایستی روستاهای جدیدی مورد ارزیابی قرار گیرند.

تأمین منابع مالی و تخصیص آن متناسب با فرایند اجرایی از سوی دستگاه متولی

با در نظر گرفتن فرایند طراحی شده در این برنامه که شرح آن در صفحات بعدی آمده است، می بایست بودجه لازم برای انجام فعالیت های مختلف این کار در سطح یک روستا را به شرح ذیل پیش بینی کرد:

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

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

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

- برگزاری کارگاه های آموزشی و ارائه بسته کامل شامل کتاب های آموزشی و راهنمای اقدام (۵ دوره ۲ روزه)
- انجام بررسی های محلی برای پایش و ارائه مشاوره ها و آموزش های تکمیلی (در ۶ روستای هدف هر شهرستان ۵ نوبت برای هر روستا طی فرایند اجرایی برنامه)
- برگزاری نشست های گزارش دهی و تبادل تجارب در طی اجرای فرایند برنامه (۴ نشست یک روزه)

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

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

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

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

- شیوه های تسهیلمگری و اعتمادسازی
- روش های آگاه سازی، حساس سازی و اطلاع رسانی در محل
- روش های شناسایی و جلب مشارکت داوطلبان محلی

۴-۵ اقدامات تسهیلمان در ورود به یک جامعه محلی

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

- ۱) جمع آوری اطلاعات برای شناخت جامعه و منابع آن
- ۲) شناسایی افراد کلیدی روستاهای هدف
- ۳) ارزیابی نسبی از سطح آگاهی و حساسیت محلی نسبت به سلامت و جایگاه آن در توسعه روستا

۵-۵ شناسایی داوطلبین محلی بر اساس معیارهای تعیین شده

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

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

جهت شناسایی افرادی که دارای این مشخصات باشند، تسهیلمگر برنامه از طریق مصاحبه با افراد کلیدی منطقه هدف، ضمن اطلاع رسانی و معرفی طرح و توضیح معیارهای انتخاب افراد داوطلب، از هر فرد کلیدی لیستی از افراد (مردان و زنان)، که به نظر آنها دارای این معیارها هستند را جویا می شود (حداقل 3 نفر). البته خود افراد کلیدی هم در صورت تمایل و علاقه مندی می توانند جزو داوطلبان تیم اجرایی قرار گیرند.

لیست بارزترین افراد کلیدی در منطقه هدف به عنوان نمونه می تواند شامل موارد ذیل باشد:

دهیار، اعضای شورا، ریش سفیدان و معتمدین، امام جماعت مسجد، گیس سفیدان، معلمان و مدیران مدارس، بهروز، رابطین بهداشتی، مسئولین هیئت های مذهبی، هیئت امنای مساجد، مسئول پایگاه مقاومت بسیج، کسبه با سابقه روستا، مامای روستا، کارشناس مسئول کمیته امداد و...

کارشناس برنامه می تواند به تناسب، افراد کلیدی دیگری را نیز به این فهرست اضافه نماید.

۵-۶ تشکیل تیم اجرایی اولیه از بین داوطلبان محلی

افراد داوطلب، باید با نقش ها و مسئولیت های مربوط به حضور داوطلبانه در تیم اجرایی به صورت کامل و شفاف آشنا شده و سپس آمادگی خود را برای حضور و مشارکت در برنامه به صورت قطعی اعلام نمایند. سازمان یابی این تیم ممکن است موقت و حول یک اقدام باشد و یا به صورت دائمی برای توسعه روستا در درازمدت تداوم یابد. ترکیب این تیم می بایست حتی المقدور از لحاظ جنسیت، سواد، سن و جایگاه در روستا متنوع باشد. به عنوان مثال در بین اعضای تیم، زن و مرد، پیر و جوان، باسواد و بی سواد و گروه های مختلف کسب و کار حضور داشته باشند.

تسهیلگر مجری برنامه، با برگزاری نشست های لازم به اطلاع رسانی و شفاف سازی برنامه پرداخته و فرصتی را برای بیان دغدغه ها ایجاد می کند. وی مسئولیت های ناشی از مشارکت و همکاری افراد و نیز سهم و جایگاه افراد به عنوان تیم اجرایی مردمی را تشریح می کند.

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

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

- ۱) تسهیلگری و جلب مشارکت، اعتمادسازی، ارتباطات
- ۲) ارزیابی و تحلیل جامعه، سازمان یابی
- ۳) شیوه های ارزیابی نیاز و اولویت بندی
- ۴) جذب منابع
- ۵) برنامه ریزی، اجرا و ارزشیابی مداخلات

۵-۸ بررسی های محلی و پایش فرایند طرح

در هر روستای هدف، به منظور پایش فرایند و نیز ارزیابی عملکرد موسسه های مجری محلی و تیم های اجرایی مردمی، هدایت آنها در مسیر صحیح و ارائه آموزش های تکمیلی در مورد ابزارهای توسعه محلی، **پایش دوره ای در 5 نوبت** پس از پیاده سازی هر مرحله از برنامه و بر اساس نقشه راه فرایند توانمندسازی اجتماع محور و توسط ناظران موسسه مشاور عالی برنامه که از سوی دبیرخانه ابتکارات جامعه محور وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی تعیین می گردد، انجام خواهد شد.

۶-۶ پیاده سازی فرایند توسط تیم داوطلب در جامعه محلی

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

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

در صورت نیاز به انجام اقدام اعتمادسازی، تیم اجرایی طی جلسه ای بر اساس معیارهای انتخاب (نظیر منطبق بودن اقدام بر نیازهای محلی و مشهود بودن که از معیارهایی هستند که در گروه مورد توافق قرار خواهند گرفت)، اقداماتی را که می تواند منجر به اعتماد بیشتر مردم نسبت به توان گروه در پیگیری مشکلات و تعهد نسبت به بهبود وضعیت محله شود، انتخاب می کند. اگر تیم اجرایی متشکل از افرادی باشد که از قبل بین مردم روستا شناخته شده و مورد اعتماد باشند، بنا به تصمیم خود تیم اجرایی، می توان از این مرحله صرف نظر کرده و بودجه مربوطه را برای اجرای مداخلات مبتنی بر اولویت های روستا ذخیره نمود.

۶-۲ ارزیابی و تحلیل جامعه

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

➤ مشاهده محلی

➤ مصاحبه با مردم و افراد کلیدی و صاحب نظر جامعه

➤ بررسی گزارش ها، سوابق و مستندات موجود

تیم اجرایی، بر طبق آموزش های فراگرفته در کارگاه های آموزشی، **تیم های مشاهده، مصاحبه و مرور مستندات** را به منظور ارزیابی سریع جامعه شکل داده و اقدام به شناسایی وضعیت روستا و منابع مختلف آن می نماید. فعالیت دیگر این مرحله، تهیه نمودار سیر

تغییرات روستا (رویدادهای مثبت و منفی تاثیرگذار بر توسعه روستا) در طول زمان می باشد. نتایج حاصل از مشاهده روستا، جانمایی منابع شناسایی شده در یک نقشه محلی است. یکی از منابع شناسایی شده حائز اهمیت، منابع انسانی است که در این بخش بیشتر به آن پرداخته می شود.

برای تهیه پروفایل کمی، ابتدا تیم اجرایی، روستا را به چند بخش (بلوک) تقسیم کرده و از بین افراد علاقه مند و مستعد روستا، یک گروه پرسشگر و ناظر را انتخاب می کنند. در ادامه، طی جلسه ای به تقسیم کار و برنامه ریزی عملیاتی برای انجام این مرحله پرداخته و هزینه های مربوطه اعم از حق الزحمه پرسشگران، ناظران و تدارکات و ... را نیز برآورد می کنند.

۶-۳ تحلیل ذی نفعان

در این مرحله، ذی نفعان مختلف برنامه مشخص می شوند و روابط آنها، اهمیت، قدرت و ظرفیت هایشان مورد تحلیل قرار می گیرد. برای تهیه لیست ذی نفعان و نیز تصمیم گیری راجع به ماهیت و درجه اهمیت و میزان اختلاف و همکاری ذی نفعان نسبت به کیدیگر، بهتر است که تیم اجرایی از طریق مصاحبه با ساکنین روستا و نمایندگان سازمان ها، ماتریس ها و نمودارهای مربوطه شامل ماتریس اختلاف و همکاری و نمودار ون که در محتوای آموزشی کارگاه ها ارائه می شود را ترسیم نماید.

تیم اجرایی جدول شناسایی نهادها (اعم از دولتی و غیردولتی) را نیز تهیه کرده و به تحلیل مأموریت ها و وظایف آن نهادها می پردازد. از مهم ترین ذی نفعانی که عموماً در خصوص جوامع محلی نقش ایفا می کنند، می توان به طور نمونه به موارد ذیل اشاره نمود:

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

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

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

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

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

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

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

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

۲) تدوین پیام ویژه هر مخاطب

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

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

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

- لیست افراد تحصیلکرده دانشگاهی (با ذکر نوع مدرک و شماره تلفن)
- لیست افراد شاغل در نهادهای دولتی و غیردولتی (با ذکر نام نهاد و شماره تلفن)
- لیست افراد فعال در گروه های اجتماعی (با ذکر نام گروه و شماره تلفن)
- لیست افراد دارای مهارت های مشخص (با ذکر نوع مهارت و شماره تلفن)
- لیست افراد علاقه مند به مشارکت اجتماعی (با ذکر نوع مشارکت و شماره تلفن)

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

- ۱) رکن تصمیم گیری که یک جمع بزرگتر و با ترکیب اعضای متنوع است.
- ۲) رکن اجرایی که جمع کوچک و از افراد دارای وقت کافی شکل می گیرد.
- ۳) رکن نظارتی که کوچکتر بوده و توسط رکن تصمیم گیر انتخاب می گردد.

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

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

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

۶-۷ نیازسنجی و اولویت بندی نیازها و مشکلات روستا

اجرای این مرحله و تمرین صحیح آن توسط تیم اجرایی یا مرکز توسعه روستا، اهمیت زیادی دارد. زیرا اگر جامعه محلی بتواند نیازها و مشکلات واقعی خود را بشناسد و اولویت های خود را به صورت درست تعیین کند، گام های محکمی را در جهت توسعه محلی بر خواهد داشت.

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

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

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

- ۱) اهداف اختصاصی نوشته شده در پروژه دارای ویژگی های مورد نظر (اختصاصی، قابل اندازه گیری، قابل دستیابی، واقعی و دارای زمان مشخص)^{۱۷} باشند.
- ۲) راهکارها با اجماع نظر و با مشورت متخصصین امر و نهادهای ذی ربط استخراج شده باشند.

۳) فعالیت ها و اقدامات اجرایی مربوطه به همراه منابع مورد نیاز هر فعالیت، فرد مسئول و زمان بندی مربوطه در جدول گانت آورده شده باشد.

۴) چک لیست پایش طرح مشخص باشد.

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

هر طرح مداخله ای که بر اساس مرحله برنامه ریزی این راهنما توسط تیم اجرایی یا مرکز توسعه روستا تعریف شده و به اجرا در آمده است، شامل دو بخش ذیل می باشد که آنها را قادر می سازد تا پایش و ارزشیابی ویژه آن طرح را انجام دهند:

الف) **بخش اهداف اختصاصی** مندرج در طرح مداخله ای تدوین شده که بر طبق معیارهای پنج گانه (اختصاصی، قابل دستیابی، قابل اندازه گیری، دارای زمان مشخص و واقعی)، نتایج مستقیم مورد انتظار از اجرای آن مداخله قابل ارزیابی است. تیم اجرایی یا مرکز توسعه روستا با بررسی نتایج کسب شده و مقایسه آن ها با این اهداف می توانند داده های مورد نیاز برای ارزشیابی طرح مورد نظر را فراهم نمایند.

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

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

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

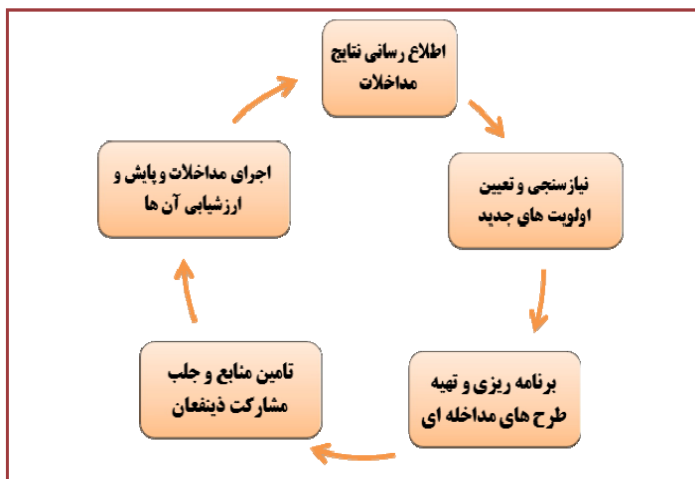
تیم اجرایی یا مرکز توسعه روستا، همواره از روند اجرای فعالیت های خود، گزارش تهیه نموده و اقدامات خود را ثبت می نماید. البته در این خصوص اختیار دارد که هر روش و اقدام نوآورانه ای را که صلاح می داند به کار گیرد. به منظور گزارش دهی و نیز تسهیل تبادل تجارب با سایر روستاهای درگیر طرح در سایر نقاط کشور، توصیه می شود که از دو نوع فرم گزارش روند پیشرفت اجرایی فرایند کار و نیز فرم گزارش مالی روند اجرایی طرح استفاده کند.

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

۶-۱۱ ورود به چرخه پایداری

یکی از مهم ترین مبانی نظری در پایداری توانمندسازی جوامع محلی، شکل گیری ساختارهای سازمان یافته مردمی در جوامع محلی در جهت اهداف برنامه است. به عبارت دیگر باید منجر به ایجاد ساختارها و نهادهای محلی شده که بتواند دانش و مهارت های انتقال یافته از سوی برنامه ریزان و متولیان امر را در سطح جامعه محلی به کار گرفته و حفظ کند. ساختار تشکیلاتی این نهادهای محلی باید به گونه ای باشد که مشارکت و تاثیرگذاری گروه های مختلف ساکن جامعه را در سطوح مختلف فعالیت آن نهاد، شامل برنامه ریزی، مدیریت، اجرا و نظارت تضمین کند، طوری که این اطمینان خاطر وجود داشته باشد که اولویت های تعین شده و نیز برنامه های مداخله ای طراحی شده توسط چنین نهادی، منطبق بر انتظارات، دغدغه ها و نیازهای تمامی گروه های جامعه محلی و نیز سایر ذینفعان خارج از آن جامعه محلی باشد.

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



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

۷- پایش و ارزشیابی در برنامه ابتکارات جامعه محور

۷-۱ پایش و ارزشیابی درونی

این بخش توسط جامعه محلی و تیم اجرایی یا مرکز توسعه روستا انجام می شود.

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

ارزشیابی در برنامه ابتکارات جامعه محور، بیشتر از نوع ارزشیابی فرایند است که خود افراد شرکت کننده نیز در ارزشیابی نقش دارند. ارزشیابی مشارکتی به این علت مناسب است که مرتبط ترین افراد با برنامه، خود شرکت کنندگان هستند که بهتر از سایرین می توانند در مورد برنامه نظر دهند.

۷-۲ پایش و ارزشیابی بیرونی

این بخش توسط ناظرین مشخص شده توسط دبیرخانه ابتکارات جامعه محور براساس چک لیست های پایش تدوین شده، انجام می شود. این چک لیست ها بر اساس مراحل اجرایی فرایند که در فصل سوم تشریح شده است، تنظیم گردیده است. برخی از سوالات مطرح شده در این چک لیست ها از جنس ارزشیابی می باشد که به نوعی به ناظرین برنامه کمک می کند تا به طور نسبی میزان دستیابی به اهداف اختصاصی و برخی از نتایج مربوطه (برون دادها و دستاوردها) را مورد بررسی قرار دهند. در خصوص ارزشیابی مبتنی بر پیامد، در این راهنما به ارزشیابی تاثیر اجرای این فرایند بر سطح سرمایه اجتماعی پرداخته شده است. این قسمت بر اساس تکمیل مجدد پرسشنامه سرمایه اجتماعی، از تمام ۱۲ روستای اولیه و مقایسه داده های به دست آمده با داده های پایه اولیه انجام خواهد شد.

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

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

۸-۱ اهداف مستندسازی در ابتکارات جامعه محور

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

۸-۲ ثبت تجارب موفق

تجربه های موفق^{۱۸}، تجربه ها و پروژه های ارزنده ای هستند که در بهتر شدن زندگی و مشارکت مردم روستا در عرصه های اجتماعی نقش بسزایی داشته اند و شامل ایده های جدیدی می شوند که مشخصه های زیر را داشته باشند:

(۱) اثرات قابل ملاحظه و ملموسی در کیفیت زندگی و مشارکت مردم داشته باشند.

- (۲) نتیجه مشارکت موثر بین عموم مردم، بخش خصوصی و نهادهای مدنی جامعه باشند.
- (۳) از نظر اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و زیست محیطی پایدار باشند.

۳-۸ مراحل ثبت تجربه های موفق

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

(۱) تعیین چارچوب ارائه کار

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

(۲) تعیین معیارها

به طور کلی معیارها به دو دسته کلی تقسیم شوند که به ترتیب معیارهای انتخاب و معیارهای ارزیابی نامیده می شوند. منظور از معیارهای انتخاب، معیارهایی هستند که فعالیت های صورت گرفته را به عنوان فعالیت های ابتکارات جامعه محور از سایر فعالیت هایی که توسط بخش های دیگر انجام گرفته است، متمایز می کند و انتخاب اولیه تجربه ها با کمک این معیارها صورت می گیرد.

معیارهای انتخاب

(الف) همکاری بین بخشی: همکاری بین بخشی را می توان به منزله کار کردن سازمان ها و گروه های محلی با سایر سازمان های غیردولتی، دولتی و خصوصی مرتبط با پروژه به منظور رسیدن به هدف یا اهداف خاص و سهیم کردن آنها در ایده ها، اطلاعات، تجربه ها و آموزش ها تعریف کرد. چنین رو کردی با ارایه یک دید همه جانبه نگر و جلوگیری از انجام کارهای موازی و تکراری موجب افزایش عملکرد، کارایی و هم گرایی فعالیت های مرتبط می شود.

(ب) استقلال و عدم وابستگی: استقلال به عنوان یک معیار به معنای عدم همکاری با سایر سازمان ها نیست بلکه منظور عدم وابستگی سازمان ها و گروه های محلی به نهادهای دولتی و خارج از جامعه محلی در سه حیطة تصمیم گیری، اجرا و تامین منابع می باشد.

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

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

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

و) غیرانتفاعی باشد: در اجرای ابتکارات جامعه محور، هر فعالیت و پروژه ای که منجر به ایجاد منافع مالی شود نباید در بین اشخاص ویژه ای تقسیم و توزیع گردد، بلکه می باید در راستای اهداف توسعه محلی و در راستای ارتقای سلامت جامعه صرف شود.

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

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

معیارهای ارزیابی

معیارهای ارزیابی در صورتی که به درستی تعیین و به کار گرفته شوند می توانند کارکرد مناسبی برای بررسی فعالیت ها و پروژه ها داشته باشند و اطلاعات مفید و کاربردی را در مورد روند اجرا، دستاوردها و تجربه های بدست آمده در طول پروژه در اختیار قرار دهند. اما همواره بایستی به این نکته توجه داشت که معیارها به تنهایی جواب مورد نظر نیستند و تنها در کنار یک تحلیل مناسب و با مشارکت ذی نفعان فرایند می توانند ابزار مناسبی برای تحلیل پروژه ها باشند.

درخصوص ارزیابی یک پروژه یا فعالیت، این سوال مطرح است که چه چیزی و چگونه باید مورد بررسی قرار گیرد تا بتوان آن را به درستی مورد تجزیه و تحلیل قرار داد. تعیین معیارها پاسخ مناسبی برای سوال «چه چیزی» و نحوه استفاده و تحلیل آنها با توجه به فرایند و دستاوردهای پروژه، پاسخی برای چگونگی خواهد بود.

الف) مخاطب محوری: در این بخش به طور کلی همه کسانی که با هر عنوانی از جمله بهره مندان، گروه هدف و ذی نفعان که پروژه به نوعی قصد خدمت رسانی به آنها را دارد به عنوان مخاطب در نظر گرفته می شوند و در تحلیل این معیار باید دید که تا چه میزان دغدغه ها، نیازها و شرایط خاص آنها در طراحی و اجرای پروژه لحاظ شده است.

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

➤ **مردم، به ویژه مردم محروم تر، توان این را می یابند که کنترل بیشتری بر زندگی خود داشته باشند و با در دست داشتن دارایی های مولد، به منزله عناصری اساسی، بهتر امرار معاش کنند.**

➤ **اکتساب مهارت ها، توانایی ها، اعتماد و بینش لازم برای تحولات مثبت در زندگی خود و یا جامعه خود.**

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

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

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

مدیریت مالی (بودجه بندی و گزارش های مالی): بسیاری از فعالان برنامه های اجتماع محور، از مدیریت و شفافیت مالی به عنوان پاشنه آشیل یاد می کنند. بنابراین به نظر می رسد تمام فعالیت های برنامه باید دارای شفافیت مالی از نظر تامین منابع مالی و نحوه هزینه کرد آن باشند.

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

ز) بسیج منابع:

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

ح) رایزنی و جلب حمایت: از آنجایی که انجام هر فعالیت و پروژه به دنبال ایجاد یک تحول در فضای اجرا و در گروه های هدف می باشد و این تحول تغییراتی نیز به همراه خواهد داشت، به نظر می رسد که با توجه به نقش و جایگاه برنامه برای حرکت به سوی این تغییرات، گفتگوی موثر با هدف معرفی پروژه و اثرگذاری بر روی تصمیم سازان، تصمیم گیران و گروه هدف در منطقه به منظور جلب حمایت آنها،

تأثیر بسزایی در تسریع روند اجرایی و همراه سازی آنها دارد و البته کمک فراوانی نیز در رسمیت یافتن فعالیت های برنامه در نزد آنها با توجه به ساختارهای اجتماعی و ارتباطی خاص هر منطقه خواهد کرد.

(ط) انعطاف پذیری: خطری که طرح های توسعه اجتماعی را تهدید می کند، اجرای آنها مطابق برنامه ریزی انجام شده و بدون توجه به شرایط محیطی و دستاوردهای آن می باشد. به عبارت دیگر تاکید و فشار مجریان بیش تر بر انجام امور اجرایی در مواعدهای تعیین شده و در برنامه ریزی از پیش تعیین شده می باشد تا رسیدن مطلوب به اهداف و بهینه نمودن فعالیت های اجرایی.

(ی) روند اجرایی فعالیت ها: بررسی سرعت و روند انجام کارها به معنی مطلوب بودن آهستگی در انجام کارها یا سریع بودن انجام فعالیت ها نیست، بلکه باید متناسب با نوع کار از یک تناسب نسبی برخوردار باشد. مثلاً در یک طرح امداد رسانی به آسیب دیدگان از یک حادثه غیرمترقبه، سرعت عمل سازمان و طرح پیشنهادی از معیارهای مهم می باشند و در یک طرح توسعه ای در نظر گرفتن فرصت مناسب برای به نتیجه رسیدن فعالیت ها و همچنین نهادینه شدن آن ها، باید مدنظر قرار بگیرد.

(ک) پاسخگویی: پاسخگویی را می توان به عنوان بخشی از مسئولیت پذیری در نظر گرفت و یک مسئول، پاسخگویی را به عنوان بخشی از وظایف اصلی خود در نظر دارد. پاسخگویی تنها ارایه جواب و گزارش مالی به حامی مالی و یا سطوح مدیریت سازمان نیست، بلکه این امر بایستی در خصوص ذی نفعان و گروه های هدف بسیار قوی دیده شود و مسئول یک پروژه قبل از انجام هر بخشی از برنامه نسبت به گزارش دهی و اطلاع رسانی در مورد بخش قبلی و نتایج و مشکلات و موفقیت های آن بخش، خود را به آنها یعنی ذی نفعان پاسخگو بداند.

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

➤ **هنجارها و عرف ها و یا سیاست ها و قوانین اجتماعی در سطوح محلی که پتانسیل تکرار یا الگوبرداری در سایر مناطق را نیز داشته باشد.**

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

(م) جنسیت و عدالت جنسیتی: جنسیت، هم زنان و هم مردان را در برمی گیرد و به معنی نقش، مسئولیت و حقوقی است که فرهنگ به زن و مرد با توجه به سن، سطح اقتصادی، دین و عقاید آنها می دهد. روابط جنسیتی یک ساختار در حال تغییر بوده و ثابت نیست و این تغیر به وسیله خود مردان و زنان شکل می گیرد.

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

(ن) نظارت و ارزیابی مستمر: نظارت و ارزیابی یک فعالیت مستمر است که هدف اصلی آن ارایه وضعیت پروژه از لحاظ پیشرفت یا عدم پیشرفت با توجه به اهداف و معیارهای تعیین شده می باشد تا بتواند عملکرد پروژه را به منظور مدیریت بهینه تر و موثرتر خروجی ها و دستاوردها تعیین نماید.

۳) بررسی اجمالی فعالیت های صورت گرفته

تعدادی از پروژه ها و فعالیت های انجام شده توسط برنامه ابتکارات جامعه محور مورد بررسی مقدماتی قرار خواهند گرفت و از بین آنها با توجه به معیارهای مشخص، تعدادی تجربه موفق انتخاب و بر اساس معیارهای ارزیابی، مورد بررسی قرار خواهد گرفت.

۴) تهیه گزارش نهایی

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

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