****

**فرم­های ارزیابی مشترک بیرونی (JEE)**

**"**برقراری ارتباط و آموزش خطر با هدف مشارکت اجتماعی"

R5

کارشناس مربوطه:

جناب آقای رامین ناصریان

09196407279

**به نام خدا**

**اهداف**

دولت‌های عضو از ظرفیت‌های چندسطحی، چندبخشی و چندوجهی ارتباطات خطر و مشارکت جامعه (RCCE) برای مقابله با شرایط اضطراری سلامت عمومی استفاده ‌کنند. تبادل اطلاعات، توصیه‌ها و نظرات به‌صورت فوری در طول رویدادهای غیرمعمول و پیش‌بینی نشده و شرایط اضطراری، به‌منظور اتخاذ تصمیمات آگاهانه برای کاهش پیامد تهدیدات و انجام اقدامات محافظتی و پیشگیرانه، ضروری است. این امر شامل ترکیبی از راهبردهای ارتباطی و مشارکتی، از جمله ارتباطات رسانه‌ای و فضای مجازی، کمپین‌های آگاهی‌بخش عمومی، ترویج سلامت، بسیج اجتماعی، مشارکت ذی‌نفعان، مشارکت جامعه و مدیریت اطلاعات نادرست(انفودمیک) می‌شود.

**شاخص‌های اندازه‌گیری**

1. برنامه‌ها، هماهنگی‌ها و سازوکارهای رسمی برقراری ارتباط و آموزش خطر با هدف مشارکت اجتماعی (RCCE) دولت، از جمله مکانیسم‌های هماهنگی، استقرار یافته‌اند.
2. شواهدی دال بر عملکرد کارآمد و اثربخش ارتباطات عمومی، از جمله جنبه‌های مرتبط با مدیریت اطلاعات نادرست (اینفودمی)، و همچنین مشارکت سیستماتیک واحدهای ارتباطات خطر با جمعیت‌ها در سطح جامعه در شرایط اضطراری وجود دارد.
3. وجود برنامه‌های رسمی مدیریت اینفودمی، همراه با ترتیبات و سازوکارهای جمع‌آوری اطلاعات درباره برداشت‌ها، رفتارهای پرخطر و اطلاعات نادرست به منظور تحلیل نگرانی‌ها و ترس‌های عمومی.

**اثر مطلوب**

نهادهای مسئول به طور فعال به نگرانی‌های عمومی گوش داده، پاسخ داده و از طریق رسانه‌ها، فضای مجازی، کمپینهای آگاه­سازی عمومی، ترویج سلامت، بسیج اجتماعی و مشارکت ذینفعان، با جامعه به طور مؤثر تعامل و ارتباط برقرار می­کنند. نتیجه مطلوب ارتباطات مؤثر خطر، کاهش اثرات منفی بالقوه مخاطرات سلامت قبل، حین و پس از شرایط اضطراری سلامت عمومی یا رویدادهای غیرمعمول می­باشد.

**سیستم امتیازدهی بر مبنای کدهای رنگی (Color Scoring System)**

علیرغم اینکه بین ظرفیتهای مختلف مندرج در پرسشنامه ارزیابی مشترک بیرونی تاحدی همپوشانی وجود دارد، ولی طی فرآیند ارزشیابی هر ظرفیت به‌طورجداگانه درنظر گرفته ‌می‌شود. سیستم تعیین میزان پیشرفت یا نمره‌دهی برمبنای کدهای رنگی به شرح زیر است:

1. بدون ظرفیت:

هیچ یک از مؤلفه‌های شاخص مورد بررسی وجود ندارد.



کد رنگ: قرمز

1. ظرفیت محدود:

 مؤلفه‌های مختلف شاخص مورد بررسی درحال ایجاد شدن هستند، بعضی مؤلفه ایجاد شده و در حال انجام هستند و ایجاد سایر مؤلفه‌های شاخص آغاز شده است.

کد رنگ: نارنجی

1. ظرفیت توسعه یافته:

کلیه مولفه‌های یک ظرفیت ایجاد شده‌اند اما استمرار آنها تضمین نشده و دچار مشکل است. (مانند گنجاندن در برنامه عملیاتی طرح بخش سلامت ملی با منبع تامین مالی مطمئن).



کد رنگ: زرد

1. ظرفیت مشهود:

نه تنها کلیه مولفه‌های مختلف یک شاخص ایجاد شده و انجام آنها برای چند سال متوالی نیز استمرار یافته، بلکه وجودآنها را در برنامه ملی نظام سلامت و تخصیص بودجه پایدار مشهود است.



کد رنگ: سبز روشن

1. ظرفیت پایدار:

کلیه موءلفه‌های مختلف شاخص مورد بررسی، در حال اجرا بوده و برای چندسال استمرار داشته اند وحتی کشور درحال حمایت از سایرکشورها برای انجام این ظرفیت است. این سطح بالاترین دستاورد درایجاد شاخص‌های ظرفیتهای کلیدی IHR است.



کد رنگ: سبز

نکته:

کشور هنگامی می‌تواند به نمره سطح بالاتر پیشرفت کند که کلیه مؤلفه‌های توصیف شده برای آن شاخص را در سطح فعلی داشته باشد. بعنوان مثال برای کسب امتیاز 4 (ظرفیت مشهود) لازم است تمام ویژگی‌های ظرفیت‌های موجود در ظرفیت 3 (توسعه یافته) را برآورده شود.

تمامی پاسخ‌ها باید با شواهد مستند قابل اثبات، پشتیبانی شوند.

**نمونه مستنداتی که باید برای اثبات توانایی و پاسخ سوالات استفاده شود:**

* استراتژی بخش رسانه، برنامه‌های گسترش مشارکت جامعه، برنامه‌های پاسخ رسانه‌ای
* چارت سازمانی
* برنامه‌های کارکنان ارتباطات خطر در مواقع اضطراری، برنامه‌ی ظرفیت افزایی
* نمونه بودجه پاسخ اضطراری و برنامه بودجه بلندمدت
* مکانیسم به‌اشتراک‌گذاری تغییرات برنامه
* داده‌های خط تلفن سلامت عمومی (مثلاً پرسش‌های مرتبط از سوی مردم)
* پیمایش‌های دانش، نگرش و عملکرد
* گزارش‌های دانشمندان علوم اجتماعی و انسان‌شناسان مشارکت‌کننده در پاسخ
* پایش رسانه‌های اجتماعی
* صورت‌جلسات هماهنگی با شرکا
* گزارش‌های پاسخ
* گزارش‌های خبری در مواقع اضطراری گذشته
* برنامه‌های هماهنگی ارتباطی با نهادهای خارجی
* گزارش‌های پس از ‌اقدام از تمرین‌ها یا پاسخ‌های اضطراری
* برنامه پاسخ توافقی و برنامه بودجه هماهنگ ‌شده برای ارتباطات اضطراری
* پروتکل‌ها و انتشارات تحقیقات ارتباطی (رسمی/غیررسمی)
* نمونه‌های اطلاعات نادرست و روش‌های مدیریت آن‌ها
* پیمایش‌های پایه و نقشه‌های داده اجتماعی مرتبط با افزایش خطر برای پنج خطر اصلی
* ارزیابی‌های خطر که به محتمل‌ترین تهدیدات سلامت عمومی محلی می‌پردازند
* برنامه گسترش مشارکت جامعه

**سؤالات فنی**

این سوالات مستقیماً مرتبط با شاخص­ها و مؤلفه‌های ظرفیت­ها می‌باشند که خبرگان کشور و مشاوران تیم بین­المللی میزان دستیابی به آن شاخص­ها را ارزیابی می‌کنند.

**R5.1. سیستم‌های RCCE برای مواقع اضطراری**

| **ردیف** | **عنوان** | **نهاد/های متولی** | **پاسخ سوال** | **مستندات** | **مستندات ناقص** | **سطح** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | آیا راهبرد ارتباطی وجود دارد که به صورت پیشگیرانه به طیف متنوعی از رسانه‌ها (مانند روزنامه‌ها، رادیو، تلویزیون، رسانه‌های اجتماعی، اینترنت) دسترسی داشته باشد تا پیام‌های ارتباطی را برای مخاطبان خاص هدف‌گیری کند؟ |  |  |  |  |  |
| 2 | آیا راهبرد مدیریت انفودمیک وجود دارد که به دنبال منابع داده و مشارکت‌های متنوع درون‌سازمانی و برون‌سازمانی از مراجع بهداشتی باشد تا بینش‌های جامع‌تری را هماهنگ و توسعه دهد؟ |  |  |  |  |  |
| 3 | آیا در برنامه پاسخ ملی کشور، وظیفه‌ای برای ارتباطات خطر، مشارکت جامعه و توانمندسازی (RCCE) تعریف شده است؟ |  |  |  |  |  |
| 4 | آیا در برنامه پاسخ ملی کشور، وظیفه‌ای برای مدیریت انفودمیک در نظر گرفته شده است؟ |  |  |  |  |  |
| 5 | آیا نقش‌ها و مسئولیت‌های کارکنان RCCE در یک برنامه پاسخ مشخص شده است؟ |  |  |  |  |  |
| 6 | آیا نقش‌ها و مسئولیت‌های کارکنان مدیریت انفودمیک در یک برنامه پاسخ تعریف شده است؟ |  |  |  |  |  |
| 7 | کدام نهادها/سازمان‌های دولتی مسئولیت اصلی ارتباطات خطر را برای انواع مختلف و سطوح متفاوت اضطراری بر عهده دارند؟ |  |  |  |  |  |
| 8 | ‏جایگاه وظایف مدیریت انفودمیک کجاست و منابع داده‌ای که در اختیار دارند از کجا تأمین می‌شود؟ |  |  |  |  |  |
| 9 | آیا نیروهای ارتباطی یا ارگان‌های دولتی وجود دارند که در مواقع اضطراری به نیازهای اطلاعاتی عمومی پاسخ دهند؟ |  |  |  |  |  |
| 10 | آیا آموزش‌هایی برای مقابله با مخاطرات محلی به پرسنل ارتباطات ریسک ارائه می‌شود؟ |  |  |  |  |  |
| 11 | آیا پرسنل دائمی یا موقت جهت مدیریت انفودمیک و ارتباطات، مشارکت جامعه و توانمندسازی (RCCE) در مواقع اضطراری وجود دارند؟ |  |  |  |  |  |
| 12 | آیا بهبودهایی در زمینه نیروی انسانی، سکوها، دسترسی به داده‌ها، توافق‌نامه‌های مشارکتی، منابع مالی یا سایر عوامل می‌توان اعمال کرد تا مدیریت انفودمیک و ارتباطات با عموم و شرکا در مواقع اضطراری ارتقاء یابد؟ |  |  |  |  |  |
| 13 | آیا برنامه‌های مدیریت انفودمیک و/یا ارتباطات، توافق‌نامه‌ها و/یا دستورالعمل‌های استاندارد عملیاتی (SOPs) مشترکی بین سایر نهادهای پاسخ‌دهی مانند ایمنی عمومی، اجرای قانون، بیمارستان‌ها، مدیریت بحران، صلیب سرخ و هلال احمر و/یا ارگان‌های دولتی مانند وزارتخانه‌های دفاع، کشاورزی و غذا/دارو وجود دارد؟ |  |  |  |  |  |
| 14 | آیا یک ردیف بودجه اختصاصی برای مدیریت انفودمیک و پرسنل ارتباطات، مواد، فناوری‌ها و فعالیت‌های مرتبط با مواقع اضطراری وجود دارد؟ |  |  |  |  |  |
| 15 | آیا برنامه‌ها حداقل سالی یک بار مورد آزمایش قرار می‌گیرند؟ |  |  |  |  |  |

**R5.2. برقراری ارتباط و آموزش خطر با هدف مشارکت اجتماعی**

| **ردیف** | **عنوان** | **نهاد/های متولی** | **پاسخ سوال** | **مستندات** | **مستندات ناقص** | **سطح** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | آیا مکانیسم‌هایی برای هماهنگی ارتباط میان ذینفعان داخلی، ملی، بین‌المللی (مانند بیمارستان‌ها، جامعه مدنی، بخش خصوصی) و سازمان‌های پاسخگو در مواقع اضطراری وجود دارد؟ |  |  |  |  |  |
| 2 | آیا برداشت‌ها، پرسش‌ها، نگرانی‌ها، خلأهای اطلاعاتی، باورهای بی‌اساس، رفتارهای بهداشتی و اطلاعات نادرست بهداشتی که مردم با آن مواجه می‌شوند، مورد پایش قرار می‌گیرند؟ |  |  |  |  |  |
| 3 | آیا روش‌هایی برای پرداختن به پرسش‌ها، نگرانی‌ها، خلأهای اطلاعاتی و رفتارهای ناسالم یا تصحیح اطلاعات نادرست بهداشتی وجود دارد، و آیا این روش‌ها از نظر اثربخشی ارزیابی می‌شوند؟ |  |  |  |  |  |
| 4 | آیا فرآیندی برای استفاده از تحلیل‌های پایش رسانه و فضای مجازی به‌منظور شناسایی اولویت‌ها در مقابله مؤثر با اطلاعات نادرست بهداشتی وجود دارد؟ |  |  |  |  |  |
| 5 | آیا یک استراتژی ارتباطی وجود دارد که در مواقع اضطراری با شناسایی و تقسیم‌بندی جمعیت‌های هدف، از جمله گروه‌های حاشیه‌نشین و آسیب‌پذیر، و رفع موانع دسترسی به اطلاعات، اجرا می‌شود؟ |  |  |  |  |  |
| 6 | آیا روش‌های مشخصی برای ارائه اطلاعات به شیوه‌هایی که هویت‌ها، نگرانی‌ها و عوامل عزت‌افزا برای گروه‌های مختلف مردم را در نظر می‌گیرند، تعیین شده است؟ |  |  |  |  |  |
| 7 | آیا اجرای ارتباطات، تاکتیک‌های مربوط به شیوه، سبک، لحن، حضور و تعامل با مخاطبان هدف را مدنظر قرار می‌دهد؟ |  |  |  |  |  |
| 8 | آیا پیام‌های بهداشت ‌عمومی قبل از استفاده، با جمعیت هدف آزمایش می‌شوند؟ آیا این پیام‌ها با توجه به نیازهای اطلاعاتی جامعه هدف (جغرافیایی یا غیره) تطبیق داده می‌شوند تا در زمان مناسب و با قالب مناسب (رسانه، ژانر، سرعت ارائه) با توجه ویژه به موانع پیش‌روی گروه‌های حاشیه‌نشین و آسیب‌پذیر منتشر شوند، ؟ |  |  |  |  |  |
| 9 | آیا مواردی وجود داشته است که سازمان‌های ذینفع یا شریک، اطلاعات را با تأخیر یا به‌صورت متناقض منتشر کرده باشند؟ |  |  |  |  |  |
| 10 | آیا مواردی از تأخیر در انتشار اطلاعات به دلیل عدم توافق بین شرکای کلیدی در مواقع اضطراری رخ داده است |  |  |  |  |  |
| 11 | آیا تیم ارتباطات اختصاصی برای رسانه و شبکه‌های اجتماعی وجود دارد؟ |  |  |  |  |  |
| 12 | آیا یک سخنگوی رسانه‌ای تعیین شده است؟ |  |  |  |  |  |
| 13 | آیا تحقیقات رسانه‌ای برای تعیین اینکه پیام به مخاطبان هدف می‌رسد، انجام می‌شود؟ |  |  |  |  |  |
| 14 | آیا فرآیند سریعی برای تأیید محصولات رسانه‌ای و شبکه‌های اجتماعی شامل بررسی علمی وجود دارد؟ |  |  |  |  |  |
| 15 | آیا تمرینی برای آزمایش هماهنگی ارتباطی با سازمان‌های شرکا انجام شده است؟ |  |  |  |  |  |
| 16 | آیا ارزیابی عملکرد بخش ارتباطات در مواقع اضطراری گذشته صورت گرفته است؟ |  |  |  |  |  |

**R5.3. مشارکت جامعه**

| **ردیف** | **عنوان** | **نهاد/های متولی** | **پاسخ سوال** | **مستندات** | **مستندات ناقص** | **سطح** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | آیا تیمی ویژه برای بسیج اجتماعی، ارتقای سلامت یا مشارکت جامعه که به طور اختصاصی برای پاسخگویی در شرایط اضطراری استفاده شود، وجود دارد ؟ |  |  |  |  |  |
| 2 | آیا تیم اختصاصی بسیج اجتماعی، ارتقای سلامت یا مشارکت جامعه در پاسخگویی کلی به شرایط اضطراری ادغام شده است؟ |  |  |  |  |  |
| 3 | آیا تیم اختصاصی بسیج اجتماعی، ارتقای سلامت یا مشارکت جامعه دارای سازوکارهایی برای دسترسی به جمعیتهای آسیب‌دیده یا در معرض خطر در طول شرایط اضطراری سلامت در تمام سطوح (ملی، استانی و اولیه بهداشت‌عمومی) است؟ |  |  |  |  |  |
| 4 | آیا یک بررسی پایه برای ارائه اطلاعات درباره خطرات جمعیت یا توانایی مقاومت در برابر پنج خطر اصلی (مانند نقشه‌برداری زبان‌ها، شرایط زندگی، اعمال مذهبی/فرهنگی، کانال‌های ارتباطی مورد اعتماد، تأثیرگذاران) انجام شده است؟ |  |  |  |  |  |
| 5 | آیا بسیج اجتماعی، ارتقای سلامت یا مشارکت جامعه در برنامه پاسخ ملی گنجانده شده است؟ |  |  |  |  |  |
| 6 | آیا اعضای تیم اختصاصی مشارکت جامعه، از جمله داوطلبان و ظرفیت‌های اضافی، به طور منظم به آموزش دسترسی دارند؟ |  |  |  |  |  |
| 7 | آیا یک حلقه بازخورد مستمر و فعال بین جمعیت‌های در معرض خطر یا آسیب‌دیده و نهادهای پاسخگو، شامل اقدامات گسترده و نمایندگی متمرکز بر گروه‌های حاشیه‌نشین یا آسیب‌پذیر وجود دارد؟ |  |  |  |  |  |
| 8 | آیا عملکرد مشارکت جامعه به صورت راهبردی مدیریت، توسعه و بهره‌برداری می‌شود و آیا نحوه انجام مشارکت جامعه به صورت معمول و همچنین در شرایط اضطراری در گذشته مورد توجه قرار گرفته است؟ |  |  |  |  |  |
| 9 | آیا سیستمی برای تبادل بازخورد با جوامع خاص، به ویژه جوامع آسیب‌پذیر وجود دارد؟ |  |  |  |  |  |
| 10 | آیا عملکرد مشارکت جامعه، قدرت، شکل و کیفیت مشارکت با جوامع هدف را قبل، حین و پس از شرایط اضطراری اندازه‌گیری می‌کند؟ |  |  |  |  |  |
| 11 | آیا عملکردهای مشارکت جامعه از بینش‌های اطلاع‌رسانی (اینفودمیک) برای بهبود یا اصلاح راهبردهای خود استفاده می‌کنند؟ |  |  |  |  |  |
| 12 | آیا اعتماد جامعه سنجیده شده و بهبود می‌یابد؟ |  |  |  |  |  |
| 13 | آیا بینش‌های اجتماعی-رفتاری درباره جوامع تولید می­شوند و برای مدیریت اینفودمیک و بهبود برنامه‌ریزی مشارکت جامعه مورد استفاده قرار می‌گیرد؟ |  |  |  |  |  |

چک لیست امتیاز نهایی ظرفیت برقراری ارتباط و آموزش خطر با هدف مشارکت اجتماع

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **شاخص** | **نقاط قوت/best practices** | **چالش ها و حوزه هایی که نیاز تقویت دارند** | **سطح** |
| سیستم‌های ‏RCCE‏ برای مواقع اضطراری |  |  |  |
| برقراری ارتباط و آموزش خطر با هدف مشارکت اجتماعی |  |  |  |
| مشارکت جامعه |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **سطح** | **R5.1. سیستم RCCE برای مواقع اضطراری** | **یک سطح انتخاب شود** |
| **سطح 1** | مکانیسم‌های مربوط به عملکردهاو منابع ارتباطات خطر و مشارکت جامعه (RCCE) شامل جنبه‌های مرتبط با مدیریت اینفودمی، بینش‌های رفتاری و فرهنگی، در حال توسعه هستند؛ اجرا و هماهنگی فعالیت‌های RCCE به صورت موردی انجام می‌شود. |  |
| **سطح 2** | مکانیسم‌های عملکردها و منابع RCCE شامل جنبه‌های مرتبط با مدیریت اینفودمی، بینش‌های رفتاری و فرهنگی، ایجاد شده‌اند و هماهنگی فعالیت‌ها به صورت منظم انجام می‌شود. |  |
| **سطح 3** | کارکردهای ملی RCCE ایجاد و در حال اجرا هستند، همچنین جنبه‌های مرتبط با مدیریت اینفودمی، بینش‌های رفتاری و فرهنگی در نظر گرفته شده‌اند. منابع انسانی و مالی اختصاصی وجود دارد، اما این منابع ناکافی هستند. هماهنگی چندبخشی با حوزه‌های فنی متعدد در جریان است، اما محدود می‌باشد. |  |
| **سطح 4** | سیستم‌های ملی RCCE به طور کامل عملیاتی هستند و هماهنگی یکپارچه‌ای بین تمام حوزه‌های فنی کلیدی وجود دارد. RCCE دارای تعداد کافی پرسنل و داوطلب ماهر و/یا آموزش‌دیده و منابع مالی کافی است. برنامه‌های ملی چندخطری و چندبخشی RCCE حداقل هر ۲۴ ماه یک‌بار بازبینی می‌شوند. RCCE دارای ترتیباتی برای گسترش عملیات است که توسط یک تمرین شبیه‌سازی (SimEx) یا در طی یک وضعیت اضطراری واقعی بهداشتی آزمایش شده است. شواهد و داده‌های جمع‌آوری شده از بررسی فعالیت‌های RCCE برای اندازه‌گیری، ارزیابی، یادگیری و بهبود مستمد در مداخلات RCCE استفاده می‌شوند. |  |
| **سطح 5** | سیستم‌ها و منابع RCCE در تمام سطوح و بخش‌های مرتبط، از جمله مداخلات آمادگی و پاسخ تحت رهبری جامعه، عملیاتی هستند. سیستم‌ها و منابع RCCE به طور کامل در سیستم‌های پاسخ به وضعیت اضطراری ادغام شده‌اند. سطح ملی با سطوح استانی و محلی همکاری کرده و از آن‌ها حمایت می‌کند تا از داده‌های اجتماعی-رفتاری و اپیدمیولوژیک ملی و محلی برای ارتباطات خطر متناسب با جوامع محلی استفاده کنند. شواهد و داده‌های جمع‌آوری شده به صورت سیستماتیک برای اندازه‌گیری، ارزیابی، یادگیری و بهبود مستمر مداخلات RCCE مورد استفاده قرار می‌گیرند. |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **سطح** | **R5.2. ارتباط ریسک** | **یک سطح انتخاب شود** |
| **سطح 1** | مکانیسم‌های ارتباط عمومی، از جمله جنبه‌های مرتبط با مدیریت اینفودمی، در حال توسعه بوده یا به صورت موردی توسط متخصصان غیرحرفه‌ای اجرا می‌شوند که تقریباً به طور انحصاری بر رسانه‌های سنتی تمرکز دارند. |  |
| **سطح 2** | مکانیسم‌های ارتباط عمومی، از جمله مدیریت اینفودمی، طراحی شده‌اند اما به طور کامل اجرا نشده و شکاف‌های قابل توجهی وجود دارد. این فرآیندها توسط متخصصانی انجام می‌شود که حضور حداقلی در فضای آنلاین و رسانه‌های اجتماعی دارند. |  |
| **سطح 3** | طرح‌ها، سیاست‌ها و رویه‌های ارتباطات خطر تعریف شده‌اند. عملکرد ارتباطات خطر در ساختار پاسخ به شرایط اضطراری گنجانده شده و سخنگویان آموزش‌دیده در این حوزه منصوب شده‌اند. مدیریت اینفودمی و تحلیل بینش‌ها به صورت روتین انجام می‌شود. همچنین تحلیل‌هایی از مخاطبان هدف بر اساس زبان، منابع اطلاعاتی معتبر و کانال‌های ارتباطی ترجیحی جهت طراحی مداخلات ارتباطات خطر صورت می‌گیرد. |  |
| **سطح 4** | ارتباطات برنامه‌ریزی‌شده با اقدامات پیش‌دستانه از طریق کانال‌های متنوع (مانند خطوط تلفنی، سیستم‌های شکایت، رصد اجتماعی) انجام می‌شود. رسانه‌های آنلاین و آفلاین روزانه پایش شده و بازخوردها، بینش‌ها و داده‌ها برای تنظیم و بهبود راهبردهای ارتباطات خطر استفاده می‌شوند. مدیریت قوی اینفودمی با استفاده از مکانیسم‌های جستجو در منابع آنلاین و/یا آفلاین برای شکل‌دهی به پیام‌ها و راهبردها وجود دارد. همچنین هماهنگی راهبردها و پیام‌های ارتباطات خطر بین بخش‌ها و سطوح مختلف دولت برقرار است. |  |
| **سطح 5** | فعالیت‌های ارتباطات خطر با رویکرد تمام‌دولتی و مشارکت تمام بازیگران، از جمله شرکای بین‌المللی و ملی، رسانه‌ها و افراد تأثیرگذار، اجرا می‌شوند. ارتباطات به‌صورت به‌موقع، قابل دسترس و قابل درک از طریق کانال‌های آنلاین و آفلاین انجام می‌شود. شواهد و داده‌های گردآوری‌شده از طریق سنجش و ارزیابی به‌صورت نظام‌مند برای یادگیری مستمر و بهبود مداخلات ارتباطات، مشارکت جامعه و توانمندسازی (RCCE) استفاده می‌شوند. |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **سطح** | **R5.3. مشارکت جامعه** | **یک سطح انتخاب شود** |
| **سطح 1** | مکانیسم‌های مشارکت جامعه در شرایط اضطراری سلامت عمومی، از جمله راهنماها و/یا رویه‌های عملیاتی استاندارد (SOPs)، در حال توسعه هستند. فعالیت‌های مشارکت جامعهعمدتاً به اشتراک‌گذاری یک‌طرفه اطلاعات محدود شده و منحصر به برنامه‌های کنترل بیماری‌هاست – مانند سلامت مادر و کودک، مالاریا، سل، اچ‌آی‌وی/ایدز، فلج اطفال و بیماری‌های گرمسیری فراموش شده. تلاش‌های مشارکت جامعه به صورت نظام‌مند با پاسخ‌های اضطراری مرتبط نیستند. |  |
| **سطح 2** | مکانیسم‌های نظام‌مند مشارکت جامعه در شرایط اضطراری سلامت عمومی، از جمله راهنماها و/یا رویه‌های عملیاتی استاندارد، تدوین شده‌اند. فعالیت‌های مشارکت جامعه شامل برخی از اشکال مشارکت مردمی است، از جمله مشورت با جامعه و جمع‌آوری بازخورد آن‌ها در مورد تصمیمات و اقدامات. |  |
| **سطح 3** | جامعه به‌صورت فعال در پاسخ‌دهی به شرایط اضطراری مشارکت داشته و در طراحی ابتکارات پاسخ‌دهی سهیم است. ذینفعان، از جمله رهبران جامعه، سازمان‌های مذهبی و جامعه مدنی، شناسایی شده‌اند اما تنها به صورت موردی درگیر می‌شوند. مکانیسم‌های رسمی یا غیررسمی جمع‌آوری بازخورد جامعه، مانند خطوط تلفنی و تحقیقات اجتماعی-رفتاری، ایجاد شده و برای اطلاع‌رسانی پاسخ‌های اضطراری مورد استفاده قرار می‌گیرند. سازوکارهای هماهنگی مشارکت جامعه در سطوح ملی، استانی و محلی وجود دارد. |  |
| **سطح 4** | جامعه به‌صورت فعال در پاسخ‌دهی به شرایط اضطراری مشارکت داشته و در طراحی ابتکارات پاسخ‌دهی سهیم است. ذینفعان، از جمله رهبران جامعه، سازمان‌های مذهبی و جامعه مدنی، شناسایی و به‌صورت نظام‌مند درگیر می‌شوند. پاسخ‌دهندگان اضطراری آموزش دیده‌اند و مکانیسم‌های ذخیره ظرفیت برای مشارکت جامعه موجود و عملیاتی است. جمع‌آوری و تحلیل بازخورد جامعه و داده‌های اجتماعی-رفتاری در سطوح ملی، استانی و محیطی پاسخ سلامت عمومی به صورت موردی انجام می‌شود. |  |
| **سطح 5** | جوامع به عنوان شرکای فعال در پاسخ به شرایط اضطراری مشارکت داشته و در برنامه‌ریزی، طراحی و اجرای مداخلات نقش دارند. جمع‌آوری و تحلیل نظام‌مند بازخوردهای جامعه، داده‌های رفتاری-اجتماعی و بینش‌های اینفودمیک در سطوح ملی، استانی و محیطی پاسخ سلامت عمومی انجام می‌شود شواهد گردآوری شده از تحلیل داده‌ها به صورت نظام‌مند برای بهبود مستمر مشارکت جامعه در پاسخ به شرایط اضطراری سلامت مورد استفاده قرار می‌گیرد. |  |