

ارایه الگوی توانمندسازی در جوامع روستایی در برنامه ابتكارات جامعه محور

محرم یوسفی سادات^۱، انسیه جمشیدی^{۲*}، رضا مجدزاده^۲، مهران خائeni^۳، معصومه سادات مدنی^۳، فاطمه رجبی^۲

۱- مؤسسه غیردولتی توانمندسازی فرهیخته، اردبیل ۲- مرکز پژوهش‌های سلامت مبتنی بر مشارکت جامعه، پژوهشکده کاهش رفتارهای پرخطر، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران ۳- مرکز سلامت محیط و کار، دیپرخانه ابتكارات جامعه محور، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

* نویسنده مسؤول: انقلاب، کارگر شمالی، نرسیده به بلوار کشاورز، مجتمع پژوهشکده‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران، طبقه ۷، واحد ۹، مرکز پژوهش‌های سلامت مبتنی بر مشارکت جامعه، کد پستی: ۱۴۱۷۹۹۳۳۵۵، تلفن: ۰۲۱۸۸۹۹۵۸۸۰ نمایر: ۰۲۱۸۸۹۹۵۸۷۹ پست الکترونیک: ensiyeh_jamshidi@yahoo.com

دریافت: ۹۴/۲/۲۱ پذیرش: ۹۴/۵/۲۵

چکیده

مقدمه: هدف از برنامه ابتكارات جامعه محور، دستیابی به کیفیت بهتر زندگی از طریق توسعه اقتصادی- اجتماعی و توانمند نمودن جامعه به منظور افزایش کنترل آن بر مؤلفه‌های تأثیرگذار بر سلامت است. هدف از این مقاله، ارایه الگوی توانمندسازی اجتماعی محور به عنوان سنگ بنای این برنامه می‌باشد.

روش کار: به منظور ارایه الگوی مناسبی برای توانمندسازی جامعه محلی، علاوه بر مرور تجارب ملی و بین‌المللی، تیمی از متخصصان حوزه توانمندسازی به عنوان کمیته مشورتی تدوین الگو شکل گرفت. تعداد ۱۰ جلسه مشورتی با مشارکت ۱۱ نفر از متخصصان، به منظور تبیین اهداف و اجزای الگو برگزار شد و الگوی استخراج شده در یک کارگاه دو روزه با حضور ۱۵ نفر از کارشناسان برنامه ابتكارات جامعه محور، مورد نقد و بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها: الگوی توانمندسازی در چهار جزء و ۱۸ گام اجرایی تدوین گردید. این اجزا شامل فراهم‌سازی زمینه‌های اجرا، پیاده‌سازی فرایند توسط تیم داوطلب روستا، پایش و ارزشیابی و مستندسازی تجارب و فعالیت‌های برنامه می‌باشد. برای هر یک از این اجزا، گام‌های اجرایی که می‌باشد توسط سازمان متولی یا جامعه محلی برداشته شود مشخص گردید.

نتیجه‌گیری: الگوی ارایه شده، مطابق با اصول توانمندسازی اجتماعی محور برای جامعه محلی و متولیان برنامه، گام‌های اجرایی را مشخص نموده است. این الگو می‌تواند در جهت تأمین اهداف طرح تحول نظام سلامت در ارایه خدمات بهداشتی در مناطق حاشیه‌نشین و سکونت‌گاه‌های غیررسمی شهرها و برای کشورهای عضو منطقه مדיترانه شرقی سازمان جهانی بهداشت که درگیر اجرای برنامه ابتكارات جامعه محور هستند خطوط راهنمای ارایه دهد.

گل واژگان: توانمندسازی، الگو، ابتكارات جامعه محور، توسعه روستایی

مقدمه

ایران به سال ۱۳۷۰ و آغاز اجرای برنامه «شهر سالم»^۱ برگردید. به منظور اجرایی شدن این برنامه، هیأت دولت در سال ۱۳۷۵، تأسیس شورای هماهنگی شهرهای سالم با ترکیبی از نه وزارت‌خانه و چهار سازمان را تصویب نمود. سپس اعضای شورای هماهنگی به این نتیجه رسیدند که داشتن شهرهای سالم کافی نبوده و باید جوامع روستایی را نیز در برنامه در نظر بگیرند. بنابراین در سال ۱۳۷۸، هیأت دولت وقت طی مصوبه‌ای،

برنامه ابتكارات جامعه محور^۲ شامل برنامه شهرهای سالم^۳، برنامه روستاهای سالم^۴، نیازهای اساسی توسعه^۵ و زنان در عرصه سلامت و توسعه^۶ می‌باشد. سابقه اجرای این برنامه در

¹ Community Based Initiative

² Healthy Cities Program

³ Healthy Villages Program

⁴ Basic Development Needs (BDN)

⁵ Women in Health and Development

در دنیا رویکردهای توانمندساز اجتماع محور در بسیاری از برنامه‌ها از جمله بهبود پیامدهای سلامت در مادران و نوزادان، کاهش مرگ و میر و دسترسی بهتر به خدمات سلامت در جوامع روستایی، بهبود خدمات پیشگیری اولیه و ثانویه و غربالگری در جمعیت هدف، تدوین برنامه‌های آموزشی متناسب با فرهنگ جامه (ایریستون⁶ و همکاران، 2010) (5)، پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر در هند (موهان⁷ و همکاران، 2006) (6)، پیشگیری از خودکشی در بین شهروندان شهرهای ژاپن (موتوهاشی⁸ و همکاران، 2007) (7)، کاهش مرگ و میر کودکان در بوسنون ایالات متحده آمریکا (پلوق⁹ و همکاران، 1994) (8) و پیشگیری از مalaria در تایلند (گئونپاکول¹⁰ و همکاران، 2007) (9) به کار گرفته شده است.

هدف این مقاله، ارایه الگوی توانمندسازی اجتماع محور به عنوان سنگبنای برنامه ابتكارات جامعه محور به منظور ادغام آن در شبکه مراقبت بهداشتی اولیه می‌باشد. این الگو باید بتواند به تبیین نقش‌ها و مسؤولیت‌های جامعه محلی و نحوه پرداختن به مسایل و نیازهای فاراوری آن، اصول سازمان‌بایی، نحوه ارتباط و تعامل با بخش‌های دیگر جامعه به خصوص نهادها و سازمان‌های دولتی و سایر موضوعاتی که در انجام برنامه ابتكارات جامعه محور به نوعی چالش محسوب می‌شوند بپردازد و به علاوه، مسیر روش‌تری را با توجه به اصول رویکرد اجتماع محور تبیین نماید.

روش کار

به منظور ارایه الگوی مناسبی برای توانمندسازی جامعه محلی، علاوه بر مرور تجارب بین‌المللی از سایر کشورها، تجارب طرح‌هایی که بر اساس الگوهای توانمندسازی اجتماع محور در ایران اجرا شده‌اند نیز موردن بررسی قرار گرفت و اطلاعات لازم و درس‌های آموخته شده استخراج گردیدند. برای گردآوری تجارب بین‌المللی، بانک‌های اطلاعاتی EPPI-Centre database of Health promotion Research, ISI web of Science, OVID Medline Empowerment, Community-based Initiative, Rural Empowerment, Empowerment model, Community Empowerment در بازه زمانی سال‌های 2000 الی 2013 مورد جستجو قرار گرفت. همچنین وبسایت‌های مرتبط

برنامه روستاهای سالم را نیز اضافه نمود. در سال 1379 نیز به پیشنهاد دفتر منطقه‌ای مدیرانه شرقی سازمان جهانی بهداشت، برنامه نیازهای اساسی توسعه در ایران در 10 روستای سه استان کشور به صورت پایلوت آغاز گردید. در حال حاضر این برنامه‌ها در بسیاری از کشورهای عضو منطقه مدیرانه شرقی در حال اجرا است و هر کدام مراحل مختلفی از پیشرفت را می‌گذراند (1). هدف از برنامه ابتكارات جامعه محور، دستیابی به کیفیت بهتر زندگی از طریق توسعه اقتصادی - اجتماعی، توجه به مؤلفه‌های تأثیرگذار بر سلامت و توانمند نمودن جامعه به منظور افزایش کنترل آن‌ها بر این مؤلفه‌ها است. رویکرد این برنامه، جامنگری به مقوله سلامت و افزایش کنترل جامعه بر مؤلفه‌های تأثیرگذار بر سلامت بوده و سعی بر این بوده است تا در راستای تحقق اصول بیانیه آما آتا در خصوص مشارکت مردم در سلامت گام‌های مؤثری را طی نماید. گزارشات پایش‌های منظم و پیمایش برنامه‌های در حال اجرا، پیشرفت‌هایی را در کیفیت شاخص‌های مرتبط با سلامت نشان می‌دهد (1).

در طی دو دهه اجرا، این برنامه ارزیابی شده است که علی‌رغم نقاط قوت موجود، نیاز به بازنگری در برخی از ابعاد آن را نشان داده است و نیاز به تدوین الگوی توانمندسازی جامعه محور در سلامت روستایی را جزو اولویت‌های اقدام بر شمرده است (2 و 3). بر اساس تحلیل انجام شده از بازدید میدانی طرح توسط تیم تحقیق و گفتگو با گروه‌های محلی، شرکت در نشست‌هایی با حضور دست‌اندرکاران و کارشناسان طرح، نیاز به تقویت رویکرد توانمندسازی جامعه محلی برای حضور مؤثر و ایفاده مسؤولیت خود در قبال توسعه محلی و ارتقای سلامت مطرح گردید. در نظر گرفتن نقش عاملیت جامعه در توسعه و پایداری تأثیرات، یکی از ارکان ضروری در اتخاذ رویکردهای اجتماع محور می‌باشد و برنامه شهر و روستای سالم نیز از این اصل مستثنی نخواهد بود. در فرآیند توانمندسازی، جوامع قادرند از قدرت خود برای تغییر زندگی و محیط اطراف بهره ببرند. در این فرآیند، مشارکت افراد، سازمان‌ها و جوامع در جهت افزایش کنترل آن‌ها بر تضمیم‌گیری، بهبود کیفیت زندگی و عدالت اجتماعی ارتقا می‌یابد. عنصر اصلی در فرآیند توانمندسازی، بسیج جوامع محلی در جهت حل مشکلات محلی است. توانمندسازی را می‌توان در سه سطح فردی، سازمانی و اجتماعی در نظر گرفت. این سطوح با یکدیگر در ارتباط هستند. در جوامع توانمند، سازمان‌های توانمند وجود دارند و سازمان‌های توانمند نیز بر توانمندی اعضای خود تکیه دارند (4).

⁶ Preston

⁷ Mohan

⁸ Motohashi

⁹ Plough

¹⁰ Geounuppakul

سایر کشورها و ایران و ارایه تجارب، پیش‌نویس الگو تهیه شد و در جلسات پنجم به بعد، متن پیش‌نویس نمایش داده شد و افراد بر روی اجزا و گام‌های اجرایی و نحوه عملیاتی شدن الگو بحث کردند. این بحث‌ها ضبط و پیاده‌سازی شدند و تحلیل محتوای هدایت شده بر اساس اجزا و گام‌های اجرایی صورت گرفت. پس از اعمال نظرات متخصصان در نسخه نهایی، الگو در جلسه پیانی به تأیید شرکت‌کنندگان حاضر رسید. این الگو در یک کارگاه دو روزه که توسط دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان در قشم با مشارکت ۱۵ نفر از مسؤولان و کارشناسان برنامه ابتكارات جامعه‌محور دانشگاه‌های هرمزگان، اصفهان، لرستان، یزد و مازندران برگزار شد، مورد نقد و بررسی قرار گرفت. رئوس مطالب ارایه شده بر اساس اجزا و گام‌های اجرایی الگو بود و شامل مشارکت و کسب تعهد ذی‌نفعان برای اجرا، اعتمادسازی، ارزیابی و تحلیل جامعه، تحلیل ذی‌نفعان، اطلاع‌رسانی، نیازمندی و اولویت‌بندی نیازها، برنامه‌ریزی، پایش و ارزشیابی، پایداری و مستندسازی بود. در نهایت به منظور تعیین سازگاری الگو و ادغام آن در شبکه مراقبت‌های بهداشتی اولیه، پایلوت مراحل اجرایی، با همکاری دانشگاه علوم پزشکی کرمان آغاز گردید.

نتایج

نتایج حاصله در دو بخش درس‌های آموخته از تجارب و اجزا و مراحل اجرایی الگو ارایه می‌گردد:

الف: درس‌های آموخته از تجارب ملی و بین‌المللی
 تعداد 80 تجربه مرور شد. بر اساس معیارهای ورود، تعداد چهار تجربه بین‌المللی شامل برنامه جوامع اینم^{۱۱} (10)، برنامه توانمندسازی جامعه در جهت بهبود سلامت و حفظ محیط زیست در فیلیپین^{۱۲} (11)، تجربه برنامه توانمندسازی زنان در مدیریت پسمند^{۱۳} (12) و برنامه توانمندسازی جوانان^{۱۴} (13) و چهار تجربه ملی شامل توانمندسازی 40 زن در 40 روستا (14)، توانمندسازی اجتماع محور در جهت کاهش فقر (15)، طرح جمع‌آوری و تفکیک زباله از مبدأ (16) و طرح پشتیبانی خدمات مالی خرد روستایی (17) و (18) وارد مطالعه شدند. لیست تجارب بین‌المللی در جدول ۱ آورده شده است.

مانند وب‌سایت سازمان جهانی بهداشت نیز مورد بررسی قرار گرفت. تمامی گزارشاتی که به زبان انگلیسی بودند و از طراحی مداخله‌ای برخوردار بودند و به جزییات الگوی توانمندسازی مورد استفاده اشاره کرده بودند و گزارش ارزشیابی داشتند وارد مطالعه شدند. برای شناخت مطالعات مرتبط انجام شده در ایران، جستجوی کلیدوازه‌های مرتبط در پایگاه‌های اطلاعاتی اینترنت انجام گردید. پژوهه‌های وارد شده به مطالعه، به حداقل یک موضوع محیط زیست و اجزای الگوی توانمندسازی به کار رفته اشاره داشته و درس‌های آموخته را نیز ذکر کرده بودند. در صورت عدم دسترسی به مستندات و درس‌های آموخته این پژوهه، از طریق تماس با افرادی که در حوزه توانمندسازی در ایران کار کرده بودند، گزارشات دریافت گردید. این افراد توسط مؤسسه توانمندسازی فرهیخته و کارشناسان مرکز پژوهش‌های سلامت مبتنی بر مشارکت جامعه که سابقه بیش از یک دهه همکاری در حوزه توانمندسازی با نهادهای مرتبط را داشتند، شناسایی شدند.

دو نفر از همکاران پژوهش، از گزارشات پژوهه‌های استخراج شده، درس‌های آموخته و پیامدها را استخراج نمودند. به منظور تدوین الگو، کارگاه کشوری برنامه ابتكارات جامعه‌محور با حضور کارشناسان بهداشت محیط ایران و جمعی از صاحب‌نظران از سازمان‌های شهرداری، بهزیستی، سازمان‌های مردم نهاد، جهاد کشاورزی و استانداری برگزار گردید. متعاقب آن، تیمی از متخصصان حوزه توانمندسازی از بخش‌های دولتی، مردم نهاد و کارشناسان برنامه ابتكارات جامعه‌محور به عنوان کمیته مشورتی تدوین الگو شکل گرفت. تعداد 10 جلسه مشورتی با مشارکت 11 نفر از کارشناسان و مسؤولان برنامه ابتكارات جامعه‌محور در سطح وزارت‌خانه، نمایندگان مرکز پژوهش‌های سلامت مبتنی بر مشارکت جامعه، مؤسسه مردم نهاد توانمندسازی فرهیخته، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثّر بر سلامت، پایگاه سلامت اجتماعی بهزیستی و استاید برخی دانشگاه‌های علوم پزشکی برگزار گردید. مبنای انتخاب افراد، تخصص در حوزه توانمندسازی اجتماع محور بر اساس بارش افکار کارشناسان و مسؤولان برنامه ابتكارات جامعه‌محور و بررسی سوابق افراد در این زمینه بود. جلسات توسط یک تسهیل‌گر از دبیرخانه ابتكارات جامعه‌محور تسهیل می‌گردید. پس از ارایه چارچوب‌های مفهومی بحث توانمندسازی اجتماع محور توسط نویسنده‌گان اول و مسؤول در جلسه نخست، اصول و مبانی و اهداف در طی دو جلسه مورد توافق قرار گرفت. پس از مرور اقدامات انجام شده در

¹¹ Safe community

¹² Empowering communities to improve their health and preserve their environment in the Philippines

¹³ Empowering women one community at a time

¹⁴ Youth empowerment scheme

جدول ۱- خصوصیات پروژه‌های وارد شده به مطالعه با رویکرد توانمندسازی اجتماع‌محور در سطح بین‌المللی

نام برنامه	کشور/سال	موضوعات	پیامدها
برنامه توامندسازی چین	استونی 2003	فعال سازی جامعه	الگوی توامندسازی در دو فرایند موقتی گردد: ۱- فرایند مرتبط با توامندسازی (فعال سازی جوامع و مشارکت آن، ایجاد شایستگی ها، آموزش مهارت های لازم و ایجاد محیط حمایتی) و ۲- فرایند خاص مبتنی بر موضوع (توافق بر اهداف، برنامه ریزی، اجرا و پایش) پهنه بگیری از کارگروه های محلی و هدایت مشارکت ذی نفعان سایر بخش ها توسط کارگروه های محلی می تواند موجب موقفيت برنامه گردد.
برنامه توامندسازی فیلیپین	فلیپین 2007 و کوکسیان	ارتفاعی طرفیت مدیریت جامعه	استفاده بیشتر از خدمات سلامت مادران و کودکان بهره بگیری از جزء سیاست اجتماعی در فرایند توامندسازی جامعه توجه جمعیت روستایی ارتقای درمان مناسب یماری های اسهالی در گروه های شکل دهن و پیشبرد فرایند توسط هرمان فعال محلی و دولتی محروم ایجاد 18 منطقه تغیری حفاظت شده و 903 هکتار اختیار مناسب مناطق پایلوت بر اساس دو میار نیاز منطقه و وجود تیم داوطلب با اینگیزه در منطقه حفاظت شده ماهیان روتا افزایش طرفیت جوامع مشارکت کننده برای شناسایی نیاز ورود نمایندگان خانواده های محروم و اقلیت در ساختار های رسمی جامعه آموزش مهارت های فردی و گروهی تسبیم درس های آموزخانه دند قدردانی و چشم موقفيت ها طرفیت سازی سازمانی و تقویت سیستم ها شناسایی خانواده های محروم و در جاشهی جامعه و مشارکت دادن آن ها در تصمیم گیری ها شکل دهن همکاری مناسب با سایر سازمان ها و مؤسسات دولتی و غیر دولتی از ابتدای فرایند شکل گیری تعاوی پس انداز و اعتبارات دارای 496 عضو و پرداخت 85954 دلار از وام های خرد و 123924 دلار از درآمد سپمانت به اعضا انجام تفکیک زیاله توسط خانوارها، جمع اوری کاغذ های باطله از بانک ها، هتل ها و همراک عمومی توسط کانون همکار دایره سبز اشتغال زایی در اعضا به صورت تامین 27 شغل تاموقوت و 9 شغل پاره و موقوت در زمینه مدیریت سپمانت و تولید بیوگاز - شمارکت دادن ذی نفعان دیگر مانند داش آموزان، بخش خصوصی (دایره سبز) و خانوارها در کاهش روزانه بسیارند؛ سال توسط کمیته شکل گرفته اختصاص بارانه بیوگاز توسط دولت نیال بیوگاز را برای افزاد و برخی مؤسستای که مخازن بیوگاز از فضولات گاوی) ایجاد می کرند. تسری برname به 20 منطقه دیگر مشارکت 892 زن در قالب 30 گروه کسب درآمد پایدار ارتفاعی خواهانگی و اعتماد به نفس توجه به:
برنامه توامندسازی چین	نیجریه 2009	سطح درآمد، اسکان، دسترسی به خدمات سلامت، محیط های سالم	اشغال (خویش فرما و استخدام نهادها) تأثیر مثبت بر سطح درآمد، اسکان، دسترسی به خدمات سلامت و سرمایه فردی؛ - نظارت کافی، مشارکه و کمک فنی در طول فرایند

است. این شاخص‌ها شامل موارد ذیل است: نزدیک بودن روستاهای هدف به مرکز شهرستان، برخورداری از تعداد خانوار و میزان جمعیت مناسب (برای روستاهای 100 تا 500 خانوار)، وجود سطح نسبی از سرمایه اجتماعی با توجه به مؤلفه‌هایی نظیر سواد، مشارکت، هویت مشترک از نظر قومیت یا همسایگی و زبان و اعتماد عمومی. علاوه بر این، برخی از نهادهای دولتی مرتبط نیز می‌توانند در انتخاب روستاهای هدف به عنوان مشاور با شیکه پهداشت همکاری داشته باشند. در انتخاب گروه اولیه از افراد پیشگام برای انجام اقدامات اجتماع محور که فرایند توانمندسازی برای آن‌ها طراحی و پیاده شود، توجه به معیارهای برخورداری از علاقه و انگیزه لازم در زمینه توسعه محلی، برخورداری از تحصیلات کافی و مهارت‌های ارتقابی، مورد تأیید بودن از طرف معتمدان و افراد کلیدی محل حائز اهمیت می‌باشد. بر اساس درس‌های آموخته از این تجارت، یکی از

تحلیل یافته‌های تجارب ملی نشان می‌دهد که مقوله توامندسازی نقش مهمی در ارتقای مهارت‌ها و نقش افراد جامعه محلی در توسعه محلی داشته است و با مشارکت افراد توامند شده، زمینه مناسب برای استفاده از تعهد، انگیزه، دانش و ظرفیت افراد در توسعه محلی فراهم گردیده است. اگرچه به کارگیری رویکرد توامندسازی اجتماع محور با همکاری نهادهای مختلف رویکرد بسیار مثبتی می‌باشد، لازم است که با: (1) کم کردن بروکراسی‌های اداری، سرعت بخشیدن به روند اجرایی و تعامل نزدیک‌تر نهادهای دولتی و نهادهای غیردولتی؛ (2) تهیه الگوی واحد برای توسعه محلی به منظور جلوگیری از اتلاف منابع؛ و (3) ایجاد وحدت رویه و جلوگیری از سردرگمی گروههای هدف؛ بهرهمندی هرچه بیشتر جامعه از اجرای این گونه برنامه‌ها تضمین شود. در گام‌های اجرایی، در مرحله تعیین مناطق هدف، توجه به شاخص‌های معینی حائز اهمیت

5- شناسایی داوطلبین محلی بر اساس معیارهای مشخص: در این مرحله، فهرستی از اشخاص داوطلب تهیه می‌شود.

6- تشكیل تیم اجرایی اولیه از بین داوطلبان محلی: تیم اجرایی اولیه بر اساس مصاحبه با افراد داوطلب و بررسی انگیزه و توانایی آن‌ها در برقراری ارتباط شکل می‌گیرد.

7- آموزش مؤسسه‌های مجری محلی و تیم‌های اجرایی در مناطق هدف: آموزش‌ها شامل شیوه‌های جلب مشارکت، اعتمادسازی، اطلاع‌رسانی و ارزیابی جامعه می‌باشد.

2- پیاده‌سازی فرایند توسط تیم داوطلب روستا: پیاده‌سازی فرایند توسط داوطلبین جامعه محلی از طریق گام‌های ذیل حاصل می‌شود:

1) اعتمادسازی نسبت به خود و قابلیت‌های خود در ذی‌نفعان: در این مرحله، افراد در صدد کسب اعتماد در بین افراد محلی از طریق برگزاری جلسات مذاکره در مورد بیان دغدغه‌ها، اقدامات اولیه کوتاه‌مدت و مورد نیاز جامعه هستند.

2) ارزیابی و تحلیل جامعه: ارزیابی و تحلیل جامعه و شناخت منابع و قوتهای آن توسط تیم‌های داوطلب در این بخش صورت می‌گیرد. پروفایلی از مشخصات ساکنین نیز تهیه می‌شود.

3) تحلیل ذی‌نفعان: ذی‌نفعان برنامه ابتکارات جامعه محور در این مرحله شناسایی شده و ارتباط و مناسبات آن‌ها با یکدیگر مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌گیرد.

4) اطلاع‌رسانی مستمر توسط تیم اجرایی یا مرکز توسعه روستا: در این مرحله، برنامه ارتباطی شامل مخاطبان، پیام‌ها و کانال‌های مناسب با هر مخاطب مشخص شده و برنامه اجرایی تهیه می‌گردد.

5) سازمان‌بایی ثانویه در قالب یک سازمان اجتماعی محور: در این مرحله، پس از برگزاری جلسه‌ای با حضور افراد فعال محلی شناسایی شده در مرحله پروفایل، ارکان تصمیم‌گیری، اجرایی و نظارتی مشخص شده و تمهدات ایجاد مرکز توسعه روستایی فراهم می‌شود.

6) بسیج اجتماعی، جلب حمایت و مشارکت ذی‌نفعان: تیم اجرایی یا مرکز توسعه روستا، به منظور درگیر نمودن ذی‌نفعان مختلف و نیز جلب همکاری و مشارکت آن‌ها در برنامه‌های آینده و تسهیل و پشتیبانی از اجرای طرح‌های مداخله‌ای، اقدام به برقراری ارتباط مستمر با ذی‌نفعانی که در مرحله قبلی شناسایی و تحلیل نموده است می‌کند.

7- نیازسنجی و اولویت‌بندی نیازها و مشکلات روستا: در این مرحله، طرح نیازسنجی برای بکارگیری روش‌های جمع‌آوری اطلاعات اولیه و ثانویه، تنظیم و به مرحله اجرا در می‌آید. با

بعادی که می‌بایست در فرایند توانمندسازی به آن توجه شود، دانش و مهارت گروه هدف می‌باشد. در این ارتباط، محتواهای آموزشی می‌بایست شامل حداقل سه سرفصل ارزیابی منابع جامعه و تحلیل ذی‌نفعان، نیازسنجی مشکلات و نیازهای محلی، برنامه‌ریزی و تهیه برنامه باشد.

ب: اجزای الگوی توانمندسازی جوامع محلی و گام‌های اجرایی

الگوی توانمندسازی در چهار جزء و 18 گام اجرایی تدوین گردید که در ذیل بر شمرده شده‌اند: (شکل 1، فرایند را خلاصه نموده است).

1- فراهم‌سازی زمینه‌های اجرا: گام‌های اجرایی که توسط سازمان متولی در جهت فراهم‌سازی زمینه‌های اجرایی رویکرد توانمندسازی جوامع محلی می‌بایست توسط سازمان متولی برداشته شود، شامل موارد ذیل می‌باشد:

1-1) کسب تعهد و تأمین منابع مالی و تخصیص آن مناسب با فرایندهای اجرایی: در این مرحله علاوه بر کسب تعهد مقامات ارشد، تصویب برنامه در مراجع ذی‌صلاح، تخصیص منابع مالی لازم برای طرح، تعیین و ابلاغ حکم کارشناس برنامه و تعیین مؤسسه مجری غیردولتی محلی و عقد تفاهمنامه صورت می‌گیرد.

1-2) انتخاب مناطق هدف: این مرحله شامل انتخاب شهرستان و روستای هدف است. انتخاب شهرستان طی مشورت معالونت بهداشتی دانشگاه با مدیران شبکه‌های بهداشتی درمانی صورت گرفته و موضوع در کارگروه سلامت و امنیت غذایی شهرستان‌های پیشنهادی مطرح می‌شود. روستاهای در حوزه شهرستان‌های پیشنهادی، طی مشورت با سایر ذی‌نفعان انتخاب می‌شوند. شاخص‌هایی از جمله اندازه جمعیت، سابقه مشارکت و سرمایه اجتماعی برای انتخاب روستا مینا قرار می‌گیرد. گروه مقایسه (کنترل) برای اثربخشی برنامه مداخله انتخاب شده و در نهایت لیست روستاهای انتخابی به کارگروه سلامت و امنیت غذایی شهرستان اعلام می‌شوند.

3-1) تعیین کارشناسان مجری طرح و آموزش و توجیه آن‌ها: جلسه توجیهی در مورد فرایند کلی طرح برگزار شده و کارشناسان در زمینه شیوه‌های آگاه‌رسانی و جلب مشارکت در جوامع محلی آموزش می‌بینند.

4-1) آماده‌سازی تسهیلگران در ورود به یک جامعه محلی: تسهیلگران شناخت کلی در مورد روستاهای هدف به دست آورده و افراد کلیدی را شناسایی می‌کنند.

3- پایش و ارزشیابی (درونوی، بیرونی): پایش و ارزشیابی درونی، از طریق فرایندی توانمندساز و مشارکتی، در طول دوره برنامه و توسط ذی نفعان اصلی پروژه برای تعیین نتایج به دست آمده و میزان دستیابی به اهداف و شاخص‌ها صورت می‌گیرد. پایش و ارزشیابی بیرونی توسط ناظرین بیرونی و بر اساس چکلیست‌های پایش انجام می‌شود.

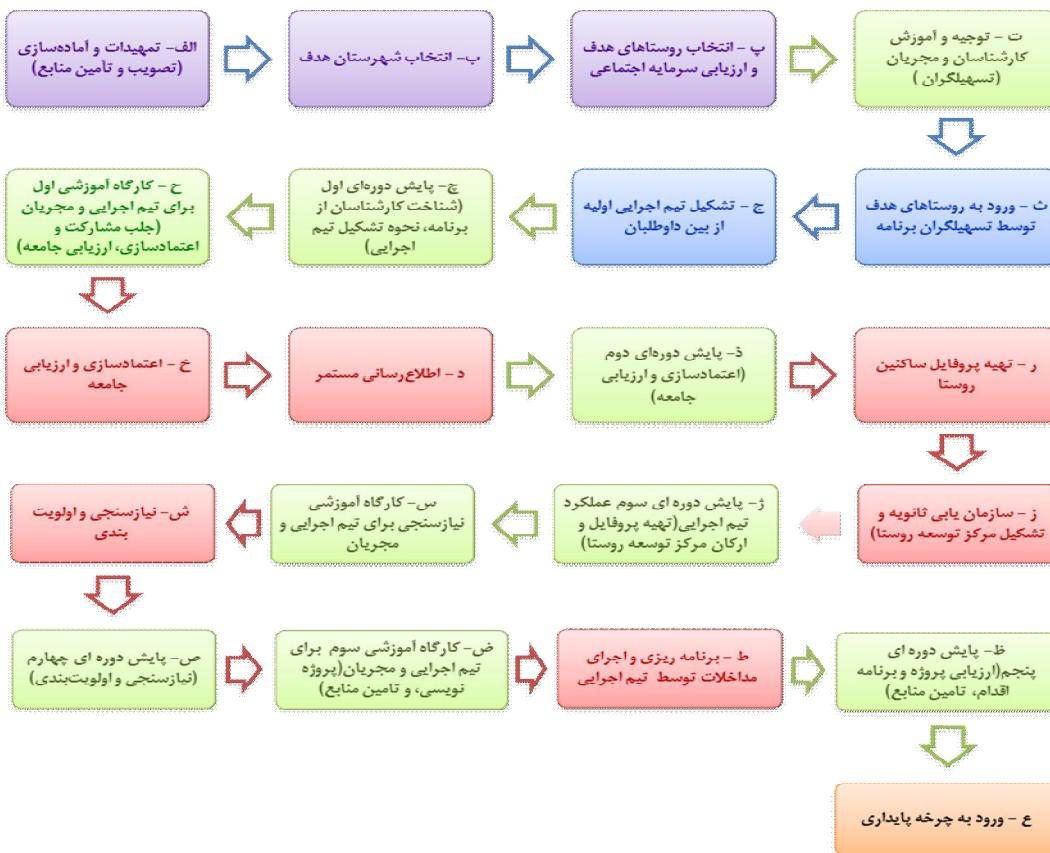
4- مستندسازی تجارب و فعالیت‌های برنامه: تمام استناد و اطلاعات جمع‌آوری شده در سطح جامعه باید توسط گروه محلی و با همکاری فنی نهاد متولی به طور منظم به روز رسانی شده و گزارش‌های لازم بر اساس آن‌ها تهیه و در بین اعضای جامعه محلی، دستاندرکاران دولتی، غیردولتی و ذی نفعان دیگر منتشر گردد. لازم به ذکر است پایش دوره‌های در کل فرایند به منظور ارزیابی و بازخورد در پنج مرحله تشکیل تیم‌های اجرایی، اعتمادسازی و ارزیابی جامعه، تهیه پروفایل رosta و ارکان مرکز توسعه رosta، نیازسنجی و اولویت‌بندی و تدوین و اجرای پروژه‌های مداخله و برنامه اقدام صورت می‌گیرد.

برگزاری جلسه مشترک با مشارکت ذی نفعان، اولویت‌بندی نیازهای استخراج شده صورت می‌گیرد.

8- برنامه‌ریزی: راهکارهای مداخله بر اساس نتایج اولویت‌بندی تعریف شده و پروژه‌ها احصا می‌شود. شاخص‌های ارزشیابی و پایش مشخص شده و مشارکت ذی نفعان در اجرای پروژه‌ها جلب می‌شود. حمایت‌های مناسب بین‌بخشی شکل گرفته و برنامه اطلاع‌رسانی نتایج به ذی نفعان نیز در این مرحله تدوین می‌گردد.

9- پایش و ارزشیابی طرح‌های مداخله‌ای

10- گزارش دهی مستمر مراحل فرایند و یادگیری از تجارب ورود به چرخه پایداری: برای ورود به این مرحله، نیازسنجی مجدد و بازنگری در فهرست اولویت‌های رosta صورت گرفته و برنامه اقدام بر اساس اولویت‌بندی جدید تهیه می‌شود. تداوم جلب همکاری ذی نفعان در اجرای مداخلات و تأمین منابع از خصوصیات این مرحله می‌باشد. اقدامات انجام شده ارزیابی شده و نتایج به مردم و ذی نفعان دیگر اطلاع‌رسانی می‌شود.



شکل 1- گام‌های اجرایی الگوی توانمندسازی جوامع روستایی در برنامه ابتكارات جامعه محور

بحث

در مطالعات دیگر، اشتراکاتی با این مطالعه از نظر جمعیت، مشارکت‌پذیری و تعلق دارد (11، 14 و 15). بر اساس بحث‌های صورت گرفته در کمیته مشورتی و تجارب قبلی، سرمایه اجتماعی به عنوان شاخص مؤثر در انتخاب روستاهای هدف تعیین شده است که نقطه متمایز این الگو با سایر الگوهای مور شده است. ضمن این که انتخاب گروه مقایسه، از نقاط قوتی است که به قضاوت علمی‌تر در مورد اثربخشی الگو کمک می‌کند. مشخص کردن پایش‌های دوره‌ای در برنامه، ضمن ایجاد اطمینان از پیشرفت مناسب برنامه، زمینه ارایه بازخورد به موقع را فراهم می‌نموده و یکی از نقاط قوت این الگو می‌تواند تلقی گردد. تشکیل تیم اجرایی، ظرفیت‌سازی و ورود آن‌ها به فرایند اعتمادسازی پیش از آغاز برنامه در سطح جامعه محلی می‌تواند احتمال خطر شکست ناشی از کمی اعتماد را که در برخی برنامه‌های مشارکتی (17، 18 و 20) گزارش شده است کاهش دهد.

یکی از اصول توانمندسازی این است که به افراد فرصت کافی برای بکارگیری یافته‌ها در عمل داده شود (3). این الگو با تهیه محتواهای آموزشی در هر مرحله، آموزش آن‌ها و سپس فرستادن به افراد محلی برای انجام کار میدانی و سپس شروع مرحله بعدی، می‌تواند بکارگیری یافته‌ها و یادگیری مددام را در افراد تقویت کند. همان‌گونه که مطالعات مشابه نیز تأثیرات این نوع آموزش را بر بهبود پیامدهای برنامه توانمندسازی گزارش نموده‌اند (14 و 15). در این الگو، اطلاع‌رسانی به عنوان یک نقطه عطف در کل فرایند نمود داشته که علاوه بر پاییندی به اصل پاسخگویی، توسعه مبتنی بر دانایی را هدف قرار داده است. در این الگو، مراحل ارزیابی جامعه، نیازها و اولویت‌ها و سپس برنامه‌ریزی برای اقدام بر اصول پژوهش مشارکتی استوار است. تأکید این پژوهش‌ها بیشتر از ضعف‌ها و نداشته‌ها بر نقاط قوت، فرستادها و داشته‌ها است. این دیدگاه می‌تواند در توانمندسازی افراد و گروه‌های درگیر در فرایند تأثیر به سزایی داشته باشد (21).

یکی از چالش‌های اصلی برنامه ابتكارات جامعه‌محور، موضوع پایداری است (1 و 2). این الگو با بکارگیری مشارکت مردم و ذی‌نفعان در مراحل مختلف فرایند، سازمان‌یابی ثانویه حداقل در قالب یک سازمان اجتماعی محور^{۱۵} با عنوان مرکز توسعه روستا، تداوم تأمین منابع و ورود مجدد ذی‌نفعان به چرخه نیازمندی و

یکی از سیاست‌های برنامه تحول نظام سلامت، افزایش آگاهی، مسؤولیت‌پذیری، توانمندی و مشارکت ساختارمند و فعالانه فرد، خانواده، جامعه در تأمین، حفظ و ارتقای سلامت است که ذیل این سیاست، برنامه ملی توسعه مشارکت‌های مردمی و توانمندسازی در نظام سلامت تعریف شده است (19). با توجه به این که مردم، ذی نفع اصلی نظام سلامت محسوب می‌شوند، طبیعتاً می‌باشد در جهت ارتقای سلامت، رویکرد جامعه محور مبتنی بر مالکیت و مدیریت مردم اتخاذ شود تا بتواند بستر مناسبی را برای تحقق عدالت ایجاد کرده و ضامن حفظ حقوق مردم گردد (1). این پژوهش، در پی آن بوده است تا به توانمندسازی به عنوان سنگ‌بنای برنامه‌های اجتماعی محور پرداخته و الگویی را برای توانمندسازی اجتماعی محور در برنامه ابتكارات جامعه محور ارایه دهد.

الگوی استخراج شده در این مطالعه، همانند الگوهای دیگر توانمندسازی، جامعه محلی را در ارزیابی نیازها و اولویت‌ها، تدوین برنامه مداخله، و ارزشیابی توانمند نموده و آن‌ها را در سطوح مختلف برنامه مشارکت می‌دهد (18-10). تفاوت موجود این است که به جای توجه به شکل‌گیری ساختارهای همکاری بین بخشی عمودی، به شکل‌گیری این همکاری‌ها از سوی متولیان توسعه از پایین به بالا و از طریق فرایند حمایت‌طلبی توجه بیشتری دارد. بدین ترتیب، مردم محلی احساس مالکیت بیشتری نسبت به فرایند طرح پیدا کرده و به نوعی خود را مسؤول تصمیمات، اقدامات و نتایج و تبعات آن‌ها اعم از موفقیت یا شکست می‌دانند. یک بخش عمده این الگو، پرداختن به وظایف متولی برنامه در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در فراهم‌سازی تمهیمات و الزامات اجرایی برنامه می‌باشد. قرار دادن مؤسسه مجری غیردولتی در کنار بخش دولتی از موضوعاتی است که در این الگو بر اساس مرور تجارب پیشنهاد گردیده است (12 و 15). این امر ضمن این که سطح مداخله بخش دولتی را در جامعه محلی کاهش می‌دهد، کمک می‌کند تا به تناسب نظام اداری ایران، علاوه بر یادگیری و ظرفیت‌سازی در بخش دولتی به اثربخشی فرایند با توجه به انگیزه‌ها و زمانی که بخش‌های غیردولتی می‌توانند اختصاص دهنند، منجر گردد.

طرح موضوع در کارگروه سلامت و امنیت غذایی شهرستان‌های پیشنهادی و روند انتخاب مناطق و روستاهای هدف، می‌تواند تضمینی برای حمایت سیاسی و تداوم تلاش‌های صورت گرفته در طرح باشد. شاخص‌های انتخاب منطقه هدف مجله تحقیقات نظام سلامت حکیم

برنامه ابتكارات جامعه محور پيشنهاد و پايلوت آن آغاز گردیده است. اين الگو می تواند برای کشورهای عضو منطقه مدیترانه شرقی سازمان جهانی بهداشت که در گیر اجرای برنامه ابتكارات جامعه محور هستند، خطوط راهنمای اجتماع محور در ارتقای بکارگیری رویکردهای توانمندسازی اجتماع محور در وزارت سلامت، بتواند به عنوان یکی از سیاستهای راهبردی در وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در آینده نزدیک، نهادینه شده و در راستای تحقق طرح تحول سلامت در حوزه ارایه خدمات بهداشتی در مناطق حاشیه نشین و سکونتگاه های غیررسمی تسری یابد. پژوهش بر اثربخشی اجزای پيشنهادی الگو و بکارگیری در سایر برنامه هایی که با هدف تأثیرگذاری بر مؤلفه های اجتماعی سلامت می باشند پيشنهاد می شود.

تشکر و قدردانی

لازم است از مشارکت دبیرخانه کشوری ابتكارات جامعه محور (CBI) وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و هم فکری سرکار خانم مهندس سیمین قنبری و سایر عزیزانی که در مراحل مختلف این طرح ما را یاری نمودند، صمیمانه قدردانی نماییم. این طرح به شماره ۴۲۲۸/۹۲ توسط پژوهشکده محیط زیست دانشگاه علوم پزشکی تهران حمایت شده است. دو نفر از نویسندهاگان این مقاله عضو دبیرخانه ابتكارات جامعه محور می باشند.

References

- 1- Gholami GH, Rastkari N, Elahi T, Salimi Z, Ghanbari S, Khaefi M. Guideline for monitoring and surveillance of community-based initiative program. Tehran: Environmental and Occupational Health Center and Institute for Environmental Research, Tehran University of Medical sciences; 2011: 8. (in Persian)
- 2- Community Based Initiatives Secretariat of Ministry of Health and Medical Education. [Cited 2015 June 14]. Available from: <http://markazsalamat.behdasht.gov.ir/index.aspx?fkeyid=&siteid=358&pageid=50647>. Accessed July 15, 2015. (in Persian)
- 3- Motevalian A, Ali SZ, Hossein A. Evaluation of community based initiatives in Islamic Republic of Iran, A report to World Health organization, Environmental and Occupational Health Center: Iran, Tehran.2006:53-54.
- 4- Zimmerman MA. Empowerment theory: Psychological, organizational and community levels of analysis. In: Rappaport J, Seidman E, eds. Handbook of community psychology. New York: USA Kluwer Academic/Plenum Publishers; 2000: 43-63.
- 5- Preston R, Waugh H, Larkins S. Community participation in rural primary health care: intervention or approach? Aust J Prim Health 2010; 16:4-16.
- 6- Mohan V, Shanthishriani CS, Deepa M, Datta M, Williams OD, Deepa R. Community empowerment—a successful model for prevention of non-communicable diseases in india—the Chennai urban population study (CUPS-17). J Assoc Phys India 2006; 54:858-862.
- 7- Motohashi Y, Kaneko Y, Sasaki H, Yamaji M. A decrease in suicide rates in Japanese rural towns after community-based intervention by the health promotion approach. Suicide Life Threat Behav 2007;37:593-599.
- 8- Plough A, Olafson F. Implementing the Boston healthy start initiative: A case study of community empowerment and public health. Health Edu Q 1994; 21:221-34.
- 9- Geounupakul M, Butraporn P, Kunstadter P, Leemingsawat S, Pacheun O. An empowerment program to enhance women's ability to prevent and control malaria in the community, Chiang Mai Province, Thailand. SE. Asian J. Trop Med 2007; 38:546-59.

بازنگری در فهرست اولویت های رosta و تدوین برنامه اقدام بر اساس اولویت بندی جدید، به این موضوع پرداخته است و سعی دارد با نهادینه کردن اصل مالکیت افراد محلی بر کل فرایند و حمایت سایر ذی نفعان از مداخلات طراحی شده توسط مردم محلی بر موانع اصلی پایداری غلبه کند. اکثر ارزشیابی های پژوهش های ابتكارات جامعه محور در کشور، به صورت ارزشیابی بیرونی و توسط مجریان برنامه است (3 و 22) و با دیدگاه توامندسازی که بر اهمیت ارزشیابی فرایند و مشارکتی به خصوص توسط افراد محلی و ذی نفعان سایر بخش های در گیر در برنامه تأکید دارد، مغایرت دارد. این الگو به این مهم توجه خاص داشته و راهنمایها و فرم هایی را بدین منظور تدوین نموده است. علاوه بر این، مستندسازی تجارب موفق و فعالیت های برنامه و اطلاع رسانی به ذی نفعان برای بکارگیری یافته ها از اجزای مهم این الگوست که آن را از الگوهای موجود دیگر تمایز می کند (10-14 و 18-16).

محدودیت این مطالعه، پرداختن به جنبه های فردی و سازمانی (سطح خرد و میانه) مقوله توامندسازی و توجه کمتر به تغییر ساختارهایی مانند قوانین و سیاست های حاکم و تأثیرگذار در بخش های دیگر (سطح کلان) می باشد لذا نتایج به این دو سطح قابل تعمیم می باشد.

نتیجه گیری

الگوی ارایه شده با برخورداری از نقاط قوت هم راستا با اصول توامندسازی اجتماع محور و در نظر گرفتن مالکیت جامعه محلی بر فرایند تغییر به عنوان راهکاری برای غلبه بر چالش موجود در

10- World Health Organization. Safe community Rapla county, Estonia. [Cited 2014 April 10]. Available from: http://rol.raplamaa.ee/attachments/043_Safe%20Community%201%C3%BCChiraport%202009.pdf.

11- Snetro-Plewman G, Tapia M, Uccellani V, Brasington A, McNulty M. Taking community empowerment to scale, Baltimore: Health communication partnership based at Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for communication programs; 2007:1-6.

12- United Nation Development Program, GEF Small Grants Programme, Empowering women one community at a time: Recycling of the municipal waste through biogas production and composting. [Cited 2014 June 23]. Available from: http://genderclimate.org/wpcontent/uploads/docs/publications/41_undp_sgp_NepalBioGasandWasteCaseStudywithoutcross.pdf.

13- International Youth Foundation. Youth Empowerment Program Evaluation Report, A report to IYF: Nigeria, 2010:4-6.

14- Rezaei Sh. Empowerment of rural women. Farhikhteh Empowerment Institute. [Cited 2013 July 2] Available from: http://lib.ohchr.org/HRBodies/UPR/Documents/Session7/IR/FEI_UPR_IRN_S07_2010_FarhikhtehEmpowermentInstitute.pdf. (in Persian)

15- Youssefi Sadat M, Final report of community-based empowerment program (2010-2012). Farhikhteh Empowerment institute report to welfare organization: Iran, Ardabil, 2013:1-5 (in Persian)

16- Roodbari A, Shahsavar H, Hosseini A. Segregation of waste in developing countries: Case study of Shahrood city. Proceedings of the 10th national congress on Environmental Health; 2007 Oct 30-2; Hamedan, Iran. (in Persian)

17- Mansoori B. Microfinance and empowerment in informal settlements. A report to International Enterprize for development of microfinance services (TAK), Iran, Tehran; 2008:1-15. (in Persian)

18- Mansoori B. Performance report and the results of microfinance projects in the nine provinces of Iran. A report to International Enterprize for development of microfinance services (TAK): Iran, Tehran. 2012:1-10. (in Persian)

19- Ministry of Health and Medical Education. Iran Health sector reform plan in Islamic Republic of Iran: Health policy making council. Tehran: MOHME; 2011: 24-25. (in Persian)

20- Jamshidi E, Khedmati E, Shahandeh Kh, Majdzadeh R, Seydali E, Aramesh K. Ethical considerations of community based participatory research: contextual underpinnings for developing countries, Int J Prev Med 2014; 5(10): 1328-1336.

21- Israel BA, Eng E, Schulz AJ, Parker EA. *Methods for Community-Based Participatory Research for Health*. 2nd ed. San Francisco: Jossey Bass; 2012:9.

22- Fadaei A, Zahedi MR. Comparison of health indicators in Basic Development Needs program: Chaharmahal and Bakhtiari Province. Journal of Shahrekord University of Medical Sciences 2006;8(1):13-19. (in Persian)

Developing Empowerment Model of Rural Communities in Community-based Initiatives

Youssefi Sadat M¹ (BSc), Jamshidi E^{2*} (MSc, PhD candidate), Majdzadeh R² (PhD), Khaefi M³ (MSc), Madani MS³ (MSc), Rajabi F² (PhD)

¹ Farhikhteh Empowerment Institute, Ardabil, Iran

² Community Based Participatory Research Center, Iranian Institute for Reduction of High-Risk Behaviors, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

³ Environmental and Occupational Health Center, Community Based Initiatives Secretariat, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran

Original Article

Received: 11 May 2015, Accepted: 16 Aug 2015

Abstract

Introduction: The aim of community-based initiatives is to achieve better quality of life through socio-economic development and empowerment of communities to increase power to control the determinants of health. The purpose of this paper was to provide community-based empowerment model as a cornerstone of this program.

Methods: In order to provide an appropriate model for empowering rural community, a review of existing literature at national and international level was conducted. Furthermore, a team of specialists in the field of empowerment was formed as an advisory committee.

Results: Empowerment model including four components and 18 steps was developed. Components included: groundwork, implementation of process by the rural volunteers, monitoring and evaluation, and documentation of experiences and activities. For each of these components, the practical steps which should be taken by the authorities or local communities were identified.

Conclusion: Developed Empowerment Model, in accordance with the principles of empowerment has identified the practical steps for the local community and authorities. This model can be used to meet the objectives of health reform in delivering primary health services in suburban areas and informal settlements. Furthermore, it can provide guidance for countries in WHO Eastern Mediterranean Region who are involved in different stages of community- based initiatives.

Key words: empowerment, model, community- based research, rural development

Please cite this article as follows:

Youssefi Sadat M, Jamshidi E, Majdzadeh R, Khaefi M, Madani MS, Rajabi F. Developing Empowerment Model of Rural Communities in Community-based Initiatives. Hakim Health Sys Res 2015; 18(3): 246- 255.

* Corresponding Author: Flat 9, 7th floor, No.1547, Tehran University of Medical Sciences Research Centers Building, North Kargar Av. Enghelab Sq. Tehran, Iran. Tel: +98- 21- 88995879, Fax: +98-21-88995880. E-mail: ensiyeh_jamshidi@yahoo.com