مقاله پژوهشی

ارایه الگوی توانمندسازی در جوامع روستایی در برنامه ابتکارات جامعه‌محور

محرم یوسفی‌سادات[1]، انسیه جمشیدی[2*]، رضا مجدزاده[2]، مهران خائفی[3]، معصومه‌سادات مدنی[3]، فاطمه رجبی[2]

1- مؤسسه غیردولتی توانمندسازی فرهیخته، اردبیل 2- مرکز پژوهشهای سلامت مبتنی بر مشارکت جامعه، پژوهشکده کاهش رفتارهای پرخطر، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران 3- مرکز سلامت محیط و کار، دبیرخانه ابتکارات جامعه‌محور، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

* نویسنده مسؤول: انقلاب، کارگر شمالی، نرسیده به بلوار کشاورز، مجتمع پژوهشکده‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران، طبقه 7، واحد 9، مرکز پژوهش‌های سلامت مبتنی بر مشارکت جامعه، کدپستی: 1417993355، تلفن: 02188995879 نمابر: 02188995880

پست الکترونیک: ensiyeh_jamshidi@yahoo.com

دریافت: 94/2/21 پذیرش: 94/5/25

چکیده

مقدمه: *هدف از برنامه ابتکارات جامعه‌محور، 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 اجتماع‌محور به عنوان سنگ‌بنای 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 10 جلسه مشورتی با مشارکت 11 نفر از متخصصان، به منظور تبیین اهداف و اجزای الگو برگزار شد و الگوی استخراج شده در یک کارگاه دو روزه با حضور 15 نفر از کارشناسان برنامه ابتکارات جامعه‌محور، مورد نقد و بررسی قرار گرفت.*

یافته‌ها: *الگوی توانمندسازی در چهار جزء و 18 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 می‌بایست توسط سازمان متولی یا جامعه محلی برداشته شود مشخص گردید.*

نتیجه‌گیری: *الگوی ارایه شده، مطابق با اصول توانمندسازی اجتماع‌محور 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 مدیترانه شرقی سازمان جهانی بهداشت که درگیر اجرای برنامه ابتکارات جامعه‌محور هستند خطوط راهنما ارایه دهد.*

گل‌واژگان: *توانمندسازی، الگو، ابتکارات جامعه‌محور، توسعه روستایی*

مقدمه

برنامه ابتکارات جامعه‌محور[1] شامل برنامه شهرهای سالم[2]، برنامه روستاهای سالم[3]، نیازهای اساسی توسعه[4] و زنان در عرصه سلامت و توسعه[5] می‌باشد. سابقه اجرای این برنامه در ایران به سال 1370 و آغاز اجرای برنامه «شهر سالم» برمی‌گردد. به منظور اجرایی شدن این برنامه، هیأت دولت در سال 1375، 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 1378، هیأت دولت وقت طی مصوبه‌ای،

[1] Community Based Initiative
[2] Healthy Cities Program
[3] Healthy Villages Program
[4] Basic Development Needs (BDN)
[5] Women in Health and Development

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-25]

برنامه روستاهای سالم را نیز اضافه نمود. در سال 1379 نیز به پیشنهاد دفتر منطقه‌ای مدیترانه 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 مدیترانه شرقی در حال اجرا است و هر کدام مراحل مختلفی از پیشرفت را می‌گذرانند (1). هدف از برنامه ابتکارات جامعه‌محور، 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، جامع‌نگری 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 آلما 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 جوامع شهری و روستایی را جزو اولویت‌های اقدام برشمرده 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 وکارشناسان طرح، نیاز به تقویت رویکرد توانمندسازی جامعه محلی برای حضور مؤثر و ایفای 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 اجتماع‌محور 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 تصمیم‌گیری، بهبود کیفیت زندگی و عدالت اجتماعی ارتقا می یابد. 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).

در دنیا رویکردهای توانمندساز اجتماع‌محور 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 جامعه (پریستون[6] و همکاران، 2010) (5)، پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر در هند (موهان[7] و همکاران، 2006) (6)، پیشگیری از خودکشی در بین شهروندان شهرهای ژاپن (موتوهاشی[8] و همکاران، 2007) (7)، کاهش مرگ و میر کودکان در بوستون ایالات متحده آمریکا (پلوق[9] و همکاران، 1994) (8)، و پیشگیری از مالاریا در تایلند (گئونوپاکول[10] و همکاران، 2007) (9) به کار گرفته شده است.

هدف این مقاله، ارایه الگوی توانمندسازی اجتماع‌محور به عنوان سنگ‌بنای برنامه ابتکارات جامعه‌محور 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 فراروی آن، اصول سازمان‌یابی، نحوه ارتباط و تعامل با بخش‌های دیگر جامعه به خصوص نهادها و سازمان‌های دولتی و سایر موضوعاتی که در انجام برنامه ابتکارات جامعه‌محور به نوعی چالش محسوب می‌شوند بپردازد و به علاوه، مسیر روشن‌تری 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 اجتماع‌محور در ایران اجرا شده‌اند نیز مورد 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 با استفاده از کلیدواژه‌های Empowerment, Community-based Initiative, Rural Empowerment, Empowerment model, Community Empowerment در بازه زمانی سال‌های 2000 الی 2013 مورد جستجو قرار گرفت. همچنین وب‌سایت‌های مرتبط

[6] Preston
[7] Mohan
[8] Motohashi
[9] Plough
[10] Geounuppakul

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-25]

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 کلیدواژه‌های مرتبط در پایگاه‌های اطلاعاتی (Irandoc, Iranmedex, Magiran)، و همچنین جستجو در اینترنت انجام گردید. پروژه‌های 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 پروژه، 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 پروژه‌های استخراج شده، درس‌های آموخته و پیامدها را استخراج نمودند. به منظور تدوین الگو، کارگاه کشوری برنامه ابتکارات 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 ابتکارات جامعه‌محور به عنوان کمیته مشورتی تدوین الگو شکل گرفت. تعداد 10 جلسه مشورتی با مشارکت 11 نفر از کارشناسان و مسؤولان برنامه ابتکارات جامعه‌محور در سطح وزارتخانه، نمایندگان مرکز پژوهش‌های سلامت مبتنی بر مشارکت جامعه، مؤسسه مردم نهاد توانمندسازی فرهیخته، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پایگاه سلامت اجتماعی بهزیستی و اساتید برخی دانشگاه‌های علوم پزشکی برگزار گردید. مبنای انتخاب افراد، تخصص در حوزه توانمندسازی اجتماع‌محور بر اساس بارش افکار کارشناسان و مسؤولان برنامه ابتکارات جامعه‌محور و بررسی سوابق افراد در این زمینه بود. جلسات توسط یک تسهیل‌گر از دبیرخانه ابتکارات جامعه‌محور تسهیل می‌گردید. پس از ارایه چارچوب‌های مفهومی بحث توانمندسازی اجتماع‌محور توسط نویسندگان 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 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 پایانی به تأیید شرکت‌کنندگان حاضر رسید. این الگو در یک کارگاه دو روزه که توسط دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان در قشم با مشارکت 15 نفر از مسؤولان و کارشناسان برنامه ابتکارات 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، نیازسنجی 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 ایمن[11] (10)، برنامه توانمندسازی جامعه در جهت بهبود سلامت و حفظ محیط زیست در فیلیپین[12] (11)، تجربه برنامه توانمندسازی زنان در مدیریت پسماند[13] (12) و برنامه توانمندسازی جوانان[14] (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 مبدا (16) و طرح پشتیبانی خدمات مالی خرد روستایی (17 و 18) وارد مطالعه شدند. لیست تجارب بین‌المللی در جدول 1 آورده شده است.

[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 empowerments scheme

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-25]

جدول 1- خصوصیات پروژه‌های وارد شده به مطالعه با رویکرد توانمندسازی اجتماع‌محور در سطح بین‌المللی

نام برنامه	کشور/سال	موضوعات	پیامدها	درس‌های آموخته
برنامه جوامع ایمن	استونی/2003	ایمنی و پیشگیری از آسیب در کودکان، رفتار ترافیک، ایجاد محیط‌های سالم	فعال‌سازی جامعه افزایش مهارت‌ها و شایستگی‌های جامعه ارتقای مهارت‌های مدیریت برنامه ایجاد محیط حمایتی افزایش ظرفیت حمایتی در سیاست‌گذاران تخصیص اعتبار مالی تا سال سوم	الگوی توانمندسازی در دو فرایند می‌تواند تبیین گردد: 1- فرآیند مرتبط با توانمندسازی (فعال‌سازی جوامع و مشارکت آن‌ها، ایجاد شایستگی‌ها، آموزش مهارت‌های لازم و ایجاد محیط حمایتی) و 2- فرآیند خاص مبتنی بر موضوع (توافق بر اهداف، برنامه‌ریزی، اجرا و پایش) بهره‌گیری از کارگروه‌های محلی و هدایت مشارکت ذی‌نفعان سایر بخش‌ها توسط کارگروه‌های محلی می‌تواند موجب موفقیت برنامه گردد.
برنامه توانمندسازی جامعه در جهت بهبود سلامت و حفظ محیط زیست در فیلیپین	فیلیپین/2007	خدمات سلامت مادران و کودکان، زیست‌محیطی	ارتقای ظرفیت مدیریت جامعه استفاده بیشتر از خدمات سلامت مادران و کودکان در سطح جمعیت روستایی ارتقای درمان مناسب بیماری‌های اسهالی در گروه‌های محروم ایجاد 18 منطقه تفریحی حفاظت شده و 903 هکتار منطقه حفاظت شده ماهیان افزایش ظرفیت جوامع مشارکت‌کننده برای شناسایی نیاز و اقدام جمعی افزایش ظرفیت رهبری در گروه‌های محلی تخصیص بودجه به کارگروه‌های سلامت و محیط تشکیل ائتلاف محیط و سلامت	توجه به: بهره‌گیری از جزء بسیج اجتماعی در فرایند توانمندسازی جامعه توجه ویژه به کسب تعهد ذی‌نفعان و حمایت سیاسی در طول برنامه شکل‌دهی و پیشبرد فرایند توسط رهبران فعال محلی و دولتی ارزشیابی مشارکتی و ارتقای مالکیت محلی انتخاب مناسب مناطق پایلوت بر اساس دو معیار نیاز منطقه و وجود تیم داوطلب با انگیزه در روستا ورود نمایندگان خانواده‌های محروم و اقلیت در ساختارهای رسمی جامعه آموزش مهارت‌های فردی و گروهی تسهیم درس‌های آموخته شده قدردانی و جشن موفقیت‌ها ظرفیت‌سازی سازمانی و تقویت سیستم‌ها شناسایی خانواده‌های محروم و در حاشیه جامعه و مشارکت دادن آن‌ها در تصمیم‌گیری‌ها شکل‌دهی همکاری مناسب با سایر سازمان‌ها و مؤسسات دولتی و غیر دولتی از ابتدای فرایند
تجربه برنامه توانمندسازی زنان در مدیریت پسماند	نپال/2007	مدیریت پسماند	شکل‌گیری تعاونی پس‌انداز و اعتبارات دارای 496 عضو و پرداخت 85954 دلار از وام‌های خرد و 123924 دلار از درآمد پسماند به اعضا انجام تفکیک زباله توسط خانوارها، جمع‌آوری کاغذهای باطله از بانک‌ها، هتل‌ها ومراکز عمومی توسط کانون همکار دایره سبز اشتغال‌زایی در اعضا به صورت تأمین 27 شغل تمام‌وقت و 9 شغل پاره‌وقت در زمینه مدیریت پسماند و تولید بیوگاز جمع‌آوری 6/5 تن زباله در روز و 72 تن کاغذ باطله در سال توسط کمیته شکل گرفته اختصاص یارانه بیوگاز توسط دولت نپال بیوگاز را برای افراد و برخی مؤسساتی که مخازن بیوگاز (از فضولات گاوی) ایجاد می‌کردند. تسری برنامه به 20 منطقه دیگر مشارکت 892 زن در قالب 30 گروه کسب درآمد پایدار	توجه به: - ماهیت خودجوش و خلاقانه فرایند؛ - حمایت سازمان‌های بین‌المللی؛ - مشارکت دادن ذی‌نفعان دیگر مانند دانش‌آموزان، بخش خصوصی (دایره سبز) و خانوارها در کاهش روزانه پسماند؛ - آگاه‌سازی و آموزش توسط انجمن‌های دانش‌آموزی؛ - تشکیل تعاونی پس‌انداز و اعتبارات و توجه به پایداری برنامه
برنامه توانمندسازی جوانان	نیجریه/2009	سطح درآمد، اسکان، دسترسی به خدمات سلامت، محیط‌های سالم	ارتقای خوداتکایی و اعتماد به نفس اشتغال (خویش‌فرما و استخدام نهادها) تأثیر مثبت بر سطح درآمد، اسکان، دسترسی به خدمات سلامت و سرمایه فردی بیش از 50% بهبود در استانداردهای زندگی	توجه به: - دغدغه‌های جوانان؛ - جزء مهارت‌آموزی و مدیریت کسب و کار؛ - حمایت و ارایه سرمایه اولیه؛ - نظارت کافی، مشاوره و کمک فنی در طول فرایند

تحلیل یافته‌های تجارب ملی نشان می‌دهد که مقوله توانمندسازی نقش مهمی در ارتقای مهارت‌ها و نقش افراد جامعه محلی در توسعه محلی داشته است و با مشارکت افراد توانمند شده، زمینه مناسب برای استفاده از تعهد، انگیزه، دانش و ظرفیت افراد در توسعه محلی فراهم گردیده است. اگرچه به‌کارگیری رویکرد توانمندسازی اجتماع‌محور 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 این‌گونه برنامه‌ها تضمین شود. در گام‌های اجرایی، در مرحله تعیین مناطق هدف، توجه به شاخص‌های معینی حائز اهمیت است. این شاخص‌ها شامل موارد ذیل است: نزدیک بودن روستاهای هدف به مرکز شهرستان، برخورداری از تعداد خانوار و میزان جمعیت مناسب (برای روستاها 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 شبکه بهداشت همکاری داشته باشند. در انتخاب گروه اولیه از افراد پیشگام برای انجام اقدامات اجتماع‌محور 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 ارتباطی، مورد تأیید بودن از طرف معتمدان و افراد کلیدی محل حائز اهمیت می‌باشد. بر اساس درس‌های آموخته از این تجارب، یکی از

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-25]

ابعادی که می‌بایست در فرایند توانمندسازی به آن توجه شود، دانش و مهارت گروه هدف می‌باشد. در این ارتباط، محتوای 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 برشمرده شده‌اند: (شکل 1، فرایند را خلاصه نموده است).

1- **فراهم‌سازی زمینه‌های اجرا**: گام‌های اجرایی که توسط سازمان متولی در جهت فراهم‌سازی زمینه‌های اجرای 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 متناسب 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 معاونت بهداشتی دانشگاه با مدیران شبکه‌های بهداشتی درمانی صورت گرفته و موضوع در کارگروه سلامت و امنیت غذایی شهرستان‌های پیشنهادی مطرح می‌شود. روستاها در حوزه شهرستان‌های پیشنهادی، طی مشورت با سایر ذی‌نفعان انتخاب می‌شوند. شاخص‌هایی از جمله اندازه جمعیت، سابقه مشارکت و سرمایه اجتماعی برای انتخاب روستا مبنا قرار می‌گیرد. گروه مقایسه (کنترل) برای اثربخشی برنامه مداخله انتخاب شده و در نهایت لیست روستاهای انتخابی به کارگروه سلامت وامنیت غذایی شهرستان اعلام می‌شوند.

1-3) 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.

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

1-5) شناسایی داوطلبین محلی بر اساس معیارهای مشخص: در این مرحله، فهرستی از اشخاص داوطلب تهیه می‌شود.

1-6) تشکیل 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.

1-7) 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:

2-1) اعتمادسازی نسبت به خود و قابلیت‌های خود در ذی‌نفعان: در این مرحله، افراد درصدد کسب اعتماد در بین افراد محلی از طریق برگزاری جلسات مذاکره در مورد بیان دغدغه‌ها، اقدامات اولیه کوتاه‌مدت و مورد نیاز جامعه هستند.

2-2) 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.

2-3) تحلیل ذی‌نفعان: ذی‌نفعان برنامه ابتکارات جامعه‌محور در این مرحله شناسایی شده و ارتباط و مناسبات آن‌ها با یکدیگر مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌گیرد.

2-4) اطلاع‌رسانی مستمر توسط تیم اجرایی یا مرکز توسعه روستا: در این مرحله، برنامه ارتباطی شامل مخاطبان، پیام‌ها و کانال‌های متناسب با هر مخاطب مشخص شده و برنامه اجرایی تهیه می‌گردد.

2-5) سازمان‌یابی ثانویه در قالب یک سازمان اجتماع‌محور: 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 تمهیدات ایجاد مرکز توسعه روستایی فراهم می‌شود.

2-6) 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.

2-7) 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

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-25]

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

2-8) برنامه‌ریزی: راهکارهای مداخله بر اساس نتایج اولویت‌بندی تعریف شده و پروژه‌ها احصا می‌شود. شاخص‌های ارزشیابی و پایش مشخص شده و مشارکت ذی‌نفعان در اجرای پروژه‌ها جلب می‌شود. حمایت‌های مناسب بین‌بخشی شکل گرفته و برنامه اطلاع‌رسانی نتایج به ذی‌نفعان نیز در این مرحله تدوین می‌گردد.

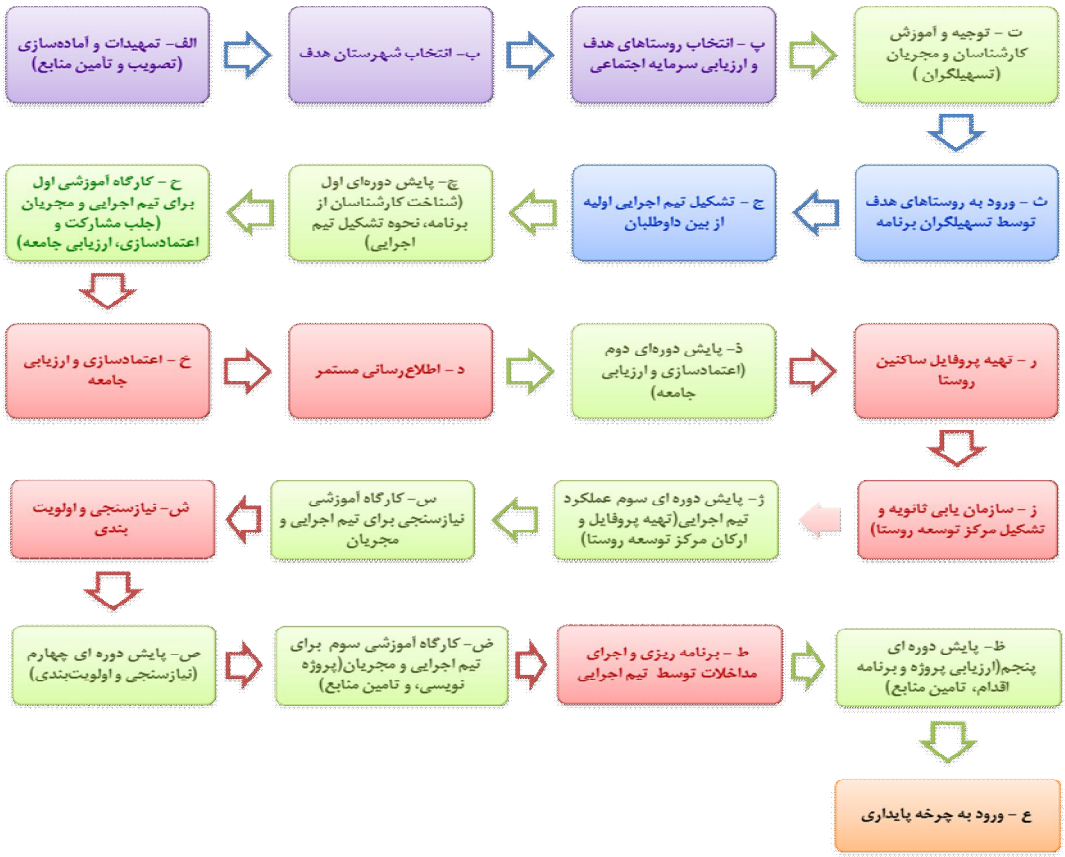
2-9) پایش و ارزشیابی طرح‌های مداخله‌ای

2-10) گزارش‌دهی مستمر مراحل فرایند و یادگیری از تجارب

2-11) ورود به چرخه پایداری: برای ورود به این مرحله، نیازسنجی مجدد و بازنگری در فهرست اولویت‌های روستا صورت گرفته و برنامه اقدام بر اساس اولویت‌بندی جدید تهیه می‌شود. تداوم جلب همکاری ذی‌نفعان در اجرای مداخلات و تأمین منابع از خصوصیات این مرحله می‌باشد. اقدامات انجام شده ارزیابی شده و نتایج به مردم و ذی‌نفعان دیگر اطلاع‌رسانی می‌شود.

3- پایش و ارزشیابی (درونی، بیرونی): پایش و ارزشیابی درونی، از طریق فرایندی توانمندساز و مشارکتی، در طول دوره برنامه و توسط ذی‌نفعان 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 اسناد 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 ذی‌نفعان دیگر منتشر گردد. لازم به ذکر است پایش دوره‌ای در کل فرایند به منظور ارزیابی و بازخورد در پنج مرحله تشکیل تیم‌های اجرایی، اعتمادسازی و ارزیابی جامعه، تهیه پروفایل روستا و ارکان مرکز توسعه روستا، نیازسنجی و اولویت‌بندی و تدوین و اجرای پروژه‌های مداخله و برنامه اقدام صورت می‌گیرد.



شکل 1- گام‌های اجرایی الگوی توانمندسازی جوامع روستایی در برنامه ابتکارات جامعه‌محور

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-25]

بحث

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، ذی‌نفع اصلی نظام سلامت محسوب می‌شوند، طبیعتاً می‌بایست 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 اجتماع‌محور پرداخته و الگویی را برای توانمندسازی اجتماع‌محور در برنامه ابتکارات 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 تمهیدات 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 دهند، 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 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 مرور 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 فرصت دادن به افراد محلی برای انجام کار میدانی و سپس شروع مرحله بعدی، می‌تواند بکارگیری یافته‌ها و یادگیری مداوم را در افراد تقویت کند. همان گونه 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 پایبندی 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، فرصت‌ها 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 ابتکارات 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 اجتماع‌محور[15] با عنوان مرکز توسعه روستا، تداوم تأمین منابع و ورود مجدد ذی‌نفعان به چرخه نیازسنجی و

[15] Community based Organization

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-25]

بازنگری در فهرست اولویت‌های روستا و تدوین برنامه اقدام بر اساس اولویت‌بندی جدید، به این موضوع پرداخته است و سعی دارد با نهادینه کردن اصل مالکیت افراد محلی بر کل فرایند و حمایت سایر ذی‌نفعان از مداخلات طراحی شده توسط مردم محلی بر موانع اصلی پایداری غلبه کند. اکثر ارزشیابی های پروژه‌های ابتکارات جامعه‌محور در کشور، به صورت ارزشیابی بیرونی و توسط مجریان برنامه است (3 و 22) و با دیدگاه توانمندسازی که بر اهمیت ارزشیابی فرایند و مشارکتی به خصوص توسط افراد محلی و ذی‌نفعان سایر بخش‌های درگیر در برنامه تأکید دارد، مغایرت دارد. این الگو به این مهم توجه خاص داشته و راهنماها و فرم‌هایی را بدین منظور تدوین نموده است. علاوه بر این، مستندسازی تجارب موفق و فعالیت‌های برنامه و اطلاع‌رسانی به ذی‌نفعان برای بکارگیری یافته‌ها از اجزای مهم این الگوست که آن را از الگوهای موجود دیگر متمایز می‌کند (14-10 و 18-16).

محدودیت این مطالعه، پرداختن به جنبه‌های فردی و سازمانی (سطح خرد و میانه) مقوله توانمندسازی و توجه کمتر به تغییر ساختارهایی مانند قوانین و سیاست‌های حاکم و تأثیرگذار در بخش‌های دیگر (سطح کلان) می‌باشد لذا نتایج به این دو سطح قابل تعمیم می‌باشد.

نتیجه‌گیری

الگوی ارایه شده با برخورداری از نقاط قوت هم‌راستا با اصول توانمندسازی اجتماع‌محور و در نظر گرفتن مالکیت جامعه محلی بر فرایند تغییر به عنوان راهکاری برای غلبه بر چالش موجود در برنامه ابتکارات جامعه‌محور پیشنهاد و پایلوت آن آغاز گردیده است. این الگو می‌تواند برای کشورهای عضو منطقه مدیترانه شرقی سازمان جهانی بهداشت که درگیر اجرای برنامه ابتکارات جامعه‌محور هستند، خطوط راهنما ارایه دهد. امید است بکارگیری رویکردهای توانمندسازی اجتماع‌محور در ارتقای 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 حاشیه‌نشین و سکونت‌گاه‌های غیررسمی تسری یابد. پژوهش بر اثربخشی اجزای پیشنهادی الگو و بکارگیری در سایر برنامه‌هایی که با هدف تأثیرگذاری بر مؤلفه‌های اجتماعی سلامت می‌باشند پیشنهاد می‌شود.

تشکر و قدردانی

لازم است از مشارکت دبیرخانه کشوری ابتکارات جامعه‌محور (CBI) وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و هم‌فکری 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 4228/ق/92 توسط پژوهشکده محیط زیست دانشگاه علوم پزشکی تهران حمایت شده است. دو نفر از نویسندگان این مقاله عضو دبیرخانه ابتکارات جامعه‌محور می‌باشند.

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, Shanthirani 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- Geounuppakul 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.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-25]

10- World Health Organization. Safe community Rapla county, Estonia. [Cited 2014 April 10]. Available from: http://rol.raplamaa.ee/attachments/043_Safe%20Community%20l%C3%BChiraport%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_NepalBioGasandWasteCaseStudywithoutcrops.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. Segragation 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 Fransisco: 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)

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-25]

Developing Empowerment Model of Rural Communities in Community-based Initiatives

Youssefi Sadat M[1] (BSc), Jamshidi E[2*] (MSc, PhD candidate), Majdzadeh R[2] (PhD), Khaefi M[3] (MSc), Madani MS[3] (MSc), Rajabi F[2] (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

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-25]