

Barriers of East Azerbaijan Islamic Council members' involvement in health system: A qualitative study

*Babaie J¹, Jabbari Beyrami H²

Abstract

Introduction: Consultation with the community members and their participants has been emphasized as one of the principles of primary health services. Islamic Councils as a community representatives have a substantial role in health system. The aim of this study was to determine barriers of East Azerbaijan Islamic Council members' involvement in health system.

Materials & Methods: This qualitative study was conducted by using content analysis. Study samples were selected purposively. Data were collected by interview with 39 urban and rural Islamic Councils and public health system workers until data saturation. Data collected using semi-structured interviews, simultaneously were analyzed using qualitative content analysis.

Findings: Result of interview analysis were categorized in 764 codes, 65 subcategory in 7 main category including: lack of education, lack of existing a procedure for participation, legislation problems, executive problems related to existing legislatives, coordination problems, financial and social issues.

Conclusion: Islamic Councils can participate in all health related areas, but, at time of involvement with the health system; they should consider many issues. Therefore, involvement in health care systems and resolving problems with practical solutions is suggested.

Keywords: Councils, Community involvement, Health system, Qualitative study.

Received: 19 May 2013

Accepted: 5 October 2013

1-Researcher Training Course Student, Health Care Administration Research Center, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran and PhD Candidate in Health in Disasters and Emergencies, Department of Disaster Public Health, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (**Corresponding author**).

E-mail: Javad1403@yahoo.com

2-Associated Professor, Community Medicine Department, Faculty of Medicine, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.

موانع مشارکت اعضای شوراهای اسلامی شهرها و روستاهای استان آذربایجان شرقی در

نظام بهداشت و درمان: یک مطالعه کیفی

* جواد بابایی^۱، حسین جباری بیرامی^۲

چکیده

مقدمه: مشورت با اعضای جامعه و جلب مشارکت آن‌ها یکی از اصول خدمات بهداشتی اولیه بوده و شوراهای اسلامی به عنوان نمایندگان مردم می‌توانند نقش قابل توجهی در نظام بهداشت و درمان داشته باشند. هدف از مطالعه حاضر شناسایی موانع مشارکت اعضای شوراهای اسلامی شهرها و روستاهای استان آذربایجان شرقی در نظام بهداشت و درمان بود.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه کیفی، ۳۹ نفر از اعضای شوراهای و کارکنان نظام بهداشت و درمان شرکت داشتند. مشارکت کنندگان با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند و تا رسیدن به اشباع کامل انتخاب شدند. اطلاعات با استفاده از مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته جمع‌آوری و به‌طور همزمان با استفاده از روش تحلیل محتوای کیفی آنالیز شدند.

یافته‌ها: تجزیه و تحلیل داده‌ها منجر به ظهور ۷۶۴ کد، ۶۵ زیر طبقه و ۷ طبقه اصلی/درونمایه از مشکلات و موانع مشارکت بین شوراهای و نظام بهداشت و درمان گردید که عبارتند از: عدم آموزش شوراهای پس از انتخاب شدن و عدم آموزش کارکنان بهداشتی، عدم پیش‌بینی نحوه مشارکت شوراهای در نظام سلامت، مشکلات مربوط به قوانین شوراهای، اجرای ناقص قوانین و مقررات موجود، مشکلات هماهنگی، مسائل اجتماعی و مالی.

نتیجه‌گیری: شوراهای اسلامی در بسیاری از زمینه‌های بهداشتی می‌توانند مشارکت نمایند، اما موانع زیادی وجود دارد که بایستی مورد توجه قرار گیرند. لذا برای جلب مشارکت شوراهای در نظام بهداشت و درمان، بایستی راهکارهای عملی برای رفع موانع به کار گرفته شوند.

کلیدواژه‌ها: شوراهای، مشارکت جامعه، نظام بهداشت و درمان، مطالعه کیفی.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۷/۱۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۲/۲۹

۱- دانشجوی دوره تربیت پژوهشگر، مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز، تبریز، ایران و دانشجوی دوره دکتری تخصصی سلامت در بلایا و فوریت‌ها، گروه بهداشت عمومی بلایا، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران (نویسنده مسؤول)

پست الکترونیکی: Javad1403@yahoo.com

۲- دانشیار، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.

مقدمه

توسعه پایدار و سلامت، مفاهیم مرتبط با یکدیگر و در هم تنیده هستند (۱). توجه ویژه جهان بر سلامت از کنفرانس مراقبت‌های اولیه بهداشتی آلماتا در سال ۱۹۷۸ و تعیین هدف جهانی "بهداشت برای همه تا سال ۲۰۰۰" با استراتژی مراقبت‌های بهداشتی اولیه آغاز و در سلسله نشست‌ها، بیانیه‌ها و اعلامیه‌های جهانی (۱-۴) مورد تاکید قرار گرفته است. از محورهای اصلی تمام این حرکت‌ها و تلاش‌ها، افزایش مشارکت اجتماعی و همکاری‌های بین بخشی می‌باشد. بدون اتکا به خود، همکاری، علاقه و احساس مالکیت مردم در تامین و توسعه خدمات، هیچگونه موفقیتی برای ارتقا سلامت افراد جامعه و توسعه کشورها تصور نمی‌شود (۵). مشارکت، اصل اساسی توفیق همه برنامه‌ها و به ویژه برنامه‌های بهداشتی است. نظام بهداشت و درمان باید برنامه جامع خود را بر پایه مشارکت مردم تدوین نموده و برای ایجاد تحول اساسی از همه نیروهای تأثیرگذار در سلامت کمک بگیرد. امروزه مشارکت جوامع یکی از شاخص‌های مهم ارزیابی میزان توفیق و روند توسعه محسوب می‌شود (۶)، اگر چه مشارکت اجتماعی موثر و نهادینه شده آسان نبوده و موفقیت آن نیازمند ملزومات متعددی است (۷).

مشارکت فرایندی است که از طریق آن مردم به صورت فعالانه و واقعی در تعریف موضوعات مربوط به خود، تصمیم‌گیری‌های مربوط به عوامل تأثیرگذار بر زندگیشان، شکل‌دهی و اجرای سیاست‌ها، برنامه‌ریزی، توسعه و ارائه خدمات و انجام اقدامات برای دستیابی به تحول درگیر می‌شوند. مردم به عنوان بخشی از جامعه مدنی، هسته نظام بهداشت و درمان را شکل می‌دهند. آن‌ها خدمات سلامت را استفاده و نقش بسیاری در گسترش سیاست‌های بهداشتی و درمانی و شکل‌دهی آن دارند (۷).

نظر به اهمیت مشارکت همه جانبه در فرآیند توسعه پایدار و تاکید قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، شورای اسلامی در سراسر کشور تشکیل شده است. شوراهای سازمان‌هایی هستند که برای تحقق مشارکت مردم در فرآیندهای تصمیم‌گیری، برنامه‌ریزی، نظارت و اجرای سیاست‌گذاری‌ها در سطوح محلی و

منطقه‌ای فعالیت کرده و زمینه حضور و مشارکت مردم را در امور مربوط به خودشان فراهم می‌کنند (۸). شوراهای اسلامی به عنوان نمایندگان منتخب مردم تبلور عینی مدنیت، مشارکت و تعامل مدنی به شمار می‌آیند و نشانه بارز حضور همزمان حاکمیت مردم و خرد جمعی هستند (۹). در قوانین مصوب شوراهای، نیازسنجی، ارائه برنامه، مطالبه از مسئولین و پایش و پیگیری از وظایف شوراهای اسلامی عنوان گردیده است (۱۰). ارتقای سلامت و تبادل اطلاعات، سیاست‌گذاری، بسیج منابع، تخصیص منابع و پایش پاسخگویی و ارتقا کیفیت، مواردی هستند که از شوراهای انتظار می‌رود (۱۱).

علیرغم اهمیت موضوع مشارکت مردم و نمایندگان آن‌ها در نظام بهداشت و درمان و مدیریت سلامت خود، در بخش اول این مطالعه که به منظور تبیین زمینه‌ها و تجارب مشارکت شوراهای در نظام بهداشت و درمان انجام گردید (۱۲)، یافته‌ها نشان داد که موانعی در راه مشارکت شوراهای وجود دارد. با گذشت دهه‌ها سال از تجربه و تداوم حضور شوراهای در کشور (در حال حاضر سومین دوره شوراهای اسلامی شهرها و روستا در شکل جدیدشان در حال فعالیت هستند) بویژه در جوامع روستایی و شهرهای کوچک، بررسی در خصوص موانع مشارکت شوراهای اسلامی در حوزه سلامت انجام نشده و یا حداقل در متون داخلی قابل دسترس نبوده و در متون خارجی هم ضمن اشاره بر شکاف دانشی بر انجام پژوهش تاکید شده است (۱۳).

لذا هدف از مطالعه حاضر شناسایی موانع مشارکت اعضای شوراهای اسلامی شهرها و روستاهای استان آذربایجان شرقی در نظام بهداشت و درمان بوده است.

مواد و روش‌ها

این مطالعه بخشی از یک مطالعه بزرگتر می‌باشد که با رویکرد گراند تئوری انجام گردید. در مطالعه حاضر به منظور کشف تجارب مشارکت کنندگان در خصوص موانع مشارکت اعضای شوراهای اسلامی از رویکرد تحلیل محتوای کیفی مرسوم استفاده گردید.

۱- شما تاکنون برای مشارکت در نظام بهداشت و درمان، (جلب مشارکت شوراهای اسلامی منطقه خود در مورد کارکنان نظام بهداشت و درمان)، چه موانع و مشکلاتی داشتید؟

۲- چه اقداماتی برای رفع این موانع انجام داده اید و چه راهکاری برای برداشتن این موانع پیشنهاد می کنید؟

با توجه به پاسخ های شرکت کنندگان، سؤالات کاوشی مثل "می توانید در این مورد مثالی بزنید؟"، "منظورتان چیست؟ لطفاً بیشتر توضیح دهید." و چرا و چگونه؟ در آخر مصاحبه ها نیز سؤالات بازتری مثل "چیز دیگری به ذهنتان نمی رسد" یا "موضوع و مطلب دیگه ای به نظرتون هست که ما نپرسیدیم؟"، پرسیده می شد تا واقعاً موانع مشخص شوند.

طول مدت مصاحبه ها ۳۵ دقیقه تا یکساعت (بطور میانگین ۴۳ دقیقه) طول می کشیدند. کلیه مصاحبه ها ضبط شده و بلافاصله متن آنها استخراج می شد. سپس واحدهای معنایی شناسایی و کدهای اولیه استخراج می گردیدند. در ادامه کدهای مشابه در طبقات طبقه بندی شده و نهایتاً محتوای نهفته در داده ها استخراج می شد. جمع آوری اطلاعات تا زمان رسیدن به اشباع ادامه یافت. در طی مصاحبه جهت اطمینان از صحت و استحکام داده ها از روش انعکاس و بازخورد استفاده می شد. برای بررسی صحت داده ها، دست نوشته هایی که همزمان با مصاحبه ها نوشته می شد، واحدهای تحلیل، کدها و مضمون های استخراج شده با استفاده از نظرات همکاران پژوهشی و مشارکت کنندگان بررسی می شد و پیشنهادات اعمال می شدند و بدینوسیله اشتراک نظر در مورد کدها و طبقات مشابه حاصل می شد.

یافته ها

برای انجام این مطالعه با ۳۹ نفر مصاحبه به عمل آمد که ۱۶ نفر آن ها اعضای شوراهای اسلامی شهر و روستا (۴۱ درصد)، ۹ نفر بهورزان خانه های بهداشت (۲۳ درصد)، ۷ نفر کارشناسان مسئول گروه های کارشناسی مراکز بهداشت شهرستان ها (۱۷/۹۵ درصد)، ۷ نفر از پزشکان مراکز بهداشتی درمانی و روسای شبکه های بهداشت و درمان شهرستان ها و روسای مراکز بهداشت شهرستان ها (۱۷/۹۵ درصد) بودند. ۱۲

روش تحلیل محتوای کیفی، روش پژوهشی است که برای بیان مفاهیم و تفسیر محتوای داده ها در یک متن یا مجموعه ای از متون استفاده می شود. پژوهشگر با استفاده از این روش از طریق فرایند طبقه بندی منظم، ارتباط بین واژه ها و یا مفاهیم را تحلیل کرده و درون مایه ها را در متن شناسایی می کند (۱۴ و ۱۵).

مشارکت کنندگان این مطالعه شامل ۳۹ نفر از اعضای شوراهای اسلامی شهرها، اعضای شوراهای اسلامی روستاها، روسای شبکه های بهداشت و درمان شهرستان ها، معاونین بهداشتی شبکه های بهداشت و درمان شهرستان ها، مسئولین گروه های کارشناسی مراکز بهداشت شهرستان ها، پزشکان مسئول مراکز بهداشتی درمانی و بهورزان خانه های بهداشت شهرستان های استان آذربایجان شرقی (۶ شهر و ۱۸ روستا) بودند.

برای دسترسی به نمونه ها، ابتدا مکاتباتی توسط مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی درمانی تبریز با استانداری استان آذربایجان شرقی و مرکز بهداشت استان آذربایجان شرقی به عمل آمد و پس از اخذ نظر موافق آن ها نامه ای مبنی بر همکاری شبکه های بهداشت و درمان از مرکز بهداشت استان اخذ شد. برای انجام مصاحبه ها شرط اول، عضویت در شوراهای اسلامی شهر ها و روستاها و یا عضویت در نظام بهداشت و درمان استان و شرط دوم داشتن سوابق مشارکت فعال بود. سپس در صورت تمایل به انجام مصاحبه، در زمان و مکانی که مشارکت کنندگان تعیین می کردند (عمدتاً محل کار آن ها)، مصاحبه انجام می شد. در صورت ایجاد مشکل در برگزاری مصاحبه، مصاحبه به زمان و مکان دیگری بر اساس نظر شرکت کنندگان موکول می شد. قبل از انجام مصاحبه رضایت شفاهی افراد برای شرکت در مطالعه اخذ می شد، هدف و نحوه انجام مصاحبه به افراد شرکت کننده توضیح داده می شد و آن ها حق داشتند که در هر مرحله از مصاحبه آن را قطع کرده و یا به برخی سؤالات جواب ندهند. مصاحبه ها به صورت عمیق و نیمه ساختارمند انجام شدند. نمونه ای از سؤالات مصاحبه عبارت بودند از:

نفر از آن ها زن (۳۰/۷۷ درصد) و ۲۷ نفر بقیه (۶۹/۲۳ درصد) مرد بودند. سابقه کاری یا تجربه عضویت در شورای اسلامی شهر یا روستای ۷ نفر کمتر از ۵ سال (۱۷/۹۵ درصد)، ۸ نفر بین ۶ تا ۱۰ سال (۲۰/۵۱ درصد)، ۱۰ نفر بین ۱۱ تا ۱۵ سال (۲۵/۶۴ درصد)، ۱۱ نفر بین ۱۶ تا ۲۰ سال (۲۸/۲ درصد) و ۳ نفر (۷/۶۹ درصد) بیش از بیست سال بود. تحصیلات ۲ نفر از شرکت کنندگان در سطح ابتدائی (۵/۱۲ درصد)، ۶ نفر راهنمایی (۱۵/۳۸ درصد)، ۱۰ نفر دیپلم (۲۵/۶۴ درصد)، ۱ نفر کاردان (۲/۵۶ درصد)، ۱۰ نفر کارشناس (۲۵/۶۴ درصد)، ۲ نفر کارشناسی ارشد (۵/۱۲ درصد) و ۸ نفر پزشک عمومی (۲۰/۵۱ درصد) بود. افراد شرکت کننده در مطالعه تجارب مشارکتی متعددی را با اعضای شوراهای اسلامی در زمینه های مختلف با نظام بهداشت و درمان داشتند.

از تحلیل داده ها، ۷۶۴ کد و ۶۵ زیر طبقه به دست آمد که در ۷ طبقه اصلی/درون مایه به شرح زیر طبقه بندی شدند:

۱- آشنا نبودن اعضای شوراهای اسلامی شهرها و روستاها و کارکنان نظام سلامت با وظائف همدیگر

از تحلیل مصاحبه ها، ۱۱ زیرطبقه در این طبقه اصلی استخراج گردید که عبارتند بودند از:

عدم آموزش شوراها بعد از انتخاب شدن، عدم آگاهی شوراها از فرایندهای مرتبط با نظام بهداشت و درمان، آگاه نبودن شوراها به وظایف خود، عدم آگاهی شوراها از مشکلات منطقه خود، انتظارات نابجای شوراها از نظام بهداشت و درمان و مداخلات نابجا در فرایندهای نظام سلامت، توانمند نبودن شوراها (از نظر تحصیلات و تجربیات)، عدم تطابق میزان تحصیلات شوراها با وظایف مورد انتظار از آن ها، عدم آموزش اعضای تیم بهداشت و درمان، عدم آگاهی کارکنان نظام بهداشت و درمان از وظایف شوراها، عدم پذیرش شوراها توسط اعضای تیم بهداشت و درمان، توانمند نبودن بهورزان و اعضای تیم سلامت برای تعامل با اعضای شوراهای اسلامی.

مشارکت کننده ۱: "وقتی من این ها را به جلسه ای دعوت می کنم تا در مورد مشکلی با آن ها صحبت کنم و از آن ها

کمک بخواهم، به من می گویند که به جای این حرف ها نمی شه داروی بیشتری به خانه بهداشت بدهید، از بهورز بخواهید که آمپول های ما را هم تزریق نماید" (پزشک).

مشارکت کننده ۲: "اعضای شوراها بیشتر به دنبال مسائل درمانی هستند تا بهداشتی و دائماً از کمبود دارو در خانه بهداشت پیش من گله می کنند" (رئیس شبکه).

مشارکت کننده ۳: "متأسفانه مسئولین تیم سلامت نمی دانند که شورا چه وظایفی دارد و چه کار می کند. اصلاً توجه نیستند". (عضو شورای اسلامی)

مشارکت کننده ۴: "سطح تحصیلات شوراهای روستایی واقعاً پائین است. نمی شود خیلی از مسائل را طرح کرد". (پزشک)

۲- عدم پیش بینی ساز و کار برای مشارکت

شوراها در نظام بهداشت و درمان

در زیر این طبقه اصلی/درون مایه، ۱۰ زیرطبقه قرار گرفتند که عبارتند از: یک جانبه بودن نظام بهداشت و درمان و عدم احساس نیاز نظام بهداشت و درمان به همکاری شوراها، عدم اعتقاد به مشارکت و نقش شوراها توسط مسئولان بهداشت و درمان، عدم مشارکت موثر پزشکان مراکز، عدم پشتیبانی شوراها توسط کارشناسان ستادی شهرستان، کمبود وقت و انگیزه کافی در کارکنان بهداشت و درمان برای هماهنگی، اولویت بندی نادرست مشکلات، ناامیدی از نتیجه کار، کافی نبودن تشویق و تقدیر از شوراها، عدم گزارش دهی نتایج فعالیت ها و عدم ارائه پاسخوراند، نبود ضمانت اجرایی برای مصوبات شوراها.

مشارکت کننده ۵: "متأسفانه مسئولین شبکه بهداشت در جلسات و در حرف زدن، دم از همکاری می زنند ولی در عمل از آن دوری می کنند، آنها دخالت در کار خودشان به حساب می آورند" (عضو شورا).

مشارکت کننده ۶: "من نمی دانم چرا این همه از شوراها گفته می شود. مگر آن ها کی هستند. چه کاری از دستشان بر می آید. آن ها فقط می خواهند که امر و نهی کنند. در این چند سال من یک کار مفید از آن ها در زمینه سلامت ندیده ام. آن ها

خودشان از نظر بهداشتی مشکلات زیادی دارند، شما انتظار دارید که بیایند مشکل ما را حل کنند؟! (بهورز).

مشارکت کننده ۷: "در جلسات حرف هایی می‌زنند که اصلاً مشکل ما نیستند، در عوض برای مشکلات اصلی کاری نمی‌کنند. برای آن‌ها یک سری چیزها مهم هستند برای ما چیزهای دیگر" (پزشک).

مشارکت کننده ۸: "در جلسات مرکز بهداشت می‌گویند که با حضور پزشکان با شوراها جلسه هماهنگی تشکیل دهید، وقتی پزشک می‌آید بهش می‌گم، می‌خنده میگه ولش کن مگر تا حالا تشکیل دادیم چی شده؟" (بهورز).

مشارکت کننده ۹: "من چندین و چند بار همکاری کرده‌ام و کارهایی را هم انجام داده‌ام. اما چه کسی به آنها ارزش می‌دهد. دروغ از یک تشکر خشک و خالی" (عضو شورا).

۳- ضعف در قوانین و مقررات مربوط به شوراهای

در این طبقه اصلی/درونمایه ۸ زیر طبقه استخراج گردید: نبود الزام برای شوراهای جهت همکاری، کمبود قدرت اجرایی شوراهای، نبود ضمانت اجرایی برای مصوبات شوراهای، کمبود یا نبود قانون، دستورالعمل و راهبرد برای همکاری و مشارکت، فقدان متولی یا مشخص نبودن وظایف ادارات و افراد مختلف در برخی فرایندها، عدم تعهد شوراهای به مشارکت، نبود اهرم نظارتی قوی بر عملکرد شوراهای، عدم پرداخت حقوق و حق الزحمه به شوراهای در مناطق روستایی.

مشارکت کننده ۱۰: "در بین اعضای شوراهای ما، یکی شون خوب همکاری می‌کند ولی دوتای دیگه نه. ولی اصلاً کسی تا حالا حتی یکبار هم از آن‌ها نپرسیده چرا همکاری نمی‌کنید؟" (بهورز).

مشارکت کننده ۱۱: "ما در جلساتمان تصمیمات زیادی می‌گیریم. ولی همه این تصمیمات را نمی‌پذیرند. ما هم نمی‌توانیم کاری بکنیم. در نتیجه اوضاع به حالت اول حتی بدتر می‌گردد. اون موقع ما دیگه کاری نمی‌تونیم بکنیم" (عضو شورا).

مشارکت کننده ۱۲: "وقتی به ما پولی بابت این کارها پرداخت نمی‌شود ما اولویتمان اداره کردن معیشت خودمان

است. من که هر روز نمی‌توانم کارم را ول کنم بیام تو جلسه" (عضو شورا).

۴- اجرای ناقص قوانین و مقررات و عدم

نظارت بر آن

در بسیاری از موارد مشکلات و موانع بر سر راه مشارکت شوراهای اسلامی با نظام بهداشت و درمان ناشی از عدم اجراء اجرای نادرست یا اجرای قانون بر اساس برداشتهای شخصی است. از بررسی مصاحبه‌ها ۱۴ زیرطبقه استخراج گردید:

عدم پشتیبانی بخشداران از برنامه های بهداشت و درمان، عدم حضور شوراهای در روستا در ساعات اداری، انتخاب افراد غیر واجد شرایط، عدم پیگیری وظایف شوراهای از طرف فرمانداری ها و بخشداران ها، عدم حضور در جلسات، انحراف در عملکرد شوراهای در جهت تامین منافع افراد ذی نفوذ، عملکرد سیاسی اعضای شوراهای، عدم همکاری شوراهای، عدم سکونت برخی از اعضای شوراهای در حوزه انتخابیه، اشتغال شوراهای به مشاغل مختلف، مداخلات نابجای اعضای شورا، مسئولیت‌ناپذیری و عدم احساس مسئولیت توسط شوراهای، اعمال سلیقه فردی، اختصاص ندادن وقت کافی از طرف اعضای شوراهای برای مسائل بهداشتی، عدم توجه مسئولین مراکز بهداشت شهرستان ها به درخواست‌ها و پیگیری‌های اعضای شوراهای.

مشارکت کننده ۱۳: "بارها شده که از اعضای شوراهای اسلامی برای شرکت در جلسات دعوت کرده‌ایم، یکسری‌ها آمده اند، یکسری‌ها اصلاً نمی‌آیند. برای آن‌هایی که نمی‌آیند چه کار می‌کنیم. یا اصلاً تصمیماتی که گرفته می‌شود، چند درصد اجرائی می‌شوند؟ چه کسی بر کار این‌ها و عملکرد اینها نظارت می‌کند؟ کاملاً دل به خواهی است، هر کسی خودش علاقمند بود دنبال یکسری مسائل که مورد علاقه خودش است یا نفعی برای خود دارد را می‌گیرد. کسی هم نمی‌گوید که چه شد؟" (رئیس شبکه).

مشارکت کننده ۱۴: "دو تا اعضای شوراهای اسلامی ما کارمند هستند و در ادارات شهر کار می‌کنند. قبل از ظهرها نیستند. در نتیجه عملاً جلسه‌ای تشکیل نمی‌شود و تصمیمی

گرفته نمی‌شود. چون آن‌ها بعد از ظهر می‌آیند. بعد از ظهر هم ما تعطیل هستیم" (بهورز).

مشارکت کننده ۱۵: "شورای ما بعد از انتخاب شدن کوچ کرده است و استعفا هم نمی‌دهد، اسمش شورا است ولی خیلی کم به روستا می‌آید" (بهورز).

مشارکت کننده ۱۶: "شوراها سیاسی‌کاری می‌کنند، طرف افراد ذی نفوذ را می‌گیرند. خیلی مایل نیستند که بر علیه برخی افراد که اتفاقاً مسائل بهداشتی را هم رعایت نمی‌کنند حرف بزنند" (پزشک).

مشارکت کننده ۱۷: "بابا من گرفتارم. هزار جور کار دارم. نمی‌رسم هر روز پیام اینجا. دنبال بهورز راه بیفتیم. من کارهای خودم را نمی‌رسم انجام دهم چه برسد به کارهای مرکز بهداشت. در خانه بهداشت اکثراً بسته است. حالا من بروم و برای او کار کنم. چندین بار رفته‌ام پیش رئیس مرکز بهداشت. مسائل مختلفی را گفته‌ام. درخواست‌هایی داشته‌ام. اصلاً نتیجه نمی‌گیرم. چندین بار به مرکز بهداشت استان رفته‌ام. آن‌ها بهتر جواب می‌دهند" (عضو شورا).

۵- اختلافات و مشکلات هماهنگی

وجود اختلاف بین اعضای خود شوراها، بین اعضای شوراها و دهیار انتخاب شده برای روستا، اختلاف بین اعضای شورا با کارکنان بهداشتی درمانی و وجود اختلاف بین اعضای شوراها و مردم از جمله موانعی هستند که موجب اختلال در مشارکت موثر شوراها در نظام بهداشت و درمان می‌گردد. ۱۲ زیرطبقه در این گروه قرار گرفتند:

نمود تفاهم بین شوراها و دهیار و بین اعضای شوراها، عدم همکاری مردم با شوراها، اختلاف بهورز با اعضای شورا، نبود اعتماد متقابل بین اعضای شوراها و کارکنان مراکز بهداشتی درمانی، عدم هماهنگی بین اعضای شوراهای اسلامی و مسئولین بهداشت و درمان، نبود تفاهم و دوستی بین مسئولین و اعضای شوراهای اسلامی و وجود فاصله بین اعضای شورا و نظام بهداشت و درمان، نارضایتی مردم از شوراها، عدم همکاری مسئولین سایر ادارات، قطع ارتباط بهورزان و اعضای تیم بهداشت و درمان با شوراها، عدم تشکیل جلسات موثر، نبود

مکان مناسب برای برگزاری جلسات، عدم باور شوراها به نقش و توان خود.

مشارکت کننده ۱۸: "ما سه نفر عضو شورا هستیم که با هم اختلاف داریم سر بعضی مسائل. ما نمی‌توانیم با همدیگر یک ساعت بشینیم و صحبت کنیم. همیشه نشست هایمان به بگو و مگو ختم می‌شود. ما وقتی خودمان با هم اختلاف داریم چه کاری برای دیگران می‌توانیم بکنیم" (عضو شورا).

مشارکت کننده ۱۹: "خیلی از مردم بخصوص افراد باسواد حرف ما را گوش نمی‌کنند. بعضاً هم حرف‌های ما عملی نیست. در جلسه به ما می‌گویند که باید فضولات حیوانی را از سطح روستا جمع کنید. غیر بهداشتیه. من قبول دارم، ولی نمی‌شود اینجا همه دامدار هستند اصلاً نمی‌شود. باید با همه درگیر شویم. دعوا کنیم. به همین خاطر من خیلی از جلسات را نمی‌روم. چون می‌دانم که عملی نخواهد شد" (عضو شورا).

مشارکت کننده ۲۰: "من از قبل هم با یکی از این شوراها اختلاف داشتم. الان از لاج من رفته و عضو شورا شده. می‌خواهد اذیت کند. هر روز یک بهانه‌ای را مطرح می‌کند. هر کسی که از اداره بیاید حتماً می‌آید و از من شکایت می‌کند. عملاً دهیاری را انتخاب کرده‌اند که با من مشکل دارد. حضور و غیاب می‌کند. یک لحظه که دیر می‌آیم به شبکه زنگ می‌زند" (بهورز).

۶- مسائل اجتماعی

شرایط اجتماعی و فرهنگی موجود در روستاها هم از جمله مواردی هستند که به عنوان موانعی بر سر راه مشارکت اعضای شوراها با نظام بهداشت و درمان عمل می‌کنند. ۴ زیر طبقه در این گروه طبقه بندی شدند. اختلافات قومی در روستاها، انتخاب طایفه‌ای و قبیله‌ای شوراها، همسو نبودن فرهنگ عمومی برای کارهای مشارکتی و قبول نداشتن اعضای شوراها توسط برخی از مردم.

مشارکت کننده ۲۱: "هالی این روستا دو طایفه هستند که با هم از سال‌های قبل اختلاف دارند، هر تصمیمی که من بگیرم اعضای طایفه دیگر اصلاً قبول ندارند" (عضو شورا).

مشارکت کننده ۲۲: "اذا این حرف ها تو روستا کاربردی ندارند. باد هوا هستند. اینجا چیزی که به نفع مردم نباشد قبول نمی‌کنند" (عضو شورا).

۷- مسائل مالی

بسیاری از تصمیمات که اتخاذ می‌شوند و قرار می‌شود که اجرا بشوند نیاز به پول، وسایل و امکانات دارند که یا باید اعضای شوراها تامین کنند یا توسط نظام بهداشت و درمان پرداخت شود. معمولاً وقتی که سیستم سلامت پول دارد، سراغ شوراها نمی‌رود. شوراها هم در بسیاری از این موارد منبعی برای تامین بودجه اجرای طرح‌ها ندارند و اکثر طرح‌ها هم نیاز به بودجه دارند. بدون بودجه عملی نیستند. ۶ زیر طبقه در این طبقه قرار گرفتند که عبارت بودند از: نبود بودجه کافی، پائین بودن بنیه مالی روستائیان، عدم تامین هزینه‌های تصمیمات، عدم پرداخت حقوق و حق الزحمه به شوراها، نبود انگیزه در شوراها برای مشارکت، کم بودن امکانات در دسترس شوراها.

بحث

گرچه تأمین سلامت جامعه به استناد قانون اساسی به عهده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌باشد، ولی در واقع این وزارتخانه نقش تولید (Governance) سلامت را بر عهده داشته و کلیه نقش آفرینان یعنی تمام سازمان‌ها، موسسات و منابعی که به ارائه (یا تولید) اقدامات سلامت فردی، بهداشت عمومی، برنامه‌های بین بخشی با هدف ارتقای سلامت می‌پردازند، در سلامت مسؤل هستند (۱۶). در این پژوهش بر سر راه مشارکت اعضای شوراهای اسلامی در نظام بهداشت و درمان ۷۳ مانع ذکر شده بود. آموزش ندادن اعضای شوراها در خصوص نظام بهداشت و درمان و در مقابل عدم آموزش کارکنان نظام بهداشت و درمان در خصوص وظایف و توانمندی‌های شوراها از اصلی‌ترین موانع ذکر شده بود که در واقع شاید بتوان ادعا کرد که بسیاری از موانع بعدی نیز ناشی از این عدم آشنایی کافی باشد.

یافته‌های فوق با پروژه ابتکارات اجتماع محور بهداشت جهانی (۴) هم‌خوانی دارد. بعلاوه، گروه کارشناسی سازمان

بهداشت جهانی، پیشنهاد می‌نماید که رویکرد مشارکتی در سطح وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بایستی با جدیت تمام مورد توجه قرار گیرد. از سوی دیگر، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مسؤلیت تنظیم‌کنندگی امور بین بخش‌های مختلف اجتماعی درگیر در بهداشت و درمان و همچنین اعمال حاکمیت بر اجرای درون بخشی بهداشت را بر عهده دارد. اما بررسی‌ها نشان می‌دهند که فقدان برخی عوامل مانند عدم تعهد برای کاهش بی‌عدالتی‌ها منجر به بروز مشکلاتی همچون میزان پایین مشارکت اجتماعی می‌شود که با یافته‌های مطالعه حاضر همخوانی دارد (۱۷).

در نظام بهداشت و درمان، همه گروه‌های کارشناسی انتظار دارند که فعالیت‌های مربوط به آن‌ها در راس قرار گیرد که این امر باعث افزایش وظایف و انتظارات شوراها می‌گردد و آن‌ها عملاً از عهده انجام بسیاری از کارها بر نمی‌آیند. این یافته‌ها نیز بیانگر ضعف در نگرش نظام مند در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در ارائه خدمات بهداشت و درمان می‌باشد (۱۸).

از سوی دیگر، این یافته‌ها بیانگر آن هستند که هماهنگی درون‌بخشی و برون‌بخشی در نظام بهداشت و درمان کشور ضعیف است. در حالی که تجارب نشان می‌دهند که مشارکت عمومی در گسترش همکاری‌ها و ابتکارات چند بخشی در سایه مشارکت عمومی در تعیین اولویت‌ها و معیارهای اجرایی منجر به موفقیت‌های زیادی در مالزی و برزیل گردیده است (۱۹).

در برخی موارد شوراها مورد قبول کارکنان حوزه سلامت نمی‌باشند و در نتیجه خودبخود هرگونه مشارکت از طرف آن‌ها به نوعی دخالت در امور محسوب می‌گردد. از طرف دیگر، اعضای شوراهای اسلامی به ویژه آن‌هایی که تحصیلات بالاتری دارند، به‌پوزان خانه‌های بهداشت را قبول ندارند و به پزشکان به عنوان افرادی نگاه می‌کنند که خیلی علمی و آرمانی فکر می‌کنند و قادر به درک شرایط زندگی در سطح روستا نیستند و مواردی را طرح می‌کنند که عملاً در روستا امکان پذیر نیستند. این یافته با یافته‌های مطالعات ایمانی جاجرمی و کریمی (۲۰) و رسولی و همکاران (۸) همسو می‌باشند. یافته‌های

فوق با تجارب کشورهای در حال توسعه چون مالزی، برزیل، کوبا مغایرت کامل دارد (۱۸).

برخی از اعضای شوراهای نیز به وظایف خود آشنایی کافی ندارند. بسیار درگیر امور سیاسی بوده و عملاً در پی برآورده ساختن اهداف سیاسی خود هستند و طبعاً به مسائل اجرایی خیلی بهایی نمی‌دهند. این مهم در مطالعات متعدد مشخص شده و پژوهشگران به فکر طراحی برنامه‌های آموزشی برای شوراهای افتادند (۲۱).

یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که بعد از انتخاب شدن شوراهای، در عمل آن‌ها هیچ گونه الزامی برای مشارکت در بسیاری از امور از جمله سلامت ندارند و شاید تنها بر اساس علائق و انگیزه‌های شخصی خود تلاش‌هایی را انجام می‌دهند و برخی از امور را پیگیری می‌کنند. آن‌ها خود را درگیر کارهایی که کمی در دسرساز باشند و یا هزینه داشته باشند نمی‌کنند. هیچ‌کسی نیز از آن‌ها گزارش عملکردی نمی‌خواهد و حتی در صورت درخواست نیز هیچ‌کس اعتنایی به این گزارشات نمی‌شود، بلکه هرکسی که بیشتر دنبال این مسائل است بعداً مورد اعتراض نیز واقع می‌شود.

این یافته‌ها بر لزوم توانمندسازی جامعه بویژه اعضای شوراهای تاکید می‌نماید. در آمریکا نهادهایی برای رهبری موسسات درگیر در توانمندسازی بهداشت عمومی شکل گرفته و تلاش‌های زیادی برای توانمندسازی اعضای شوراهای و نمایندگان پارلمان در نظام بهداشت و درمان از طرق مختلف می‌نمایند (۲۲).

نکته مورد توجه دیگر اینکه شوراهای اسلامی روستاها برای انجام امور روستایی فردی را به عنوان دهیار انتخاب و به بخشداری معرفی می‌نمایند. دهیار منتخب شورا ولی در عمل نماینده و مجری دستورات بخشداری است و این امر تعارض‌های بعدی را به وجود می‌آورد و در عمل هم منشاء بسیاری از اختلافات هست. دهیاران منتخب در برخی موارد مورد قبول همه اعضا شورا نیستند و هم‌چنین دهیاران نیز بسیاری از مصوبات شوراهای را به دلایل مختلف اجرا نمی‌کنند، در نتیجه اختلافاتی بین دهیار و اعضای شوراهای پیش می‌آید. فقدان تعامل مناسب

بین دهیار و کارکنان نظام بهداشت و درمان نیز یکی دیگر از موانع جدی در مشارکت شوراهای محسوب می‌گردد، در حالی که پروژه ابتکارات جامعه محور بدنبال قراردادن سلامت در مرکز دستور کارهای سیاسی و اجتماعی، جلب مشارکت مردم، ترویج سبک‌های زندگی سالم، بهبود خدمات محیط زیست و کاهش فقر است (۱۷). در بررسی‌های رسولی و همکاران، پاسخ دهندگان عملکرد شوراهای را شامل انتخاب مدیر (شهردار و دهدار)، شناخت کمبودها، همکاری با مسئولین اجرایی، نظارت بر اجرای مصوبات، تشکیل نهادهای انجمن‌ها، ایجاد و توسعه معیار و تاسیسات عمومی ضعیف ارزیابی نمودند (۸).

به علت مشکلات زمان انتخابات و عملکردهای قبل و بعد و سوابق برخی از اعضا، عملاً تعدادی از اعضای شوراهای مورد قبول مردم نیستند و در نتیجه تصمیمات آن‌ها را تصمیماتی فردی و فاقد پشتوانه به حساب می‌آورند و به آن‌ها عمل نمی‌کنند که نتیجه آن بی‌اثر شدن تصمیمات شوراهای و دلسردی آن‌ها از پیشرفت امور می‌باشد.

کارشناسان ستادی مراکز بهداشت شهرستان‌ها به عنوان افرادی آگاه و خارج از روستا که تعلق به امور روستایی ندارند و در بسیاری از تعارضات عملاً بی‌طرف هستند و نظرات آن‌ها مورد قبول شوراهای است، در بسیاری از جلسات شرکت نمی‌کنند. چه بسا در صورت شرکت این افراد در جلسات وضعیت بهتر شده و بسیاری از عدم تفاهم‌ها حل و فصل گردند. بسیاری از پزشکان، اعتقادی به مشارکت شوراهای ندارند و در نتیجه اهمیتی به شرکت در جلسات نمی‌دهند.

برخی از اعضای شوراهای به دلایلی پس از انتخابات در حوزه انتخابیه خود ساکن نیستند و در بسیاری از مسائل نمی‌توانند بطور فعالانه مشارکت نمایند. از طرف دیگر چون اعضای شوراهای حقوق و دستمزد دریافت نمی‌کنند به کارهای دیگری اشتغال دارند و به همین دلیل در بسیاری از جلسات نمی‌توانند شرکت کنند و فقط برخی از جلسات را که تعلق خاطر دارند شرکت می‌کنند. بنابراین، در جریان بسیاری از امور قرار نمی‌گیرند. از سوی دیگر اجرای طرح پزشک خانواده و گسترش سلامت محوری در ارایه خدمات مشارکت اجتماعی را بیش از پیش مهم تر نموده

است، چرا که بدون مشارکت شوراهای آرایه خدمات جامع و جامعه محور امکان پذیر نخواهد بود (۲۳).

در بسیاری از موارد ذکر شده بود که نظام بهداشت و درمان در زمینه هایی به دنبال مشارکت است که بسیار سخت هستند و علل زیادی عامل ایجاد آن ها هستند و در نتیجه مشارکت شوراهای نیز کار چندانی را از پیش نمی برد. لذا انتخاب موارد پیچیده که امکان حل آن ها نیز سخت است در ابتدای کار موجب دلسردی شوراهای و انصراف از ادامه مشارکت می گردد. در سایر موارد نظام بهداشت و درمان به دنبال مشارکت نیست و اراده ای هم برای جلب مشارکت ندارد و حتی در بسیاری از موارد مشارکت ها را نوعی دخالت در امور به حساب می آورد، در مقابل آن ها موضع گیری می کند و در مقام پاسخگویی برمی آید. نه در کارکنان نظام بهداشت و درمان و نه در اعضای شوراهای انگیزه چندانی برای مشارکت وجود ندارد، چراکه هیچ عاید شخصی برای آن ها ندارد و از طرف هیچ مرجعی این موارد پیگیری و پایش نمی شوند و هرگونه عملکرد یا عدم عملکرد، نقطه ای مثبت یا منفی برای آن ها به حساب نمی آید. این یافته ها با نظرات حسینی همخوانی دارد که معتقد است با وجود تجارب ارزشمند جهانی و تجربه سه دوره شوراهای در ایران هنوز مفهوم مشارکت بدرستی جا نیافتاده و بیشتر در حد مشارکت شعاری باقی مانده است و هدف اصلی مدیران و برنامه ریزان نگاهی ابزاری در جهت تامین منافع برنامه ریزان و عیب پوشی کاستی ها است (۲۴).

در بسیاری از موارد اقدامات انجام شده و پیشرفت های به دست آمده به افراد درگیر انعکاس داده نمی شوند و آن ها نمی دانند که بالاخره نتیجه کار چه شد و به دنبال آن نیز هیچ گونه قدردانی از افراد به عمل نمی آید و در صورت عدم پیشرفت نیز جلساتی برای بررسی و تحلیل علل آن تشکیل نمی شود و بسیاری از امور نیمه کاره رها می شوند.

برخی از کارکنان نظام بهداشت و درمان توان، تجربه و مهارت مدیریت و جلب مشارکت ها و اداره جلسات هماهنگی را ندارند و جلسات همراه با چالش تشکیل شده و به دلیل مدیریت ضعیف در عمل منجر به تصمیمات ضعیف و فاقد پشتوانه اجرایی

می گردند و به مرحله اجرا نمی رسند و منشا عدم همکاری نیز از همان جلسات شروع شده و افراد در مقابل هم قرار می گیرند. فقدان مکان مناسب و در شان افراد برای تشکیل جلسات هماهنگی نیز یکی از موانع مشارکت ذکر شده بود. سعیدی و همکاران در این رابطه نتیجه گیری کرده اند که تجربه شوراهای شهر و روستا نهاد جدیدی را در عرصه مدیریت ایجاد نمود و امیدهای زیادی برای اصلاح رویه های مربوط به اداره امور محلی بوجود آورد. در عین حال این نکته نیز به نحوی برای مردم و شوراهای محرز شده است که با آموزش، دانش ها، نگرش ها و مهارت های خاص می توان عملکرد شوراهای را ارتقاء بخشید (۲۱). پرویزی و سپهوند (۱۰) و نان بخش (۲۵) به نوعی بر تاثیر مشارکت مردم، داوطلبان و یا نمایندگان آنان در بهبود ارائه خدمات سلامت و ارتقا سلامت اشاره نموده اند.

در مطالعه پاپزن و علی بیگی (۲۶) در خصوص انتظارات روستائیان کرمانشاه از شوراهای اسلامی روستا، انتظار شماره یک روستائیان از شوراهای اسلامی روستا، برقراری نظافت عمومی روستا و ارتقا وضعیت بهداشت محیط است.

جاجرمی زاده در بررسی با عنوان موانع و تنگناهای تشکیلاتی و مدیریتی در قانون شوراهای اسلامی و راهکارهای عملی آن ذکر کرده که شوراهای اسلامی از یک طرف در موضع مدیریت امور محلی پا به عرصه تصمیم گیری و رفع مشکلات و ارائه راه حل موضوعات مربوط به منطقه و شهر و روستا می گذارند و ماموریت اداره امور را در سر می پروراندند. از طرف دیگر، در موضع عمل به بازوی اجرایی قوه مجریه تبدیل می شوند که از قبل همه چارچوب ها و ضوابط خود را ابلاغ کرده است. بنابراین، شوراهای در عمل باید مجری برنامه هایی باشند که از سوی برنامه ریزان آن منصوب نشده اند و پاسخگو نیز نمی باشند. بدین ترتیب تضاد میان جایگاه، اختیارات و وظائف آن به وجود می آورد (۲۷).

یکی از محدودیت های مطالعه حاضر این است که فقط اعضای شوراهای اسلامی شهرهای کوچک در مصاحبه ها شرکت کردند (شهرهای کمتر از ۳۰۰۰ نفر) و به دلیل مشکلات، دسترسی به اعضای محترم شوراهای شهرهای بزرگتر

بخشداران و تدوین دستورالعمل، راهکار و فلوچارت هایی برای مشارکت شوراهای نظام بهداشت و درمان و اجرای آن ها، بازدید اعضای شوراهای اسلامی از برنامه ها و پروژه های موفق، فعال کردن واحد جلب مشارکت های مردمی در مراکز بهداشت شهرستان ها و استفاده از کارشناسان مجرب و دارای مهارت های ارتباطی قوی و آشنا به قوانین و دستورالعمل ها از جمله پیشنهادات دیگری هستند که با استفاده از نتایج این مطالعه می توان ارائه داد.

تشکر و قدردانی

این طرح با شماره ۵/۷۷/۲۰۱۳ در تاریخ ۱۳۸۸/۱۱/۱۰ در مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی تبریز تصویب و با حمایت مالی آن مرکز اجرا شده است. نویسندگان مقاله از مسئولین محترم مرکز، همچنین از کلیه مشارکت کنندگان در مطالعه صمیمانه تشکر و قدردانی می نمایند.

میسر نشد. یکی دیگر از محدودیت ها تعداد کمتر خانم های عضو شوراهای اسلامی است که در روستاهای مورد بررسی اصلاً عضو خانمی وجود نداشت.

با توجه به نتایج به دست آمده از این بررسی پیشنهاد می شود که با همکاری بخشداری ها و فرمانداریها پس از برگزاری هر دوره از انتخابات، دوره های آموزشی برای توانمند سازی اعضای شوراهای اسلامی برگزار شده و جلسات توجیهی با مشارکت مسئولین نظام بهداشت و درمان شهرستان ها و اعضای شوراهای اسلامی برگزار شود. همچنین لازم است که دوره ها و جلسات مشابهی برای آشنائی کارکنان نظام بهداشت و درمان با وظائف اعضای شوراهای اسلامی و توانمند سازی آن ها برای مدیریت جلسات مشترک بین اعضای شوراهای اسلامی برگزار گردد. تداوم تعادل با شوراهای، شرکت در جلسات و استقبال از همکاری و مشارکت اعضای شوراهای اسلامی، پایش و ارزشیابی عملکرد کارکنان نظام بهداشت و درمان در زمینه نحوه تعامل با اعضای شوراهای اسلامی، تقدیر از زحمات و همکاری های اعضای شوراهای اسلامی و دهیاران و ایجاد انگیزه در آن ها، ملزم نمودن اعضای شوراهای اسلامی توسط فرمانداران و

منابع

- 1- Dooris M, Heritage Z. Healthy cities: Facilitating the active participation and empowerment of local people. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*. 2011; 4(6): 2-5.
- 2- World Health Organization (WHO). Primary health Care: Report of the International Conference on Primary health Care, Alma Ata, USSR, 6-12 September 1978. Geneva.
- 3- Thurston WE, MacKean G, Vollman A, Casebeer A, et al. Public participation in regional health policy: A theoretical framework. *Health Policy*. 2005; 73(2):237-252.
- 4- World Health Organization. Regional office for the eastern Mediterranean CCAIRO, EGYPT 2003. Community-based initiatives in eastern Mediterranean region. 2005. Available from: <http://applications.emro.who.int/dsaf/dsa225.pdf>
- 5- Soheili S. [Textbook of Public Health]. 3rd Edition. Tehran, Arjmand; 2008. (Persian).
- 6- Ramazankhany A. Healthy volunteers and social and cultural goals of economic development prospects. *Health Liaison Quarterly*. 2010; 13(37): 3-2.
- 7- World Health Organization. Strategic alliances: The role of civil society in health. 2001. Available from: http://www.who.int/civilsociety/documents/en/alliances_en.pdf

- 8- Rasouli R, Karimian AR, Salehi A. Review of people's opinion towards city councils as well as evaluation of the Islamic councils in East Azerbaijan province (2008). *Urban Management*. 2010-2011; 2(1): 19-37.
- 9- Ministry of Interior. Low, legislations, organization, responsibilities, duties and election of Islamic councils and selection of municipals (Act of 1996).1996. Available from:<http://www.council.isfahan.ir/Static/Rule/WFCh3.aspx>.
- 10- Parvizi S, Sepahvand F. [Participation in health]. Health Promotion Congress. Zanjan University of Medical Sciences. 2003 (Persian).
- 11- Jabbari Beyrami H, Bakhshiyani F. [Intersect oral participation in health systems in selected countries and developing a model for Iran]. *Proceeding of National Congress of Social Determinants of Health*. 2009. Tehran. Iran (Persian).
- 12- Babaie J, Jabbari Beyrami H. Islamic Councils Involvement Areas in Health System in East Azerbaijan: A Grounded Theory Study]. Researcher training course thesis. Tabriz University of Medical Science. Tabriz. 2012. (Persian).
- 13- Mitton C, Smith N, Peacock S, Evoy B, Abelson J. Public participation in health care priority setting: A scoping review. *Health Policy*. 2009; 91(1): 219-228
- 14- Shahali Sh, Mohammadi E, Lamyian M, Kashanian M, Eslami M. [Experience of healthcare providers to deal with victims of sexual assault: A qualitative research]. *Journal of Qualitative Research in Health Sciences*. 2014; 3(1): 37-50 (Persian).
- 15- Zeighami R, Bagheri Nesami M, Haghdoost SF, Yadavar Nikravesh M. [Content analysis]. *Iran Journal of Nursing*. 2008; 21(53): 41-52 (Persian).
- 16- Jabbari Beyrami H, Bakhshiyani F. [Decentralization in the stewardship functions of different countries health systems and provide a template for Iran]. *Medical Journal of Tabriz University and Medical Sciences*. 2007; 29(1):7-8 (Persian).
- 17- Rifkin SB. *Community Participation in Iran: A Report of a Consultancy Undertaken on Behalf of the World Health Organization (EMRO)*. 2005. WHO
- 18- Jabbari Beyrami H, Tabibi J, Delgoshayi B, Mahmudi M, Bakhshiyani F. Mechanisms of decentralization in provision of health services in health system of selected countries and planning a model for Iran. *Health Management*. 2007; 10(27):33-40.
- 19- Peake S, Gallagher G, Valentine N, et al. Health equity through inspectorial action: An analysis of 18 country case studies. WHO, Minister of Health, Canada. 2008. Available from: http://www.who.int/pmnch/topics/health_systems/healthequity_who/en/index.html
- 20- Imani Jajarmi H, Karimi AR. Challenges of Islamic village councils in local management in Iran. *Journal of Rural Development*. 2009-2010; 1(1): 11-16.
- 21- Saeedi Rezvani M, Saeedi Rezvani H. Seeking educational system for urban counselors; A case study of Mashhad city councils. *Iranian Public Administration*. 2009; 1(2): 61-74.
- 22- Wallace RB. *Public Health and Preventive Medicine*. 15rd Edition. The McGraw-Hill Co. 2008.

- 23- Janati A, Jabbari Beyrami H. [Services Leveling in Health System]. Tabriz: Shervin; 2012: 25-30 (Persian).
- 24- Hosseini H, Godrati H, Javadian H. [Community participator role in urban sustainable development: Sabzwar case study]. 4th Congress of Urban Planning and Management. 2012. Mashhad (Persian).
- 25- Nanbakhsh H. Women's voluntary participation: Health workers best practice. Women in Development and Politics (Women's Research) 2003; 1(6): 165-158.
- 26- Papzan AH, Ali Beygi AH. [Analyzing rural people expectations from Islamic rural councils in Kermanshah county of Iran]. Roosta va Towse. 2007; 9(4): 37-53 (Persian).
- 27- Jajarmizadeh M. [Organizational and managerial barriers in Islamic council's legislations and theirs applicable resolves]. Islamic Council's Congress. 2003; Tehran (Persian).