

Original Article

Developing a model for partnership of non-governmental organizations in Iran's health system

Mohanna Rajabi ^{1,2*} , Parvin Ebrahimi ³ , Aidin Aryankhesal ⁴ 

¹ Assistant Professor, School of Health, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran.

² Department of Health Services Management, School of Health Management and Information Sciences, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

³ Assistant Professor, School of Health Management and Information Sciences, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

⁴ Professor, School of Health Management and Information Sciences, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

ARTICLE INFO

Corresponding Author:

Mohanna Rajabi

e-mail addresses:

ma.rajabi@arakmu.ac.ir

Received: 22/Jun/2022

Modified: 14/Sep/2022

Accepted: 20/ Sep/2022

Available online: 07/Dec/2022

Keywords:

Health system

Nongovernmental Organization

Partnership

Public-Private Partnership

Health policy

ABSTRACT

Introduction: Today, one of the ways to provide healthcare services and achieve the goals of health systems is the participation of nongovernmental organizations (NGOs) in the health sector. The purpose of this study is to develop a model for the partnership of NGOs in Iran's health system.

Methods: This qualitative study was conducted in three consecutive stages, between 2018-2021. In the first phase, by reviewing documents, literature, and interviews with 32 key informants from the Ministry of Health, Ministry of Interior, universities of medical sciences, medical scientific associations, and health-related NGOs, using content analysis, the current status of the partnership of NGOs in Iran's health system was examined. In the second stage, the initial model for NGOs partnership in Iran's health system was extracted and surveyed by an expert panel consensus. In the third stage, after two rounds of the Delphi technique with a consensus of more than 75%, the final model was approved.

Results: Policy-making and planning, capacity building, provision of resources and facilities, organization and coordination, participation, and control and evaluation, are the six main dimensions of the model of NGOs' partnership in Iran's health system.

Conclusion: It is expected that the main dimensions and sub-components of this model can help to develop and strengthen the role of NGOs in the Iranian health system. More participation of the NGOs in the health system facilitating the achievement of the goals of the health system and is effective to strengthen and improve public health.

Extended Abstract

Introduction

Today, the participation of non-governmental organizations (NGOs) in the health sector can help provide efficient and effective healthcare services and achieve the goals of health systems [1]. NGOs' participation in the health systems has significant results, including promoting the health status of communities, improving health indicators, increasing the financial resources, efficiency in using the resources, strengthening governments' capacity to provide healthcare services, and increasing social participation in health. [2-4] A limited number of studies have investigated the role and performance of NGOs in the Iranian health system. By examining 97 Iranian health NGOs, Demari et al. [1] concluded that NGOs mostly provide tertiary prevention services followed by primary prevention and secondary prevention. Khodayari-Zarnaq et al. [5] stated that NGOs are not involved in health policy-making and their activities are limited to providing services, financing, and supplying resources. According to Rajabi et al.'s study [6], NGOs are absent in health planning, policy-making, and decision-making. NGOs can play a significant role in the health sector, since 75% of health-related issues fall outside the scope of the health system's responsibilities [7]. It is thus possible to utilize the capacities, resources, and capabilities of NGOs to eliminate deficiencies, solve problems, address the needs of various groups, and accomplish health system goals [6,8]. Regarding NGOs' role in social and economic development and the need for effective interaction between NGOs and the Ministry of Health (MOH), the participation of NGOs in Iran's health system should be considered. In previous studies, the participation of NGOs in Iran's health system has been investigated only from the viewpoint of NGOs and mostly focused on the field of service delivery, and

the existing regulations, though NGOs' participation in the health system has been mentioned generally, and the present study was conducted to provide a model for NGOs participation in Iran's health system to fulfill article 11 of Iran's general health policies [9].

Methods

The present applied study was conducted in three successive stages of the qualitative method between 2018 and 2021. As a part of the first stage, documents and literature regarding the participation of NGOs in Iran's health system were examined. These documents included executive regulation for NGOs' activities, regulations for NGOs, the country's development laws, general health policies, health transformation plans, regulations of the social partnerships' council of universities/faculties of medical sciences, and the statutes of NGOs and medical associations. These documents were collected without time limitation by referring to the MOH, Tehran and Iran Universities of Medical Sciences, health-related NGOs, literature review, and the Internet. Two researchers reviewed the documents. Using the content analysis method, the documents were first coded, and then the main and secondary concepts were extracted using a researcher-made data collection form. Information was collected regarding the various fields of NGOs cooperation in the health sector and the legal contents related to the NGOs. Following a literature review, 32 semi-structured interviews were conducted with managers and experts of the MOH, Ministry of Interior, Iran Universities of Medical Sciences and Tehran Universities of Medical Sciences, national health NGOs, and medical associations to obtain information about the current state of the participation of NGOs in the health sector. Purposeful sampling with maximum variation was used to identify the participants. Participants were selected

according to the selection criteria, including a bachelor's degree, three years of experience in health-related activities of NGOs, and willingness to participate in the interview. A semi-structured interview guide with open-ended questions was used for collecting information. To ensure the validity of the interviews, four interviews were conducted at first as a pilot study. The reliability of the interviews was assessed using Lincoln and Guba's four criteria [10]. In this step, data were analyzed using Brown and Clark's content analysis approach [11]. The primary codes were identified after reviewing the interview contents. Each initial code was compared with other codes, and codes with common concepts were added to subcategories. Following the creation of subcategories, these categories were compared with others, and categories referring to the same subject were added to the main categories. MAXQDA10 was used for data management in this step. In the second stage, five experts participated in a 90-minute virtual meeting to develop the initial model of NGO participation in Iran's health system. They were selected based on their executive experience in the participation of NGOs in the health sector using a non-random sampling method among the interviewees. In this stage, data were collected using a voice recorder as well as taking notes. At this stage, data were analyzed based on the consensus of the participants of the meeting. After discussing opinions, the participants of the meeting voted on the model's generality and main and secondary dimensions. Finally, items with more than 50% agreement were included in the initial model. The proposal of the members was included in the initial model if they received more than 50% of the votes. The third stage involved confirming the final model using the two-round Delphi technique. A questionnaire was designed based on the generated model in the meeting of experts. Each Delphi round included sending the proposed model

and a questionnaire designed for this purpose through E-mail to 23 experts among interviewers. The questionnaire included 11 questions using a five-point Likert scale concerning the level of agreement with the presented model and one open-ended question to collect expert opinions. Following the receipt of the Delphi questionnaire for the first round, the agreement percentage was calculated between alternatives. A collective agreement of 75% or more was required to consider the alternatives as final elements [12]. Alternatives with less than 50% agreement were eliminated, and those with 50-75% agreement were re-polled using experts' modifications and the research team's opinion. In the first round of Delphi, 8 questions reached the agreement level of 75%. Three questions with an agreement level of 50-75% were modified based on the expert opinion and were re-polled in the second round of Delphi and finally confirmed. In the different stages of the study, ethical considerations were observed. Written informed consent was obtained from the participants, and they were allowed to leave the study at any stage. The audio was recorded with prior permission and the personal information was confidential.

Results

The legal contents of NGOs' participation in various public sector programs, the specific activities of NGOs in the health sector, and the financial resources of NGOs were found in the first step of the first stage of the present study. Among the 32 interviewers, 15 of them were employed in the public sector and 17 worked in NGOs and 65.6% of them were men. 62.5% of the participants had a Ph.D., 25% had a master's degree and 12.5% had a Bachelor's degree. 43.75% of interviewers had work experience of more than 10 years. Based on the findings of the second step of the first stage, the status of NGOs participation in Iran's health system consists of seven main themes, 23 sub-themes, and 117 primary codes.

NGOs' participation in the Iranian health system

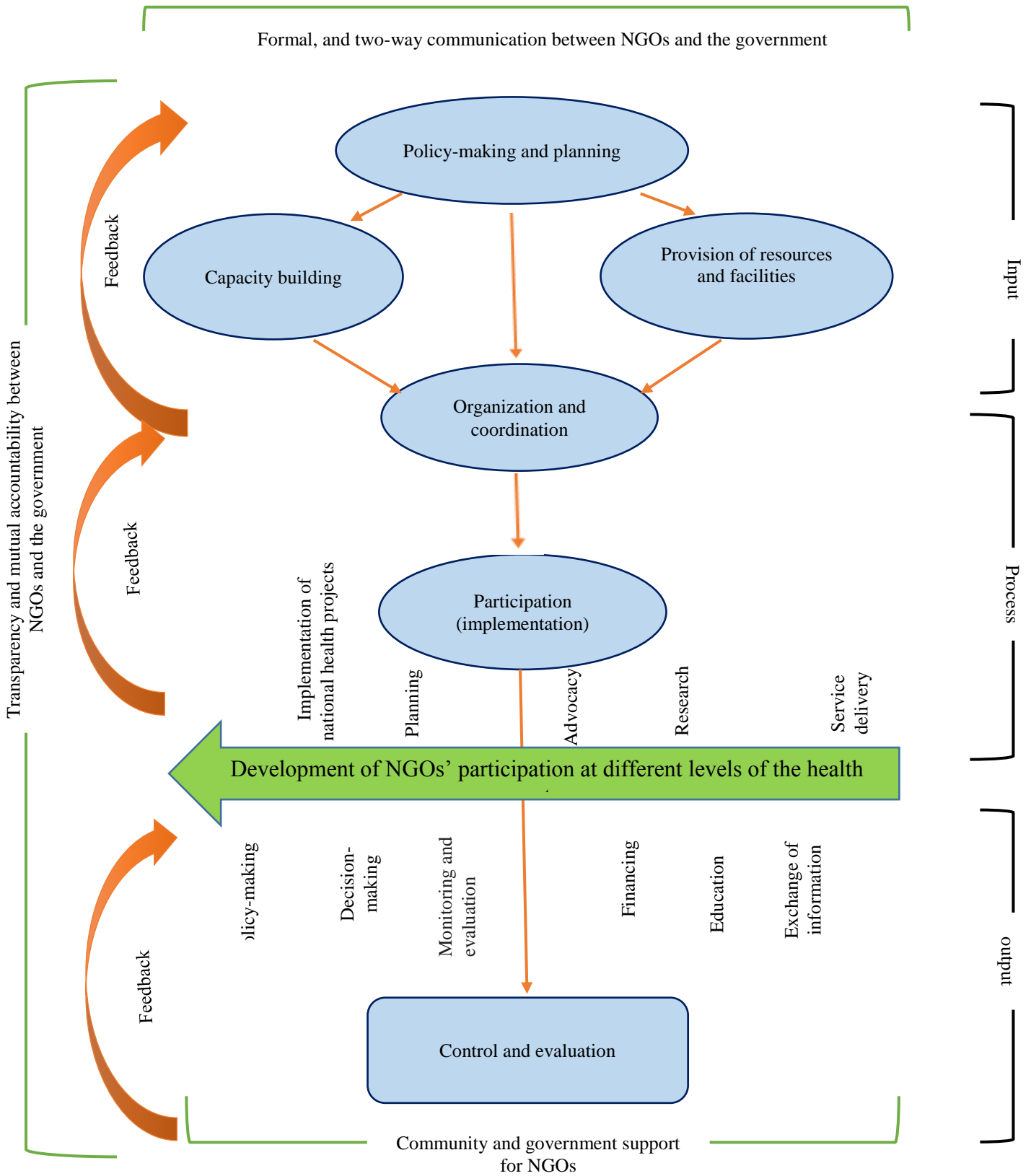


Figure 1-1. NGO participation model in Iran's health system

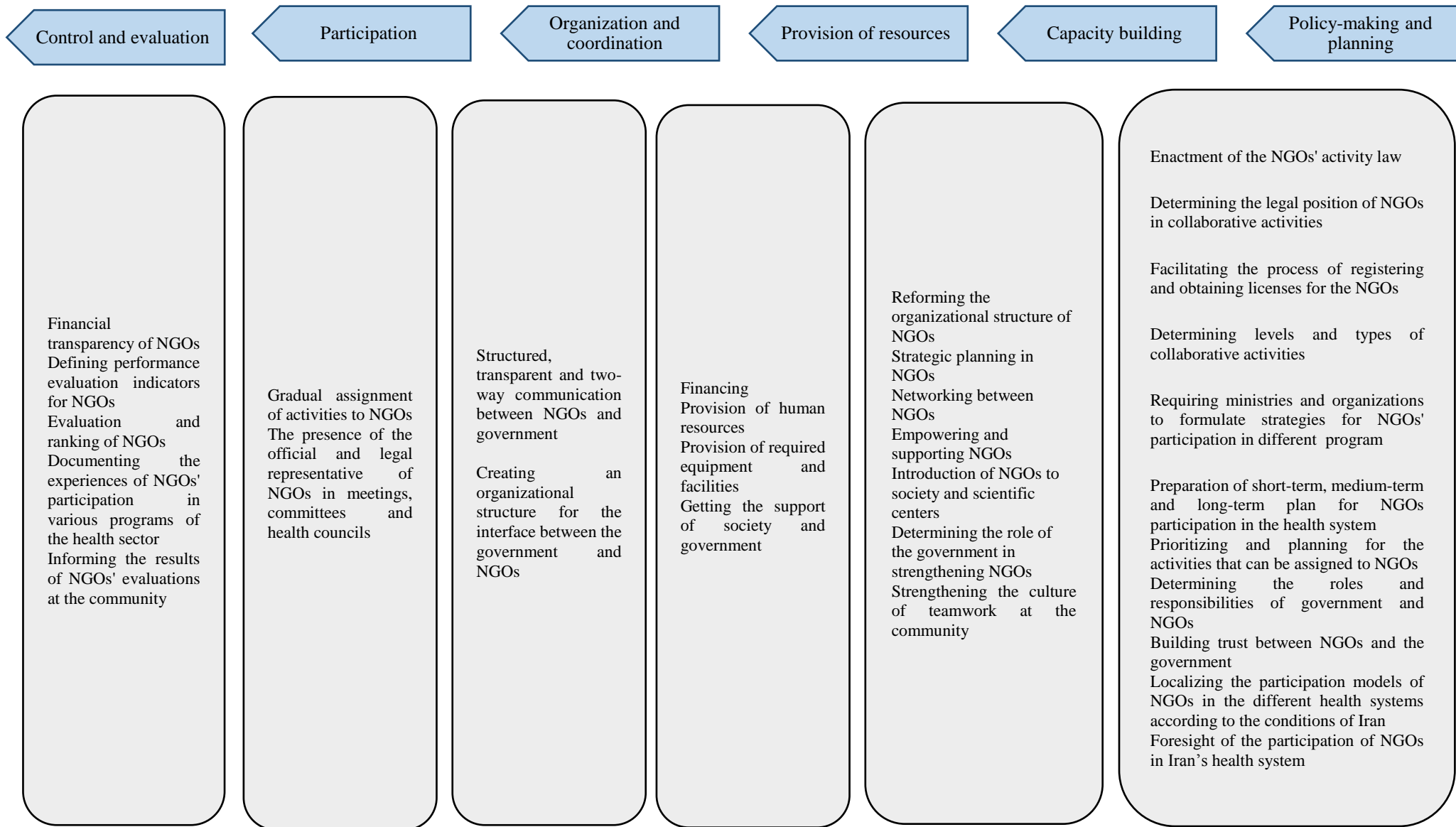


Figure 1-2. NGO participation model in Iran's health system

NGOs' participation in the Iranian health system

The scope of activity, obstacles, expected performance, strengths, facilitators, financial resources, and the role of government were the seven main themes of this stage. In the second stage, during the experts' meeting, the initial model of NGOs participation in Iran's health system was designed, which included seven dimensions of policy-making and legislation, planning, capacity building, provision of resources, organization, participation (implementation), and control. In the third stage, the final model was modified and approved. Figure 1 illustrates that the model consists of six dimensions, including policy-making and planning, capacity building, resources and facilities, organizing and coordinating, participation (implementation), and control and evaluation. Policy-making and planning are the critical factors affecting NGOs' participation in Iran's health system. NGOs' participation in the health sector can be successful when the prerequisites, methods, and future of this collaboration are determined by NGOs and relevant organizations. Capacity building is also among the factors affecting the participation of NGOs in the health system. Reforming NGOs' structures, using a standard organizational structure, formulating specific and attainable goals, formulating a standard strategic plan, establishing a network of NGOs, and popularizing and supporting NGOs in society will help health-oriented NGOs in capacity building. Financial resources, human resources, equipment and technology, and necessary facilities are needed to implement collaborative activities. In addition, creating an official organizational unit as a communication channel between NGOs and government is a necessary dimension of the NGOs participation model in the Iranian health system. Besides facilitating communication between these two sectors, creating this channel will determine the communication

status between NGOs and other sectors of society, resulting in formal and transparent communications between the government and NGOs. Participation is the practical dimension of the NGOs' participation model in the Iranian health system. NGOs should be involved in the programs and activities of the health sector gradually and based on the NGOs' facilities and capacity. There will be a continuum of involvement, starting with minimum involvement and reaching maximum involvement. NGOs participation in Iran's health system can be effective if evaluated. Transparency, financial and functional accountability, and defining precise criteria and measures are crucial factors in the evaluation of the performance of NGOs. Transparency and mutual accountability between NGOs and the government, community and government support for NGOs, and transparent, formal, and mutual communication between NGOs and the government are three critical factors that are vital to the process of NGOs' participation in the health system. Throughout this process, it is also essential to consider the feedback of results and information between various dimensions at various stages of participation. Addressing the participation of NGOs in Iran's health system from a systemic perspective, policy-making and planning, capacity building, resource provision, and organizing are recognized as executive inputs or prerequisites. The implementation process is NGOs' participation in the health system, and the outputs are the results of performance evaluation.

Discussion

The final model of NGOs participation in Iran's health system consists of six main dimensions, including policy-making and planning, capacity building, resources and facilities, organizing and coordinating, participation (implementation), and control and evaluation, with sub-dimensions associated with each of these main

dimensions. Furthermore, NGOs, community, and government constitute the three main aspects of NGOs' participation in Iran's health system. The obtained model in this study has many similar dimensions compared to existing models for NGOs. Besides defining the vision plan of medical associations for 2025, Demari et al. [13] identified expectations. The most vital expectation of associations is to realize such a vision plan including administrative-financial support, recognition of associations as primary advisors when formulating health policies, strengthening the relationship with governments, and explaining the role of medical associations within the three axes of education, research, and union. The results of Demari et al.'s study are consistent with the present study in terms of the importance of policy-making and planning, capacity building, provision of resources and facilities, organization, and coordination. Rouhi et al. [14] presented a model of coordination of Iranian NGOs in natural disasters, which included legal prerequisites, empowerment, interaction with community and government, communications, and transparency as management factors. A comparison between these two models depicts that NGOs' activity law, transparency, and interaction with the community and government are critical items in the cooperative activities of NGOs in Iran. Ejaz et al. [15] developed the World Health Organization (WHO) model for strengthening health systems based on the role of NGOs while studying partnerships between the public sector and NGOs to promote health systems. To achieve the ultimate goals of health systems, the model

identifies the weaknesses of the public sector. The next step involves examining the situation of the government, NGOs, and donors. Afterward, NGOs are evaluated using a set of criteria to cover deficiencies in the public sector, health NGOs are selected, and strategies for their participation in the health system are developed. The findings of Ejaz et al.'s study also highlighted the importance of NGOs in achieving the goals of health systems and the evaluation and ranking of NGOs to hand over the activities. This study examined the opinions of both the public sector and NGOs to provide a deeper understanding of the research topic. Selected NGOs included NGOs, health charities, and medical associations were included in the study. Besides consulting individuals employed in the Ministry of Health and Universities of Medical Sciences, informed people in other government organizations were also consulted. The results of the present study indicated that limited efforts have been made to develop the participation of NGOs in the Iranian health system. Furthermore, the participation of NGOs in the Iranian health system still lacks an accepted executive structure [14]. The participation of NGOs in the health sector is far from ideal, and health NGOs lack the capacity and ability to participate in health sector activities and programs [16]. Besides the Ministry of Health and Universities of Medical Sciences, organizations outside the healthcare sector, such as the Ministry of Interior, Welfare Organizations, Iran Broadcasting, and Insurance Organizations, are also effective in the participation of NGOs in the health system in Iran.

References

1. Damari B, Heidarnia MA, Rahbari Bonab M. Role and performance of Iranian NGOs in community health promotion. *Payesh*. 2014;13(5):541-50. [In Persian]
2. Piotrowicz M, Cianciara D. The role of non-governmental organizations in the social and the health system. *Przegl Epidemiol*. 2013;67(1):69-74.
3. Hushie M. Public-non-governmental organisation partnerships for health: An exploratory study with case studies from recent Ghanaian experience. *BMC Public Health*. 2016;16(1):1-13.

NGOs' participation in the Iranian health system

4. Sajadi H, Ghadirian L, Rajabi F, Sayarifard A, Rostamigooran N, Majdzadeh R. Interventions to increase participation of NGOs in preventive care: A scoping review. *Health Sci Rep.* 2022;5(5):1-8.
5. Khodayari-Zarnaq R, Kakemam E, Arab-Zozani M, Rasouli J, Sokhanvar M. Participation of Iranian non-governmental organizations in health policy-making; barriers and strategies for development. *International Journal of Health Governance.* 2020;25(1):46-56.
6. Rajabi M, Ebrahimi P, Aryankhesal A. Role of nongovernmental organizations in Iran's health system: What do they do and what can they do? *J Educ Health Promot.* 2022;11(1):1-8.
7. Nasrollahpour shirvani D, Mouodi S. Evidence-based policymaking in health system and its achievements and challenges in Iran. Babol: Babol University of Medical Sciences; 2013. [In Persian]
8. Damari B. Role and share of Iranian governmental organizations in public's health. *Payesh.* 2015;14(5):515-25. [In Persian]
9. Cultural Research Institute of the Islamic Revolution. General policies on health announcement of Ayatollah Khamenei [Internet]. Tehran: Office for the Preservation and Publication of the Works of the Grand Ayatollah Sayyed Ali Khamenei; 2014 [cited 2022 Aug 19]. Available from: <https://farsi.khamenei.ir/news-content?id=26083> [In Persian]
10. Heidary A, Vafaee-Najar A, Bakhshi M. Culture of productivity in clinical care: A qualitative study. *Journal of Health Administration.* 2018;21(73):9-24. [In Persian]
11. Vaismoradi M, Turunen H, Bondas T. Content analysis and thematic analysis: Implications for conducting a qualitative descriptive study. *Nurs Health Sci.* 2013;15(3):398-405.
12. Emami Maybodi M, Mirzaei M, Farajkhoda T, Soltani-Arabshahi K. Development of a questionnaire to assess the factors associated with clinical learning of nursing students: A delphi study. *Journal of Medical Education and Development.* 2015;9(4):2-11 [In Persian]
13. Damari B, Vosough-Moghaddam A, Movaghari R, Momtazmanesh N, Sharifian A, Hosseini J. Road map for Iranian associations of medical sciences to pursue by 2025. *Iranian Journal of Culture and Health Promotion.* 2020;3(4):410-20. [In Persian]
14. Rouhi N. Proposing a model for coordinating humanitarian assistance among Iranian NGOs in natural disasters [dissertation on the Internet]. Tehran: School of health management and information sciences, Iran university of medical sciences; 2018 [cited 2022 Dec 5]. Available from: https://centlib.iuums.ac.ir/faces/search/bibliographic/biblioFullView.jspx?_afPfm=yeajd8fsu [In Persian]
15. Ejaz I, Shaikh BT, Rizvi N. NGOs and government partnership for health systems strengthening: A qualitative study presenting viewpoints of government, NGOs and donors in Pakistan. *BMC Health Serv Res.* 2011;11:1-7.
16. Ebrahimi P, Rajabi M, Aryankhesal A. Participation of nongovernmental organizations in Iran's health-care system: Challenges and suggestions for improvement. *International Journal of Health Governance.* 2021;26(4):397-407.

مقاله اصیل

ارائه الگوی مشارکت سازمان‌های مردم‌نهاد در نظام سلامت ایران

مهنا رجبی^{۱،۲*}، پروین ابراهیمی^۳، آیدین آربین خصال^۴^۱استادیار، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران.^۲گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.^۳استادیار، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.^۴استاد، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

اطلاعات مقاله چکیده

نویسنده مسئول:

مهنا رجبی

رایانامه:

ma.rajabi@arakmu.ac.ir

وصول مقاله: ۱۴۰۱/۰۴/۰۱

اصلاح نهایی: ۱۴۰۱/۰۶/۲۳

پذیرش نهایی: ۱۴۰۱/۰۶/۲۹

انتشار آنلاین: ۱۴۰۱/۱۰/۲۰

مقدمه: امروزه یکی از راه‌های ارائه مراقبت‌های بهداشتی و درمانی کارا و اثربخش و دستیابی به اهداف نهایی نظام‌های سلامت، مشارکت سازمان‌های مردم‌نهاد در بخش سلامت می‌باشد. هدف این مطالعه ارائه الگوی مشارکت سازمان‌های مردم‌نهاد در نظام سلامت کشور ایران بود.

روش‌ها: مطالعه حاضر از نوع کاربردی بود که با روش کیفی در سه مرحله متوالی، بین سال‌های ۱۴۰۰-۱۳۹۷ انجام شد. در مرحله اول، در دو گام مرور متون و اسناد و مصاحبه با ۳۲ نفر از افراد شاغل در وزارت بهداشت، وزارت کشور، دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران و ایران، انجمن‌های علمی پزشکی و سازمان‌های مردم‌نهاد فعال در حوزه سلامت، وضعیت موجود مشارکت سازمان‌های مردم‌نهاد در نظام سلامت ایران بررسی شد. در مرحله دوم، الگوی اولیه مشارکت سازمان‌های مردم‌نهاد در نظام سلامت ایران با برگزاری هم‌اندیشی خبرگان پیشنهاد شد. در مرحله سوم، پس از اجرای دو دور دلفی و رسیدن به توافق جمعی ۷۵ درصد و بیشتر، الگوی نهایی تأیید شد.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد که الگوی نهایی مشارکت سازمان‌های مردم‌نهاد در نظام سلامت کشور ایران دارای شش بعد اصلی سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی، ظرفیت‌سازی و تقویت سازمان‌های مردم‌نهاد، تأمین منابع و امکانات، سازماندهی و هماهنگی، مشارکت (اجرا)، کنترل و ارزیابی است.

نتیجه‌گیری: انتظار می‌رود ابعاد اصلی و مؤلفه‌های فرعی الگوی ارائه‌شده در این مطالعه، بتوانند به توسعه و تقویت نقش‌آفرینی کارا تر و مؤثرتر سازمان‌های مردم‌نهاد در نظام سلامت کشور ایران کمک نمایند. مشارکت بیشتر سازمان‌های مردم‌نهاد در بخش سلامت علاوه بر تسهیل مسیر دستیابی به اهداف نهایی نظام سلامت، در تقویت و بهبود وضعیت سلامت آحاد مختلف مردم جامعه مؤثر می‌باشد.

واژه‌های کلیدی:

نظام سلامت

سازمان مردم‌نهاد

مشارکت دولتی-خصوصی

سیاست‌گذاری سلامت

در سیاست‌گذاری سلامت ندارند و بیشترین فعالیت آن‌ها در ارائه خدمات، تأمین منابع و مالی است. بر اساس یافته‌های مطالعه رجبی و همکاران [۱۴] بیشترین کارکرد سمن‌های سلامت ایرانی در زمینه ارائه خدمات است و در ابعاد مختلف مدیریت نظام سلامت خلأ حضور سمن‌ها احساس می‌شود. با توجه به اینکه ۷۵ درصد از مسائل مربوط به سلامت، خارج از حیطه مسئولیت وزارت بهداشت است، [۱۵] مشارکت سمنها در بخش سلامت به عنوان یک فرصت تلقی می‌شود و می‌توان از ظرفیت‌ها و توانمندی‌های متنوع این سازمان‌ها برای رفع کمبودها، حل مشکلات، پاسخگویی به نیازهای گروه‌های مختلف جمعیتی و پیشبرد اهداف و برنامه‌های نظام سلامت بهره‌مند شد [۱۴، ۱۶] با این وجود، مسائلی از جمله نبود قانون مصوب مجلس برای فعالیت سمن‌ها، بی‌اعتمادی بین سمن‌ها و دولت، تعدد نهادهای تصمیم‌گیرنده در امور سمن‌ها، عدم تمایل بخش دولتی نسبت به مشارکت سمن‌ها در بخش سلامت، ناشناخته بودن سمن‌ها برای مردم و سیاست‌گذاران، عدم شفافیت و پاسخگویی مالی و عملکردی و ضعف‌ها و مشکلات موجود در سمن‌ها، منجر به مشارکت پایین و ضعیف سمن‌ها در نظام سلامت ایران شده است. [۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۷] با توجه به نقش سمن‌ها در ارتقای وضعیت سلامت جامعه و ضرورت ارتباط و تعامل بین سمن‌ها و وزارت بهداشت، مشارکت این سازمان‌ها در بخش سلامت مسئله‌ای است که باید مورد توجه مدیران و سیاست‌گذاران قرار گیرد. درحالی‌که در مطالعات گذشته، مشارکت سمن‌ها در بخش سلامت تنها از دید سازمان‌های غیردولتی و بیشتر در زمینه ارائه خدمات بررسی شده است و در آیین‌نامه‌های موجود، مشارکت سمن‌ها در بخش سلامت به صورت کلی توجه شده است. علاوه بر این، در جهت تحقق بند ۱۱ سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی از سوی مقام معظم رهبری، [۱۸] این پژوهش با هدف ارائه الگوی مشارکت سمن‌ها در نظام سلامت کشور ایران انجام شد تا بتوان از مزایای مشارکت این سازمان‌ها در بخش سلامت برای خدمات‌رسانی موفقتر و اثربخش‌تر به مردم بهره‌مند شد.

سازمان‌های غیردولتی (Nongovernmental organizations) که در کشور ایران، به نام سازمان‌های مردم‌نهاد یا به اختصار «سمن» نامگذاری شده‌اند، گروه‌های کوچک و مردمی هستند که برای حل مشکلات و تعالی جامعه فعالیت می‌کنند. [۱] داوطلبانه بودن، مستقل و غیردولتی بودن، غیرانتفاعی و غیرسیاسی بودن و ثبات سازمانی از ویژگی‌های اصلی سمن‌ها است. [۲] بخش سلامت، به دلیل داشتن ماهیت انسانی و خدماتی، یکی از حوزه‌های مورد توجه این سازمان‌ها است. [۳] بیانیه آلماتا، منشور اوتاوا، تأکید مجمع جهانی بهداشت بر مشارکت سازمان‌های غیردولتی در سلامت و منشور بانکوک، اهمیت و تأثیر مشارکت سمن‌ها در ارتقای سلامت جوامع مختلف را تأیید و تأکید نموده‌اند. [۴-۷] ارتقای وضعیت سلامت، بهبود شاخص‌های سلامت، افزایش منابع مالی، کارایی بیشتر در استفاده از منابع، تقویت ظرفیت دولت‌ها در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی و افزایش تعهد و مشارکت جامعه در مسائل مربوط به سلامتی خود، از مهم‌ترین نتایج مشارکت سمن‌ها در نظام سلامت کشورهای مختلف است. [۳، ۸، ۹] بر اساس آمار وزارت کشور، از بین حدود ۷۰۰ سمنی که اطلاعات خود را در معاونت امور سمن این وزارتخانه ثبت کرده‌اند، ۱۰۰ سمن در حوزه سلامت فعالیت می‌کنند [۱۰] از طرفی، بر اساس آمار دبیرخانه کمیسیون انجمن‌های علمی گروه پزشکی، بیش از ۱۴۰ انجمن علمی به عنوان سمن فعال در بخش سلامت، در پنج گروه علوم پایه، بالینی، سلامت همگانی، بازتوانی و توانبخشی و بین‌رشته‌ای فعالیت می‌کنند. [۱۱، ۱۲] در ایران، مطالعات محدودی به بررسی فعالیت سمن‌ها در نظام سلامت پرداخته‌اند. دماری و همکاران [۱] با بررسی ۹۷ سمن سلامت، به این نتیجه رسیدند که مجموع خدمات ارائه‌شده توسط سمن‌ها به ترتیب در حوزه پیشگیری سطح اول، دوم و سوم بوده است. خدایاری و همکاران [۱۳] نیز با بررسی نقش سمن‌ها در سیاست‌گذاری سلامت به این موضوع اشاره می‌کنند که سمن‌های مورد مطالعه، هیچ نقشی

مطالعه حاضر از نوع کاربردی بود که به دلیل تعداد کم مطالعات داخلی مشابه، پوشش نقاط ضعف این مطالعات و درک عمیق‌تر موضوع مشارکت سمن‌ها در نظام سلامت ایران، به صورت کیفی و در چند مرحله و گام اصلی شامل: بررسی متون و مستندات، انجام مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته، هم‌اندیشی خبرگان و روش دلفی، بین سال‌های ۱۴۰۰-۱۳۹۷ طراحی و انجام شد. در مرحله اول، ابتدا متون و مستندات مرتبط با مشارکت سمن‌ها در نظام سلامت شامل آیین‌نامه اجرایی تأسیس و فعالیت سازمان‌های غیردولتی، آیین‌نامه تشکل‌های مردم‌نهاد، قوانین توسعه کشور، سیاست‌های کلی سلامت، نقشه تحول نظام سلامت، آیین‌نامه شورای مشارکت‌های اجتماعی دانشگاه‌ها/ دانشکده‌های علوم پزشکی و اساسنامه سمن‌ها و انجمن‌های علمی پزشکی، بررسی و تحلیل شد. این مستندات بدون محدودیت زمانی و از طریق مراجعه به وزارت بهداشت، دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران و ایران، سمن‌های سلامت و اینترنت جمع‌آوری شدند. تمامی مستندات توسط دو نفر از محققان چندین مرتبه مرور شد و داده‌ها با استفاده از روش تحلیل محتوای کیفی تحلیل شد. بدین صورت که ابتدا متون کدگذاری و سپس مفاهیم اصلی و فرعی مرتبط با مشارکت سمن‌ها در نظام سلامت ایران استخراج گردید. در بررسی اسناد، متون و مطالعات کتابخانه‌ای، از فرم محقق‌ساخته جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. اطلاعات مرتبط با زمینه‌های مختلف همکاری سمن‌ها در نظام سلامت، مواد قانونی مرتبط با فعالیت سمن‌های سلامت، شرایط مشارکت سمن‌ها در برنامه‌ها و فعالیت‌های بخش سلامت و نقش‌های مختلف سمن‌ها در نظام سلامت، وارد فرم شد. پس از مرور متون و اسناد، با انجام ۳۲ مصاحبه نیمه ساختاریافته با مدیران و کارشناسان شاغل در وزارت بهداشت، وزارت کشور، دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران و تهران، سمن‌های فعال در حوزه سلامت و انجمن‌های علمی پزشکی، وضعیت موجود مشارکت سمن‌ها در بخش سلامت بررسی شد.

مشارکت‌کنندگان به روش نمونه‌گیری غیرتصادفی هدفمند با حداکثر تنوع انتخاب شدند. داشتن حداقل تحصیلات کارشناسی، سه سال سابقه خدمت مرتبط با فعالیت سمن‌ها در حوزه سلامت و تمایل برای انجام مصاحبه، معیار انتخاب این افراد بود. جهت گردآوری اطلاعات از راهنمای مصاحبه نیمه ساختاریافته با سؤالات باز استفاده شد. تجارب و اقدامات سمن‌ها در بخش سلامت، موانع و فرصت‌های مشارکت سمن‌ها در نظام سلامت، راهکارها و پیشنهادها مبنی بر افزایش مشارکت سمن‌ها در نظام سلامت از جمله سؤالات اصلی مصاحبه بود. برای اطمینان از روایی مصاحبه‌ها، ابتدا چهار مصاحبه به صورت آزمایشی (پایلوت) انجام شد. برای تأیید پایایی مصاحبه‌ها از معیارهای چهارگانه لینکلن و گوبا (Lincoln & Guba) استفاده شد. [۱۹] برای دستیابی به معیار اعتبارپذیری، مصاحبه‌ها پس از پیاده‌سازی به تأیید دو نفر از مصاحبه‌شوندگان رسید. برای انتقال‌پذیری، جزئیات کاملی از شرایط و زمینه انجام مصاحبه‌ها شرح داده شد. جهت اطمینان‌پذیری، تمام جزئیات ثبت و ضبط و یادداشت‌برداری انجام شد و برای تأییدپذیری، مستندسازی و حفظ تمامی مستندات فرآیند مصاحبه‌ها، صورت گرفت. پس از هماهنگی زمان و مکان انجام مصاحبه‌ها با مشارکت‌کنندگان، ۱۹ مصاحبه به صورت حضوری و در محل کار خبرگان و ۱۳ مصاحبه به صورت تلفنی انجام گرفت. میانگین زمان مصاحبه‌ها ۴۱ دقیقه (حداقل ۲۵ و حداکثر ۹۳ دقیقه) بود. بلافاصله پس از اتمام هر مصاحبه، مصاحبه‌ها به صورت کلمه به کلمه پیاده‌سازی و تایپ شدند. برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل محتوا به روش براون و کلارک (Braun & Clark) استفاده شد. [۲۰] با مرور چندباره محتوای مصاحبه‌ها، کدهای اولیه شناسایی شد. پس از ایجاد کدهای اولیه، هر یک از کدها از لحاظ مفهومی با سایر کدها مقایسه شد و کدهایی که به مفاهیم مشترک اشاره داشتند، در طبقات فرعی قرار گرفتند. پس از ایجاد طبقات فرعی، این طبقات از لحاظ مفهومی و موضوعی به دقت بررسی و با دیگر طبقات مقایسه شد و طبقاتی که به موضوع مشابهی اشاره می‌کردند، در

سؤالات محاسبه شد. ملاک پذیرش سؤالات به‌عنوان عناصر نهایی، توافق جمعی برای دستیابی به سطح توافق ۷۵ درصد یا بیشتر بود. [۲۱] سؤالاتی که دارای توافق کمتر از ۵۰ درصد بودند، حذف شدند و سؤالاتی که بین ۵۰ تا ۷۵ درصد توافق جمعی کسب کردند، مجدداً به نظرسنجی گذاشته شدند. در دور اول دلفی هشت سؤال به توافق جمعی بالای ۷۵ درصد رسیدند. سه سؤالی که سطح توافق بین ۵۰ تا ۷۵ درصد داشتند، بر اساس نظر خبرگان اصلاح شد و در دور دوم دلفی مجدداً به نظرسنجی گذاشته و در نهایت تأیید شدند. به‌این ترتیب، پس از توافق نسبتاً کامل، الگوی نهایی مشارکت سمن‌ها در نظام سلامت کشور ایران تأیید شد. در مراحل مختلف مطالعه، تمامی ملاحظات اخلاقی از جمله اخذ رضایت آگاهانه از مشارکت‌کنندگان، آزادی افراد برای شرکت در مطالعه، کسب اجازه برای ضبط صدا، حفظ محرمانگی اطلاعات شخصی مشارکت‌کنندگان و عدم تحمیل نظرات شخصی پژوهشگران در مراحل مختلف مطالعه، رعایت گردید.

یافته‌ها

یافته‌های حاصل از مرور متون، بررسی اسناد و مطالعات کتابخانه‌ای شامل مواد قانونی مشارکت سمن‌ها در برنامه‌های مختلف بخش دولتی، فعالیت‌های اختصاصی سمن‌ها در بخش سلامت و بودجه و منابع مالی سمن‌ها بود. سپس، در گام دوم از مرحله اول پژوهش مصاحبه با مدیران و کارشناسان شاغل در وزارت بهداشت، وزارت کشور، دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران و تهران، سمن‌های فعال در حوزه سلامت و انجمن‌های علمی پزشکی، وضعیت موجود مشارکت سمن‌ها در بخش سلامت انجام شد. از بین ۳۲ نفر مشارکت‌کننده ۱۵ نفر در بخش دولتی و ۱۷ نفر در سمن‌ها شاغل بودند. ۶۵/۶ درصد آن‌ها مرد، ۶۲/۵ درصد آن‌ها دارای مدرک دکترا، ۲۵ درصد کارشناسی ارشد و ۱۲/۵ درصد دارای مدرک کارشناسی بودند. ۴۳/۷۵ این افراد سابقه کار بیش از ۱۰ سال را داشتند. بر اساس یافته‌های گام دوم مرحله اول پژوهش، وضعیت مشارکت سمن‌ها در نظام

طبقات اصلی قرار گرفتند. برای مدیریت داده‌ها در این مرحله، از نرم‌افزار MAXQDA ۱۰ استفاده شد. در مرحله دوم، برای طراحی الگوی اولیه مشارکت سمن‌ها در نظام سلامت ایران بر اساس یافته‌های حاصل از دو گام قبل، یک جلسه مجازی ۹۰ دقیقه‌ای با حضور پنج نفر از خبرگان برگزار شد. این افراد دارای حداقل ۱۰ سال سابقه اجرایی و یک پروژه تحقیقاتی در زمینه مشارکت سمن‌ها در نظام سلامت بودند که به روش نمونه‌گیری غیرتصادفی هدفمند مبتنی بر معیار از بین مشارکت‌کنندگان در مرحله مصاحبه انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها در این مرحله، دستگاه ضبط صدا برای ثبت نظرات خبرگان و یادداشت‌برداری نظرات توسط یکی از محققان بود. روش تحلیل داده‌ها در این مرحله، توافق جمعی اعضا حاضر در جلسه بود. پس از اعلام نظرات و بحث و تبادل نظر، ابعاد اصلی و فرعی الگو به رأی گذاشته شد. توافق بیش از ۵۰ درصد به معنای تأیید هر یک از ابعاد اصلی و فرعی الگو بود. در نهایت، مواردی که دارای توافق بیش از ۵۰ درصد بودند وارد الگو شدند و مواردی که توافق کمتر از ۵۰ درصد بود، از الگوی اولیه حذف گردیدند. پیشنهادهای بیان‌شده توسط اعضا نیز در صورت توافق بیش از ۵۰ درصد آرا در الگوی اولیه اعمال شدند. در مرحله سوم، برای اعتبارسنجی الگوی اولیه، از روش دلفی استفاده شد. بنابراین، الگوی نهایی با استفاده از پرسشنامه طراحی شده بر اساس یافته‌های مرحله قبلی در دو دور دلفی تأیید شد. در هر دور دلفی، پرسشنامه برای ۲۳ نفر از افراد مشارکت‌کننده در مرحله مصاحبه که به روش نمونه‌گیری هدفمند مبتنی بر معیار انتخاب شدند، از طریق پست الکترونیکی ارسال شد. داشتن حداقل تحصیلات کارشناسی ارشد، پنج سال سابقه کاری مرتبط با فعالیت سمن‌ها در حوزه سلامت و تمایل برای تکمیل پرسشنامه‌ها، معیار انتخاب این افراد بود. پرسشنامه طراحی شده شامل ۱۱ سؤال با طیف پنج گزینه‌ای لیکرت در رابطه با میزان موافقت با الگوی ارائه‌شده و ابعاد اصلی و فرعی الگو و یک سؤال باز برای بیان نظرات بود. پس از دریافت پرسشنامه‌های دور اول دلفی، درصد توافق برای هر یک از

سلامت ایران، شامل هفت درون‌مایه اصلی، ۲۳ درون‌مایه فرعی و ۱۱۷ کد اولیه است. حیطه فعالیت، موانع و مشکلات، عملکرد مورد انتظار، نقاط قوت، تسهیلگرها، منابع مالی و نقش سازمان‌های دولتی هفت درون‌مایه اصلی این مرحله بود (جدول یک).

جدول ۱: وضعیت مشارکت سمن‌ها در نظام سلامت ایران

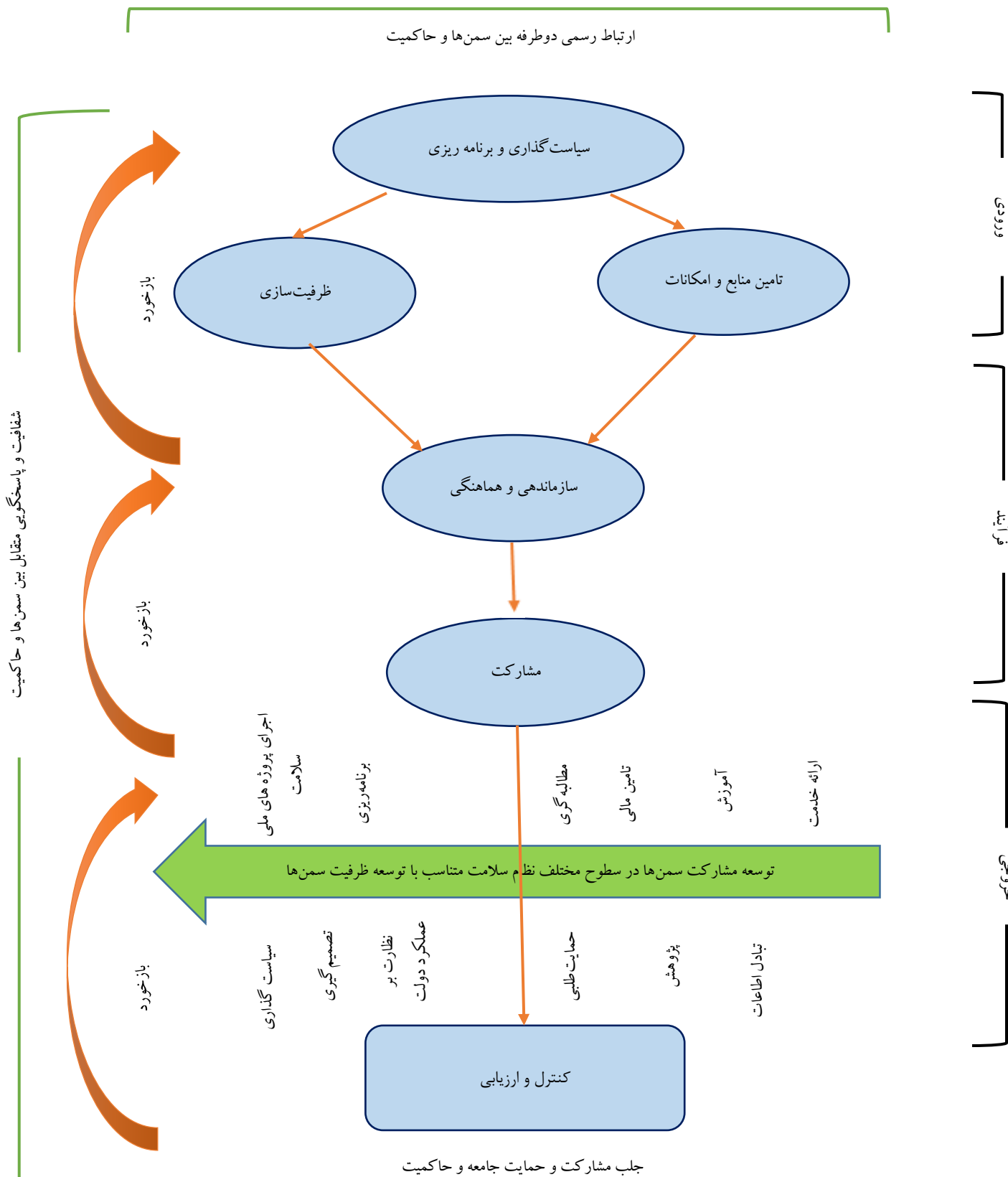
درون‌مایه اصلی	درون‌مایه فرعی	کدهای مرتبط
حیطه فعالیت	ارائه خدمت	فعالیت‌های پیشگیری و غربالگری، خدمات تشخیصی، درمانی، توانبخشی و بازتوانی، تأمین لوازم پزشکی، بهداشتی و تجهیزات درمانی و بیمارستانی، تأمین اقلام دارویی، مشاوره‌های پزشکی و خدمات مشاوره و روانشناسی
فعالیت‌های آموزشی، پژوهشی و اطلاع‌رسانی	آموزش به بیمار، خانواده بیمار، مردم، متخصصان و کادر درمان، مشارکت در اجرای پایان‌نامه دانشجویان و پروژه‌های تحقیقاتی، چاپ کتاب، تهیه بروشور و پمفلت آموزشی، انتشار مجله، فعالیت‌های اطلاع‌رسانی، برگزاری سمینارها، همایش‌ها و کارگاه‌های آموزشی	
حمایت مالی	تأمین هزینه‌های دارویی و درمانی، ارائه وام به مددجویان نیازمند، کمک‌های نقدی و غیرنقدی، تعامل با سازمان‌های بیمه‌گر	
فعالیت‌های حمایتی و تسهیل‌گری	تهیه بانک اطلاعاتی مددجویان، حمایت‌های اجتماعی، فعالیت‌های اشتغال‌زایی و توان‌افزایی و برگزاری برنامه‌های سیاحتی و زیارتی	
حمایت‌طلبی و مطالبه‌گری	تدوین سند ملی بیماری‌ها، مشارکت در تعریف بسته خدمتی بیماران خاص، مشارکت در تدوین قوانین و مقررات مرتبط با مددجویان، افزایش آگاهی مددجویان در مورد حقوق خود، مقابله با تحریم‌ها، پیگیری حقوق مددجویان	
موانع و مشکلات	مشکلات مرتبط با دولت	نبود قانون فعالیت سمن‌ها، طولانی بودن فرآیند اخذ مجوز سمن‌ها، بی‌اعتمادی، کم‌توجهی و دخالت دولت، نبود ساختار سازمانی رابط بین سمن‌ها و دولت، تعدد نهادهای تصمیم‌گیرنده، دیدگاه مدیران نسبت به سمن‌ها، انتظار نامعقول بخش دولتی از سمن‌ها و نگاه ابزاری دولت به سمن‌ها، نبود سازوکارهای حمایتی و نظارتی سمن‌ها در بخش دولتی
مشکلات مرتبط با سمن‌ها	مشکلات مرتبط با جامعه	دولتی بودن سمن‌ها، کمبود منابع، اخذ مالیات از سمن‌ها، شناخت ناکافی فعالان مدنی از فلسفه تأسیس یک سمن، عدم شفافیت مالی و عملکردی و پاسخگویی سمن‌ها، جزیره‌ای کار کردن سمن‌ها، ضعف سمن‌ها در تعیین اهداف و تدوین برنامه راهبردی، تبلیغات و بازاریابی ضعیف، حیطه فعالیت محدود سمن‌ها، بی‌میلی نسبت به عضویت در سمن‌ها، وابسته بودن سمن‌ها به یک فرد خاص
مشکلات مرتبط با جامعه	مدیریت نظام سلامت	توقع بالای مددجویان، آشنایی کم مردم با سمن‌ها، بدبینی مردم نسبت به سمن‌ها، فرهنگ ضعیف کار تیمی و مشارکتی در جامعه
عملکرد مورد انتظار	مشارکت در برنامه‌ریزی‌ها، تصمیم‌گیری‌ها، سیاست‌گذاری‌ها و قانون‌گذاری‌های بخش سلامت، اجرای برنامه‌های بخش سلامت، تعیین اولویت‌ها و مسائل نظام سلامت، نظارت و ارزشیابی عملکرد دولت در بخش سلامت، تعیین اولویت‌های بخش سلامت، تدوین استانداردها و راهنماها	
آموزش و فرهنگ‌سازی	آموزش بیمار، جامعه، دانشجویان و کارکنان درمانی، ارزیابی برنامه‌های آموزشی وزارت بهداشت، انتشار نشریات و کتب مرجع	
فعالیت‌های حمایتی و خدمت‌رسانی	حمایت اجتماعی از بیماران، پیگیری وضعیت درمانی بیماران، ارائه خدمت در بروز بحران‌ها، تأمین سلامت مهاجران و پناهندگان، ارائه خدمات توانبخشی سالمندان	
نقاط قوت	تفاوت بین سمن‌ها و بخش دولتی	آگاهی بیشتر سمن‌ها از نیازها و خواسته‌های جامعه، حضور نیروهای داوطلب در سمن‌ها، فرآیندهای کاری و مدیریتی ساده سمن‌ها، انگیزه خدمت‌رسانی سمن‌ها
کاهش بار کاری بخش دولتی	کاهش بار کاری وزارت بهداشت، کاهش بار کاری دانشگاه‌های علوم پزشکی	

جدول ۱: ادامه

درون‌مایه اصلی	درون‌مایه فرعی	کدهای مرتبط
نقاط قوت	نقش تعاملی سمن‌ها	تعامل سمن‌ها با جامعه، تعامل سمن‌ها با سازمان‌های دولتی
تسهیلگرها	سازوکارهای قانونی	تصویب و اجرای قانون فعالیت سمن‌ها، ایجاد ساختار سازمانی رابط بین سمن‌ها و دولت، ایجاد واحد هماهنگ‌کننده امور سمن‌ها در وزارت بهداشت، الزام سمن‌ها به داشتن برنامه استراتژیک، حضور نماینده قانونی سمن‌ها در شوراهای تخصصی وزارت بهداشت
	توانمندسازی سمن‌ها	برگزاری دوره‌های آموزشی، گسترش و نهادینه کردن فرهنگ کار سمن‌ها در جامعه، تدوین و اجرای سازوکارهای حمایتی از سمن‌ها در بخش دولتی، متنوع کردن حیطه فعالیت سمن‌ها، ارزیابی و رتبه‌بندی سمن‌ها
تقویت سمن‌ها	تقویت سمن‌ها	تشکیل بانک اطلاعاتی سمن‌ها، تشکیل شبکه سمن‌ها، شناساندن سمن‌ها به جامعه و سازمان‌های دولتی، تقویت شفافیت و پاسخگویی سمن‌ها، تقویت فرهنگ کار تیمی
نقش سازمان‌های دولتی	حمایت از سمن‌ها	کمک مالی، استفاده از امکانات آموزشی و رفاهی سازمان‌های دولتی
	آموزش و توانمندسازی سمن‌ها	برگزاری برنامه‌ها و کارگاه‌های آموزشی توسط وزارت بهداشت و دانشگاه‌های علوم پزشکی
منابع مالی	نظارت و ارزیابی	نظارت اجرایی، نظارت امنیتی، نظارت تخصصی
	شناساندن سمن‌ها به جامعه	اطلاع‌رسانی و معرفی سمن‌ها در سطح جامعه و مراکز علمی-تحقیقاتی
منابع مالی	منابع مالی فردی	کمک‌های خیرین و مردمی
	منابع مالی سازمانی	خرید خدمات سمن‌ها، اختصاص یارانه دارویی و درمانی به سمن‌ها، کمک سازمان‌های بین‌المللی، حامیان مالی

نیز از دیگر ابعاد الگوی مشارکت سمن‌ها در نظام سلامت است. اصلاح ساختار و تشکیلات سمن‌ها، تعریف اهداف قابل‌دستیابی، تدوین برنامه راهبردی استاندارد، تشکیل شبکه سمن‌ها و شناساندن و حمایت سمن‌ها در جامعه، منجر به توسعه ظرفیت سمن‌های سلامت‌محور می‌شود. منابع مالی، نیروی انسانی متخصص، تجهیزات، فناوری، تسهیلات و امکانات مورد نیاز، اصلی‌ترین و مهم‌ترین منابع مورد نیاز در اجرای فعالیت‌های مشارکتی هستند. یکی دیگر از ابعاد مهم الگوی مشارکت سمن‌ها در نظام سلامت، ایجاد یک واحد سازمانی مرجع به عنوان کانال ارتباطی رسمی بین سمن‌ها و حاکمیت است. ایجاد این ساختار، علاوه بر تسهیل فرآیندهای برقراری ارتباط بین این دو بخش، وضعیت برقراری ارتباط بین سمن‌ها و سایر بخش‌های جامعه را مشخص می‌کند که موجب شکل‌گیری ارتباطات رسمی و شفاف بین سمن‌ها و حاکمیت خواهد شد.

در مرحله دوم پژوهش طی نشست خبرگان، الگوی اولیه مشارکت سمن‌ها در نظام سلامت ایران طراحی شد که شامل هفت بعد سیاست‌گذاری و قانون‌گذاری، برنامه‌ریزی، ظرفیت‌سازی، تأمین منابع، سازماندهی، مشارکت (اجرا) و کنترل بود. در مرحله سوم، الگوی نهایی با استفاده از روش دلفی اصلاح و به تأیید رسید. همان‌طور که شکل یک نشان می‌دهد، الگوی نهایی دارای شش بعد سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی، ظرفیت‌سازی و تقویت سمن‌ها، تأمین منابع و امکانات، سازماندهی و هماهنگی، مشارکت (اجرا) و کنترل و ارزیابی است. اصلی‌ترین عوامل مؤثر بر مشارکت سمن‌ها در نظام سلامت ایران، در بعد سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی قرار دارند. علاوه بر این، مشارکت سمن‌ها در بخش سلامت زمانی موفق خواهد شد که پیش‌نیازها، راه و روش و آینده این مشارکت، با همکاری و تعامل بین سمن‌ها و سازمان‌های مربوطه، به‌صورت واقع‌بینانه و با توجه به امکانات و محدودیت‌های موجود طراحی شوند. ظرفیت‌سازی سمن‌ها



شکل ۱-۱: الگوی مشارکت سمن‌ها در نظام سلامت ایران

سیاست گذاری و برنامه ریزی

ظرفیت سازی و تقویت سمن ها

منابع و امکانات

سازماندهی و هماهنگی

مشارکت (اجرا)

کنترل و ارزیابی

- وضع قانون فعالیت سمن ها
- تعیین جایگاه حقوقی سمن ها در فعالیت های مشارکتی
- تسهیل فرآیند ثبت و اخذ مجوز فعالیت سمن ها
- تعیین سطوح و انواع فعالیت های مشارکتی
- الزام وزارت خانه ها و سازمان های مختلف در تدوین راهبردهای کلان و جزئی مشارکت سمن ها در برنامه های مختلف بخش سلامت
- تهیه برنامه کوتاه مدت، میان مدت و بلندمدت مشارکت سمن ها در نظام سلامت
- اولویت بندی و زمان بندی فعالیت های قابل واگذاری به سمن ها
- تعیین نقش ها و مسئولیت های متقابل حاکمیت و سمن ها
- اعتماد سازی بین سمن ها و حاکمیت
- الگو برداری، بهینه کاوی و بومی سازی متناسب با شرایط کشور ایران
- آینده نگاری مشارکت سمن ها در نظام سلامت

- اصلاح ساختار تشکیلاتی سمن ها
- الزام سمن ها به داشتن برنامه راهبردی استاندارد
- شبکه سازی بین سمن ها
- توانمند سازی و حمایت از سمن ها
- معرفی سمن ها به جامعه و مراکز علمی و تحقیقاتی
- مشخص کردن نقش دولت و مردم در تقویت سمن ها و توسعه فعالیت های مشارکتی
- تقویت فرهنگ کار سمن ها در سطح جامعه
- تقویت فرهنگ کار تیمی در سطح جامعه

- تامین و جذب منابع مالی فردی و سازمانی
- تامین نیروی انسانی
- تامین تجهیزات و امکانات مورد نیاز
- جلب حمایت و کمک جامعه و حاکمیت

- ارتباط ساختارمند، شفاف و دوطرفه بین سمن ها و حاکمیت
- ایجاد ساختار سازمانی مرجع و رابط بین سمن ها و حاکمیت

- واگذاری تدریجی فعالیت ها به سمن ها
- حضور نماینده رسمی و قانونی سمن ها در جلسات، کمیته ها و شوراهای تخصصی سلامت

- شفافیت مالی سمن ها
- تعریف شاخص های ارزیابی عملکرد سمن ها
- ارزیابی و رتبه بندی سمن ها
- مستند سازی تجارب مشارکت سمن ها در برنامه های مختلف بخش سلامت
- اطلاع رسانی نتایج ارزیابی ها در سطح جامعه

ضعیف انجمن‌ها با سیاست‌گذاران، مهم‌ترین مسائل این انجمن‌ها بوده‌اند. حمایت اداری-مالی از انجمن‌ها، پذیرش انجمن‌ها به عنوان مشاور اصلی و بازوی تخصصی در تدوین سیاست‌های سلامت، تقویت ارتباط بین انجمن‌های علمی و حاکمیت و تبیین جایگاه انجمن‌های علمی در سه محور آموزشی، پژوهشی و صنفی جزو مهم‌ترین انتظارات انجمن‌های علمی بودند. بنابراین، نتایج مطالعه دماری از نظر توجه به اهمیت ابعاد سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی، ظرفیت‌سازی، تأمین منابع و امکانات، سازماندهی و هماهنگی، با مطالعه حاضر همخوانی دارد. روحی [۲۲] الگوی هماهنگی سمن‌های ایرانی در بلائای طبیعی را ارائه کردند. در عوامل مدیریتی ارائه‌شده این الگو، پیش‌نیازهای زیربنایی و قانونی، توانمندسازی، تعامل با جامعه و دولت، ارتباطات و شفافیت، از مواردی هستند که بدان توجه شده است. هرچند زمینه این دو پژوهش باهم متفاوت است؛ اما مقایسه این دو الگو با یکدیگر نشان داد که قانون فعالیت سمن‌ها، شفافیت و تعامل سمن‌ها با جامعه و دولت از مباحث مهم در فعالیت‌های مشارکتی سمن‌ها در کشور ایران می‌باشند. اسرینیواس [۲۳] معیارهای اخلاقی و ارزشی را در پاسخگویی سمن‌ها مؤثر می‌داند و می‌گوید قوانین بخش دولتی، دیدگاه بخش عمومی و رسانه‌های جمعی، این ارزش‌ها و معیارها را شکل می‌دهند. رعایت این ارزش‌ها در سمن‌ها، منجر به مشارکت مؤثرتر و بیشتر سمن‌ها با سازمان‌های دولتی و بین‌المللی، خدمات‌رسانی بهتر، استفاده بهینه از منابع، مشارکت بیشتر شهروندان در فعالیت سمن‌ها، همکاری با رسانه‌های ارتباط جمعی و عملکرد پایدارتر و شفاف‌تر می‌شود. مقایسه نتایج این مطالعه با الگوی پاسخگویی سمن‌های اسرینیواس [۲۳] نیز بر اهمیت وجود قوانین و مقررات، دیدگاه بخش عمومی نسبت به سمن‌ها و شناساندن خدمات قابل‌ارائه در سمن‌ها در سطوح مختلف جامعه تأکید دارد. ایجاز و همکاران [۲۴] الگوی پیشنهادی سازمان جهانی بهداشت (World Health Organization) (WHO) برای تقویت نظام‌های سلامت را منطبق با نقش

مشارکت (اجرا) بعد عملی الگوی مشارکت سمن‌ها در نظام سلامت ایران است. مشارکت سمن‌ها در برنامه‌ها و فعالیت‌های بخش سلامت باید به تدریج و با توجه به امکانات و ظرفیت سمن‌ها صورت گیرد. مشارکت سمن‌ها در نظام سلامت، زمانی مؤثر واقع خواهد شد که نتایج حاصل از این مشارکت ارزیابی شود. توجه به شفافیت و پاسخگویی مالی و عملکردی و تعریف معیارها و ملاک‌های دقیق و مشخص در ارزیابی عملکرد سمن‌ها امری ضروری و مهم می‌باشد. شفافیت و پاسخگویی متقابل بین سمن‌ها و حاکمیت، حمایت حاکمیت و جامعه از سمن‌ها و ارتباط رسمی و دوطرفه بین سمن‌ها و حاکمیت، سه عامل مهمی هستند که به تقویت و بهبود این مشارکت کمک می‌کنند. ضمن اینکه، بازخورد نتایج و اطلاعات بین ابعاد و مراحل مختلف مشارکت، دیگر عامل مهمی است که در سراسر این فرآیند باید بدان توجه شود.

پیشنهادات

بر اساس تحلیل نتایج مراحل مختلف این مطالعه، الگوی مشارکت سمن‌ها در نظام سلامت ایران ارائه گردید. این الگو شامل شش بعد اصلی سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی، ظرفیت‌سازی و تقویت سمن‌ها، تأمین منابع و امکانات، سازماندهی و هماهنگی، مشارکت (اجرا) و کنترل و ارزیابی است. هر یک از این ابعاد، ابعاد فرعی متناسب با خود را پوشش می‌دهد که سمن‌ها، جامعه و دولت، سه ضلع اصلی مشارکت سمن‌ها در نظام سلامت ایران هستند. مقایسه ابعاد مختلف این الگو با الگوهای موجود در مورد سمن‌ها نشان می‌دهد که بسیاری از ابعاد شناسایی‌شده در این مطالعه، بین الگوهای موجود مشترک می‌باشند. در مطالعه دماری و همکاران [۱۱] ضمن تعریف چشم‌انداز اصلی انجمن‌های علوم پزشکی در افق ۱۴۰۴، مرجع بودن انجمن‌ها از دید متخصصان، ارتباط بسیار نزدیک با جامعه و توانمندی انجمن‌ها در قانون‌گذاری و برنامه‌ریزی دارد که به عنوان مهم‌ترین نقاط قوت انجمن‌های علمی تعریف شده‌اند. نداشتن نقش در سیاست‌گذاری سلامت، بی‌اعتمادی نظام سلامت به انجمن‌ها، فرهنگ فردگرایی و ضعف کار گروهی و ارتباط

اقدامات محدودی برای توسعه نقش و مشارکت سمن‌ها در نظام سلامت انجام گرفته و هنوز ساختار اجرایی و قابل قبولی برای مشارکت سمن‌ها در نظام سلامت ایران وجود ندارد. ضمن اینکه مشارکت سمن‌ها در بخش سلامت، با وضعیت مطلوب فاصله دارد. [۱۴] از طرفی، ظرفیت سازمانی سمن‌های سلامت نیز برای مشارکت در برنامه‌ها و فعالیت‌های بخش سلامت در شرایط مطلوبی قرار ندارد. [۱۷] علاوه بر وزارت بهداشت و دانشگاه‌های علوم پزشکی، وزارت کشور، سازمان بهزیستی، صداوسیما و سازمان‌های بیمه‌گر نیز از سازمان‌های مؤثر بر روند مشارکت سمن‌ها در نظام سلامت ایران می‌باشند. بدیهی است که سمن‌های سلامت ایرانی در ابتدای مسیر رشد و توسعه قرار دارند و طبیعی است که در این مسیر با مشکلاتی مواجه شوند. از طرف دیگر، برای بهره‌مندی شایسته از ظرفیت سمن‌های سلامت محور باید به تقویت اعتماد عمومی نسبت به سمن‌ها در سطح جامعه، بین متخصصان بخش سلامت و در بین سازمان‌های دولتی توجه ویژه‌ای شود. انتظار می‌رود که دولت و نهادهای دولتی ضمن به رسمیت شناختن هویت و اثربخشی سمن‌ها در بخش سلامت، فرصت‌ها، امکانات و تسهیلات لازم برای نقش‌آفرینی سمن‌ها را فراهم آورند. علاوه بر این، سمن‌ها نیز باید از طریق توسعه و تقویت ظرفیت خود، امکان نقش‌آفرینی و حضور مؤثرتر خود را در نظام سلامت فراهم آورند. در نهایت، حضور و مشارکت سمن‌ها در کنار دولت، علاوه بر تسهیل مسیر دستیابی به اهداف نهایی نظام سلامت، به تقویت و بهبود وضعیت سلامت آحاد مختلف مردم کمک می‌کند. از آنجایی که مشارکت سمن‌ها در بخش سلامت به شرایط فرهنگی، اقتصادی، اجتماعی و سیاسی متفاوتی بستگی دارد، نمی‌توان الگوی واحدی را برای مشارکت سمن‌ها در بخش سلامت ارائه نمود. در این مطالعه تنها سمن‌های ملی و سازمان‌های دولتی مستقر در شهر تهران به عنوان جامعه پژوهش انتخاب شدند. از این‌رو، انجام پژوهش‌های مشابه در مناطق مختلف کشور ایران می‌تواند به درک شفاف‌تر و درست‌تر از وضعیت مشارکت سمن‌ها در

سمن‌ها در تقویت نظام‌های سلامت توسعه دادند. بر این اساس، ابتدا شکاف‌ها و کمبودهای بخش دولتی برای دستیابی به اهداف نهایی نظام‌های سلامت شناسایی شدند. در گام بعد، وضعیت دولت، سمن‌ها و اهداکنندگان بررسی شد. سپس، معیارهای ارزیابی سمن‌ها تعریف شد. در نهایت، سمن‌های سلامت انتخاب و راهبردهای مشارکت سمن‌ها در کارکردهای نظام سلامت تعریف و اجرا شدند. هم‌راستا با نتایج این مطالعه، یافته‌های مطالعه ایجاز و همکاران [۲۴] نیز بر اهمیت سمن‌ها در دستیابی به اهداف نظام‌های سلامت و ارزیابی و رتبه‌بندی سمن‌ها برای واگذاری فعالیت‌ها تأکید دارند. ضمن اینکه تعامل بین سمن‌ها و دولت از نکات مهم موفقیت مشارکت سمن‌ها در اجرای کارکردهای مختلف نظام سلامت می‌باشد. سلمانی و همکاران [۲۵] مدلی برای مدیریت نیروهای داوطلب بخش بهداشت و درمان ایران در مواقع بحرانی ارائه دادند. بر اساس این مدل و در بعد عوامل زمینه‌ای، یکی از ابعاد پیشنهادی سمن‌ها هستند. تسهیل تأسیس سمن، اصلاح ساختار سمن‌ها و تقویت رابطه و اعتماد دولت-سمن‌ها، از ابعاد فرعی و عوامل مؤثر مرتبط با سمن‌ها در مدیریت نیروهای داوطلب در این مدل می‌باشند. به‌طور کلی می‌توان گفت، تصویب و اجرای قانون فعالیت سمن‌ها، اعتماد و تعامل دو طرفه بین سمن‌ها و وزارت بهداشت، توسعه ظرفیت سازمانی سمن‌های سلامت، شفافیت و پاسخگویی و معرفی سمن‌ها در سطح جامعه و مراکز دولتی و خصوصی جزو مهم‌ترین راهکارهای توسعه مشارکت سمن‌ها در نظام سلامت کشور ایران می‌باشد. در این مطالعه، برخلاف مطالعات مشابه داخلی، نظرات هر دو بخش دولتی و سمن‌ها بررسی و تحلیل شد. انتخاب سمن‌ها به گونه‌ای انجام گرفت که از سمن‌های سلامت، مؤسسات خیریه سلامت و انجمن‌های علمی که در قالب سمن ثبت شده‌اند، وارد مطالعه شدند. در بخش دولتی نیز به نظرخواهی از افراد شاغل در وزارت بهداشت و دانشگاه‌های علوم پزشکی اکتفا نشد و نظرات افراد مطلع در سایر سازمان‌های دولتی نیز جمع‌آوری و تحلیل گردید. بر اساس نتایج این مطالعه،

کمیته ملی اخلاق در پژوهش‌های زیست پزشکی است.
حمایت مالی: این پژوهش با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران با شماره ۱۴۴۲۸-۳۷-۴-۹۷ انجام شده است.
تضاد منافع: نویسندگان اظهار داشتند که تضاد منافی وجود ندارد.
تشکر و قدردانی: نویسندگان از تمام افرادی که در انجام این پژوهش یاری نمودند، کمال تشکر را دارند.

نظام سلامت و گسترش دانش موجود در این زمینه کمک کند.

سلامت‌نگار اخلاقی

رعایت دستورالعمل‌های اخلاقی: این مقاله حاصل بخشی از پایان‌نامه با عنوان ارائه الگوی مشارکت سازمان‌های مردم‌نهاد در نظام سلامت ایران، در مقطع دکترای تخصصی، مصوب دانشگاه علوم پزشکی ایران در سال ۱۳۹۷ با کد اخلاق به شماره IR.IUMS.REC.1397.1330 اخذ شده از

References

1. Damari B, Heidarnia MA, Rahbari Bonab M. Role and performance of Iranian NGOs in community health promotion. Payesh. 2014;13(5):541-50. [In Persian].
2. Bromideh AA, Rezaei AR, Bromand-Rad H, Aarabi N. The impact of health system reform plan on NGOs's activities in health sector. Health-Based Research. 2017;2(4):355-68. [In Persian]
3. Piotrowicz M, Cianciara D. The role of non-governmental organizations in the social and the health system. Przegl Epidemiol. 2013;67(1):69-74.
4. Damari B, Vosoogh-Moghaddam A, Bonakdari S. Improving approaches of intersectoral collaboration for health by health and food security high council in I.R.Iran. Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research. 2014;11(3):1-16. [In Persian]
5. Adeleye OA, Ofili AN. Strengthening intersectoral collaboration for primary health care in developing countries: Can the health sector play broader roles? J Environ Public Health. 2010;2010:1-6.
6. Zabdyr-Jamroz M. Voluntary (NGO) Sector's involvement in health promotion for older population in Europe. Epidemiol Biostat Public Health. 2017;14(2):1-12.
7. Ghasemi M, Amini-Rarani M, Shaarbafchi Zadeh N, Karimi S. Role of public-private partnerships in primary healthcare services worldwide: A scoping review. Health scope. 2022;11(3):1-11.
8. Hushie M. Public-non-governmental organisation partnerships for health: An exploratory study with case studies from recent Ghanaian experience. BMC Public Health. 2016;16(1):1-13.
9. Sajadi H, Ghadirian L, Rajabi F, Sayarifard A, Rostamigooran N, Majdzadeh R. Interventions to increase participation of NGOs in preventive care: A scoping review. Health Sci Rep. 2022;5(5):1-8.
10. The list of organizations registered in the deputy of social partnerships by subject. Tehran: Ministry of Interior; 2021 [cited 2022 Dec 5]. Available from: <https://b2n.ir/y33346> [In Persian]
11. Damari B, Vosoogh-Moghaddam A, Movaghari R, Momtazmanesh N, Sharifian A, Hosseini J. Road map for Iranian associations of medical sciences to pursue by 2025. Iranian Journal of Culture and Health Promotion. 2020;3(4):410-20. [In Persian]
12. Hosseini J, Movaghari R, Khorsand M, Peykari N, Amirkhani M. The forty years experience of medical sciences education system in development of medical scientific association. Teb va Tazkiye. 2019;27(4):251-9. [In Persian]
13. Khodayari-Zarnaq R, Kakemam E, Arab-Zozani M, Rasouli J, Sokhanvar M. Participation of Iranian non-governmental organizations in health policy-making; barriers and strategies for development. International Journal of Health Governance. 2020;25(1):46-56.
14. Rajabi M, Ebrahimi P, Aryankhesal A. Role of nongovernmental organizations in Iran's health system: What do they do and what can they do? J Educ Health Promot. 2022;11(1):1-8.
15. Nasrollahpour shirvani D, Mouodi S. Evidence-based policymaking in health system and its achievements and challenges in Iran. Babol: Babol University of Medical Sciences; 2013. [In Persian]
16. Damari B. Role and share of Iranian governmental organizations in public's health. Payesh. 2015;14(5):515-25. [In Persian]

17. Ebrahimi P, Rajabi M, Aryankhesal A. Participation of nongovernmental organizations in Iran's health-care system: Challenges and suggestions for improvement. *International Journal of Health Governance*. 2021;26(4):397-407.
18. Cultural Research Institute of the Islamic Revolution. General policies on health announcement of Ayatollah Khamenei [Internet]. Tehran: Office for the Preservation and Publication of the Works of the Grand Ayatollah Sayyed Ali Khamenei; 2014 [cited 2022 Aug 19]. Available from: <https://farsi.khamenei.ir/news-content?id=26083> [In Persian]
19. Heidary A, Vafae-Najar A, Bakhshi M. Culture of productivity in clinical care: A qualitative study. *Journal of Health Administration*. 2018;21(73):9-24. [In Persian]
20. Vaismoradi M, Turunen H, Bondas T. Content analysis and thematic analysis: Implications for conducting a qualitative descriptive study. *Nurs Health Sci*. 2013;15(3):398-405.
21. Emami Maybodi M, Mirzaei M, Farajkhoda T, Soltani-Arabshahi K. Development of a questionnaire to assess the factors associated with clinical learning of nursing students: A delphi study. *Journal of Medical Education and Development*. 2015;9(4):2-11 [In Persian]
22. Rouhi N. Proposing a model for coordinating humanitarian assistance among Iranian NGOs in natural disasters [dissertation on the Internet]. Tehran: School of health management and information sciences, Iran university of medical sciences; 2018 [cited 2022 Dec 5]. Available from: https://centlib.iums.ac.ir/faces/search/bibliographic/biblioFullView.jspx?_afPfm=yeajd8fsu [In Persian]
23. Srinivas H. Quick introduction: NGO accountability [Internet]. Kobe, Japan: Global Development Research Center; 2014. Available from: <https://www.gdrc.org/ngo/accountability/quick-intro.html>
24. Ejaz I, Shaikh BT, Rizvi N. NGOs and government partnership for health systems strengthening: A qualitative study presenting viewpoints of government, NGOs and donors in Pakistan. *BMC Health Serv Res*. 2011;11:1-7.
25. Salmani I, Seyedin H, Ardalan A, Farajkhoda T. Conceptual model of managing health care volunteers in disasters: A mixed method study. *BMC Health Serv Res*. 2019;19:1-9.