



## Effect of Empowerment of Rural Islamic Councils on the Implementation of Individual Self-Care Programs

Fateme Ghasemi fard<sup>1</sup>, Katayoun Jahangiri<sup>2</sup>, Kamran Hajinabi<sup>1</sup>

1. Dept. of Health Services Administration, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

2. Dept. of Health in Disasters and Emergencies, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

### Article Information

#### Article History:

Received: 2018/04/01

Accepted: 2018/08/18

Available Online 2018/09/13

IJHEHP 2018; 6(3):283-292

DOI:

#### Corresponding Author:

#### Katayoun Jahangiri

Associate Professor, Health in Disasters and Emergencies Department, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

E-mail:

k.jahangiri@sbmu.ac.ir

Use your device to scan and read the article online



### Abstract

**Background and Objective:** Individual self-care is a kind of self-care that a person is responsible for taking care of himself, his family and others. The role of Islamic councils in advancing health policy is very important. Present research aimed to investigate the effect of empowerment of Islamic councils on the implementation of individual self-care programs.

**Methods:** This quasi-experimental study was conducted among the members of Rural Islamic Council of two villages of Johkhah and Behesht-Abad close to Tabas city. The empowerment program was implemented for members of the Council of Jokahah Village as an intervention group and the Behesht-abad village was considered as a control group. Two months after the intervention, the status of individual self-care program in two villages was examined and compared with before intervention. The data were analyzed using SPSS17 software and single-sample T-test method.

**Results:** The results showed that after intervention, the number of health ambassadors which had increased up to 31 people in Johkhah however the growth was up to two in Behesht-Abad. Also, in the two months after the intervention, there was no change in Behesht-Abad village, and the registered ambassadors did not perform any activities in the area, but in the village of Jokhah, ambassadors of health had a significant activity.

**Conclusion:** Empowerment of members of Islamic councils causes the participation of people in health system programs and in particular in individual self-care programs. This increase is not just voluntary, it creates a partnership in which we see dynamic and influential activities.

**Keywords:** Self-care, Rural Islamic Council, Empowerment, Health ambassadors

Copyright © 2018 Iranian Journal of Research in Urology. All rights reserved

### How to cite this article:

Ghasemi Fard F, Jahangiri K, Hajinabi K. Effect of Empowerment of Rural Islamic Councils on the Implementation of Individual Self-Care Programs. *Iran J Health Educ Health Promot.* 2018; 6 (3): 283-292

Ghasemi Fard, F., Jahangiri, K., Hajinabi, K. (2018). Effect of Empowerment of Rural Islamic Councils on the Implementation of Individual Self-Care Programs. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*; 6 (3): 283-292



## تأثیر توانمندسازی اعضای شوراهای اسلامی روستا بر اجرای برنامه خودمراقبتی فردی

فاطمه قاسمی فرد<sup>۱</sup>، کتایون جهانگیری<sup>۲</sup>، کامران حاجی نبی<sup>۱</sup>

۱. گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران  
۲. گروه سلامت در بلايا و فوریت ها، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

### چکیده

**زمینه و هدف:** خودمراقبتی فردی نوعی از خودمراقبتی است که طی آن فرد به‌عنوان سفیر سلامت مسئول مراقبت از خود، خانواده و سایر افراد می‌شود. نقش شوراهای اسلامی در پیشبرد سیاست‌های نظام سلامت بسیار مهم است. لذا این مطالعه با هدف بررسی تأثیر توانمندسازی شوراهای اسلامی بر اجرای برنامه خودمراقبتی فردی صورت گرفته است.

**مواد و روش‌ها:** پژوهش حاضر مطالعه‌ای نیمه‌تجربی است که جامعه آماری آن اعضای شورای اسلامی دو روستای جوخواه و بهشت‌آباد از توابع شهرستان طبس هستند. برنامه توانمندسازی برای اعضای شورای اسلامی روستای جوخواه به‌عنوان گروه مداخله اجرا شد و روستای بهشت‌آباد نیز به‌عنوان گروه شاهد در نظر گرفته شد. دو ماه بعد از مداخله، وضعیت برنامه خودمراقبتی فردی در دو روستا بررسی شد. داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۷ و شاخص‌های توصیفی و آزمون‌های آماری نظیر آزمون تی تک‌گروهی (One-Sample T Test) توصیف و تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** طبق یافته‌ها بعد از مداخله تعداد سفیران سلامت در روستای جوخواه رشد ۳۱ نفری و در روستای بهشت‌آباد رشد ۲ نفری داشته است. دو ماه بعد از مداخله، در گروه کنترل وضعیت فعالیت سفیران سلامت ثبت‌نام‌شده تغییری نکرده بود و همچنان سفیران ثبت‌نام‌شده فعالیت در زمینه برنامه انجام ندادند، اما در روستای جوخواه در فعالیت سفیران سلامت ثبت‌نام‌شده تحول چشمگیری مشاهده شد.

**نتیجه‌گیری:** توانمندسازی اعضای شوراهای اسلامی روستا به‌عنوان منتخبان مردم برای مدیریت و توسعه روستا، موجب می‌شود که مشارکت مردم در برنامه‌های نظام سلامت و به طور ویژه در برنامه خودمراقبتی فردی به طور پویا و اثرگذار افزایش یابد.

**واژگان کلیدی:** خودمراقبتی، شورای اسلامی روستایی، توانمندسازی، سفیران سلامت

کپی‌رایت ©: حق چاپ، نشر و استفاده علمی از این مقاله برای مجله آموزش بهداشت و ارتقای سلامت محفوظ است.

### اطلاعات مقاله

تاریخچه مقاله  
دریافت: ۱۳۹۷/۰۱/۱۲  
پذیرش: ۱۳۹۷/۰۵/۲۷  
انتشار آنلاین: ۱۳۹۷/۰۶/۲۲

IJHEHP 2018; 6(3):283-292

نویسنده مسئول:

کتایون جهانگیری

دانشیار، گروه سلامت در بلايا و فوریت ها، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

پست الکترونیک:

k.jahangiri@sbmu.ac.ir

برای دانلود این مقاله، کد زیر را با موبایل خود اسکن کنید.



### مقدمه

و نهضت بسیار مهم تعیین‌گرهای اجتماعی بیش‌ازپیش بر مشارکت و توانمندسازی اجتماعی اصرار دارند و برنامه‌های گسترده‌ای را در سراسر جهان طراحی و اجرا می‌کنند (۵). امروزه مشارکت اجتماعی بخش اساسی سلامت جامعه و برنامه‌های توسعه‌ای است. مفهوم مشارکت در سلامت اساساً از رویکرد مردم‌محوری در اقدامات توسعه‌ای نشأت گرفته است و این مهم را به ذهن متبادر می‌سازد که برای ارتقای سلامت باید به اصل «با مردم، نه برای مردم» متعهد بود و بر این اساس استراتژی‌هایی را در پیش گرفت که بر دخالت مردم در امور اجتماعی و سلامت شهری استوار باشند (۴).

از بین نهادهای مردمی و سازمانی، شوراهای اسلامی در روستاها نقشی بی‌بدیل دارند. همکاری شوراهای اسلامی در امر سلامت مردم روستا می‌تواند تأثیرات مثبتی داشته باشد.

«مشارکت جامعه» از اصول اساسی استراتژی سازمان جهانی بهداشت برای همه است که در کنفرانس معروف آلماتی در سال ۱۹۸۷ به تصویب سران کشورهای جهان رسیده است (۱). به دنبال این انقلاب مهم، تمام تلاش‌های جهانی برای توسعه از جمله منشور اوتاوا، بیانیه ساندس وال اعلامیه جاکارتا، برنامه سلامت ۲۱، پروژه شهرهای سالم و بالاخره منشور بانکوک بر اصل مهم مشارکت اجتماعی و توانمندسازی تأکید کردند و زمینه‌های آن را گسترش دادند (۲). به استناد نظر متخصصان، ریشه بسیاری از مشکلات مرتبط با سلامت در خود جوامع است و مداخله بخش بهداشت به‌تنهایی اغلب بی‌اثر است (۳). این موضوع در گذشته نه‌تنها در زمینه سلامت بلکه در بسیاری از زمینه‌های دیگر همچون اعمال اجتماعی و توسعه تجربه شده است (۴). از این رو نگرش سیستمی به سلامت و مفهوم نظام سلامت

سفیر سلامت بر اساس این هشت بند سنجیده می‌شود که اقداماتی هستند که در ابتدای مسیر برنامه خودمراقبتی طراحی و پیش‌بینی شده‌اند. مطمئناً با پیشرفت این برنامه و ارتقای مهارت‌های سفیران سلامت، این انتظارات نیز افزایش و ارتقا می‌یابند (۸).

طبق مطالعه Babaie و Jabbari، صاحب‌نظران بر این باورند که زمینه‌های متنوع و بسیاری برای مشارکت اعضای شوراهای اسلامی در نظام بهداشتی وجود دارد، بنابراین نظام بهداشتی بایستی با اتخاذ استراتژی‌های مناسب، مشارکت شوراها را تسهیل و عملیاتی سازد و از پتانسیل بالای موجود برای پیشبرد اهداف نظام سلامت استفاده کند (۵). MohammadiShahbolaghi و همکاران نیز دریافت‌اند که ارتقای آگاهی عمومی، تمهید و تسهیل عوامل زمینه‌ای بروز مشارکت اجتماعی از طریق کاهش تمرکزگرایی دولتی و برانگیختن و بسیج مردم می‌تواند سبب افزایش دانش و بهبود نگرش جامعه نسبت به مشارکت اجتماعی در ارتقای سلامت جامعه شود (۹).

اجرای برنامه خودمراقبتی فردی یا همان سفیران سلامت نیازمند مشارکت اجتماعی گسترده است. در این رویکرد باید بخش‌های مختلف جامعه در جذب و به‌کارگیری سفیران سلامت مشارکت کنند و فعالانه به ترویج خودمراقبتی روی آورند. برانگیختن جامعه برای حضور فعال در برنامه‌های خودمراقبتی و از جمله خودمراقبتی فردی، نیازمند مشارکت اجتماعی بالاست، که این مشارکت اجتماعی می‌تواند از شوراهای اسلامی آغاز شود، شورهایی که برخاسته از متن مردم و منتخب آنان هستند. شوراهای اسلامی نمونه بارز مشارکت اجتماعی مردم هستند که می‌توان از این پتانسیل در تحقق بخشیدن به شعار «بهداشت برای همه» یاری گرفت. لذا مطالعه حاضر قصد دارد تأثیر توانمندسازی شوراهای اسلامی را بر اجرای برنامه خودمراقبتی فردی بسنجد و با رویکردی علمی و مبتنی بر شواهد و مستندات، تأثیر مشارکت اجتماعی این بخش از جامعه را بر سیاست‌های سلامت مشخص سازد.

### مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع نیمه‌تجربی است که اعضای شورای اسلامی دو روستای جوخواه و بهشت‌آباد از توابع شهرستان طبس جامعه آماری آن را تشکیل می‌دهند. برای انتخاب اعضای شورا از روش سرشماری استفاده شد. حجم نمونه شامل کلیه اعضای شورای اسلامی روستای جوخواه (۵ نفر) و بهشت‌آباد (۴ نفر) در سال ۱۳۹۶ بود. در واقع همه اعضای شورای اسلامی این دو روستا به‌عنوان حجم نمونه انتخاب شدند. اعضای شورای اسلامی روستای جوخواه گروه مداخله و اعضای شورای اسلامی روستای بهشت‌آباد گروه کنترل در نظر گرفته شدند.

ابزار مورد استفاده در این مطالعه چک‌لیست خودمراقبتی فردی بود. این چک‌لیست بر اساس دستورالعمل کشوری برنامه خودمراقبتی فردی مشتمل بر برنامه سفیران سلامت

یکی از عرصه‌های حضور شوراهای اسلامی در حوزه سلامت در روستاها، عرصه اجرای برنامه خودمراقبتی است. حضور شوراها می‌تواند در جذب و بازاریابی این کالای سلامت بسیار مؤثر باشد و این افراد با توجه به نفوذ اجتماعی خود مردم را به استفاده از این کالا ترغیب کنند (۶).

در عصر حاضر، روند تغییر ساختار جمعیتی، الگوی بیماری‌ها و فشار مالی بی‌سابقه‌ای که بر سیستم عرضه خدمات عمومی تحمیل شده، سیستم بهداشت و درمان را نیازمند ارائه رویکردی جدید و متفاوت برای مراقبت بهتر و متناسب با نیازهای مردم حال و آینده می‌سازد. در این رویکرد مردم به‌عنوان خالقان سلامت کنترل بیشتری بر سلامت خود دارند و مراقبت‌های جامع به‌جای مراقبت‌های پراکنده و نامنسجم توسعه می‌یابد و منابع موجود در جامعه، که می‌توانند حامی تغییرات مورد نیاز برای ارتقای سلامت باشند، بیش‌ازپیش مورد توجه قرار می‌گیرند. این رویکرد مبتنی بر خودمراقبتی است و طی آن هر فرد مسئول مراقبت از سلامت خود است (۷). شواهد متقن حاکی از آن است که با ترویج خودمراقبتی و حمایت از آن، می‌توان شاهد صرفه‌جویی ۷ درصدی در هزینه‌های بهداشتی بود. خودمراقبتی هزینه مراقبت‌های سطوح پایه و تخصصی و همچنین پذیرش ضروری و غیرضروری سرپایی را کاهش می‌دهد و می‌تواند به خانواده‌ها کمک کند تا از صرف هزینه‌های غیرضروری اجتناب کنند و از سلامت خود به‌عنوان دارایی ارزشمند محافظت کنند. خودمراقبتی توانمندی و مهارتی است که فرد برای کسب آن باید بیاموزد و تمرین کند و هر روز آگاهی خود را ارتقا دهد. فرد باید این مهارت را به دست آورد که چگونه و از کجا فراگیرد و چگونه و در چه زمان این مهارت را به کار گیرد (۷).

خودمراقبتی به سه دسته خودمراقبتی فردی، خودمراقبتی اجتماعی و خودمراقبتی سازمانی تقسیم می‌شود. خودمراقبتی فردی رویکردی است که طی آن سیستم بهداشت و درمان سعی دارد افراد را در زمینه خودمراقبتی توانمند سازد تا علاوه بر حفاظت از سلامت خود به سلامت افراد خانواده و پیرامون خود نیز توجه کنند و در صورت نیاز اقدامات لازم را انجام دهند. در این رویکرد هدف تربیت یک نفر سفیر سلامت به ازای هر خانواده است. سفیر سلامت عضوی از خانواده است که حداقل ۸ کلاس سواد خواندن و نوشتن دارد و به صورت داوطلبانه مسئولیت انتقال مطالب آموخته‌شده در حوزه سلامت و مراقبت فعال از سلامت خود و اعضای خانواده و جامعه را بر عهده دارد. برای هر خانواری که فاقد عضو واجد شرایط باشد، سفیر سلامت افتخاری تربیت خواهد شد. از هر سفیر سلامت انتظاراتی می‌رود از جمله: گذراندن دوره‌های آموزشی خودمراقبتی (حضوری/آنلاین)، تعیین نیازهای آموزشی خود و خانواده در حوزه سلامت، گذراندن دوره‌های آموزشی بیماری‌های مزمن، فعالیت خانوادگی، کنترل بیماری‌های مزمن خود و خانواده، فعالیت اجتماعی، فعالیت به‌عنوان سفیر سلامت افتخاری، و ثبت پرونده خودمراقبتی خود و خانواده در پورتال ملی خودمراقبتی. عملکرد کیفی

توانمندسازی اعضای شورای اسلامی روستای جوخواه بود طی دو جلسه به صورت سخنرانی و پرسش و پاسخ اجرا شد. جلسه با حضور ریاست شبکه بهداشت و درمان، پزشک خانواده مرکز جوخواه، مسئول آموزش سلامت شبکه، بهداشت و درمان، بهروز روستا، چهار نفر عضو شورای اسلامی، و کارشناس ارزیابی خدمات سلامت برگزار شد. ریاست شبکه بهداشت و درمان، مسئول آموزش سلامت و کارشناس ارزیابی خدمات سلامت اهداف این برنامه را از طریق پاورپوینت و پمفلت تشریح کردند. محتوای برنامه توانمندسازی بدین شرح طراحی شده بود: در ابتدا گروه‌های سنی، جنسیتی، و سطح سواد بررسی و به تفکیک گزارش شدند. همچنین توزیع فراوانی بیماری‌های مختلف در روستا برای اعضای شورا بیان شد. در ادامه بار بیماری‌ها در روستا، تأثیر بیماری‌های شایع در کیفیت زندگی، هزینه‌های کنترل و درمان آن‌ها، عوارض کوتاه‌مدت و بلندمدت آن‌ها، اهمیت خودمراقبتی در کنترل بیماری‌های مزمن نظیر دیابت و فشارخون بالا (دو مورد از شایع‌ترین بیماری‌ها در روستا)، اهداف برنامه خودمراقبتی فردی، چگونگی اجرای آن، نقش شوراها در برنامه‌های نظام سلامت، و اجرای برنامه خودمراقبتی به طور کامل تشریح شد. همچنین درباره مشکلات اجرایی، کمبود منابع انسانی سیستم بهداشت و درمان، مشکلات نرم‌افزاری پورتال ملی خودمراقبتی، نحوه آموزش، ثبت‌نام و جذب سفیران سلامت، و دریافت بسته‌های آموزشی بحث و تبادل نظر شد.

جدول ۱. اهداف و محتوای جلسات برگزار شده برای توانمندسازی اعضای شورای اسلامی روستای جوخواه (گروه مداخله) در زمینه برنامه خودمراقبتی فردی

جلسه	اهداف	محتوای جلسه
اول	آشنایی اعضای شورای اسلامی روستا با الگوی بیماری‌های جدید و لزوم مشارکت فعال تمام ارکان جامعه برای کنترل آن‌ها	تشریح گروه‌های سنی، جنسیتی، سطح سواد تشریح توزیع فراوانی بیماری‌های مختلف در روستا تشریح بار بیماری‌ها در روستا، تأثیر بیماری‌های شایع در کیفیت زندگی، هزینه‌های کنترل و درمان آن‌ها، عوارض کوتاه‌مدت و بلندمدت آن‌ها
دوم	آشنایی اعضای شورای اسلامی روستا با اهمیت برنامه خودمراقبتی فردی و چگونگی اجرای آن	تشریح اهمیت خودمراقبتی در کنترل بیماری‌های مزمن نظیر دیابت و فشارخون بالا (دو مورد از شایع‌ترین بیماری‌ها در روستا)، تشریح اهداف برنامه خودمراقبتی فردی، چگونگی اجرای آن و نقش شوراها در برنامه‌های نظام سلامت توضیح کامل اجرای برنامه خودمراقبتی

طراحی و تدوین شده است و در واقع همان چکلیست برنامه سفیران سلامت است که نشان‌دهنده پیشرفت این برنامه است. با توجه به اینکه چکلیست حاضر را متخصصان آموزش سلامت در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی طراحی و تدوین کرده‌اند دارای روایی محتوایی و پایایی آن نیز با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ در یک نمونه ۳۰ نفره سنجیده شد که بیش از ۰/۷ بود، لذا دارای پایایی قابل قبول است.

این پژوهش در چهار مرحله انجام شد:

**مرحله اول:** بررسی نقش شوراها و اعضای آن در برنامه خودمراقبتی از طریق مرور مقالات مشابه و مطالعه قوانین مربوط به شوراهای اسلامی و بررسی نظرات صاحب‌نظران.

**مرحله دوم:** شناسایی اعضای شوراها و توجیه آن‌ها برای شرکت در برنامه آموزشی در خصوص برنامه خودمراقبتی.

**مرحله سوم:** انجام مداخله آموزشی در روستای جوخواه به‌عنوان گروه مداخله و اجرای برنامه توانمندسازی.

**مرحله چهارم:** تجزیه و تحلیل اطلاعات.

در ابتدای مطالعه، پیش از شروع مداخله، پرسش‌نامه خودمراقبتی فردی براساس برنامه سفیران سلامت در دو روستا کامل شد. سپس مداخله طراحی شده که شامل برنامه

سفیر افتخاری برای خانوارهای فاقد سفیر سلامت برنامه خودمراقبتی را تشریح کردند و از افرادی که حداقل دارای ۸ کلاس سواد و مایل به مراقبت از سلامت خود و خانواده خود بودند، دعوت کردند به‌عنوان سفیر سلامت ثبت‌نام کنند. سپس بعد از دو ماه، مجدداً پرسش‌نامه خودمراقبتی فردی (برنامه سفیران سلامت) در دو روستا کامل و نتایج با هم مقایسه شد. در مطالعه حاضر با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۷، داده‌ها تجزیه و تحلیل شدند.

برای رعایت ملاحظات اخلاقی، اهداف و ماهیت پژوهش به طور کامل برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و اطلاعات به‌دست‌آمده در اختیار آنان قرار گرفت. همچنین اطلاعات و اسرار شرکت‌کنندگان محفوظ ماند و آنان با رضایت کامل و آگاهانه در مطالعه شرکت کردند.

بعد از اتمام مداخله، اعضای شوراهای اسلامی روستا از طرق مختلف نظیر سخنرانی در مساجد، گفتگوی چهره‌به‌چهره با افراد واجد شرایط، توزیع بسته‌های آموزشی و جذب

## یافته‌ها

بعد از مداخله در روستای جوخواه (نمونه مورد مداخله) تعداد سفیران سلامت به ۴۳ مورد افزایش یافت که رشدی ۳۱ نفری را نشان می‌دهد. در واقع تعداد سفیران سلامت در این روستا از ۱۲ نفر به ۴۳ نفر افزایش یافت که بیانگر ۳/۵۸ برابر شدن تعداد سفیران سلامت است. در روستای بهشت‌آباد تعداد سفیران سلامت به ۱۷ نفر افزایش یافت که رشد ۲ نفری (۱۳ درصدی) را نشان می‌دهد.

نتایج آزمون مک‌نمار (MCNemar Test) نشان می‌دهد که تفاوت مشاهده‌شده در تعداد سفیر سلامت ثبت‌نام‌شده قبل و بعد از مداخله در روستای جوخواه (گروه مداخله) از نظر آماری در فاصله اطمینان ۹۹/۹ درصد معنادار است ( $P < 0/001$ )، ولی در روستای بهشت‌آباد (گروه شاهد) تفاوت مشاهده‌شده معنادار نیست ( $P = 0/500$ ). در واقع توانمندسازی اعضای شورای اسلامی روستای جوخواه در زمینه برنامه خودمراقبتی فردی باعث شده که جذب سفیر سلامت ۳/۵۸ برابر رشد داشته باشد و تعداد سفیران سلامت از ۱۲ نفر به ۴۳ نفر افزایش یابد، در حالی که در روستای بهشت‌آباد که اعضای شورای آن در زمینه موضوع توانمند نشده بودند شاهد افزایش معناداری در تعداد سفیران سلامت ثبت‌نام‌شده بعد از گذشت دو ماه نبودیم.

در مطالعه حاضر برنامه خودمراقبتی فردی در دو روستای بهشت‌آباد و جوخواه از توابع شهرستان طبس بررسی شد. طبق سرشماری سال ۱۳۹۵، روستای بهشت‌آباد ۱۶۲ خانوار و ۵۲۳ نفر جمعیت (۲۷۹ نفر مرد و ۲۴۴ نفر زن) و روستای جوخواه ۳۲۰ خانوار و ۱۰۲۹ نفر جمعیت (۵۱۲ نفر مرد و ۵۱۷ نفر زن) دارد. در روستای جوخواه ۱۲ نفر در برنامه سفیران سلامت ثبت‌نام کرده بودند که هیچ‌کدام اقدامات هشت‌گانه مورد انتظار از سفیر سلامت را انجام ن داده بودند و در واقع برای هر یک از هشت بند چک‌لیست مربوط به این انتظارات نمره صفر گرفتند. در روستای بهشت‌آباد نیز ۱۵ نفر در برنامه سفیران سلامت ثبت‌نام کرده بودند که همانند روستای جوخواه از این تعداد هیچ‌کدام اقدامی در زمینه هشت بند مورد انتظار از سفیر سلامت انجام ن داده بودند. بعد از انجام این بررسی اولیه و تکمیل چک‌لیست، برای توانمندسازی اعضای شورای اسلامی روستای جوخواه طبق دستورالعمل پیش‌بینی‌شده در برنامه خودمراقبتی فردی مداخله صورت گرفت. سپس بعد از دو ماه، مجدداً در هر دو روستا برنامه خودمراقبتی فردی (سفیران سلامت) مطابق با چک‌لیست بررسی شد و با یافته‌های پیش از مداخله مقایسه شد.

جدول ۲. تعداد سفیران سلامت قبل و بعد از مداخله در دو روستا

آماره متغیر	تعداد		مقدار $P$ -value آزمون مک‌نمار	مقدار افزایش	
	قبل از مداخله	بعد از مداخله		درصد	تعداد
سفران سلامت	۱۲	۴۳	۰/۰۰۰	۲۶۰	۳۱
جوخواه	۱۲	۴۳	۰/۰۰۰	۲۶۰	۳۱
بهشت‌آباد	۱۵	۱۷	۰/۵۰۰	۱۳	۲

خود و اعضای خانواده» بوده و بیشترین اختلاف در «عضویت در سمت سفیر افتخاری» مشاهده شد. به‌جز فعالیت «عضویت به‌عنوان سفیر افتخاری»، میانگین امتیازهای کسب‌شده بیش از حد متوسط است که این بدان معناست که مداخله انجام‌شده باعث شده سفیران سلامت فعالیت‌های مورد نظر (به‌جز فعالیت «عضویت به‌عنوان سفیر افتخاری») را بیش از حد متوسط انجام دهند (جدول ۳).

در روستای جوخواه، که سفیران سلامت آن فعالیت‌هایی انجام داده بودند، کیفیت این فعالیت‌ها بررسی شد. برای بررسی وضعیت کیفی برنامه، میانگین امتیاز کسب‌شده برای هر یک از هشت فعالیت مورد بررسی با امتیاز مطلوب و متوسط امتیاز مقایسه شد. برای این کار از آزمون تی‌تک نمونه‌ای (One-sample T test) استفاده شد. نتایج نشان داد به‌جز «عضویت به‌عنوان سفیر افتخاری» در سایر فعالیت‌ها میانگین امتیاز کسب‌شده بیشتر از حد متوسط است ( $P=0/000$ ). امتیاز هیچ‌یک از فعالیت‌ها در حد مطلوب نبود. این نتایج در جدول ۴ و ۵ آمده است.

پس از بررسی وضعیت کمی برنامه خودمراقبتی فردی (تعداد سفیر سلامت ثبت‌نام‌شده)، برنامه از نظر کیفی ارزیابی شد. برای این منظور از چک‌لیستی استفاده شد که شامل هشت فعالیت مورد نظر در برنامه بود. برای هر یک از فعالیت‌ها در چک‌لیست یک امتیاز مطلوب در نظر گرفته شد که با توجه به فعالیت سفیر سلامت امتیازی در دامنه صفر (اصلاً فعالیت مدنظر انجام نشده) تا امتیاز مطلوب (انجام کامل فعالیت) به آن تعلق می‌گرفت. قبل از انجام مداخله در هر دو روستای جوخواه و بهشت‌آباد هیچ‌یک از سفیران سلامت فعالیتی انجام ن داده بودند و در واقع در هر هشت فعالیت امتیاز صفر گرفته بودند. در بررسی دو ماه بعد از انجام مداخله، در روستای بهشت‌آباد (روستای شاهد) وضعیت تغییری نکرده بود و همچنان سفیران سلامت فعالیتی در زمینه برنامه انجام نمی‌دادند، اما در روستای جوخواه در فعالیت سفیران سلامت تحول چشمگیری مشاهده شد.

عملکرد سفیران سلامت در هیچ‌یک از فعالیت‌ها به حد مطلوب نرسیده است. کمترین اختلاف بین حد مطلوب با میانگین کسب‌شده در فعالیت «کنترل بیماری‌های مزمن



جدول ۳. میانگین و انحراف معیار امتیاز کسب‌شده از چک‌لیست سفیران سلامت

ردیف	فعالیت	امتیاز مطلوب	میانگین امتیاز کسب‌شده	
			روستای جوخواه	روستای بهشت‌آباد
			قبل از مداخله	دو ماه بعد از مداخله
۱	آیا سفیر سلامت دوره‌های آموزشی برنامه خودمراقبتی را (حضوری/آنلاین) گذرانده است؟	۱۵۰	۰	۹۰±۳۱/۶۷۲
۲	آیا سفیر سلامت نیازهای آموزشی در حوزه سلامت خود و اعضای خانواده را تعیین کرده است؟	۱۲۰	۰	۸۴±۲۳/۵۱۷
۳	آیا سفیر سلامت دوره‌های آموزشی بیماری‌های مزمن را گذرانده است؟	۱۲۰	۰	۷۸±۲۸/۷۷۱
۴	آیا سفیر سلامت از نظر خانوادگی فعال است؟	۱۲۰	۰	۹۰/۴۷±۲۰/۳۱۹
۵	آیا بیماری‌های مزمن خود و اعضای خانواده را کنترل کرده است؟	۱۲۰	۰	۸۸±۲۵/۲۲۲
۶	آیا از نظر اجتماعی فعال است؟	۱۳۰	۰	۱۰۰±۲۰/۲۹۴
۷	آیا داوطلب سفیر سلامت افتخاری (برای خانوارهایی که شرایط لازم را ندارند) شده است؟	۱۲۰	۰	۵۸ ± ۳۷/۵۷۹
۸	آیا پرونده خودمراقبتی خود و خانواده را در پورتال ملی خودمراقبتی تکمیل کرده است؟	۱۲۰	۰	۸۴ ± ۲۵/۳۱۳

جدول ۴. نتایج مقایسه میانگین امتیاز فعالیت‌ها با امتیاز مطلوب

ردیف	آماره فعالیت	امتیاز مطلوب	میانگین	انحراف معیار	اختلاف بین میانگین و امتیاز مطلوب	مقدار T	درجه آزادی	P-value
۱	آیا سفیر سلامت دوره‌های آموزشی برنامه خودمراقبتی را (حضوری/آنلاین) گذرانده است؟	۱۵۰	۹۰/۰۵	۳۱/۶۷۲	۵۹/۹۵۳	۴۲	-۱۲/۴۱۳	۰/۰۰۰
۲	آیا نیازهای آموزشی در حوزه سلامت خود و اعضای خانواده را تعیین کرده است؟	۱۲۰	۸۳/۹۵	۲۳/۵۱۷	۳۶/۰۴۷	-۱۰/۰۵۱	۴۲	۰/۰۰۰
۳	آیا سفیر سلامت دوره‌های آموزشی بیماری‌های مزمن را گذرانده است؟	۱۲۰	۷۷/۶۷	۲۸/۷۷۱	۴۲/۳۲۶	-۹/۶۴۷	۴۲	۰/۰۰۰
۴	آیا سفیر سلامت از نظر خانوادگی فعال است؟	۱۲۰	۹۰/۴۷	۲۰/۳۱۹	۲۹/۵۳۵	-۹/۵۳۱	۴۲	۰/۰۰۰
۵	آیا بیماری‌های مزمن خود و اعضای خانواده را کنترل کرده است؟	۱۲۰	۸۷/۶۷	۲۵/۲۲	۳۲/۳۲۶	-۹/۴۰۴	۴۲	۰/۰۰۰
۶	آیا از نظر اجتماعی فعال است؟	۱۳۰	۹۹/۷۷	۲۰/۲۹۴	۳۰/۲۳۳	-۹/۷۶۹	۴۲	۰/۰۰۰

۰/۰۰۰	۴۲	-۱۰/۸۳۵	۶۲/۰۹۳	۳۷/۵۷۹	۵۷/۹۱	۱۲۰	آیا داوطلب سفیر سلامت افتخاری (برای خانوارهایی که شرایط لازم را ندارند) شده است؟	۷
۰/۰۰۰	۴۲	-۹/۳۵۶	۳۶/۱۱۶	۲۵/۳۱۳	۸۳/۸۸	۱۲۰	آیا پرونده خودمراقبتی خود و خانواده را در پورتال ملی خودمراقبتی تکمیل کرده است؟	۸

جدول ۵. نتایج مقایسه میانگین امتیاز فعالیت‌ها با متوسط امتیاز

ردیف	آماره فعالیت	متوسط امتیاز	میانگین	انحراف معیار	اختلاف بین میانگین و امتیاز مطلوب	مقدار T	درجه آزادی	P-value
۱	آیا سفیر سلامت دوره‌های آموزشی برنامه خودمراقبتی را (حضور/آنلاین) گذرانده است؟	۷۵	۹۰/۰۵	۳۱/۶۷۲	۱۵/۰۴۷	۳/۱۱۵	۴۲	۰/۰۰۳
۲	آیا نیازهای آموزشی حوزه سلامت خود و اعضای خانواده را تعیین کرده است؟	۶۰	۸۳/۹۵	۲۳/۵۱۷	۲۳/۹۵۳	۶/۶۷۹	۴۲	۰/۰۰۰
۳	آیا سفیر سلامت دوره‌های آموزشی بیماری‌های مزمن را گذرانده است؟	۶۰	۷۷/۶۷	۲۸/۷۷۱	۱۷/۶۷۴	۴/۰۲۸	۴۲	۰/۰۰۰
۴	آیا سفیر سلامت از نظر خانوادگی فعال است؟	۶۰	۹۰/۴۷	۲۰/۳۱۹	۳۰/۴۶۵	۹/۸۳۲	۴۲	۰/۰۰۰
۵	آیا بیماری‌های مزمن خود و اعضای خانواده را کنترل کرده است؟	۶۰	۸۷/۶۷	۲۵/۲۲۲	۲۷/۶۷۴	۷/۱۹۵	۴۲	۰/۰۰۰
۶	آیا از نظر اجتماعی فعال است؟	۶۵	۹۹/۷۷	۲۰/۲۹۴	۳۴/۷۶۷	۱۱/۲۳۴	۴۲	۰/۰۰۰
۷	آیا داوطلب سفیر سلامت افتخاری (برای خانوارهایی که شرایط لازم را ندارند) شده است؟	۶۰	۵۷/۹۱	۳۷/۵۷۹	۲/۰۹۳	-۰/۳۶۵	۴۲	۰/۷۱۷
۸	آیا پرونده خودمراقبتی خود و خانواده را در پورتال ملی خودمراقبتی تکمیل کرده است؟	۶۰	۸۳/۸۸	۲۵/۳۱۳	۲۳/۸۸۴	۶/۱۸۷	۴۲	۰/۰۰۰

## بحث

شوراهای اسلامی در تحقق الگوی مشارکتی جامعه‌محور با تأکید بر توسعه و احیای فضای سبز، دریافتند که مقایسه شاخص‌های فضای سبز در سال ۱۳۸۳ (قبل از تشکیل تیم توسعه) با سال ۱۳۸۶ نشانگر افزایش کیفیت احیا و توسعه فضای سبز به دلیل مشارکت مردم است. در واقع تشکیل تیم توسعه که بر توانمندسازی اعضای شورا تأکید دارد، موجب شده که مشارکت آحاد جامعه در توسعه فضای سبز بیش‌ازپیش شود (۱۱).

در کشورهای دیگر نیز به اهمیت نقش شوراها و نمایندگان مردم در توسعه سلامت پی برده‌اند، به طوری که در آمریکا نهادهایی برای رهبری مؤسسات درگیر در توانمندسازی بهداشت عمومی شکل گرفته و تلاش‌های بسیاری برای توانمندسازی اعضای شوراها و نمایندگان مجلس در نظام بهداشت و درمان از طرق مختلف صورت می‌گیرد (۱۰). تجربیات جهانی از مشارکت شوراهای مختلف در مسائل اجتماعی - اقتصادی بیانگر اهمیت و جایگاه شوراها در دستیابی به اهداف است. برای مثال مشارکت انجمن‌های شهر با شهرداری‌ها در بنین آفریقا با هدف شرکت دادن مردم در برنامه توسعه شهری و بسیج برای حمایت از تحقق و تقویت توسعه محلی بود که با درگیر کردن مردم و از طریق ایفای نقش مسئولان محلی مالکیت طرح به عهده مردم گذاشته شد. در نتیجه احساس واقعی مالکیت را به مقدار زیادی بهبود داد (۵).

شوراها به دلیل اینکه از میان مردم روستا (یا شهر) برخاسته‌اند، و با فرهنگ و آداب‌ورسوم آن‌ها کاملاً آشنا هستند، و از مقبولیت اجتماعی نیز برخوردارند، می‌توانند نقش مؤثری در توسعه سلامت روستا داشته باشند و مشارکت اجتماعی افراد را افزایش دهند. ریفکن (Rifkin) بیان داشته، نداشتن شناخت کافی از ماهیت مفهوم مشارکت اجتماعی، نبود تعریف نظری و عملیاتی از آن، برنامه‌های مشارکت اجتماعی در ارتقای سلامت را با مشکل اساسی روبه‌رو کرده است. وی معتقد است با توجه به شرایط جوامع نمی‌توان به دنبال الگوی واحدی در ارتقای مشارکت اجتماعی برای ارتقای سلامت جامعه بود، چراکه تاریخ و فرهنگ از عوامل مهم و مؤثر در مشارکت اجتماعی هستند که بر ارتقای برنامه‌های سلامت‌محور نیز اثر دارند (۹).

در برنامه خودمراقبتی فردی برای هر سفیر سلامت مجموعه فعالیتی در نظر گرفته شده است. از سفیران سلامت انتظار می‌رود در حیطه این فعالیت‌ها اقداماتی انجام دهند. نتایج این مطالعه نشان می‌دهد قبل از انجام مداخله در هر دو روستای جوخواه و بهشت‌آباد کلیه سفیران سلامت ثبت‌نام کرده فعالیت انجام نداده و در هر هشت فعالیت امتیاز صفر گرفته بودند. در بررسی انجام‌شده دو ماه بعد از انجام مداخله، در روستای بهشت‌آباد (روستای شاهد) وضعیت تغییری نکرده بود و همچنان سفیران ثبت‌نام‌شده فعالیتی در زمینه برنامه انجام نداده بودند. اما در روستای جوخواه در فعالیت سفیران سلامت ثبت‌نام‌شده تحول چشمگیری مشاهده شد. همان‌طور که بیان شد، بعد از انجام مداخله، سفیران سلامت

برای ارتقای رفتارهای خودمراقبتی، یکی از استراتژی‌های طراحی‌شده خودمراقبتی فردی است. خودمراقبتی فردی رویکردی است که طی آن سیستم بهداشت و درمان سعی دارد افراد را در زمینه خودمراقبتی توانمند سازد تا این افراد علاوه بر حفاظت از سلامت خود به سلامت افراد خانواده و پیرامون خود نیز توجه کنند و در صورت نیاز اقدامات لازم را انجام دهند. مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر توانمندسازی شوراهای اسلامی بر اجرای برنامه خودمراقبتی فردی شکل گرفت و قصد داشت با رویکردی علمی و مبتنی بر شواهد و مستندات، تأثیر مشارکت اجتماعی این بخش از جامعه را بر سیاست‌های سلامت مشخص سازد.

تحلیل نتایج مطالعه حاضر نشان داد توانمندسازی اعضای شورای اسلامی روستای جوخواه در زمینه برنامه خودمراقبتی فردی باعث شده که جذب سفیر سلامت ۳/۵۸ برابر رشد داشته باشد و تعداد سفیران سلامت از ۱۲ نفر به ۴۳ نفر افزایش یابد. در سایر مطالعات نیز روشن شده است که اقداماتی که در زمینه ارتقای آگاهی اعضای شوراهای اسلامی و سایر افراد صاحب نفوذ اجتماعی انجام شده، موجب شده جامعه در مسیر اهداف و سیاست‌های نظام سلامت بیش‌ازپیش گام بردارد. برای نمونه، در مطالعه MohammadiShahbolaghi و همکاران مشخص شد که ارتقای آگاهی عمومی، تمهید و تسهیل عوامل زمینه‌ای بروز مشارکت اجتماعی از طریق کاهش تمرکزگرایی دولتی و برانگیختن و بسیج مردم می‌تواند سبب افزایش دانش و بهبود نگرش جامعه به مشارکت اجتماعی در ارتقای سلامت جامعه شود (۹). Jabbari و Babaie نیز در مطالعه خود دریافتند که نظام بهداشتی بایستی با اتخاذ استراتژی‌های مناسب مشارکت شوراها را تسهیل و عملیاتی سازد و از پتانسیل بالای موجود برای پیشبرد اهداف نظام سلامت استفاده کند (۵). این دو محقق در پژوهشی دیگر بیان داشتند که آموزش ندادن به اعضای شوراها در زمینه نظام بهداشت و درمان و در مقابل آموزش ندادن به کارکنان نظام بهداشت و درمان در زمینه وظایف و توانمندی‌های شوراها از اصلی‌ترین موانع است (۱۰). پژوهش این دو محقق همچنین نشان داد که بعد از انتخاب شدن شوراها، در عمل آن‌ها هیچ‌گونه الزامی برای مشارکت در بسیاری از امور از جمله سلامت ندارند و تنها بر اساس علائق و انگیزه‌های شخصی خود تلاش‌هایی می‌کنند و برخی امور را پی می‌گیرند. آن‌ها خود را درگیر امور دردسرساز یا پرهزینه نمی‌کنند. کسی نیز از آن‌ها گزارش عملکردی نمی‌خواهد و در صورت درخواست نیز هیچ اعتنایی به این گزارش‌ها نمی‌شود. حتی به کسانی که به دنبال این مسائل هستند اعتراض می‌شود. شاید بتوان ادعا کرد که بسیاری از موانع بعدی ناشی از همین ناآشنایی‌هاست (۱۰). این یافته‌ها بر لزوم توانمندسازی جامعه به‌ویژه اعضای شوراها تأکید می‌کند (۱۰).

Shakerian و همکاران، در مطالعه‌ای با عنوان نقش



از دیگر زمینه‌ها و موارد می‌توان به مشارکت در برنامه‌ریزی، مشارکت مالی، تغییر ساختار (۱۳)، مشارکت در پیشگیری از سوءتغذیه و کاهش شیوع کم‌آبی (۱۴)، ایجاد و توسعه خدمات (۱۵)، مشارکت در کاهش تصادفات و مرگومیر ناشی از آن (۱۶)، مشارکت در درمان دیابت، کاهش مصرف انسولین و بهبود فعالیت‌های فیزیکی (۱۷)، تداوم عرضه خدمات، نقش کمیته‌های بهداشت و درمان در کاهش بیماری‌های انگلی و استفاده از توالت‌های بهداشتی و استفاده از آب سالم (۵) اشاره کرد.

از جمله محدودیت‌های مطالعه حاضر، اجرای آن در یک نمونه کوچک است. در واقع در این پژوهش فرآیند توانمندسازی برای نمونه کوچکی از اعضای شورای اسلامی روستا انجام شد. از دیگر محدودیت‌های آن متعادل نبودن نقش بهورز روستا به‌عنوان مسئول مستقیم جذب سفیر سلامت و اجرای برنامه خودمراقبتی در روستا بود. به بیان دیگر ممکن است بهورز یک روستا فردی فعال با روابط عمومی بالا و تعاملات اجتماعی مطلوب باشد، اما بهورز دیگر روستای مورد مطالعه چنین ویژگی‌هایی را نداشته باشد.

### نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر این مهم را مشخص ساخت که توانمندسازی اعضای شوراهای اسلامی شهر و روستا به‌عنوان منتخبان مردم برای مدیریت و توسعه روستا، موجب می‌شود مشارکت مردم در برنامه‌های نظام سلامت و به طور ویژه در برنامه خودمراقبتی فردی افزایش یابد، که این افزایش صرف حضور داوطلبانه نیست، بلکه مشارکتی را پدید می‌آورد که در آن شاهد فعالیت‌های پویا و اثرگذار هستیم. این مطالعه این نکته را مشخص ساخت که سرمایه‌گذاری برای جذب همکاری اعضای شوراهای اسلامی روستا می‌تواند یک شتاب‌دهنده و تسهیلگر در بهبود مشارکت اجتماعی و در نتیجه کیفیت زندگی و سلامت مردم باشد. در واقع نگارندگان این مقاله بر این باورند که توانمندسازی اعضای شورای اسلامی روستا تأثیر مثبتی بر برنامه خودمراقبتی فردی دارد و باعث جذب بیشتر سفیر سلامت و همچنین عملکرد بهتر آنان می‌شود.

### تقدیر و تشکر

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه پژوهشی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشت و درمانی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران مطابق با عنوان ارائه شده است. از همکاری استادان محترم دانشگاه، مرکز بهداشت شهرستان، شوراهای اسلامی و افراد شرکت‌کننده در این مطالعه قدردانی به عمل می‌آید.

### تضاد منافع

بین نویسندگان هیچ‌گونه تعارض منافی وجود ندارد.

در روستای جوخواه اقداماتی در حوزه فعالیت‌های هشت‌گانه انجام دادند. نتایج نشان داد که عملکرد سفیران سلامت در هیچ یک از فعالیت‌ها به حد مطلوب نرسیده است. کمترین اختلاف بین حد مطلوب با میانگین کسب‌شده در فعالیت «کنترل بیماری‌های مزمن خود و اعضای خانواده» بوده و بیشترین اختلاف در «عضویت در سمت سفیر افتخاری» مشاهده شد. به‌جز فعالیت «عضویت به‌عنوان سفیر افتخاری»، میانگین امتیازهای کسب‌شده بیشتر از حد متوسط است که این بدان معناست که مداخله انجام‌شده باعث شده فعالیت‌های مورد نظر (به‌جز فعالیت «عضویت به‌عنوان سفیر افتخاری») بیش از حد متوسط توسط سفیران سلامت انجام شود. فعالیت‌های مورد انتظار از سفیر سلامت عبارت بودند از گذراندن دوره‌های آموزشی برنامه خودمراقبتی (حضور/آنلاین)، تعیین نیازهای آموزشی خود و اعضای خانواده، گذراندن دوره‌های آموزشی بیماری‌های مزمن، تکمیل زیچ خودمراقبتی برای اعضای خانوار و انتقال اطلاعات کسب‌شده در حوزه سلامت به اعضای خانواده، کنترل بیماری‌های مزمن خود و اعضای خانواده (در صورت ابتلا به بیماری مزمن)، مشارکت فعال در انجمن‌های اجتماعی و شوراها، عضویت به‌عنوان سفیر افتخاری، وارد کردن پرونده خودمراقبتی خود و خانواده در پورتال ملی خودمراقبتی.

بعد از اینکه اعضای شورای اسلامی روستای جوخواه در زمینه برنامه سفیران سلامت و خودمراقبتی فردی توانمند شدند، با استفاده از توان و پتانسیل اجتماعی و فردی خود باعث شدند افراد واجد شرایط عضویت در برنامه سفیران سلامت از این برنامه استقبال کنند و با مشارکتی نسبتاً مطلوب در کلیه فعالیت‌ها (به‌جز عضویت به‌عنوان سفیر سلامت افتخاری) عملکردی بالاتر از حد متوسط داشته باشند. در حیطه «عضویت به‌عنوان سفیر سلامت افتخاری» عملکرد سفیران بعد از مداخله کمتر از حد متوسط بود. اگرچه این اختلاف از نظر آماری معنادار نیست، ولی این نکته را نشان می‌دهد که سفیران سلامت، به‌عنوان نمونه‌ای از افراد جامعه، نسبت به سلامت سایر افراد جامعه حساسیت کمتری از خود نشان می‌دهند و در واقع برای ارائه خدمات خودمراقبتی به افراد دیگر به اندازه سایر فعالیت‌ها اشتیاق ندارند. تحلیل نتایج این قسمت از مطالعه نشان می‌دهد که توانمندسازی اعضای شورا باعث مشارکت فعال و مؤثر مردم روستا در فعالیت‌های نظام سلامت شده است. مشارکت فعال مردم نیز موجب ارتقای سلامت جامعه و توسعه همه‌جانبه کیفیت زندگی می‌شود. در سال‌های اخیر در تجربه مشارکت اجتماعی زنان در شناسایی، اولویت‌بندی، ارائه برنامه و اجرای آن در دو منطقه از شهر تبریز، این امر منجر به چنان نتایج مهمی شد که وزارت بهداشت تصمیم به ادغام برنامه در ساختار و وظایف گروه بهداشت محیط در سراسر کشور گرفت (۱۲).

## References

1. Primary health Care: Report of the International Conference on Primary health Care, Alma Ata. Geneva: World Health Organization (WHO).6-12 September 1978.
2. Dooris M, Heritage Z. Healthy Cities: Facilitating the Active Participation and Empowerment of Local People. *J Urban Health*. 2013;90(1):74-91. <https://doi.org/10.1007/s11524-011-9623-0> PMID:22125115 PMCID:PMC3764265
3. Ramezani AA, Miri MR. Evaluation of Health volunteer's performance and their failure cooperate reasons with health centers of Birjand University of medical sciences. *Journal of Birjand University of medical science*. 2003;10(1):9-15.
4. Kahssay HM, Oakley P, Organization WH. Community involvement in health development: a review of the concept and practice. [Geneva]: university of wales;1999.
5. Babaie J, Jabbari Beirami H. Involvement Areas of Urban and Rural Islamic Councils Members in Province Health System: a Grounded Theory Study. *J.health*. 2015;6(3):325-336.
6. the Council In the constitution. Tehran2017; Available from: <https://www.moi.ir/portal/file/?126056/>
7. Instructions executive education programs and health promotion. tehran: Ministry of Health and Medical Education; 2015.
8. Self-care educational package. tehran: Ministry of Health and Medical Education; 2014.
9. MohammadiShahbolaghi F, SetareForuzan A, Hemmati S, Karimlu M. Associated Factors with Community Participation in Health. *Social Welfare*. 2013;13(48):47-72.
10. Babaie J, Jabbari Beyrami H. Barriers of East Azerbaijan Islamic Council members' involvement in health system: A qualitative study. *JHPM*. 2014;3(3):78-89.
11. Shakerian S, Shahgoli Z. Islamic council's role in realization of community-based participatory model with emphasis on the development and restoration of green space: Case study of Farrokhsahr. Mucipalies. The first conference of urban planning and management2007.
12. Behdjat H, Rifkin SB, Tarin E, Sheikh MR. a new role for Women Health Volunteers in urban Islamic Republic of Iran. *East Mediterr Health J*. 2009;15(5):1164-73.
13. Wilson M. Local health planning to meet the needs of communities. In'6th National Rural Health Conference, Canberra, ACT, 4-7 March 2001. (Ed. G Gregory)(National Rural Health Alliance: Canberra ).
14. Warchivker I, Hayter A, editors. An evaluation of a nutrition program in a remote community in central Australia . 6th National Rural Health Conference; 2001.
15. Taylor J, Wilkinson D, Cheers B. Community participation in organising rural general practice: Is it sustainable? *Australian Journal of Rural Health*. 2006;14(4):144-7. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1584.2006.00790.x> PMID:16911162
16. Sare D, Kirby D, editors. Road trauma reduction and injury prevention participation in rural communities. 5th National Rural Health Conference; 1999.
17. Rowley KG, Daniel M, Skinner K, Skinner M, White GA, O'Dea K. Effectiveness of a community-directed 'healthy lifestyle'program in a remote Australian Aboriginal community. *Aust N Z J public Health*. 2000;24(2):136-44. <https://doi.org/10.1111/j.1467-842X.2000.tb00133.x> PMID:10790932