



Original Paper

Challenges of Non-Governmental Organizations to Promote Social Health in Iran: A Qualitative Study

Sajjad Pourbagher¹ , Abdolreza Bay (Ph.D)^{*2} , Alireza Heidari (Ph.D)^{*3}

¹ Ph.D Candidate in Political Sciences, Department of Political Science, Azadshahr Branch, Islamic Azad University, Azad Shahr, Iran. ² Assistant Professor, Department of Political Science, Azadshahr Branch, Islamic Azad University, Azad Shahr, Iran. ³ Assistant Professor, Health Management and Social Development Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran.

Abstract

Background and Objective: Non-Governmental Organizations (NGOs) have been active in the field of health for a long time and have played a key role in it, but these organizations are less known to the public for the promotion of social health and are not much considered by the planners and managers of the health system. This study was conducted to determine the challenges of NGOs' to promote social health in Iran.

Methods: In this qualitative study, 15 Iranian managers and scientific and executive experts of the Ministry of Health, Ministry of Interior, Governorate, and Universities of Medical Sciences of the country were selected by purposeful sampling during 2021. Data were collected using an interview guide and semi-structured in-depth interview methods. After recording and transcribing, the data were analyzed by content analysis.

Results: The challenges of NGOs to promote social health in Iran were classified into six main themes of planning, organizing, functional, political, economic, and sociocultural challenges, and 33 sub-themes. Most of the participants emphasized the weak role of non-governmental organizations in improving social health and considered it a result of the mentioned challenges.

Conclusion: Empowering non-governmental organizations by formulating a strategic and operational plan and attracting financial resources from various government, private, and charitable sectors will greatly help to strengthen them to advance social health promotion programs.

Keywords: Health Promotion, Social Determinants of Health, Social Welfare

*Corresponding Authors: Abdolreza Bay (Ph.D), E-mail: phd_bay1979@yahoo.com & Alireza Heidari (Ph.D), E-mail: alirezaheidari7@gmail.com

Received 7 Jan 2023

Final Revised 12 Feb 2023

Accepted 27 Feb 2023

Published Online 28 Aug 2023

Cite this article as: Pourbagher S, Bay A, Heidari A. [Challenges of Non-Governmental Organizations to Promote Social Health in Iran: A Qualitative Study]. J Gorgan Univ Med Sci. 2023; 25(2): 92-102. [Article in Persian]





تحقیقی

چالش‌های سازمان‌های مردم‌نهاد برای ارتقاء سلامت اجتماعی: یک مطالعه کیفی

سجاد پورباقر^۱ ID، دکتر عبدالرضا بای^۲ ID، دکتر علیرضا حیدری^۳ ID*

^۱ دانشجوی دکتری تخصصی، گروه علوم سیاسی، واحد آزادشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، آزادشهر، ایران. ^۲ استادیار، گروه علوم سیاسی، واحد آزادشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، آزادشهر، ایران. ^۳ استادیار، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: سازمان‌های مردم‌نهاد (سمن) (Non-governmental organizations: NGOs) از دیرباز در حوزه سلامت فعال بوده و نقش کلیدی و به سزایی در آن داشته‌اند؛ ولی این سازمان‌ها در برای ارتقاء سلامت اجتماعی برای مردم کمتر شناخته شده هستند و زیاد مورد توجه برنامه‌ریزان و مدیران نظام سلامت نیستند. این مطالعه به منظور تبیین چالش‌های سازمان‌های مردم‌نهاد برای ارتقاء سلامت اجتماعی انجام شد. **روش بررسی:** این مطالعه کیفی روی ۱۵ نفر از مدیران و صاحب نظران علمی و اجرایی وزارت بهداشت، وزارت کشور، استانداری، دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور و سازمان‌های مردم‌نهاد با روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف در سال ۱۴۰۰ انجام شد. داده‌ها با استفاده از راهنمای مصاحبه و به روش مصاحبه عمیق نیمه ساختار یافته جمع‌آوری شدند. سپس داده‌ها پس از ضبط و پیاده‌سازی، به روش تحلیل محتوا آنالیز شدند.

یافته‌ها: چالش‌های سازمان‌های مردم‌نهاد برای ارتقاء سلامت اجتماعی در شش عنوان اصلی چالش‌های برنامه‌ریزی، سازماندهی، عملکردی، سیاسی، اقتصادی و فرهنگی اجتماعی و ۳۳ عنوان فرعی طبقه‌بندی گردید. اکثر مشارکت کنندگان بر نقش ضعیف سازمان‌های مردم‌نهاد در ارتقاء سلامت اجتماعی تاکید داشتند و آن را ناشی از چالش‌های برنامه‌ریزی، سازماندهی، عملکردی، سیاسی، اقتصادی و فرهنگی اجتماعی دانستند.

نتیجه‌گیری: توانمندسازی سازمان‌های مردم‌نهاد در ارتباط با داشتن برنامه راهبردی و عملیاتی و جذب منابع مالی از بخش‌های مختلف دولتی، خصوصی و خیرین کمک شایانی به تقویت آنها برای پیشبرد برنامه‌های ارتقاء سلامت اجتماعی خواهد نمود.

واژه‌های کلیدی: ارتقاء سلامت، عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، رفاه اجتماعی

* نویسندگان مسؤول: دکتر علیرضا حیدری و دکتر عبدالرضا بای، پست الکترونیکی alirezaheidari7@gmail.com و phd_bay1979@yahoo.com

نشانی دکتر علیرضا حیدری: گرگان، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی، تلفن ۰۱۷-۳۲۵۵۸۴۰۰، نمابر ۰۳۲۵۵۸۵۰۰

نشانی دکتر عبدالرضا بای: آزادشهر، دانشگاه آزاد اسلامی واحد آزادشهر، گروه علوم سیاسی، تلفن: ۰۱۷-۳۵۷۲۲۲۲۳، نمابر ۰۳۵۷۲۴۰۰۳

وصول ۱۴۰۱/۱۰/۱۷ اصلاح نهایی ۱۴۰۱/۱۱/۲۳ پذیرش ۱۴۰۱/۱۲/۲۸ انتشار ۱۴۰۲/۶/۶

مقدمه

معیارهای ارزیابی سلامت فرد و در سطح کلان جامعه به‌شمار می‌رود.^۲ سلامت اجتماعی فرد، از جهاتی مهم‌تر و حساس‌تر از جنبه‌های جسمانی و روانی سلامت است. زیرا عواملی که سلامت جسمانی فرد را به خطر می‌اندازند؛ آثار و تبعات محدودی دارند و عواملی که سلامت اجتماعی فرد را تهدید می‌کنند؛ به طور مستمر بر روابط او با دیگران اثرگذارند و همواره بیش از یک نفر را دچار اختلال می‌کنند. آنچه مسأله را پیچیده‌تر و حساس‌تر می‌کند؛ آن است که سلامت اجتماعی بسی پنهان‌تر و مخفی‌تر از ظهور بیماری جسمی و روانی است. زیرا در گستره فراخ دامنه روابط اجتماعی تحقق می‌پذیرد که به آسانی نمی‌تواند تحت نظر یا کنترل قرار گیرد.^۴ زمانی می‌توان شخص را واجد سلامت اجتماعی برشمرد که بتواند فعالیت‌ها و نقش‌های اجتماعی خود را در حد متعارف بروز و

بعد اجتماعی سلامت پیچیده‌ترین و در عین حال بحث‌برانگیزترین جنبه از سلامت است. سازمان بهداشت جهانی، سلامت اجتماعی را یکی از مؤلفه‌های کلیدی سلامت معرفی کرده است.^۱ Goldsmith سلامت اجتماعی را ارزیابی رفتارهای معنی‌دار مثبت و منفی فرد در ارتباط با دیگران تعریف می‌کند و آن را یکی از اساسی‌ترین شاخص‌های سلامت هر جامعه ای می‌داند که منجر به کارایی فرد در جامعه خواهد شد.^۲ سلامت اجتماعی به عنوان یکی از ابعاد سلامت در کنار سلامت جسمی، روانی و معنوی نقش و اهمیت گسترده‌ای یافته است. به صورتی که دیگر سلامتی، عاری بودن از بیماری‌های جسمی و روانی نیست. بلکه چگونگی عملکرد انسان در روابط اجتماعی و چگونگی تفکر وی نسبت به اجتماع نیز به عنوان یکی از

فرصت اجتماعی برای شرکت در تصمیم‌گیری‌های گروهی است.^۸ سمن‌ها برای رسیدن به اهداف خود از جمله شناسایی مشکلات گروه هدف، تشخیص مداخلات مناسب و راهکارهای مرتبط با این مشکلات و کمک به اجرایی شدن این راهکارها، لازم است که حداقل شش خصوصیت و توانایی داشته باشند که از آن جمله تشکیل شبکه ارتباطی، تحقیقات جامع و دقیق، توانایی رصد و پیگیری، جلب نظر و مشارکت اجتماعی و توانمندسازی درونی سازمان است.^{۱۱} سمن‌ها به دلیل قابلیت‌های ذاتی خود قادرند در صورت مدیریت موثر سامانه خود و اجرای صحیح کارکردهای خود، منشا اثراتی باشند که از آن جمله می‌توان به کاهش فاصله بین نخبگان و مردم و سازماندهی قدرت مردم در قبال حاکمیت، ارتقای توانمندی مردم به دلیل توان بسیج داوطلبان بیشتر، افزایش دسترسی مردم به خدمات آموزشی سلامت، ارتقاء کمیت، کیفیت و کاهش هزینه‌های خدمات اجتماعی به دلیل سهولت دسترسی، تغییر سیاست‌ها و منابع، حفظ محیط زیست، رشد شاخص‌ها در گروه‌های آسیب‌پذیر، کاهش تبعیض جنسیتی، تغییر رفتار به دلیل استفاده از رویکردهای ابتکاری و متنوع، افزایش پاسخگویی اجتماعی دولت‌ها، کاهش جرم در محله و منطقه و افزایش سرمایه اجتماعی از طریق ارتقاء مشارکت (ارتقاء ارتباط و اعتماد) اشاره نمود.^{۱۲}

حوزه سلامت یکی از حوزه‌های مهمی است که سمن‌ها از دیرباز در آن فعال بوده و نقش کلیدی و به‌سزایی در آن داشته‌اند. برای نمونه در کشور به جرات می‌توان خیریه محک را نمونه موفقیت دانست که در حوزه مشاوره، تحقیق و درمان کودکان سرطانی در کشور فعال است. در سطح بین‌الملل و در اغلب کشورها نیز سمن‌ها اثرات مثبتی در پیشبرد برنامه‌های سلامت ایفا نموده‌اند. همسو بودن سمن‌ها و بخش‌های دولتی در این حوزه نه تنها هم‌افزایی را ایجاد کرده؛ بلکه ارتقاء رفاه و تعالی جامعه را نیز در پی داشته است.^{۱۳} اخیراً مداخلات مرتبط به سلامت اجتماعی در نظام‌های سلامت مورد تاکید قرار گرفته است. در اولویت قرار گرفتن موضوع سلامت اجتماعی برای نظام‌های سلامت در درجه اول به دلیل «پاسخگویی اجتماعی» است و در مرتبه بعدی به عنوان یک عامل خطر (آسیب‌های اجتماعی) و یا عامل حفاظتی (بروز رفتارهای اجتماعی سالم و محیط افزایش سرمایه اجتماعی) موثر در افزایش بار بیماری‌ها و یا کاهش آن است.^{۱۴} با وجود فعالیت گسترده و وسیع سمن‌ها در زمینه‌ها و ابعاد مختلف، آنها به عنوان سازمانی برای ارتقاء سلامت جامعه کمتر شناخته شده‌اند. زیرا عموماً به یک نظام غیردرمانی و بهداشتی تعلق دارند و بنابراین در جامعه به عنوان منبع فعالیت‌ها و مداخله‌های مرتبط با سلامتی به آنها توجه نشده است و مورد توجه برنامه‌ریزان و سیاستگذاران سلامت نیز قرار نگرفته‌اند. همچنین به دلیل وجود مؤسسات و سازمان‌های بزرگ دولتی در

ظهور دهد و با جامعه و هنجارهای اجتماعی پیوند و اتصال برقرار نمایند. در حقیقت سلامت اجتماعی شامل عناصر متعددی است که در کنار یکدیگر نشان می‌دهند چگونه و در چه درجه‌ای افراد در زندگی اجتماعی خود خوب عمل می‌کنند.^۵

از دیدگاه صاحب‌نظران ایران، شاخص‌های سلامت اجتماعی شامل نبود فرد فقیر، خشونت، تبعیض جنسی، بیکاری و تبعیض قومی - نژادی - منطقه‌ای، کنترل رشد جمعیت، برابری همگان در برابر قانون، رعایت پیمان حقوق بشر و سایر پیمان‌های مرتبط با حقوق انسان، آموزش اجباری و رایگان تا پایان دوره راهنمایی، دسترسی همگان به خدمات سلامت، وجود امنیت و آزادی عقیده، احساس رضایت از زندگی، زیر پوشش بیمه بودن تمامی مردم، توزیع عادلانه درآمدها، مشروعیت حکومت نزد مردم، انتخاب حاکمان به شیوه مردم سالارانه و نظارت مردم بر آنهاست.^۶

وضعیت سلامت تک تک افراد جامعه به روش‌های گوناگون بر سلامت دیگران و عواطف آنها و همچنین شاخص‌های اقتصادی و اجتماعی جامعه اثر می‌گذارد. از این رو، تأمین سلامت افراد جامعه هم تکلیف دولت است و هم وظیفه‌ای همگانی به شمار می‌آید.^۷ یکی از برنامه‌ریزی‌ها در دنیای جدید، توجه به مشارکت فعال و اثربخش همه جانبه افراد جامعه در تمام ابعاد مختلف توسعه است. امروزه ارتباط مردم با حکومت و دستگاه‌های دولتی و رشد مشارکت‌های هرچه بیشتر آنان از طریق نهادها و سازمان‌هایی صورت می‌گیرد که به سازمان‌های مردم‌نهاد (سمن) (Non-governmental organizations: NGOs) معروف شده‌اند. ویژگی‌هایی نظیر نداشتن وابستگی به ساختار دیوان سالارانه و منابع عمومی دولت، داوطلبانه و دموکراتیک بودن، آنها را از سازمان‌های دولتی متمایز می‌کند.^{۸،۹} دولت‌ها به خاطر کمبود دانش و مهارت لازم در بدنه کارشناسی، منابع مالی محدود، عدم انعطاف سازمانی، استفاده از بوروکراسی‌های متمرکز و قانون مدار، از انجام فعالیت‌های ضروری بازمانده و نیاز به همکاری سایر نهادها را به خوبی حس کرده‌اند. از سوی دیگر، خط مشی دولت، به ندرت می‌تواند بدون میزانی از مشارکت مدنی در فراگرد تدوین و تصمیم‌گیری، مشروعیت داشته باشد. سازمان‌های مردم‌نهاد می‌توانند منافع و علایق شهروندان را در فراگرد خط مشی‌گذاری نمایندگی کنند و خط مشی‌های اثربخش‌تری را موجب شوند.^{۱۰} آینده جهان در سیطره سازمان غیردولتی خواهد بود. بر همین اساس هر کشوری احتمال بقای قدرتمندی خود را از طریق گسترش سازمان‌های مردم‌نهاد رقم خواهد زد. انجمن‌های داوطلبانه بر سطوح متفاوت جامعه اثرات متفاوتی دارند که برخی آثار آنها شامل ارائه فرصت اجتماعی به افراد برای عضویت در گروه‌های اجتماعی بیشتر، ارائه فرصت اجتماعی برای بسط روابط اجتماعی و شبکه شخصی افراد، ارائه

گردید. در حین ضبط مکالمات به منظور مستندسازی مشاهدات، از یادداشت‌برداری نیز استفاده شد که در تحلیل داده‌ها کمک کننده بود. همچنین برخی صاحب نظران ایده‌ها یا نقطه نظرانی را مطرح نمودند که منشأ پرسش‌های بعدی بود که برای جلوگیری از قطع صحبت مصاحبه شوندگان یادداشت گردید و برای توضیحات بیشتر و رفع ابهامات مورد تأکید قرار گرفت. مصاحبه‌های ضبط شده پیاده سازی شد. نوشتن متن نوارها در نزدیک‌ترین فاصله زمانی ممکن انجام پذیرفت. داده‌های به دست آمده در اختیار شرکت کنندگان قرار گرفت و درستی نتایج با آنها چک شد. پس از پیاده‌سازی هر مصاحبه، کدگذاری انجام گردید.

برای دستیابی به صحت و پایایی داده‌ها از معیارهای موقت Guba و Lincoln شامل معیارهای مقبولیت، انتقال‌پذیری، قابلیت اطمینان و تأییدپذیری استفاده شد.^{۱۸، ۱۹} به منظور دستیابی به مقبولیت، از بازنگری مشارکت کنندگان برای تأیید صحت داده‌ها و کدها استفاده شد. برای تأمین قابلیت اطمینان، کدهای اولیه و مثال‌هایی از چگونگی استخراج طبقات درون مایه‌ها و گونه‌هایی از متن مصاحبه‌ها برای هر یک از طبقات در اختیار ناظر خارجی قرار گرفت تا درک مشابه یا مغایر او با پژوهشگر بررسی شود. ناظر خارجی اشراف کافی به محتوای مقاله و متدولوژی مطالعات کیفی داشت و دارای مدرک تحصیلی دکتری مدیریت خدمات بهداشتی درمانی بود. برای حصول قابلیت تأیید، متن تعدادی از مصاحبه‌ها، کدها و طبقات استخراج شده در اختیار همکاران پژوهشگر و تعدادی از اعضای هیأت علمی که با نحوه آنالیز تحقیقات کیفی آشنا بودند و در پژوهش شرکت نداشتند؛ گذاشته شد و از آنان خواسته شد تا صحت فرآیند کدگذاری داده‌ها را مورد بررسی قرار دهند. مطالعه حاضر با مطالعات دیگر مقایسه شد و نتایج مشابه این پژوهش با دیگر مطالعات^{۱۲، ۹} نشان دهنده قابلیت انتقال داده‌ها بود.

تحلیل داده‌ها با استفاده از روش تحلیل محتوی مضمونی (تماتیک) بر اساس چارچوب شش مرحله‌ای براون و کلارک انجام شد. این مراحل شامل آشنایی با داده‌ها، تولید کدهای اولیه (استخراج مفاهیم)، جستجو برای تم‌ها، بررسی تم‌ها، تعریف تم‌ها و نگارش و تحلیل نهایی بود. به جای استفاده از نرم‌افزارهای رایج از روش دستی استفاده شد که دلیل آن فارسی بودن متون و افزایش قابلیت خلاقیت در دسته‌بندی درون مایه‌ها بود.

یافته‌ها

چالش‌های سازمان‌های مردم نهاد برای ارتقاء سلامت اجتماعی در ایران در شش عنوان چالش‌های برنامه‌ریزی، سازماندهی، عملکردی، سیاسی، اقتصادی و فرهنگی - اجتماعی طبقه‌بندی گردید (جدول یک).

سطح بالاتر از سمن‌ها، بسیاری از این سازمان‌ها و انجمن‌ها حتی برای عموم مردم، پژوهشگران و سیاستمداران شناخته شده نیستند.^{۱۱} بررسی مطالعات گذشته در مورد نقش سمن‌ها در سلامت نشان می‌دهد که بیشتر مطالعات به نقش آنها در خدمات درمانی، اپیدمی‌ها و حوادث غیرمترقبه^{۱۳، ۱۷-۱۵} پرداخته است و به چالش‌های سمن‌ها برای ارتقاء سلامت اجتماعی کمتر پرداخته شده است. لذا این مطالعه به منظور تبیین چالش‌های سازمان‌های مردم نهاد برای ارتقاء سلامت اجتماعی انجام شد.

روش بررسی

این مطالعه کیفی روی ۱۵ نفر از مدیران و صاحب نظران علمی و اجرایی وزارت بهداشت، وزارت کشور، استانداری، دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور و سازمان‌های مردم نهاد با روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف در سال ۱۴۰۰ انجام شد.

مطالعه مورد تأیید کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی گلستان (IR.GOUMS.REC.1401.116) قرار گرفت. رضایت شفاهی افراد شرکت کننده در مطالعه اخذ گردید و مصاحبه‌ها پس از کسب اجازه از آنها ضبط شد. همچنین اطلاعات مشارکت کنندگان به صورت محرمانه نزد پژوهشگر باقی ماند و افراد در هر مرحله از پژوهش حق کناره‌گیری از مطالعه را داشتند.

بعد از انجام ۱۵ مصاحبه فردی با مشارکت کنندگان، اشباع داده اتفاق افتاد. به طوری که با ادامه کار، اطلاعات جدیدی به دست نیامد. برای انتخاب مصاحبه شوندگان ویژگی‌هایی مانند داشتن تجربه اجرایی از کار در سمن‌ها و داشتن آگاهی از فعالیت‌های اجتماعی آنها به واسطه ارتباط و مشارکت در فعالیت‌های آنها، علاقه‌مندی به شرکت در مطالعه (پس از توضیح هدف پژوهش به آنها) و مشارکت فعال در مصاحبه در نظر گرفته شد.

برای جمع‌آوری داده‌ها، از مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته استفاده شد. برای انجام مصاحبه‌ها راهنمای مصاحبه تدوین گردید. راهنمای مصاحبه دو پرسش اصلی داشت. چالش‌های مدیریتی و چالش‌های اجرایی سازمان‌های مردم نهاد برای ارتقاء سلامت اجتماعی در ایران چیست؟ حین مصاحبه با توجه به مطالبی که مصاحبه شوندگان ارایه کردند؛ پرسش‌های بیشتری از جانب محقق مطرح شد تا جزئیات مسأله باز شده و ابهامات احتمالی رفع گردند. مصاحبه کننده یک نفر از نویسندگان بود که اشراف کامل روی موضوع داشت. زمان هر یک از مصاحبه‌ها حداقل ۲۵ و حداکثر ۵۵ دقیقه (میانگین ۳۵ دقیقه) به طول انجامید.

پیش از شروع مصاحبه‌ها هدف از مطالعه برای مشارکت کنندگان به طور کامل توضیح داده شد. با کسب اجازه از مصاحبه‌شوندگان و اطمینان دادن به آنان از نظر محرمانه ماندن اطلاعات آنها، عدم انتشار جداگانه و به تفکیک نام مشارکت کنندگان، مصاحبه‌ها ضبط

همراهی اجتماعی و مقبولیت اجتماعی نیز تدوین نشده است. حتی برخی اذعان نمودند که بین قابلیت‌ها و ظرفیت‌های سمن‌ها با نیازهای سلامت جامعه تناسبی وجود ندارد. تصمیم‌گیران و تئوری پردازان حوزه سلامت اجتماعی در سطح وزارت بهداشت با سطوح اجرایی در سمن‌ها ارتباط کافی ندارند و تصمیمات اتخاذ شده قائم به فرد بوده و از مشارکت سمن‌ها استفاده نشده است.

«قاعدتاً این سازمان‌های مردم‌نهاد بالاخره با یک هدفی با یک نیازی تشکیل شده‌اند. باید در جهت رسیدن به یک هدف کلان حرکت کنن، سوق داده بشن. اگر بحث توانمندسازیشونه، اگر بحث جذب مشارکتشونه، اگر بحث ساماندهیشونه، یک هدف دور، یک دورنمایی باید ترسیم بشه براشون. طوری کار خودشون رو انجام بدن که در راستای رسیدن به اون هدفه باشه دیگه. اون هدفه چیه الان؟ خدا داند.» (مشارکت کننده شماره ۲)

«ما در حوزه سلامت اجتماعی تلاش کردیم که به سمت سمن‌ها برویم. تلاش کردیم که از ظرفیت سمن‌ها استفاده کنیم؛ اما استراتژی و چارچوب روشنی برای استفاده از این ظرفیت‌ها نداریم و یا اگر هم استراتژی و چارچوبی را هم مشخص کردیم؛ نتوانستیم بین قابلیت‌ها و ظرفیت‌های سمن‌ها با نیازهای خودمان تناسب‌سازی کنیم. یعنی اینجا یک پارادوکسی وجود دارد.» (مشارکت کننده شماره ۱۱)

چالش‌های سازماندهی: صاحب‌نظران معتقد بودند که تعداد کمی از سمن‌های تشکیل شده در جهت پیشبرد اهداف سلامت اجتماعی وجود دارد. در طراحی و اجرای مداخلات موردنیاز برای ارتقاء سلامت اجتماعی از ظرفیت‌های سمن‌ها استفاده نمی‌شود. به دلیل فقدان دستورالعمل‌های شفاف ارتباط تعریف شده و مستمری بین دولت و سمن‌ها برقرار نگردیده است. فقدان ساختار ماموریت محور، فقدان شرح وظایف مشخص و وجود ضوابط دست و پاگیر اداری از دیگر چالش‌ها در این زمینه بود.

«حوزه دولت که حوزه وزارت بهداشت باشه هم خیلی نتونسته از توان سمن‌ها استفاده کنه؛ مگر اینکه بهش نیاز داشته. ما مدیران، ماها دولتی‌ها نحوه تعامل رو نه هنوز خیلی کار داره یاد بگیریم که چطور از سمن‌ها بیایم استفاده بکنیم. در بخش‌های مختلف ممکنه من در برآورد نیازم نگم که تو فقط بیا تو خودت به من کمک کن تو بیا به من تحلیل بده تو به سمنی که تو عرصه به خصوصی کار میکنی تو بیا به من کمک فکری بده اصلاً بیا به من کمک کن در طراحی مدل‌های مداخله‌ای و حالا ممکنه بعدشم بیام بگم توی مداخله هم بیا گوشه کار منو بگیر.» (مشارکت کننده شماره ۱)

«سمن‌ها هیچ ارتباط سیستماتیکی با وزارت بهداشت ندارند. کجا ارتباط پیدا می‌کنند؟ اونجایی که اون انجمنه موضوع مورد توجهش موضوعی که محور فعالیتشه انقدر بزرگه و انقدر مهمه در عرصه

جدول ۱: چالش‌های سازمان‌های مردم‌نهاد برای ارتقاء سلامت اجتماعی در ایران	
طبقات	زیر طبقات
برنامه‌ریزی	پیشیده بودن حوزه سلامت اجتماعی، عدم تبیین مفهوم مشارکت اجتماعی در حوزه سلامت اجتماعی برای مدیران و کارگزاران وزارت بهداشت، عدم تناسب بین قابلیت‌ها و ظرفیت‌های سمن‌ها با نیازهای جامعه، تئوری پرداز بودن تصمیم‌گیران حوزه سلامت اجتماعی و درگیر نبودن آنها در حوزه اجرایی، فقدان اهداف، سیاست‌ها و استراتژی‌های واضح و مشخص سلامت اجتماعی در فعالیت‌های سمن‌ها، قائم به فرد بودن تصمیمات مدیریتی در مورد سلامت اجتماعی، فقدان برنامه‌های بلندمدت در حوزه سلامت اجتماعی در سمن‌ها.
سازماندهی	کم بودن تعداد سمن‌ها، آگاهی محدود سمن‌ها در مورد نحوه کاردر سلامت اجتماعی، آگاهی محدود وزارت بهداشت در مورد فعالیت‌های سمن‌ها و استفاده ناکافی از سمن‌ها در طراحی و اجرای مداخلات، فقدان واحدهایی با مسؤلیت دائمی در حوزه مشارکت اجتماعی در وزارت بهداشت، دستورالعمل‌های مبهم و شرح وظایف ضعیف در زمینه مشارکت اجتماعی، شفاف نبودن نحوه همکاری سمن‌ها با سازمانهای ذینفع در حوزه سلامت اجتماعی و عملکرد جزیره‌ای، وجود ضوابط دست و پاگیر اداری.
عملکردی	دامنه محدود فعالیت سمن‌های موجود در حوزه سلامت اجتماعی، تمرکز فعالیت سمن‌ها در بحران‌ها و فعالیت ضعیف در شرایط عادی، نبود پیوست اجتماعی در مداخلات سلامت اجتماعی، نبود خروجی شفاف و روشن و عملیاتی از فعالیت‌های حوزه اجتماعی، پراکنده کاری و انجام کار به‌طور جزیره‌ای توسط سمن‌ها، وجود تضاد منافع در سازمان‌های دولتی در مشارکت با سمن‌ها.
سیاستی	تمایل اندک دولت‌ها به حوزه سلامت اجتماعی، واهمه از دخالت بخش‌های غیردولتی در بخش‌های دولتی، باور نداشتن دولت‌ها به اشتراک بخشی از قدرت و امکانات خود با سمن‌ها، انتخاب نمودن نادرست برخی مسؤولین برای فعالیت در حوزه سلامت اجتماعی، عدم پذیرش ساختارهای پیشین توسط مسؤولین جدید بعد از تغییر دولت‌ها.
اقتصادی	محدود شدن مشارکت سمن‌ها به تامین مالی سلامت خانواده‌های بیماران، تحریم‌های اقتصادی، اثر وضعیت اقتصادی کشور بر مشارکت سمن‌ها، اولویت نداشتن پوشش هزینه‌های سمن‌ها توسط برخی دولت‌ها.
فرهنگی اجتماعی	عدم باور مدیران ارشد به اثرگذاری حوزه اجتماعی در کارکردهای نظام سلامت، اعتماد ناکافی سمن‌ها به بخش دولتی، عدم باور سمن‌ها به نقش خود برای ارتقاء سلامت اجتماعی، وضعیت نامناسب مشارکت محلی در شهرها.

چالش‌های برنامه‌ریزی: برای سیاستگذاری در حوزه سلامت اجتماعی، اولین چالش نبود تعریف واضحی از سلامت اجتماعی است که همه ذینفعان در مورد آن اتفاق نظر داشته باشند. حوزه سلامت اجتماعی پیچیده و چند بعدی است که متأثر از تفاوت نقش‌ها، وظایف و فعالیت‌های اجتماعی اعضاء جامعه است و مفاهیم این حوزه برای مدیران وزارت بهداشت، کارگزاران و سمن‌ها با صراحت تبیین نشده است. صاحب‌نظران معتقد بودند که اگرچه نیازهای سلامت جامعه بایستی از طریق سمن‌ها در اختیار مدیران قرار گیرد؛ ولی سمن‌ها مؤلفه‌های اجتماعی سلامت را به خوبی نمی‌شناسند. صاحب‌نظران معتقد بودند که اهداف مشخص و ملموسی برای سمن‌ها در حوزه سلامت اجتماعی تعریف نشده است و متعاقباً استراتژی‌های مشخصی برای ایجاد سرمایه اجتماعی،

افراد تهیه نکنن. مثلاً در سازمان مردم نهاد با موضوع دیابت مثلاً یک سری کیت‌هایی رو برایشون تهیه بکنه با قیمت پایین‌تر یا تسهیلاتی انجام بشه. آن‌طور که باید و شاید به نظر من نقش سازمان‌های مردم نهاد در حوزه سلامت اجتماعی هنوز که هنوزه شناسایی نشده.» (مشارکت کننده شماره ۷)

«سمن‌ها در شرایط عادی کمتر حضور دارند؛ بیشتر در شرایط بحران هستند. مثل نیروهای نظامی هستند. نیروهای نظامی به اصطلاح عادی آماده‌باش هستند. یعنی وقتی جنگ اتفاق میافته میان پای کار.» (مشارکت کننده شماره ۱۵).

«مشارکت نظام سلامت و سمن‌ها فرآیند روشنی ندارد و تعریف مشخصی ندارد. علاوه بر این خدمات اجتماعی به دلیل وجود متولیان متعدد دارای بهم ریختگی خاص خود است.» (مشارکت کننده شماره ۵)

چالش‌های سیاستی: درمان‌نگر بودن نظام سلامت کشور منجر به در اولویت قرار نگرفتن مشارکت اجتماعی شده است. تغییر سیاست‌ها به دنبال تغییر مسئولین و انتخاب مدیران ناکارآمد و گرایش‌های سیاسی، پیشبرد سیاست‌های سلامت اجتماعی را دچار اختلال نموده است. برخی از صاحب‌نظران معتقد بودند که دولت‌ها از دخالت بخش‌های غیردولتی در بخش‌های دولتی واهمه دارند و اعتقادی در جهت همکاری با سمن‌ها و اشتراک بخشی از قدرت و امکانات خود با آنها ندارند. حتی برخی از صاحب‌نظران اذعان داشتند که مسئولین مرتبط به جلب مشارکت مردمی از طریق سمن‌ها اعتقاد ندارند.

«خودشیفتگی دولت‌ها همواره مانع اصلی شکل‌گیری سمن‌ها به صورت پایدار است تا زمانی که دولت‌ها باور نداشته باشند که باید بخشی از قدرت و امکانات خود را در اختیار سمن‌ها که مسئولیت‌پذیر و پاسخگو هستند؛ قرار بدهند سمن‌ها جایگاه خود را نخواهند یافت.» (مشارکت کننده شماره ۸)

ممکنه دانشگاه‌ها نتونن ساختاری رو در حوزه سلامت اجتماعی به وجود بیارن یا آگه به وجود آوردن مقطعی کارشو انجام میدن. پس از مدتی هم در دولت‌ها تغییر پیدا می‌شه و یه دولتی و یا یه وزیری حالا به مذاقش زیاد خوش نمی‌یاد و سیاست‌ها تغییر پیدا می‌کنه.» (مشارکت کننده شماره ۱۲)

«بالاخره ما یه مقداری از دخالت بخش‌های غیردولتی در حوزه واحد دولتی واهمه داریم. از این که بگم من واهمه دارم. من منظورم سیاست‌های کلی هست و این واهمه همیشه بوده در بعضی دولت‌ها تشدید شده و بعضی دولت‌ها نه. بالاخره به سمن‌ها به چشم این که اینها میخوان اطلاعات بگیرن از ما، میخوان موی دماغ ما بشن، متاسفانه نگاه کردیم.» (مشارکت کننده شماره ۷)

«خواستیم از سلامت اجتماعی بهره‌گیری سیاسی بکنیم؛ بهره‌گیری حزبی - گروهی بکنیم و این به جایی نرسیده.» (مشارکت کننده

سلامت جامعه، سلامت مردمه و حالا وزارت بهداشت هم یه کاری داره انجام میده. مثلاً ما برنامه پیشگیری کنترل دیابت داریم؛ انجمن حمایت از بیماران دیابتی هم داریم. خب اونوقت اون انجمنه یه ارتباط اینجوری پیدا می‌کنه با وزارت بهداشت؛ ولی سیستمیک نیست. اگر ما برنامه پیشگیری کنترل دیابت نداشتیم؛ این اتفاق نمی‌افتاد دیگه.» (مشارکت کننده شماره ۲)

«سمن‌ها به شکل جزیره‌ای کار انجام می‌دادن. هیچکدوم از کار هم مطلع نبودن. هرکی تو یه مسیری واسه خودش کار انجام می‌دادن. گفتیم که شما اگر که می‌خواهین مطالبه‌گری داشته باشی؛ باید کنار هم قرار بگیرید؛ دور یک میز قرار بگیرید و مجموعاً بهم پیوند داشته باشین. وقتی که شما به جای یک مؤسسه ۵۰ مؤسسه یک حرف رو بزبن صدای شما وقتی به گوش درواقع دولت برسه اینجاست که شما می‌تونن یه مطالبه‌گری داشته باشی.» (مشارکت کننده ۱۵)

چالش‌های عملکردی: دامنه فعالیت سمن‌های موجود در حوزه سلامت اجتماعی محدود است. اکثر صاحب‌نظران معتقد بودند که این سمن‌ها در جلب مشارکت جامعه عملکرد چندان مطلوبی نداشته‌اند و فعالیت‌های موجود سمن‌ها به تهیه لیست از افراد، برگزاری جلسات معدود و تهیه اقلام درمانی یا مراقبتی با قیمت پایین‌تر و شرایط وقوع بحران محدود شده است. فعالیت‌های دانشگاه‌های علوم پزشکی در تعامل با سمن‌ها نیز محدود به شناسایی سمن‌ها و تمرکز بر برنامه‌های محدود کمک‌های مالی خیرین شده است. پیوست اجتماعی برای مداخلات سلامت تهیه نشده است. فرایند منظم و علمی برای مشارکت نظام سلامت و سمن‌ها طراحی و اجرایی نشده است. نبود افراد علاقه مند، عملکرد جزیره‌ای و وجود تضاد منافع به عنوان سایر چالش‌های عملکردی مطرح گردید. برخی نیز معتقد بودند که خروجی شفاف، روشن و عملیاتی از فعالیت‌های حوزه اجتماعی سمن‌ها وجود ندارد و نتایج ارایه شده تنها در حد شعار است.

«حس می‌کنم که خیلی از سمن‌ها نمی‌گم ۱۰۰ درصد اکثریتشون خیلی در جلب مشارکت افراد مختلف فعالیت نمی‌کنن. در واقع انگار که یک تابلویی رو قراره بالا نگه دارن که ما اینکار رو داریم انجام می‌دیم. این دامنه مشارکت دامنه کوچیکه. اگر دامنه کوچیکی نبود؛ در این وضعیت فعلی که بسیار می‌تونستن همشون با هر زمینه‌ای فعالیتی موثر داشته باشن؛ ما وضعیتمون از این بهتر می‌شد.» (مشارکت کننده شماره ۲)

«سلامت جزو مباحث اجتماعی و سمن‌ها در آن نقش خیلی زیادی می‌توانن ایفا بکنن؛ منتها الان این نقش ضعیفه و در حد این که ما در دانشگاه جلساتی را با اینها داشته باشیم؛ اونم بسیار محدود و معدود و سمن‌ها هم بیشتر خودشون رو محدود کردن به این که یه لیستی از

(شماره ۱۱)

«بعضی از مدیران دستگاه‌های دولتی ما، سمن‌ها را مزاحم خودشان میدانند این‌ها از منظر فرهنگی خیلی مهمه که ما ساز و کاری را فراهم کنیم که هم سمن بتونه نقش حمایتی از این دستگاه‌ها را داشته باشه و هم دستگاه بدونه که سمن به کمک اومده. فرهنگ‌سازی کردن این کار به اعتقاد من خیلی مهمه.» (مشارکت کننده شماره ۶)

بحث

با توجه به نتایج این مطالعه، چالش‌های برنامه‌ریزی، سازماندهی، عملکردی، سیاسی، اقتصادی و فرهنگی اجتماعی به عنوان چالش‌های سازمان‌های مردم‌نهاد برای ارتقاء سلامت اجتماعی در ایران استخراج گردید.

پیچیده بودن حوزه سلامت اجتماعی و عدم تبیین مفهوم مشارکت اجتماعی در حوزه سلامت اجتماعی برای مدیران و کارگزاران وزارت بهداشت از چالش‌های برنامه‌ریزی برای ارتقاء سلامت اجتماعی در سمن‌ها بود. از آنجایی که پیش‌نیاز تدوین یک برنامه، تعریف و تبیین مشکل است؛ برای برنامه‌ریزی در جهت ارتقاء سلامت اجتماعی نیز بایستی تعریف مشخصی از سلامت اجتماعی و ابعاد آن ارائه شود؛ ولی مسایل اجتماعی طیف گسترده‌ای داشته و شناسایی مصادیق آنها با توجه به شرایط زمانی و مکانی و حتی موضوع مطالعه امکان‌پذیر است.^{۲۰} یافته‌های مطالعه خانجانی و همکاران نیز بیانگر آن است که در زمینه مسایل اجتماعی توافق نظری وجود ندارد. متفکران و صاحب‌نظران، انواع متفاوتی از مسایل را مطرح کرده‌اند و از واژه‌های گوناگون برای تعریف مسایل اجتماعی استفاده کرده‌اند.^{۲۱} تحلیل عاملی اکتشافی در مطالعه سمعی و همکاران نشان داد که دو مؤلفه کم‌بینگی اجتماعی (شامل رشد جمعیت، فقر، پوشش بیمه و سواد) و مشکلات اجتماعی (شامل بیکاری و قتل) می‌توانند ۶۸/۳ درصد از پراکنش (واریانس) سازه «سلامت اجتماعی ایران» را توضیح دهند. بر این اساس، جامعه‌ای سالم است که قوی‌ترین و کم‌مشکل‌ترین باشد. یعنی در آن آموزش و پوشش بیمه زیاد و رشد جمعیت، فقر، خشونت و بیکاری کم باشد.^۱ فقدان برنامه‌های بلندمدت در حوزه سلامت اجتماعی یکی دیگر از چالش‌های برنامه‌ریزی در سمن‌ها بود. در مطالعه زابلی و سنایی‌نسب نیز نبود برنامه‌ریزی مناسب و درازمدت در کشور در زمینه تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت، یکی از چالش‌ها دانسته شد.^{۲۲}

فقدان برنامه راهبردی هشدار برای کاهش اعتبار اجتماعی سمن‌ها است. چرا که داشتن برنامه نشان از تعهد اعضای هیأت مؤسس و مدیره برای خدمت‌رسانی به گروه هدف است. ضمن این که خود برنامه برای آگاهی از اقدامات آتی سمن‌ها برای تامین کنندگان منابع مالی کمک کننده است.^{۲۳} آگاهی محدود سمن‌ها در مورد نحوه کار در سلامت اجتماعی،

چالش‌های اقتصادی: مشارکت سمن‌ها به تامین مالی مراقبت‌های سلامت بیماران نیازمند و صعب‌العلاج محدود شده است. امکان پوشش کامل هزینه‌ها وجود ندارد و همه هزینه‌ها توسط بیمه پرداخت نمی‌شود. تامین مالی توسط سمن‌ها تحت تاثیر وضعیت اقتصادی ناشی از تحریم‌های اقتصادی قرار دارد و سایر سازمان‌ها نیز از سمن‌ها حمایت مالی کافی نمی‌کنند.

«در شرایط کنونی وجود چالش‌های شدید اقتصادی تا حد قابل توجهی سمن‌ها را دچار مشکل ساخته است.» (مشارکت کننده شماره ۴)

«بیمارانی که برایشون این انجمن‌ها و تشکل‌ها درست شده، اکثریت قریب به اتفاقشون بیمارهای صعب‌العلاجن که خانواده رو از نظر اقتصادی خیلی با چالش مواجه می‌کنن. بیماری‌ها چون مزمن هستند و هزینه‌های گزافی باید برایشون پرداخت بشه. ممکنه که بیمه‌ها همشو پوشش ندن یا اون خانواده تحت پوشش بیمه نباشه، کاملاً خانواده رو از نظر اقتصادی تحت تاثیر قرار می‌ده و حالا با توجه به اولویت‌هایی که ما داریم؛ منابعی که داریم با توجه به این تحریم‌ها هم خیلی سلامت اجتماعی تو اولویت قرار نمی‌گیره.» (مشارکت کننده شماره ۲)

«در حوزه اقتصادی من معتقدم که تمام دستگاه‌ها در چارچوب مسؤلیت اجتماعی که عهده‌دار هستند؛ باید از سمن‌ها حمایت بکنند. یعنی باید در مجموعه خودشان ساختاری را پیش‌بینی کنند که نقش حمایتی از سمن‌ها داشته باشد.» (مشارکت کننده شماره ۶)

چالش‌های اجتماعی فرهنگی: مدیران ارشد باور به تاثیرگذاری حوزه اجتماعی در کارکردهای نظام سلامت باور ندارند و متقابلاً سمن‌ها هم به بخش دولتی اعتماد کافی ندارند و به نقش خود نیز برای ارتقاء سلامت اجتماعی باور ندارند. مشارکت محلی در شهرها وضعیت مطلوبی ندارد. صاحب‌نظران دلیل مشارکت ضعیف در حوزه اجتماعی سلامت را فقدان انگیزه مردم، عدم آموزش مشارکت اجتماعی به عنوان یک وظیفه انسانی و اجتماعی در دوران مدرسه و دانشگاه، تفاوت نیازها و اولویت‌های مردم با دیدگاه مدیران و پژوهشگران عنوان نمودند.

«مهم است که ما باور کنیم آیا حوزه اجتماعی سلامت می‌تواند در کارکردهای نظام سلامتمان اثرگذار باشد؟! طبیعتاً باز این باور هم خیلی قوی نیست. ما الان تو شهرها دچار یک بلاتکلیفی و وضعیت نامطلوبی تو بخش ارائه خدمات سلامت هستیم. نتونستیم اون واحدهای اجتماعی رو که تو خانه‌های بهداشت انجام می‌شده؛ تو شهرها بر اساس اون جمعیت عادلانه تقسیم بکنیم و اینو سپردیم به سیستم ارائه خدمات که عمدتاً نگاه کلینیکی و بالینی دارن.» (مشارکت کننده شماره ۱۱)

در وظایف و اختیارات، نامشخص بودن مسیر و روند ارزشیابی عملکرد، ناهماهنگی در نظام پاداش و تنبیه، وجود روابط مالی غیرشفاف همه از علل بروز تعارض منافع هستند.^{۲۵} بخش‌هایی از حاکمیت و گاه دولت و مجلس، سازمان‌های مردم‌نهاد را تهدیدی برای امنیت خود تلقی می‌کنند. آنها را عوامل بیگانگان می‌خوانند. ارتباطاتشان با سازمان‌های بین‌المللی را با دقت رصد، بودجه این سازمان‌ها را محدود و رویه‌های اداری را برای اموراتشان دشوار و دست و پاگیر می‌سازند. در این بین، گاهی برخی بوروکرات‌ها که در خط مشی‌های جاری یا در حال تصویب، منافع دارند؛ از جو نگرانی امنیتی در جهت تخطئه سمن‌های منتقد، استفاده می‌کنند.^{۱۱}

تمایل اندک دولت‌ها به حوزه سلامت اجتماعی، واهمه از دخالت بخش‌های غیردولتی در بخش‌های دولتی، باور نداشتن دولت‌ها به اشتراک بخشی از قدرت و امکانات با سمن‌ها از چالش‌های سیاستی برای ارتقاء سلامت اجتماعی بود. این نتایج با مطالعه دماری و همکاران^{۲۶} که اذعان داشتند نقش بخش خصوصی و مردم نادیده گرفته شده؛ همخوانی داشت. بدنه دولت در برابر مشارکت سازمان‌های مردم‌نهاد در خط مشی‌گذاری مقاومت دارد؛ آنها را رقیب خود دانسته و گاهی که امکان بیابد؛ برای حضورشان در این فراگرد مانع تراشی می‌کند. عدم تسهیم منابع به‌ویژه اطلاعات، تاکتیک تقابل جویانه دیگری است که در آن اطلاعاتی در مورد یک مسئله خط‌مشی، روند اجرای خط‌مشی یا حتی مسایل در دستور کار دولت و مجلس، به سختی در اختیار سازمان‌های مردم‌نهاد قرار داده می‌شود.^{۱۱} مطالعه دماری و همکاران نشان داد که موانع عملکرد بهینه آنها از یک سو، به توانمندی این سازمان و از سوی دیگر، به موانع بیرونی از جمله نگاه و ارتباط دولت با این بخش مربوط است و رفع این چالش، نیازمند تغییر نگرش و ظرفیت‌سازی بخش دولتی در این جهت است که سمن‌ها رقیب نبوده و به عنوان نماد و منبعی از مشارکت مردم محسوب می‌شوند که می‌توان کارهای مهمی را به آنان سپرد.^{۱۲} علاوه بر این، مشارکت مردم هم در این زمینه کافی نیست. برای این منظور، احساس مؤثر بودن و دخیل بودن در امور بایستی در جامعه وجود داشته باشد. مشارکت مردم فقط یک روند قانونی نیست؛ بلکه عناصر فرهنگی و سیستمی در جامعه را در نظر می‌گیرد. بنابراین در نظر گرفتن وجود رابطه بین نهادها و شهروندان ضروری است.^{۲۷} Srinivas معیارهای اخلاقی و ارزشی را در پاسخگویی سمن‌ها مؤثر می‌داند و ابراز می‌دارد که قوانین بخش، دیدگاه بخش عمومی و رسانه‌های جمعی، دولتی ارزش‌ها و معیارها را شکل می‌دهند. رعایت این ارزش‌ها در سمن‌ها منجر به مشارکت مؤثرتر و بیشتر سمن‌ها با خدمات‌رسانی بهتر، استفاده سازمان‌های دولتی و بین‌المللی بهینه از منابع، مشارکت بیشتر شهروندان در فعالیت سمن‌ها، همکاری با رسانه‌های ارتباط جمعی و عملکرد

آگاهی محدود وزارت بهداشت در مورد فعالیت‌های سمن‌ها و استفاده ناکافی از سمن‌ها در طراحی و اجرای مداخلات از چالش‌های سازماندهی برای ارتقاء سلامت اجتماعی بود. این نتایج با یافته‌های بیدار و قاسمی که نبود سازوکارهای اجرایی مشخص برای استفاده از ظرفیت این نهادها توسط دستگاه‌های اجرایی را یک مانع ذکر نمودند؛ همخوانی داشت. به طوری که علی‌رغم شناسایی وظایف و اختیارات برای این نهادها در قوانین و مقررات مختلف، دستگاه‌های اجرایی الزامی برای استفاده ظرفیت این سمن‌ها ندارند که این مسئله لزوم قانونگذاری را در این حوزه ضروری می‌سازد.^{۲۳} معمولاً سمن‌ها مطلع نیستند که چگونه می‌توانند با نهادهای تصمیم‌گیر ارتباط برقرار کنند. این امر در مجلس، حتی وضع نامناسب‌تری نسبت به دولت دارد و ارتباط دو طرف، عمدتاً بر مبنای روابط شخصی و غیر رسمی برقرار می‌شود. کمیسیون‌های هیأت دولت نیز بنا بر شناخت محدودی که از این سازمان‌ها دارند؛ به صورت موردی به دعوت از آنها برای بحث درباره موضوع خط‌مشی می‌پردازند. البته گاهی همایش‌هایی توسط دستگاه‌های دولتی با مشارکت دو قوه دیگر برگزار می‌شود؛ اما مستمر نیست. در جلسات گفتگوی دو طرف در مراحل مسأله‌یابی، دستور کارگذاری و تدوین خط‌مشی، دولت تلاش می‌کند تا با استدلال و بیان مبنای علمی و تجربی و سابقه موضوع، تعارض دیدگاه‌ها را برطرف کند و به ایجاد زبان مشترک با سازمان‌های مردم‌نهاد کمک کند.^{۱۱}

دامنه محدود فعالیت سمن‌های موجود در حوزه سلامت اجتماعی، تمرکز فعالیت سمن‌ها در بحران‌ها و فعالیت ضعیف در شرایط عادی از چالش‌های عملکردی برای ارتقاء سلامت اجتماعی بود. اگرچه سازمان‌های مردم‌نهاد در حوزه‌های سلامتی از جمله کنترل مصرف دخانیات، پیشگیری از مالاریا، سلامت زنان، تسکین و بهبود سوختگی، کاهش مرگ و میر نوزادان، تهیه تجهیزات، امکانات، دارو و وسایل مورد نیاز پزشکی، بیماریابی و مراقبت سل، امداد و بازسازی در زمان زلزله و پس از آن، مدیریت ارایه خدمات به بیماران سلامت روان در نقاط مختلف جهان فعالیت می‌کنند.^{۱۶} همان‌طور که مطالعه نکویی‌مقدم و همکاران در بررسی نقش مؤسسات خیریه در نظام سلامت و با هدف شناخت مؤسسات خیریه فعال، نحوه مدیریت و تعامل آنها با سایر اجزای نظام سلامت نشان دادند؛ موضوعات بهداشتی در اولویت این مؤسسات نبودند.^{۲۴} وجود تضاد منافع در سازمان‌های دولتی در مشارکت با سمن‌ها یکی دیگر از چالش‌های عملکردی بود. تعارض منافع یا تعارض علایق به وضعیتی اطلاق می‌شود که شخص یا اشخاصی از یک طرف در مقام و مسئولیت مورد اعتماد دیگران قرار می‌گیرند و از طرف دیگر خود دارای منافع شخصی یا گروهی مجزا و در تقابل و تعارض با مسئولیت موردنظر هستند. ناهماهنگی و تفاوت در اهداف، تداخل

سمن‌ها برای خوداتکایی مالی می‌توانند با افزایش درآمد از طریق فروش محصولات و خدمات به دولت و بخش خصوصی، متناسب با چارچوب اساسنامه توانمند شوند. فعالیت‌های کم هزینه و زودبازده با اثرگذاری طولانی مدت و برای جمعیت بیشتر که اغلب فعالیت‌های حمایت طلبی شامل جنبه‌های حقوقی، قانونی و پیشنهاد سیاست را دربرمی‌گیرند؛ انتخاب شود.^{۱۲}

عدم باور مدیران ارشد به اثرگذاری حوزه اجتماعی در کارکردهای نظام سلامت، اعتماد ناکافی سمن‌ها به بخش دولتی، عدم باور سمن‌ها به نقش خود برای ارتقاء سلامت اجتماعی از چالش‌های فرهنگی اجتماعی بود. بخش دولتی برای خروج از حالت بی‌تفاوتی و انفعال فعلی، لازم است که ساز و کارهایی برای تشویق سازمان‌های مردم‌نهادی که در فراگرد خط‌مشی‌گذاری چه در تدوین، چه اجرا و چه نظارت خط‌مشی، فعالیت موثر داشته‌اند؛ اتخاذ کند. همچنین نیاز است که دولت در برابر بخش‌هایی از حاکمیت که مشارکت‌پذیر نیستند؛ در حمایت از این سازمان‌ها به صورت کنشی و فعال وارد مذاکره و چانه‌زنی گردد.^{۱۱}

با توجه به چالش‌های فوق‌الذکر، اجرایی نمودن راهکارهای ذکر شده می‌تواند منجر به بهبود وضعیت موجود گردد. در همین راستا، Ejaz و همکاران اقدام به توسعه الگویی به منظور تقویت نظام‌های سلامت منطبق با نقش سمن‌ها نمودند. بر این اساس، ابتدا شکاف‌ها و کمبودهای بخش دولتی برای دستیابی به اهداف نهایی نظام‌های سلامت شناسایی می‌شوند و در گام بعدی وضعیت دولت، سمن‌ها و اهداکنندگان بررسی می‌شود. سپس معیارهای ارزیابی سمن‌ها شده و در نهایت، سمن‌های سلامت انتخاب و راهبردهای مشارکت سمن‌ها در کارکردهای نظام سلامت تعریف و اجرا می‌شوند.^{۱۳}

این مطالعه محدودیت‌هایی نیز داشت. اگر چه سعی شد حداکثر تنوع در نمونه‌ها در نظر گرفته شود؛ ولی این مطالعه کیفی با نمونه‌های محدودی که به طور هدفمند انتخاب شده بودند؛ انجام شد که امکان تعمیم‌دهی یافته‌های این پژوهش را محدود می‌سازد. به عنوان یکی دیگر از محدودیت‌های مطالعه، جلب همکاری برخی از مشارکت‌کنندگان مشکل بود که با پیگیری مستمر و توجه اهمیت مطالعه تا حدود زیادی این مشکل رفع شد.

پیشنهاد می‌گردد در مطالعات آتی متناسب با چالش‌های ذکر شده، تحلیل ذینفعان صورت گیرد و نقش هر دستگاه اجرایی برای رفع چالش‌ها و استراتژی‌های کاربردی برای ارتقاء سلامت اجتماعی توسط سمن‌ها مشخص گردد. الزامات اجرایی تبیین گردد و ساز و کار نظارتی برای رصد و پیگیری تکالیف محوله تعیین شود تا اصلاح فرآیند موجود منجر به افزایش اثربخشی سازمان‌های مردم‌نهاد به منظور ارتقاء سلامت اجتماعی گردد.

پایدارتر و شفاف‌تر می‌شود.^{۲۸} تغییر سیاست‌ها به دنبال تغییر مدیران یکی دیگر از این چالش‌ها بود. این چالش در مطالعه کبیر و همکاران^{۲۹} و مطالعه حیدری و همکاران^{۳۰} هم به عنوان چالش ذکر شده است. برخلاف بسیاری از کشورهای توسعه یافته که جابجایی مدیران به طور معمول با وقوع تغییرات سیاسی همراه نیست؛ جایگاه مدیران در ایران با هر رویداد سیاسی تزلزل پیدا می‌کند که باعث سردرگمی و تاخیر در اجرای برنامه‌ها می‌شود.^{۳۱}

تأثیر وضعیت اقتصادی کشور بر مشارکت سمن‌ها، تحریم‌های اقتصادی و اولویت نداشتن پوشش هزینه‌های سمن‌ها توسط برخی دولت‌ها از چالش‌های اقتصادی سمن‌ها بود. نتایج مطالعه افضل و همکاران^{۳۲} و مطالعه زابلی و سنایی‌نسب^{۳۳} نیز حاکی از مشکلات اقتصادی و محدودیت منابع مالی به عنوان یکی از چالش‌ها بود. تشکیل و توسعه سازمان‌های مردم‌نهاد در کشورها به شرایط اقتصادی آن کشور بستگی دارد.^{۳۴} به عنوان مثال در کشور هندوستان با افزایش رشد شاخص‌های تولید ناخالص ملی در سال ۲۰۱۸، حمایت سازمان‌های مردم‌نهاد بین‌المللی (طبق گزارش یونسکو) از آموزش در سال ۲۰۱۹ به طور چشمگیری کاهش داشت.^{۳۵}

در ایران طی چند سال اخیر مشکلات مالی فراوانی به علت‌های مختلف از جمله بحث تحریم‌ها و تورم و رکود اقتصادی به وجود آمد که به همین دلایل قیمت کالاها و خدمات مرتبط با بخش سلامت افزایش یافت.^{۳۵} بودجه سمن‌ها از دو طریق بخش خصوصی و بخش عمومی تأمین می‌شود. در بخش خصوصی سمن‌ها علاوه بر دریافت حق عضویت و حق‌السهم هریک از اعضای خود، براساس اساس‌نامه‌اش قادر به پذیرش هدایای نقدی و غیر نقدی است که از طرف افراد به سمن‌ها داده می‌شود. بخش دیگری از این منابع از سوی دولت می‌تواند موجب وابستگی این سازمان‌ها در عمل به دولت گردد و در نتیجه این سازمان‌ها نمی‌توانند فعالیت خود را به‌خصوص در بخش نظارتی به درستی انجام دهند.^{۳۳} حمایت‌های مادی دولت از سمن‌ها، شامل جبران هزینه اجرای پروژه‌ها، آموزش سمن‌ها، در اختیار قرار دادن دفاتری برای فعالیت آنها و معافیت مالیاتی است. البته در حال حاضر فقط سازمان‌های خیریه از مالیات معاف هستند و این معافیت، شامل سازمان‌های مردم‌نهاد دیگر نشده است. دولت در اجرای اموری که خود ناتوان از انجام آن است و برای آن سرمایه اجتماعی لازم را ندارد؛ به خصوص در مشروعیت بخشی به خط‌مشی‌ها، می‌تواند از ظرفیت سازمان‌های مردم‌نهاد بهره‌مند شود.^{۱۱} برای اتخاذ رویکرد صحیح به مسایل مالی می‌توان راهبردهایی را در پیش گرفت. توانمندسازی سمن‌ها در ارتباط با اتخاذ راهبرد داشتن برنامه عملیاتی و جذب منابع مالی چندمرجعی، شامل بخش‌های مختلف دولتی، خصوصی و خیرین (نه فقط یک مرجع مشخص)، در کوتاه مدت این معضل را کاهش می‌دهد.

بخش‌های مختلف دولتی، خصوصی و خیرین کمک شایانی به تقویت آنها برای پیشبرد برنامه‌های ارتقاء سلامت اجتماعی خواهد نمود.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل رساله دکتری آقای سجاد پوریان برای اخذ درجه دکتری تخصصی در رشته سیاستگذاری عمومی از دانشکده علوم سیاسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد آزادشهر بود. نویسندگان لازم می‌دانند از همه مصاحبه‌شوندگان که با مشارکت خود انجام این مطالعه را میسر نمودند؛ تشکر و سپاسگزاری نمایند. بین نویسندگان تضاد منافی وجود ندارد.

References

- Samiee M, Rafiee H, Amini Rarani M, Akbarian M. [The Social health of Iran: from a consensus-based definition to an evidence-based index]. *Journal of Social Problems of Iran*. 2010; 1(2): 31-51. [Article in Persian]
- Sharbatian MH. The Semantic Components Reflecting the link between Social Capital and the Rate Social health of the Benefit of Students of Payam Noor University, Mashhad. *Sociological Studies of Youth*. 2011; 2(5): 149-74.
- Safari K, Mansoorian Ravandi F. [Explaining the relationship between gender identity and social health of young men and women in Tehran]. *Journal of Applied Sociology*. 2014; 25(1): 51-70. doi: 10.22067/jss.v1i1i2.26117. [Article in Persian]
- Hassanpour T, Hosseini M, Ghobadpour H, Sharifi M. [Indicators of Social Health Promotion]. *Iran J Cult Health Promot*. 2021; 5(1): 83-87. [Article in Persian]
- Mousavi T, Shiani MS, Fatemi Nia S, Omid Nia S. [Conceptual expanding of social capital with social health approach]. *Social Welfare Quarterly*. 2015; 15(57): 109-48. [Article in Persian]
- Edrisi A, Sheykhdadzadeh L, Bozorgari M. [Religions rules and institution have huge responsibility in improvig cultural and moral standards of the society]. *Journal of Medical Council of Iran*. 2016; 34(3): 215-32. [Article in Persian]
- Haery SM, Tehrani H, Olyaeimanesh A, Nedjat S. [Factors Influencing the Social Health of Employees of the Ministry of Health and Medical Education in Iran]. *Iran J Health Educ Health Promot*. 2016; 3(4): 311-18. [Article in Persian]
- Rahimi F, Esmaeili M, Nouri A, Mahdavi A. [The investigation social capital with emphasize to non-governmental organization role's in prevention of drug dependency]. *Social Psychology Research*. 2011; 1(4): 45-62. [Article in Persian]
- TolooiMoghadam A, Goldoozian I, Davoodi Garmaroodi H. [The Role of National and International Ngos in the Prevention of Environmental Crimes]. *Environment and Interdisciplinary Development*. 2020; 5(68): 11-28. doi: 10.22034/envj.2020.126252. [Article in Persian]
- Purezzat AA, Khaniki H, Yazdani H, Mokhtari B. [Identification of Government Sector Strategies Regarding to NGOs along Public Policy Process in Iran; Case study: Environment and Natural Resources Area]. *Iranian Journal of Public Policy*. 2017; 3(2): 91-116. doi: 10.22059/ppolicy.2017.62831. [Article in Persian]
- Mohammadi A, Askarzadeh E, Pourahmadi E, Hoseinolhoseini N, Vafaee Nagar A. [Study of the performance of NGOs in financing the cost of treatment for patients in Mashhad University of Medical Sciences]. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences*. 2019; 62(1): 1355-62. doi: 10.22038/mjms.2019.13837. [Article in Persian]

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که علی‌رغم اینکه سمن‌ها می‌توانند نقش بسیار مهمی به‌عنوان واسطه بین مردم و قوای حاکم ایفا کنند؛ ولی اکثر مشارکت‌کنندگان بر نقش ضعیف سازمان‌های مردم‌نهاد در ارتقاء سلامت اجتماعی در ایران تاکید داشتند و آن را ناشی از چالش‌های برنامه‌ریزی، سازماندهی، عملکردی، سیاستی، اقتصادی و فرهنگی اجتماعی دانستند. در این راستا لازم است تدابیر لازم برای اطلاع‌رسانی و جلب مشارکت‌های مردمی در زمینه‌های مختلف و همکاری با ارگان‌های دولتی اتخاذ گردد. توانمندسازی سمن‌ها در ارتباط با داشتن برنامه راهبردی و عملیاتی و جذب منابع مالی از

- Damari B, Heidarnia MA, Rahbari Bonab M. [Role and performance of Iranian NGOs in community health promotion]. *Payesh*. 2014; 13(5): 541-50. [Article in Persian]
- Bromideh AA, Rezaei A, 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. [Article in Persian]
- Damari B, Nasehei A, Vosoogh Moghaddam A. [What should we do for improving Iranian social health? Situational analysis, national strategies and role of ministry of health and medical education]. *SJSPH*. 2013; 11(1): 45-58. [Article in Persian]
- Nikzad J, Motamed H, Mashayekh P, Ghasemi Zad A. [Mechanisms of Role-playing NGOs in Crisis Management (Case Study: Iranian Red Crescent Society)]. *Disaster Prev Manag Know*. 2022; 12(2): 229-41. [Article in Persian]
- Kolivand PH, Kazemi H. [The Role Of Non-Governmental Organization And Charities In The Economic Crisis Of COVID-19]. *NavidNo*. 2022; 24(80): 75-80. doi: 10.22038/nmj.2022.59770.1305. [Article in Persian]
- Rouhi N. [Proposing a model for coordinating humanitarian assistance among Iranian NGOs in natural disasters]. Dissertation. Tehran: School of Health Management and Information Sciences. Iran University of Medical Sciences. 2018. [Persian]
- Etemad K, Heidari A, Panahi M, Lotfi M, Fallah F, Sadeghi S. [Challenges of Access to Data of Ministry of Health from the Perspective of Policy-makers, Producers, and Consumers of Data: A Qualitative Study]. *Iranian Journal of Epidemiology*. 2017; 13(3): 74-182. [Article in Persian]
- Damari B, Heidari A, Rahbari Bonab M, Vosoogh Moghadam A. Designing a toolkit for the assessment of Health in All Policies at a national scale in Iran. *Health Promot Perspect*. 2020 Jul; 10(3): 244-49. doi: 10.34172/hpp.2020.38.
- Nooraie H, Tabibian M, Rezaie N. [The Analysis of Security in Informal Areas with Special Reference to Social Pathologies (Case study: Khaksefid-Tehran)]. *Hoviatshahr*. 2013; 7(13): 11-22. [Article in Persian]
- Khanjankhani Kh, Kiani MM, Mohamadi E, Olyaeimanesh A, Takian A. [An Introductory Remark into the Terminology of Social Problems and the Health System]. *Iran J Cult Health Promot*. 2020; 4(2): 123-30. [Article in Persian]
- Zaboli R, Sanaeinasab H. [The Challenges and Solutions for Action of Social Determinants of Health in Iran: A Qualitative Study]. *Iran J Health Educ Health Promot*. 2014; 2(1): 5-16. [Article in Persian]
- Bidar Z, Ghasemi G. [Role of NGOs in Developing the Right of Health]. *Medical Law Journal*. 2020; 14 (52): 7-26. [Article in

- Persian]
24. Nekoeimokadam M, Amiriyosafi S, Ghorbani Bahabadi Z, Amiresmaili M. [Role of Charities in the Health System: A Qualitative Study]. *Journal of Qualitative Research in Health Sciences*. 2020; 2(1): 1-10. [Article in Persian]
 25. Milanifar A, Akhondi MM, Paykarzadeh P, Larijani B. [Assessing conflict of interest in Iran's health legal system]. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2011; 5(1): 1-16. [Article in Persian]
 26. Damari B, Rostamigooran N, Salarianzadeh M H, Malekafzali S. [Analysis of Intersectoral Collaboration in the Iranian Health System for Implementing Health in all Policies: Challenges and the Way Forward (This Research was Conducted Before the Covid-19 Pandemic)]. *SJSPH*. 2020; 18(1): 1-16. [Article in Persian]
 27. Akhavan Behbahani A, Masoudi Asl I, Hesam S, Najafikhah M. [Challenges for Public Participation in Health Legislation in Iran: A Qualitative Study]. *Archives of Rehabilitation*. 2020; 21(4): 454-69. doi: 10.32598/RJ.21.4.555.2.
 28. Srinivas H. Quick Introduction: NGO Accountability. GDRG Research Output E-109. November 2014. Kobe, Japan: Global Development Research Center.
 29. Kabir MJ, Heidari A, Honarvar MR, Khatirnamani Z, Rafiei N. Challenges in the implementation of an electronic referral system: A qualitative study in the Iranian context. *Int J Health Plann Manage*. 2023 Jan; 38(1): 69-84. doi: 10.1002/hpm.3563.
 30. Heidari A, Arab M, Damari B. A policy analysis of the national phenylketonuria screening program in Iran. *BMC Health Serv Res*. 2021 Feb; 21(1): 120. doi: 10.1186/s12913-021-06116-w.
 31. Heidari A, Arab M, Etemad K, Damari B, Kabir MJ. Challenges of Implementation of the National Phenylketonuria Screening Program in Iran: A Qualitative Study. *Electron Physician*. 2016 Oct; 8(10): 3048-56. doi: 10.19082/3048.
 32. Afzali R, Irankhah A, Momeni H. [Investigating the role of ngo in preventing social injuries. Case study: Tehran]. *Geography and Human Relationships*. 2018; 1(1): 569-92. [Article in Persian]
 33. Rajabi M, Ebrahimi P, Aryankhesal A. [Developing a model for partnership of non-governmental organizations in Iran's health system]. *Journal of Health Administration (JHA)*. 2022; 25(3): 30-49. doi: 10.22034/25.3.30. [Article in Persian]
 34. Varughese S. Response of a Non- Governmental Organisation to COVID-19. *Christian Journal for Global Health*. 2020; 7(4): 14-19. doi: 10.15566/cjgh.v7i4.421
 35. Soofi M, Rashidian A, Aabolhasani F, Akbari Sari A, Bazayr M. [Measuring the Exposure of Households to Catastrophic Healthcare Expenditures in Iran in 2001: the World Health Organization and the World Bank's Approach]. *Journal of Hospital*. 2013; 12(2): 39-50. [Article in Persian]
 36. 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 May; 11: 122. doi: 10.1186/1472-6963-11-122.