مقاله پژوهشی

جلب مشارکت نهادهای محلی در مراکز مجری طرح پزشک خانواده و بیمه روستایی استان‌های شمالی ایران

سیدداود نصرالله‌پور شیروانی[۱]، ناهید جعفری[۲]، محمد نعیمی‌طبیعی[۳]، ابراهیم میکانیکی[۱]، حسن اشرفیان‌امیری[۱]، محمدجواد کبیر[۴*]، حسین رحیمی‌کلامرودی[۵]، بهرام طهماسبی[۶]

۱- مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل ۲- معاونت بهداشت، وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی ۳- معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان ۴- مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان ۵- معاونت بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی گیلان ۶- گروه مدیریت پرستاری، دانشکده پرستاری آمل، دانشگاه علوم پزشکی مازندران

* نویسنده مسؤول: گرگان، خیابان گلها، انتهای گلبرگ یکم، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی، تلفن: ۳۳۶۰۳۳۰- ۰۱۷۱ همراه: ۰۹۱۲۲۹۸۹۶۸۰

پست الکترونیک: Kabirmj63@yahoo.com

دریافت: ۹۲/۱۰/۳۰ پذیرش: ۹۳/۲/۷

چکیده

مقدمه: *با اجرای برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی، جلب مشارکت نهادهای محلی و مردم از طریق تشکیل هیأت امناء و جذب رابط بهداشتی مورد تأکید قرار گرفت. این مطالعه به منظور تعیین میزان جلب مشارکت نهادهای محلی در استان‌های شمالی ایران انجام گرفت.*

روش کار: *این مطالعه از نوع مقطعی بود که در شش ماهه دوم ۱۳۹۱ انجام گرفت. ۲۵٪ مراکز مجری طرح پزشک خانواده و بیمه روستایی در سه استان گلستان، مازندران و گیلان، مجموعاً ۱۳۹ مرکز از ۵۵۲ مرکز مجری به صورت تصادفی سیستماتیک به عنوان نمونه‌های پژوهش انتخاب شدند و در هر مرکز منتخب، میزان جلب مشارکت اعضای نهادهای محلی در دسترس مورد بررسی قرار گرفت. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه محقق ساخته بود که روایی و پایایی آن مورد تأیید قرار گرفت. داده‌ها در SPSS 18 با آزمون‌های مرتبط آماری در سطح معناداری α<۰/۰۵ تحلیل شد.*

یافته‌ها: *از ۱۳۹ مرکز مورد بررسی، ۵۷ مرکز (۴۱٪) نسبت به تشکیل هیأت امناء اقدام کردند که در استان‌های شمالی (با بالاتر بودن آن در استان گلستان) تفاوت معنادار داشت (p=۰/۰۰۱). ۶۱ مرکز (۴۳/۹٪) نسبت به جذب رابط بهداشتی اقدام کردند که در استان‌های شمالی (با بالاتر بودن آن در استان گیلان) تفاوت معنادار داشت (p=۰/۰۰۱). میانگین درخواست مشارکت خانه‌های بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی از اعضای نهادهای محلی در طول شش ماه گذشته جهت مداخله در حل مشکلات مربوط به سلامت به ترتیب ۱/۶±۲/۷ و ۱/۳±۱/۷ بار و جهت تأمین منابع و امکانات مورد نیاز برای اجرای مداخلات سلامت ۱/۳±۱/۸ و ۱/۵±۱/۱ بار و برای شرکت در جلسات رسمی ۱/۷±۳/۱ و ۱/۳±۱/۹ بار بود. میزان درخواست مشارکت خانه‌های بهداشت جهت تأمین منابع (با بالاتر بودن آن در استان مازندران) (p=۰/۰۰۹) و میزان شرکت اعضای نهادهای محلی در جلسات رسمی مرکز بهداشتی درمانی (با بالاتر بودن آن در استان گلستان) در استان‌های شمالی کشور (p=۰/۰۰۵) تفاوت معنادار وجود داشت.*

نتیجه‌گیری: *این مطالعه نشان می‌دهد که درصد زیادی از مراکز مجری نسبت به جلب مشارکت جامعه اقدام نکرده اند. لذا برای گسترش و توسعه جلب مشارکت جامعه در همه مراکز مجری، باید برنامه‌های مداخله‌ای طراحی و اجرا گردد.*

گل‌واژگان: *نهادهای محلی، همکاری برون‌بخشی، مشارکت برون‌بخشی، پزشک خانواده، بیمه روستایی*

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-08-23]

مقدمه

مشارکت یک حرکت آگاهانه، فعال، آزاد و با مسؤولیت است که برای تثبیت امور جامعه ضروری است. امروزه در نظریه‌های توسعه، مشارکت اجتماعی را یکی از شاخص‌های توسعه می‌دانند (۱). مشارکت اجتماعی در بردارنده انواع کنش‌های فردی و گروهی به منظور دخالت در تعیین سرنوشت خود و جامعه و تأثیر نهادن بر فرآیندهای تصمیم‌گیری درباره امور عمومی است. مشارکت اجتماعی دلالت بر گسترش روابط بین گروهی در قالب انجمن‌های داوطلبانه، باشگاه‌ها، اتحادیه‌ها و گروه‌هایی دارد که به طور معمول خصلتی محلی و غیردولتی دارند که از طریق آن‌ها اعضای یک جامعه در امور محله، شهر و روستا شرکت کرده و به صورت مستقیم یا غیرمستقیم در شکل دادن حیات اجتماعی مشارکت دارند (۲). مشارکت اجتماعی به عنوان یکی از تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت بر کاهش میرایی، مصرف الکل، اختلالات روانی و استرس مؤثر بوده است (۶-۳). مطالعات نشان می‌دهد در جوامعی که مشارکت اجتماعی بالایی دارند، میزان ارتکاب جرم پایین‌تر بوده و با بالا رفتن آن کیفیت زندگی افراد افزایش می‌یابد (۷ و ۸). با اعتقاد بر اثربخشی مشارکت اجتماعی در ارتقای سلامت جامعه، اقدامات گسترده‌ای در سطح بین‌المللی و ملی به عمل آمده است. اعلامیه جهانی آلماآتا در خصوص مراقبت‌های اولیه سلامت (Primary Health Care /P.H.C) که در سال ۱۹۷۸ به کلیه کشورهای عضو سازمان جهانی بهداشت ابلاغ گردید حاوی چهار استراتژی است که دو تای آن جلب مشارکت مردمی و هماهنگی بین‌بخشی می‌باشد (۹). در کشور ما با ایجاد نظام شبکه بهداشت و درمان شهرستان و گسترش خانه‌های بهداشت و مرکز بهداشتی درمانی، گامی در جهت تحقق دو استراتژی مذکور برداشته شد. طرح رابطین بهداشتی با هدف جلب مشارکت زنان در زمینه بهداشت مادر و کودک، تغذیه، تنظیم خانواده و بهداشت محیط ابتدا در سال ۱۳۷۰ در یکی از مراکز بهداشتی درمانی جنوب شهر تهران پایلوت شد که با نتیجه‌گیری از اثربخشی آن مقرر گردید تا سال ۱۳۷۲ هر استانی طرح فوق را در یکی از مراکز بهداشتی درمانی اجرا نماید (۱۰). موفقیت مشارکت رابطین بهداشتی به تدریج منجر به گسترش اجرای طرح در بسیاری از مراکز بهداشتی درمانی شهری شد. پروژه چتر مراقبت‌های بهداشتی اولیه که در طول سال‌های ۷۶ -۱۳۷۴ توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با همکاری سازمان جهانی بهداشت در سه دانشگاه علوم پزشکی زنجان، اصفهان و ارومیه اجرا گردید، دارای نه هدف بود که دو تای آن‌ها توسعه مشارکت جامعه و مشارکت بین‌بخشی بود (۱۱). نتایج پروژه فوق، مبداء ایجاد گروه پزشکی اجتماعی در کلیه دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور شد. معاونت تحقیقات و فن‌آوری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۷۹ ایده تأسیس پایگاه تحقیقات جمعیت را با هدف جلب مشارکت مردم، سازمان‌های مردم نهاد (NGO) و افراد خیر داخل و خارج، جهت ارتقای سلامت جامعه به دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور ابلاغ کرد که به تدریج با عملیاتی شدن و گسترش فعالیت‌های آن در تعداد زیادی از دانشگاه‌های علوم پزشکی، امکان اخذ مجوز مراکز تحقیقاتی با عنوان عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت یا مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی فراهم گردید (۱۲).

مطالعات زیادی نشان می‌دهند که مشارکت مردم و نهادهای محلی در ارتقای سلامت مؤثر بوده است. در مطالعه خدیوی و همکاران با مشارکت تیم توسعه فرخ‌شهر استان چهارمحال و بختیاری در سال ۱۳۸۳ با روش ارزیابی سریع[1]، ۴۰ مشکل مردم شناسایی و در نه گروه شامل: مشکلات سالمندان، فرهنگی هنری، عمرانی، ورزشی، زنان، بهداشت روان، جوانان، امنیت اجتماعی و مشکلات اشتغال طبقه‌بندی شد و در مرحله بعدی ۲۰ مشکل به عنوان اولویت‌های اول تا بیستم تعیین و مقرر گردید با در نظر گرفتن عوامل محیطی، اقتصادی، اجتماعی، ساختار نهادها و مؤسسات منطقه و همچنین شناسایی عوامل کند کننده و مانع شونده و شرایط زندگی و معیشتی گروه‌های مختلف مردم و استفاده بهینه از ظرفیت‌های محلی و مشارکت جمعی به تدریج نسبت به حل مشکلات دارای اولویت بالا اقدام گردد (۱۳). محمدی و همکاران در مطالعه مداخله‌ای با عنوان تأثیر مشارکت رابطین بهداشتی بر چگونگی بکارگیری رژیم غذایی و دارویی در مبتلایان به پرفشاری خون، ۱۸۴ نفر بیمار مبتلا به پرفشاری خون (۹۲ نفر در گروه مورد و ۹۲ نفر در گروه شاهد) تحت پوشش رابطین محدوده ستاد پنج منطقه غرب تهران را مورد بررسی قرار دادند و نتیجه گرفتند که چگونگی بکارگیری رژیم غذایی و دارویی در قبل و بعد از مشارکت رابطین بهداشتی با ایجاد بهبودی و اصلاح رژیم، اختلاف معنادار نشان داد (p= ۰/۰۰۰) (۱۴). بوالهری و همکاران در مطالعه مداخله‌ای خود که ساکنان سه محله ۱۱، ۱۶و ۱۸ منطقه شش شهر تهران را به عنوان جمعیت مطالعه انتخاب کردند و ۲۰ داوطلب (به عنوان رابط بهداشت روان)، شش کارشناس ارشد

[1] Rapid appraisal

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-08-23]

روان‌شناسی بالینی یا مشاور، سه روان‌پزشک و ۱۵ پزشک متخصص غیر روان‌پزشک ساکن منطقه را به مشارکت گرفتند گزارش کردند که رابطان بهداشت روان شهری پس از آموزش به شناسایی بیماران محله پرداخته‌اند و آن‌ها را به مراکز مشاوره، پزشکان متخصص و بیمارستان محلی ارجاع داده‌اند. در نتیجه‌گیری مطالعه عنوان شده است که آموزش مفاهیم بهداشت روان و درگیری رابطان و پزشکان متخصص در یک الگوی مشارکتی در محله‌ها، می‌تواند روش مؤثری برای ارایه خدمات مراقبت‌های بهداشت روان اولیه در شهرهای بزرگ باشد (۱۵).

برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی که از سال ۱۳۸۴ در مناطق روستایی و شهرهای کمتر از ۲۰۰۰۰ نفر اجرا گردید، با الزامی نمودن تشکیل هیأت امناء، و جلب مشارکت نهادهای محلی مورد توجه ویژه قرار گرفت. ترکیب اعضای پیشنهادی هیأت امناء شامل: دهیار، ۱ یا ۲ نفر نماینده شورای اسلامی روستا، مدیر یا معلم مدرسه روستا، ۲ نفر از معتمدین روستا، ۱ نفر نماینده شورای حل اختلاف دادگستری (در صورت وجود)، ۱ نفر بهورز و ۱ نفر پزشک روستا می‌باشد. انتظارات عمده از هیأت امنای روستا مواردی از قبیل: برگزاری نشست‌های جمعی با مردم روستا به منظور اطلاع‌رسانی و آموزش برنامه بیمه روستایی توسط پزشک و مسؤولین شبکه شهرستان، هماهنگی با بخشدار، فرماندار و اطلاع‌رسانی به آن‌ها در مورد وضعیت ساختار جمعیت و شاخص‌های سلامت منطقه توسط پزشک، و جلب مشارکت‌های مردمی در مواردی که مشکلات اجرایی ایجاد شده است مثل تهیه مکان مناسب برای بیتوته پزشک و پرسنل و... ذکر شده است (۱۶). این مطالعه با توجه به گذشت بیش از هفت سال از اجرای برنامه به منظور تعیین میزان جلب مشارکت و همکاری نهادهای محلی در مراکز مجری برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی در استان‌های شمالی ایران انجام گرفت.

روش کار

این مطالعه از نوع توصیفی- تحلیلی و میدانی بود که به صورت مقطعی در نیمسال دوم ۱۳۹۱ انجام گرفت. محیط پژوهش مراکز بهداشتی درمانی روستایی یا شهری روستایی مجری برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی در مناطق روستایی و شهرهای کمتر از ۲۰ هزار نفر در سه استان گلستان (با ۱۴ شهرستان)، مازندران (با ۱۷ شهرستان) و گیلان (با ۱۶ شهرستان) بود. برای نمونه‌گیری، با توجه به برآورد (p=۰/۷، d=۰/۰۸ و ضریب اطمینان ۹۵٪)، ۱۴۲ مرکز (حدوداً ۲۵٪ مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه در هر استان) برآورد شد. برای انتخاب مراکز، ابتدا نام مراکز بهداشتی درمانی روستایی یا شهری روستایی مجری برنامه مستقر در شهرستان‌های هر استان از غرب به شرق فهرست گردید و بعد به روش تصادفی منظم، ۴۲ مرکز بهداشتی درمانی از استان گلستان، ۵۵ مرکز بهداشتی درمانی از استان مازندران و ۴۲ مرکز بهداشتی درمانی از استان گیلان، مجموعاً ۱۳۹ مرکز از کل ۵۵۲ مرکز مجری در ۴۷ شهرستان به عنوان نمونه پژوهش مشخص شدند. با مراجعه به مراکز منتخب و مصاحبه با پزشک خانواده و سایر اعضای تیم سلامت و همچنین مشاهده مستندات موجود، عملکرد مرکز در خصوص سوابق تشکیل و فعال‌سازی هیأت امناء و جلب مشارکت‌های مردمی مورد بررسی قرار گرفت و در ادامه آن در منطقه استقرار مرکز منتخب، اعضای در دسترس هر نهاد محلی (در صورت موجود بودن) شامل: شورای حل اختلاف، شورای اسلامی، شورای بهداشتی، دهیار، مدیر و معلم بومی ساکن در خصوص میزان درخواست مشارکت خانه بهداشت و مرکز بهداشتی درمانی در اجرای برنامه‌ها یا حل مشکلات سلامت منطقه به روش مصاحبه ساختار یافته مورد مطالعه قرار گرفتند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها، دو پرسشنامه محقق ساخته بود. پرسشنامه اول برای بررسی سوابق تشکیل و فعال‌سازی هیأت امناء و جلب مشارکت‌های مردمی در مرکز منتخب حاوی دو بخش شامل: ۱- متغیرهای سازمانی (با ۸ سؤال)، ۲- سوابق تشکیل هیأت امناء و جلب مشارکت‌های مردمی (با ۹ سؤال) بود؛ پرسشنامه دوم برای بررسی میزان درخواست مشارکت از اعضای نهادهای محلی حاوی سه بخش شامل: ۱- متغیرهای فردی (با ۹ سؤال)، ۲- میزان درخواست مشارکت خانه بهداشت از اعضای نهادهای محلی (با ۳ سؤال) و ۳- میزان درخواست مشارکت مرکز بهداشتی درمانی از اعضای نهادهای محلی (با ۳ سؤال) بود که روایی آن با استناد به دستورعمل کشوری (۱۶) و اعمال نظر چهار نفر از مدیران اجرایی و سه نفر از اساتید گروه پزشکی اجتماعی به شکل صوری به تأیید خبرگان رسید و پایایی آن هم با آزمون کرونباخ ۸۱٪ تعیین شد. سؤالات بخش‌های ۱ و ۲ پرسشنامه اول و همین طور سؤالات بخش‌های ۱، ۲ و ۳ پرسشنامه دوم از نوع بسته و باز بودند که پاسخ سؤالات بسته با کدگذاری و پاسخ کمی و عددی سؤالات باز به همان شکل وارد نرم‌افزار اکسل شد. داده‌های جمع‌آوری شده با آزمون‌های کِندالز برای تعیین همبستگی بین متغیرهای رتبه‌ای، با آزمون‌های من‌ویتنی و کروسکال والیس برای مقایسه میانگین‌ها و مجذور کای‌دو برای متغیرهای کیفی در نرم‌افزار SPSS18 در سطح معناداری $\alpha<۰/۰۵$ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-08-23]

نتایج

از ۱۳۹ مرکز مورد بررسی، ۵۷ مرکز (۴۱٪) نسبت بـه تشـکیل هیأت امناء اقدام نمودند که در زمان مطالعه، ۹۸٪ هیـأت امنـای تشکیل شده در مراکز فعال بودند. ترکیب اعضای هیـأت امنـای تشکیل شده در ۳۲ مرکز (۵۶/۱٪)، کامل و برابر بـا دسـتورعمل کشوری، در ۲۴ مرکز (۴۲/۱٪) تا حدودی مشابه و در یک مرکـز (۱/۸٪) ناقص و متفاوت با دستورعمل کشـوری بـود. جـدول ۱، فراوانی هیأت امنای تشـکیل شـده و کارکردهـای آن (میـانگین جلسات تشکیل شده هیـأت امنـاء در مراکـز برخـوردار در طـول شش ماه گذشته و اقدامات انجام شده بـا مسـاعدت و مشـارکت هیأت امناء از بدو فعالیت تـا زمـان مطالعـه) را نشـان مـی‌دهـد. همانگونه که در جدول ۱ آمده است، میانگین اقدامات انجام شده با مساعدت و مشارکت هیأت امناء از بدو فعالیت تا زمان مطالعـه در سه مورد نشان داده شده است؛ در هفت مرکز (۱۲/۳٪) دارای هیأت امناء، هیچ سابقه‌ای (مستندات) از فعالیت یا اقدامات انجـام شده با مشارکت هیأت امنـاء جهـت حـل مشـکلات یـا اجـرای برنامـه‌هـای مـرتبط بـا سـلامت وجـود نداشـت و در ۵۰ مرکـز (۸۷/۷٪) دیگر از حداقل یک مورد تا حداکثر ۱۴ مورد متفاوت بود.

۶۱ مرکز (۴۳/۹٪) نسبت به جذب رابط بهداشتی اقدام نمودنـد که تعداد رابطین جذب شده از یک نفر تا ۷۱ نفـر متغیـر بـود. از کل ۱۰۱۲ نفر رابط بهداشتی جذب شده در ۶۱ مرکـز، ۹۹۵ نفـر (۹۸٪) زن و مابقی مرد بودند. از ۱۰۱۲ نفر رابط بهداشتی جـذب شده و آموزش دیده، ۹۲۶ نفر (۹۱/۵٪) در زمـان مطالعـه فعـال بودند. جدول ۲، فراوانی جذب رابط بهداشـتی را در اسـتان‌هـای مورد مطالعه نشان می‌دهد.

جدول ۱- فراوانی هیأت امنای تشکیل شده و کارکردهـای آن در مراکـز مجـری برنامـه پزشـک خـانواده و بیمـه روسـتایی در اسـتان‌هـای شمالی ایران- ۱۳۹۱

استان	تعداد مراکز مورد بررسی	مراکز دارای هیات امناء		میانگین جلسات تشکیل شده امناء	میانگین تعداد اقدامات انجام شده
		تعداد	درصد		
مازندران	۵۵	۱۵	۲۷/۳	۲/۲±۱/۴	۳/۳±۱/۸
گیلان	۴۲	۱۴	۳۳/۳	۳/۲±۱/۷	۲/۹ ±۱/۷
گلستان	۴۲	۲۸	۶۶/۷	۴/۳±۲/۰	۲/۹±۱/۷
جمع	۱۳۹	۵۷	۴۱	۳/۵ ±۱/۸	۳±۱/۷
p		۰/۰۰۱		۰/۱۳۹	۰/۶۹۰

جدول ۲- فراوانی جذب رابط بهداشتی در مراکز مجری برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی در استان‌های شمالی ایران- ۱۳۹۱

استان	تعداد مراکز مورد بررسی	مراکزی که نسبت به جذب رابط بهداشتی اقدام نمودند		میانگین رابط بهداشتی جذب شده در بین مراکز اقدام شده	میانگین رابط بهداشتی جذب شده در بین کل مراکز مورد مطالعه
		تعداد	درصد		
مازندران	۵۵	۲۷	۴۹/۱	۱۵/۹±۳/۹	۷/۸±۲/۷
گیلان	۴۲	۲۷	۶۴/۳	۱۷/۳±۴/۱	۱۱/۱±۳/۳
گلستان	۴۲	۷	۱۶/۷	۱۴/۶±۳/۸	۲/۷±۱/۶
جمع	۱۳۹	۶۱	۴۳/۹	۱۶/۳±۴/۰	۷/۲±۲/۶
p		۰/۰۰۱		۰/۱۳۸	۰/۰۰۸

در قسـمت دوم مطالعـه، از ۶۰۱ عضـو نهادهـای محلـی در دسترس در خصوص میزان مشارکت در اجرای برنامه‌های سلامت و یا حل مشکلات مرتبط با آن مصاحبه حضوری به عمـل آمـد. مشخصات دموگرافیک این اعضا در جدول ۳ ارایـه شـده اسـت. میانگین مراجعه اعضای نهادهای محلی در شش ماه گذشـته بـه خانه‌های بهداشت ۵/۷±۲/۳ بار و بـه مراکـز بهداشـتی درمـانی ۳/۸±۱/۹ بار بود که ۵۰٪ مراجعه به خانه‌هـای بهداشـت و ۵۲٪ مراجعه به مراکز بهداشتی درمانی برای پیگیری و حل مشـکلات سلامت منطقه و مابقی برای دریافت خدمات سلامت بـود. بـین میزان مراجعه اعضای نهادهای محلـی بـه خانـه‌هـای بهداشـت (p=۰/۰۲۲) و به مراکز بهداشتی درمانی (p=۰/۰۱۷) (بـا بـالاتر بودن آن در استان مازندران) در استان‌های شمالی کشـور تفـاوت معنادار وجود داشت. جدول ۴ و ۵ میانگین درخواسـت مشـارکت خانه‌های بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی از اعضای نهادهـای محلی و همچنین میانگین شرکت اعضـای نهادهـای محلـی در جلسات رسمی خانه‌های بهداشتی و مراکز بهداشتی درمانی را به تفکیک اسـتان و افـراد مـورد مطالعـه نشـان مـی‌دهـد. میـزان درخواست مشارکت خانه‌های بهداشت و مراکز بهداشـتی درمـانی مجری (به جز درخواست مرکز برای تأمین منابع (p=۰/۰۶۶) بـا عضویت اعضای نهادهای محلی در هیأت امنای روستا (با بـالاتر بودن درخواست مشارکت از اعضای عضـو هیـأت امنـاء) تفـاوت معنـادار وجـود داشـت (p=۰/۰۰۱)، (p=۰/۰۰۱)، (p=۰/۰۳۱). میزان درخواست مشارکت خانه‌های بهداشت و مراکـز بهداشـتی درمانی مجری در همه موارد با جنس اعضای نهادهای محلی (با بالاتر بودن آن از مردان) تفاوت معنادار وجود داشـت (p=۰/۰۰۱). میزان درخواست مشارکت خانه‌های بهداشت و مراکـز بهداشـتی درمانی مجری در هیچ کدام از موارد با سن، تحصیلات و وضـعیت تأهل اعضای نهادهای محلی تفاوت معنادار نشان نداد (p>۰/۰۵).

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-08-23]

جدول ۳- مشخصات دموگرافیک اعضای نهادهای محلی مورد مطالعه در مراکز مجری برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی در استان‌های شمالی ایران- ۱۳۹۱

مشخصات دموگرافیک	تعداد	درصد	مشخصات دموگرافیک	تعداد	درصد
جنس			**عضو هیأت امناء مرکز**		
مرد	۵۱۹	۸۴/۴	بودند	۹۷	۱۶/۱
زن	۸۲	۱۳/۶	نبودند	۵۰۴	۸۳/۹
تأهل			**سطح تحصیلات**		
مجرد	۲۴	۴	تا پنجم ابتدایی	۳۷	۶/۲
متأهل	۵۷۷	۹۶	دوره راهنمایی	۶۶	۱۱/۱
عضویت در نوع نهاد محلی			دبیرستان	۲۱	۳/۵
شورای حل اختلاف	۵۳	۸/۸	دیپلم	۱۸۹	۳۱/۸
دهیار	۱۵۶	۲۶	دانشگاهی	۲۸۲	۴۷/۴
شورای اسلامی	۱۶۲	۲۷	**شغل**		
شورای بهداشتی	۸۱	۱۳/۵	کارمند	۲۰۰	۳۴/۴
مدیر بومی	۵۶	۹/۳	کشاورز	۱۴۴	۲۴/۷
معلم بومی	۹۲	۱۵/۲	کارگر	۱۷	۲/۹
			سایر	۲۲۱	۳۸

جدول ۴- میانگین درخواست مشارکت خانه‌های بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی در استان‌های شمالی از اعضای نهادهای محلی در طول شش ماه گذشته و همچنین میانگین شرکت اعضای نهادهای محلی در جلسات رسمی خانه‌های بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی مجری به تفکیک استان

نوع جلب درخواست مشارکت	میانگین درخواست مشارکت خانه‌های بهداشت		میانگین درخواست مشارکت مراکز بهداشتی درمانی مجری		میانگین شرکت اعضای نهادهای محلی در جلسات رسمی	
استان	جهت مداخله در حل مشکلات مربوط به سلامت	جهت تأمین منابع و امکانات مورد نیاز برای اجرای مداخلات سلامت	جهت مداخله در حل مشکلات مربوط به سلامت	جهت تأمین منابع و امکانات مورد نیاز برای اجرای مداخلات سلامت	خانه‌های بهداشت	مراکز بهداشتی درمانی مجری
مازندران	۲/۵±۱/۵	۲±۱/۴	۱/۶±۱/۲	۱/۳±۱/۱	۴/۶±۲/۱	۲/۶±۱/۶
گیلان	۲/۸±۱/۶	۱/۷±۱/۳	۱/۹±۱/۳	۱/۱±۱/۰	۷/۷±۲/۷	۲/۴±۱/۵
گلستان	۲/۷±۱/۶	۱/۶±۱/۲	۱/۶±۱/۲	۱±۱/۰	۵/۴±۲/۳	۳/۷±۱/۹
جمع	۲/۷±۱/۶	۱/۸±۱/۳	۱/۷±۱/۳	۱/۱±۱/۰	۳/۱±۱/۷	۱/۹±۱/۳
p	۰/۱۷۹	۰/۰۰۹	۰/۲۷۸	۰/۱۶۱	۰/۱۰۵	۰/۰۰۵

جدول ۵- میانگین درخواست مشارکت خانه های بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی در استان های شمالی از اعضای نهادهای محلی در طول شش ماه گذشته و همچنین میانگین شرکت اعضای نهادهای محلی در جلسات رسمی خانه‌های بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی مجری به تفکیک نوع عضویت افراد مورد مطالعه

واحد درخواست کننده و نوع درخواست / از	شورای حل اختلاف	دهیار	شورای اسلامی	شورای بهداشتی	مدیر بومی ساکن	معلم بومی ساکن	p
خانه‌های بهداشت							
جهت مداخله	۲/۳±۱/۵	۳/۲±۱/۷	۲/۸±۱/۶	۳/۳±۱/۸	۲/۱±۱/۴	۱/۴±۱/۱	۰/۰۰۱
جهت تأمین منابع	۱/۵±۱/۲	۲/۱±۱/۴	۲/۱±۱/۴	۲±۱/۴	۱/۲±۱/۰	۰/۹±۰/۹	۰/۰۰۱
مراکز مجری							
جهت مداخله	۱/۲±۱/۰	۲/۱±۱/۴	۲±۱/۴	۱/۸±۱/۳	۱/۳±۱/۱	۰/۸±۰/۸	۰/۰۰۱
جهت تأمین منابع	۱/۱±۱/۰	۱/۵±۱/۲	۱/۳±۱/۱	۱/۱±۱/۰	۰/۸±۰/۸	۰/۴±۰/۶	۰/۰۰۱
شرکت در جلسات رسمی							
خانه‌های بهداشت	۹/۵±۳/۰	۸/۶±۲/۹	۶±۲/۴	۷/۴±۲/۷	۱/۹±۱/۳	۱/۳±۱/۱	۰/۰۰۱
مرکز بهداشتی درمانی	۲/۴±۱/۵	۲/۹±۱/۷	۲/۹±۱/۷	۳/۲±۱/۷	۰/۸±۰/۸	۰/۴±۰/۶	۰/۰۰۱

بحث

تقریباً در همه جوامع، نهادهای محلی و مردم بیش از پیش توقع دارند در تصمیم‌گیری‌های مهم که بر زندگی‌شان اثر می‌گذارد، به آن‌ها فرصت ابراز وجود داده شود. این ابراز وجود ممکن است مسایلی از قبیل تخصیص منابع، سازمان‌دهی و اعمال مقررات بر مراقبت سلامت تا همکاری در ارایه خدمات را شامل شود (۱۷). مشارکت مردم و اتکا به خود[2] که از مهم‌ترین این اصول می‌باشد، بدین معنی است که بدون همکاری و علاقه مردم به تأمین و توسعه خدمات هیچ گونه موفقیتی برای آن پیش‌بینی نمی‌شود (۱۸). همکاری برون‌بخشی و جلب مشارکت جامعه یکی از وظایف پنج گانه پزشک خانواده می‌باشد (۱۹). تشکیل هیأت امنای روستا و جذب افراد داوطلب در برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی گام مهمی برای تقویت و توسعه مشارکت جامعه خواهد بود. یافته پژوهش حاضر نشان می‌دهد که نزدیک به نیمی از مراکز مجری نسبت به تشکیل هیأت امناء

[2] Community Participation

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-08-23]

اقدام کردند که با مطالعه نصرالله‌پور شیروانی و همکاران (۲۰) همخوانی دارد ولی نسبت به مطالعه چمن و همکاران کمی پایین‌تر است (۲۱) که ممکن است به سطح فعالیت‌های ستادی مرکز بهداشت شهرستان یا تیم سلامت مراکز مجری یا به خصوصیات فرهنگی و اجتماعی جامعه مربوط باشد. اگرچه تشکیل صرف هیأت امناء یک قدم رو به جلو و لازم است، تا ایجاد پویایی و رسیدن به عملکرد مطلوب نیازمند به پیگیری‌های مستمر تیم سلامت خصوصاً پزشک خانواده خواهد بود. در پژوهش حاضر حدود ۹۰٪ مراکز دارای هیأت امناء، سابقه انجام اقدامات خاص در راستای سلامت را داشتند که نسبت به مطالعه چمن و همکاران بالاتر می‌باشد (۲۱)؛ بالاتر بودن سابقه فعالیت هیأت امناء در پژوهش حاضر ممکن است به زمان انجام مطالعه و قدمت اجرای برنامه پزشک خانواده مربوط باشد. یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد درخواست مشارکت خانه‌های بهداشت از اعضای نهادهای محلی بیشتر از مراکز بهداشتی درمانی می‌باشد. بالاتر بودن میزان فوق می‌تواند چند دلیل داشته باشد: ممکن است بالاتر بودن درخواست مشارکت از طرف خانه‌های بهداشت قسمتی مربوط به پیگیری پزشک و کارشناسان و کاردانان مرکز باشد که حل مشکلات سلامت روستاهای تحت پوشش خانه‌های بهداشت را از طریق بهورزان پیگیری می‌نمایند؛ دلیل دیگر ممکن است به بومی بودن یا پایدار ماندن بهورزان در محل خدمت خود مربوط باشد که به علت سابقه کار طولانی‌تر در روستا، ارتباطات نزدیک‌تر و صمیمانه‌تری با اعضای نهادهای محلی دارند و به همین خاطر می‌توانند از ظرفیت‌های موجود محلی بهره‌برداری بیشتری نمایند.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که درخواست مشارکت از اعضای نهادهای محلی با عضویت در هیأت امنای روستا (با بالاتر بودن درخواست مشارکت از اعضای عضو هیأت امنای روستا) تفاوت معناداری دارد که این می‌تواند اثربخشی تشکیل هیأت امنای روستا را تأیید نماید. براساس یافته فوق دلیل کافی به وجود می‌آید که تشکیل هیأت امنای روستا در سایر مراکز، مورد تأکید و پیگیری بیشتری قرار گیرد.

مطالعه حاضر نشان می‌دهد که جذب رابط بهداشتی که قبلاً فقط در سطح مراکز بهداشتی درمانی شهری انجام می‌گرفت (۱۰)، با اجرای برنامه پزشک خانواده به مراکز بهداشتی درمانی روستایی هم تسری یافته که برای جذب آن در همه مراکز و افزایش تعداد نیروهای داوطلب متناسب با تعداد جمعیت تحت پوشش، باید اقدامات گسترده‌تری انجام گیرد. درصد مراکزی که نسبت به جذب رابط اقدام نمودند کمی بیشتر از مطالعه چمن و همکاران (۲۱) و مطالعه نصرالله‌پور شیروانی و همکاران (۲۲) می‌باشد که این بالاتر بودن می‌تواند به زمان مطالعه و قدمت اجرای برنامه پزشک خانواده مربوط باشد و از طرف دیگر می‌تواند نشان دهنده ادامه تلاش‌های تیم سلامت برای افزایش جلب مشارکت و گسترش استقبال مردم باشد.

یکی از یافته‌های مطالعه حاضر، تفاوت معنادار تشکیل هیأت امناء و جذب رابط بهداشتی در استان‌های مورد مطالعه می‌باشد که این تفاوت معنادار می‌تواند به خصوصیات اجتماعی و اقتصادی منطقه یا میزان علاقه‌مندی و تمایلات جمعی و توانمندی مالی مردم برای مشارکت در برنامه‌های سلامت، سطح نیازهای منطقه و تیم سلامت به مشارکت جامعه و همچنین به برنامه‌های مداخله‌ای مدیران و کارشناسان ستادی شبکه بهداشت و درمان شهرستان‌ها و میزان پیگیری‌های آنان مربوط باشد. مطالعه حاضر، تفاوت معنادار درخواست مشارکت خانه‌های بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی از اعضای نهادهای محلی با بالاتر بودن درخواست از دهیاران و اعضای شورای اسلامی را نشان می‌دهد که این تفاوت شاید به خاطر این باشد که دهیاران و اعضای شورای اسلامی نقش و وظایف قانونی تعریف شده‌ای را برای مشارکت در عمران و آبادانی و بهسازی روستا دارند و از اعتبارات مالی بیشتری هم برای مساعدت برخوردارند.

یکی از یافته‌های مطالعه حاضر، تفاوت معنادار درخواست مشارکت خانه‌های بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی با جنس اعضای نهادهای محلی می‌باشد که این وضعیت احتمالاً به مسایل فرهنگی و اجتماعی کشور مربوط می‌باشد که معمولاً مشارکت زنان در تصمیم‌گیری‌ها کمتر از مردان است ولی در همکاری برای ارایه خدمات سلامت نقش زنان بسیار بیشتر از مردان می‌باشد (۱۰). در این مطالعه هم نشان داده شده است که از بین کل رابطین جذب شده، ۹۸٪ زنان بوده‌اند.

نتیجه‌گیری

این مطالعه نشان می‌دهد درصد زیادی از مراکز مجری نسبت به جلب مشارکت جامعه اقدام نکردند و در مراکز مجری که در این راستا اقدام کردند پراکندگی فعالیت‌های انجام شده زیاد بود. لذا برای گسترش و توسعه جلب مشارکت جامعه به منظور اعتلای برنامه‌های سلامت در سطح اول پیشنهاد می‌گردد:

- کارشناس جلب مشارکت‌های مردمی شاغل در شبکه بهداشت و درمان هر شهرستان دلایل عدم جلب مشارکت و یا جلب ناکافی مشارکت جامعه توسط پزشکان خانواده و سایر اعضای

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-08-23]

تیم سلامت در سطح اول را بررسی نماید. – کارشناس جلب مشارکت‌های مردمی بر اساس نتایج حاصله با هم‌اندیشی مدیران و کارشناسان شبکه بهداشت و درمان شهرستان‌ها راهکارهای گسترش و توسعه جلب مشارکت جامعه را بر حسب شرایط شهرستان بررسی کند و راهکارهای مؤثرتر را عملیاتی نماید. – برنامه آموزشی در خصوص چگونگی گسترش و توسعه جلب مشارکت جامعه و اهمیت و ضرورت آن برای پزشکان خانواده و سایر اعضای تیم سلامت سطح اول برگزار گردد. – پزشکان خانواده و تعدادی از اعضای تیم سلامت که در راستای گسترش و توسعه جلب مشارکت جامعه عملکرد برتری دارند مورد تشویق قرارگیرند. – هر چند وقت یک بار در جلسات ستادی شهرستان از پزشکان خانواده یا یکی از اعضای تیم سلامت که در این امور عملکرد برتری دارند، دعوت گردد که تجارب موفق خود را در اختیار سایر مراکز قرار دهند.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی گلستان و معاونت تحقیقات و فن‌آوری دانشگاه علوم پزشکی بابل به جهت حمایت مالی، از معاونت بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی بابل، گلستان، مازندران و گیلان و همچنین از رؤسای شبکه بهداشت و درمان شهرستان‌های تحت پوشش و مسؤولین واحد گسترش شبکه به خاطر مساعدت در اجرای طرح و از خانم‌ها: حمیده رمضانی، مریم رضایی، نیره محمدزاده، فهیمه ذبیحی و محبوبه محمدی و آقایان رحیم ملک‌زاده و جواد حبیب‌زاده از کارشناسان بهداشت معاونت بهداشتی بابل که کل داده‌های پژوهش را در سطح سه استان جمع‌آوری نمودند صمیمانه تقدیر و تشکر می‌گردد.

References

1- Chambers R. The Origins and Practice of Participatory Rural Appraisal. World Development 1994; 22 (7): 953-969.
2- Rezaeei A. Social participation: goal or development tools. Tehran. Institute of Information. Journal of economic and political information 1996; 109-110: 23-38. (in Persian)
3- Kylee DK, Simon SE, Jones RN, Morris JN. The protective effect of social engagement on mortality in long-term care. J Am Geriatr Soc 2000; 48(11): 1367-72.
4- Gardner R, Wilsnak SC, Slotnick HB. Communication, social support and alcohol use in first-year medical students. J Stud Alcohol 1983; 44(1): 188-193.
5- Atri A, Sharma M, Cottrell JR. Role of social support, hardiness and acculturation as predictors of mental health among international students of Asian Indian origin. Int Q Community Health Educ 2006; 27(1): 59-73.
6- Jarama Alvan SL, Belgrave FZ, Zea MC. Stress, social support and college adjustment among Latino students. Cult Divers Ment Health 1996; 2(3): 193-203.
7- Kennedy BP, Kawachi I, Prothrow-Stith D, Lochner K, Gupta V. Social capital, income inequality and firearm violent crime. Soc Sci Med 1998; 47(1): 7-17.
8- Baker F, Jodrey D, Intagliata J. Social support and quality of life of community support clients. Community Men Health J 1992; 28(5): 397-411.
9- Shodjai-Tehrani H. *Park's textbook of preventive and social medicine*. (Translation). Park JE, Park AK, eds. 2nd ed. Tehran: Samat; 2004. (in Persian)
10- Naghavi M. Action plan for community participation in the form of women volunteers. Tehran. Ministry of Health and Medical Education; 1996: 4-10. (in Persian)
11- Shasavari H. Joint programme review mission: PHC-umbrella project in Zanjan province. The Journal of Qazvin University of Medical Sciences & Health Services 1997;(2): 71-64. (in Persian)
12- Abbasi R, Eflation MR, Eflation B, Ranjbar L. Priorities of health professionals and the research center of Kerman in 1386. Iranian Journal of Epidemiology 2009;5(4): 21-25. (in Persian)
13- Khadivi R, Raeisi R, Habibi Sh, Gaderi S, Shirvani H, Yousefi H, et al. Capacity building for priority setting in Farrokhshahr population. Shahrekord University of Medical Sciences Journal 2006; 8: 45-37. (in Persian)
14- Mohammadi R, Nooritager M, Haghani H. The Effect of Health Intermediators Participation in Diet and Drug Consumption among Patients with Hypertensive Disorders. Iran Journal of Nursing 2006;19(45): 27-35. (in Persian)
15- Bolhari J, Zojaji A, Karimi Kisomi I, Nazari Jeirani M, Tabaee S. Urban Mental Health Service: Primary Health Care Model with Community Participation. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology (Andeesheh Va Raftar) 2011;17(2): 110-115. (in Persian)
16- Family physician Instruction. Iran: Ministry of Health and Medical Education; Version 12. Sep 2011; 4-102. (in Persian)
17- Shadpour K. *Primary Health Care: Now more than ever*. (Translation). World Health Organization. Gorgan: Golestan University of Medical Sciences; 2010: 92. (in Persian)
18- Tavasoli E, Alidousti M, Khadivi R, Sharifirad GR, Hasanzadeh A. Relationship between Knowledge and Attitudes of Rural People with Information Resources about Family Physician Program in Shahrekord. Journal Research Health System 2010; 5(3): 498-505. (in Persian)
19- Asefzade S, Rezapour A. *Healthcare Management*. 1st ed. Qazvin University of Medical Sciences; 2006: 15-23. (in Persian)
20- Nasrollahpour Shirvani SD, Ashrafian Amiri H, Motlagh ME, Kabir MJ, Shabestani Monfared A, Alizadeh R, et al. Evaluation Quality of Family Physician Program in Northern Provinces of Iran: 2008. 11th Annual Research Congress Iranian Medical Sciences Students. Bandar Abbas. Iran. April 20-23 2010: 6. (in Persian)
21- Chaman R, Amiri M, Raei M, Alinejad M, Nasrollahpour Shirvani SD. National Family Physician Program in Shahroud: Assessing Quality of Implementation and Condition of Settings. Hakim Research Journal 2011; 14(2): 123- 129. (in Persian)
22- Nasrollahpour Shirvani SD, Ashrafian Amiri H, Kabir MJ. To evaluate the quality of family physician program in Northern Provinces of Iran. The final report of the Research project (No 7121167/252), Babol University of Medical Sciences; 2008: 91- 102. (in Persian)

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-08-23]

Local Organizations Participation in Health Centers Performing Rural Insurance and Family Physician Program in Northern Provinces of Iran

Nasrollahpour Shirvani SD[1] (PhD), Jafari N[2] (PhD), Nahimi Tabihi M[3] (MD), Mikaniki E[1] (MD), Ashrafian Amiri H[1] (MD), Kabir MJ[4*] (PhD), Rahimi Colamroodi H[5] (MD), Tahmasbi B[6] (PhD)

[1] *Social Determinants of Health Research Center, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran*
[2] *Department of Health, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran*
[3] *Vice-Chancellery for Health, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran*
[4] *Health Management & Social Determinants Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran*
[5] *Vice-Chancellery for Health, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran*
[6] *Nursing Management Dep., School of Nursing, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran*

Original Article
Received: 20 Jan 2014, Accepted: 27 Aug 2014

Abstract

Introduction: Participation of people and local organizations can be achieved by activities of the Board of Trustees and health volunteers. This study was conducted to evaluate the participation rate of local organizations in health centers performing rural insurance and family physician program in the Northern provinces of Iran.

Methods: This cross-sectional study was conducted during the second half of 2012. Twenty five per cent of health centers performing family physician program in three provinces of Golestan, Mazandaran, and Gillan (139 centers out of 552 ones) were selected randomly from certain clusters of the study. In each selected center, participation rate of local organizations were evaluated. A validity and reliable researcher-made questionnaire was used for data gathering. Data were analyzed in the SPSS-18 with significant level of $p<0.05$.

Results: Fifty seven health centers out of 139 ones (41%) had established a Board of Trustees. The Board of Trustees establishment was more in the Northern provinces ($p=0.001$). In 61 health centers (43.9%), health volunteers were employed with a more significant employment rate in the Northern provinces ($p=0.001$). The mean request rate of health homes and health centers from local organizations to take part in health problem solving were 2.7±1.6 and 1.7±1.3 times, respectively. The request rate for providing resources and facilities in performing health interventions were 1.8±1.3 and 1.1±1.0 times, respectively; and the request rate for participation in formal meetings were 3.1±1.7 and 1.9±1.3, respectively. The request rates of health homes for providing resources and participation in formal meetings were significantly different in the provinces ($p=0.009$ and $p=0.005$, respectively).

Conclusion: This study showed that a large number of health centers did not follow community participation measurements. Interventional programs should be planned and conducted to improve community participation in health centers.

Key words: local organizations, intersectoral cooperation, intersectoral participation, family physician, rural insurance

Please cite this article as follows:

Nasrollahpour Shirvani SD, Jafari N, Nahimi Tabihi M, Mikaniki E, Ashrafian Amiri H, Kabir MJ, et al. Participation of Local Organizations in Health Centers Performing Rural Insurance and Family Physician Program in Northern Provinces of Iran. Hakim Health Sys Res 2014; 17(2): 169- 176.

*Corresponding Author: Health Management & Social Determinants Research Center, first Golbarg St. Gorgan, Iran. Tel: +98- 171- 3260330, +98- 912- 2989680, E-mail: Kabirmj63@yahoo.com

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-08-23]