

نقش و عملکرد سازمان‌های مردم‌نهاد در حفظ و ارتقای سلامت جامعه

بهزاد دماری^{۱*}، محمد علی حیدر نیا^۲، مریم رهبری بناب^۳

۱. دپارتمان مؤلفه‌های اجتماعی سلامت، مؤسسه ملی تحقیقات سلامت، تهران، ایران
۲. گروه بهداشت و پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۳. مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، تهران، ایران

فصلنامه پایش

سال سیزدهم شماره پنجم مهر - آبان ۱۳۹۳ صص ۵۴۱-۵۵۰

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۱/۱۹

اُنشر الکترونیک پیش از انتشار: ۱۳۹۳/۵/۲۹

چکیده

سازمان‌های مردم‌نهاد (سمن)، نظام پنهان ارتقای سلامت جامعه هستند. این سازمان‌های داوطلب، مستقل از دولت بوده و در عین غیر انتفاعی بودن، در خدمت مردم هستند و به همین دلیل، صدای مردم نامیده می‌شوند. سمن‌ها، نماد و واسط مشارکت مردم هستند و مشارکت مردم نیز یکی از بازوهای اصلی ارتقای سلامت، کاهش فقر و بی‌عدالتی در سلامت جوامع است. این تحقیق، با هدف بررسی نقش و عملکرد سازمان‌های غیر دولتی ایرانی در تأمین، حفظ و ارتقای سلامت جامعه ایران، برای طراحی الگوی تعامل سازمان‌های غیر دولتی با بخش متولی سلامت در دولت به انجام رسیده است. به این منظور، از مجموع ده هزار سمن ثبت شده در کشور با معیار معرف کار در حیطه سلامت و بیماری، حدود ۱۰۰۰ سمن انتخاب شده و در مجموع، حدود ۹۷ سمن به عنوان حجم نمونه انتخاب شد که از طریق انتخاب تصادفی از کلیه استان‌ها، اطلاعات لازم از طریق پرسشنامه و با استفاده از ۹ پرسشگر آموزش دیده، جمع‌آوری شده است. نتایج حاصل از تحلیل پرسش‌ها در بخش عملکرد و ظرفیت‌ها نشان داد که سمن‌های مورد مطالعه، نیازهای گروه هدف را می‌شناختند، اما در اغلب موارد روش استخراج این نیازها بیشتر بر مبنای جلسه با گروهی از آنان و یا نظرات هیئت مؤسس بوده و از اصول علمی نیاز سنجی کمتر تبعیت کرده است. مجموعه خدمات ارائه شده توسط سمن‌ها به ترتیب، حوزه پیشگیری سطح سوم، سپس سطح اول و در نهایت، سطح دوم بوده است. از دیدگاه سمن‌ها، میزان رضایت و موفقیت در مداخلات آموزشی و ارائه خدمات درمانی، پیشگیری و مشاوره‌ای بیشتر از مداخلات حمایت طلبی مربوط به حاکمیت (کار با دولت، مشارکت در روندهای قانونی و قضایی) بوده است و این نتیجه ضمن این که قابلیت‌های سمن‌ها را در ارائه خدمات آموزشی و مشاوره‌ای نشان می‌دهد، به تصمیم‌گیرندگان بخش عمومی (دولت) نیز هشدار می‌دهد که استفاده نکردن از ظرفیت نهفته و پنهان این سامانه‌ها، روند توسعه کشور را کند می‌کند. بیشترین منبع درآمد مالی، کمک‌های مردمی و خیریه و سپس دولت بوده است و اغلب باور دارند که «حمایت مالی دولت از سمن‌ها به صورت ردیف بودجه اختصاصی» لازم است. با این که سمن‌ها از مجموع فعالیت‌ها و نقش‌های حمایتی خود، توانمندسازی، مشارکت جامعه هدف و حمایت طلبی بیش از سایر موارد، موفقیت داشته‌اند، اما تلاش برای تقویت بیش از پیش این توانمندی‌ها و همچنین روش‌های دیده بانی، تحقیق و شبکه سازی سمن‌ها را در دست یافتن به پیامدها و اثرات برنامه‌ها کمک خواهد نمود. نداشتن برنامه راهبردی در ۳۵ درصد از سمن‌ها، هشدار برای کاهش اعتبار سمن‌ها در جامعه است، چرا که داشتن برنامه نشان از تعهد اعضای هیئت مؤسس و مدیره برای خدمات رسانی به گروه هدف است. ضمن این که خود برنامه برای آگاهی از اقدامات آتی سمن، برای تأمین کنندگان منبع مالی کمک کننده است. منابع مالی محدود، ارتباط نا کافی سازمان‌های غیر دولتی با دولت و باور ضعیف دولت از نقش سمن‌ها، سه مانع اصلی اعلام شده از سمن‌های مورد مطالعه بوده است. ضروری بودن ارتباط با دولت به اعتقاد اغلب سمن‌ها و کمی رضایت از تعامل فعلی با دولت، الزام باز نگری در این اعتماد را ایجاد می‌کند.

کلیدواژه‌ها: سازمان‌های مردم‌نهاد، ارتقای سلامت، نقش و عملکرد سمن‌ها

* نویسنده پاسخگو: تهران، خیابان ایتالیا، پلاک ۷۸، مؤسسه ملی تحقیقات سلامت

E-mail: Bdamari@gmail.com

مقدمه

سازمان غیردولتی (در کشور ما طبق مصوبه وزارت کشور سازمان های غیردولتی به نام سازمان های مردم نهاد یا به اختصار سمن نامگذاری شده است در این متن نیز ما از این اختصار استفاده کرده ایم) برای اولین بار در سال ۱۹۴۹ توسط سازمان ملل مورد استفاده قرار گرفت و این اصطلاح را در مورد «هر گروه غیر انتفاعی داوطلبانه از شهروندان جهانی که در سطح محلی، ملی و بین‌المللی برای اهداف متنوع فرهنگی، اجتماعی، خیریه، تخصصی و صنفی تشکیل شده باشد» به کار می‌برد [۱].

تا به حال، اصطلاحات مختلفی برای توصیف این سازمان‌ها به کار رفته است [۱] که مؤسسات داوطلبانه، مؤسسات غیر انتفاعی، سازمان‌های توسعه غیر دولتی، سازمان‌های جنبش اجتماعی جدید، سازمان‌های حمایت از مردم عادی، سازمان‌های مردمی (People Organization)، سازمان‌های واسط (Broker Organization)، گروه‌های محلی، گروه‌های ریشه‌ای (Grassroots or Local Level Groups)، گروه‌های لابی کننده و فعال (Activist/lobbyist groups) از این قبیل هستند. در تعاریف سازمان سلامت جهان، سازمان‌های مردم نهاد (Non Government Organizations)، بخش مهمی از سازمان‌های جامعه مدنی (Civil Society Organizations) را تشکیل می‌دهند [۲].

تجربه کشورهای در حال توسعه و توسعه یافته در طول بیش از نیم قرن، ضرورت وجود این نوع سازمان‌ها را بیش از پیش اثبات کرده است. توسعه اجتماعی برای تأمین نیازهای انسان و بالابردن سطح زندگی همه گروه‌ها است، این نیازها گسترده و نامحدود است و دولت‌ها به تنهایی قادر به تأمین این نیازها نیستند. از طرف دیگر، مفهوم توسعه از کارکردهای اقتصادی، به توسعه فراگیر و پایدار تغییر جهت داد و معلوم شد که توسعه پایدار، بدون مشارکت فعال مردم ثبات ندارد (توسعه انسان مدار). اهمیت وجود جامعه مدنی به عنوان حلقه گمشده در توسعه و محیطی که در آن مشارکت مردمی شکل بگیرد، در دهه ۱۹۸۰ ضروری شناخته شد. در بطن جامعه مدنی، سمن‌ها، مهم‌ترین و بهترین ابزار ساماندهی مشارکت مردمی شناخته شدند و گسترش فرآیند جهانی شدن و کاهش قدرت دولت‌ها در برخورد با مسائل جهانی، از جمله محیط زیست، صلح و فقر، زمینه حضور و تقویت نقش سمن‌ها را فراهم آورد. به این ترتیب، با خارج شدن دولت به عنوان تنها ساکن دار

توسعه پایدار، جامعه مدنی و سمن‌ها به عنوان بخش سوم توسعه شناخته شده است؛ طوری که میزان بودجه جذب شده از سازمان بانک جهانی در دهه ۸۰ میلادی، از ۲۰ به ۵۲ درصد در دهه ۹۰ رسید [۳]. سازمان سلامت جهان معتقد است بیانیه آما آتا در سال ۱۹۷۸، نقطه عطف مشارکت مردم و سمن‌ها در سلامت جوامع بوده است؛ چراکه حداقل دو مورد از راهبردهای پنج گانه این بیانیه بر اقدامات و مشارکت مردم در سلامت خود تأکید داشت:

۱. ایجاد سیاست سلامت همگانی
۲. خلق محیط‌های حمایتی
۳. تقویت اقدام و مشارکت جامعه
۴. توانمند سازی افراد
۵. باز نگری در خدمات بهداشتی

اصلاحات سلامت در دهه ۱۹۹۰، سهم ارزش‌های اجتماعی را نسبت به امور اقتصادی و مدیریتی خدمات سلامت پایین آورد که با کاهش تخصیص بودجه به سلامت عمومی و کیفیت خدمات سلامتی همراه شد و به همین دلیل، تمایل کشورها برای ارایه خدمات از طریق جامعه مدنی و حمایت طلبی برای حق اولیه سلامتی و دسترسی به منابع سلامتی فزونی یافت. در مجموع، داوطلبانه بودن، مستقل بودن از دولت، غیر انتفاعی بودن و در خدمت مردم بودن، چهار ویژگی متمایزکننده برای سمن‌ها هستند و این ویژگی‌ها سبب شده که از سمن‌ها به عنوان صدای مردم یاد شود. جامعه مدنی در مقابل دولت به حوزه‌ای از روابط اجتماعی اطلاق می‌شود که فارغ از دخالت قدرت سیاسی است و نشان دهنده این است که جامعه تا چه اندازه در مقابل دولت از خواسته‌های خود دفاع می‌کند.

در ایران، تعداد سمن‌ها از ۲۰۰۰ در سال ۱۳۷۶، به حدود ۱۰۲۵۰ در سال ۱۳۸۴ و به بیش از ۱۷۰۰۰ در سال ۱۳۹۰ رسیده است. مواد ۹۵، ۹۷، ۱۰۴، ۱۴۰ و ۱۶۳ قانون برنامه چهارم نیز بر حضور و مشارکت سمن‌ها در برنامه‌های توسعه تأکید داشته است [۸].

سمن‌ها معمولاً از ارزش‌های مشترکی چون فراگیری و عدم تبعیض، مشارکت، دسترسی به سازمان، پاسخگو بودن نسبت به گروه‌های آسیب پذیر و ایجاد حس مشارکت در مردم [۴] برخوردار هستند. سمن‌ها برای انجام وظایف و دستیابی به اهداف خود نیازمند نفوذ و اثر گذاری هستند و این قابلیت و قدرت به دلیل تکیه بر موضوعات محدود، پایبندی به اصول خود، تعهد بیش‌تر،

قضائیه انجام می‌شود و از جمله می‌توان به بسیج منابع، برای رفع مشکلات گروه هدف، مشاوره به دولت، حمایت طلبی برای تغییر قانون و سیاست خاص به نفع گروه هدف، دادخواهی در مراجع قضایی و شبه قضایی برای استیفای حقوق سلامتی مخاطبان و حرکت نمادین برای ایجاد حساسیت در گروه تصمیم‌گیرنده اشاره کرد.

با این وجود، سمن‌ها به عنوان مکانی برای ارتقای سلامت جامعه، کمتر شناخته شده‌اند [۷]؛ چرا که عموماً به یک نظام غیر پزشکی و بهداشتی تعلق دارند و بنابر این به عنوان منبع فعالیت‌ها و مداخله‌های سلامتی به آنها نگریسته نشده است. از طرف دیگر، چون به نظر می‌رسد هیچ اثرات زیان‌باری بر سلامت نداشته باشند، مورد توجه برنامه‌ریزان و سیاست‌گزاران سلامت قرار نگرفته است. بسیاری از این گروه‌ها، سازمان‌ها و انجمن‌ها نه برای عموم و نه برای محققان و سیاست‌مداران، شناخته نشده‌اند، زیرا این گروه‌ها در سایه مؤسسات دولتی بزرگ قرار دارند.

بیان این نکته که ارتقای سلامت تا حد زیادی یعنی تقویت سازمان‌های مردم‌نهاد، جمله مربوطی است. بنابر این در گام اول، بررسی اقدامات و توصیف نظرات آنان به استخراج توانمندی‌های بالقوه و بالفعل این نهادها کمک خواهد کرد و بصیرتی را در تدوین برنامه‌های راهبردی با هدف مقوله‌های سلامتی در بین سازمان‌های مردمی ایجاد خواهد نمود. از این یافته‌ها در مرحله بعد می‌توان برای طراحی الگوی تعامل سازمان‌های غیر دولتی با بخش مجری سلامت در دولت بهره جست.

هدف کلی از این بررسی، طراحی الگوی تعامل سازمان‌های غیر دولتی با بخش مجری سلامت در دولت با توجه به نقش و عملکرد سازمان‌های غیر دولتی ایران در ایجاد، حفظ و ارتقای سلامت کشور بوده است.

مواد و روش کار

در این تحقیق، از مجموع ده هزار سمن ثبت شده در کشور با اعمال معیار «وجود واژه‌های سلامت و بیماری در عنوان سمن»، حدود ۸۹۸ سمن انتخاب شده و پس از حذف مراکز خیریه، انجمن‌های علمی تخصصی و انجمن‌های صنفی علوم پزشکی، ۷۷۳ سمن تعیین شد و با توجه به ضریب خطای ۵٪، حدود ۹۷ نمونه از ۳۰ استان انتخاب شد (مرتب کردن با حروف الفبا و انتخاب بر اساس جدول اعداد تصادفی)، که از طریق انتخاب تصادفی از کلیه

ساختار شبکه‌ای با سایر سمن‌ها، ابتکار عمل، پاسخگویی سریع به نیازهای محلی، دسترسی آسان به گروه‌های فقیر و آسیب‌پذیر و آگاهی از روش زندگی، نگرش‌ها و امکانات جمعیت هدف است. در بررسی متون، سه چالش و تهدید عمده برای سمن‌ها کم‌آگاهی و یا نگاه منفی و رقیبانه دولت نسبت به سمن‌ها [۵]، وابستگی مالی و توانمندی درونی ضعیف، آگاهی کم مردم از فواید مشارکت در سمن‌ها است. سایر چالش‌های سمن‌ها که کمتر اهمیت دارند و با رفع موانع فوق، برطرف خواهند شد عبارتند از: ارتباط نا کافی سازمان‌های غیر دولتی با گروه هدف (قشر محروم و فقیر)، شیوه به ظاهر دموکراتیک، اما سلسله‌مراتبی، نبود سنت ارزیابی و نظرخواهی عمومی در این سازمان‌ها، نداشتن مرکز تجمع ثابت، نبود ارتباط شبکه‌ای با سایر سمن‌ها و ضعف مدیریت ایده تا عمل.

سمن‌ها به دلیل قابلیت‌های ذاتی خود قادر هستند در صورت مدیریت مؤثر سامانه خود و اجرای صحیح کارکردهای خود، منشأ اثراتی باشند [۵] 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، ارتقای 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 [۶] و افزایش سرمایه اجتماعی از طریق ارتقای مشارکت (ارتقای ارتباط و اعتماد) اشاره نمود. نقش سازمان‌های مردم‌نهاد به تفکیک کارکردهای اصلی نظام سلامت در جدول شماره ۱ آمده است. محوری‌ترین نقش سمن‌ها در دستیابی به اهداف خود، اجرای چرخه شناسایی مشکلات گروه هدف، تدوین مداخلات مرتبط، کمک به اجرایی شدن مداخلات و ارزیابی است و برای اجرای این کارکردها، حداقل شش نقش و توانایی کمکی برای سمن‌ها لازم است؛ از آن جمله تشکیل شبکه، تحقیقات، توانایی دیده‌بانی، جلب مشارکت مردم و جلب حمایت و توانمندسازی درونی است. انواع خدماتی که سمن‌ها می‌توانند بعد از مرحله تحلیل وضعیت، انتخاب کرده و اجرا کنند، به ارایه خدمت مستقیم به مردم از جمله آموزش، درمان، پیشگیری، مشاوره‌ها، تأمین تسهیلات و ارایه خدمات غیر مستقیم، تقسیم می‌شود که از طریق ارتباط با حاکمیت، شامل قوه مجریه، مقننه و

اهداف دست یافته‌اند، ۵ درصد اصلاً به اهداف دست نیافته‌اند و ۲۶ درصد در حال انجام فعالیت‌های مربوط به اهداف هستند.

انواع مداخلات سمن برای گروه هدف به شرح زیر بوده است:
الف- آموزش و ارتقای فرهنگ: بیش از ۶۰ درصد از پاسخ دهندگان، بیشترین ابزار استفاده شده را بروشور و پمفلت و سپس روزنامه ذکر کرده‌اند، سایر موارد، به ترتیب کارگاه آموزشی، همایش‌ها، آموزش رو در رو، مجله دوره‌ای، صدا و سیما و کتاب و فیلم بوده است.

ب- خدمات: از بین چهار نوع خدمت مندرج در پرسشنامه، به ترتیب مشاوره (۸۲ درصد)، ارایه تسهیلات (۷۵ درصد)، پیشگیری (۵۹ درصد) و نهایتاً درمان (۵۷ درصد) بیشترین نوع خدمات ارایه شده بوده است.

ج- مشاوره به بخش دولتی: ۶۵ درصد از پاسخ دهندگان، پست مشاور نداشتند، ولی ۳۵ درصد داشتند. از طرفی، ۶۵ درصد به نوعی اطلاعات یا پیشنهاد به بخش دولتی ارایه می‌دادند، ولی ۳۵ درصد اطلاعات و پیشنهاد نمی‌دادند. ۳۴ درصد از سازمان‌های پاسخ دهنده نیز به نوعی در شوراهای تصمیم‌گیری دولتی عضویت داشتند، ولی ۶۶ درصد عضویت نداشتند.

د- مشارکت در انجام پروژه‌های دولتی: این مشارکت، به سه صورت ناظر، مجری و یا مشاور طرح سؤال شد که در هر سه حالت، در بیش از ۷۵ درصد از موارد، هیچ مشارکتی نداشته‌اند.

ه- مداخله در روندهای قانون‌گذاری: حدود ۴۲ درصد از پاسخ دهندگان به نوعی در روندهای قانون‌گذاری دخیل بوده‌اند.

و- مداخله از طریق امور قضایی و حقوقی: حدود ۳۰ درصد از پاسخ دهندگان، از طریق قضایی و حقوقی، مداخلاتی را انجام داده‌اند

ز- انجام حرکات نمادین: ۴۳ درصد از پاسخ دهندگان، هیچ وقت از این روش استفاده نکرده‌اند و باقی پاسخ دهندگان از انواع حرکات نمادین در بیشترین حالت به ترتیب از روش نوشتن تومار با امضاها، بسیار، راه پیمایی آرام، تجمع برای اعلام هشدار و در کمتر از ۱۰ درصد از موارد، از روش مخالفت آگاهانه با اجرا نکردن یا تحریم مصوبات استفاده کرده‌اند.

در مجموع، از ۵ روش، به عنوان نقش حمایتی برای گروه هدف استفاده کرده‌اند: ۱- حمایت طلبی است: در ۲۳ درصد از موارد، تمام مراحل حمایت طلبی را به کار گرفته‌اند، ۲۹ درصد از پاسخ دهندگان، هیچ گاه از این روش استفاده نکرده‌اند و باقی پاسخ

استان‌ها، اطلاعات لازم از طریق پرسشنامه و با استفاده از ۹ پرسشگر آموزش دیده و مصاحبه با مطلع‌ترین فرد سمن، جمع‌آوری شد. راهنمای مصاحبه، اصطلاحات فنی به کار گرفته شده مانند برنامه راهبردی مکتوب، حمایت‌طلبی، دیده بانی و غیره را در برداشت. برای پیش‌آزمون و پس‌آزمون نیز ۹ سمن از تهران انتخاب شده و به فاصله سه هفته مورد مصاحبه قرار گرفتند. اطلاعات جمع‌آوری شده با نرم افزار SPSS ارزیابی گردید و سؤالاتی از پرسشنامه اولیه حذف شد که با حذف آنها آلفای کرونباخ به بالای ۰/۸ رسید.

محتوای پرسشنامه برای دستیابی به اهداف اختصاصی مطالعه در چهار حوزه زیر طراحی شده بود:

۱. تعیین عملکرد سازمان‌های غیر دولتی در ایجاد، حفظ و ارتقای سلامت از بدو تأسیس تا کنون
 ۲. تعیین ظرفیت‌های بالقوه سازمان‌های غیر دولتی در ایجاد، حفظ و ارتقای سلامت از دیدگاه اعضای انجمن‌ها
 ۳. تعیین موانع مشارکت NGOها با مدیران و مسئولان محلی در بخش عمومی از دیدگاه اعضای انجمن‌ها
 ۴. تعیین الگوی تعامل گروهی و اختصاصی سازمان‌های غیر دولتی با بخش مجری سلامت در دولت
- در بخش نتایج این مقاله، به سه حوزه اول پرداخته شده است.

یافته‌ها

کمتر از یک چهارم سمن‌های نمونه‌گیری شده در استان تهران و سه چهارم آنها با توزیع متوازن از سایر استان‌های انتخاب و مصاحبه شدند. عنوان و حیطه کاری سمن‌های نمونه‌گیری شده نیز در جدول شماره ۱۲ آمده است. کلیه پاسخ دهندگان معتقدند که سمن‌ها، نیازهای گروه هدف خود را می‌شناسند. روش استخراج این نیازها، ۶۸ درصد از طریق جلسه با گروه هدف، ۳۵ درصد از طریق تحقیق در گروه هدف و ۲۴ درصد با نظر اعضای هیئت مؤسس بوده است. در پاسخ به این سؤال که سه هدف اصلی و در اولویت سمن در چهار سال گذشته چه بوده است؟ ۷۵ درصد عنوان کرده‌اند که اهداف پیشگیری در سطح سوم مد نظر بوده است، ۱۰ درصد نیز پیشگیری در سطح دوم و ۵۶ درصد پیشگیری در سطح اول را ذکر کرده‌اند. در پاسخ به این سؤال که میزان دستیابی به سه هدف در اولویت سازمان از بدو تأسیس چقدر بوده است؟ ۴۵ درصد به طور نسبی به اهداف دست یافته‌اند، نزدیک ۱۰ درصد به طور کامل به

دهندگان (۴۸ درصد) برخی از مراحل حمایت‌طلبی یا مدافعه را طی کرده‌اند. ۲- روش شبکه‌سازی: ۳۸ درصد، عضو شبکه ملی بودند، ۳۷ درصد، شبکه ملی نداشتند و باقی موارد در حال تشکیل شبکه بودند. ۲۲ درصد از پاسخ‌دهندگان، عضویت در شبکه بین‌المللی داشتند. ۳- تحقیقات: ۲۰ درصد از سازمان‌های پاسخ‌دهنده از تحقیقات استفاده نمی‌کردند. ۴- مشارکت جامعه: از پلکان و سطوح مشارکت در اغلب موارد به روش اطلاع‌رسانی و گرفتن مشورت اکتفا شده (بالای ۷۰ درصد موارد) و کمتر از روش تصمیم‌گیری، سهمی بودن در مخاطرات و شراکت (زیر ۵۰ درصد) استفاده شده است. ۵- به کارگیری نظام دیده‌بانی: در ۴۲ درصد از موارد نظام تشریح شده در پرسشنامه را در سازمان داشته‌اند، ۳۰ درصد از پاسخ‌دهندگان از این نظام استفاده نمی‌کردند و باقی موارد از برخی از اجزای این نظام استفاده می‌کردند.

از بین هشت خدمت اصلی، میزان موفقیت در آموزش و ارائه خدمات از سایر خدمات بهتر بوده است. از مجموع نقش‌های حمایتی نیز در خود توانمندسازی، مشارکت جامعه هدف و حمایت‌طلبی بیش از سایر موارد موفقیت داشته‌اند.

بیش از ۹۰ درصد از پاسخ‌دهندگان، برنامه راهبردی مکتوب، برنامه عملیاتی سالانه مکتوب، توانایی مدیریت پروژه‌ها، توانایی ایجاد و برقراری ارتباط شبکه‌ای، توانایی مدافعه سازمان، خلاقیت جمعی، انگیزه بالای اعضا، مشارکت مؤثر جامعه هدف، وجود نظام دیده‌بانی قوی، شناخت نیازهای گروه‌های مخاطب، توانایی انجام تحقیقات مرتبط، کار گروهی مؤثر، مدیریت مالی مناسب و معطوف به برنامه و توانایی رهبری مؤثر در سازمان را به عنوان عوامل موفقیت سمن‌ها برای ارتقای سلامت جامعه خیلی زیاد و زیاد مؤثر دانسته‌اند.

حدود ۵۵ درصد از سازمان‌های پاسخ‌دهنده، برنامه راهبردی مکتوب داشته‌اند و بیش از ۳۰ درصد از چنین برنامه‌ای برخوردار نبوده‌اند.

در پاسخ به این پرسش که درآمد سازمان خود را در چهار سال گذشته، چگونه بین منابع زیر توزیع کنید؟ پاسخ‌ها به شرح جدول شماره ۳ ارائه شده است؛ بیشترین منبع درآمد مالی، کمک‌های مردمی و خیریه و سپس کمک‌های دولت بوده است.

از بین موانع دستیابی سمن‌ها به اهدافشان، سه مورد زیر با تأثیر خیلی زیاد (بالای ۶۰ درصد پاسخ‌دهندگان) تعیین شده است:

۱. منابع مالی محدود

۲. ارتباط ناکافی سازمان‌های غیردولتی با دولت

۳. باور ضعیف دولت از نقش سمن‌ها

موانع دیگر، عبارت بودند از: نداشتن کانون‌های حمایت از سازمان‌های غیردولتی در بخش سلامت دولت، باور ضعیف سازمان‌های غیردولتی از نقش مؤثر خود، ضعف ارتباط سازمان‌های غیردولتی با شبکه سمن‌ها، ساختار سازمانی نامناسب، نداشتن برنامه ریزی مدون، نبود سنت ارزیابی فعالیت‌ها در سازمان‌های غیردولتی، ضعف دسترسی به اطلاعات، نداشتن مرکز تجمع ثابت برای اعضای سمن‌ها، تمرکز تصمیم‌گیری در پایتخت، مشکل جذب نیروهای توانمند در سمن‌ها، عدم به کارگیری خلاقیت و نوآوری در اداره نظام سازمان‌های غیردولتی، شفاف نبودن قوانین مرتبط به فعالیت سازمان‌های غیردولتی، باور و درک ضعیف مردم از نقش سازمان‌های غیردولتی، توانایی کم در انجام کار تیمی، تحقیق نکردن در مورد مشکلات و راه‌حل‌ها و توانایی کم در جلب مشارکت جامعه. اگر موانع فعالیت مؤثر سازمان‌های غیردولتی در ایجاد، حفظ و یا ارتقای سلامت جمعیت تحت پوشش را به دو دسته درونی و بیرونی تقسیم کنیم، در حال حاضر، سهم کل هر یک از این دسته‌ها از دیدگاه پاسخ‌دهندگان به طور میانگین، ۵۹ درصد، عوامل بیرونی و ۴۱ درصد، عوامل درونی بود.

برای بهبود و رفع مشکلات مالی، راه کارهای زیر به ترتیب اولویت پیشنهاد شده است: در نظر گرفتن ردیف اعتباری خاص در بودجه سالانه دولت، تسهیلات قانونی برای جلب حمایت‌های مالی از خارج کشور، اعطای معافیت مالیاتی و حذف یا کاهش عوارض خاص نظیر بیمه، سایر موارد نیز عبارت بودند از تشویق اعضا به کمک‌های داوطلبانه، امکان تبلیغ از طریق صدا و سیما، تعلیق هزینه‌های مرتبط با آب و برق، گاز و تلفن. ۶۶ درصد از سمن‌ها معتقدند که دولت باید ردیف اعتباری خاص اختصاص دهد.

برای ارتقای میزان موفقیت سازمان‌های غیردولتی نیز پیشنهادات متفاوتی به این شرح مطرح شده است: رقیب ندانستن سمن‌ها، سفارش اجرا به سمن‌ها با نصف قیمت، شناساندن سمن‌ها به مردم، ارتباط مستقیم با اعضای مخاطب، هبستگی اعضای هیئت مدیره، از افراد خیر بیشتر استفاده شود، بازدید از مراکز همدیگر، سمن‌ها همدیگر را مکمل باشند نه ناقض، در مورد وضع قانون از سمن‌ها نظر خواهی کنند، تصویب مصوباتی که دولت را ملزم به همکاری بیشتر با سمن‌ها کند.

جدول شماره ۱- نقش سازمان های مردم نهاد در نظام سلامت

کارکردهای نظام سلامت	نقش‌های سمن در نظام سلامت
خدمات سلامت	تدارک خدمات، تسهیل برقراری ارتباط جامعه با خدمات، توزیع ابزار سلامتی مانند کاندوم، تور خواب و توالت بهداشتی ...، ایجاد کارکنان سلامت، با اخلاق و حامی
ارتقای سلامت و تبادل اطلاعات	تسهیل در به دست آوردن و انتشار اطلاعات سلامت، توجیه مردم برای انتخاب‌های مناسب سلامتی، استقرار تحقیقات و کاربرد نتایج آنها، کمک به دولت برای تغییر نگرش اجتماعی و بسیج عمومی برای سلامت
سیاست گذاری	نماینده علایق جامعه و عموم در فرآیند سیاست گذاری، ارتقای سیاست‌های عادلانه و سودمند برای فقرا، مذاکره کننده برای استانداردهای سلامت عمومی و رویکردهای مربوطه، اجماع برای سیاست‌ها و انتشار اسناد سیاست، افزایش حمایت عمومی برای سیاست‌ها
بسیج منابع و تخصیص آنها	تأمین مالی خدمات سلامتی، تعیین ترجیح عمومی برای تخصیص منابع، بسیج و ساماندهی منابع مالی برای خدمات، وارد کردن مؤلفه‌های عدالت در تخصیص منابع، ایجاد پاسخگویی عمومی و شفافیت در تخصیص و مدیریت منابع
پایش کیفیت مراقبت و پاسخگویی	پایش پاسخگویی و کیفیت خدمات سلامت، وسیله‌ای برای شنیدن صدای گروه‌های حاشیهای و ارتقای عدالت، حافظ حقوق بیماران در موضوعات مرتبط به کیفیت خدمات، مذاکره برای شکایات و چالش‌های بیماران

جدول شماره ۲- توزیع سمن‌های حجم نمونه از نظر حیطه کاری

حیطه فعالیت	انواع و تعداد سمن‌های مصاحبه شده در حجم نمونه کشوری
بیماری‌های عفونی	جدام (۱)، سل (۱)، ایدز (۲)
بیماری‌های غدد و متابولیک	دیابت (۴)، استئوپروز (۱)
بیماری‌های خونی و ژنتیکی	تالاسمی (۴)، هموفیلی (۵)، سندرم داون (۱)، نوروزنتیک (۱)
سوء مصرف مواد و الکل و سیگار	مواد مخدر (۹)، سیگار (۳)، الکل (۱)
بیماری های سرطانی	بیماران و کودکان سرطانی (۳)
اعصاب و روان	بیماران روانی مزمن (۲)، اسکیزوفرنی (۱)، آلزایمر (۱)، ام اس (۱)، صرع (۱)، عقب مانده ذهنی (۲)، کودکان استثنایی (۱)
سلامت اجتماعی	آسیب رفتاری و اجتماعی (۱)، اهدای خون سالم (۱)، کودکان کلر و خیابان (۱)، حمایت از حقوق کودک (۱)، حمایت از حقوق زنان (۱)
نابینایی و ناشنوایی	نابینا (۷)، ناشنوا و کودک کم شنوا (۵)
بیماری های کلیوی و کبدی	بیمار کلیوی (۵)، بیماران کبدی (۱)
معلولیت و آسیب	معلولان (۹)، مصدومان شیمیایی، ضایعات نخاعی (۷)، سوانح طبیعی و غیر طبیعی (۱)، بیماران سوختگی (۱)
سایر موارد	بیماران قلبی (۱)، شیر مادر (۱)، همیاران سلامت (۳)، مؤسسه مادران امروز (۱)، تلاش گران بقا (۱)، مرکز خانواده سالم (۱)، رهجویان کمال (۱)، بیماران خاص (۱)، مؤسسه سلامت (۱)، پیام آوران سلامتی (۱)

جدول شماره ۳- منبع درآمد سمن‌های مورد مطالعه

روش درآمد	میانگین	روش درآمد	میانگین
کمک‌های مردمی و خیریه	۳۳/۹	کمک‌های دولتی	۲۸
حق عضویت اعضا	۵/۸	کمک‌های بین المللی یا سازمان‌های غیردولتی خارجی	۱/۱
کمک مالی اعضا	۸/۲	فروش نتایج تحقیقات	۰/۱
پروژه مشترک با مراجع تأمین کننده مالی	۸/۴	برگزاری کارگاه‌های آموزشی	۱/۹
برگزاری نمایشگاه	۲/۹	وقف و حبس	۲/۸
فروش نشریه‌ها و جزوه‌ها	۲/۶	روش‌های دیگر	۳/۶

بحث و نتیجه‌گیری

با این که سمن‌های مورد مطالعه در ۱۰۰ درصد از موارد، نیازهای گروه هدف را می‌شناختند، اما در اغلب موارد، روش استخراج این نیازها بیشتر بر مبنای جلسه با گروهی از آنان و یا نظرات هیئت مؤسس بوده و از اصول علمی نیازسنجی، کمتر تبعیت کرده است و این امر ضرورت آموزش و توانمندسازی سمن‌ها در ارتباط با روش‌های علمی تعیین نیاز را ایجاب می‌کند.

مجموعه خدمات ارائه شده توسط سمن‌ها به ترتیب، حوزه پیشگیری سطح سوم، سپس سطح اول و در نهایت سطح دوم بوده است، با این که در مقایسه با خواص ذاتی سمن‌ها در انجام امور حمایتی (که بیشتر جنبه سطح سوم دارد)، این نتیجه‌گیری منطقی است، اما تلاش سمن‌ها برای هدف‌گذاری در پیشگیری سطح اول، گام جدیدی در ساماندهی فعالیت‌های آنان برای ارتقای سطح سلامت خواهد بود.

از مجموع مداخلات سمن‌ها، میزان رضایت و موفقیت در ارتباط با آموزش و ارائه خدمات درمانی، پیشگیری و مشاوره‌های بیشتر از جنبه‌های مربوط به حاکمیت (کار با دولت و مشارکت در روندهای قانونی و قضایی) بوده است و این نتیجه ضمن این که قابلیت‌های سمن‌ها را در ارائه خدمات آموزشی و مشاوره‌ای نشان می‌دهد، به تصمیم‌گیرندگان بخش عمومی (دولت) نیز هشدار می‌دهد که استفاده نکردن حاکمیت از ظرفیت نهفته و پنهان این سامانه‌ها در بهبود فرآیندهای قانون‌گذاری، استیفای بیش از پیش حقوق گروه‌های آسیب‌پذیر و تسریع فعالیت‌های اجرایی دولت، روند توسعه کشور را کند می‌کند، که این چالش، تغییر نگاه بخش تقویت توانایی‌های سمن‌ها و همچنین اتخاذ راهبردهای منطقی‌تر زیر را می‌طلبد:

۱. استفاده از سمن‌ها در سه نقش متفاوت ناظر، مشاور و مجری پروژه‌های بخش دولتی
۲. تدوین نظام‌های مشارکت سمن‌ها در فرآیندهای قانون‌گذاری
۳. آموزش سمن‌ها برای ایفای حقوق مخاطبان
۴. ارائه جایگاه مشاور و یا عضویت در شوراهای تصمیم‌گیری بخش عمومی

بیشترین منبع درآمد مالی، کمک‌های مردمی و خیریه و سپس دولت بوده است، اما باوری که ۶۶ درصد از سمن‌ها در مورد تأمین منابع مالی به آن معتقدند، «حمایت مالی دولت از سمن‌ها به

صورت ردیف بودجه اختصاصی» است، این باور ممکن است در اوایل شکل‌گیری ظرفیت سمن‌ها در کشور مفید باشد، اما به دلیل کاهش استقلال آنها، دستیابی به اهداف را دچار مشکل می‌سازد، که برای اتخاذ رویکرد صحیح به مسائل مالی، می‌توان از راهبردهای زیر بهره جست:

۱. توانمندسازی سمن‌ها در ارتباط با اتخاذ راهبرد داشتن برنامه عملیاتی و جذب منابع مالی چند مرجعی، شامل بخش‌های مختلف دولتی، خصوصی و خیرین (نه فقط یک مرجع مشخص)، در کوتاه مدت این معضل را کاهش می‌دهد

۲. توانمندسازی سمن‌ها برای خوداتکایی مالی با افزایش درآمد از طریق فروش محصولات و خدمات به دولت و بخش خصوصی، متناسب با چارچوب اساسنامه، همچنان که نمونه‌های موفق در کشور وجود دارد.

۳. انتخاب فعالیت‌های کم‌هزینه و زود بازده با تأثیرگذاری طولانی مدت و برای جمعیت بیشتر که اغلب فعالیت‌های حمایت‌طلبی شامل جنبه‌های حقوقی، قانونی و پیشنهاد سیاست را در برمی‌گیرد.

با این که از مجموع فعالیت‌ها و نقش‌های حمایتی خود، توانمندسازی، مشارکت جامعه هدف و حمایت‌طلبی بیش از سایر موارد، موفقیت داشته‌اند، اما تلاش برای تقویت بیش از پیش این توانمندی‌ها و همچنین روش‌های دیده‌بانی، تحقیق و شبکه‌سازی، سمن‌ها را در دست یافتن به پیامدها و اثرات برنامه‌ها کمک خواهد نمود.

نداشتن برنامه راهبردی در سمن‌ها، هشدار برای کاهش اعتبار اجتماعی سمن‌ها است؛ چراکه داشتن برنامه نشان از تعهد اعضای هیئت‌های مؤسس و مدیره برای خدمات‌رسانی به گروه هدف است، ضمن این که خود برنامه برای آگاهی از اقدامات آتی سمن برای تأمین‌کنندگان منبع مالی، کمک‌کننده است.

با توجه به نتایج موجود نتیجه‌گیری در مورد عملکردها و ظرفیت سمن‌های مورد مطالعه، دشوار است، اما دستیابی ۱۰ درصد از سمن‌ها به اهداف خود به طور کامل و حدود ۴۵ درصد به طور نسبی، نشان‌دهنده عملکرد قابل قبول آنها از دیدگاه پاسخ‌دهندگان است و این در شرایطی است که فقط ۲۸ درصد از منابع مالی صرف شده توسط سمن‌های مورد مطالعه در چهار سال گذشته، توسط دولت تأمین شده است. مشارکت ضعیف سمن‌ها در امور حاکمیتی به هر دلیل که باشد، فرصت استفاده از ظرفیت

فعالیت‌های بخش دولتی و غیر دولتی، استفاده از این ظرفیت‌های مردمی با هدف پایداری اهداف توسعه و تسریع دست یابی به چشم انداز ۲۰ ساله، تعامل مؤثر بین این دو بخش برقرار شده و سعی شود:

- در هر سه سطح پیشگیری اول، دوم و سوم، از مشارکت سمن‌ها بهره گرفته شده و در زمینه پیشگیری سطح اول، با توجه به توانمندی و جایگاه سمن‌ها، خطوط راهنما توسط دولت ارایه شود

- سمن‌های مورد نیاز برای تأسیس به مردم معرفی شوند

- الگوی تعامل دولت در بخش سلامت با سمن‌های مرتبط، طراحی و اجرا شود

- تدوین برنامه آموزشی توانمند سازی سمن برای عملکرد بهینه، جهت ارتقای سلامت گروه هدف

- سمن‌ها، نظام پنهان ارتقای سلامت هستند، بنابر این برای افزایش میزان مشارکت مردم در این سازمان‌ها، یکی از روزهای هفته سلامت به روز «سلامت و سمن» اختصاص یافته و فعالیت‌های برتر آنها معرفی شود

به باور همگان و بر اساس تجربه‌های گذشته، دولت به تنهایی و حتی در شرایط ایده آل امکانات و نیروی انسانی، قادر به اداره کشور به صورت مطلوب نخواهد بود و لازم است در گام اول بیانیه‌های رسالت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، مفهوم مشارکت اجتماعی از طریق سمن‌ها درج و در برنامه‌های توسعه به این نکته توجه شود.

سهم نویسندگان

بهزاد دماری: طراحی و اجرای طرح پژوهشی، تهیه و تدوین مقاله
محمد علی حیدر نیا: مشاوره آماری
مریم رهبری بناب: همکاری در تهیه و تدوین مقاله

نیروهای سازمان یافته مردمی را در دستیابی به اهداف چشم انداز ۲۰ ساله نظام می‌سوزاند و روند توسعه کشور را به تعویق خواهد انداخت، که رفع این چالش، ضرورت تغییر نگاه دولت، افزایش مشارکت و سپردن نظام مند امور به سمن‌ها را می‌طلبد؛ همان طور که در نشست‌های مختلف بین سمن‌ها در کشور [۵] و مواد قانونی مختلف در برنامه چهارم توسعه کشور بر این نکات تأکید دارد [۸]؛ به عبارت دیگر، با وجود افزایش تعداد سمن‌ها در دهه گذشته، هنوز از ظرفیت‌های ذاتی این سامانه‌ها استفاده مؤثر و هدف مند نشده است.

مطابق نتایج به دست آمده «منابع مالی محدود، ارتباط نا کافی سازمان‌های غیر دولتی با دولت و باور ضعیف دولت از نقش سمن‌ها»، سه مانع اصلی اعلام شده از سمن‌های مورد مطالعه بوده است، از طرفی، اعتقاد به این که ۵۹ درصد از موانع فعالیت‌های بهینه سمن‌ها به عوامل بیرونی و ۴۱ درصد به عوامل درونی وابسته است، نشان دهنده این واقعیت است که سمن‌ها معتقدند موانع عملکرد بهینه آنها از یک سو، به توانمندی این سازمان‌ها 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 ظرفیت سازی 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.

نتایج این تحقیق، صرفاً بر مبنای نظرخواهی از سمن‌ها انجام شده و رد پای دیدگاه‌های بخش دولتی و مخاطبان سمن‌ها (گروه‌های هدف)، در این مطالعه وجود ندارد، بنابر این انجام تحقیقی برای سنجش تصویر فعلی عملکرد سمن‌ها، از دیدگاه بخش دولتی و همچنین گروه‌های هدف، نتیجه گیری از عملکردها و ظرفیت‌ها را کامل خواهد کرد.

آنچه مسلم است بخش دولتی چه بخواهد و چه نخواهد، سمن‌ها به عنوان نیروهای خود جوش و سازمان یافته، کار خود را ادامه می‌دهند، بنابر این بهتر است برای بهره وری بیشتر مجموع

منابع

1. Zahedi M. Roles of NGOs in sustainable development 1th Edition, Maziar Publication: Tehran, 2009 [Persian]
2. Golshan Pazhoh: Handbook for NGOs. 1th Edition, Abrar Moaser Publication: Tehran, 2002 [Persian]
3. World Bank and NGOs. Available at: library.duke.edu
4. Mohajerani M. Collection articles of volunteers community organizations relation to government. 1th Edition, Salman Publication: Tehran, 2003 [Persian]

5. Namazi B. Volunteer's community organizations in Iran. 1th Edition, Published by Municipalities Organization: Tehran, 2002 [Persian]
6. World Health Organization. WHO and Civil Society: Linking for better health. Available at: 2002 www.who.int/civilsociety/documents/en/CSICaseStudyE.pdf
7. Parsinia S. Rafiefar Sh .Research in health promotion. 1th Edition, Published by Ministry of health and Medical Education: Tehran, 2003 [Persian]
8. Bahmanpour S. NGOs Position in 4th Development National Plan. 1th Edition, Published by Nokhbegan Iran: Tehran, 2007 [Persian]

ABSTRACT

Role and performance of Iranian NGOs in community health promotion

Behzad Damari^{1*}, Mohammad Ali Heidarnia², Maryam Rahbari Bonab³

1. Department for Social Determinants of Health National Institute for Health Research, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2. Health and Community Medicine Educational Group, Shahid Beheshti University of Medical Science, Tehran, Iran

3. Health Group, Social studies office, Parliament research center

Payesh 2014; 13: 541-550

Accepted for publication: 8 April 2013

[EPub a head of print-20 August 2014]

Objective (s): The NGOs act as a potential system for public health promotion. These voluntary organizations are non-profitable and independent from state (self-governing), but serving people. In this way they are called public voice. The NGOs are considered to be the symbol and intermediary of public contribution; while public contribution is a main branch of health promotion, poverty and inequity decline in public health. This study was carried out to review the role and operation of Iranian NGOs in provision, maintenance and promotion of public health in order to design an interaction model of the NGOs with health sector trustees in the state.

Methods: Of 10000 registered NGOs in Iran with interest in health, 1000 NGOs were chosen. Of these 97 NGOs were selected as the study sample. Data were collected through random selection from all provinces using a questionnaire by 9 trained examiners.

Results: The results obtained from analysis in function and capacity showed that NGOs knew needs of target group but in most cases discovering these needs has been based on the group meetings or founding board ideas and hardly followed scientific principles of assessment. Most NGOs offered third level prevention care. Most NGOs believed that success in training and providing health care, prevention and advisory interventions were more satisfactory than working governmental sectors (working with the state, participation in jurisdictional and legal trend).

Conclusion:

The result while revealing capabilities of NGOs to deliver educational and advisory services, warns the public sector decision makers (the state) that inexploiting the potential capacity of those systems retards developing process of the country.

Key Words: Non-governmental Organizations (NGOs), Health Promotion, NGOs role and function

* Corresponding author: Department for Social Determinants of Health National Institute for Health Research, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

E-mail: Bdamari@gmail.com