

زمینه‌های مشارکت اعضای شوراهای اسلامی شهرها و روستاهای استان آذربایجان شرقی در نظام سلامت استان: یک مطالعه تئوری زمینه‌ای

جواد بابایی^{۱*}، حسین جباری^۲

۱. دانشجوی دوره تربیت پژوهشگر، مرکز کشوری مدیریت سلامت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز، تبریز، ایران
۲. دکتری مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، عضو هیئت علمی گروه پزشکی اجتماعی دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز؛ هیئت علمی و عضو شورای پژوهشی مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز، تبریز، ایران

* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۴۱۵۲۶۲۶۹۸۶ فکس: ۰۴۱۵۲۶۲۲۴۵۶ ایمیل: Javad1403@yahoo.com

چکیده

زمینه و هدف: تامین و ارتقاء سلامت جامعه نیازمند مشارکت فعال همگانی است و شوراهای اسلامی به عنوان نمایندگان مردم می‌توانند نقش بسیار مهمی را در این زمینه ایفا نمایند. برای رسیدن به این مهم ابتدا بایستی این زمینه‌ها شناسایی گردند، بنابراین مطالعه حاضر به منظور شناسایی زمینه‌های مشارکت شوراهای اسلامی در سیستم سلامت استان آذربایجان شرقی طراحی و اجرا شد.

روش کار: در این پژوهش کیفی از نوع تئوری زمینه‌ای، زمینه‌های مشارکت شوراهای اسلامی در نظام سلامت استان از طریق مصاحبه عمیق نیمه ساختار یافته با اعضای شوراها و کارکنان نظام بهداشتی بررسی شد. نمونه‌ها به صورت هدفمند انتخاب شده و مصاحبه‌ها تا رسیدن به اشباع اطلاعاتی ادامه یافت. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از روش توصیه شده استراوس و کوربین بطور دستی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: در این مطالعه با ۲۹ نفر مصاحبه گردید. نتایج آنالیز مصاحبه‌ها، منجر به شکل‌گیری ۶ طبقه اصلی برای زمینه‌های مشارکت شامل: بهداشت محیط شهر و روستا، مدیریت جنبه‌های مختلف سلامت، فرهنگ‌سازی در جامعه و ارتقاء آگاهی‌های بهداشتی مردم، جلب مشارکت مردم و سازمان‌ها، تسهیل ارتباطات و سایر جنبه‌های فنی مثل سلامت مادران شد. در زیر طبقات ۶ طبقه اصلی، ۵۴ مورد متنوع برای مشارکت شوراهای اسلامی استخراج شد.

نتیجه‌گیری: از نظر شرکت‌کنندگان، زمینه‌های متنوع و زیادی برای مشارکت اعضای شوراهای اسلامی در نظام بهداشتی به ویژه در فرایندهای مرتبط با سلامت محیط وجود دارد. بنابراین نظام بهداشتی بایستی با اتخاذ استراتژی‌های مناسب، مشارکت شوراها را تسهیل و عملیاتی نموده و از پتانسیل بالای موجود برای پیش‌برد اهداف نظام سلامت استفاده کند.

واژه‌های کلیدی: شوراهای اسلامی، نظام سلامت، مشارکت، استان آذربایجان شرقی، تئوری زمینه‌ای

دریافت: ۹۳/۳/۹ پذیرش: ۹۳/۱۲/۱۷

مقدمه

مشارکت جامعه از اصول اساسی استراتژی جهانی بهداشت برای همه می‌باشد که در کنفرانس معروف آلمانی در ۱۹۸۷ به تصویب سران کشورهای جهان رسیده است (۱). به دنبال این انقلاب مهم، تمام تلاش‌های جهانی برای توسعه از جمله منشور اوتاوا،

بیانیه ساندس وال، اعلامیه جاکارتا، برنامه سلامت ۲۱، پروژه شهرهای سالم و بالاخره منشور بانکوک بر اصل مهم مشارکت اجتماعی و توانمندسازی تاکید کرده و زمینه‌های آن را گسترش داده‌اند (۲). مشارکت جامعه فرایندی است که از طریق آن مردم قادر می‌شوند که فعالانه و به طور واقعی در تعریف

مقوله‌های مربوط به خودشان، در تصمیم‌گیری‌های مربوط به عوامل تاثیرگذار بر زندگی‌شان، در شکل‌دهی و اجرای سیاست‌ها، برنامه‌ریزی، توسعه ارائه خدمات، پایش، ارزشیابی و انجام اقدامات برای دستیابی به سلامت درگیر شوند (۳). به استناد نظرات متخصصین، ریشه بسیاری از علل و مشکلات مرتبط با سلامت در خود جوامع بوده و مداخله بخش بهداشت به تنهایی اغلب بی‌اثر است (۴). این موضوع در گذشته نه تنها در زمینه سلامت بلکه در بسیاری از زمینه‌های دیگر در اعمال اجتماعی و توسعه تجربه شده است (۵). از این رو نگرش سیستمی به سلامت و مفهوم نظام سلامت و نهضت بسیار مهم تعیین‌گرهای اجتماعی بیش از پیش بر مشارکت و توانمندسازی اجتماعی اصرار می‌نمایند و برنامه‌های گسترده‌ای (چون ابتکارات اجتماع محور) را در سراسر جهان طراحی و اجرا می‌نمایند (۶). در همین ارتباط سازمان‌های جوامع مدنی^۱ که از قرن‌ها پیش در بهداشت عمومی مشارکت داشتند، در سال‌های اخیر از نظر تعداد و حجم فعالیت‌ها و تاثیرگذاری بر روی سلامت رشد سریعی یافته‌اند. طیف این مشارکت‌ها شامل گستره‌ای از دادن اطلاعات، مشاوره، درگیرسازی کامل در اقدامات جمعی، توانمندسازی، ظرفیت‌سازی در جامعه، توسعه اجتماعی و سازماندهی جامعه است (۳).

بررسی‌های اخیر نشان می‌دهند که مشارکت جامعه، دستاوردهای مهمی چون گسترش دموکراسی، بسیج منابع، توسعه رویکردهای جامع، دستیابی به تصمیم‌گیری‌های بهتر و موثر برای خدمات، تضمین مالکیت و تداوم و پایداری برنامه‌ها را به همراه داشته است (۷). شواهد متعددی از این تجارب همچون برنامه شهرهای سالم اروپا که فاز پنجم اجرای خود را در صدها شهر مختلف اروپایی سپری می‌کند و همچنین هزاران تجارب مشابه در امریکا، ژاپن، هندوستان و... وجود دارد (۸،۹).

با پذیرش سلامت به عنوان محور توسعه و نقش تولییتی وزارت بهداشت در مقوله سلامت (۱۰)، گسترش بسیار وسیع و عالی بخش بهداشت و درمان در سراسر کشور و روشن شدن نقش مشارکت مردم برای تامین و ارتقای سطح سلامت جامعه و با توجه به جایگاه شوراهای اسلامی شهر و روستا، در برنامه‌های اجتماعی، اقتصادی، عمرانی، بهداشتی، فرهنگی، آموزشی، پرورشی و سایر امور رفاهی (۱۱) در ایران می‌توان نتیجه گرفت که ساختار و بستر مناسب برای سازماندهی و عملیاتی کردن مشارکت اجتماعی همانا شوراهای اسلامی هستند (۱۲). از طرف دیگر، مطابق قانون، شوراهای اسلامی وظیفه بررسی و شناخت کمبودها، نیازهای حوزه انتخابیه و تهیه طرح‌ها و پیشنهادهای اصلاحی و راه‌حل‌های کاربردی جهت برنامه‌ریزی و ارائه آن به مقامات مسئول ذیربط را بر عهده دارند. بعلاوه ادارات نیز در محدوده قانون ملزم به اجرای پیشنهادات آنها و در صورت عملی نبودن، ملزم به ارائه پاسخ مستدل و منطقی هستند (۱۱).

با عنایت به اهمیت موضوع مشارکت مردم و نمایندگان آنها در نظام سلامت و مدیریت سلامت خودشان و با توجه به تجربه سومین دوره حضور شوراهای اسلامی در عرصه مدیریت کشور (در زمان انجام تحقیق)، هنوز مطالعه‌ای در خصوص زمینه‌های مشارکت شوراهای اسلامی در حوزه سلامت انجام و یا منتشر نشده و یا حداقل نویسندگان مقاله در متون داخلی به آن دست نیافتند و در متون خارجی نیز بر شکاف دانشی در این زمینه اشاره شده و بر انجام تحقیقات زیاد توصیه شده (۱۲) بود. لذا مطالعه حاضر به منظور شناسایی زمینه‌های مشارکت شوراهای اسلامی در نظام سلامت استان آذربایجان شرقی با تمرکز بر روستاها و شهرهای کوچک طراحی و اجرا شد. لازم به ذکر است که این مقاله بخشی از نتایج یک مطالعه بزرگتر می‌باشد.

¹ Civil Society Organizations

روش کار

با توجه به هدف بررسی و به دلیل اطلاعات کم موجود در زمینه مورد بررسی، و با توجه به سؤال پژوهش (اعضای شوراهای اسلامی در چه زمینه‌هایی در نظام سلامت استان می‌توانند مشارکت داشته باشند؟) در این مطالعه از روش پژوهش کیفی تئوری زمینه‌ای^۲ استفاده شد که روشی برای به دست آوردن اطلاعات عمیق و غنی از مشارکت‌کنندگان است. این تئوری روش تحقیقی قوی و نظام‌مند است که توانایی نشان دادن واقعیت (۱۳) و فرایندهای نهفته در پس اعمال اجتماعی و سازمانی را دارد. تئوری زمینه‌ای عمدتاً در موضوعاتی به کار گرفته می‌شود که تحقیقات زیادی درباره آنها صورت نگرفته و جنبه‌های مختلف آنها شناسایی نشده‌اند (۱۴). جامعه مورد پژوهش در مطالعه حاضر اعضای شوراهای اسلامی شهرها و روستاهای استان آذربایجان شرقی، مسئولین و کارکنان شبکه‌های بهداشت و درمان شهرستان‌های استان بوده و نمونه‌ها شامل اعضای شوراهای اسلامی شهرها و روستاها، رؤسای شبکه‌های بهداشت و درمان شهرستان‌ها، معاونین بهداشتی شبکه‌های بهداشت و درمان شهرستان‌ها، مسئولین گروه‌های کارشناسی مراکز بهداشت شهرستان‌ها، پزشکان مسئول مراکز بهداشتی درمانی، و بهورزان خانه‌های بهداشت شهرستان‌های استان آذربایجان شرقی بودند.

برای دسترسی به نمونه‌ها ابتدا مکاتباتی توسط مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی درمانی تبریز با استانداری استان آذربایجان شرقی و مرکز بهداشت استان آذربایجان شرقی به عمل آمد و پس از اخذ نظر موافق از نهادهای مذکور، نامه‌ای مبنی بر همکاری شبکه‌های بهداشت و درمان از مرکز بهداشت استان اخذ شد و برای انجام مصاحبه به شهرستان‌ها مراجعه شد. انتخاب افراد برای مصاحبه

مثل همه مطالعات کیفی به صورت هدفمند صورت گرفت. بدین نحو که افرادی برای مصاحبه انتخاب می‌شدند که در زمینه مشارکت در نظام سلامت فعال بوده و حاضر بودند که در مطالعه شرکت نمایند. این افراد از طریق صحبت با مسئولین و کارکنان نظام سلامت از جمله بهورزان و معاونین بهداشتی مراکز بهداشت شهرستان‌ها و پزشکان مراکز بهداشتی درمانی و اعضای شوراهای اسلامی برای مصاحبه انتخاب شدند، سپس با مراجعه به آنها و در صورت علاقمند بودن به انجام مصاحبه، قرار مصاحبه گذاشته شد. مصاحبه در زمان و مکانی که آنها تعیین می‌کردند (عمدتاً محل کار نمونه‌ها)، انجام می‌شد. در صورت ایجاد مشکل در برگزاری مصاحبه، مصاحبه به زمان و مکان دیگری بر اساس نظر شرکت‌کنندگان موکول شده و قبل از انجام مصاحبه رضایت شفاهی افراد برای شرکت در مطالعه اخذ می‌گردید. سپس هدف و نحوه انجام مصاحبه به افراد شرکت‌کننده توضیح داده می‌شد و آنها حق داشتند که در هر مرحله از مصاحبه آن را قطع کرده و ادامه ندهند، همچنین آنها می‌توانستند به هر سؤالی که نمی‌خواستند و یا دوست نداشتند جواب ندهند. مصاحبه‌ها عمیق و نیمه ساختار یافته بودند.

در طی مصاحبه جهت اطمینان از صحت و استحکام داده‌ها از روش انعکاس و بازخورد استفاده شد. جمع‌آوری داده‌ها تا زمان رسیدن به اشباع اطلاعاتی (کفایت نظری) ادامه یافت. مبنای تشخیص اشباع اطلاعاتی هم نظرات پژوهشگران بود. بدین نحو پس از انجام مصاحبه‌ها، استخراج متن و تحلیل آنها، محققین وقتی به این نتیجه می‌رسیدند که مصاحبه‌ها هیچ اطلاعات جدیدی که نشان‌دهنده زمینه مشارکت باشند، ندارند، مصاحبه‌ها ادامه پیدا نمی‌کردند. به همین دلیل هم، تعداد افرادی که از گروه‌های مختلف مورد مطالعه برای مصاحبه انتخاب شدند نیز متفاوت است. نتایج حاصل از پژوهش به تعدادی از شرکت‌کنندگان در مصاحبه‌ها (کارکنان نظام سلامت)

² Grounded Theory

و کارشناسان شاغل در حوزه‌های مختلف نظام بهداشتی استان جهت بررسی و اطمینان از باورپذیری و تاییدپذیری (۱۶،۱۵) نتایج ارائه شد. کلیه مصاحبه‌ها که ۳۵ دقیقه تا یک ساعت (بطور میانگین ۴۳ دقیقه) طول می‌کشید، به هنگام مصاحبه ضبط شدند. سپس متن مصاحبه‌ها استخراج شده به دقت و به کرات مطالعه شده و به صورت دستی (بدون استفاده از نرم افزار) با استفاده از روش تحلیل داده‌های استراوس و کوربین به شکل کدگذاری باز، کدگذاری محوری و کدگذاری انتخابی کدگذاری شدند. بدین نحو که در مرحله کدگذاری باز پیشامدها، فعالیت‌های واقعی و اتفاقات موجود در متن مصاحبه‌ها به عنوان نشانه‌های بالقوه تلقی شده و برچسب مفهومی دریافت کردند (یا مقوله) سپس مفاهیم/مقوله‌های مشابه به شکل خرده مقوله و مقوله‌های ویژه طبقه‌بندی شدند. در مرحله کدگذاری محوری، یک مقوله به عنوان محور یا پدیده مرکزی انتخاب شده و مقوله‌های دیگر به آن ربط داده می‌شدند و در زیر مجموعه آن قرار می‌گرفتند. مقوله محوری نسبت به سایر مقوله‌ها جامعیت داشته و سایر مقوله‌ها هر کدام به نوعی با آن مرتبط بوده و یا بخشی از آنرا تشکیل می‌دادند. در مرحله کدگذاری انتخابی این مقوله‌ها یکپارچه‌سازی شدند (۱۷).

یافته‌ها

در این مطالعه با ۲۹ نفر از اعضای شورای اسلامی شهرها و روستاهای استان آذربایجان شرقی و کارکنان نظام بهداشتی استان مصاحبه شد. خصوصیات دموگرافیک این افراد به تفصیل در جدول ۱ نشان داده شده است. افراد شرکت کننده در مطالعه تجارب مشارکتی متعددی را با اعضای شوراهای اسلامی در زمینه‌های مختلف با نظام سلامت داشتند. از تحلیل داده‌ها، ۴۶۵ کد به دست آمد که در ۶ طبقه اصلی به شرح زیر طبقه‌بندی شدند و در زیر

طبقه‌ها هم ۵۴ زمینه متنوع برای مشارکت به دست آمد.

طبقه اول: بهداشت محیط

یکی از زمینه‌های مهم مشارکت که توسط شرکت کنندگان بیان شده بود، «بهداشت محیط و عمران روستا» بود که شامل زیرطبقه‌های زیادی (۱۰) زیر طبقه) به شرح زیر بود:

جمع‌آوری و دفع بهداشتی فاضلاب، جمع‌آوری و دفع بهداشتی زباله، سالم‌سازی و تامین آب آشامیدنی سالم، بهسازی اماکن عمومی و تهیه و توزیع مواد غذایی، بهداشت اماکن مذهبی، تکایا و مساجد؛ احداث توالت‌های عمومی و نظارت بر نظافت آنها، بهداشت هوا، بهسازی و سالم‌سازی محیط روستا (شن‌ریزی و آسفالت معابر و زیباسازی محیط شهر و روستا) و احداث اماکن تفریحی.

بهداشت محیط در شهرها و روستاها یکی از جنبه‌های بسیار مورد توجه و نیازمند مشارکت و همکاری‌های همه‌جانبه است که در این مطالعه هم مورد توجه بود. مشارکت کنندگان اعتقاد داشتند که در این زمینه اعضای شوراهای اسلامی می‌توانند نقش بسیار زیادی داشته باشند و ضمن فراهم نمودن منابع برای تامین آن در حفظ و تداوم خدمات مربوط نیز متمرکز باشند. رؤسای یکی از شبکه‌ها اظهار می‌دارد: «تقریباً در همه روستاها مشکلات بهداشت محیط داریم. همه جا هم مطرح می‌کنیم. واقعاً ما کار زیادی از دستان بر نمی‌آید. باید خود روستائیان، شوراهای دهیاران وارد عمل شوند.»؛ بهورز یکی از خانه‌های بهداشت مطرح می‌کند که: «من برای هر کدام از عوامل محیطی تقریباً یک پرونده دارم. اطلاعات و آمارشان و اقدامات را ثبت می‌کنم. نواقصات را پیگیری می‌کنم. به مقامات و مسئولین گزارش می‌کنم ولی پیشرفت بسیار کند است. شاید من هم بازنشست شوم ولی بسیاری از اینها تا مردم خودشان نخواهند حل نمی‌شود.»؛ در این زمینه یکی از اعضای شورای اسلامی روستا می‌گوید: «علیرغم اینکه

پیشرفت‌های خوبی در زمینه مسائل بهداشتی داشته‌ایم، ولی هنوز در روستای ما مشکل فاضلاب، فضولات حیوانی و زباله حل نشده است. چندین سال است که لوله‌کشی آب صورت گرفته است ولی فاضلاب آب مصرفی در کوچه‌ها سرازیر هستند. از گل و لای کوچه‌ها نمی‌شود گذشت. به این نتیجه رسیده‌ایم که حال‌احالها این مشکل قابل حل نیست. خود مردم باید اقدام کنند. مردم فضولات حیوانی خود را چه کار کنند. کجا دفع کنند که مشکلی پیش نیاید. مرکز بهداشت که متولی جمع‌آوری فضولات حیوانی نیست، خود مردم باید فکری بکنند، البته خانه بهداشت و مرکز بهداشت هم باید مشاوره بدهند». وسعت و گستره جغرافیایی استان، پراکندگی روستاها، کم جمعیت بودن آنها، شیوه زندگی مردم که با

دامداری عجین شده است، آب و هوا و سایر شرایط محیطی باعث شده‌اند که هنوز مشکلات بهداشت محیط در بسیاری از مناطق روستایی استان خودنمایی کنند. حل این مشکلات نیازمند هزینه است. علاوه بر هزینه بایستی برای نگهداری، تعمیر و به روز نگه داشتن آنها نیز مدیریت صورت گیرد و اعضای شوراهای اسلامی و دهیاران در مناطق روستایی و شهرداران در مناطق شهری می‌توانند متولی این کار باشند و در این مطالعه نیز یکی از موضوعات مطرح شده توسط شرکت کنندگان برای مشارکت اعضای شواهای اسلامی در نظام سلامت استان مسائل بهداشت محیط بود.

جدول ۱. مشخصات جمعیت‌شناختی شرکت کنندگان در مطالعه زمینه‌های مشارکت اعضای شوراهای اسلامی شهرها و روستاهای استان آذربایجان شرقی در نظام سلامت استان

مشخصات شرکت کنندگان مطالعه	اعضای شورای اسلامی شهر/روستا	بهورزان خانه‌های بهداشت	کارشناسان مسئول گروه‌های کارشناسی مراکز بهداشت شهرستان‌ها	پزشکان مراکز بهداشتی درمانی و روسای شبکه‌ها و روسای مراکز بهداشت شهرستان‌ها	جمع
فراوانی کلی	تعداد ۱۳	۶	۵	۵	۲۹
	درصد ۴۴/۸۲	۲۰/۶۸	۱۷/۲۴	۱۷/۲۴	۱۰۰
جنسیت					
مرد	تعداد ۱۳	۴	۳	۴	۲۴
	درصد ۱۰۰	۶۶/۶۶	۶۰	۸۰	۸۲/۷۶
زن	تعداد ۰	۲	۲	۱	۵
	درصد ۰	۳۳/۳۶	۴۰	۲۰	۱۷/۲۴
ابتدائی	تعداد ۱	۱	۰	۰	۲
	درصد ۷/۶۹	۱۶/۶۶	۰	۰	۶/۸۹
راهنمایی	تعداد ۲	۴	۰	۰	۶
	درصد ۱۵/۳۸	۶۶/۶۶	۰	۰	۲۰/۶۸
دیپلم	تعداد ۴	۱	۰	۰	۶
	درصد ۳۰/۷۶	۱۶/۶۶	۰	۰	۲۰/۶۸
تحصیلات					
فوق دیپلم	تعداد ۰	۰	۱	۰	۱
	درصد ۰	۰	۲۰	۰	۳/۴۴
لیسانس	تعداد ۴	۰	۱	۰	۴
	درصد ۳۰/۷۶	۰	۲۰	۰	۱۳/۷۹
فوق لیسانس	تعداد ۲	۰	۰	۰	۲
	درصد ۱۵/۳۸	۰	۰	۰	۶/۸۹
پزشکی	تعداد ۰	۰	۳	۵	۸
عمومی	درصد ۰	۰	۶۰	۱۰۰	۲۷/۵۸

طبقه دوم: مدیریت سلامت

دومین مضمونی که در مصاحبه‌ها بخش قابل توجهی از متن مصاحبه را به خود اختصاص داده بود جنبه‌های مدیریتی حوزه سلامت بود که خود شامل ۱۸ زیر طبقه بود که عبارت بودند از: نیازسنجی مشکلات سلامت شهر و روستا، اولویت‌بندی مشکلات سلامت، بسترسازی برای انجام برنامه‌ها، مشارکت در برنامه‌ریزی اقدامات سلامت، عمل به برنامه‌ریزی انجام شده، شرکت در جلساتی که در کلیه سطوح نظام سلامت تشکیل می‌شود، عضویت در کارگروه سلامت و امنیت غذایی شهرستان، نظارت بر عملکرد واحدهای محیطی، گزارش نواقصات و کمبودهای بهداشتی، حمایت‌های اجتماعی از اعضای تیم سلامت، مشارکت در تصمیم‌گیری‌های مرتبط با سلامت، رفع مناقشات اعضای تیم سلامت با مردم، تامین زمین برای کاربردهای بهداشتی، ارائه کمک‌های مالی، تهیه وسایل مورد نیاز مراکز بهداشتی درمانی و خانه‌های بهداشت (تجهیز خانه‌های بهداشت، مراکز بهداشتی درمانی و بیمارستان‌ها)، تامین بودجه و اعتبار و سوق دادن اعتبارات تخصیصی به مسائل بهداشتی، همکاری در اجرای طرح پزشک خانواده، پیگیری موارد مشکل‌دار و مشارکت در بهورزگیری.

شوراهای اسلامی به دلیل اختیارات، مسئولیت‌ها و نقش‌هایی که بر عهده دارند از گروه‌های صاحب نقش و مهم در این زمینه هستند. در مصاحبه‌هایی که با شرکت‌کنندگان در مطالعه به عمل آمد، از این زمینه‌ها به عنوان مواردی که اعضای شوراهای اسلامی می‌توانند در آن مشارکت کنند، اشاره می‌شد. یکی از بهورزان خانه‌های بهداشت می‌گوید: «ما هر سال نیازسنجی مشکلات سلامت را انجام می‌دهیم. سپس آنها را اولویت‌بندی می‌کنیم و مهمترین و اولی‌ترین مشکل را برای مداخله انتخاب می‌کنیم و برنامه مداخله تدوین و اجرا می‌کنیم و... تعدادی از اعضای تیمی که این کار را انجام می‌دهند شورا و یا دهیار روستا است». عضو یکی از شوراهای

شهر اعلام می‌کند: «در هر جلسه‌ای که در سطح شهرستان تشکیل می‌شود، بالاخره یکی از ما هستیم. ما معمولاً مشکلات سلامت را از جانب مردم مطرح می‌کنیم. بعد هم پیگیری می‌کنیم. در برخی موارد هم مردم مسائل را از ما پیگیر هستند». دیگری می‌گوید: «ما رسماً عضو کارگروه سلامت و امنیت غذایی شهرستان هستیم. نظرات ما در تصمیمات این کارگروه مهم است». معاون بهداشتی یکی از مراکز بهداشت شهرستان‌ها می‌گوید: «مواردی پیش می‌آید که بهورز ما با مردم دچار اختلاف می‌شود. در این موارد شورا از بهورز حمایت می‌کند». پزشک مسئول مرکز می‌گوید: «مواقعی که ما برای خدمات سیار به روستا مراجعه می‌کنیم و جایی برای ارائه خدمات پیدا نمی‌کنیم، به شوراها مراجعه می‌کنیم». موارد این چنینی در مصاحبه‌ها بسیار زیاد بودند که جمع‌بندی این موارد در ابتدای این قسمت آورده شده است.

طبقه سوم: فرهنگ‌سازی و ارتقاء آگاهی‌های بهداشتی

افراد جامعه باید عواملی که سلامت آنها را به خطر می‌اندازد را بشناسند و اقداماتی را برای کاهش تعداد و اثرات این عوامل انجام دهند. اعضای شوراهای اسلامی می‌توانند با برگزاری برنامه‌های مختلفی مردم را با عوامل خطر آشنا سازند. امکاناتی را برای توانمندسازی آنها فراهم آورند. این طبقه شامل ۴ زیر طبقه بود که عبارت بودند از: توانمندسازی افراد جامعه برای حفظ و ارتقای سلامت خود، الگوشدن برای مردم از نظر مسائل بهداشتی، توسعه محیط‌های آموزشی، و شرکت در بسیج‌های اطلاع‌رسانی که به مناسبت‌های مختلف برگزار می‌شوند.

یکی از اعضای شوراهای اسلامی در این مورد می‌گوید: «بسیاری از امکانات فرهنگی هنری و ارتباطی شهر در اختیار مجموعه ما است. هر روز و هر هفته برنامه‌های مختلفی برگزار می‌شود. مطبوعات، نشریات و روزنامه و هفته‌نامه مختلفی

منتشر می‌گردند. ما می‌توانیم مضمون برخی از اینها را سلامت و عوامل موثر بر آن قرار دهیم». به‌رورز یکی از خانه‌های بهداشت می‌گوید: «در اوقات مختلف سال، به مناسبت‌های مختلفی برنامه‌هایی در روستا برگزار می‌شود که مدیریت آنها با شوراهای اسلامی است. شورا می‌تواند بسیاری از مسائل بهداشتی را در این مجالس مطرح کند و ضمن آموزش مردم، تصمیماتی هم برای رفع مشکلات بگیرد». رئیس شبکه بهداشت و درمان یکی از شهرستان‌ها می‌گوید: «ما در مراسمات مختلف بهداشتی، برنامه‌هایی را برگزار می‌کنیم. نیاز به اطلاع‌رسانی داریم. بسیاری از امکانات اطلاع‌رسانی در حوزه اختیار شوراها است. ما می‌توانیم کمک بگیریم. چندین بار هم این کار را کرده‌ایم. خوب هم بوده‌است».

طبقه چهارم: جلب مشارکت مردم و سازمان‌ها

اعضای شوراهای اسلامی شهرها و روستاها بسیاری از امکانات را در اختیار دارند که می‌توانند حتی به صورت دائم در اختیار نظام سلامت قرار دهند یا حامیانی برای آنها پیدا کنند. در مصاحبه‌ها هم مواردی بودند که به این زمینه‌های مشارکت شوراهای اسلامی با نظام سلامت اشاره شده بود که شامل ۷ زیر طبقه به شرح زیر بودند: تامین و واگذاری فضاهای فیزیکی به نظام سلامت، جلب مشارکت عمومی مردم، جلب مشارکت خیرین و جلب نظر آنها برای حل مشکلات سلامت، جلب همکاری سایر ادارات، پیگیری مسئولیت‌های بهداشتی سایر ادارات، تامین وسیله نقلیه و تامین همکاری‌های بین‌بخشی.

یکی از به‌رورزان در این زمینه اظهار داشت: «من در روستای قمرم جایی برای ارائه خدمات نداشتم. با شوراهای روستا صحبت کردم آنها یک جایی فعلاً در اختیارم قرار داده‌اند هر چند جای خیلی خوبی نیست ولی از قبل بهتر است». پزشکی می‌گوید: «من چند تا بیمار داشتم که نیاز به چرخ معلولین داشتند، از طریق شورا توانستم برای آنها چرخ تهیه کنم». پزشک

دیگری می‌گوید: «چند تا از شوراهای روستا برای مرکز بهداشتی درمانی ما تجهیزات می‌خرند». پزشک مسئول یکی از مراکز بهداشتی درمانی می‌گوید: «در جلساتی که داشتیم، تصمیماتی گرفته می‌شد ولی بعد از جلسه همه یادشان می‌رفت که باید کارهایی هم بکنند. کسی پیگیر نبود. ما هم که پیگیری می‌کردیم نتیجه نمی‌گرفتیم. الان این کارها را گذاشتیم بر عهده دهیار که نماینده شورا است. ایشان پیگیری می‌کنند، در چند مورد هم نتیجه گرفته‌ایم».

طبقه پنجم: تسهیل ارتباطات

وظایف و فرایندهای مراکز بهداشت به نوعی هستند که نیازمند برقراری ارتباطات در سطوح مختلف هستند. موارد زیادی وجود دارند که می‌توان از اعضای شوراهای اسلامی به عنوان افراد معتمد در گزارش‌گیری بیماری‌ها استفاده کرد یا از آنها خواست هرگونه تغییر در وضع سلامت مردم را گزارش کنند. در این مضمون نیز مواردی در مصاحبه‌ها به چشم می‌خوردند که جمع‌بندی آنها شامل ۶ زیر طبقه بود، که عبارت بودند از: دادن مشاوره به مسئولین سلامت منطقه در خصوص مسائل مختلف، شناسایی و معرفی زمینه‌های خطر بهداشتی، برگزاری جلسات پرسش و پاسخ و هماهنگی، پیگیری موارد مشکل‌دار، کمک در جهت اجرای ارجاع، و طرح مشکلات سلامت شهری در جلسات مختلف که اعضای شوراهای اسلامی در آنها عضویت دارند. یکی از مسئولین گروه‌های کارشناسی می‌گوید: «من با شورای روستاهای سیاری و قمر هماهنگ هستم که در فصل سرما اگر مشکلی برای زن حامله رخ داد به من اطلاع دهند». یکی دیگر از کارشناسان می‌گوید: «من تعاریف را به اینها آموزش داده‌ام. گفته‌ام که هر موقع چنین موردی دیدید به من گزارش دهید». یکی از معاونین بهداشتی می‌گوید: «هر وقت من برنامه جدید را در منطقه

اجرا می‌کنم حتماً با چند تا از این شوراهای تماس می‌گیرم و از نظرات آنها استفاده می‌کنم».

طبقه ششم: سایر جنبه‌های فنی

در مصاحبه‌هایی که با مسئولین گروه‌های کارشناسی به عمل آمد، هر کدام بسته به زمینه تخصص خود، زمینه‌هایی را برای مشارکت شوراهای اسلامی ذکر می‌کردند. عمده‌ترین این زمینه‌ها عبارت بودند از: پیشگیری از سوء مصرف مواد، جمع‌آوری و درمان معتادان، همکاری با مرکز بهداشت به هنگام بلایا و شرایط اضطراری، کمک به ایجاد زمینه تغذیه سالم، پیشگیری از بیماری‌ها، پیگیری بیمارانی که مراجعه نمی‌کنند، ترغیب بیماران برای مراجعه به پزشک، گزارش به موقع بیماری‌ها، همکاری در فرایندهای مرتبط با واحد بهداشت حرفه‌ای، همکاری در فرایندهای مرتبط با واحد بهداشت مدارس، همکاری در برنامه‌های بهداشت خانواده، ایمن‌سازی محیط روستا، اجرای طرح‌های غربالگری، مشارکت در ارتقاء برنامه‌های تنظیم خانواده (مثل توبکتومی و وازکنومی) و همکاری در زمینه مسایل بهداشت مردان.

مسئول بهداشت مدارس یکی از شهرستان‌ها در این زمینه می‌گوید: «در معاینات سالانه دانش آموزان مواردی پیش می‌آید که نیاز به معاینه پزشک متخصص دارند، متأسفانه خانواده مراجعه نمی‌کند. من چندین مورد را از طریق همین شوراهای پیگیری کرده‌ام». کارشناس دیگری می‌گوید: «در چندین روستا مکان‌هایی بودند که مرتباً حادثه ایجاد می‌کردند. من جلساتی با شوراهای گذاشتم توانستم این اماکن را ایمن بکنم و از میزان بروز حوادث بکاهم». یکی دیگر از بهوزان می‌گوید: «در برنامه‌های غربالگری به ویژه غربالگری دیابت، معمولاً مردان مراجعه نمی‌کنند. یا اگر مظنون باشند و در معرض خطر باشند برای اقدامات بعدی مراجعه نمی‌کنند، من از شوراهای کمک می‌خواهم که به اینها موارد را بگویند». نهایت اینکه در همه گروه‌های کارشناسی

فرایندهایی وجود دارند که شوراهای اسلامی می‌توانند نقش ایفا کنند.

بحث

شرکت کنندگان در مطالعه، ۴۷ مورد را جزو وظایف اعضای شوراهای اسلامی در قبال نظام سلامت ذکر کردند که بیشتر به مسائل بهداشت محیط، شرکت در جلسات و مشارکت در تصمیم‌گیری‌ها، آموزش مردم، ایمن‌سازی معابر و کاهش سوانح ترافیکی مربوط می‌شد. در حالی که برای ساختارهای مدنی در متون مختلف، وظایف گسترده‌ای را می‌توان مشاهده نمود. ازجمله: تدارک خدمات، تسهیل تعامل جامعه با خدمات، توزیع منابع سلامت مثل سیمان، پشه بند، حمایت اخلاقی و ایجاد محیط کار مناسب اخلاقی، کسب و انتشار اطلاعات بهداشتی، ایجاد گزینه‌های رسمی‌تر برای سلامت، اجرا و استفاده از تحقیقات سلامت، کمک برای تغییر نگرش‌ها و بسیج و سازماندهی منابع برای سلامت، بیان علایق اجتماعی و عمومی در سیاست‌ها، ارتقای عدالت و سیاست‌های کاهش فقر، مذاکره درباره استانداردها و رویکردهای عمومی سلامت، ایجاد هم‌نوایی در سیاست‌ها، ایجاد موقعیت‌های سیاسی و افزایش حمایت عمومی از سیاست‌ها، تامین مالی خدمات سلامت، ارتقای خواست‌های جامعه در تخصیص منابع، بسیج و سازماندهی خدمات با مشارکت‌های جامعه، ارتقای مسایل مربوط به عدالت و کاهش فقر در تخصیص منابع و ایجاد مسئولیت‌پذیری و شفافیت در ارتقای تخصیص و مدیریت منابع، پایش پاسخگویی و کیفیت خدمات سلامت، رساندن صدای گروه‌های مختلف جامعه به گوش مسئولان، ارتقای برابری، بیان حقوق بیمار و عناوین کیفی زندگی، جهت‌دهی و مذاکره در مورد ادعاها و مشکلات بیماران (۳).

افراد شرکت کننده در مصاحبه‌ها، ۵۴ زمینه را برای مشارکت شوراهای اسلامی در سیستم سلامت ذکر کردند. از تامین فضاهای فیزیکی و تجهیزات تا

شرکت در جلسات و کارگروه‌ها و طرح مسائل و مشکلات سلامت در جلسات مختلف و پیگیری آنها. توجه به این زمینه‌ها نشان می‌دهد که اعضای شوراهای اسلامی می‌توانند نقشی بسیار مهم و حیاتی در پیشبرد اهداف بهداشتی داشته باشند و زمینه‌های این مشارکت بسیار گسترده است و چه بسا اعضای شوراهای اسلامی به بسیاری دیگر از زمینه‌ها اشاره نداشتند.

تجربیات جهانی از مشارکت شوراهای مختلف در مسائل اجتماعی اقتصادی بیانگر اهمیت و جایگاه شوراها در دستیابی به اهداف می‌باشد. به عنوان مثال مشارکت انجمن‌های شهر با شهرداری‌ها در بنین آفریقا با هدف شرکت دادن مردم در برنامه توسعه شهری و بسیج برای حمایت از تحقق و تقویت توسعه محلی بود که با درگیر کردن مردم و از طریق ایفای نقش مسئولان محلی مالکیت طرح به عهده مردم گذاشته شد. در نتیجه احساس واقعی مالکیت را به مقدار زیادی بهبود داد (۱۳).

در سال‌های اخیر در تجربه مشارکت اجتماعی زنان در شناسایی، اولویت‌بندی، ارائه برنامه و اجرای آن در دو منطقه از شهر تبریز، این امر منجر به آنچنان نتایج مهمی گردید که وزارت بهداشت تصمیم به ادغام برنامه در ساختار و وظایف گروه بهداشت محیط در سراسر کشور گرفت (۹). از دیگر زمینه‌ها و موارد می‌توان به مشارکت در برنامه‌ریزی، مشارکت مالی، تغییر ساختار (۱۴)، مشارکت برای پیشگیری از سوء تغذیه و کاهش شیوع کم‌آبی (۱۵)، ایجاد و توسعه خدمات (۱۶)، مشارکت برای کاهش تصادفات و مرگ و میرهای ناشی از آنها (۱۷)، مشارکت در درمان دیابت، کاهش مصرف انسولین و بهبود فعالیت‌های فیزیکی (۱۸)، تداوم ارائه خدمات (۱۹) و نقش کمیته‌های بهداشت و درمان در کاهش بیماری‌های انگلی و استفاده از توالت‌های بهداشتی و استفاده از آب سالم (۲۰) اشاره کرد. در زمینه مشارکت مردم در سلامت در ایران نیز مطالعات

بنی‌طبا (۲۱)، فولادی (۲۲)، نان بخش (۱۲) بر بهبود ارائه خدمات و ارتقاء سلامت اشاره نموده‌اند. شاکریان و همکاران در مطالعه‌ای با عنوان نقش شوراهای اسلامی در تحقق الگوی مشارکتی جامعه‌محور با تاکید بر توسعه و احیای فضای سبز، دریافتند که مقایسه شاخص‌های فضای سبز در سال ۱۳۸۳ (قبل از تشکیل تیم توسعه) با سال ۱۳۸۶ نشانگر افزایش کیفیت احیا و توسعه فضای سبز به دلیل مشارکت مردم بود (۲۳). پژوهش بر روی مشارکت اجتماعی زنان در یکی از روستاهای استان آذربایجان شرقی نشان داد که مشارکت زنان عمدتاً مربوط به امور کشاورزی بوده و در عرصه مشارکت مدنی فعالیت‌های قابل ملاحظه‌ای وجود ندارد (۲۴).

یافته‌های این بررسی با تجارب و نمونه‌های موجود در متون همخوانی دارد. با این حال روح حاکم بر مقوله مشارکت در مطالعه حاضر هنوز در سطح پایین طیف مشارکت متمرکز بوده و اعضای شوراها و حتی کارکنان، کارشناسان و مسئولین بهداشتی نیازمند توانمندسازی در رابطه با مشارکت هستند.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که زمینه‌های مشارکت اعضای شوراهای اسلامی شهرها و روستاها در نظام سلامت بسیار وسیع و گسترده است. بنابراین بایستی با توانمندسازی کارکنان و مسئولین حوزه سلامت و توانمندسازی اعضای شوراهای اسلامی و ایجاد بسترهای لازم، زمینه تحقق و اجرایی شدن این مشارکت‌ها را فراهم آورد. این امر می‌تواند با آموزش اعضای شوراهای اسلامی و کارکنان نظام بهداشتی و فراهم آوردن بسترهای لازم صورت گیرد.

محدودیت‌های مطالعه

یکی از محدودیت‌های مطالعه حاضر این است که فقط اعضای شوراهای اسلامی شهرهای کوچک در مصاحبه‌ها شرکت کردند (شهرهای کمتر از ۳۰۰۰۰

نفر) و مصاحبه به دلیل مشکلات دسترسی به اعضای محترم شوراهای شهرهای بزرگتر میسر نشد. یکی دیگر از محدودیت‌ها تعداد کمتر خانم‌های عضو شوراهای اسلامی است که در روستاهای مورد بررسی اصلاً عضو خانمی وجود نداشت.

تشکر و قدردانی

این طرح با حمایت مالی مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی و

خدمات بهداشتی و درمانی تبریز انجام شده است. نویسندگان این مقاله وظیفه خود می‌دانند که از این مرکز به خاطر حمایت مالی و آقایان یوسف زارع، احمد شیرجنگ، ابوالفضل هلالی (که متأسفانه ایشان الان به دیار باقی سفر کرده‌اند) و کلیه شرکت‌کنندگان در مطالعه و ریاست وقت مرکز بهداشت استان جناب آقای دکتر کوشا تقدیر و تشکر نمایند.

References

- 1- World Health Organization (WHO). Primary health Care: Report of the International Conference on Primary health Care, Alma Ata, USSR, 6-12 September 1978. Geneva. PP 12-26.
- 2- Dooris M, Heritage Z. Healthy Cities: Facilitating the Active Participation and Empowerment of Local People. J Urban Health. 2013; 90 (Suppl 1):74-91.
- 3- World Health Organization. Strategic alliances: The role of civil society in health. [Online]. 2001. [Cited 2013 January 17]. Available from: http://www.who.int/civilsociety/documents/en/alliances_en.pdf
- 4- Ramezani AA, Miri MR. Evaluation of Health volunteer's performance and their failure cooperate reasons with health centers of Birjand University of medical sciences. Journal of Birjand University of medical science. 2003; 10(1):9-15. [Persian]
- 5- Kahssay HM, Oakley ED. Community Involvement In health development: a review of the concept and practice. Geneva, World health organization. 1999 (public health in action No.5):pp 19-20.
- 6- World Health Organization. Regional office for the eastern Mediterranean CAIRO, EGYPT 2003. Community-based initiatives in eastern Mediterranean region. [Online]. 2005. [Cited 2013 January 17]. Available from: <http://applications.emro.who.int/dsaf/dsa225.pdf>
- 7- Mitton C, Smith N, Peacock S, Evoy B, Abelson J. Public participation in health care priority setting: A scoping review. Health Policy. 2009; 91: 219-228
- 8- Thurston WE, MacKean G, Vollman A, Casebeer A, Weber M, Maloff B, Bader J. Public participation in regional health policy: A theoretical framework. Health Policy. 2005; 73: 237-252
- 9- Behdjat H, Rifkin SB, Tarin E, Sheikh MR. A new role for women health volunteers in urban Islamic Republic of Iran. Eastern Mediterranean health journal. 2009; 15(5): 1164-1173.
- 10- Jabbari Beyrami H, Bakhshian F. Decentralization in the stewardship functions of different countries health systems and provide a template for Iran. Med J Tabriz Uni Med Sci. 2007; 29(1):7-8
- 11- Rule of the organization, tasks and choosing Islamic councils and elected mayors approved 1996. Available from: <http://www.council.isfahan.ir/Static/Rule/WFCh3.aspx>. Accessed: 7/1/1391. [Persian]
- 12- Nanbakhsh H. Voluntary participation of women, Successful experience of Health volunteers. Women in Development & politics. 2004; 1(6): 165-186. [Persian]
- 13- [Examples of citizen participation]. Available from: <http://shahrebehesht.ir/tabid/142/View/Detail/id/758/Default.aspx> accessed: 2009/3/10. [Persian]
- 14- Wilson M. Local health planning to meet the needs of communities. In '6th National Rural Health Conference, Canberra, ACT, 4-7 March 2001. (Ed. G Gregory) (National Rural Health Alliance: Canberra). Available at http://nrha.ruralhealth.org.au/conferences/docs/papers/6_A_3_2.Pdf [Verified 25 January 2010]
- 15- Warchivker I, Hayter A. An evaluation of a nutrition program in a remote community in central Australia. In '6th National rural health conference, Canberra, ACT, 4-7 March 2001. (Ed. G Gregory) (National Rural Health Alliance: Canberra) Available at http://nrha.ruralhealth.org.au/conferences/docs/papers/6_A_I_3.pdf [Verified 25 January 2010]

- 16- Taylor J, Wilkinson O, Cheers B. Community participation in organizing rural general practice: is it sustainable? *The Australian Journal of Rural Health*. 2006; 14: 144-147.
- 17- Sare O, Kirby O. Road Trauma Reduction and Injury prevention participation in Rural Communities. In '5th National Rural Health Conference, Adelaide, SA, 15-17 March 1999'. (Ed. G Gregory) (National Rural Health Alliance: Canberra) Available at http://nrha.ruralhealth.org.au/conferences/docs/PAPERS/5_road.pdf [Verified 25 January 2010]
- 18- Rowley KG, Daniel M, Skinner K, Skinner M, White GA, O'Dea K. Effectiveness of a community-directed 'healthy lifestyle' program in a remote Australian aboriginal community. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*. 2000; 24(2): 136-144
- 19- O'Meara P, Houge T, Saving H. The power of community action in country Victoria. In '7th National Rural Health conference, Hobart, Tas., 1-4 March 2003. (Ed. G Gregory) (National Rural health Alliance: Canberra) Available at http://nrha.ruralhealth.org.au/conferences/docs17thNRHC/Papers/generalpapers/omeara_houge.pdf [Verified 25 January 2010]
- 20- Nikniaz A, Alizadeh M. Community participation in environmental health: Eastern Azerbaijan Healthy Villages project. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 2007; 13(1): 186-192.
- 21- BaniTaba P. The effect of parent's participations with schools health care providers in promoting of schools health. [Dissertation]. Tarbiatmoddaress University. School of medical science. 1993. P 108. [Persian]
- 22- FooladiNamin N. Study of effects of women participation as healthy volunteers in mother's knowledge about control and prevention of diarrhea and ARI. [Dissertation]. Tarbiatmoddaress University, School of medical science. 1993. P 71. [Persian]
- 23- Shakerian S, Shahgoli Z. Islamic council's role in realization of community-based participatory model with emphasis on the development and restoration of green space: Case study of Farrokhsahr. *Municipalities. The first conference of urban planning and management*. 2007; 8(88). [Persian]
- 24- Vsogi M, yosefiAghabin A. Sociological research on social participation of Aghkand rural women. *Social science letter*. 2005; 25: 195-224. [Persian]

Involvement Areas of Urban and Rural Islamic Councils Members in Province Health System: a Grounded Theory Study

Babaie J^{*1}, Jabbari Beirami H²

1. Student of health research training course, National public health management center, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.

2. PhD, Associate professor of health Care administration, Department of Social Medicine, School of Medicine, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran; PhD, Associate professor of health Care administration, Faculty member of National public health management center, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.

* *Corresponding author.* Tel: +984152626986 Fax: +98 4152622456 E-mail: Javad1403@yahoo.com

Received: May 30, 2014 Accepted: Mar 7, 2015

ABSTRACT

Background & objectives: Provision and promotion of community health need active public involvement. Islamic councils as representatives of a community can play an important role in this area. The involvement areas should initially be recognized in order to achieve this goal. This research was planed and implemented to identify Islamic council's involvement areas in East Azerbaijan Health system.

Methods: This qualitative study was conducted using grounded theory approach. Fields of Islamic councils contributions were investigated through Semi-structured in-depth interviews with members of urban and rural Islamic councils and PHC workers. Collected data were manually analyzed using Straus and Corbin methods.

Results: We interviewed 29 individuals. The results of interviews analysis were categorized in 6 main categories including: city and rural environmental health, different aspects of PHC administration, health education and health promotion, facilitating community and organizational involvements, facilitating communication and other technical aspects such as maternal health.

Conclusion: From the viewpoint of the participants, there is wide variety of fields for members of Islamic councils to involve in health system particularly in environmental health area. Health system administrators and policy makers should implement right strategies for facilitating Islamic councils' involvement and using their high potential to achieve health system goals.

Keywords: Islamic Councils; Health System; Involvement; East Azerbaijan; Grounded Theory.