

Designing a Model for Participatory Health Policy at the Local Level

Maryam Ebrahimnezhad¹, Shabnam Ghasemyani² , Leila Doshmangir¹ , Javad Babaei¹ , Alireza Hajizadeh³ ,
Rahim Khodayari-Zarnaq^{*} 

¹ Department of Health Policy and Management, School of Management and Medical Informatics, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

² Department of Health Services Management, School of Management and Medical Informatics, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

³ Department of Health Economics and Management, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

ARTICLE INFO

Article Type:
Brief Policy

Article History:
Received: 11 Feb 2023
Accepted: 15 Aug 2023
ePublished: 30 Aug 2023

Keywords:
Policymaking,
Health System,
Local Levels,
Participation

Abstract

Background. Today, the participation of local levels in the health policy process is emphasized, which can be used as a means to more appropriately solve the problems of local communities and support the health system in achieving its goals. This study aimed to design a health policy model based on participation at the local level.

Methods. This multi-method study was conducted to design a model for participation in health policymaking at the local level during three phases of systematic review, semi-structured in-depth interview, and Delphi technique. The purpose of the systematic review was to identify the factors affecting this participation, which was done by searching for suitable keywords in English and Persian databases. The objective of the qualitative phase was to identify the barriers and facilitators of participation. To this end, 16 people were selected by purposive sampling method and semi-structured interviews were conducted. The elements and components of the initial model were provided to experts in this field through the Delphi technique to confirm the items and validate them, so that the final model could be designed.

Results. The influential factors for participation included individual, environmental, and contextual factors, which were identified from a systematic review of 21 articles. Facilitators obstacles, challenges, advantages, and disadvantages of local level participation in the policymaking process were identified through the results of a qualitative study, which were categorized into three main themes, including the participation process, the beneficiaries of the process, and the strategies to facilitate participation. Finally, the health policy model based on participation at the city level was validated and finalized using the opinion of experts.

Conclusion. Participation in the health policy process requires the use of facilitators and the removal of obstacles. Local levels in terms of health issues in Iran involve complex and diverse challenges that can be solved through real participation.

Ebrahimnezhad M, Ghasemyani S, Doshmangir L, Babaei J, Hajizadeh A, Khodayari-Zarnaq R. Designing a Model for Participatory Health Policy at the Local Level. *Depiction of Health*. 2023; 14(4): 477-491. doi: 10.34172/doh.2023.37. (Persian)

* Corresponding author; Rahim Khodayari-zarnaq, E-mail: Rahimzarnagh@gmail.com



Extended Abstract

Background

Public participation policies are prioritized as a tool to increase the responsiveness of health systems. In fact, community participation in health sector policies is an essential element of a fair and rights-based approach to health. In recent years, community participation has emerged as a priority for global health following the launch of sustainable development goals (SDG). Beyond the use of community participatory approaches to improve the effectiveness of implemented health programs, public participation in healthcare decision-making is increasingly seen as strengthening more responsive policies, better healthcare, healthier populations, improving the quality of health research, increasing community empowerment, and reducing health inequalities. The status of health indicators in different areas and the diversity of socio-cultural status have emphasized the importance of local assessment of health needs, as well as using the opinions of beneficiaries and recipients of health services.

Methods

In this study, a sequential exploratory multi-method research method was used. In the first step, articles were searched with the appropriate combination of English and Persian keywords in databases, including PubMed, Web of Science, Cochrane, Scopus, SID, and Magiran. All the articles related to the factors affecting the participation of local institutions in health policy were included in the review without time limit. Data analysis was done by qualitative content analysis method. The second stage was a qualitative study of an exploratory type, which was carried out in the form of an analysis of policy stakeholders. The research population was all policy documents related to policymaking at the local level and all key informants and stakeholders in the policymaking process at the local level. The sample was identified by snowball method and semi-structured interviews were used. The inclusion criteria were all people involved in policymaking and management at the local level, who volunteered to participate in the research. Data collection continued until saturation was reached. The collected data was analyzed by qualitative content analysis using the MAXQDA10 software. We

designed the initial policy model by examining and combining the data obtained from the previous two steps. In the final stage, to validate the model, the dimensions of the model were provided to the experts using the Delphi technique and their opinions were applied. We investigated the following 12 options through using a questionnaire: ability to implement, compliance with upstream documents, ability to accept the proposed model by stakeholders, efficiency, flexibility, effectiveness, simplicity, coherence and integration between model components, sequence of model components, proportionality, balance between model components, and appropriateness of the items of the proposed model for the participation of local institutions in the health policy process. In the Delphi method, a purpose-based sampling method was used, and the data was analyzed using the SPSS-16 software.

Results

In the first stage, the results of a systematic review of local institutions' participation in the health policy process, including challenges, obstacles, facilitators, and other factors affecting participation, were reported. According to the results of the final 21 studies, meta-synthesis was performed for these studies. It should be noted that the qualitative phase of the multi-method studies was used for meta-synthesis. The three main components of these studies included environmental, contextual, and individual factors. At this stage, 16 semi-structured interviews were conducted. Next, the codes were categorized and integrated to extract sub-themes and main themes. The three main topics included the process of participation, beneficiaries, and solutions to facilitate participation. The compiled model had various components as follows: participation of local institutions of the city, policy cycle at the city level, contextual, factors, and individual factors influencing participation extracted from the systematic review, challenges of the health policy process, facilitators of the health policy process, and obstacles and benefits of participation from the point of view of the health stakeholders. To validate the model, there were 12 options, including model execution capability, compatibility with upstream documents, acceptance of the proposed model by

stakeholders, efficiency, flexibility, effectiveness, simplicity, coherence and integration between model components, sequence of model components, proportionality, and balance between model components, as well as the appropriateness of the proposed model for the participation of health stakeholders in the health policy process. In this checklist, the options were “strongly disagree”, “disagree”, “agree”, and “strongly agree”, and the average of each item was determined. Then, the number of answers for each item was multiplied by the score of each item, and after summing it up, it was divided by the number of participants and the final number was rounded, which represented the final opinion of the Delphi participants. The implementation capability, compliance of the model with the upstream documents of the country, ability of the model to be accepted by the stakeholders, efficiency, flexibility, simplicity, sequence of components, appropriateness, balance between the components of the proposed model and the proposed model for Iran's health system from the point of view of experts with an average score of 3 had high performance capability. The items of effectiveness of the proposed model, coherence and integration between the

components of the proposed model, and comprehensiveness of the proposed model with an average score of 4 also obtained a very high implementation capability from the experts' point of view.

Conclusion

It is necessary to increase community knowledge and awareness about health policy and plan at the local level through various ways such as communication with experts and the media. The results of the study showed that there are major influencing factors and obstacles in the participation of the local levels. The existing obstacles should be removed, and the influencing factors should be used in the best way. Also, identifying the facilitators of participation of local levels in the policymaking process should be considered to provide the context for active participation of the community and local levels in health policymaking activities. The participation of non-governmental organizations in the health policy process can have benefits for the general society, which ultimately improves community health.

طراحی مدلی برای سیاست‌گذاری سلامت مشارکت‌محور در سطح محلی

مریم ابراهیم‌نژاد^۱، شبنم قاسمیانی^۲، لیلیا دشمنگیر^۱، جواد بابایی^۱، علیرضا حاجی‌زاده^۳، رحیم خدایاری زرنق^{۱*}

^۱ گروه مدیریت و سیاست‌گذاری سلامت، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

^۲ گروه مدیریت خدمات بهداشتی- درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

^۳ گروه مدیریت سیاست‌گذاری و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

چکیده

زمینه. مشارکت سطوح محلی در فرآیند سیاست‌گذاری سلامت می‌تواند به عنوان رویکردی برای حل کارآمدتر مشکلات جوامع محلی و پشتیبان نظام سلامت در دستیابی به اهداف خود باشد. هدف این پژوهش نیز طراحی مدلی برای سیاست‌گذاری سلامت مشارکت‌محور در سطح محلی بود.

روش کار. این مطالعه ترکیبی در طی سه فاز مرور نظام‌مند، مصاحبه عمیق نیمه ساختاریافته و روش دلفی انجام شد. هدف مرور نظام‌مند شناسایی عوامل موثر بر مشارکت در سطوح محلی بود که از طریق جست‌وجوی کلیدواژه‌های Mesh در پایگاه‌های خارجی PubMed، Web of Science، Cochrane و Scopus و داخلی SID و Magiran انجام شد. هدف مرحله کیفی شناسایی موانع و تسهیل‌گرهای مشارکت بود که با روش نمونه‌گیری هدفمند و از طریق مصاحبه نیمه‌ساختاریافته با ۱۶ فرد مطلع کلیدی صورت گرفت. ارکان و مولفه‌های مدل اولیه پس از تدوین از طریق تکنیک دلفی برای اعتبارسنجی در اختیار صاحب‌نظران قرار گرفت تا مدل نهایی به دست آید.

یافته‌ها. عوامل تاثیرگذار برای مشارکت شامل عوامل فردی، محیطی و زمینه‌ای بود که از مرور نظام‌مند ۲۱ مقاله به دست آمد. تسهیل‌کننده‌ها و موانع، چالش‌ها، مزایا و معایب مشارکت سطوح محلی در فرآیند سیاست‌گذاری از طریق نتایج مطالعه کیفی شناسایی شد که در سه درون‌مایه اصلی شامل فرآیند مشارکت، ذینفعان فرآیند و راهکارهای تسهیل مشارکت دسته‌بندی شدند. در نهایت مدل سیاست‌گذاری سلامت مبتنی بر مشارکت در سطح شهرستان با استفاده از دیدگاه صاحب‌نظران اعتبارسنجی و نهایی‌سازی شد.

نتیجه‌گیری. مشارکت در فرآیند سیاست‌گذاری سلامت مستلزم استفاده از تسهیل‌کننده‌ها و حذف یا کاهش موانع است. سطوح محلی از لحاظ مسائل سلامت در ایران درگیر چالش‌های پیچیده‌ای هستند که حل این مسائل با مشارکت واقعی خود آن‌ها امکان‌پذیر است.

اطلاعات مقاله

نوع مقاله:

خلاصه سیاستی

سابقه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۱/۱۱/۲۲

پذیرش: ۱۴۰۲/۰۵/۲۴

انتشار برخط: ۱۴۰۲/۰۶/۰۸

کلیدواژه‌ها:

سیاست‌گذاری سلامت،
نظام سلامت،
سطح محلی،
مشارکت

مقدمه

به عنوان یک اولویت در سلامت در سطح جهانی پس از شروع اهداف توسعه پایدار ظاهر شده است. در راستای اهداف توسعه پایدار، خدمات سلامت یکپارچه با محوریت مردم برای دستیابی به پوشش سلامت همگانی حیاتی است.^۱

فراتر از استفاده از رویکردهای مشارکتی جامعه برای ارتقای اثربخشی برنامه‌های سلامت اجرا شده،^۲ مشارکت عمومی در تصمیم‌گیری مراقبت‌های سلامت به‌طور فزاینده‌ای به‌عنوان تقویت سیاست‌های پاسخگوتر، مراقبت‌های سلامت بهتر، جمعیت سالم‌تر، افزایش

سیاست‌گذاری در بخش سلامت دارای حساسیت خاصی نسبت به سایر بخش‌های اجتماعی است^۱ و در سال‌های اخیر سیاست‌های مشارکت عمومی به عنوان ابزاری جهت افزایش پاسخگویی نظام‌های مراقبت سلامت مورد حمایت قرار گرفته است،^۲ مشارکت جامعه یک عنصر اساسی از رویکرد عادلانه و مبتنی بر حقوق سلامت است.^۳ در دهه ۱۹۹۰، مشارکت در سطح بین‌المللی به عنصر کلیدی گفتمان بخش سلامت تبدیل شد. مشارکت در مرکز مفهوم مراقبت‌های سلامت اولیه که در دهه ۱۹۷۰ معرفی شد، قرار داشت.^۴ در سال‌های اخیر، مشارکت جامعه بار دیگر

* پدیدآور رابط: رحیم خدایاری زرنق، آدرس ایمیل: Rahimzarnagh@gmail.com



،Engagement ،Participation ،Provincial ،Level ،Public ،Citizen ،Social ،Community ،Involvement ،Health و کلیدواژه‌های فارسی سیاست‌گذاری سلامت، تحلیل ذینفعان، ذینفان سلامت، سطح محلی، سطح شهرستان در پایگاه‌های داده‌های انگلیسی PubMed ،Web of Science ،Cochrane و Scopus و فارسی SID و Magiran انجام گرفت. پس از اتمام جستجو، مقالات تکراری حذف گردید و نیز عنوان مقالات بررسی گردید و عناوین نامرتب حذف شدند. پس از آن خلاصه مقالات باقی‌مانده مطالعه شده و مقالات مرتبط برای بررسی متن کامل انتخاب شدند. کلیه مقالاتی که مرتبط با عوامل تاثیرگذار بر میزان مشارکت نهادهای محلی در سیاست‌گذاری سلامت بودند، بدون محدودیت زمانی وارد بررسی شده و مقالاتی که غیر از زبان انگلیسی و فارسی بودند، در قالب مقاله پژوهشی اصیل و یا مروری نبودند، مرتبط با سیاست‌گذاری در حیطه غیرسلامت و سطوح غیرمحلی بودند، از بررسی خارج شدند. برای افزایش روایی مطالعه انتخاب اولیه مقالات توسط نویسندگان اول انجام و سپس توسط نویسندگان دوم مورد بررسی قرار گرفت. برای ارزیابی مقالات چندروشی و کیفی به ترتیب از چک‌لیست MMAT^۲ و CASP^۳ استفاده شد. تحلیل داده‌ها به روش تحلیل محتوای کیفی انجام شد.

مرحله دوم پژوهش، مطالعه کیفی از نوع تبیینی است. جامعه پژوهش کلیه اسناد سیاستی مرتبط با سیاست‌گذاری در سطوح محلی شامل لیست اعضای کارگروه سلامت و امنیت غذایی شهرستان، صورت‌جلسات کارگروه، کلیه افراد مطلع کلیدی و ذینفعان در فرآیند سیاست‌گذاری (فرماندار، رییس شبکه بهداشت و درمان، نماینده شورای شهر و رؤسای ادارات) در سطح شهرستان بود. نمونه مطالعه نیز شامل اسناد سیاستی که بین آن‌ها نمونه‌گیری صورت نگرفته و همه موارد مرتبط به شرط در اختیار بودن مورد بررسی قرار گرفت. در رابطه با افراد مطلع کلیدی و ذینفعان، افراد مطلع کلیدی و سازمان‌ها و نهادهای ذینفع اولیه به روش گلوله برفی شناسایی شده و از مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته استفاده شد. معیارهای ورود شامل تمام افرادی که در جایگاه سیاست‌گذاری و مدیریتی در سطح شهرستان بوده و داوطلب شرکت در پژوهش بودند، می‌گردید. فرم رضایت آگاهانه توسط شرکت‌کنندگان برای شرکت در مطالعه تکمیل گردید.

توانمندی جامعه و کاهش نابرابری‌های سلامت در نظر گرفته می‌شود.^{۶-۸} مشارکت می‌تواند در سطوح خرد، میانی و کلان صورت پذیرد و گرچه به لحاظ نظری امری بسیار مهم بوده ولی عملی نمودنش به سادگی میسر نیست. شرایط اجتماعی و سیاسی حاکم بر جامعه، نوع دیدگاه مسئولان و برنامه‌ریزان، فرهنگ مردم و تجربیات گذشته بر پذیرش و نحوه اجرای مشارکت تاثیر می‌گذارد.^۹

اهمیت دولت غیرمتمرکز برای بهبود تصمیم‌گیری در سطوح محلی و سطوح مختلف ارائه خدمات سلامت در حال رشد می‌باشد.^{۱۰} وضعیت شاخص‌های سلامت نواحی مختلف و تنوع وضعیت فرهنگی- اجتماعی، اهمیت سنجش محلی نیازهای سلامت و استفاده از نظرات ذینفعان و دریافت‌کنندگان خدمات سلامت را پررنگ‌تر کرده است.^{۱۱} مقاومت مقامات مرکزی، قدرت پایین مقامات محلی و عدم شفافیت نقش بین سطوح مرکزی و استانی، تمرکززدایی محدود نظام سلامت، کیفیت و دسترسی به اطلاعات در سطوح محلی و توسعه ظرفیت تصمیم‌گیرندگان از چالش‌های تصمیم‌گیری و سیاست‌گذاری در سطوح محلی می‌باشد.^{۱۲، ۱۳}

امکان بهبود فرآیند سیاست‌گذاری ایران با اعمال اصلاحاتی همچون بهبود مکانیسم‌های تصمیم‌گیری، سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد و مشارکت بیشتر ذینفعان وجود دارد.^{۱۴} بررسی متون نشان داد، مطالعات انجام شده بیشتر به چالش‌ها و موانع مشارکت سمن‌ها در سیاست‌گذاری سلامت پرداخته‌اند^{۱۵-۱۹} و نیاز است شواهد محکم‌تری برای لزوم حرکت به سمت مشارکت سازمان‌های مردم‌نهاد در سیاست‌گذاری سلامت ارائه گردد. با توجه به نیاز جامعه و سطوح محلی کشور به مشارکت فعال در تمامی مراحل سیاست‌گذاری سلامت، این پژوهش با هدف طراحی مدلی جهت کمک به ارتقای مشارکت ذینفعان در سیاست‌گذاری سلامت در سطح محلی انجام شد.

روش کار

در این مطالعه، از روش پژوهش ترکیبی- تبیینی (Explanatory Study) استفاده شد. درگام اول مرور نظام‌مند با تعیین عوامل تاثیرگذار بر مشارکت نهادهای محلی در سیاست‌گذاری در حوزه سلامت انجام شد. جستجوی مقالات با ترکیب مناسب کلیدواژه‌های انگلیسی District ،Local Level ،Stakeholder Analysis ،Police*

افزایش قوام مطالعه، از تلفیق در روش مطالعه، در تحلیل داده‌ها و تلفیق در گردآوری داده‌ها استفاده گردید.

با بررسی، تحلیل و بازبینی داده‌های حاصل از دو مرحله قبل اقدام به ترکیب داده‌های حاصل از دو مرحله قبل و مشخص نمودن روابط عوامل موثر بر مشارکت نهادهای محلی در فرآیند سیاست‌گذاری سلامت در سطح محلی نموده و در نهایت اقدام به طراحی مدل اولیه سیاست‌گذاری نمودیم. بین صاحب‌نظران در حوزه سیاست‌گذاری و مدیریت که برحسب دانش، تمایل و در دسترس بودن برای اعمال نظرات انتخاب شدند، در خصوص مدل و روابط بین مولفه‌ها و ساختار مدل تبادل نظر صورت گرفت.

در مرحله نهایی، برای اعتبارسنجی مدل، ابعاد مدل با تکنیک دلفی در اختیار صاحب‌نظران قرار گرفته و نظرات نهایی آنها اعمال گردید. روش دلفی یکی از تکنیک‌های تدوین و اعتبارسنجی مدل می‌باشد و در طراحی چارچوب و مدل‌ها کاربرد گسترده‌ای در پژوهش‌ها دارد. ابزار مورد استفاده برای دلفی، پرسشنامه بود. در پرسشنامه، عوامل موثر ارکان مدل مشارکت در فرآیند سیاست‌گذاری سلامت گنجانده شده بود و براساس معیار ضرورت و اهمیت فاکتور در طیف ۴گانه لیکرت تنظیم شده بود. ۱۲ گزینه شامل قابلیت اجرایی، مطابقت با اسناد بالادستی، قابلیت پذیرش مدل پیشنهادی توسط ذینفعان، کارایی، انعطاف‌پذیری، اثربخشی، سادگی، انسجام و یکپارچگی بین اجزای مدل، توالی اجزای مدل، تناسب و توازن بین اجزای مدل و اینکه در مجموع چقدر آیتم برای مدل پیشنهادی برای مشارکت نهادهای محلی در فرآیند سیاست‌گذاری سلامت مناسب است؟ از طریق پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفتند. در روش دلفی از روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف استفاده شد و تا کسب اجماع نظر شرکت‌کنندگان توزیع پرسشنامه‌ها ادامه داشت. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-16 تحلیل شد. با استفاده از آمار توصیفی نظرات خبرگان در مورد آیتم‌های ۱۲ گانه مورد بررسی در مورد مدل به دست آمد.

یافته‌ها

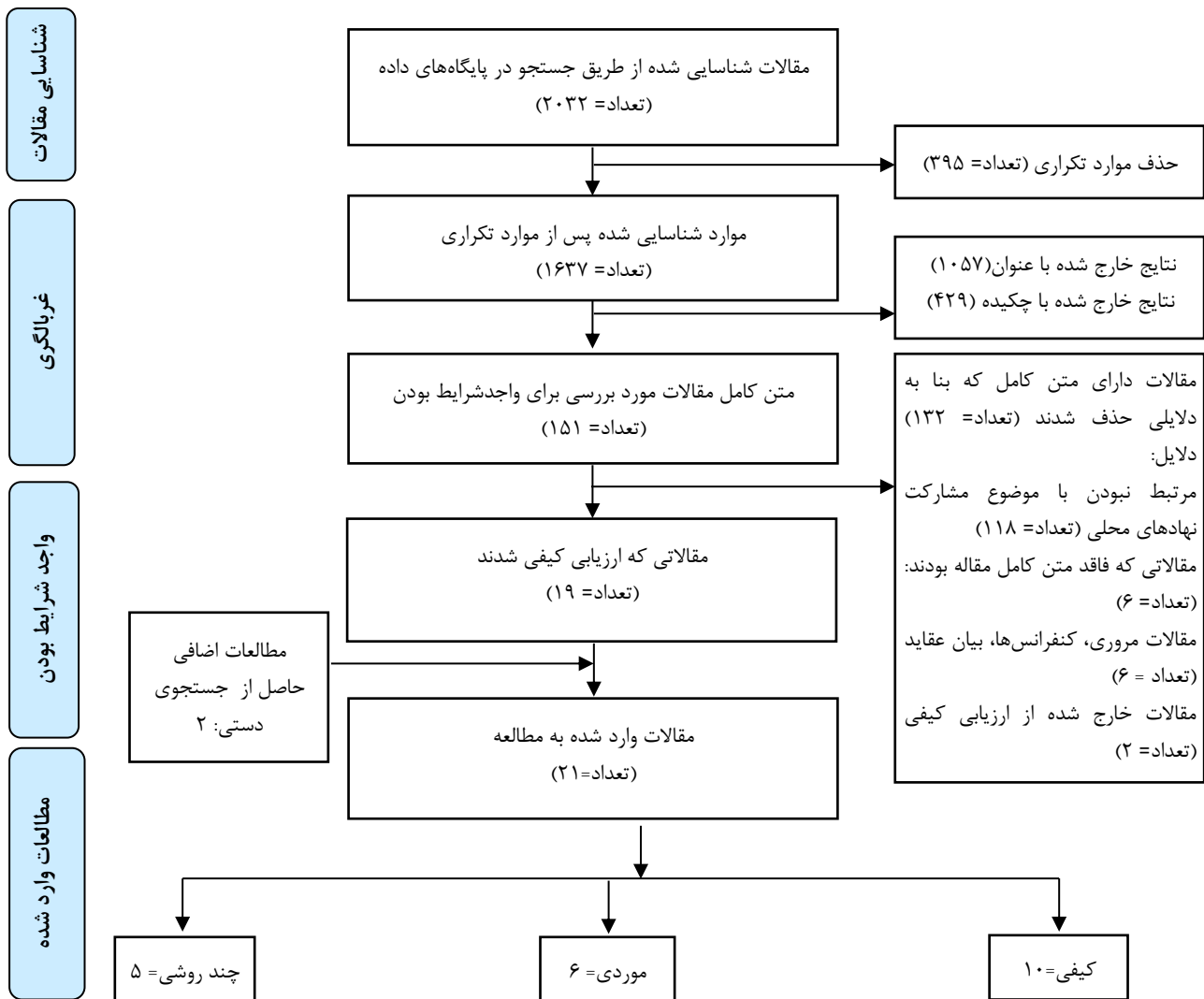
مرحله اول نتایج حاصل از مرور نظام‌مند مشارکت نهادهای محلی در فرآیند سیاست‌گذاری سلامت اعم از چالش‌ها، موانع، تسهیل‌کننده‌ها و سایر عوامل موثر بر

جمع‌آوری داده با استفاده از مصاحبه نیمه ساختارمند که شامل سوالات باز و بسته در خصوص مشارکت نهادهای محلی در فرآیند سیاست‌گذاری سلامت در سطح شهرستان بود، انجام شد. سوالات باز در خصوص نحوه فرآیند سیاست‌گذاری در سطح شهرستان، اعضای دخیل در فرآیند سیاست‌گذاری شهرستان، موانع و تسهیل‌گرهای مشارکت نهادهای محلی، میزان قدرت و اختیار نهادهای محلی در فرآیند سیاست‌گذاری و پیشنهادات و راهکارهای ارائه شده بود. همچنین، سوالات بسته شامل اطلاعات و مشخصات دموگرافیک و زمینه‌ای مشارکت‌کنندگان بود. فرایند گردآوری داده‌ها تا رسیدن به حالت اشباع ادامه پیدا کرد و نهایتاً با ۱۶ نفر مصاحبه انجام شد. تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده از مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته به روش تحلیل محتوای کیفی با استفاده از نرم‌افزار MAXQDA ورژن ۱۰، در پایان هر مصاحبه بود. تحلیل داده‌ها به موازات انجام جلسات شروع شد، بدین صورت که یادداشت‌ها چندین بار مطالعه شد تا درک کلی از متن به دست آید و سپس متن، خط به خط خوانده می‌شد. سپس مفاهیم از اظهارات و دیدگاه‌های مشارکت‌کنندگان در جلسه استخراج شده و در قالب درون‌مایه‌های اصلی و کلی قابل طبقه‌بندی لحاظ شد. بدین صورت که، ابتدا داده‌ها به متن تبدیل شده و سپس واحدهای تحلیل محتوا مشخص شدند. در ادامه فرآیند کدگذاری صورت گرفت و نتایج کدگذاری بین کدگذاران کنترل شد. در نهایت طبقه‌های مربوط به کدها مشخص شدند.

چهار معیار مقبولیت، تاییدپذیری، قابلیت وابستگی و قابلیت انتقال برای قوام و استحکام داده‌های کیفی به کار برده شد.^{۲۲} از این رو به منظور مقبولیت داده‌ها، همکاران تیم تحقیق و یک نفر آگاه خارج از تیم تحقیق، همکاری‌های لازم را انجام دادند. زمان کافی به مصاحبه‌ها در مکانی آرام اختصاص یافت. کدها و طبقات استخراج شده توسط پژوهشگران مورد بازبینی قرار گرفتند. خلاصه‌ی نتایج حاصل از مصاحبه‌ها برای شرکت‌کنندگان به منظور تایید، ارسال گردید. جهت تعیین قابلیت وابستگی، پژوهشگر اول از تیم تحقیق کدگذاری را انجام داده و به تایید نفرات دوم و سوم رسانید. در زمینه انتقال‌پذیری، اطلاعات کسب شده توسط یک نفر از خارج از گروه تحقیق و صاحب‌نظر در زمینه تحقیقات کیفی مورد بررسی و تایید قرار گرفت. به طور اختصاصی باید اظهار داشت که به منظور

کیفیت مقالات نشان داد، به ترتیب ۶۰ درصد، ۲۴ درصد و ۱۶ درصد مقالات از کیفیت خوب، متوسط و ضعیف برخوردار بودند. با توجه به پیامدهای ۲۱ مطالعه نهایی، مولفه‌های اصلی این مطالعات به سه مولفه عوامل محیطی، زمینه‌ای و فردی تقسیم شدند (جدول ۱).

مشارکت بود. همه مطالعات به‌طور ضمنی به حداقل یکی از آیتم‌ها و عوامل موثر مشارکت نهادهای محلی در فرآیند سیاست‌گذاری سلامت اشاره کرده بودند. از ۲۱ مقاله انتخاب شده، ۱۰ مطالعه از نوع کیفی، ۶ مطالعه موردی و ۵ مطالعه چندروشی بود. مطالعات در ۱۴ کشور مختلف دنیا و منطقه آمریکای لاتین انجام شده بود. نتایج ارزیابی



نمودار ۱. نمودار جریان PRISMA

جدول ۱. یافته‌های مطالعه مرور نظام‌مند

عوامل موثر بر مشارکت نهادهای محلی در فرآیند سیاست‌گذاری	درون‌مایه‌های اصلی	درون‌مایه‌های فرعی
عوامل محیطی	سیستم علمی- آموزشی	۱. دانش محدود در مورد فرآیند سیاست‌گذاری
	عوامل مرتبط با ویژگی‌های جامعه	۲. عدم آگاهی در مورد فرصت‌های مشارکت
		۱. محدودیت زمان
		۲. عدم تمایل جهت حضور در اجتماع

درون‌مایه‌های فرعی	درون‌مایه‌های اصلی	عوامل موثر بر مشارکت نهادهای محلی در فرآیند سیاست‌گذاری
<p>۳. نبود خلاقیت</p> <p>۴. علاقه به منافع پولی</p> <p>۵. انگیزه مناسب</p> <p>۶. فقدان ارتباط خوب متقابل</p> <p>۷. مقاومت به هر نوع تغییر</p> <p>۸. تنش بین شهروندان و جوامع</p> <p>۱. منفعت پایین مشارکت برای جامعه</p> <p>۲. ناهمگنی جوامع</p> <p>۳. شناسایی نیازها و اولویت‌های جوامع محلی</p> <p>۴. ایجاد اعتماد به نفس</p> <p>۵. اندازه جمعیت</p> <p>۶. قومیت جغرافیایی</p> <p>۷. درک اهمیت فرآیند مشارکت در آینده</p> <p>۸. ایجاد آگاهی جامعه نسبت به مشارکت</p> <p>۹. استفاده از ارزش‌های قوی جامعه</p> <p>۱۰. فقدان فرهنگ مشارکت در جامعه</p> <p>۱۱. ضعف در تعهد به همکاری و هماهنگی</p> <p>۱۲. استفاده از رسانه‌های محلی</p> <p>۱۳. تاکید بر اهمیت توسعه جامعه</p> <p>۱۴. ارتقا درک و شناخت دیدگاه‌های مرتبط به سلامت</p> <p>۱۵. حضور طیف وسیعی از نهادهای غیردولتی</p> <p>۱۶. افزایش شکاف‌های بهداشتی بین گروه‌های مختلف جمعیتی</p>	<p>عوامل اجتماعی</p>	
	<p>عوامل سیاسی</p> <p>۱. اراده سیاسی قوی</p> <p>۲. عدم مشارکت مدنی</p> <p>۳. عدم رضایت از دولت</p> <p>۴. تسلط نخبگان در تصمیم‌گیری‌های محلی</p> <p>۵. انتخاب دموکراتیک نمایندگان جامعه</p> <p>۶. افزایش خودمختاری شوراهای سلامت محلی</p> <p>۷. فقدان سیاست عمومی بین بخشی شامل اهداف و استراتژی‌های ملی</p>	<p>عوامل زمینه‌ای</p>
	<p>عوامل سازمانی</p> <p>۱. نظارت بر اعضای کمیته‌ها</p> <p>۲. گنجاندن نمایندگان منتخب محلی جامعه در ترکیبات حکمرانی</p> <p>۳. حمایت از رهبری ملی</p> <p>۴. تعیین اهداف سلامت</p> <p>۵. فقدان همکاری و هماهنگی بین بخش‌های مختلف</p> <p>۶. همکاری با گروه‌های پژوهشی</p> <p>۷. ارزیابی تأثیرات سلامت</p> <p>۸. تامین ظرفیت و زیرساخت‌ها</p> <p>۹. ایجاد شبکه‌های سلامت بین بخشی</p>	

عوامل موثر بر مشارکت نهادهای محلی در فرآیند سیاست‌گذاری	درون‌مایه‌های اصلی	درون‌مایه‌های فرعی
	عوامل مالی	۱. تأسیس صندوق سلامت ۲. توسعه و تخصیص منابع ۳. هزینه‌های مربوط به مشارکت ۴. تأخیر در تصویب بودجه پروژه‌های سلامت
	نگرش و آگاهی	۱. تحصیلات پایین اعضای کمیته‌ها ۲. دیدگاه‌های متفاوت ذینفعان ۳. درک و نگرش منفی دولت‌های محلی ۴. درک اهمیت تفویض اختیار
	عوامل ایفای نقش	۱. تعریف شرح وظایف هدفمند برای ذینفعان محلی ۲. تشکیل جلسات منظم و رسمی اعضای بورد ۳. تأثیر فرآیند بسته و سریع سیاست‌گذاری سلامت ۴. پسخوراند ناکافی برای مشارکت شهروندان ۵. شاخص‌های فرآیند سیاست‌گذاری و سلامت محلی ۶. مسئولیت‌پذیری اعضای بورد
	عوامل فردی	

نقل قول‌های مصاحبه‌شوندگان، با استخراج و دسته‌بندی کدها و ادغام آن‌ها درون‌مایه‌های فرعی و اصلی به دست آمد. سه درون‌مایه اصلی شامل فرآیند مشارکت، ذینفعان فرآیند و راهکارهای تسهیل مشارکت می‌باشد.

در این مرحله، ۱۶ نفر به عنوان مشارکت‌کننده برای انجام مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته شرکت کردند (جدول ۲). نتایج تحلیل داده‌های کیفی حاصل از مصاحبه‌ها در جدول ۳ بیان شده است. پس از پیاده‌سازی

جدول ۲. مشخصات مصاحبه‌شوندگان

ذینفع	کد	متغیرهای کیفی	فراوانی	درصد
بخشدار	P1	جنسیت	۱۶	۱۰۰
تامین اجتماعی	P2	زن	۰	۰
دادگستری	P3	لیسانس	۳	۱۸/۷۵
دامپزشکی	P4	فوق‌لیسانس	۸	۵۰
رئیس شبکه	P5	دکتری تخصصی (Ph.D.)	۵	۳۱/۲۵
شهرداری	P6	متغیرهای کمی	حداکثر	میانگین
شورای شهر	P7	سن	۵۵	۴۸/۴۳
صدا و سیما	P8	سابقه کار	۳۲	۲۱/۵۰
فرماندار	P9	سابقه کار در سمت مدیریتی	۱۶	۸/۷
کار، رفاه، تعاون	P10			
کمیته امداد	P11			
محیط زیست	P12			
منابع طبیعی	P13			
نیروی انتظامی	P14			
هلال احمر	P15			
ورزش	P16			

جدول ۳. یافته‌های مطالعه کیفی

طبقه اصلی	درون‌مایه اصلی	درون‌مایه فرعی
	ماهیت فرایند	تدوین اجرا ارزشیابی قانونی و اداری اجرایی مالی منابع انسانی اجتماعی ساختاری
فرایند مشارکت	چالش‌های فرایند	مزایا برای مردم مزایا برای سازمان‌ها مدیریتی تعارض و تضاد فرهنگی و اجتماعی قوانین و مقررات آموزش و توانمندسازی حاکمیتی نگرشی و رفتاری محیطی
ذینفعان مشارکت	موانع مشارکت	سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد فرهنگ‌سازی و آموزش عمومی
راهکارهای تسهیل مشارکت	تسهیلگرهای مشارکت	
	توسعه مشارکت	

رییس دانشگاه تصمیم‌گیری کرده و جهت اجرا به شبکه‌های بهداشت و درمان ابلاغ می‌نماید.

➤ **عوامل زمینه‌ای موثر بر مشارکت نهادهای محلی در فرآیند سیاست‌گذاری سلامت:** عوامل زمینه‌ای موثر بر مشارکت نهادهای محلی در چهار گروه عوامل اجتماعی، سیاسی، سازمانی و مالی گروه‌بندی شد.

➤ **عوامل محیطی موثر بر مشارکت نهادهای محلی در فرآیند سیاست‌گذاری سلامت:** عوامل محیطی در دو گروه سیستم علمی- آموزشی و عوامل مرتبط با ویژگی‌های جامعه طبقه‌بندی شد.

➤ **عوامل فردی موثر بر مشارکت نهادهای محلی در فرآیند سیاست‌گذاری سلامت:** عوامل فردی موثر بر مشارکت نهادهای محلی بر اساس نتایج مرور متون در دو گروه نگرش و آگاهی و همچنین عوامل ایفای نقش گروه‌بندی شد.

➤ **چالش‌های فرآیند سیاست‌گذاری سلامت در سطح شهرستان:** چالش‌های فرایند سیاست‌گذاری سلامت شهرستان از دیدگاه ذینفعان سلامت شهرستان و در قالب

مدل تدوین شده دارای اجزای مختلفی شامل مشارکت نهادهای محلی شهرستان، چرخه سیاست‌گذاری در سطح شهرستان، عوامل زمینه‌ای، محیطی و فردی تاثیرگذار بر مشارکت استخراج شده از مرور نظام‌مند و چالش‌های فرآیند سیاست‌گذاری سلامت، تسهیل‌گرهای فرآیند سیاست‌گذاری سلامت، موانع و مزایای مشارکت از دیدگاه ذینفعان سلامت شهرستان می‌باشد.

➤ **مشارکت نهادهای محلی در سطح شهرستان:** منظور از نهادهای محلی کلیه ادارات و سازمان‌هایی می‌باشد که در قالب کارگروه فرهنگی، اجتماعی، سلامت، زنان و خانواده شهرستان در فرآیند سیاست‌گذاری سلامت شهرستان دخیل بوده و به نوعی ذینفع می‌باشند.

➤ **چرخه سیاست‌گذاری سلامت در سطح شهرستان:** سیاست‌گذاری کلان در سطح کشوری و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی صورت می‌گیرد. وزارتخانه تصمیمات لازم را گرفته و به دانشگاه‌ها ابلاغ کرده و شبکه‌ها اجرا می‌کنند. سیاست‌گذاری در سطح استان حسب دستور رئیس دانشگاه و معاونین صورت می‌گیرد و

(۷۵ درصد) بودند. در این بخش از مطالعه برای ارزیابی مدل، ۱۲ گزینه شامل قابلیت اجرایی مدل، تطبیق با اسناد بالادستی، قابلیت پذیرش مدل پیشنهادی توسط ذینفعان، کارایی، انعطاف‌پذیری، اثربخشی، سادگی، انسجام و یکپارچگی بین اجزای مدل، توالی اجزای مدل، تناسب و توازن بین اجزای مدل و نیز این آیتم که در مجموع چقدر مدل پیشنهادی برای مشارکت ذینفعان سلامت در فرآیند سیاست‌گذاری سلامت مناسب می‌باشد، مورد بررسی قرار گرفت. در این چک‌لیست گزینه‌ها با استفاده از بسیار مخالف، مخالف، موافق و بسیار موافق مورد بررسی قرار گرفتند و میانگین هر آیتم مشخص گردید. سپس تعداد پاسخ هر آیتم ضریب نمره هر آیتم شده و پس از جمع‌بندی در تعداد شرکت‌کنندگان تقسیم شده و عدد نهایی گرد شد که معرف نظر نهایی شرکت‌کنندگان دلفی بود. قابلیت اجرایی، انطباق الگو با اسناد بالادستی کشور، قابلیت پذیرش الگو از جانب ذینفعان، کارایی، انعطاف‌پذیری، سادگی، توالی اجزا، تناسب و توازن بین اجزای الگوی پیشنهادی و در نهایت پیشنهاد الگوی مورد نظر برای نظام سلامت ایران از دیدگاه صاحب‌نظران با میانگین نمره ۳ قابلیت اجرایی بالایی داشتند. آیتم‌های اثربخشی الگوی پیشنهادی، انسجام و یکپارچگی بین اجزای الگوی پیشنهادی و جامعیت الگوی پیشنهادی با میانگین نمره ۴ نیز قابلیت اجرایی بسیار بالایی از دیدگاه صاحب‌نظران کسب کردند.

مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته در ۶ گروه اصلی به ترتیب قانونی و اداری، اجرایی، مالی، ساختاری، منابع انسانی و اجتماعی گروه‌بندی گردید.

➤ تسهیل‌گرهای فرآیند سیاست‌گذاری سلامت در سطح

شهرستان: تسهیل‌گرهای فرآیند سیاست‌گذاری سلامت از دیدگاه صاحب‌نظران و ذینفعان سلامت شهرستان در هشت گروه به شرح قوانین و مقررات، آموزش و توانمندسازی، حاکمیتی، نگرشی و رفتاری، محیطی، سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد، فرهنگ‌سازی و آموزش عمومی، تقویت اراده سیاسی و تسهیل‌گرهای مدیریتی طبقه‌بندی گردید.

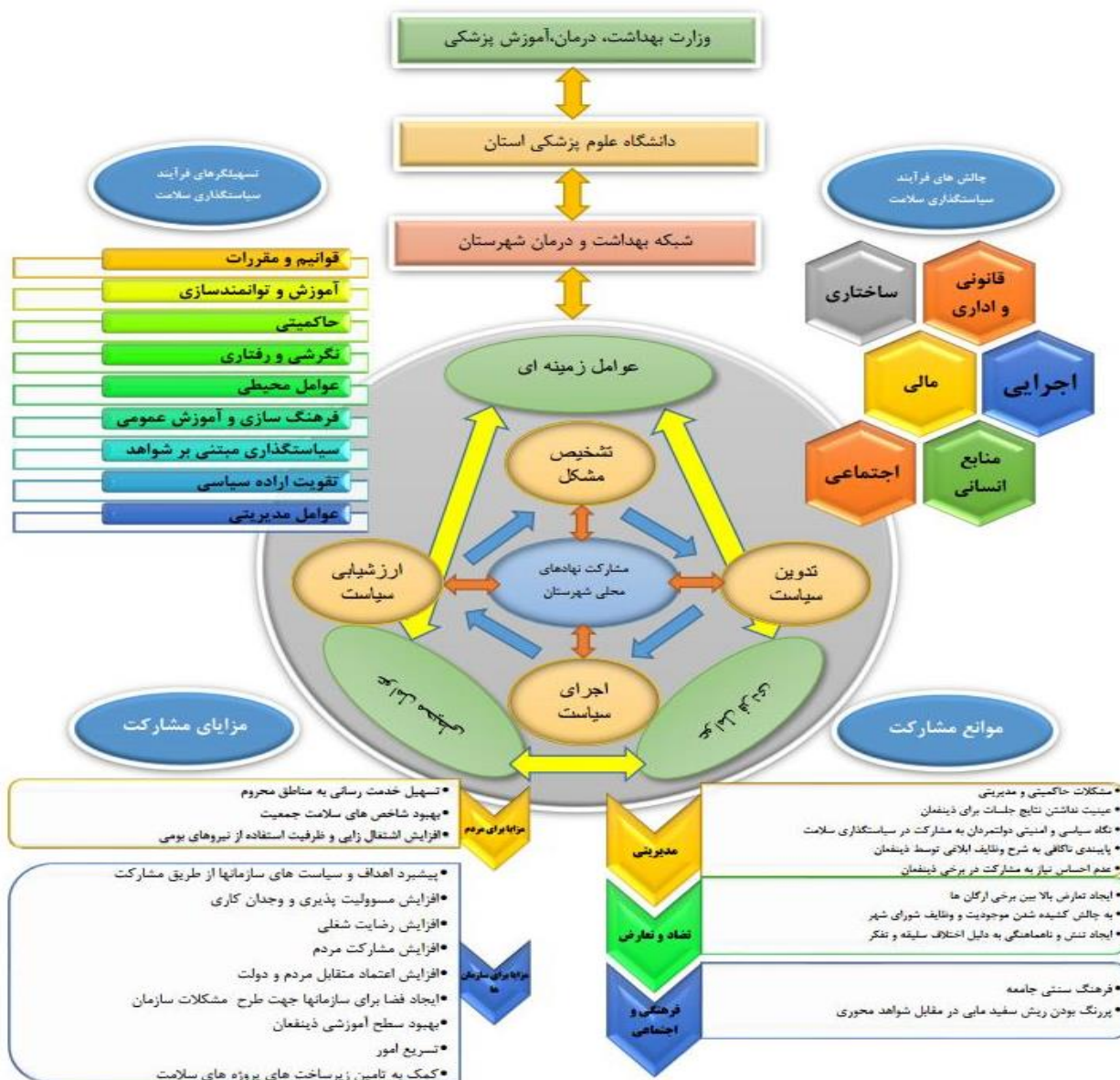
➤ موانع مشارکت در فرآیند سیاست‌گذاری سلامت در

سطح شهرستان: موانع مشارکت در فرآیند سیاست‌گذاری سلامت از دیدگاه صاحب‌نظران و ذینفعان سلامت شهرستان در سه گروه به شرح موانع مدیریتی، موانع مربوط به تضاد و تعارض و موانع فرهنگی- اجتماعی طبقه‌بندی گردید.

مزایای مشارکت در فرآیند سیاست‌گذاری سلامت در

سطح شهرستان: مزایای مشارکت در فرآیند سیاست‌گذاری شهرستان در قالب مزایا برای مردم و مزایا برای سازمان‌ها تعریف شده است.

برای اعتبارسنجی مدل طراحی شده، ۱۶ نفر در این مرحله از مطالعه شرکت کردند. بیشتر مشارکت‌کنندگان مرد (۶۸/۷۵ درصد)، در بازه سنی ۳۰ تا ۴۰ سال (۵۰ درصد)، سابقه کار زیر ۵ سال (۱۸/۷۵ درصد) و تحصیلات دکترا



شکل ۱. مدل مفهومی نهایی سیاست‌گذاری سلامت مبتنی بر مشارکت در سطح محلی

بحث

تغییر، تمایل به حفظ وضعیت موجود و نبود کانال ارتباطی مناسب اشاره کرد. عوامل اجتماعی موجب هماهنگی در جوامع و تقویت اعتماد به نفس برای مشارکت در سیاست‌گذاری‌های سلامت می‌شود.^{۲۰} عوامل سیاسی موثر بر مشارکت در سیاست‌گذاری شامل اراده سیاسی، همکاری نخبگان، تمایل دولت‌ها، افزایش خودمختاری در شوراهای محلی و وجود دموکراسی در انتخابات محلی و سطوح بالا می‌باشد. اراده سیاسی جهت ایجاد عزم کافی برای آگاهی از جنبه‌های سیاست‌گذاری سلامت در جوامع اهمیت دارد. برای جلب مشارکت مردم، باید اراده سیاسی قوی ایجاد گردد.^{۲۱} در بین عوامل سازمانی وظیفه نظارت مهم

نتایج نشان داد عوامل زمینه‌ای (اجتماعی، سیاسی، سازمانی و مالی)، محیطی (سیستم علمی- آموزشی و عوامل مرتبط با ویژگی‌های جامعه) و فردی (نگرش و آگاهی و همچنین عوامل ایفای نقش) در سطح کلان و خرد در نحوه مشارکت سطح محلی در سیاست‌گذاری‌ها تاثیر بسزایی دارند. مردم از فرصت‌های مشارکت در فرآیند سیاست‌گذاری سلامت در سطح محلی بی‌اطلاعند،^{۲۳} با ایجاد انگیزه در افراد محلی، می‌توان مشارکتشان را ارتقاء داد.^{۲۴} از عوامل تاثیرگذار در مشارکت محلی در فرآیند سیاست‌گذاری سلامت می‌توان به مقاومت افراد در برابر

سیاست‌گذاری استفاده شود. از نقاط ضعف این مطالعه می‌توان به مشکلات پیش آمده از بیماری همه‌گیری کووید-۱۹ در سال ۱۳۹۹ اشاره کرد که منجر به محدودیت در دسترسی و مصاحبه با سیاست‌گذاران فعال سلامت به‌خصوص در حوزه بهداشت و درمان شد.

پیامدهای عملی پژوهش

اراده سیاسی برای استفاده از ظرفیت‌های سطوح محلی ایجاد شود تا مشارکت بیشتر سطوح محلی در فرآیند سیاست‌گذاری سلامت تقویت گردد. پیشنهاد می‌شود دانش و نگرش سطوح محلی در زمینه فرآیند سیاست‌گذاری سلامت از طریق آموزش، توانمندسازی و غیره تقویت شود تا آنها بتوانند نقش فعالی در این فرآیند داشته باشند و سیاست‌گذاران و مدیران سطوح بالا و محلی زیرساخت‌های لازم برای مشارکت جامعه در فرآیند سیاست‌گذاری سلامت را فراهم سازند مدیران و از طریق ایجاد قوانین شفاف، فرهنگ مشارکت را ترویج دهند.

قدردانی‌ها

از تمامی کسانی که در مراحل مختلف مطالعه مشارکت نمودند، صمیمانه قدردانی می‌شود.

مشارکت پدیدآوران

رحیم خدایاری زرنق و مریم ابراهیم‌نژاد در طراحی مطالعه؛ مریم ابراهیم‌نژاد و علیرضا حاجی‌زاده در جمع‌آوری داده‌ها؛ رحیم خدایاری زرنق و لیلیا دشمنگیر تحلیل نتایج؛ و شبیم قاسمیانی، رحیم خدایاری زرنق و جواد بابایی تهیه دست‌نوشته را بر عهده داشتند. همچنین مقاله تالیف شده بعد از خواندن نسخه نهایی آن مورد تایید تمامی نویسندگان قرار گرفت.

منابع مالی

این پژوهش منابع مالی نداشت.

ملاحظات اخلاقی

کلیه اطلاعات شرکت‌کنندگان در مطالعه به‌صورت کاملاً محرمانه بوده و در ابتدای شرکت در مطالعه به ایشان توضیحات داده شده و رضایت آگاهانه آنها اخذ گردیده است.

می‌باشد، باید از سوی مسئولان دولتی بر کمیته‌های تصمیم‌گیری خط‌مشی سلامت نظارت وجود داشته باشد تا ملزم به استفاده از دیدگاه‌های جامعه در تدوین و اجرای سیاست‌ها باشند.^{۲۷} راهبردهایی که مقامات می‌توانند برای بهبود مشارکت جامعه در فرآیند سیاست‌گذاری سلامت اتخاذ کنند، شامل گنجاندن نمایندگان جامعه محلی در کمیته‌های تصمیم‌گیری، همکاری با گروه‌های تحقیقاتی و ایجاد شبکه‌های سلامت در بخش‌های مختلف می‌باشد.^{۲۹،۳۸} چالش‌های مشارکت در فرآیند سیاست‌گذاری در قالب چالش‌های قانونی و اداری، اجرایی، مالی، ساختاری، منابع انسانی و اجتماعی دسته‌بندی شدند. مشابه یافته‌های ما مطالعه دماری نشان داد محدودیت منابع مالی، ارتباط ناکافی سازمان‌های محلی با دولت‌های مرکزی و باور ضعیف دولت به سطوح محلی از مهم‌ترین چالش‌های مشارکت سطوح محلی هستند.^{۱۹} بهبهانی و همکاران نیز تاکید کردند که چالش‌های متعددی در مشارکت شهروندان و سطوح محلی در فرآیندهای قانون‌گذاری در بخش سلامت وجود دارد.^{۳۰} موانع مشارکت در سه گروه موانع مدیریتی، مربوط به تضاد و تعارض و فرهنگی- اجتماعی طبقه‌بندی گردید. در مطالعه بیدار مهم‌ترین موانع بر سر راه مشارکت سمن‌ها، نبود فرهنگ مشارکت میان مردم در جهت تقویت سمن‌ها و نبود راهکارهای مشخص قانونی در خصوص نحوه فعالیت و استفاده از پتانسیل این نهاد بود.^{۱۶} در مطالعه خدایاری زرنق و همکاران موانع اولیه مشارکت در سیاست‌گذاری مربوط به دولت و نحوه عملکرد سازمان‌های غیردولتی بود.^{۱۵}

نتیجه‌گیری

ضروریست افراد جامعه از راه‌های مختلفی همچون ارتباط با خبرگان و رسانه‌ها دانش خود را نسبت به سیاست‌گذاری سلامت افزایش دهند. عوامل تاثیرگذار و موانع عمده‌ای در مشارکت سطوح محلی وجود دارند که باید شناسایی گردند، موانع حذف و از عوامل تاثیرگذار به بهترین نحو استفاده شود. همچنین، تسهیل‌کننده‌های مشارکت سطوح محلی در فرآیند سیاست‌گذاری نیز شناسایی شود تا زمینه مشارکت فعال سطوح محلی در سیاست‌گذاری سلامت فراهم شود. این مطالعه یک روش تحقیق ترکیبی بود که در آن سعی شد از بهترین شواهد موجود برای تدوین مدل مشارکت سطوح محلی در فرآیند

تعارض منافع

هیچ تعارض منافی در این مطالعه وجود ندارد.

این مقاله حاصل پایان‌نامه تحت حمایت دانشگاه علوم پزشکی تبریز با کد اخلاقی IR.TBZMED.REC.1397.148 می‌باشد.

References

- Doshmangir L, Ravaghi H. Theories and models of policymaking for doing health policy analysis. *Hakim*. 2015;18(1):68-82. (Persian)
- Wait S, Nolte E. Public involvement policies in health: exploring their conceptual basis. *Health Econ Policy Law*. 2006; 1(Pt 2): 149-162. doi: 10.1017/S174413310500112X
- Haldane V, Chuah FLH, Srivastava A, Singh SR, Koh GCH, Seng CK, et al. Community participation in health services development, implementation, and evaluation: A systematic review of empowerment, health, community, and process outcomes. *PLoS One*. 2019; 14(5): e0216112. doi: 10.1371/journal.pone.0216112
- Thurston WE, MacKean G, Vollman A, Casebeer A, Weber M, Maloff B, et al. Public participation in regional health policy: a theoretical framework. *Health Policy*. 2005; 73(3): 237-252. doi: 10.1016/j.healthpol.2004.11.013
- Marston C, Hinton R, Kean S, Baral S, Ahuja A, Costello A, et al. Community participation for transformative action on women's, children's and adolescents' health. *Bull World Health Organ*. 2016; 94(5): 376-382. doi: 10.2471/BLT.15.168492
- Morgan LM. Community participation in health: perpetual allure, persistent challenge. *Health Policy Plan*. 2001; 16(3): 221-230. doi: 10.1093/heapol/16.3.221
- De Freitas C, Martin G. Inclusive public participation in health: Policy, practice and theoretical contributions to promote the involvement of marginalised groups in healthcare. *Soc Sci Med*. 2015; 135: 31-39. doi: 10.1016/j.socscimed.2015.04.019
- De Freitas C. Public and patient participation in health policy, care and research. *Porto Biomed J*. 2017; 2(2): 31-32. doi: 10.1016/j.pbj.2017.01.001
- Mousavi MT. Social participation, one of the components of social capital. *Journal of Social Welfare Research*. 2007; 6(23): 67- 92. (Persian)
- Panda B, Thakur HP. Decentralization and health system performance—a focused review of dimensions, difficulties, and derivatives in India. *BMC health services research*. 2016; 16(6): 1-4. doi: 10.1186/s12913-016-1784-9
- Malekafzali H, Bahreini FS, Alaedini F, Forouzan AS. Health system priorities based on needs assessment & stakeholders' participation in IR Iran. *Hakim*. 2007; 10(1): 13-17. (Persian)
- Wickremasinghe D, Hashmi IE, Schellenberg J, Avan BI. District decision-making for health in low-income settings: a systematic literature review. *Health Policy Plan*. 2016;31 Suppl 2(Suppl 2):ii12-ii24. doi: 10.1093/heapol/czv124
- McCoy D, Engelbrecht B. Establishing the district health system. *South African Health Review*. 1999: 131-146.
- Larijani B, Delavari A, Damari B, Vosoogh Moghadam A, Majdzadeh R. Health policy making system in islamic republic of iran: Review an experience. *Iranian Journal of Public Health*. 2009; 38(Suppl 1): 1-3.
- Khodayari-Zarnaq R, Kakemam E, Arab-Zozani M, Rasouli J, Sokhanvar M. Participation of Iranian non-governmental organizations in health policy-making; barriers and strategies for development *International Journal of Health Governance*. 2020; 25(1): 46-56. doi: 10.1108/IJHG-07-2019-0056
- Bidar Z, Ghasemi G. Role of NGOs in developing the right of health. *Medical Law Journal*. 2020; 14(52):7-26. (Persian)
- Saeedi R, Beheshtifar M, Ziaaddini M. Designing a model of participation of elites and trustees in the field of health: Case study of iran health insurance. *Iranian Journal of Health Insurance*. 2020; 3(3): 188-199. (Persian)
- Damari B, Vosoogh Moghadam A, Rostamigooran N. Stakeholders' network in Iranian health policy-making: A model for participatory policy-making.

- Med J Islam Repub Iran.* 2017; 31(1): 711- 717. doi: 10.14196/mjiri.31.106
19. Damari B, Heidarnia MA, Bonab MR. Role and performance of iranian NGOs in community health promotion. *Payesh.* 2014;13(5): 541-550. (Persian)
20. Hong QN, Pluye P, Fàbregues S, Bartlett G, Boardman F, Cargo M, et al. Mixed methods appraisal tool (MMAT), version 2018. *Registration of copyright.* 2018; 1148552(10).
21. Long HA, French DP, Brooks JM. Optimising the value of the critical appraisal skills programme (CASP) tool for quality appraisal in qualitative evidence synthesis. *Research Methods in Medicine & Health Sciences.* 2020; 1(1): 31-42. doi: 10.1177/2632084320947559
22. Hariri N. Principles and methods of qualitative research, tehran: Islamic azad university. Science Research Branch. 2011. (Persian)
23. Ramiro LS, Castillo FA, Tan-Torres T, Torres CE, Tayag JG, Talampas RG, et al. Community participation in local health boards in a decentralized setting: Cases from the philippines. *Health policy plan.* 2001; 16 (suppl 2): 61-69. doi: 10.1093/heapol/16.suppl_2.61
24. Strobl J, Bruce N. Achieving wider participation in strategic health planning: Experience from the consultation phase of liverpool's 'city health plan'. *Health promot int.* 2000; 15(3): 215-225. doi: 10.1093/heapro/15.3.215
25. Abelson J. Understanding the role of contextual influences on local health-care decision making: case study results from Ontario, Canada. *Soc Sci Med.* 2001; 53(6): 777-793. doi: 10.1016/s0277-9536(00)00386-5
26. Karlsson LE, Jakobsen MW, Heiberg MW, Aro AR. Involvement of external stakeholders in local health policymaking process: a case study from Odense Municipality, Denmark. *Evidence and Policy.* 2017; 13(3): 433-454. doi: 10.1332/174426416X14609162710134
27. Baatiema L, Skovdal M, Rifkin S, Campbell C. Assessing participation in a community-based health planning and services programme in Ghana. *BMC Health Serv Res.* 2013; 13(1): 1-3. doi: 10.1186/1472-6963-13-233
28. Meads GD, Griffiths FE, Goode SD, Iwami M. Lessons from local engagement in Latin American health systems. *Health Expect.* 2007; 10(4): 407-418. doi: 10.1111/j.1369-7625.2007.00468.x
29. Larsen M, Rantala R, Koudenburg OA, Gulis G. Intersectoral action for health: the experience of a Danish municipality. *Scand J Public Health.* 2014; 42(7): 649-657. doi: 10.1177/1403494814544397
30. Akhavan Behbahani A, Masoudi Asl I, Hesam S, Najafikhah M. Challenges for public participation in health legislation in Iran: a qualitative study. *Archives of Rehabilitation.* 2020; 21(4): 454-469. doi: 10.32598/RJ.21.4.555.2