



Challenges of Health Centers to Achieve Participatory Governance

Samaneh Zamani Garmsiri¹  | Mehrdad Navabakhsh² 

1. Department of Social Sciences, Faculty of Literature, Humanities and Social Sciences, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran, Iran. E-mail: Zamani_samaneh@yahoo.com

2. Corresponding author, Department of Social Sciences, Faculty of Literature, Humanities and Social Sciences, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran, Iran. E-mail: navabakhsh@Srbiau.ac.ir

Article Info

Article type:
Research Article

Article history:

Received: 11 December 2021

Received in revised form: 07

June 2022

Accepted: 03 September 2022

Published online: 11 April 2023

Keywords:

Challenge, Governance,
Health Center, Municipality,
Participation.

ABSTRACT

The significance of participatory governance has grown in recent years. The purpose of establishing health organizations was to increase citizen participation in the field of health. In practice, this plan encountered numerous obstacles. This study aimed to evaluate and investigate the obstacles health clubs face in achieving participatory governance.

This is a qualitative investigation that employs in-depth interviews and focused group discussions. Interviews were conducted with 22 experts, policymakers, administrators, health center service providers, and residents of four Tehran districts. The data in this investigation were classified using the Emerson and Nabatchi participatory governance model.

Iran's cultural barriers to participatory governance consist of individualism and a lack of collaboration. Social barriers consist of a lack of trust between the public sector and the general public, competition between various stakeholders, self-interest in participation, and diminished reciprocal moral obligations. In the field of system, the dynamic obstacles to cooperation include a lack of common understanding of the problem among different stakeholders, a lack of consensus in decision-making, a disregard for everyone's interests, lobbying, an inability to hear all voices, competition among stakeholders, and a lack of justification by the municipal body for the significance of public participation. The ineffectiveness of formal leadership in the public sector in conflict management, guiding leadership, and a tool-based approach to participation are among the leadership challenges. Participatory governance is the basis for the establishment of health centers, one of the obstacles they must overcome to succeed. Challenges must also be addressed in the decision-making process, shared comprehension, common motivation of stakeholders, formal leadership, financial and information structure, and information flow among stakeholders.

Cite this article: Zamani Garmsiri, S., & Navabakhsh, M. (2023). Challenges of Health Centers to Achieve Participatory Governance. *Quarterly of Social Studies and Research in Iran*, 12 (1), 151-169.

<https://doi.org/10.22059/jisr.2022.332267.1248>



© The Author(s).

Publisher: University of Tehran Press.

DOI: <https://doi.org/10.22059/jisr.2022.332267.1248>



چالش‌های کانون‌های سلامت برای دستیابی به حکمرانی مشارکتی

سمانه زمانی گرمسیری^۱ | مهرداد نوابخش^۲

۱. گروه علوم اجتماعی، دانشکده ادبیات، علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران. رایانامه: zamani_samaneh@yahoo.com

۲. نویسنده مسؤل، گروه علوم اجتماعی، دانشکده ادبیات، علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران. رایانامه:

navabakhsh@srbiau.ac.ir

اطلاعات مقاله

چکیده

نوع مقاله: پژوهشی

امروزه حکمرانی مشارکتی اهمیت روزافزون یافته است. کانون‌های سلامت با هدف ایجاد فضایی برای حکمروایی مشارکتی در حوزه سلامت ایجاد شد، اما در عمل این طرح با چالش‌های بسیاری مواجه شد. مطالعه حاضر به منظور بازنگری و بررسی چالش‌های کانون‌های سلامت برای دستیابی به حکمرانی مشارکتی انجام شده است.

مطالعه حاضر کیفی و با رویکرد نظریه زمینه‌ای است. در این مطالعه با ۲۲ نفر از صاحب‌نظران، سیاست‌گذاران، مدیران، ارائه‌دهندگان خدمات در کانون‌های سلامت و مردم چهار منطقه از تهران مصاحبه شد. در این مطالعه داده‌ها با استفاده از مدل حکمروایی مشارکتی امرسون و نباتچی طبقه‌بندی شدند.

موانع فرهنگی حکمرانی مشارکتی شامل فردگرایی و ضعف کار تیمی و گروهی و موانع اجتماعی شامل بی‌اعتمادی بین بخش دولتی و مردم، وجود رقابت بین ذی‌نفعان مختلف، منفعت‌طلبی در مشارکت و کاهش تعهدات اخلاقی متقابل است. در زمینه سیستم، موانع دینامیک همکاری شامل نبود فهم مشترک مسئله میان ذی‌نفعان مختلف، نداشتن اجماع در تصمیم‌گیری، در نظر نگرفتن منافع همگان، لابی‌گری، شنیده‌نشدن همه صداها، رقابت میان ذی‌نفعان و توجیه‌نشدن بدنه شهرداری نسبت به اهمیت مشارکت مردمی است. چالش‌های رهبری شامل ناکارایی رهبری رسمی در بخش دولتی در زمینه مدیریت تعارض، رهبری هدایت‌کننده و نگاه ابزاری به مشارکت است.

از جمله چالش‌های کانون‌های سلامت برای دستیابی به حکمرانی مشارکتی، بستر شکل‌گیری آن است. همچنین در فرایند تصمیم‌گیری، فهم مشترک، انگیزه مشترک ذی‌نفعان، رهبری رسمی، ساختار و جریان مالی و اطلاعات میان ذی‌نفعان چالش‌هایی وجود دارد که نیازمند اصلاح است.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۹/۲۰

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۳/۱۷

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۶/۱۲

تاریخ انتشار: ۱۴۰۱/۱/۲۲

واژه‌های کلیدی:

چالش، حکمرانی، شهرداری، کانون سلامت، مشارکت.

استناد: زمانی گرمسیری، سمانه؛ مهرداد (۱۴۰۲). چالش‌های کانون‌های سلامت برای دستیابی به حکمرانی مشارکتی. *مطالعات و تحقیقات اجتماعی در ایران*،

۱۲(۱) ۱۵۱-۱۶۹. <https://doi.org/10.22059/jisr.2022.332267.1248>



ناشر: مؤسسه انتشارات دانشگاه تهران. © نویسندگان

Doi: <https://doi.org/10.22059/jisr.2022.332267.1248>

۱. مقدمه و طرح مسئله

امروزه دولت‌ها به‌طور روزافزون نیاز به فرایندهای مشارکتی و فراگیر را در تصمیم‌گیری‌های بخش سلامت به رسمیت می‌شناسند (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۱۹؛ هسو و همکاران، ۲۰۱۹) و حکمرانی مشارکتی در حوزه سلامت بیش از گذشته اهمیت یافته است. حکمرانی مشارکتی، بر مشارکت به‌ویژه از طریق مشورت تأکید دارد (فیشر، ۲۰۱۲) و به معنای شنیده‌شدن صدای شهروندان و مشارکت معنادار مردم در مراحل سیاست‌گذاری است (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۱۹؛ هسو و همکاران، ۲۰۱۹). مشارکت شهروندان از رأی‌دادن فراتر رفته و بر موضوعات ضروری‌تری مانند توزیع متوازن قدرت سیاسی، توزیع عادلانه منابع، تأکید بر گفت‌وگوهای بین‌سازمانی و پاسخگویی بیشتر، متمرکز است (فیشر، ۲۰۱۲). تعامل با مردم، جامعه مدنی و جوامع، ابزار مهمی برای ارزیابی انتظارات و نظرات موجود در مورد مسائل مربوط به سلامت است. در نتیجه، حکمروایی مشارکتی همه دریافت‌کنندگان خدمات سلامت و جمعیت عمومی جامعه و در واقع تمام کسانی را که تحت تأثیر اصلاحات بهداشتی هستند، در برمی‌گیرد (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۱۹؛ هسو و همکاران، ۲۰۱۹). در ایران مدیریت شهری تلاشی کرده است تا فضایی برای حکمروایی مشارکتی ایجاد کند. این اقدام در راستای اصل ۱۰۰ تا ۱۰۶ قانون اساسی ایران است که به مشارکت مردم در پیشبرد برنامه‌های اجتماعی، اقتصادی، عمرانی، بهداشتی، فرهنگی و آموزشی از طریق شوراهای اشاره دارد. بدین‌منظور از ظرفیت شهرداری‌ها برای ارتقای سلامت شهر و شهروندان به‌واسطه ایجاد فضایی داوطلبانه و مشارکتی استفاده می‌شود. هدف از این اقدام، بهبود کیفیت زندگی شهروندان است (اداره کل سلامت معاونت آموزش و ارتقای سلامت، ۱۳۹۶؛ دمازی و همکاران، ۱۳۹۲).

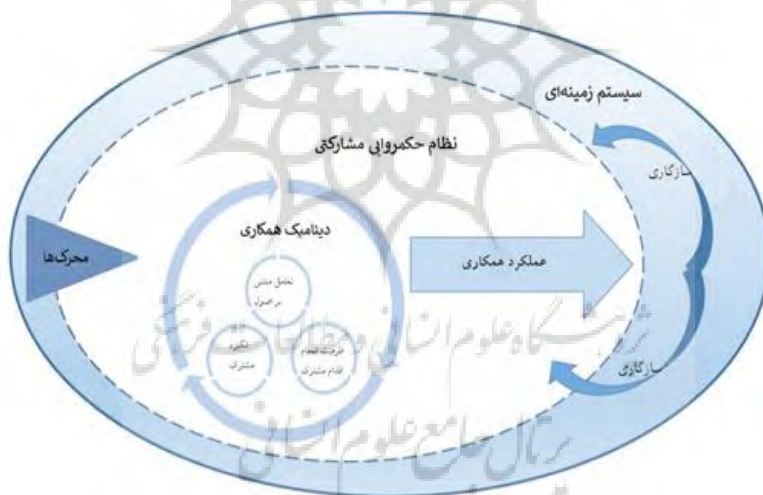
شکل‌گیری کانون‌های سلامت مستقر در خانه‌های سلامت محله‌ها، ابتدا در استان تهران از طریق شهرداری صورت پذیرفت و سپس به‌عنوان یک طرح ملی از طرف وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی مطرح شد (اداره کل مطالعات اجتماعی و فرهنگی، ۱۳۹۵). این کانون‌ها با هدف افزایش مشارکت شهروندان، افزایش مسئولیت‌پذیری اجتماعی، ارتقای سطح سلامت شهروندان و فرهنگ‌سازی در حوزه سلامت و محیط‌زیست و... ایجاد شده‌اند (معاونت امور اجتماعی و فرهنگی اداره کل سلامت، ۱۳۹۵؛ معاونت امور اجتماعی و فرهنگی اداره کل سلامت، ۱۳۹۷). با وجود این، این برنامه‌ها با چالش‌های بسیاری مواجه شده است و بسیاری از برنامه‌های موفق به‌دلیل نبود توجه کافی بدون مستندسازی و ارزیابی متوقف شده‌اند (امرسون و گرلاک، ۲۰۱۴). این مطالعه با هدف بررسی چالش‌های کانون‌های سلامت برای دستیابی به حکمرانی مشارکتی براساس مؤلفه‌های اصلی مدل حکمروایی مشارکتی امرسون و نباتچی شامل چالش‌های حوزه مسائل فرهنگی-اجتماعی، دینامیک سیاسی و روابط قدرت، دینامیک همکاری و رهبری (امرسون و گرلاک، ۲۰۱۴) انجام شده است. درک این چالش‌ها به‌منظور برنامه‌ریزی و طراحی الگو برای ارائه مدل حکمروایی مشارکتی در کانون‌های سلامت ضروری است. در مقاله دیگری نیز به ارائه این الگو پرداخته شده است (زمانی گرمسیری و نوابخش، ۱۴۰۲).

۲. ادبیات نظری و تجربی

حکمرانی مشارکتی به معنای فرایندها و ساختارهای تصمیم‌گیری و مدیریت در حوزه سیاست‌های عمومی است که قادر است مشارکت مردم را به‌صورت سازنده در سازمان‌های عمومی، دولتی، فضاهای خصوصی، عمومی و شهروندی در جهت اهداف عمومی جلب کند (امرسون و همکاران، ۲۰۱۲). به عبارت دیگر، کنشگران بخش خصوصی و دولتی به روش‌های متمایز، با استفاده از فرایندهای مخصوص با هم همکاری می‌کنند تا مقرراتی برای فراهم کردن کالای عمومی مناسب وضع کنند (انشل و گاش، ۲۰۰۸).

مدل‌های مختلفی برای حکمرانی مشارکتی طراحی و مطرح شده‌اند. برایسون و همکاران در سال ۲۰۰۶ به ارائه مدلی برای حکمروایی مشارکتی پرداختند. این مدل بر همکاری‌های بین‌بخشی تأکید می‌کند و همکاری بین بخش‌های حکومتی، کسب‌وکار، نهادهای غیردولتی، خیریه‌ها و مجامع عمومی را در چارچوبی تبیین و تعریف کرد (برایسون و همکاران، ۲۰۰۶). مدل دیگری از حکمروایی مشارکتی، مدل انشل و گاش است. در این مدل، نهادهای رسمی قانون‌گذاری نیز به اجزای مدل برایسون اضافه می‌شوند. همچنین تعامل با گفت‌وگوی رودررو آغاز می‌شود که مهم‌ترین علت ایجاد اعتماد و درک مشترک بین ذی‌نفعان است (انشل و گاش، ۲۰۰۸).

مدل سوم حکمروایی مشارکتی را امرسون و نباتچی براساس مدل انشل و گاش ارائه کردند، اما آن را در سطح وسیع‌تری گسترش دادند. در این مدل، حکمروایی به‌عنوان فرایندها و ساختارهای تصمیم‌گیری و مدیریت در زمینه سیاست‌گذاری در حوزه عمومی تعریف شده است. برای تحلیل و بررسی چالش‌های قانون‌های سلامت در این مطالعه، از مدل حکمروایی مشارکتی امرسون^۱ و نباتچی^۲ استفاده شد. در این مدل، رژیم حکمرانی مشارکتی، دینامیک همکاری^۳ و عملکرد همکاری‌های داخلی و محرک‌ها^۴ در زمینه سیستم^۵ با هم در تعامل هستند. در این مدل، زمانی که دینامیک همکاری آغاز شود، به‌صورت یک تعامل تکرارشونده بین عناصر رفتاری (تعامل مبتنی بر اصول^۶)، عناصر بین‌فردی (انگیزه مشترک^۷) و عناصر عملکردی (ظرفیت انجام اقدام مشترک^۸) ادامه می‌یابد و نتایج^۹ و سازگاری‌های^{۱۰} متفاوت با محیط ممکن است حاصل شود (امرسون و گرلاک، ۲۰۱۴) (شکل ۱).



شکل ۱. مدل حکمرانی مشارکتی نباتچی و امرسون

1. Emerson
2. Nabatchi
3. collaboration dynamics
4. drivers
5. system context
6. principled engagement
7. shared motivation
8. capacity for joint action
9. outcomes
10. adaptation

بنابراین براساس این مدل، سؤالات اصلی تحقیق شامل کشف چالش‌های کانون‌های سلامت برای دستیابی به حکمرانی مشارکتی در حوزه مسائل فرهنگی-اجتماعی، دینامیک سیاسی و روابط قدرت و دینامیک همکاری و رهبری است.

۳. روش‌شناسی تحقیق

این مطالعه کیفی است که در آن، جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از روش‌های مرور نظام‌مند منابع و مصاحبه و بحث گروهی متمرکز انجام گرفت. شرکت‌کنندگان در مطالعه شامل صاحب‌نظران، سیاست‌گذاران، مدیران ارشد در سطح سازمانی و ارائه‌دهندگان خدمات در کانون‌های سلامت محله و مردم محله و سایر ذی‌نفعان در مناطق منتخب تهران بودند. به‌منظور انتخاب مناطق، از روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌بندی‌شده استفاده شد. بدین ترتیب که کلیه منطقه‌های تهران از نظر وضعیت اجتماعی-اقتصادی به چهار منطقه بالا، متوسط بالا، متوسط پایین و پایین تقسیم شدند. سپس از هر دسته به‌صورت تصادفی یک منطقه انتخاب شد و مطالعه در این چهار منطقه ادامه یافت. حجم نمونه براساس تنوع سطوح مشارکت و براساس نوع مسئولیت (سیاست‌گذار، متصدی و ارائه‌دهنده خدمات، دریافت‌کننده خدمات) و با توجه به اشیاع داده‌ها در هر سطح تعیین شد. روش نمونه‌گیری افراد برای مصاحبه به‌صورت در دسترس بود.

جمع‌آوری داده‌ها در چهار مرحله انجام گرفت. مرحله اول مرور متون و تعیین چارچوب نظری حکمرانی مشارکتی برای تحلیل نظام حکمرانی موجود در کانون‌های سلامت، مرحله دوم تعیین ذی‌نفعان حوزه سلامت در سطوح مختلف اجتماع، محله، نهادها و سازمان‌ها، مرحله سوم مصاحبه و بحث گروهی متمرکز با سیاست‌گذاران، صاحب‌نظران و متصدیان این حوزه و مردم ساکن در محله‌ها بود که شامل دریافت‌کنندگان خدمات این کانون‌ها و ساکنانی بود که در این کانون‌ها مشارکت ندارند و مرحله چهارم، تعیین و تحلیل چالش‌های کانون‌های سلامت براساس چارچوب نظری تعیین شده بود.

• فایل صوتی مصاحبه بعد از مصاحبه مکتوب و به‌دقت مطالعه شد. تحلیل محتوای مصاحبه‌ها براساس نظریه زمینه‌ای در سه مرحله کدگذاری باز^۱، کدگذاری محوری^۲ و کدگذاری انتخابی^۳ صورت گرفت (منصوریان، ۱۳۸۶). در کدگذاری باز بعد از مکتوب کردن مصاحبه‌ها، محتوای مکتوب‌شده بارها به‌طور دقیق مطالعه و مفاهیم استخراج و به‌صورت دستی کدگذاری شدند. در کدگذاری محوری، کدها در سطح مفاهیم دسته‌بندی و در حول محورهای یکسان طبقه‌بندی شدند. در مرحله آخر یعنی کدگذاری انتخابی، براساس نتایج و اجزای به‌دست‌آمده از دو مرحله قبل، کدهای مورد نظر (که با یکدیگر ارتباط دارند) با مشورت مشارکت‌کنندگان انتخاب شدند.

۴. یافته‌های تحقیق

در این مطالعه با ۲۲ نفر از سیاست‌گذاران، گیرندگان خدمات و ارائه‌دهندگان خدمات در کانون‌های سلامت، مصاحبه ساختارمند عمیق انجام گرفت. داده‌ها و نتایج براساس مدل حکمروایی امرسون و نباتچی طبقه‌بندی شدند. جدول ۱ چالش‌ها در حوزه ویژگی‌ها و چالش‌های فرهنگی و اجتماعی را نشان می‌دهد. فردگرایی و ضعف کار تیمی و گروهی در ایران، تمایل کمتر افراد با تحصیلات و موقعیت اجتماعی بالاتر برای مشارکت و همکاری با مردم در بستر جامعه و نامأنوس بودن نوع مشارکتی که در کانون‌های سلامت

1. open coding
2. axial coding
3. selective coding

مورد انتظار است، از جمله چالش‌های مطرح‌شده در حوزه فرهنگی است. چالش‌ها در حوزه ویژگی‌های اجتماعی عبارت‌اند از بی‌اعتمادی بین بخش دولتی و مردم که به اشکال مختلف خود را نشان می‌دهد، از جمله بدبینی که از جانب کارکنان شهرداری نسبت به مشارکت مردمی وجود دارد. وجود رقابت بین ذی‌نفعان مختلف، منفعت‌طلبی در مشارکت و کاهش تعهدات اخلاقی متقابل از ویژگی‌های اجتماعی دیگر است که بستر اجتماعی مناسبی را برای حکمرانی مشارکتی فراهم نمی‌کند.

جدول ۱. چالش‌های کانون‌های سلامت برای دستیابی به حکمرانی مشارکتی در حوزه فرهنگی-اجتماعی

موضوعات	زیرموضوعات	نقل قول‌ها
چالش‌ها در حوزه فرهنگی		
موانع فرهنگی	نام‌نوس بودن نوع مشارکت مورد انتظار در کانون‌های سلامت در فرهنگ ایرانی	«بخش فرهنگی و به‌لحاظ فکری مردم ما در ایران هنوز فهم درست و صحیحی از بحث مشارکت و مشارکت محلی و مشارکت در ساختارهای مدنی ندارند.»
	تمایل کمتر افراد با تحصیلات و موقعیت اجتماعی بالاتر برای مشارکت و همکاری با مردم در بستر جامعه	«متأسفانه در کشور ما رابطه بین مشارکت و سواد معکوس است. هرچه انسان‌ها باسوادترند و به یک درجات اجتماعی رسیدند، احساس می‌کنند که نباید با عموم مشارکت کنند. خب این عیب بسیار بزرگی است.»
	فردگرایی و ضعف در کار تیمی	«جامعه ما متهم به فردمحوری است. این نشان‌دهنده ضعف ما در کار تیمی است. ضعف ما در کار فرهنگ جمعی است. کار نکردیم.»
چالش‌ها در حوزه اجتماعی		
ویژگی‌های اجتماعی که مانع حکمرانی مشارکتی‌اند	کاهش اعتماد متقابل بین بخش دولتی و بخش مردم	«در بدنه شهرداری، مشابه مشکلاتی که در بدنه مردم بود دیده می‌شد. همان‌طور که بدنه مردم برای مشارکت کردن تربیت نشده بودند، بدنه شهرداری هم به هیچ وجه حاضر به پذیرش مشارکت نبود.»
	وجود رقابت بین ذی‌نفعان مختلف	«اشکال دوم این داستان وجود شورایارها بود. شورایارها به مدت ۶-۷ سال قبل در محله‌ها پایلوت بودند و تبدیل به قدرت‌های محلی شده بودند، در این مشارکت نفوذ داشتند و تأثیرگذار بودند و بعضی جاها اجازه نمی‌دادند که افراد جدید حضور پیدا کنند.» «شورایار ما جدا از اینکه ممکن است خودش ضعیف یا قوی باشد، اجازه اینکه مشارکت آدم‌هایی که در انتخابات بعدی رقیب خودش بشوند نمی‌داد.»
	منفعت‌طلبی در مشارکت	«هرجایی که طرحی شکل می‌گیرد و درست می‌شود، معمولاً بخشی از مردم به دنبال این هستند که ببینند چه بهره‌ای می‌توانند از آنجا ببرند. بخش دیگری هم که در قسمت کار و قسمت اجرایی هستند اصولاً نگاهشان، مشارکت منفعت‌جویانه است.»
	کاهش تعهدات اخلاقی متقابل	«نگاه تنگ‌نظرانه بسته خودبرتربینی، خودشیفتگی، دگربدبینی، دگربری‌صلاحت‌بینی، دیگری را غیرخودی دیدن وجود دارد.» «حسادت حتی امروزه بین برادر با برادر و خواهر با برادر هم هست و بروز هم نمی‌دهیم که حسادت هست. نفاق پیدا می‌کنیم... و برای محروم کردن شما توطئه می‌کنیم... در این جامعه شما نمی‌توانید مشارکت تعیین و تعریف بکنید.»

۱-۴. چالش‌ها در حوزه دینامیک سیاسی و روابط قدرت

از نظر مصاحبه‌شوندگان، یکی از عواملی که ساختار سیاسی ایران بستر مناسبی را برای حکمرانی مشارکتی فراهم نمی‌کند این است که حکمرانی محلی برخلاف برخی ساختارهای سیاسی در کشورهای اروپایی، در ایران نهادینه نشده و بیشتر یک نظام یکپارچه سیاسی در ایران حاکم بوده است. این امر خود زمینه‌ساز نوعی اقتدارگرایی و تمرکز قدرت در نظام سیاسی می‌شود. از سوی دیگر به‌نظر می‌رسد مشارکت مردم در حکمرانی مشارکتی‌تر در خدمت اهداف مؤسسات، سازمان‌ها و نهادهای دولتی درک شده است و

نوعی نگاه ابزاری به مشارکت در سطح حاکمیت دیده می‌شود. همچنین مصاحبه‌شوندگان تأکید کردند که نوعی بدبینی به مشارکت مردم از طرف بخش دولتی وجود دارد و اعتماد به توانمندی مردم برای مشارکت معنادار در تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی در بخش دولتی دیده نمی‌شود و این خود یکی از موانع شکل‌گیری حکمرانی مشارکتی است. از سوی دیگر بخش‌های دولتی تمایلی به واگذاری و شریک‌شدن قدرت و اختیارات خود با سایر بخش‌های دولتی و غیردولتی ندارند. درحالی‌که حکمرانی مشارکتی مستلزم قدرتی غیرمتمرکز در جامعه بین ذی‌نفعان مختلف است که براساس همکاری هریک عاملیت خود را داشته باشند. از موارد دیگر که مورد تأکید مصاحبه‌شوندگان قرار گرفت آنکه مشارکت در فرهنگ سیاسی کشور چندان جایی ندارد.

تمام موارد فوق شامل نهادهای نبودن حکمرانی محلی در ساختارهای سیاسی ایران، اداره ساختارهای مشارکتی پیش‌بینی‌شده در قانون با رویکرد اقتدارگرایی، نگاه ابزاری به مشارکت در سطح حاکمیت، بی‌اعتمادی بخش دولتی به توانمندی مردم برای مشارکت معنادار در تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی، عدم تمایل بخش‌های دولتی به واگذاری و شریک‌شدن قدرت و اختیارات با سایر بخش‌های دولتی و غیردولتی و جانداختن مشارکت در فرهنگ سیاسی کشور نشان از نوعی اقتدارگرایی در دینامیک سیاسی و روابط قدرت در کشور دارد (جدول ۲).

جدول ۲. چالش‌های کانون‌های سلامت برای دستیابی به حکمرانی مشارکتی در حوزه دینامیک سیاسی و روابط قدرت مؤثر بر حکمرانی مشارکتی

موضوع	زیرموضوعات	نقل‌قول‌ها
اقتدارگرایی در دینامیک سیاسی و روابط قدرت	نهادینه‌نبودن حکمرانی محلی در ساختارهای سیاسی ایران	«در خصوص انگیزه از ایجاد فضای مشارکتی در فضای کاری و تغییر این انگیزه مشارکت، طبیعتاً ابتدای امر که بنا شد این ساختار شکل بگیرد، از این حیث با ایران متفاوت است که در ایران حکمروایی محلی تابعی از حکمروایی کلان و کلی است و طبیعتاً شاید آن اختیار عملی که ما در نمونه‌های دیگر می‌دیدیم، در کشور ما کمتر باشد.» «سیستم حاکمیتی برای خودش بسیار اقتدار قائل بود و خودش حکم می‌کرد که آن‌ها چه کارهایی انجام دهند.»
	اداره ساختارهای مشارکتی پیش‌بینی‌شده در قانون با رویکرد اقتدارگرایی	«شما را ارجاع می‌دهم به قانون اساسی و نقشی که قانون اساسی برای شوراهای محلی دیده است... درحالی‌که قرار بود شورای محله‌ای شکل بگیرد و بعد از محله به منطقه برسد. شورایی که مدعی بودند برای واگذاری کار مردم به مردم تشکیل داده‌اند، عملاً یک سلسله شوراهای دست‌نشانده سیستم‌های اداری شدند. هر کاری می‌خواهند می‌کنند.»
	نگاه ابزاری به مشارکت در سطح حاکمیت	«در کشورمان باورمندی به مشارکت مردم وجود ندارد. در حال حاضر مشارکت مردم را در کشورمان در دو مقطع می‌بینیم: در مناسبت‌ها و در انتخابات. این مشارکت دوام نمی‌آورد. همان‌طور که می‌بینید مشارکت مردم در سیاست به دلیل مداخله از بالا به پایین به ۷ تا ۱۱ درصد می‌رسد. این نتیجه باورنداشتن به مشارکت است. نتیجه مداخله رهبری مشارکت، در کار است.»
	بی‌اعتمادی بخش دولتی به توانمندی مردم برای مشارکت معنادار در تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی	«در بدنه شهرداری مثل مشکلاتی که در بدنه مردم بود دیده می‌شد. همان‌طور که بدنه مردم خیلی حال و حوصله مشارکت نداشت، بدنه شهرداری هم به هیچ وجه حاضر به پذیرش مشارکت نبود.» «واگذار کردن مطلق این قضیه به مردم، این موضوع را به مسیری که مورد نظر است به معنای واقعی مشارکت نمی‌برد.»
	عدم تمایل بخش‌های دولتی به واگذاری و شریک‌شدن قدرت و اختیارات با سایر بخش‌های دولتی و غیردولتی	«دولت‌ها اساساً تمایل ندارند کارشان را واگذار کنند. همان‌گونه که شما می‌بینید، دولت حاضر نیست اختیار شهرداری را به مدیریت شهرداری واگذار کند. دولت اجازه نمی‌دهد اختیارات متمرکز شود. شهردار این شهر را اداره کند.» «دولت ما حاضر نیست مدیریت یکپارچه ایجاد کند.»
	جانداختن مشارکت در فرهنگ سیاسی کشور	«وقتی می‌گویم باورپذیری نداریم یعنی در ساختار مجلس، نمایندگان مردم هستند، از مشارکت مردم هستند، اما فقط برای انتخاب آن‌ها است، نه برای تصمیم‌گیری‌هایشان... . وظیفه نماینده این است که نماینده مردم است. اگر سازوکار ایجاد می‌کردند، پیش‌بینی‌های ایجاد آن را در مجلس انجام می‌دادند.»

۲-۴. چالش‌ها در حوزه دینامیک همکاری

جدول ۳ چالش‌های حوزه دینامیک همکاری را نشان می‌دهد. دینامیک همکاری شامل تعامل تکرارشونده بین عناصر رفتاری (تعامل مبتنی بر اصول)، عناصر بین فردی (انگیزه مشترک) و عناصر عملکردی (ظرفیت انجام اقدام مشترک) است.

در حوزه تعامل مبتنی بر اصول (تعیین نوع ارتباطات و تعامل میان ذی‌نفعان مختلف)، نظر مصاحبه‌شوندگان، عدم فهم مشترک مسئله میان ذی‌نفعان مختلف در حکمرانی موجود را نشان می‌دهد. همچنین عدم درک مشترک مسئله بین ذی‌نفعان در سطوح بالاتر ساختار و ذی‌نفعان در محله دیده می‌شود که نتیجه‌اش عدم تمایل به همکاری بین ذی‌نفعان مختلف است.

همچنین در حوزه تصمیم‌گیری و گفت‌وگو و تعامل ذی‌نفعان در این حوزه، از نظر مصاحبه‌شوندگان برای تصمیم‌گیری گاهی گفت‌وگو و تعامل واقعی انجام شده و گاهی گفت‌وگو به منظور پوشش و لابی‌گری انجام گرفته است. گاه نیز عدم پذیرش نتیجه تصمیم‌گیری توسط ذی‌نفعان دیده می‌شود. سایر مواردی که در زمینه فرایند تصمیم‌گیری در حکمرانی مشارکتی بر آن‌ها تأکید شد شامل در نظر نگرفتن منافع همگان در تصمیم‌گیری، عدم حضور ذی‌نفعان محله در جلسات تصمیم‌گیری رهبری در مورد محله، بی‌توجهی به نیازهای واقعی و امکانات و ظرفیت‌های متفاوت محله‌ها در تصمیم‌گیری‌های از بالا به پایین، شنیده‌نشدن همه صداها به صورت یکسان به دلیل تفاوت قدرت و نفوذ ذی‌نفعان مختلف، هدایت مستقیم توسط رهبری یا اعمال نفوذ ذی‌نفعان قدرتمندتر در فرایند تصمیم‌گیری است.

چالش‌های طرح‌شده در حوزه انگیزه مشارکت شامل مشاهده کاستی‌های عملکرد افراد مسئول در حکمرانی مشارکتی است که انگیزه سایر افراد جامعه را در مشارکت افزایش می‌دهد تا بتوانند کاستی‌ها را جبران کنند. از سوی دیگر در مواردی انگیزه مشارکت مردم در طول زمان کاهش یافته که می‌توان علل آن را تبدیل شدن سرای محله‌ها و کانون‌های سلامت به مجریان ابلاغاتی دانست که از طرف ذی‌نفعان بخش دولتی بودند و فرصت تصمیم‌گیری و اجرای تصمیمات در محل را از آنان عملاً سلب می‌کردند. از علل کاهش انگیزه مشارکت بخش دولتی (شهرداری) در حکمرانی مشارکتی، عدم توجه بدنه شهرداری نسبت به اهمیت مشارکت مردمی و عدم درک مفهوم حکمرانی مشارکتی بوده است.

تعارض میان ذی‌نفعان از دیگر چالش‌ها در حوزه همکاری بین‌بخشی بود. از نظر مصاحبه‌شوندگان، نه تنها میان مردم و ذی‌نفعان دولتی تعارض وجود دارد، بلکه میان ذی‌نفعان مختلف در سطح محله نیز دیده می‌شود. از علل دیگر نابرابری قدرت و نفوذ ذی‌نفعان بخش دولتی و مردم، تلاش برای اعمال نفوذ و حذف ذی‌نفعان کم‌قدرت‌تر توسط ذی‌نفعان قوی‌تر و نبود مدیریت تعارض در رهبری است. همچنین مصاحبه‌شوندگان تأکید کردند زمانی این تعارضات تشدید می‌شود که دستورالعمل‌هایی که از بالا برای اجرا به محله ابلاغ می‌شود، با واقعیت جامعه محلی و منطقه همخوانی نداشته باشد. مصاحبه‌شوندگان نشانه‌های بی‌اعتمادی میان ذی‌نفعان مختلف را قبول نداشتن سایر ذی‌نفعان و ساز خود را زدن، بدبینی به مشارکت مردم توسط بخش دولتی، باور نداشتن به توانمندی مردم برای مشارکت معنادار در تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی و وجود جریان یک‌طرفه اطلاعات عنوان کردند.

جدول ۳. چالش‌های کانون‌های سلامت برای دستیابی به حکمرانی مشارکتی در حوزه دینامیک همکاری

موضوعات	زیرموضوعات	نقل قول‌ها
چالش‌ها در حوزه فهم مشترک مسئله میان ذی‌نفعان در حکمرانی موجود		
نبود فهم مشترک مسئله بین ذی‌نفعان مختلف	نبود درک مشترک مسئله بین ذی‌نفعان در سطوح بالاتر ساختار و ذی‌نفعان در محله	«به‌طور کلی خیلی وقت‌ها اداره کل برخی دستورالعمل می‌دهد، اداره سلامت منطقه آن‌ها را اجرا می‌کند و به نواحی ابلاغ می‌کند و خانه سلامت و کانون‌ها و همه بدون هیچ درگیری‌ای طبق آن دستورالعمل پیش می‌روند. موقعی درگیری به‌وجود می‌آید که این اختلاف زیاد باشد؛ یعنی فعالیتی که باید به‌صورت عملی انجام شود، واقعاً عملی نباشد.»
	تمایل نداشتن به همکاری بین ذی‌نفعان به دلیل نداشتن فهم مشترک	«مقامات بالاتر یا ادارات یا همان ذی‌نفعان رسمی براساس آن عملکرد خودشان و وظایف خودشان، می‌خواهند که فعالیت کانون را هدایت بکنند و کانون هم براساس آن چیزی که خودش دوست دارد می‌خواهد فعالیت داوطلبانه انجام بدهد.»
چالش‌ها در فرایند تصمیم‌گیری در حکمرانی مشارکتی		
استفاده نکردن از اجماع در تصمیم‌گیری‌ها	برای تصمیم‌گیری گاهی مشورت‌های واقعی انجام شده و گاه مشورت‌های پوششی و لابی‌گری	«مشورت‌ها واقعاً در بسیاری از موارد واقعی است و ممکن است برخی اوقات مشورت‌های پوششی هم داشته باشیم، ولیکن واقعیت این است که در خصوص بحث‌های مختلف، چون افراد محلی دور هم جمع می‌شدند و موضوعات مختلفی داشتند و دغدغه‌های فردی داشتند، به‌طور قطع تصمیمات واقعی بوده است.» «بیشتر موارد از قبل برنامه‌ریزی می‌شود وقتی که اداره کل موردی را در دستورالعملش وارد می‌کند و برنامه‌ریزی صورت گرفته که در زمان تماس با منطقه به جهت برقراری ارتباط در جریان کار قرار دارند.»
شیوه نشان دادن عدم پذیرش نتیجه تصمیم‌گیری	عدم پذیرش نتیجه تصمیم‌گیری بیشتر به‌صورت عدم حضور در برنامه ظاهر می‌شد	«طبیعتاً زمانی که تصمیمی گرفته می‌شود، همه اعضا خود را قائل به آن می‌دانند. ممکن است عده‌ای یا چند نفری هم آن تصمیم را نپذیرند و در برنامه خاصی حضور پیدا نکنند. احتمال حضورشان نیز وجود دارد.»
عوامل مؤثر در پذیرش نتیجه تصمیم‌گیری‌ها	وجود دغدغه مشترک، عامل وحدت‌بخش بوده و اختلاف‌نظرها را کاهش داده و میزان پذیرش نتیجه تصمیم‌گیری را افزایش می‌داد	«ولی فضای کانون‌ها که بستر اصلی فعالیتی خانه‌های سلامت است، معمولاً فضای همراه و یکدستی است؛ چون همه آن‌ها یک وجه مشترک جدی دارند.»
مشکلات فرایند تصمیم‌گیری	در نظر نگرفتن منافع همگان در تصمیم‌گیری	«اینکه آیا منافع همه در تصمیم‌گیری لحاظ می‌شود، خوب مسلماً نمی‌شود. همیشه برخی افراد هستند که در مورد طرح یا برنامه‌ای موافق نیستند یا نمی‌شود در مورد طرحی بگوییم که همه موافق آن هستند. خوب در آن طرح، مخالفانی هم همیشه خواهند بود.»
	عدم حضور ذی‌نفعان محله در جلسات تصمیم‌گیری رهبری در مورد محله	«بین ذی‌نفعان مختلف هم به نظر من نیاز به جلساتی هست که مسئول خانه سلامت در آن حضور داشته باشد. این جلسات را اصولاً رهبر یک سازمان با رهبر یک سازمان دیگر برگزار می‌کنند. اگر جلساتی باشد که مسئول خانه سلامت حضور داشته باشد و درخواست‌هایش را بگوید و آن‌ها هم همین‌طور، شاید این مشکلات برطرف شود.» «من فکر می‌کنم اول اینکه در هر منطقه، دبیران مختلف با هم بتوانند هرچند وقت یک‌بار در ارتباط باشند. فردی باشد که بتواند نظرات ما را انتقال بدهد که وقتی سیاست‌گذاری یا برنامه‌ریزی می‌شود، برای این گروه سنی این برنامه‌ها را بنویسیم.»
	بی‌توجهی به نیازهای واقعی و امکانات و ظرفیت‌های متفاوت محله‌ها در تصمیم‌گیری‌های بالا به پایین	«همیشه از بالا تزریق می‌شود... درحالی که ظرفیت‌های مناطق با یکدیگر فرق می‌کند.» «به این صورت نباشد که صرفاً چون در حال حاضر این موضوع مطرح است، من این کار را انجام بدهم.»
	شنیده نشدن همه صداها به‌صورت	«در این مورد که آیا در این فضای مشارکتی صدای همه ذی‌نفعان به یک نسبت شنیده می‌شود،

موضوعات	زیر موضوعات	نقل قول‌ها
	یکسان به دلیل تفاوت قدرت و نفوذ ذی‌نفعان مختلف	واقعیت این است که خیر. صدای همه به یک نسبت و عادلانه شنیده نمی‌شود. «نمی‌شود گفت منافع همه لحاظ می‌شود. در واقع اگر بگویم انجام می‌شود اشتباه گفته‌ام. کما اینکه شاید در بحث ساختار کلی کانون شهر تهران هم این اتفاق نیفتاده باشد. این مطلب واضح است. بعضی وقت‌ها به دلیل اینکه می‌خواستند امکاناتی را به انجمنی بدهند، کانون را هم گفتند در کنارش باشد. در این مواقع است که کانون واقعاً دیده نشده است.» «اگر واقعاً انرژی را صرف خود کانون نکنند، آن موقع است که می‌توانیم بگوییم یک سال حداقل ما پیشنهادی که داشتیم کسی شنید و به آن هدفی که مثلاً می‌خواستیم رسیدیم، ولی همیشه بالاخره دستخوش یک سری مسائل بودیم.» «صدای من به‌عنوان یک دبیر کل مسلماً شنیده می‌شود؛ چون من مقداری پیگیر هستم و معمولاً پیگیری کارهایم را می‌کنم، ولی ممکن است یک عضو عادی کانون صدایش شنیده نشود، ولی در زمینه سلامت و اداره سلامت فکر می‌کنم صدای افراد خیلی بهتر شنیده می‌شود؛ چون اداره سلامت، خیلی از برنامه‌هایش را براساس مشارکت گذاشته است و به مشارکت اعضای کانون‌ها علاقه‌مند بوده و خواستار مشارکتشان است.»
	هدایت مستقیم توسط رهبری یا ذی‌نفعان با قدرت بیشتر در فرایند تصمیم‌گیری	«اینکه شخص من دستورالعملی را بدهم و بگویم براین اساس باید در این زمان، این کارها و فعالیت‌ها را انجام بدهید، از نظر من این هدایت مستقیم است.» «به نظر من این برنامه‌ها (تصمیم‌گیری) از سوی اداره سلامت مناطق، رؤسای ادارات اجتماعی، مدیران محلی و شوراییاران اجرا می‌شود.» «ما از طریق یک سری ابلاغ‌ها این کارها را انجام می‌دهیم. این ابلاغ‌ها از طریق اداره کل داده می‌شود.» «تا حالا من خودم ندیده‌ام که از مسئول خانه سلامت نظر خواسته شود یا به مسئول خانه سلامت بگویند که نظر شما چیست.»
چالش‌ها در حوزه انگیزه اولیه مشارکت مردم		
علل کاهش انگیزه و تعداد مشارکت ذی‌نفعان بخش خصوصی (مردم)	تبدیل شدن سرای محله‌ها و کانون‌های سلامت به مجریان ابلاغاتی (به عبارت دیگر اعمال نفوذ ذی‌نفعان قدرتمندتر بخش دولتی در حکمرانی مشارکتی)	«اختیار دادن فقط در حد صحبت اتفاق افتاد و بسیار کم بود. ابلاغیه و بخش‌نامه‌های متعددی از اداره کل مرکزی، مثل شما که اداره کل سلامت بودید و بقیه ادارات، برای مناطق می‌فرستادند. از بالا دستورالعملی می‌آمد که باید در محله‌ها اجرا می‌شد. بعد از اینکه در محل اجرا می‌شد و بازخورد می‌گرفت، باز این مسیر برمی‌گشت و می‌رفت به بالا.» «به نظر من انحراف اصلی جایی اتفاق افتاد که برنامه‌ها دیکته‌ای شد و از برنامه‌های محلی فاصله گرفت.»
	رقابت میان ذی‌نفعان و تلاش ذی‌نفعان قدرتمند برای حذف ذی‌نفعان با قدرت کمتر در محله	«اشکال دوم این موضوع وجود شوراییارها بود، شوراییارها به مدت ۶-۷ سال قبل در محله‌ها پایلوت بودند و تبدیل به قدرت‌های محلی شده بودند. در این مشارکت نفوذ داشتند و تأثیرگذار بودند.» «گاهی ساختارهای قدرتمندتر تصمیم به حذف آن افراد یا گروه‌هایی می‌گرفتند که به لحاظ قدرت در جایگاه پایین‌تری قرار داشتند.»
	شنیده‌نشدن صدای مردم	«من هم به‌شخصه درعین حال که می‌گویم پرنگیزه هستم و تمام آن مسائلی که می‌گفتم بحث منطقی بود. جاهایی هم گاهی به این نتیجه رسیدم که پیگیری‌هایی داشتیم، ولی دیدیم که اهمیتی که باید صرف این قضیه شود صورت نگرفته است.»
علل کاهش انگیزه مشارکت ذی‌نفعان بخش دولتی (شهرداری)	عدم توجه بدنه شهرداری نسبت به اهمیت مشارکت مردمی و مفهوم حکمرانی مشارکتی	«انگیزه در شهرداری روزبه‌روز کمتر شد. به جهت اینکه سمت حوزه مرکزی تحت فشار بودند، شاید در این بخش هم ما باید بهتر عمل می‌کردیم. به دلیل آن برنامه‌های حاکمیتی که می‌آمد، در نهایت طرح به این صورت تبدیل شده بود که تنها به‌صورت اداری بدون هیچ‌گونه تولید فکر کار می‌کرد. مجموعه بدنه شهرداری هم به دلیل اینکه نمی‌خواست از حوزه اختیارات خودش کاسته شود، همکاری نمی‌کرد.»

موضوعات	زیرموضوعات	نقل قول‌ها
تعارض میان ذی‌نفعان مختلف و علل آن		
تعارض و اعمال نفوذ بین ذی‌نفعان مختلف	وجود تعارض میان ذی‌نفعان بخش دولتی و ذی‌نفعان بخش خصوصی (مردم)	«در خصوص اختلاف ذی‌نفعان بله. گاهی تعارض منافع ایجاد می‌شد و ممکن بود شبکه‌های محلی با گروه‌های حاکمیتی چه در سطح خرد و چه در سطح کلان دچار مشکل می‌شدند، یا ممکن بود که گروه‌های محلی مطالباتی داشته باشند که گروه‌های حاکمیتی تن به آن مطالبه نمی‌دادند یا برعکس.»
	وجود تعارض میان ذی‌نفعان بخش خصوصی در محله	«این داستان وجود شورایارها بود. شورایارها به مدت ۶-۷ سال قبل در محلات پایلوت بودند و به قدرت‌های محلی تبدیل شده بودند. مدیریت محله را دشمن خود می‌دانستند، سال‌ها بحث این موضوع وجود داشت و این نگاه بود که حالت دومدیریتی اتفاق افتاده که ما یک شورایاری و یک مدیریت محله داریم و هر محله را دو گروه کردند. هنوز هم همین جریان‌ها وجود دارد.»
	رهبری هدایت‌کننده خود منشأ تعارض است	«مقامات بالاتر یا ادارات یا همان ذی‌نفعان رسمی براساس حالا آن عملکرد خودشان و وظایف خودشان، می‌خواهند که فعالیت کانون را هدایت بکنند، و کانون هم حالا براساس آن چیزی که خودش دوست دارد می‌خواهد فعالیت داوطلبانه انجام بدهد.»
	نابرابری قدرت و نفوذ ذی‌نفعان بخش دولتی و مردم	«اساساً تقسیم قدرت گاهی به شکل عادلانه‌ای وجود ندارد و این یکی از موضوعات جدی است که باید ... به آن پرداخته شود یعنی تقسیم قدرت به گونه‌ای باشد که آدم‌ها در یک موضع برابر باشند.» «سیستم حاکمیتی برای خودش بسیار اقتدار قائل بود و خودش حکم می‌کرد تا آن‌ها انجام دهند.»
	تلاش برای اعمال نفوذ و حذف ذی‌نفعان کم‌قدرت‌تر توسط ذی‌نفعان قدرتمندتر	«در خصوص حل خصومت‌ها و مشکلات، گاهی پیش می‌آمد که متأسفانه به‌خاطر اینکه ساختار مشارکت به شکل صحیح و کامل آن اجرایی نشد، گاهی ساختارهای قدرتمندتر تصمیم به حذف آن افراد یا گروه‌هایی می‌کردند که به لحاظ قدرت در جایگاه کمتر قرار داشتند.» «این داستان وجود شورایارها بود، شورایارها به مدت ۶-۷ سال قبل در محلات پایلوت بودند و تبدیل به قدرت‌های محلی شده بودند، و در این مشارکت نفوذ داشتند.» «خیلی همه همسو نیستند، به‌خاطر اینکه مقامات بالاتر یا ادارات یا همان ذی‌نفعان رسمی براساس عملکرد خودشان و وظایف خودشان، می‌خواهند که فعالیت کانون را هدایت بکنند، و کانون هم براساس آن چیزی که خودش دوست دارد می‌خواهد فعالیت داوطلبانه انجام بدهد.»
تشدید تعارضات به دلیل اعمال نفوذ ذی‌نفعان قدرتمندتر و ارائه دستورالعمل‌هایی که با واقعیت جامعه محلی و منطقه همخوانی نداشته باشد.	«ببینید از نظر من ... وقتی که بین آن طرح تئوری و آن فعالیتی که باید به‌صورت عملی انجام بشود خیلی تفاوت باشد، درگیری به‌وجود می‌آید. اما به‌طور کل خیلی وقت‌ها اداره کل برخی دستورالعمل می‌دهد، اداره سلامت منطقه آن‌ها را اجرا می‌کند و خانه سلامت و کانون‌ها و همه طبق آن دستورالعمل پیش می‌روند بدون هیچ درگیری. موقعی درگیری به‌وجود می‌آید که آن چیزی که دستورالعمل می‌دهند واقعاً به‌صورت عملی امکان‌پذیر و اجرایی نباشد.»	
نبود مدیریت تعارض در رهبری	«به‌صورت کلی، ما نمونه قابل قبولی در مدیریت تعارض در مدیریت شهری نداریم... تا زمانی که ساختار، قالب، سازمان و شرح وظایف و سیستم نداشته باشید، نظرات و سلیقه‌های افراد است که نسبت تعارض را بالا و پایین می‌کند.»	
کاهش تعارضات میان ذی‌نفعان مختلف	وجود وجه مشترک و دغدغه مشترک میان ذی‌نفعان عامل مهمی در کاهش اختلافات بود	«کانون‌ها به یک نحوی بود که یک وجه اشتراک جدی و مورد نظر در آن‌ها وجود داشت که کمک می‌کرد به اینکه گاهی این اختلافات را کنار بگذارند و گاهی هم خیر، ممکن بود این اختلافات استمرار پیدا می‌کرد.»
	میزان حل تعارضات بستگی به توانمندی رهبری در هر محل داشت	«بسته به اینکه آن رهبر حاکمیتی که در محله کمک می‌کرد که این موضوعات پیش برود، چقدر آدم توانمندی در حل تعارضات بود، ما می‌توانستیم در یک محله کمتر تعارض داشته باشیم و در محله دیگر، خیر.»
	مؤثر بودن رهبری غیررسمی در کاهش تعارضات	«این رهبری غیررسمی که الان در مناطق انجام می‌شود، کمی توانسته است آن اختلاف‌نظرها را از بین ببرد.»
	استفاده رهبری از گفت‌وگو و	«شاید میزان موفقیت آقای دکتر ... در پیشبرد کانون فرهنگی، همین بود که در تعارضات و در

موضوعات	زیرموضوعات	نقل قول‌ها
	مذاکره و لابی کردن برای حل تعارض	اختلافات و چالش‌هایی که بود، پیشگام بودند برای اینکه اقدام کنند تعارض را به حداقل برسانند، تعارض را رها نمی‌کردند.»
	اهداف مشترک در رهبری در سطوح مختلف به کاهش تعارضات کمک می‌کند	«معمولاً اختلافات و تعارضات در نقش رهبری به اهداف متفاوتی برمی‌گردد که با هم دارند، از تعارضات و اختلافات جلوگیری می‌کند.»
	نزدیک شدن اهداف ذی‌نفعان مختلف به یکدیگر	«هرچقدر اهداف به هم نزدیک‌تر باشد، اعتماد و همکاری بیشتر می‌شود، به هم نزدیک‌تر می‌شوند و همکاری‌ها بیشتر می‌شود.»
	توجه به مدیریت تعارض به‌جای نادیده گرفتن آن توسط رهبری	«در علم مدیریت، که این بخشی از مدیریت است، «مدیریت تعارض»، این است که اگر شما تعارض را سرکوب کردید، به فضای تملق و چاپلوسی تبدیل می‌شود، منجر به هرج‌ومرج می‌شود. تعارض را باید مدیریت کرد.»
	ایجاد فرصت تصمیم‌گیری و خلاقیت برای ذی‌نفعان کم‌قدرت‌تر	«اینکه خود کانون، بدون اینکه هدایت بشود فعالیت انجام بدهد، بدون اینکه از جایی هدایت رسمی داشته باشد.»
نشانه‌های بی‌اعتمادی بین ذی‌نفعان مختلف	قبول نداشتن سایر ذی‌نفعان و ساز خود را زدن	«نه فکر نمی‌کنم آن اعتماد باشد، چون اگر وجود داشت هرکدام کار خودشان را نمی‌کردند و هرکس برای خودش کانون جداگانه تشکیل نمی‌داد.» «چون احساس می‌کنم هیچ‌کس کار دیگری را قبول ندارد. همه فکر می‌کنند خودشان درست انجام می‌دهند»
	بدبینی به مشارکت مردم توسط بخش دولتی	«همان‌طور که بدنه مردم خیلی حوصله مشارکت نداشتند و البته برای مشارکت کردن تربیت نشده بودند، بدنه شهرداری هم به هیچ وجه حاضر به پذیرش مشارکت نبود.»
	باور نداشتن به توانمندی مردم برای مشارکت معنادار در تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی	«واگذار کردن مطلق این قضیه به مردم، این موضوع به مسیری که مورد نظر است به معنای واقعی مشارکت نمی‌رود بلکه به این سمت می‌رود که احتمال بروز اتفاقات بد در آن زیاد می‌شود.»
	وجود جریان یک‌طرفه اطلاعات	«مثلاً خود مرکز بهداشت خواست با ما ارتباط بگیرد؛ برای مثال اعضای کانون دیابت ما را می‌خواهد. ما اعضای کانون دیابتمان را به آن‌ها می‌دهیم، ولی موقعی که ما از آن‌ها درخواستی داریم، مقاومت می‌کنند.»

۳-۴. چالش‌ها در حوزه رهبری

جدول ۴ چالش‌های حوزه رهبری را نشان می‌دهد. از چالش‌های مورد تأکید مصاحبه‌شوندگان در زمینه رهبری رسمی در محله (مدیر محله) این بود که از آنجا که انتخاب مدیر محله به شیوه انتصابی صورت می‌گیرد، توافق عمومی در مورد مشروعیت و صلاحیت مدیر محله بین عموم مردم محله وجود ندارد. از سوی دیگر، در انتصاب مدیران محله، به دلیل تضاد منافع ذی‌نفعان بخش دولتی با مدیر محله، رقابت و تضاد منافع شورایاری با مدیر محله و عدم قبول مسئولیت توسط افراد توانمند، افراد توانمند به این سمت منصوب نمی‌شوند.

مصاحبه‌شوندگان به ناکارایی رهبری رسمی در بخش دولتی در زمینه مدیریت تعارض، متوازن کردن میان ذی‌نفعان مختلف و جلب مشارکت مردمی اشاره کردند. سایر مواردی که ناکارایی رهبری رسمی را در حکمرانی مشارکتی نشان می‌دهد شامل در نظر نگرفتن تفاوت‌ها در محله‌ها در تصمیم‌گیری‌های رهبری، رهبری هدایت‌کننده به‌جای رهبری با رویکرد تسهیلگری، نگاه ابزاری به مشارکت، گذاشتن مسئولیت و بار سنگین بر دوش محله‌ها بدون آمادگی آن‌ها، عدم درک رهبری از فرایند تکامل تدریجی و رشد ارگانیک در حکمرانی مشارکتی، تأکید بر نقاط ضعف و ندیدن ظرفیت‌ها است.

همچنین مصاحبه‌شوندگان اشاره کردند که عدم تعیین واضح میزان نقش و مداخله رهبری در قوانین، یکی از دلایل عدم واگذاری مدیریت محله به محله در عمل بوده است.

جدول ۴. چالش‌های کانون‌های سلامت برای دستیابی به حکمرانی مشارکتی در حوزه رهبری

موضوعات	زیرموضوعات	نقل قول‌ها
چالش‌ها در مورد رهبری رسمی در محله (مدیر محله)		
عدم توافق و اعتماد عموم مردم محله به دبیر کانون	انتصابی بودن مدیر محله	«مورد توافق و اعتماد کسانی هستند که در جلسه رأی‌گیری حاضر هستند و آن‌ها دبیر کانون را انتخاب می‌کنند.»
عدم انتصاب مدیر محله توانمند	به دلیل تضاد منافع ذی‌نفعان بخش دولتی با مدیر محله	«حوزه اجرا را هم در نظر داشته باشید، اعم از شهردار منطقه، معاون اجتماعی منطقه، شهرداران نواحی، مسئولین اجتماعی نواحی. تمام این مسائل باعث شد که این تیمی که اینجا در منطقه بود خواستار آدم قوی نبود که برایش دردسر درست کند.»
	به دلیل رقابت و تضاد منافع شورایاری با مدیر محله	«شورایار ما جدا از اینکه ممکن است خودش آدم ضعیف یا قوی باشد، اجازه اینکه مشارکت آدم‌هایی را که در انتخابات بعدی رقیب خودش بشوند نمی‌داد.»
	به دلیل عدم قبول مسئولیت توسط افراد توانمند	«پس در این بستر، توقع اینکه افراد رهبری بیایند نبود. متأسفانه خیلی از جاها به‌طور مثال یک امام جماعت واقعاً همان ظرفیت رهبری را داشت، اما شأن خودش را خیلی فراتر از این موضوعات می‌دانست.»
چالش‌های مرتبط با رهبری رسمی در حوزه دولتی		
ناکارایی رهبری رسمی	ناکارایی در مدیریت تعارض	«در خصوص حل خصومت‌ها و مشکلات، گاهی می‌شد ساختارهای قدرتمندتر تصمیم به حذف آن افراد یا گروه‌هایی می‌گرفتند که به لحاظ قدرت در جایگاه پایین‌تری قرار داشتند.» «یکی از گزینه‌های علم مدیریت، مدیریت تعارض است. ما تضاد منافع داشتیم. نمره قابل قبولی در مدیریت تعارض در مدیریت شهری نداریم.»
	ناکارایی در متوازن کردن قدرت میان ذی‌نفعان مختلف	«اساساً تقسیم قدرت گاهی به شکل عادلانه‌ای وجود ندارد و این یکی از موضوعات جدی است که باید در فرمت و ساختاری که قرار است طراحی صورت بگیرد، به آن پرداخته شود. به دلیل اینکه آن حرفی به کرسی بنشیند که منطقی‌تر است.»
	ناکارایی در جلب مشارکت مردمی	«تصور ما این بود که همه چیز مهیا است، اما ما آوارش را نمی‌دیدیم. عموم مردم در این فعالیت‌ها حضور نداشتند.»
	در نظر گرفتن تفاوت‌های محله‌ها در تصمیم‌گیری‌های رهبری	«همیشه از بالا تزیق می‌شود. درحالی که ظرفیت‌های مناطق هم با همدیگر فرق می‌کند.»
	رهبری هدایت‌کننده به جای رهبری با رویکرد تسهیلگری	«اساس این کار که اتفاق افتاد خوب بود، ولی واقعیت این بود که ما فعالیت‌ها را اولاً حاکمیتی کردیم و دوم اینکه خیلی گسترش دادیم.» «الان از طرف بالا هدایت می‌شوند... و کانون‌ها موظف هستند که آن را اجرا کنند.» «منظور من از هدایت این است که خوب خیلی خوب است که کانون‌ها به‌صورت خودجوش فعالیت‌های داوطلبانه داشته باشند، اینکه من دستورالعمل بدهم و بگویم طبق آن باید در این زمان، این کارها و فعالیت‌ها را انجام بدهید، به نظر من این هدایت مستقیم می‌شود.» «بیشتر نقش هدایت‌کننده دارد.» «(خط سیر) دقیقاً مشخص شده است. ما نمی‌توانیم هیچ دخل و تصرفی در آن داشته باشیم. به این ترتیب نیست که این اختیار به مسئول خانه سلامت داده شود. نه، کاملاً سیرش مشخص است.» «در شیوه برنامه‌ریزی، ببینید اول که این دستورالعمل‌ها خیلی دیر ابلاغ می‌شوند. یک یا دو روز قبل و حالت دستوری هم دارد.» «رهبری رسمی است و به‌صورت غیررسمی نیست؛ یعنی الان از طرف بالا هدایت می‌شوند.»
نگاه ابزاری به مشارکت	«شهرداری دنبال مشارکت است با مدلی که خود از بالا به پایین چیدمان بکند.»	

موضوعات	زیر موضوعات	نقل قول‌ها
		«دوره دوم که قرار بود خود مدیریت محله انتخاب بکند، از جمله سلامت که شما می‌گویید، دوستان گفتند نه ما می‌خواهیم از بالا به پایین سلامت را بگذاریم و خانه سلامت را از بالا به پایین چیدمان کردند.»
	گذاشتن مسئولیت و بار سنگین بر دوش محله‌ها بدون آمادگی آن‌ها	«ولی واقعیت این بود که ما فعالیت‌ها را اولاً حاکمیتی کردیم و دوم اینکه خیلی گسترش دادیم. اصلاً فرصت فکر کردن، فرصت اینکه این‌ها شکل بگیرند، فرصت اینکه به‌رحال اصلاً چنین آدمی پیدا بشود، ندادیم.»
	عدم درک رهبری از فرایند تکامل تدریجی و رشد ارگانیک در حکمرانی مشارکتی	«من معتقدم که اشکال اصلی این بود که ما فرصت تمرین کردن حکمروایی مشارکتی به آن‌ها ندادیم.» «درمجموع ما اجازه‌ای برای آنکه آن مشارکت واقعی در محلات شکل بگیرد را ندادیم.»
	تأکید بر نقاط ضعف و ندیدن ظرفیت‌ها	«مدام گفتیم آن‌ها نمی‌توانند و چند مورد اشتباه را مثال زدیم.»
عدم واگذاری مدیریت محله به محله در عمل	عدم تعیین واضح نقش و مداخله رهبری	«ما الان در محله‌ها، اداره‌ای داریم با نام مدیریت محله‌ای. آیا این مشارکت است؟ نه. مشارکت آنجایی بود که می‌گفتید مردم خودتان بیایید، خودتان انتخاب کنید، خودتان بچینید، مأموریت را به شما می‌دهیم. حاکمیت بدون استثنا در مشارکت باید نقش داشته باشد. اما تا زمانی که میزان نقش و مداخله‌اش را تعیین نکرده باشد، سرانجام و پایان کار می‌شود یک انحراف که مصداق آن مدیریت محله است.»

۵. بحث و نتیجه‌گیری

مصاحبه‌شوندگان موانع فرهنگی در مسیر حکمرانی مشارکتی را فردگرایی، ضعف در کار گروهی و نامأنوس بودن نوع مشارکتی که در کانون‌ها مورد انتظار است با فرهنگ جامعه نام بردند. این داده‌ها با داده‌های مطالعه سازمان جهانی بهداشت همخوانی دارد. این مطالعه نشان داد کمک‌های مالی و کالایی و امور خیریه مهم‌ترین شکل مشارکت مدنی مردم بوده است و از نظر فرهنگی، مردم بیشتر با این شکل از مشارکت بیش از سایر اشکال مشارکت مدنی مانند کار داوطلبانه آشنایی دارند (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان جهانی بهداشت، ۱۳۹۷). درحالی که نوع مشارکت مدنی که در حکمرانی مشارکتی مورد انتظار است، بیشتر از نوع کار داوطلبانه است که جامعه ایرانی از نظر فرهنگی کمتر با آن خو گرفته است (موسوی، ۱۳۹۷).

از عواملی که ساختار سیاسی ایران بستر مناسبی را برای حکمرانی مشارکتی فراهم نمی‌کند، این است که حکمرانی محلی برخلاف برخی ساختارهای سیاسی در کشورهای اروپایی، در ایران نهادینه نشده و بیشتر به صورت یک نظام یکپارچه سیاسی است که در ایران حاکم بوده است. این نظر با داده‌های مطالعه مروری امرسون در سال ۲۰۱۸ هماهنگی دارد (امرسون، ۲۰۱۸). براساس نظر مصاحبه‌شوندگان به نظر نمی‌رسد فرایند تصمیم‌گیری در سیستم حکمرانی موجود، مبتنی بر اجماع باشد. درحالی که براساس نظر انشل و گاش در حکمرانی مشارکتی تصمیم‌گیری به صورت جمعی و براساس اجماع باید صورت گیرد (انشل و گاش، ۲۰۰۸). همچنین مطالعه فوتل نشان داد هرچه تصمیم‌گیری‌ها بیشتر براساس مشورت و همکاری بین شهروندان و کارشناسان انجام گیرد، تصمیمات قابل‌اعتمادتر و پایدارتر خواهد بود (فوتل، ۲۰۰۳). از اشکالات دیگری که از نظر مصاحبه‌شوندگان در فرایند تصمیم‌گیری بعضاً وجود دارد، لابی‌گری است؛ درحالی که انشل و گاش یکی از وجوه تمایز حکمرانی مشارکتی را با سایر حکمرانی‌ها در فقدان لابی‌گری می‌دانند (انشل و گاش، ۲۰۰۸).

از سوی دیگر به نظر می‌رسد در حکمرانی موجود، به دلیل تفاوت قدرت و نفوذ ذی‌نفعان مختلف و وجود رقابت میان آن‌ها، ذی‌نفعان با قدرت بیشتر در فرایند تصمیم‌گیری اعمال نفوذ می‌کنند و از جمله نشانه آن را می‌توان در ابلاغاتی مشاهده کرد که از

طرف ذی‌نفعان بخش دولتی به کانون‌های سلامت می‌شود. اختلال در فرایند تصمیم‌گیری به دلیل نامتوازن بودن قدرت و یافتن راه‌حل برای آن در مطالعه چوی^۱ و روبرتسون^۲ در سال ۲۰۱۴ بررسی شد. این مطالعه نشان داد در حکمرانی مشارکتی ضروری است قدرت ذی‌نفعان در تمام سطوح از قدرت مبتنی بر سلطه به سمت قدرتی که هدفش کسب منفعت دوطرفه یا برای همگان است، هدایت شود تا اشکال متوازن‌تری از قدرت در فرایند تصمیم‌گیری به کار گرفته شود. نتایج این مطالعه مشخص کرد مشورت و رسیدن به توافق موفق نسبت به قوانین تصمیم‌گیری برای ایجاد توازن قدرت میان ذی‌نفعان مهم‌تر است؛ هرچند قوانین تصمیم‌گیری زمینه را برای مشورت فراهم می‌کند. همچنین توافقی که بر اثر مشورت حاصل می‌شود، دیدگاه‌های واگرا را در میان ذی‌نفعان به هم نزدیک می‌کند (چوی و روبرتسون، ۲۰۱۴).

مقایسه‌های انگیزه‌های ذی‌نفعان دولتی و جامعه نشان می‌دهد نه تنها انگیزه مشترک در ذی‌نفعان مختلف حکمرانی مشارکتی در طول زمان ایجاد نشده است، بلکه آنچه انگیزه مشارکت را در ذی‌نفعان بخش دولتی در طول زمان افزایش داده، انگیزه مشارکت را در ذی‌نفعان جامعه (مردم) در طول زمان کاهش داده است و بالعکس. آنچه انگیزه مشارکت مردم را در طول زمان افزایش داده، انگیزه مشارکت ذی‌نفعان بخش دولتی را کاهش داده است. درحالی‌که مطالعه انشل و گاش ضرورت شکل‌گیری انگیزه مشترک در طول زمان را تأکید می‌کند و نشان می‌دهد با وجود انگیزه‌های اولیه متفاوتی که ممکن است ذی‌نفعان مختلف داشته باشند، برای شکل‌گیری تعهد به فرایند حکمرانی مشارکتی مهم است انگیزه مشترک و این باور در همه ذی‌نفعان ایجاد شود که گفت‌وگو با حسن‌نیت برای منافع متقابل (منافع عموم) مناسب‌ترین راه برای دستیابی به سیاست‌هایی است که بهترین نتایج را دارند (انشل و گاش، ۲۰۰۸).

بررسی علل کاهش انگیزه مشارکت مردمی از نظر مصاحبه‌شوندگان نشان می‌دهد تفاوت قدرت بین ذی‌نفعان مختلف و اعمال قدرت ذی‌نفعان قدرتمندتر در حذف، یا اعمال نفوذ برای اجرای منویات و اهداف خود و در نتیجه شنیده‌نشدن صدای مردم در کاهش انگیزه مشارکت مردمی نقش داشته است. این داده‌ها در مطالعات دیگر نیز تأیید شده است که نامتوازن بودن قدرت و منابع ذی‌نفعان بر انگیزه آن‌ها برای مشارکت تأثیر دارد (انشل و گاش، ۲۰۰۸).

داده‌ها نشان می‌دهد هدف بخش دولتی از مشارکت در حکمرانی مشارکتی، تحقق بخشی از رسالت خویش بوده و در این مسیر نیازمند مشارکت مردمی بوده است. اما نوع مشارکتی که از آن بهره گرفته، مشارکت ابزاری بوده است و نشان آن را می‌توان در ابلاغات مداوم بخش دولتی به سرای محله‌ها و کانون‌های سلامت برای انجام برنامه‌ها و تصمیماتی که در بخش دولتی گرفته شده است، مشاهده کرد. از سوی دیگر، این نگاه ابزاری به مشارکت در بخش دولتی، قدرت مردم را در تصمیم‌گیری در محله‌ها کاهش داده و نتیجه کاهش انگیزه مردم در مشارکت بوده است. درحالی‌که مفهومی از مشارکت که در حکمرانی مشارکتی مدنظر است، مشارکت به‌عنوان هدف است و نه مشارکت به‌عنوان ابزار (انشل و گاش، ۲۰۰۸؛ نیکخواه و رزوان، ۲۰۰۹).

نقش رهبری و ساختار حکمرانی مشارکتی در ظرفیت اقدام مشترک اهمیت زیادی دارد. در این مطالعه، مصاحبه‌شوندگان یکی از اشکالاتی که در مورد رهبری رسمی در بخش دولتی بیان کردند رهبری هدایت‌کننده به‌جای رهبری با رویکرد تسهیلگری بود. این دیدگاه مصاحبه‌شوندگان با نظر انشل و گاش همخوانی دارد که معتقدند رهبری در حکمرانی مشارکتی نیازمند تسهیلگری است (انشل و گاش، ۲۰۰۸) و رهبری در حکمرانی مشارکتی به‌جای نقش هدایت‌کننده، باید نقش تسهیلگری برای تشویق ذی‌نفعان برای همکاری با یکدیگر را داشته باشد (انشل و گاش، ۲۰۱۲).

نگاه ابزاری به مشارکت به جای همکاری ذی‌نفعان با موقعیت برابر در بخش دولتی بدان معنا است که رهبری رسمی در بخش دولتی، مشارکت مردم را در خدمت تحقق اهداف و رسالت خود می‌خواهد. نگاه ابزاری به مشارکت توسط رهبری با نتایج مطالعه انشل و گاش در مورد بررسی نقش رهبری در حکمرانی مشارکتی همخوانی ندارد. مطابق نتایج این مطالعه، یکی از نقش‌های رهبری به‌عنوان تسهیلگر این است که به‌عنوان مباشر کمک می‌کند تا ذی‌نفعان مختلف دور هم جمع شوند و با هم همکاری کنند و یکپارچگی سیستم حکمرانی مشارکتی حفظ شود.

از نظر مصاحبه‌شوندگان، از جمله اشکالات دیگری که رهبری رسمی در بخش دولتی در حکمرانی داشته است، ناکارایی در مدیریت تعارض، متوازن کردن قدرت میان ذی‌نفعان مختلف و جلب مشارکت مردمی بوده است که براساس مطالعه انشل و گاش هر سه مورد از وظایف رهبری محسوب می‌شود (انشل و گاش، ۲۰۰۸).

از چالش‌های ساختار حکمرانی کانون‌های سلامت، متناظر بودن نهادهای انتخابی و اداری در ساختار و هم‌پوشانی و تداخل حوزه‌های فعالیت آن‌ها، موازی‌کاری و عدم هم‌افزایی بین بخش‌های مختلف است. این تناظر و موازی‌کاری نه تنها از کارایی سیستم می‌کاهد، نشان از نقصان همکاری بین ذی‌نفعان مختلف در حکمرانی نیز دارد و سبب شده میان ذی‌نفعانی که متناظر یکدیگرند، آن‌ها که قدرت بیشتری دارند (بخش دولتی) نسبت به آن‌ها که قدرت کمتری (در سطح محله) اعمال‌نمود کنند و چون دستور کار مشابه در اقدامات دارند، منویات خود را به آنان ابلاغ کنند و آن‌ها را مجریان تصمیمات خود گردانند. این داده‌ها با نظر صاحب‌نظران در مطالعه اجلاس‌ها همخوانی دارد که تأیید کردند موازی‌کاری در گروه‌های درون‌بخشی و دستگاه‌ها از جمله شوراهای معاونت بهداشتی، دفاتر تسهیلگری شهرداری و بهزیستی و کانون‌ها وجود دارد و عدم همکاری و مشارکت میان سازمان‌های بین‌بخشی سبب عدم توانمندسازی جوامع محلی شده است (معاونت امور اجتماعی و فرهنگی اداره کل سلامت، ۱۳۹۷).

داده‌ها نشان می‌دهد جریان اطلاعات بین ذی‌نفعان مختلف در برخی موارد دوطرفه نیست؛ بنابراین به‌نظر می‌رسد براساس نظر مصاحبه‌شوندگان، ذی‌نفعان مختلف به‌آسانی به منابع اطلاعاتی و مالی دسترسی ندارند. این داده با نظر صاحب‌نظران در مطالعه اجلاس همخوانی دارد که تأیید کردند مدیران محله اطلاعات درست و دقیق در اختیار ندارند و در نتیجه تصمیم‌گیری و اقدامات مناسب برای بهبود محله‌ها صورت نمی‌گیرد (معاونت امور اجتماعی و فرهنگی اداره کل سلامت، ۱۳۹۷). همچنین این داده با دیدگاه امرسون هماهنگی ندارد که قائل بود در حکمرانی مشارکتی منابع چه مالی یا غیرمالی باید به‌آسانی بین همکاران و حامیان آن‌ها در دسترس باشد (امرسون، ۲۰۱۸). همچنین نبود جریان آزاد اطلاعات و سایر منابع، خود نشان از آن دارد که اعتماد متقابل میان ذی‌نفعان مختلف در حکمرانی مشارکتی موجود کم‌رنگ است.

به‌طور کلی از یافته‌های این مطالعه می‌توان نتیجه گرفت موانع فرهنگی حکمرانی مشارکتی عبارت‌اند از: فردگرایی و ضعف کار تیمی و گروهی در ایران، موانع اجتماعی عبارت‌اند از بی‌اعتمادی بین بخش دولتی و مردم، وجود رقابت بین ذی‌نفعان مختلف، منفعت‌طلبی در مشارکت و کاهش تعهدات اخلاقی متقابل، و موانع دینامیک سیاسی و روابط قدرت در ایران عبارت‌اند از: نهادینه‌نبودن حکمرانی محلی در ساختارهای سیاسی ایران و نهادینه‌بودن اقتدارگرایی در دینامیک سیاسی و روابط قدرت در کشور.

در زمینه سیستم، از جمله موانع دینامیک همکاری می‌توان به نبود فهم مشترک مسئله میان ذی‌نفعان مختلف، عدم اجماع در تصمیم‌گیری، در نظر نگرفتن منافع همگان، لابی‌گری، شنیده‌نشدن همه صداهای به‌دلیل تفاوت قدرت و نفوذ ذی‌نفعان مختلف، رقابت میان ذی‌نفعان، عدم توجه بدنه شهرداری نسبت به اهمیت مشارکت مردمی اشاره کرد.

از جمله چالش‌های رهبری، ناکارایی رهبری رسمی در بخش دولتی در زمینه مدیریت تعارض، متوازن کردن قدرت میان ذی‌نفعان مختلف، جلب مشارکت مردمی، رهبری هدایت‌کننده به جای رهبری با رویکرد تسهیلگری، و نگاه ابزاری به مشارکت است. در

حکمرانی مشارکتی موجود در کانون‌های سلامت، اعتبارات داده‌شده جهت و چگونگی صرف آن را تعیین می‌کند، نه تصمیم‌گیری در سطح محلی. همچنین اولویت تخصیص بودجه به خدمات شهری بیش از کانون‌های سلامت است و جریان اطلاعات بین ذی‌نفعان مختلف برخی اوقات دوطرفه نیست؛ بنابراین به‌نظر می‌رسد ذی‌نفعان مختلف به‌آسانی به منابع اطلاعاتی و مالی دسترسی ندارند. به‌طور کلی کانون‌های سلامت برای دستیابی به حکمرانی مشارکتی با چالش‌هایی در بستر شکل‌گیری حکمرانی مشارکتی مانند ویژگی‌های فرهنگی، اجتماعی و دینامیک سیاسی و روابط قدرت مواجه هستند. همچنین با چالش‌هایی در فرایند تصمیم‌گیری، فهم مشترک، انگیزه مشترک ذی‌نفعان، رهبری رسمی، ساختار و جریان مالی و اطلاعات میان ذی‌نفعان مواجه‌اند که باید اصلاح شوند تا نظام حکمرانی ارتقا یابد.

مأخذ مقاله: مستخرج از رسالهٔ دکتری جامعه‌شناسی مسائل اجتماعی نویسنده اول با موضوع «طراحی الگوی بومی حکمروایی مشارکتی در نهادهای دولتی: براساس مدل کانون‌های سلامت» دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات. در مقاله تعارض منافی وجود ندارد.

۶. منابع

ادارهٔ کل سلامت معاونت آموزش و ارتقای سلامت (۱۳۹۶). مشارکت مردمی در حوزهٔ سلامت، تهران: ادارهٔ کل سلامت معاونت آموزش و ارتقای سلامت

ادارهٔ کل مطالعات اجتماعی و فرهنگی (۱۳۹۵). بررسی میزان اثربخشی فعالیت‌های کانون سالمندان. تهران: ادارهٔ کل مطالعات اجتماعی و فرهنگی

دماری، بهزاد؛ ناصحی، عباس و وثوق مقدم، عباس (۱۳۹۲). برای ارتقای سلامت اجتماعی ایرانیان چه کنیم؟ مروری بر وضع موجود، راهبردهای ملی و نقش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مجلهٔ دانشکدهٔ بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، سال ۱۱، شمارهٔ ۱: ۴۵-۵۸.

زمانی گرمسیری، سمانه و نوابخش، مهرداد (۱۴۰۲). ارتقای الگوی کانون‌های سلامت به‌عنوان یک مدل بومی حکمروایی مشارکتی در نهادهای دولتی. فصلنامهٔ سیاست‌گذاری عمومی. (در دست انتشار)

معاونت امور اجتماعی و فرهنگی ادارهٔ کل سلامت (۱۳۹۵). شیوه‌نامهٔ فعالیت و مدیریت کانون‌های اجتماعی سلامت‌محور ادارهٔ کل سلامت، ویرایش چهارم.

معاونت امور اجتماعی و فرهنگی ادارهٔ کل سلامت (۱۳۹۷). شیوه‌نامهٔ اجرایی هفتهٔ ملی مبارزه با سرطان.

منصوریان، یزدان (۱۳۸۶). گراند تئوری: نظریه‌سازی استقرایی براساس داده‌های واقعی. پژوهش در مسائل تعلیم و تربیت

موسوی، میرطاهر (۱۳۹۷). دومین گزارش وضعیت اجتماعی ایران ۱۳۸۸-۱۳۹۶: آسیب‌های اجتماعی و نابرابری. جلد دوم. تهران: آگاه.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان جهانی بهداشت (۱۳۹۷). ارزیابی مشترک وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان جهانی بهداشت درمورد حکمرانی و تأمین مالی نظام سلامت در ایران: صدای مردم و حکمرانی مشارکتی در نظام سلامت: وضعیت موجود و چشم‌انداز آیند، تهران: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

Anshell, C., & Gash, A. (2008). Collaborative governance in theory and practice. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18(4), 543-571. <https://doi.org/10.1093/jopart/mum032>

Anshell, C., & Gash, A. (2012). Stewards, mediators, and catalysts: Toward a model of collaborative leadership1. *The Innovation Journal*, 17(1), 2.

- Bryson, J. M., Crosby, B. C., & Middleton Stone, M. (2006). The design and implementation of Cross Sector collaborations: Propositions from the literature. *Public Administration Review*, 66, 44-55. <https://doi.org/10.1111/j.1540-6210.2006.00665.x>
- Choi, T., & Robertson, P. J. (2014). Deliberation and decision in collaborative governance: A simulation of approaches to mitigate power imbalance. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 24(2), 495-518. <https://doi.org/10.1093/jopart/mut003>
- Damari, B., Nasehei, A., & Vosoogh Moghaddam, A. (2013). What should we do for improving Iranian social health? Situational analysis, national strategies and role of ministry of health and medical education. *Sjsph*, 11(1), 45-58. <http://sjsph.tums.ac.ir/article-1-5014-en.html>
- Deputy of Social and Cultural Affairs of the General Health Administration (2016). *Activity and management guidelines for health-oriented social centers of the General Health Administration* (4th Ed.).
- Deputy of Social and Cultural Affairs of the General Health Administration (2018). *Executive guidelines for the National Cancer Week*.
- Emerson, K. (2018). Collaborative governance of public health in low-and middle-income countries: lessons from research in public administration. *BMJ Global Health*, 3(Suppl 4), e000381. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2017-000381>
- Emerson, K., & Gerlak, A. K. (2014). Adaptation in collaborative governance regimes. *Environmental Management*, 54, 768-781. <https://doi.org/10.1007/s00267-014-0334-7>
- Emerson, K., Nabatchi, T., & Balogh, S. (2012). An integrative framework for collaborative governance. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 22(1), 1-29. <https://doi.org/10.1093/jopart/mur011>
- Fischer, F. (2012). *Participatory governance: From theory to practice*. United Kingdom: Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199560530.013.0032>
- Futrell, R. (2003). Technical adversarialism and participatory collaboration in the US chemical weapons disposal program. *Science, Technology & Human Values*, 28(4), 451-482. <https://doi.org/10.1177/0162243903252762>
- General Administration of Health, Deputy of Education and Health Promotion (2017). *People's participation in health field*.
- General Administration of Social and Cultural Studies (2016). *Investigating the effectiveness of the Elderly Health Clubs' activities*.
- Hsu, J., Majdzadeh, R., Harirchi, I., & Soucat, A. (2019). *Health system transformation in the Islamic Republic of Iran: An assessment of key health financing and governance issue*. Geneva, Switzerland: World Health Organization (WHO). <https://apps.who.int/iris/handle/10665/333760>
- Mansourian, Y. (2007). Grounded Theory: inductive theorizing based on real data. *Journal of Research on Issues of Education*. (In Persian)
- Ministry of Health and Medical Education & World Health Organization (2018). *Joint assessment of the Ministry of Health and Medical Education and World Health Organization on the governance and financing of the health system in Iran: The voice of the people and participatory governance in the health system (current situation and future prospects)*. (In Persian)
- Mousavi, M. (2018). *The second report on the social situation of Iran 2009-2017: social harms and inequality*. Vol. 2. Iran: Agah. (In Persian)
- Nikkhah, H. A. & Redzuan, M. (2009). Participation as a medium of empowerment in community development. *European Journal of Social Sciences*, 11(1), 170-176. (In Persian)

World Health Organization (WHO) (2019). Promoting participatory governance social participation and accountability. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

<https://www.who.int/activities/promoting-participatory-governance-social-participation-and-accountability>

Zamani Garmsiri, S., & Navabakhsh, M. (2023). Promoting the model of health centers as a local model of participatory governance in governmental organization. *Iranian Journal of Public Policy*. (In Persian)

