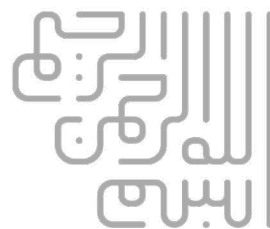


الگوی حکمرانی محله‌محور در نظام سلامت



تاریخ انتشار: ۱۴۰۵/۶/۷
Publish Date : 2026/08/29



عنوان: الگوی حکمرانی محله‌محور در نظام سلامت
تهیه و تدوین (Author): فاطمه قویدل
واژه‌های کلیدی: محله‌محوری، نظام سلامت، جنگ رمضان
ناشر: مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی

DOI: <https://doi.org/10.22034/mrc.report.21769>

Permanent Link: <https://doi.org/10.22034/mrc.report.21769>

Publisher : Islamic Parliament Research Center of Iran

عنوان: الگوی حکمرانی محله محور در نظام سلامت

نوع گزارش: طرح / لایحه ☐، نظارتی ☐، راهبردی ☒، پیش نویس قانونی ☐

نام دفتر: مطالعات اجتماعی (گروه بهداشت و درمان)

مدیر مطالعه: سینا شیخی

ناظران علمی: ریحانه رحمانی پور، محمد بختیاری علی آباد، کمیل قیدرلو

گرافیک و صفحه آرایی: سمیرا صادقی عسکری

ویراستار ادبی: سیده مرضیه موسوی راد

تاریخ شروع مطالعه: ۱۴۰۵/۰۳/۰۱



فهرست مطالب

چکیده.....	۶
خلاصه مدیریتی.....	۷
۱. مقدمه.....	۸
۲. بررسی وضعیت موجود.....	۱۰
۳. آسیب شناسی وضعیت موجود.....	۱۴
۴. مدل سازی و پیشنهادها.....	۱۵
۵. جمع بندی و نتیجه گیری.....	۲۱
منابع و مآخذ.....	۲۲

فهرست شکل ها

شکل ۱. ساختار نظام سلامت.....	۱۱
شکل ۲. ۱۰ علت اصلی مرگ و میر همه سنین در هر ۱۰۰ هزار نفر در ایران در سال ۲۰۲۱ و تغییر نرخ ۲۰۱۱-۲۰۲۱ در ایران.....	۱۲
شکل ۳. ۱۰ عامل خطر اصلی براساس شاخص دالی به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر در سال ۲۰۲۱ و تغییر نرخ در سال های ۲۰۱۱ تا ۲۰۲۱ در ایران.....	۱۲
شکل ۴. چارچوب اجرایی پیشنهادی برای حکمرانی مردمی سلامت در سطح محله.....	۱۷
شکل ۵. محورهای اصلی پیشنهادی حکمرانی مردمی سلامت در سطح محله.....	۱۸



الگوی حکمرانی محله‌محور در نظام سلامت

چکیده



نظام سلامت کشور تحت تأثیر تعیین‌کننده‌های اجتماعی، اقتصادی و محیطی قرار دارد که بستر اصلی بازتولید آنها در سطح خرد و محلات است. با وجود گذار اپیدمیولوژیک جامعه به سمت بیماری‌های غیرواگیر و مزمن، ساختار فعلی نظام سلامت ایران همچنان واجد نگاهی تمرکزگرا، نهادی و درمان‌محور است که این امر موجب شکل‌گیری نوعی گسست میان محل تولید مسائل سلامت و محل مداخلات رسمی شده است. در این میان، تجربه‌های موجود ظرفیت‌های پنهان محله در مدیریت بحران‌ها را نشان می‌دهند؛ به‌طور مشخص در جریان جنگ رمضان، شکل‌گیری تجمعات شبانه در فضاها، عمومی محلات و ایجاد شبکه‌های همیاری، نشان داد که چگونه سطح محله می‌تواند به‌عنوان یک واحد زنده اجتماعی بازآرایی شده و بار پشتیبانی‌های خرد و بازتولید تاب‌آوری و امنیت را به دوش بکشد. گزارش حاضر با آسیب‌شناسی این شکاف، الگویی بومی برای چرخش به سمت حکمرانی مردمی و شبکه‌ای سلامت ارائه می‌دهد. این الگوی پیشنهادی بر پایه تشکیل شورای سلامت محله و تدوین شناسنامه سلامت داده‌محور استوار است. براساس این الگو، نظام سلامت محله‌محور می‌تواند در چهار محور اصلی مداخله کند که شامل: پیشگیری و کنترل عوامل خطر، آموزش، آگاهی‌بخشی و ارتقای سواد سلامت، خدمت‌رسانی و تاب‌آوری در بحران (مانند همه‌گیری‌ها یا شرایط جنگی) با اتکا به ظرفیت پزشک محله و داروخانه‌های معین) و سازماندهی و آموزش داوطلبان است. در نهایت، پیوند زدن هسته‌های مردمی محلات به سیستم رسمی، ابزاری کارآمد برای کاهش بار مالی بخش درمان، پاسخ‌گویی متناسب با نیازهای بومی و تبدیل نظام سلامت به یک سیستم تاب‌آور محسوب می‌شود.



بیان / شرح مسئله

تحولات سلامت در سال های اخیر نشان داده است که بخش قابل توجهی از عوامل مؤثر بر سلامت، خارج از چارچوب مراکز درمانی و در بستر زندگی اجتماعی، محیطی و اقتصادی افراد شکل می گیرد. در حالی که نظام سلامت ایران از زیرساخت گسترده ای مانند شبکه بهداشت، خانه های بهداشت و مراکز خدمات جامع سلامت برخوردار است، بسیاری از مداخلات همچنان در چارچوب ارائه خدمات رسمی باقی مانده و ظرفیت های اجتماعی موجود در سطح محلات کمتر در فرایند حکمرانی سلامت به کار گرفته شده است.

تجربه های اجتماعی کشور نیز نشان داده است که محلات در شرایط مختلف، به ویژه در زمان بحران، دارای ظرفیت قابل توجهی برای سازماندهی اجتماعی و بسیج منابع انسانی هستند. در جریان جنگ رمضان، شکل گیری تجمعات شبانه در محلات، افزایش ارتباطات همسایگی و ایجاد شبکه های خودجوش حمایت و همیاری نشان داد که محله می تواند به عنوان یک بستر اجتماعی فعال، در حفظ انسجام، کاهش آسیب پذیری و پشتیبانی از مدیریت بحران نقش آفرین باشد.

با وجود این، این ظرفیت ها عمدتاً به صورت خودجوش و مقطعی فعال شده اند و هنوز سازوکار نهادی مشخصی برای تبدیل آنها به بخشی پایدار از نظام سلامت وجود ندارد. بنابراین، مسئله اصلی، فقدان ظرفیت اجتماعی در جامعه نیست، بلکه نبود چارچوبی برای پیوند نظام مند میان ظرفیت های محلی و ساختار رسمی سلامت است؛ موضوعی که ضرورت حرکت به سمت حکمرانی سلامت محله محور را مطرح می کند.

نقطه نظرات / یافته های کلیدی

بررسی ها نشان داد که محله می تواند به عنوان یک سطح مؤثر حکمرانی سلامت، نقش مهمی در پیشگیری، ارتقای سلامت و افزایش تاب آوری اجتماعی ایفا کند. نزدیک بودن محله به زندگی روزمره مردم، امکان شناخت دقیق تر مسائل سلامت، دسترسی بهتر به گروه های آسیب پذیر و بهره گیری از شبکه های حمایت اجتماعی را فراهم می کند.

یافته ها نشان می دهد که مشارکت مردمی در سلامت، در صورت سازماندهی مناسب، می تواند از سطح فعالیت های اجرایی و واکنشی فراتر رفته و به یک ظرفیت پایدار در سیاستگذاری و اجرای برنامه های سلامت تبدیل شود. تحقق این امر، نیازمند ایجاد سازوکارهایی مانند شناسنامه سلامت محله، سازماندهی داوطلبان سلامت و تقویت همکاری میان نظام سلامت و نهادهای محلی است.

بر این اساس، نقش دولت و نظام سلامت باید از ارائه دهنده مستقیم خدمات به سمت سیاستگذار، تنظیم گر و تسهیل کننده مشارکت اجتماعی تغییر یابد تا ظرفیت های محلی در راستای پیشگیری، مدیریت عوامل خطر و افزایش تاب آوری جامعه مورد استفاده قرار گیرد.

پیشنهاد راهکارهای تقنینی، نظارتی یا سیاستی

با توجه به یافته های پژوهش، به منظور حرکت نظام سلامت ایران به سمت حکمرانی محله محور، پیشنهادهای زیر ارائه می شود:

- ایجاد و تثبیت شورای سلامت محله به عنوان سطح رسمی مشارکت مردم در برنامه ریزی، اجرا و پایش اقدامات سلامت.
- تدوین شناسنامه سلامت محله شامل: وضعیت بیماری ها، عوامل خطر، گروه های آسیب پذیر و ظرفیت های انسانی و اجتماعی هر محله برای تصمیم گیری مبتنی بر داده.
- تغییر نقش شبکه بهداشت از ارائه دهنده صرف خدمات به تسهیلگر و هدایت کننده مشارکت های اجتماعی سلامت در سطح محله.
- اختصاص بخشی از منابع سلامت به مداخلات پیشگیرانه و محله محور و اصلاح نظام ارزیابی عملکرد براساس پیامدهای سلامت.
- تقویت کانون های سلامت محله، رابطان و سفیران سلامت و تبدیل آنها از نیروهای آموزشی به شرکای فعال در حکمرانی سلامت.
- ایجاد شبکه داوطلبان سلامت محله و آموزش آنها در زمینه کمک های اولیه، حمایت اجتماعی و مدیریت بحران.
- تعیین ظرفیت های پشتیبان سلامت محله مانند داروخانه های معین، نیروهای متخصص داوطلب و مراکز قابل استفاده در شرایط بحران.
- اجرای آزمایشی مدل حکمرانی سلامت محله محور در چند منطقه و ارزیابی نتایج قبل از توسعه ملی.



۱. مقدمه

نظام سلامت، به عنوان یکی از حوزه‌های کلیدی حکمرانی عمومی، صرفاً به مداخلات درمانی و خدمات بالینی محدود نمی‌شود، بلکه به طور فزاینده‌ای تحت تأثیر مجموعه‌ای پیچیده از تعیین‌کننده‌های اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و رفتاری سلامت قرار گرفته است. در رویکردهای نوین سلامت عمومی، این تعیین‌کننده‌ها نه به عنوان عوامل حاشیه‌ای، بلکه به عنوان بسترهای اصلی شکل‌گیری الگوهای بیماری و سلامت تلقی می‌شوند؛ به گونه‌ای که وضعیت سلامت جمعیت‌ها بیش از آنکه محصول نظام درمانی باشد، بازتابی از ساختارهای زیست اجتماعی و شرایط زندگی روزمره است [۱ و ۲].

شواهد نشان می‌دهد که بخش قابل توجهی از بار بیماری‌ها، به ویژه در حوزه بیماری‌های غیر واگیر نظیر بیماری‌های قلبی-عروقی، دیابت، سرطان‌ها و اختلالات مرتبط با سبک زندگی، ریشه در الگوهای رفتاری پایدار، عادات زیست روزمره و محیط‌های اجتماعی دارد [۳]. این الگوها شامل: نوع تغذیه، سطح فعالیت بدنی، مصرف دخانیات، کیفیت تعاملات اجتماعی، میزان استرس‌های محیطی و دسترسی به منابع حمایتی است که همگی در تعامل با یکدیگر شکل می‌گیرند [۴].

در این میان، نقش محیط‌های محلی و ساختارهای خرد اجتماعی به عنوان بستر تولید و بازتولید این الگوها اهمیت ویژه‌ای پیدا می‌کند. محله‌ها به عنوان کوچک‌ترین واحدهای زیست شهری، نه تنها محل سکونت، بلکه می‌توانند عرصه‌ای برای شکل‌گیری شبکه‌های اجتماعی، روابط اعتماد، هنجارهای رفتاری و دسترسی واقعی به امکانات سلامت محسوب شوند. در واقع، بسیاری از تعیین‌کننده‌های سلامت در سطح کلان، در نهایت در بستر محله ترجمه، تقویت یا تضعیف می‌شوند؛ به طوری که می‌توان گفت محله، یکی از اصلی‌ترین نقاط تلاقی میان ساختارهای کلان اجتماعی و تجربه زیسته سلامت افراد است. از این منظر، فهم نظام سلامت بدون توجه به سطح محله، فهمی ناقص و تقلیل یافته خواهد بود. زیرا این سطح جایی است که رفتارهای سلامت محور شکل می‌گیرند، تداوم می‌یابند یا تغییر می‌کنند و در نهایت به پیامدهای سلامت جمعی منجر می‌شوند.

در سال‌های اخیر، مجموعه‌ای از تجربه‌های اجتماعی و فرهنگی در ایران نشان داده است که محله همچنان از ظرفیت‌های بالفعل و بالقوه قابل توجهی برای سازماندهی اجتماعی، تولید کنش جمعی و بازتولید هم‌بستگی برخوردار است. برخلاف برخی تلقی‌ها که مدرنیزاسیون شهری را معادل تضعیف کامل پیوندهای محلی و افول کارکردهای محله می‌دانند، شواهد میدانی نشان می‌دهد که این سطح از زیست شهری همچنان در شرایط خاص می‌تواند فعال شده و نقش تعیین‌کننده‌ای در مدیریت وضعیت‌های بحرانی ایفا کند.

به طور خاص، در جریان جنگ رمضان، شکل‌گیری تجمعات شبانه در فضاهای عمومی محله‌ای، شبکه‌های خودجوش همیاری و کمک‌رسانی غیررسمی، افزایش تعاملات چهره‌به‌چهره میان ساکنان و نیز گسترش فعالیت‌های داوطلبانه محلی، نشان داد که حتی در شرایط فشار بیرونی، تهدید و عدم قطعیت، سطح محله می‌تواند به عنوان یک واحد فعال اجتماعی بازآرایی شود. این وضعیت حاکی از آن است که محله نه یک ساختار صرفاً کالبدی یا اداری، بلکه یک بستر اجتماعی زنده است که در مواجهه با بحران‌ها قابلیت بسیج منابع اجتماعی و انسانی را دارد.

نکته مهم آن است که این کنش‌ها صرفاً در سطح نمادین یا واکنشی باقی نمانده‌اند، بلکه واجد کارکردهای عینی و قابل مشاهده در تقویت انسجام اجتماعی، کاهش احساس ناامنی، افزایش ادراک حمایت اجتماعی و بازتولید اعتماد در سطح خرد بوده‌اند. در واقع، در غیاب یا محدودیت برخی سازوکارهای رسمی، شبکه‌های غیررسمی محلی توانسته‌اند

بخشی از خلأهای ارتباطی و حمایتی را در سطح زندگی روزمره پر کنند. از این منظر، این تجربه‌ها را می‌توان نه به‌عنوان پدیده‌هایی مقطعی و گذرا، بلکه به‌عنوان نشانه‌هایی از ظرفیت نهفته محله تفسیر کرد؛ ظرفیتی که در صورت طراحی نهادی مناسب می‌تواند از حالت واکنشی به وضعیت پایدار و نهادمند ارتقا یابد.

این مشاهدات با ادبیات نظری تاب‌آوری اجتماعی^۱ نیز هم‌راستا است؛ جایی که تاب‌آوری نه صرفاً به توانایی سیستم‌های کلان برای بازگشت به تعادل، بلکه به ظرفیت شبکه‌های اجتماعی محلی برای سازگاری، یادگیری جمعی و سازماندهی مجدد در شرایط بحران اشاره دارد [۵]. در این چارچوب، محله به‌عنوان کوچک‌ترین واحد معنادار حکمرانی اجتماعی، نقشی فراتر از محل سکونت یافته و به‌واحدی برای تولید ظرفیت مقابله جمعی، مدیریت ریسک و کاهش آسیب‌پذیری تبدیل می‌شود. در شرایطی که ساختارهای رسمی حکمرانی ممکن است در مواجهه با بحران‌ها با محدودیت‌های زمانی، اداری یا منابعی مواجه شوند، شبکه‌های اجتماعی محلی می‌توانند نقش مکمل، تسهیلگر و در برخی موارد جایگزین موقت در تأمین حمایت اجتماعی ایفا کنند.

علاوه بر شواهد داخلی، تجربه‌های بین‌المللی نیز به‌طور گسترده بر اهمیت رویکرد محله‌محور در حکمرانی سلامت و مدیریت اجتماعی تأکید دارند. برنامه شهرهای سالم سازمان جهانی بهداشت نشان داده است که ارتقای سلامت پایدار بدون مشارکت فعال سطح محلی امکان‌پذیر نیست و باید از طریق تقویت ظرفیت‌های اجتماعی در مقیاس محله دنبال شود [۶]. همچنین تجربه نظام‌های مراقبت اولیه مبتنی بر جامعه در کشورهایی مانند کوبا نشان می‌دهد که پیوند میان ساختارهای رسمی سلامت و شبکه‌های اجتماعی محلی می‌تواند به بهبود شاخص‌های پیشگیری، افزایش پوشش خدمات و کاهش نابرابری‌های سلامت منجر شود. در اروپا نیز مدل‌های شبکه‌های اجتماعی سلامت^۲ و مداخلات مبتنی بر محله در کشورهای مختلف، حاکی از آن است که انتقال بخشی از منطق حکمرانی از سطح متمرکز به سطح شبکه‌ای و محلی، نه تنها کارآمدی نظام سلامت را افزایش داده، بلکه مشارکت شهروندان را از سطح دریافت‌کننده خدمات به سطح کنشگر فعال ارتقا می‌دهد [۷].

وجه مشترک تمامی این تجارب آن است که سلامت و حکمرانی مرتبط با آن، در سطح محله به‌عنوان یک فضای میانجی میان ساختارهای کلان و تجربه زیسته افراد بازتعریف می‌شود؛ فضایی که در آن سرمایه اجتماعی، اعتماد، هنجارهای رفتاری و شبکه‌های حمایتی به‌طور مستقیم بر پیامدهای سلامت اثرگذار هستند. از این رو، تقویت حکمرانی محله‌محور نه صرفاً یک انتخاب نهادی، بلکه ضرورتی در راستای افزایش تاب‌آوری اجتماعی و کارآمدی نظام سلامت تلقی می‌شود.

با وجود این شواهد، در ایران هنوز چارچوب نهادی منسجم و پایدار برای ایفای نقش فعال محله در چرخه سیاستگذاری، اجرا و ارزیابی سلامت شکل نگرفته است و ظرفیت‌های اجتماعی موجود عمدتاً به‌صورت مقطعی، واکنشی و وابسته به شرایط خاص فعال می‌شوند. این وضعیت بیانگر یک شکاف نهادی میان ظرفیت واقعی جامعه در سطح محله و ساختار رسمی نظام سلامت است. بر این اساس، پژوهش حاضر به ارائه پیشنهادهایی برای بازطراحی حکمرانی سلامت از الگوی نهادی و متمرکز به الگوی شبکه‌ای و محله‌محور می‌پردازد؛ به گونه‌ای که سطح محله به‌عنوان یک واحد حکمرانی فعال در طراحی، اجرا و ارزیابی سیاست‌های سلامت به رسمیت شناخته شود و سازوکارهای نهادی لازم برای هم‌افزایی میان دولت، نهادهای محلی و جامعه در این سطح استقرار یابد.

1. Social Resilience
2. Community Health Networks



۲. بررسی وضعیت موجود



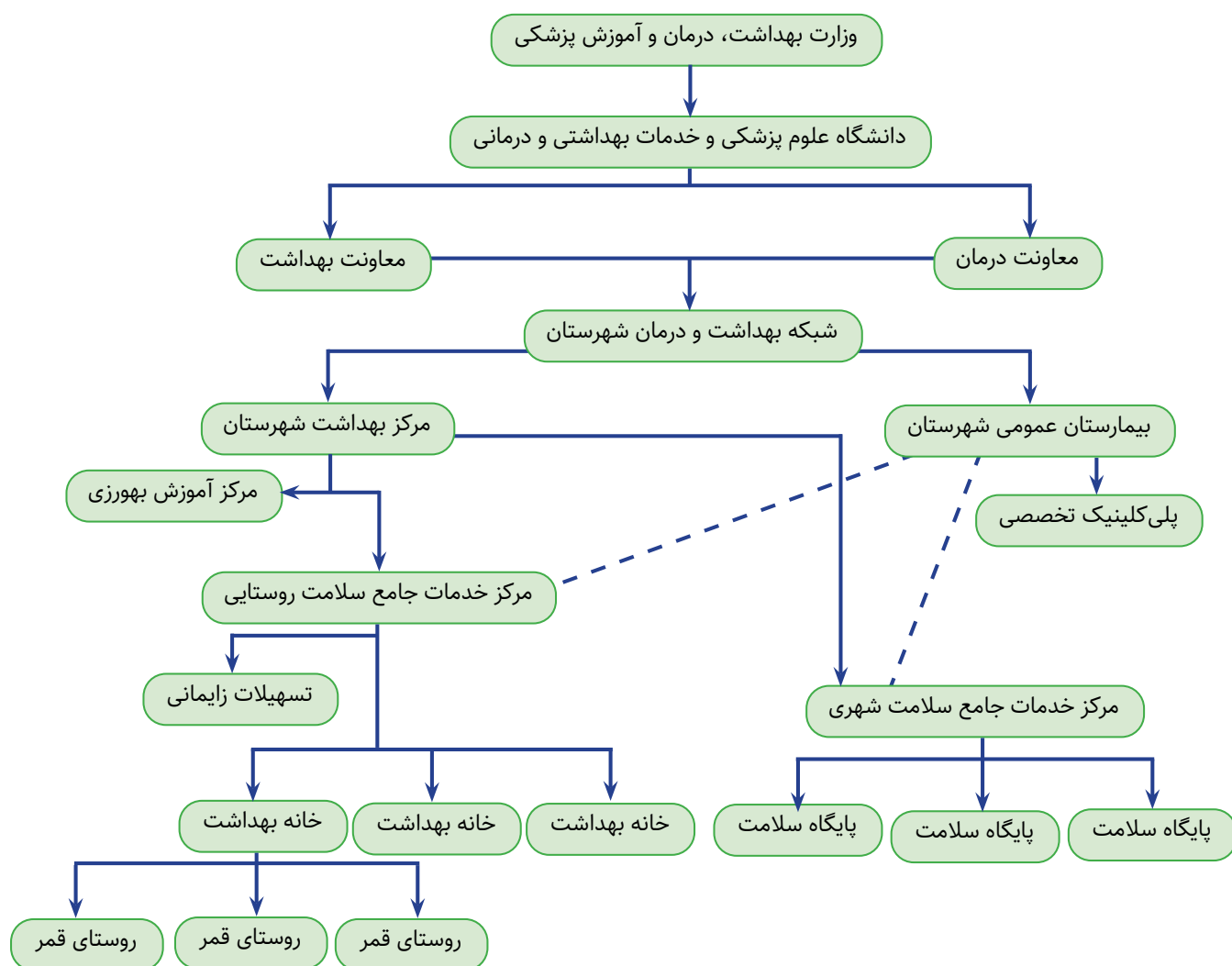
همان‌طور که در شکل ۱ قابل مشاهده است، نظام سلامت ایران از نظر ساختاری یک نظام چندلایه و سلسله‌مراتبی است که بر پایه ترکیب سیاستگذاری متمرکز و اجرای شبکه‌ای شکل گرفته است. در رأس این ساختار، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار دارد که مسئول سیاستگذاری کلان، تدوین برنامه‌های ملی سلامت، تعیین اولویت‌های بیماری‌ها، تنظیم مقررات و استانداردها و همچنین هدایت کلی نظام سلامت کشور است. این سطح، نقش تعیین‌کننده در جهت‌دهی منابع و تعریف چارچوب‌های اجرایی دارد و به‌طور طبیعی ماهیتی متمرکز و یکپارچه دارد.

در سطح میانی، دانشگاه‌های علوم پزشکی قرار دارند که در ایران دارای نقش ویژه‌ای هستند. زیرا صرفاً نهاد آموزشی یا پژوهشی نیستند، بلکه هم‌زمان مسئولیت مدیریت اجرایی سلامت در سطح استان یا منطقه را نیز بر عهده دارند. این دانشگاه‌ها از طریق معاونت‌های بهداشت و درمان و شبکه‌های تابعه شهرستانی، سیاست‌های ملی را به برنامه‌های اجرایی تبدیل کرده و بر عملکرد مراکز خدمات سلامت و بیمارستان‌ها نظارت می‌کنند. این ویژگی باعث شده نظام سلامت ایران در سطح میانی دارای نوعی ساختار حاکمیتی-اجرایی تلفیقی باشد که در آن مرز میان سیاستگذار و مجری تا حدی درهم تنیده است.

در سطح ارائه خدمات، نظام سلامت به دو بخش اصلی مراقبت‌های اولیه و خدمات درمانی تقسیم می‌شود. نظام درمانی شامل: بیمارستان‌های دولتی، خصوصی و مراکز تخصصی و فوق تخصصی است که عمدتاً مسئول ارائه خدمات درمانی سطوح دوم و سوم هستند و بیماران از طریق نظام ارجاع یا مراجعه مستقیم به آنها دسترسی پیدا می‌کنند. در کنار این بخش، بخش مراقبت‌های اولیه که با عنوان شبکه بهداشت شناخته می‌شود، شامل: خانه‌های بهداشت، پایگاه‌های سلامت و مراکز خدمات جامع سلامت است که با هدف پیشگیری، آموزش سلامت، مراقبت‌های مادر و کودک، واکسیناسیون و کنترل بیماری‌ها فعالیت می‌کنند. این شبکه مبتنی بر جمعیت و منطقه طراحی شده و نیروی انسانی آن شامل بهورزان و مراقبان سلامت است که ارتباط مستقیم و مستمر با خانوارها دارند.

در کنار این سه سطح اصلی، مجموعه‌ای از نهادهای پشتیبان نیز وجود دارند که عملکرد کل نظام سلامت را ممکن می‌کنند. مهم‌ترین آنها شامل: نظام بیمه سلامت در تأمین مالی خدمات، نظام دارویی و غذا و دارو در تنظیم بازار دارو و تجهیزات و نظام آموزش پزشکی در تأمین و تربیت نیروی انسانی تخصصی است. این اجزا به‌صورت عمودی و افقی با یکدیگر در ارتباط هستند و یک شبکه نسبتاً پیچیده حکمرانی سلامت را شکل می‌دهند.

شکل ۱. ساختار نظام سلامت [۸]



طی سه دهه گذشته، نظام سلامت ایران همانند بسیاری از کشورهای در حال توسعه، یک گذار اپیدمیولوژیک را تجربه کرده است. در نتیجه کنترل بخش قابل توجهی از بیماری‌های واگیر، بهبود شاخص‌های بهداشت مادر و کودک، توسعه واکسیناسیون و گسترش مراقبت‌های اولیه سلامت، الگوی بیماری در کشور به‌طور اساسی تغییر کرده است. امروزه بیماری‌های غیرواگیر به مهم‌ترین عامل مرگ، ناتوانی و از دست رفتن سال‌های سالم زندگی در ایران تبدیل شده‌اند. براساس آخرین گزارش منتشر شده بر مبنای سایت بار جهانی بیماری‌ها در سال ۲۰۲۱، پس از شیوع بیماری کرونا، علت‌های اصلی مرگ‌ومیر در ایران به ترتیب بیماری‌های قلبی-عروقی، سکته مغزی و فشار خون بالا بوده است (شکل ۲) [۹]. به‌طور کلی، بیماری‌های غیرواگیر در دهه‌های اخیر افزایش زیادی را تجربه کرده‌اند. این تغییرات نشان‌دهنده تغییر الگوهای بیماری و نیاز به توجه بیشتر به پیشگیری و مدیریت بیماری‌های غیرواگیر و مزمن به‌موازات تقویت زیرساخت‌های پیشگیری و مقابله با بیماری‌های واگیر است.



شکل ۱۰.۲ علت اصلی مرگ و میر تمام سنین در هر ۱۰۰ هزار نفر در ایران در سال ۲۰۲۱ و تغییرات نرخ ۲۰۲۱-۲۰۱۱ در ایران [۹]

علت	جایگاه در سال ۲۰۱۱	جایگاه در سال ۲۰۲۱	تغییر در مرگ و میر در هر ۱۰۰ هزار نفر، ۲۰۲۱-۲۰۱۱
بیماری‌های واگیر، تغذیه ای، مرگ مادران و نوزادان			
بیماری کرونا	-	۱	+۱۸۹.۰ ↑
بیماری ایسکمیک عروقی	۱	۲	+۱۲.۲ ↑
سکته	۲	۳	+۳.۹ ↑
فشار خون بالا	۵	۴	+۲.۶ ↑
تصادفات جاده ای	۳	۵	- ۱۱.۴ ↓
آلزایمر	۷	۶	+۴.۳ ↑
دیابت	۱۰	۷	+۵.۴ ↑
بیماری مزمن کلیوی	۹	۸	+۴.۱ ↑
بیماری انسدادی ریوی مزمن	۱۱	۹	+۱.۹ ↑
سرطان معده	۱۲	۱۰	+۱.۰ ↑

این تحول از منظر سیاستگذاری اهمیت ویژه‌ای دارد. زیرا بیماری‌های غیرواگیر برخلاف بسیاری از بیماری‌های واگیر، عمدتاً در بیمارستان و مطب شکل نمی‌گیرند، بلکه در بستر زندگی روزمره افراد تولید می‌شوند. شکل ۳، عامل خطر اصلی براساس شاخص سال‌های عمر تعدیل شده براساس ناتوانی (دالی)^۱ به‌ازای هر ۱۰۰ هزار نفر در سال ۲۰۲۱ و تغییر نرخ در سال‌های ۲۰۱۱ تا ۲۰۲۱ در ایران را نشان می‌دهد. براساس این شکل، در سال ۲۰۱۱ سوءتغذیه، فشار خون و آلودگی هوا سه عامل خطر اصلی بوده است، اما در سال ۲۰۲۱، سه عامل خطر اصلی در ایران به ترتیب فشار خون بالا، شاخص توده بدنی بالا (چاقی) و گلوکز خون ناشتا بالا (دیابت یا پیش دیابت) هستند [۱].

شکل ۱۰.۳ عامل خطر اصلی براساس شاخص دالی به‌ازای هر ۱۰۰ هزار نفر در سال ۲۰۲۱ و تغییر نرخ در سال‌های ۲۰۱۱ تا ۲۰۲۱ در ایران [۹]

علت	جایگاه در سال ۲۰۱۱	جایگاه در سال ۲۰۲۱	تغییر در دالی در هر ۱۰۰ هزار نفر، ۲۰۲۱-۲۰۱۱
عوامل خطر متابولیک			
فشار خون بالا	۲	۱	+۲۴۹.۷ ↑
شاخص توده بدنی بالا	۵	۲	+۶۳۶.۳ ↑
گلوکز خون ناشتا بالا	۶	۳	+۵۰۹.۴ ↑
عوامل خطر تغذیه ای	۴	۴	+۲۳۱.۰ ↑
آلودگی هوا	۳	۵	- ۲۹۲.۹ ↓
تنباکو	۷	۶	+۱۳۴.۶ ↑
LDL بالا	۸	۷	+۹۴.۴ ↑
اختلال عملکرد کلیه	۹	۸	+۱۰۸.۸ ↑
سایر عوامل خطر محیطی	۱۰	۹	+۱۳.۳ ↑
سوءتغذیه	۱	۱۰	- ۱۶۰۰.۵ ↓

۱. (Disability-Adjusted Life Year DALY): شاخصی در سلامت عمومی که برای سنجش بار بیماری‌ها استفاده می‌شود و برابر است با مجموع سال‌های از دست‌رفته به علت مرگ و زودرس و سال‌های زندگی همراه با ناتوانی یا بیماری.

مفهوم تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت^۱ در دهه‌های اخیر به‌عنوان یکی از چارچوب‌های تحلیلی و راهبردی معتبر در ادبیات سلامت عمومی و سیاستگذاری‌های کلان رفاهی تثبیت شده است. براساس گزارش‌های رسمی سازمان جهانی بهداشت، بین ۳۰ تا ۵۵ درصد از وضعیت سلامت و زیست‌شناسی جمعیت‌ها به عوامل ساختاری، اقتصادی و محیطی نسبت داده می‌شود [۱۰]. این مؤلفه‌ها به‌طور کامل خارج از مرزهای وظایف سنتی نظام ارائه خدمات درمانی و بیمارستانی قرار دارند، اما نقشی به‌مراتب تعیین‌کننده‌تر در شکل‌گیری الگوهای نوین بیماری و نرخ مرگ‌ومیر ایفا می‌کنند. شواهد حاصل از مطالعات تطبیقی بین‌المللی نیز نشان می‌دهد که عمق شکاف‌های اجتماعی-اقتصادی می‌تواند به تفاوتی در حدود ۵ تا ۱۰ سال در شاخص امید به زندگی میان دهک‌های مختلف جمعیتی منجر شود؛ نابرابری آشکاری که ریشه اصلی آن در تفاوت شرایط زیست، کیفیت محیط سکونت و میزان دسترسی به منابع پایدار اجتماعی نهفته است و صرفاً با دسترسی برابر به خدمات پزشکی و بالینی ترمیم نمی‌شود [۱۱].

در این چارچوب تحلیل ساختاری، مجموعه‌ای از متغیرهای زمینه‌ای شامل سطح درآمد پایدار، وضعیت اشتغال، میزان تحصیلات رسمی، کیفیت و ایمنی مسکن، دسترسی منصفانه به فضاهای عمومی و خدمات پایه، زیرساخت‌های کلان‌شهری، سیستم حمل‌ونقل ایمن و در نهایت سطح سرمایه اجتماعی و انسجام محله‌ای به‌عنوان تعیین‌کننده‌های پیشران در حوزه سلامت شناخته می‌شوند. این عوامل از طریق سازوکارهای پیچیده و چندلایه، پیامدهای سلامت فردی و جمعی را ردیابی و هدایت می‌کنند. این کانال‌های اثرگذاری عمدتاً شامل شکل‌دهی به رفتارهای فردی سلامت‌محور، تعیین میزان و زمان مواجهه با ریسک‌های خطرآفرین محیطی و اثرگذاری مستقیم بر میزان دسترسی به شبکه‌های حمایت اجتماعی رسمی و غیررسمی است که در مجموع مقاومت یا آسیب‌پذیری جمعیت را در برابر عوامل بیماری‌زا رقم می‌زنند. در سطح تجربی و پایش داده‌های بالینی، شواهد موجود به‌وضوح تأیید می‌کنند که بخش قابل‌توجهی از بار ناشی از بیماری‌های غیرواگیر، منشأ کاملاً رفتاری و محیطی دارد. برای نمونه، در عارضه چاقی و کم‌تحرکی، ویژگی‌های کالبدی و اجتماعی محلات نقش حیاتی دارند؛ به‌طوری‌که شاخص‌هایی نظیر دسترسی به فضاهای سبز استاندارد، کیفیت پیاده‌روها و امنیت عمومی محیط، رابطه مستقیم و معناداری با سطح فعالیت بدنی شهروندان نشان می‌دهند و در محلات فاقد این زیرساخت‌ها، نرخ خمودگی و عدم فعالیت بدنی منظم به‌طور چشمگیری جهش می‌یابد [۱۲].

در حوزه سلامت روان نیز یافته‌های پژوهشی حاکی از آن است که فرسایش سرمایه اجتماعی، تضعیف پیوندهای محلی و تشدید انزوای اجتماعی، هم‌بستگی مثبتی با افزایش خطر ابتلا به اختلالات خلقی از جمله افسردگی و اضطراب دارد [۱۳ و ۱۴]. افزون بر این، در فرایند مدیریت و مهار بیماری‌های مزمن و متابولیک مانند دیابت و فشار خون بالا، نرخ کنترل موفق بیماری بیش از آنکه تابع دوزهای دارویی باشد، تحت تأثیر سطح سواد سلامت بیمار، کیفیت حمایت‌های اجتماعی و الگوهای رفتاری غالب در محیط پیرامونی قرار دارد [۱۵].

بر این اساس، بخش عمده‌ای از بار بیماری‌های جامعه در سطحی تولید و بازتولید می‌شود که فراتر از قلمرو مداخلات مستقیم و واکنشی نظام درمان است. در حالی که نظام سلامت سنتی عمدتاً بر ابزارهای تشخیص، درمان بالینی و کنترل عوارض پس از بیماری متمرکز است، علل اصلی و ریشه‌ای بیماری‌ها در بسترهای اجتماعی، اقتصادی و محیطی، به‌ویژه در سطح خرد محلات شکل می‌گیرند و تثبیت می‌شوند. از این منظر، محله به‌عنوان ملموس‌ترین واحد فضایی و نزدیک‌ترین کانون اجتماعی به زیست روزمره شهروندان، نقش واسطه و کلیدی را در پیوند میان تعیین‌کننده‌های ساختاری و پیامدهای سلامت فردی و جمعی جامعه ایفا می‌کند و هرگونه سیاستگذاری با هدف کاهش بار بیماری‌ها و کنترل هزینه‌های سرسام‌آور درمان، مستلزم تمرکز بر مداخلات محله‌محور، بازآفرینی شهری عدالت‌محور و ارتقای سرمایه اجتماعی در این مقیاس است.

در سیر تحول سیاست‌های سلامت در ایران، از دهه ۱۳۶۰ و با توسعه شبکه بهداشت کشور (خانه‌های بهداشت روستایی و پایگاه‌های سلامت شهری)، محله و روستا به‌عنوان واحد اصلی دسترسی و دریافت خدمات اولیه سلامت تثبیت شد. البته ساختار مذکور لزوماً متضمن حکمرانی محله‌محوری در نظام سلامت نیست.

در کنار این زیرساخت نهادی، در سال‌های اخیر ابزارها و سازوکارهای مکملی نیز با هدف تقویت مشارکت اجتماعی و ارتقای پیوند میان نظام سلامت و سطح محله توسعه یافته‌اند. از جمله می‌توان به شکل‌گیری و گسترش کانون‌های سلامت محله اشاره کرد که با هدف جلب مشارکت



ساکنان، شناسایی مسائل سلامت در سطح محلی و تسهیل اجرای برنامه‌های ارتقای سلامت در بستر اجتماع محلی طراحی شده‌اند. همچنین فعال‌سازی شبکه وسیع رابطان و سفیران سلامت به عنوان یکی از مهم‌ترین سازوکارهای ارتباطی نظام سلامت با جامعه، نقش قابل توجهی در آموزش‌های سلامت، اطلاع‌رسانی، تغییر رفتارهای سلامت‌محور و انتقال پیام‌های بهداشتی در سطح خانوار و محله ایفا کرده است. این شبکه‌ها به ویژه در ارتقای سواد سلامت و افزایش پوشش برنامه‌های پیشگیری، ظرفیت مهمی برای پیوند میان نظام رسمی سلامت و ساختارهای اجتماعی محلی فراهم کرده‌اند.

در سال‌های اخیر نیز رویکردهای تکمیلی تری در جهت تقویت مشارکت اجتماعی و مداخلات محله‌محور در حوزه سلامت توسعه یافته است. از جمله می‌توان به برنامه‌هایی نظیر پزشک خانواده و نظام ارجاع در مناطق منتخب، طرح‌های ارتقای سلامت شهری در قالب همکاری شهرداری‌ها و دانشگاه‌های علوم پزشکی و ابتکارات مرتبط با محله‌های ارتقا دهنده سلامت اشاره کرد که با هدف افزایش نقش عوامل اجتماعی، مشارکت جامعه محلی و تقویت پیشگیری طراحی شده‌اند. همچنین در دوره‌های بحران، از جمله همه‌گیری کووید-۱۹، ظرفیت شبکه‌های محلی، بسیج نیروهای داوطلب و مشارکت‌های مردمی در کنار ساختار رسمی نظام سلامت، نقش مهمی در اطلاع‌رسانی، حمایت اجتماعی، مراقبت در منزل و تسهیل اجرای مداخلات بهداشتی ایفا کرد. با این حال، این تجارب عمدتاً پراکنده، پروژه‌محور و فاقد انسجام نهادی پایدار در سطح حکمرانی محله‌محور بوده‌اند و هنوز به یک الگوی یکپارچه و نظام‌مند در سیاستگذاری سلامت تبدیل نشده‌اند.

۳. آسیب‌شناسی وضعیت موجود



تحولات اپیدمیولوژیک، جمعیتی و اجتماعی دهه‌های اخیر موجب شکل‌گیری نوعی ناهماهنگی میان ساختار نهادی نظام سلامت ایران و ماهیت جدید مسائل سلامت شده است. نظام سلامت کشور عمدتاً در پاسخ به نیازهای تاریخی خود و در بستر شرایط بحرانی دهه‌های گذشته، از جمله دوران جنگ تحمیلی، در مواجهه با آسیب‌های حاد، بیماری‌های واگیر، کاهش مرگ و میر مادر و کودک و ضرورت حفظ حداقلی خدمات درمانی شکل گرفته و در این مسیر، دستاوردهای قابل توجهی در توسعه دسترسی و ایجاد زیرساخت‌های اولیه داشته است. در این میان، در مقطعی مانند جنگ رمضان نیز به طور مشخص نقش نیروهای جهادی و داوطلبانه در کنار ساختارهای رسمی، در پشتیبانی از خدمات درمانی و مدیریت شرایط بحرانی به خوبی مشهود بود؛ ظرفیتی که نشان‌دهنده اهمیت مشارکت‌های مردمی در کنار نظام رسمی ارائه خدمات سلامت است.

با این حال، الگوی شکل‌گیری نظام سلامت متأثر از منطق مواجهه با بحران‌های حاد بوده و همین امر، آثار بلندمدتی بر ساختار حکمرانی سلامت بر جای گذاشته است. در شرایطی که آن منطق تاریخی عمدتاً ناظر بر پاسخ به وضعیت‌های فوری و اضطراری بوده، الگوی بیماری‌ها در دهه‌های اخیر به سمت بیماری‌های غیرواگیر، اختلالات سلامت روان، سالمندی و پیامدهای سبک زندگی تغییر یافته است. در نتیجه، بخش مهمی از تعیین‌کننده‌های سلامت از حوزه مداخلات مستقیم نظام سلامت خارج شده و در بسترهای اجتماعی و محیطی زندگی روزمره مستقر شده‌اند. در چنین زمینه‌ای، یکی از مهم‌ترین چالش‌های ساختاری نظام سلامت، غلبه تدریجی منطق درمان‌محور بر رویکرد پیشگیری و ارتقای سلامت است. با وجود تأکید سیاست‌های کلان بر اولویت پیشگیری، سازوکارهای تخصیص منابع، نظام ارزیابی عملکرد و الگوهای انگیزشی همچنان عمدتاً بر ارائه خدمات درمانی متمرکز هستند. این وضعیت موجب شده است که مداخلات نظام سلامت بیش از آنکه معطوف به عوامل مولد بیماری باشند، به مدیریت پیامدهای بیماری‌ها محدود شوند؛ امری که در بلندمدت به افزایش بار مالی و سازمانی نظام سلامت منجر می‌شود. در کنار این مسئله، نبود یک سطح مؤثر حکمرانی در مقیاس محله نیز از چالش‌های اساسی به شمار می‌رود. هرچند شبکه بهداشت کشور از طریق خانه‌های بهداشت، پایگاه‌های سلامت و مراکز خدمات جامع سلامت ارتباط گسترده‌ای با جمعیت دارد، اما این ارتباط عمدتاً در سطح ارائه خدمت و جمع‌آوری داده باقی مانده است. در نتیجه، محله به عنوان یک واحد اجتماعی واجد هویت، روابط و سرمایه اجتماعی، جایگاه مؤثری در فرایند تصمیم‌گیری و مداخله نظام‌مند سلامت پیدا نکرده است.

این وضعیت با نوعی تمرکزگرایی در طراحی و اجرای مداخلات سلامت تشدید می‌شود. بسیاری از برنامه‌های سلامت به صورت ملی طراحی و به شکل یکنواخت اجرا می‌شوند، در حالی که الگوهای بیماری و تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در محلات مختلف از تنوع بالایی برخوردار

است. همین عدم انطباق، اثربخشی بخشی از مداخلات را کاهش داده و امکان پاسخ گویی متناسب با شرایط محلی را محدود کرده است. در همین چارچوب، محدود بودن جایگاه عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت در سازوکارهای اجرایی نیز قابل توجه است. اگرچه در سطح سیاستگذاری به نقش این عوامل اشاره می شود، اما در عمل متغیرهایی مانند فقر، اشتغال، کیفیت محیط زندگی، سرمایه اجتماعی و امنیت محله همچنان تا حد زیادی خارج از حوزه مداخله مؤثر نظام سلامت باقی مانده اند؛ در حالی که بخش مهمی از بار بیماری های غیر واگیر و مسائل سلامت روان ریشه در همین عوامل دارد.

از سوی دیگر، مشارکت اجتماعی نیز به صورت نظام مند در ساختار حکمرانی سلامت نهادینه نشده است. مشارکت مردم و نهادهای محلی اغلب در قالب های مقطعی یا اجرایی باقی مانده و کمتر به سطح مشارکت در تصمیم گیری و طراحی مداخلات ارتقا یافته است. این در حالی است که تجربه های تاریخی مشارکت های مردمی در دوره های بحرانی نیز نشان می دهد که ظرفیت های اجتماعی قابل توجهی در بستر محله ها وجود دارد که می تواند در حکمرانی سلامت نقش آفرین باشد.

بازخوانی تجربه های دوران جنگ تحمیلی نشان می دهد که در شرایط انقباضی آن زمان که از یک سو وزارت بهداشت تمام توان و تمرکز خود را معطوف به بخش درمان و فوریت های پزشکی کرده بود و از سوی دیگر، کشور با هزینه های سنگین اداره جنگ و ممنوعیت های گسترده در واردات تجهیزات و دارو مواجه بود؛ این ظرفیت درون زای محلات، مساجد و شبکه های محلی بود که بار عظیمی از پشتیبانی درمانی، امدادگری خرد و مدیریت بحران بهداشتی را به دوش کشید. این تجربه تاریخی اثبات می کند که دقیقاً در شرایط محدودیت شدید منابع و غلبه ساختار درمان محور رسمی، محله می تواند به عنوان یک ضربه گیر ساختاری و کانون بازتولید توان تاب آوری عمل کند.

برایند این وضعیت، شکل گیری نوعی گسست میان محل تولید مسائل سلامت و محل مداخله نظام سلامت است. در حالی که بخش عمده عوامل مؤثر بر سلامت در بستر زندگی روزمره و در سطح محله شکل می گیرد، مداخلات نظام سلامت عمدتاً در مراکز ارائه خدمت متمرکز شده اند. این شکاف نهادی، ظرفیت نظام سلامت را در مواجهه با مسائل پیچیده و مزمن امروز محدود کرده است.

بنابراین مسئله اصلی نظام سلامت ایران را نمی توان صرفاً در کمبود منابع یا زیرساخت ها خلاصه کرد. چالش بنیادین بیشتر در فقدان سازوکارهای نهادی برای پیوند میان نظام رسمی سلامت و بستر اجتماعی تولید سلامت نهفته است؛ از این منظر، بازتعریف جایگاه محله و بهره گیری نظام مند از ظرفیت های اجتماعی، از جمله تجربه های موفق مشارکت مردمی در دوره های بحرانی، می تواند به عنوان یکی از محورهای تحول در حکمرانی سلامت مطرح شود.

۴. مدل سازی و پیشنهادها

نظام سلامت ایران از یک مزیت ساختاری مهم در مقایسه با بسیاری از حوزه های حکمرانی برخوردار است؛ مزیتی که در قالب شبکه گسترده و تثبیت شده خانه های بهداشت، پایگاه های سلامت و مراکز خدمات جامع سلامت در سراسر کشور نمود یافته است. این شبکه، علاوه بر ارائه مستمر خدمات پایه سلامت، از ظرفیت ارزشمندی برای گردآوری داده های سلامت، شناسایی گروه های در معرض خطر و پایش وضعیت خانوارها برخوردار است. به رغم تلاش های صورت گرفته، بخش عمده این ظرفیت تاکنون در چارچوبی اداری و خدمت محور به کار گرفته شده و کمتر به عنوان بستری برای حکمرانی اجتماعی سلامت در سطح محله مورد استفاده قرار گرفته است. تجربیات عملی در ایران نشان داده است که موفقیت کامل این طرح با چالش های ساختاری روبه رو بوده است. در مناطقی که هماهنگی بین بخشی میان شهرداری ها (به ویژه سرای محله ها)، وزارت بهداشت و سازمان های مردم نهاد به خوبی شکل گرفت، پروژه های موفق در زمینه بهبود تغذیه، نظافت محیطی و کاهش رفتارهای پرخطر اجرا شد. با این حال، تجارب به دست آمده مبین آن است که پایداری این مدل نیازمند تأمین منابع مالی مستمر، پرهیز از نگاه های مقطعی و اداری و ارتقای انگیزه داوطلبان سلامت است؛ چراکه پیوند زدن هسته های مردمی محلات به سیستم رسمی و پیچیده بهداشت و درمان، تنها در صورت اعتماد متقابل و تفویض اختیار واقعی به جامعه محلی استمرار می یابد.

بنابراین الگوی پیشنهادی بر این مبنا استوار است که در شرایط عادی، مداخلات تخصصی و درمانی همچنان در انحصار ساختارهای حرفه ای نظام سلامت باقی بماند، اما حوزه های پیشگیری، ارتقای سلامت و کنترل عوامل خطر به سطح محلی منتقل شوند. با این حال، در شرایط



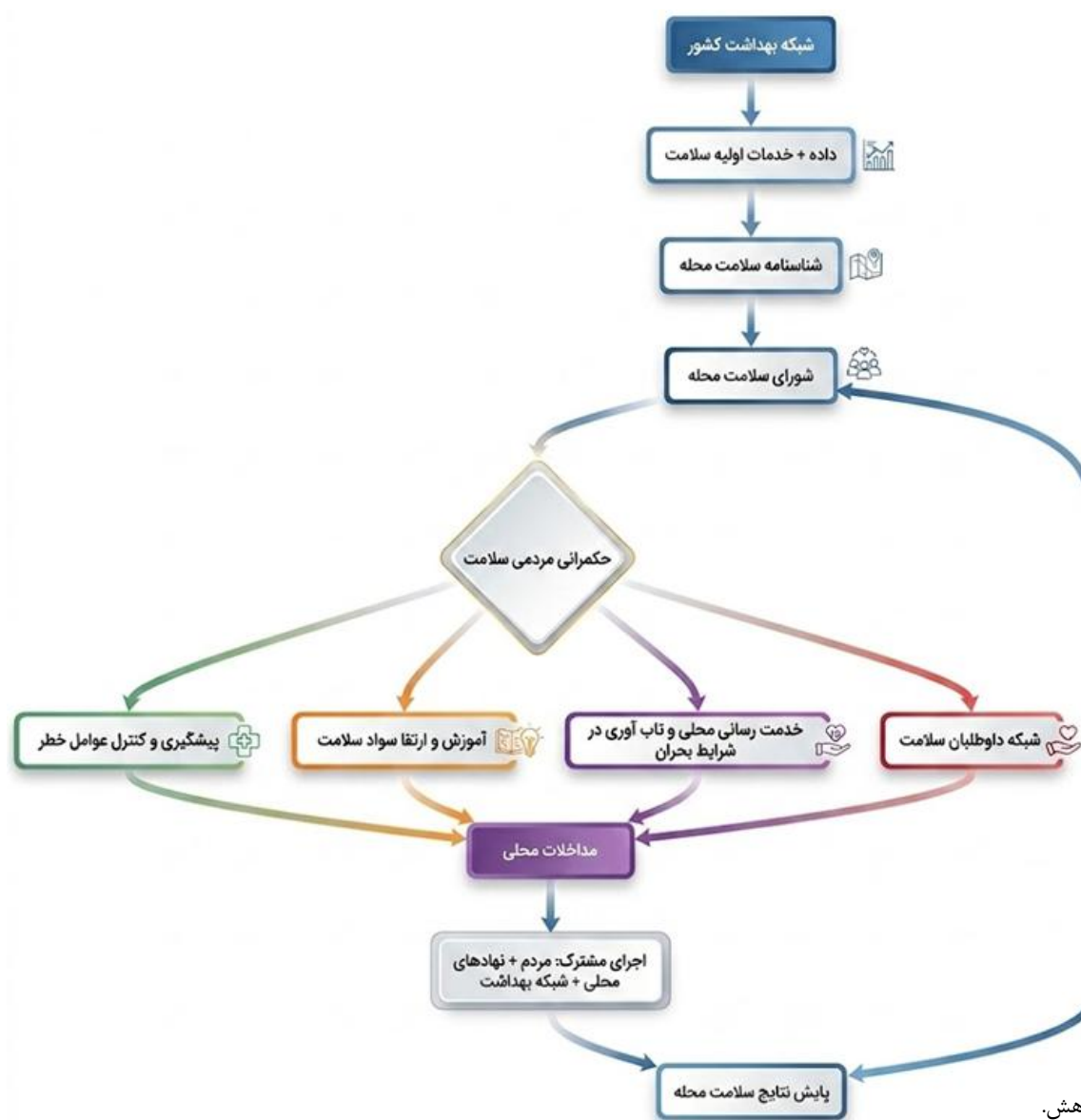
بحرانی نظیر شیوع بیماری‌های واگیر یا جنگ، این الگو انعطاف‌پذیر بوده و ظرفیت‌های محله می‌توانند به‌عنوان بازوی پشتیبان، در تسهیل و توسعه مداخلات درمانی اضطراری نیز مشارکت کنند. از این رو، هدف اصلی این الگو، انتقال بخشی از بار حکمرانی سلامت به سطح محله و تقویت نقش جامعه در مدیریت پایدار و تاب‌آور سلامت است.

در این چارچوب، شورای سلامت محله به‌عنوان واحد پایه سازماندهی اجتماعی سلامت تعریف می‌شود. شکل ۴، چارچوب اجرایی پیشنهادی برای حکمرانی مردمی سلامت در سطح محله را به‌صورت یک چرخه یکپارچه و داده‌محور نشان می‌دهد. در سطح عملیاتی، چارچوب پیشنهادی حکمرانی مردمی سلامت در محله مستلزم بازآرایی نقش دولت از ارائه‌گر صرف خدمات به تسهیل‌گر و تنظیم‌گر نظام محلی سلامت است. در این الگو، در سطح حکومتی نخستین اقدام، نهادینه‌سازی رسمی جایگاه شورای سلامت محله در ساختار حکمرانی شهری و سلامت کشور است؛ به‌گونه‌ای که این شورا دارای پشتوانه حقوقی مشخص، ترکیب بین‌بخشی (شامل نمایندگان شبکه بهداشت، شهرداری، آموزش و پرورش، سازمان‌های اجتماعی و نمایندگان منتخب ساکنان) و اختیارات اجرایی در حوزه برنامه‌ریزی مداخلات محله‌ای باشد. هم‌زمان، لازم است شناسنامه سلامت محله به‌عنوان یک سند رسمی سیاستی مبتنی بر داده، در سطح وزارت بهداشت تعریف و الزام‌آور شود؛ به‌گونه‌ای که داده‌های تولید شده توسط شبکه بهداشت کشور پس از استانداردسازی، در قالب داشبوردهای محلی در اختیار شوراهای سلامت قرار گیرد و مبنای تصمیم‌گیری و اولویت‌بندی مداخلات قرار گیرد.

در گام بعدی، دولت باید نظام تأمین مالی اختصاصی برای مداخلات سلامت محله‌محور ایجاد کند؛ به این معنا که بخشی از منابع بودجه سلامت به‌صورت هدفمند و قابل تخصیص در سطح محله تعریف شده و پرداخت‌ها بر اساس شاخص‌های عملکردی سلامت محله و نه صرفاً حجم خدمات درمانی صورت گیرد. این امر مستلزم اصلاح نظام پرداخت و ارزیابی عملکرد در شبکه بهداشت است تا از خدمات‌محوری به سمت نتیجه‌محوری حرکت کند. همچنین ضروری است زیرساخت‌های دیجیتال یکپارچه برای اتصال خانه‌های بهداشت، مراکز خدمات جامع سلامت و شوراهای سلامت محله ایجاد شود تا جریان داده، بازخورد سیاستی و پایش مداوم شاخص‌ها در یک چرخه منسجم و لحظه‌ای امکان‌پذیر گردد.

در سطح نهادی نیز باید نقش کنشگران اجتماعی سلامت از جمله کانون‌های سلامت محله، رابطان و سفیران سلامت و سازمان‌های مردم‌نهاد به‌صورت رسمی در معماری حکمرانی سلامت تعریف و تثبیت شود؛ به‌گونه‌ای که این بازیگران نه صرفاً مجری فعالیت‌های آموزشی، بلکه شریک رسمی در طراحی، اجرا و ارزیابی مداخلات سلامت باشند. در نهایت، استقرار نظام پایش و ارزیابی مبتنی بر داده در سطح محله و اتصال آن به سطوح تصمیم‌گیری شهرستانی و ملی، شرط لازم برای تبدیل این الگو به یک نظام یادگیرنده و قابل اصلاح مستمر است. چنین بازآرایی نهادی، زمینه‌گذار از حکمرانی متمرکز و بخشی‌نگر سلامت به یک نظام مشارکتی، شبکه‌ای و محله‌محور را فراهم می‌سازد که در آن، دولت نقش هدایت‌گر و تضمین‌کننده عدالت سلامت را ایفا می‌کند. شکل ۴ چارچوب اجرایی پیشنهادی برای حکمرانی مردمی سلامت در سطح محله را نشان داده است.

شکل ۴. چارچوب اجرایی پیشنهادی برای حکمرانی مردمی سلامت در سطح محله



نکته مهم و کلیدی برای پیاده‌سازی و موفقیت این الگو، ایجاد و دسترسی به **شناسنامه سلامت محله** است. این شناسنامه در واقع نقشه راه شورای محله است و نباید فقط به ثبت آمار بیماری‌ها (مانند میزان شیوع فشار خون، دیابت یا چاقی) محدود شود؛ بلکه باید کل ظرفیت‌های انسانی و زیرساختی محل را هم شفاف کند. یعنی باید به‌طور دقیق مشخص باشد که چه تعداد پزشک، پرستار، ماما یا پیراپزشک در این محله سکونت دارند، داروخانه‌ها چه پتانسیلی دارند و چطور می‌شود از فضاهایی مانند مساجد و مدارس استفاده کرد. تازمانی که این داده‌ها وجود نداشته باشد، امکان برنامه‌ریزی بومی وجود ندارد؛ اما با داشتن این شناسنامه، شورای محله می‌تواند در روزهای عادی با کمک متخصصان ساکن محل، برنامه‌های پیشگیری را دقیقاً براساس نیازهای بومی جلو ببرد و در روزهای بحران، بلافاصله شبکه نیروهای درمانی داوطلب را برای امدادرسانی اضطراری فعال کند.

شکل ۵، محورهای اصلی حکمرانی مردمی سلامت در سطح محله را نشان می‌دهد. براساس پژوهش صورت گرفته، محورهای پیشنهادی اصلی برای حکمرانی مردمی سلامت در محله شامل: پیشگیری و کنترل عوامل خطر، آموزش، آگاهی‌بخشی و ارتقای سواد سلامت، خدمت‌رسانی و تاب‌آوری در بحران و سازماندهی و آموزش داوطلبان است.

شکل ۵. محورهای اصلی پیشنهادی حکمرانی مردمی سلامت در سطح محله



مأخذ: همان.

۱ پیشگیری و کنترل عوامل خطر

مهم‌ترین عرصه مداخله حکمرانی مردمی سلامت، حوزه پیشگیری است. تجربه نظام‌های سلامت موفق نشان می‌دهد که بخش قابل توجهی از بار بیماری‌ها، هزینه‌های درمانی و کاهش کیفیت زندگی ناشی از عواملی است که پیش از بروز بیماری قابل شناسایی و کنترل هستند. در چنین شرایطی، مزیت اصلی الگوی حکمرانی محلی سلامت در آن است که با اتکا به داده‌های موجود در شبکه بهداشت و ظرفیت سازماندهی اجتماعی محله، امکان انتقال نظام سلامت از رویکرد درمان محور به رویکرد پیشگیرانه را فراهم می‌کند.

مبنای این مداخله، دسترسی به داده‌های سلامت در سطح محله است. شبکه بهداشت از طریق پرونده‌های سلامت، نظام مراقبت بیماری‌ها، اطلاعات جمعیتی و پایش عوامل خطر، تصویری نسبتاً دقیق از وضعیت سلامت هر محله در اختیار دارد. این داده‌ها می‌توانند به صورت دوره‌ای در قالب شناسنامه سلامت محله در اختیار شورای سلامت محله قرار گیرند و مبنای تصمیم‌گیری برای مداخلات پیشگیرانه باشند. برای مثال، افزایش شیوع چاقی در یک محله، بالا بودن نرخ فشار خون یا دیابت، شیوع مصرف دخانیات در میان جوانان، یا افزایش اختلالات سلامت روان، همگی می‌توانند به عنوان مسائل اولویت‌دار شناسایی شوند.

پس از شناسایی مسائل، شورای سلامت محله با مشارکت شبکه بهداشت و نهادهای اجتماعی محلی، برنامه‌های پیشگیرانه متناسب با شرایط همان محله را طراحی و اجرا می‌کند. این برنامه‌ها می‌توانند شامل توسعه فعالیت‌های بدنی محله محور، اصلاح الگوهای تغذیه، کاهش مصرف دخانیات، پیشگیری از اعتیاد، ارتقای سلامت روان، مراقبت از سالمندان و سایر اقدامات مرتبط با عوامل خطر باشند. مزیت این رویکرد آن است که مداخلات به جای طراحی متمرکز و یکسان برای کل کشور، براساس نیازهای واقعی و داده‌های اختصاصی هر محله شکل می‌گیرند و در نتیجه اثربخشی بالاتری خواهند داشت.

در این الگو، مردم صرفاً مخاطب برنامه‌های پیشگیری نیستند، بلکه در طراحی، اجرا و پایش آنها نیز مشارکت دارند. شورای سلامت محله می‌تواند با بسیج ظرفیت‌های مردمی، مساجد، مدارس، گروه‌های جهادی، خیریه‌ها و سایر نهادهای اجتماعی، اجرای برنامه‌های پیشگیرانه را در سطح محله سازماندهی کند. این امر ضمن افزایش پوشش مداخلات، هزینه‌های اجرایی نظام سلامت را کاهش داده و سرمایه اجتماعی لازم برای تغییر رفتارهای سلامت محور را تقویت می‌کند.

از منظر حکمرانی، مهم‌ترین دستاورد این سازوکار، ایجاد یک نظام پیشگیری مبتنی بر داده، مشارکت و اقدام محلی است. در چنین مدلی، داده‌های تولید شده در شبکه بهداشت به تصمیم‌های محلی تبدیل می‌شوند، تصمیم‌ها به مداخلات اجتماعی منجر می‌گردند و نتایج حاصل مجدداً از طریق نظام پایش سلامت ارزیابی می‌شوند. بدین ترتیب، یک چرخه مستمر یادگیری و بهبود در سطح محله شکل می‌گیرد که می‌تواند نقش تعیین‌کننده‌ای در کاهش بار بیماری‌ها و ارتقای سلامت جامعه ایفا کند.

۲ آموزش، آگاهی بخشی و ارتقای سواد سلامت

دومین حوزه کلیدی فعالیت حکمرانی مردمی سلامت، ارتقای سواد سلامت و افزایش آگاهی عمومی است. شواهد نشان می دهد که بخش قابل توجهی از مشکلات سلامت ناشی از کمبود دسترسی مردم به اطلاعات معتبر، ضعف در درک پیام های سلامت و ناتوانی در تبدیل دانش به رفتارهای سالم است. از این رو، ارتقای سواد سلامت نه صرفاً یک فعالیت آموزشی، بلکه یکی از مهم ترین ابزارهای سیاستی برای کاهش بار بیماری ها، بهبود کیفیت زندگی و افزایش کارآمدی نظام سلامت محسوب می شود.

در الگوی حکمرانی مردمی سلامت، آموزش از یک فرایند متمرکز، مقطعی و یکسویه به یک فرایند مستمر، محله محور و مشارکتی تبدیل می شود. شورای سلامت محله با بهره گیری از داده های سلامت و شناخت مسائل اولویت دار هر محله، موضوعات آموزشی مورد نیاز را شناسایی کرده و با همکاری شبکه بهداشت، برنامه های آگاهی بخشی متناسب با ویژگی های جمعیتی و اجتماعی هر منطقه را طراحی می کند. به این ترتیب، محتوای آموزشی به جای آنکه صرفاً براساس سیاست های ملی و به صورت یکسان برای همه مناطق تولید شود، متناسب با نیازهای واقعی جامعه محلی تدوین خواهد شد.

شورای سلامت محله می تواند از ظرفیت گسترده نهادهای اجتماعی برای انتقال پیام های سلامت استفاده کند. مساجد، مدارس، هیئت ها، سراهای محله، گروه های جهادی، خیریه ها و سایر شبکه های اجتماعی محلی، بستری هستند که امکان دسترسی مستقیم و مستمر به گروه های مختلف جمعیتی را فراهم می کنند. استفاده از این ظرفیت ها موجب می شود آموزش سلامت از چارچوب رسمی مراکز درمانی فراتر رفته و به بخشی از زندگی روزمره مردم تبدیل شود. در این رویکرد، آموزش سلامت صرفاً انتقال اطلاعات نیست، بلکه فرایندی برای تغییر نگرش، اصلاح رفتار و تقویت مسئولیت پذیری اجتماعی در قبال سلامت فردی و جمعی است.

حوزه های آموزشی قابل پوشش در این ساختار بسیار متنوع هستند و می توانند موضوعاتی نظیر تغذیه سالم، فعالیت بدنی، پیشگیری از بیماری های غیرواگیر، سلامت روان، پیشگیری از اعتیاد، سلامت سالمندان، سلامت مادر و کودک، بهداشت محیط، مصرف منطقی دارو، خودمراقبتی و نحوه استفاده صحیح از خدمات نظام سلامت را دربرگیرند. همچنین در شرایط بحران های سلامت عمومی نظیر همه گیری بیماری ها، حوادث طبیعی یا مخاطرات زیست محیطی، این شبکه می تواند به عنوان یک بستر سریع و گسترده برای اطلاع رسانی عمومی و مدیریت رفتارهای اجتماعی عمل کند.

هدف نهایی این بخش، افزایش ظرفیت تصمیم گیری سلامت محور در میان شهروندان است. هرچه سطح سواد سلامت جامعه بالاتر باشد، وابستگی به مداخلات درمانی کاهش یافته، مشارکت مردم در برنامه های سلامت افزایش می یابد و امکان تحقق سیاست های پیشگیرانه با هزینه کمتر و اثربخشی بیشتر فراهم می شود. بنابراین، ارتقای سواد سلامت را می توان یکی از مهم ترین کارکردهای حکمرانی مردمی سلامت و یکی از پایدارترین سرمایه گذاری ها برای بهبود وضعیت سلامت جامعه دانست.

۳ خدمت رسانی و ارتقای تاب آوری در شرایط بحران

سومین حوزه فعالیت حکمرانی مردمی سلامت، سازماندهی بخشی از خدمات پشتیبان سلامت در سطح محله با هدف افزایش تاب آوری اجتماعی و تداوم دسترسی مردم به خدمات ضروری، به ویژه در شرایط بحران است. اگرچه ارائه خدمات تخصصی درمانی باید همچنان در اختیار نظام رسمی سلامت باقی بماند، اما بسیاری از خدمات اولیه و پشتیبان را می توان با برنامه ریزی محلی، مشارکت مردمی و هماهنگی با شبکه بهداشت در سطح محله ساماندهی کرد. این رویکرد به ویژه در شرایطی نظیر بلایای طبیعی، همه گیری ها، اختلال در زیرساخت ها و یا شرایط جنگی که دسترسی عادی به خدمات سلامت با محدودیت مواجه می شود، اهمیت دوچندان پیدا می کند.

یکی از مهم ترین اقدامات در این حوزه، تعریف داروخانه های معین محله است. در این الگو، با هماهنگی دانشگاه های علوم پزشکی، شبکه بهداشت و نهادهای محلی، یک یا چند داروخانه در هر محله به عنوان داروخانه پشتیبان و معین تعیین می شوند. این داروخانه ها موظف خواهند بود فهرست مشخصی از داروهای اساسی و حیاتی مورد نیاز جمعیت محله را به صورت مستمر در دسترس نگه دارند و برای شرایط اضطراری از ظرفیت ذخیره سازی و توزیع هدفمند برخوردار باشند. این فهرست می تواند شامل داروهای مورد نیاز بیماران مزمن، داروهای اورژانسی، اقلام اولیه پزشکی و سایر ملزومات ضروری سلامت باشد که براساس ویژگی های جمعیتی و الگوی بیماری های هر محله تعیین می شود. علاوه بر این، شورای سلامت محله می تواند با بهره گیری از داده های سلامت موجود، گروه های آسیب پذیر و وابسته به خدمات مستمر درمانی را



شناسایی کند. سالمندان تنها، بیماران مبتلا به دیابت، فشار خون، بیماری‌های قلبی، بیماران نیازمند داروهای خاص و افراد دارای محدودیت حرکتی از جمله گروه‌هایی هستند که در شرایط بحران بیش از دیگران در معرض آسیب قرار دارند. شناسایی پیشینی این افراد و طراحی سازوکارهای پشتیبان برای تأمین نیازهای آنان، امکان مداخله سریع و کاهش آسیب‌های ناشی از اختلال در خدمات سلامت را فراهم می‌کند. در کنار تأمین دارو، ظرفیت‌های مردمی محله می‌توانند در ارائه خدمات اولیه سلامت نیز نقش‌آفرینی کنند. برای مثال میتوان پزشک محله (که به نوعی رابط محله با ساختار رسمی است و عضو شورای سلامت محله) نیز تعیین کرد تا در صورت تشدید بحران و عدم دسترسی به زیرساخت‌های سلامت بتواند امور جاری سلامت مردم را دنبال کند. همچنین سازماندهی تیم‌های داوطلب آموزش دیده برای کمک‌های اولیه، حمایت از گروه‌های آسیب‌پذیر، توزیع اقلام سلامت، اطلاع‌رسانی عمومی و پشتیبانی از عملیات امدادی، می‌تواند بخشی از توان پاسخ‌گویی محله به بحران‌ها را افزایش دهد. تمامی این فعالیت‌ها تحت هدایت فنی شبکه بهداشت و در چارچوب استانداردهای مصوب نظام سلامت انجام خواهد شد تا ضمن حفظ کیفیت و ایمنی خدمات، از ظرفیت اجتماعی محله برای ارتقای آمادگی و تاب‌آوری سلامت بهره‌برداری شود. هدف این بخش ایجاد یک لایه پشتیبان اجتماعی برای نظام سلامت است؛ لایه‌ای که بتواند در شرایط عادی به بهبود دسترسی مردم به خدمات ضروری کمک کند و در شرایط بحران، به عنوان بازوی محلی نظام سلامت عمل کرده و از بروز اختلال گسترده در دسترسی شهروندان به نیازهای اولیه سلامت جلوگیری کند. در این چارچوب، محله از یک واحد صرفاً دریافت‌کننده خدمات به یک واحد آماده، سازمان‌یافته و تاب‌آور در مواجهه با مخاطرات سلامت تبدیل می‌شود.

۴ شناسایی، سازماندهی و آموزش داوطلبان سلامت محله

چهارمین حوزه فعالیت حکمرانی مردمی سلامت، ایجاد شبکه‌ای از داوطلبان آموزش دیده در سطح محله است که بتوانند در شرایط عادی و به ویژه در شرایط بحران، به عنوان نخستین لایه پاسخ اجتماعی و سلامت عمل کنند. تجربه مدیریت بحران در کشورهای مختلف نشان می‌دهد که در حوادث گسترده، ظرفیت نهادهای رسمی به تنهایی برای پاسخ‌گویی کافی نیست و سرعت عمل در ساعات اولیه تا حد زیادی به میزان آمادگی و سازماندهی نیروهای محلی وابسته است. از این رو، یکی از کارکردهای مهم شورای سلامت محله، شناسایی افراد داوطلب، سازماندهی آنان و فراهم کردن آموزش‌های لازم پیش از وقوع بحران است.

در این چارچوب، شورای سلامت محله می‌تواند با همکاری شبکه بهداشت و سایر نهادهای محلی، بانک اطلاعاتی داوطلبان سلامت را تشکیل دهد. این شبکه می‌تواند شامل: جوانان، دانشجویان، معلمان، بازنشستگان، اعضای گروه‌های جهادی، فعالان اجتماعی و سایر شهروندان علاقه‌مند به مشارکت در امور سلامت باشد. هدف از این اقدام، ایجاد یک ظرفیت آماده و در دسترس در سطح محله است تا در مواقع نیاز، بدون اتکا به بسیج فوری نیروها، امکان بهره‌گیری از نیروهای آموزش دیده و سازمان‌یافته وجود داشته باشد.

یکی از مهم‌ترین مزیت‌های این رویکرد، جایگزینی آموزش‌های مستمر و پیشینی با آموزش‌های فشرده و مقطعی در زمان بحران است. در بسیاری از بحران‌ها، فرصت کافی برای آموزش نیروهای مردمی وجود ندارد و افرادی که از پیش آموزش‌های لازم را دریافت کرده‌اند، می‌توانند با سرعت، دقت و اثربخشی بیشتری عمل کنند. این افراد قادر خواهند بود اقدامات اولیه‌ای نظیر کمک‌های اولیه، ارزیابی وضعیت مصدومان، پشتیبانی از گروه‌های آسیب‌پذیر، هدایت افراد به مراکز درمانی، توزیع اقلام سلامت و مشارکت در اطلاع‌رسانی عمومی را در سطح محله انجام دهند. چنین ظرفیتی موجب می‌شود فاصله زمانی میان وقوع بحران و استقرار کامل نیروهای تخصصی تا حد زیادی پوشش داده شود. در این زمینه، ظرفیت‌های آموزشی جمعیت هلال احمر جمهوری اسلامی ایران می‌تواند نقش محوری ایفا کند. هلال احمر با برخورداری از تجربه گسترده در حوزه آموزش‌های امدادی، مدیریت بحران و کمک‌های اولیه، قادر است به عنوان شریک تخصصی این طرح عمل کرده و دوره‌های آموزشی استاندارد برای داوطلبان سلامت محله برگزار کند. آموزش کمک‌های اولیه، آمادگی در برابر بلایا، امداد و نجات اولیه، مدیریت شرایط اضطراری و مهارت‌های حمایت اجتماعی از جمله حوزه‌هایی است که می‌تواند با همکاری هلال احمر در سطح محلات توسعه یابد. بدین ترتیب، ظرفیت آموزشی موجود در کشور به جای فعال شدن صرفاً پس از وقوع بحران، به ابزاری برای ارتقای آمادگی اجتماعی پیش از بحران تبدیل خواهد شد.

این بخش می‌تواند با ایجاد یک شبکه پایدار از نیروهای محلی آموزش دیده، در کنار نظام رسمی سلامت، نقش مکمل و پشتیبان ایفا کنند. شکل‌گیری چنین ظرفیتی نه تنها تاب‌آوری محلات را در برابر بحران‌ها افزایش می‌دهد، بلکه سرمایه اجتماعی موجود در جامعه را به یک ظرفیت عملیاتی برای حفاظت از سلامت عمومی تبدیل می‌کند و امکان واکنش سریع‌تر، کم‌هزینه‌تر و مؤثرتر به مخاطرات سلامت را فراهم می‌سازد.

۵. جمع‌بندی و نتیجه‌گیری

گذار اپیدمیولوژیک، افزایش سهم بیماری‌های غیرواگیر، گسترش عوامل خطر رفتاری و نقش تعیین‌کننده عوامل اجتماعی، اقتصادی و محیطی در شکل‌گیری سلامت، نشان می‌دهد که الگوی سنتی مبتنی بر ارائه خدمات درمانی به تنهایی قادر به پاسخ‌گویی کامل به نیازهای جدید جامعه نیست. بخش مهمی از بار بیماری‌ها نه در مراکز درمانی، بلکه در بستر زندگی روزمره افراد و در محیط‌های اجتماعی و محلی تولید و بازتولید می‌شود. از این منظر، محله به عنوان نزدیک‌ترین سطح حکمرانی به تجربه زیسته شهروندان، نقش مهمی در پیشگیری، ارتقای سلامت و کاهش آسیب‌پذیری‌های اجتماعی دارد.

بررسی وضعیت نظام سلامت ایران نشان داد که کشور از زیرساخت ارزشمند و گسترده‌ای مانند شبکه بهداشت، خانه‌های بهداشت، پایگاه‌های سلامت و مراکز خدمات جامع سلامت برخوردار است؛ زیرساختی که امکان دسترسی جمعیتی، ارائه خدمات اولیه و جمع‌آوری داده‌های سلامت را فراهم کرده است. با این حال، این ظرفیت عمدتاً در چارچوبی خدمت‌محور و اداری به کار گرفته شده و کمتر به عنوان بستری برای حکمرانی اجتماعی سلامت و مشارکت فعال جامعه مورد استفاده قرار گرفته است. همچنین یکی از چالش‌های نظام سلامت ایران، فقدان پیوند نهادی مؤثر میان ساختار رسمی سلامت و ظرفیت‌های اجتماعی موجود در محلات است. تمرکزگرایی در طراحی و اجرای برنامه‌ها، غلبه رویکرد درمان‌محور، محدود بودن نقش مردم در فرایند تصمیم‌گیری و نبود سازوکار پایدار برای استفاده از سرمایه اجتماعی محلات، موجب شده است فاصله‌ای میان محل شکل‌گیری مسائل سلامت و محل مداخله نظام سلامت ایجاد شود. این شکاف در شرایطی که بیماری‌های مزمن، سالمندی، مسائل سلامت روان و عوامل اجتماعی سلامت اهمیت بیشتری یافته‌اند، می‌تواند اثربخشی سیاست‌های سلامت را کاهش دهد. به علاوه تجربه‌های تاریخی و اجتماعی کشور، به‌ویژه مشارکت‌های مردمی در شرایط بحرانی، نشان داده است که محلات دارای ظرفیت قابل توجهی برای سازماندهی اجتماعی، بسیج منابع انسانی، حمایت از گروه‌های آسیب‌پذیر و افزایش تاب‌آوری هستند. این ظرفیت‌ها بیانگر آن است که جامعه محلی نباید صرفاً به عنوان دریافت‌کننده خدمات سلامت دیده شود، بلکه می‌تواند به عنوان یکی از بازیگران اصلی حکمرانی سلامت ایفای نقش کند.

بر این اساس، مدل پیشنهادی حکمرانی مردمی سلامت در سطح محله، بر انتقال بخشی از تمرکز نظام سلامت از ارائه خدمات صرف به سمت ایجاد شبکه‌ای مشارکتی و داده‌محور استوار است. در این الگو، شورای سلامت محله به عنوان حلقه اتصال میان دولت، نظام سلامت و جامعه محلی عمل می‌کند و از طریق شناسنامه سلامت محله، شناخت دقیق مسائل و ظرفیت‌های محلی، برنامه‌ریزی مبتنی بر شواهد را امکان‌پذیر می‌سازد. این مدل بر چهار محور اصلی شامل: پیشگیری و کنترل عوامل خطر، ارتقای سواد سلامت، افزایش تاب‌آوری در بحران‌ها و سازماندهی داوطلبان سلامت استوار است. مزیت اصلی این رویکرد، تبدیل محله از یک واحد صرفاً جغرافیایی به یک واحد فعال حکمرانی است؛ واحدی که می‌تواند در شرایط عادی به کاهش عوامل خطر و ارتقای سلامت کمک کند و در شرایط بحرانی به عنوان یک لایه پشتیبان برای نظام رسمی سلامت عمل نماید.

با توجه به یافته‌های پژوهش، به منظور حرکت نظام سلامت ایران به سمت حکمرانی محله‌محور، پیشنهادهای زیر ارائه می‌شود:

- ایجاد و تثبیت شورای سلامت محله به عنوان سطح رسمی مشارکت مردم در برنامه‌ریزی، اجرا و پایش اقدامات سلامت.
- تدوین شناسنامه سلامت محله شامل: وضعیت بیماری‌ها، عوامل خطر، گروه‌های آسیب‌پذیر و ظرفیت‌های انسانی و اجتماعی هر محله برای تصمیم‌گیری مبتنی بر داده.
- تغییر نقش شبکه بهداشت از ارائه‌دهنده صرف خدمات به تسهیلگر و هدایت‌کننده مشارکت‌های اجتماعی سلامت در سطح محله.
- اختصاص بخشی از منابع سلامت به مداخلات پیشگیرانه و محله‌محور و اصلاح نظام ارزیابی عملکرد براساس پیامدهای سلامت.
- تقویت کانون‌های سلامت محله، رابطان و سفیران سلامت و تبدیل آنها از نیروهای آموزشی به شرکای فعال در حکمرانی سلامت.
- ایجاد شبکه داوطلبان سلامت محله و آموزش آنها در زمینه کمک‌های اولیه، حمایت اجتماعی و مدیریت بحران.
- تعیین ظرفیت‌های پشتیبان سلامت محله مانند داروخانه‌های معین، نیروهای متخصص داوطلب و مراکز قابل استفاده در شرایط بحران.
- اجرای آزمایشی مدل حکمرانی سلامت محله‌محور در چند منطقه و ارزیابی نتایج قبل از توسعه ملی.

- [1] Marmot, M. and R. Wilkinson, Social determinants of health. 2005: Oup Oxford.
- [2] Navarro, V., What we mean by social determinants of health. International Journal of Health Services, 2009. 39(3): p. 423-441.
- [3] Unwin, N. and K. Alberti, Chronic non-communicable diseases. Annals of Tropical Medicine & Parasitology, 2006. 100(5-6): p. 455-464.
- [4] Asgari, F., H. Aghajani, M. Haghighzadeh, and H. Heidarian, Non-communicable diseases risk factors surveillance in Iran. 2009.
- [5] Maguire, B. and P. Hagan, Disasters and communities: Understanding social resilience. The Australian journal of emergency management, 2007. 22(2): p. 16-20.
- [6] Tsouros, A.D., World Health Organization Healthy Cities Project: a project becomes a movement: review of progress 1987 to 1990. 1992: World Health Organization. Regional Office for Europe.
- [7] Ruseva, M., et al., The South Eastern Europe Health Network: A model for regional collaboration in public health. South Eastern European Journal of Public Health (SEEJPH), 2015.

[۸] وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

Available from: <https://behdasht.gov.ir/>.

- [9] Global Burden of Disease (GBD): Iran (Islamic Republic of). 2024 [cited 2024 14 September]; Available from: <https://www.healthdata.org/research-analysis/health-by-location/profiles/iran>.
- [10] Marmot, M., Addressing social determinants of health in primary care. American Academy of Family Physicians, 2018.
- [11] Özsaban, A., E. Uslu, and A. Bayram, The Effect of Social Determinants of Health on Life Expectancy: A Retrospective Study. Akdeniz Hemşirelik Dergisi, 2024. 3(2): p. 44-51.
- [12] Hobbs, M., et al., Access and quality of parks and associations with obesity: a cross-sectional study. SSM-population health, 2017. 3: p. 722-729.
- [13] Taylor, H.O., R.J. Taylor, A.W. Nguyen, and L. Chatters, Social isolation, depression, and psychological distress among older adults. Journal of aging and health, 2018. 30(2): p. 229-246.
- [14] Ge, L., C.W. Yap, R. Ong, and B.H. Heng, Social isolation, loneliness and their relationships with depressive symptoms: A population-based study. PloS one, 2017. 12(8): p. e0182145.
- [15] Elendu, C., et al., Dependable approaches to hypertension management: A review. Medicine, 2024. 103(24): p. e38560.

عنوان: الگوی حکمرانی محله‌محور در نظام سلامت



DOI: <https://doi.org/10.22034/mrc.report.21769>

Permanent Link: <https://doi.org/10.22034/mrc.report.21769>

Publisher: Islamic Parliament Research Center of Iran

گزیده سیاستی

گذار از نظام سلامت متمرکز و درمان‌محور به حکمرانی سلامت محله‌محور، با بهره‌گیری از سرمایه اجتماعی، شبکه‌های مردمی و داده‌های محلی، می‌تواند ظرفیت پیشگیری، تاب‌آوری اجتماعی و کارآمدی نظام سلامت کشور را ارتقا دهد.



مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی

تهران، خیابان پاسداران، روبروی پارک نیاوران (ضلع جنوبی، پلاک ۸۰۲)

تلفن: ۷۵۱۸۳۰۰۰ صندوق پستی: ۵۸۵۵-۱۵۸۷۵ پست الکترونیک: mrc@majles.ir

وبسایت: rc.majles.ir