



Health Centers and the Realization of Public Participation in the Health System of Tehran

Karam Habibpour Gatabi¹ 

1. Department of Sociology, Faculty of Literature and Humanities, Kharazmi University, Tehran, Iran.
Email: karamhabibpour@khu.ac.ir

Article Info	ABSTRACT
Article type: Research Article Article history: Received: 29 May 2025 Received in revised form: 16 July 2025 Accepted: 01 September 2025 Published online: 29 December 2025 Keywords: Health System, Healthy City, Justice in Health, Public Health Center, Public Participation, Tehran	The present study examines the performance of public health centers in the Tehran health system, taking into account the significance and necessity of public participation in the health system to enhance the desirability of access, effectiveness, and equity of its policies. The qualitative method was employed to conduct this research, which involved interviews with 35 health officials and public health centers in Tehran Municipality. The results indicated that the centers, which were established in accordance with the two prerequisites of public participation in health system policymaking and the enhancement of social capital in neighborhoods, are still a component of Tehran Municipality's bureaucratic apparatus. However, the characteristics of being public and local are less evident in their operations. The narrative of the centers' performance is a narrative of their failure to satisfy the assigned mission and expectations in terms of performance. On the other hand, their performance was superior at the outset of their establishment during the municipal administration, when the concept of transforming the municipality into a social institution was introduced. However, this performance began to deteriorate in subsequent periods, and the centers have encountered five categories of issues and problems since the inception of their operations: economic and financial, social and cultural, managerial and executive, physical and equipment, and legal and statutory. The research findings, which are based on theoretical readings and empirical background, suggest that the concept of health centers as a means of socializing the health system at the local level has been impeded by the risk of unsustainability, inefficiency, and minimal participation in relation to the situation and performance of health centers.

Cite this article: Habibpour Gatabi, K. (2025). Health Centers and the Realization of Public Participation in the Health System of Tehran. *Community Development (Rural-Urban)*, 17 (2), 283-300.
<https://doi.org/10.22059/jrd.2025.396312.668925>



©Author(s) retain the copyright.

Publisher: University of Tehran.

DOI: <https://doi.org/10.22059/jrd.2025.396312.668925>

کانون‌های سلامت و تحقق مشارکت مردمی در نظام سلامت شهر تهران

کرم حبیب‌پور گتایی^۱

۱. گروه جامعه‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران. رایانامه: karamhabibpour@khu.ac.ir

اطلاعات مقاله	چکیده
نوع مقاله: مقاله پژوهشی تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۳/۸ تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۴/۲۵ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۶/۱۰ تاریخ انتشار: ۱۴۰۴/۱۰/۸ کلیدواژه‌ها: تهران، شهر سالم، عدالت در سلامت، کانون مردمی سلامت، مشارکت مردمی، نظام سلامت.	با توجه به اهمیت و ضرورت مشارکت عمومی در نظام سلامت به منظور افزایش مطلوبیت دسترسی، اثربخشی و عادلانه‌بودن سیاست‌های آن، مطالعه حاضر به تحلیل عملکرد کانون‌های مردمی سلامت در نظام سلامت شهر تهران می‌پردازد. این تحقیق به روش کیفی و مصاحبه با ۳۵ نفر از متولیان امر سلامت و کانون‌های مردمی سلامت در شهرداری تهران انجام شده است. یافته‌ها نشان داد کانون‌ها گرچه بنا به دو الزام مشارکت مردمی در سیاست‌گذاری نظام سلامت و تقویت سرمایه اجتماعی در محله‌ها شکل گرفتند، اما همچنان بخشی از دستگاه بوروکراتیک شهرداری تهران هستند و مختصات مردمی و محلی بودن درمورد آن‌ها کمتر مشاهده می‌شود. از حیث عملکردی، روایت عملکرد کانون‌ها، روایتی بر ناکامی آن‌ها در برآوردن انتظارات و رسالت تعیین شده است. گرچه عملکرد آن‌ها در ابتدای شکل‌گیری در دوره مدیریت وقت شهرداری که ایده آن با هدف تبدیل شهرداری به یک نهاد اجتماعی مطرح شد بهتر بود، اما در دوره‌های بعدی این عملکرد رو به ضعف گذاشت. درنهایت اینکه کانون‌ها از زمان آغاز فعالیت تاکنون با پنج دسته مشکل اقتصادی و مالی، اجتماعی و فرهنگی، مدیریتی و اجرایی، فیزیکی و تجهیزاتی، و حقوقی و قانونی مواجه بودند. با استناد به خوانش‌های نظری و پیشینه تجربی، یافته‌های تحقیق حکایت از نامردمی بودن، ریسک ناپایداری، ناکارآمدی و مشارکت حداقلی در رابطه با وضعیت و عملکرد کانون‌های سلامت دارد که این وضعیت مانع تحقق ایده کانون‌های سلامت به عنوان یکی از ابزارهای اجتماعی شدن نظام سلامت در محله‌ها شده است.

استناد: حبیب‌پور گتایی، کرم (۱۴۰۴). کانون‌های سلامت و تحقق مشارکت مردمی در نظام سلامت شهر تهران. توسعه محلی (روستایی-شهری). ۱۷ (۲)، ۳۰۰-۲۸۳.
<https://doi.org/10.22059/jrd.2025.396312.668925>



© نویسنده(گان) حق نشر را حفظ می‌کنند.

ناشر: مؤسسه انتشارات دانشگاه تهران.

DOI: <https://doi.org/10.22059/jrd.2025.396312.668925>

۱. مقدمه و بیان مسئله

گسترش سلامت عمومی همواره یکی از مهم‌ترین شاخص‌های توسعه پایدار در جوامع مدرن بوده است. سلامت فارغ از امری بیولوژیک و پزشکی، دارای ساحت‌های گوناگون اجتماعی و فرهنگی است (بهجت و همکاران^۱، ۲۰۱۸) و با مفاهیمی مانند سبک زندگی، انگاره‌های ارزشی، موقعیت طبقاتی، سرمایه‌های چندگانه اجتماعی، فرهنگی، نمادین و اقتصادی و نظایر آن مرتبط است (او میرا و همکاران^۲، ۲۰۱۹). در چنین بافتی، با مفهوم شهر، اجتماع و محله سالم روبه‌رو هستیم. اجتماع سالم که مفهوم پایه آن، توانمندسازی مردم به افزایش کنترل بر سلامت خود و بهبود آن است (وولف^۳، ۲۰۰۳: ۹۶)، اجتماعی است که در زمینه‌های تأمین مسکن، نظام‌های حمل‌ونقل قابل‌دسترس، کار، محیط سالم و امن با اکوسیستم پایدار و پیشنهاد دسترسی به خدمات مراقبت سلامت، اجتماعی امن و سالم است (دفتر علوم و سلامت عمومی^۴، ۱۹۹۸).

از طرفی، امروزه یکی از راهبردهای مهم توسعه اجتماع محلی، حکمرانی محلی است که چند سالی در کشورهای درحال توسعه به‌عنوان راهبردی برای تحقق توسعه محلی مطرح شده است. حکمرانی محلی، اهداف گوناگونی دارد که یکی از آن‌ها، تحقق پروژه محله سالم است و در بسیاری از شهرهای دنیا اجرا شده است. محله سالم محله‌ای است که تمامی اجزای آن به‌طور نظام‌مند از سلامت اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی، فردی و روانی و بهداشتی برخوردارند. چنین محله‌ای ارزش زندگی فعال را به رسمیت می‌شناسد و فرصت‌های زندگی فعال را برای همگان فراهم می‌کند. یکی از عناصر مهم در موفقیت پروژه محله سالم، مشارکت تمامی گروه‌های اجتماعی اعم از مردان، زنان، سالمندان، کودکان، نوجوانان، کارکنان و... است و مسئولان و مقامات رسمی، نقش رهبری‌کننده دارند و بخش‌های داوطلبانه و خصوصی نیز به‌عنوان شریکی فعال در برنامه‌ریزی و اجرای آن ایفای نقش می‌کنند (ادواردز و سوروس^۵، ۲۰۰۸: ۳-۷).

بنابراین، تحقق محله سالم به‌عنوان یکی از محورهای توسعه محلی نیازمند مداخلات مشارکتی در محله و با هماهنگی و همکاری بین‌بخشی بین کلیه متولیان و ذی‌نفعان امر است. این مشارکت می‌تواند مزایای خاصی از جمله ایجاد فرصت‌های جدید، بسیج منابع، رفع نیازهای سلامت، افزایش دسترسی و برابری مطلوب‌تر به مراقبت‌ها و خدمات سلامت، کاهش هزینه‌های سلامت، افزایش کیفیت خدمات ارائه‌شده و افزایش جمعیت تحت پوشش را به همراه داشته باشد (سندگول و همکاران^۶، ۲۰۲۲). یکی از مصادیق مداخلات مشارکتی ذی‌نفعان در نظام سلامت، تأسیس کانون‌های مردمی سلامت در کشور است که با تصویب شورای عالی سلامت کشور در اواخر شهریور ۱۳۹۷ از سوی وزارت کشور به استانداران ابلاغ شده است (حسینی، بهرور و لطفی، ۱۴۰۰). کانون سلامت یک تشکل اجتماع‌محور محلی است که مردم و نمایندگان سازمان‌ها و نهادهای محلی در آن با هدف ارتقای سطح سلامت شهروندان فعالیت می‌کنند (نوابخش و گرمسیری، ۱۴۰۲؛ مدیر دفتر آموزش و ارتقای سلامت وزارت بهداشت، مصاحبه فردی، ۱۹ اردیبهشت ۱۴۰۳). این کانون‌ها در شهر تهران که درواقع به اسم کانون‌های اجتماع‌محور شناخته می‌شوند، گروه‌های مردم‌نهاد محلی هستند که تصمیم‌گیری درمورد شکل‌گیری آن‌ها برعهده گروه‌های مردمی علاقه‌مند و داوطلب و براساس نیازها، ظرفیت‌ها و علاقه‌مندی‌های محلی است. ویژگی اصلی این کانون‌ها که مستقل یا ذیل خانه سلامت فعالیت می‌کنند، داوطلبانه‌بودن، محلی‌بودن و

1. Behdjat et al.

2. O'Meara et al.

3. Wolff

4. Office of Public Health and Science

5. Edwards & Tsouros

6. Sanadgol et al.

غیردولتی بودن است (معاونت امور اجتماعی و فرهنگی، ۱۳۹۹: ۷۱). از مهم‌ترین مأموریت‌های این قانون‌ها، افزایش مؤثر، پویا و خلاق مشارکت مردم در توسعه سلامت خود، خانواده و محله، تقویت روحیه خودباوری، نهادینه‌سازی مشارکت و همکاری مردم در توسعه محله، ارتقای مهارت‌های افراد در عرصه‌های سلامت و سازمان‌دهی افراد در پذیرش مسئولیت‌های اجتماعی است (نوابخش و گرمسیری، ۱۴۰۲).

شهر تهران بنا به ضرورت‌های اجتماعی و فرهنگی متعدد از جمله تراکم جمعیت قابل توجه در محله‌ها و پیچیدگی‌های زندگی و مناسبات اجتماعی، یکی از اولین و مهم‌ترین پایگاه‌های شهری برای شکل‌گیری و توسعه قانون‌های مردمی سلامت بوده است. با توجه به اهداف مؤثر قانون‌ها در افزایش مشارکت مؤثر و پویای مردم در توسعه سلامت، ضروری است شهرداری تهران توجه مؤثرتر و جدی‌تری به توسعه و بهبود عملکرد این قانون‌ها لحاظ کند. مطالعات علمی و پژوهشی اندک درباره قانون‌های سلامت و عملکرد آن‌ها در شهر تهران سبب شده نتوان ارزیابی کلی و دقیقی از عملکرد این قانون‌ها به دست داد. اگرچه گزارش‌های مستندسازی معدودی از سوی معاونت امور اجتماعی و فرهنگی شهرداری تهران در سال‌های ۱۳۹۹ و ۱۴۰۰ درباره برخی از این قانون‌ها از جمله قانون معلولان، قانون پیشگیری از دیابت و قانون سالمندان به صورت مستقل صورت گرفته است و این استقلال به عمق یافته‌ها درمورد هر قانون کمک می‌کند، اما قطعاً دیدی جامع و فراگیر در رابطه با کلیت این قانون‌ها به متولیان امر نمی‌دهد و هنوز با خلأ مطالعاتی در این زمینه مواجهیم. ضمن آنکه هر نوع فرایند مداخله به منظور توسعه و بهبود عملکرد این قانون‌ها، نیازمند برخورداری از داده‌ها و ارزیابی‌های بیشتر و دقیق‌تر است. مطالعه آسیب‌شناسانه قانون‌های سلامت محله و عملکرد آن‌ها کمک خواهد کرد تا وضعیت عملکرد، قوت‌ها و ضعف‌ها و موانع و مشکلات پیش‌رو مشخص و تدقیق شود.

با توجه به این ملاحظات، مسئله اصلی تحقیق حاضر، ارزیابی عملکرد قانون‌های مردمی سلامت به عنوان یک نهاد مشارکتی محلی در نظام سلامت شهر تهران است و به تحلیل این امر می‌پردازد که این قانون‌ها چه نقشی در پیشبرد اهداف نظام سلامت شهر تهران داشته‌اند و مهم‌ترین موانع و مشکلات آن‌ها در این مسیر چه بوده است.

۲. چارچوب مفهومی

از حیث صورت‌بندی مفهومی، تحقیق حاضر با ابتنا بر مفاهیم شهر سالم، اجتماع سالم و مشارکت سازمان‌یافته مردمی در نظام سلامت، به مطالعه قانون‌های مردمی سلامت در شهر تهران می‌پردازد. در ادامه در روایتی منسجم، ارتباط این مفاهیم با موضوع تحقیق صورت‌بندی می‌شود.

تغییر رویکرد از سلامت فیزیکی و جسمی به برداشتی جامع‌تر از آن به عنوان ترکیبی از سلامت جسمی، ذهنی و اجتماعی (سازمان جهانی بهداشت^۱، ۲۰۲۰) تا جایی پیش رفته است که امروزه انسان سالم را در چارچوب یک شهر سالم^۲ و اجتماع سالم^۳ تداعی می‌کند. رویکرد شهر سالم، به عنوان یک رویکرد کل‌نگر، با تصدیق تنوع و به هم پیوستگی بسیاری از عناصر زندگی شهری فرض می‌کند همه چیز در یک جامعه به هم مرتبط است و بنابراین بخش‌های زیادی در شهرها باید در توسعه سیاست‌های سلامت عمومی مشارکت کنند. هنگام و دول^۴ (۱۹۸۸) در کتاب *ارتقای سلامت در بافت شهری*^۵ معتقدند شهری سالم است که به طور مستمر

1. World Health Organisation

2. healthy city

3. healthy community

4. Hancock & Duhl

5. *Promoting Health in the Urban Context*

محیط‌های فیزیکی و اجتماعی را ایجاد می‌کند و بهبود می‌بخشد و منابع اجتماعی را گسترش می‌دهد تا افراد را توانمند سازد و افراد متقابلاً از یکدیگر در انجام همه کارکردهای زندگی با حداکثر توان خود حمایت کنند (گلوبرم و همکاران^۱، ۲۰۰۶: ۳۲۷). شبکه شهرهای سالم اروپایی وابسته به سازمان جهانی بهداشت^۲ شهر سالم را شامل سه رکن محوری ایجاد محیط‌های مراقبتی و حمایتی، زندگی سالم، و محیط و طراحی شهری سالم می‌داند (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۱۲). راهبرد کوبه در ژاپن بر چهار بعد شهر سالم اعم از زیست‌پذیری، پایداری، تقویت مراقبت سالم و رقابتی تأکید دارد (لی و همکاران^۳، ۲۰۲۳: ۸۷). اجتماع سالم نیز از مفاهیمی است که در درون شهر سالم در مقیاس کوچک‌تر مطرح است. اجتماع سالم جامعه‌ای با تمامی عناصر است که فرد را در جهت حفظ کیفیت زندگی و بهره‌وری بالا توانمند می‌سازد. برخی از این عناصر شامل دسترسی به خدمات مراقبت بهداشتی، وجود جاده‌ها، مدارس، زمین‌های بازی، محیط اجتماعی سالم و امن و... است (دپارتمان خدمات سلامت و انسانی ایالات متحده^۴، ۲۰۱۰).

پروژه شهر و اجتماع سالم یکی از راه‌حل‌های زیربنایی برای رسیدن به سلامت شهری در کشورهای در حال توسعه مانند ایران است که ابتدا از کلان‌شهرهای کشور شروع شده است. در شهر تهران، با توجه به گستردگی این شهر و تنوع فرهنگ‌ها در آن، پروژه شهر سالم ابتدا در مقیاس کوچک محله به نام «محله سالم» اجرا شد (افشاری، ۱۳۸۷). در همین زمینه، کانون‌های مردمی سلامت، ابزار مهمی در تحقق محله سالم تلقی می‌شوند که می‌توانند به بهبود کیفیت زندگی، ارتقای سبک زندگی، افزایش سرمایه اجتماعی، هویت‌یابی، تعلق محلی و تعلق مکان و نظایر آن در سطح محله‌ها کمک شایانی کنند. در مطالعات مرتبط، این مشارکت سازمان‌های غیردولتی در نظام سلامت، در چارچوب مفهوم مشارکت عمومی^۵ معنا پیدا می‌کند. از نظر راکمیتو آدی^۶ (۲۰۰۷)، مشارکت عمومی عبارت است از مشارکت اجتماع در فرایند شناسایی مشکلات احتمالی، انتخاب و تصمیم‌گیری به‌عنوان جایگزینی برای ارائه راه‌حل در برخورد با مشکلات و درگیری اجتماع در فرایند ارزیابی تغییراتی که رخ می‌دهد. به گفته آرنشتاین (۱۹۶۹)، مشارکت عمومی فرایندی است که به شهروندان کمک می‌کند تا فعالانه در فرایندهای تصمیم‌گیری شرکت کنند و تأثیری واقعی بر نتایج این فرایندها داشته باشند (سنیور و همکاران^۷، ۲۰۲۳: ۳). مشارکت عمومی فرایندی است که از طریق آن، افراد قادر می‌شوند تا به‌طور فعال و واقعی در تعریف موضوعات مورد علاقه خود، در تصمیم‌گیری درمورد عواملی که بر زندگی‌شان تأثیر می‌گذارد، در تدوین و اجرای سیاست‌ها، در برنامه‌ریزی، توسعه و ارائه خدمات و انجام اقدامات لازم برای دستیابی به تغییر مشارکت کنند (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۲). مشارکت عمومی مزایایی مانند احساس تعلق، احساس مالکیت، تولید ایده‌های جدید، مساعدت منابع، تقویت اعتماد عمومی و نظایر آن دارد (عثمان^۸، ۲۰۲۰). به همین دلیل، برنامه‌ریزی توسعه شهر سالم باید ضمن رعایت اصول تمرکززدایی و رویکرد پایین به بالا، جامعه را فعالانه و به‌طور مشارکتی درگیر کند (سوهرم^۹، ۲۰۲۲: ۵۲).

درمورد نقش سازمان‌های غیردولتی^{۱۰} در نظام سلامت، ابتدا باید گفت گرچه این سازمان‌ها با ترمینولوژی و واژگان متکثر و گاه متفاوتی شناخته می‌شوند، اما به تعبیر ویلسون، لاویس و گوتا^۱ (۲۰۱۲) ویژگی‌ها و مختصات مشابهی دارند. چاوایس و فلورین^۲

1. Glouberman et al.

2. WHO European Healthy Cities Network

3. Lee et al.

4. U.S. Department of Health and Human Services

5. public participation

6. Rukminto Adi

7. Senior et al.

8. Usman

9. Suherman

10. non-governmental organizations

(۱۹۹۰) اظهار می‌دارند که سازمان‌های اجتماع‌محور داوطلبانه مبتنی بر جغرافیا هستند، ساکنان یک منطقه خاص را بازنمایی می‌کنند، داوطلبانه‌محور هستند، به‌صورت محلی آغاز می‌شوند و چندمنظوره و انعطاف‌پذیرند و این موضوع به آن‌ها کمک می‌کند تا به طیف وسیعی از مسائل رسیدگی کنند. برخی دیگر از محققان چند ویژگی کلیدی سازمان‌های اجتماع‌محور را چنین برشمردند: باید سازمان‌دهی شده باشند (یعنی تا حدی نهادینه شده باشند)؛ جدا از دولت باشند؛ توزیع خدمات به‌صورت غیرانتفاعی باشد؛ خودگردان باشند؛ و داوطلبانه باشند (ویلسون، لاویس و گوتا، ۲۰۱۲: ۲؛ قربانی، تقی‌پور و پورمیری، ۱۴۰۲: ۲۳۹).

در حوزه نظام سلامت، سازمان‌های غیردولتی (NGOs) و به‌طور خاص سازمان‌های اجتماع‌محور (CBOs) بعد جدیدی به اقدامات بین‌بخشی برای سلامت اضافه کرده‌اند (سندگول و همکاران، ۲۰۲۲) و ذی‌نفعان مهم نظام سلامت به‌شمار می‌روند؛ زیرا برنامه‌ها و خدمات متعدد و اغلب بسیار ارزشمندی را برای اعضای اجتماع (معمولاً شهری) خود ارائه می‌کنند. علاوه‌براین، شبکه‌سازی یا توسعه شراکت‌ها بین سازمان‌ها، اغلب به‌ویژه در بافت‌های شهری اهمیت دارد؛ بافت‌هایی که در آن سازمان‌ها ممکن است نیاز به ایجاد ائتلاف، تبادل و به‌اشتراک گذاشتن منابع، شراکت و اجتناب از تکرار خدمات داشته باشند. همچنین سازمان‌های اجتماع‌محور اغلب خدمات و پشتیبانی را به حاشیه‌نشین‌ترین، محروم‌ترین و بدنام‌شده‌ترین بخش‌های جامعه ارائه می‌کنند، مانند سازمان‌های اجتماع‌محور فعال در بخش HIV/AIDS. چیلگ و همکاران^۳ (۲۰۰۲) معتقدند سازمان‌های اجتماع‌محور از موقعیت خوبی برای ارائه چنین خدماتی برخوردارند؛ زیرا آن‌ها جوامع محلی خود را درک می‌کنند و به گروه‌هایی که به آن‌ها خدمت می‌کنند متصل هستند. به‌طور مشابه، آن‌ها در پاسخ به دسترسی محدود به خدمات سلامت، اغلب مراقبت‌های سلامت اولیه و ضروری (به‌ویژه برای افراد بسیار فقیر، زنان و کودکان) را در کشورهای با درآمد کم و متوسط ارائه می‌کنند (ویلسون، لاویس و گوتا، ۲۰۱۲: ۲).

علاوه بر ارائه خدمات و برنامه‌های بهداشتی مهم، سازمان‌های اجتماع‌محور نقش‌های حمایتی مهمی با هدف تقویت نظام سلامت ایفا می‌کنند. آن‌ها اغلب برای همکاری با تصمیم‌گیران نظام سلامت و ذی‌نفعان در توسعه سیاست‌ها، برنامه‌ها و خدمات فراخوانده می‌شوند و به‌طور فزاینده‌ای در توسعه و تولید تحقیقات برای اطلاع‌رسانی در زمینه توسعه سیاست‌ها، برنامه‌ها و خدمات مشارکت دارند. چنین فعالیت‌هایی به تسهیل مشارکت جوامع و مردم در برنامه‌ریزی و اجرای مراقبت‌های سلامت کمک می‌کنند که اصل کلیدی اعلامیه آما آتا^۴ به‌شمار می‌رود. علاوه‌براین، مشارکت موفقیت‌آمیز سازمان‌های اجتماع‌محور (و مردم‌محور) در تقویت نظام سلامت، احتمال متناسب‌بودن، قابل‌قبول‌بودن و اثربخش‌بودن سیاست‌ها را افزایش می‌دهد (ویلسون، لاویس و گوتا، ۲۰۱۲: ۱) و به ایجاد یک نظام مراقبت سلامت کارآمدتر، عادلانه‌تر و با مدیریت بهتر می‌انجامد (سندگول و همکاران، ۲۰۲۲).

۳. پیشینه تجربی

مرور سوابق مطالعاتی در ایران در زمینه کانون‌های سلامت محلی حکایت از آن دارد که تاکنون یک سری گزارش‌های مستندسازی از کانون‌های اجتماع‌محور سلامت به‌ویژه درمورد کانون‌های معلولان، سالمندان و پیشگیری از دیابت انجام شده است. در کنار این، مطالعاتی هم وجود دارند که درباره نقش مشارکت مردمی به‌ویژه شکل سازمانی آن در قالب سازمان‌های مردم‌نهاد در حوزه سلامت انجام شده است. در ادامه به مهم‌ترین این دو دسته مطالعه اشاره می‌شود.

1. Wilson, Lavis, & Guta

2. Chavis & Florin

3. Chillag et al.

4. The Declaration of Alma Ata

یکی از تحقیقات انجام‌شده در زمینه کانون‌های اجتماع‌محور سلامت، مطالعه معاونت امور فرهنگی و اجتماعی شهرداری تهران (۱۴۰۰الف) درمورد کانون معلولان است که یافته‌ها را در سه مضمون اصلی شامل ۱. نوع نگاه و رویکرد مدیران و سیاست‌گذاران شهری در گذر ده سال گذشته به افراد دارای معلولیت، ۲. عضویت، مشارکت و مداخله اعضا، و ۳. پتانسیل‌ها و کارکردهای تحقق‌نیافته کانون‌ها ارائه داد. معاونت امور فرهنگی و اجتماعی شهرداری تهران (۱۴۰۰ب) در مستندسازی کانون اجتماع‌محور پیشگیری از دیابت، مهم‌ترین چالش‌ها و مشکلات کانون‌های اجتماع‌محور پیشگیری از دیابت را موارد زیر می‌داند: نبود نگاه و رویکرد نهادینه‌شده کار داوطلبانه در جامعه، وجود نگاه درآمدزایی و منفعت‌طلبی به فعالیت‌های اجتماع‌محور، توجه به فعالیت‌های مناسبی در برابر فعالیت‌های زیربنایی و مستمر در کانون‌ها، محدودیت در انجام اقدامات ترویجی، تبلیغ و اطلاع‌رسانی، تضاد منافع بین مدیران محله‌ها، مسئولان خانه‌های سلامت و دبیران کانون‌های دیابت، ضرورت هویت‌بخشی به دبیران و اعضای کانون‌های دیابت و معاونت امور فرهنگی و اجتماعی شهرداری تهران (۱۴۰۰ج) در گزارش مستندسازی کانون اجتماع‌محور سالمندان نشان داد عوامل متعددی رویکرد مشارکتی، خودمختاری و فعالیت کانون‌ها را تحت تأثیر قرار داده است: آشنایی مدیران سراهای محله و شورایاری‌ها با فعالیت‌های سلامت‌محور و کانون سالمندان، تأکید بیش‌ازحد بر درآمدزایی سراهای محله از طرف مدیران محله، وابستگی مالی کانون سالمندان به سراهای محله و به عبارتی به مدیران سرای محله، محدودیت‌های زمانی استفاده از فضاهای سرای محله به دلیل محدودیت زمان اداری، و ساختار بوروکراتیک و اداری سراهای محله.

در زمینه مشارکت سازمان‌یافته مردمی در نظام سلامت نیز تحقیقات متعددی در داخل کشور انجام شده است (برای مثال، احمدزاده، اسماعیلیان و تیموری، ۱۴۰۳؛ ابراهیم‌نژاد و همکاران، ۱۴۰۲؛ سندگل و همکاران، ۲۰۲۲؛ باقری کاهکش و محمودی مجدآبادی فراهانی، ۲۰۲۲؛ سادات سجادی و همکاران، ۲۰۲۲؛ حسینی، بهرهور و لطفی، ۱۴۰۰؛ امیرحسینی، شفیعی رودپشتی، شیرازی و جنتی‌فر، ۱۴۰۱؛ ملک افصلی، ۱۴۰۱؛ رجبی، ابراهیمی و آرین خصال، ۱۴۰۱؛ بیدار و قاسمی، ۱۳۹۹؛ خدایاری زرنق و همکاران، ۲۰۲۰؛ اخوان بهبهانی و همکاران، ۱۳۹۹؛ دماری، حیدرینا و رهبری بناب، ۱۳۹۳). این مطالعات به نتایجی دست یافتند که حکایت از تحقق ایده اجتماعی‌شدن نظام سلامت در قالب جلب و جذب مشارکت‌های مردمی و موانع ساختاری، مدیریتی و فردی در این زمینه دارد.

در مطالعات خارجی، تحقیقاتی به شکلی مستقیم به موضوع مشارکت مردم در نظام سلامت و ابعاد مختلف آن پرداخته‌اند. سور^۱ (۲۰۲۳) نشان داد الگوی نهایی مشارکت سازمان‌های مردم‌نهاد در نظام سلامت کشورها عموماً دارای شش بعد سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی، ظرفیت‌سازی و تقویت سازمان‌های مردم‌نهاد، تأمین منابع و امکانات، سازمان‌دهی و هماهنگی، مشارکت (اجرا)، کنترل و ارزیابی است. تیلور^۲ و همکاران (۲۰۲۱) در پژوهش کیفی خود در زمینه نقش مشارکت‌های مردمی و عمومی در حوزه سلامت روستایی، شش مقوله اصلی را شناسایی کردند: بهداشت محیط شهر و روستا، مدیریت جنبه‌های مختلف سلامت، فرهنگ‌سازی در جامعه و ارتقای آگاهی‌های بهداشتی مردم، جلب مشارکت مردم و سازمان‌ها، تسهیل ارتباطات و سایر جنبه‌های فنی مثل سلامت مادران. میتون و همکاران (۲۰۱۹) به بررسی مشارکت عمومی و مردمی در حوزه سلامت پرداختند و دریافتند که اگرچه مسائلی مانند توسعه و تعمیق شبکه‌های بهداشتی درمانی، راهبرد پزشک خانواده، سطح‌بندی خدمات، نظام ارجاع و شیوه‌های صحیح تأمین منابع و پرداخت، عموماً راه‌حل‌های اصلی برون‌رفت از مشکلات نظام ارائه خدمات سلامت هستند، اما بدون مشارکت مردمی و عمومی، این

1. Saur

2. Taylor

راه‌حل‌ها نیز به انسداد خواهند انجامید. وو و همکاران^۱ (۲۰۱۹) با بررسی مشارکت عمومی در شهرهای سالم در چین نشان دادند راهبردهای ایجاد شهرهای سالم شامل آموزش عمومی، مشارکت اجتماع محلی، برنامه‌ریزی شهری، بهبود محیط‌زیست و سیاست‌ها است و مشارکت اجتماعی می‌تواند به برنامه‌ریزی شهر سالم کمک کند تا مردم محورتر شود. دوریس و هریتیج^۲ (۲۰۱۳) با استفاده از مدل چهاربخشی چرخ مشارکت دیویدسون که شامل اطلاع‌رسانی، مشاوره، مشارکت در تصمیم‌گیری و توانمندسازی است، ضمن تأکید بر اهمیت تسهیل مشارکت فعال و توانمندسازی مردم محلی در تحقق شهر سالم دریافتند که بیشتر شهرهای سالم اروپا مکانیسم‌هایی برای ارائه اطلاعات و مشورت با مردم محلی دارند و آن‌ها تعهد خود را به توانمندسازی مشارکت اجتماع محلی در تصمیم‌گیری و قدرتمندسازی شهروندان نشان دادند.

جمع‌بندی مطالعات قبلی در زمینه مشارکت مردمی در نظام سلامت حاکی از آن است که مطالعات بسیار نادری در زمینه کانون‌های مردمی سلامت در شهر تهران از سوی معاونت امور فرهنگی و اجتماعی شهرداری تهران به صورت مستقل در رابطه با برخی از کانون‌های مردمی سلامت از جمله کانون معلولان، کانون پیشگیری از دیابت و کانون سالمندان انجام شده است. گرچه این استقلال گزارش‌ها به جامعیت و عمق یافته‌ها درمورد هر کانون کمک می‌کند، اما قطعاً دیدی جامع و فراگیر در رابطه با کلیت این کانون‌ها به متولیان امر نمی‌دهد؛ بنابراین، تحقیق حاضر که مجموعه این کانون‌ها را مدنظر دارد، از این حیث با این گزارش‌های مستندسازی تفاوت دارد. از طرف دیگر، عمده مطالعات انجام‌شده در ایران در زمینه مشارکت مردم یا سازمان‌های غیردولتی در نظام سلامت، در حوزه علوم و رشته‌های پزشکی و سلامت است و از این حیث مطالعه حاضر جزو اولین مطالعاتی است که از منظر جامعه‌شناختی موضوع کانون‌های مردمی سلامت و نقش آن‌ها در نظام سلامت را واکاوی کرده است.

۴. روش‌شناسی پژوهش

این پژوهش به روش کیفی انجام شده است. مشارکت‌کنندگان تحقیق شامل چهار گروه از متولیان کانون‌های مردمی سلامت در سطح شهرداری تهران بودند: ۱. مدیرکل و معاون ارتقای سلامت اداره کل سلامت شهرداری تهران؛ ۲. مدیران سلامت در مناطق ۲۲گانه شهر تهران؛ ۳. دبیران کل کانون‌های سه‌گانه جهان‌دیدگان، معلولان و مادرانه در سطح شهر تهران؛ و ۴. دبیران منطقه‌ای کانون‌های سه‌گانه جهان‌دیدگان، معلولان و مادرانه در مناطق ۲۲گانه. معیار تعیین حجم مشارکت‌کنندگان، اشباع داده‌ها بود که براساس آن، حجم نهایی مشارکت‌کنندگان ۳۵ نفر شد. منطق و راهبرد انتخاب مشارکت‌کنندگان، نمونه‌گیری هدفمند با راهبردهای گلوله‌برفی و افراد مهم بود که در آن سعی شد گروه‌های دارای اطلاعات غنی در زمینه کانون‌های مردمی سلامت انتخاب شوند. تکنیک جمع‌آوری داده‌ها مصاحبه عمیق نیمه‌ساختاریافته بود که چارچوب اصلی سؤالات آن، براساس پیشینه نظری و تجربی در رابطه با موضوع کانون‌های مردمی سلامت به‌ویژه مفاهیم شهر، اجتماع و محله سالم و مشارکت سازمان‌یافته مردمی در نظام سلامت شکل گرفته است؛ بنابراین، در مصاحبه، موضوعات مربوط به عملکرد کانون‌های مردمی سلامت در حوزه‌های مرتبط و درعین حال ضعف‌ها و قوت‌ها، مشکلات و کاستی‌ها و راهکارها برای بهبود وضعیت و عملکرد این کانون‌ها با مشارکت‌کنندگان تحقیق در میان گذاشته و تحلیل شدند. مدت انجام مصاحبه‌ها یک تا یک و نیم ساعت بود. این مصاحبه‌ها ابتدا ضبط و سپس برای تحلیل، مکتوب شدند. از نظر رعایت اخلاق، تمام مصاحبه‌ها با رضایت کامل افراد انجام شدند؛ یعنی قبل از مصاحبه، با افراد مورد نظر تماس گرفته

1. Wu et al.

2. Dooris & Heritage

شد و پس از توضیح هدف تحقیق و جلب رضایت آن‌ها از مشارکت در تحقیق، زمان مصاحبه هماهنگ شد و در موعد مقرر مصاحبه انجام گرفت.

در این تحقیق، برای ارزیابی کیفیت تحقیق، از ترکیبی از سه معیار استفاده شد: ۱. معیار اعتمادپذیری به‌ویژه معیار باورپذیری مورد نظر لینکلن و گوبا^۱ (۱۹۸۵) که برای تأمین این باورپذیری، از راهبردهای حفظ و گسترش ارتباط با مشارکت‌کنندگان و دقت در اجرای فنون کار میدانی استفاده شد؛ ۲. معیار انتقال‌پذیری که زیرمجموعه معیار اعتمادپذیری مورد نظر لینکلن و گوبا (۱۹۸۵) است و برای تأمین آن، از راهبرد توصیف ضخیم مبنی بر توصیف مناسب و عمیق یافته‌ها با همه جزئیات مرتبط با فرایند تحقیق استفاده شد؛ ۳. معیار زاویه‌بندی مورد نظر دنزین (۱۹۸۹) که برای تأمین آن راهبردهای زاویه‌بندی پژوهشگر (استفاده از دو پژوهشگر در تحلیل داده‌ها) و تکنیک ممیزی (نظارت یک نفر متخصص موضوعی و روشی بر مراحل کدگذاری و مقوله‌بندی) به‌کار گرفته شد.

۵. یافته‌ها

با توجه به سؤالات تحقیق در زمینه کانون‌ها، یافته‌ها از چندین بخش اصلی و چندین بخش فرعی شکل گرفته است که هر بخش درعین حال که محتوای خاصی را پوشش می‌دهد و بر آن متمرکز است، با محتوای بخش‌های دیگر مرتبط است و درک مطالب یک بخش، به درک بخش‌های دیگر کمک می‌کند.

۵-۱. کانون‌های سلامت نامردمی و نامحلی

اساساً کانون‌های سلامت با دو پسوند مشخص یعنی «مردمی» و «محلی» هویت‌یابی می‌شوند که اولی دلالت بر شکل‌گیری یا حداقل مدیریت این کانون‌ها توسط مردم و دومی دلالت بر سطح شکل‌گیری و فعالیت این کانون‌ها دارد. در رابطه با وجه «مردمی‌بودن» کانون‌ها، گفتنی است که کانون‌ها اساساً معنای یک انجمن یا سازمان اجتماع‌محور (CBO) را دارند که به شکل غیررسمی در راستای منافع و اهداف اجتماعی فعالیت می‌کنند. پسوند مردمی کانون نیز دلالت بر آن دارد که کانون‌ها و فعالیت‌های آن‌ها براساس نیازهای مردم محلی شکل گرفته و مدیریت و هدایت آن‌ها نیز برعهده آن‌ها است؛ بنابراین، گرچه کانون‌ها از ابتدا توسط اداره کل سلامت شهرداری تهران بنیان‌گذاری شدند و در سطح محله‌ها گسترش یافتند، اما بنا بود که این کانون‌ها در درازمدت مستقل شوند و توسط خود مردم محلی مدیریت شوند. نتایج این تحقیق نشان داد کانون‌های سلامت همچنان بخشی از دستگاه بوروکراتیک شهرداری تهران هستند و به معنای واقعی مردمی نیستند. اگر شهرداری دست از حمایت از این کانون‌ها بردارد و آن‌ها را رها کند، این کانون‌ها نیز ضعیف و نحیف می‌شوند و در درازمدت از بین خواهند رفت؛ فرجامی که چهار کانون پزشکان، پیشگیری از بیماری‌های واگیر، جوانان و پیشگیری از دخانیات به آن مبتلا شدند. قطعاً عوامل متعددی سبب شده تا ماهیت مردمی این کانون‌ها تحت‌الشعاع قرار بگیرد. از جمله این عوامل می‌توان به کمیت‌گرایی حاکم بر فعالیت کانون‌ها یا عضویت مردم در آن‌ها، نبود خوددرکی بین اعضای کانون‌ها نسبت به اقدام جمعی و نظایر آن اشاره کرد: «... مردمی نشدن. من روراست بخوام بگم ببینید خدمات رو بدیم خود بچه‌ها می‌آن پای کار... ما باید تقویتشون کنیم.» (مدیر سلامت منطقه)؛ «این کانون‌ها مشخصاً مردمی نیستن. نگاه مدیران به‌صورت بالا به پایین و فعالیت‌ها به‌صورت دستوری اجرا می‌شه.» (مدیر سلامت منطقه)

اما در رابطه با وجه دوم این کانون‌ها (محلی بودن) که قطعاً با شرایط بهتری نسبت به وجه مردمی آن اجرا شده و بر سر آن بحث و مناقشه نیست، باید گفت حداقل در ظاهر امر و معنای «محلی بودن»، کانون‌ها از همان ابتدا در سطح محلی شکل گرفته‌اند و همچنان در سطح محلی نیز فعالیت می‌کنند؛ بنابراین از حیث فیزیکی و استقرار، خصلت محلی خود حفظ کرده‌اند. منتهی نکته مهم این است که این محلی بودن دلالت بر ویژگی‌های پنهان دیگری هم دارد که باید در هنگام تحلیل این کانون‌ها به آن‌ها توجه کرد. از جمله این ویژگی‌ها اجتماع محوری، ابتدا بر نیاز محلی، رویکرد مشارکتی در سیاست‌گذاری، تصمیم‌گیری، برنامه‌ریزی، اجرا و نظارت است. اساساً براساس این معیارها است که می‌توان درمورد محلی بودن یا نبودن کانون‌ها قضاوت کرد و نتایج تحقیق دلالت چندانی بر این ویژگی‌ها ندارد.

۵-۲. مشارکت حداقلی در کانون‌ها

خدمات و فعالیت کانون‌ها معمولاً به گونه‌ای است که افراد و شهروندان خاصی می‌توانند از آن‌ها بهره ببرند. به عبارتی، یک سری محدودیت‌های زمانی و فرصتی وجود دارد که فقط بخشی از مخاطبان را به خود جلب می‌کند. این خدمات و فعالیت‌ها در ساعاتی ارائه می‌شوند که بخشی از شهروندان یا شاغلان یا اساساً علاقه‌ای به این گونه فعالیت‌ها ندارند. زنان عموماً خانه‌دار و با تحصیلات پایین ترکیب غالب اعضای کانون‌ها را تشکیل می‌دهند و مطالعات قبلی نیز این موضوع را نشان داده‌اند (معاونت امور فرهنگی و اجتماعی شهرداری تهران، ۱۴۰۰ج). دلایل برتری عضویت زنان در کانون‌ها نسبت به مردان را می‌توان به موارد زیادی مانند خانه‌داری زنان و اشتغال مردان، ساعت فعالیت سرای محله، تناسب بیشتر برنامه‌های کانون با زندگی زنان، موانع معرفتی و نگرشی و امثال آن نسبت داد: «بزرگ‌ترین معضلی که ما داشتیم، افرادی که بیشتر مراجعه می‌کنن به کانون، خانه‌دار هستن و سالمند. ما نمی‌تونیم انتظار داشته باشیم از به خانم سالمند خانه‌دار بیاد به بچه‌ش بگه برو به مادرت بگو بیاد عضو کانون مادر و کودک بشه، بیا به شوهرت بگو عضو کانون یاد بشه.» (مدیر سلامت منطقه)

اعضای فعلی کانون‌ها معمولاً سفیران کانون‌ها برای معرفی آن به سایر شهروندان تلقی می‌شوند. منتهی ترکیب فعلی اعضا این امکان را از بین برده است و بنابراین نمی‌توان چنین خروجی‌ای را از این ترکیب انتظار داشت؛ برای مثال، ترکیب عضویتی کانون جهاندیدگان به گونه‌ای است که عمده آن‌ها فاقد تحصیلات بالاتر به‌ویژه دانشگاهی هستند و بنابراین امکان اینکه آن‌ها بتوانند به‌عنوان کنشگر اجتماعی ایفای نقش کنند، دور از انتظار است.

اما اینکه چرا از عضویت مردم در کانون‌ها طی سالیان مختلف کاسته شده، می‌توان به دلایل متعددی مانند شرایط اقتصادی جامعه، شرایط سیاسی، اقتصادی و فعالیت کانون‌ها (باور به سیاسی شدن فعالیت کانون‌ها در طول زمان، شعاری و نمایشی بودن عضویت مردم در کانون‌ها، تلقی از کانون‌ها به‌عنوان ادامه دستگاه ناکارآمد شهرداری، کاهش بودجه برای فعالیت کانون‌ها، کیفیت پایین برنامه‌ها) و عوامل فردی (دریافت نکردن منافع مورد انتظار از عضویت در کانون، اشتغال افراد و ترک کانون، محدودیت زمانی، نبود علاقه، شبکه‌ها و سرمایه اجتماعی افراد) اشاره کرد. مجموع این شرایط موجب شده تا طی سالیان، شکل‌گیری و فعالیت این کانون‌ها نیز دچار نوسان شود؛ به طوری که در سال‌های ابتدایی، عضویت و درعین حال مشارکت اعضا در این کانون‌ها زیاد بود. البته بخش اعظم مصاحبه‌شوندگان معتقدند افزایش اعضا در دوره شکل‌گیری کانون‌ها تابع شرایط و انگیزه‌های سیاسی متولیان وقت بوده است و دموکراسی سلامت و مشارکت مردمی، به آن معنایی که مورد نظر است، محقق نشده است. به همین سبب، از آغاز فعالیت کانون‌ها، عضویت افراد در کانون‌ها روند نوسانی داشته و هیچ‌گاه وضعیت یکسان و ثابتی را از سر نگذرانده است: «اون موقع‌ها آقای...»

هزینه دانشگاه ما رو می‌داد، ما می‌خواستیم درس بخونیم، آقای... هزینه دانشگاه می‌داد. جلسه می‌داشت به ما سکه می‌داد» (مدیر سلامت منطقه)

۵-۳. ناکامی عملکردی کانون‌ها

روایت عملکرد کانون‌ها، روایت ناکامی آن‌ها در برآوردن انتظارات و رسالت تعیین شده است. البته روایت عملکرد کانون‌ها را نمی‌توان به شکل کلی درمورد همه آن‌ها به صورت یکسان ارائه داد، قطعاً این عملکرد بسته به نوع کانون متفاوت است و باید به صورت مشخص درمورد هر کانون به صورت جداگانه سخن گفت. نتایج تحقیق گویای آن است که جز دو کانون سالمندان و معلولان و تا حدودی هم کانون مادرانه، بقیه کانون‌ها عملکرد موفق‌تری در حوزه سلامت نداشته‌اند. بسیاری از این کانون‌ها فاقد شرح وظایف مشخص‌اند، قدرت و ضمانت اجرایی لازم را ندارند، همکاری خوب اعضا و دبیران را ندارند و... : «بعضی از کانون‌ها مومن واقعاً فعال‌اند. معلولان، سالمندان، مادرانه، این‌ها واقعاً فعال‌اند، ولی کانون‌های دیگه رو من شخصاً تکذیب می‌کنم بحث فعال بودنشون رو. کانون پیشگیری از بیمارهای غیرواگیر هست، ما خیلی همایش داریم، خیلی کارگاه داریم، این تا حدودی هست. پای کارن، ولی مثل کانون‌های دیگه مومن فعال نیستند.» (مدیر سلامت منطقه)

یکی از نشانه‌های عدم موفقیت کانون‌ها، کاهش تعداد آن‌ها از ده به هفت است. بسیاری از آن‌ها نیز به دلیل نداشتن عملکرد و فعالیت مشخص، به مرور کم‌رنگ شدند و تا مرحله حذف رفتند. ضمن اینکه از بین این هفت کانون فعلی نیز، فقط سه کانون فعالیت بیشتری دارند. البته برخی از مصاحبه‌شوندگان معتقدند عملکرد کانون‌ها سیر نوسانی داشته است؛ به طوری که عملکرد آن‌ها پیش‌تر و به‌ویژه در زمان ابتدای شکل‌گیری در دوره مدیریت قالبیاف که ایده آن با هدف تبدیل شهرداری به یک نهاد اجتماعی مطرح شد بهتر بود، اما در دوره‌های بعدی این عملکرد رو به ضعف گذاشت. کانون‌ها در ابتدا از سازمان‌دهی بیشتر و فعالیت‌های باکیفیت‌تری برخوردار بودند. حتی بسیاری از برنامه‌ها و فعالیت‌ها به شکل مشارکتی و درخواستی از طرف کانون‌ها تقاضا و سپس توسط اداره کل سلامت با همکاری مردم اجرا می‌شدند: «فرازوفرود داشته البته. الان حقیقتاً تو بهترین شرایطش نیستیم. فکر کنم اوایل دهه ۹۰ وضعیت بهتر بود. این شورش و شوق فعالیت‌های اجتماعی که البته بخشیش متأثر از شرایط و فضای عمومی جامعه و کشور بود... کانون‌ها مثل گذشته فعال نیستند. مثل گذشته فعالیت ندارند.» (یکی از معاونان اداره کل سلامت شهرداری)

البته عملکرد نسبتاً موفق کانون‌های سالمندان، معلولان و مادرانه را می‌توان براساس یک تحلیل دوری و چرخه‌ای بررسی کرد و آن را تا حدودی به سیاست‌های حمایتی شهرداری و در نتیجه شکل‌گیری یک ذهنیت خاص در مدیران اداره سلامت نیز نسبت داد؛ به طوری که شهرداری با حمایت از این سه کانون (به دلیل ترکیب خاص اعضای آن‌ها) موجب فعالیت بیشتر آن‌ها شده است. در نتیجه از سایر کانون‌ها حمایت کمتری شد و نتیجه وضعیتی شد که شاهدش هستیم؛ بنابراین، به نظر می‌رسد کانون سالمندان به دلیل سیاست‌گذاری خود شهرداری، امکانات و بودجه بیشتری در اختیار دارد و بر همین اساس امکان برگزاری برنامه‌های بیشتری از بقیه کانون‌ها دارد.

۵-۴. کثرت و درهم‌تنیدگی مشکلات کانون‌ها

در یک دسته‌بندی کلی، مشکلات کانون‌ها را می‌توان در چند دسته ارائه کرد. البته این مشکلات را نمی‌توان به صورت مجزا شناخت و تحلیل کرد. این عوامل به شکل تعاملی در هم تنیده‌اند و یکدیگر را بازتولید می‌کنند.

مشکلات اقتصادی و مالی: یکی از مهم‌ترین و بنیادی‌ترین مشکلات کانون‌ها در ارائه بهتر خدمات به اعضا، مشکلات

اقتصادی و مالی به‌ویژه نداشتن ردیف بودجه مستقل است که از آغاز شکل‌گیری کانون‌ها نیز نقش مهمی در عملکرد نوسانی آن‌ها داشته است. کانون‌ها معمولاً مجری اقدامات پیش‌بینی‌شده اداره کل سلامت شهرداری و در سطح پایین‌تر اداره سلامت منطقه هستند؛ بنابراین، بودجه‌ای هم که این کانون‌ها در اختیار دارند، همان است که اداره کل سلامت به مناطق تزریق می‌کند و کانون‌ها مصروف فعالیت می‌کنند. از این‌رو، جریان اصلی فعالیت کانون‌ها تابع منابع مالی و بودجه‌ای است که در اختیار دارند و در مقاطع زمانی متعدد، فعالیت این کانون‌ها به دلیل نبود یا کمبود بودجه کاهش یافته یا معلق مانده است. معاونت امور فرهنگی و اجتماعی شهرداری تهران (۱۴۰۰ب؛ ۱۴۰۰ج) مهم‌ترین چالش کانون‌های سالمندان و پیشگیری از دیابت را موانع اقتصادی و مالی، و دمازی، حیدرnia و رهبری بناب (۱۳۹۳) نیز مهم‌ترین مانع فعالیت سازمان‌های مردم‌نهاد در حفظ و ارتقای سلامت جامعه را منابع مالی محدود عنوان کرده‌اند: «ردیف بودجه خاصی نداریم. به ردیف بودجه اداره کل سلامت داره؛ مثلاً امسال اعتبار کل شما یک میلیارده که باید باهاش همه کار/انجام بدیم.» (مدیر سلامت منطقه)

مشکلات اجتماعی و فرهنگی: یکی از مهم‌ترین موانع اجتماعی و فرهنگی پیش‌روی کانون‌ها، ناآشنایی و ناآگاهی مردم از

ماهیت و فعالیت این کانون‌ها است. بسیاری از مردم فاقد دانش و آگاهی لازم درباره کانون‌ها هستند و اساساً نمی‌دانند تشکلی به نام کانون در محله و سرای محله وجود دارد، جز معدود افرادی که به دلایل مختلف به سرای محله تردد می‌کنند: «مردم/اطلاعات ندارند. تبلیغات ما به خرده‌کمه... الان خیلی‌ها نمی‌دونن کانون چیه، یا بیلبردهای شهری. اگر این‌ها باشه مردم بهتر می‌دونن کانون چیه.» (دبیر کانون جهاندیدگان منطقه)

علاوه بر ناآشنایی مردم با کانون‌ها باید به مانع فرهنگی نهادینه‌نشدن کار جمعی و داوطلبانه و اساساً کار غیرانتفاعی به معنای عام در بین مردم اشاره کرد. چه بسا با انجام بسیاری از تبلیغات حتی مؤثر، تا زمانی که مردم نفعی در کار داوطلبانه نبینند، حضور در این کار را ترجیح نمی‌دهند. این روزها بسیاری از مردم با توجه به شرایط نامساعد اقتصادی و مالی، تمایل چندانی به انجام کارهای داوطلبانه ندارند و بنابراین ترجیح می‌دهند به فعالیت‌هایی ورود پیدا کنند که منافع مادی و معنوی مانند نفع اقتصادی و قابل‌رویتی برای آن‌ها به همراه داشته باشد. فعالیت در کانون‌های سلامت یک فعالیت اختیاری و داوطلبانه است و هیچ شهروندی ملزم به عضویت و فعالیت در آن‌ها نیست. در مطالعات قبلی در زمینه کانون‌ها و حتی سایر فعالیت‌های مشارکتی و داوطلبانه نیز مصادیقی از این موانع را شاهدیم (معاونت امور فرهنگی و اجتماعی شهرداری تهران، ۱۴۰۰ب؛ بیدار و قاسمی، ۱۳۹۹).

مشکلات مدیریتی: تغییرات مدیریتی در مجموعه شهرداری و به‌ویژه اداره کل سلامت، سهم مهمی در عملکرد ضعیف

کانون‌ها دارد و این موضوع در مطالعات قبلی نیز اذعان شده است (برای مثال، معاونت امور فرهنگی و اجتماعی شهرداری تهران، ۱۴۰۰الف): «این‌ها دوست دارن به لوح تقدیر از شهردار منطقه بگیرن. شهردار قبلی باز یکی دو جلسه گذاشتن، شهردار جدید هنوز نتونستن وقت بگیرن. می‌گن شلوغه، وقت نداره. اون دوست داره با مدیر ارشد من و شهردار منطقه بشینه دغدغه‌ش رو بگه، موضوعش رو مطرح کنه. این نگاه به کانون‌ها باید عوض بشه» (مدیر سلامت منطقه)

وابستگی کانون‌ها به شهرداری و عدم استقلال آن‌ها در سیاست‌گذاری، از مشکلاتی است که کانون‌ها با آن درگیرند. کانون‌ها از همان آغاز فعالیت با این ایده از سوی شهرداری شکل گرفتند که مشارکت مردمی در امور محله‌ها را کانالیزه کنند. چشم‌انداز این بود که این حرکت مردمی هدایت‌شده بعدها مستقل شود و خود مردم مستقل شوند و کارها را در دست بگیرند. اما در واقعیت، این کانون‌ها همچنان وابسته به شهرداری‌اند و این وضعیت سبب شده تا کانون‌ها به‌عنوان یک کانون مردمی و محلی با ماهیت داوطلبی

فعالیت نکنند و بخشی از ساختار نارسمی و نانوشته شهرداری باشند. برنامه‌های ابلاغ‌شده از بالا به پایین، بودجه و منابع مالی محدود و الزام به رعایت چارچوب‌های ارائه‌شده از سوی اداره کل سلامت، همگی از مواردی‌اند که «استقلال» و حتی «مردمی‌بودن» این کانون‌ها را زیر سؤال برده است: «کانون‌هایی که الان ما داریم، به واسطه عادت‌هایی که به ما کردن، نمی‌تونیم از شون انتظار داشته باشیم به صورت خودجوش فلان برنامه رو بدارن. پس ما به عنوان نهاد متولی که ادعا می‌کنیم این کانون‌ها رو شکل دادیم و این فعالیت‌ها رو داریم براشون انجام می‌دیم، نمی‌تونیم باز ادعا داشته باشیم که این‌ها گروه‌های داوطلب مردمی هستن. این‌ها داوطلب نیستن. کاری انجام نمی‌دن.» (مدیر سلامت منطقه)

فعالیت جزیره‌ای، نبود اراده و عزم راسخ مدیران برای جلب مشارکت مردمی، کمیت‌گرایی مدیران شهرداری در برگزاری برنامه‌ها و فعالیت‌ها، نداشتن یک مسئول واحد برای تمام کانون‌ها، نبود بانک اطلاعاتی جامع درمورد اعضای کانون‌ها و یکپارچه‌نبودن آمار کانون‌ها، نبود یک برنامه و دستور کاری مشخص برای اعضای کانون‌ها، محدودبودن دبیران کانون‌ها به افرادی محدود و خاص، تبعیض منفی شهرداری نسبت به کانون سالمندان و معلولان، نبود یک متولی مشخص برای حوزه سلامت شهری، و نداشتن سازوکار مالی مشخص برای مدیریت پیمانکاری برنامه‌ها و فعالیت‌های کانون‌ها از دیگر مشکلات مدیریتی و اجرایی کانون‌های سلامت به‌شمار می‌روند.

مشکلات فیزیکی و تجهیزاتی: در حال حاضر بسیاری از این کانون‌ها که ذیل سرای محله فعالیت می‌کنند، برنامه‌ها و فعالیت‌های خود را در قالب سرای محله اجرا می‌کنند. این کانون‌ها فاقد یک اتاق و دفتر مشخص برای هماهنگی برنامه‌های خود هستند. برخی از سراهای محله آسانسور برای تردد سالمندان و معلولان ندارند؛ به‌طوری‌که آن‌ها به دلیل کهولت سن و ناتوانی جسمی و حرکتی یا حسی، برای تردد در این سراها با دشواری مواجه هستند و چه بسا از تردد منصرف شوند. سرای محله ساعت مشخصی برای فعالیت دارد و در نتیجه امکان استفاده همیشگی از امکانات آن‌ها برای سالمندان فراهم نیست: «سرای محله تو همین منطقه... داریم. متأسفانه سرای محله‌ش مناسب برای رفتن خود من معلول هم نیست. من معلول ویلچری نمی‌تونم داخلش برم؛ چون ساختمونش مناسب‌سازی نشده.» (دبیر سابق کانون معلولان منطقه)

مشکلات حقوقی و قانونی: یکی از مهم‌ترین مشکلات حقوقی و قانونی کانون‌ها، عدم ثبت آن‌ها در ساختار شهرداری است. این کانون‌ها جایگاه رسمی در ساختار تشکیلاتی و اداری شهرداری ندارند. استقرار و فعالیت آن‌ها ذیل شهرداری کاملاً غیررسمی است و چه بسا پس از تغییرات مدیریت شهرداری، کاملاً از بین بروند: «یه بخش عمده‌ای از مشکلی که در این حوزه داریم، محدودیت و اشکال قانونیه که امکان ثبت این‌ها رو فراهم نکرده. چند بار شهرداری تلاش کرد این‌ها رو ثبت کنه. به دلایل مختلف این اتفاق نیفتاد.» (یکی از معاونان اداره کل سلامت شهرداری)

مشکل حقوقی و قانونی دیگر، کارت شناسایی و هویت‌نداشتن دبیران و اعضای کانون‌ها است؛ کاری که می‌تواند نوعی اعتبار اجتماعی برای آن‌ها داشته باشد. معاونت امور فرهنگی و اجتماعی شهرداری تهران (۱۴۰۰ب) در گزارش مستندسازی کانون پیشگیری از دیابت نیز دریافت که یکی از مهم‌ترین مشکلات این کانون‌ها، ضرورت هویت‌بخشی به دبیران و اعضای کانون‌های دیابت است. براساس نتایج تحقیق حاضر، دبیران و اعضای کانون‌ها در حال حاضر هیچ‌گونه مدرک هویتی مبنی بر همکاری با کانون‌ها را ندارند؛ بنابراین، هیچ تفاوتی بین آن‌ها و سایر شهروندان عادی که هیچ ارتباطی با کانون‌ها ندارند، وجود ندارد. البته گویا پیش از این چنین کاری بود. منتهی با توجه به نزدیک‌شدن زمان برگزاری انتخابات جدید، گفتند فعلاً مدیران سلامت دست نگه‌دارند تا دستورالعمل جدید صادر شود و سپس برای صدور کارت برای دبیران اقدام شود.

۶. بحث و نتیجه‌گیری

کانون‌های سلامت یکی از ابزارهای تحقق ایده اجتماعی‌شدن نظام سلامت در سطح محله‌ها هستند (حسینی، بهره‌ور و لطفی، ۱۴۰۰) که با هدف بهبود نظام سلامت شهری از حیث افزایش مطلوبیت دسترسی، اثربخشی و عادلانه‌بودن سیاست‌های آن شکل گرفتند. خصیصه اصلی این کانون‌ها مردمی‌بودن آن‌ها است و تمام تلاش شهرداری این است که اداره آن‌ها و در نتیجه حوزه سلامت را پس از مدتی که شکل گرفتند، به خود مردم واگذار کنند. اما براساس نتایج تحقیق حاضر، واقعیت این کانون‌ها حاکی از آن است که کانون‌های سلامت به دلایل مشکلات متعدد از جمله تغییرات مداوم مدیریتی و در نتیجه تغییر نگاه مدیران وقت شهرداری به کانون‌ها، نبود مشارکت واقعی اعضا، فقدان صلاحیت و انتخاب شایسته دبیران و... در مجموع عملکرد موفق و ویژه‌ای در حوزه سلامت نداشته‌اند و بسیاری از تلاش‌ها و اقدامات آن‌ها محدود به یک سری برنامه‌های مناسبتی از پیش تعیین‌شده توسط اداره کل سلامت شهرداری در سطح محله‌ها شده است؛ بنابراین، این کانون‌ها با تبدیل‌شدن به مجری شهرداری، به معنای واقعی مردمی نیستند و نتوانسته‌اند ساختار مشارکتی را در سطح محله‌ها ایجاد کنند و نهادینه سازند. این در حالی است که بهترین حالت و صورت مشارکت کانون‌های مردمی در حوزه سلامت، مشارکت آن‌ها در حوزه سیاست‌گذاری نظام سلامت است و نتایج این تحقیق حکایت از غیبت چنین نقشی در بین کانون‌ها دارد. مطالعات قبلی نیز به نتایج مشابهی در این زمینه دست یافتند (برای مثال، معاونت امور فرهنگی و اجتماعی شهرداری تهران، ۱۴۰۰الف؛ خدایاری-زرنق و همکاران، ۲۰۲۰). احمدزاده، اسماعیلیان و تیموری (۱۴۰۳) در مطالعه موانع مشارکت مردمی در نظام سلامت، مهم‌ترین مانع را موانع ساختاری نام بردند؛ درحالی‌که مدیریت نظام سلامت در چشم‌انداز شهر سالم باید مبتنی بر رویکرد پایین به بالا، شراکت همکاری‌جویانه همه ذی‌نفعان، مشارکت افراد و نظایر آن باشد (معاونت امور فرهنگی و اجتماعی شهرداری تهران، ۱۴۰۰الف؛ ۱۴۰۰ب؛ ملک افضلی، ۱۴۰۱؛ سوهرمن، ۲۰۲۲) تا بتواند علاوه بر انگیزه‌بخشی به ارائه‌دهندگان سلامت، با افزایش مسئولیت‌پذیری در جامعه و کاهش هزینه‌های نظام سلامت موجب تداوم و اثربخشی برنامه‌ها نیز می‌شود.

کانون‌های سلامت شهرداری به دلیل وابستگی به اداره کل سلامت شهرداری به‌ویژه از حیث سیاست‌گذاری، طراحی و تدوین برنامه‌ها، تأمین مالی، مجری صرف برنامه‌ها، عدم همکاری و مشارکت واقعی اعضا و نظایر آن، فاقد پایداری لازم هستند. نتایج این مطالعه نشان داد چنانچه اداره کل شهرداری از حمایت خود از این کانون‌ها دست بردارد، آن‌ها پایداری و پس از مدتی عملکرد و هستی خود را از دست خواهند داد. مشابه چنین وضعیتی را در مورد چهار کانون غیرفعال (پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر، پزشکان، جوانان، پیشگیری از دخانیات) می‌توان مشاهده کرد؛ کانون‌هایی که به دلیل عدم حمایت لازم شهرداری با توجه به رویکرد حمایتی غالب شهرداری از سه کانون جهان‌دیدگان، معلولان و مادرانه، غیرفعال هستند و فعالیت چندانی ندارند. این حمایت وابسته‌گونه شهرداری از این کانون‌ها، ریسک بزرگی برای ناپایداری آن‌ها است و هویت و فعالیت آن‌ها را تحت تأثیر منفی قرار می‌دهد. این در حالی است که هدف اصلی از شکل‌گیری و توسعه کانون‌ها، سپردن کارها و امور حوزه سلامت به دست خود مردم محلی بوده است. مشارکت سازمان‌های غیردولتی از جمله کانون‌های مردمی در نظام سلامت شهر تهران، فرایند پیچیده‌ای است که در آن باید عناصر و ابعاد زیادی را در نظر گرفت. سندگل و همکاران (۲۰۲۲) در همین زمینه معتقدند تقویت مشارکت سازمان‌های غیردولتی در نظام سلامت ایران نیازمند چهار الزام اساسی است: توانمندسازی برای یادگیری مهارت‌های رهبری و مدیریت، ایجاد مشارکت فعال در سیاست‌گذاری، ظرفیت‌سازی برای مشارکت و شفاف‌سازی فرایند مشارکت. معاونت امور فرهنگی و اجتماعی شهرداری تهران

(۱۴۰۰ج) نیز در مطالعه کانون‌های سالمندان نشان داد دبیران کانون سالمندان و اعضای آن‌ها از قدرت تصمیم‌گیری و اختیار لازم برای استفاده از منابع موجود در فعالیت‌های خود برخوردار نیستند.

از دیگر الزامات مشارکت عمومی و مشخصاً در نظام سلامت، فراهم‌بودن امکانات و تسهیلات مانند تشویق‌ها، آگاهی، حمایت سازمانی و نهادی، ارتباط مستمر، واگذاری کارها و... از یک سو و حذف موانع مانند فقر آگاهی و دانش مشارکتی، حمایت‌های مالی و سازمانی و نظایر آن از سوی دیگر است. در همین زمینه، ابراهیم‌نژاد و همکاران (۱۴۰۲) در مدلی که برای سیاست‌گذاری سلامت مشارکت‌محور در سطح محلی طراحی و ارائه کردند، دریافتند که عوامل تأثیرگذار بر مشارکت مردمی در نظام سلامت شامل سه دسته عوامل فردی، محیطی و زمینه‌ای است و مشارکت در فرایند سیاست‌گذاری سلامت مستلزم استفاده از تسهیل‌کننده‌ها و حذف یا کاهش موانع است. سطوح محلی از لحاظ مسائل سلامت در ایران درگیر چالش‌های پیچیده‌ای هستند که حل این مسائل با مشارکت واقعی خود آن‌ها امکان‌پذیر است. اخوان بهبهانی و همکاران (۱۳۹۹) وقتی چالش‌های مشارکت در قانون‌گذاری در بخش سلامت را مورد مطالعه قرار دادند، در کنار عوامل متعدد قانونی، زیرساختی، عوامل مربوط به مشارکت‌کنندگان (مردم) و عوامل مربوط به مشارکت‌پذیران (قانون‌گذاران) که در این زمینه اشاره می‌کنند، از عوامل فرهنگی و اجتماعی نیز یاد کردند. آن‌ها توضیح دادند که بی‌اعتمادی مردم، نگرفتن بازخورد مناسب از مشارکت و عدم اعتقاد به تأثیرگذاری از مهم‌ترین موانع در این حوزه به‌شمار می‌روند. بنا به مطالعه محمد و همکاران (۲۰۲۰) نیز که به بررسی ابتکارات مشارکت و توانمندسازی اجتماع محلی در تحقق ۱۱ شهر سالم در منطقه مدیریتانه شرقی پرداختند، اگرچه مشارکت و توانمندسازی اجتماع محلی در قلب این ابتکارات قرار دارد، اما برای معنادارتر بودن این مشارکت، بخش‌های مرتبط با دولت باید این امر را به‌عنوان بخشی جدایی‌ناپذیر از توسعه راهبردی بلندمدت پیش‌بینی کنند. علاوه‌براین، تغییر پارادایم به‌سمت رویکردی یکپارچه‌تر برای ارتقای سلامت و رفاه، دستیابی به اهداف توسعه پایدار مرتبط با سلامت را تسریع می‌کند و نابرابری‌های سلامت را در محیط‌های شهری کاهش می‌دهد که نیازمند همکاری چندجانبه ذی‌نفعان از جمله بخش عمومی، بخش خصوصی و جوامع مدنی است.

در پایان، به‌منظور بهبود جایگاه کانون‌ها در نظام سلامت شهر تهران، پیشنهادهایی قابل‌طرح و ارائه‌اند، مانند: ایجاد تغییرات معرفتی و سیاستی، تشکیل شورای علمی کانون‌ها، تدوین و اعتباریابی الگوی مشارکت کانون‌ها در نظام سلامت کشور، تلاش مدیران شهرداری برای به‌رسمیت‌شناسی و اعطای هویت رسمی به کانون‌ها، توانمندسازی دبیران و اعضای کانون‌ها، تقویت شبکه‌سازی بین کانون‌ها، استفاده از تجارب سازمان‌های غیردولتی (NGOs) موفق در سایر حوزه‌ها، تدوین و تقویت پشته و سازوکار مالی شهرداری برای تأمین مالی کانون‌ها، حذف تبعیض منفی شهرداری و اداره کل سلامت نسبت به کانون‌های سالمندان، معلولان و مادرانه، بازنگری دوره‌ای و مستمر دستورالعمل‌ها و آیین‌نامه‌های مرتبط با کانون‌ها، تدوین و به‌روزرسانی سند راهبردی و برنامه عملیاتی برای هر کانون، گسترش خدمات رفاهی به دبیران و اعضای کانون‌ها، تدوین بانک جامع اطلاعات خانوارها، عمومی‌کردن کانون‌ها و تدوین نظام مستمر پایش و ارزیابی عملکرد کانون‌ها.

مأخذ مقاله: مستخرج از طرح پژوهشی با عنوان «بررسی و تحلیل روند توسعه و کیفیت خدمات کانون‌های مردمی سلامت شهر

تهران»، با حمایت مالی مرکز مطالعات و برنامه‌ریزی شهر تهران. بدینوسیله از ریاست، مدیران و کارشناسان محترم این مرکز سپاسگزاری می‌شود. در این مقاله تعارض منافی وجود ندارد.

منابع

- ابراهیم‌نژاد، مریم و همکاران (۱۴۰۲). طراحی مدلی برای سیاست‌گذاری سلامت مشارکت‌محور در سطح محلی. *فصلنامه تصویر سلامت*، ۱۴ (۴)، ۴۷۷-۴۹۱. <https://doi.org/10.34172/doh.2023.37>
- احمدزاده، سمیه، اسماعیلیان، حسن و تیموری، جعفر (۱۴۰۳). بررسی و اولویت‌بندی موانع مشارکت مردمی در نظام سلامت (مورد مطالعه: مجتمع خیرین و کارمندان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان). *مطالعات وقف و امور خیریه*، ۲ (۲)، ۱۹۵-۲۱۶. <https://doi.org/10.22108/ecs.2024.141387.1108>
- اخوان بهیانی، علی، مسعودی اصل، ایروان، حسام، سمیه و نجفی‌خواه، محسن (۱۳۹۹). چالش‌های مشارکت در قانون‌گذاری در بخش سلامت (مطالعه کیفی). *آرشیو توانبخشی*، ۲۱ (۴)، ۴۵۴-۴۶۹. <http://doi.org/10.32598/RJ.21.4.555.2>
- اداره کل سلامت شهرداری تهران (۱۳۸۸). *راهنمای آموزشی مدیریت سلامت شهری مبتنی بر جامعه محلی*. تهران: معاونت امور اجتماعی و فرهنگی.
- افشاری، علی (۱۳۸۷). *بررسی نظرات شهروندان ساکن در منطقه ۱۱ درباره فعالیت خانه‌های سلامت منطقه*. دفتر مطالعات اجتماعی و فرهنگی شهرداری تهران، معاونت امور اجتماعی و فرهنگی شهرداری منطقه ۱۱.
- امیرحسینی، علی، شفیع رودپشتی، میثم، شیرازی، حسین و جنتی‌فر، حسین (۱۴۰۱). طراحی الگوی توسعه مشارکت‌های عمومی خصوصی نظام سلامت به روش فراترکیب. *مجله دانشگاه علوم پزشکی قم*، ۱۶ (۴)، ۲۶۲-۲۷۸. <http://doi.org/10.32598/qums.16.4.2625.1>
- بیدار، زهرا و قاسمی، غلامعلی (۱۳۹۹). نقش سازمان‌های مردم‌نهاد در توسعه حق بر سلامت. *فصلنامه حقوق پزشکی*، ۵۲، ۷-۲۶.
- حسینی، سعید، بهرور، ولی و لطفی، محمدحسن (۱۴۰۰). خانه مشارکت مردم در سلامت: محلی برای حضور نمایندگان مردم در برنامه‌ریزی، اجرا و نظارت بر برنامه‌های حوزه سلامت. *تحقیقات سلامت*، ۱۰ (۴)، ۲۸۳-۲۸۴. <http://doi.org/10.18502/jchr.v10i4.8333>
- دماری، بهزاد، حیدرنیا، محمدعلی و رهبری بناب، مریم (۱۳۹۳). نقش و عملکرد سازمان‌های مردم‌نهاد در حفظ و ارتقای سلامت جامعه. *پایش*، ۱۳ (۵)، ۵۴۱-۵۵۰.
- رجبی، مهناز، ابراهیمی، پروین و آرین خصال، آیدین (۱۴۰۱). ارائه الگوی مشارکت سازمان‌های مردم‌نهاد در نظام سلامت ایران. *مدیریت سلامت*، ۲۵ (۳)، ۳۰-۴۹. <http://doi.org/10.22034/25.3.30>
- قربانی، محمدرضا، تقی‌پور، فائزه و پورمیری، منصوره (۱۴۰۲). راهبردهای توسعه مشارکت‌های اجتماعی در سازمان‌های مردم‌نهاد و مؤسسات خیریه. *توسعه محلی (روستایی-شهری)*، ۱۵ (۱)، ۲۳۷-۲۵۲. <https://doi.org/10.22059/jrd.2023.361246.668799>
- معاونت امور فرهنگی و اجتماعی شهرداری تهران (۱۳۹۹). *گزارش شورای سلامت*. فرهنگ شهر، شماره ۶۴.
- معاونت امور فرهنگی و اجتماعی شهرداری تهران (۱۴۰۰الف). *گزارش مستندسازی کانون‌های اجتماع‌محور سلامت (مطالعه موردی: کانون معلولان)*. فرهنگ شهر، شماره ۴۳.
- معاونت امور فرهنگی و اجتماعی شهرداری تهران (۱۴۰۰ب). *گزارش مستندسازی کانون‌های اجتماع‌محور سلامت (مطالعه موردی: کانون پیشگیری از دیابت)*. فرهنگ شهر، شماره ۴۲.
- معاونت امور فرهنگی و اجتماعی شهرداری تهران (۱۴۰۰ج). *گزارش مستندسازی کانون‌های اجتماع‌محور سلامت (مطالعه موردی: کانون سالمندان)*. فرهنگ شهر، شماره ۳۱.
- ملک‌افضلی، حسین (۱۴۰۱). مشارکت جامعه در مدیریت نظام سلامت: بیان چالش‌ها و ارائه راهکارها. *مجله فرهنگ و ارتقای سلامت (فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران)*، ۹ (۱)، ۹-۱۱. <http://doi.org/10.22034/6.1.10>
- نوابخش، مهرداد و گرمسیری، سمانه (۱۴۰۲). چالش‌های کانون‌های سلامت برای دستیابی به حکمرانی مشارکتی. *مطالعات و تحقیقات اجتماعی در ایران*، ۱۲ (۱)، ۱۵۱-۱۶۹. <http://doi.org/10.22059/jisr.2022.332267.1248>

References

- Afshari, A. (2008). *Survey of the opinions of citizens living in District 11 about the activities of the health centers in the region*. Office of Social and Cultural Studies of Tehran Municipality, Deputy of Social and Cultural Affairs of District 11 Municipality. (In Persian)
- Ahmadzadeh, S., Esmailian, H., & Teimouri, J. (2024). Investigating and Prioritizing Barriers to Public Participation in the Health System (Case Study: Association of Benefactors and Employees of Isfahan University of Medical Sciences). *Journal of Endowment & Charity Studies*, 2(2), 195-216. <https://doi.org/10.22108/ecs.2024.141387.1108> (In Persian)
- Akhavan Behbahani, A., Masoudi Asl, I., Hesam, S., & Najafikhah, M. (2021). Challenges for Public Participation in Health Legislation in Iran: A Qualitative Study. *Jrehab*, 21(4), 454-469. <http://doi.org/10.32598/RJ.21.4.555.2> (In Persian)
- Amirhosseini, A., Shafiee Rudposhti, M., Shirazi, H., & Jannatifar, H. (2022). A Model for the Development of Public-private Partnerships in the Iranian Health System Using a Meta-Synthesis Approach. *Qom Univ Med Sci J*, 16(4), 262-278. <http://doi.org/10.32598/qums.16.4.2625.1> (In Persian)
- Behdjat, H., Rifkin, S.B., Tarin, E., & Sheikh, M.R. (2018). A new role for women health volunteers in urban Islamic Republic of Iran. *Eastern Mediterranean health journal*, 15(5), 1164-1173.
- Bidar, Z., & Ghasemi, G. (2020). Role of NGOs in Developing the Right of Health. *MLJ*, 14(52), 7-26. (In Persian)
- Damari, B., Heidarnia, M.A., & Rahbari Bonab, M. (2014). Role and performance of Iranian NGOs in community health promotion. *Payesh*, 13(5), 541-550. (In Persian)
- Deputy of Cultural and Social Affairs of Tehran Municipality (2020). *Report of the Health Council*. Farhang Shahr, N. 64. (In Persian)
- Deputy of Cultural and Social Affairs of Tehran Municipality (2021A). *Report on Documentation of Community-Based Health Centers (Case Study: Center for the Disabled)*. Farhang Shahr, N. 43. (In Persian)
- Deputy of Cultural and Social Affairs of Tehran Municipality (2021B). *Report on Documentation of Community-Based Health Centers (Case Study: Center for the Prevention of Diabetes)*. Farhang Shahr, N. 42. (In Persian)
- Deputy of Cultural and Social Affairs of Tehran Municipality (2021C). *Report on Documentation of Community-Based Health Centers (Case Study: Center for the Elderly)*. City Culture, N. 31. (In Persian)
- Dooris, Mark & Heritage, Zoe (2013). Healthy Cities: Facilitating the Active Participation and Empowerment of Local People. *J Urban Health*, 90, (Suppl 1), 74–91. <https://doi.org/10.1007/s11524-011-9623-0>
- Ebrahimnezhad, M. et al. (2023). Designing a Model for Participatory Health Policy at the Local Level. *Depiction of Health*, 14(4), 477-491. <https://doi.org/10.34172/doh.2023.37> (In Persian)
- Edwards, Peggy & Tsouros, Agis D. (2008). *A healthy city is an active city*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Ghorbany, M. R., Taghipour, F., & Pourmiri, M. (2023). Plans for the Formation of Communal Partnerships In Non-governmental and Charitable Organizations. *The Journal of Community Development (Rural-Urban)*, 15(1), 237-252. <http://doi.org/10.22059/jrd.2023.361246.668799> (In Persian)
- Glouberman, Sholom et al. (2006). A framework for improving health in cities: a discussion paper. *Journal of urban health: bulletin of the New York Academy of Medicine*, 83(2), 325–338. <https://doi.org/10.1007/s11524-006-9034-9>
- Hosseini, S., Bahrevar, V., & Lotfi, M.H. (2021). House of People Participation in Health: A place to attend people's representatives to plan, implement and monitor health programs. *JCHR*, 10(4), 283-284. <http://doi.org/10.18502/jchr.v10i4.8333> (In Persian)
- Khodayari-Zarnaq, R., Kakemam, E., Arab-Zozani, M., Rasouli, J., & Sokhanvar, M. (2020). Participation of Iranian non-governmental organizations in health policy-making; barriers and strategies for development. *International Journal of Health Governance*, 25(1), 46-56. <https://doi.org/10.1108/IJHG-07-2019-0056>
- Lee, Hyunji, Siri, José, Hasoloan, Jonathan, Chapman, Terri B., & Das, Maitreyi Bordia (2023). *Healthy Cities: Revisiting the Role of Cities in Promoting Health*. World Bank Group, Available on: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/099101623114534329/pdf/P1744970b06d4e0940b34503008f2d565c6.pdf>.

- Malekafzali, H. (2022). Community Participating in Health System Management: Challenges and Solutions. *Iran J Cult Health Promot*, 6(1), 9-11. <http://doi.org/10.22034/6.1.10> (In Persian)
- Mohamed, N. et al. (2020). Community Participation and Empowerment in Healthy Cities Initiative: Experience from the Eastern Mediterranean Region. *Social Behavior Research & Health (SBRH)*, 4(2), 553-565.
- Navabakhsh, M., & Zamani Garmsiri, S. (2023). Challenges of Health Centers to Achieve Participatory Governance. *Social Studies and Research in Iran*, 12(1), 151-169. <http://doi.org/10.22059/jisr.2022.332267.1248> (In Persian)
- Office of Public Health and Science (1998). *Healthy People in Healthy Communities A Guide for Community Leaders*. U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion, June, Available on: <http://odphp.osophs.dhhs.gov/pubs/healthycommunities/defined.html>.
- O'Meara, P., Houge, T., & Saving, H. (2019). *The power of community action in country Victoria*. In '7th National Rural Health conference, Hobart, Tas., 1-4 . (Ed. G Gregory) (National Rural health Alliance: Canberra) Available at http://nrha.ruralhealth.org.au/conferences/docs17thNRHC/Papers/generalpapers/omeara_houge.pdf.
- Rajabi, M., Ebrahimi, P., & Aryankhesal, A. (2022). Developing a model for partnership of non-governmental organizations in Iran's health system. *Jha*, 25(3), 30-49. <http://doi.org/10.22034/25.3.30> (In Persian)
- Sanadgol, A., Doshmangir, L., Majdzadeh, R., & Gordeev, V. S. (2022). *Strategies to strengthen non-governmental organizations' participation in the Iranian health system*. *Frontiers in public health*, 10, 929614. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.929614>
- Saur, K.G. (2023). *Changing roles of NGOs in the creation, storage and dissemination of information in developing countries*. Munich: Deutsche Nationalbibliothek Publications.
- Senior, C., Temeljotov Salaj, A., Johansen, A., & Lohne, J. (2023). Evaluating the Impact of Public Participation Processes on Participants in Smart City Development: A Scoping Review. *Buildings*, 13(6), 1484. <https://doi.org/10.3390/buildings13061484>
- Suherman, Diki (2022). Public Participation in Healthy City Planning: Maintaining a Balanced Usage of City Green Spaces. *International Journal of Nusantara Islam*, 10(1), 49-59. <https://doi.org/10.15575/ijni.v10il.21515>
- Taylor, J., Wilkinson, O., & Cheers, B. (2021). Community participation in organizing rural general practice: is it sustainable?. *The Australian Journal of Rural Health*, 14, 144-147.
- Tehran Municipality Health Department (2009). *Educational Guide for Community-Based Urban Health Management*. Tehran: Deputy for Social and Cultural Affairs. (In Persian)
- WHO (2012). *Healthy cities tackle the social determinants of inequities in health: a framework for action*. WHO Regional Office for Europe. Available on: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/112253/9789289057912-eng.pdf?sequence=3>.
- WHO (2020). *Constitution of the World Health Organization*. In: WHO Basic Documents. Forty-ninth ed., Including amendments adopted up to 31 May 2019, Geneva, World Health Organization.
- Wilson, M.G., Lavis, J.N., & Guta, A. (2012). Community-based organizations in the health sector: A scoping review. *Health Res Policy Sys*, 10(36). <https://doi.org/10.1186/1478-4505-10-36>
- Wolff, Tom (2003). The Healthy Communities Movement: A Time for Transformation. *National Civic Review, Special Issue: Strategies for Promoting Civic Engagement and Citizen Democracy*, 92(2), 95-111. <https://doi.org/10.1002/ncr.10>
- Wu, Jih-Shong (2024). Factors Influencing the Health of Cities: Panel Data from 22 Cities in Taiwan. *Sustainability*, 16(16), 7056. <https://doi.org/10.3390/su16167056>