Review

Socialization of Health: Implementation of the Eleventh Paragraph of the General Health Policy

Fatemeh Jafari[1], Sedighe Sadat Tabatabaei Far[2], Sulmaz Ghahramani[3*], Kamran Bagheri Lankarani[4]

1. Student Research Committee, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran.
2. Student Research Committee, School of Health Management and Information Sciences, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran.
3 . Assistant Professor Health Policy Research Center, Institute of Health, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran.
4. Distinguished Professor Health Policy Research Center, Institute of Health, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran.
*Corresponding Author: E-mail: suli.ghahraman@gmail.com

(Received 28 August 2025 Accepted 30 May 2026)

Abstract

Background and Objective: Like many countries, Iran's health system faces numerous challenges, including increasing health demands, limited resources, and the need to improve health system performance. In recent years, strengthening the social perspective in the health system has become one of the major priorities of the Ministry of Health and Medical Education. However, achieving health socialization requires a clear and evidence-informed roadmap. This study aimed to identify the key dimensions of health socialization and propose practical strategies for implementing Article 11 of the General Health Policies in Iran.

Methods: This policy brief was developed based on a synthesis of discussions presented in the specialized panels of the Fourth National Congress on Social Health Studies, supplemented by expert consultations and review of relevant evidence. The collected information was analyzed to identify the main components, challenges, and strategic recommendations related to health socialization.

Results: The findings highlighted social participation, improvement of health literacy, intersectoral collaboration, social accountability in medical education and research, and the engagement of non-governmental organizations and health charities as the major components of health socialization in Iran. The need for effective mechanisms to enhance public participation, increase health awareness, and allocate resources according to local health needs was also emphasized.

Conclusion: Health socialization can serve as an effective strategy for improving health outcomes, enhancing community participation, and strengthening the performance of the health system. Successful implementation of this approach requires comprehensive planning, promotion of a culture of participation, stronger intersectoral collaboration, and effective utilization of community capacities.

Keywords: *Citizen Science, Health Literacy, Socialization of Health, Social Accountability.*

ClinExc 2025;16(11-24) (Persian).

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-09-16]

اجتماعی‌شدن سلامت: اجرایی‌شدن بند یازدهم سیاست‌های کلی سلامت

فاطمه جعفری[۱]، صدیقه سادات طباطبایی فر[۲]، سولماز قهرمانی[۳]*، کامران باقری لنکرانی[۴]

چکیده

مقدمه: نظام سلامت ایران همانند بسیاری از کشورهای جهان با چالش‌هایی نظیر افزایش بار بیماری‌ها، محدودیت منابع و ضرورت ارتقای کارایی خدمات سلامت مواجه است. در سال‌های اخیر، تقویت رویکرد اجتماعی در نظام سلامت به‌عنوان یکی از اهداف مهم وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مورد توجه قرار گرفته است. بااین‌حال، تحقق اجتماعی‌شدن سلامت مستلزم وجود نقشهٔ راهی روشن و مبتنی‌بر شواهد است. این مطالعه با هدف تبیین ابعاد اجتماعی‌شدن سلامت و ارائهٔ راهکارهای اجرایی برای تحقق بند یازدهم سیاست‌های کلی سلامت انجام شد.

روش کار: این مطالعه در قالب خلاصهٔ سیاستی انجام شد. داده‌های مورد استفاده از طریق جمع‌بندی مباحث مطرح‌شده در پنل‌های تخصصی چهارمین کنگرهٔ ملی مطالعات اجتماعی سلامت، جلسات مشورتی و اخذ نظرهای صاحب‌نظران حوزهٔ سلامت گردآوری شد. پس از بررسی و تلفیق دیدگاه‌ها، مهم‌ترین مؤلفه‌ها، چالش‌ها و راهکارهای مرتبط با اجتماعی‌شدن سلامت استخراج و تحلیل شدند.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که مشارکت اجتماعی، ارتقای سواد سلامت، تقویت همکاری‌های بین‌بخشی، پاسخ‌گویی اجتماعی در آموزش و پژوهش پزشکی و بهره‌گیری از ظرفیت سازمان‌های مردم‌نهاد و خیرین سلامت از مهم‌ترین مؤلفه‌های اجتماعی‌شدن سلامت در ایران هستند. همچنین، ضرورت طراحی سازوکارهای مؤثر برای جلب مشارکت مردم، افزایش آگاهی عمومی و تخصیص منابع متناسب با نیازهای محلی مورد تأکید قرار گرفت.

نتیجه‌گیری: اجتماعی‌شدن سلامت می‌تواند به‌عنوان یکی از راهبردهای مؤثر در ارتقای شاخص‌های سلامت، افزایش مشارکت جامعه و بهبود کارایی نظام سلامت مورد توجه قرار گیرد. تحقق این رویکرد نیازمند برنامه‌ریزی منسجم، تقویت فرهنگ مشارکت اجتماعی، همکاری بین‌بخشی و بهره‌گیری از ظرفیت‌های موجود در جامعه است.

واژه‌های کلیدی: اجتماعی‌شدن سلامت، سواد سلامت، علم شهروندی، پاسخ‌گویی اجتماعی.

۱. کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.
۲ کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.
۳ استادیار مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.
۴. استاد ممتاز دانشگاه علوم پزشکی شیراز، مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت، پژوهشکده سلامت، شیراز، عضو پیوسته فرهنگستان علوم پزشکی، شیراز، ایران.

*نویسنده مسئول: استان فارس، شهرستان شیراز، دانشکده پزشکی، مرکز تحقیقات سیاست گذاری سلامت Email: suli.ghahraman@gmail.com

تاریخ دریافت:۱۴۰۴/۰۶/۰۶ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۴۰۵/۰۱/۲۱ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۳/۰۹

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-09-16]

مقدمه

نظام سلامت ایران نیز مانند بسیاری از کشورها با چالش‌های فراوانی مواجه است که یکی از برجسته‌ترین آن‌ها افزایش بار بیماری‌های غیرواگیر، افزایش میانگین سنی جمعیت و متعاقب آن، افزایش هزینه‌های سلامت است. در چنین شرایطی، عوامل متعددی مانند بهره‌گیری از نیروهای مؤثر جامعه می‌تواند نظام سلامت را برای دستیابی به اهداف خود حمایت کند (۱-۳). یکی از مهم‌ترین اهداف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال‌های اخیر، تقویت دیدگاه اجتماعی در نظام سلامت بوده و اقداماتی ازجمله ایجاد معاونت اجتماعی در وزارتخانه و دانشگاه‌های علوم پزشکی ازجمله نمونه‌های آن است.

سیاست‌گذاران و تصمیم‌گیرندگان برای اجتماعی‌شدن سلامت تعاریف بسیاری ارائه کرده‌اند، اما تاکنون تعریف واحد، دقیق و جامعی برای اجتماعی‌شدن سلامت ارائه نشده است. این موضوع می‌تواند به سردرگمی ذی‌نفعان و اجرای برنامه‌های مربوطه منجر شود. معادل انگلیسی این اصطلاح با تعاریفی که سیاست‌گذاران ایران ذکر کرده‌اند بسیار متفاوت است. نزدیک‌ترین معادل انگلیسی Socialized Health یا Socialization in Health است که در فرهنگ لغت آکسفورد، به‌عنوان «ارائهٔ مراقبت‌های پزشکی و بیمارستانی برای همه از طریق بودجه عمومی» تعریف شده است و به مواردی مانند پوشش بیمه‌ای، ایجاد پوشش همگانی سلامت و ارائهٔ خدمات سلامت با کمترین هزینه اشاره دارد. در اغلب موارد منبع تأمین این بودجه عمومی است و به منابعی به‌عنوان مالیات اطلاق می‌شود. بنابراین، به نظر می‌رسد معادل انگلیسی این اصطلاح با مفهومی که در ایران استفاده می‌شود هم‌خوانی ندارد. بنابراین، به‌دلیل ماهیت پیچیده و چندرشته‌ای آن، نیاز به انجمنی متشکل از تخصص‌های مختلف برای ارائهٔ تعریفی دقیق، جامع و قابل قبول برای این واژه ضروری به نظر می‌رسد. وقتی از اجتماعی‌شدن سلامت در ایران صحبت می‌شود، چندین موضوع را در بر می‌گیرد که شامل مشارکت جامعه، تقویت همکاری‌های بین‌بخشی و درون‌بخشی، تأکید بر تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت و پاسخ‌گویی سیستم‌های آموزشی و تحقیقاتی پزشکی و بهداشتی است (۴).

برجسته‌ترین رویکرد در این حوزه، تشویق مشارکت جامعه در جهت دستیابی به اهداف سلامت است. در اعلامیهٔ آلما آتا، سازمان جهانی بهداشت[1] مشارکت را به‌عنوان عنصر اساسی سیاست‌های سلامتی و اهمیت مشارکت آگاهانهٔ همهٔ ذی‌نفعان، به‌ویژه مردم در طراحی و اجرای برنامه‌های خدمات سلامت به رسمیت شناخته است (۵). مشارکت در سطوح مختلف مانند نیازسنجی، برنامه‌ریزی، بسیج، آموزش، اجرا، پایش، نظارت و ارزیابی صورت می‌گیرد. مطالعات در کشورهای دیگر نیز نشان‌دهندهٔ اهمیت تعامل با جامعه برای استفاده از ظرفیت جامعه است. یکی از یافته‌های قابل تأمل این است که اقدامات مبتنی‌بر مشارکت جامعه آثار پایدارتری در سلامت عموم دارد (۲). در مطالعات اخیر، مشارکت مبتنی‌بر جامعه عنصر کلیدی مراقبت‌های اولیهٔ بهداشت[2] و اصلاح نظام سلامت است (۶). علاوه‌بر این، مشارکت مبتنی‌بر جامعه وسیله‌ای برای کاهش هزینه‌های سیستم سلامت شناخته شده است (۲). با بهره‌گیری از چنین راهبردی، شهروندان این فرصت را دارند که اولویت‌ها را شناسایی و دربارهٔ تخصیص منابع برای اولویت‌های واقعی فعالانه تصمیم‌گیری کنند که این موضوع به کاهش بی‌عدالتی در استفاده از منابع مالی منجر می‌شود (۲-۱). به‌دنبال اتخاذ چنین رویکردی، سطح مشارکت، تعهد و اعتماد عموم جامعه افزایش پیدا می‌کند و به هزینه‌های عمومی عادلانه‌تر منجر می‌شود. همچنین، کاهش نابرابری‌ها در حوزهٔ سلامت، افزایش سرمایهٔ اجتماعی، ارتقای سطح شفافیت و پاسخ‌گویی از دیگر مزایای اجتماعی‌شدن سلامت هستند (۲،۵،۷). براساس تعریف سازمان جهانی بهداشت، سواد سلامت

[1]. WHO
[2]. PHC

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-09-16]

مجموعه‌ای از دانش و مهارت‌هایی است که افراد را قادر می‌کند به اطلاعات و خدمات سلامت دسترسی پیدا کنند، آن‌ها را درک و ارزیابی کنند و در تصمیم‌گیری‌های مرتبط با سلامت خود به کار گیرند. سواد سلامت یکی از پیش‌نیازهای مهم برای مشارکت آگاهانهٔ افراد در برنامه‌های سلامت و ارتقای سلامت جامعه محسوب می‌شود. ازاین‌رو، توجه به وضعیت سواد سلامت جمعیت می‌تواند در برنامه‌ریزی برای اجتماعی‌شدن سلامت اهمیت ویژه‌ای داشته باشد (۸). در یک مطالعهٔ فراتحلیل، که نتایج ۸۵ مطالعهٔ مختلف را جمع‌آوری کرده است، درصد سواد سلامت ناکافی و مرزی در ایالات متحده به‌ترتیب ۲۵ و ۲۰ درصد برآورد شده است (۹). علاوه‌بر این، فقط ۱۲ درصد از بزرگ‌سالان همین کشور سواد سلامت دارند.

در جمهوری اسلامی ایران، به‌عنوان یکی از پرجمعیت‌ترین کشورهای خاورمیانه، مطالعات متعددی برای اندازه‌گیری سواد سلامت انجام شده است. براساس یافته‌های این مطالعات، سطح سواد سلامت ناکافی از ۴۱ درصد در بزرگ‌سالان در استان یزد تا ۶۸ درصد در استان سیستان و بلوچستان متغیر است (۱۰). مطالعات قبلی همچنین سطوح مختلف سواد سلامت را در میان زیرجمعیت‌های مختلف بیماران نشان داده است؛ برای مثال، ۷۰ درصد سواد سلامت ناکافی در بیماران مبتلابه دیابت (۱۱) و ۷۹/۶ درصد سواد سلامت ناکافی در میان سالمندان (۱۲). محدودبودن سواد سلامت برای نظام سلامت هزینه دارد و به مرگ‌ومیر بیش از حد منجر می‌شود. بهبود سواد سلامت می‌تواند از نزدیک به یک میلیون مراجعه به بیمارستان جلوگیری و سالانه بیش از ۲۵ میلیارد دلار صرفه‌جویی کند (۱۵-۱۳).

کمبود بودجهٔ سلامت مشکلی رایج در میان کشورهای درحال‌توسعه است. در این جوامع، دولت نمی‌تواند به همه خدمات سلامت ارائه کند و سازمان‌های غیردولتی[3] و مؤسسات خیریه به صندوق مراقبت‌های سلامت کمک می‌کنند (۱۶). در ایران نیز مطالعهٔ متون علمی و نظر صاحب‌نظران حوزهٔ سلامت بر اهمیت حمایت مالی جامعه در ارتقای سلامت تأکید دارد. یکی دیگر از جنبه‌های رویکرد اجتماعی در سلامت، تقویت همکاری‌های بین‌بخشی و درون‌بخشی است. بسیاری از چالش‌های استراتژیک عدم موفقیت مراقبت‌های اولیهٔ بهداشت در استراتژی‌های ضعیف ایجاد همکاری‌های بین‌بخشی ریشه دارد (۱۷).

تأکید بر آموزش و پژوهش پزشکی در پاسخ‌گویی اجتماعی یکی از پیش‌نیازهای اجتماعی‌شدن سلامت است. دانش‌آموختگان حوزهٔ سلامت اولین سطح ارتباط با جامعه هستند. بنابراین، برای دانشجویان پزشکی ضروری است که با دیدگاه اجتماعی برای حل مشکلات سلامت جامعه در آینده آموزش ببینند (۱۸). در ایران، یکی از اقدامات قابل توجه در این زمینه، ادغام آموزش پزشکی در وزارت بهداشت و ایجاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بود. این گام در سال ۱۹۸۴ برداشته شد و با هدف تربیت دانش‌آموختگانی با قابلیت‌های مورد انتظار در ارائهٔ خدمات و به تعداد مورد نیاز کشور انجام شد (۱۳). مطالعاتی که مطابق با نیازهای جامعه طراحی شده‌اند و نتایج آن‌ها احتمالاً کاربردی است، لازمهٔ هر سیستم تحقیقاتی است. مطالعات مشارکتی مبتنی‌بر جامعه[4]، علاوه‌بر رفع نیازهای واقعی جامعه، به‌دلیل روش‌شناسی خاص خود، به توانمندسازی جامعه و استفاده از ظرفیت‌های آن و سازمان‌های محلی در ارتقای سلامت جوامع محلی منجر می‌شود. بسیاری از مطالعات تأثیرات مثبت این نوع تحقیقات را نشان داده‌اند (۱۴، ۱۵، ۱۹). با توجه به اهمیت سلامت عمومی و تأثیر آن در جامعه، این مقاله به بررسی چگونگی اجتماعی‌شدن مسائل سلامت در ایران می‌پردازد. از طرفی، با توجه به اینکه اجتماعی‌شدن سلامت در ارتقا شاخص‌های سلامتی نقش بسزایی دارد و در ایران به بررسی بیشتر این موضوع نیاز است، در این خلاصهٔ سیاستی نقش مشارکت اجتماعی و نهادهای مردمی در

[3]. NGO

[4]. Community-Based Participatory Research: CBPR

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-09-16]

بهبود وضعیت سلامت را بررسی خواهیم کرد.

مواد و روش‌ها

به‌منظور تدوین این خلاصهٔ سیاستی با موضوع «اجتماعی‌شدن سلامت، اجرایی‌شدن بند یازدهم سیاست‌های کلی سلامت»، مباحث مطرح‌شده در پنل‌های تخصصی چهارمین کنگرهٔ ملی مطالعات اجتماعی سلامت، که در آذرماه ۱۴۰۱ در شهر شیراز برگزار شد، بررسی و جمع‌بندی شد. شرکت‌کنندگان در این پنل‌ها را اعضای کمیتهٔ علمی کنگره از میان صاحب‌نظران، اعضای هیئت‌علمی، مدیران و متخصصان حوزه‌های مرتبط با موضوع هر پنل و براساس سوابق علمی، پژوهشی و اجرایی آنان دعوت کرده بودند. بنابراین، در این مطالعه نمونه‌گیری به مفهوم متداول پژوهش‌های کمی و کیفی انجام نشد و از پرسش‌نامه یا ابزار استاندارد جمع‌آوری داده نیز استفاده نشد.

داده‌های مورد استفاده شامل محتوای سخنرانی‌ها، مباحث مطرح‌شده در پنل‌های تخصصی، جلسات بحث گروهی و نظرهای خبرگان بود که از طریق فیش‌برداری، خلاصه‌نویسی و مستندسازی مباحث گردآوری شد. در ادامه، جمع‌بندی اولیهٔ یافته‌ها تهیه شد و برای بررسی جامعیت و انطباق با اهداف مطالعه در اختیار تعدادی از صاحب‌نظران قرار گرفت. همچنین، در مواردی که به اخذ اطلاعات تکمیلی نیاز بود، از طریق مصاحبه، تماس تلفنی و جلسات مجازی با متخصصان مشورت شد. این فرایند تا حصول توافق نسبی دربارهٔ مهم‌ترین راهکارها و گزینه‌های سیاستی ادامه یافت.

پس از جمع‌بندی و تلفیق نظرها، گزینه‌های سیاستی بالقوه برای بهبود اجتماعی‌شدن سلامت در ایران استخراج و براساس نظر خبرگان اولویت‌بندی شدند. به‌منظور تحلیل بهتر و جمع‌بندی یافته‌ها، چندین مصاحبه، تماس تلفنی و جلسهٔ مجازی نیز با متخصصان مرتبط برگزار شد. پنل‌های تخصصی بررسی‌شده عبارت بودند از:

پنل اول: اجتماعی‌شدن سلامت در میدان عمل؛

پنل دوم: اجتماعی‌شدن سلامت در حوزهٔ بهداشت؛ تجارب و راهکارهای آینده؛

پنل سوم: الزامات و راهبردها در اجتماعی‌شدن سلامت در حوزهٔ درمان؛

پنل چهارم: الزامات و راهبردها در اجتماعی‌شدن سلامت در حوزهٔ پژوهش؛

پنل پنجم: پاسخ‌گویی اجتماعی در آموزش پزشکی؛

پنل ششم: سلامت اجتماعی در بحران‌ها و بلایا.

یافته‌ها

الزامات و مراحل اجتماعی‌شدن سلامت

با توجه به ساختار فعلی جامعهٔ ایران، می‌توان در مسیر ارتقای اجتماعی‌شدن سلامت از راهبردهای ذیل استفاده کرد: ۱. همگانی‌شدن سلامت، ۲. همکاری بین‌بخشی در جهت اهداف جامعه، ۳. مشارکت‌پذیری نظام سلامت، ۴. مبتنی‌بر پژوهش بودن اجتماعی‌شدن سلامت، ۵. افزایش علم شهروندی، ۶. استفاده از فناوری‌های جدید برای افزایش مشارکت.

نگارندگان این سند سیاستی این عوامل را تشریح و بررسی کرده‌اند.

همگانی‌شدن سلامت

اجتماعی‌شدن سلامت به معنای مشارکت فعال و مؤثر تمامی اعضای جامعه در فرایندهای مرتبط با سلامت است. این رویکرد، به‌ویژه در دنیای امروز که چالش‌های بهداشتی به‌طور فزاینده‌ای پیچیده و چندبعدی می‌شوند، اهمیت ویژه‌ای دارند. برای تحقق این هدف، همگانی‌شدن سلامت به‌عنوان اولین گام ضروری است.

تعریف همگانی‌شدن سلامت

همگانی‌شدن سلامت به معنای دسترسی برابر و عادلانهٔ تمامی افراد جامعه به خدمات بهداشتی و درمانی، اطلاعات سلامت و منابع لازم برای حفظ و

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-09-16]

ارتقای سلامت است. این مفهوم نه‌تنها شامل دسترسی فیزیکی به خدمات می‌شود، بلکه باید شامل دسترسی به دانش و آگاهی‌های لازم برای اتخاذ تصمیمات صحیح در زمینه سلامت نیز باشد.

سلامت نوعی انتخاب سیاسی است که سیاست‌مداران انجام می‌دهند. کمبود ارادهٔ سیاسی بزرگ‌ترین نقص در ارتقای سطح سلامت جهان است. از همین رو، ما به اقدام سیاسی نیاز داریم. شورای عالی سلامت و امنیت غذایی، که ریاست آن بر عهدهٔ رئیس‌جمهور و دبیری آن بر عهدهٔ وزیر بهداشت است، این ظرفیت را دارد که این راهبرد را دنبال کند. عدالت اجتماعی باید محور تمامی راهبردها و سیاست‌ها قرار گیرد. با توجه به این دیدگاه و نقش عدالت اجتماعی در سلامت، مبارزه با فقر و نابرابری باید محور همهٔ اقدامات قرار گیرد؛ زیرا تا موقعی که نابرابری ریشه‌کن نشود، سلامت برای همهٔ امکان ندارد. جوامع نابرابر ناسالم‌ترین جوامع هستند. همچنین، تعادل‌نداشتن بین رویکرد اجتماعی به سلامت و رویکرد علوم پزشکی به سلامت باعث افزایش هزینه‌های سلامت می‌شود و برای رفع ان باید وزن رویکرد اجتماعی را بیشتر کنیم. پرداخت‌های مالی برای شکستن فقر و بهبود سلامت اجتماعی می‌تواند در کوتاه‌مدت کمک‌کننده باشد، اما نتایج کشورهای مختلف در تحقیقات متفاوت است. این راهکار را می‌توان نوعی راه‌حل میانه در نظر گرفت. از طرف دیگر، پایداری برنامه‌ها مهم است؛ زیرا مشاهده شده است که با تغییر مدیران، برنامه‌ها نیز عوض می‌شوند. همچنین، شاخص‌های عدالت در سلامت باید با عوامل اجتماعی مؤثر در سلامت همراه شود و شاخص‌ها باید به‌صورت کمی ـ کیفی و منطقه‌ای باشد.

در حوزهٔ بهداشت باید در خدمات بهداشتی تغییراتی رخ دهد که موارد ذیل را در بر گیرد:

- در خانه‌های بهداشت، عوامل اجتماعی مؤثر در سلامت[5] لحاظ شود، به‌طوری که مراقبت‌های بهداشتی اولیه همراه با درنظرگرفتن SDH ارائه شود؛
- لازمهٔ درنظرگرفتن SDH در خانه‌های بهداشت، تغییر در کوریکولوم آموزشی و ساختارهای نظام سلامت است.

در حوزهٔ درمان نیز بیمارستان‌های ارتقادهندهٔ سلامت و خیرین حوزهٔ درمانی و سازمان های مردم نهاد می‌توانند کمک شایانی کنند. برای مثال، بیمار بعد از ترخیص پیگیری شود که کجا می‌رود و چگونه حمایت می‌شود. این اقدامات با وصل‌شدن به سیستم شبکهٔ مراقبت‌های بهداشتی اولیه محقق می‌شود و باعث توانمندشدن فرد و خانواده می‌شود. در این قسمت، شاخص‌ها شامل توزیع مناسب منابع انسانی، تکنولوژی و غیره می‌شود و مبنای آن، عدالت و نیازهای جامعه است. معاونت درمان وزارت بهداشت در جهت اجتماعی‌شدن سلامت اقداماتی با عنوان طرح «سلامت یار» انجام داده است. تقویت و گسترش استفاده از ظرفیت‌های داوطلبان در حوزه‌های مختلف اجتماعی می‌تواند در افزایش اعتماد و مشارکت های اجتماعی مردم، مسئولیت‌پذیری اجتماعی و درنتیجه ارتقای سرمایهٔ اجتماعی تأثیر مثبتی داشته باشد. درحال‌حاضر، یکی از مهم‌ترین مشکلات موجود در مراکز درمانی ایران، اضطراب و سردرگمی بیماران و همراهان آنان درخصوص طی فرایند درمان، ناآشنایی با ساختار بیمارستان، نداشتن همراه و ... است. یکی از مناسب‌ترین افراد برای پوشش‌دهی خلا عنوان یادشده در مراکز درمانی داوطلبان هلال احمر است.

الزامات همگانی‌شدن سلامت

توسعهٔ زیرساخت‌های بهداشتی: ایجاد و تقویت زیرساخت‌های لازم برای ارائهٔ خدمات بهداشتی در مناطق مختلف، به‌ویژه در مناطق محروم و کم‌برخوردار.

آموزش و آگاهی‌رسانی:

- ارتقای آموزشی جامعه‌محور: آموزش باید براساس نیازها و ویژگی‌های خاص هر جامعه طراحی شود. این آموزش‌ها باید شامل موضوعات مرتبط با

[5]. SDH

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-09-16]

پیشگیری از بیماری‌ها، تغذیهٔ سالم، بهداشت روان و مدیریت بیماری‌ها باشد. استفاده از روش‌های آموزشی مشارکتی مانند کارگاه‌ها، سمینارها و برنامه‌های آموزشی مبتنی‌بر جامعه می‌تواند مؤثر باشد.

- پاسخ‌گویی به نیازهای کاربردی: برنامه‌های آموزشی باید با توجه به نیازهای واقعی جامعه طراحی شوند. این بدان معناست که باید از نظرها و تجربیات افراد جامعه استفاده شود تا محتوای آموزشی مرتبط و کاربردی باشد. همچنین، ارزیابی مداوم این برنامه‌ها برای اطمینان از تأثیرگذاری آن‌ها ضروری است.

آموزش به دو شکل زیر است:

الف. آموزش در سطح عموم جامعه: باید بدانیم که بدون آموزش و سلامت و ریشه‌کن کردن فقر، جامعه به سمت بهبودی پیش نمی‌رود. نقش آموزش در مدارس حائز اهمیت است. آموزش به بچه‌ها دربارهٔ مفهوم سلامت و دیدگاه‌ها و رفتارهای سلامت می‌تواند باعث ارتقای سلامت خود، خانواده‌ها، اشخاص و جامعه شود. از طریق یاددادن؛ طرز فکر، نگرش، مهارت و دانش در جهت کمال شکل می‌گیرد. سلامت بچه‌ها با رفتن به مدرسه ارتقا می‌یابد. مداخلات آموزشی در رفتار بهداشتی مانند واکسیناسیون به‌موقع، استفاده‌نکردن از الکل و تنباکو، جلوگیری از حوادث و خشونت و بیماری‌هایی مانند ایدز، نقش حیاتی دارد. بنابراین، آموزش و سلامت دو جزء جدایی‌ناپذیرند و آموزش در سلامت تأثیرگذار است. مدارس ارتقادهندهٔ سلامت در هر کشور می‌تواند باعث ایجاد نیروی کارآمد برای رشد اقتصادی و اجتماعی شود (نیرویی تحصیل‌کرده و سالم برای نسل آینده باشد). برطبق نتایج تحقیقات، مادرانی با داشتن حداقل یک کلاس سواد، خدمات بهداشتی فرزاندان خود را بیشتر پیگیری می‌کنند و واکسیناسیون بچه‌ها افزایش می یابد.

ب. آموزش دانشگاهی: نقش دانشگاه نسل چهارم را نباید نادیده گرفت. ازآنجاکه این دانشگاه‌ها از تولید علم و پژوهش به‌سمت نگاه اجتماعی حرکت می‌کنند، می‌توانند با مشارکت مردم در جهت اجتماعی‌شدن سلامت کمک‌کننده باشند. در کوریکولوم علوم پزشکی، دروس نحوهٔ ارتباط با فرد[6] و نحوهٔ انجام تحقیقات نظام سلامت قرار می‌گیرد. روش، عرصهٔ آموزش و محتوا در این قسمت در اولویت است. همچنین، بخش پزشکی اجتماعی در دانشگاه‌ها می‌توانند در دستیابی به آموزش پزشکی جامعه‌محور به بخش‌های دیگر کمک کنند. آموزش پزشکی مبتنی‌بر جامعه مفهوم گسترده‌ای است که فرصت‌هایی را برای فراگیران فراهم می‌کند تا با افراد با طیف گسترده‌ای از زمینه‌های اجتماعی، فرهنگی و قومی تعامل داشته باشند و می‌توان آن را با موفقیت با اجزای برنامهٔ درسی ادغام کرد (دروس مهارت‌های بالینی، پزشک و بیمار و جامعه، حرفه‌ای‌گری، اپیدمیولوژی و بهداشت عمومی). ازآنجاکه آموزش پزشکی عمدتاً در محیط‌های بیمارستانی اتفاق می‌افتاد، این موضوع باید در پرتو واقعیت‌های معاصر دوباره بررسی شود. واضح است که شایع‌ترین مشکلات سلامتی جمعیت را نمی‌توان در یک بیمارستان سطح سه (تخصصی) حل کرد. جهت‌گیری مجدد قابل توجهی در آموزش پزشکی مورد نیاز است تا به دانشجویان اجازه دهد افراد را در زمینه‌های اجتماعی خود به شیوه‌ای جامع‌تر درک کنند، نه اینکه آن‌ها را صرفاً به‌عنوان بخشی از ماشین بیولوژیکی ببینند؛ زیرا آموزش پزشکی مبتنی‌بر جامعه دانشجویان را در معرض بیمارانی قرار می‌دهد که بیماری‌های خود را در چهارچوب خانواده خود، اجتماع و جامعه مدیریت می‌کنند. در روش آموزش پزشکی مبتنی‌بر جامعه، مراقبت‌های اولیه در مرکز سیستم‌های مراقبت‌های پزشکی مستقر در کلینیک‌های اجتماعی[7] قرار دارد. این الزامات اغلب به‌سمت نیازهای بهداشتی درمانی

6. Communication
7. Community Clinics

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-09-16]

اولویت‌دار و توزیع مجدد منابع به جمعیت‌های خاص هدایت می‌شود و به ترکیبی از مهارت‌های بالینی، توانایی‌های دانش و نگرش‌ها نیاز دارد.

همچنین پزشکان را ملزم می‌کند که در درمان پیچیدگی‌های بیماری مزمن، بیماران مسن‌تر و دانش و فناوری پزشکی معاصر، که به‌طور مداوم در حال تغییر و تحول هستند، صلاحیت کامل داشته باشند. این الزامات فرصت‌هایی را برای فراگیران فراهم می‌کند تا به‌طور فزاینده‌ای درگیر مسائل بهداشتی درمانی شوند و با افزایش شایستگی‌شان، برنامه‌ریزی و ارائهٔ خدمت کنند. شایان ذکر است آموزش پزشکی مبتنی‌بر جامعه برای کمک به جوامع و افراد به‌منظور شناسایی نیازهای بهداشتی اولویت‌دار خود و اجرای مداخلات عملی، قابل پرداخت و پایدار، به همکاری پویا بین مربیان، محققان، متخصصان و پزشکان عمومی نیاز دارد.

مشارکت جامعه: تشویق و تسهیل مشارکت فعال افراد جامعه در تصمیم‌گیری‌ها و برنامه‌ریزی‌های مرتبط با سلامت.

توسعهٔ سیاست‌های حمایتی: ایجاد سیاست‌های حمایتی که دسترسی به خدمات بهداشتی را تسهیل و از گروه‌های آسیب‌پذیر حمایت کند.

تقویت همکاری بین‌بخشی: همکاری نزدیک بین بخش‌های مختلف دولت، سازمان‌های غیردولتی، جامعهٔ مدنی و بخش خصوصی برای ایجاد نظام جامع و یکپارچهٔ خدمات بهداشتی.

بنابراین، همگانی‌شدن سلامت نه‌تنها پیش‌نیاز اجتماعی‌شدن سلامت است، بلکه می‌تواند به‌عنوان موتور محرک برای تغییرات مثبت در نظام سلامت عمل کند. با فراهم‌کردن شرایط لازم برای دسترسی عادلانه به خدمات و اطلاعات، می‌توانیم جامعهٔ سالم‌تر و پایدارتری بسازیم که در آن همهٔ افراد احساس مسئولیت کنند و در فرایندهای مربوط به سلامت خود مشارکت فعال داشته باشند.

همکاری بین‌بخشی درجهت اهداف جامعه

همکاری بین‌بخشی به‌عنوان گام دوم در فرایند اجتماعی‌شدن سلامت، در ارتقای سلامت جامعه و بهبود کیفیت خدمات بهداشتی نقش حیاتی ایفا می‌کند. این رویکرد به معنای هم‌افزایی و هماهنگی میان نهادها و سازمان‌های مختلف، اعم از دولتی و غیردولتی، برای دستیابی به اهداف مشترک در حوزهٔ سلامت است.

اهمیت همکاری بین‌بخشی

تأمین سلامت جامع: براساس آمار سازمان جهانی بهداشت، حداکثر سهم مدیریت نظام سلامت از سلامت تنها ۲۵ درصد است و ۷۵ درصد دیگر تحت‌تأثیر عوامل اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی و شامل وزارت کشور و رفاه و تأمین اجتماعی، سازمان صداوسیما، وزارت آموزش‌وپرورش، ستاد مبارزه با مواد مخدر، وزارت جهاد کشاورزی و سازمان حفاظت از محیط زیست می شود. این بدان معناست که برای بهبود وضعیت سلامت جامعه، نیاز است که تمامی بخش‌ها، ازجمله آموزش، کشاورزی، محیط زیست و حوزه‌های دیگر، در کنار بخش بهداشت همکاری کنند. نقش دبیرخانه‌های سلامت در دستگاه‌های اجرایی، که نقش آن‌ها همکاری در تدوین، اجرا و پایش مصوبات شورای‌عالی سلامت و امنیت غذایی است و زمینه‌ساز تعاملات و همکاری دوجانبه هستند، باید بیشتر تقویت شود.

پیشگیری از بیماری‌ها: همکاری بین‌بخشی می‌تواند در پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر و ارتقای سلامت عمومی مؤثر باشد. برای مثال، برنامه‌های مشترک بین وزارت بهداشت و وزارت کشاورزی برای کنترل مصرف سموم کشاورزی و امنیت غذایی می‌تواند تأثیرات مثبتی در سلامت جامعه داشته باشد.

پاسخ‌گویی به نیازهای محلی: از آنجا که هر منطقه‌ای ممکن است نیازهای خاص خود را داشته باشد، همکاری بین‌بخشی می‌تواند به شناسایی و پاسخ‌گویی بهتر به این نیازها کمک کند. تشکیل کانون‌های سلامت

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-09-16]

محله‌محور یکی از نمونه‌های موفق این رویکرد است که با مشارکت مردم و نهادهای مختلف شکل می‌گیرد.

الزامات همکاری بین‌بخشی

ایجاد ساختارهای قانونی: لازم است تا سیاست‌ها و قوانین لازم برای تسهیل همکاری بین بخش‌های مختلف تدوین شود. این موضوع شامل ایجاد تفاهم‌نامه‌ها و پروتکل‌های مشترک برای هماهنگی فعالیت‌هاست.

تقویت ظرفیت‌های محلی: آموزش و توانمندسازی نیروی انسانی در سطح محلی برای اجرای برنامه‌های مشترک ضروری است. این موضوع می‌تواند شامل برگزاری کارگاه‌ها و دوره‌های آموزشی برای کارکنان نهادهای مختلف باشد.

استفاده از فناوری اطلاعات: ایجاد سیستم‌های اطلاعاتی مشترک برای تبادل داده‌ها و اطلاعات میان نهادها می‌تواند به تسهیل همکاری کمک کند. این سیستم‌ها باید قابلیت رصد و ارزیابی عملکرد برنامه‌ها را نیز داشته باشند.

تشکیل مجمع‌های سلامت: تشکیل مجمع‌های سلامت در سطوح محلی تا ملی می‌تواند بستر مناسبی برای تبادل‌نظر و همکاری میان نهادها فراهم کند. این مجمع‌ها باید شامل نمایندگان تمامی بخش‌ها باشند تا بتوانند نظرها و تجربیات مختلف را جمع‌آوری کنند. به عبارت دیگر، همهٔ ظرفیت‌ها، ازجمله علمای دینی، متخصصان پزشکی اجتماعی، مردم‌شناسان، جامعه‌شناسان، فرهنگ‌شناس‌ها، اقتصاددان ها و غیره، باید دید کاملی به اجتماعی‌شدن سلامت داشته باشند و در تصمیمات مرتبط محل رجوع قرار گیرند. این موضوع احتیاج به ارتباط دوسویه و توامندسازی دارد.

مشارکت‌پذیری نظام سلامت

مشارکت سیاسی عالمانهٔ مردم پیش‌شرط تحقق شعار سلامت برای همه است. مشارکت یکی از جنبه‌های حیاتی، ولی چالش برانگیز حکمرانی خوب سلامت است و اثر آن در ارتقای سلامت گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه توسط مطالعات متعدد تأیید شده است. در قوانین برنامهٔ اول تا ششم توسعه، رویکرد جلب مشارکت جامعه در سلامت به‌صورت مشارکت مالی در بخش عمرانی سلامت و تأمین منابع فیزیکی، تأمین هزینه‌های بهداشت و درمان و مشارکت بخش خصوصی و تأمین منابع برای هزینه‌های ارائهٔ خدمات سلامت بوده است. جلب مشارکت مردم در قانون اساسی در رأس هرم قانونی کشور است، اما در لایه‌های پایین‌تر هرم به اندازهٔ کافی و لازم جریان پیدا نکرده است. بنابراین، پیشنهاد می‌شود با توجه به اهمیت مشارکت اجتماعی در تصمیم‌گیری‌های بخش سلامت در رفع یا کاهش نابرابری‌ها، دولت در لایحهٔ برنامهٔ هفتم توسعهٔ مشارکت مردم در حوزهٔ سلامت را فراتر از مشارکت مالی در نظر بگیرد.

سیاست‌گذاران باید توجه کنند که قدرت را به اشتراک گذارند و در تصمیم‌گیری‌ها و تصمیم‌سازی‌ها از مردم کمک بگیرند. لذا، عملکرد نظام سلامت نباید پدرسالارانه باشد؛ چون افراد جامعه بهتر نیازهای خود را ارزیابی می‌کنند و نیمی از مشکلات اجتماعی‌شدن سلامت توسط خود مردم حل خواهد شد. در این صورت، افراد حس کارمدی دارند. از طرفی، فرهنگ کمک به دیگران و مشارکت ترویج پیدا می‌کند و به انسجام اجتماعی و سرمایهٔ اجتماعی منجر می‌شود. زمانی جامعه دل‌زده می‌شود که فرهنگ کار تیمی وجود نداشته باشد. تربیت کارکنان نظام سلامت باید براساس مشارکت‌پذیری و اجتماعی‌شدن سلامت باشد. برای مثال، نقش رابطان در برنامهٔ ملی واکسیناسیون فلج اطفال بسیار قابل توجه بود. اگر استفاده از رابطان سلامت را گسترش دهیم، سواد سلامت در جامعه ارتقا پیدا می‌کند. مشارکت باید شامل همهٔ افراد از نظر سنی، قومی، جنسیت، فرهنگی و ... باشد. از آنجا که زنان پایهٔ نظام خانواده‌اند، می‌توانند در اجرایی‌شدن این سیاست نقش مؤثری داشته باشند.

در حال حاضر، یکی از چالش‌های نظام سلامت کم‌بودن مشارکت مردم و نبود تعادل بین رویکرد

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-09-16]

اجتماعی به سلامت و رویکرد علوم پزشکی به سلامت است. برای اجرایی‌شدن موضوع اجتماعی‌شدن سلامت علاوه‌بر مردم، که مهم‌ترین منبع هستند، بخش‌های خصوصی، نهادهای دولتی، خیرین و سازمان‌های بین‌المللی نیز باید در جهت اصلاح مدیریت نظام سلامت شناسایی، سازماندهی، توانمند و به‌کارگیری شوند. نقشهٔ راه برای داوطلبان، مؤسسات خیریه یا انجمن‌ها وجود ندارد. ظرفیت‌های ما نه‌تنها از نظر مالی، بلکه از نظر مهارتی و فکری هم محدود است. برنامه‌هایی که بناست درجهت درگیرکردن مردم اجرا کنیم، باید اول به‌صورت مطالعهٔ پایلوت انجام شود و پس از بررسی و ارزیابی و برنامه‌ریزی، در صورت تأثیرگذاربودن، به سطح بالاتر گسترش دهیم.

مبتنی‌بر پژوهش بودن اجتماعی‌شدن سلامت

اجتماعی‌شدن سلامت به معنای توجه به ابعاد اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی تأثیرگذار در سلامت افراد و جوامع است. یکی از کلیدی‌ترین گام‌ها در این مسیر، تکیه بر پژوهش‌های علمی و معتبر است. پژوهش نه‌تنها به شناسایی چالش‌ها و نیازهای موجود کمک می‌کند، بلکه راهکارهای مؤثری برای ارتقای سلامت جامعه ارائه می‌دهد.

اهمیت پژوهش در اجتماعی‌شدن سلامت

- شناسایی نیازها و چالش‌ها: پژوهش‌های علمی می‌توانند نیازهای واقعی جامعه را شناسایی و چالش‌های موجود در حوزهٔ سلامت را تحلیل کنند. این اطلاعات پایه‌ای برای تدوین سیاست‌ها و برنامه‌های عملیاتی خواهند بود.
- تحلیل داده‌های اجتماعی: جمع‌آوری و تحلیل داده‌های مرتبط با عوامل اجتماعی مؤثر در سلامت، مانند فقر، آموزش و دسترسی به خدمات بهداشتی، امکان ارزیابی دقیق وضعیت سلامت جامعه را فراهم می‌آورد.
- توسعهٔ مداخلات هدفمند: نتایج پژوهش‌ها می‌توانند به طراحی مداخلات هدفمندی منجر شوند که به‌طور خاص برای رفع نیازهای شناسایی‌شده در جامعه طراحی شده‌اند.
- افزایش آگاهی عمومی: پژوهش‌ها می‌توانند به افزایش آگاهی عمومی دربارهٔ مسائل سلامت و عوامل اجتماعی مؤثر در آن کمک کنند که خود باعث تغییر رفتارها و بهبود وضعیت سلامت می‌شود.

پیشنهادهایی برای تقویت پژوهش

- ایجاد مراکز تحقیقاتی تخصصی: تأسیس مراکز تحقیقاتی با تمرکز بر سلامت اجتماعی که بتوانند به صورت مداوم داده‌ها را جمع‌آوری و تحلیل و نتایج را منتشر کنند.
- تشویق همکاری‌های بین‌بخشی: ایجاد شبکه‌های همکاری میان نهادهای دولتی، دانشگاه‌ها، سازمان‌های غیردولتی و جامعهٔ مدنی برای انجام پژوهش‌های مشترک و تبادل اطلاعات.
- تأمین منابع مالی پایدار: تخصیص بودجهٔ کافی برای پروژه‌های تحقیقاتی که روی مسائل اجتماعی مرتبط با سلامت تمرکز دارند تا از استمرار و کیفیت پژوهش‌ها اطمینان حاصل شود.

در حوزهٔ پژوهش، باید بررسی شود که چه میزان از این تحقیقات سیستم سلامت را سیاست‌گذاران سلامت استفاده می‌کنند. پژوهش‌های مبتنی‌بر مشارکت جامعه باید به‌گونه‌ای باشد که ملاک پژوهش صرفاً مقاله نباشد، بلکه نتایج تأثیرگذار و قابل پیاده‌سازی باشد. یکی از مهم‌ترین مزایای پژوهش‌های نظام سلامت، تمرکز آن‌ها بر مسائل و چالش‌های واقعی نظام سلامت و تولید شواهد مبتنی‌بر شرایط عملی است. ازاین‌رو، یافته‌های حاصل از این نوع پژوهش‌ها در سیاست‌گذاری و تصمیم‌گیری‌های حوزهٔ سلامت قابلیت کاربرد و بهره‌برداری زیاد دارند. هدف تحقیقات سیستم سلامت توسعهٔ سلامت است. تحقیقات زمانی از نظر اجتماعی مسئولیت‌پذیر دانسته می‌شوند که خود جامعه نتایج تحقیق را به‌طور کلی مفید، معتبر و ارزشمند می‌یابند. به عبارتی، دقیق و قابل اعتماد مردم

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-09-16]

هستند. در نهایت، پیشنهاد می‌شود مطالعاتی را اجرا کنیم که اثر طولانی‌مدت داشته باشد، مانند Community Trial؛ تطابق اولویت مراکز تحقیقاتی با عوامل اجتماعی مؤثر در سلامت/ عدالت در سلامت/ آسیب‌های اجتماعی وجود داشته باشد، سهم تحقیقات مبتنی‌بر مشارکت مردم افزایش یابد و افراد متخصص در زمینهٔ عوامل اجتماعی مؤثر در سلامت در تحقیقات دخیل شوند. به‌طور خلاصه، اجتماعی‌شدن سلامت بدون یک رویکرد مبتنی‌بر پژوهش ممکن نیست. با تقویت زیرساخت‌های پژوهشی و ایجاد همکاری‌های مؤثر بین نهادهای مختلف، می‌توان به بهبود قابل توجهی در وضعیت سلامت اجتماعی دست یافت. این رویکرد نه‌تنها به ارتقای کیفیت زندگی افراد کمک می‌کند، بلکه به توسعهٔ پایدار جامعه نیز منجر خواهد شد.

افزایش علم شهروندی

علم شهروندی رهیافت همکارانه‌ای در پژوهش است که اجازه می‌دهد مردم مشارکت فعال داشته باشند و در گام‌های گوناگونی از پژوهش درگیر شوند. در علم شهروندی مردم می‌توانند در تعریف مسئله، سازمان‌دهی به داده‌ها، مدل‌سازی، ترجمان و ارتباط فعالیت داشته باشند. همچنین، افراد می‌توانند اطلاعات و داده‌هایی را که به دست آوردند و سؤالات پژوهشی خود را به اشتراک بگذارند. برای داشتن علم شهروندی موفق باید موارد ذیل را در نظر داشت: ارتباط خوب، مشارکت در علم، دانش انباشت‌شدهٔ بهبودیافته، اهداف روشن، داده‌های قابل اعتماد و درگیرکردن شهروندان. در نهایت، نظام سلامت باید برای افزایش سواد سلامت و افزایش علم شهروندی کار کند.

استفاده از فناوری‌های جدید برای افزایش مشارکت

هزینه‌های نظام سلامت روزبه‌روز افزایش می‌یابد و مشارکت مردم می‌تواند در جهت کاهش این هزینه‌ها کمک‌کننده باشد. اطلاع‌رسانی به مردم از طرق مختلف، ازجمله گوشی تلفن‌همراه، میسر است. در آینده رویکرد بین‌رشته‌ای و هم‌گرابودن رشته‌های علوم پزشکی پیشی می‌گیرد. به‌منظور هم‌گرایی در آموزش علوم پزشکی توجه به موارد ذیل حائز اهمیت است: تغییر در حوزهٔ نگرش، ساختارها، مدل‌ها، اجرا و ارائهٔ خدمات.

بحث

یافته‌های این سند سیاستی نشان داد که مشارکت اجتماعی یکی از ارکان اصلی اجتماعی‌شدن سلامت در ایران است. این یافته با مطالعات پیشین همسو است. ریفکین در مرور تجربیات پس از بیانیه آلماآتا نشان داد که مشارکت جامعه یکی از اصول بنیادین مراقبت‌های اولیه سلامت بوده است و می‌تواند به بهبود شاخص‌های سلامت، به‌ویژه در جوامع محروم، منجر شود (۲۰). همچنین هالدین و همکاران در یک مرور نظام‌مند گزارش کردند که مشارکت جامعه در طراحی، اجرا و ارزیابی خدمات سلامت، پیامدهای مثبتی در سطح فردی، اجتماعی و سازمانی ایجاد کرده است و موجب توانمندسازی جامعه و بهبود نتایج سلامت می‌شود (۲۱). یافته‌های مطالعهٔ حاضر نیز بر ضرورت ایجاد سازوکارهای ساختارمند برای مشارکت مردم در تصمیم‌گیری‌ها و برنامه‌های سلامت تأکید دارد. همچنین اینکه اجتماعی‌شدن سلامت کجا بیشتر مورد نیاز است و چه راه‌هایی برای گسترش پوشش آن می‌توان اضافه کرد، از موارد دیگری است که باید به آن توجه کرد.

توجه به تجربه‌های خوبی که در زمینهٔ مشارکت اجتماعی در نظام سلامت داشتیم، مانند شکل‌گیری شبکه، حضور داوطلبان سلامت و خیرین سلامت، بیمارستان‌های هیئت‌امنایی، ورود موضوع اجتماعی‌شدن سلامت به نظام سلامت ما به‌صورت اثرگذار وجود ندارد و باید توجه بیشتری به آن شود. باید از گذشته درس بگیریم، کارهای قبل را دوباره انجام ندهیم و سعی کنیم مسیر درستی را بپیماییم. بدین منظور، یک مدل

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-09-16]

اجرایی پیشنهاد می‌شود که بهتر است با متخصصان در این زمینه به اشتراک گذاشته شود تا براساس شرایط موجود، بهترین مدل انتخاب شود. این مدل باید به‌گونه‌ای طراحی شود که ارتباط مؤثر با جامعه و ارتقای سلامت عمومی را تسهیل کند. در این زمینه، ویژگی‌های کلیدی ذیل می‌توانند در این مدل گنجانده شوند:

۱ .مسئول با گوش شنوا: وجود یک فرد یا تیم مسئول که به نظرها و نیازهای جامعه گوش دهد و به آن‌ها پاسخ‌گو باشد. این مسئول باید توانایی برقراری ارتباط مؤثر با مردم را داشته باشد و بتواند بازخوردهای آن‌ها را جمع‌آوری کند.

۲ .کانال‌های ارتباطی متنوع: استفاده از کانال‌های مختلف ارتباطی، مانند رسانه‌های اجتماعی، وب‌سایت‌ها، جلسات عمومی و برنامه‌های آموزشی، برای انتقال اطلاعات سلامت. این کانال‌ها باید به‌گونه‌ای طراحی شوند که دسترسی آسان و اطلاعات قابل فهم را برای تمامی اقشار جامعه فراهم کنند.

۳ .آموزش و توانمندسازی: برگزاری کارگاه‌ها و دوره‌های آموزشی برای افزایش سواد سلامت در جامعه. این آموزش‌ها باید شامل نحوهٔ دسترسی به اطلاعات سلامت، شناخت خدمات بهداشتی و توانایی تصمیم‌گیری مناسب دربارهٔ سلامت باشند.

۴ .ارزیابی مداوم: ایجاد سیستم‌هایی برای ارزیابی تأثیر برنامه‌های اجتماعی‌شدن سلامت. این ارزیابی‌ها می‌توانند شامل نظرسنجی‌ها، تحلیل داده‌ها و بررسی تغییرات رفتارهای سالم در جامعه باشند.

۵ .مشارکت جامعه: تشویق مشارکت فعال مردم در برنامه‌های سلامت از طریق تشکیل گروه‌های حمایتی، انجمن‌های محلی و همکاری با سازمان‌های غیردولتی. این مشارکت می‌تواند به تقویت حس مسئولیت اجتماعی و ارتقای سلامت عمومی کمک کند.

۶ .پیام‌های قانع‌کننده: طراحی پیام‌های سلامت که به‌طور خاص برای نیازها و فرهنگ جامعهٔ هدف تنظیم شده‌اند. این پیام‌ها باید شامل اطلاعات علمی معتبر باشند و به‌صورت جذاب و قابل فهم ارائه شوند. با توجه به این ویژگی‌ها، مدل اجرایی اجتماعی‌شدن سلامت می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی افراد و کاهش نابرابری‌های بهداشتی در جامعه کمک کند.

۷ .تخصیص منابع براساس نیازهای محلی: این ویژگی شامل شناسایی و تحلیل داده‌های مربوط به وضعیت سلامت در مناطق مختلف می‌شود تا بتوان به‌صورت هدفمند منابع و خدمات را به آن‌ها اختصاص داد. با اختصاص خدمات به جایی که بیشتر نیاز دارد، مدل اجرایی اجتماعی‌شدن سلامت می‌تواند تأثیر بیشتری در بهبود وضعیت سلامت جامعه داشته باشد و نابرابری‌های موجود را کاهش دهد. جزئیات این ویژگی به صورت زیر است:

الف. تحلیل داده‌های سلامت: جمع‌آوری و تحلیل داده‌های مربوط به بیماری‌ها، دسترسی به خدمات بهداشتی و عوامل اجتماعی مؤثر در سلامت در هر منطقه. این داده‌ها می‌توانند شامل آمار بیماری‌ها، میزان مرگ‌ومیر و شرایط اقتصادی ـ اجتماعی باشند.

ب. شناسایی مناطق آسیب‌پذیر: شناسایی مناطقی که با چالش‌های خاصی مانند فقر، نابرابری‌های اجتماعی یا دسترسی محدود به خدمات بهداشتی مواجه‌اند. این شناسایی می‌تواند با همکاری سازمان‌های محلی و نهادهای اجتماعی انجام شود.

ج. توسعهٔ برنامه‌های هدفمند: طراحی و اجرای برنامه‌های سلامت ویژه برای پاسخ‌گویی به نیازهای شناسایی‌شده در این مناطق. این برنامه‌ها می‌توانند شامل خدمات پیشگیرانه، درمانی و آموزشی باشند که به‌طور خاص برای جمعیت‌های آسیب‌پذیر تنظیم شده‌اند.

د. مشارکت با ذی‌نفعان محلی: همکاری با سازمان‌های محلی، گروه‌های اجتماعی و رهبران جامعه برای اطمینان از اینکه خدمات ارائه‌شده واقعاً پاسخ‌گوی نیازهای مردم است. این همکاری می‌تواند شامل مشاوره در طراحی برنامه‌ها و ارزیابی اثربخشی آن‌ها باشد.

یکی دیگر از یافته‌های مهم این مطالعه تأکید بر ارتقای سواد سلامت به‌عنوان پیش‌نیاز مشارکت مؤثر مردم در

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-09-16]

نظام سلامت بود. این نتیجه با شواهد بین‌المللی هم‌خوانی دارد. برکمن و همکاران در مرور نظام‌مند خود نشان دادند که سواد سلامت کم با دسترسی نامناسب‌تر به خدمات سلامت، پیامدهای ضعیف‌تر سلامت و استفادهٔ کمتر مؤثر از خدمات درمانی ارتباط دارد. آنان همچنین گزارش کردند که محدودیت سواد سلامت می‌تواند هزینه‌های نظام سلامت را افزایش دهد (۲۲). بنابراین، توجه به آموزش سلامت و توانمندسازی افراد جامعه می‌تواند یکی از راهبردهای کلیدی در تحقق اجتماعی‌شدن سلامت باشد.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه بر اهمیت همکاری‌های بین‌بخشی و پاسخ‌گویی اجتماعی در نظام سلامت تأکید دارد. شواهد موجود نشان می‌دهد که دستیابی به اهداف سلامت بدون مشارکت دیگر بخش‌های اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی امکان‌پذیر نیست. مطالعات مرتبط با مشارکت جامعه و اصلاح نظام سلامت نیز بیانگر آن هستند که موفقیت برنامه‌های سلامت مستلزم همکاری مؤثر میان ذی‌نفعان مختلف و ایجاد ارتباط پایدار میان نظام سلامت و جامعه است (۲۱-۲۰). یافته‌های حاضر نیز بر تقویت این همکاری‌ها به‌عنوان یکی از پیش‌نیازهای تحقق اجتماعی‌شدن سلامت در ایران تأکید می‌کند.

باوجود مزایای متعدد اجتماعی‌شدن سلامت، اجرای این رویکرد با چالش‌هایی نیز همراه است که باید مورد توجه سیاست‌گذاران قرار گیرد. یکی از مهم‌ترین موانع، مقاومت برخی ساختارها و مدیران در برابر تغییر الگوهای سنتی تصمیم‌گیری و حرکت به‌سمت مشارکت گسترده‌تر جامعه است. همچنین، محدودیت منابع مالی و کمبود اعتبارات در نظام سلامت می‌تواند توسعهٔ برنامه‌های مبتنی‌بر مشارکت اجتماعی را با مشکل مواجه کند. از سوی دیگر، ضعف هماهنگی بین‌بخشی میان سازمان‌ها و نهادهای مرتبط یکی از موانع شناخته‌شده در تحقق اهداف سلامت محسوب می‌شود. علاوه بر موانع ساختاری، برخی چالش‌های فرهنگی و اجتماعی نیز وجود دارد. پایین‌بودن سطح آگاهی عمومی دربارهٔ حقوق و مسئولیت‌های شهروندی در حوزهٔ سلامت، مشارکت محدود برخی گروه‌های اجتماعی در برنامه‌های سلامت و ضعف اعتماد متقابل میان جامعه و نهادهای اجرایی می‌تواند اثربخشی برنامه‌های اجتماعی‌شدن سلامت را کاهش دهد. بنابراین، موفقیت این رویکرد مستلزم ایجاد زیرساخت‌های مناسب، تأمین منابع پایدار، تقویت فرهنگ مشارکت اجتماعی و ارتقای همکاری‌های بین‌بخشی در تمامی سطوح نظام سلامت است.

محدودیت

این مطالعه در قالب سند سیاستی و براساس جمع‌بندی مباحث مطرح‌شده در پنل‌های تخصصی چهارمین کنگرهٔ ملی مطالعات اجتماعی سلامت و نظرهای خبرگان تدوین شده است. بنابراین یافته‌های آن متکی بر دیدگاه‌های متخصصان حاضر در کنگره بود و مبتنی‌بر جمع‌آوری داده‌های میدانی از ذی‌نفعان مختلف نظام سلامت نیست. همچنین، به‌دلیل ماهیت مطالعه، امکان بررسی تجربیات تمامی گروه‌های ذی‌نفع و نمایندگان جامعه فراهم نبوده است. بااین‌حال، حضور صاحب‌نظران متعدد از حوزه‌های مختلف سلامت و بهره‌گیری از نظرهای تکمیلی خبرگان به غنای محتوایی و کاربردپذیری پیشنهادهای ارائه‌شده کمک کرده است. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده برای بررسی دیدگاه‌های گروه‌های مختلف ذی‌نفع درخصوص اجتماعی‌شدن سلامت از روش‌های کیفی و کمی استفاده شود.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند در این مقاله هیچ‌گونه تضاد منافعی وجود ندارد.

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-09-16]

References

1. Luis IP, Martínez S, Alvarez A. Community engagement, personal responsibility and self help in cuba's health system reform. MEDICC Rev. 2012;14(4):44-7.
2. George AS, Mehra V, Scott K, Sriram V. Community participation in health systems research: a systematic review assessing the state of research, the nature of interventions involved and the features of engagement with communities. PLoS One. 2015;10(10):e0141091.
3. O'Mara-Eves A, Brunton G, Oliver S, Kavanagh J, Jamal F, Thomas J. The effectiveness of community engagement in public health interventions for disadvantaged groups: a meta-analysis. BMC Public Health. 2015;15:129.
4. Ashoorkhani M, Rajabi F, Majdzadeh R. The meaning of "socialization of health" to Iranian policymakers and how it can be implemented. Med J Islam Repub Iran. 2019;33:6.
5. Heritage Z, Dooris M. Community participation and empowerment in Healthy Cities. Health Promot Int. 2009;24(suppl-1):i45-i55.
6. Lewin S, Lavis JN, Oxman AD, Bastías G, Chopra M, Ciapponi A, et al. Supporting the delivery of cost-effective interventions in primary health-care systems in low-income and middle-income countries: an overview of systematic reviews. The Lancet. 2008;372(9642):928-939.
7. Almedom AM. Social capital and mental health: An interdisciplinary review of primary evidence. Soc Sci Med. 2005;61(5):943-964.
8. World Health Organization. Health promotion glossary of terms 2021 [internet].
9. Paasche-Orlow MK, Parker RM, Gazmararian JA, Nielsen-Bohlman LT, Rudd RR. The prevalence of limited health literacy. J Gen Intern Med. 2005;20(2):175-184.
10. Izadirad H, Zareban I. The relationship of health literacy with health status, preventive behaviors and health services utilization in Baluchistan, Iran. J Educ Community Health. 2015;2(3):43-50.
11. Mohammadi Z, Banihashemi AT, Asgharifard H, Bahramian M, Baradaran HR, Khamseh ME. Health literacy and its influencing factors in Iranian diabetic patients. Med J Islam Repub Iran. 2015;29:230.
12. Reisi M, Javadzade SH, Mostafavi F, Sharifirad G, Radjati F, Hasanzade A. Relationship between health literacy, health status, and healthy behaviors among older adults in Isfahan, Iran. J Educ Health Promot. 2012;1(1):31.
13. Nedjat S, Yazdizadeh B, Gholami J, Ashorkhani M, Nedjat S, Maleki K, et al. Effect of Ministry of Health and Medical Education structure on application of medical research. Hakim Research Journal. 2008;11(3):1-10.
14. Salimi Y, Shahandeh K, Malekafzali H, Loori N, Kheiltash A, Jamshidi E, et al. Is community-based participatory research (CBPR) useful? A systematic review on papers in a decade. Int J Prev Med. 2012;3(6):386-93.
15. Wallerstein N, Duran B. Community-based participatory research contributions to intervention research: the intersection of science and practice to improve health equity. Am J Public Health. 2010;100(S1):S40-S46.
16. Rifkin SB. Examining the links between community participation and health outcomes: a review of the literature. Health Policy and Plan. 2014;29(suppl-2):ii98-ii106.
17. Adeleye OA, Ofili AN. Strengthening intersectoral collaboration for primary health care in developing countries: can the health sector play broader roles? J Environ Public Health. 2010;2010:272896.
18. Rajabi F, Majdzadeh R, Ziaee SAM. Trends in medical education, an example from a developing country. Arch Iran Med. 2011;14(2):132-8.
19. Strasser RP. Community engagement: a key to successful rural clinical education. Rural Remote Health. 2010;10(3):1543.
20. Rifkin SB. Lessons from community participation in health programmes: a review of the post Alma-Ata experience. Int Health. 2009;1(1):31-36.
21. Haldane V, Chuah FLH, Srivastava A, Singh SR, Koh GCH, Seng CK, et al. Community participation in health services development, implementation, and evaluation: A systematic review of empowerment, health, community, and process outcomes. PLoS One. 2019;14(5):e0216112.
22. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. Ann Intern Med. 2011;155(2):97-107.

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-09-16]