

کاربرد مدل فندق شکن در سیاست گذاری سلامت: راهکاری برای تلفیق مشارکت مردمی و سیاست گذاری دولتی در برنامه های بهداشتی

عبدالله رحمانی^۱، مهرنوش سالاری^۲، محسن رضائیان^۳

دریافت مقاله: ۱۴۰۵/۰۱/۱۵ ارسال مقاله به نویسنده جهت اصلاح: ۱۴۰۵/۰۳/۱۳ دریافت اصلاحیه از نویسنده: ۱۴۰۵/۰۴/۰۱ پذیرش مقاله: ۱۴۰۵/۰۴/۰۶

خلاصه اجرایی

بسیاری از برنامه های سلامت به دلیل فاصله میان سیاست گذاران و نیازهای واقعی جامعه با موفقیت کامل اجرا نمی شوند. مدل فندق شکن بر تلفیق دو رویکرد "بالا به پایین" یعنی از سطح سیاست گذاران و تصمیم گیرندگان به سمت جامعه و "پایین به بالا" یعنی از سطح جامعه و تشکلات مدنی تأکید دارد. این مدل نشان می دهد که همکاری هم زمان دولت، سازمان های اجرایی و مردم می تواند اثربخشی سیاست های سلامت را افزایش دهد. این خلاصه سیاستی ضمن معرفی مدل فندق شکن، راهکارهایی برای بهبود سیاست گذاری سلامت، افزایش مشارکت مردمی و ارتقاء عدالت در سلامت ارائه می دهد. این فرایند به طراحی برنامه های جامعه محور و تخصیص منابع و همچنین تقویت ظرفیت بومی مناطق کمک خواهد کرد.

واژه های کلیدی: مدل فندق شکن، عدالت در سلامت، سیاست گذاری سلامت، خلاصه سیاستی

ارجاع: رحمانی ع، سالاری م، رضائیان م. کاربرد مدل فندق شکن در سیاست گذاری سلامت: راهکاری برای تلفیق مشارکت مردمی و سیاست گذاری دولتی در برنامه های بهداشتی. سال ۱۴۰۵، دوره ۲۵، شماره ۴، صفحات: ۴۴۲-۴۳۳.

مقدمه

نیازهای واقعی که توسط مطالعات کارشناسانه متخصصین حوزه سلامت در سطح جامعه مشخص می گردد (۱). شالوده و اساس ارتقاء و پیشرفت سلامت اعضای یک جامعه بر اساس ارزیابی جامعه قرار دارد (۲)؛ بنابراین، ارزیابی جامعه (Community assessment) فرایندی نظام مند است که در آن افراد و تیم ارزیابی جامعه با برنامه ریزی، تعیین، جمع آوری، تجزیه و تحلیل و انتشار اطلاعات به بررسی و شناخت وضعیت سلامت جامعه، نگرانی ها و مشکلات بهداشتی، نظام ارائه خدمات سلامت، ویژگی ها، نقاط

وظیفه هر سیستم بهداشتی و درمانی در سطح دنیا، رفع نیازها و مشکلاتی است که با سلامت جامعه در ارتباط است (۱). برای رسیدن به این هدف می بایست با توجه به منابعی که در اختیار قرار دارد، برنامه ریزی مناسبی برای حل مشکلاتی که در اولویت از نظر اهمیت و جدی بودن مشکل قرار دارند، انجام گیرد (۲). نیازهای جامعه به دو صورت هستند؛ نیازهای احساس شده که توسط افراد و اعضای جامعه قابل درک و تشخیص هستند (۲) و

۱- کارشناس ارشد اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، شبکه بهداشت شهرستان کامیاران، کامیاران، ایران

۲- مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی در ارتقاء سلامت، پژوهشکده سلامت هرمزگان، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، بندرعباس، ایران

۳- (نویسنده مسئول) استاد گروه آموزشی اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات محیط کار، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران

کدپستی: ۷۷۱۸۱۷۵۹۱۱، تلفن: ۰۳۴-۳۱۳۱۵۲۴۳، پست الکترونیکی: moeygm2@yahoo.co.uk

• عدم انطباق برنامه‌های ملی با نیازهای احساس شده در سطح محلی (۷-۹).

روش کار

این خلاصه سیاستی بر اساس مرور روایی متون داخلی و بین‌المللی مرتبط با مدل فندق‌شکن (Nutcracker)، سیاست‌گذاری مشارکتی سلامت و تجربه اجرای برنامه‌های ملی سلامت در ایران تدوین شده است. منابع اصلی شامل مقالات علمی نمایه‌شده، گزارش‌های رسمی وزارت بهداشت و اسناد بالادستی نظام سلامت بوده‌اند.

اثر فندق‌شکن (Nutcracker Effect)

آنچه که مردم از نظام سلامت انتظار دارند، پاسخ‌گویی به نیازهای آنان است (۱۰). برنامه‌ها و اقدامات باید بر اساس نیازی که مردم احساس می‌کنند، باشد (۱۰). در این راستا نیازمند تلفیق تعهدات و اقدامات سیاسی، راهکارهای "بالا به پایین" (Top down)، از سطح سیاست‌گذاران و تصمیم‌گیرندگان به سمت جامعه، با راهکارهای "پایین به بالا" (Bottom up) از سطح جامعه و تشکلات مدنی هستیم که این اقدام به "اثر فندق‌شکن" (Nutcracker Effect) در دنیا معروف گردیده است (۱۱).

فندق به منزله مشکلات سلامت، فقر، بی‌عدالتی در سلامت است (شکل ۱) (۱۱). یکی از بازوهای فندق‌شکن به‌عنوان بازوی مردمی و شامل کلیه شبکه‌های مردمی و تشکلات در سطح جامعه است و بازوی دیگر کلیه سازمان‌های سیاست‌گذار و اجرایی است (۱۱). تعامل این دو بازو به طور هماهنگ و هم‌زمان می‌تواند مشکلات سلامت را کاهش دهد یا برطرف کند (۱۱). در واقع آنچه که در مدل فندق‌شکن اهمیت دارد، هماهنگی و همکاری مؤثر سازمان‌های دولتی و اجرایی با یکدیگر است و در صورتی این سازمان‌ها مؤثر خواهند بود که بر اساس اصول علمی همکاری

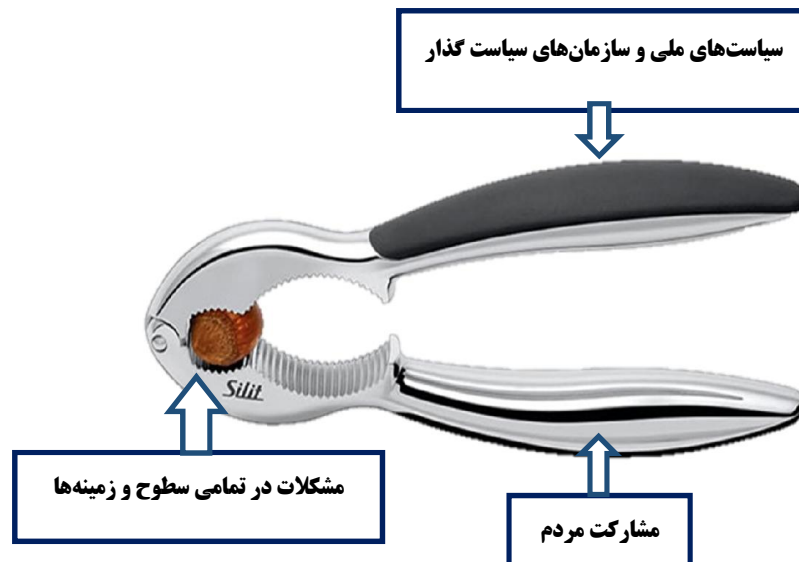
قوت، منابع موجود می‌پردازند تا نیازهای سلامت جامعه را شناسایی و ارزیابی کنند (۳). ارزیابی جامعه در واقع اساس و پایه ایجاد سیاست‌های راهبردی برای سیاست‌گذاران و مدیران در حوزه سلامت است (۴).

بسیاری از برنامه‌های سلامت در ایران علی‌رغم طراحی علمی و تخصیص منابع، به اهداف تعیین‌شده خود دست نمی‌یابند (۵). بر اساس نتایج یک مطالعه در بررسی ۴۸ سند بالادستی و شناسایی ۸۵ سیاست در حوزه بودجه‌بندی سلامت، بخش عمده چالش‌های این نظام ریشه در مرحله تدوین بودجه دارد و ضعف در اجرا، نظارت و گزارش‌دهی، همراه با شرایط کلان اقتصادی کشور، سالانه به اهداف و عملکرد نظام سلامت آسیب می‌رساند (۶). شواهد موجود نشان می‌دهد که ریشه اصلی این ناکامی، نه در محتوای فنی برنامه‌ها، بلکه در شکاف ساختاری میان سیاست‌گذاری مرکزی و واقعیت‌های محلی نهفته است (۷). این شکاف زمانی پدیدار می‌شود که برنامه‌ریزی از بالا به پایین بدون دریافت بازخورد کافی از بدنه جامعه انجام گیرد و ظرفیت‌های محلی در فرایند اجرا نادیده گرفته شوند (۸). فاصله میان آنچه سیاست‌گذاران طراحی می‌کنند و آنچه در سطح جامعه اجرا می‌شود به دلایل زیر به اثربخشی پایین برنامه‌های بهداشتی انجامیده است:

- نادیده گرفتن ظرفیت‌های محلی و تفاوت‌های فرهنگی-جغرافیایی استان‌ها
- ضعف در هماهنگی بین‌بخشی میان نهادهای دولتی، اجرایی و مردمی
- کم‌رنگ بودن مشارکت واقعی جامعه در طراحی، اجرا و ارزشیابی برنامه‌ها

کافی مبذول نگردد، به اهداف برنامه که همان تمثیل شکستن فندق است، دست نخواهیم یافت (۱۱).

بین‌بخشی حرکت کنند (۱۲). بر اساس شکل ۱، اهرم بالایی، همان برنامه ملی است که باید به شکلی کاملاً علمی نوشته شده و برای اجرا، ابلاغ گردد (۱۱). اما اگر اهرم قدرت‌مند دوم که در پایین قرار دارد، هم‌زمان فعال نشده و یا به فعال‌شدن آن توجه



شکل ۱-۱ اثر فندق‌شکن

ارتباط میان سیستم سیاسی و سیستم اجرایی بر اساس مذاکره و روابط قدرت تأکید دارد. بروکرات‌های محلی از سیاست‌گذاران مرکزی به مشکلات واقعی نزدیک‌تر هستند و قدرت تشخیص دارند.

دلایل عدم موفقیت بعضی برنامه‌های مرتبط با سلامت

اولین دلیل مهم، عدم وجود یک نهاد قدرت‌مند برای تصمیم‌گیری، ایجاد هماهنگی و اجرا و ارزشیابی برنامه است (۱۳). وجود چنین نهاد قدرت‌مندی هم در سطح کشور، هم در سطوح استانی و هم در سطوح شهرستانی، ضرورتی انکارناپذیر است (۱۳). وظیفه این نهادها ارزیابی وضعیت موجود اجرای برنامه‌های طراحی شده، گزارش عملکرد و میزان اقدامات برنامه‌های در حال اجرا و نهایتاً جمع‌بندی و تحلیل آماری داده‌ها و ارائه شاخص‌های برنامه‌ها است

مدل بالا به پایین (Top Down)

مسئله‌محوری مدل بالا به پایین این است که اجرای سیاست با تصمیمات اتخاذ شده توسط دولت مرکزی آغاز می‌شود (۱۱). طرفداران این مدل، رویکرد تجویزی دارند. ضعف اصلی مدل بالا به پایین از تمرکز آغازین آن بر تصمیم‌گیرندگان مرکزی و نادیده‌گرفتن سایر مجریان ناشی می‌شود. این مدل فرض را بر این قرار می‌دهد که تدوین‌گران سیاست مجریان کلیدی هستند و سایر مجریان در حاشیه قرار دارند.

پایین به بالا (Bottom Up)

مدل پایین به بالا در واکنش به مدل بالا به پایین در اواخر دهه ۱۹۷۰ و اوایل ۱۹۸۰ مطرح شد (۱۱). این مدل به ارتباط خطی و یک‌جانبه میان تصمیم‌گیرنده و اجراکننده تردید کرده و بر وجود

(۱۳). برای نمونه، ارزیابی‌های صورت گرفته از برنامه پزشک خانواده روستایی و نظام ارجاع نشان داده است که ضعف هماهنگی میان سطوح استانی و شهرستانی، یکی از عوامل اصلی کاهش پوشش مؤثر این برنامه در برخی استان‌های کشور بوده است (۱۴). دومین دلیل، عدم توجه کافی به ظرفیت‌ها و حمایت‌های محلی برای اجرای موفقیت‌آمیز برنامه است (۱۳). یعنی به ظرفیت‌ها و حمایت‌هایی که در سطح هر شهرستان کشور، باید به آن‌ها توجه نمود (۱۳) که می‌توان به سطح سواد جامعه، موقعیت جغرافیایی، میزان علاقه مردم، تفکیک گروه‌های سنی، وضعیت شغل و درآمد آن‌ها و فرهنگ حاکم بر آن جامعه، اشاره کرد (۱۳).

پیامدهای عدم اقدام

در صورتی که رویکرد تک‌بعدی "بالا به پایین" بدون تلفیق با مشارکت مردمی ادامه یابد، پیامدهایی اجتناب‌ناپذیر در سطوح مختلف رخ خواهد داد. در سطح فردی و اجتماعی، آمار بیماری‌ها، آسیب‌ها و مرگ‌های ناشی از آن کاهش نخواهد یافت، زیرا برنامه‌ها با نیازهای واقعی و احساس شده جامعه انطباق ندارند و موانع فرهنگی کمک‌خواهی همچنان پابرجا خواهند ماند. در سطح نظام سلامت، منابع مالی و انسانی صرف برنامه‌هایی می‌شود که بازدهی

اندک دارند و فرصت‌های مداخله زودهنگام از دست می‌رود. این امر به اتلاف منابع عمومی و کاهش اعتماد عمومی به نظام سلامت منجر خواهد شد. در سطح عدالت سلامت، مناطق محروم و روستایی که بیشترین آسیب‌پذیری را دارند، از کمترین پوشش مؤثر برنامه‌های پیشگیری برخوردار خواهند بود و شکاف سلامت میان مناطق مختلف کشور تعمیق می‌یابد.

توصیه‌های سیاستی

بر اساس اصول مدل فندق‌شکن و واقعیت‌های نظام سلامت ایران، پنج توصیه سیاستی زیر برای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی پیشنهاد می‌شود:

مقایسه گزینه‌های راهبردی

پیش از ارائه توصیه‌های تفصیلی، سه گزینه راهبردی کلان در جدول ۲ با یکدیگر مقایسه شده‌اند: (الف) حفظ رویکرد فعلی عمدتاً بالا به پایین، (ب) رویکرد تلفیقی پیشنهادی این خلاصه سیاستی مبتنی بر همکاری هم‌زمان دو بازوی دولتی و مردمی و (ج) واگذاری کامل مسئولیت برنامه‌ریزی و اجرا به جامعه محلی. پنج توصیه ارائه شده در ادامه، اجزای عملیاتی گزینه «ب» هستند.

جدول ۲- مقایسه سه گزینه راهبردی بر اساس هزینه تقریبی اجرا، زمان اجرا، دشواری سیاسی و اثر مورد انتظار بر عدالت در سلامت

گزینه راهبردی	هزینه تقریبی اجرا	زمان اجرا	دشواری سیاسی	اثر مورد انتظار بر عدالت در سلامت
حفظ رویکرد فعلی (بالا به پایین)	کم	-	کم	محدود؛ تداوم شکاف موجود
رویکرد تلفیقی پیشنهادی (دولتی + مردمی)	متوسط	میان مدت (۲ تا ۳ سال)	متوسط تا بالا	بالا؛ کاهش تدریجی شکاف مناطق محروم
واگذاری کامل به جامعه محلی	بالا	بلندمدت	بالا	نامطمئن؛ وابسته به ظرفیت محلی

ظرفیت پاسخ‌گویی به نیازهای محلی را افزایش می‌دهد و برخلاف واگذاری کامل، از سرمایه‌گذاری و ظرفیت نهادی موجود در سطح

رویکرد تلفیقی (ب) به عنوان گزینه پیشنهادی این خلاصه سیاستی انتخاب شده است، زیرا در مقایسه با حفظ وضع موجود

ملی بهره می‌برد و ریسک اجرایی کمتری دارد؛ تجربه کشورهای با نظام سلامت مشارکت‌محور نیز مؤید برتری نسبی رویکردهای تلفیقی نسبت به دو گزینه افراطی است.

توصیه ۱- مشارکت مردمی و جامعه‌محوری: وزارت بهداشت موظف شود در هر استان، کمیته‌های محلی سلامت با حضور نمایندگان واقعی جامعه شامل تشکلهای مردمی، نهادهای مدنی، روحانیون، معلمان، کدخدایان و بزرگان محلی تشکیل دهد. این کمیته‌ها باید نقش فعال در شناسایی نیازها، اولویت‌بندی مداخلات و پایش اجرای برنامه‌های بهداشتی داشته باشند، نه صرفاً نقش اطلاع‌رسانی. مزیت اصلی این توصیه، افزایش تناسب فرهنگی و اجتماعی برنامه‌ها با بستر محلی است؛ ریسک عمده آن، احتمال غلبه ذی‌نفعان محلی قدرتمند بر گروه‌های کم‌برخوردار است.

توصیه ۲- اصلاح ساختار سیاست‌گذاری: معاونت بهداشت وزارت بهداشت نهاد هماهنگ‌کننده ملی با اختیارات اجرایی واقعی برای هر برنامه بهداشتی ملی ایجاد کند که به‌صورت منظم (حداقل فصلی) گزارش عملکرد استانی را دریافت، تحلیل و اقدامات اصلاحی را ابلاغ نماید. این نهاد باید مستقل از تغییرات مدیریتی، تداوم کارکرد داشته باشد تا از ناپایداری برنامه‌ها جلوگیری شود. مزیت این توصیه، تداوم نهادی و کاهش نوسانات مدیریتی است؛ ریسک آن، احتمال بوروکراتیک شدن فرایند و کندی تصمیم‌گیری در صورت نبود اختیار اجرایی واقعی است.

توصیه ۳- تخصیص منابع بر اساس نیاز محلی: حداقل ۲۰ درصد از بودجه هر برنامه ملی بهداشتی به تقویت ظرفیت محلی اختصاص یابد؛ شامل آموزش کارگزاران بهداشت در سطح روستا و محله، تجهیز مراکز بهداشتی به ابزارهای ارزیابی نیاز و توسعه زیرساخت‌های اجرایی در مناطق محروم. توزیع منابع باید بر اساس

نتایج ارزیابی نیاز محلی و نه صرفاً جمعیت، انجام گیرد. مزیت اصلی، هدف‌مندی منابع متناسب با نیاز واقعی مناطق محروم است؛ ریسک آن، مقاومت احتمالی استان‌های برخوردار در برابر بازتوزیع بودجه بر اساس معیارهای غیر جمعیتی است.

توصیه ۴- تقویت همکاری بین‌بخشی: وزارت بهداشت با وزارت آموزش و پرورش، سازمان بهزیستی، صداوسیما، جهاد کشاورزی و نیروی انتظامی تفاهم‌نامه‌های عملیاتی مشخص با شاخص‌های قابل‌سنجش منعقد کند. این تفاهم‌نامه‌ها باید شامل برگزاری منظم جلسات هماهنگی استانی، تعریف نقش‌های مشخص برای هر دستگاه و پروتکل‌های مشترک ارجاع و پیگیری باشد. مزیت این توصیه، کاهش موازی‌کاری بین دستگاهی است؛ ریسک آن، طولانی‌شدن فرایند انعقاد تفاهم‌نامه‌ها به دلیل چندگانگی ذی‌نفعان و اولویت‌های متفاوت هر سازمان است.

توصیه ۵- نظارت و ارزشیابی مبتنی بر شواهد: سامانه ثبت و پایش یکپارچه برای تمام برنامه‌های ملی بهداشتی راه‌اندازی شود و داده‌های عملکردی آن به‌صورت سالانه منتشر گردد. شاخص‌های پایش باید در مرحله طراحی برنامه تعیین شده و ارزشیابی مستقل از سوی دانشگاه‌های علوم پزشکی انجام پذیرد تا از ارزشیابی صوری و غیرواقعی جلوگیری شود. مزیت اصلی، افزایش شفافیت و پاسخ‌گویی نظام سلامت است؛ ریسک آن، هزینه راه‌اندازی سامانه یکپارچه و نیاز به زیرساخت فناوری اطلاعات کافی، به‌ویژه در مناطق روستایی، است.

الزامات اجرایی، موانع و راهبردهای غلبه بر موانع

جدول ۳، الزامات اجرایی هر توصیه را به تفکیک چهار گروه هدف (مردم، ارائه‌دهندگان خدمت، مدیران/سیاست‌گذاران و سازمان‌های همکار)، مهم‌ترین مانع بالقوه پیش‌روی هر توصیه، و راهبرد پیشنهادی برای غلبه بر آن مانع نشان می‌دهد.

جدول ۳- الزامات اجرایی، موانع بالقوه و راهبردهای پیشنهادی به تفکیک هر توصیه و هر گروه هدف

توصیه	سطح مردم	سطح ارائه‌دهندگان	سطح مدیران/سیاست‌گذاران	سطح سازمان‌های همکار	مهم‌ترین مانع بالقوه	راهبرد پیشنهادی
کمیته‌های محلی	تغییر نگرش از دریافت‌کننده منفعل به عضو فعال	پذیرش نقش تسهیل‌گر به‌جای دستوردهنده	واگذاری بخشی از اختیار تصمیم‌گیری به سطح محلی	مشارکت نهادهای مدنی محلی	عدم اعتماد مردم به برخی سیاست‌ها در برخی مناطق	شفاف‌سازی و بازخورد منظم عملکرد کمیته‌ها به جامعه
نهاد هماهنگ‌کننده ملی	-	گزارش‌دهی منظم عملکرد	تغییر از تصمیم‌گیری موردی به فرآیندمحور	پذیرش نظارت بین‌بخشی	مقاومت مدیران میانی در برابر واگذاری اختیار و شفافیت	مشوق‌های عملکردی و اصلاح آیین‌نامه‌های داخلی
تخصیص منابع بر اساس نیاز	مشارکت در ارزیابی نیاز محلی	آموزش ابزارهای ارزیابی نیاز	بازتوزیع بودجه بر اساس شاخص نیاز	هم‌راستایی برنامه‌های حمایتی با نیاز محلی	کمبود بودجه برای توانمندسازی محلی و مقاومت استان‌های برخوردار	تعریف تدریجی سهم بودجه مبتنی بر نیاز طی چند سال
همکاری بین‌بخشی	-	نظام ارجاع	تعریف نقش مشخص هر دستگاه در همکاری بین‌بخشی	آموزش و پرورش (غربالگری مدرسه‌محور)، بهزیستی (حمایت گروه‌های آسیب‌پذیر)، صداوسیما (اطلاع‌رسانی)	تعارض منافع و اولویت‌های متفاوت بین دستگاه‌ها	جلسات منظم هماهنگی استانی و پایش شاخص‌های مشترک
نظارت و ارزشیابی	دسترسی به گزارش‌های عملکردی عمومی	ثبت منظم داده در سامانه یکپارچه	پذیرش ارزشیابی مستقل و غیرصوروی	دانشگاه‌های علوم پزشکی به‌عنوان ارزیاب مستقل	ضعف زیرساخت فناوری اطلاعات در مناطق کم‌برخوردار	تدریجی در زیرساخت دیجیتال مناطق کم‌برخوردار

نتیجه‌گیری

از طریق تلفیق هم‌زمان دو بازوی سیاست‌گذاری دولتی و مشارکت مردمی، می‌توان به کاهش بی‌عدالتی در سلامت، ارتقاء پوشش خدمات بهداشتی و تقویت اعتماد عمومی به نظام سلامت دست‌یافت. اجرای توصیه‌های پیشنهادی این خلاصه سیاستی، از جمله تشکیل کمیته‌های محلی سلامت، اصلاح ساختار سیاست‌گذاری، تخصیص منابع بر اساس نیاز محلی و تقویت همکاری بین‌بخشی، می‌تواند گام مؤثری در تحقق عدالت در سلامت و ارتقاء سطح بهداشت عمومی کشور باشد. انتخاب میان گزینه‌های راهبردی باید با توجه به ظرفیت مالی و اجرایی هر استان و با در نظر گرفتن تحلیل هزینه-اثربخشی صورت گیرد.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از داوران محترم مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان به جهت بازخوانی دقیق و راهنمایی‌های سودمندشان صمیمانه تشکر و قدردانی می‌گردد.

تعارض در منافع: این پژوهش تعارض منافی ندارد.

حامی مالی: پژوهش حاضر فاقد هرگونه حمایت مالی بوده است. ملاحظات اخلاقی (کد اخلاق): این مطالعه یک خلاصه سیاستی است.

مشارکت نویسندگان

- طراحی ایده: محسن رضائیان
- روش کار: عبدالله رحمانی، محسن رضائیان
- جمع‌آوری داده‌ها: عبدالله رحمانی، مهرنوش سالاری
- تجزیه و تحلیل داده‌ها: عبدالله رحمانی
- نظارت: محسن رضائیان
- مدیریت پروژه: محسن رضائیان
- نگارش-پیش‌نویس اصلی: عبدالله رحمانی، مهرنوش سالاری، محسن رضائیان

- نگارش-بررسی و ویرایش: مهرنوش سالاری، محسن رضائیان

References

1. Rahmani A, Asgarian A, Aligol M, Ahmadi Z, Mohammadbeigi A. Community assessment for identifying and prioritizing the problems of Jamkaran Village in Qom Province in 2019 (Iran). *Qom University of Medical Sciences Journal* 2020; 13(11): 1-12.
2. Rafiemanesh H, Yari M, Holakui Naeini K. Community assessment for determination and diagnosis of health-related problems in Aliny village Meshginshahr functions in Ardebil. *J Prev Med* 2015; 2(2): 10-7.

3. Khosravi A, Sepidar Kish M, Khalili M, Ghofrani M, Ashrafi E, Sharifi N, et al. Community assessment for diagnosis and determination of health-related problems. *Knowl Health J* 2013; 8(1): 41-5.
4. Maleki F, Hosseinpour M, Rafiemanesh H, Salehi F, Lotfi Z, Naserizadeh M, et al. The review of community assessment papers to determine priority problems in selected populations of Iran. *Journal of School of Public Health & Institute of Public Health Research* 2014; 12(3).
5. Olyaeemanesh A, Habibi F, Mobinizadeh M, Takian A, Khosravi B, Jafarzadeh J, et al. Identifying and prioritizing inefficiency causes in Iran's health system. *Cost Eff Resour Alloc* 2024; 22(1): 81.
6. Moradi T, Kabir MJ, Pourasghari H, Ehsanzadeh SJ, Aryankhesal A. Challenges of Budgeting and Public Financial Management in Iran's Health System: A Qualitative Study. *Med J Islam Repub Iran* 2023; 37: 80.
7. Khayat-zadeh-Mahani A, Fotaki M, Harvey G. Priority setting and implementation in a centralized health system: a case study of Kerman province in Iran. *Health Policy Plan* 2013; 28(5): 480-94.
8. Rahbari Bonab M, Rajabi F, Vedadhir A, Majdzadeh R. Sustainable political commitment is necessary for institutionalizing community participation in health policy-making: Insights from Iran. *Health Res Policy Syst* 2024; 22(1): 23.
9. Eskandarian M, Raeisi A, Ferdosi M, Golzari M. Toward Iran's health system regionalization: A qualitative approach. *J Educ Health Promot* 2025; 14: 380.
10. Mirzoev T, Kane S. What is health systems responsiveness? Review of existing knowledge and proposed conceptual framework. *BMJ Glob Health* 2017; 2(4).
11. Baum F. Cracking the nut of health equity: top down and bottom up pressure for action on the social determinants of health. *Promotion & education* 2007; 14(2): 90-5.

12. Naddafi K, Riazi-Isfahani S, Kaefi M, Damari B. Designing a health ranking system for cities in Iran. *Payesh (Health Monitor)* 2017; 16(3): 271-80.
13. Rezaeian M. Pathology of Iran's National Suicide Prevention Program. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2024; 23(4): 275-7.
14. Shams L, Nasiri T, Amiri MM, Abdolahi Z. Challenges of Rural Family Physician Policy in Iran. *Int J Prev Med* 2023; 14: 43.

The Application of the Nutcracker Effect in Health Policymaking: A Strategy for Integrating Community Participation and Government Policy in Health Programs

Abdollah Rahmani¹, Mehrnoosh Salari², Mohsen Rezaeian³

Received: 04/04/26

Sent for Revision: 24/05/26

Received Revised Manuscript: 22/06/26

Accepted: 27/06/26

Executive Summary: Many health programs fail to achieve full success due to the gap between policymakers and the actual needs of communities. The Nutcracker Effect emphasizes the integration of two approaches: "top-down" from the level of policymakers and decisionmakers toward the community and "bottom-up" from the level of the community and civil society organizations. This model shows that the simultaneous collaboration of government, implementing organizations, and the public can enhance the effectiveness of health policies. This policy brief, while introducing the Nutcracker Effect, presents strategies for improving health policymaking, increasing public participation, and promoting health equity. This process will contribute to the design of community-based programs, resource allocation, and the strengthening of local capacity in different regions.

Key words: Nutcracker effect, Health equity, Health policymaking, Policy brief

Funding: This study did not receive any funds.

Conflict of interest: None declared.

Ethical Considerations (Code of Ethics): Not applicable.

Authors' contributions

- **Conceptualization:** Mohsen Rezaeian
- **Methodology:** Abdollah Rahmani, Mohsen Rezaeian
- **Data collection:** Abdollah Rahmani, Mehrnoosh Salari
- **Formal analysis:** Abdollah Rahmani
- **Supervision:** Mohsen Rezaeian
- **Project administration:** Mohsen Rezaeian
- **Writing-original draft:** Abdollah Rahmani, Mehrnoosh Salari, Mohsen Rezaeian
- **Writing-review & editing:** Mehrnoosh Salari, Mohsen Rezaeian

Citation: Rahmani A, Salari M, Rezaeian M. The Application of the Nutcracker Effect in Health Policymaking: A Strategy for Integrating Community Participation and Government Policy in Health Programs. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2026; 25 (4): 433-42. doi: 10.66224/jrums.25.4.433. [Farsi].

1- MSc in Epidemiology, Kurdistan University of Medical Sciences, Kamyaran Health Network, Kamyaran, Iran.

2- Social Determinants in Health Promotion Research Center, Hormozgan Health Institute, Hormozgan University of Medical Sciences, Bandar Abbas, Iran.

3- Prof., Dept. of Epidemiology and Biostatistics, Occupational Environment Research Center, Medical School, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran, ORCID: 0000 -0003 -3070-0166
(Corresponding Author) Tel: (034) 31315123, E-mail: moeygmr2@yahoo.co.uk