

# Urban Ecology Researches

Vol. 17(2), (Series 43): 73-90



E-ISSN: 2538-3949

P-ISSN: 2538-3930

## ORIGINAL ARTICLE

### Role of Non-Governmental Organizations in Control and Management of Urban Crises; The Field of Health, Case Study: Tehran Metropolis

Kazem Asadi<sup>1</sup>, Zohreh Fanni<sup>2\*</sup>, Lotfali Kozegar Kaljii<sup>3</sup>

1. Ph.D. Candidate,  
Department of Human  
Geography and Spatial  
Plannig, Shahid Beheshti  
University, Tehran, Iran.
2. Professor, Department of  
Human Geography and  
Spatial Plannig, Shahid  
Beheshti University, Tehran,  
Iran.
3. Associate Professor,  
Department of Human  
Geography and Spatial  
Plannig, Shahid Beheshti  
University, Tehran, Iran.

#### \*Correspondence

Zohreh Fanni

E-mail: [Z-fanni@sbu.ac.ir](mailto:Z-fanni@sbu.ac.ir)

Receive Date: 10/Mar/2025

Revise Date: 18/May/2025

Accept Date: 15/June/2025

#### How to cite

Asadi, A., Fanni, Z., & Kozegar Kaljii, L. (2026). Role of Non-Governmental Organizations in Control and Management of Urban Crises; The Field of Health, Case Study: Tehran Metropolis. *Urban Ecology Researches*, 17(2), 73-90.

## EXTENDED ABSTRACT

### Introduction

Cities, as the primary centers of population concentration, economic activities, and physical infrastructure, are increasingly exposed to and threatened by diverse natural hazards and human-induced disasters. Rapid urban expansion and high population density in recent decades have substantially intensified the vulnerability of local communities, whereas risk reduction and prevention strategies are frequently overlooked prior to the emergence of acute crises. The Tehran metropolis, as the political and economic capital of Iran, faces an intricate nexus of environmental and human-made threats. On the one hand, unregulated construction within the fault zones of active seismic areas, the potential displacement of the Tehran and Rey plains, perpetual flash flood risks due to high topographical gradients and encroachment on river corridors, alongside an annual land subsidence rate of 36 centimeters in the Tehran-Karaj plain (a ticking environmental time bomb driven by groundwater depletion), severely jeopardize the physical integrity of the city. On the other hand, severe seasonal air pollution caused by temperature inversion and outbreaks of communicable diseases—notably the COVID-19 pandemic, which positioned Tehran as the country's primary infection hotspot—have imposed unprecedented strains on the urban public health infrastructure.

In addressing these multi-dimensional crises, decades of empirical evidence demonstrate that centralized, single-actor, top-down governmental management systems fail to meet the complex demands of urban populations. This rigid bureaucratic structure has eroded public trust in official statistics and state-led decisions while marginalizing civic participation. In response, the emerging paradigm of the “Healthy City,” which synthesizes ecological perspectives with holistic urban health frameworks, underscores the necessity of transitioning toward decentralized, incremental, community-based, and participatory governance. Theoretically, the involvement of non-governmental organizations (NGOs) in urban health crises is grounded in four core frameworks: first, Social Capital Theory, which illustrates how mutual trust, local networking, and civic cohesion mobilize resources and psychosocial support; second, Governance Network Theory, which frames NGOs as essential intermediary nodes bridging the gap between state authorities and civil society; third, the Community-Based Approach, which capitalizes on grassroots familiarity with local cultures and neighborhood dynamics to design targeted public health interventions; and fourth, Gap-Filling Theory, which articulates the compensatory role of non-profit entities in mitigating deficiencies in public sector service delivery during emergency phases. This study seeks to evaluate, analyze, and prioritize the multi-faceted roles of NGOs in urban health crisis management across the Tehran metropolis.

### Methodology

This research is applied-practical in orientation and descriptive-analytical in design and implementation. Data were gathered through a combined documentary and empirical survey approach. In the documentary phase, theoretical foundations and evaluation criteria were

extracted from authoritative academic literature, establishing five primary operational dimensions: Health Services, Health Promotion and Information Exchange, Policy-Making, Resource Mobilization and Allocation, and Monitoring Care Quality and Accountability. In the empirical survey phase, a structured, researcher-made questionnaire was utilized to collect expert evaluations.

The statistical population comprised urban planning professionals, disaster management authorities, and academic specialists with proven expertise in urban affairs and public health resilience. Due to the indefinite size of the total target population, a purposive, non-random sampling technique was adopted, continuing until scientific and theoretical saturation was attained at a sample size of 40 experts. Construct and content validities were verified through theoretical literature alignment and expert consensus. The reliability of the instrument was assessed using Cronbach's alpha coefficient; all five operational dimensions yielded values exceeding 0/72, with the highest internal consistency recorded for "Resource Mobilization and Allocation" at 0/801, confirming satisfactory reliability. Statistical data analysis involved descriptive metrics and the parametric One-Sample t-test (test value = 3) to assess the statistical significance of each dimension. Subsequently, the Multi-Attributive Border Approximation Area Comparison (MABAC) multi-criteria decision-making technique, combined with the Rank Exponent Weighting method, was applied to prioritize and rank the operational viability and proximity of each dimension to the ideal solution.

### Findings

The empirical findings reveal a consistently positive consensus among experts regarding the strategic role of non-governmental organizations across all evaluated dimensions of urban health crisis management. Both descriptive indices and inferential one-sample t-tests confirm that each dimension significantly exceeds the theoretical midpoint, establishing the vital contribution of civic bodies across both preventive and responsive operational phases. At the specific indicator level, items related to institutional advocacy, the expansion of health-centered insurance coverage, and the negotiation of public health standards for underprivileged groups received the strongest endorsement. Conversely, the procedural integration of equity principles into physical resource allocation emerged as a critical operational bottleneck, recording a sub-baseline rating that reflects persistent logistical and distributive challenges.

Inferential evaluation identified *Policy-Making* and *Health Promotion and Information Exchange* as the most prominently rated dimensions, followed closely by direct *Health Services* and *Monitoring Care Quality and Accountability*, with *Resource Mobilization and Allocation* occupying the lowest yet still statistically significant tier. To resolve underlying multi-criteria trade-offs and determine operational feasibility, the MABAC decision-making model established a definitive hierarchical priority:

1. Health Promotion and Information Exchange: Ranked first and placed well within the upper approximation area, identifying grassroots public health education, rumor control, and rapid risk communication as the primary strengths of NGOs.
2. Policy-Making: Ranked second in the upper approximation area, underscoring the vital intermediary role of civic bodies in elevating community priorities into formal municipal decision-making frameworks.
3. Resource Mobilization and Allocation: Positioned third along the upper boundary zone, demonstrating operational agility in gathering emergency relief funds and supplies, despite underlying concerns regarding equitable distribution.
4. Health Services: Ranked fourth within the lower approximation area, reflecting institutional and legal constraints that restrict non-governmental actors from delivering comprehensive clinical care independently.
5. Monitoring Care Quality and Accountability: Ranked fifth within the lower approximation area, pointing to structural limitations and bureaucratic resistance that hinder independent civil oversight of municipal healthcare facilities.

Synthesizing these analytical outcomes demonstrates that the strategic efficacy of NGOs in urban health crises is concentrated in "soft" governance capacities—notably community awareness, health literacy, consensus building, and institutional advocacy—rather than direct clinical execution or formal supervisory mandates.

### Discussion and Conclusion

This study provides robust empirical evidence affirming the vital and strategic role of NGOs in the urban health crisis management ecosystem of Tehran. Aligning with Social Capital and Governance Network theories, the results show that the highest efficacy of NGOs is concentrated in soft governance dimensions, specifically public health literacy promotion, risk communication, and policy advocacy. By leveraging grassroots legitimacy and social trust, NGOs effectively facilitate the rapid dissemination of sanitary directives, curb infodemics, and

channel local community grievances into broader urban health policy agendas.

The third-place ranking of *Resource Mobilization and Allocation* substantiates Gap-Filling Theory, demonstrating the capacity of civil society organizations to mobilize financial and material aid swiftly during supply bottlenecks. Nevertheless, the low score for equity in resource distribution (2/30) signals the absence of transparent, data-driven logistical frameworks. Furthermore, the negative QQQ scores for direct health services and quality monitoring do not imply organizational failure (given their statistically significant positive t-test results); rather, they reflect bureaucratic hurdles, regulatory barriers, and institutional monopolies that restrict NGOs from executing clinical operations and independent supervisory mandates. The marked contrast between these findings and earlier domestic studies that rated NGO performance as marginal reflects a paradigm shift in the post-COVID-19 era, highlighting the institutional maturation of NGOs and the heightened necessity of state-civil society synergy.

Based on these findings, several policy recommendations are proposed:

- Transitioning from Hierarchical Command to Network Governance: Formally integrating NGO coalitions into Tehran's municipal disaster management directorates and specialized health task forces.
- Establishing Data-Driven Allocation Platforms: Deploying integrated, transparent logistics tracking systems linked to vulnerability atlases of marginalized urban districts to ensure equitable resource distribution.
- Enabling Regulatory Frameworks for Primary Health Support: Granting official accreditation to specialized health NGOs to establish temporary psychosocial and basic triage clinics during environmental and biological hazards.
- Institutionalizing Community-Based Resilience Training: Delegating neighborhood-level risk communication, basic health training, and social preparedness programs permanently to community organizations to advance the objectives of the Healthy City model.

## KEYWORDS

Crisis Management, Healthy City, City Health, NGOs, Tehran Metropolis



Copyright © 2026, by the author(s). Published by Payame Noor University, Tehran, Iran.

This is an open access article under the CC BY 4.0 license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

<https://grup.journals.pnu.ac.ir/>

# پژوهش‌های بوم‌شناسی شهری

سال هفدهم، شماره دوم، (پیاپی ۴۳)، تابستان ۱۴۰۵، (۷۳-۹۰)



Doi: 10.30473/grup.2026.75298.2945

E-ISSN: 2538-3949

P-ISSN: 2538-3930

## «مقاله پژوهشی»

## نقش سازمان‌های مردم‌نهاد در کنترل و مدیریت بحران‌های شهری؛ حوزه سلامت، مورد پژوهی: کلان‌شهر تهران

کاظم اسدی<sup>۱</sup>، زهره فنی<sup>۲\*</sup>، لطفعلی کوزه‌گر کالجی<sup>۳</sup>

### چکیده

امروزه با بروز بحران‌های انسانی و طبیعی سلامت شهر بیش از پیش مورد توجه مدیران و پژوهشگران شهری قرار دارد. از طرف دیگر نیز سازمان‌های مردم‌نهاد به‌عنوان بازوهای اجرایی مردمی می‌توانند نقش به‌سزایی در کنترل بحران و سوق دادن آن به سمت سلامت شهر داشته باشند. هدف پژوهش حاضر این است که نقش سازمان‌های مردم‌نهاد (ایران و تهران) در کنترل و مدیریت بحران‌های شهری به‌ویژه در حوزه سلامت را بررسی کند. از این رو تحقیق حاضر به لحاظ روش پژوهش توصیفی-تحلیلی و از لحاظ هدف کاربردی-عملی می‌باشد. شیوه گردآوری داده‌ها به دو روش اسنادی و پیمایشی بوده است. برای سنجش شاخص‌های پژوهش در محدوده مورد مطالعه از شیوه پیمایشی و ابزار پرسشنامه محقق ساخته بهره گرفته شد. جامعه آماری پژوهش شامل کارشناسان و متخصصان حوزه شهر و مدیریت بحران شهری بود که با توجه به مشخص نبودن حجم جامعه آماری، نمونه‌گیری به‌صورت هدفمند تا رسیدن به اشباع نظری (۴۰ نفر) ادامه یافت. نتایج پژوهش نشان داد که سازمان‌های مردم‌نهاد مطالعه در هر پنج حوزه در وضعیت مطلوبی قرار دارند. به‌عبارت دیگر میانگین به‌دست آمده در پنج حوزه مورد نظر از معیار میانگین ۳ بیش‌تر است. کم‌ترین میانگین به‌دست آمده مربوط به حوزه بسیج منابع و تخصیص آنها و بیش‌ترین مربوط به بعد سیاست‌گذاری بوده است.

### واژه‌های کلیدی

مدیریت بحران، شهر سالم، سلامت شهر، سمن‌ها، کلان‌شهر تهران

۱. دانشجوی دکتری، جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری، گروه جغرافیای انسانی و آمایش، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.
۲. استاد، گروه جغرافیای انسانی و آمایش، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.
۳. دانشیار، گروه جغرافیای انسانی و آمایش، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

\*نویسنده مسئول: ا زهره فنی

رایانامه: Z-fanni@sbu.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۲/۲۰

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۲/۲۸

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۳/۲۵

### استناد به این مقاله:

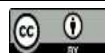
اسدی، کاظم؛ فنی، زهره و کوزه‌گر کالجی، لطفعلی (۱۴۰۵). نقش سازمان‌های مردم‌نهاد در کنترل و مدیریت بحران‌های شهری؛ حوزه سلامت، مورد پژوهی: کلان‌شهر تهران. فصلنامه علمی پژوهش‌های بوم‌شناسی شهری، ۱۷(۳)، ۷۳-۹۰.

حق انتشار این مستند، متعلق به نویسندگان آن است. © ۱۴۰۵ ناشر این مقاله، دانشگاه پیام نور است.

این مقاله تحت گواهی زیر منتشر شده و هر نوع استفاده غیرتجاری از آن مشروط بر استناد صحیح به مقاله و با رعایت شرایط مندرج در آدرس زیر مجاز است.

This is an open access article under the CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

<https://grup.journals.pnu.ac.ir/>



## مقدمه

شهرها بستر زیست انسان‌ها، دارای ساختارهای کالبدی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی هستند (Park & et al., 2022). براساس اهمیت ارتباطی، اقتصادی و اندازه‌جمعیتی آنها، شکل‌گیری و تکوین این ساختار از پیچیدگی، اصول و جریان‌های خاصی تبعیت می‌کند (فنی، ۱۳۹۱). شهرها به‌عنوان مراکز مهم جمعیت و فعالیت‌های اقتصادی، همیشه در برابر تهدیدهای ناشی از انواع مختلف بحران‌ها از جانب طبیعت یا انسان قرار دارند (Leichenko, 2011; Loo & Leung, 2017). به عبارت دیگر، مردم در شهرها زندگی، کار و فعالیت دارند و تراکم جمعیت به همراه مخاطرات طبیعی و انسانی، شهرها را نسبت به گذشته آسیب‌پذیرتر کرده است. این مخاطرات در سال‌های اخیر بیانگر این موضوع است که جوامع و افراد به‌صورت فزاینده‌ای آسیب‌پذیر شده و ریسک‌ها نیز افزایش یافته‌اند. با این حال، کاهش ریسک و آسیب‌پذیری اغلب تا بعد از وقوع حوادث نادیده انگاشته می‌شوند (Mayunga, 2006).

برای پیشگیری و مقابله با بحران‌های انسانی و طبیعی رویکردهای مختلفی وجود دارد و در نیم قرن اخیر، الگوواره جدیدی از توسعه در حوزه برنامه‌ریزی شهری و چالش‌ها و بحران‌های مربوط به آن مورد استقبال قرار گرفته است که در آن برنامه‌ریزی محلی و اجتماع محور بر برنامه‌ریزی متمرکز غلبه دارد (Pritchett and Woolcock, 2004). به‌طوری‌که عمل و تئوری برنامه‌ریزی روز به روز توجه را به تمرکز بر روی درگیر کردن اجتماعات محلی در فرآیند برنامه‌ریزی با تعابیری همچون برنامه‌ریزی غیرمتمرکز، اندک‌افزا و از پایین به بالا افزایش داده است (صرافی و همکاران، ۱۳۹۳؛ Onyx and Bullen, 2000; Pritchett & Woolcock, 2004). گواه این ادعا، ازدیاد برنامه‌های مدیریت منابع محلی، سیاست‌های عدم تمرکز و دیدگاه‌های مشارکتی در برنامه‌ریزی، پیاده‌سازی و ارزیابی برنامه‌ها در مکان‌ها و زمان‌های مختلف است، به‌خصوص در چند سال اخیر که شهرها و جوامع بحران‌های جدید و جدی را تجربه می‌کنند (مشکینی و همکاران، ۱۳۹۸، صرافی و همکاران، ۱۳۹۳، زیاری و همکاران، ۱۴۰۰). تجربیات ۵۰ ساله کشورهای مختلف و مطالعات مربوطه نشان داده است که دولت‌ها به تنهایی نمی‌توانند نیازهای مردم را برآورده کنند (Daynes & et al., 2017, Yan & et al., 2018). به این ترتیب، سازمان‌های غیردولتی (NGO) برای حل بحران‌های ناشی از آن به‌ویژه مشکلات پس از جنگ جهانی دوم، قحطی‌ها و بحران‌های مالی، به خطر افتادن محیط زیست، مخاطرات طبیعی و بیماری‌ها

تأسیس شدند (نمازی و اخگری، ۱۳۹۵، Odindo & et al., 2018).

شهر تهران به‌عنوان پایتخت سیاسی و اقتصادی کشور با تراکم بالای جمعیت، بیش‌ترین تأثیرات را از بروز بحران‌های طبیعی و انسانی می‌پذیرد؛ مثلاً در جریان شیوع بیماری کووید ۱۹، شهر تهران بیش‌تر آمار مبتلایان به این ویروس را داشت و از مراکز بحرانی این بیماری در کشور به‌شمار می‌رفت. در نتیجه بخش‌های مختلف شهر تحت تأثیر قرار گرفت و از روند عادی خارج شد.

کلان‌شهر تهران در بستر زمان به خصوص چنددهه اخیر بحران‌های طبیعی و انسانی زیادی را پشت سر گذاشته است. از آخرین زلزله شدید تهران زمان زیادی می‌گذرد با این حال با گسترش فضای شهر، ساخت‌وسازهایی نیز در حریم یا روی گسل‌های بزرگ و لرزه‌خیز انجام شده است. علاوه بر آن، دشت تهران و شهر ری دارای شکستگی‌هایی است که ممکن است به هنگام لرزش گسل‌های بزرگ، دچار لغزش و جابه‌جایی شوند. سیل نیز به‌عنوان خطری جدی یاد شده است. اختلاف ارتفاع زیاد، ساخت‌وساز در حریم یا بستر رودها و مسیل‌ها، شرایط اقلیمی ویژه، وجود رودخانه‌هایی نظیر رودخانه کرج، مسیل‌های پرشمار دیگر و قرار گرفتن شهر در پای کوه از جمله دلایل اصلی تهدید تهران توسط سیلاب است. در گزارش سازمان زمین‌شناسی و اکتشافات معدنی ایران در گزارش پایش فرونشست دشت تهران-کرج، لب فرونشست زمین در پیرامون تهران را همانند «بمب ساعتی» دانست و اعلام شد که تهران با سالی ۳۶ سانتی‌متر، رکورددار فرونشست زمین در سراسر جهان است و افت سطح آب‌های زیرزمینی تهران از چرایی‌های این مشکل دانسته شد (سازمان زمین‌شناسی و اکتشافات معدنی ایران، ۱۴۰۰).

در حوزه بحران‌های انسانی و انسان ساخت نیز می‌توان به آلودگی‌های هوا شهر تهران که ناشی از پدیده وارونگی دما در اواخر فصل پاییز و اوایل زمستان با آن دست و پنجه نرم می‌کند. اپیدمی و گسترش کرونا نیز از جمله بحران‌های انسانی است که طی دو سه سال اخیر چالش‌های زیادی برای مدیریت شهری تهران ایجاد کرده است. از این رو در راستای ساختار سیاسی متمرکز و بخشی حاکم بر کشور، اداره و مدیریت شهرهای کشور به خصوص پایتخت نیز از این موضوع استثنا نیستند. به نحوی که سیاست‌های اتخاذ شده برای کنترل و مدیریت بحران نیز به صورت بالا به پایین بوده و کم‌ترین توجه به مشارکت مردم و یا سازمان‌های مردم نهاد می‌شد. با این حال در برخی موارد سازمان‌های مردم نهاد به‌عنوان یکی از نمودهای مشارکتی در ساختارهای سیاسی، نقش‌های مثبتی را ایفاء کرده است.

پایه های نظری مرتبط با ماهیت بحران های شهری، چارچوب های مدیریت بحران و قابلیت های منحصربه فرد سازمان های مردم نهاد در این زمینه است. در سال های اخیر، با افزایش پیچیدگی و فراوانی بحران ها، به ویژه در محیط های متراکم و پویای شهری، اهمیت نقش بازیگران غیردولتی بیش از پیش مورد تأکید قرار گرفته است (Lee & Kim, 2023).

بحران های شهری، پدیده هایی چندوجهی هستند که می توانند زیرساخت های حیاتی، خدمات عمومی و به ویژه سیستم های بهداشتی و سلامت جامعه را به شدت تحت تأثیر قرار دهند. نظریه های آسیب پذیری شهری نشان می دهند که ویژگی های خاص شهرها، مانند تراکم جمعیت، زیرساخت های درهم تنیده و نابرابری های اجتماعی-اقتصادی، آن ها را در برابر شوک ها و استرس ها آسیب پذیرتر می سازد (Rossi & Bianchi, 2024). مدیریت بحران فراتر از یک پاسخ صرفاً اضطراری است و شامل مراحل پیشگیری، آمادگی، پاسخ و بازسازی شده است. مدل های نوین مدیریت بحران بر لزوم مشارکت همه جانبه ذینفعان مختلف از جمله دولت، بخش خصوصی و نهادهای جامعه مدنی تأکید دارند. در این میان، سازمان های مردم نهاد به دلیل ماهیت انعطاف پذیر، دسترسی محلی عمیق و توانایی در جلب اعتماد عمومی، به عنوان بازیگرانی کلیدی در نظر گرفته می شوند (Ahmed & Singh, 2023). پژوهش های جدید نشان می دهند که این سازمان ها می توانند به سرعت در مناطقی که دسترسی دولت محدود است، حاضر شوند و خدمات ضروری را ارائه دهند که این امر به ویژه در فاز پاسخ بحران حیاتی است (Nguyen, 2022).

از منظر نظری، نقش سازمان های مردم نهاد در مدیریت بحران های شهری، به خصوص در حوزه سلامت، را می توان از طریق چندین لنز تئوریک تحلیل کرد. اولاً، نظریه سرمایه اجتماعی تبیین می کند که چگونه سازمان های مردم نهاد با ایجاد و تقویت شبکه های ارتباطی و اعتماد میان اعضاء و جامعه، می توانند منابع انسانی و مالی را بسیج کرده و هماهنگی اقدامات در زمان اضطرار را تسهیل نمایند. این شبکه ها، به ویژه در انتشار اطلاعات بهداشتی ضروری و ارائه حمایت روانی-اجتماعی پس از وقوع بحران، نقش به سزایی دارند (Chen, 2023). ثانیاً، نظریه شبکه های حاکمیتی بر

از دلایل دیگر اهمیت و ضرورت این پژوهش، این واقعیت است که اعتماد عمومی به مراجع رسمی و نهادهای دولتی در حوزه بحران ها کاهش یافته است. مردم معمولاً به اخبار رسمی اعتمادی ندارند و معتقدند مسئولین سعی در پنهان کاری و کاهش ابعاد فاجعه دارند. این ها همه در حالی است که سازمان های مردم نهاد طبق آخرین آمار وزارت کشور تعداد سازمان های مردم نهاد برابر با ۸۷۱ است که در حوزه های مختلف فعالیت می کنند. بسیاری در زمینه های بهداشت، سلامت و آموزش و بهیاری در کشور وجود دارند که از دانش و مهارت کافی برای مداخله مفید و مؤثر برخوردارند اما به دلیل سال ها بی توجهی و سنگ اندازی، حتی نمی توانند از تمام ظرفیت خود در زمان های خطیر استفاده کنند. نوع مدیریت دولتی این بحران نیز به گونه ای بوده که راه را برای ورود این سمن ها هموار نکرده است. در حالیکه فرآیندهای دولتی حاکم، آشکارا در مدیریت بحران از خود ضعف نشان داده دولت نتوانسته سازوکاری را طراحی کند که از ظرفیت های سمن ها در مدیریت بحران بهره برداری کند. همانگونه که حاکمیت و مسئولین وظیفه بستر سازی برای خدمت همه جانبه سمن ها و تشکل های مردم نهاد را بر عهده دارند و حوادثی مانند شیوع کرونا ضرورت این رسالت را به وضوح نمایان کرده است.

همچنین به دلیل جایگاه کم رنگ این سمن ها در مدیریت بحران های شهری، در این پژوهش، به همه موارد و اشکال حضور و فعالیت آنها در این حوزه پرداخته می شود؛ به عبارت دیگر، محدود بودن قلمرو و عرصه های فعالیت های این سمن ها در ایران موجب شده است پژوهشگر به همه بحران هایی که این سمن ها در هر سه مرحله پیشگیری، حین و بعد از آنها نقش داشته اند، بپردازد. با توجه به آنچه مطرح گردید، پژوهش حاضر بر آن است تا ضمن بررسی شرایط و علل شکل گیری نهادها و سازمان های محلی (مردم نهاد) شهری، جایگاه و مکانیابی آنها را در مدیریت قبل، حین و بعد از بروز بحران های محیطی-انسانی با تأکید بر شهر سالم و در مقیاس شهر تهران مورد تحلیل و تبیین قرار دهد.

## مبانی نظری

### چارچوب نظری

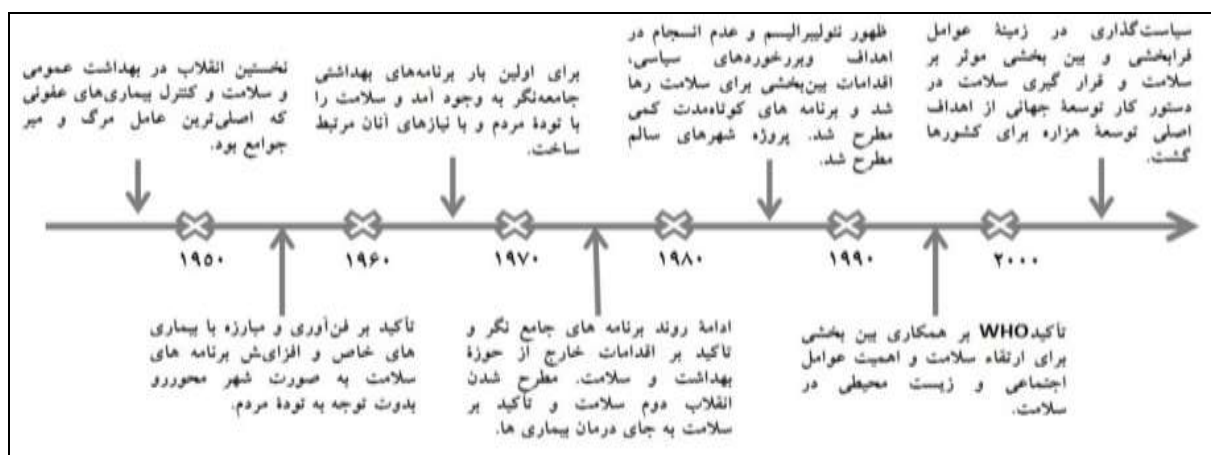
پژوهش حاضر به تعیین نقش حیاتی سازمان های مردم نهاد<sup>۱</sup> در کنترل و مدیریت بحران های شهری با تمرکز ویژه بر حوزه سلامت می پردازد. درک این نقش مستلزم تبیین

1. NGO

ایجاد مراکز بهداشتی موقت باشد که در زمان اوج بحران برای حفظ جان و سلامت مردم ضروری هستند (Smith & Jones, 2022).

مبانی نظری این پژوهش بر این فرض استوار است که سازمان‌های مردم نهاد با اتکاء به سرمایه اجتماعی، موقعیت شبکه‌ای، رویکرد مبتنی بر جامعه و توانایی پر کردن شکاف‌ها، نقش اجتناب‌ناپذیری در تقویت تاب‌آوری شهری و مدیریت مؤثر بحران‌های سلامت ایفاء می‌کنند. تحلیل عمیق‌تر این نقش‌ها با استفاده از این چارچوب‌های نظری، به روشن شدن سازوکارها و ارائه راهکارهای عملی برای بهبود همکاری میان دولت و سازمان‌های مردم نهاد در مواجهه با بحران‌های آتی شهری کمک خواهد کرد. اولین بار در سال ۱۹۸۴ توسط لئونارد دوهل در کنفرانسی با عنوان «ماورای مراقبت‌های اولیه بهداشتی» در تورتو مطرح گردید. وی شهر سالم را مکانی تعریف می‌کند که در آن دیدگاه‌های اکولوژیکی با دیدگاه‌های جامع بهداشتی تلفیق شده باشد و این آغاز نگرشی بود که سلامتی و شهر سالم را مقوله‌ای با ابعاد گوناگون تلقی می‌کند. در سال ۱۹۱۰ برای اولین بار در جهان شهر تورتو شروع به تزریق کلر به آب آشامیدنی کرد و در سال ۱۹۱۵ به دنبال تصفیه آب فاضلاب برآمدند. در ماه جولای سال، ۱۹۱۵ مجله مک لین اعلام کرد شهر تورتو سالم‌ترین شهر بزرگ در جهان است (Ronald & et al., 2015). روند گرایش‌های زمانی در حوزه سلامت را نشان می‌دهد.

این ایده تأکید دارد که مدیریت مؤثر بحران نیازمند همکاری و هماهنگی میان بازیگران مختلف است. سازمان‌های مردم نهاد بخشی از این شبکه حاکمیتی گسترده‌تر هستند و می‌توانند به‌عنوان واسطه و پیوند دهنده میان نهادهای دولتی و جامعه عمل کنند. این نقش واسطه‌ای در اطمینان از اینکه کمک‌ها و خدمات بهداشتی به‌طور مؤثر به نیازمندان، به‌ویژه گروه‌های آسیب‌پذیر، می‌رسد، حیاتی است (Wang & Li, 2023). ثالثاً، رویکرد مبتنی بر جامعه نشان می‌دهد که سازمان‌های مردم نهاد اغلب درک عمیق‌تری از بافت محلی، فرهنگ‌ها و نیازهای خاص جوامعی که در آن‌ها فعالیت می‌کنند، دارند. این نزدیکی به جامعه به آن‌ها امکان می‌دهد تا پاسخ‌های بهداشتی متناسب و مؤثرتری را طراحی و اجرا کنند که این امر در افزایش پذیرش و اثربخشی مداخلات سلامت در زمان بحران بسیار مهم است (Garcia & et al., 2024). این رویکرد به‌ویژه در زمینه بهداشت روان و حمایت‌های روانی پس از بحران که نیازمند حساسیت فرهنگی و اعتماد محلی است، اهمیت می‌یابد. در نهایت، می‌توان نقش سازمان‌های مردم نهاد را در چارچوب نظریه پر کردن شکاف نیز در نظر گرفت. این نظریه بیان می‌کند که سازمان‌های غیردولتی اغلب برای پر کردن شکاف‌های موجود در خدمات عمومی، به‌ویژه در شرایطی مانند بحران که ظرفیت‌های دولتی تحت فشار قرار می‌گیرند، وارد عمل می‌شوند. در حوزه سلامت، این می‌تواند شامل ارائه خدمات اولیه درمانی، توزیع دارو و تجهیزات، یا



شکل ۱. روند گرایش زمانی به حوزه سلامت، محمدی، ۱۳۹۰

## پیشینه پژوهش

مطالعات زیادی در حوزه نقش و عملکرد سمن ها در مدیریت بحران انجام شده است از جمله:

گارسیا<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۲۴) در پژوهشی با عنوان «حمایت سلامت روان مبتنی بر جامعه پس از بلایای شهری: درس هایی از آمریکای لاتین» به تعیین نقش سازمان های مردم نهاد محلی در ارائه خدمات سلامت روان و حمایت های روانی-اجتماعی پس از وقوع بحران های بزرگ شهری پرداختند. نتایج این مطالعه نشان داد که سازمان های مردم نهاد با اتکاء به نزدیکی فرهنگی، اعتماد محلی و شبکه های ارتباطی موجود در جامعه، قادر به شناسایی سریع تر افراد نیازمند به حمایت های سلامت روان و ارائه خدمات متناسب با بافت فرهنگی منطقه بودند. آن ها همچنین در کاهش انگ مرتبط با سلامت روان در جامعه و ایجاد فضاهای امن برای بازگو کردن تجربیات بحران نقش مهمی ایفاء کردند. نتایج مطالعه آنها نشان داد که ادغام این خدمات مبتنی بر جامعه در طرح های کلی پاسخ به بحران ضروری است.

احمد و سینگ<sup>۲</sup> (۲۰۲۳)، در مطالعه ای با عنوان «چابکی و انطباق پذیری سازمان های مردم نهاد در پاسخ سریع به بحران: مطالعه موردی بحران های سلامت در کلان شهرها» به تحلیل قابلیت های عملیاتی سازمان های مردم نهاد در مواجهه با بحران های ناگهانی سلامت در محیط های شهری پرداختند. آن ها به این نتیجه رسیدند که سازمان های مردم نهاد به دلیل ساختار کم تر بوروکراتیک و توانایی بسیج سریع منابع داوطلبانه، اغلب چابک تر از نهادهای دولتی در رسیدن به خط مقدم بحران و ارائه کمک های اولیه پزشکی، توزیع اقلام بهداشتی و آموزش های ضروری بهداشت عمومی عمل می کنند. این پژوهش برجسته کرد که ظرفیت بالای سازمان های مردم نهاد در انطباق سریع با نیازهای متغیر بحران، آن ها را به شرکای ارزشمندی در تقویت تاب آوری سیستم سلامت شهری تبدیل می کند.

لی و کیم<sup>۳</sup> (۲۰۲۳)، در مطالعه ای مروری با عنوان «نقش متغیر سازمان های مردم نهاد در مدیریت بحران های سلامت شهری در دوران پس از پاندمی»، پژوهش های انجام شده پس از همه گیری اخیر را بررسی کردند. آن ها نتیجه گرفتند که نقش سازمان های مردم نهاد در مدیریت بحران های سلامت شهری از یک نقش صرفاً مکمل به یک نقش شریک استراتژیک در حال تغییر است. این سازمان ها نه تنها در ارائه خدمات اضطراری و

حمایت از گروه های آسیب پذیر نقش داشتند، بلکه در زمینه های حیاتی مانند ردیابی تماس، اطلاع رسانی دقیق و مبارزه با اطلاعات نادرست بهداشتی نیز مشارکت فعالی ایفاء کردند. این مطالعه توصیه می کند که دولت ها باید چارچوب های قانونی و عملیاتی را برای تسهیل و تقویت همکاری ساختارمندتر با سازمان های مردم نهاد در مدیریت بحران های سلامت شهری توسعه دهند.

پارک<sup>۴</sup> و همکاران (۲۰۲۲)، در پژوهشی با عنوان «نقش سازمان های غیردولتی در مدیریت و مدیریت بلایا در کره جنوبی و ژاپن» به این نتیجه رسیدند که سازمان های غیردولتی مختلف در تمام مراحل مدیریت بلایا مشارکت دارند و از نظر قانونی توسط قانون در هر دو کشور حمایت می شوند. در مرحله واکنش، سازمان های غیردولتی به سرعت نیازهای برآورده نشده را پیدا کرده و تدارکات امدادی را توزیع می کنند. در مرحله بهبودی، سازمان های غیردولتی بر اهمیت روان درمانی تأکید کرده اند. در مرحله واکنش، تفاوت هایی در سازمان های غیردولتی در دو کشور وجود دارد: ژاپن یک سازمان واسطه دارد که داوطلبان را مدیریت می کند و سازمان های غیردولتی در کره جنوبی، در مقابل، هیچ سازمان قابل مقایسه ای ندارند که منجر به سردرگمی و درگیری شده است. هر دو کشور با محدودیت های مشابهی مواجه بودند: کمبود منابع و رقابت شدید بین سازمان های غیردولتی.

نیکزاد و همکاران (۱۴۰۱)، در پژوهشی با عنوان «ساز و کارهای نقش آفرینی سازمان های مردم نهاد در مدیریت بحران (مطالعه موردی: جمعیت هلال احمر ایران)» نشان دادند که نقش سایر سازمان های مردم نهاد در مدیریت بحران در جمعیت هلال احمر ایران عبارتند از: آموزش های همگانی، تخصیص منابع، سرمایه اجتماعی، توسعه منابع انسانی و بازسازی و بازتوانی که آموزش های همگانی با بارعاملی ۰/۹۲۰ دارای تأثیر بیش تر و سرمایه اجتماعی با بارعاملی ۰/۶۴۶ دارای کم ترین تأثیر است. علاوه براین نتایج نشان داد که سازمان های مردم نهاد در مدیریت بحران نقش سازنده ای دارند و هر یک از سایر سمن های فعال در کشور می توانند با توجه به وظایف و ماهیت وجودی کارکردی خود، در زمان بحران به عنوان بازوان اجرایی هلال احمر عمل کنند و تحت مدیریت هلال احمر مبادرت به اقدام نمایند.

پورکتابی و کاری جعفری (۱۳۹۹)، در پژوهشی با عنوان «مطالعه جایگاه سازمان های مردم نهاد در مدیریت بحران شهر تهران» به این نتیجه رسیدند که در مجموع سمن های مدیریت بحران در شهر تهران عملکرد ضعیفی در این عرصه دارند. این

1. Garcia

2. Ahmed & Singh

3. Lee

4. Park

### روش انجام پژوهش

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی-تحلیلی با هدف کاربردی-عملی بود. گردآوری داده‌ها به دو روش اسنادی و پیمایشی انجام شد. به این صورت که برای استخراج شاخص‌های مدیریت بحران و تدوین مبانی نظری از روش اسنادی و ابزار فیش‌برداری و برای سنجش شاخص‌های پژوهش از شیوه پیمایشی و ابزار پرسشنامه محقق‌ساخته استفاده شد. جامعه آماری پژوهش در بر گیرنده کارشناسان و متخصصان حوزه شهر و مدیریت بحران شهری است که نسبت به موضوع مورد بحث آگاهی و تخصص کافی را دارند. با توجه به مشخص نبودن حجم جامع آماری، نمونه‌گیری به صورت غیرتصادفی-هدفمند بوده که حجم آن نیز تا رسیدن به اشباع علمی یعنی ۴۰ نفر در نظر گرفته شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، از آزمون‌های آماری تی تک‌نمونه‌ای برای ارزیابی ابعاد مدیریت بحران و از مدل تصمیم‌گیری چند معیاره ماباک برای رتبه‌بندی مؤلفه‌های پژوهش استفاده شد. با عنایت به مبانی نظری پژوهش و برای دستیابی به شاخص‌ها و مؤلفه‌های مورد نظر باید گفت که سازمان‌های مردم‌نهاد به عنوان بازوی اجرایی و نظارتی مؤثر در بحران‌های سلامت شهری عمل می‌کنند. این سازمان‌ها با تأمین و توزیع خدمات درمانی، تسهیل دسترسی به مراکز بهداشتی و آموزش همگانی، به ویژه در محلات کم‌برخوردار، گام‌های اساسی در ارتقای سلامت جامعه برمی‌دارند. از سوی دیگر، با نمایندگی از خواست‌های عمومی در فرآیند سیاست‌گذاری‌های سلامت‌محور و مذاکره برای افزایش بودجه و پوشش بیمه‌ای، به تحقق عدالت در نظام سلامت کمک می‌کنند. بسیج منابع مالی و انسانی، نظارت بر کیفیت خدمات و پیگیری حقوق بیماران از دیگر اقدامات این سازمان‌هاست که منجر به افزایش تاب‌آوری شهری در برابر بحران‌های سلامت می‌شود. این نهادها با ایجاد پیوند بین دولت و جامعه، نقش حیاتی در مدیریت کارآمد بحران‌های سلامت ایفا می‌کنند (جدول ۱).

سمن‌ها جایگاهی در سیاست‌گذاری بحران ندارند و تا حد زیادی به مؤسساتی با ماهیت خیریه‌ای و آموزشی تقلیل یافته‌اند. دلایل این ناکامی را می‌توان با استناد به مقولاتی چون فقدان نیروهای متخصص، نیت انتفاع گرایانه مدیران و اعضای این سازمان‌ها، فقدان چشم‌انداز و برنامه کلان و راهبردی مشخص در زمینه مدیریت بحران، تعدد سازمان‌های متولی غیرتخصصی در حوزه بحران، وابستگی به دولت، بی‌اعتمادی دولت به آنها، فقدان شبکه منسجم و در نتیجه جزیره‌ای عمل کردن و نهادینه نشدن مفهوم بحران و سانحه توضیح داد. در مجموع، دلالت یافته‌ها بر این است که سمن‌های مدیریت بحران، به معنای واقعی، در مدیریت بحران مؤثر نیستند.

نیکزاد و همکاران (۱۳۹۹)، در پژوهشی با عنوان «ارزیابی عملکرد سازمان‌های مردم‌نهاد در مدیریت بحران؛ مطالعه موردی جمعیت هلال احمر استان مازندران» به ارزیابی سازمان‌های مردم‌نهادی که از طریق اعمالی شامل آموزش همگانی، تخصیص منابع، سرمایه اجتماعی، توسعه منابع انسانی و بازسازی و بازتوانی، در مدیریت بحران ایفای نقش می‌کنند، پرداختند. نتایج بررسی آنها نشان داد که کارکرد آموزش‌های همگانی با بار عاملی ۰/۸۳۱ دارای بیش‌ترین میزان تأثیر و تخصیص منابع با بارعاملی ۰/۶۳۵ دارای کم‌ترین اثرگذاری است.

با توجه به پیشینه‌های داخلی و خارجی باید گفت که هرکدام به نحوی نقش سازمان‌های مردم‌نهاد را در مدیریت بحران نشان داده‌اند اما آنچه به عنوان نوآوری پژوهش حاضر می‌توان بیان کرد، این است که در این پژوهش زمینه‌های جغرافیایی و دلایل شکل‌گیری و فعالیت سازمان‌های مردم‌نهاد شهری مورد بررسی قرار گرفته است؛ نقش سازمان‌های مردم‌نهاد در مقیاس کشور و کلان‌شهر تهران در کنترل و مدیریت بحران‌های شهری به‌ویژه در حوزه سلامت تحلیل و در نهایت، چگونگی کیفیت عملکردی سازمان‌های مردم‌نهاد شهری در تقویت سلامت شهر تهران ارائه شده است.

### جدول ۱- الف. مؤلفه‌ها و شاخص‌های مورد استفاده پژوهش

| مؤلفه       | شاخص                                        |
|-------------|---------------------------------------------|
| خدمات سلامت | تدارک خدمات شهری حوزه درمان                 |
|             | تسهیل برقراری ارتباط جامعه شهری با خدمات    |
|             | توزیع ابزار سلامتی در بستر شهر              |
|             | ایجاد کارکنان سلامت                         |
|             | شناسایی بیماران خاص                         |
|             | حضور داوطلبانه در مراکز درمانی در مواقع خاص |

جدول ۱-ب. مؤلفه ها و شاخص های مورد استفاده پژوهش

| مؤلفه                        | شاخص                                                           |
|------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| ارتقای سلامت و تبادل اطلاعات | تسهیل در دست آوردن و انتشار اطلاعات سلامت                      |
|                              | توجیه شهروندان برای انتخاب های مناسب سلامتی                    |
| سیاست گذاری                  | همکاری با نهادهای مربوطه برای پیشگیری بیماری های همه گیر       |
|                              | استقرار تحقیقات و کاربرد نتایج آنها                            |
| بسیج منابع و تخصیص آنها      | کمک به دولت برای تغییر نگرش اجتماعی                            |
|                              | بسیج عمومی برای سلامت                                          |
| پایش کیفیت مراقبت و پاسخگویی | آموزش همگانی به خصوص محلات پایین                               |
|                              | نماینده علائق جامعه و عموم در فرایند سیاست گذاری               |
| پایش کیفیت مراقبت و پاسخگویی | مذاکره کننده برای افزایش بودجه سلامت محور                      |
|                              | ارتقای بیمه عمومی و سلامت محور                                 |
| پایش کیفیت مراقبت و پاسخگویی | ارتقای سیاست عادلانه و سودمند برای فقرا                        |
|                              | مذاکره کننده برای استانداردهای سلامتی عمومی و رویکردهای مربوطه |
| پایش کیفیت مراقبت و پاسخگویی | اجماع برای سیاست ه و انتشار اسناد سیاست                        |
|                              | افزایش حمایت عمومی برای سیاست ها                               |
| پایش کیفیت مراقبت و پاسخگویی | تامین مالی خدمات سلامتی                                        |
|                              | کمک های اولیه و امداد و نجات                                   |
| پایش کیفیت مراقبت و پاسخگویی | تعیین ترجیح عمومی برای تخصیص منابع                             |
|                              | بسیج و ساماندهی منابع مالی برای خدمات                          |
| پایش کیفیت مراقبت و پاسخگویی | وارد کردن مؤلفه های عدالت در تخصیص منابع                       |
|                              | توزیع مطلوب داروهای کمیاب                                      |
| پایش کیفیت مراقبت و پاسخگویی | ایجاد پاسخگویی عمومی و شفافیت در تخصیص و مدیریت منابع          |
|                              | پیشگیری از بیماری های واگیر                                    |
| پایش کیفیت مراقبت و پاسخگویی | پایش پاسخگویی و کیفیت خدمات سلامت                              |
|                              | وسیله ای برای شنیدن صدای گروه های حاشیه ای و ارتقای عدالت      |
| پایش کیفیت مراقبت و پاسخگویی | حافظ حقوق بیماران در موضوعات مرتبط به کیفیت خدمات              |
|                              | مذاکره برای شکایات و چالش های بیماری                           |
| پایش کیفیت مراقبت و پاسخگویی | فشار به نهادهای مربوطه در راستای سلامت جامعه                   |
|                              |                                                                |

است. بیش ترین پایایی مربوط به بسیج منابع و تخصیص آنها برابر با ۰/۸۰۱ به دست آمده و پایایی ابزار در تمام مؤلفه ها قابل قبول می باشد (جدول ۲).

برای بررسی پایایی پرسش نامه مورد استفاده از آزمون آلفای کرونباخ استفاده شد. همان طور که ملاحظه می شود، ضریب آلفا برای تمام مؤلفه ها بالاتر از ۰/۷۳ به دست آمده

جدول ۲. نتایج آزمون آلفای کرونباخ

| مؤلفه های مدیریت بحران       | مقدار آلفای کرونباخ |
|------------------------------|---------------------|
| خدمات سلامت                  | ۰/۷۳۲               |
| ارتقای سلامت و تبادل اطلاعات | ۰/۷۵۴               |
| سیاست گذاری                  | ۰/۷۸۹               |
| بسیج منابع و تخصیص آنها      | ۰/۸۰۱               |
| پایش کیفیت مراقبت و پاسخگویی | ۰/۷۲۱               |
| کل                           | ۰/۷۵۹               |

آمده است که نشان دهنده توزیع نرمال داده های پژوهش است بنابراین می توان از آزمون های پارامتریک برای آزمون شاخص ها استفاده نمود.

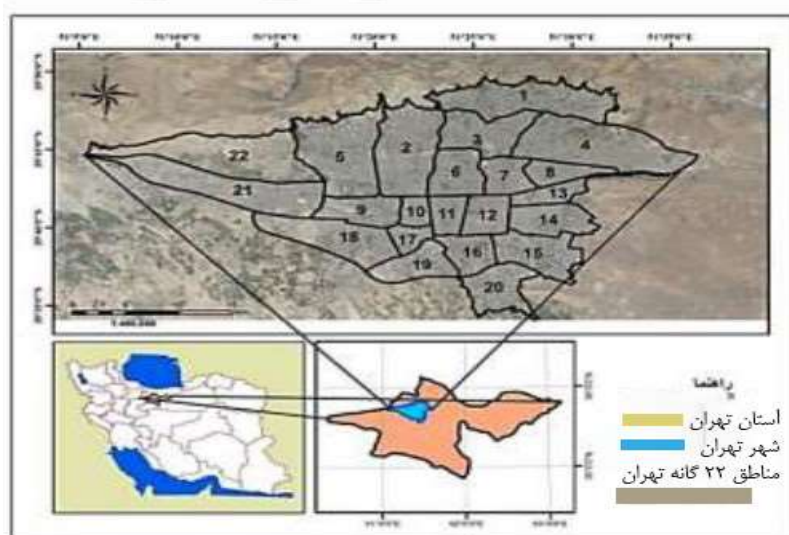
رای تعیین نرمال بودن داده های جمع آوری شده از آزمون کولموگوروف اسمیرنوف (k-s) استفاده شد. همان طور که ملاحظه می شود، سطح معناداری در تمامی مؤلفه ها بیش از ۰/۰۵ به دست

جدول ۳. نتایج آزمون کولموگوروف - اسمیرنوف (k-s)

| مؤلفه‌ها                     | کل | پارامترهای عادی | بیشترین تفاوت‌ها | آزمون آماری | سطح معناداری |
|------------------------------|----|-----------------|------------------|-------------|--------------|
|                              |    | میانگین         | انحراف معیار     | مثبت        | منفی         |
| خدمات سلامت                  | ۴۰ | ۴/۰۵۸۳          | ۲/۱۶             | ۰/۱۲۶       | ۰/۱۲۶        |
| ارتقای سلامت و تبادل اطلاعات | ۴۰ | ۴/۰۶۷۹          | ۴/۲۶             | ۰/۱۳۰       | ۰/۱۳۰        |
| سیاست‌گذاری                  | ۴۰ | ۴/۰۷۸۶          | ۳/۴۲             | ۰/۲۱۶       | ۰/۲۱۶        |
| بسیج منابع و تخصیص آنها      | ۴۰ | ۳/۷۵۳۶          | ۶/۰۰۳            | ۰/۲۱۲       | ۰/۲۱۲        |
| پایش کیفیت مراقبت و پاسخگویی | ۴۰ | ۴/۰۰۰۰          | ۷/۱۰۱            | ۰/۱۹۸       | ۰/۱۸۷        |

### محدوده مورد مطالعه

محدوده مورد مطالعه در پژوهش حاضر کلان‌شهر تهران، پرجمعیت‌ترین شهر و پایتخت ایران، مرکز استان و شهرستان تهران است. این شهر با ۸۶۹۳۷۰۶ نفر جمعیت، بیست و چهارمین شهر پرجمعیت جهان و پرجمعیت‌ترین شهر غرب آسیا و دومین کلان‌شهر پرجمعیت خاورمیانه است. تهران به دو ناحیه



شکل ۱. نقشه موقعیت محدوده مورد مطالعه در تقسیمات کشوری

### یافته‌ها

وضعیت پاسخ‌گویی جامعه آماری به گویه‌های مورد نظر برای تعیین نقش سازمان‌های مردم‌نهاد (ایران و تهران)، در کنترل و مدیریت بحران‌های شهری به‌ویژه در حوزه سلامت مورد ارزیابی قرار گرفت. با توجه به اطلاعات جدول ۳، می‌توان گفت که در همه مؤلفه‌های مورد بررسی، مقدار میانگین بالاتر از معیار میانگین (۳) به‌دست آمده و مثبت بود. به‌عبارت دیگر همه موارد مطرح شده نشانه اهمیت و ضرورت نقش مثبت جامعه مدنی و سازمان‌های مردم‌نهاد در مدیریت بحران به خصوص در حوزه سلامت شهری است. در این میان ارتقای بیمه عمومی و سلامت محور (با میانگین ۴/۱۸)، ارتقای سیاست عادلانه و سودمند برای فقرا (با میانگین ۴/۲۵) و مذاکره کننده برای استانداردهای

سلامتی عمومی و رویکردهای مربوطه (با میانگین ۴/۱) وضعیت بهتری را نشان می‌دهند. در مقابل وارد کردن مؤلفه‌های عدالت در تخصیص منابع با میانگین ۲/۳ که کمتر از معیار میانگین است و وضعیت نامطلوب را نشان می‌دهد. به‌طور کلی این موضوع نشان دهنده نقش مثبت سمن‌ها در مدیریت بحران شهری است. در ادامه برای درک بهتر مسئله از آزمون تی تک نمونه‌ای استفاده شد. نتایج آزمون در جدول ۴ ارائه شده است. نتایج نشان می‌دهد که هر پنج مؤلفه در وضعیت مطلوبی قرار دارند. به‌عبارت دیگر میانگین به‌دست آمده در پنج حوزه مورد نظر از معیار میانگین ۳ بیش‌تر است. کم‌ترین میانگین به‌دست آمده مربوط به حوزه بسیج منابع و تخصیص آنها بوده که برابر با ۳/۷۵ است و بیش‌ترین آن نیز مربوط به بعد سیاست‌گذاری با میانگین ۳/۰۷ است.

جدول ۴. آمار توصیفی آزمون تی تست

| نمونه آماری                  |    |         |                  |             |
|------------------------------|----|---------|------------------|-------------|
| مؤلفه ها                     | کل | میانگین | انحراف استاندارد | میانگین خطا |
| خدمات سلامت                  | ۴۰ | ۴/۰۵۸۳  | ۱/۱۶۱۷۱          | ۰/۱۹۶۳۷     |
| ارتقای سلامت و تبادل اطلاعات | ۴۰ | ۴/۰۶۷۹  | ۱/۲۹۱۸۶          | ۰/۲۱۸۳۶     |
| سیاست گذاری                  | ۴۰ | ۴/۰۷۸۶  | ۱/۱۵۷۳۷          | ۰/۱۹۵۶۳     |
| بسیج منابع و تخصیص آنها      | ۴۰ | ۳/۷۵۳۶  | ۱/۲۱۱۲۹          | ۰/۲۰۴۷۵     |
| پایش کیفیت مراقبت و پاسخگویی | ۴۰ | ۴/۰۰۰۰  | ۱/۲۴۱۵۷          | ۰/۳۱۵۴۲     |

جدول ۵. نتایج آزمون تی تست

| نمونه آماری                  |        |    |              |               |                                   |
|------------------------------|--------|----|--------------|---------------|-----------------------------------|
| معیار میانگین = ۳            |        |    |              |               |                                   |
| مؤلفه ها                     | T      | df | سطح معناداری | تفاوت میانگین | فاصله اطمینان ۹۵٪<br>کم تر بیش تر |
| خدمات سلامت                  | -۴/۸۰۲ | ۳۹ | ۰/۰۰۰        | -۰/۹۴۲۸۶      | -۱/۳۴۱۹ -۰/۵۴۲۸                   |
| ارتقای سلامت و تبادل اطلاعات | -۲/۲۲۴ | ۳۹ | ۰/۰۳۳        | -۰/۴۸۵۷۱      | -۰/۹۲۹۵ -۰/۰۴۱۹                   |
| سیاست گذاری                  | -۳/۵۰۵ | ۳۹ | ۰/۰۰۱        | -۰/۶۸۵۷۱      | -۱/۰۸۳۳ -۰/۲۸۸۱                   |
| بسیج منابع و تخصیص آنها      | -۳/۲۱۰ | ۳۹ | ۰/۰۰۳        | -۰/۶۵۷۱۴      | -۱/۰۷۳۲ -۰/۲۴۱۰                   |
| پایش کیفیت مراقبت و پاسخگویی | -۳/۵۱۴ | ۳۹ | ۰/۰۰۱        | -۰/۵۱۴۷۲      | -۱/۰۱۴۲۵ -۰/۲۱۴۱۵                 |

### تشکیل ماتریس تصمیم

اولین گام تشکیل ماتریس تصمیم است. در این ماتریس ستون ها مؤلفه ها و سطرها گزینه های پاسخ را نشان می دهد و هر سلول نیز در واقع امتیاز هر گزینه نسبت به هر معیار است.

در ادامه برای رتبه بندی مؤلفه های اساسی تحقق پذیری از مدل تصمیم گیری چند معیاره ماباک استفاده شد.

جدول ۶. ماتریس تصمیم گیری

| خیلی زیاد | زیاد | متوسط | کم | خیلی کم |
|-----------|------|-------|----|---------|
| ۹۴        | ۸۷   | ۴۴    | ۹  | ۶       |
| ۱۰۶       | ۱۰۸  | ۵۲    | ۸  | ۵       |
| ۱۰۵       | ۱۰۵  | ۵۹    | ۸  | ۴       |
| ۹۹        | ۹۸   | ۶۱    | ۱۰ | ۶       |
| ۸۸        | ۸۷   | ۴۷    | ۱۳ | ۵       |

می شود و سپس جذر مجموع هر ستون گرفته شده و در نهایت هر یک مقادیر بر جذر به دست آمده تقسیم شده است. فرمول زیر بیانگر رابطه ریاضی نرمال سازی مقادیر می باشد.

$$F_{ij} = \frac{X_{ij}}{\sqrt{\sum_{j=1}^n X_{ij}^2}} \quad j=1,2,...,n \quad i=1,2,...,m$$

رابطه ۱:

### نرمال سازی ماتریس تصمیم

در نرمال سازی ماتریس تصمیم، m گزینه و n معیار بصورت رابطه ۱، وجود دارد. گزینه های مختلف (i) به عنوان  $X_i$  مشخص شده اند. برای گزینه  $X_i$  رتبه جنبه  $Z_{ij}$  به عنوان  $X_{ij}$  مشخص شده و برای سایر گزینه ها نیز به همین ترتیب است. به منظور نرمال سازی مقادیر ابتدا همه مقادیر ماتریس که بیانگر دیدگاه متخصصان به میزان اهمیت هر یک از متغیرهای فوق در قالب طیف لیکرت است، به توان دو رسانده و مجموع هر ستون جمع

**جدول ۷. ماتریس نرمال شده**

| خیلی زیاد | زیاد  | متوسط | کم    | خیلی کم |
|-----------|-------|-------|-------|---------|
| ۰/۳۳۳     | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۰ | ۰/۲۰۰ | ۱/۰۰۰   |
| ۱/۰۰۰     | ۱/۰۰۰ | ۰/۴۷۱ | ۰/۰۰۰ | ۰/۵۰۰   |
| ۰/۹۴۴     | ۰/۸۵۷ | ۰/۸۸۲ | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۰   |
| ۰/۱۱۱     | ۰/۵۲۴ | ۱/۰۰۰ | ۰/۴۰۰ | ۱/۰۰۰   |
| ۰/۰۰۰     | ۰/۰۰۰ | ۰/۱۷۶ | ۱/۰۰۰ | ۰/۵۰۰   |

**تعیین وزن معیارها**

در پژوهش حاضر با استفاده از روش توان رتبه‌ای، اهمیت هر معیار یا سطوح طیف لیکرت (خیلی کم تا خیلی زیاد) را در مقیاسی بین (۱-۰) به‌دست آمده است. رابطه (۲) بیانگر فرمول

ریاضی محاسبه وزن نسبی معیارها به روش توان رتبه‌ای می‌باشد. جدول ۸ وزن هر یک از گزینه‌ها را نشان می‌دهد.

$$w = \frac{(n - r_j + 1)^2}{\sum (n - r_k + 1)^2} \quad \text{رابطه ۲:}$$

**جدول ۸. وزن هر گزینه در معیارهای مورد مطالعه**

| خیلی زیاد | زیاد | متوسط | کم  | خیلی کم | وزن |
|-----------|------|-------|-----|---------|-----|
| ۰/۳۹      | ۰/۳  | ۰/۱۶  | ۰/۱ | ۰/۰۵    |     |

پس از محاسبه وزن استاندارد در هر یک از معیارهای مورد مطالعه، وزن نهایی در هر معیار بر مقادیر نرمال شده هر یک از

متغیرهای مورد بررسی ضرب گردید. جدول ۹، ماتریس موزون تصمیم‌گیری مؤلفه‌ها را نشان می‌دهد.

**جدول ۹. ماتریس موزون تصمیم‌گیری**

| خیلی زیاد | زیاد  | متوسط | کم   | خیلی کم |
|-----------|-------|-------|------|---------|
| ۰/۵۲      | ۰/۳   | ۰/۱۶  | ۰/۱۲ | ۰/۱     |
| ۰/۷۸      | ۰/۶   | ۰/۲۳۵ | ۰/۱  | ۰/۰۷۵   |
| ۰/۷۵۸     | ۰/۵۵۷ | ۰/۳۰۱ | ۰/۱  | ۰/۰۵    |
| ۰/۴۳۳     | ۰/۴۵۷ | ۰/۳۲  | ۰/۱۴ | ۰/۱     |
| ۰/۳۹      | ۰/۳   | ۰/۱۸۸ | ۰/۲  | ۰/۰۷۵   |

**تعیین مرز ناحیه شباهت ماتریس (g)**

در این بخش برای هر معیار یک مرز ناحیه شباهت مشخص شده است. در واقع باید از امتیازات هر معیار میانگین هندسی گرفته شود تا مرز ناحیه شباهت به‌دست آید.

$$g_i = \left( \prod_{j=1}^m v_{ij} \right)^{1/m} \quad \text{رابطه ۳:}$$

جایی که  $v_{ij}$  عناصر ماتریس وزنی (V) را نشان می‌دهد، m تعداد کل گزینه‌های جایگزین را نشان می‌دهد. پس از محاسبه مقدار  $g_i$  براساس معیارها، یک ماتریس از مناطق تقریبی G در فرم  $n \times 1$  ایجاد می‌شود. جدول ۱۰، تعیین مرز ناحیه شباهت ماتریس را نشان می‌دهد.

$$\bar{G} = \begin{bmatrix} C_1 & C_2 & \dots & C_n \\ \bar{g}_1 & \bar{g}_2 & \dots & \bar{g}_n \end{bmatrix}$$

رابطه ۴:

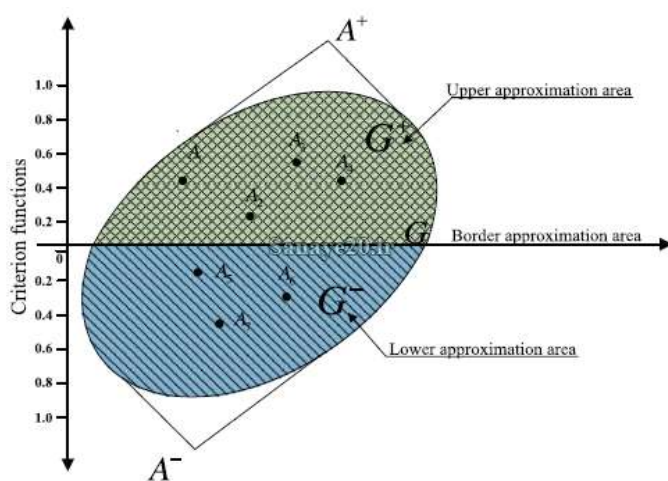
**جدول ۱۰. تعیین مرز ناحیه شباهت ماتریس (g)**

| خیلی زیاد | زیاد  | متوسط | کم    | خیلی کم | g |
|-----------|-------|-------|-------|---------|---|
| ۰/۵۵۴     | ۰/۴۲۴ | ۰/۲۳۳ | ۰/۱۲۷ | ۰/۰۷۸   |   |

میزان تعلق گزینه  $A_i$  به اجتماع بالا بر اساس رابطه زیر به دست می آید. بر اساس منطق روش ماباک، برای این که گزینه ای بهتر از بقیه باشد می بایست در منطقه بالای تخمین قرار بگیرد. برای انتخاب گزینه  $A_i$  به عنوان بهترین فرم از مجموعه، لازم است که حداکثر معیارهای ممکن به منطقه تقریبی فوقانی (+G) تعلق داشته باشد. مقدار بالاتر  $q_i \in G$  نشان می دهد که گزینه جایگزین به گزینه جایگزین ایده آل نزدیکتر است، در حالی که مقدار پایین تر  $q_i \in G$  نشان می دهد که گزینه جایگزین به گزینه جایگزین ضد ایده آل نزدیک تر است.

### محاسبه فاصله گزینه ها تا مرز ناحیه شباهت

در این بخش باید ماتریس وزن دار را از ماتریس  $g$  کم کرد. پس از مشخص شدن ماتریس  $Q$ ، می توان با استفاده از حد بالایی مساحت (+G) و حد پایینی مساحت (-G) وضعیت هر گزینه را مشخص کرد. بر این اساس گزینه  $A_i$  متعلق به اجتماع مجموعه مذکور است که در شکل زیر نمایش داده شده است. بر این اساس حد بالای مساحت (+G) ناحیه ای است که گزینه ایده آل مثبت در آن قرار دارد و حد پایینی مساحت (-G) ناحیه ای است که گزینه ضد ایده آل در آن قرار دارد. شکل ۲، شکلی جزئی از مدل ماباک هست و به صورت شماتیک فاصله گزینه ها تا مرز ناحیه شباهت را نشان می دهد.



شکل ۲. شماتیک مدل ماباک

جدول ۱۲. فاصله گزینه ها تا مرز ناحیه شباهت

| خیلی زیاد                    | زیاد  | متوسط  | کم     | خیلی کم |
|------------------------------|-------|--------|--------|---------|
| ۰/۴۵۳                        | ۰/۱۵۰ | -۰/۰۸۴ | -۰/۳۱۶ | ۰/۵۴۲   |
| ۰/۷۱۳                        | ۰/۴۵۰ | -۰/۰۱۰ | -۰/۳۳۶ | -۰/۴۷۷  |
| ۰/۶۹۱                        | ۰/۴۰۷ | ۰/۰۵۶  | -۰/۳۳۶ | -۰/۵۰۲  |
| ۰/۳۶۶                        | ۰/۳۰۷ | ۰/۰۷۵  | -۰/۲۹۶ | -۰/۴۵۲  |
| ۰/۳۲۳                        | ۰/۱۵۰ | -۰/۰۵۷ | -۰/۲۳۶ | -۰/۴۷۷  |
| خدمات سلامت                  |       |        |        |         |
| ارتقای سلامت و تبادل اطلاعات |       |        |        |         |
| سیاست گذاری                  |       |        |        |         |
| بسیج منابع و تخصیص آنها      |       |        |        |         |
| پایش کیفیت مراقبت و پاسخگویی |       |        |        |         |

رابطه ۵:

$$S_i = \sum_{j=1}^n q_{ij}, \quad j = 1, 2, \dots, n, \quad i = 1, 2, \dots, m$$

که  $n$  تعداد معیارها را نشان می دهد و  $m$  تعداد گزینه های جایگزین است. جدول ۱۳، رتبه بندی نهایی گزینه ها را نشان می دهد.

### رتبه بندی نهایی گزینه ها

در این گام با استفاده از رابطه ۵، امتیاز نهایی هر گزینه مشخص شده و بر اساس آن گزینه ها رتبه بندی شدند.

محاسبه مقادیر توابع معیار توسط گزینه ها به عنوان مجموع فاصله های جایگزین از مناطق تقریبی مرزی  $q_i$  به دست آمد. با جمع کردن عناصر ماتریس  $Q$  در هر سطر، مقادیر نهایی تابع معیار گزینه ها به دست آمد.

## جدول ۱۳. رتبه‌بندی نهایی گزینه‌ها

| رتبه | Q      | ردیف                         |
|------|--------|------------------------------|
| ۴    | -۰/۲۴۹ | خدمات سلامت                  |
| ۱    | ۰/۳۴۱  | ارتقای سلامت و تبادل اطلاعات |
| ۲    | ۰/۳۱۷  | سیاست‌گذاری                  |
| ۳    | ۰/۰۰۱  | بسیج منابع و تخصیص آنها      |
| ۵    | -۰/۲۹۶ | پایش کیفیت مراقبت و پاسخگویی |

نقطه قوت برجسته (درک شده) نیست.

تحلیل عمیق‌تر با استفاده از آزمون تی تک نمونه‌ای یافته‌های آمار توصیفی را تأیید و تقویت می‌کند. نتایج آزمون تی نشان داد که میانگین هر پنج بعد اصلی نقش سازمان‌های مردم نهاد (خدمات سلامت، ارتقای سلامت و تبادل اطلاعات، سیاست‌گذاری، بسیج منابع و تخصیص آنها و پایش کیفیت مراقبت و پاسخگویی) به‌طور معناداری بزرگ‌تر از معیار میانگین (۳) است. سطح معناداری برای همه ابعاد کوچک‌تر از ۰/۰۵ به‌دست آمد. این بدان معنا است که فارغ از میانگین خاص هر شاخص، نقش سازمان‌های مردم نهاد در تمام مؤلفه‌های پنج‌گانه، از دیدگاه نمونه‌های تحقیق، مثبت و فراتر از یک وضعیت خنثی یا ضعیف تلقی شده است. بالاترین میانگین کلی در بین این ابعاد مربوط به سیاست‌گذاری و کم‌ترین مربوط به بسیج منابع و تخصیص آنها است، هرچند هر دو به‌طور معناداری مثبت هستند.

برای درک بهتر اولویت‌بندی و اهمیت نسبی این ابعاد، از مدل تصمیم‌گیری چندمعیاره ماباک استفاده شد. نتایج به‌دست آمده از مدل ماباک رتبه‌بندی زیر را ارائه داد:

- ارتقای سلامت و تبادل اطلاعات ( $Q=0.341$ )

- سیاست‌گذاری ( $Q=0.317$ )

- بسیج منابع و تخصیص آنها ( $Q=0.001$ )

- خدمات سلامت ( $Q=-0.249$ )

- پایش کیفیت مراقبت و پاسخگویی ( $Q=-0.296$ )

این رتبه‌بندی نشان می‌دهد که از دیدگاه نمونه‌های تحقیق و با توجه به وزن‌دهی طیف لیکرت، نقش سازمان‌های مردم نهاد در ارتقای سلامت و تبادل اطلاعات و سیاست‌گذاری به‌عنوان برجسته‌ترین و مهم‌ترین نقش‌ها در مدیریت بحران‌های سلامت شهری درک شده است. این نتیجه با پیشینه‌های پژوهشی جدید مانند گارسیا و همکاران (۲۰۲۴) که بر نقش سازمان‌های مردم نهاد در حمایت سلامت روان مبتنی بر جامعه (که شامل اطلاع‌رسانی و حمایت روانی است) و لی و کیم (۲۰۲۳) که به نقش فزاینده سازمان‌های مردم نهاد در اطلاع‌رسانی و مشارکت در سیاست‌گذاری در دوران پس از پاندمی اشاره دارند، همخوانی

## بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تبیین و تعیین نقش سازمان‌های مردم نهاد در کنترل و مدیریت بحران‌های شهری با تمرکز بر حوزه سلامت در ایران (با مطالعه موردی در تهران) انجام پذیرفت. اهمیت این موضوع با توجه به افزایش فراوانی و پیچیدگی بحران‌های شهری در سال‌های اخیر و نقش حیاتی بخش سلامت در زمان وقوع آنها، بیش از پیش آشکار شده است. مبانی نظری پژوهش، از جمله نظریه‌های سرمایه اجتماعی، شبکه‌های حاکمیتی، رویکرد مبتنی بر جامعه و نظریه پر کردن شکاف، چارچوب لازم برای درک چگونگی و چرایی مشارکت سازمان‌های مردم نهاد در این عرصه را فراهم می‌آورد. این نظریه‌ها بر قابلیت‌های منحصربه‌فرد سازمان‌های مردم نهاد مانند نزدیکی به جامعه، توانایی بسیج منابع و ایجاد شبکه‌های ارتباطی قوی تأکید دارند که آنها را به بازیگرانی کلیدی در کنار نهادهای دولتی تبدیل می‌کند. نتایج به‌دست آمده از تحلیل داده‌ها به‌طور قاطع نشان داد که از نظر نمونه‌های تحقیق، سازمان‌های مردم نهاد نقش مثبت و معناداری در مدیریت بحران‌های شهری در حوزه سلامت ایفاء می‌کنند.

همان‌طور که در نتایج آزمون‌ها ملاحظه شد، میانگین رتبه پاسخ برای غالب گویه‌ها بالاتر از معیار میانگین (۳)، قرار دارد که حاکی از تأیید نقش سازمان‌های مردم نهاد در ابعاد مختلف مورد بررسی است. به‌طور خاص، شاخص‌های ارتقای بیمه عمومی و سلامت محور، ارتقای سیاست عادلانه و سودمند برای فقرا و مذاکره‌کننده برای استانداردهای سلامتی عمومی و رویکردهای مربوطه، بالاترین میانگین‌ها را در بخش سیاست‌گذاری به خود اختصاص داده‌اند که نشان دهنده درک قوی از نقش (حمایتی و وکالتی) سازمان‌های مردم نهاد در حوزه سلامت از سوی نمونه‌های تحقیق است. در مقابل، شاخص وارد کردن مؤلفه‌های عدالت در تخصیص منابع تنها شاخصی است که میانگین آن کم‌تر از معیار میانگین بوده و وضعیت نامطلوبی را نشان داد. این یافته می‌تواند به این معنا باشد که اگرچه سازمان‌های مردم نهاد در بسیج و تخصیص منابع نقش دارند، اما اطمینان از اجرای کامل عدالت در این فرآیند از سوی جامعه آماری به‌عنوان یک

جایگاه آن ها را در سیاست گذاری ناچیز ارزیابی کرده بودند. نتایج پژوهش حاضر به شدت با این دیدگاه در تضاد است و نقش سازمان های مردم نهاد را مثبت، معنادار و به خصوص در ابعاد سیاست گذاری و ارتقای سلامت، برجسته می داند. این تفاوت می تواند ناشی از عوامل مختلفی باشد: اول: ممکن است در فاصله زمانی بین دو مطالعه، نقش و جایگاه سازمان های مردم نهاد در مدیریت بحران های شهری، به ویژه پس از تجربیات بحران های اخیر (مانند پاندمی کووید ۱۹ (که در پیشینه لی و کیم (۲۰۲۳)، نیز منعکس شده است)، واقعاً بهبود یافته و تقویت شده باشد. دوم، تفاوت در جامعه آماری یا روش شناسی دو پژوهش نیز می تواند در این اختلاف نقش داشته باشد. به هر حال، یافته های این پژوهش شواهدی قوی در تأیید نقش سازنده و حتی استراتژیک سازمان های مردم نهاد در مدیریت بحران سلامت شهری ارائه می دهد که با رویکردهای نوین مدیریت بحران و حاکمیت شبکه ای همسو است.

بر اساس تحلیل داده ها و مقایسه با مبانی نظری و پیشینه های پژوهش، این مطالعه نشان داد که سازمان های مردم نهاد در ایران (با تمرکز بر تهران) نقش حیاتی و مثبتی در کنترل و مدیریت بحران های شهری در حوزه سلامت ایفاء می کنند. این نقش در ابعاد مختلفی از جمله ارائه خدمات، ارتقای سلامت، مشارکت در سیاست گذاری، بسیج منابع و پایش کیفیت نمود پیدا می کند. از دیدگاه نمونه های تحقیق، برجسته ترین نقش ها در حوزه ارتقای سلامت و تبادل اطلاعات و سیاست گذاری متمرکز است، در حالی که نقش در خدمات سلامت و پایش کیفیت کم تر برجسته ارزیابی شده است، هرچند همچنان مثبت تلقی شده است. این نتایج با نظریه هایی که بر اهمیت سرمایه اجتماعی، حاکمیت شبکه ای و رویکردهای مبتنی بر جامعه در مدیریت بحران تأکید دارند، همخوانی داشته و نشان دهنده قابلیت سازمان های مردم نهاد در پر کردن شکاف ها و تقویت تاب آوری شهری در زمان بحران های سلامت هستند. نتایج این پژوهش شواهدی محکم مبنی بر تقویت جایگاه و اثربخشی سازمان های مردم نهاد نسبت به آنچه در برخی مطالعات پیشین داخلی منعکس شده بود، ارائه می دهد.

### راهکارها

با توجه به یافته های پژوهش، راهکارهای زیر برای تقویت و بهینه سازی نقش سمن ها در مدیریت بحران های سلامت شهری پیشنهاد می شود:

✓ تقویت نقش سمن ها در ارتقای سلامت عمومی و تبادل اطلاعات بهداشتی-درمانی؛

دارد. این نقش ها به شدت با نظریه های سرمایه اجتماعی و شبکه های حاکمیتی سازگارند. زیرا انتشار اطلاعات صحیح و مشارکت در فرآیندهای سیاست گذاری نیازمند شبکه های قوی، اعتماد عمومی و توانایی ایجاد ارتباط میان جامعه و دولت است.

نقش بسیج منابع و تخصیص آن ها در رتبه سوم قرار گرفته است. این بعد با وجود اینکه میانگین کمتری در آزمون T داشت (نسبت به سیاست گذاری و ارتقاء/تبادل اطلاعات)، اما در مدل ماباک جایگاه نسبتاً بالایی کسب کرده است. این رتبه بندی نشان می دهد که اگرچه ممکن است چالش هایی در عدالت تخصیص منابع وجود داشته باشد (همان طور که میانگین پایین گویه مربوطه نشان داد)، اما خود عملکرد سازمان های مردم نهاد در بسیج و تأمین منابع (مالی، انسانی، تجهیزات) در زمان بحران به عنوان یک نقش مهم و قابل توجه درک شده است. این نتیجه با یافته های احمد و سینگ (۲۰۲۳)، در مورد چابکی سازمان های مردم نهاد در بسیج سریع منابع و دیابرتا و همکاران (۲۰۲۱)، در مورد تأمین مواد امدادی همراستا است و نظریه پر کردن شکاف را تقویت می کند.

نقش های خدمات سلامت و پایش کیفیت مراقبت و پاسخگویی در رتبه های چهارم و پنجم قرار گرفته اند و امتیاز Q منفی در مدل ماباک کسب کرده اند. این به این معنا است که در مقایسه با سه بعد دیگر، نقش سازمان های مردم نهاد در ارائه مستقیم خدمات درمانی و بهداشتی و همچنین نظارت بر کیفیت این خدمات و پاسخگویی، کم تر برجسته یا با چالش های بیش تری همراه تلقی شده است. با این حال، همان طور که نتایج آزمون تی نشان داد، میانگین این ابعاد نیز به طور معناداری مثبت است. این پارادوکس ظاهری را می توان این گونه تفسیر کرد که سازمان های مردم نهاد نقش مثبتی در این زمینه ها ایفاء می کنند، اما ممکن است این نقش به اندازه فعالیت های آن ها در اطلاع رسانی، سیاست گذاری یا بسیج منابع، گسترده، عمیق یا مؤثر درک نشود. این یافته تا حدی با نتایج پارک و همکاران (۲۰۲۲) که اشاره به نقش سازمان های مردم نهاد در توزیع تدارکات امدادی (مرتبط با خدمات و منابع) دارند، سازگار است، اما برجستگی نقش های دیگر در این پژوهش را نیز نشان می دهد.

مقایسه نتایج این پژوهش با پیشینه های ایرانی نیز نکات مهمی را روشن می سازد. یافته های نیکزاد و همکاران (۱۴۰۱) و (۱۳۹۹)، بر اهمیت آموزش های همگانی (که بخشی از بعد ارتقای سلامت و تبادل اطلاعات است) و نقش سایر ابعاد مانند تخصیص منابع تأکید دارند که تا حدی با نتایج این پژوهش همسو است. با این حال، مهم ترین نکته در مقایسه با مطالعات داخلی، تفاوت فاحش با نتایج پورکتابی و کاری جعفری (۱۳۹۹)، است که عملکرد سازمان های مردم نهاد در تهران را به طور کلی ضعیف و

- ✓ افزایش مشارکت سمن‌ها در سیاست‌گذاری سلامت شهری  
(شهر تهران و سایر شهرهای کشور)؛
- ✓ تسهیل و حمایت از توانمندسازی سمن‌ها در بسیج منابع؛
- ✓ تدوین دستورالعمل‌ها برای عدالت در تخصیص منابع با مشارکت سمن‌ها؛
- ✓ تقویت و یکپارچه‌سازی نقش سمن‌ها در ارائه خدمات مستقیم سلامت؛
- ✓ افزایش نقش نظارتی سمن‌ها در پایش کیفیت مراقبت‌ها؛
- ✓ نهادینه کردن جایگاه رسمی سمن‌ها در ساختار مدیریت بحران تهران.

### سیاسگزاری

از همه اعضای شرکت‌کننده (سمن‌های فعال شهر تهران) در روند اجرای این پژوهش، تقدیر و تشکر می‌شود.

### References

- Ahmed, S., & Singh, R. (2023). Agility and adaptability of NGOs in rapid crisis response. *Journal of Disaster Resilience*, 15(2), 112–128. <https://doi.org/10.1016/j.ijdr.2023.103955>
- Aldashev, G., & Navarra, C. (2018). Development NGOs: Basic facts. *Annals of Public and Cooperative Economics*, 89(1), 125–155. <https://doi.org/10.1111/apce.12188>
- Chen, N., Zhou, M., Dong, X., Qu, J., Gong, F., Han, Y., Qiu, Y., Wang, J., Liu, Y., Wei, Y., Xia, J., Yu, T., Zhang, X., Zhang, L., & Zhang, L. (2020). Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: A descriptive study. *The Lancet*, 395(10223), 507–513. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30211-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30211-7)
- Daneshpour, Z. A. (2020). *Out of the coronavirus crisis, a new kind of urban planning must be born: Post-pandemic urban and regional planning and the lessons that can be learned from the coronavirus pandemic 2020* [Preprint]. ResearchGate. <https://www.researchgate.net/publication/340534829>
- Daynes, L. (2017). Communicating suffering: A view from NGO practice. In *Caring in crisis? Humanitarianism, the public and NGOs* (pp. 119–123). Palgrave Macmillan. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-50259-5\\_8](https://doi.org/10.1007/978-3-319-50259-5_8)
- Fanni, Z. (2012). Globalization and religious-cultural organizations in the city: A study in the Islamic community of Montreal metropolis. *Strategic Studies of Globalization Quarterly*, 3(5), 45–67. [In Persian]
- Fidler, M. M., Bray, F., & Soerjomataram, I. (2018). The global cancer burden and human development: A review. *Scandinavian Journal of Public Health*, 46(1), 27–36. <https://doi.org/10.1177/1403494817715400>
- Garcia, M., Rodriguez, J., & Perez, A. (2024). Community-based mental health support after urban disasters: Lessons from Latin America. *International Journal of Public Health*, 45(1), 55–69.
- Gilson, L., Sen, P. D., Mohammed, S., & Mujinja, P. (1994). The potential of health sector non-governmental organizations: Policy options. *Health Policy and Planning*, 9(1), 14–24. <https://doi.org/10.1093/heapol/9.1.14>
- Kim, Y., & Park, J. (2023). Multidimensional social capital in environmental crises: Longitudinal study of Asian NGOs. *Sustainability Science*, 18(2), 789–805. <https://doi.org/10.1007/s11625-022-01266-0>
- Lee, A. C. K., & Maheswaran, R. (2011). The health benefits of urban green spaces: A review of the evidence. *Journal of Public Health*, 33(2), 212–222. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdq068>
- Lencucha, R., Kothari, A., & Labonté, R. (2011). The role of non-governmental organizations in global health diplomacy: Negotiating the Framework Convention on Tobacco Control. *Health Policy and Planning*, 26(5), 405–412. <https://doi.org/10.1093/heapol/czq072>
- Liu, Y., Gayle, A. A., Wilder-Smith, A., & Rocklöv, J. (2020). The reproductive number of COVID-19 is higher compared to SARS coronavirus. *Journal of Travel Medicine*, 27(2), Article taaa021. <https://doi.org/10.1093/jtm/taaa021>
- Mercer, A., Uddin, N., Huq, N. L., Haseen, F., Khan, M. H., & Larson, C. P. (2006). Validating neonatal mortality and use of NGO reproductive health outreach services in rural Bangladesh. *Studies in Family Planning*, 37(2), 111–122. <https://doi.org/10.1111/j.1728-4465.2006.00090.x>

- Meshkini, A., Hatami Nejad, H., Mehdi Nejad, H., & Parhiz, F. (2014). *Creative city: A new model for knowledge-based development in urban management*. Arād Book Publishing. ([In Persian])
- Nguyen, T. (2022). Building trust in uncertain times: The credibility of NGOs during pandemics. *Health Policy Quarterly*, 8(4), 310–325.
- Odindo, M. A., & Mwanthi, M. A. (2008). Role of governmental and nongovernmental organizations in mitigation of stigma and discrimination among HIV/AIDS persons in Kibera, Kenya. *East African Journal of Public Health*, 5(1), 1–5. <https://doi.org/10.4314/eajph.v5i1.38968>
- Onyx, J., & Bullen, P. (2000). Sources of social capital. In I. Winter (Ed.), *Social capital and public policy in Australia* (pp. 105–134). Australian Institute of Family Studies.
- Pierson, P. (2020). The political economy of social policy in the United States. *Perspectives on Politics*, 18(3), 754–764. <https://doi.org/10.1017/S1537592720001896>
- Rezazadeh, S. M., & Fanni, Z. (2016). Spatial analysis of the performance of religious institutions in the direction of empowerment and poverty alleviation of neighborhoods: Case study of District 1 of Tehran. *Amayesh Geography of Space*, 6(22), 48–66. ([In Persian])
- Rossi, P., & Bianchi, S. (2024). Towards integrated urban resilience: A multi-stakeholder perspective. *European Journal of Urban Research*, 32(1), 88–105. <https://doi.org/10.1177/096977649700400101>
- Sarrafi, M., Tavakoli Nia, J., & Mohammadian Mosammam, H. (2014). *New ideas in urban planning*. Ghadyani Publications. ([In Persian])
- Shandra, J. M., Shandra, C. L., & London, B. (2010). Do non-governmental organizations impact health? A cross-national analysis of infant mortality. *International Journal of Comparative Sociology*, 51(1–2), 137–164. <https://doi.org/10.1177/0020715210368845>
- Smith, A., & Jones, B. (2022). Gap-filling role of non-governmental organizations in health service delivery during urban emergencies. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 16(5), 1901–1912.
- Wang, F., & Li, Q. (2023). Network governance and coordination challenges in urban health crises: The case of the COVID-19 pandemic. *Journal of Network and Complex Systems*, 20(6), 1–15.
- World Health Organization. (2020). *Coronavirus disease (COVID-19): Events as they happen*. Retrieved April 3, 2020, from <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/events-as-they-happen>
- Yan, X., Lin, H., & Clarke, A. (2018). Cross-sector social partnerships for social change: The roles of non-governmental organizations. *Sustainability*, 10(2), Article 558. <https://doi.org/10.3390/su10020558>
- Zhang, Y., & Ma, Z. F. (2020). Impact of the COVID-19 pandemic on mental health and quality of life among local residents in Liaoning Province, China: A cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(7), Article 2381. <https://doi.org/10.3390/ijerph17072381>
- Ziari, K., & Mehdi Nejad, H. (2021). *New perspectives in urban planning*. University of Tehran Press. ([In Persian])