

The Necessity of Integrating Social Prescribing into the Iranian Healthcare System

Mohammad Zakaria Pezeshki^{1*} 

¹ Department of Community and Family Medicine, Social Determinants of Health Research Center, Medical School, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

ARTICLE INFO

Article Type:
Commentary

Article History:

Received: 1 May 2026

Revised: 12 May 2026

Accepted: 18 May 2026

ePublished: 20 May 2026

Keywords:

Social Prescribing,
Social Care,
Link Worker,
Lifestyle Medicine

Favorable living conditions and the adoption of a healthy lifestyle play a fundamental role in maintaining and promoting human physical and mental well-being. Conversely, deleterious living environments and unhealthy lifestyles are the two primary etiologies of prevalent chronic physical and psychiatric disorders. These conditions and their associated complications are the leading causes of outpatient clinic visits, emergency department presentations, and admissions to subspecialty hospitals. Unfortunately, for a significant proportion of these patients, adverse living conditions and unhealthy lifestyles persist unaddressed even following clinical diagnosis, the initiation of medical therapy, and subsequent hospital discharge. The failure to ameliorate detrimental socioeconomic circumstances (e.g., food insecurity or unhealthy housing) or adverse lifestyle behaviors (e.g., tobacco use or poor sleep hygiene) frequently exacerbates the underlying chronic disease and sometimes can precipitate vital organ failure, such as cardiac, pulmonary, or renal failure in physical diseases, or result in suicide among patients with chronic psychiatric conditions. Guided by recent medical research, a growing consensus among physicians indicates that modifying these deleterious lifestyles and living conditions will substantially facilitate the clinical management and recovery of the majority of patients suffering from common chronic diseases. Consequently, clinical practitioners in the United Kingdom, Australia, and the United States have pioneered a distinct branch of clinical practice known as Lifestyle Medicine.¹ Within this paradigm, physicians treat patients with prevalent chronic conditions including diabetes, hypertension, hepatic steatosis, and knee osteoarthritis by intervening in their unhealthy lifestyle. However, the bidirectional relationship between lifestyle and living conditions must be acknowledged, as the deterioration of one frequently precipitates the decline of the other. For instance, low-income employment requiring double shifts and prolonged sedentariness (an adverse living condition) can preclude an individual from engaging in adequate physical activity (an unhealthy lifestyle). Conversely, severe substance use disorder (an unhealthy lifestyle) may result in unemployment, thereby precipitating detrimental living conditions. Therefore, in Lifestyle Medicine, the physician concurrently seeks to remediate the deleterious aspects of both the patient's lifestyle and their living conditions. With the increasing recognition of social determinants of health among family physicians in recent years, many now assert that addressing patients' social needs is as critical as the provision of conventional medical therapies. Currently, an expanding body of research is investigating the cellular and molecular mechanisms underlying the therapeutic benefits of lifestyle and living condition modifications.

Mohammad Zakaria Pezeshki. The Necessity of Integrating Social Prescribing into the Iranian Healthcare System. *Depiction of Health*. 2026; 17(2): xxx-xxx. doi: 10.34172/doh.2026.11. (Persian)

* Corresponding author; Mohammad Zakaria Pezeshki, E-mail: zakaria.pezeshki@gmail.com



Over the past decade, a cohort of family physicians in England, spearheaded by Dr. Michael Dixon, concluded that standard clinical consultations are insufficient to rectify patients' unhealthy living conditions and lifestyles. Instead, they recognized the necessity of leveraging support from social institutions, community groups, and the broader environmental context of the patient.² This realization led to the development of an approach termed Social Prescribing within the UK's family medicine specialty, a model endorsed by the UK Department of Health and Social Care³ and currently proliferating internationally. In the framework of Social Prescribing, when a family physician determines during a rapid clinical assessment that specific components of a patient's lifestyle or living conditions are deleterious, the patient is referred to a designated professional known as a Link Worker. The Link Worker assumes the central role in this intervention. This professional possesses the specialized skills requisite to obtain a comprehensive history detailing the patient's lifestyle and socioeconomic circumstances. Based on this assessment, the Link Worker identifies the detrimental elements of the patient's daily life and determines which social institutions or community groups are best positioned to facilitate remediation. The nomenclature "Link Worker" derives from their function of linking patients to community resources capable of addressing these underlying issues. Through a collaborative process, the Link Worker and the patient explore a broad spectrum of social options, ultimately selecting the organizations and institutions most capable of providing targeted assistance. Facilitated by the Link Worker, the patient may integrate into various community networks such as athletic, artistic, and literary organizations, or patient support groups or solicit assistance from social entities like charitable organizations, cultural centers, parks, cinemas, and museums to systematically rectify their adverse living conditions or unhealthy lifestyle.

A substantial body of scientific literature has demonstrated, and continues to investigate, the effect of Social Prescribing in enhancing patients' quality of life, reducing general practitioner consultation rates, and decreasing emergency department attendances in the United Kingdom.^{4,5} Current initiatives aim to expand this paradigm to inpatient settings, ensuring that hospitalized individuals receive Social Prescribing services post-discharge, thereby mitigating the risk of readmission. By preventing severe disease complications such as cardiac or renal failure, Social Prescribing yields a significant reduction in the financial burden associated with specialized and subspecialty clinical and hospital care. Furthermore, Social Prescribing offers profound benefits for healthy individuals whose detrimental lifestyles and living conditions have not yet manifested as clinical

disease. In these instances, Link Workers educate healthy individuals regarding available social institutions and community groups, empowering them to preemptively correct their unhealthy circumstances and avert disease onset. Consequently, Social Prescribing constitutes a highly efficacious and cost-effective strategy, applicable to both the therapeutic management and the primary prevention of physical and psychiatric disorders.

It is imperative to note that Social Prescribing facilitates the recovery of patients with physical and psychiatric ailments across all socioeconomic strata and is not exclusively relegated to lower social classes. The late Dr. Mohammad Amin Ghanei Rad, a sociology professor and former president of the Iranian Sociological Association, articulated the inherent potential of society during a lecture, stating: "If the capacities of society are strengthened, society itself works miracles; society itself is healing." In essence, Social Prescribing endeavors to harness these societal capacities to ameliorate deficiencies in patients' living conditions and lifestyles, thereby complementing their medical treatment. Importantly, health education, psychological counseling, family therapy, and nutritional counseling do not fall under the rubric of Social Prescribing. This distinction arises because, in Social Prescribing, the therapeutic or preventive intervention does not occur within the confines of a clinic or through direct healthcare providers; rather, it is the active integration of the patient into social groups and community institutions, alongside their engagement in social activities, that fosters recovery.

Dr. Michael Dixon posits that Social Prescribing will precipitate the most profound transformation in healthcare and patient management of the 21st century. Dr. Dixon has delivered multiple lectures in webinars organized by the author of this article concerning the implementation of Social Prescribing in Iran, with the most recent event held on March 11, 2022, in observance of International Social Prescribing Day.⁶ It is anticipated that the Social Prescribing initiative will garner the attention of the general public, policymakers, and senior administrators within Iran's healthcare delivery system. In Iran, primary healthcare (PHC) services, initially focused predominantly on the physical dimension of health, were inaugurated in 1973 with the establishment of the first Health House.⁷ Subsequently, in 1986, mental health services were formally integrated into the Iranian PHC framework.⁸ Unfortunately, the social dimension of human health has yet to be similarly incorporated. Following extensive deliberations between the author of this article, the Deputy for Health of the Ministry of Health, and the Social Advisor to the Minister of Health in the winter of 2026, a dedicated study group was convened within the Health Deputy to formulate

strategies for integrating the social dimension of care into Iran's PHC. Upon this integration, Iranian Community Health Workers (CHW) will be positioned to function as Link Workers, delivering Social Prescribing services to both patient populations and healthy individuals. The pioneering experience of Tabriz University of Medical Sciences in establishing "Senior-Friendly Units" within Health Houses and Comprehensive Health Service Centers since the early 2010s serves as an exemplary model for this integration. In these centers, CHW coordinate diverse social care activities for the elderly, with their own participation through a variety of social programs. Listed below are 15 examples drawn from dozens of diverse social programs implemented within these centers at Tabriz University of Medical Sciences (based on the author's observations while instructing medical students):

- Daily group exercise sessions
- Legal consultations provided by volunteer senior attorneys for elderly individuals in need
- The spontaneous formation of interest-free microfinance funds to facilitate mutual financial assistance among seniors
- Marketing initiatives for the homemade products of economically disadvantaged seniors within the center
- Collaborative group activities dedicated to environmental conservation

- Group cooking sessions focused on healthy nutrition
- Recreational engagement in childhood group games
- Humor and comedy sessions
- Laughter yoga programs
- Reminiscence and storytelling sessions
- Monthly birthday celebration events
- Annual arts festivals
- Group visits to museums and other cultural landmarks
- Group nature outings
- Group travel

Conflict of Interest

A preliminary version of this commentary was previously shared informally via the author's personal Telegram and WhatsApp channels on the topic of social prescribing. The present manuscript has been comprehensively revised, substantiated with peer-reviewed literature, and updated to reflect the author's recent initiatives and field developments in Iran. The arguments, evidence base, and conclusions in this formal commentary differ substantially from the earlier informal iteration. The author has fully disclosed this prior dissemination to the editor upon submission.

ضرورت ادغام نسخه‌نویسی اجتماعی در نظام بهداشتی درمانی ایران

محمدزکریا پزشکی^{1*}

¹ گروه پزشکی اجتماعی و خانواده، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

اطلاعات مقاله

نوع مقاله:

یادداشت

سابقه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۵/۰۲/۱۱
اصلاح نهایی: ۱۴۰۵/۰۲/۲۲
پذیرش: ۱۴۰۵/۰۲/۲۸
انتشار برخط: ۱۴۰۵/۰۲/۳۰

کلیدواژه‌ها:

نسخه‌نویسی اجتماعی،
مراقبت اجتماعی،
کارمند رابط،
پزشکی شیوه زندگی

برخورداری از شرایط زندگی سالم و اتخاذ شیوه زندگی سالم نقش اساسی در حفظ و ارتقاء سلامت جسمی و روانی انسان‌ها داشته و شرایط زندگی ناسالم یا شیوه زندگی ناسالم دو علت اصلی ابتلاء انسان‌ها به بیماری‌های روانی و جسمی مزمن شایع می‌باشند. این بیماری‌ها و عوارض آنها علت اصلی مراجعه مردم به کلینیک‌ها، اورژانس‌ها و بستری شدن در بیمارستان‌های فوق تخصصی می‌باشد. متأسفانه در تعداد قابل توجهی از این بیماران، شرایط زندگی ناسالم و یا شیوه زندگی ناسالم پس از تشخیص بیماری و شروع درمان‌های پزشکی بالینی و ترخیص این بیماران از بیمارستان، همچنان پابرجا می‌مانند و ترمیم نمی‌شوند. عدم ترمیم شرایط زندگی ناسالم مثل ناامنی غذایی، مسکن ناسالم و یا شیوه زندگی ناسالم مثل سیگار کشیدن و الگوی خواب ناسالم، در بسیاری از موارد باعث وخیم‌تر شدن بیماری مزمن شده و گاهی منجر به نارسا شدن اعضای مهم بدن مانند قلب، ریه، کلیه در بیمار جسمی و یا خودکشی بیمار مزمن روانی می‌گردد. بسیاری از پزشکان بر اساس یافته‌های تحقیقات جدید پزشکی به این نتیجه رسیده‌اند که اصلاح شیوه زندگی یا شرایط زندگی ناسالم بیماران مبتلا به بیماری‌های روانی و جسمی مزمن شایع، به بهبودی اکثریت این بیماران کمک شایانی خواهد کرد. تعدادی از پزشکان در انگلستان، استرالیا و آمریکا شاخه‌ای را در طب بالینی به نام پزشکی شیوه زندگی (Lifestyle Medicine) ایجاد کرده‌اند که در آن پزشک، بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن شایع مثل بیماران مبتلا به دیابت، فشارخون بالا، کبد چرب و آرتروز زانو را از طریق اصلاح شیوه زندگی ناسالم معالجه می‌نماید. اما نباید فراموش کرد که بین شیوه زندگی و شرایط زندگی انسان ارتباط دو طرفه وجود دارد به طوری که گاهی ناسالم بودن یکی منجر به ناسالم شدن دیگری می‌شود. مثلاً شغل دو شیفته که با نشستن طولانی همراه است و درآمد پایین (شرایط زندگی ناسالم) باعث می‌شود فرد نتواند به مقدار کافی فعالیت فیزیکی داشته باشد (شیوه زندگی ناسالم). برعکس اعتیاد یک فرد به مواد مخدر (شیوه زندگی ناسالم) ممکن است باعث شود شغلش را از دست بدهد و دچار شرایط زندگی ناسالم گردد. بنابراین در پزشکی شیوه زندگی، پزشک همزمان به فکر ترمیم هم‌بخش‌های ناسالم شیوه زندگی و هم‌بخش‌های ناسالم شرایط زندگی بیمار می‌باشد. با گسترش مفهوم تعیین‌گرهای اجتماعی سلامت در سال‌های اخیر در بین پزشکان خانواده، بسیاری از این پزشکان به این باور رسیده‌اند که رفع نیازهای اجتماعی بیمارانشان به‌اندازه درمان‌های پزشکی که به بیماران ارائه می‌دهند اهمیت دارند. در حال حاضر تحقیقات فزاینده‌ای در مورد مکانیسم‌های سلولی و مولکولی اثرات درمانی بهبود شیوه زندگی و شرایط زندگی بیماران در دست انجام است.

تعدادی از پزشکان خانواده در انگلستان به رهبری دکتر مایکل دیکسون (Michael Dixon) در دهه اخیر به این نتیجه رسیده‌اند که برای اصلاح شرایط زندگی ناسالم و شیوه زندگی ناسالم

* پدیدآور رابط؛ محمدزکریا پزشکی، آدرس ایمیل: zakaria.pezeshki@gmail.com



بیماران، مشاوره‌های کلینیکی کافی نیست و باید از نهادهای اجتماعی، گروه‌های اجتماعی و هر آنچه که در محیط زندگی بیماران وجود دارد کمک بگیرند.^۲ این پزشکان رویکردی را با عنوان نسخه‌نویسی اجتماعی (Social Prescribing) در تخصص پزشکی خانواده انگلستان ایجاد کرده‌اند که توسط وزارت بهداشت انگلیس مورد حمایت قرار گرفته است^۳ و در حال گسترش به کشورهای دیگر است. در نسخه‌نویسی اجتماعی، وقتی پزشک خانواده در ارزیابی سریع خود از بیمارش درمی‌یابد که بخش‌هایی از شیوه زندگی و یا شرایط زندگی بیمار ناسالم است؛ بیمار را به فردی که کارمند رابط (Link Worker) یا نسخه‌نویس اجتماعی نام دارد ارجاع می‌دهد. نقش اصلی در نسخه‌نویسی اجتماعی بر عهده کارمند رابط است. او این مهارت علمی را دارد که شرح حال کاملی از بیمار در مورد شیوه زندگی بیمار و شرایطی که بیمار در آن زندگی می‌کند اخذ نمایند. بر اساس این شرح حال، کارمند رابط مشخص می‌کند که چه قسمت‌هایی از شیوه زندگی یا شرایط زندگی بیمار ناسالم است و کدام یک از نهادهای اجتماعی و یا گروه‌های اجتماعی می‌توانند در اصلاح شرایط زندگی ناسالم یا شیوه زندگی ناسالم به بیمار کمک کنند. علت اینکه به این کارمندان، کارمند رابط گفته می‌شود این است که این کارمندان بیماران را به نهادها و گروه‌های اجتماعی که می‌توانند در اصلاح شیوه یا شرایط زندگی ناسالم بیماران نقش ایفا کنند وصل می‌کنند (Link). در نسخه‌نویسی اجتماعی، کارمند رابط طیف وسیعی از انتخاب‌های اجتماعی را با مشارکت خود بیمار مورد بررسی قرار می‌دهد و به بیمار کمک می‌کند نهادها و موسساتی را انتخاب کند که بیشترین کمک را به بیماران می‌توانند ارائه نمایند. با کمک کارمند رابط، بیمار عضو برخی از گروه‌های مختلف اجتماعی مثلا گروه‌های ورزشی، هنری، ادبی، گروه‌های همیاری بیماران و سایر گروه‌ها می‌شود یا از نهادهای اجتماعی مثل موسسات خیریه، فرهنگسراها، پارک‌ها، سینماها، موزه‌ها و سایر نهادها کمک می‌گیرد تا شیوه زندگی ناسالم و یا شرایط زندگی ناسالم خویش را اصلاح کند.

بیمارستان‌ها هم گسترش یابد تا پس از ترخیص از بیمارستان خدمات نسخه‌نویسی اجتماعی را دریافت کنند. دریافت این خدمات احتمال بستری مجدد را کاهش خواهد داد. بنابراین نسخه‌نویسی اجتماعی با پیشگیری از بروز عوارض بیماری‌ها مانند نارسائی قلب یا کلیه منجر به کاهش قابل توجه در هزینه‌های خدمات تخصصی و فوق تخصصی کلینیکی و بیمارستانی می‌گردد. نسخه‌نویسی اجتماعی برای افرادی که هنوز شیوه زندگی ناسالم و شرایط زندگی ناسالم آنها را بیمار نکرده نیز بسیار مفید است و کارمند رابط این افراد را از وجود نهادها و گروه‌های اجتماعی آگاه خواهد کرد که می‌توانند به فرد سالم کمک کنند تا شیوه زندگی و یا شرایط زندگی ناسالم خود را اصلاح و از بیمار شدن خود پیشگیری کند. بنابراین نسخه‌نویسی اجتماعی به‌عنوان رویکردی موثر و مقرون به صرفه هم در حیطه درمان بیماران جسمی و روانی و هم در حیطه پیشگیری از بیماری‌های جسمی و روانی کاربرد دارد. باید توجه کرد که نسخه‌نویسی اجتماعی می‌تواند در بهبودی بیماران روانی و جسمی تمامی طبقات اجتماعی نقش ایفا کند و مختص طبقات اجتماعی پایین نیست. مرحوم دکتر محمد امین قانعی راد، استاد جامعه‌شناسی و رئیس اسبق انجمن جامعه‌شناسی ایران در یکی از سخنرانی‌های خود در مورد ظرفیت‌های جامعه می‌گوید: "ظرفیت‌های جامعه اگر تقویت بشه، جامعه خودش معجزه‌گره، جامعه خودش شفا بخشه". نسخه‌نویسی اجتماعی در واقع به دنبال بهره‌گیری از ظرفیت‌های جامعه است تا با استفاده از این ظرفیت‌ها، اشکالات موجود در شرایط زندگی و یا شیوه زندگی بیماران را ترمیم نماید و از این طریق به معالجه بیماران کمک کند. آموزش بهداشت، مشاوره روانی، مشاوره خانواده و مشاوره تغذیه هیچکدام جزو نسخه‌نویسی اجتماعی نیستند چون در نسخه‌نویسی اجتماعی، اقدام درمانی یا پیشگیرانه در درون اتاق پزشک یا سایر ارائه‌دهندگان خدمات سلامت اتفاق نمی‌افتد، بلکه وصل شدن بیمار به گروه‌ها و نهادهای اجتماعی و انجام فعالیت‌های اجتماعی است که به معالجه شدن بیمار کمک می‌کند.

دکتر مایکل دیکسون معتقد است که نسخه‌نویسی اجتماعی بزرگ‌ترین تغییر را در سلامتی و مراقبت در قرن ۲۱ ایجاد خواهد کرد. دکتر دیکسون چندین بار در وبینارهایی که توسط نویسندگان این مقاله در مورد

مطالعات علمی متعددی در مورد اثربخشی نسخه‌نویسی اجتماعی در افزایش کیفیت زندگی بیماران، کاستن از مراجعه به پزشکان عمومی و کاهش مراجعه به اورژانس در انگلیس انجام شده و نیز در حال انجام است.^{۴، ۵} تلاش بر آن است که نسخه‌نویسی اجتماعی به بیماران بستری در

- ورزش گروهی روزانه
- مشاوره حقوقی توسط وکیل سالمند داوطلب به سالمندان نیازمند مشاوره
- تشکیل خودجوش صندوق‌های قرض‌الحسنه جهت کمک سالمندان به همدیگر
- بازاریابی برای محصولات خانگی سالمندان نیازمند درکانون
- فعالیت‌های گروهی برای حفظ محیط زیست
- پخت گروهی غذای سالم
- بازی‌های گروهی دوران کودکی
- برنامه طنزگویی
- برنامه یوگای خنده
- برنامه خاطره‌گویی
- برنامه جشن تولد ماهانه
- جشنواره‌های هنری سالانه
- بازدید گروهی از موزه‌ها و سایر نقاط دیدنی
- طبیعت‌گردی گروهی
- مسافرت گروهی

تعارض منافع

این مطلب پیش‌تر به‌صورت غیررسمی در کانال‌های تلگرام و واتساپ شخصی نویسنده با موضوع نسخه‌نویسی اجتماعی به اشتراک گذاشته شده بود. نسخه حاضر با افزودن منابع علمی معتبر و به‌روزرسانی بر اساس آخرین اقدامات نویسنده در مورد نسخه‌نویسی اجتماعی در ایران، کاملاً بازنویسی شده است. محتوای نهایی و استدلال‌های این سرمقاله آکادمیک تفاوت اساسی با نسخه غیررسمی دارد. نویسنده این پیشینه را پیش از ارسال به سردبیر اطلاع داده است.

نسخه‌نویسی اجتماعی در ایران برگزار شده، سخنرانی کرده است که آخرین بار آن، وبیناری در ۲۰ اسفند ماه ۱۴۰۰ بود که به‌مناسبت روز بین‌المللی نسخه‌نویسی اجتماعی برگزار گردید.^۶ امید است برنامه نسخه‌نویسی اجتماعی مورد توجه عموم مردم، سیاست‌گذاران و مدیران ارشد نظام ارائه خدمات سلامت ایران قرار بگیرد. در کشور ما در سال ۱۳۵۲ با تاسیس اولین خانه بهداشت، ارایه خدمات مراقبت‌های بهداشتی اولیه (PHC) که عمدتاً بر بعد جسمی تمرکز داشت شروع شد.^۷ همچنین در سال ۱۳۶۵ ادغام خدمات مربوط به بعد روانی با خدمات PHC در ایران صورت گرفت.^۸ متأسفانه تاکنون خدمات مربوط به بعد اجتماعی سلامت انسان در PHC ایران ادغام نشده است. پیرو مذاکرات متعدد نویسنده این مقاله با معاونت بهداشتی وزارت بهداشت و مشاور اجتماعی وزیر بهداشت در زمستان ۱۴۰۴، گروه مطالعاتی در معاونت بهداشتی وزارت بهداشت در مورد نحوه ادغام بعد اجتماعی مراقبت در PHC ایران تشکیل گردید. با ادغام بعد اجتماعی، مراقبین سلامت و بهورزان ایران می‌توانند به‌عنوان کارمند رابط خدمات نسخه‌نویسی اجتماعی را به بیماران و افراد سالم ارائه نمایند. تجربه ارزشمند دانشگاه علوم پزشکی تبریز در تاسیس کانون‌های دوستار شهروند ارشد در خانه‌های بهداشت و مراکز خدمات جامع سلامت از اوایل دهه ۹۰، که در آن بهورزان و مراقبین سلامت با برنامه‌های متنوع اجتماعی، مراقبت‌های اجتماعی مختلفی را از سالمندان با مشارکت خود آنان به‌عمل می‌آوردند، می‌تواند الگوی مناسبی برای ادغام بعد اجتماعی سلامت به PHC ایران باشد. ذیلاً لیست ۱۵ برنامه از دهه‌ها برنامه اجتماعی متنوع در کانون‌های دوستار شهروند دانشگاه علوم پزشکی تبریز ذکر می‌شود (مشاهدات نویسنده هنگام آموزش دانشجویان پزشکی):

References

1. What is Lifestyle Medicine? <https://bslm.org.uk/lifestyle-medicine/what-is-lifestyle-medicine>
2. What is Social Prescribing? <https://socialprescribingacademy.org.uk/what-is-social-prescribing>
3. Social prescribing: applying All Our Health. <https://www.gov.uk/government/publications/social-prescribing-applying-all-our-health/social-prescribing-applying-all-our-health>
4. Bradley J, Boulton M. Social Prescribing: What It Is and What It Can Do. *Br J Hosp Med (Lond)*. 2025; 86(7): 1–5. doi: 10.12968/hmed.2025.0007
5. What is the evidence for social prescribing? <https://socialprescribingacademy.org.uk/our-evidence-and-evaluation-work/socialprescribingacademyorgukevidence>
6. Webinar on Social Prescribing. 2021. <https://sdhrc.tbzmed.ac.ir/News-94>. (Persian)

7. Malekafzali H, Sadrizadeh B. Rendition of Primary Healthcare in the Islamic Republic of Iran: Experience, Opportunities, Challenges and Future Roadmap. *Iranian Journal of Culture and Health Promotion*. 2019; 2(4): 438-448. (Persian)
8. Bolhari J, Ahmadkhaniha H, Hajebi A, Bagheri Yazdi SA, Naserbakht M, Karimi-Kisomi I, et al.

Evaluation of Mental Health Program Integration into the Primary Health Care System of Iran. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2012; 17(4): 271-278. (Persian)

PROOF