

سهم و نقش دستگاه های ملی در ارتقای سلامت مردم ایران

بهزاد دمازی^{*۱}

۱. دپارتمان مولفه های اجتماعی سلامت، موسسه ملی تحقیقات سلامت، تهران، ایران

نشریه پایش

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۱۲/۲۵

سال چهاردهم شماره پنجم، مهر - آبان ۱۳۹۴ صص ۵۲۴-۵۱۵

[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۱۳ مهر ۹۴]

چکیده

همکاری بین بخشی و مشارکت مردم دو راهبرد اصلی در برقراری عدالت در سلامت است. مطابق قانون برنامه چهارم توسعه کشور شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور متشکل از وزارت خانه ها و سازمان های موثر بر سلامت شکل گرفت و به عنوان راهبردی برای توسعه همکاری بین بخشی تاکنون انجام وظیفه کرده است. تعیین سهم و نقش هر دستگاه در ارتقای سلامت مردم، همکاری بین بخشی را بیش از پیش نهادینه کرده و رویکرد مولفه های اجتماعی سلامت را از نظریه به عمل تبدیل می کند. مطالعه حاضر با مرور مستندات قانونی، نظرات ذینفعان بین بخشی و خبرگان سلامت همگانی سهم و نقش دستگاه های عضو شورای عالی سلامت و امنیت غذایی را مشخص می کند. این مطالعه توصیفی بوده و به روش کیفی انجام شده است. برای تعیین نقش دستگاه ها از بررسی مستندات قانونی، نظرات خبرگان سلامت همگانی (بر اساس روش بحث گروهی متمرکز) و مصاحبه ساختارمند با اعضای کمیسیون دائمی شورای عالی سلامت و امنیت غذایی استفاده شده است. در تعیین سهم از روش نظرخواهی اعضای مطلع شامل اعضای کمیسیون بهداشت و درمان مجلس و جمعی از متخصصان سلامت همگانی استفاده شده و در نهایت میزان موافقت دستگاه ها با سهم های تعیین شده از طریق مصاحبه با اعضای کمیسیون دائمی شورای عالی سلامت و امنیت غذایی تعیین شده است. با توجه به ابعاد چهارگانه سلامت و همسویی نظرات اعضای کمیسیون بهداشت و درمان مجلس و اعضای کمیسیون دائمی شورای عالی سلامت و امنیت غذایی سهم وزارت بهداشت بین ۱۳٪ تا ۱۷٪ تعیین شده است. به غیر از وزارت بهداشت هفت دستگاه بیش از ۵۰٪ سهم سلامت را در کشور بر عهده دارد وزارت رفاه و تامین اجتماعی، سازمان صدا و سیما، وزارت آموزش و پرورش، ستاد مبارزه با مواد مخدر، وزارت جهاد کشاورزی، سازمان حفاظت از محیط زیست و وزارت کشور. تأیید نقش و سهم تعیین شده برای هر دستگاه توسط عضو کمیسیون دائمی شورای عالی نشان دهنده تمایل دستگاه ها برای همکاری بین بخشی و قبول مسئولیت است و این فرصتی را برای وزارت بهداشت فراهم میکند تا با تقسیم کار مناسب بین دستگاه ها از عوامل خطر بیماری در سال های آتی بکاهد.

کلیدواژه: همکاری بین بخشی، نقش و سهم نهادها و سازمان ها در سلامت، مولفه های اجتماعی سلامت

^{*} نویسنده پاسخگو: تهران، دپارتمان مولفه های اجتماعی سلامت، موسسه ملی تحقیقات سلامت

تلفن: ۸۸۹۹۱۱۰۷

E-mail: bdamari@gmail.com

مقدمه

بیش از سه دهه تحقیق در زمینه مؤلفه‌های اجتماعی سلامت نشان داده است که عواملی چون شیوه تکامل دوران کودکی، آموزش، اشتغال، مسکن، تفریحات، حمل و نقل عمومی، کشاورزی و حمایت اجتماعی اثرات شناخته شده‌ای بر سلامت مردم دارند و سرمایه گذاری عادلانه در تدارک گسترده و با کیفیت این خدمات، بهبود شاخص‌های سلامتی در طبقات مختلف جامعه را به دنبال خواهد داشت [۱]. بعد از پیروزی انقلاب اسلامی پیشرفت‌های چشم گیری در شاخص‌های سلامت مادران و کودکان رخ داد که بخش عمده‌ای از آن مرهون تلاش دسته جمعی دست اندرکاران حوزه سلامت و سیاست‌گذاران و قانون‌گذاران بخش‌های اجتماعی و اقتصادی در توسعه شبکه‌های بهداشتی و درمانی روستاها و شهرها بوده است و این امیدواری را ایجاد می‌کند که بار دیگر بهتر از قبل موفقیت‌هایی را در عرصه کنترل و کاهش بار بیماری‌های غیرواگیر و آسیب‌ها به دست آورد. در آغاز دهه چهارم شکل گیری نظام جمهوری اسلامی ایران شاهد هستیم که با توسعه شهرنشینی و صنعتی شدن استان‌های کشور، مردم با عوامل خطر متعددی روبرو شده و کنترل آنها در چارچوب درک متقابل و همکاری بین بخشی و استفاده از تمامی ظرفیت‌های استفاده نشده مجلس شورای اسلامی، وزارت بهداشت و سایر دستگاه‌ها میسر خواهد بود [۲]. با مروری بر تجربیات کشورهای پیشرو در این زمینه نتیجه گیری می‌شود که بهبود شاخص‌های توسعه اقتصادی و اجتماعی جوامع همراه با بهتر شدن شاخص‌های سلامت مردم همراه بوده است و این ارتباط دو طرفه است به این معنی که بهبود شاخص‌های اجتماعی و اقتصادی به سلامت مردم کمک کرده و مردم سالم تر توسعه اقتصادی بهتری را فراهم می‌کنند و این جز با گنجانیدن شاخص‌های سلامت جوامع در کنار سایر شاخص‌های توسعه میسر نخواهد بود چراکه از این طریق می‌توان نبض خستگی یا سرزندگی جامعه را پایش کرده و سیاست‌گذار را در تنظیم سیاست‌های عمومی سلامت محور یاری داد. در همین ارتباط کشورهای اسکاندیناوی مرز همکاری بین بخشی را شکسته و این تعهد را در وزارت خانه‌ها و سازمان‌های خود ایجاد کرده اند تا به «خود ارزیابی سیاست‌های عمومی» بپردازند تا اجرای سیاست‌های مصوب آنان در محیط، نه تنها ضرری را متوجه سلامت مردم نکند بلکه آن را ارتقا هم بدهد [۳]. همکاری بین بخشی به عنوان یک ضرورت موضوع جدیدی نیست و در طول چهار دهه گذشته راهکارها و تجربیات کشورها در استقرار موثر آن افزایش پیدا

کرده است. در دهه ۱۹۷۰ بیانیه آلمان بر مراقبت‌های اولیه سلامت برای همه تا سال ۲۰۰۰ تأکید کرد و در دهه ۱۹۸۰ منشور اوتاوا راهبردهای ارتقای سلامت را طرح کرد که یکی از آنها همکاری بین بخشی بوده است. در دهه ۱۹۹۰ فعالیت بین بخشی توسط سازمان سلامت جهان برای سلامت در قرن ۲۱ معرفی شده و منشور بانکوک در دهه ۲۰۰۰ تأکیدی مجدد بر ارتقای سلامت از طریق همکاری بین بخشی بود، و بالاخره اتحادیه اروپا در سال ۲۰۰۶ رویکرد «سلامت در تمام سیاست‌ها» را تأیید و تأکید کرده است. این روند با تجمیع تجربیات هم روبرو بوده است به طوری که رویکرد قبلی و منفعل مشارکت مقطعی جای خود را به افزایش مسئولیت پذیری سازمان‌ها برای سلامت محور کار کردن داده است [۴] یکی از دلایل علمی ضرورت همکاری بین بخشی هم افزایش ناشی از تأثیر دستاوردهای بخشها است. در دهه گذشته الگوی سیندمیک یا هم افزایی در محافل علمی راهکاری عملی برای برنامه ریزان ایجاد کرده است تا بخش‌های مختلف را دور هم جمع کنند و آنها را متقاعد به هماهنگی عملیات کنند [۵] در نمودار شماره یک برای بهبود وضعیت شاخص سمت راست (مشکل الف) نیازمند دستاوردهای درازمدتی هستیم که از دستاوردهای کوتاه مدت چندین سازمان به دست می‌آید. بنابراین در ارتباط با مشکل الف هر سازمانی از ابتدا یک وظایفی دارند که در قالب برنامه‌های سازمانی خود دنبال می‌کنند. نهادهای سازی دیدگاه هم افزایی عملکردها موجب می‌شود سازمان‌ها نسبت به مسئولیت‌های خود پاسخگو باشند. شاخص الف می‌تواند هر یک از نشانگرهای سلامت جامعه باشد مرگ ناشی از بیماری‌های قلبی عروقی، شیوع دیابت یا پوکی استخوان، افسردگی، سرمایه اجتماعی، امنیت و غیره. در مورد سهم و نقش سازمان‌ها در سلامت، مطالعات مدون کمی در دست است و هر کشوری بسته به مشکلات سلامتی و نیاز به همکاری بین بخشی سازمان‌هایی را برای آن مشکل اختصاصی گردهم می‌آورد. در کشور فنلاند سیاست‌ها و فعالیت‌های مرتبط به ارتقای سلامت و رفاه جامعه که توسط وزارت خانه‌ها در طی سال‌های ۲۰۰۲ تا ۲۰۰۵ انجام شده منتشر شده است [۳]. سازمان سلامت جهان برای بهبود سلامت روان مردم در گزارش سال ۲۰۰۱ نقش بخش‌های مختلف را آورده است [۶] دسته بندی‌های مختلفی برای تقسیم کار همکاری بین بخشی می‌توان پیشنهاد کرد که بسته به مرحله مدیریت تغییر اشکال مختلفی می‌پذیرد: در تجربه استان قزوین ایران در مرحله برنامه ریزی ۱۸ گروه برای تدوین مشکلات حیطه‌های مختلف به صورت ترکیبی کار کرده

- کار: مطالعات متعدد اثبات کرده‌اند که عدم تأمین شغلی دارای اثرات متعددی بر سلامت روانی افراد به خصوص ایجاد اضطراب و افسردگی، افزایش بیماری‌های گزارش شده توسط خود فرد و غیبت از محل کار، افزایش مراجعه به مراکز درمانی، افزایش بیماری‌های قلبی و عوامل خطرزای بیماری‌های قلبی می‌شود.

- تفریحات: افرادی که تفریحات سالم انجام می‌دهند شادتر بوده و رضایت بیشتری از زندگی، کار و دوستان خود می‌یابند. ۹۰٪ افرادی که تفریحات خارج از منزل دارند از سلامت خود ابراز رضایت دارند در حالی که این رقم برای کسانی که این‌گونه برنامه‌ها را ندارند ۴۰٪ است.

- رسانه: رسانه‌ها بالقوه نقش مؤثری در پیش‌گیری از رفتارهای مخاطره آمیز دارد. از جمله این رفتارها می‌توان به عادات بد غذایی، خشونت، رفتارهای جنسی غیر ایمن، مصرف الکل، سیگار، داروها و مواد اعتیادآور اشاره کرد.

اند[۷] کارگروه‌های تکامل دوران کودکی، آموزش عمومی و عالی، کار، مسکن، تفریحات و تربیت بدنی، سلامت معنوی، محیط زیست و انرژی، کشاورزی، خدمات سلامت، حمایت اجتماعی، ترابری و ایمنی، بحران، تجارت، رسانه و ارتباطات، امنیت، نشاط و سلامت روان، حکمرانی استانی و مشارکت مردم. در کانادا نه بر اساس سازمان‌ها بلکه بر اساس مولفه‌های اجتماعی سلامت تحلیل وضعیت و تقسیم کار صورت گرفته است به عبارت دیگر مطابق الگوی سیندمیک شاخص‌های مرتبط در سطح نهایی تحلیل شده و نقش سازمان‌های مرتبط استخراج شده است. این حیطه‌ها عبارتند از جنسیت و نژاد، مسکن، مرحله آغاز زندگی، خدمات سلامت، درآمد و توزیع آن، آموزش، کار و شرایط آن، انزوای اجتماعی، امنیت غذا، شبکه‌های ایمن اجتماعی، حاشیه نشین‌ها و بومیان [۸]. الگو معروف تعیین کننده‌های سلامت که توسط آقای دالگرن و وایت هد در ۱۹۹۱ ارایه شد عوامل تعیین کننده سلامت را از مرکز دایره به بیرون آن به ترتیب عوامل زمینه‌ای (سن و جنس و نژاد) عوامل شیوه زندگی شخصی، شبکه‌های اجتماعی، شرایط زندگی و کاری (بیکاری و شرایط محیط کار، آب، خدمات سلامت، آموزش، کشاورزی و مسکن) و در نهایت عوامل کلان (اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، و شرایط محیطی) تقسیم کرده است [۹]. در کشور ما انتظارات از هر وزارت خانه و سازمان در حیطه‌های زیر برای استقرار برنامه چهارم توسعه انجام شد اما به مرحله عمل نرسید [۱۰]. درآمد فردی، امنیت شغلی، اشتغال، تقویت مهارت‌ها و توانمندسازی و مشارکت، تحصیل (از لحاظ مکان، مهارت‌های ارتباطی، مسائل سایکو سوشیال ...)، اقشار آسیب‌پذیر و گروه‌های آسیب‌پذیر (زنان-مادران-جوانان، کودکان...)، حمایت اجتماعی، عدالت اجتماعی و عدالت در سلامت نقش هر یک از بخش‌ها بر سلامت در منابع متعدد نشان داده شده است به عنوان مثال می‌توان موارد زیر عنوان کرد [۷]:

- محیط زیست: در مقیاس جهانی، اثرات آلودگی هوا، گازهای گلخانه‌ای و آلودگی آب‌های بین‌الملل به صورت بیماری‌های تنفسی، چشم، قلب و عروق، پوست و ... ظاهر می‌شود. هنوز بیش از ۱/۵ میلیارد نفر از مردم جهان به سبب دسترسی نداشتن به نیروی برق (الکتریسیته) توان‌های سنگین به صورت اختلال سلامت یا حتی مرگ می‌دهند.

- مسکن: سازمان سلامت جهان در یکی از نشست‌های سال ۲۰۰۴ خویش ۱۴ بعد گوناگون مسکن را برای اثرگذاری بر سلامت ساکنان خانه مهم اعلام کرده است.

جدول ۱: توزیع تکالیف و انتظارات از سازمان‌ها برای محدود کردن مصرف دخانیات

سازمان‌ها	تکالیف یا انتظارات
رسانه و ارتباطات	اطلاع رسانی در رابطه با رابطه سیگار و سرطان (شوکه‌ای اطلاعاتی مانند گزارش‌های منتشر شده موسسات بزرگ) ممنوعیت کامل تبلیغات سیگار بویژه بطور غیر مستقیم (در فیلم‌ها، سیگار کشیدن افراد معروف)
تربیت بدنی	ممنوعیت پخش تصاویر تبلیغات سیگار در استودیوهای سایر اماکن عمومی ممنوعیت شرکت‌های دخانیاتی برای اسپنسر بودن تیم‌ها و مسابقات ورزشی
بازرگانی	افزایش قیمت سیگار از طریق افزایش مالیات، ارائه هشدارهای سلامتی و خطرات مصرف سیگار بر روی پاکت سیگار کنترل قاچاق سیگار، افزایش جریمه قاچاق سیگار و یکسان سازی قیمت‌های سیگار باقیمت‌های جهانی
تکامل کودکی	آموزش برای نصب هشداردهنده‌های دود سیگار در منزل و آموزش به والدین در مورد عوارض دود سیگار برای کودکان
آموزش	آموزش خطرات مصرف سیگار در مدارس، آموزش مهارت‌های زندگی به نوجوانان، آموزش خود در مانی برای ترک مصرف سیگار
کشاورزی	آموزش کشاورزان در مورد خطرات مصرف سیگار و جایگزینی کشت تنباکو با سایر محصولات
ترابری	نظارت بر اجرای قانون عدم مصرف سیگار در وسایل نقلیه عمومی
بحران	مدیریت استرس و حل مشکل در زمان بحران
امنیتی قضایی	نظارت بر اجرای قوانین محدود کننده مصرف سیگار و کنترل قاچاق سیگار با اجرای دقیق قوانین و افزایش جریمه قاچاقچیان
مسکن و شهر سازی	نصب هشدار دهنده‌ای دود سیگار در منازل
سیاست گذاری و نظارت	اتخاذ سیاست‌هایی برای تغییر هنجارهای اجتماعی در زمینه مصرف سیگار (محدودیت در استعمال سیگار در اماکن عمومی) سیاست‌های افزایش دهنده قیمت سیگار، ممنوع کننده تبلیغات سیگار و محدود کننده مصرف سیگار در اماکن عمومی
صنعت و معدن	سیاست‌های کنترل کشت تنباکو و سیاست‌های کنترل قاچاق سیگار جایگزینی صنایع تولید کننده سیگار با صنایع جایگزین
خدمات اجتماعی	اطلاع رسانی و تبلیغات منفی بر علیه سیگار، درمان برای ترک سیگار، کلینیک‌های ترک سیگار و آموزش خود درمانی
خدمات سلامت	اطلاع رسانی و تبلیغات منفی بر علیه سیگار، ایجاد کلینیک‌های ترک سیگار، درمان جایگزین با نیکوتین یا بوپروپیون و آموزش خوددرمانی برای ترک سیگار

۲. نقش و مسئولیت هر بخش در همکاری

۳. سهم کمی هر بخش در همکاری

۴. و پیش نیازها یا الزامات همکاری

برای تعیین هدف و پیامد همکاری «ارتقای عادلانه شاخص های سلامت مردم به مفهوم جامع آن یعنی تامین سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی» در نظر گرفته شد. تعیین نقش و سهم نیز به شرح زیر انجام شد: الف) تعیین نقش دستگاه ها و سازمان های دولتی در سلامت مردم: در مجموع چهار مسیر اثر گذاری بخش ها بر سلامت مردم توسط خبرگان عضو کمیته راهبری شناسایی شد:

۱. اثر بر سلامت مصرف کنندگان محصولات و خدمات بخش

۲. اثر بر سلامت کارکنان بخش

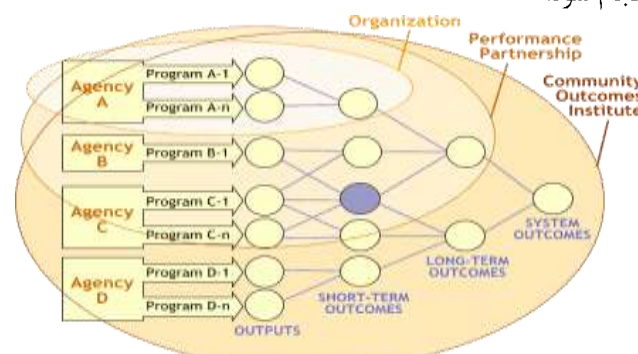
۳. اثر محصولات و خدمات بخش بر محیط زیست

۴. همکاری در کاهش عوامل خطر بیماری های شایع (برنامه های فعال، استقرار پیوست سلامت، مشارکت در برنامه ها)

با برگزاری جلسات بحث گروهی متمرکز به تعداد وزارت خانه های موجود در زمان مطالعه و سازمان های عضو شورای عالی، نقش هر دستگاه در سلامت مردم در هر چهار مسیر فوق استخراج شد. سپس کلیدی ترین وظایف هر وزارت خانه و یا سازمان در چند عبارت خلاصه شده و جدول پیش نویس نقش دستگاه ها برای نظرخواهی آماده شد. طی دو مرحله این وظایف توسط اعضای کمیسیون دائمی شورای عالی و همچنین کمیسیون بهداشت و درمان امتیازدهی شد. در استخراج شرح وظایف قانونی به وبگاههای الکترونیک دستگاه ها رجوع شده و این احتمال می رفت که وظایف برخی دستگاه ها به روز نباشد، بنابراین در مصاحبه ای که با نمایندگان وزارت خانه های منتخب به عمل آمد وظایف مرور و تأیید آنها دریافت شد. معیارهای انتخاب اعضای خبره سلامت همگانی برای عضویت در کمیته راهبری با معیارهایی از قبیل سابقه درخشان در استقرار سیاست های وزارت خانه، تجربه کار عملی در زمینه عوامل اجتماعی موثر بر سلامت و همکاری بین بخشی، تجربه کار در زمینه عوامل خطر بیماری و رشته تحصیلی مرتبط با حداقل مدرک MPH بوده است. در مجموع برای تعیین نقش از بررسی مستندات قانونی، نظرات خبرگان بر اساس روش بحث گروهی متمرکز و مصاحبه ساختارمند با اعضای کمیسیون دائمی شورای عالی سلامت و امنیت غذایی استفاده شده است.

ب) برای تعیین سهم دستگاه ها و سازمان های دولتی در سلامت مردم ابتدا پرسشنامه تعیین سهم کمی توسط اعضای کمیسیون بهداشت و درمان و همزمان هر عضو کمیسیون دائمی شورای عالی

- امنیت: برای حفظ سلامتی، اهمیت بسیار زیادی دارد. اقدامات مجرمانه سبب مرگ، آسیب و بیماری می شود. پلیس به طور معمول با افرادی سر و کار دارد که نیاز های آنان در حوزه سلامت جدی است. در منابع علمی نقش بخش ها در کاهش عوامل خطر هم نشان داده شده است به عنوان نمونه در ارتباط با کاهش مصرف دخانیات جدول شماره دو توزیع تکالیف و انتظارات از سازمان ها برای محدود کردن مصرف دخانیات را نشان می دهد [۱۱]. مطابق قانون برنامه چهارم و پنجم توسعه اقتصادی اجتماعی کشور شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور متشکل از وزارت خانه ها و سازمان های موثر بر سلامت به عنوان بالاترین مرجع تصمیم گیری در حوزه همکاری های بین بخشی سلامت استقرار یافته است [۱۲]. تعیین سهم و نقش هر دستگاه در ارتقای سلامت مردم، همکاری بین بخشی را بیش از پیش نهادینه کرده و رویکرد مولفه های اجتماعی سلامت را از نظریه به عمل تبدیل می کند. مطالعه حاضر با مرور مستندات قانونی، نظرات ذینفعان بین بخشی و خبرگان سلامت همگانی سهم و نقش دستگاه های عضو شورای عالی سلامت و امنیت غذایی را مشخص میکند تا تقسیم کار ملی برای ارتقای شاخص های سلامت به درستی انجام شود.



نمودار ۱: الگوی هم افزایی دستاوردهای سازمان های جامعه برای حل یک معضل

مواد و روش کار

این مطالعه توصیفی بوده و به روش کیفی انجام شده است. با تحلیل ذینفعان کمیسیون دائمی شورای عالی سلامت و امنیت غذایی علاوه شش خبره سلامت همگانی به عنوان کمیته راهبری انتخاب شدند. الگویی اولیه بر اساس اصول همکاری بین بخشی (حاصل بررسی متون و تجربیات نمونه در سایر کشورها) در بخش سلامت ترسیم شد و به تأیید کمیته راهبری رسید (نمودار شماره ۲). این الگو چهار جزء و به عبارت دیگر ۴ مجهول به شرح زیر داشت:

۱. پیامدها (عوامل خطر رفتاری و محیطی) و اهداف نهایی همکاری

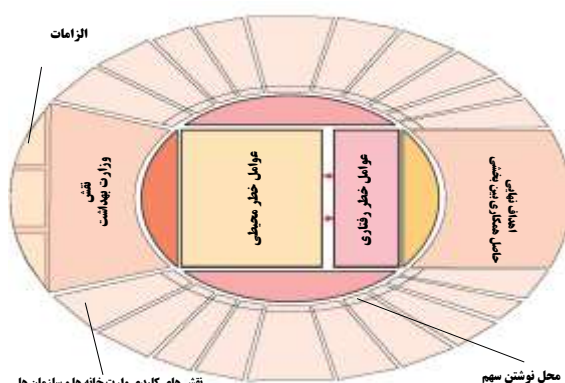
عامل خطر قرار گرفت و وزن عوامل خطر توسط خبرگان تعیین شد سپس این ماتریس «سهم دستگاه - عوامل خطر وزن داده شده» توسط خبرگان امتیازدهی شد و ۵ دستگاه اول در هر عامل خطر مشخص شد. در گروه خبرگان سلامت همگانی منتخب این طرح، اهداف این مرحله توضیح داده شد و مستندات زیر برای مطالعه و مرور در اختیار آنان قرار گرفت:

۱. جدول نقش دستگاه ها در کاهش عوامل خطر [۱۲]

۲. جدول نقش های کلیدی وزارت خانه ها و سازمان های دولتی در سلامت

۳. راهنمای کلید واژه های عوامل خطر

در مجموع برای تعیین سهم از روش نظرخواهی اعضای مطلع شامل اعضای کمیسیون دائمی شورای عالی سلامت و امنیت غذایی اعضای کمیسیون بهداشت و درمان مجلس و جمعی از خبرگان سلامت همگانی استفاده شد.



نمودار ۲: الگوی همکاری بین بخشی برای سلامت

سلامت و امنیت غذایی تکمیل شد و جمع بندی این سهم ها برای تأیید نهایی به اعضای کمیسیون دائمی ارایه شد. برای افزایش اعتبار داده های به دست آمده از پرسشنامه ها مراحل زیر در هر دو نظرخواهی طی شده است: (۱) یکسان کردن برداشت از مفهوم سلامت: به این منظور در یکی از جلسات کمیسیون دائمی شورای عالی و همچنین کمیسیون بهداشت و درمان مجلس به ترتیب مراحل زیر طی شده است: سخنرانی به مدت ۳۰ دقیقه در مورد تعریف سلامت و مفاهیم مرتبط و مروری بر الگوهای مفهومی اثرات بخش ها بر سلامت، پاسخ به سوالات حاضرین به مدت ۱۵ دقیقه، ضرورت انجام طرح و نحوه تکمیل پرسشنامه توضیحات لازم داده شد.

(۲) تعاریف و مفاهیم پایه سلامت به صورت جزوه ای در اختیار آنان قرار گرفت.

(۳) جزوه مروری بر شواهد؛ اثرات محیط زیست، انرژی، مسکن، تفریحات، تربیت بدنی، رسانه، امنیت، معنویت، کشاورزی، بازرگانی، صنعت، آموزش، بحران، حمایت اجتماعی، ترابری و اشتغال بر سلامت قبل از سخنرانی در اختیار آنان قرار گرفت.

با توجه به اینکه در این روش سهم دستگاه ها و رتبه آنها به طور کلی و با توجه به نقش های کلیدی تعیین شده بود که در جای خود ارزش دارد و نشان دهنده نگرش ها و باورهای اعضا دو کمیسیون مربوطه است؛ اما برای تحلیل دقیق تر نیاز بود که با توجه به عوامل خطر شایع کشور و نقش های تحلیل شده، سهم دستگاه ها مشخص شود. بر اساس مطالعه بار بیماری ها [۱۱] عوامل خطر اولویت دار شامل تغذیه نامناسب، کم تحرکی، دخانیات و الکل، حوادث ترافیکی، حوادث غیر ترافیکی، اعتیاد، مصرف آب ناسالم، آلودگی هو، روابط جنسی غیر ایمن، سلامت مادر و کودک، بیماری های شغلی، استرس ارگونومیک، آلودگی درون خانه انتخاب شد و ابعاد روانی، اجتماعی و معنوی نیز در ماتریس دستگاه -

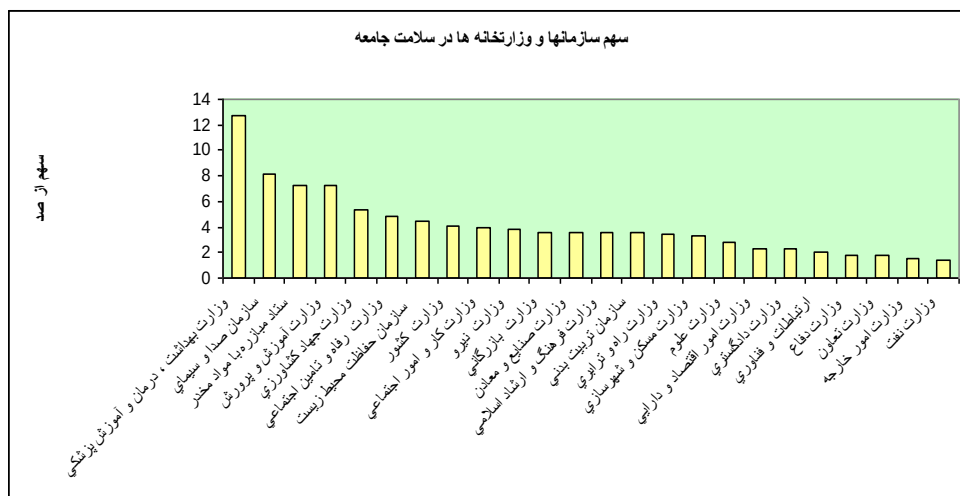
یافته‌ها

بر اساس مرور مستندات قانونی وظایف کلیدی هر دستگاه در جدول شماره دو آمده است.

جدول ۲: وظایف کلیدی وزارت خانه های کشور و سازمان های عضو شورای عالی سلامت و امنیت غذایی در ارتباط به ارتقای سلامت

واحد	وظایف کلیدی مندرج در مستندات قانونی
۱ وزارت بهداشت	تربیت نیروی انسانی ، تحقیقات علوم پزشکی و بهداشتی ، درمان بیماری ها ، ارتقای سلامت و پیشگیری
۲ وزارت آموزش و پرورش	آموزش های عمومی ، سواد آموزی ، پرورش فکری کودک و نوجوان ، تربیت دبیر و معلم ، نوسازی مدارس
۳ وزارت جهاد کشاورزی	بهداشت و مدیریت بیماری های دام ، طیور ، شیلات و گیاهان ، توسعه عمران روستایی و عشایر ، سلامت جنگل ، مراتع و آبخیزداری ، امنیت غذا (به ویژه تولید کافی و کاهش ضایعات و بهبود کیفی تولید محصولات و فرآورده ها) ، بهداشت کشتارگاه ها ، نظارت بر مصرف سموم و مواد شیمیایی و توسعه صنایع تبدیلی
۴ وزارت بازرگانی	سلامت چرخه نگهداری، توزیع و مصرف کالا به ویژه کالاهای اساسی ، واردات محصولات سالم ، قاچاق مواد مضر
۵ وزارت صنایع و معادن	تولید کالا و مواد سالم ، آلودگی های محیط ناشی از تولید کالا ، شرکت دخانیات ، موسسه استاندارد و تحقیقات صنعتی ایران
۶ وزارت رفاه و تامین اجتماعی	خدمات رفاه و تامین اجتماعی ، حمایت و توانبخشی از خانواده های بی سرپرست ، خود سرپرست ، ایتم ، کودک خیابانی و بد سرپرست ، دختران و زنان پناهجو و آسیب دیده ، ارائه حمایت و توانبخشی افراد در معرض آسیب های اجتماعی ، پیشگیری از آسیبهای اجتماعی ، تدارک امکانات پیشگیری و توان بخشی حرفه ای و اجتماعی معلولین جسمی و روانی و تجدید تربیت منحرفین اجتماعی و حمایت و نگهداری از کودکان و اطفال بی سرپرست و معلولین و سالمندان
۷ وزارت کشور	تامین آزادیهای سیاسی و اجتماعی در چارچوب قانون اساسی ، در دست داشتن ابزارهای مشارکت عمومی مردم (نظارت بر شهرداری ها ، توانمندسازی سازمان های مردم نهاد حامی سلامت، شوراهای اسلامی شهر و روستا) ، نظارت بر عملکرد استانداران فرمانداران و بخشداران ، مدیریت حوادث غیرمترقبه ، تامین امنیت به عنوان ضابط قضایی (مواد مخدر، قاچاق، منکرات و فساد، یسگیری از وقوع جرم ، دستگیری متهمین و مجرمین و جلوگیری از فرار و اختفای آنها)
۸ وزارت دادگستری	زندان ها ، تعزیرات حکومتی ، رسیدگی سریع و عادلانه به تخلفات بهداشتی
۹ وزارت نیرو	سلامت آب و دسترسی به آب بهداشتی سالم و دائمی ، دسترسی عادلانه به برق و گاز ، صیانت از منابع آب و انرژی و انتقال آن به نسل های آینده و سیاست های انرژی های نو
۱۰ وزارت راه و ترابری	ایمنی حمل و نقل عمومی ، ایمنی راه ها ، توسعه دسترسی به تسهیلات سلامتی ، سلامت رانندگان و مسافران
۱۱ وزارت امور خارجه	دیپلماسی سلامت (کاهش اثر تحریم ها ، ...) ، سلامت اتباع خارجی و مهاجرین و قوانین حفاظتی مرتبط
۱۲ وزارت امور اقتصاد و دارایی	نظارت بر دریافت و توزیع عادلانه مالیات ، همکاری و سرمایه گذاری های مشترک با کشورهای خارجی و نقش ان در اشتغال و درآمد سرانه ، سیاست های بیمه ای ، بانک ها ، نظارت گمرک
۱۳ وزارت مسکن و شهرسازی	تامین مسکن ایمن و در دسترس ، تسهیلات شهری برای ارتقای سلامت ، تعیین محل شهرها و مراکز جمعیت آینده ، هدایت و کنترل شهرنشینی ، اعتلای هنر معماری ایران و توسعه فرهنگ و ارزشهای اسلامی در معماری و شهرسازی ، نوسازی و بازسازی محلات و ساماندهی بافت های قدیمی شهرها و حاشیه آنها با رویکرد توانمند سازی ساکنین این بافتها.
۱۴ وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی	محصولات فرهنگی(کتاب، نشریات و سمعی و بصری) موثر بر رفتارهای پرخطر سلامتی ، سیاست های توسعه نظام مند تفریحات مردم ، تاثیر گردشگری و توریسم در نشاط ، موسیقی و هنر ، استفاده از فرصت اماکن فرهنگی در ارتقای سلامت، سلامت مراکز بین راهی ، سیاست های خبرگزاری ها در حمایت طلبی برای سلامت ، سلامت زائران ، سیاست های اوقاف و خیریه برای ارتقای سلامت ، ترویج اصول سلامت معنوی برپایه معارف و آموزهای قرآن، پیامبر اعظم و اهل بیت (ع) ، باورهای فرهنگی موثر در سلامت و روحیه خودباوری ، ابتکار ، امیدواری و نشاط فردی و اجتماعی ، ارتقای سرمایه اجتماعی
۱۵ وزارت کار و امور اجتماعی	ایجاد شغل و کاهش بیکاری ، محیط کار سالم (کاهش حوادث شغلی و استفاده از فرصت محل کار برای ارتقای سلامت ، فرصت دسترسی به سندیکا های صنفی و کارفرمایی ، اشتغال زنان
۱۶ ارتباطات و فناوری	دولت الکترونیک و کاهش هزینه های خانوار و مسافرت های بی مورد درون و برون شهری ، استفاده از فرصت های این وزارت در ارتقای عادلانه سلامت
۱۷ وزارت علوم	سلامت دانشگاهیان و دانشجویان ، توسعه دوره های کاربردی و مهارت آموزی تخصصی
۱۸ وزارت دفاع	دفاع از کشور در شرایط خاص ، سلامت قوه نظامی ، سلامت در دوره سربازی
۱۹ وزارت نفت	سلامت کارکنان ، ایمنی
۲۰ وزارت تعاون	توسعه تعاون و مشارکت مردم به ویژه در روستاها
۲۱ وزارت اطلاعات	تامین امنیت گروه های مختلف جامعه به ویژه حملات تروریستی ، تعامل صحیح در شورای عالی امنیت کشور
۲۲ سازمان صدا و سیما	تولید و پخش برنامه های تلویزیونی و رادیویی در سه حیطه اطلاع رسانی ، تغییر رفتار و حمایتی طلبی برای رفتارهای پرخطر سلامتی و بیماری ها و تغییرات سیاست های عمومی
۲۳ سازمان حفاظت محیط زیست	حفاظت از محیط زیست و تضمین بهره‌مندی درست و مستمر از محیط زیست و همسو با توسعه پایدار.حفاظت از تنوع زیستی کشور و پیشگیری و ممانعت از تخریب محیط زیست
۲۴ سازمان تربیت بدنی	توسعه تسهیلات و امکانات ورزشی ، سیاست های ورزش همگانی ، ورزش قهرمانی
۲۵ ستاد مبارزه با مواد مخدر	پیشگیری از اعتیاد و مبارزه با قاچاق موادمخدر از هر قبیل، اعم از تولید، توزیع، فروش و استعمال آنها و تمرکز کلیه عملیات اجرایی، قضایی و برنامه های پیشگیری و آموزش عمومی و تبلیغ علیه موادمخدر

نمودار ۳: سهم سازمان ها و وزارت خانه ها در سلامت جامعه از منظر اعضای کمیسیون دائمی شورای عالی سلامت و امنیت غذایی



بر اساس این وظایف و با توجه به تعریف سلامت و در بر گرفتن هر چهار بعد آن اعضای کمیسیون دائمی شورای عالی سلامت و امنیت غذایی معتقدند بیش از ۵۰٪ سهم سلامت مربوط به وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی (حدود ۱۳٪)، سازمان صدا و سیما (حدود ۸٪)، وزارت آموزش و پرورش و ستاد مبارزه با مواد مخدر (حدود ۱۴٪)، وزارت جهاد کشاورزی (۶٪)، وزارت رفاه و تامین اجتماعی (۵/۵٪)، سازمان حفاظت از محیط زیست (۵٪) و وزارت کشور (۴/۶٪) است.

خطر شایع بیماری در کشور از نظر خبرگان به ترتیب متعلق به دستگاه های زیر است: سازمان صدا و سیما، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وزارت آموزش و پرورش، وزارت کشور، وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی، وزارت رفاه و تامین اجتماعی، وزارت کار و امور اجتماعی، وزارت دادگستری، وزارت صنایع و معادن، وزارت مسکن و شهرسازی

از نظر اعضای کمیسیون بهداشت و درمان مجلس نیز بیش از پنجاه درصد سهم سلامت متعلق به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۷٪)، وزارت رفاه و تامین اجتماعی (۹٪)، آموزش و پرورش (۷٪)، صدا و سیما و تربیت بدنی (هر کدام ۵٪)، جهاد کشاورزی (۴/۵٪) و ستاد مبارزه با مواد مخدر و وزارت راه و ترابری (هر کدام ۴٪) است. بیش از ۵۰٪ سهم سلامت در ارتباط با عوامل

جدول ۳: توزیع ۵ دستگاه دارای بالاترین سهم در بهبود وضعیت هر عامل خطر یا حفاظتی

شماره	عوامل خطر	۵ دستگاه دارای بالاترین سهم در بهبود وضعیت (به ترتیب از بیشتر به کمتر)
۱	تغذیه نامناسب	وزارت جهاد کشاورزی و وزارت بازرگانی، وزارت بهداشت و سازمان صدا و سیما، وزارت آموزش و پرورش
۲	کم تحرکی	سازمان تربیت بدنی، وزارت آموزش و پرورش، سازمان صدا و سیما، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی
۳	دخانیت و الکل	وزارت آموزش و پرورش، وزارت کشور، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی، سازمان تربیت بدنی
۴	حوادث ترافیکی	وزارت کشور و وزارت راه و ترابری، وزارت دادگستری، سازمان صدا و سیما، وزارت صنایع، وزارت آموزش و پرورش و وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
۵	حوادث غیرترافیکی	وزارت آموزش و پرورش و وزارت کشور، وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی و سازمان صدا و سیما، وزارت بهداشت، وزارت مسکن و شهرسازی
۶	اعتیاد	وزارت کشور و سازمان صدا و سیما، وزارت آموزش و پرورش و وزارت دادگستری، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و وزارت رفاه و تامین اجتماعی
۷	مصرف آب ناسالم	وزارت نیرو و سازمان محیط زیست، وزارت کشور و وزارت جهاد کشاورزی، وزارت بهداشت، وزارت آموزش و پرورش و وزارت امور اقتصادی و دارایی
۸	آلودگی هوا	سازمان محیط زیست، وزارت صنایع و معادن، وزارت کشور، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
۹	روابط جنسی غیر ایمن	وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، سازمان صدا و سیما، وزارت آموزش و پرورش، وزارت کار، وزارت آموزش و پرورش، سازمان صدا و سیما
۱۰	سلامت مادر و کودک	وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و وزارت رفاه و تامین اجتماعی، وزارت کار و وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و وزارت صنایع و وزارت جهاد کشاورزی
۱۱	بیماری های شغلی	وزارت رفاه و تامین اجتماعی، وزارت کار و وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و وزارت صنایع و وزارت جهاد کشاورزی
۱۲	استرس ارگونومیک	وزارت صنایع، وزارت بازرگانی، وزارت کار، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
۱۳	آلودگی درون خانه	وزارت مسکن و شهرسازی، سازمان صدا و سیما و وزارت صنایع، وزارت نیرو و محیط زیست، وزارت تعاون و وزارت جهاد کشاورزی
۱۴	سلامت روان	وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و وزارت کشور، وزارت آموزش و پرورش، وزارت رفاه و تامین اجتماعی، سازمان صدا و سیما، وزارت اطلاعات
۱۵	سلامت اجتماعی	سازمان صدا و سیما، وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی، وزارت کشور، وزارت آموزش و پرورش و وزارت کار
۱۶	سلامت معنوی	وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی، وزارت آموزش و پرورش، وزارت کشور، سازمان محیط زیست، وزارت علوم و تحقیقات و فناوری، وزارت ارتباطات

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به ابعاد چهارگانه سلامت و همسویی نظرات اعضای کمیسیون بهداشت و درمان مجلس و اعضای کمیسیون دائمی شورای عالی سلامت و امنیت غذایی سهم وزارت بهداشت بین ۱۳ تا ۱۷٪ تعیین شده است. به غیر از وزارت بهداشت هفت دستگاه دیگر بیش از ۵۰٪ سهم سلامت را در کشور بر عهده دارد که شامل وزارت رفاه و تامین اجتماعی، سازمان صدا و سیما، وزارت آموزش و پرورش، ستاد مبارزه با مواد مخدر، وزارت جهاد کشاورزی، سازمان حفاظت از محیط زیست و وزارت کشور هستند، در منابع منتشر شده از نظر تفویک سهم مراقبت‌های پزشکی نیز حدود ۲۰٪ تخمین زده شده است و سهم ژنتیک، زیست‌شناسی و رفتارهای بهداشتی مجموعاً ۲۵٪ و بقیه مربوط به عوامل اجتماعی، محیطی و بوم‌شناسی [۱۳].

تائید نقش و سهم تعیین شده برای هر دستگاه توسط عضو کمیسیون دائمی شورای عالی نشان‌دهنده تمایل دستگاه‌ها برای همکاری بین بخشی و قبول مسئولیت است و این فرصتی را برای وزارت بهداشت فراهم می‌کند تا با تقسیم کار مناسب بین دستگاه‌ها از عوامل خطر بیماری در سال‌های آتی بکاهد و عوامل حفاظتی را افزایش دهد. با اینکه به ندرت شواهد منتشر شده تحقیقاتی از تاثیر همکاری بین بخشی سازمان‌های ملی بر شاخص‌های عدالت در سلامت وجود دارد و اغلب شواهد به اثر همکاری بین بخشی در مشکلات خاص (مانند بهبود وضعیت واکسیناسیون) اختصاص دارد اما نباید تاثیرات سیاست‌ها و همکاری‌های کلان را در کاهش نابرابری‌ها سلامت نادیده گرفت به خصوص که مطالعه این اثرات در سطح کلان دشواری‌های روش‌شناسی دارد [۱۴].

موانع متعددی برای شکل‌گیری همکاری بین بخشی و استقرار مفاهیم عدالت در سلامت و مولفه‌های اجتماعی سلامت شناسایی شده است، از جمله می‌توان به محدودیت‌های ساختاری، فرهنگی، فرایندی و فنی در سطوح ملی و محلی اشاره کرد. در این میان مقدماتی‌ترین مانع برای شکل‌گیری همکاری بین بخشی مشخص نبودن انتظارات و تکالیف طرفین است [۱۵]. ایجاد نظامی پاسخگو در برابر این تکالیف یکی از توصیه‌های محققان برای بازطراحی حاکمیت در استقرار مولفه‌ای اجتماعی سلامت است، حمایت رهبران جامعه و تعیین فوکل پوینت برای شکل‌گیری این تفکر در سطح ملی، درگیر کردن سایر بخش‌های کلیدی، تغییر جریان منابع مالی برای افزایش سرمایه‌گذاری در پیشگیری، برقراری ارزشیابی و پایش عملکرد، توانمندسازی کارکنان همه سطوح و ترجمه این رویکرد در سطح استانی و شهرستان از

توصیه‌های دیگر است [۱۶]. فعالیت‌های سلامت محور دستگاه‌ها را می‌توان در دو دسته کلی «تکالیف» و «انتظارات» تقسیم کرد منظور از «تکالیف» همان وظایف ذاتی و قانونی دستگاه است که می‌تواند با کیفیت بهتر و سلامت محور انجام شود و مستلزم استقرار استانداردهای سلامت، مشاوره با متخصصان سلامت همگانی و به کارگیری ابزاری همچون پیوست سلامت است ولی «انتظارات» اقدامات کمکی و مشارکتی دستگاه برای ارتقای سلامت است. به عنوان مثال وزارت ارتباطات و فناوری اطلاعات اگر به مردم آموزش بدهد که چگونه از گوشی همراه استفاده بکنید به «تکلیف» عمل کرده و چنانکه امکان ارسال پیامک‌های بهداشتی به عموم مردم را فراهم آورد به «انتظار» وزارت بهداشت و متخصصان سلامت همگانی عمل کرده است. در سال‌های ابتدایی بهتر است بر پروژه‌های نفوذی سرمایه‌گذاری شود به عبارت دیگر برای ایجاد انگیزه همکاری بین بخشی تکلیف و انتظاری مورد تفاهم قرار گیرد که زود بازده باشد [۱۷]. در این مطالعه فرصت نظرخواهی و مصاحبه با نمایندگان تام‌الاختیار سایر دستگاه‌های غیر عضو در شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور ایجاد نشد و باید به عنوان محدودیت مطالعه در نظر گرفت. همچنین در این مطالعه تکالیف و انتظارات سلامت محور قوه مقننه، قوه قضائیه، سازمان‌های دولتی (به غیر از اعضای شورای عالی) و نهادهای زیر نظر مقام معظم رهبری بررسی نشد و مطالعه‌ای دیگر باید این نقض را ببوشاند. به دلیل تغییرات و اتفاقات کلان (اقتصادی، سیاسی، اجتماعی، فن‌آوری، زیست محیطی و بین‌المللی) سهم دستگاه‌ها و تاثیر عملکرد آنها در سلامت به مرور زمان تغییر می‌کند. به عنوان نمونه می‌توان از اعمال تحریم‌های بین‌المللی بر کشور ایران و استقرار قانون هدفمند کردن یارانه‌ها اشاره کرد. لازم است برای ملحوظ کردن این عوامل مطالعه در مقاطع مشخص و ترجیحاً منطبق با برنامه‌های پنج‌ساله توسعه کشور تکرار شود. به رغم اینکه تعیین سهم کمی به نهادینه سازی رویکرد سلامت محوری دستگاه‌ها کمک می‌کند اینکار چالش‌هایی نیز دارد، از جمله اینکه ممکن است میزان سهم تعیین شده توسط دستگاه مقبول نشود و دستگاه‌های که سهم کمتری دارند موضوع سلامت مردم را در اولویت آخر خود قرار دهند، برای رفع این چالش بهتر است از مصادیق عینی تکلیف یا انتظار به جای عبارت «سهم کمی» استفاده شود و رتبه‌بندی دستگاه‌ها بر اساس عملکردشان انجام شود. برای کاربست نتایج این مطالعه لازم است فعالیت‌های سلامت محور دستگاه در دو دسته «تکالیف» و «انتظار» تقسیم شده و در قالب

نیازمند همکاری، پایش مستمر و صبر است، تغییرات اجتماعی از جمله تغییر در شاخص های سلامت مردم نیازمند همکاری دولت ها با یک دیگر است و اساسا اقدامات موثر و مبتنی بر شواهدی که برای ارتقای سلامت مردم در یک دولت شروع می شود باید توسط دولت بعدی مورد حمایت و توجه قرار گیرد تا مداخلات از نظر پوشش به اندازه کافی توان تغییر شاخص های سلامت را داشته باشد، در نظر داشتن این حقیقت برای استمرار سهم و نقش دستگاه های ملی اهمیت زیادی دارد و لازم است تداوم اقدامات سلامت محور توسط دستگاه ها در مرجعی بالاتر تضمین شود.

تشکر و قدردانی

از کلیه همکارانی که در این مطالعه مشارکت داشته و کمک نموده اند قدردانی می نمائیم به ویژه، مهندس محمد صادق مفتاح (وزارت بازرگانی)، محمد سروش بیگدلی (وزارت دادگستری)، مهناز تسلیمی (وزارت آموزش و پرورش)، دکتر اسفندیار جلیل زاده (وزارت نیرو)، آسیه قاسمی (وزارت امور اقتصادی و دارایی)، مهندس قانع (وزارت نیرو)، دکتر علیرضا بهفر (سازمان صدا و سیما)، دکتر سیدموسی طباطبایی لطفی (کمیته امداد امام خمینی)، دکتر حمید رضا سفاری (رفاه و تأمین اجتماعی)، مهندس ابوبی (وزارت صنایع و معادن)، مهندس علیرضا پور بصیر (وزارت جهاد کشاورزی)، دکتر محمد جوادی پور (سازمان تربیت بدنی)، دکتر حمید پور اصغری، آقای مجید فراهانی (معاونت راهبردی نهاد ریاست جمهوری)، خانم مهرآ محسنی و آقای مهندس دانش (سازمان حفاظت از محیط زیست)، وزارت کشور (نسرین گودرزی).

تفاهم نامه بین بخشی سه جانبه بین نهاد ریاست جمهوری (ناظر)، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دستگاه همکار منعقد شود. دوره زمانی این تفاهم نامه ها بهتر است برای ۵ سال (منطبق با برنامه های توسعه کشور) تنظیم شده و در مقاطع سالانه عملکرد دستگاه ها ارزشیابی شده و توسط دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی به شورای عالی گزارش شود، رتبه بندی سلامت محوری دستگاه ها در مقاطع ۵ ساله راهبردی موثر برای نهادینه سازی سلامت محور سازمان ها خواهد بود. اتخاذ راهبرد «انعقاد تفاهم نامه» برای همکاری بین بخشی توسط وزارت بهداشت رویکردی فعالانه محسوب شده و ضمانت اجرایی بیشتری نسبت به رویکرد فعلی دارد. در حال حاضر واحدهای مختلف وزارت بهداشت در صورت نیاز به همکاری، درخواست خود را برای دریافت مصوبه به شورای عالی ارسال می کنند. در راهبرد انعقاد تفاهم نامه هر دو طرف می بایست وضعیت موجود خود را تحلیل کرده و برای انجام کار مشترک آمادگی لازم از نظر منابع انسانی، مالی و اطلاعاتی را پیدا کنند [۱۷]. ضمانت اجرایی این تفاهم نامه وجود رابط یا تیم رابطان سلامت در دستگاه های همکار است که به صورت فصلی مفاد تفاهم نامه را پایش می کنند. تامین منابع مالی تفاهم نامه ها همواره مورد چالش بوده است و به صورتهای مختلف از طریق منابع خود دستگاه، نهاد ریاست جمهوری و حتی کمک های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قابل تامین است. استفاده از توانایی خیرین در زمینه پروژه های مشخص سلامت محور اقدامی مفید خواهد بود. تجربه علم مدیریت در زمینه مدیریت تغییرات نشان می دهد که ایجاد تحول

منابع

1. Michael M. and Richard G. Wilkinson. Social Determinant of Health. Oxford University Press. 1999
2. Marandi A, Damari B, Zeinaloo A, Motlagh E, Shadpour K. Review of the thirty years experience of the Islamic Republic of Iran on Social Determinants of Health and Health Equity The future course: roles and orientations of the Islamic Consultative Assembly. Journal of Medical Council of Islamic Republic of Iran, 2012; 3: 306-313
3. Ståhl, T; M Wismar & E Ollila et al. (2006), written at Helsinki, Health in All Policies: Prospects and potes, Finnish Ministry of Social Affairs and Health, ISBN 9520019642, www.euro.who.int/document/e89260.pdf
4. Kickbusch and et al. Implementing Health in All Policies: Adelaide 2010. Department of Health, Government of South Australia, www.who.int/sdhconference/.../implementinghiapadel-sahealth-100622
5. Jack B. Homer, Gary B. Hirsch. System Dynamics Modeling for Public Health: Background and Opportunities. American Journal of Public Health 2006; 96: 452-58
6. Mental Health. Annual report of WHO. 2001. www.who.int/mental_health/media/en/249.pdf
7. Damari, B, Zeinaloo AA, and Mahram M. A path to healthy development of province. 1st Edition, Teb & Society Publication: Tehran, 2006
8. Mikkonen, J., & Raphael, D. (2010). Social Determinants of Health: The Canadian Facts. Toronto: York University School of Health Policy and Management. The publication is available at <http://www.thecanadianfacts.org/>
9. Dahlgren, G. and Whitehead, M. (1991). Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Stockholm: Institute for Futures Studies
10. http://sdh.behdasht.gov.ir/uploads/331_1654_SDH%20Strategic%20planning.pdf
11. Anonymous (2011). 4th 5 years economical, social and cultural national development plan of I.R. Iran Article 84. Available from: http://www.dadkhahi.net/law/hoghoogh/h_edari_estekhdami/ghanoon_barbameh_4.htm
12. Dean T. Jamison and et al (2006). Disease Control Priorities in Developing Countries .SECOND EDITION. www.dcp2.org/pubs/DCP
13. Tarlov, A.R., Public Policy Frameworks for Improving Population Health. Annals of the New York Academy of Sciences, 1999. 896 (Socioeconomic Status & Health in Industrial Nations: Social, Psychological, & Biological Pathways) p. 281-93
14. National Collaborating Centre for Determinants of Health. (2012). Assessing the impact and effectiveness of intersectoral action on the social determinants of health and health equity: An expedited systematic review. ccdh.ca/images/uploads/ISA_Report_EN1.pdf
15. Consultation on Implementing Action on Social Determinants of Health to Reduce Health Inequities: The Contribution of Collaborative Work Between Sectors, held on Wasan Island, Ontario, Canada from 20-24 September, 2010 www.who.int/sdhconference/resources/eng_Wasan_Meeting_Report.pdf
16. Restructuring Government to Address Social Determinants of Health Report from the Healthier America California Convening. Prevention Institute on behalf of Trust for America's Health. 2008 . www.eatbettermovemore.org/.../HealthierAmerica_051608_000.pdf
17. Bell B et al . Intersectoral Action for Health: A Cornerstone for Health-for-All in the Twenty-First Century. WHO. 1997 whqlibdoc.who.int/hq/1997/WHO_PPE_PAC_97.6.pdf

ABSTRACT

Role and share of Iranian governmental organizations in public's health

Bezad Damari^{1*}

1. Health National Institute for Health Research, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Payesh 2015; 5: 511-521

Accepted for publication: 16 March 2015

[EPub ahead of print-5 October 2015]

Objective (s): Intersectoral cooperation and community participation are two key strategies to establish justice in health. According to the Iranian 4th Development Plan, the Supreme Council of Health and Food Security of Iran was established in order to promote health through organized intersectoral cooperation. This study aimed to specify the role that related organizations share.

Methods: This was a descriptive qualitative study. In order to reveal the role of organizations, legal documents, expert opinions (based on focus group discussion method), and structured interview with members of permanent commission of the Supreme Council of Health and Food Security were carried out. To identify the contribution share, the voting of key informant method including members of the Parliament's Health Commission and some public health specialists was obtained. Eventually, agreement rate of organizations with identified contributions was designated through interviewing members of the permanent commission of Supreme Council of Health and Food Security.

Results: The analysis indicated the following shares as it related to Iranians' health: Ministry of Health 13% -17%; Ministry of Welfare and Social Security, Islamic Republic of Iran Broadcasting, Ministry of Education, Ministry of Agriculture, The Home Ministry, Department of Environmental of Islamic Republic of Iran all together more than 50%.

Conclusion: The findings suggest that Ministry of Health is not the only organization that is responsible for health. Indeed other organizations as indicated should take responsibility for people's health in Iran.

Key Words: Intersectoral cooperation, health contribution of the organization, social health components

* Corresponding author: Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
Tel: 88991107
E-mail: bdamari@gmail.com