

سهم و نقش دستگاه های ملی در ارتقای سلامت مردم ایران

*^۱ بهزاد دماری

۱. دیارتمان 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 متتمرکز) 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 همسوی نظرات اعضای کمیسیون بهداشت و درمان مجلس و اعضای کمیسیون دائمی شورای عالی سلامت و امنیت غذایی سهم وزارت بهداشت بین ۱۲٪ تا ۱۷٪ تعیین شده است. به غیر از وزارت بهداشت هفت دستگاه بیش از ۵۰٪ سهم سلامت را در کشور بر عهده دارد و 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. تائید 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، دیارتمان مولفه های اجتماعی سلامت، موسسه ملی تحقیقات سلامت

تلفن: ۸۸۹۹۱۱۰۷

E-mail: bdamari@gmail.com

مقدمه

کرده است. در دهه ۱۹۷۰ بیانیه آلمان آتا بر مراقبت‌های اولیه سلامت برای همه تا سال ۲۰۰۰ تاکید کرد و در دهه ۱۹۸۰ منتشر 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 تاکیدی مجدد بر ارتقای سلامت از طریق همکاری بین بخشی بود، وبالاخره اتحادیه اروپا در سال ۲۰۰۶ رویکرد «سلامت در تمام سیاست‌ها» را تائید و تاکید کرده است. این روند با تجمعیع تجربیات هم روبرو بوده است به طوری که رویکرد قبلی و منفعل مشارکت مقطوعی 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 افزایی ناشی از تاثیر 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 مقاعده به هماهنگی عملیات کنند^[۵]. در نمودار شماره یک برای بهبود وضعیت ساختار 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. نهادی‌های 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 ۲۰۰۵ 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

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 گسترش و با کیفیت این خدمات، بهبود شاخص‌های سلامتی در طبقات مختلف جامعه را به دنبال خواهد داشت^[۱]. بعد از پیروزی انقلاب اسلامی پیشرفت‌های چشم‌گیری در شاخص‌های سلامت مادران و کودکان رخ داد که بخش عمده‌ای از آن مرhon تلاش دسته جمعی دست اندکاران حوزه سلامت و سیاست گذاران و قانون گذاران 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 موقفيت‌هایی 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 گنجاندن شاخص‌های سلامت جوامع در کنار سایر شاخص‌های توسعه میسر خواهد بود چراکه از این طریق می‌توان نبض خستگی یا سرزنشگی جامعه را پایش کرده و سیاست گذار 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» پردازنند 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

- 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 مراجعت 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.

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

سازمان‌ها	تکالیف یا انتظارات
اطلاع رسانی در رابطه با رایطه گزارش‌های اطلاعاتی مانند گزارش‌های منتشر شده موسسات بزرگ	اطلاع رسانی در رابطه با رایطه گزارش‌های اطلاعاتی مانند گزارش‌های منتشر شده موسسات بزرگ
رسانه و ارتباطات	ممنوعیت کامل تبلیغات سیگار بپوشید بطور غیر مستقیم (در فیلمها سیگار کشیدن افراد معروف)
تربیت بدنی	ممنوعیت پخش تصاویر تبلیغات سیگار در استودیوهای سایر اماکن عمومی
بازرگانی	ممنوعیت شرکتهای دخانیاتی برای اسپلائر بدون تمیها و مسابقات ورزشی افزایش قیمت سیگار از طریق افزایش مالیات، ارائه هشدارهای سلامتی و خطوات مصرف سیگار بر روی پاکت سیگار
تکامل کودکی	کنترل قاچاق سیگار، افزایش جریمه قاچاق سیگار و یکسان سازی قیمت‌ها
آموزش	سیگار باقیمانه‌ای جهانی آموزش برای نصب هشدارهای دود سیگار در منزل و آموزش به والدین در مورد عوارض دود سیگار برای کودکان
کشاورزی	آموزش خطرات مصرف سیگار در مدارس، آموزش مهارت‌های زندگی به نوجوانان، آموزش خود در مانی برای ترک مصرف سیگار
تراپری	آموزش کشاورزان در مورد خطرات مصرف سیگار و جایگزینی کشت تنباکو با سایر محصولات
بحران	نظرات بر اجرای قانون عدم مصرف سیگار در وسائل نقلیه عمومی مدیریت استرس و حل مشکل در زمان بحران
امنیتی قضائی	نظرات 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 دهنده ای دود سیگار در مازل اتخاذ سیاست‌هایی برای تعییر هنگارهای اجتماعی در زمینه مصرف سیگار (محدودیت در استعمال سیگار در اماکن عمومی)
سیاست گذاری و نظارت	سیاست‌های افزایش دهنده قیمت سیگار، منع کننده تبلیغات سیگار و محدود کننده مصرف سیگار در اماکن عمومی
صنعت و معدن	سیاست‌هایی 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 اموزش خود درمانی
خدمات سلامت	اطلاع رسانی و تبلیغات منفی بر علیه سیگار، ایجاد کلینیکهای ترک سیگار، درمان جایگزین با نیکوتین با پوپروپیون و آموزش خود درمانی برای ترک سیگار

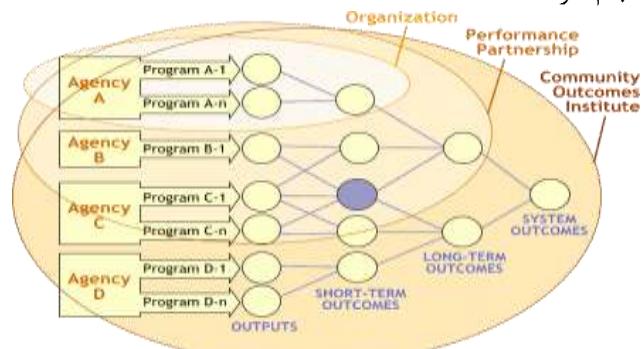
[۷] کارگروه‌های تکامل دوران کودکی، آموزش عمومی و عالی، کار، مسکن، تغذیه و تربیت بدنی، سلامت معنوی، محیط زیست و انرژی، کشاورزی، خدمات سلامت، حمایت اجتماعی، ترابری و ایمنی، بحران، تجارت، رسانه و ارتباطات، امنیت، نشاط و سلامت روان، حکمرانی استانی و مشارکت مردم، در کاتادا نه بر اساس سازمان‌ها بلکه بر اساس مولفه‌های اجتماعی سلامت تحلیل وضعیت و تقسیم کار صورت گرفته است به عبارت دیگر مطابق الگوی سیندیمیک 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 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 توانمند سازی و مشارکت، تحصیل (از لحظه 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 دستری نداشتن به نیروی برق (الکتریسیته) توانانهای 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 اثرباری بر سلامت ساکنان خانه مهم اعلام کرده است.

۲. نقش و مسئولیت هر بخش در همکاری
 ۳. سهم کمی هر بخش در همکاری
 ۴. پیش نیازها یا الزامات همکاری
- برای تعیین هدف و پیامد همکاری «ارتقای عادلانه شاخص‌های 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 دستگاه‌ها و سازمان‌های دولتی در سلامت مردم؛ در مجموع چهار مسیر اثرگذاری بخش‌ها 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 بیماری‌های شایع (برنامه‌های فعال، استقرار پیوست سلامت، مشارکت در برنامه‌ها) با برگزاری جلسات بحث گروهی متمرکز به تعداد وزارت خانه‌های موجود در زمان مطالعه و سازمان‌های 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 پیش‌نویس نقش دستگاه‌ها 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 ویگاههای الکترونیک دستگاه‌ها رجوع شده و این احتمال می‌رفت که وظایف برخی دستگاه‌ها به روز نباشد، بنابراین در مصاحبه‌ای که با نمایندگان وزارت خانه‌های منتخب به عمل آمد وظایف مرور و تائید آنها دریافت شد. معیارهای انتخاب اعضای خبره سلامت همگانی برای عضویت در کمیته راهبری با معیارهایی از قبیل سابقه درخشناد در استقرار سیاست‌های 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 دستگاه‌ها و سازمان‌های 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 می‌شود. پلیس به طور معمول با افرادی سر و کار دارد که نیاز‌های آنان در حوزه سلامت جدی است. در منابع علمی نقش بخش‌ها 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 سازمان‌ها برای محدود کردن مصرف دخانیات را نشان میدهد [۱۱]. مطابق قانون برنامه چهارم و پنجم توسعه اقتصادی اجتماعی کشور شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور مشکل از وزارت خانه‌ها و سازمان‌های موثر بر سلامت به عنوان بالاترین مرجع تصمیم‌گیری در حوزه همکاری‌های 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 مولفه‌های اجتماعی سلامت را از تظریه به عمل تبدیل می‌کند. مطالعه حاضر با مرور مستندات قانونی، نظرات ذینفعان بین بخشی و خبرگان سلامت همگانی سهم و نقش دستگاه‌های عضو شورای عالی سلامت و امنیت غذایی را مشخص می‌کند تا تقسیم کار ملی برای ارتقای شاخص‌های سلامت به درستی انجام شود.



مواد و روش کار

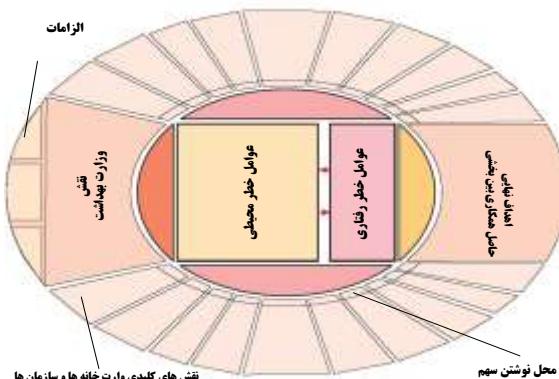
این مطالعه توصیفی بوده و به روش کیفی انجام شده است. با تحلیل ذینفعان کمیسیون دائمی شورای عالی سلامت و امنیت غذایی علاوه شش خبره سلامت همگانی به عنوان کمیته راهبری انتخاب شدند. الگوی اولیه بر اساس اصول همکاری بین بخشی (حاصل بررسی متون و تجربیات نمونه در سایر کشورها) در بخش سلامت ترسیم شد و به تائید کمیته راهبری رسید (نمودار شماره ۲). این الگو چهار جزء و به عبارت دیگر ۴ مجھول 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 های کلیدی وزارت خانه ها و سازمان های دولتی در سلامت
۲. جداول نقش های کلیدی وزارت خانه ها و سازمان های دولتی در سلامت

۳. راهنمای کلید و ازه های عوامل خطر
در مجموع برای تعیین سهم از روش نظرخواهی اعضای مطلع شامل اعضای کمیسیون دائمی شورای عالی سلامت و امنیت غذایی اعضا 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 تائید 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 جزو ای در اختیار آنان قرار گرفت.

۳) جزو 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 الكل، 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 -

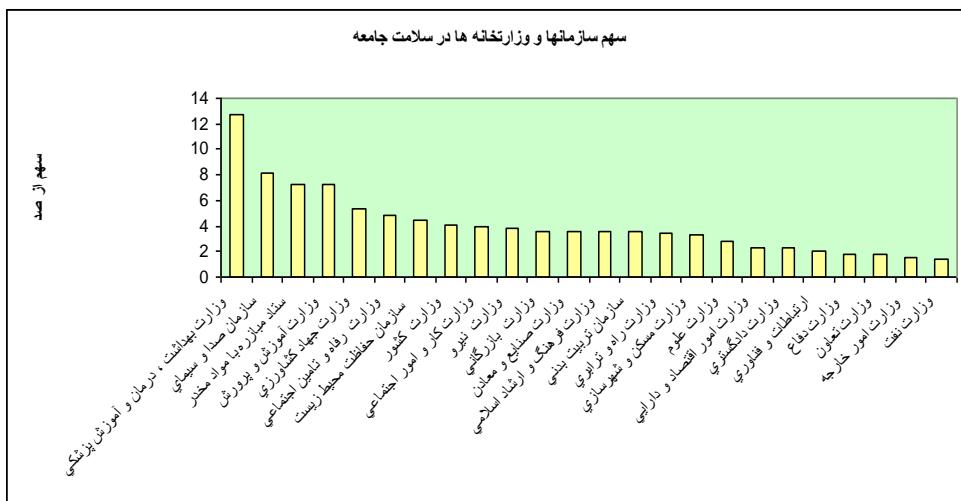
پافته‌ها

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

واحدها	وظایف کلیدی مندرج در مستندات قانونی
۱	وزارت بهداشت
۲	وزارت آموزش و پرورش
۳	وزارت جهاد کشاورزی
۴	وزارت بازرگانی
۵	وزارت صنایع و معادن
۶	وزارت رفاه و تامین اجتماعی
۷	وزارت کشور
۸	وزارت دادگستری
۹	وزارت نیرو
۱۰	وزارت راه و ترابری
۱۱	وزارت امور خارجه
۱۲	وزارت امور اقتصاد و دارایی
۱۳	وزارت مسکن و شهرسازی
۱۴	وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی
۱۵	وزارت کار و امور اجتماعی
۱۶	ارتباطات و فناوری
۱۷	وزارت علوم
۱۸	وزارت دفاع
۱۹	وزارت نفت
۲۰	وزارت تعاملون
۲۱	وزارت اطلاعات
۲۲	سازمان صدا و سیما
۲۳	سازمان حفاظت محيط زيست
۲۴	سازمان تربیت بدنی
۲۵	ستاد مبارزه با مواد مخد.

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



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 تأمین اجتماعی، وزارت کار و امور اجتماعی، وزارت دادگستری، وزارت صنایع و معادن، وزارت مسکن و شهرسازی

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 تأمین اجتماعی (۵٪)، سازمان حفاظت از محیط زیست (۵٪) و وزارت کشور (۴٪) است.

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 تأمین اجتماعی (۹٪)، آموزش و پرورش (۷٪)، صدا و سیما و تربیت بدنی (هر کدام ۵٪)، جهاد کشاورزی (۴٪) 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

ردیف	عنوان	دستگاه دارای بالاترین سهم در بهبود وضعیت (به ترتیب از بیشتر به کمتر)
۱	تعذیله 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 پزشکی، وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی
۳	دخانیات 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 آموزش و پرورش و وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
۵	اعتیاد	وزارت آموزش و پرورش و وزارت کشور، وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی و سازمان صدا و سیما، وزارت مسکن و شهرسازی
۶	صرف آب ناسالم	وزارت کشور و سازمان صدا و سیما، وزارت آموزش و پرورش و وزارت دادگستری، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و وزارت رفاه و تأمین اجتماعی
۷	آلودگی هوا	سازمان محیط زیست، وزارت صنایع و معادن، وزارت کشور، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
۸	روابط جنسی غیر ایمن	وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، سازمان صدا و سیما، وزارت آموزش و پرورش، وزارت کشور، وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی
۹	سالمت مادر و کودک	وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و وزارت رفاه و تأمین اجتماعی، وزارت کار، وزارت آموزش و پرورش، سازمان صدا و سیما
۱۰	بیماری های شعلی	وزارت رفاه و تأمین اجتماعی، وزارت کار و وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و وزارت صنایع و وزارت جهاد کشاورزی
۱۱	استرس ارگونومیک	وزارت صنایع، وزارت بازرگانی، وزارت کار، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
۱۲	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
۱۳	سالمت روان	وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و وزارت کشور، وزارت آموزش و پرورش، وزارت رفاه و تأمین اجتماعی، سازمان صدا و سیما، وزارت اطلاعات
۱۴	سالمت اجتماعی	سازمان صدا و سیما، وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی، وزارت کشور، وزارت آموزش و پرورش و وزارت کار
۱۵	سالمت 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

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 می‌توارد 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 سرمایه گذاری شود به عبارت دیگر برای ایجاد انگیزه همکاری بین بخشی تکلیف و انتظاراتی مورد تفاهem قرار گیرد که زود بازده باشد [۱۷]. در این مطالعه فرصت نظرخواهی و مصاحبه با نمایندگان تمام اختیار 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 برسی نشد و مطالعه ای دیگر باید این نقض را پوشاند. به دلیل تغییرات و اتفاقات کلان (اقتصادی، سیاسی، اجتماعی، فن‌آوری، زیست محیطی و بین المللی) سهم دستگاه‌ها و تاثیر عملکرد آنها در سلامت به مرور زمان تغییر می‌کند. به عنوان نمونه می‌توان از اعمال تحریم‌های بین المللی بر کشور ایران و استقرار قانون هدفمند کردن یارانه‌ها اشاره کرد. لازم است برای ملاحظه کردن این عوامل مطالعه در مقاطع مشخص و ترجیحاً منطبق با برنامه‌های پنج ساله 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 مصاديق عینی تکلیف یا انتظار به جای عبارت «سهم کمی» استفاده شود و رتبه بندی دستگاه‌ها بر اساس عملکرد شان انجام شود. برای کاربست نتایج این مطالعه لازم است فعالیت‌های سلامت محور دستگاه در دو دسته «تکلیف» و «انتظار» تقسیم شده و در قالب

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 تئوریک سهم مراقبت‌های پژوهشی 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]. تأیید نقش و سهم تعیین شده برای هر دستگاه توسط عضو کمیسیون دائمی شورای عالی نشانده‌هند تمايل 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 شکل گیری همکاری بین بخشی و استقرار مفاهیم عدالت در سلامت و مولفه‌های اجتماعی سلامت‌شناسایی شده است، از جمله می‌توان به محدودیت‌های ساختاری، فرهنگی، فرایندی و فنی در سطوح ملی و محلی اشاره کرد. در این میان مقدماتی ترین مانع برای شکل گیری 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 فوکال پوییت برای شکل گیری این تفکر در سطح ملی، درگیر کردن سایر بخش‌های کلیدی، تغییر جریان منابع مالی برای افزایش سرمایه گذاری در پیشگیری، برقراری ارزشیابی و پایش عملکرد، توانمندسازی کارکنان همه سطوح و ترجمه این رویکرد در سطح استانی و شهرستان از

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

تشکر و قدردانی

از کلیه همکارانی که در این مطالعه مشارکت داشته و کمک نموده اند قدردانی می‌نمایم به ویژه، مهندس محمد صادق مفتح (وزارت بازرگانی)، محمد سروش بیگدلی (وزارت دادگستری)، مهندس 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 (نسرين 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 نامه‌ها بهتر است برای ۵ سال (منطبق با برنامه‌های توسعه کشور) تنظیم شده و در مقاطع سالانه عملکرد دستگاه‌ها ارزشیابی شده و توسط دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی به شورای عالی گزارش شود، رتبه بندي سلامت محوری دستگاه‌ها در مقاطع ۵ ساله راهبردی موثر برای نهادینه سازی سلامت محور سازمان‌ها خواهد بود. اتخاذ راهبرد «انعقاد تفاهم نامه» برای همکاری بین بخشی توسط وزارت بهداشت 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 می‌کنند. در راهبرد انعقاد تفاهم نامه هر دو طرف می‌باشد 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 دستگاه‌های همکار است که به صورت فصلی مفاد تفاهم نامه را پایش می‌کنند. تامین منابع مالی تفاهم نامه‌ها همواره مورد چالش بوده است و به صورتهای مختلف از طریق منابع خود دستگاه، نهاد ریاست جمهوری و حتی کمک‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قابل تامین است. استفاده از توانایی خیرین در زمینه پروژه‌های مشخص سلامت محور اقدامی مفید خواهد بود. تجربه علم مدیریت در زمینه مدیریت تغییرات نشان می‌دهد 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 Iranon Social Determinants of Healthand 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(Socioeconoomic Status & Health in Industrial Nations: Social, PsychologIcal, & Biological PathwaysS) 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.eatbettermove.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 a head 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