Volume 22, Issue 2 (March- April 2023)

**PAYESH**

Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research

[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12 ]

[ DOR: 20.1001.1.16807626.1402.22.2.4.5 ]

[ DOI: 10.52547/payesh.22.2.161 ]

# Analysis of the implementation of comprehensive provincial health plan: A qualitative study

Seyed Masood Mousavi[1], Mohammad Hassan lotfi[2], Hossein Bozarjomehri[1], Sajjad Bahariniya[1*], Mohammd Ranjbar[1]

1. Health management and economics Health Policy and Management Research Center, School of Public Health, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran
2. Department of Biostatistics and Epidemiology, School of Public Health Social Determinants of Health Research Center School of Public Health, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

Received: 20 December 2022
Accepted for publication: 5 April 2023
[EPub a head of print-8 April 2023]
Payesh: 2023; 22(2): 161- 174

## Abstract

**Objective(s):** Document and comprehensive health plan was compiled with the focus of the province's Health and Food Security High Council and the participation of public institutions and organizations in a five-year period. Therefore, this study conducted based on systemic view to deal with the analysis and implementation of the document.

**Methods:** This qualitative study was conducted in 2022 with content analysis method in Yazd province, Iran. This study included the evaluation of the progress of the province's comprehensive health plan with the aim of identifying the province's health problems and solutions and providing suggested interventions for the next 5 years. Participants were selected purposefully using the snowball approach. The data was collected via semi -structured interviews. After conducting 25 interviews with managers and experts, the data saturation was achieved. The data was analyzed using qualitative MAXQDA12 Software.

**Results:** The content of the interviews was categorized into 8 main categories and 44 subcategories. The common problems of the province in the ten priorities as well as the proposed interventions for the better implementation of the compiled document were identified according to the role of each executive body.

**Conclusions:** Reforming the governance system is one of the key prerequisites for the implementation of the comprehensive provincial health plan of the Yazd Province, Iran. The implementation of the document requires the establishment of an expert team that is exclusively focused on the implementation of the document and with sufficient authority to monitor and evolution the performance.

**Key words**: Comprehensive health plan, good governance, Yazd province, Pathology

[*] Corresponding author: School of Public Health, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran
E-mail: sajjadbahari98@gmail.com

سال بیست و دوم، شماره دوم، فروردین ـ اردیبهشت ۱۴۰۲

پایش

نشریه پژوهشکده علوم بهداشتی جهاددانشگاهی

[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12 ]

[ DOR: 20.1001.1.16807626.1402.22.2.4.5 ]

[ DOI: 10.52547/payesh.22.2.161 ]

# آسیب شناسی و تحلیل اجرای سند جامع استانی سلامت: یک مطالعه به روش کیفی

**سید مسعود موسوی[۱]، محمد حسن لطفی[۲]، حسین بوذرجمهری[۱]، سجاد بهاری نیا[۱*]، محمد رنجبر[۱]**

۱. گروه علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، مرکز تحقیقات مدیریت و سیاست گذاری سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران

۲. مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۹/۲۹

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱/۱۶

[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۱۹ فروردین ۱۴۰۲]

نشریه پایش: ۱۷۴- ۱۶۱ :(۲)۲۲؛ ۱۴۰۲

## چکیده

**مقدمه**: سند جامع سلامت استان با محوریت کارگروه سلامت و امنیت غذایی استان و مشارکت دستگاه ها و نهادهای مشارکت مردمی در دورهٔ زمانیِ پنج ساله تدوین شده است. این مطالعه با یک نگاه سیستمی به بررسی آسیب‌شناسی و اجرای سند مذکور پرداخت.

**مواد و روش کار:** مطالعه حاضر یک مطالعه کیفی بود که به روش تحلیل محتوا در سال ۱۴۰۱ در استان یزد انجام گرفت. در این مطالعه، میزان پیشرفت سند جامع سلامت استان با هدف شناسایی مشکلات و راهکارهای سلامتی استان و ارائه مداخلات پیشنهادی برای ۵ سال آینده، ارزیابی شد. به منظور جمع آوری داده ها از مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته با ۲۵ نفر از مدیران و صاحب نظران بخش های مختلف استان تا مرحله اشباع داده ها استفاده گردید. تجزیه‌وتحلیل داده‌ها با نرم افزار MAXQDA 12 انجام شد.

**یافته ها:** پس از انجام تحلیل محتوا، محتوای مصاحبه ها در ۸ طبقه اصلی و ۴۴ زیر طبقه دسته بندی شد. همچنین مشکلات شایع استان در اولویت دهگانه شناسایی و مداخلات پیشنهادی برای اجرای بهتر سند به تفکیک هر یک از دستگاه‌های اجرایی تدوین شد.

**نتیجه گیری:** اصلاح نظام حکمرانی از پیش‌نیازهای کلیدی اجرای سند جامع سلامت استان یزد است و باید با تعهد و جدیت بیشتری نسبت به اصلاح ایرادات آن اقدام گردد. اجرای سند نیازمند استقرار یک تیم متخصص است که اختصاصاً روی اجرای سند تمرکز کرده باشد و با اختیارات کافی، پایش و نظارت بر عملکرد را در دستور کار قرار دهد.

**کلید واژه ها:** سند جامع سلامت، حکمرانی خوب، استان یزد، آسیب شناسی

**کد اخلاق:** IR.SSU.REC.1401.033

* نویسنده پاسخگو: یزد، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، مرکز تحقیقات مدیریت و سیاستگذاری سلامت، گروه مدیریت و اقتصاد سلامت

E-mail: sajjadbahari98@gmail.com

## مقدمه

سلامت آحاد جامعه همواره یکی از دغدغه‌های اصلی دولت‌ها بوده و علت آن تأثیر انکارناپذیر سطح سلامت افراد در امنیت و توسعه پایدار جامعه است [۱،۲]. ازآنجاکه مسئولیت تضمین رفاه جمعیت در حوزه عملکرد نظام سلامت بر عهده دولت مرکزی است؛ در اکثر کشورها وزارت بهداشت و درمان به‌عنوان یک‌نهاد دولتی، متولی نظام سلامت است و وظایف سیاست‌گذاری، نظارت بر نظام سلامت و تأمین مسیر استراتژیک مطابق با آن را بر عهده دارد [۳]. در همین راستا چالش‌های نظام‌های سلامت در تحقق اهداف سبب شده است که سازمان جهانی بهداشت رویکرد تقویت سیستم‌های سلامت را پیشنهاد دهد. این رویکرد دربردارنده راهبردها، پاسخ‌ها و فعالیت‌هایی به‌منظور توسعه پایدار نظام سلامت کشورهای مختلف می‌باشد [۴،۵].

با توجه به اهمیت برنامه پوشش همگانی سلامت و همچنین اهداف توسعه پایدار سلامت (SDG) و پاسخگویی هرچه بهتر سیاست‌گذاران سطح استان به برنامه‌ها و راهبردهای در دست طراحی برای دوران پسا کرونایی؛ آگاهی از وضعیت استان در شاخص‌های مربوطه با محوریت پوشش همگانی سلامت بسیار حائز اهمیت است [۶،۸]. چراکه تجارب کشورهای موفق در مدیریت کرونا نشان می‌دهد که رعایت اصول مراقبت اولیه سلامت با رویکرد پوشش همگانی یکی از کلیدهای موفقیت در کنترل هر چه‌بهتر مدیریت کرونا خواهد بود [۹]. در این راستا اقدامات مختلفی در کشور و دنیا در خصوص جمع‌آوری شاخص‌های سلامت انجام‌گرفته، اما این اقدامات باهدف تدوین شاخص‌ها با محوریت پوشش همگانی سلامت و توسعه پایدار سلامت محدود به سازمان جهانی بهداشت بوده که فهرست ۱۰۰ تایی از شاخص‌های محوری مربوطه را، ابتدا در سال ۲۰۱۵ [۱۰] و سپس در سال ۲۰۱۸ ارائه نموده است [۱۱]. این شاخص‌ها در ۴ حیطه جمعیتی و میزان مرگ‌ومیر، بیماری‌ها و عوامل خطر، پوشش خدمات سلامت و نیروی انسانی و ساختار نظام سلامت تقسیم‌بندی و اولویت‌بندی شده است [۶]. اهداف مندرج در سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران و بالطبع دانشگاه‌های علوم پزشکی، به‌عنوان متولیان سلامت در سال ۱۴۰۴، با اولویت به رویکردهای ارتقای سلامت، به بهره‌مندی مردم از مراقبت‌های کارای سلامت جسمی و روانی، توجه به‌سلامت اجتماعی و حرکت در مسیر سلامت معنوی اهتمام دارد [۷].

در این نظام، عدالت همه‌جانبه (در تأمین، توزیع منابع، تحقق سلامت و توجه به گروه های آسیب‌پذیر) با رعایت کامل اصول و اخلاق حرفه‌ای اصل نخست بوده و تمامی افراد بر اساس نیاز خود از مراقبت‌های سلامت بهره‌مند خواهند بود و بر اساس توان پرداخت، در تأمین مالی مشارکت خواهند داشت. این نظام خلاق بوده و با استفاده از شواهد معتبر مناسب‌ترین تصمیم‌ها را برای پاسخگویی به نیازهای واقعی سلامت مردم اتخاذ می‌کند و با مسئولیت‌پذیری و پاسخگویی، اعتماد کامل مردم را به خود جلب کرده است. تولیت این نظام به نحوی است که ضمن تأمین منابع پایدار برای سلامت، بهره‌مندی حداکثری از کلیه ظرفیت‌های انسانی، نمادها و سازمان‌ها را محقق کرده و به ارائه خدمات تا حد متعالی سامان داده است [۱۲].

تضمین سلامت، از جمله وظایف عمدهٔ دولت، شناخته‌شده و اصول ۲۹،۳ و ۴۳ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران نیز بر این موضوع، تأکید دارد. حفظ و ارتقای سلامت مسئولیتی فردی اجتماعی، سازمانی و حاکمیتی به شمار می‌آید؛ ولی چون مؤلفه‌های اجتماعی ـ اقتصادی بیشترین تأثیر را بر سلامت دارند، دولت به‌عنوان پاسدار قانون اساسی تولیت اصلی سلامت همگانی را بر عهده دارد [۱۳].

از سویی با توجه به اهمیت مؤلفه‌های مشارکت مردم و همکاری‌های بین بخشی در فرآیند سیاست‌گذاری سلامت و با توجه به تاریخچه سیاست‌گذاری‌های جهانی سلامت، می‌توان به پررنگ بودن این موضوع بیشتر پی برد چراکه موج اول مراقبت‌های اولیهٔ بهداشتی در سال ۱۹۷۸ میلادی در اعلامیهٔ آلماآتا، موج دوم در ارتقای سلامت و سیاست‌گذاری عمومی سلامت در سال ۱۹۸۸ میلادی و همچنین بهداشت برای همه تا سال ۲۰۰۰ میلادی، موج سوم یعنی سلامت در تمام سیاست‌ها در سال ۲۰۰۶ و موج چهارم پوشش همگانی و سلامت همه‌جانبه در سال ۲۰۱۸ـ۲۰۱۷ در آلماآتا، همگی دال بر ضرورت تمرکز بر این دو مؤلفه مهم در فرآیند سیاست‌گذاری سلامت است [۱۴،۱۵].

توجه به برنامه‌ریزی جامع در قرن جاری با توجه به عدم قطعیت و پیش‌بینی آینده محتمل، آمادگی برای رویارویی با آن‌ها در سیاست‌گذاری‌های سلامت، نقش تعیین‌کننده‌ای دارد. سلامت یک مسئلهٔ کلیدی در سیاست‌گذاری‌های کشورهای توسعه‌یافته قلمداد می‌شود که نباید از آن‌ها غافل شد [۱۶،۱۷] همگام با پیشرفت‌های جهانی و توسعهٔ همه‌جانبه در تمام ابعاد علوم بشری و رقابت تنگاتنگ کشورهای پیشرفته و درحال‌توسعه و استان‌های مختلف



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12 ]
[ DOR: 20.1001.1.16807626.1402.22.2.4.5 ]
[ DOI: 10.52547/payesh.22.2.161 ]

کشور برای ارتقای سهم خود در تمدن نوین جهانی و دستیابی به اهداف توسعهٔ پایدار، روزبه‌روز ضرورت داشتن برنامه‌ای جامع برای پیشرفت شاخص‌های سلامت احساس می‌شود [۱۸]. بر اساس مادهٔ «یک» نظام‌نامهٔ استانی «مدیریت سلامت همه‌جانبه»، برنامهٔ جامع سلامت استان سندی راهبردی در چهار بعد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی است که با محوریت کارگروه سلامت و امنیت غذایی استان و مشارکت دستگاه‌ها و نهاده‌ای مشارکت مردمی در دورهٔ زمانیِ پنج‌ساله تدوین‌شده و دربردارندهٔ تحلیل وضعیت سلامت، دورنما و اهداف راهبردی پنج‌ساله، مداخلات، الزامات ارتقای سلامت و تکالیف مشارکت‌کنندگان است. این برنامه به‌عنوان مجموعه‌ای جامع، هماهنگ، پویا و یک سند بالادستی در جغرافیای استانی است که باهدف ارتقای عادلانهٔ شاخص‌های سلامت توسط همهٔ دستگاه‌ها و مشارکت مردم زیر نظر شورای برنامه‌ریزی و توسعهٔ استان تدوین، تصویب و اجرا می‌گردد [۱۸].

در این میان نقش دستگاه‌های اجرایی، مردم، دانشگاهیان، کارکنان دولت، دانش‌آموزان و فرهنگیان، علما و دست‌اندرکارانِ باتجربه در علوم برنامه‌ریزی، سیاست‌گذاری و تصمیم‌سازی‌های کلان اجتماعی و سلامتی پررنگ‌تر می‌باشد.

با توجه به گذشت حدود ۵ سال از ابلاغ این سند و ضرورت بازنگری در نسخه به‌روز شده آن، توصیف دقیقی از وضعیت موجود به‌دست‌آمد و بر اساس قابلیت‌ها و چالش‌های موجود، راهبردها و اقدامات عملی ارتقاء سلامت در استان یزد به‌صورت کاملاً منسجم و سیستمی در چارچوب یک سند به‌روز شده با قابلیت اجرایی بالاتر تدوین گردید.

## مواد و روش کار

مطالعه حاضر یک مطالعه کیفی بود که در سال ۱۴۰۱ با هدف آسیب‌شناسی سند ۵ ساله جامع سلامت استان یزد که در سال ۱۳۹۷ مصوب و ابلاغ‌شده است، انجام‌شد. در این مطالعه از روش تحلیل محتوا بهره گرفته شد. تحلیل محتوای کیفی شیوه مناسبی برای به دست آوردن نتایج معتبر و پایا از داده های متنی به‌منظور ایجاد دانش، ایده های جدید، ارائه حقایق و راهنمای عملی برای توصیف عملکرد است. اجرای گام کیفی مطالعه حاضر در دو مرحله انجام شد: در مرحله اول جهت شناسایی قابلیت‌ها و چالش‌های سند جامع سلامت استان یزد از مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته با خبرگان استفاده شد و در مرحله دوم مطالعه کیفی به‌منظور تعدیل نتایج حاصل از تجزیه‌وتحلیل مصاحبه‌های انفرادی و اعتباریابی استراتژی‌های پیشنهادی ارائه‌شده از روش گروه کانونی متمرکز استفاده شد.

معیارهای ورود به مطالعه شامل شاغل بودن در سیستم شبکه بهداشت، تمایل به شرکت در مطالعه و سابقه مدیریت اجرایی و کار کارشناسی در نظام سلامت استان، توانایی و علاقه به بیان تجارب شخصی و سیستمی در باب موضوع و داشتن حداقل سابقه کاری ۲ سال بود. معیارهای خروج شامل عدم تمایل افراد جهت ادامه همکاری در مطالعه به دلایل مختلف، عدم دسترسی به فرد موردنظر پس از ۳ بار پیگیری و عدم رضایت به ضبط یا شرکت در بحث گروهی بود.

مشارکت کنندگان آن دسته از صاحب‌نظران و متخصصان درگیر در ارتقاء سلامت مردم شهر یزد بودند که از مشکلات و چالش‌های عمده پیش روی حوزه سلامت استان یزد، آسیب‌های ناشی از مشکلات حوزه سلامت و نقش ذی‌نفعان در توسعه و پیشبرد اهداف حوزه سلامت در استان یزد آگاه بودند؛ مدیران واحدهای مختلف دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی یزد (شامل ستاد دانشگاه علوم پزشکی یزد، دبیرخانه شورای سلامت و امنیت غذایی، شبکه‌های بهداشتی درمانی استان)، مدیران بیمه سلامت استان یزد، مدیران واحدهای بین بخشی از قبیل سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی، استانداردی و شهرداری.

در مطالعه حاضر، نمونه ها به روش گلوله برفی انتخاب شدند. نمونه گیری بر اساس معیارهای ورود به مطالعه تا رسیدن داده‌ها به اشباع ادامه یافت [۱۹]. نمونه های مطالعه افرادی بودند که پدیده مورد مطالعه را تجربه کرده یا دیدگاه‌های خاصی درباره آن داشتند. سؤالات مصاحبه در قالب ۹ سؤال باز طراحی گردید. به طور مثال سؤالات به این صورت طراحی گردید که مدیران ارشد برای اجرای سند مذکور با چه چالش‌ها، نقاط قوت و موانعی رو به رو بودند. در ادامه سؤالات مصاحبه اهداف هفت‌گانه طراحی‌شده در سند از منظر مدیران و متصدیان اجرایی مورد واکاوی قرار گرفت (به عنوان مثال: به نظر شما به منظور کاهش میزان مرگ و میر و ابتلای بیماری های شایع در سطح استان یزد چه اقداماتی بایستی انجام شود؟ پیشنهاد شما به منظور پیشگیری و کاهش آسیب های اجتماعی استان یزد چیست؟ به نظر شما به منظور افزایش آگاهی و توانمندسازی مردم استان در عرصه سلامت بایستی چه اقداماتی صورت پذیرد؟ به نظر شما به منظور بهبود وضعیت دسترسی به



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12 ]
[ DOR: 20.1001.1.16807626.1402.22.2.4.5 ]
[ DOI: 10.52547/payesh.22.2.161 ]

خدمات سلامت با کیفیت و عادلانه چه اقداماتی بایستی انجام شود؟). مصاحبه نیمه ساختاریافته به‌صورت رودررو یا تلفنی با مشارکت‌کنندگان در محیطی آرام و بدون حضور دیگران، صورت پذیرفت. زمان انجام مصاحبه بر اساس توافق مشارکت‌کنندگان در مطالعه بود. در این پژوهش قبل یا در ابتدای هر مصاحبه، اهداف مطالعه و کلیات آن و حفظ محرمانگی، برای مشارکت‌کنندگان توضیح داده شد و رضایت آنان جهت شرکت در مطالعه جلب گردید. برای جلوگیری از مشکلات احتمالی، مباحث جلسات مصاحبه از طریق دستگاه الکترونیکی ضبط گردید. هم‌زمان با انجام مصاحبه از گفته‌های مهم مصاحبه‌شوندگان نیز، توسط مصاحبه‌کننده یادداشت‌برداری گردید. بلافاصله در همان روز عمل پیاده‌سازی مطالب ضبط‌شده، انجام شد. مطالب یادداشت شده و همچنین موضوعات کلیدی مهم استخراج‌شده از هر مصاحبه، به‌طور خلاصه در یک فرم مخصوص، ثبت گردید. در این فرم علاوه بر مشخصات اولیه، جایگاه اجرایی مصاحبه‌شونده، تاریخ و ساعت مصاحبه، و سایر اطلاعات ضروری نیز درج شد. بعد از پیاده‌سازی مصاحبه‌ها، تجزیه‌وتحلیل داده‌ها در نرم‌افزار MAXQDA نسخه ۱۲ انجام شد. به‌منظور اولویت‌بندی مشکلات شایع بخش سلامت استان، ده جلسه مشترک با اعضاء اندیشگاه سلامت استان و خانه مشارکت مردم (۲۵ نفر) انجام گرفت، در این جلسات با استفاده از تکنیک بارش افکار، اولویت ده‌گانه سلامت استان تعیین گردید. نمونه‌های پژوهش در این مرحله به‌صورت هدفمند از بین اعضایی که ابلاغ رئیس اندیشگاه سلامت استان را داشتند و همچنین اعضاء کارگروه خانه مشارکت مردم، انتخاب شدند. اولویت بندی بدین صورت انجام گرفت که ابتدا، مشکلات شایع سلامت استان طی جلسات مختلف بارش افکار شناسایی شدند، سپس با رویکرد توافق جمعی (بر اساس نظرسنجی از اعضاء حاضر در جلسه بحث گروهی) مشکلات شناسایی شده اولویت بندی شدند.

در مرحله بعد مداخلات حاصل شده از مصاحبه ها و همچنین نتایج جلسات مختلف (جدول شماره ۴) به صورت یک چک لیست محقق ساخته طراحی گردید. در نهایت به منظور تعیین مداخلات لازم برای اصلاح استراتژی ها از اهداف ۷ گانه تعیین شده در سند در ۳ نوع مداخله ترویجی-سبک زندگی، اجتماعی-محیطی و نظام سلامت استفاده شد.

در مرحله اول بلافاصله پس از پایان هر مصاحبه، فایل صوتی آن پیاده شد. هنگام خواندن و بازخوانی مصاحبه ایده‌ها، تداعی‌ها، معانی و مفاهیمی که به ذهن محقق می‌رسید، در یک دفترچه جداگانه یادداشت شد تا بعدها از آن استفاده گردد. سپس جهت تشخیص طبقات اصلی و زیرطبقات و تطبیق آن با هر یک از نقل‌قول‌های مطرح‌شده از هر مصاحبه؛ برچسب‌ها و نشانه‌های خاصی را در همان دفترچه یادداشت مرحله اول، نوشته شد. در مرحله سوم (فهرست کردن و خوشه‌بندی طبقات و تم‌ها)، تجزیه‌وتحلیل داده‌ها و طبقات استخراج‌شده در مرحله قبل و برقراری ارتباط معنایی بین آن‌ها در قالب کدها، طبقات اصلی و زیر طبقات آن‌ها انجام شد. در مرحله آخر خلاصه مفاهیم برای هر یک از مشارکت‌کنندگان تهیه شد. صحت و استحکام یافته‌های مطالعه حاضر در ۴ محور مقبولیت، همسانی، تاییدپذیری و انتقال‌پذیری مورد توجه قرار گرفت. مقبولیت داده‌ها با استفاده از حداکثر تنوع نمونه‌ها از نظر سابقه کار، تخصص و زاویه دید، محل خدمت و رشته تحصیلی و اخذ نظرات مشارکت کنندگان در خصوص تعدادی از متون کدگذاری شده تائید شد. برای رعایت تائیدپذیری، مراحل انجام پژوهش و چگونگی داده‌های به‌دست‌آمده به‌دقت ثبت شدند. همچنین کدهای استخراج‌شده از هر مصاحبه را فرد مشارکت‌کننده تائید کرد. به‌منظور ارزیابی محور انتقال‌پذیری یافته‌های پژوهش از ۳ متخصص مدیریت و سیاست‌گذاری سلامت که در این مطالعه مشارکت نداشتند، استفاده شد.

## یافته‌ها

در کل ۲۵ مصاحبه انجام‌شد. مصاحبه‌شوندگان اعضای هیئت‌علمی، مدیر و رئیس بیمارستان، مدیر اجرایی بخش بهداشت و درمان و افراد باسابقه بودند. ۲۳ نفر آن‌ها مرد و ۲ نفر زن بودند. سایر ویژگی‌های توصیفی مصاحبه‌شوندگان در جدول ۱ گزارش‌شده است. پس از تحلیل مصاحبه‌ها، ۴۴ زیرطبقه در راستای آسیب‌شناسی اجرای برنامه جامع سلامت استان یزد استخراج و در ۸ طبقه اصلی دسته بندی‌شد (جدول شماره ۲).

اولویت‌های حاصل از بحث و تبادل‌نظر اعضاء خانه مشارکت مردم در سلامت، و سازمان‌های مردم‌نهاد به‌عنوان نمایندگان مردم با توجه به وضعیت موجود سلامت استان احصاء گردید (جدول شماره ۳).

با توجه به مصاحبه‌های انجام‌شده فهرستی از اقدامات متناظر برای اجرای بهتر سند در دوره آتی به تفکیک اهداف راهبردی مندرج در سند، نوع مداخله و متولیان استانی ذکر شد (جدول شماره ۴).



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12 ]
[ DOR: 20.1001.1.16807626.1402.22.2.4.5 ]
[ DOI: 10.52547/payesh.22.2.161 ]

**جدول ۱: ویژگی‌های جمعیت‌شناسی مصاحبه‌شوندگان**

| جنسیت | سن | سطح تحصیلات | رشته تحصیلی | پست سازمانی | سابقه کار | مدت زمان انجام مصاحبه |
|---|---|---|---|---|---|---|
| مرد | ۶۵ | دکتری حرفه‌ای | پزشک | مدیر | ۳۹ | ۵۰ دقیقه |
| مرد | ۴۴ | دکتری حرفه‌ای | پزشک | مدیر | ۱۴ | ۴۰ دقیقه |
| مرد | ۳۸ | دکتری تخصصی | مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی | هیئت علمی | ۱۵ | ۶۰ دقیقه |
| مرد | ۳۶ | کارشناسی ارشد | آموزش پزشکی | مدیر | ۱۵ | ۳۰ دقیقه |
| مرد | ۴۴ | دکتری حرفه‌ای | پزشک | رئیس بیمارستان | ۱۲ | ۴۵ دقیقه |
| مرد | ۴۶ | دکتری حرفه‌ای | پزشک | مدیر | ۱۷ | ۵۰ دقیقه |
| مرد | ۴۵ | دکتری حرفه‌ای | پزشک | مدیر | ۲۰ | ۳۰ دقیقه |
| مرد | ۴۳ | دکتری حرفه‌ای | پزشک | مدیر | ۱۴ | ۴۰ دقیقه |
| مرد | ۵۲ | کارشناسی ارشد | مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی | مدیر | ۲۵ | ۵۰ دقیقه |
| زن | ۵۰ | دکتری حرفه‌ای | پزشک | مدیر | ۲۲ | ۴۵ دقیقه |
| مرد | ۵۴ | دکتری تخصصی | مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی | مدیر | ۲۷ | ۸۰ دقیقه |
| مرد | ۴۵ | کارشناسی ارشد | علوم آزمایشگاهی | مدیر | ۱۵ | ۳۰ دقیقه |
| مرد | ۴۹ | دکتری حرفه‌ای | پزشک | مدیر | ۲۰ | ۵۰ دقیقه |
| مرد | ۵۹ | دکتری حرفه‌ای | پزشک | مدیر | ۳۱ | ۲۵ دقیقه |
| مرد | ۳۷ | کارشناسی ارشد | مهندسی پزشکی | مدیر | ۱۵ | ۴۰ دقیقه |
| مرد | ۳۹ | دکتری حرفه‌ای | پزشک | مدیر | ۱۴ | ۵۰ دقیقه |
| مرد | ۴۰ | دکتری تخصصی | معاونت بهداشتی | هیئت علمی | ۱۲ | ۴۵ دقیقه |
| مرد | ۴۳ | دکتری حرفه‌ای | پزشک | مدیر | ۱۱ | ۵۰ دقیقه |
| زن | ۴۳ | دکتری حرفه‌ای | پزشک | مدیر | ۱۴ | ۳۰ دقیقه |
| مرد | ۴۴ | دکتری حرفه‌ای | پزشک | مدیر | ۱۵ | ۳۰ دقیقه |
| مرد | ۴۵ | دکتری حرفه‌ای | پزشک | مدیر | ۱۴ | ۶۰ دقیقه |
| مرد | ۳۶ | دکتری تخصصی | آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت | هیئت علمی | ۲ | ۵۰ دقیقه |
| مرد | ۳۷ | دکتری تخصصی | آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت | هیئت علمی | ۸ | ۴۰ دقیقه |
| مرد | ۴۵ | دکتری حرفه‌ای | پزشک | مدیر | ۱۵ | ۶۰ دقیقه |
| مرد | ۵۸ | دکتری حرفه‌ای | پزشک | رئیس بیمارستان | ۳۰ | ۳۰ دقیقه |



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12 ]

[ DOR: 20.1001.1.16807626.1402.22.2.4.5 ]

[ DOI: 10.52547/payesh.22.2.161 ]

**جدول ۲: طبقات اصلی و زیرطبقات استخراج شده از مصاحبه ها**

| طبقات اصلی | زیر طبقات | تعداد کدهای استخراج شده |
|---|---|---|
| **چالش‌های عمومی سندنویسی در کشور** | سندروم سندنویسی که منجر به تولید اسناد زیاد و نیمه‌کاره می‌گردد<br>عدم پرداخت عمیق و جامع به مسائل و توجه سطحی به آن‌ها در اسناد<br>وجود ضعف عمومی کشور در ایجاد خروجی‌ها و عملیاتی کردن اسناد | ۶ کد |
| **نقاط قوت متن سند برنامه جامع سلامت استان یزد** | رعایت متدولوژی مناسب در تدوین سند<br>طی شدن کامل مراحل رسمی در تهیه سند<br>وجود پیش‌زمینه مطالعاتی<br>پوشش بالای انواع بیماری‌ها در سند<br>نیاز به توجه بیشتر به موضوع جوانی جمعیت در سند | ۶ کد |
| **نقاط ضعف متن سند برنامه جامع سلامت استان یزد** | نیاز به توجه بیشتر به بیماری‌های واگیر<br>نیاز به توجه به‌سلامت کارکنان<br>نیاز به توجه بیشتر به موضوع سلامت روان<br>در نظر نگرفتن نظام اطلاعاتی برای پایش و کنترل اجرای سند<br>عدم وجود الزام و ضمانت‌های اجرایی سند<br>عدم توجه به بحران‌های مالی در سند سلامت | ۱۲ کد |
| **ضعف‌های اجرای سند برنامه جامع سلامت استان یزد** | اجرایی نشدن سند و نبود قابلیت ارزیابی<br>هم‌زمان شدن ابلاغ آن با ابلاغ چند سند دیگر<br>هم‌زمان شدن ابلاغ و اجرای سند با وقوع بحران کرونا<br>عدم وجود حمایت، تعهد و اراده‌ی مدیریتی برای اجرای سند<br>توجیه نبودن مجریان سند درباره اجرای آن<br>عدم وجود نظارت و پایش عملکرد مجریان | ۱۳ کد |
| **چالش‌های پیش روی اجرای سند برنامه سلامت استان** | ضعف اساسی در تولیت گری و اتخاذ رویکرد حکمرانی خوب<br>عدم وجود سواد سلامت مدیران<br>وجود نگاه درمان‌محور در مدیران اجرایی<br>وجود مسئله‌ی تعارض منافع در مدیران<br>عدم وجود دیدگاه سلامت‌نگر در سطح وزارت بهداشت<br>وجود سلامت‌نگری به‌عنوان یک وظیفه جنبی، نه یک وظیفه ذاتی<br>جابجایی مداوم مدیران<br>عدم آگاهی مردم از حقوق خود و بالطبع، عدم مطالبه گری آن‌ها<br>بحران‌های مالی و اقتصادی | ۲۰ کد |
| **بازنگری‌ها و الزامات موردنیاز برای اصلاح و اجرای سند** | اصلاح و بهبود سند، به‌جای تعویض آن<br>استفاده از رویکردهای قهری، صلبی و قانونی برای اجرای سند<br>نیاز به تشکیل تیم اجرایی مصمم، همدل و فرابخش<br>نیاز به آموزش مردم و مدیران<br>عزم و جدیت بیشتر، سایر دستگاه اجرایی استان برای تحقق توسعه پایدار<br>تقویت و توانمندسازی ظرفیت‌های بین بخشی موجود<br>آسیب‌شناسی سامانه‌های های اطلاعاتی موجود در دانشگاه و سایر دستگاه‌های اجرایی<br>تقویت مسئولیت‌پذیری و پاسخگویی اجتماعی مدیران از طریق نظام شایسته‌سالاری<br>تأکید بیشتر بر انعقاد تفاهم‌نامه‌های سالیانه اصولی با دستگاه‌های اجرایی در استان | ۳۱ کد |
| **نقص تئوریک به مشارکت جامعه برای سلامت** | حاکم بودن رویکرد فناورانه بر رویکرد اجتماعی به‌سلامت<br>نقص توجه به اصل مشارکت مردم در اداره نظام‌های سلامت<br>ضعف در چارچوب‌های قانونی و سیاسی مشارکت | ۷ کد |
| **نقص شبکه ساختاری منسجم از ذی‌نفعان بین بخشی سلامت** | کوچک بودن نظام سلامت و بزرگ بودن بخش سلامت<br>ضمانت اجرایی پایین مصوبات شورای عالی سلامت و امنیت غذایی<br>حاکم شدن رویکرد نهادی | ۶ کد |



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12 ]
[ DOR: 20.1001.1.16807626.1402.22.2.4.5 ]
[ DOI: 10.52547/payesh.22.2.161 ]

**جدول ۳: مهمترین معظلات و مشکلات مرتبط با سلامت مردم استان یزد در سند جامع سلامت به همراه متولیان مربوطه**

| ترتیب | معضلات و مشکل مرتبط با سلامت استان | نهادهای درگیر |
|---|---|---|
| اولویت اول | کم‌تحرکی و نبود مکان‌های ورزشی مناسب | اداره کل فرهنگ و ارشاد اسلامی، اداره کل ورزش و جوانان استان یزد، دانشگاه علوم پزشکی، اداره صدا و سیما، اداره صنعت و معدن و تجارت، اداره آموزش‌وپرورش |
| اولویت دوم | بیکاری جوانان، مشکلات مسکن و طلاق، فقر، تورم و درآمد پایین | اداره کل تعاون، کار و رفاه اجتماعی، اداره کل ورزش و جوانان، اداره کل راه و شهرسازی، استانداری، وزارت اقتصاد و دارایی و نهادهای مشابه مانند مجلس و سازمان برنامه |
| اولویت سوم | بیماری‌های شایع غیر واگیر مانند دیابت، فشارخون، بیماری قلبی عروقی، سرطان | دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی با تعامل سازنده کلیه دستگاه اجرایی به همراه استانداری |
| اولویت چهارم | آلودگی استان و وجود شهرک صنعتی | دانشگاه علوم پزشکی، استانداری، سازمان حفاظت و محیط‌زیست |
| اولویت پنجم | تغذیه نامناسب و فراوانی فست فودها | دانشگاه علوم پزشکی، اداره کل تعزیرات استان، اداره کل تعاون،کار و رفاه اجتماعی، اداره کل اصناف |
| اولویت ششم | شیوع بیماری‌های روانی، افسردگی | استانداری، اداره کل ورزش و جوانان استان یزد، دانشگاه علوم پزشکی، اداره کل آموزش‌وپرورش، صدا و سیما، اداره کل تعاون، کار و رفاه اجتماعی ، اداره آموزش‌وپرورش |
| اولویت هفتم | شیوع و استعمال دخانیات در جوانان | استانداری، اداره کل ورزش و جوانان استان یزد، دانشگاه علوم پزشکی، اداره کل آموزش‌وپرورش، صدا و سیما، اداره کل تعاون، کار و رفاه اجتماعی ،اداره کل دادگستری |
| اولویت هشتم | اسکان مهاجران و اتباع بیگانه | استانداری، اداره کل تعاون، کار و رفاه اجتماعی، اداره کل دادگستری، نیروی انتظامی |
| اولویت نهم | تخریب محیط‌زیست | استانداری، اداره کل آموزش‌وپرورش، صدا و سیما، اداره کل تعاون، کار و رفاه اجتماعی، اداره کل دادگستری |
| اولویت دهم | سواد سلامت پایین | استانداری، اداره کل فرهنگ و ارشاد اسلامی، دانشگاه علوم پزشکی، اداره کل آموزش‌وپرورش، صدا و سیما، اداره کل تعاون، کار و رفاه اجتماعی |

**جدول ۴: بازنگری سند جامع سلامت استان و ارائه مداخلات پیشنهادی با هدف بهبود آن**

| هدف راهبردی | نام مداخله | متولیان طراحی و اجرا | نوع مداخله | توضیحات |
|---|---|---|---|---|
| **کاهش میزان مرگ‌ومیر و ابتلای بیماری‌های شایع استان با اولویت بیماری‌های غیر واگیر در سطح استان** | توسعهٔ ورزش همگانی برای کاهش فقر حرکتی آحاد جامعه<br>پیشنهاد و پیگیری احداث سریع‌تر جادهٔ سلامت در نقاط شهری پایلوت به شهرداری‌ها از طرف شورای سلامت و امنیت غذایی استان و شورای برنامه‌ریزی و توسعهٔ استان<br>گسترش و نشر فرهنگ تأثیر ورزش بر سلامت از طریق رسانه‌های مختلف و صداوسیما با تهیهٔ برنامه‌های اداری کمیت و کیفیت مطلوب<br>ارائهٔ برنامهٔ عملیاتی افزایش شادکامی و نشاط در جامعه<br>برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری در خصوص ارتقای شادکامی و نشاط اجتماعی و کاهش افسردگی و اختلالات روانی در بین مردم استان | اداره کل ورزش و جوانان با همکاری برخی نهاد ها ازجمله صداوسیما، دانشگاه علوم پزشکی، رسانه، استانداری و شهرداری | مداخله ترویجی-سبک زندگی | در سند قبل مداخله به‌صورت کلی تعریف‌شده است |
| | پیشگیری و مراقبت در برابر آسیب‌های اجتماعی و بیماری‌های غیر واگیر و عوامل خطر | اداره کل آموزش‌وپرورش | مداخلات اجتماعی-محیطی | در سند قبل مداخله به‌صورت کلی تعریف‌شده است |
| | افزایش آگاهی و نگرش و رفتار جامعه در زمینهٔ نحوهٔ استفاده از خطوط عابر پیاده و قوانین ترافیکی با توجه ویژه به آموزش کودکان و ارتقای سواد سلامت دربارهٔ آسیب‌های اجتماعی؛ | نیروی انتظامی | مداخلات اجتماعی-محیطی | در سند قبل ذکر نشده است |
| | افزایش نظارت مأموران راهبر به‌منظور احیای استفادهٔ صحیح از خطوط عابر پیاده | | | |
| | محقق نمودن اهدافِ سیزده‌گانهٔ سند ملی کنترل و پیشگیری از بیماری‌های غیر واگیر | دانشگاه علوم‌پزشکی با مشارکت این دستگاه‌ها: اداره کل کار، تعاون و امور اجتماعی ـ جهاد کشاورزی ـ محیط‌زیست ـ صداوسیما ـ سازمان‌های مردم‌نهاد | مداخلات نظام سلامت<br>مداخلات ترویجی- سبک زندگی | در سند قبل مداخله به‌صورت کلی تعریف‌شده است |
| | اجرای برنامهٔ ارجاع الکترونیک بیماران در سیستم شبکه در سطوح ۱، ۲ و ۳ | | مداخلات نظام سلامت | در سند قبل ذکر نشده است |
| | کاهش اختلالات روان و تأثیر آن بر رفتارهای خودکشی و اقدام به خودکشی | | مداخلات اجتماعی- محیطی | در سند قبل ذکر نشده است |
| | مدیریت و پاسخ بهنگام به اپیدمی‌ها و بیماری‌های نوپدید و بازپدید و بیماری‌های هپاتیت B، هپاتیت C، ایدز و آنفلوانزا | | مداخلات نظام سلامت<br>مداخلات اجتماعی- محیطی | در سند قبل ذکر نشده است |
| | کاهش مصرف آنتی‌بیوتیک‌ها و مقاومت دارویی | | مداخلات نظام سلامت<br>مدخله ترویجی- سبک زندگی | در سند قبل ذکر نشده است |
| | اصلاح الگوی مصرف مواد غذایی با تأکید بر میوه و سبزیجات (ترویج کشت سبزیجات در باغچه‌های خانگی)؛ | | مدخله ترویجی- سبک زندگی | در سند قبل ذکر |



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12 ]

[ DOR: 20.1001.1.16807626.1402.22.2.4.5 ]

[ DOI: 10.52547/payesh.22.2.161 ]

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | اجرای برنامهٔ عاری از پوسیدگی دندان در دانش‌آموزان پایهٔ ششم | | | نشده است |
| **افزایش آگاهی و توانمندسازی مردم استان در عرصه سلامت با رویکرد سلامت همه‌جانبه و انسان سالم** | مداخله برای رفع مشکل فرهنگ غلط خوددرمانی در جامعه و سیستم نوبت‌دهی مناسب به بیماران و دسترسی به خدمات تشخیصی و درمانی جامع، و ارتقای خدمات درمانی استان و افزایش کمی و کیفی تخت‌های بیمارستانی | معاونت درمان دانشگاه با همکاری صداوسیما | مدخله ترویجی- سبک زندگی | در سند قبل مداخله به‌صورت کلی تعریف‌شده است |
| | بازدید و نمونه‌برداری واحدهای تولید موادغذایی مشمول استاندارد اجباری در استان | اداره کل استاندارد و تحقیقات صنعتی | مداخلات اجتماعی- محیطی | |
| | بازدید و نمونه‌برداری محصولات غذایی مشمول استاندارد اجباری موجود در مراکز عرضهٔ استان | | مداخلات اجتماعی- محیطی | |
| | مداخله برای کاهش بیماری‌های ناشی از غذا از طریق کاهش استفاده از موادغذایی مضر؛ مانند فست‌فودها، کاهش میزان ۱۰درصدی قندهای ساده، کاهش اسیدهای چرب ترانس روغن‌های مصرفی و کاهش ۱۰درصدی نمک در فرمولاسیون مواد غذایی | معاونت غذا و داروی دانشگاه | مداخلات نظام سلامت | در سند قبل ذکر نشده است |
| | مداخله برای ازبین‌بردنِ موانع توسعهٔ توریسم و گردشگری سلامت در استان | اداره کل میراث فرهنگی، صنایع‌دستی و گردشگری استان | مداخلات اجتماعی- محیطی | |
| **ارتقای سطح مشارکت‌های اجتماعی با محوریت خیرین و سمن‌های سلامت** | ایمنی آب و هوشمندسازی و پایش پارامترهای کیفی آب | شرکت آب منطقه‌ای/ آبفا | مداخلات اجتماعی- محیطی | |
| | اجرای برنامه‌های هنری برای افزایش نشاط جامعه و سرمایهٔ اجتماعی | اداره کل ورزش و جوانان | | |
| | تشکیل شورای ارتقای سلامت در هر اداره و سازمان و تدوین و اجرایی سازی برنامهٔ عملیاتی ارتقای سلامت کارکنان و ارائه گزارش خدمات توسط هر سازمان (طبق دستورالعمل خودمراقبتی و آموزش‌های حوزه سلامت/ مراقبت کارکنان و سازمان‌ها) | کارگروه سلامت و امنیت غذایی با همکاری استانداری، سازمان برنامه‌وبودجه استان، دستگاه‌های اجرایی استان و سازمان‌های مردم‌نهاد سلامت | مداخلات نظام سلامت، مداخلات اجتماعی- محیطی | در سند قبل مداخله به‌صورت کلی تعریف‌شده است |
| | ارتقای سواد سلامت رابطان، مشاوران و پیام‌گزاران سلامت، پیام‌رسانان سلامت و اجرای کامل نظام‌نامهٔ مدیریت همه‌جانبهٔ سلامت استان و پایش برنامهٔ جامع سلامت استان | | | |
| | تقویت ظرفیت‌های جامعه و افزایش مشارکت مردم با راه‌اندازی و تقویت کانون‌های سلامت محلات، مجامع سلامت محلات، خانهٔ مشارکت مردم، مجمع شهرستانی و استان | | | |
| | توسعه همکاری بین بخش‌های مختلف جامعه باهدف توسعهٔ پایدار سلامت و هدایت سمن‌ها و مؤسسات خیریه | | | |
| | تکمیل بیمارستان بیماری‌های خاص و تخت‌های بیماران سرطان استان با مشارکت بخش خیریه | | | |
| **بهبود وضعیت دسترسی به خدمات سلامت باکیفیت و عادلانه** | نظارت بر ایمنی آب آشامیدنی و سلامت آب | دانشگاه علوم‌پزشکی با مشارکت آبفای شهری و روستایی ـ منطقه‌ای | مداخلات اجتماعی- محیطی | در سند قبل مداخله به‌صورت کلی تعریف‌شده است |
| | نظارت بر ایمنی و سلامت مواد غذایی | | مداخلات نظام سلامت | |
| | افزایش تعداد تخت‌های بیمارستان دولتی به نسبت سرانه جمعیت استانداردهای کشوری | | | |
| | دسترسی عادلانه توأم با پوشش همگانی به خدمات سلامت در حوزه پیشگیری، درمان و توان‌بخشی | | | |
| | ارتقاء کیفیت خدمات تشخیصی، درمانی و مراقبتی ارائه‌شده به مردم در سطح استان | | | |
| **ارتقاء سطح شاخص‌های جمعیتی، باروری، تعالی و تحکیم خانواده** | فراهم آوری تسهیلات موردنیاز ازدواج جوانان استان | دانشگاه علوم‌پزشکی با تعامل مثبت استانداری، اداره کل ورزش و جوانان و سایر نهادهای مربوطه مانند بانک‌ها | مداخلات اجتماعی- محیطی | در سند قبل مداخله به‌صورت کلی تعریف‌شده است |
| | افزایش دسترسی کمی و کیفی خدمات مرتبط با تشکیل خانواده | | | |
| | تحکیم و تقویت روابط و تعاملات اعضای خانواده | | | |
| | پیگیری مصوبات مربوط با قانون حمایت و جوانی جمعیت از مراجع مربوط در استان | | | در سند قبل ذکر نشده است |
| | مطالبه گری استانداری از بانک‌ها برای اعطای وام‌های ازدواج به زوجین در کمترین زمان ممکن | | | |
| | پیگیری طرح تحت پوشش قراردادن خدمات ناباروری در چتر بیمه با هدف افزایش توان مردم برای دریافت خدمات IVF | | | |
| | پرداخت مبلغ قابل‌توجهی به زوجین در هنگام تولد نوزاد مشابه کشور سوئیس | | مداخلات اجتماعی- محیطی | در سند قبل ذکر نشده است |
| **ارتقاء سطح اقتصادی اجتماعی و زیست‌محیطی مردم استان** | ایجاد و تقویت فضای آرامش روانی، اجتماعی و بهبود روابط میان فردی در قالب طراحی، نقاشی، کاریکاتور و سایر روش‌های قابل‌قبول به‌صورت میدانی و شهری و منطقه‌ای | صداوسیما شهرداری شهرکرد ـ شهرداری‌های استان ـ شوراهای اسلامی شهر و روستا ـ دفاتر امور شهری، روستایی و اجتماعی استانداری | مداخلات اجتماعی- محیطی | در سند قبل ذکر نشده است |
| | کاربستِ تدابیر لازم برای گسترش فرهنگ دوچرخه‌سواری به‌موازات حمل‌ونقل شهری؛ کمک به افزایش سرمایهٔ اجتماعی و سوادسلامت و توانمندسازی مردم | | | |
| | تفکیک زباله از محل جمع‌آوری | | | |
| | استقرار و تقویت کانون‌های سلامت محلات و افزایش توانمندسازی و سوادسلامت، بهبود خدمات مدیریت شهری شهرداری، باهدف ارتقای سلامت شهروندان | | | |
| | راه‌اندازی و تکمیل سایت‌های زنده گیری و مراقبت از سگ‌های بدون‌صاحب برای کاهش موارد حیوان گزیدگی | | | |
| | مداخله باهدف نگهداری منابع زیست‌محیطی استان و کاهش منابع آلودگی آب‌های زیرزمینی | اداره حفاظت محیط‌زیست آبفای شهری و روستایی و منطقه‌ای | مداخلات اجتماعی- محیطی | در سند قبل ذکر نشده است |
| | شناسایی و همکاری با سایر سازمان‌ها در زمینهٔ کنترل کانون‌های محلی گردوغبار و مداخله باهدف رفع آن‌ها | | | |
| | ایمنی آب و هوشمندسازی و پایش پارامترهای کیفی آب | | | |
| | آموزش مدیران، معلمان و دانش‌آموزان در خصوص بحران کم‌آبی و صرفه‌جویی در مصرف آب با همکاری دستگاه‌های ذی‌ربط | شرکت آب و فاضلاب با همکاری آموزش‌وپرورش | مداخلات اجتماعی- محیطی | |
| | اجرای برنامه‌های هنری برای افزایش نشاط جامعه و سرمایهٔ اجتماعی | اداره کل فرهنگ و ارشاد اسلامی | مداخلات اجتماعی- محیطی | |



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12 ]

[ DOR: 20.1001.1.16807626.1402.22.2.4.5 ]

[ DOI: 10.52547/payesh.22.2.161 ]

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | مداخله برای از بین‌بردنِ موانع توسعه توریسم و گردشگری سلامت در استان | اداره کل میراث فرهنگی، صنایع‌دستی و گردشگری استان | مداخلات اجتماعی- محیطی | |
| **پیشگیری و کاهش آسیب‌های اجتماعی استان** | افزایش آگاهی و نگرش و رفتار جامعه در زمینهٔ نحوهٔ استفاده از خطوط عابر پیاده و قوانین ترافیکی با توجه ویژه به آموزش کودکان و ارتقای سواد سلامت دربارهٔ آسیب‌های اجتماعی | دانشگاه‌های علوم پزشکی در تعامل با سازمان زندان، استانداری، نیروی انتظامی و اداره کل آموزش‌وپرورش | مداخلات ترویجی- سبک زندگی | در سند قبل ذکر نشده است |
| | افزایش نظارت مأموران راهبر به‌منظور احیای استفادهٔ صحیح از خطوط عابر پیاده | | مداخلات اجتماعی- محیطی | |
| | انجام آزمایش‌ها و واکسیناسیون هپاتیت B و آنفلوانزا به مددجویان و کارکنان مراکز شبانه‌روزی، استفاده از مشارکت پزشکان و کارشناسان تغذیه در بازدید از مراکز توان‌بخشی و کمپ‌های ترک اعتیاد | | | |
| | انجام مداخله برای بهبود سلامت زندانیان با تأکید بر اختلالات روانی، اعتیاد و بیماری‌های هپاتیتB، هپاتیت C و ایدز | | | |
| | اداره کل زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی استان | | | |
| | افزایش آگاهی و نگرش و رفتار جامعه در زمینهٔ پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و معلولیت‌ها، مشاورهٔ ژنتیک و انجام آزمایش‌های ژنتیک و پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر | | مداخلات ترویجی- سبک زندگی | |

## بحث و نتیجه‌گیری

خبرگان از نظر محتوا (content)، سند برنامه جامع سلامت استان را مناسب ارزیابی کردند. اگرچه برخی کاستی‌ها در پرداختن به بیماری‌های واگیردار، سلامت کارکنان و سلامت روان احساس وجود دارد اما مشکل اساسی در اجرا است. به نظر می‌رسد عدم اجرای برنامه، بیش از همه تحت تأثیر بحران همه‌گیری کرونا قرارگرفته است، بااین‌حال علل دیگری نیز برای عدم اجرای سند وجود دارد که بخشی از آن به محتوای سند برمی‌گردد. درواقع در سند برنامه ضمانت‌های اجرایی، شاخص‌های پایش و نظارت بر عملکرد مجریان و پاداش اجرا و جریمه‌های عدم اجرای برنامه دیده نشده است. بعلاوه چالش‌هایی همچون عدم تعهد و اراده‌ی مدیران و عدم توجیه و آموزش آن‌ها و مجریان سطوح پایین‌تر در عدم اجرای برنامه نیز مؤثر بوده است. اجرای سند در زمان حال یا آینده با چالش‌های عمیق‌تری در تولیت و حکمرانی نظام سلامت استان و کشور روبرو است. عدم تعهد و اراده‌ی مدیران نه‌تنها به دلیل عدم تفهیم سند به آن‌ها بلکه ریشه در مسائل عمیق‌تری همچون، تعارض منافع، غلبه‌ی رویکرد درمان‌محوری در مدیران استانی و کشوری نظام سلامت و عدم وجود مدیرانِ سلامت‌نگر با دیدگاه جامع به‌سلامت عمومی است. همچنین جابجایی مداوم مدیران، کمبود سطح شفافیت و پاسخگویی در حکمرانی نظام سلامت و وجود بحران‌های عمیق‌تر اجتماعی مانند بحران‌های مالی و اقتصادی از موانع جدی اجرای سند بوده و خواهند بود. حکمرانی برای سلامت، نه لزوماً مداخله‌ای، بلکه، «نظامی ارزشی» و نوعی «نگریستن و باورفرهنگی و اجتماعی» به «توسعه پایدار» است که می‌تواند منجر به فرصت‌هایی برابر برای سلامت بهتر و کاهش بی‌عدالتی گردد. بعلاوه، تمرکز مشارکت جویانه بر همکاری بین بخشی و هماهنگی فرابخشی سلامت، ویژگی‌های سیستمی سیاست‌گذاری‌های عمومی را تقویت کرده و منجر به برنامه‌های اثربخش‌تر در همه حوزه‌های سیاستی می‌شود. تحقق چنین آرمانی از حکمرانی یکپارچه برای سلامت، نیازمند «اراده سیاسی» لازم می باشد [۲۰].

ضعف نهادهای تنظیم‌گر و نظارتی از جمله نقش منفعل هیئت‌های امناء دانشگاه‌ها، استقلال ناکافی دانشگاه‌ها، چندپارگی نظام نظارتی و ابهام در نقش نظارتی نهادهای بیرونی از دیگر مشکلات حوزه حکمرانی است. در گزارش دیده‌بانی موسسه ملی تحقیقات سلامت، مهدوی و همکاران در کنار معرفی این چالش‌ها و همچنین سایر چالش‌های موجود در حوزه حکمرانی، منشأ این چالش‌ها و مشکلات را عدم تمکین به اسناد بالادستی، نبود ضمانت اجرایی قوانین و همچنین تضاد منافع گسترده در حوزه مدیریتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی دانسته‌اند [۲۱]. مسائل دیگر موجود در این حوزه مربوط به فربه بودن بدنه وزارت و تصدی‌گری بیش‌ازاندازه، عدم تفکیک کارکردها و پراکندگی اختیارات و عدم یکپارچگی تولیتی می‌باشد. این در حالی است که در صورت تفکیک کارکردهای سه‌گانه بر اساس بند ۷ سیاست‌های کلی سلامت و تجمیع کارکرد تولیت در وزارت بهداشت، می‌توان انتظار داشت که چالش‌های مذکور رفع گردد. در این راستا توجه به این نکته ضروری است که گاهاً تعدد و ناهماهنگی قوانین سبب بی نظمی در این حوزه شده و سبب تضعیف ضمانت اجرایی اسناد بالادستی گردیده است. در مطالعه رضابیگی و همکاران، تأکید زیادی بر نظارت همگانی در حوزه سلامت شده است. در مقوله نظارت همگانی باید آسیب‌های احتمالی (که در پژوهش‌های پیشین کمتر موردتوجه قرارگرفته‌اند) نظیر احتمال شکل‌گیری روابط فسادآمیز بین مردم و مسئولین و گسترش و توسعه شبکه فساد اداری، در کانون توجه قرارگیرد و نسبت به کنترل آن تمهیدات لازم را اعمال شود تا اهداف پیاده‌سازی نظارت همگانی از جمله فراهم شدن زمینه افزایش سطح سلامت اداری تحقق یابد [۲۲].



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12 ]

[ DOR: 20.1001.1.16807626.1402.22.2.4.5 ]

[ DOI: 10.52547/payesh.22.2.161 ]

ساماندهی نادرست سازوکارهای ارتباط و نقش‌آفرینی ذینفعان بخش سلامت از جمله چالش‌های رهبری بین بخشی است که در این زمینه می‌توان به گرایش زیاد به فناوری و غفلت از رویکرد اجتماعی، کوچک بودن نظام سلامت و بزرگی‌بخش سلامت، عدم تمکین مخاطبین به مصوبات شورای عالی سلامت و امنیت غذایی و حاکم شدن رویکردهای نهادی اشاره نمود. همچنین برای بهبود رهبری بین بخشی مشارکت مردم در این زمینه باید مدنظر قرار گیرد. همچنین الزاماتی نظیر ایجاد سازمان (نهاد) حمایت از حقوق‌گیرنده خدمات سلامت، تدوین و اجرای برنامه توسعه نظارت شوراهای اسلامی شهر و روستا بر تدارک خدمات سلامت، طراحی شوراهای بین بخشی خارج از وزارت بهداشت؛ مانند شورای غذای سالم، شورای هوای پاک، شورای صنایع سالم و بازگشت بهزیستی به وزارت بهداشت اشاره شد. در این راستا شواهد مختلفی وجود دارد که به اهمیت رهبری بین بخشی و راهکارهای تقویت آن پرداخته است. در مطالعه علی‌خانی و همکاران تمرکز و سرمایه‌گذاری بر عوامل بیرونی نظام سلامت به‌ویژه نقش دولت در ایجاد هماهنگی و حمایت‌طلبی توصیه‌شده است [۲۳]. همچنین تمرکز بر هماهنگی فرابخشی به‌عنوان یکی از الزامات حاکمیت برای سلامت، توسط وحدانی نیا و همکاران پیشنهاد شده است [۲۴]. بازیار و همکاران نیز در این راستا بر اهمیت مشارکت و بسیج جامعه عمومی تأکید نموده‌اند [۲۵]. در شواهد خارجی نیز به‌ضرورت گفتگوهای همه‌جانبه با حضور همه ذینفعان، جلب مشارکت نهادهای مردمی، تقویت مشارکت عمومی از طریق ایجاد کمیسیون‌های مستقل و همچنین ایجاد شورای ملی سلامت به عنوان مرجع رهبری بین بخشی تأکید شده است [۲۸-۲۶].

احیاء و ایجاد سازمان سلامت استان (سازمان منطقه‌ای بهداشت و درمان سابق) یکی از موارد مهم در راستای تقویت سند برنامه جامع سلامت استان است. این گزینه در راستای تفویض اختیارات به رده‌های منطقه‌ای و محلی ارائه‌شده است و می‌تواند سبب تقویت حکمرانی درون بخشی و رهبری بین بخشی شود. همچنین تقویت بعد نظارت از این طریق دور از انتظار نخواهد بود. سازمان منطقه‌ای بهداشت و درمان در سال ۱۳۷۲ و با هدف کاهش تداخل وظایف، محدود کردن مراجع تصمیم‌گیری و صرفه‌جویی در هزینه‌ها، در دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی ادغام شد [۲۹]. ارائه این پیشنهاد بعد از گذشت تقریبی سه دهه نشان‌دهنده اهمیت تفویض اختیار به سطوح پایین و تفکیک کارکردهای مختلف می‌باشد. سازمان منطقه‌ای سلامت استان به‌عنوان یک سازمان اجرایی زیر نظر رئیس دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی برای یکپارچگی خدمات ارتقا، پیشگیری، درمان و توان‌بخشی در بعد جسمی، روانی و اجتماعی سلامت است.

یکی از گزینه‌های مهم تولیتی در راستای تدوین یک سند جامع سلامت در استان یزد بحث شایسته‌سالاری است. "حرفه‌ای گرایی و تقویت جایگاه تولیتی و نظارتی وزارت بهداشت در انتخاب و انتصاب مدیران از طریق تأسیس و استقرار اصولی کانون ارزیابی و شایستگی مدیران نظام سلامت" بسیار حائز اهمیت است. شایسته‌سالاری در حوزه انتصاب مدیران بهداشت و درمان با عملکرد بخش بهداشت و درمان ارتباط دارد [۳۰]. استقرار کانون و نهاد مذبور می‌تواند آسیب‌های ناشی از اولویت روابط بر ضوابط در کسب سمت‌های مدیریتی را کاهش دهد. می‌توان انتظار داشت که مدیران شایسته تحقق اهداف نظام سلامت را تسهیل و تقویت نمایند. بر اساس یافته‌های مطالعه دماری و همکاران، شایسته‌سالاری به‌عنوان یکی از ویژگی‌های اصلی سامانه سیاست‌گذاری در حوزه سلامت به شمار می‌آید و دارای اهمیت بسزایی است [۳۱].

حرکت به‌سوی اصلاحات در حوزه نظام سلامت و سایر کارکردهای نظام سلامت در کشورهای مختلف با اتکا به بررسی جامع شرایط موجود صورت پذیرفته است. در این‌راستا یافته‌ها نشان می‌دهد که مؤلفه‌های بارز موفقیت در اصلاحات نظام سلامت شامل ثبات سیاسی و عزم سیاستمداران ارشد، وجود برنامه جامع اصلاحات نظام سلامت، تشکیل و ثبات تیم تحول، تشکیل هسته اجرایی قوی و منسجم برای اجرای تغییرات، نظارت دقیق، استفاده از بخش غیردولتی و تفکیک کارکردهای تولیت و ارائه خدمت است. همسو با این یافته‌ها، Seitio-Kgokgwe در سال ۲۰۱۶ با انجام پژوهشی در بوتسوانا به این نتیجه رسید که تعهد سیاسی و رهبری مؤثر از ارکان اصلی اصلاحات موفق می‌باشد [۳۲]. بر این اساس اصلاحات نیازمند مجموعه‌ای از ملزومات است که می‌توان منشأ و منبع اصلی این الزامات را در تعهد سیاسی جستجو نمود. به‌عبارت‌دیگر در صورت وجود تعهد و عزم سیاسی، می‌توان با بهره‌گیری از دانش متخصصین، اطلاعات در دسترس و تجارب بین‌المللی اقدام به تدوین نقشه راه اصلاحات نمود و این عزم سیاسی متضمن ایجاد بستر مناسب برای اجرای اصلاحات خواهد بود. البته نقش پشتوانه اقتصادی و حمایت اجتماعی در این حوزه غیرقابل‌انکار است. یافته‌های مطالعه Ade و همکاران در کشور گینه همسو با این بخش از یافته‌ها، ضرورت اجتماع و توافق سیاسی برای توفیق بر مشکلات نظام سلامت و



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12 ]
[ DOR: 20.1001.1.16807626.1402.22.2.4.5 ]
[ DOI: 10.52547/payesh.22.2.161 ]

پیشبرد اهداف آن را نشان داده است [۲۶]. بنابراین بر اساس اهمیت مطالب بیان‌شده توجه به تدوین سند جامع سلامت استان یزد و انجام اصلاحات مناسب در این خصوص دارای اهمیت بسزایی است.

این پژوهش اولین مطالعه جامع با عنوان "آسیب‌شناسی تدوین برنامه سند جامع سلامت استان یزد " در کشور می‌باشد. اصلی‌ترین وجه تمایز این مطالعه با پژوهش‌های موجود، می‌تواند راهنمایی جامع برای سیاست‌گذاران حوزه سلامت فراهم نماید تا با بهره‌گیری از این شواهد، سیاست‌گذاری آگاه از شواهد را تجلی بخشیده و زمینه‌ساز استفاده از پتانسیل‌های آن باشند.

اصلاح نظام حکمرانی از پیش نیازهای کلیدی اجرای سند جامع سلامت استان یزد است و باید با تعهد و جدیت بیشتری نسبت به اصلاح ایرادات آن اقدام گردد. اجرای سند نیازمند استقرار یک تیم متخصص است که اختصاصاً روی اجرای سند تمرکز کرده باشد و با اختیارات کافی، پایش و نظارت بر عملکرد را در دستور کار قرار دهد. از سویی خبرگان و صاحبنظران معتقد بودند که سند برنامه‌ی جامع سلامت استان نیازمند اصلاح است و نه تعویض و باید با تعهد و جدیت بیشتری نسبت به اصلاح ایرادات آن اقدام گردد. اجرای سند نیازمند استقرار یک تیم کاملاً متخصص است که اختصاصاً روی اجرای سند تمرکز کرده باشد و با اختیارات کافی، پایش و نظارت بر عملکرد را در دستور کار قرار دهد. پیشنهادات عملیاتی با توجه به محوریت دستگاه‌های اجرایی استان شامل:

-ارسال منشور همکاری سازمان‌های مردم‌نهاد استان یزد برای ارتقای سلامت به‌صورت تابلو به هر یک از سمن‌ها از طرف دانشگاه علوم پزشکی یزد با محوریت شوراهای اسلامی شهر و روستا

-تعیین و انتخاب پروژه‌هایی از برنامه جامع سلامت استان یزد متناسب با سوابق و علایق سمن‌ها و سفارش کار به آن‌ها با محوریت شوراهای اسلامی شهر و روستا

-تعیین چند سمن به‌عنوان سرگروه موضوعی سمن‌های استان (هر ۲۰ سمن یک نماینده از بین خود انتخاب کنند) برای عضویت در دبیرخانه و شورای مشارکت مردمی دانشگاه علوم پزشکی یزد با محوریت شوراهای اسلامی شهر و روستا

-برگزاری دوره یک‌هفته‌ای توانمندسازی سازمان‌های مردم‌نهاد استان یزد با همکاری دانشگاه علوم پزشکی یزد در نیازهای آموزشی اعلام‌شده با محوریت شوراهای اسلامی شهر و روستا

-تشکیل بانک اطلاعاتی سوابق کاری سمن های استان یزد به‌طور سالانه در دانشگاه علوم پزشکی، با محوریت شوراهای اسلامی شهر و روستا

-تشکیل همایش‌های فصلی برای تبادل تجربیات و اطلاع‌رسانی حضوری از پیشرفت کارهای سمن‌ها با هماهنگی استانداری، دانشگاه علوم پزشکی و سرگروه‌های موضوعی با محوریت شوراهای اسلامی شهر و روستا

-تعیین دوره آموزشی مشترک رسانه و سلامت برای گروه های هدف کارشناسان سلامت و اصحاب رسانه با محوریت صداوسیما

-بازتعریف نظام برقراری ارتباط مؤثر با رسانه در دانشگاه علوم پزشکی از طریق روابط عمومی با محوریت صداوسیما

-تدوین و تصویب آیین نامه رسانه حامی سلامت در استان و اجرای آن با محوریت صداوسیما

-عضویت اصحاب رسانه در کمیته پایش کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی استان با محوریت صداوسیما

-عضویت نمایندگان اصلی اصحاب رسانه در شورای مشارکت مردمی استان با محوریت صداوسیما

-ارسال منشور همکاری روحانیون برای ارتقای سلامت به‌صورت تابلو به هر یک از روحانیون استانی از طرف دانشگاه علوم پزشکی یزد

-عضویت نمایندگان روحانیون (مستقر در روستاها، نماینده ولی‌فقیه استان، سازمان تبلیغات اسلامی) در دبیرخانه و شورای مشارکت مردمی دانشگاه علوم پزشکی یزد

-فرهنگ‌سازی و تلاش در جهت توسعه ورزش صبحگاهی در سطح استان یزد با محوریت استانداری‌ها

-ایجاد شرایط مناسب در راستای توجه هرچه بیشتر مردم استان یزد به تغذیه سالم و رعایت رژیم غذایی با محوریت استانداری‌ها

-احداث و گسترش مراکز تفریحی و ورزشی مناسب در سطح استان به‌منظور توجه به‌سلامت جسمی و روانی مردم با محوریت استانداری‌ها

## سهم نویسندگان

سید مسعود موسوی: طراحی و انجام پژوهش، تفسیر و تجزیه داده‌ها، تهیه نسخه نهایی مقاله

محمد حسن لطفی: نظارت علمی مطالعه و مشاور علمی

حسین بوذرجمهری: همکاری در تجزیه‌وتحلیل اطلاعات

سجاد بهاری نیا: تهیه نسخه اولیه مقاله و همکاری در انجام بحث گروهی متمرکز و تحلیل داده‌ها آن



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12 ]
[ DOR: 20.1001.1.16807626.1402.22.2.4.5 ]
[ DOI: 10.52547/payesh.22.2.161 ]

محمد رنجبر: مشاور علمی مطالعه و اصلاح نسخه نهایی نسخه اولیه مقاله

**تشکر و قدردانی**

این مقاله مستخرج از مطالعه استانی تحت عنوان«آسیب‌شناسی و تحلیل اجرای سند جامع استان یزد» می‌باشد که با حمایت استانداری یزد (جناب آقای دکتر محمد مهدی زاده اردکانی) و همکاری اعضاء کارگروه دبیرخانه شورای سلامت امنیت غذایی و اعضاء اندیشگاه سلامت استان یزد در سال ۱۴۰۱ با کد رهگیری ۱۲۶۵۸ در سامانه پژوهان دانشگاه علوم پزشکی یزد مصوب و انجام گردید. بدین‌وسیله از همه همکاران و صاحب‌نظرانی که به‌صورت مستقیم و غیرمستقیم در اجرای این پروژه همکاری داشته‌اند، کمال قدردانی و تشکر به عمل می‌آید.

**منابع**

**1.** Holtzman JN, Schwartzstein RM. Health Care in the United States: Individual Right or Government Duty?. Academic Medicine 2020 Jun 1;95:868-71

**2.** Ostad-Ali-Askari K. Management of risks substances and sustainable development. Applied Water Science 2022;12:1-23 [Persian]

**3.** Yabroff KR, Gansler T, Wender RC, Cullen KJ, Brawley OW. Minimizing the burden of cancer in the United States: Goals for a high-performing health care system. CA: a cancer journal for clinicians 2019;69:166-83

**4.** Hone T, Macinko J, Millett C. Revisiting Alma-Ata: what is the role of primary health care in achieving the Sustainable Development Goals? The Lancet 2018;392:1461-72

**5.** Organization WH. WHO guideline: recommendations on digital interventions for health system strengthening: World Health Organization 2019 https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241550505

**6.** Koohpayehzadeh J, Kassaeian S. Determining and prioritizing indicators of public health coverage in Iran: A qualitative study. Koomesh 2018;20:410-6

**7.** A Review of General Health Policies Announced by the Supreme Leader of Iran . Iranian Journal of Culture and Health Promotion 2018; 2:32-53

**8.** Fallah Shayan N, Mohabbati-Kalejahi N, Alavi S, Zahed MA. Sustainable development goals (SDGs) as a framework for corporate social responsibility (CSR). Sustainability 2022;14:1222 [Persian]

**9.** Ranabhat CL, Jakovljevic MM, Kim C-B. COVID-19 Pandemic: an opportunity for Universal Health Coverage? Frontiers in Public Health 2021;9:1057

**10**. Organization WH. Global reference list of 100 core health indicators. World Health Organization 2015 https://apps.who.int/iris/handle/10665/173589

**11**. Organization WH. 2018 Global reference list of 100 core health indicators (plus health-related SDGs). World Health Organization 2018 https://apps.who.int/iris/handle/10665/259951

**12**. Gabani J, Mazumdar S, Suhrcke M. The effect of health financing systems on health system outcomes: A cross-country panel analysis. Health Economics 2023;32:574-619

**13**. McBride C, Costello N, Ambwani S, Wilhite B, Austin SB. Digital manipulation of images of models' appearance in advertising: Strategies for action through law and corporate social responsibility incentives to protect public health. American journal of law & medicine 2019;45:7-31

**14**. de Leeuw E. Intersectorality and health: a glossary. Journal of Epidemiol Community Health 2022;76:206-208

**15**. Rifkin SB. Lessons from community participation in health programmes: a review of the post Alma-Ata experience. International Health 2009 Sep 1;1:31-6

**16**. Brives C, Pourraz J. Phage therapy as a potential solution in the fight against AMR: obstacles and possible futures. Palgrave Communications 2020;6:1-11

**17**. Gjellebæk C, Svensson A, Bjørkquist C, Fladeby N, Grundén K. Management challenges for future digitalization of healthcare services. Futures 2020;124:102636

**18**. Mahram M, Salarianzadeh MH,Lak S, Ajam A, Damari B. Provincial workbook: "Comprehensive health management" with the approach of social determinants of health. , 1st Edition, Tehran: Teb va Jameh Tehran, Iran 2016 [in Persian]

**19**. Etikan I, Alkassim R, Abubakar S. Comparision of snowball sampling and sequential sampling technique. Biometrics and Biostatistics International Journal 2016; 3:55

**20**. Vahdaninia V, Vosoogh Moghaddam A. Understanding late logic of health policy making: The transition to governance for health. Payesh (Health Monitor) Journal 2018;17:631-46 [Persian]



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12 ]

[ DOR: 20.1001.1.16807626.1402.22.2.4.5 ]

[ DOI: 10.52547/payesh.22.2.161 ]

**21**. Mahdavi M, Sajadi H, Gharib-Naseri Z, Majdzadeh R. Organizational Structure and Governance of Health System in Iran. In: Harirchi Iraj, Majdzadeh Seued Reza, Ahmadzadeh Elham, Abdi Zhaleh. Observatory on Health System, Islamic Republic of Iran. National Institute for Health Research 2017:35-55 [Persian]

**22**. rezabeygi d, amirkhani t, alvani sm. Designing a native model of public oversight; With the approach of recognizing situations and quality of its effect on the health of the administrative system. Administrative Law 2022;9:81-125 [Persian]

**23**. Alikhani R, Aliahmadi A, Rasouli M-R. Out-of-Network Factors Affecting Governance in the Health System: Systematic Review. Organizational Resources Management Researchs 2020;9:45-60 [Persian]

**24**. Vahdaninia V, Vosoogh-Moghaddam A. Understanding late logic of health policy making: The transition to governance for health. Payesh 2018;17:631-46 [Persian]

**25**. Bazyar M, Rashidian A, Kane S, Mahdavi MRV, Sari AA, Doshmangir L. Policy options to reduce fragmentation in the pooling of health insurance funds in Iran. International Journal of Health Policy and Management 2016;5:253 [Persian]

**26**. Ade N, Réne A, Khalifa M, Babila KO, Monono ME, Tarcisse E, et al. Coordination of the health policy dialogue process in Guinea: pre- and post-Ebola. BMC Health Services Research 2016;16:220

**27**. Toth F. Healthcare policies over the last 20 years: Reforms and counter-reforms. Health Policy 2010;95:82-9

**28**. Bossert T, Hsiao W, Barrera M, Alarcon L, Leo M, Casares C. Transformation of Ministries of Health in the Era of Health Reform: The Case of Colombia. Health Policy Plan 1998;13:59-77

**29**. Mirmohammadi S. Structural reforms in the Ministry of Health and Medical Education. Islamic Parliament Research Center Of The Islamic Republic Of IRAN 1993;7447 https://rc.majlis.ir/fa/law/show/129631

**30**. Viana AL, Silva HP. Neoliberal meritocracy and financial capitalism: consequences for social protection and health. Ciencia & saude coletiva 2018;23:2107-18

**31**. Damari B, Vosoogh Moghaddam A, Monazzam K, Salarianzadeh H. Where and How to Make Wise Policies for Health? A Qualitative Study on the Characteristics of Health Policy System in the Islamic Republic of Iran. Hakim Health Systems Research Journal 2011;13:210-8 [Persian]

**32**. Seitio-Kgokgwe O, Gauld R-DC, Hill P-C, Barnett P. Redesigning a Ministry of Health's organizational structure: exploring implementation challenges through Botswana's experiences. International Journal of Health Planning and Management 2016;31:191-207

[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12 ]
[ DOR: 20.1001.1.16807626.1402.22.2.4.5 ]
[ DOI: 10.52547/payesh.22.2.161 ]