نشریه فرهنگ و ارتقای سلامت فرهنگستان علوم پزشکی
سال چهارم، شماره دوم، تابستان ۹۹، صفحات ۱۵۵ تا ۱۶۵

مقاله پژوهشی

آیا رویکرد تعیین‌گرهای اجتماعی سلامت در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جمهوری اسلامی‌ایران استقرار پیدا کرده است؟

بهزاد دماری[1*]، عباس وثوق‌مقدم[2]، نرگس رستمی[2]، حسین سالاریان‌زاده[3]

چکیده

زمینه و هدف: گفتمان تعیین‌گرهای اجتماعی سلامت در سطح بین‌المللی در پاسخ به این سؤال متولد شد که آیا نظام سلامت صرفاً از طریق ارائه خدمات پزشکی و نصیحت کردن مردم به رعایت سبک زندگی سالم می‌تواند شاخص‌های سلامت جامعه را به‌طور عادلانه بهبود دهد یا رویکردهای دیگری باید به کار گرفته شود؟ در کشور ما نگاه‌های متفاوتی برای کاربست این رویکرد وجود دارد. مخالفانی که این رویکرد را بی‌اثر می‌دانند تا موافقانی که آستین‌ها را بالا زده‌اند و در حال پیاده‌سازی اجزای این رویکرد هستند. این مطالعه به این سؤال‌ها جواب می‌دهد: معیارهای پیاده‌سازی رویکرد تعیین‌گرهای اجتماعی سلامت چیست و به چه میزان در کشور استقرار پیدا کرده است؟

روش: این یک مطالعه کیفی است. جمع‌آوری اطلاعات از سه طریق مرور منابع، مصاحبه و بحث گروهی انجام شده است. نتایج در دو بخش اصلی شامل مصادیق استقرار رویکرد تعیین‌گرهای اجتماعی سلامت در ایران و راه آینده جمع‌بندی شده است. الگوی تعیین مصادیق استقرار عبارت از پنج جزء یک سیستم پایدار شامل هدف و برنامه، ساختار، روال و استاندارد، شیوه مدیریت و منابع است.

یافته‌ها: رویکرد تعیین‌گرهای اجتماعی سلامت با فرض مساوی بودن وزن اجزای پنج‌گانه در مجموع ۶۸ درصد استقرار پیدا کرده است. بیشترین امتیاز پیاده‌سازی مربوط به سه جزء ساختار، روال و استاندارد و منابع است. کمترین امتیاز مربوط به شیوه مدیریت می‌باشد.

نتیجه‌گیری: پیشنهاد می‌شود با تدوین نقشه جامع سلامت کشور تا سال ۱۴۰۴، تکالیف و انتظارات از دستگاه‌های اجرایی، بخش خصوصی و تشکل‌های مردمی در بهبود تعیین‌گرهای اجتماعی سلامت در برنامه هفتم توسعه اقتصادی اجتماعی و فرهنگی مشخص شود. همچنین ممیزی و رتبه‌بندی عملکرد استان‌ها و شهرستان‌ها در ارتباط با پیاده‌سازی این رویکرد انجام و رقابت مؤثری بین استانداری‌ها و فرمانداری‌ها و همچنین نهادهای مشارکت مردم ایجاد شود. در همین راستا وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی با هدف پاسخگویی اجتماعی و الگو بودن ابتدا خود باید سهم و نقشش را در قبال همکاری برای بهبود این تعیین‌گرها مشخص و اجرایی کند.

کلید واژه‌ها: برنامه‌ریزی بهداشتی، سیاست‌گذاری، شاخص‌های اجتماعی، شاخص‌های بهداشت و تندرستی، مشارکت اجتماعی

مقدمه

در گفتمان غالب امروز دنیا، بشریت به دنبال توسعه و بهبود رفاه زندگی در جامعه است که دستیابی به آن مستلزم تعیین و تأمین حقوق شهروندی در کشورهاست(۱). سلامت به عنوان یکی از حقوق اساسی انسان در اسناد بین‌المللی و قانون اساسی جمهوری اسلامی‌ایران شناخته شده است (۲، ۳). سازمان جهانی بهداشت سلامت را "بهزیستن/رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط نبود بیماری و نقص عضو/معلولیت" تعریف می‌کند(۴). مطالعات حاکی از آن است که تعیین‌گرهای مختلفی سبب تأمین و یا تحدید سلامت می‌شوند. برآوردها حاکی از آن است که تعیین‌گرهای فردی شامل ژنتیک/جنسیت/بیولوژی (۱۰ درصد)، سبک زندگی فرد (۲۰ درصد)، مراقبت‌های سلامت (۲۰ درصد)، محیط زیست (۱۰ درصد) و شرایط اقتصادی اجتماعی (۴۰ درصد) بر ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی سلامت انسان اثرگذار هستند(۵).

۱. * نویسنده مسئول: دانشیار، گروه علمی حکمرانی و سلامت، پژوهشکده علوم اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
۲. استادیار، گروه سیاست سلامت و جامعه، دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۳. پزشک و کارشناس دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-24]

با تمرکز بر روی تعیین‌کننده‌های سلامت، به‌خودی‌خود، تأکیدات از برنامه‌ریزی، سرمایه‌گذاری و ارائه خدمات بهداشتی و درمانی به طیف وسیع‌تری از نیروهای سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و محیطی شیفت پیدا می‌کند، که تأثیرات وسیع‌تری بر سلامت فرد و جامعه دارد. به عبارتی، سلامت یک جمعیت به واسطه عوامل گسترده‌ای که بیشتر آن‌ها خارج از کنترل مستقیم بخش بهداشت و درمان است، شکل می‌گیرد. مهم‌ترین پیشرفت‌های سلامت در دو قرن گذشته، به‌دلیل تحولات در همین حوزه‌های گسترده‌تر رخ داده و به‌طورمستقیم به بهبود مراقبت‌های سلامت مربوط نمی‌شود(۶). بنابراین، یکپارچگی و انسجام در سیاست‌گذاری‌ها (بسیج کل حکومت) و همگرایی اجتماعی (بسیج کل جامعه) به منظور استفاده از حداکثر ظرفیت منابع درون و برون‌بخش‌های توسعه برای سلامت و بهزیستی مردم ضروری است(۷).

بیش از سه دهه تحقیق در زمینه تعیین‌گرهای اجتماعی مؤثر بر سلامت نشان می‌دهد که عوامل اجتماعی چون شیوه تکامل ابتدای کودکی، آموزش، اشتغال، مسکن، تفریحات، حمل‌ونقل عمومی، کشاورزی، حمایت اجتماعی اثرات شناخته شده‌ای بر سلامت مردم دارد و سرمایه‌گذاری در ارائه وسیع و با کیفیت این گونه خدمات، بهبود شاخص‌های سلامتی جامعه را به دنبال خواهد داشت ضمن این که در این بهبود همواره باید لایه‌های اجتماعی مختلف را برای برقراری عدالت در نظر داشت(۸) هدف نهایی استقرار رویکرد تعیین‌گرهای اجتماعی سلامت کاهش نابرابری‌های غیرمنصفانه در سلامت است. از سوی دیگر دو راهبرد اصلی برای کاهش بی‌عدالتی در سلامت عبارت از همکاری بین بخشی و مشارکت مردم است(۹). بنابراین می توان این گونه نتیجه‌گیری کرد که اگر ابزار و الزامات این دو راهبرد طراحی و استقرار یابد ظرف لازم برای اجرایی کردن این رویکرد ایجاد شده است.

در اینجا دو جزء اصلی استقرار رویکرد تعیین‌گرهای اجتماعی سلامت براساس زنجیره نتایج متولد می‌شود:

۱. استقرار اجزای برآیندی: به این معنی که آیا پیامدها شامل تغییرات در رفتار گروه‌های ذینفع (مدیران، محققان، ارائه‌کنندگان خدمات و خصوصاً مردم) و تغییرات محیطی مانند توسعه تسهیلات و یا قواعد و مقررات تحکیمی اتفاق افتاده است؟ همچنین آیا تغییرات پیامدی در مقابل عوامل کلان بین‌المللی، اقتصادی، سیاسی، فن‌آوری، اجتماعی و محیط زیست قدرت و پایداری کافی داشته است که شاخص‌های سلامت شامل مرگ‌ها، بیماری‌ها و آسیب‌ها را به صورت عادلانه کاهش دهد؟
۲. استقرار اجزای فرآیندی: به این معنی که آیا درون‌داده‌ها، فرایندها و برون‌داده‌های لازم برای استقرار رویکرد ایجاد شده است؟

مرور سیاست‌های کلی سلامت که در فروردین ماه سال ۱۳۹۳ توسط مقام معظم رهبری ابلاغ شد حاکی از آن است که رویکرد تعیین‌گرهای اجتماعی سلامت و راهبردهای همکاری بین‌بخشی و مشارکت مردم مدنظر ایشان بوده است. چنانچه در بند ۲ و ۱۱ این سیاست‌ها " تحقق رویکرد سلامت همه‌جانبه و انسان سالم در همه قوانین، سیاست‌های اجرایی و مقررات، و افزایش آگاهی، مسئولیت‌پذیری، توانمندی و مشارکت ساختارمند و فعالانه فرد، خانواده و جامعه در تأمین، حفظ و ارتقای سلامت با استفاده از ظرفیت نهادها و سازمان‌های فرهنگی، آموزشی و رسانه‌ای کشور" تکلیف شده است(۱۰).

در کشور ما موافقان و مخالفانی در مورد کاربرد این رویکرد وجود دارد. از سویی برخی نسبت به اجرایی شدن آن در کشور ابهام داشته و اظهار بی‌اطلاعی می‌کنند. کارشناسان درگیر در این موضوع در وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی نیز نسبت به پیاده‌سازی این رویکرد به شکل همه‌جانبه پرسش‌ها و انتقادهایی را مطرح می‌کنند ضرورت مطالعه این بوده است که مخاطبان شامل مدیران، محققان، کارشناسان و نمایندگان مردم از وضعیت موجود استقرار این رویکرد و چالش‌های آن در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به عنوان متولی نظام سلامت مطلع شوند و جهت‌گیری‌های آینده برای تعمیق استقرار آن تعیین شود.

روش

این مطالعه کیفی است. جمع‌آوری اطلاعات از سه طریق مرور منابع، مصاحبه و بحث گروهی انجام شد. منابع با ترکیبی از کلید واژه‌های مؤلفه‌های اجتماعی سلامت، ایران، برنامه، تعیین‌گرهای اجتماعی سلامت، نظام سیاست‌گذاری سلامت، سطح ملی و استانی، استقرار، و ارزشیابی نتایج در سامانه‌های جستجو IranDoc, Google Scholar Magiran, SID یافت شد. همچنین برای یافتن مقالاتی که به عنوان تحقیق و ساخت چک لیست ارزیابی این مطالعه کمک کند تنها در سایت سازمان جهانی بهداشت جستجو شده است. گزارش‌هایی که به صورت کتاب منتشر شده در مصاحبه با خبرگان و بحث گروهی سؤال شده است. با توجه به حیطه پژوهشی نویسندگان این مقاله که در زمینه تعیین‌گرهای اجتماعی سلامت انتشارات متعددی دارند، در این مقاله به بسیاری از این نوشته‌های قبلی نیز ارجاع داده شده است(۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴).

مصاحبه با ۵ نفر از خبرگان و به شکل ساختارمند توسط پرسشگر آموزش دیده انجام شد. معیار انتخاب خبرگان داشتن تجربه کار حداقل ۵ سال در ساختارهای مرتبط به مدیریت تعیین‌گرهای اجتماعی سلامت بود، شامل: یک نفر در دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور، یک نفر در سازمان امور اجتماعی وزارت کشور، سه نفر از دبیرخانه‌های کارگروه‌های تخصصی سلامت و امنیت غذایی استان‌ها.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-24]

سؤالات مصاحبه شامل سه سؤال اصلی و چند سؤال فرعی و تکمیلی بود. سؤالات اصلی عبارت بودند از:

۱. آیا رویکرد تعیین‌گرهای اجتماعی سلامت در وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی استقرار پیدا کرده است؟ مصادیق آن کدام است؟
۲. ضعف‌های این استقرار چه بوده است؟
۳. برای تکمیل این استقرار برنامه آینده چه باید باشد و کدام بخش‌های جامعه (بخش حاکمیتی، بخش غیردولتی و بخش خصوصی) باید مشارکت کند؟

بحث گروهی با ۸ نفر از کارشناسان دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور در سطح ملی و متناظر استانی انجام شد. سؤال بحث گروهی همان سؤال مصاحبه بود که به شکل مجازی از طریق تصویری به مدت یک ساعت و نیم انجام گشت. قبل از جلسه هدف و سؤال جلسه ارسال شد. شرکت‌کنندگان ابتدا به صورت فردی به جواب سؤال فکر کرده و در برگه‌ای پاسخ و نظرات خود را نوشتند. سپس به نوبت نظرات را مطرح کردند و دو دور نیز شرکت‌کنندگان نسبت به صحبت سایر همکاران و وجود تضادها در بحث پاسخ دادند. این صحبت‌ها همزمان با اجازه شرکت‌کنندگان ضبط و توسط دو نفر از تیم تحقیق یادداشت شد. پس از پایان نشست موارد یادداشت شده حین جلسه با محتوای ضبط شده مقایسه و تکمیل شد. به دلیل اشباع داده‌های مربوط به سؤال، جلسه تکرار نشد. داده‌های جمع‌آوری شده از منابع، مصاحبه‌ها و بحث گروهی به روش تحلیل محتوی (Content analysis) توسط دو نفر از تیم پژوهش به صورت جداگانه ارزیابی و سپس بحث و در چارچوب پنج جزء یک سیستم پایدار شامل هدف و برنامه، ساختار، روال و استاندارد، شیوه مدیریت و منابع جمع‌بندی شدند.

محدوده استخراج مصادیق در این مقاله مجموعه فعالیت‌های دو دهه گذشته است. به عبارت دیگر اقداماتی برای پیاده‌سازی رویکرد تعیین‌گرهای اجتماعی سلامت پیش از سال ۱۳۸۰ وجود دارد که در این مقاله درج نشده است. پایه گفتمان‌های اجتماعی سلامت در این دو دهه مربوط به تجربیات و سیاست‌های زمینه‌ساز در دهه‌های قبلی است. راه‌اندازی شبکه بهداشت و درمان کشور معطوف به مؤلفه خدمات عادلانه است که مطالعات پایه آن در دهه ۵۰ آغاز شد و در دهه ۶۰ به‌طور سراسری به اجرا رسید و یا راه‌اندازی گروه‌های آموزشی پزشکی اجتماعی در دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی و ادغام آموزش علوم پزشکی با خدمات سلامت از دیگر سیاست‌های زمینه‌ساز است.

یافته‌ها

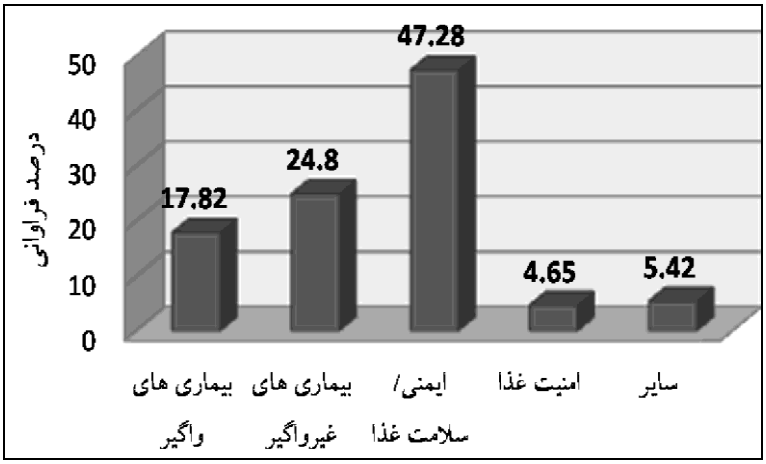
وضعیت موجود: براساس اطلاعات جمع‌آوری و تلفیق شده اقداماتی که برای استقرار رویکرد تعیین‌گرهای اجتماعی سلامت در کشور به انجام رسیده است در پنج حوزه به شرح زیر دسته بندی شده‌اند:

حوزه ۱- داشتن هدف، سیاست و برنامه

استقرار رویکرد تعیین‌گرهای اجتماعی سلامت نیازمند داشتن نقشه راه است. در برنامه‌های توسعه استقرار این رویکرد به اشکال مختلف تأکید شده است از جمله ماده ۸۴ قانون برنامه پنج ساله چهارم توسعه اقتصادی اجتماعی و ماده ۳۲ برنامه پنج ساله پنجم به ترتیب ایجاد شورای عالی سلامت و امنیت غذایی در برنامه چهارم، تداوم برگزاری جلسات این شورای عالی به علاوه ابلاغ استانداردهای پیوست سلامت در برنامه پنجم آمده است. ماحصل تلاش‌ها و دستاوردهای این شورا سبب شد که در نهایت در سال ۱۳۹۵ تشکیل شورای عالی سلامت و امنیت غذایی در ماده ۷ قانون عمومی احکام دائمی برنامه‌های توسعه تصویب شود. برای تدوین برنامه‌های ملی استقرار رویکرد تعیین‌گرهای اجتماعی سلامت در قوه مجریه تلاش‌هایی برای نوشتن برنامه انجام گرفت که مهم‌ترین آن‌ها در همکاری با سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۳۸۵ بوده است اما به تصویب مراجع ذی‌ربط در وزارت متبوع نرسید. در مجموعه اسناد پشتیبان نقشه جامع علمی سلامت کشور که به تصویب شورای عالی انقلاب فرهنگی رسید و همچنین نقشه تحول نظام سلامت در سال ۱۳۹۱ وضعیت همکاری بین‌بخشی و مشارکت مردم مطالعه و نقشه راه تا ۱۴۰۰ مشخص شد. همچنین تکالیف و انتظارات سلامت محور از دستگاه‌ها، سازمان‌های ملی و نهادها طی یک مطالعه تحقیقاتی تعیین و به صورت کتابی منتشر شد ولی این تکالیف تبدیل به تفاهم نامه همکاری نشد. در یک دهه گذشته به تدریج برنامه‌های ملی نوشته شده حاوی بخشی بودند که درآن وظایف و تکالیف مورد انتظار از سایر بخش‌ها درج می‌شد و نشان‌دهنده این واقعیت بود که رویکرد همکاری بین‌بخشی در برنامه‌نویسی‌های بخش سلامت جایگاه ویژه پیدا کرده است ولی تاکنون این موضوع به شکل استاندارد و یک الزام ابلاغ و نهادینه نشده است.

با اینکه هنوز برنامه جامع سلامت در سطح ملی شامل سهم و نقش دستگاه‌ها، سازمان‌ها و نهادها تدوین و تصویب نشده است؛ اما سیاست‌های اجرایی و برنامه‌های ملی متعددی با این رویکرد به تصویب شورای عالی سلامت و امنیت غذایی و کمیسیون دائمی این شورا رسیده است. برنامه جامع سلامت روان، سیاست تغذیه و امنیت غذایی کشور، برنامه‌های راهبردی پیشگیری از ایدز، برنامه پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر از آن جمله هستند. علاوه بر این سیاست‌های اجرایی موضوعی از قبیل کاهش مصرف نمک و کاهش مصرف روغن ترانس به عنوان دستور کارهای ۱۵ جلسه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی تصویب شده است که توزیع این مصوبات در نمودار ۱ آمده است. از سوی دیگر بعضی از اولویت‌های سلامت با وزارت خانه‌ها و سازمان‌ها به شکل تفاهم نامه‌های بین بخشی به امضاء رسیده است که از مصادیق برنامه‌ریزی با رویکرد تعیین‌گرهای اجتماعی سلامت می‌باشد.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-24]



نمودار ۱- **درصد فراوانی حیطه مصوبات ۱۵ جلسه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی**

در ۳۰ استان کشور برنامه‌ای با عنوان «برنامه جامع سلامت استان» نوشته شده است که در یک سوم موارد به تصویب بالاترین سطح تصمیم‌گیری استان یعنی شورای برنامه‌ریزی و توسعه استان رسیده و مراحل اجرایی آن شروع شده است. سایر استان‌ها نیز در حال حمایت‌طلبی برای تصویب و اجرای آن هستند. در این برنامه که با محوریت استانداری و سازمان برنامه و بودجه، همکاری همه دستگاه‌های استان و محوریت فنی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان تدوین می‌شود انتظارات از دستگاه‌های اجرایی استان و تشکل‌های مردمی برای ارتقای سلامت مشخص می شود و به شکل تفاهم‌نامه سالانه با گروه‌های مسئول و مجری توافق می شود. برای تأمین مالی پروژه‌های بین بخشی در این تفاهم‌نامه تأیید مدیریت بودجه استان ضروری است.

حوزه ۲- ساختار

از الزامات پیاده‌سازی رویکرد تعیین‌گرهای اجتماعی سلامت راه‌اندازی ساختارهای ملی و استانی است به‌طوری که امور همکاری بین‌بخشی و مشارکت مردم به شکل مستمر و پایدار مدیریت شود. شکل‌گیری شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور و دبیرخانه مربوطه در وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۸۴ و تثبت جایگاه آن در قانون احکام برنامه‌های دایمی توسعه در سال ۱۳۹۵ نشان می‌دهد که مهم‌ترین جزء ساختاری شکل گرفته است. براساس همین پشتوانه قانونی، کمیسیون دائمی شورای عالی متشکل از معاونان وزیر دستگاه‌های عضو شورای عالی و همچنین کارگروه‌های تخصصی امنیت غذا و تغذیه، سلامت روانی و اجتماعی، تهدیدکننده‌های محیطی سلامت و تهدیدکننده‌های فردی سلامت متشکل از مدیران کل دستگاه‌های تخصصی و ذی‌نفع تشکیل شده است که مسئولیت تدوین پیش‌نویس سیاست‌ها و تصمیم‌گیری در حیطه اختیارات قانونی خود را برعهده دارند. پیگیری و حمایت‌طلبی اقدامات سلامت‌محور در دستگاه‌ها نیازمند تلاشی مستمر و رسمی است. این مهم از طریق راه‌اندازی دبیرخانه‌های سلامت در دستگاه‌های اجرایی و سازمان‌ها پیگیری و اجرایی می‌گردد. تاکنون ۳۰ دبیرخانه سلامت راه‌اندازی شده است. از سال ۱۳۸۶ به‌تدریج دبیرخانه‌های کارگروه‌های تخصصی سلامت و امنیت غذایی استان‌ها در حوزه ریاست دانشگاه‌های علوم پزشکی شکل گرفته است و به‌طور دوره‌ای آموزش می‌بینند و عملکرد آن‌ها ارزشیابی و بازخورد داده می‌شود. تشکیلات این دبیرخانه‌ها در سال ۱۳۹۵ ابلاغ، در سال ۱۳۹۸ حذف و دوباره در سال ۱۳۹۹ بازبینی و ابلاغ شده است که برحسب تیپ‌بندی دانشگاه‌ها تعداد و صلاحیت کارشناسان تعیین شده است. این دبیرخانه وظیفه مدیریت همکاری بین‌بخشی و مشارکت مردم در سطح استان و همچنین مدیریت فرایند سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی و نظارت را در سطح کارگروه سلامت و امنیت غذایی استان متشکل از دستگاه‌های با تأثیر بالا در سلامت استان برعهده دارد. کارگروه سلامت و امنیت غذایی شهرستان‌ها با ریاست فرماندار و دبیری رییس شبکه بهداشت و درمان شهرستان در همه شهرستان‌های کشور مسئولیت اجرای برنامه‌های ابلاغی بالادستی و همچنین امور سلامت شهرستان را برعهده دارند. از سال ۱۳۹۷ به منظور تکمیل مشارکت‌های همگانی در ارتقای سلامت، مجامع ملی، استانی و شهرستان به صورت یک رویداد سالانه تشکیل می‌شود که حمایت‌طلبی در این زمینه را تقویت می‌کند. با شکل‌گیری معاونت اجتماعی در وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی در سال ۱۳۹۵ و انحلال آن در اواخر سال ۱۳۹۷ این مهم درک شد که انجام امور مربوط به رویکرد تعیین‌گرهای اجتماعی سلامت حداقل در یک دهه آینده به ساختارهای مستحکم نیاز دارد. مدیریت امور سازمان‌های مردم نهاد و خیرین سلامت در سطح ستاد وزارت بهداشت درمان و آموزشی پزشکی و استان‌ها از دیگر ساختارهای ابلاغی است که به‌خوبی در دانشگاه‌ها شکل گرفته است اما یکپارچگی و ادغام آن در دبیرخانه‌های کارگروه تخصصی

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-24]

سلامت و امنیت غذای استان‌ها ضروری است. عضویت استاندار در هیات امنای دانشگاه‌های علوم پزشکی مرکز استان و همچنین عضویت رییس دانشگاه‌های علوم پزشکی در شورای برنامه‌ریزی و توسعه استان از دیگر امکانات ساختاری است که همکاری بین بخشی را تقویت می‌کند.

حوزه ۳- روال‌ها و استانداردها

از دیگر ابزار و الزامات استقرار رویکرد تعیین‌گرهای اجتماعی سلامت وجود شیوه‌نامه‌ها و دستورعمل‌های اجرایی است. شیوه‌نامه‌های مختلفی برای تسهیل همکاری بین بخشی در سطح ملی تدوین شده است: استاندارد نگارش سیاست‌های بین‌بخشی، برنامه‌ریزی عملیاتی برای اجرایی کردن مصوبات و ارزشیابی سیاست‌ها و ... تعدادی از این شیوه‌نامه‌ها است. براساس الگوی طراحی شده در استان قزوین و اجرای پیشگام آن از سال ۱۳۸۷، مجموعه شیوه‌نامه‌ها در قالبی به نام نظام نامه استانی مدیریت سلامت همه جانبه در سال ۱۳۹۲ توسط وزرای وقت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و کشور به تمامی استانداران و رؤسای دانشگاه‌های علوم پزشکی ابلاغ شد. فهرست این شیوه‌نامه‌ها در جدول ۱ آمده است.

حوزه ۴- شیوه مدیریت

استقرار رویکرد تعیین‌گرهای اجتماعی سلامت نیازمند روش‌های مدیریتی ویژه از جمله مدیریت مشارکتی است. اینکه مدیران ملی و استانی چگونه عمل می‌کنند در استقرار این رویکرد تأثیر مثبت و منفی دارند. داشتن برنامه، رهبری مطلوب و نظارت سه کارکرد اصلی در این روش‌های مدیریتی است. مصادیق شیوه مدیریتی متناسب با این رویکرد براساس اطلاعات جمع‌آوری شده در این تحقیق متعدد است. دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی برنامه راهبردی برای تکمیل استقرار اجزای تعیین‌گرهای اجتماعی سلامت دارد. این برنامه در گام بعدی سالانه به شکل برنامه عملیاتی دبیرخانه و استان‌ها تبدیل شده و استان‌ها براساس این برنامه عمل کرده و نتایج کار خود را در سامانه‌ای ثبت می‌کنند و عملکردها توسط دبیرخانه شورای عالی هر شش ماه ممیزی و امتیازدهی شده و به دانشگاه‌ها بازخورد داده می‌شود.

شیوه تصمیم‌گیری در ساختارهای مرتبط به این رویکرد مشارکتی و آگاه از شواهد علمی است: تشکیل کمیسیون دائمی شورای عالی، کارگروه‌های تخصصی و کمیته‌های فنی با مشارکت مدیران و خبرگان از آن جمله هست. وجود اندیشگاه سلامت در دانشگاه‌ها، پیام‌گزاران سلامت دستگاه‌ها و خانه مشارکت مردم وسعت و دایره مشارکت گروه‌های خبره، مردمی و تصمیم‌گیرندگان را افزایش می‌دهد. سیاست‌های تشویقی در رهبری این جریان تعریف شده است از جمله رتبه‌بندی عملکرد دبیرخانه‌ها سالانه انجام شده و به برترین‌ها جایزه اعطا می شود. برنامه آموزشی روزآمدسازی مدیران و کارشناسان سالانه با هدف‌های ارتقای انگیزه و عملکرد برگزار می شود.

در زمینه نظارت هم اقدامات منسجمی در جریان است ازجمله اینکه نشست‌های ملی به صورت مستمر و فصلی با محوریت دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی با دبیرخانه‌های استانی برگزار می‌شود و آن‌ها نیز با دبیرخانه‌های شهرستان این جلسات را برگزار کرده و گزارش می‌کنند. بررسی مشکلات و چالش‌های ملی و استانی همکاری بین‌بخشی در قالب گزارش‌های نظارتی دوره‌ای انجام می‌شود. سیاست‌های مصوب شورای عالی به صورت فصلی در دبیرخانه با حضور دستگاه‌های متولی در جلسات کارگروه‌های تخصصی مربوطه پایش می شود. برخی از موارد از جمله اجرای سیاست امنیت غذا و تغذیه، برنامه جامع سلامت روان یا برنامه پیشگیری از مصرف الکل در دوره چهار ساله به شکل تحقیقاتی ارزشیابی شده و نتایج آن از طریق وزیر بهداشت درمان و آموزش پزشکی به عنوان دبیر شورای عالی سلامت و امنیت غذایی به دستگاه‌های عضو اطلاع‌رسانی شده است.

حوزه ۵- منابع

اجرای هر رویکرد و الگویی نیازمند منابع پایدار است:

الف) شواهد و اطلاعات: مراکز تحقیقاتی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت و یا مراکز مشابه در سطح دانشگاه‌های علوم پزشکی برای تولید شواهد عینی[1] وجود دارد. به‌تدریج برای استفاده از دانش ضمنی[2] و ایده‌های مخاطبان دانشگاهی و دانشجویان علوم پزشکی و غیرعلوم پزشکی، اندیشگاه سلامت در دانشگاه‌های علوم پزشکی راه‌اندازی شده است. این جایگاه‌ها از روش‌های رایج، ایده‌ها را جمع‌آوری و ثبت می‌کنند و این ایده‌ها در دو نوع اجرایی و تحقیقاتی پس از امکان‌سنجی در مسیر عملیاتی شدن قرار می‌گیرد و از ایده‌های برتر حمایت می‌شود. استفاده منسجم از داده‌ها و آمار سایر دستگاه‌ها در قالب کمیته دیده‌بانی سلامت استان امکان‌پذیر می‌شود. مسئول این کمیته، معاون آمار و اطلاعات سازمان برنامه و بودجه استان است و سالانه موظف به تدوین نیم رخ سلامت استان از جمله شاخص‌های تعیین‌گرهای اجتماعی استان هستند. در کنار این تسهیلات مرکز اسناد و شواهد راهبردی سلامت استان در دبیرخانه با تجمیع اسناد راهبردی سلامت از سطوح بین‌المللی، ملی، استان و شهرستان سعی می‌کند این مدارک و اطلاعات را در اختیار تصمیم‌سازان و تصمیم‌گیران استان قرار دهد.

1. Explicit Knowledge

2. Tacit knowledge

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-24]

جدول ۱- **فهرست شیوه‌نامه‌ها و راهنماهای تدوین شده برای استقرار رویکرد تعیین‌گرهای اجتماعی سلامت در سطح استان ابلاغ مشترک وزیر کشور و وزیر بهداشت درمان و آموزش پزشکی در مرداد ۱۳۹۲**

شیوه‌نامه تشکیل و استقرار دفتر سیاست‌گذاری سلامت استان
شیوه‌نامه مدیریت جلسات کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی استان
شیوه‌نامه تدوین و استقرار برنامه جامع سلامت استان
شیوه‌نامه تدوین و استقرار برنامه راهبردی پنج ساله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
شیوه‌نامه مرکز اسناد راهبردی سلامت استان
آیین‌نامه شورای پیام‌گزاران دستگاه‌های اجرایی استان
آیین‌نامه «خانه مشارکت مردم در سلامت استان»
شیوه‌نامه تشکیل و فعالیت اندیشگاه سلامت استان
شیوه‌نامه تشکیل و فعالیت شورای پیام‌رسان سلامت
شیوه‌نامه رتبه‌بندی سلامت استان
شیوه‌نامه تشویق و رتبه‌بندی عملکرد ادارات فعال استان در سلامت مردم
شیوه‌نامه رتبه‌بندی سلامت شهرستان‌ها
شیوه‌نامه رتبه‌بندی دستگاه‌ها
شیوه‌نامه برگزاری مجامع استانی و شهرستانی
شیوه‌نامه تشکیل کانون‌های سلامت محلات
شیوه‌نامه تدوین پیوست سلامت (ارزیابی اثرات سیاست‌های عمومی‌بر سلامت)
شیوه‌نامه تشکیل و فعالیت شورای سلامت شهر
شیوه‌نامه تشکیل و فعالیت شورای سلامت شهرستان، بخش و روستا
شیوه‌نامه ایجاد و توسعه «خدمات سلامت معنوی» در بیمارستان‌های استان
شیوه‌نامه تشکیل کمیته دیده‌بانی سلامت
راهنمای ارزیابی شهردار مروج سلامت
راهنمای تشکیل دبیرخانه توسعه پایدار
راهنمای عملکرد دبیرخانه کارگروه سلامت و امنیت غذایی استان در رابطه با موضوع سلامت اجتماعی

ب) امکانات فیزیکی: مکان و تجهیزات لازم در تمام دبیرخانه‌های ملی و استانی وجود دارد.

پ) نیروی انسانی: براساس تشکیلات ابلاغی دبیرخانه‌های استانی نیروی انسانی کارشناس در همه دانشگاه‌های علوم پزشکی با مسئولیت مدیریت امور همکاری بین بخشی و مشارکت مردم و براساس تیپ‌بندی دانشگاه‌ها به کار گرفته شده و در حال تکمیل است. علاوه بر این در هر یک از دستگاه‌های استانی فردی با عنوان مشاور و پیام‌گزار سلامت دستگاه تعریف شده که از طرف مدیر ارشد آن دستگاه و رییس دانشگاه علوم پزشکی به‌طور مشترک برای این همکاری ابلاغ دریافت می‌کند. خانه مشارکت مردم به عنوان بازوی مردمی، نمایندگان حداقل ۲۱ شبکه مردمی را در خود جای داده است و تاکنون در همه استان‌ها و بسیاری از شهرستان‌ها این خانه‌ها شکل گرفته است. رییس هر شبکه با اعضای خود در سطح شهرستان‌ها در ارتباط است و به عنوان منابع انسانی در رویکرد تعیین‌گرهای اجتماعی سلامت در انتقال مطالبات مردم، انتقال پیام‌های سبک زندگی سالم و مشارکت در پروژه‌های سلامت محور استان مشارکت می‌کنند. کانون سلامت محلات از دیگر فرصت‌های ایجاد شده برای مشارکت مردم است که حداقل در ۱۵۰۰ محله در شهرها و روستاها تشکیل شده است. هیات‌های امنای مراکز خدمات جامع سلامت روستایی که دهیار، معلم، روحانی، معتمدین محلی و ... در آن شرکت دارند از دیگر تسهیلاتی است که مشارکت مردم را تضمین می‌کند. به این جمع دانش‌آموختگان مرتبط به رویکرد تعیین‌گرهای اجتماعی سلامت را باید اضافه کرد: راه‌اندازی دوره آموزشی گواهینامه عالی بهداشتی با گرایش تعیین‌گرهای اجتماعی سلامت در دانشکده‌های بهداشت دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور که تاکنون بیش از ۱۰۰ نفر دانش‌آموخته شده‌اند. بیش از ۶۰۰ متخصص پزشکی اجتماعی در کشور تربیت و در جایگاه‌های مختلف به کار گرفته شده‌اند. درس تعیین‌گرهای اجتماعی سلامت در بسیاری از رشته‌های کارشناسی ارشد همچون: پرستاری سلامت جامعه، بهداشت عمومی، و ... و دکترا از جمله: مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، اپیدمیولوژی، دندانپزشکی اجتماعی، سیاست‌گذاری تغذیه و سیاست‌گذاری سلامت ادغام شده است.

برگزاری دوره فلوشیپ توانمندسازی ضمن خدمت برای تمامی مدیران و کارشناسان شبکه بهداشت و درمان در کشور (زیرمجموعه معاونت بهداشتی وزارت متبوع) طی سال‌های ۱۳۹۲ تا ۱۳۹۴، راه‌اندازی رشته کارشناسی ارشد تعیین‌گرهای اجتماعی سلامت و سلامت اجتماعی به استقرار این رویکرد کمک می‌کند. در سال‌های گذشته دانشگاه‌های علوم پزشکی با استفاده از بسته آموزش کارگاهی «ترویج و کاربست تعیین‌گرهای اجتماعی سلامت» و با محوریت مراکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی، اعضای هیئت علمی را در این رویکرد آموزش داده‌اند.

ت) بودجه: منابع لازم بیشتر با هدف امور آموزشی، تحقیقات و مستندسازی تاکنون حمایت شده است. با اینکه روش حمایت از پروژه‌های بین بخشی در ماده ۶ آیین‌نامه اجرایی شورای عالی سلامت و امنیت غذایی مصوب دی ماه ۱۳۹۷ مشخص شده[1] و در قالب شیوه‌نامه‌های این رویکرد ابلاغ شده است؛ اما هنوز منابع مالی پایداری برای تأمین هزینه پروژه‌های بین بخشی تعریف نشده است. این منابع به‌طور عمده از محل بودجه خود دستگاه تأمین می شود و چنانکه دستگاه نتواند آن را تخصیص دهد عملا پروژه‌ها متوقف و یا معوق می شود.

۲- چالش‌ها: براساس اطلاعات جمع‌آوری شده در این مطالعه چالش‌های متعددی برای هر یک از پنج حوزه فوق وجود دارد که درصورت رسیدگی به آن‌ها اجزای رویکرد تعیین‌گرهای اجتماعی سلامت به‌طور کامل‌تری استقرار پیدا می‌کند:

۱. ماده ۶ ـ اعتبارات مورد نیاز برای اجرای طرح‌ها و برنامه‌های ویژه مصوب شورای عالی علاوه بر برنامه جاری دستگاه‌ها توسط دبیر شورای عالی به سازمان برنامه و بودجه کشور پیشنهاد و این سازمان در چهارچوب سقف منابع موجود اعتبارات مذکور را در قالب برنامه‌ها و فعالیت‌های ذی‌ربط در بودجه سنواتی کل کشور پیش‌بینی و طبق ضوابط و مقررات در چارچوب سیاست‌های مصوب شورای عالی در اختیار دستگاه‌های ذی‌ربط قرار می‌دهد. تخصیص اعتبارات توسط سازمان برنامه و بودجه کشور پس از دریافت گزارش پیشرفت اقدامات برای اجرای مصوبات که از سوی دبیرخانه شورای عالی ارسال می شود، انجام خواهد شد.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-24]

در حوزه هدف و برنامه تدوین برنامه تعیین گرهای اجتماعی در سطح ملی و تصویب آن در شورای عالی سلامت و امنیت غذایی، تصویب برنامه‌های جامع سلامت استان در شورای برنامه‌ریزی و توسعه استان و سوق دادن تدوین برنامه‌های بومی بین بخشی به سطح شهرستان (منطبق با اسناد بالادستی و در نظر گرفتن توانمندی‌های شهرستان) سه چالش باقیمانده در این حوزه است. یکی از عوامل پیش ران برای دو چالش اخیر توانمندسازی مجموعه نیروی انسانی استان و شهرستان برای اجرای این برنامه‌ها است. تجربه همکاران در تدوین برنامه‌های جامع سلامت استان نشان می‌دهد که با وجود رشد کمی و کیفی دانشگاه‌های علوم پزشکی، توانایی مدیریت چرخه تغییر در استان‌ها و شهرستان ضعیف است به‌طوری‌که میانگین تدوین برنامه‌های استانی و تصویب آن در ۱۰ استان پیشگفت حدود سه سال طول کشیده است درصورتی‌که این زمان با تمام حواشی غیرمترقبه نباید بیشتر از ۱۸ ماه طول می‌کشید.

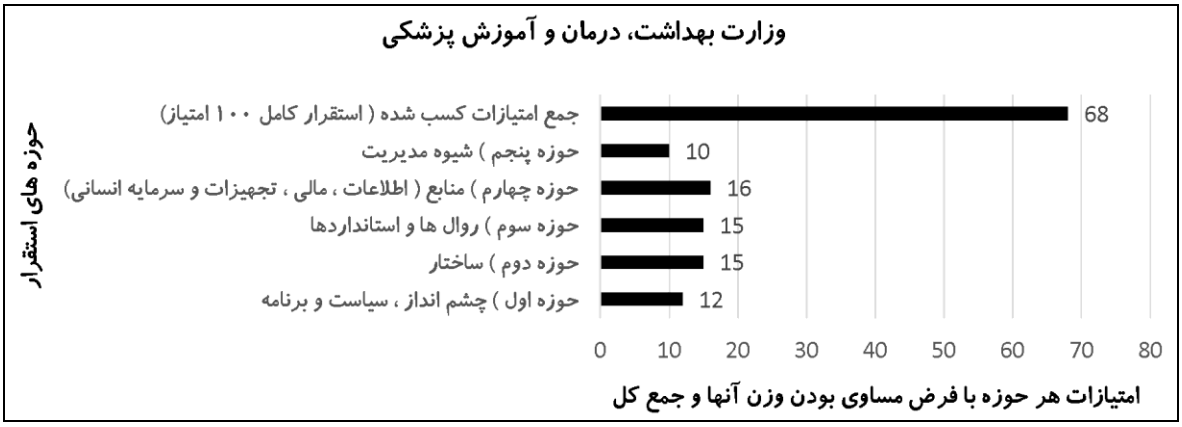
در زمینه ساختار چالش جدی به جز به کارگیری افراد متبحر و متعهد به صورت پایدار وجود ندارد اما تقویت حقوقی و توانمندی دبیرخانه سلامت در سطح دستگاه‌های اجرایی، سازمان‌ها و نهادهای ملی و همچنین ساختارهای موجود در شهرستان‌ها با هدف عملکرد بهینه و بومی در این رویکرد اولویت است. از دیگر کارهای باقیمانده در این حوزه تشکیل شورای کشوری مشارکت مردم با حضور روسای تشکل‌های مردمی هست. هر کدام از تشکل‌های مردمی در سطح استان به شکل شبکه‌هایی شکل گرفته‌اند که در راس این شبکه مدیر و یا رئیسی در سطح ملی تعریف شده است.

در حوزه روال و استانداردها با توجه به اینکه شیوه‌نامه‌های استانی مندرج در نظام نامه مدیریت سلامت همه جانبه اجرایی شده است، «ممیزی» آنها برای اطمینان از کیفیت اجرای این شیوه‌نامه‌ها ضروری است. به‌طور نمونه با اینکه رییس دانشگاه علوم پزشکی در شورای برنامه‌ریزی و توسعه استان عضو است و متقابلا استاندار در هیئت امنای دانشگاه‌ها عضویت دارد ولی از این فرصت‌ها استفاده لازم و کافی نشده است. آخرین ارزشیابی از عملکرد هیات‌های امناء دانشگاه‌های علوم پزشکی نشان می‌دهد که کمتر از ۱۰ درصد رؤسای دانشگاه در این شورا شرکت کرده‌اند. درصورتی‌که این شورای بین بخشی بالاترین سطح تصمیم‌گیری در تعیین‌گرهای اجتماعی سلامت در سطح استان محسوب می‌شود.

در ارتباط با منابع: عملکرد مراکز تحقیقاتی تعیین گرهای اجتماعی سلامت در دانشگاه‌ها باید تقویت شود و این مراکز چرخه مدیریت پژوهش را به‌طور کامل اجرا کنند. در همین راستا باید به سؤالات بومی استان در زمینه ارتقای سلامت مرتبط به هر یک از تعیین‌گرهای اجتماعی سلامت پاسخ دهند. دوره‌های آموزشی دست‌اندرکاران ساختارهای توصیف شده در بخش اول یافته‌ها می‌بایست نهادینه شود و یک یا چند مرکز آموزش حرفه‌ای در کشور مسئولیت روزآمدسازی مجریان را برعهده گیرد. مسیر ارتقای شغلی دست اندرکاران این رویکرد باید تعریف شود و همکاری با سایر بخش‌ها در ارتقای شغلی به عنوان یک ارزش سازمان و قابل رقابت نهادینه شود. تأمین مالی پایدار برای این رویکرد مستلزم آن است که ردیف بودجه‌ای مستقل برای حمایت و پشتیابی از امور مربوط به تعیین‌گرهای اجتماعی سلامت به استان‌ها تخصیص داده شود. این بودجه صرف آموزش، ترویج، مستندسازی، تشویق از الگوسازان، تحقیقات اولویت‌دار باشد. بودجه پروژه‌های بین بخشی با مساعدت سه جانبه دستگاه مجری، سازمان برنامه و بودجه استان و دانشگاه علوم پزشکی و از محل بودجه‌های خود دستگاه تأمین شود. در این مورد باید به این نکته توجه کرد منظور تزریق بودجه جدید نیست بلکه نشان‌دار کردن و استفاده بهینه از بودجه‌های موجود مطرح است. سوق دادن کمک‌های خیرین سلامت و بخش خصوصی به امور پیشگیری از دیگر راهبردهای تأمین مالی پایدار در این حوزه است.

در ارتباط با شیوه مدیریت چالش‌های زیادی وجود دارد از جمله اینکه رقابت بین دستگاه‌ها، سازمان‌ها و نهادها ضروری است. اندازه‌گیری نمره همکاری بین بخشی دستگاه‌های ملی به ایجاد رقابت کمک می کند. در این حوزه کارکرد نظارتی می‌بایست تقویت شود از جمله اینکه اثربخشی اجزای رویکرد تعیین‌گرهای اجتماعی سلامت باید مطالعه شود. اینکه هر یک از اتفاقات مندرج در دستاوردها چه تأثیراتی در رفتارهای سالم مردم داشته یا مسبب کدام تغییرات محیطی مثبت و کاهش عوامل خطر شده است. چالش مهم‌تر در شیوه مدیریت آن است که کارکرد هماهنگی درون‌بخشی در سطح ستاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، بین معاونت‌های تخصصی و دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی نیازمند تقویت است تا سیاست‌های درون‌بخشی در حوزه درمان، بهداشت، آموزش پزشکی و تحقیقات در امتداد سیاست‌های برون‌بخشی قرار گیرد. این موضوع در درون دانشگاه علوم پزشکی هم صادق است، این هماهنگی به این وابسته است که ساختارهای برنامه‌ریزی راهبردی و عملیاتی در دانشگاه با دبیرخانه هیات امنا و همچنین دبیرخانه کارگروه سلامت و امنیت غذایی یکپارچه و ادغام شود. درحال‌حاضر مطالعات موجود نشان می‌دهد که این معاونت‌های تخصصی هر کدام به صورت جزیره‌ای کار می‌کنند و نیازمند هماهنگی در سطح شورای معاونان وزارت بهداشت و هیئت رییسه دانشگاه است اما صرف جمع شدن مدیران برای هماهنگی کافی نیست و دبیرخانه این شوراها باید محتوی تصمیم‌های هماهنگ را در قالب مستندات توجیهی آماده و در جلسات ارائه دهند. جای این دبیرخانه‌ها خالی است. از دیگر چالش‌های این حوزه عدم اتصال هدفمند مردم به دستگاه‌ها است. یافتن روشی که هر یک از نهادهای مردمی به‌ویژه در ۲۱ شبکه خانه مشارکت مردم در سطح استان و ملی را برای نظارت به عملکرد دستگاه‌های اجرایی متصل کند تا پاسخگویی با سرعت بیشتری اتفاق افتد. در حوزه منابع نیازمند روش‌های پایدار تأمین مالی

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-24]



نمودار ۲- **وضعیت استقرار رویکرد تعیین‌گرهای اجتماعی سلامت در وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی**

برای پروژه‌های بین بخشی سلامت وجود دارد. سوق دادن منابع خیرین و بخش خصوصی به جنبه‌های پیشگیرانه و پروژه‌های بین بخشی یکی از راه‌های تأمین مالی است. یکی از دردسرهای همکاری بین بخشی در کشور ما تعویض مکرر نمایندگان دستگاه‌ها است. در حقیقت ما در کارهای سازمانی اهمیتی به مولفه همکاری بین بخشی نمی‌دهیم. ساختار مشخصی برای این کار نداریم، پایش مدون و گزارش‌دهی نداریم. توانایی هسته‌های جلب همکاری در دستگاه اصلی محدود است و خیلی از تجربیات جهانی در این ارتباط آگاهی ندارد. بیش از اندازه به تکلیف قانونی و استفاده از اهرم قانون تأکید می‌شود و فرد انگیزش کافی برای همکاری پیدا نمی‌کند. ابلاغ مشخص برای این فرد وجود ندارد و هیچ ضابطه اداری برای ارتقای شغلی مرتبط به همکاری‌های بین بخشی دیده نمی‌شود.

مطابق نمودار ۲ با فرض مساوی بودن وزن هر کدام از ۵ حوزه پیشگفت و براساس امتیاز اقدامات انجام شده در هر حوزه که توسط خبرگان و دست‌اندرکاران درج شده، رویکرد تعیین‌گرهای اجتماعی سلامت در وزارت بهداشت درمان و آموزش مجموعاً ۶۸ درصد استقرار پیدا کرده است.

بحث و نتیجه‌گیری

در مطالعه رهیافت‌های اجرای موثر قوانین، سیاست‌ها و برنامه ملی مشخص شد که الگوی یک اجرای موفق شامل سه گام بسترسازی، انتقال دانش به مجریان و اجرای محیطی است(۱۵). مقایسه یافته‌های این مطالعه با الگوی اجرای موفق نشان می‌دهد که گام‌های سه‌گانه از نظر زمانی توام و همزمان با یکدیگر تکامل پیدا کرده است. به عبارت دیگر همزمان با شکل‌گیری شورای عالی سلامت و امنیت غذایی در اوایل دهه هشتاد در شرایطی که دبیرخانه ملی قوت و ساختار لازم را نداشت بدنه استانی دبیرخانه تقویت شده است(۱۶). دیگر اینکه مطابق یافته‌های این مطالعه از هر سه گام بخش‌هایی به اجرا رسیده است به عبارت دیگر هم در گام بسترسازی برخی اقدامات باقیمانده و هم در گام‌های انتقال دانش به مجریان و اجرای محیطی.

چالش‌های استخراج شده در این مطالعه مشابه چالش‌های دو مطالعه قبلی در مورد ارزشیابی عملکرد شورای عالی سلامت و امنیت غذایی است(۱۷، ۱۸). در آن مطالعات نیز بر توانمندسازی حوزه کارشناسی در سطح ملی و استانی تأکید شده بود. مروری بر دستاوردها در این مطالعه نشان می‌دهد که در فاصله دو مطالعه مذکور تا این ارزشیابی اقدامات ظرفیت‌سازی متعددی انجام شده است.

یکی از مهارت‌های حکمرانی مؤثر «نهادسازی» است(۱۹). راهبردهای نهادینه‌سازی یکی از مراحل مهم در چرخه تغییرات است. چنانکه استقرار رویکرد تعیین‌گرهای اجتماعی سلامت را در «چرخه تغییر» جانمایی کنیم این واقعیت آشکار می‌شود که روش استقرار این رویکرد در وزارت بهداشت مطابق یک اقدام پژوهی بوده است و هر سال به روش‌های گوناگون دستاوردها و چالش‌ها بررسی شده و اقدامات سال بعد مشخص شده است. در اصل پنج راهبرد نهادینه‌سازی وجود دارد که استقرار این رویکرد با پنج راهبرد تطابق دارد:

مشروعیت بخشی به الگو: شکل‌گیری شورای عالی سلامت و امنیت غذایی از قوانین توسعه کشور بوده است. شیوه نامه‌های مرتبط به ابلاغ دو وزیر کشور و وزیر بهداشت درمان و آموزش پزشکی رسیده است(۲۰).

توانمندسازی نیروی انسانی: برنامه‌های آموزشی و مدون برای همه سطوح ملی استانی و شهرستانی طراحی و اجرا شده است.

مطالبه‌گری مردم: یکی از دو بازوی اصلی این رویکرد شکل‌گیری خانه مشارکت مردم است که مطالبه‌گری و پاسخگویی از مسئولان ملی و استانی را برعهده داشته‌اند و در حال حاضر نیز از طریق مجامع ملی، استانی و شهرستانی سلامت دنبال می‌کنند.

ردیف بودجه یا تأمین مالی پایدار: استقرار این رویکرد در این زمینه هنوز به مراحل رضایت‌بخش دست‌نیافته است.

ساختار سازمانی: هم در سطح ملی و هم در سطح استانی به ساختار سازمانی قابل قبولی دست پیدا کرده است.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-24]

آنچه که در این بررسی نمایان شد این است که تعیین گرهای اجتماعی سلامت و عملکرد دستگاه‌ها در این ارتباط خود متأثر از عوامل کلان تری است. به عنوان نمونه متاثر از جامعه بین‌المللی است. در صورتی که در ظرف طراحی شده برای اجرای رویکرد تعیین‌گرهای اجتماعی سلامت جایگاهی برای دیپلماسی سلامت دیده نشده است. نقش شوراهای عالی مرتبط با سلامت را نباید نادیده گرفت. حداقل ۳۰ شورای عالی در مجموعه نظام جمهوری اسلامی ایران وجود دارد که از نقش آن‌ها در اتخاذ سیاست‌های همسو برای ارتقای عادلانه سلامت غافل هستیم. همچنین مطابق یافته‌های محققان تأثیر قدرت‌های مخفی و کارتل‌های اقتصادی در اثرگذاری بر تعیین گرهای اجتماعی سلامت را نباید فراموش کرد. آیا ظرف استقرار یافته در دو دهه گذشته به این موارد رسیدگی کرده و یا ظرفیت آن را فراهم کرده است؟(۲۱).

در ویژگی‌های مطالعه این نکات قابل ذکر است؛ اول اینکه مطالعه از نظر کیفی چالش‌ها و اقدامات باقیمانده را برای استقرار این رویکرد مشخص می‌کند. دوم اینکه از نظر کمی میزان دستاوردهای فرایندی را تعیین می‌کند. البته امتیاز ۶۸ از صد با مساوی نبودن وزن هر یک از حوزه‌های پنج‌گانه کمتر و یا بیشتر خواهد شد. با این وجود همین کمیت روند پیاده‌سازی اجزای رویکرد تعیین‌گرهای اجتماعی سلامت را تعیین کرده و برای مدیران ارشد راه آینده را نشان می‌دهد. سوم اینکه به سؤالات و ابهامات منتقدان در مورد عملیاتی نبودن این رویکرد در کشور در حد بضاعت روش شناسی مطالعه پاسخ می‌دهد.

در محدودیت‌های مطالعه لازم به ذکر است که اقدامات بررسی شده صرفاً از نوع ظرف یا ظرفیت‌سازی (دستاوردهای فرایندی) است و چنانکه محتوی یا مظروفی که طی این مدت در قالب این ظرف به کار گرفته شده و در جامعه منتهی به اثر شده است (دستاوردهای برآیندی) ارزشیابی گردد تصویر بهتری از استقرار این رویکرد نشان دهد. به عنوان مثال هنوز نتایج نهایی مصوبات شورای عالی سلامت و امنیت غذایی استخراج نشده است یا نتایج همه اسناد ملی مصوب در شورای عالی سلامت و امنیت غذایی به غیر از دور اول اجرایی شدن سند ملی تغذیه و امنیت غذایی طی سال‌های ۱۳۹۲ تا ۱۳۹۶ منتشر نشده است(۲۲). همچنین نتیجه برنامه‌های جامع سلامت استان‌ها ارزشیابی نشده است. در ارزشیابی دستاوردهای برآیندی باید معلوم شود که آیا این تلاش‌ها باعث شده است که شورای عالی سلامت و امنیت غذایی در تغییر شاخص‌های مرتبط تأثیر داشته باشد؟ مثلا مجموعه تلاش‌ها باعث شده که بیکاری کم شود؟ امنیت غذایی بهتر شود؟ تکامل دوران کودکی بهتر شود؟ ترک تحصیل کمتر شود؟ خدمات حمایت اجتماعی بیشتر شود؟ حمل و نقل عمومی سلامت محور شود؟ و سؤالات مرتبط دیگر. در این مطالعه فرصتی برای استفاده از نظرات همه دست‌اندرکاران به‌ویژه آن‌هایی که در خارج بخش سلامت همکاری داشته‌اند و یا نظرات مخالفی داشته‌اند فراهم نشد. بررسی نظرات آن‌ها به صورت گسترده توصیه می‌شود. با اینکه در مطالعه‌ای سهم و نقش دستگاه‌ها، سازمان‌ها و نهادها در ارتباط با سلامت مشخص شده است(۲۳) . اما تاکنون و خصوصا در این مطالعه به این سؤال جواب داده نشده است که آیا وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی خود به عنوان یکی از دستگاه‌ها به وظایف مستتر در رویکرد تعیین‌گرهای اجتماعی سلامت عمل کرده است. در هر یک از مؤلفه‌های تکامل دوران کودکی، آموزش (کاهش ترک تحصیلی‌ها و بازماندگان از تحصیل)، بیکاری، کاهش فاصله طبقاتی و فقر، امنیت غذایی، حمل و نقل عمومی، حمایت‌های اجتماعی از مددجویان، امنیت و تقویت حکمرانی و سرمایه اجتماعی، سلامت معنوی و محیط زیست وزارت بهداشت خود چه سیاست‌هایی را به جز تعیین تکلیف به سایرین انجام داده است. پاسخ به این سؤال الگوسازی برای سایر دستگاه‌ها را ممکن می‌سازد. به اصطلاح «عالم باید عامل به علم خود باشد»

پیشنهادها

یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که ۶۸ درصد از اقداماتی که برای استقرار رویکرد تعیین‌گرهای اجتماعی سلامت لازم بود در سطح ملی و استانی پیاده شده و موارد باقیمانده در هر یک از حوزه‌های پنج گانه شامل چشم‌انداز، ساختار، منابع، روال و استاندارد و شیوه مدیریت مشخص شده است. پیشنهاد می‌شود به منظور تسهیل اجرایی شدن سیاست‌های کلی نظام سلامت و همچنین ایجاد ظرفی در خور برای اجرای رویکرد پیشرفت و عدالت مندرج در بیانیه گام دوم انقلاب پیشنهادها زیر پیگیری شود:

۱. دستاوردهای به دست آمده در این مطالعه با گروه بزرگ‌تری از دست‌اندرکاران ملی و استانی تسهیم شود تا تکمیل و یا بازنگری شود.
۲. چالش‌های به دست آمده در برنامه راهبردی و عملیاتی دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی ادغام و پیگیری شود. از جمله اینکه با تدوین برنامه جامع سلامت کشور، تکالیف و انتظارات از دستگاه‌های دولتی، بخش خصوصی و تشکل‌های مردمی در بهبود تعیین‌گرهای اجتماعی سلامت مشخص شود. همچنین ممیزی و رتبه‌بندی عملکرد دستگاه‌های اجرایی، استان‌ها و شهرستان‌ها در ارتباط با پیاده‌سازی رویکرد تعیین گرهای اجتماعی سلامت انجام شده و رقابت مؤثری بین وزراء استانداری‌ها و فرمانداری‌ها و همچنین نهادهای مشارکت مردم ایجاد شود(۲۴).
۳. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی با هدف پاسخگویی اجتماعی و الگو بودن، سهم و نقش وزارت متبوع را در قبال تعیین‌گرهای اجتماعی سلامت مشخص و اجرایی کند به‌ویژه نقش‌های مندرج در برنامه تحول بهداشت در قالب نظام مراقبت‌های اولیه سلامت و برنامه ملی پیشگیری از عوامل خطر و بیماری‌های غیرواگیر عملیاتی شود(۲۵، ۲۶) .

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-24]

۴. تجربیات به کارگیری رویکرد تعیین گرهای اجتماعی سلامت به کمیسیون‌های مجلس شورای اسلامی، قوه قضاییه و سایر دستگاه‌های اجرایی آموزش داده شود. به عنوان مثال برای پیشگیری از جرایم قضات، وکلا و ضابطان قضایی در مورد نقش سلامت روان آموزش داده شوند.

تقدیر و تشکر

نویسندگان وظیفه خود می‌دانند که از همه مدیران و کارشناسانی که طی این دو دهه حمایت مستقیم از استقرار رویکرد تعیین‌گرهای اجتماعی سلامت داشته‌اند قدردانی کنند بالطبع بدون اقدامات جمعی هرگز به همین دستاوردها هم نمی‌رسیدیم در این فهرست ممکن است افرادی از قلم افتاده باشد که پیشاپیش پوزش می‌خواهیم: دکتر سید علیرضا مرندی، دکتر باقر لاریجانی، دکتر محمدعلی محققی، دکتر کامران باقری لنکرانی، دکتر محمدحسین طریقت، دکتر علی‌اکبر زینالو، دکتر منوچهر مهرام، دکتر سیدحسن امامی رضوی، دکتر محمدحسین ملک افضلی، دکتر علیرضا دلاوری، دکتر علی‌اصغر فرشاد، دکتر علی دلپیشه، دکتر علیرضا اولیایی‌منش، دکتر علی‌اکبر حق‌دوست، دکتر سیدرضا مجدزاده، دکترهادی ایازی، دکتر محمدرضا واعظ مهدوی، دکتر مسعود پزشکیان، دکتر محمداسماعیل اکبری، دکتر حمیدرضا جمشیدی، دکتر رضا محبوبی، نسرین گودرزی، دکتر علی حیرانی، مهندس نوروزعلی عزیزخانی، فاطمه میری، شیوا مافی مرادی، دکتر حمیده جوادی نسب، زنده یاد دکتر کامل شادپور، دکتر محمدرضا سیف‌الهی، دکتر ایرج اسماعیلی، دکتر سیامک عالیخانی، دکتر مازیار مرادی، مرضیه خونانی، فاطمه خلیل ارجمندی و همه روسای دبیرخانه‌های سلامت دستگاه‌های ملی و کارگروه‌های تخصصی سلامت و امنیت غذایی استان‌ها، کارشناسان و پیام‌گزاران سلامت و روسا و اعضای شورای مشارکت مردم در سلامت استان‌ها و شهرستان‌ها.

Originl Article

Has the Social Determinants of Health Approach Been Established Yet at the Ministry of Health and Medical Education of I.R. Iran?

Behzad Damari[1*], Abbas Vosoogh-Moghaddam[2], Narges Rostamigooran[2], Mohamad Hossein Salarianzadeh[3]

Abstract

Background: The discourse regarding social determinants of health at the international level seeks to see if the health system can \improve community health indicators equitably by providing medical services and advising people to follow a healthy lifestyle. In our country, there are different views on the application of this approach. Opponents see this approach as ineffective whilst proponents are implementing components of this approach. This study sought to assess the criteria for implementing the approach using social determinants of health.

Methods: This qualitative study was done via reviewing resources, interviews and group discussions. The results are summarized in two main sections and deployment patterns included five components of a sustainable system (purpose and plan, structure, procedure and standard, management style, and resources).

Results: The social determinants of health approach, assuming the weight of the five components to be equal, was found to be 68%. The highest implementation score related to the three components of structure, procedure and standard, and resources. The lowest score related to management style.

Conclusion: It is suggested that a comprehensive health roadmap of the country be at hand by 2025\; the tasks and expectations of the executive organizations, the private sector and non-governmental organizations are specified to improve the social determinants of health in the Seventh socio-economic and cultural development plan of Iran. Additionally, auditing and ranking the performance of provinces as well as districts with regard to implementation of this approach can promote healthy competition between provincial and district governorates, as well as participation of the public in the institutions to be created. In this regard, the Ministry of Health and Medical Education, with the aim of social accountability and role modeling, must first determine and implement its share and role in cooperation to improve these determinants.

Keywords: Health Planning, Health Status Indicators, Policy Making, Social indicators, Social Participation

1. * Corresponding Author: Associate Professor, Department of Governance and Health, Neurologic Science Research Institute, Tehran University of Medical Sciences
2. Assistant Professor, Society and Health Policy Group, Secretariat for Supreme Council of Health and Food Security, Ministry of Health and Medical Education
3. Medical Doctor, Senior Consultants in Secretariat of Supreme Council of Health and Food Security, Ministry of Health and Medical Education

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-24]

منابع

1. Yazdi-Feyzabadi V, Seyfaddini R, Ghandi M, Mehrolhassani MH. The World Health Organization's Definition of Health: A Short Review of Critiques and Necessity of A Shifting Paradigm. Iranian Journal of Epidemiology 2018; 13(5): 155-165. [In Persian]
2. Vahdaninia V, Said Mosavi MS, Vahdaninia MA, Vosoogh Moghaddam A. Health as Human Right; Legal Narrative of "Governance For Health" Logic. ijme 2020; 13(1): 1-18. [In Persian]
3. Abbasi M, Rezaee R, Dehghani Gh. Concept and situation of the right to health in Iran legal system. Medical Law Journal 2014; 8(30):183-199. [In Persian]
4. World Health Organization. Constitution of the World Health Organization. 1946. Available at: http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf? ua=1.
5. Donkin A, Goldblatt P, Allen J, Nathanson V, Marmot M. Global action on the social determinants of health. BMJ Glob Health 2018; 3: e000603.
6. Government of South Australia (Department of Health). The South Australian approach to Health in All Policies: background and practical guide, Version2. November 2011. Available at: http://www.sahealth.sa.gov.au/healthinallpolicies.
7. Vahdaninia V, Vosoogh Moghaddam A. Understanding late logic of health policy making: The transition to governance for health. Payesh 2018; 17(6): 631-646. [In Persian]
8. Marmot M, Wilkinson R. Social Determinant of Health. Oxford: Oxford University Press; 1999.
9. Marandi A, Damari B, Zainaloo AA, Motlagh E, Shadpoor K. 30 years of experience of the Islamic Republic of Iran in the social components of health and justice in health: Roles and future orientations of the Islamic Consultative Assembly. Journal of Medical Council of Iran 2012; 30(3): 225-236. [In Persian]
10. The Expediency Discernment Council. 2014. General Health Policy. Available at: http://maslahat.ir/index.jsp?siteid=3&fkeyid=&siteid=3&pageid=584.
11. Damari B, Rostamigooran N, Farshad A.A. Challenges of Memorandum of Understanding as a tool for strengthening intersectoral collaboration in health system. Social Determinants of Health 2019; 5(3): 170-176. [In Persian]
12. Damari B, Oveisi S, Azizkhani N. A model for utilizing social determinants of health approach by faculty members. koomesh 2018; 20(2): 366-374. [In Persian]
13. Rostamigooran N, et al. Organizational Structure of Council for Health and Food Safety and it's Subsystems. Tehran: Council for Health and Food Safety; 2016. [In Persian]
14. Pourghaderi M, Mohammadi-Nasrabadi F, Damari B, Abdollahi Z, Mafimoradi S, Edalati S, et al. Performance Assessment and analysis of Specialized Nutrition and Food Security Working Group in Achiveing Strategic Goals of National Nutrition and Food Security Document in Iran. Hakim Health Sys Res 2019; 22(4): 261-272. [In Persian]
15. Damari B. Approaches to Performing National Laws, Policies and Programs, Research Project Report. Academy of Medical Sciences Newsletter 2019; 8. [In Persian]
16. Damari B, Vosoogh Moghaddam A, Salarianzadeh MH. 3 years performances of the Provincial Health and Food Security Councils in I.R.Iran: the way forward. Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research 2012; 10(2): 21-28. [In Persian]
17. Damari B, Vosoogh Moghaddam A, Bonakdar S. Improving Approaches of Intersectoral Collaboration for Health by Health and Food Security High Council in I.R.Iran. Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research 2014; 11(3): 1-16. [In Persian]
18. Damari B, Rostamigooran N, Salarianzadeh MH, Malekafzali S. Analysis of Intersectoral Collaboration in the Iranian Health System for Implementing Health in all Policies: Challenges and the Way Forward (This Research was Conducted Before the Covoid-19 Pandemic). Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research 2020; 18(1): 1-16. [In Persian]
19. Naderabadi T, Ghelich M, Ramezani MA. Key Competencies for Improving Local Governance: Concepts and Strategies. Tehran: Teesa; 2013. [In Persian]
20. Damari B. Instruction for managing provincial Health in Islamic Republic of Iran. Tehran: Tebojameh; 2013. [In Persian]
21. Rothkopf D. Superclass: The Global Power Elite and the World They Are Making. Translated by A. Azizi. Tehran: Kavir; 2018. [In Persian]
22. Damari B, Abdollahi Z, Pourghaderi M, Mohammadi-Nasrabadi F. An evaluation of four years implementation of National Nutrition and Food Security Policy in Iran: Lessons learned. Int J Prev Med 2020; 11: 173.
23. Damari B. Role and share of Iranian governmental organizations in public's health. Payesh 2015; 5: 511-521. [In Persian]
24. Damari B, Heidari A, Rahbari Bonab M, Vosoogh Moghadam A. Designing a toolkit for the assessment of Health in All Policies at a national scale in Iran. Health Promot Perspect 2020; 10(3): 244-249.
25. Damari B, Heidari A. Implementation of integrated management of non-communicable disease prevention and control in Iran: A proposal. Payesh 2020; 19: 7-17. [In Persian]
26. Damari B. Road Map of Health Area in Iran Health System. Social Welfare 2019; 18(70): 9-30. [In Persian]

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-24]